



Penguatan dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah yang Diberikan oleh Perawat dan Bidan

Desain dan Implementasi dari Suatu Kajian Sistem Pendidikan di Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB)

Oleh

Lorraine Kerse, Bernadethe Marheni Luan, Laurensia Lawintono



Australia Indonesia Partnership
Kemitraan Australia Indonesia



World Health Assembly Resolution 59. 23 2006

Rapid Scaling up of Quality Health Workforce Production

...shortages of the quality health workers are interfering with efforts to achieve the internationally agreed health-related development goals and MDG.

Strengthening Nursing and Midwifery

... equitable geographical distribution, in sufficient numbers of a balanced skill mix, and a skilled and motivated nursing and midwifery workforce within their health services.

Urges Member States

4) ... to promote the concept of training partnerships between schools in industrialized and developing countries involving exchanges of faculty and students;

6) ... to promote training in accredited institutions of high quality professionals..., and to us innovative approaches to teaching in industrialized and developing countries, with state-of-the-art teaching materials and continuing education through the innovative use of information and communications technology.

Laporan Akhir yang disiapkan untuk
Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, EPOS Health Consultants
dan Kerjasama Australia Indonesia untuk Kesehatan Ibu dan Neo-natal



Oktober 2008

Temuan, pandangan dan interpretasi yang dipublikasikan dalam laporan ini adalah dari pengarang dan tidak berhubungan dengan pihak donor yang menyediakan dukungan finansial untuk laporan ini.

Daftar Isi

Daftar Isi	iii
Daftar Lampiran	iv
Daftar Singkatan	v
Ringkasan Eksekutif	1
Bagian I. Pengantar	9
1 Alasan Dilakukan Kajian	9
2 Tujuan Kajian	9
Bagian II. Latar Belakang	11
1. Indonesia	11
1.1 Pelayanan Kesehatan di Tingkat Propinsi	11
1.2 Pemberian Pelayanan Kesehatan	12
1.3 Tujuan Pembangunan Milenium	12
1.4 Propinsi NTT dan NTB	13
2. Pendidikan Keperawatan dan Kebidanan	15
2.1 Pusat Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) Indonesia	16
2.2 Poltekkes	17
2.3 Pengalaman Pembelajaran Klinis bagi Perawat dan Bidan	18
3. Tinjauan Kepustakaan tentang Analisis Kebutuhan Pendidikan/Pelatihan	19
4. Kerangka Konsep Kajian	20
Bagian III. Metodologi	21
1. Tujuan dan Desain Kajian	21
2. Kunjungan ke NTT dan NTB	23
3. Keterbatasan Metodologi	23
Bagian IV. Ringkasan Laporan Kajian	25
1. Wawancara Tatap Muka	25
2. Diskusi Kelompok Terfokus	27
3. Lokakarya	30
4. Kunjungan Observasi	33
Bagian V. Temuan, Rekomendasi dan Tindak Lanjut	37
1. Kapasitas Poltekkes	37
2. Kompetensi Lulusan	43
3. Tindak Lanjut	48
Daftar Pustaka dan Website	49

Daftar Lampiran

Lampiran 1: Matriks Daftar Rekomendasi

Lampiran 2: Alat Pengumpulan Data: Daftar Pertanyaan Wawancara Tatap Muka, Diskusi Kelompok Terpadu, Kunjungan Observasi, Lokakarya

Lampiran 3: Surat dari GTZ/EPOS

Lampiran 4: Power Point Presentasi Temuan dan Rekomendasi di NTT, NTB dan BPPSDK

Lampiran 5: Indonesia Sehat 2010

Lampiran 6: UU No. 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen

Lampiran 7: Kriteria Kualifikasi Keperawatan dan Kebidanan – PPNI dan IBI

Lampiran 8: UU No. 19 Tahun 2005 tentang Sistem Pendidikan Nasional

Lampiran 9: Surat Edaran Ka BPPSDMK pada Januari 2004 menyangkut PP No 30 tahun 1980 tentang Peraturan Disiplin PNS RI

Lampiran 10: Kurikulum Diploma III Keperawatan April 2006 yang dikeluarkan oleh Kepala BPPSDMK & KepmenkesSos No 43/Menkes-Kesos/SK/1/2001)

Lampiran 11: Regional Pasifik Barat dan Asia Tenggara – Kompetensi Umum untuk Perawat yang Teregistrasi

Lampiran 12: Ucapan Terima Kasih

Daftar Singkatan

AIPMNH	Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neo-natal Health - Kerjasama Australia Indonesia untuk Kesehatan Ibu dan Neo-natal
AKDR	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	Antenatal Care - Perawatan antenatal
APN	Asuhan Persalinan Normal
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations - Persatuan Bangsa-bangsa Asia Tenggara (PERBARA)
AusAID	Australian Overseas AID Programme - Program Bantuan Luar Negeri Australia
BKD	Badan Kepegawaian Daerah (Propinsi / Kabupaten)
BPPSDMK	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
CI	Clinical Instructor - Pembimbing Klinis
CPNS	Calon Pegawai Negeri Sipil
CT	Clinical Teacher- Dosen Pembimbing
CTG	Cardiotocography
DepDagri	Departemen Dalam Negeri
DepDikNas	Departemen Pendidikan Nasional
Depkes	Departemen Kesehatan
DinDik	Dinas Pendidikan
Dinkes	Dinas Kesehatan
DKT	Diskusi Kelompok Terfokus
D-III	Diploma III
D-IV	Diploma IV
EKG	Electrokardiogram
EPOS	International Health consultants contracted by GTZ - Konsultan Internasional yang dikontrak oleh GTZ
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit – German Technical Cooperation
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome
IBI	Ikatan Bidan Indonesia
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
MDG	Millennium Development Goals- Tujuan Pembangunan Milenium
MenPan	Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara
MoU	Memorandum of Understanding
NGT	Nasogastric Tube - Sonde Lambung
NTB	Nusa Tenggara Barat
NTT	Nusa Tenggara Timur
PBB	Persatuan Bangsa Bangsa
PPKM	Perhimpunan Peningkatan Keberdayaan Masyarakat
POLTEKKES	Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan
PPNI	Perawat Nasional Indonesia
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PP	Peraturan Pemerintah
PTT	Pegawai Tidak Tetap

PUSDATIN	Pusat Data dan Informasi Kesehatan
PUSDINAKES	Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan
PUSKESMAS	Pusat Kesehatan Masyarakat
PUSRENGUN	Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM
PUSTU	Puskesmas Pembantu
P2M	Pencegahan Penyakit Menular
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	Sumber Daya Manusia
SDMK	Sumber Daya Manusia Kesehatan
SKS	Sistem Kredit Semester
Subdin	Sub Dinas
S-1	Strata Satu (Sarjana)
TBC	Tuberculosis
TBA	Traditional Birth Attendant - Dukun
UU	Undang Undang
WHO	World Health Organization- Badan Kesehatan Dunia
WISN	Workload Indicators of Staffing Needs - Indikator Kebutuhan Tenaga Berdasarkan Beban Kerja

Ringkasan Eksekutif

Sekolah Tinggi Kesehatan Sint Carolus dan seorang Konsultan Internasional dikontrak oleh GTZ/EPOS dan AIPMNH untuk mendisain dan mengimplementasikan suatu kajian tentang sistem pendidikan untuk perawat dan bidan di Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB).

Hasil kajian ini dipergunakan sebagai dasar untuk perencanaan strategis yang dilakukan bersama pemerintah Indonesia di propinsi/daerah dan nasional.

Judul, alasan dan tujuan kajian disepakati sebagai berikut:

Judul

Kajian untuk Menemukan Strategi Memperkuat Kualitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah yang dilaksanakan oleh Perawat dan Bidan

Alasan

Informasi anekdot yang ada bahwa lulusan keperawatan dan kebidanan di NTT dan NTB tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Juga ditemukan berbagai kesenjangan, yakni yang berkaitan dengan pengalaman klinis yang menyebabkan mereka mengikuti pelatihan-pelatihan tambahan segera setelah kelulusan mereka agar mampu mencapai kompetensi yang diharapkan.

Dari berbagai masalah yang telah teridentifikasi antara lain adanya kesimpangsiuran informasi yang berkaitan dengan kemampuan klinis para lulusan baru tenaga kesehatan di NTT dan NTB serta pelatihan-pelatihan tambahan yang diberikan umumnya hanya berbasiskan pendekatan adhoc.

Temuan berbasis fakta tentang "Keselamatan Pasien dan Kesalahan Medis di Tiga Rumah Sakit di NTB" yang disampaikan pada Pelatihan Manajemen Rumah Sakit membuktikan bahwa praktek yang berbasis pencegahan universal terhadap infeksi nosokomial sangat rendah. Ketiga rumah sakit tersebut dipergunakan sebagai tempat praktek mahasiswa di NTB.

Tujuan

- Mengidentifikasi kompetensi tenaga keperawatan dan kebidanan lulusan Poltekkes dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah
- Mengidentifikasi kapasitas Poltekkes dalam menghasilkan lulusan tenaga keperawatan dan kebidanan yang kompeten

Poltekkes merupakan institusi pendidikan yang berada di bawah naungan Departemen Kesehatan. Para perawat dan bidan dididik pada institusi milik pemerintah ini. Selain itu, juga terdapat institusi pendidikan swasta tetapi mereka tidak dilibatkan dalam kajian ini.

Beberapa rumah sakit dan Puskesmas dipergunakan sebagai tempat praktek klinik bagi mahasiswa keperawatan dan kebidanan. Rumah sakit dan puskesmas ini berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Propinsi.

Akses kepada pengalaman pembelajaran klinis pada lingkungan rumah sakit dan puskesmas diatur melalui nota kesepakatan antara Poltekkes dan Rumah Sakit dan antara Poltekkes dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas nama Puskesmas.

Kajian ini dikonsentrasikan untuk mengumpulkan informasi yang sesuai dan sahih sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan dan disetujui oleh GTZ/EPOS dan AIPMNH. Rekomendasi disusun berdasarkan hasil pengumpulan dan analisis data pada situasi terkini.

Kajian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Pemerintah Daerah dan Pusat akan pilihan-pilihan yang masuk akal dan dapat diimplementasikan untuk meningkatkan kompetensi para perawat dan bidan, yang pada akhirnya, dapat memperkuat sistem kesehatan nasional.

Metode pengumpulan data:

- Wawancara tatap muka dengan para lulusan Poltekkes yang baru bekerja dan menjadi karyawan di institusi pelayanan kesehatan milik pemerintah pada tiga tahun terakhir, tanpa melihat status kepegawaian mereka. Metode ini dipergunakan untuk mendapatkan gambaran mendalam akan persepsi mereka tentang kompetensinya.
- Diskusi kelompok terfokus (DKT) dilakukan kepada para lulusan untuk memperkaya temuan yang diperoleh dari metode pengumpulan data lainnya. Dengan DKT ini juga terjadi validasi informasi yang diberikan pada wawancara tatap muka.
- Lokakarya menghadirkan para Pimpinan/Staf Senior Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas Pemerintah. Lokakarya ini ditujukan untuk mendiskusikan persepsi para pemangku kepentingan tentang kapasitas Poltekkes dalam menghasilkan lulusan yang kompeten. Juga, melalui metode ini diperoleh informasi mengenai kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh para lulusan.
- Kunjungan observasi dilaksanakan di Poltekkes, Rumah Sakit dan Puskesmas Pemerintah untuk menghimpun detail penting tentang komponen pendidikan dan praktek klinik yang diberikan kepada para lulusan.

Dari hasil analisis teridentifikasi isu-isu utama mengenai Poltekkes dan tatanan praktek dalam kaitannya dengan praktek klinik mahasiswa. Juga, ditemukan bahwa para lulusan baru merasakan kecemasan pada saat pertama kali bekerja karena ketidakcukupan pendampingan. Mereka menyatakan bahwa tidak cukup dukungan dan orientasi klinis yang diberikan di tempat kerja mereka.

Hal lain yang menjadi perhatian pada kajian tertuang dalam rekomendasi berikut ini.

Rekomendasi untuk Meningkatkan Kapasitas Poltekkes:

1. Dukungan tambahan diberikan oleh BPPSDMK kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes untuk meninjau kebijakan yang berkaitan dengan pengangkatan dosen keperawatan dan kebidanan. Hal ini antara lain meliputi:
 - Memastikan para dosen memiliki kualifikasi untuk mata ajar yang diampu, seperti yang tertuang dalam UU No. 14 tahun 2005, yang menyatakan bahwa dosen pada pendidikan tinggi setara diploma harus berlatar belakang pendidikan magister dalam bidang keahlian yang sama. Dosen tersebut mempunyai pengalaman klinis pada bidangnya minimal untuk dua (2) tahun (*Nursing and Midwifery Programme WHO, 2001*).
 - Terus menerus memelihara dan memperbaharui kompetensi klinis para dosen, antara lain dapat dilakukan dengan cara, Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes menyusun suatu metode untuk mengevaluasi kompetensi klinis para dosen yang dilakukan setiap lima (5) tahun (PPNI tahun 2001 dan IBI tahun 2002).
 - Diupayakan untuk terus menerus melakukan pengembangan profesional bagi para dosen untuk membantu menumbuhkembangkan kemampuan dan keterampilan mengajar/belajar melalui program *twinning*. Program *twinning* ini dilakukan antara Poltekkes dengan institusi keperawatan dan kebidanan terbaik di Indonesia dan atau dengan institusi pendidikan keperawatan dan kebidanan di luar negeri.
2. Dukungan diberikan kepada mahasiswa yang lulus secara marjinal pada ujian masuk, yang dilakukan melalui penambahan tutorial.
 - Penambahan tutorial ini membutuhkan tambahan upaya dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes
 - Penambahan upaya ini akan berdampak kepada peningkatan biaya proses belajar mengajar yang dikenakan kepada mahasiswa. Dana ini kemudian dialokasikan bagi staf pengajar yang terlibat dalam kegiatan tutorial yang bertujuan untuk memungkinkan mahasiswa mencapai kompetensi yang dibutuhkan untuk kelulusannya.
 - Manajemen Poltekkes perlu dikuatkan agar secara efektif dapat mengakomodasi penambahan-penambahan tugas tersebut.
3. Pembentukan suatu Satuan Tugas (SatGas) untuk membantu dalam upaya meninjau dan mengadaptasi kurikulum nasional sehingga ada kepastian bahwa kurikulum Poltekkes dapat menjawab masalah kesehatan prioritas di daerah. Pembentukan SatGas ini didasarkan atas usulan dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Poltekkes.

Dengan melakukan ini, akan ada kepastian bagi para lulusan Poltekkes untuk kompeten dalam pemberian pelayanan kesehatan yang aman pada tatanan pelayanan lokal (rumah sakit, puskesmas, dll)

- Komponen SatGas haruslah terdiri dari Pusdiknakes, Subdit Perencanaan Dinas Kesehatan Propinsi, Seksi surveilans dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/ Kota, Kepala Bidang Keperawatan dan Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah, dan Kepala Puskesmas.
 - SatGas tersebut harus menyusun agenda kerja yang memungkinkan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes memperoleh semua data demografi dan informasi epidemiologi yang dibutuhkan dalam upaya mengadaptasi kurikulum nasional sesuai waktunya.
4. Nota kesepakatan antara Poltekkes dan institusi terkait mengenai penggunaan lahan praktek di Rumah Sakit dan Puskesmas untuk pengalaman klinik mahasiswa ditinjau ulang setiap tahun agar dapat mengakomodasi tuntutan klinis bagi mahasiswa, dan dalam nota kesepakatan tersebut dijelaskan tentang:
- Jumlah mahasiswa yang ditempatkan pada setiap tempat praktek didasari pada viabilitas. Misalnya, penempatan mahasiswa pada unit persalinan dengan memperhatikan rerata persalinan perbulan. Penempatan ini juga harus memperhatikan jumlah mahasiswa yang berasal dari institusi pendidikan tinggi swasta, standar supervisi klinis yang ada serta jumlah dan kemampuan dari pembimbing klinis. (Sebutan pembimbing klinis ditujukan bagi pembimbing yang berasal dari rumah sakit atau puskesmas).
 - Tempat praktek klinik yang direkomendasikan.
 - Peran dosen klinis dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes.
 - Persyaratan bagi mahasiswa sebelum melakukan praktek di tatanan klinik.
5. Penambahan dukungan kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes dalam rangka mengembangkan fasilitas perpustakaan, laboratorium klinis, termasuk yang berkaitan dengan fasilitas elektronik agar kompetensi dosen dan mahasiswa dapat ditingkatkan. Hal ini dilakukan melalui:
- Pemberian dukungan finansial dan teknis untuk pengembangan perpustakaan (termasuk sumber daya perpustakaan elektroknis, buku teks terkini dan jurnal *on-line*), untuk kepastian ketercukupan dan keandalan akses internet.
 - Peningkatan sumber daya pembelajaran di laboratorium keperawatan /kebidanan.
 - Pelaksanaan program pelatihan komputer bagi para dosen dan mahasiswa
 - Peningkatan dukungan untuk laboratorium bahasa Inggris di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan
 - Penyediaan anggaran secara berkesinambungan untuk pemeliharaan, pembaharuan berkala dan peningkatan perangkat keras dan perangkat lunak komputer di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan

6. Suatu analisis secara rinci harus dilakukan oleh Bagian Kepersonaliaan/Kepegawaian Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Pendidikan Propinsi untuk mengidentifikasi jumlah dosen di institusi pendidikan tinggi swasta dan negeri untuk memastikan keterjangkauan rasio dosen penuh waktu terhadap mahasiswa.
7. Memastikan bahwa PP No. 30 tahun 1980 yang disitir dalam Surat Edaran yang dikeluarkan oleh Kepala BPPSDMK diberlakukan secara ketat kepada semua dosen di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes. Hal ini akan memberikan suatu kepastian bahwa keterlibatan dosen di sekolah swasta hanya terjadi setelah / di luar jam kerja serta para dosen tidak memangku jabatan pada sekolah swasta.
8. Dipertimbangkan untuk dibentuk suatu Badan Independen yang melaksanakan akreditasi berdasarkan standar yang sesuai. Komponen Badan tersebut adalah Pusdiknakes, Organisasi Profesi, Dinas Pendidikan Propinsi, Dinas Kesehatan Propinsi, perwakilan masyarakat, dan Pemerintah Daerah Propinsi. Juga, perlunya dukungan pelatihan bagi personel Badan Independen ini. Selain berfungsi dalam proses akreditasi, Badan ini juga dapat difungsikan dalam kegiatan peninjauan kualitas Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes.
9. Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes (khususnya di NTT) membentuk komite multisektorial yang terdiri dari perwakilan-perwakilan dari Pemerintah Daerah, Lembaga Penyandang Dana, dan pemangku kepentingan lain yang sesuai. Komite ini berfungsi untuk mengatasi masalah kekurangan air dan memberikan solusi yang dapat berkontribusi kepada upaya mengatasi infeksi nosokomial. Sementara itu, Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes harus mengupayakan pengadaan air di semua laboratorium.
10. Semua departemen dan agensi eksternal yang terkait (GTZ, AusAID, WHO dsb) dianjurkan untuk saling memperkuat kerjasama (*partnership*) dengan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes untuk adanya suatu kepastian pendekatan yang sinkron bagi pendidikan keperawatan dan kebidanan. Dengan pendekatan tersebut, kondisi kesehatan seluruh populasi dan tujuan MDG dapat dicapai melalui peningkatan kompetensi para lulusan. PUSRENGUN mendukung upaya koordinasi ini melalui suatu komite perencanaan nasional untuk semua pemangku kepentingan

Rekomendasi untuk Meningkatkan Kompetensi Para Lulusan

Pendidikan Formal

1. Meningkatkan kualitas dari praktek klinik yang dilakukan melalui:
 - Pelatihan kepala unit pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan mengelola tempat praktek klinik, termasuk didalamnya kemampuan mengidentifikasi staf kunci / potensial sebagai pembimbing klinis.
 - Memberlakukan persyaratan bagi dosen keperawatan dan kebidanan untuk memiliki sertifikat kecakapan (*proficiency*) sesuai bidang yang diampu. Dosen yang ada sekarang selain perlu meningkatkan dan mempertahankan pengalaman klinisnya juga perlu dievaluasi kinerjanya secara periodik

- Memberlakukan persyaratan bagi pembimbing klinis di tatanan praktek klinik untuk memiliki sertifikat yang berkaitan dengan kemampuan mengajar atau pelatihan/pembimbingan.
 - Memperpanjang waktu penempatan dan keterpaparan mahasiswa di masing-masing lokasi di lahan praktek (RS dan Puskesmas) disertai dengan pemantauan berkesinambungan dari dosen klinis dan/ atau pembimbing klinis
 - Memperpanjang waktu praktek di Puskesmas. Kondisi saat ini, penempatan satu minggu di masing-masing tempat dianggap sangat tidak memadai
 - Perlu adanya suatu analisis yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota mengenai tingkat kegiatan di Puskesmas sehingga dapat diidentifikasi lahan praktek yang sesuai dan dukungan pelatihan pembimbing klinis yang dibutuhkan oleh Puskesmas-puskemas terkait.
 - Mengurangi jumlah mahasiswa di setiap tempat praktek klinik sehingga memungkinkan mereka dalam penerapan ilmu dan keterampilan yang telah dipelajarinya pada situasi yang sebenarnya. Hal ini dimungkinkan bila Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes mengatur dan mengubah kalender akademiknya sehingga terhindar dari penumpukan mahasiswa pada saat bersamaan di lahan praktek. (PP No 19/2005). Pengaturan ini dapat dilaksanakan melalui nota kesepakatan.
2. Pengadaan peralatan dasar di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes harus disesuaikan dengan peralatan yang dipergunakan di tatanan praktek. Dalam kaitan itu, keterampilan penggunaan peralatan yang dipelajari di laboratorium harus dipastikan sehingga mahasiswa mampu mempergunakannya di tempat praktek. Sebagai contoh, alat EKG (*Elektro Kardio Grafi*), Nebulizer, CTG (*Cardiotocografi*). Semua peralatan ini harus dalam berada dalam kondisi baik, dirawat secara teratur dan atau diganti apabila diperlukan.
 3. Dosen untuk mata kuliah tertentu harus diikutsertakan dalam pelatihan yang berkaitan dengan penyakit–penyakit/ program-program di bawah Depkes. Misalnya, program P2M (Pemberantasan Penyakit Menular) dan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Para dosen harus bekerja sama dengan Penanggung Jawab program-program di Dinkes Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk memperoleh data terkini yang berkaitan dengan penyakit dan program pencegahan, perawatan/ asuhan dan pengobatan sesuai kondisi di kabupaten/kota dan propinsi. Hal ini dilakukan agar ada kepastian bahwa mahasiswa memperoleh pemahaman akan masalah kesehatan di tingkat lokal
 4. Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat untuk pengaturan mahasiswa dalam kaitannya dengan pengalaman pembelajaran klinik di puskesmas pedesaan. Para mahasiswa harus didampingi oleh pembimbing klinis (honorir lokal) yang berperan dalam kegiatan memfasilitasi dan memantau pengalaman klinik mahasiswa.

Lulusan baru

1. Setiap lulusan baru ditugaskan di bawah bimbingan perawat/ bidan senior tertentu yang berperan dalam pendampingan. Kegiatan supervisi dan pendampingan ini paling sedikit dilaksanakan selama enam (6) bulan di masing-masing unit. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa para lulusan baru mendapatkan orientasi klinis dan memahami praktek klinis yang baik.
2. Perencanaan kebutuhan dasar tenaga kerja (misalnya: *WISN-Workload Indicators of Staffing Needs*) harus diterapkan dan dikaitkan dengan strategi perencanaan nasional dan propinsi.
3. Perawat gigi tidak diperkenankan ditempatkan di ruang rawat inap untuk memberikan asuhan keperawatan.
4. Perawat/bidan yang bukan PNS diberikan tanggung jawab lebih rendah dari pada yang berstatus PNS.
5. Bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Propinsi dan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) harus berkonsultasi kepada Direktorat Keperawatan DepKes, Organisasi Profesi dan tatanan klinik untuk melanjutkan upaya mengembangkan uraian tugas bagi perawat dan bidan di berbagai strata. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa para lulusan baru sadar dan memahami peran dan fungsi yang diharapkan.
6. Keterampilan dan prosedur klinik yang dibutuhkan di tempat kerja, misalnya, menjahit luka, memberi obat (*dispensing*), memasang NGT (*Naso Gastric Tube*) /sonde lambung, promosi kesehatan dan aktivitas berkomunikasi / bermitra dengan dukun bersalin harus ditambahkan dalam kurikulum.
7. Daftar tilik untuk pengkajian praktek klinis perlu ditinjau dan suatu proses pengkajian yang telah diperbaharui diberikan sebagai umpan balik untuk Poltekkes. Hal ini dilakukan dalam suatu kolaborasi antara dosen pembimbing dan pembimbing klinis.
8. Semua perawat dan bidan yang dipekerjakan di rumah sakit dan puskesmas (tanpa melihat status kepegawaian mereka) diberikan kesempatan untuk mengikuti program pelatihan (*in-service*) yang berkaitan dengan pekerjaan mereka. Pengembangan program pelatihan antara lain dapat dilakukan sebagai berikut:
 - Rumah sakit dan puskesmas membuat laporan kejadian dan laporan kinerja dan mempergunakannya sebagai dasar untuk mengembangkan program pelatihan (*in-service*) profesional berkelanjutan
 - Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) untuk para lulusan D-III Kebidanan tidak perlu diberikan kecuali apabila dikemudian hari terbukti memang dibutuhkan
9. Memantapkan kebijakan yang mendukung upaya mengajak para dukun agar bermitra dengan bidan untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Saat ini, para dukun bekerja secara terpisah dan partus berisiko tinggi dan komplikasi yang ditolong oleh dukun tidak dirujuk kepada bidan secara tepat waktu (lokakarya).

Tersedia dana untuk pelatihan bagi para bidan baru yang ditempatkan di Puskesmas mengenai cara-cara membangun kemitraan antara dukun dan bidan.

Presentasi Temuan

Hasil kajian dipresentasikan kepada pemerintahan daerah di NTT, NTB dan BPPSDMK serta direktorat terkait di bawah Departemen Kesehatan (Lampiran No.4)

Kegiatan Tindak Lanjut

Strategi tindak lanjut dari kajian ini akan dikembangkan oleh Poltekkes di setiap Propinsi bersama-sama Dinkes berkolaborasi dengan Pusdiknakes, Pusrengun, Penyandang dana, dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

Bagian I Pengantar

1. Alasan dilakukan Kajian

Informasi anekdot yang ada menyatakan bahwa lulusan keperawatan dan kebidanan di NTT dan NTB tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Juga, ditemukan berbagai kesenjangan, yakni yang berkaitan dengan pengalaman klinis yang menyebabkan mereka mengikuti pelatihan-pelatihan tambahan segera setelah kelulusan mereka agar mampu mencapai kompetensi yang diharapkan.

Dari berbagai masalah yang telah teridentifikasi antara lain adanya kesimpangsiuran informasi yang berkaitan dengan kemampuan klinis para lulusan baru tenaga kesehatan di NTT dan NTB serta pelatihan-pelatihan tambahan yang diberikan umumnya hanya berbasiskan pendekatan adhoc.

Temuan berbasis fakta tentang "Keselamatan Pasien dan Kesalahan Medis di Tiga Rumah Sakit di NTB" yang disampaikan pada Pelatihan Manajemen Rumah Sakit membuktikan bahwa praktek yang berbasis pencegahan universal terhadap infeksi nosokomial sangat rendah. Ketiga rumah sakit tersebut dipergunakan sebagai tempat praktek mahasiswa di NTB.

Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan (Poltekkes) memainkan peran kunci dalam menyiapkan lulusan tenaga keperawatan dan kebidanan yang berkompeten sehingga mampu memberikan pelayanan yang aman, berkualitas dan beretika di berbagai tatanan layanan.

2. Tujuan Kajian

Kajian ini dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut,

1. Mengidentifikasi Kompetensi tenaga keperawatan dan kebidanan lulusan Poltekkes dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah
2. Mengidentifikasi kapasitas Poltekkes dalam menghasilkan lulusan tenaga keperawatan dan kebidanan yang kompeten

Bagian II

Latar Belakang

1. Indonesia

Seperti banyak negara yang mengalami kesenjangan perkembangan sosial-ekonomi dan transisi demografik, Indonesia juga menunjukkan suatu pola epidemiologis yang divergen.

Sementara penyakit menular seperti tuberkulosa, malaria, infeksi saluran pernapasan, dan diare terus menjadi masalah kesehatan utama, penyakit tidak menular dan penyakit yang disebabkan karena perubahan pola hidup mulai berkembang.

Pada tahun 1999, Departemen Kesehatan mencanangkan program nasional Indonesia Sehat 2010 (Lampiran No.5)

Setelah menetapkan tujuan kesehatan dan prioritas untuk reformasi, inisiatif tersebut membuka pintu untuk suatu paradigma baru. Sementara di masa lampau, masyarakat dianggap sebagai penerima pasif dalam pelayanan kesehatan, dimana orientasi pelayanan dan kepuasan klien tidak benar-benar terjadi. Indonesia Sehat 2010 mempromosikan kesehatan sebagai suatu gerakan nasional, menjadi tanggung jawab bersama dari individu, keluarga, masyarakat, pemangku kepentingan politik dan sektor swasta. Tujuannya adalah untuk mendidik pasien, sehingga dapat menciptakan momentum nasional yang bermaksud meningkatkan situasi kesehatan nasional secara menyeluruh.

Indonesia Sehat 2010 memprioritaskan elemen utama pertumbuhan sektor kesehatan sebagai berikut:

- Pencegahan penyakit dan promosi kesehatan
- Desentralisasi dan penguatan pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten
- Kesehatan keluarga
- Peningkatan tanggung jawab perorangan untuk kesehatannya sendiri
- Kemitraan pemerintah dan swasta

Upaya desentralisasi di Indonesia, yang di mulai tahun 2001, secara umum dinilai berhasil; Namun demikian desentralisasi juga berkontribusi kepada kurangnya koordinasi antara Pemerintahan Pusat dan Pemerintahan Daerah. Hal ini menyebabkan timbul masalah-masalah yang tidak terduga dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di propinsi dan di kabupaten.

Proses desentralisasi juga menyebabkan munculnya isu-isu yang berkaitan dengan regulasi dan penjaminan mutu (*quality assurance*).

1.1 Pelayanan Kesehatan di Propinsi

Puskesmas merupakan deretan tingkat menengah dari sistem pelayanan kesehatan dasar yang mengkombinasikan pelayanan kuratif-preventif-promotif dan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Puskesmas biasanya dipimpin oleh seorang dokter, perawat dan/ atau bidan yang dibantu oleh tenaga lain. Pelayanan kesehatan dasar juga diberikan melalui

pelayanan Pusat Kesehatan Keliling (Pusling).

Puskesmas di daerah perifer mempunyai pelayanan rawat inap – untuk menggantikan rumah sakit tipe D. Semua Puskesmas berada di bawah naungan pemerintahan daerah kabupaten/kota.

Rumah Sakit dibagi dalam tiga kategori. Di tingkat kabupaten paling sedikit mempunyai satu rumah sakit umum dengan beberapa spesialis. Pada tingkat propinsi, paling sedikit ada satu rumah sakit umum dengan lebih banyak pelayanan spesialis. Pada tingkat nasional (misalnya di Ibu kota) paling sedikit ada satu rumah sakit rujukan utama (*top referral*) dengan paling sedikit seorang spesialis pada setiap bidang keahlian.

1.2 Pemberian Pelayanan Kesehatan

Profesional kesehatan, terutama perawat dan bidan, dapat memberi pelayanan kesehatan bermutu tinggi, tetapi ada berbagai variasi dalam standar unjuk kerja dan sampai sekarang belum ada mekanisme untuk mengevaluasi dan menjamin suatu unjuk kerja minimal

Perawat dan bidan dididik di institusi pendidikan pemerintah (Poltekkes) atau institusi pendidikan swasta. Suatu sistem akreditasi untuk institusi pendidikan ini telah diperkenalkan dan diwajibkan tetapi penerapan sanksi masih sangat lemah

Pada saat reformasi dan perkembangan mendasar pada Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dan dalam menghadapi masalah kesehatan yang makin kompleks, perawat dan bidan makin dilihat sebagai sumberdaya kunci dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan dalam strategi-strategi yang berkaitan dengan SDM.

Sebagai kelompok mayoritas tenaga profesional kesehatan di Indonesia, yang bekerja di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, perawat dan bidan dapat berkontribusi besar dalam pencapaian tingkat kesehatan optimum untuk rakyat Indonesia dan dalam pencapaian tujuan MDG di Indonesia.

Bagaimanapun juga, Perawat dan bidan membutuhkan pendidikan dan pelatihan untuk menghadapi tantangan yang terus bermunculan dengan penekanan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, pengembangan komunitas, kerja tim multidisiplin dan pemberian pelayanan kesehatan yang aman.

1.3 Tujuan Pembangunan Milenium

Tujuan pembangunan milenium (MDG) berisi delapan tujuan pembangunan internasional yang ditandatangani oleh 189 negara anggota PBB dan sekurang-kurangnya 23 organisasi internasional telah bersepakat untuk mencapainya menjelang tahun 2015. Pencapaian tersebut, termasuk menurunkan setengahnya angka kemiskinan ekstrim, menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), memberantas penyakit endemik seperti AIDS, dan mengembangkan suatu mitra global untuk pembangunan.

Perhimpunan Peningkatan Keberdayaan Masyarakat (PPKM) memelopori gerakan untuk mencapai tujuan MDG di Indonesia. Perhimpunan ini terdiri dari 22 anggota inti, yang masing-masing mewakili suatu jaringan organisasi masyarakat umum, bekerja dibawah tema luas terkait kemiskinan dan globalisasi; kesehatan, pendidikan, gender; serta kemiskinan dan lingkungan.

Masyarakat yang sehat mendukung keberlangsungan pembangunan yang progressif. Upaya keras MDG adalah untuk memberi pelayanan yang bermutu dan aman kepada masyarakat Indonesia. Bagaimanapun, target pembangunan kesehatan ini tetap tidak terpenuhi jika sumberdaya di tingkat propinsi tidak memadai atau tidak terkoordinasi.

Kesehatan mempunyai dampak besar pada pembangunan Indonesia dan kemajuan bermakna dapat dicapai melalui strategi dan kebijakan yang efektif. Memasukan modul-modul yang relevan pada kurikulum Keperawatan dan Kebidanan akan mendukung upaya pemerintah dalam mencapai tujuan MDG terkait kesehatan di propinsi NTT dan NTB.

Kemajuan Indonesia dalam MDG

Tujuan 4 – Menurunkan Angka Kematian Anak

Kematian Balita (per 1000 kelahiran hidup)	1997- 70.6	2002 - 46
Kematian Bayi (per 1000 kelahiran hidup)	1997 - 52.2	2005 - 32
Proporsi anak usia setahun yang mendapat imunisasi campak.	1997– 70.9/1000	2005 – 72/1000

Tujuan 5 – Meningkatkan Kesehatan Ibu

Kematian Ibu (per 100,000 kelahiran hidup)	1994 – 390	2000– 370
Proporsi kelahiran yang ditangani oleh petugas kesehatan (Tidak termasuk dukun bersalin)	2000 – 61.2%	2004 – 72%

(www.searo.who.int/EN/section1243/section1921.htm)

1.4 NTT dan NTB

Bukti anekdot yang ada menyatakan bahwa di NTT dan NTB, mutu pendidikan perawat dan bidan sangat bervariasi, dan banyak yang tidak dapat menjawab tantangan kesehatan di tingkat lokal dan nasional. Oleh karena itu potensi mereka untuk berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan masyarakat tidak dapat direalisasikan.

Kebutuhan mendesak untuk meningkatkan pendidikan dan kompetensi perawat dan bidan adalah hal utama yang menggerakkan GTZ/EPOS dan AIPMNH dalam melakukan kajian. Hal ini berfokus kepada pendidikan awal perawat dan bidan, yang merupakan suatu pendidikan untuk mempersiapkan mereka agar mampu menjadi kompeten dan aman saat melakukan praktek sebagai perawat atau bidan.

Juga ada prioritas untuk menganalisis kapasitas Poltekkes untuk memberikan pendidikan formal (*pre-service*) yang akan menjamin lulusannya berkompeten dan aman dalam melakukan praktek.

NTT merupakan propinsi dengan kelompok kepulauan besar yang terdiri dari kurang lebih 500 pulau, dengan lima pulau besarnya yakni, Timor (Barat), Flores, Sumba, Alor dan Rote. Propinsi ini memiliki 19 kabupaten dan Kota Kupang.

Hambatan utama pembangunan adalah transportasi dan kesulitan komunikasi, yang berhubungan dengan kondisi geografis NTT, kesulitan air, dan tanah yang gersang yang membatasi produksi pertanian

Kelemahan utama adalah tidak tersedianya staf terlatih. Banyak puskesmas tidak memiliki dokter; bidan atau perawat senior berperan ganda sebagai pelaksana senior.

Propinsi NTB terdiri dari dua pulau besar yakni Lombok dan Sumbawa dengan tujuh (7) Kabupaten dan dua (2) kota.

Situasi kepegawaian di NTB lebih memuaskan, dengan paling sedikit seorang dokter perawat dan bidan di hampir semua puskesmas.

Transportasi dan komunikasi tidak terlalu bermasalah di pulau Lombok, walau lebih sulit di daerah lebih terpencil seperti di Bima dan Dompu.

Di kedua propinsi ini, standar fasilitas dan ketersediaan alat serta bahan habis pakai menjadi hambatan dan keterbatasan dalam pemberian pelayanan.

NTT berpenduduk 4 juta jiwa dan NTB berpenduduk 3,9 juta jiwa. Secara ekonomi lemah, menempatkan kedua propinsi ini berada di antara propinsi termiskin. Kondisi kemiskinan ini tercermin dalam indikator kesehatan dasar yang tertuang dalam ketiga (tabel berikut ini).

Tabel 1 Prosentasi Populasi Miskin dan Buta Huruf di NTT dan NTB

	Nasional	NTT	NTB
Populasi miskin tahun 2004	16.66	27.86	25.38
Angka Buta Huruf tahun 2005	11.05	15.36	20.81

Sumber: Biro Pusat Statistik Indonesia–BPS
www.BPS.go.id/leaflet/leaflet-Jul05.ind.pdf
 Indonesia Health Profile 2005 (Ministry of Health of Indonesia)
www.depkes.go.id/downloads/profle/en2005.pdf

Tabel 2 Angka Kematian di NTT dan NTB tahun 1999

	Nasional	NTT	NTB
AKB (per 1000 kelahiran hidup)	46	56	81
Angka Kematian Balita (1000 kelahiran hidup)	59.55	74.89	113.63

Sumber: Indonesia Health Profile 2005 (Ministry of Health of Indonesia)
www.depkes.go.id/downloads/profle/en2005.pdf

Tabel 3 Prosentasi Kelahiran yang Ditangani oleh Petugas Kesehatan tahun 2005

	Nasional	NTT	NTB
Kelahiran ditolong oleh Petugas Kesehatan terlatih	72.34	59.31	74.16

Sumber: Indonesia Health Profile 2005 (Ministry of Health of Indonesia)
www.depkes.go.id/downloads/profle/en2005.pdf

2. Pendidikan Keperawatan dan Kebidanan

Angkatan kerja perawat dan bidan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan yang efektif. Tidak ada sistem kesehatan yang mampu menanggung risiko dari buruknya pendidikan bagi petugas kesehatan. Hingga saat ini, pendidikan di banyak negara masih terabaikan dan berubah dengan sangat lambat tidak mengikuti kebutuhan masyarakat akan kesehatan yang berubah dengan sangat cepat.

Pendidikan untuk profesi kesehatan mengantar mahasiswa dari status awam menjadi seseorang yang mampu berperan dalam pelayanan kesehatan yang merefleksikan harapan-harapan sesuai lingkup social dan budayanya. Namun demikian, yang diinginkan oleh semua pimpinan di sektor kesehatan adalah adanya suatu kepastian bahwa setiap pelaku praktisi berkompeten dalam memberikan pelayanan sesuai kualifikasinya. Semua pimpinan dalam bidang kesehatan perlu mengetahui apakah setiap tenaga kesehatan berkompeten dalam pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat pendidikannya.

Kompetensi adalah kemampuan untuk melakukan suatu tugas khusus dengan cara-cara yang dapat memberikan hasil sesuai harapan. Definisi ini memberikan implikasi akan kemampuan menerapkan pengetahuan dan ketrampilan dengan sukses pada situasi baru serta pada tugas-tugas yang sudah terbiasa dilakukan sesuai standarnya (Kak N, Burkhalter B, Cooper M-A. Measuring the competence of health care providers. Operations Research Issue Paper 2 (1), 2001, Bethesda MA. USA).

Pengadaan uraian tugas untuk setiap kader tenaga kesehatan telah terbukti efektif dalam meningkatkan kinerja (Mathauer, Inke, Imhoff, Ingo (2004) - GTZ paper). Oleh karena itu, apabila uraian tugas tidak tersedia, maka dengan menyusunnya tidak hanya akan meningkatkan kinerja, tetapi juga akan menjadi penghubung antara sektor kesehatan dan sektor pendidikan. Hal ini akan memberikan suatu target yang jelas untuk dicapai oleh pendidikan profesional.

Sering terjadi, pendidikan tenaga kesehatan adalah suatu wilayah kepemilikan yang tumpang tindih atau dengan kata lain banyak pihak yang terlibat. Universitas, lembaga pendidikan tinggi lain, organisasi profesi, departemen pendidikan dan kesehatan, kelompok pemerhati swasta, dan pihak lainnya dapat secara khusus menjadi pemangku kepentingan dalam pendidikan. Menghimpun berbagai mitra dan membangun konsesus jangka panjang merupakan hal yang sangat dibutuhkan untuk kesinambungan sistem pendidikan tenaga kesehatan.

Pengaturan program *twinning* terbukti dapat meningkatkan kapasitas. Sebagai contoh, Universitas James Cook Australia dan Fakultas Keperawatan Fiji melaksanakan kegiatan *twinning* pada tahun 2001. Secara anekdotikal, kegiatan *twinning* ini dikatakan berhasil. Suatu kegiatan evaluasi yang didukung oleh AusAID akan diadakan pada akhir tahun ini. Pengaturan *twinning* dapat dibangun antara universitas nasional dengan lembaga pendidikan di propinsi. Hal ini dilakukan dalam rangka memperkuat kapasitas pendidikan di tingkat propinsi. Kegiatan ini, kemudian dapat melibatkan Universitas di negara lain yang telah berpengalaman dalam kegiatan *twinning* di tingkat internasional.

Staff dari institusi pendidikan di propinsi dapat menerima pelatihan dari universitas mitra ini agar mampu untuk bertindak sebagai pelatih/pendidik untuk topik tertentu. Para ahli dari lembaga pendidikan nasional/ internasional dapat dimasukkan dalam suatu wadah para ahli yang nantinya dipergunakan oleh institusi pendidikan di propinsi untuk merekrut pelatih/pendidik pada area-area yang dibutuhkan.

Ada keuntungan lain dari konsep *Twinning* yakni bahwa area lain dari institusi pendidikan juga dapat berkembang, misalnya perpustakaan, administrasi, pelayanan teknologi informasi dan sebagainya.

Istilah *in-service training* saat ini sering juga disebut sebagai pengembangan profesional berkelanjutan atau juga disebut pembelajaran seumur hidup. Laju perkembangan pengetahuan kesehatan yang cepat menunjukkan bahwa setelah lulus, seseorang perawat dan bidan tidak dapat begitu saja mengandalkan pengetahuan yang dimilikinya itu untuk berpraktek seumur hidup, tetapi harus secara ajek memperbaharui ilmu dan keterampilannya agar mampu memberikan pelayanan secara aman dan efektif

Pengembangan profesional berkelanjutan untuk tenaga kesehatan merupakan suatu tantangan tersendiri. Profesional kesehatan terdiri dari berbagai level dengan rentang terpendek dari para pekerja vokasional kesehatan berlatar belakang pendidikan dasar yang ditempuh dalam beberapa minggu hingga para dokter dan perawat yang menempuh pendidikan tingginya selama dekade.

Walau profesional kesehatan memiliki perangkat kompetensi inti yang mirip, setiap subkelompok juga mempunyai ketrampilan dan kompetensi yang sangat khusus yang diharapkan dapat dilakukannya. Perangkat kompetensi ini tidak hanya bervariasi berdasarkan kader profesional kesehatan tetapi juga bervariasi sesuai tatanan prakteknya. Perawat dan bidan di pedesaan di Amerika Serikat misalnya, jelas sekali harus berurusan dengan perangkat tantangan yang berbeda dalam praktek sehari-hari mereka dibandingkan perawat dan bidan di pedesaan di Indonesia;

2.1 Pusat SDM Kesehatan di Departemen Kesehatan

Pada tahun 2002, Departemen Kesehatan membentuk Badan Pusat Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) dengan struktur sebagai berikut:



2.2 Poltekkes

Poltekkes adalah institusi pendidikan di bawah tanggung jawab Departemen Kesehatan. Perawat dan bidan dididik di institusi pemerintah ini. Selain Poltekkes ada juga institusi pendidikan swasta tetapi tidak menjadi bagian dari kajian ini.

Di Poltekkes terdapat banyak program studi, seperti Jurusan Gizi, Analis, Fisioterapi, dan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan. Program Keperawatan dan Kebidanan dilaksanakan selama tiga tahun dan mahasiswa yang lulus berbekalkan Diploma III ini disebut sebagai ahli media keperawatan atau kebidanan. Di NTB terdapat satu Poltekkes yang membuka program Keperawatan dan Kebidanan dan memiliki satu cabang yang hanya membuka program studi untuk Keperawatan. Sedangkan, di NTT terdapat satu Poltekkes dengan dua cabang dengan program studi untuk Keperawatan dan Kebidanan.

Akreditasi terhadap Poltekkes dilaksanakan oleh DepKes. Terdapat empat (4) tingkat akreditasi, yakni A, B, C dan D. Akreditasi level A, B, dan C diperiksa setiap 5 tahun sedangkan level D diperiksa ulang setelah dua (2) tahun. Poltekkes dengan status akreditasi D tidak diperkenankan menyelenggarakan pendidikan apabila tidak mampu meningkatkan status akreditasinya dalam tenggang waktu yang ditentukan. Sangat sedikit insentif yang diberikan kepada Poltekkes yang mencapai nilai akreditasi tinggi, kecuali dalam hal prestise sekolah yang dapat menarik lebih banyak peminat.

Proses akreditasi belum pernah divalidasi atau dievaluasi sehingga tidak ada informasi akurat mengenai efektifitas proses ini.

Beberapa institusi pendidikan swasta diakreditasi di bawah pantauan Departemen Pendidikan, sedangkan yang lainnya oleh Departemen Kesehatan. Kedua sistem akreditasi ini tidak mempergunakan instrumen yang sama ketika mengakreditasi institusi pendidikan.

DepKes dan Depdiknas sedang mengupayakan peningkatan prosedur akreditasi tetapi belum mencapai suatu kesepakatan bersama.

Akreditasi dan juga sertifikasi bagi perawat dan bidan perlu dilaksanakan oleh suatu lembaga/badan independen. Hal ini akan memungkinkan bagi profesi ini untuk memiliki kredibilitas dan kompetensi terstandar yang akan diakui di setiap propinsi dan negara lain.

Menteri-menteri se-ASEAN telah menyetujui suatu pengaturan untuk saling mengakui (*mutual recognition agreement*) dan telah menyatakan bahwa negara–negara ASEAN akan saling mengakui kualifikasi dan standar kerja perawat, akuntan, dokter gigi dan dokter, sehingga mereka dapat berpraktek di negara manapun di ASEAN. (www.aseansec.org/19210).

Dengan demikian, akan memungkinkan bagi perawat Indonesia yang telah terregistrasi untuk bepergian dan bekerja di negara ASEAN untuk memperluas ketrampilan dan pengalaman mereka.

2.3 Pengalaman Pembelajaran Klinis bagi Perawat dan Bidan

Rumah sakit dan puskesmas dipakai sebagai tempat pengalaman praktek dan pengalaman pembelajaran klinis bagi mahasiswa keperawatan dan kebidanan. Tempat-tempat praktek ini berada di bawah kendali Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Sesuai dengan kurikulum nasional untuk D-III Keperawatan dan Kebidanan, 60 persen komponen kurikulum merupakan pengalaman klinis sedangkan 40 persennya adalah komponen teori.

Akses untuk pengalaman pembelajaran klinis di kedua propinsi ini diatur dalam nota kesepahaman (MoU) antara Poltekkes dengan Rumah Sakit dan Poltekkes dengan Puskesmas, sedangkan Dinkes Kabupaten/Kota menandatangani MoU atas nama Puskesmas.

Pemberian pengalaman klinik yang adekuat bagi mahasiswanya merupakan tantangan serius bagi Poltekkes. Tujuan dari nota kesepakatan adalah untuk mengatur akses untuk mahasiswa keperawatan dan kebidanan pada tatanan klinis.

Mahasiswa dari Institusi pendidikan swasta juga ditempatkan di rumah sakit dan puskesmas untuk pengalaman klinis mereka. Situasi ini dapat menyulitkan setiap mahasiswa pada saat melaksanakan aktivitas klinis yang dipersyaratkan baginya. Sebagai contoh, mahasiswa kebidanan dipersyaratkan menolong 50 persalinan. Hal ini akan sulit dicapai karena ketidakcukupan jumlah persalinan normal untuk semua mahasiswa Poltekkes dan mahasiswa sekolah swasta selama masa praktek klinis.

Mahasiswa kebidanan memandang perlu untuk menolong persalinan dengan waktu mereka sendiri dan perlu bernegosiasi dengan staf puskesmas atau rumah sakit untuk sewaktu-waktu dipanggil apabila ada persalinan yang dipersyaratkan bagi mereka.

3. Tinjauan Pustaka tentang Analisis Kebutuhan Pendidikan/Pelatihan

Mutu kerja lulusan berhubungan erat dengan persiapan akademik yang dijalannya. Pengkajian dan evaluasi harus dilakukan untuk menjawab kebutuhan akan unjuk kerja (kinerja) yang tinggi serta untuk kemudahan upaya memperbaiki praktek dan pendidikan perawat dan bidan

Namun demikian, hanya sedikit penelitian yang telah dilakukan yang berkaitan dengan pengkajian kebutuhan pendidikan/pelatihan dan pengembangan untuk tenaga keperawatan dan kebidanan di Indonesia. Namun, ada dua penelitian yang memberikan rekomendasi tentang pentingnya pendidikan/pelatihan untuk memperkuat kompetensi klinis perawat.

Penelitian yang dilakukan oleh Hennessy dkk bertujuan untuk menemukan profil kerja perawat, kebutuhan pendidikan/pelatihan perawat, peran dan kebutuhan pendidikan/pelatihan menurut persepsi perawat.

Penelitian ini dilakukan di lima (5) propinsi terpilih dengan total 524 perawat yang ditentukan secara random. Penelitian ini mempergunakan metodologi kuantitatif dengan kuesioner sebagai alat untuk mengumpulkan data.

Berdasarkan temuan yang ada, disimpulkan dan direkomendasikan berikut ini:

- 1) Ada perbedaan bermakna kinerja perawat di berbagai propinsi yang berkaitan dengan 40 tugas yang diteliti.
- 2) Lokasi geografis tempat kerja perawat mempengaruhi sifat dari peran yang ditampilkannya.
- 3) Peran perawat rumah sakit dan komunitas (puskesmas) serta perbedaan jenjang pendidikan perawat tidak menunjukkan banyak perbedaan
- 4) Secara bermakna, perawat dari semua propinsi melaporkan kebutuhan pendidikan/pelatihan untuk semua 40 tugas yang dikaji.

Penelitian ini merekomendasikan kebutuhan pendidikan berkelanjutan bagi perawat Indonesia (Hennessy, 2006).

Penelitian Barber dkk mengenai Perbedaan Akses kepada Pelayanan Rawat Jalan yang Bermutu di Indonesia.

Penelitian ini dilakukan di 13 propinsi dengan total 2.751 tenaga kesehatan pemerintah dan swasta.

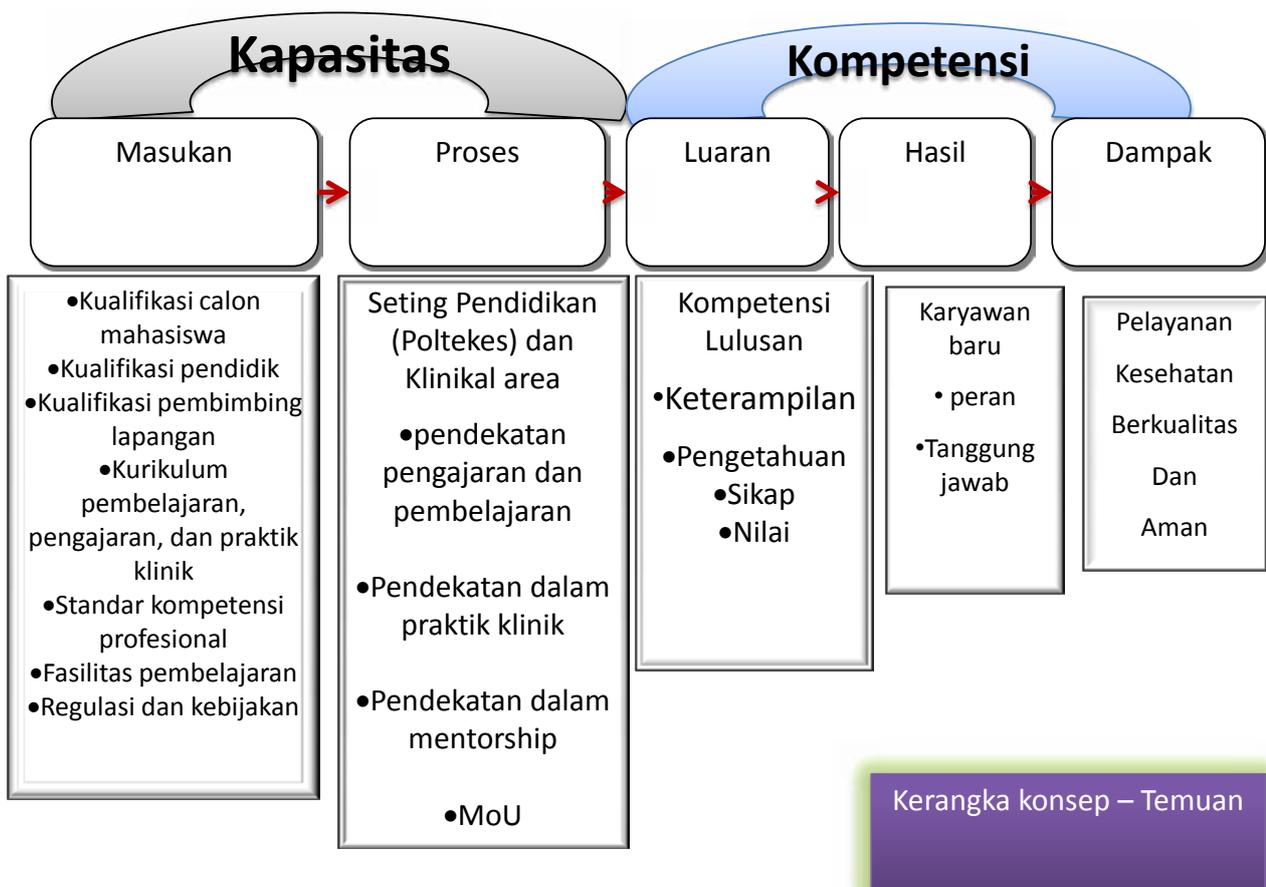
Penelitian *cross-sectional* ini berfokus pada pengkajian mutu teknis dari asuhan antenatal (ANC) dan asuhan kuratif pada anak-anak dan orang dewasa. Salah satu temuan dari penelitian tersebut adalah bervariasinya kualitas klinis dari tenaga kesehatan yang merefleksikan tingkat pengetahuan mereka. Dan hal ini dapat dianggap sebagai manifestasi suatu lingkup dari kerangka pendidikan, kebijakan dan hukum dalam sistem kesehatan.

Penelitian tersebut merekomendasikan perlunya meningkatkan profesionalisme perawat di lingkungan swasta di luar pulau Jawa – Bali.

Semua pelatihan *in-service* dapat membantu meningkatkan kualitas ketrampilan. Penguatan terhadap pengembangan sumberdaya kesehatan dan kebijakan akan berdampak luas pada kualitas pelayanan (Barber et al, 2007).

4. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian tergambar dalam bagan 1, yang menjelaskan arah dan keterkaitan antar komponen yang ada. Kerangka ini dipakai sebagai basis dalam menyusun desain metodologi pada kajian ini.



June - Oct 2008

1

Bagian III

Metodologi

1. Desain Kajian

Pada kajian ini dipergunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif untuk menganalisis kapasitas Poltekkes dalam menghasilkan lulusan keperawatan dan kebidanan yang berkompeten. Kerangka konsep dan metodologi yang dipergunakan dipresentasikan dan didiskusikan dengan perwakilan dari PUSDIKNAKES dan Pimpinan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes Kupang dan Mataram. Kajian ini dilaksanakan pada bulan Juli hingga September 2008.

Pada kajian ini dipergunakan beberapa metoda pengumpulan data:

- Survei awal untuk mengumpulkan profil dari para responden individu
- Wawancara tatap muka kepada responden individu
- Diskusi kelompok terpadu (DKT)
- Lokakarya bagi para pemangku kepentingan, dan
- Kunjungan observasi

Data yang dikumpulkan melalui wawancara, DKT, lokakarya dan kunjungan observasi dianalisis dengan pendekatan analisis content. Tanggung jawab etikal yang memperhatikan dan memproteksi hak-hak responden juga diaplikasikan pada kajian ini.

Berikut ini adalah implementasi dari desain Penelitian untuk mengkaji kapasistas Poltekkes dan kompetensi para lulusan di NTT dan NTB (Lampiran No. 2 dan No. 3)

a. Para pemangku kepentingan diidentifikasi berdasarkan tingkat keterlibatannya dalam kajian ini.

Level 1: Jajaran atas dari pemerintahan nasional (DepKes, DepDikNas dan DepDagri) dan Organisasi profesi, Wakil Gubernur untuk Bidang Kesehatan dan Pendidikan; Jajaran atas dari Pemerintahan Daerah tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Level 2: Pimpinan Nasional dari Program SDM di DepKes; Pimpinan Dinas Kesehatan di Propinsi dan Kabupaten/Kota; Pimpinan Poltekkes

Level 3A: Direktur Rumah Sakit Umum Pemerintah dan Puskesmas di Propinsi dan Kabupaten/Kota; Ketua Program Keperawatan dan Kebidanan; Pembantu Direktur Poltekkes Bidang Akademik, Organisasi Profesi Tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota dan Kepala Dinkes Kabupaten/Kota. NTT –Dinas Kesehatan Propinsi – Kepala Subdin Pengembangan Nakes NTB –Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan Propinsi

Level 3B: Responden individu. Yang disebut dengan “responden” adalah lulusan (Jalur Umum) dari Poltekkes di NTT dan NTB yang baru pertama kali bekerja di fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah:

1. Karyawan yang baru bekerja pertama kali

2. Baru bekerja dalam tiga (3) tahun terakhir tanpa melihat status kepegawaian
 3. Lulus dalam tiga (3) tahun terakhir dari D-III Keperawatan atau Kebidanan Program Umum Poltekkes
 4. Ditugaskan di fasilitas kesehatan (RSUD / Puskesmas) yang berjarak tempuh dua (2) jam perjalanan dengan kendaraan umum dari kota dimana kedua program studi berada.
- b. Fasilitas Pemerintah diidentifikasi sebagai yang mempekerjakan “responden” yang di tentukan sesuai kriteria– RSUD dan Puskesmas. Proses identifikasi ini dilakukan oleh staff proyek GTZ/EPOS dan AIPMNH di kedua propinsi. RSUD dan Puskesmas ini berjarak dua (2) jam perjalanan dengan transportasi umum.
 - c. Staff Proyek GTZ/EPOS dan AIPMNH mengidentifikasi responden sesuai kriteria yang ada.
 - d. GTZ/EPOS dan AIPMNH menandatangani surat yang ditujukan kepada para pemangku kepentingan terkait kajian ini.
 - e. Tindak lanjut dari surat undangan yang ditujukan kepada responden individu (level 3B) dilakukan melalui telepon. Hal ini juga berfungsi sebagai kontak awal. Kontak per telepon dilakukan berdasarkan daftar pertanyaan yang telah disusun
 - f. Daftar pertanyaan pre-workshop dikirim kepada level 3A untuk dibawa pada saat kegiatan workshop. Daftar pertanyaan ini dikirim bersama surat undangan workshop.
 - g. Membuat Panduan wawancara tatap muka dengan ‘responden individu’ level 3 B Pre-test dilakukan pada subyek serupa untuk kesesuaian dan kejelasan alat pengkajian.
 - h. Membuat instrumen Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) untuk responden level 3B
 - i. Instrument DKT dibuat untuk staf Propinsi dari proyek GTZ yang lainnya terkait.
 - j. Membuat program lokakarya untuk level 3A.
 - k. Menyusun daftar pertanyaan dan Komponen yang akan diamati dalam kunjungan observasi
 - l. Mengadakan pertemuan dengan staf proyek GTZ/EPOS dari kedua propinsi untuk menjelaskan dan mendapatkan masukan tentang kajian ini.
 - m. Menyusun garis besar program dan aktivitas untuk pelaksanaan penelitian di NTT dan NTB

2. Kunjungan Ke NTT dan NTB

Kajian ini dilaksanakan di Propinsi NTT dan NTB. Tempat utama penelitian adalah di kota Mataram dan Kupang. Alasan memilih kedua kota tersebut adalah karena pada kedua kota tersebut dibuka program D-III Keperawatan dan Kebidanan dan telah menghasilkan lulusan.

Berikut ini adalah pendekatan yang dipergunakan dalam mengumpulkan data:

1. **Kunjungan Kehormatan** - pihak yang dikunjungi diidentifikasi oleh staf GTZ/EPOS di kedua propinsi.
2. **Telepon** dilakukan untuk kontak awal dengan responden individu level 3B
3. **Wawancara tatap muka** – Wawancara tatap muka dilakukan kepada lima (5) responden individu perhari yang bertempat di lokasi yang sudah ditentukan. Responden yang telah melakukan perjalanan jauh dapat menginap, apabila diperlukan.
4. **Kunjungan observasi** ke RSUD, Puskesmas dan Poltekkes. Kunjungan ini dilakukan berselang seling dengan kegiatan wawancara
5. **Diskusi Kelompok Terfokus (DKT)** dengan responden level 3B. Setiap diskusi terdiri dari 10 – 15 orang dan apabila diperlukan dilakukan dua DKT pada setiap kelompok ini.
6. **Diskusi Kelompok Terfokus** dilakukan dengan staf proyek GTZ/EPOS lainnya di Propinsi

3. Keterbatasan Metodologi

Pada kajian ini terdapat beberapa keterbatasan sebagaimana tertulis berikut ini:

1. Metode komunikasi tidak memadai

- Pemakaian jasa pos tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga teknologi lebih canggih lainnya dipergunakan misalnya, SMS, Telpon genggam, dan facsimile
- Surat dari GTZ/EPOS kepada pemangku kepentingan diubah menjadi dari GTZ/EPOS kepada Dinkes Propinsi untuk diteruskan kepada pemangku kepentingan yang ada. Perubahan ini berefek kepada alokasi waktu yang ada.

2. Teknik mengidentifikasi responden tidak memadai

- Responden yang memenuhi persyaratan yang sesuai dengan desain metodologi sangat sulit ditemukan karena kurangnya data di kedua propinsi
- Banyak calon responden yang dikirim untuk wawancara tatap muka tidak memenuhi kriteria inklusif. Oleh karena itu, mereka tidak diikutsertakan dalam

kajian ini. Namun, sebagai gantinya kepada mereka tetap diberikan biaya penggantian transportasi

- Kesulitan menemukan responden diatasi dengan menggunakan tehnik bola salju (*snowball*)
3. Berhubung keterbatasan waktu dan sumberdana, kunjungan ke Poltekkes cabang tidak dilaksanakan
4. Batas waktu yang di berikan untuk kajian ini sangat pendek
- Apabila ada penambahan waktu kajian di kedua propinsi ini akan memungkinkan lebih banyak data yang terkumpul.
 - Waktu kajian yang ditetapkan yang jatuh pada hari libur semester menyebabkan tidak semua dosen dan mahasiswa berada di kampus ketika kunjungan dilakukan. Hal ini menyebabkan kuliah nyata dan kegiatan praktek dan pengalaman pembelajaran klinis tidak dapat diobservasi.

Bagian IV

Ringkasan Laporan Kajian

1. Wawancara Tatap Muka

Pada kajian ini, prinsip sukarela diterapkan. Sebelum wawancara tatap muka dilakukan, para responden diberitahu secara singkat tentang tujuan kajian dan jaminan akan kerahasiaan dari hasil wawancara. Setelah mereka setuju untuk berpartisipasi, setiap responden menandatangani surat persetujuan untuk diwawancarai.

A. Wawancara Tatap Muka di NTT

- Lebih dari 30% responden bekerja sebagai PNS dan CPNS, selebihnya adalah pegawai honorer atau PTT (karyawan kontrak). Secara umum para lulusan menyatakan bahwa mereka menjalani program orientasi yang tidak terstruktur.
- Lamanya program orientasi bervariasi dari satu minggu sampai dua (2) bulan dan selama itu tidak ada yang ditugaskan secara khusus untuk mengorientasikan mereka secara klinis. Kebanyakan tingkat pendidikan para senior lebih rendah dari pada para lulusan.

Sehubungan dengan itu, para lulusan baru mengatakan pentingnya kehadiran mentor (pembimbing) yang dapat mengorientasikan mereka di tempat kerja sebagai model. Berikut ini adalah pernyataan tentang program orientasi yang mereka alami:

“Tidak ada program orientasi; senior selalu memberitahu kami bahwa setelah kami lulus kami sudah siap bila diminta untuk melakukan segala prosedur.. Tidak ada yang memantau kemajuan saya.. Saya pikir saya perlu dibantu untuk perkembangan sehingga rasa percaya diri akan bertambah.. Karena tidak ada mentor, saya secara rutin mengikuti kebiasaan di unit dan bukan cara-cara terkini seperti yang telah diajarkan kepada saya di pendidikan”

Para lulusan menyebutkan beberapa peran dan tanggung jawab yang mereka lakukan seperti mengasuh pasien individu termasuk perawatan antenatal (ANC), menolong persalinan, imunisasi, pendidikan kesehatan dan menentukan pengobatan (*dispensing drugs*).

- Beberapa responden perawat yang bekerja di Puskesmas menyatakan bahwa mereka melakukan ANC, menjadi asisten dalam pertolongan persalinan yang dilakukan oleh bidan atau membantu kelahiran bayi bila bidan berhalangan, tetapi mereka tidak ditugaskan untuk terlibat di Program ‘Desa Siaga’

Seorang responden bidan yang bekerja di Pustu menyatakan banyak kasus komplikasi dirujuk kepada mereka oleh dukun.

“Saya dipanggil keluarga (pasien) hanya setelah dukun tidak mampu lagi menangani kasus itu”

- Banyak lulusan menyebutkan mengenai beberapa aspek yang dilakukan atau dipertahankan yang berkaitan dengan keamanan pasien. Misalnya, pencegahan infeksi, dokumentasi kejadian (luar biasa), rujukan dan kolaborasi.

Lebih dari 70% dari mereka mengalami kesulitan dalam pencegahan infeksi karena tidak cukup tersedia air mengalir dan terbatasnya peralatan. Banyak dari mereka mengatakan bahwa mereka tidak melakukan langkah mencuci tangan setiap kali melakukan prosedur dalam praktek di laboratorium karena tidak tersedia air mengalir. Walau demikian, mereka mengatakan para dosen mengingatkan mereka tentang pentingnya melakukan kegiatan mencuci tangan sebelum dan sesudah setiap kegiatan/ aktivitas keperawatan.

- Secara umum, para lulusan menyatakan mereka diberikan teori tetapi sangat superfisial utamanya mengenai penyakit menular, farmakologi dan hal-hal yang berhubungan dengan dukun.
- Hanya sedikit yang menyatakan mereka puas dengan kemampuan dosen di kelas maupun di tempat praktek.

“Kami belajar tentang nutrisi hanya satu semester.. sangat supervisial pada teori malaria.. tidak cukup kasus TBC yang didiskusikan”

- Lulusan juga menyatakan tentang besarnya jumlah mahasiswa di setiap kelas dan adanya mahasiswa dari sekolah swasta secara di tempat praktek.
- Beberapa dosen mengabaikan kelas dan tidak berada di tempat praktek ketika mereka mengajar di sekolah swasta. Para lulusan juga menyebutkan kurang terampilnya asisten dosen di laboratorium dan di tempat praktek/ klinis ketika mereka mengambil alih peran para dosen.
- Banyak yang menyatakan tentang keterbatasan sumber pembelajaran di kelas dan laboratorium. Lulusan juga menyebutkan keterbatasan penggunaan komputer, tidak ada laboratorium bahasa atau laboratorium komputer di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan.
- Di Perpustakaan, dikeluhkan mengenai keterbatasan dan kedaluarsa buku dan dan jurnal
- Juga, keterbatasan dan ketertinggalan dalam sumberdaya laboratorium sehingga mereka harus berbagi alat praktek dalam kelompok dan tidak selalu dapat melakukan latihan.

B. Wawancara Tatap Muka di NTB

Lulusan baru:

- Kebanyakan para lulusan tidak mempunyai uraian tugas tertulis, tetapi mereka diberi tahu secara lisan mengenai hal-hal yang harus dilakukan yang kadang-kadang instruksi tersebut tidak dimengerti secara utuh karena prosedurnya tidak sama seperti yang diajarkan di kelas.

- Untuk pegawai baru, program orientasi yang diterima bervariasi mulai dari satu hari hingga dua bulan, tidak cukup orientasi klinis, tidak ada supervisor yang ditugaskan khusus untuk lulusan baru tetapi mereka diperkenankan untuk berkonsultasi dengan semua senior bila diperlukan.
- Para lulusan mengatakan tidak ada perbedaan dalam penugasan, bahkan karena baru lulus, mereka mendapat lebih banyak tugas tetapi mereka menerima imbalan lebih rendah. Kalimat berikut merupakan pernyataan lulusan, “Masih muda, masih kuat, kesempatan untuk belajar, cari lebih banyak pengalaman:.

Pendidikan formal:

- Beberapa responden menyatakan keprihatinan mereka tentang kemampuan pembimbing klinis, seperti berikut ini;
 - “Ada yang hanya bagus waktu mengajar di kelas, tetapi ketika membimbing, mereka tidak bisa mempraktekan dengan benar hal yang baru saja diajarkan”
- Beberapa dari mereka memprihatinkan tentang kemampuan dosen pembimbing.
 - “Beberapa alat cuman dipajang, tidak pernah dipakai”. “Banyak yang sudah rusak (patah-patah), tidak dirawat dengan baik”
- Perawat di Puskesmas merasa kurang mendapat bekal dalam menentukan pengobatan.
 - “ Hanya dua (2) SKS untuk mata ajar Farmakologi”
- Secara umum, para lulusan berkomentar bahwa
 - “Perlu lebih banyak kemampuan berkomunikasi”
 - “Terlalu banyak mahasiswa, perlu mendapatkan lebih banyak pengalaman klinis”
- Kebanyakan para responden mengetahui prinsip-prinsip pencegahan infeksi, tetapi terbentur dengan keterbatasan sumberdaya di tatanan praktek klinik di Puskesmas. Sebagai contoh tidak ada alat untuk merebus atau mensterilkan peralatan.
- Responden mengungkapkan tentang keterbatasan akses internet dan buku teks di Perpustakaan, terutama ketika dibutuhkan untuk menyelesaikan laporan dan tugas lainnya.
 - “Banyak buku, tetapi buku lama, kami ke Perpustakaan Daerah atau beli, atau pergi ke warung internet (warnet)”.
 - “Laboratorium komputer ada di kampus lain, kami tidak dapat memakainya, harus naik angkot, dan tempatnya jauh.”.

2. Diskusi Kelompok Terfokus

A. Diskusi Kelompok (DKT) di NTT

- Peserta menyatakan mereka memiliki sumber pembelajaran yang terbatas di ruangan kelas dan laboratorium, juga pembimbing klinis tidak mempunyai cukup waktu di

lapangan karena mereka juga berperan sebagai kepala unit.

- Para partisipan mengungkapkan tentang perbedaan cara supervisi antara satu Pembimbing Klinis dengan Pembimbing Klinis lainnya. Juga disebutkan mengenai terbatasnya pengalaman pembelajaran di Puskesmas dan kurangnya pengalaman pembelajaran dengan bidan di Pustu

Mereka menyatakan perlu dilibatkan dalam aktivitas yang dilakukan oleh bidan/perawat di daerah pedesaan agar dapat lebih memahami dan mendapat pengalaman dalam kegiatan sehari-hari para bidan/perawat tersebut.

- Mereka menyatakan tentang perlunya meningkatkan kesiapan/rasa percaya diri selama pendidikan formal. Mereka merasa bahwa Poltekkes lebih mengutamakan kuantitas mahasiswa dan bukan kualitas. Mereka menganggap bahwa perlu memperpanjang waktu untuk pengalaman praktek klinik.
- Mereka mendefinisikan bahwa perawat/bidan dikatakan kompeten apabila memiliki keterampilan melaksanakan semua prosedur, memberikan asuhan keperawatan, memegang etika keperawatan/ kebidanan, dapat melaksanakan kolaborasi, dapat melakukan kegiatan berdasarkan logika, dapat mengembangkan diri terus menerus, dan mampu bekerja dimana saja.
- Peserta mengungkapkan keprihatinan mereka mengenai komunikasi dan kolaborasi dengan dokter atau ketika melaksanakan pesanan dokter karena tidak semua pesan dapat mereka pahami.
“Kami bekerja, ada yang kami tahu, tapi ada yang kami tidak tahu. Sehingga kami mengikuti pesanan dokter tanpa tahu pasti apa tujuan dan rasional yang sebenarnya.”
- Lulusan bidan menyatakan bahwa ada beberapa kegiatan yang mereka lakukan yang harus didampingi paling sedikit tiga (3) bulan selama masa awal mulai bekerja seperti, periksa dalam, menolong persalinan normal, episiotomi dan pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan implant.
- Perawat di Puskesmas menyatakan mereka perlu disupervisi paling sedikit satu bulan untuk setiap program di Puskesmas. Sementara perawat di rumah sakit membutuhkan paling sedikit enam (6) bulan untuk rotasi di setiap unit untuk memperkaya keterampilan mereka sebelum menetap di unit tertentu.
- Mereka setuju bahwa sulit menemukan role model yang memiliki semua aspek profesional, tetapi mereka mencoba mendapatkan aspek-aspek profesional yang baik dari role model (senior) yang ada.
- Mereka menyatakan pencegahan infeksi adalah aspek paling penting dari upaya menjaga keamanan pasien, tetapi mereka mengalami kesulitan untuk mempertahankan prinsip-prinsip pencegahan infeksi karena keterbatasan ketersediaan air, peralatan dan *role model*.

B. Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) di NTB

- Dibanding dengan wawancara individu, di DKT para responden berbicara lebih terbuka tentang proses belajar dan kemampuan dosen.
- Semua prosedur berikut ini dilakukan dengan tidak percaya diri karena keterbatasan kasus selama masa pendidikan formal dan pada saat bekerja saat ini. Prosedur-prosedur itu adalah, memasang dan memberi makan lewat sonde lambung (NGT), memasang dan merekam EKG, menentukan pengobatan (dispensing drugs), dan merawat bayi prematur.
- Terlalu banyak mahasiswa di lahan praktek. Sering satu mahasiswa melakukan prosedur, yang lain hanya menonton.
- Keprihatinan lainnya yakni tentang pendekatan kepada masyarakat dan kemampuan dalam memberikan pendidikan kesehatan.
“Kami hanya mendapatkannya secara selintas, hanya sepintas”
- Di laboratorium, rasio antara dosen pembimbing dan mahasiswa adalah satu (1) berbanding 40 (1:40). Dosen mendemonstrasikan di panggung dan mahasiswa menonton dari jauh,
“Tidak jelas, banyak yang mengobrol”
- Berhubung dengan keterbatasan waktu, tidak semua dosen memberi kesempatan untuk mendemonstrasikan ulang prosedur yang diajarkan. Pada umumnya mahasiswa meminjam peralatan lalu melakukan demonstrasi ulang di antara mereka sendiri tanpa supervisi dari dosen.
“Kami melakukan demonstrasi ulang di sore hari, setelah waktu perkuliahan dan tanpa pendampingan dari dosen pembimbing,

“Beberapa dosen sangat bagus ketika memberi kuliah, tetapi pada saat praktek, mereka sendiri tidak bisa melakukannya dengan benar”.

“Ketika ditanya hal terkait masalah klinis, jawaban dosen pembimbing simpang siur (muter-muter), tidak memuaskan”
- Di Perpustakaan, tersedia banyak buku tetapi lebih banyak buku edisi lama, ada internet tetapi berada di kampus lain, dan untuk mengaksesnya perlu waktu dan biaya transportasi, sehingga umumnya mereka memilih untuk pergi ke warung internet (warnet). Di laboratorium, beberapa alat / model sudah rusak (robek) dan tidak terpelihara dengan baik.
- Mereka juga prihatin akan banyaknya dosen yang mengajar di sekolah lain (swasta), sebagai akibat dari kondisi itu dosen mengubah jadwal perkuliahan yang sedianya dijadwalkan pagi menjadi sore hari. Berikut ini beberapa petikan kalimat partisipan;
“Jangan memperlakukan kami sebagai anak tiri”. “Tugas tidak didiskusikan atau di evaluasi”.
- Partisipan mengungkapkan bahwa pada saat pertama kali bekerja, kepada mereka

tidak cukup diberikan orientasi klinis, biasanya hanya diperkenalkan kepada direktur dan kepala unit. Orientasi umumnya mengenai struktur rumah sakit, kapasitas rumah sakit, jumlah tempat tidur, dan hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan. Mereka menyatakan membutuhkan lebih banyak orientasi klinis dan dukungan agar lebih percaya diri untuk melaksanakan prosedur.

- Di Puskesmas, orientasi lebih ditujukan untuk mengenai wilayah kerja, program-program kesehatan yang ada, jenis pelaporan, dan penanganan Askeskin, tetapi orientasi klinis sama sekali tidak dilakukan.

3. Lokakarya

A. Lokakarya di NTT

- Peserta mendiskusikan nota kesepahaman (MoU) yang ditinjau setiap empat (4) tahun. Mereka menyatakan di kemudian hari akan menggunakan MoU secara lebih efisien.
- Rasio dosen terhadap mahasiswa saat ini adalah 1:25. Rasio ini diakibatkan oleh peningkatan penerimaan mahasiswa di luar kriteria untuk status akreditasi B. Hal ini memberikan dampak pada pemanfaatan ruang kelas, laboratorium dan juga area tatanan praktek klinik, juga menambah beban kerja para dosen.
- Keterbatasan proses pembelajaran klinis dianggap sebagai salah satu situasi yang secara negative mempengaruhi keterampilan para lulusan. Opini lainnya tentang kurangnya pengalaman klinis dari pada kompetensi dikeluhkan, seperti pada pernyataan berikut ini,
“Para lulusan kurang pengalaman dan bukan kurang kompeten/trampil.. Meningkatkan ketrampilan mahasiswa dan lulusan akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan”

Keluhan akan kurang kompetennya para lulusan dinyatakan oleh PPNI dan IBI dan oleh karena itu perlu adanya peningkatan praktek klinik bagi mereka. IBI menyatakan kurang motivasi dari bidan lulusan DIII dalam berkordinasi serta tidak cukup keberanian dalam monolong persalinan.

“Kekurangterampilan mereka dipengaruhi oleh keterbatas dalam jumlah dan kemampuan dari para pembimbing klinis dan dosen klinis”

- Isu kurangnya proses pemantauan dan evaluasi antara pembimbing klinis dan dosen pembimbing juga didiskusikan. Isu menyinggung perlunya upaya untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan para pembimbing klinis dan dosen pembimbing juga diangkat.
- Rumah sakit mengangkat karyawan honorer, tetapi Dinkes Propinsi mengangkat PNS dan menugaskan mereka pada pelayanan kesehatan. Lulusan baru di rumah sakit diberikan program orientasi selama tiga (3) hari di bawah pengelolaan kepala unit. Isu tentang kurangnya program orientasi untuk lulusan baru dan uraian tugas mereka digambarkan sebagai berikut.

“Seharusnya, ketrampilan/kemampuan yang diajarkan di sekolah terintegrasi dengan TBC, kurang gizi, malaria dan juga cara pengobatannya. Program orientasi dibuat

sama untuk semua. Kenyataannya, bidan yang akan ditugaskan di daerah terpencil, butuh program orientasi yang berbeda.”

- Adanya perawat gigi yang ditugaskan untuk memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit. Hal ini menyebabkan asuhan yang diberikan tidak terjamin keamanannya.
- Terdapat sejumlah besar dosen (87%) dengan latar belakang pendidikan sama dengan atau lebih rendah dari strata I (S1).
- Terungkap adanya kesalahpahaman mengartikan rasio teori dan praktek (40%: 60%) dan hubungannya dengan peran Poltekkes dan lahan praktek dalam melaksanakan 60% komponen praktek yang dinyatakan sebagai berikut:
“Kurikulum menyatakan 40% untuk aspek teoritis dan 60% untuk praktek klinis; oleh karena itu kinerja lulusan sangat ditentukan oleh praktek di lapangan (rumah sakit / puskesmas). Rumah sakit tidak memiliki cukup Pembimbing Klinis untuk membimbing mahasiswa agar mencapai kompetensi standar. 60% praktek mengindikasikan bahwa 60% dari proses belajar mengajar adalah tanggung jawab rumah sakit dan puskesmas”
- PPNI dan IBI di tingkat propinsi dan kabupaten/kota membuat program orientasi dan sosialisasi untuk anggotanya serta memperkenalkan standar praktek, legislasi dan kebijakan yang mempengaruhi praktek para anggota. Mereka sedang merencanakan untuk menerapkan tes kompetensi.
- 60% - 70% Sumberdaya Kesehatan di propinsi NTT merupakan lulusan Poltekkes Kupang. Poltekkes telah merekrut tenaga honorer yang diambil dari sepuluh lulusan terbaik lulusan DIII Keperawatan dan Kebidanan untuk ditempatkan sebagai asisten dosen. Para honorer ini dikirim untuk mengikuti pendidikan lebih lanjut, baik di program DIV maupun S1. Para Honorer ini kemudian diberikan prioritas untuk mengikuti seleksi /diangkat sebagai CPNS/PNS.

B. Lokakarya di NTB

Perekrutan

- Dinkes di Propinsi, Kabupaten/Kota menginformasikan bahwa untuk rekrutmen tidak dibutuhkan tes kompetensi, hanya dibutuhkan pemeriksaan administratif dan tes tertulis lainnya.
- Program orientasi untuk pegawai baru diberikan oleh Dinkes Kabupaten/Kota, tanpa program orientasi klinis. Semua kegiatan orientasi dilaksanakan di kantor Dinkes Kabupaten/Kota.
- Perekrutan perawat dan bidan disesuaikan dengan formasi/lowongan yang ada di Dinkes Propinsi atau Kabupaten/Kota.
- Tidak ada jenjang karier, kebijakan mengenai manajemen resiko dan keamanan pasien,

serta tidak ada perencanaan untuk program pelatihan *in-service*.

- Penghargaan yang diterima dalam status kepegawaian sesuai kebijakan pemerintah yang berlaku.
- Hanya satu rumah sakit yang mempunyai laporan kejadian dan tidak ada kegiatan mengorientasikan para lulusan (karyawan baru) mengenai langkah-langkah selanjutnya apabila terjadi kecelakaan kerja.

Nota Kesepakatan

Ada nota kesepakatan antara Dinkes Kabupaten/Kota dengan rumah sakit untuk masa 4 – 5 tahun tetapi tidak ada nota kesepakatan untuk puskesmas. Poltekkes saat ini telah membuat nota kesepakatan dengan empat (4) rumah sakit di beberapa kabupaten/kota dan dengan dua universitas.

Pada nota kesepakatan tertuang komponen pembimbing klinis, pembiayaan praktek dan jumlah mahasiswa di setiap area praktek. Namun, tampaknya aturan main tidak diikuti karena tidak semua orang tahu persis apa yang tertulis pada nota kesepakatan tersebut. Pembiayaan praktek tidak dijelaskan secara rinci dalam nota kesepakatan.

Hal mengenai pembiayaan berikut ini perlu ditambahkan dalam nota kesepakatan, instruktur klinis dan alat kesehatan dasar misalnya sarung tangan, spuit/ jarum suntik, sabun dan anti septik dll.

Rumah Sakit

- Masalah-masalah timbul karena terlalu banyak mahasiswa yang datang dari berbagai sekolah pada waktu yang bersamaan.
- Adanya keterbatasan pembimbing klinis dan fasilitas
- Rumah sakit mengharapkan untuk memiliki lebih banyak pembimbing klinis dan mengharpkan Poltekkes mengatur kembali jadwal dan distribusi mahasiswa.
- Dosen klinis diharapkan mempunyai peran yang lebih aktif dalam mensupervisi mahasiswa di lahan praktek.
- Salah satu rumah sakit mepersyaratkan uji kompetensi sebelum mahasiswa memulai praktek klinik agar dapat berpraktek dengan aman.

Poltekkes

- Sistem pengajaran dan pembelajaran dianggap memadai untuk mempersiapkan mahasiswa memiliki kompetensi final ketika mereka lulus. Tetapi dalam hal ini tidak semuanya tercapai.
- Sejak tahun 2008, Poltekkes mencoba meningkatkan sistem penerimaan mahasiswa

dan tidak lagi menerima mahasiswa yang lulus marjinal. Juga, Poltekkes sedang mempersiapkan untuk menerapkan Kurikulum Berbasis Kompetensi.

Masalah yang di hadapi adalah:

- Keterbatasan ruangan untuk aktivitas mahasiswa dan pembimbing klinis di unit-unit pelayanan.
- Rasio pembimbing klinis terhadap mahasiswa tidak realistis.
- Praktek klinik tidak berdasarkan kepada prinsip-prinsip teori yang diberikan di kelas.
- Pembiayaan praktek yang disepakati bersama antar Rumah Sakit dan Poltekkes tidak didiskusikan dengan detail

Organisasi Profesi

PPNI (Persatuan Perawat Nasional):

- PPNI mempunyai data bahwa 5% lulusan Poltekkes bekerja di rumah sakit dan 95% di Puskesmas. Mereka merekomendasikan agar kurikulum dikaji ulang.
- Peran PPNI adalah membuat standar untuk praktek klinis, membuat usulan/ rancangan untuk uji kompetensi perawat dan prosedur sertifikasi, serta menyusun biaya/ jasa perawat.
- Semua pelatihan *in-service* untuk perawat di NTB seharusnya mendapat persetujuan PPNI

IBI (Ikatan Bidan Indonesia):

- Secara aktif IBI menginformasikan kepada anggotanya tentang peraturan dan kebijakan yang mempengaruhi praktek mereka.
- IBI melaksanakan berbagai pelatihan tentang kesehatan ibu dan anak untuk bidan yang di sponsori GTZ.
- IBI sedang bekerja sama dengan pemerintahan daerah/ propinsi untuk mempersiapkan prosedur uji kompetensi untuk bidan di tingkat propinsi.

IBI mengungkapkan keprihatinan bahwa sudah ada 12 sekolah bidan di propinsi NTB dan ini akan mempengaruhi kompetensi lulusan. Tingginya jumlah mahasiswa yang bersaing untuk tatanan klinis telah menghasilkan kurangnya pengalaman klinis semua mahasiswa baik dari seolah pemerintah maupun swasta.

4. Kunjungan Observasi

A. Kunjungan Observasi di NTT

Selama Kunjungan Observasi ke Jurusan Keperawatan dan Kebidanan di Poltekkes, muncul beberapa isu berikut ini:

- Latar belakang pendidikan dari kebanyakan dosen (87%) sama dengan atau di bawah strata 1 (S-1).
- Ujian masuk berlaku untuk semua mahasiswa, tetapi juga masih ada perlakuan khusus bagi mereka yang lulus marjinal.
- Hasil akreditasi kedua jurusan ada pada level B, tetapi dalam kenyataannya jumlah mahasiswa baru, rasio dosen terhadap mahasiswa, kondisi lingkungan serta fasilitas pada kedua jurusan tidak mencerminkan hasil akreditasi tersebut.
- Hubungan internet sangat terbatas pada kedua Jurusan, Juga, kekurangan jumlah perangkat komputer, laboratorium bahasa, dan keterbatasan buku teks / jurnal edisi baru.
- Terbatasnya air bersih mempengaruhi kebersihan lingkungan kampus secara menyeluruh serta mempengaruhi proses belajar mengajar di laboratorium.
- Terdapat perbedaan bermakna antara Jurusan Keperawatan dan Kebidanan dalam hal kebersihan dan penataan ruangan Jurusan Kebidanan tampak lebih bersih dan tertata lebih baik. Namun demikian, ada keterbatasan dalam jumlah manekin, model, kateter, NGT, EKG (sudah rusak dan keluaran lama).
- Terdapat kran tetapi tidak ada air mengalir. Di laboratorium Jurusan Kebidanan tersedia ember berkeran untuk mencuci tangan.
- Kamar makan dan kamar staf dosen dialihfungsikan menjadi ruangan kelas.
- Selama kunjungan observasi, juga didiskusikan isu bahwa Poltekkes belum pernah mendisain ulang kurikulum nasional untuk memenuhi kebutuhan propinsi.
- Secara umum, jurusan Keperawatan meluluskan mahasiswanya 90% tepat pada waktunya, tetapi di Jurusan Kebidanan hanya 60% yang lulus tepat waktu sedangkan 40% lainnya diperpanjang masa belajar sekitar 4-7 bulan.

Dalam kunjungan observasi ke rumah sakit dan puskesmas dikemukakan isu mengenai kurangnya jumlah pembimbing klinis dalam kaitannya dengan seluruh mahasiswa dari Poltekkes dan institusi pendidikan swasta.

Perbedaan berikut ini mengemuka yakni

- mengenai besarnya jasa pembimbingan yang diterima oleh pembimbing klinis dari Poltekkes dan sekolah swasta,

- sikap mahasiswa,
- kehadiran dosen klinis yang minimal pada saat praktek klinik,
- tidak adanya standar evaluasi untuk kinerja mahasiswa,
- kriteria pembimbing klinis kebidanan di puskesmas lebih rendah dari pada di rumah sakit.

B. Kunjungan Observasi di NTB

Kunjungan observasi ke Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes:

- Kapasitas perpustakaan di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan hanya dapat menampung 40 – 50 mahasiswa, dan rata-rata kunjungan perhari adalah 15 – 20 mahasiswa. Tidak tersedia jurnal keperawatan dan kebidanan.
- Buku teks keperawatan dan kebidanan dalam Bahasa Indonesia tersedia secara terbatas.
- Pelayanan Perpustakaan dimulai pada pukul 08.00 pagi hingga pukul 02.00 siang.
- Tersedia dua komputer untuk akses internet, tetapi dengan aksesibilitas lambat sehingga sulit bagi mahasiswa untuk memanfaatkannya.
- Ada laboratorium komputer utama di kampus Gizi, tetapi jauh dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan.
- Tidak ada laboratorium bahasa untuk Jurusan Keperawatan dan Kebidanan.
- Ada teater untuk demonstrasi dengan kapasitas 40 mahasiswa di Jurusan Keperawatan sehingga menyulitkan mahasiswa yang berada di belakang untuk mengikuti demonstrasi yang diberikan.
- Ada ruang–ruang kecil untuk setiap mata kuliah dengan daya tampung 5-8 mahasiswa. Secara umum peralatan praktek memadai, tetapi tidak semua berfungsi dengan baik.
- Tidak semua ruangan laboratorium tersedia air mengalir, tetapi kadang-kadang diganti dengan ember yang berkran untuk praktek mencuci tangan.
- 92% dosen dengan latar belakang pendidikan tertinggi strata 1 (S-1, D-IV, atau D-III), dilengkapi dengan Akta IV tetapi sedikit pengalaman klinis.
- Ketua Jurusan Kebidanan mengatakan bahwa sebenarnya lulusan D-III tidak perlu pelatihan APN, tetapi mereka didorong untuk mengikutinya dengan biaya sendiri.
- Rata-rata kelulusan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan di atas 80% (mereka dapat menyelesaikan dalam enam semester). Terdapat beberapa mahasiswa dengan nilai marjinal sewaktu ujian masuk, sehingga membutuhkan tambahan

upaya dan waktu agar mereka dapat menyelesaikan pendidikan keperawatan dan kebidanan (butuh lebih dari enam semester).

- Jurusan Keperawatan dan Kebidanan tampak prihatin dengan keterbatasan jumlah pembimbing klinis yang bersertifikat. Jurusan Kebidanan baru mampu melatih dua pembimbing klinis untuk rumah sakit dan empat pembimbing klinis untuk puskesmas.
- Pembimbing klinis di rumah sakit dan puskesmas mengharapkan dosen pembimbing dari Poltekkes mempunyai peran lebih aktif dalam mensupervisi proses pembelajaran klinis, dan hal ini belum terlaksana.
- Dikeluhkan terlalu banyak mahasiswa yang datang bersamaan baik dari Poltekkes maupun institusi pendidikan swasta lainnya sehingga mereka semua tidak memperoleh pengalaman praktek klinis yang baik.
- Beberapa mahasiswa kebidanan berkoordinasi dengan bidan di Kamar Bersalin untuk mengizinkan mereka menolong persalinan di Puskesmas di luar waktu praktek agar dapat mencapai target yang ditetapkan sebelum kelulusannya.
- Pembimbing klinis yang tersedia di Puskesmas untuk mahasiswa keperawatan kebanyakan adalah dokter umum.
- Pada dua Puskesmas dengan rawat inap, tersedia inkubator yang lengkap, tetapi "*tidak pernah dipakai*". Hal ini bukan karena tidak cukup kapasitas listrik, tetapi lebih karena menurut kebijakan setempat, semua bayi prematur yang perlu dirawat dalam inkubator harus dirujuk ke rumah sakit. Kondisi ini membatasi pengalaman pembelajaran klinis mahasiswa terutama yang berkaitan dengan aspek perinatal atau neonatal.

Bagian V

Temuan, Rekomendasi dan Tindak Lanjut

Data diperoleh dari wawancara tatap muka dengan responden lulusan baru diperlakukan sebagai data kuantitatif.

Data yang diperoleh dari diskusi kelompok terfokus (DKT), kunjungan observasi dan lokakarya diperlakukan sebagai data kualitatif

Dalam upaya memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para perawat dan bidan di NTT dan NTB, kajian ini merekomendasikan hal-hal berikut. Rekomendasi ini bertujuan untuk memperkuat kapasitas pendidikan keperawatan dan kebidanan di Poltekkes dan kompetensi dari lulusan keperawatan dan kebidanan

1. Kapasitas Poltekkes

1. Kompetensi yang diharapkan dari seorang dosen keperawatan dan kebidanan adalah memiliki keahlian pada bidang yang diampunya. Selain itu, mereka juga harus memiliki komitmen untuk mempertahankan kemampuan klinik serta mendapat dukungan dalam upaya peninjauan dan evaluasi terhadap kinerja mereka (WHO Strategy for Nursing and Midwifery Education, 2001 page 139).

92% staf Jurusan Keperawatan dan Kebidanan di Poltekkes NTB diangkat menjadi dosen dengan latar belakang pendidikan D-III, D-IV and S-1. Pendidikan D-IV merupakan pendidikan lanjutan yang berdurasi satu tahun setelah pendidikan D-III Keperawatan/ Kebidanan dengan penekanan lebih kepada pada komponen pengajaran/pembelajaran dari pada komponen ketrampilan klinis.

Sama halnya dengan NTB, di NTT, juga tercatat 87% dosen dengan latar belakang pendidikan D-III, D-IV dan S-1.

Terungkap dalam DKT, para lulusan sering bingung dengan pembelajaran klinis selama pendidikan di Poltekkes dan hal yang dipelajari tersebut tidak selalu sesuai dengan yang ditemukannya di lapangan.

Temuan lain melalui DKT yakni, dosen pembimbing dari Poltekkes tidak selalu berada di lahan praktek untuk membimbing mahasiswa.

Dalam workshop juga terungkap mengenai kompetensi klinis para mahasiswa. Bahkan, salah satu rumah sakit mempersyaratkan tes kompetensi harus dijalani oleh mahasiswa sebelum mereka ditempatkan di lahan praktek.

45 % responden menyatakan bahwa para Asisten Dosen terlibat dalam pembimbingan dan pengajaran di laboratorium, dan umumnya mereka kurang mampu memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan mahasiswa yang menyangkut masalah klinis. Situasi ini lebih banyak ditemukan di NTT.

Rekomendasi:

1. Dukungan diberikan oleh BPPSDMK kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes untuk meninjau kebijakan yang berkaitan dengan pengangkatan dosen keperawatan dan kebidanan. Hal ini meliputi:

- Memiliki kualifikasi untuk mata ajar yang diampu, seperti yang tertuang dalam UU No. 14 tahun 2005, yang menyatakan bahwa dosen pada pendidikan tinggi setara diploma harus berlatar belakang pendidikan magister dalam bidang keahlian yang sama.
- Minimal mempunyai pengalaman klinis dua (2) tahun pada bidangnya (Nursing and Midwifery Programme WHO, 2001)
- Terus menerus memelihara dan memperbaharui kompetensi klinis, antara lain dapat dilakukan dengan cara Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes mengevaluasi kompetensi klinis para dosen setiap lima (5) tahun. (PPNI tahun 2001 dan IBI tahun 2002 [Lampiran No. 7]). Hal ini dilakukan untuk menjamin kompetensi klinis para lulusan.
- Diupayakan untuk terus menerus melakukan pengembangan profesional bagi para dosen untuk membantu menumbuhkembangkan kemampuan dan keterampilan mengajar/belajar melalui program *twinning*. Program *twinning* ini dilakukan antara Poltekkes dengan Institusi Keperawatan dan Kebidanan terbaik di Indonesia dan atau dengan Institusi Pendidikan Keperawatan dan Kebidanan di luar negeri, utamanya yang berpengalaman dalam pendampingan bagi negara-negara berkembang.

2. Setiap Jurusan Keperawatan dan Kebidanan di Poltekkes melaksanakan proses penerimaan mahasiswa baru melalui ujian seleksi. Setiap calon mahasiswa harus melalui ujian ini dan dinyatakan lulus sebelum diperkenankan mengikuti perkuliahan. Kenyataannya, beberapa mahasiswa yang diterima hanya lulus secara marjinal. (Hasil workshop dan observasi).

Hal ini akan terjadi apabila Poltekkes berubah status sehingga dapat memanfaatkan hasil usahanya.

Rekomendasi:

Dukungan diberikan kepada mahasiswa yang lulus secara marjinal pada ujian masuk, yang dilakukan melalui penambahan tutorial. Penambahan tutorial ini membutuhkan tambahan upaya dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes

- Peningkatan biaya proses belajar mengajar yang dikenakan kepada mahasiswa ini kemudian dialokasikan bagi staf pengajar yang terlibat dalam kegiatan tutorial yang bertujuan untuk memungkinkan mahasiswa mencapai kompetensi yang dibutuhkan untuk kelulusannya.
- Manajemen Poltekkes perlu dikuatkan agar secara efektif dapat mengakomodasi penambahan-penambahan tugas tersebut.

3. Saat ini, kurikulum nasional ditinjau dan disetujui oleh Departemen Kesehatan (PUSDIKNAKES)

Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes diberikan otoritas (PP No. 19 tahun 2005 [Lampiran No 8]) untuk mengadaptasi kurikulum nasional sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan di tiap propinsi (muatan lokal).

Semua responden menyatakan bahwa tidak cukup materi pembelajaran yang yang diterima yang berkenaan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan setempat.

Rekomendasi

- Dinas Kesehatan Propinsi dan Poltekkes (Jurusan Keperawatan dan Kebidanan) membentuk suatu Satuan Tugas (SatGas) untuk meninjau dan mengadaptasi kurikulum nasional untuk menjawab prioritas masalah kesehatan lokal. Dengan melakukan ini, akan ada kepastian bagi para lulusan Poltekkes untuk kompeten dalam pemberian pelayanan kesehatan yang aman pada seting pelayanan lokal (rumah sakit, puskesmas, dll)
- Komponen SatGas terdiri dari unsur Pusdiknakes, Subdit Perencanaan Dinas Kesehatan Propinsi, Seksi surveilans dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/ Kota, Kepala Bidang Keperawatan dan Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah, dan Kepala Puskesmas.
- SatGas tersebut menyusun agenda kerja yang memungkinkan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes memperoleh semua data demografi dan informasi epidemiologi yang dibutuhkan dalam upaya mengadaptasi kurikulum nasional sesuai waktunya

4. Suatu nota kesepakatan kerja sama (nota kesepakatan) dibuat antara Dinas Kesehatan Propinsi, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah, dan Poltekkes. Nota kesepakatan ini ditinjau setiap 4- 5 tahun.

Tujuan dari nota kesepakatan ini adalah untuk mengatur penggunaan tempat praktek klinik bagi mahasiswa kebidanan dan keperawatan. (Hasil lokakarya)

Rekomendasi:

Nota kesepakatan antara Poltekkes dan institusi terkait mengenai penggunaan lahan praktek di Rumah Sakit dan Puskesmas untuk pengalaman klinik mahasiswa ditinjau ulang setiap tahun agar dapat mengakomodasi tuntutan klinis bagi mahasiswa, dan dalam nota kesepakatan tersebut dijelaskan tentang:

- Jumlah mahasiswa pada setiap tempat praktek yang dikaitkan dengan rerata aktivitas (misalnya, rerata persalinan per bulan) dalam hubungannya dengan jumlah seluruh mahasiswa yang diperkirakan akan praktek, termasuk yang berasal dari institusi pendidikan tinggi swasta.

- Standar supervisi klinis, dengan menyebutkan kriteria dari pembimbing klinis. Sebutan pembimbing klinis ditujukan bagi pembimbing yang berasal dari rumah sakit dan puskesmas.
- Unit tempat mahasiswa praktek
- Peran dosen klinis dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes.
- Standar untuk persiapan dan penempatan praktek mahasiswa

5. Fasilitas perpustakaan dan laboratorium di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes merupakan komponen esensial untuk mendukung kegiatan akademis dan pembelajaran klinik serta mengembangkan kompetensi para mahasiswa dan dosen.

78% responden yang diwawancarai menyatakan bahwa fasilitas perpustakaan sangat terbatas serta peralatan laboratorium tidak memadai. Hal ini juga ditandaskan dalam diskusi kelompok terpadu (DKT), kunjungan observasi dan lokakarya.

Wawancara, DKT, dan kunjungan observasi secara khusus menekankan tentang keterbatasan edisi buku teks dan juga terdapat buku teks edisi lama.

Hal lainnya adalah terbatasnya jurnal profesional dalam bentuk cetak maupun yang tersedia *on-line*.

Tidak tersedia fasilitas komputer dan internet yang dapat diakses mahasiswa di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan.

Kecepatan akses internet juga sangat minimal.

Rekomendasi ini juga berkaitan dengan rekomendasi kompetensi no. 4).

Rekomendasi:

- Dukungan diberikan kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes dalam rangka mengembangkan fasilitas perpustakaan, laboratorium klinis, termasuk yang berkaitan dengan fasilitas elektronik
- Pemberian dukungan finansial dan teknis untuk pengembangan perpustakaan (termasuk sumber daya perpustakaan elektronik, buku teks/cetak terkini dan jurnal *on-line*),
- Memastikan adanya kecukupan dan keandalan akses internet
- Peningkatan sumber daya pembelajaran yakni, yang berkaitan dengan peralatan laboratorium keperawatan /kebidanan
- Pelaksanaan program pelatihan komputer bagi para dosen dan mahasiswa

- Peningkatan dukungan untuk laboratorium bahasa Inggris di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan
- Penyediaan anggaran secara berkesinambungan untuk pemeliharaan, pembaharuan berkala dan peningkatan perangkat keras dan lunak komputer di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan

6. Ada beberapa dosen mengabaikan pembelajaran di kelas dan pembimbingan di laboratorium tetapi mengajar di sekolah swasta didalam waktu kerjanya. (DKT).

PP No 30 tahun 1980 yang ditandatangani dalam Surat Edaran Kepala BPPSDMK pada pada bulan Januari 2004 (Lampiran No. 9) menyatakan bahwa dosen (PNS) tidak dibenarkan memegang posisi/jabatan (staf) di sekolah swasta.

Para dosen diperkenankan mengajar di tempat lain di luar jam kerja.

Rekomendasi:

- PP No 30 tahun 1980 diberlakukan secara ketat kepada semua dosen di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes
- Analisis secara rinci dilakukan oleh Bagian Kepersonaliaan/Kepegawaian Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Pendidikan Propinsi untuk mengidentifikasi jumlah dosen di institusi pendidikan tinggi swasta dan negeri untuk memastikan keterjangkauan rasio dosen penuh waktu terhadap mahasiswa.

7. Akreditasi bagi Poltekkes dilaksanakan oleh PUSDIKNAKES yang merupakan bagian dari BPPSDMK. Akreditasi ini dilakukan setiap lima (5) tahun.

Dari kunjungan observasi diperoleh gambaran bahwa kondisi di masing-masing Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes.kurang mencerminkan status dan level akreditasinya.

Rekomendasi:

- Dipertimbangkan adanya suatu Badan Independen yang melaksanakan akreditasi berdasarkan standar yang sesuai. Komponen Badan tersebut adalah Pusdiknakes, Organisasi Profesi, Dinas Pendidikan Propinsi, Dinas Kesehatan Propinsi, perwakilan masyarakat, pemerhati pengguna jasa pelayanan kesehatan, dan Pemerintah Daerah Propinsi.
- Badan ini juga dapat difungsikan dalam kegiatan peninjauan kualitas Jurusan Keperawatan dan Kebidanan di Poltekkes
- Dukungan pelatihan harus diupayakan/diberikan bagi personel Badan Independen ini

8. Lingkungan fisik mempengaruhi proses belajar mengajar.

Di NTT, keterbatasan air memberikan dampak kepada kebersihan dan keberfungsian Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes. (Kunjungan observasi).

Rekomendasi:

- Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes (khususnya di NTT) membentuk komite multisektorial yang terdiri dari perwakilan dari Pemerintah Daerah dan Lembaga Penyandang Dana (misalnya GTZ Proair) untuk mengkaji dan mengatasi masalah kekurangan air dan memberikan solusi yang dapat berkontribusi kepada upaya mengatasi infeksi nosokomial.
- Sementara itu, Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes harus mengupayakan pengadaan air di semua laboratorium.

9. Desentralisasi dimulai sejak tahun 2001. Sejak itu tanggung jawab untuk kualitas pendidikan keperawatan dan kebidanan merupakan tanggung jawab bersama antara Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan dan Pemerintah Daerah utamanya Dinas Kesehatan Propinsi serta Lembaga Penyandang Dana.

Situasi ini memberikan dampak negatif terhadap pengembangan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes karena menimbulkan adanya usulan/nasihat yang saling bertentangan dari setiap komponen

Perencanaan nasional yang bertujuan membangun koordinasi antara institusi profesi kesehatan harus dipertimbangkan sampai dengan adanya kejelasan tanggung jawab.

Rekomendasi:

- Semua departemen dan agensi eksternal yang terkait (GTZ, AusAID, WHO dsb) dianjurkan untuk saling memperkuat kerjasama (*partnership*) dengan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes sehingga ada kepastian pendekatan yang sinkron bagi pendidikan keperawatan dan kebidanan. Dengan pendekatan tersebut, kondisi kesehatan seluruh populasi dan tujuan MDG dapat dicapai melalui peningkatan kompetensi para lulusan.
- PUSRENGUN mendukung upaya koordinasi melalui suatu komite perencanaan nasional untuk semua pemangku kepentingan (*stakeholders*).

2. Kompetensi Lulusan

A. Pendidikan Formal

1. Dua masalah utama yang menjadi perhatian yang berkaitan dengan pengembangan kompetensi para responden yakni, tentang lemahnya pengalaman klinis dan tentang tidak memadainya orientasi klinis yang diakibatkan oleh kurangnya supervisi di tempat kerja. Masalah itu, terungkap melalui berbagai metode yang dipergunakan untuk pengumpulan data, yakni melalui wawancara, DKT, dan lokakarya.

Rekomendasi:

Kualitas dari praktek klinik ditingkatkan melalui:

- Pelatihan kepala unit pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan mengelola tempat praktek klinik, termasuk didalamnya kemampuan mengidentifikasi staf kunci/potensial sebagai pembimbing klinis.
- Dosen Keperawatan dan Kebidanan dipersyaratkan untuk memiliki sertifikat kecakapan (*proficiency*) sesuai bidang yang diampu.
- Dosen yang ada sekarang selain perlu meningkatkan dan mempertahankan pengalaman klinisnya juga perlu dievaluasi kinerjanya secara periodik
- Pembimbing klinis di lahan praktek perlu memiliki sertifikat yang menunjukkan kemampuannya dalam mengajar dan melatih/membimbing atau pelatihan lainnya yang terkait.
- Penempatan dan keterpaparan mahasiswa di masing- masing lokasi di lahan praktek (Rumah Sakit dan Puskesmas) perlu diperpanjang disertai dengan pamantauan berkesinambungan dari dosen klinis dan/ atau pembimbing klinis.
- Menambah waktu praktek di Puskesmas. Pada kondisi saat ini, penempatan satu minggu di masing-masing tempat dianggap tidak memadai.
- Perlu adanya suatu analisis yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi/ Kabupaten/ Kota mengenai tingkat kegiatan di Puskesmas sehingga dapat mengidentifikasi lahan praktek yang cocok dan untuk mengidentifikasi dukungan pelatihan pembimbing klinis yang dibutuhkan oleh Puskesmas-puskemas terkait.
- Mengurangi jumlah mahasiswa di setiap tempat praktek klinik sehingga mereka dapat menerapkan ilmu dan keterampilan yang telah dipelajarinya. Hal ini dimungkinkan apabila Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes mengatur dan mengubah kalender akademiknya sehingga terhindar dari terjadinya penumpukan mahasiswa di lahan praktek pada saat bersamaan. (PP No 19 th 2005 [Lampiran 8]). Pengaturan ini dapat dilaksanakan melalui nota kesepakatan.

2. 61% responden yang diwawancarai menyatakan bahwa perlengkapan praktek klinis yang disediakan di Jurusan penting dalam mempersiapkan mahasiswa selama proses pembelajaran klinik di lapangan.

Mahasiswa perlu terlebih dahulu melakukan praktek dengan alat/ model yang sesuai dengan tempat praktek klinisnya. Hal ini penting dilakukan untuk memampukan mereka memiliki ketrampilan terkait sebelum ditempatkan di lahan praktek.

Beberapa responden menyebutkan bahwa ada beberapa alat di laboratorium, yang tidak dipakai sewaktu praktek laboratorium dan hanya dipajang saja.

Rekomendasi:

- Pengadaan peralatan dasar yang memadai di Jurusan Keperawatan maupun Kebidanan Poltekkes disesuaikan dengan yang dipergunakan di lahan praktek. Sebagai contoh, alat EKG (*Elektro Kardio Grafi*), Nebulizer, CTG (*Cardiotocografi*).
- Semua peralatan dasar ini dalam berada dalam kondisi baik, dirawat secara teratur dan atau diganti apabila diperlukan.

3. 80% responden yang diwawancarai menyuarakan keprihatinan bahwa mereka mempunyai pengetahuan terbatas (“kulit-kulitnya saja”) yang berhubungan dengan kebutuhan kesehatan setempat misalnya, Malaria, TB, HIV/AIDS, Immunisasi/EPI (*Expanded Programme on Immunization*, Kesehatan ibu dan anak (KIA), dsb.

Rekomendasi ini juga berkaitan dengan rekomendasi kapasitas no 3

Rekomendasi:

- Mengikutsertakan Dosen yang mengajar mata kuliah tertentu dalam pelatihan yang berkaitan dengan penyakit–penyakit/ program-program terbaru/terkini baik yang berasal dari P2M (Pemberantasan Penyakit Menular) maupun dari KIA dll, yang umumnya diberikan kepada tenaga di pelayanan kesehatan.
- Para dosen harus bekerja sama dengan Penanggung Jawab program-program di Dinkes Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk memperoleh data terkini yang berkaitan dengan penyakit dan program pencegahan, perawatan/asuhan dan pengobatan sesuai kondisi di kabupaten/kota dan propinsi. Hal ini dilakukan agar ada kepastian bagi mahasiswa untuk memahami kebutuhan lokal.

4. 71% responden yang diwawancarai menyatakan bahwa mereka mempunyai akses yang sangat terbatas kepada referensi di internet di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes. Di masing-masing Jurusan hanya terdapat 1-2 komputer yang dapat mengakses internet.

Keterbatasan akses internet ini, menyebabkan mahasiswa tidak mendapat cukup kesempatan untuk mempelajari temuan ilmiah terkini.

Rekomendasi ini berkaitan dan dapat dilihat pada rekomendasi kapasitas no 5

5. Melalui kunjungan observasi dan lokakarya ditemukan bahwa hanya beberapa mahasiswa yang terekos dengan pengalaman klinis di daerah pedesaan.

Hal ini ada kaitannya dengan keterbatasan jumlah dosen pembimbing di lahan praktek.

Seperti diketahui, sangat penting untuk mendapatkan pengalaman pembelajaran klinik di daerah pedesaan agar mahasiswa mampu berperan lebih baik setelah lulus dari pendidikan akademik dan pada saat ditempatkan di daerah pedesaan.

Kesempatan mendapatkan pengalaman pembelajaran di daerah pedesaan pada gilirannya dapat meningkatkan daya tahan perawat dan bidan ketika ditempatkan di daerah tertinggal.

Rekomendasi:

- Jurusan Keperawatan dan Kebidanan dari Poltekkes menempatkan sekelompok mahasiswa di puskesmas pedesaan dengan didampingi oleh pembimbing klinis (Honorar lokal) untuk memungkinkan memperoleh pengalaman pembelajaran klinik.
- Penempatan ini dilaksanakan melalui koordinasi dengan otoritas kesehatan setempat.

B. Kompetensi Lulusan

1. Kompetensi dan kepercayaan diri para responden ketika pertama kali bekerja dipengaruhi oleh ketersediaan dukungan dari staf di tempat mereka ditugaskan.

73% dari responden yang diwawancarai menyatakan bahwa tidak ada senior khusus yang ditunjuk untuk mengorientasikan aspek-aspek klinis kepada mereka.

Dalam Diskusi Kelompok Terfokus (DKT), para lulusan baru ini, mengungkapkan keprihatinan bahwa masih banyak bidan di puskesmas yang belum mendapatkan pelatihan yang berguna untuk memperbaharui praktek kebidanan yang didasari pada bukti (*evidence-based practice*) dan sebagai akibatnya terjadi perbedaan pendapat antara lulusan baru dengan senior yang ada.

Rekomendasi:

- Setiap lulusan baru ditugaskan dibawah bimbingan perawat/ bidan senior tertentu yang telah mengikuti program pendidikan berkelanjutan. Supervisi ini berlangsung paling sedikit selama enam (6) bulan di masing-masing unit. Hal ini dilakukan untuk memungkinkan terjadinya orientasi klinis yang baik dan juga dalam kaitannya dengan proses penempatan mereka selanjutnya.
- Pada gilirannya, perawat / bidan senior yang ditugaskan untuk membimbing para lulusan baru juga mempunyai kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mereka.

2. Para lulusan baru diangkat oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk ditempatkan di fasilitas kesehatan tanpa proses seleksi terkait keterampilan klinis.

Pengangkatan ini kadangkala tidak sesuai dengan perencanaan dasar kebutuhan tenaga kerja.

Status kepegawaian mereka dapat bervariasi dari honorer (80% dari gaji PNS – tanpa benefit lain), PTT (Pegawai Tidak Tetap – sekitar 80% gaji PNS – tanpa benefit lain), CPNS (80% gaji PNS dengan benefit lain), dan PNS (100% pegawai negeri sipil).

Terungkap dalam lokakarya dan observasi bahwa Perawat Gigi juga ditempatkan di ruang perawatan di rumah sakit sebagai “perawat”. Mereka juga diharapkan memberikan asuhan “Keperawatan” padahal hal ini bukanlah merupakan area kompetensi mereka.

Hal ini dapat saja menjadi salah satu kemungkinan penilaian bahwa “Perawat” kurang kompeten.

Tenaga sukarela yang tidak mendapatkan gaji (upah) kadang-kadang juga ditempatkan di unit-unit yang berada di bawah tanggung jawab puskesmas.

Semua perawat dan bidan dengan status kepegawaian yang berbeda (yang tersebut di atas) diharapkan untuk memberikan asuhan/pelayanan yang sama tetapi berbeda dalam hal gaji (upah) dan benefit yang diperoleh.

Rekomendasi

- Perencanaan kebutuhan dasar tenaga kerja (misalnya: *WISN-Workload Indicators of staffing needs*) harus diterapkan yang dikaitkan dengan strategi perencanaan nasional dan propinsi.
- Perawat gigi tidak diperkenankan ditempatkan di ruang rawat inap untuk memberikan asuhan keperawatan.
- Perawat/bidan yang bukan PNS diberikan lebih sedikit tanggung jawab.

3. Secara nasional, tidak ada uraian tugas tertulis untuk lingkup praktek keperawatan maupun kebidanan di semua level.

Terungkap dalam DKT dan Lokakarya bahwa ada beberapa uraian tugas untuk perawat dan bidan senior yang berlaku untuk lokal.

Rekomendasi:

- Direktorat Keperawatan dari DepKes berkonsultasi dengan BPPSDMK, Organisasi Profesi dan unit pelayanan yang dipergunakan sebagai lahan praktek untuk melanjutkan upaya mengembangkan uraian tugas untuk lingkup praktek sesuai tingkat karier keperawatan dan kebidanan. Hal ini dilakukan untuk memastikan para lulusan baru tidak ditugaskan untuk melaksanakan pelayanan tanpa supervisi.

4. Sekitar 59% responden menyebutkan bahwa mereka memiliki keterbatasan pengetahuan yang berkaitan dengan kondisi lokal dan keterbatasan mengenai prosedur klinis umum yang dibutuhkan di tempat kerja mereka.

Sebagai contoh, pengetahuan dan ketrampilan dalam menjahit luka, penentuan pengobatan (*dispensing drugs*), memasang NGT (*Naso Gastric Tube*), dan kemampuan berkomunikasi dengan masyarakat atau bermitra dengan dukun bersalin, serta promosi kesehatan.

Semua contoh yang disebutkan itu tercantum dalam kurikulum nasional.

Rekomendasi:

- Keterampilan umum yang dibutuhkan di tempat kerja oleh para lulusan baru dicantumkan dalam kurikulum yang telah diadaptasi dengan kebutuhan/muatan lokal. Keterampilan tersebut adalah, menjahit luka, memberi obat (*dispensing*), memasang NGT, dan berkomunikasi dengan masyarakat/ bermitra dengan dukun bersalin, promosi kesehatan.
- Daftar tilik untuk pengkajian praktek klinis perlu ditinjau dan diperbaharui (sebagai umpan balik untuk Poltekkes). Hal ini dilakukan dalam suatu kolaborasi antara dosen pembimbing dan pembimbing klinis.
- Penempatan lulusan baru, harus didukung dengan program orientasi klinis yang dibimbing oleh seorang senior yang ditunjuk secara khusus yang dilakukan selama enam (6) bulan.

5. Pengembangan profesional berkelanjutan (*in-service*) dibutuhkan untuk memungkinkan para perawat dan bidan secara berkesinambungan memberikan pelayanan kesehatan yang kompeten dan aman.

Pelatihan (*in-service*) ini diberikan oleh institusi tempat mereka bekerja. Semua responden menyatakan sangat mengharapkan pelatihan seperti ini untuk memungkinkan mereka meningkatkan pelayanan.

Terungkap dalam DKT, bahwa hanya perawat dan bidan yang sudah berstatus CPNS/PNS yang mendapatkan kesempatan mengikuti pelatihan. Sedangkan, perawat dan bidan yang berstatus honorer tidak mendapatkan kesempatan tersebut.

Para responden juga menyatakan bahwa mereka tidak tahu mengenai proses perencanaan dan terjadinya penetapan suatu program pelatihan terjadi.

Hampir semua bidan yang menjadi responden didorong untuk mengikuti pelatihan APN. Hampir semua bidan responden tersebut menyatakan bahwa sekalipun banyak dari mereka yang sudah mengikuti pelatihan tersebut, tetapi sesungguhnya pelatihan APN tidak diperlukan oleh para lulusan Program D-III Kebidanan.

Terungkap bahwa, tidak ada evaluasi untuk mengetahui dampak atau efektifitas pelatihan APN terhadap penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB.).

Kerja sama antara bidan dan dukun belum dilaksanakan atau belum cukup dimantapkan.

Rekomendasi:

- Semua perawat dan bidan yang dipekerjakan di rumah sakit dan puskesmas (tanpa melihat status kepegawaian mereka) diberikan kesempatan untuk mengikuti program pelatihan (in-service) yang berkaitan dengan pekerjaan mereka. Pengembangan program pelatihan antara lain dapat dilakukan sebagai berikut:
- Rumah sakit dan puskesmas membuat laporan kejadian dan laporan kinerja dan mempergunakannya sebagai dasar untuk mengembangkan program pelatihan (in-service) profesional berkelanjutan
- Pelatihan persalinan normal (APN) untuk para lulusan D-III Kebidanan tidak perlu diberikan kecuali apabila dikemudian hari terbukti dibutuhkan.
- Tersedia dana untuk keberlanjutan program kemitraan antara dukun dan bidan.

3. Kegiatan Tindak Lanjut

Strategi tindak lanjut dari kajian ini akan dikembangkan oleh Poltekkes di setiap Propinsi bersama-sama Dinkes Propinsi berkolaborasi dengan EPOS/GTZ HRD Project, AIPMNH (AusAID) dan BPPSDMK (PUSDIKNAKES dan PUSRENGUN).

Daftar Pustaka

Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC) (2006). Western Pacific and South East Asian Region Common Competencies for Registered Nurses. Canberra.

Barber, S.L. et al, Differences in Access to High-Quality Outpatient Care in Indonesia. *Health Affairs* 26, no. 3 (2007): w352–w366 (published online 27 March 2007; 10.1377/hlthaff.26.3.w352)]

Egger D, Lipson D & Adams O (2000). Human resources for health: issues in health services delivery. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

Kak N, Burkhalter B, Cooper M-A. Measuring the competence of health care providers. *Operations Research Issue Paper 2* (1), 2001, Bethesda MA. USA

Hennessy, D. et al., The Training and Development Needs of Nurses in Indonesia. *Human Resources for Health* 2006, 4:10doi (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/10>)

Hillard, F. (2005). Why today's nurses are educated, not trained. *Australian Nursing Journal*, 13(3),

LEMON – *LEarning Material On Nursing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/DLVR 02/96/1).

Mathauer, Inke, Imhoff, Ingo(2004) - GTZ paper

Nursing and Midwifery Programme Standards, Geneva WHO 2001

Working Together for Health - The World Health Report 2006 Policy Briefs

Website

www.anmc.org.au/docs/WPSEAR/Publications/Competency%20standards%20WPSEAR.pdf

www.aseansec.org/19210

www.BPS.go.id/leaflet/leaflet-Jul05.ind.pdf

www.depkes.go.id/downloads/profle/en2005.pdf

www.searo.who.int/EN/section1243/section1921.htm

www.who.int

www.who.searo.int

www.who.wpro.int

LAMPIRAN



Matrix of Recommendations

	Recommendations	Follow Up				Referring Page
		District	Province	Poltekkes	Central	
Poltekkes						
1. Lecturers						
	Review their policy on employment of nursing and midwifery lecturers			Enforce regulation	BPPSDMK Puskknakes), BKN, MenPan	Recommendation Capacity # 1 page 8
	Lecturers provide extra tutorial for marginal students	District provides extra tuition		Improve management		Recommendation Capacity # 2 page 8
	Develop lecturers capacity		Support process	Initiator of twinning	Support process	Recommendation Capacity # 11 page 10
	Certify clinical teachers and instructors			Responsible	Support process	Recommendation Competency pre-service # 1 page 11
	Train health service unit managers to manage clinical exposure			Responsible	Support process	Recommendation Competency pre-service # 1 page 11
	Keep up with the on-going health programmes		Facilitate	Responsible	Support process	Recommendation Competency pre-service # 3 page 11

	Recommendations	Follow Up				Referring Page
		District	Province	Poltekkes	Central	
2. Management						
	Establish curriculum review taskforce to accommodate local needs	Member of taskforce (District Hospital, DHO/CHO, Puskesmas)	Member of taskforce (Provincial hospital, PHO, PEO)	Establish taskforce	Member of taskforce	Recommendation Capacity # 3 page 8 and Competency new graduates # 6 page 11
	Review MoU annually	District Hospital, DHO/CHO, Puskesmas	Provincial hospital, PHO, PEO	Initiator		Recommendation Capacity # 4 page 9
	Upgrade Library, Clinical Laboratories and Electronic Facilities	Funding to support Hospital and Puskesmas as clinical practice fields	Funding to support Hospital as clinical practice fields	Library, Clinical Laboratories and Electronic Facilities	Funding to support Poltekkes	Recommendation Capacity # 5 page 9
	Ensure the adequate fulltime equivalent students/lecturers ratio	Collect data	Analyze actual situation (PHO and PEO)	Provide data		Recommendation Capacity # 5 page 9
	Apply Decree #30 1980 and BPPSDMK Letter dated 2004 rigorously to all lecturers in nursing and midwifery faculties of the Poltekkes			Implement	Monitoring and Evaluation	Recommendation Capacity # 7 page 9

Recommendations	Follow Up				Referring Page
	District	Province	Poltekkes	Central	
Establish Independent accreditation body		PHO Initiator (member: PEO, Professional associations, Community representatives, client representative, Governor's office)		Pusdiknakes	Recommendation Capacity # 8 page 9
Overcome problem of inadequate water supply		Multisectoral membership	Establish committee	Support process	Recommendation Capacity #9 page 10
Ensure a more synchronized approach to nursing and midwifery education so that overall population health outcomes and MDGs are improved through graduates with relevant competencies				PUSRENGUN initiator	Recommendation Capacity # 10 page 10
Increase length of clinical exposure in each unit			Responsible	Monitoring and Evaluation	Recommendation Competency pre-service # 1 page 10
Select suitable Puskesmas for clinical practice field	Analyze and advice	Analyze and advice	Responsible	Monitoring and Evaluation	Recommendation Competency pre-service # 1 page 10

	Recommendations	Follow Up				Referring Page
		District	Province	Poltekkes	Central	
	Adjust the clinical calendar to ensure optimum clinical exposure			Responsible	Monitoring and Evaluation	Recommendation Competency pre-service # 1 page 10
	Provide basic essential appropriate equipment			Responsible	Monitoring and Evaluation	Recommendation Competency pre-service # 2 page 11
	Expose students to rural Puskesmas conditions	Facilitate		Responsible		Recommendation Competency pre-service # 2 page 11
New Graduates						
	Provide clinical orientation and mentorship	Responsible (Unit managers)	Responsible (Unit managers)	Facilitate		Recommendation Competency new graduates # 1 page 11
	Implement needs based workforce planning	Responsible (DHO)	Responsible (PHO)			Recommendation Competency new graduates # 2 page 11
	Proper placement of dental nurse assistant	Responsible (DHO & BKD)				Recommendation Competency new graduates # 3 page 11
	Proper assignment of responsibilities	Responsible (DHO, hospital, puskesmas)				Recommendation Competency new graduates # 4 page 11

	Recommendations	Follow Up				Referring Page
		District	Province	Poltekkes	Central	
	Continue developing national job descriptions for scope of practice of different levels of nurses and midwives				Directorate of Nursing, Puspronakes, professional association	Recommendation Competency new graduates # 5 page 11
	Review and improve clinical checklist for assessment of clinical practice	Responsible	Responsible	Responsible		Recommendation Competency new graduates # 7 page 11
	Provide relevant in-service training regardless of employment status	Responsible (DHO/CHO, Hospital, puskesmas)	Responsible (PHO, Hospital)			Recommendation Competency new graduates # 8 page 12
	Develop and use 'incident reports' and 'performance reports' as basis for developing inservice/continuing professional development programmes	Responsible (DHO/CHO, Hospital, puskesmas)	Responsible (PHO, Hospital)			Recommendation Competency new graduates # 8 page 12
	Provide APN only to non D-III Midwifery graduates	Responsible (DHO/CHO, Hospital, puskesmas)	Responsible (PHO, Hospital)		Monitoring and Evaluation	Recommendation Competency new graduates # 8 page 12
	Provide Funding for continuation of partnership between TBAs and Midwives as a policy to support reduction in infant and maternal mortality rates.	Responsible (DHO/CHO)	Responsible (PHO)		Monitoring and Evaluation	Recommendation Competency new graduates # 9 page 12

Matriks Rekomendasi

	Rekomendasi	Tindak Lanjut				Halaman Acuan
		Kabupaten/ Kota	Propinsi	Poltekkes	Pusat	
Poltekkes						
1. Dosen						
	Melakukan peninjauan tentang kebijakan yang berkaitan dengan pengangkatan dosen keperawatan dan kebidanan			Menjalankan regulasi	BPPSDMK (Pusdiknakes), BKN, MenPan	Rekomendasi kapasaitas no 1 hal 8
	Dosen memberikan ekstra tutorial kepada mahasiswa yang lulus tes masuk secara marginal	Kabupaten / Kota yang (mengirim mahasiswa) membayar ekstra tuition		Meningkatkan manajemen		Rekomendasi kapasaitas no 2 hal 8
	Mengembangkan kapasitas dosen		Mendukung proses	Menginisiasi program twining	Mendukung proses	Rekomendasi kapasaitas no 11 hal 10
	Melaksanakan program sertifikasi untuk para dosen dan klinikal instruktur			Yang bertanggung jawab	Mendukung proses	Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 1 hal 11
	Melatih Manajer unit pelayanan kesehatan tentang manajemen pembimbingan klinik			Yang bertanggung jawab	Mendukung proses	Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 1 hal 11

	Rekomendasi	Tindak Lanjut				Halaman Acuan
		Kabupaten/ Kota	Propinsi	Poltekkes	Pusat	
	Terus menerus mengikuti pengembangan dan pembaruan program kesehatan		Memfasilitasi	Yang bertanggung jawab	Mendukung proses	Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 3 hal 11
2. Manajemen						
	Membentuk satuan tugas (SatGas) untuk meninjau/ adaptasi kurikulum nasional untuk menjawab kebutuhan lokal	Anggota SatGas (RSUD Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Puskesmas)	Anggota Satgas (RSUD Propinsi, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Pendidikan Propinsi)	Membentuk SatGas	Anggota SatGas (Pusdiknakes)	Rekomendasi kapasitas no 3 hal 8 dan Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 6 hal 11
	Meninjau Nota Kesepakatan lahan praktik klinik setiap tahun	RSUD Kabupaten/ Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Puskesmas	RSUD Propinsi, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Pendidikan Propinsi	Inisiator		Rekomendasi kapasitas no 4 hal 9
	Meningkatkan dan memperbaharui fasilitas perpustakaan, laboratorium klinis, dan fasilitas elektronik.	Menyediakan anggaran untuk mendukung RSUD dan Puskesmas sebagai lahan praktik klinik.	Menyediakan anggaran untuk mendukung RSUD sebagai lahan praktik klinik.	Perpustakaan, Laboratorium klinis, fasilitas elektronik	Menyediakan anggaran untuk mendukung Poltekkes	Rekomendasi kapasitas no 5 hal 9
	Memastikan adekuasi rasio dosen dan murid	Mengumpulkan data	Menganalisis situasi actual (Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan Propinsi)	Menyediakan data		Rekomendasi kapasitas no 6 hal 9

	Tindak Lanjut				Halaman Acuan	
	Rekomendasi	Kabupaten/ Kota	Propinsi	Poltekkes		Pusat
	Memberlakukan PP no 30 tahun 1980 serta surat edaran BPPSDMK tahun 2004 dengan ketat kepada semua dosen di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes			Melaksanakan	Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi	Rekomendasi kapasitas no 7 hal 9
	Membentuk badan Independen untuk melaksanakan akreditasi		Dinas Kesehatan Propinsi sebagai inisiator (anggota: Dinas Pendidikan, Organisasi profesi, Perwakilan masyarakat, pemerhati pengguna jasa pelayanan kesehatan, Pemerintah Daerah Propinsi)		Pusdiknakes	Rekomendasi kapasitas no 8 hal 9
	Mengatasi masalah ketidacukupan ketersediaan air		Anggota komite Multisectoral	Membentuk Komite	Mendukung proses	Rekomendasi kapasitas no 9 hal 10
	Memastikan pendekatan yang sinkron pada pendidikan keperawatan dan kebidanan sehingga kondisi kesehatan seluruh populasi dan tujuan MDGs ditingkatkan melalui peningkatan kompetensi para lulusan					Rekomendasi kapasitas no 10 hal 10

		Tindak Lanjut				Halaman Acuan
	Rekomendasi	Kabupaten/ Kota	Propinsi	Poltekkes	Pusat	
	Meningkatkan waktu praktik klinik mahasiswa di setiap unit tempat praktik.			Yang bertanggung jawab	Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi	Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 1 hal 10
	Memilih Puskesmas yang cocok untuk lahan praktik klinis.	Melakukan analisis dan memberikan advis	Melakukan analisis dan memberikan advis	Yang bertanggung jawab	Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi	Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 1 hal 10
	Melakukan penyesuaian kalender praktik untuk memastikan pengalaman praktik klinik terjadi secara optimal			Yang bertanggung jawab	Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi	Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 1 hal 10
	Menyediakan peralatan dasar yang memadai			Yang bertanggung jawab	Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi	Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 2 hal 11
	Memberikan pengalaman pembelajaran bagi mahasiswa pada Puskesmas Terpencil	Memfasilitasi		Yang bertanggung jawab		Rekomendasi kompetensi pendidikan formal no 2 hal 11
Lulusan Baru						
	Provide clinical orientation and mentorship	Yang bertanggung jawab (Manejer Unit)	Yang bertanggung jawab (Manejer Unit)	Memfasilitasi		Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 1 hal 11
	Implement needs based workforce planning	Yang bertanggung jawab (Dinkes Kab/Kota)	Yang bertanggung jawab (Dinkes Propinsi)			Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 2 hal 11
	Proper placement of dental nurse assistant	Yang bertanggung jawab (Dinas Kesehatan Kab/Kota, BKD)				Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 3 hal 11

		Tindak Lanjut				Halaman Acuan
	Rekomendasi	Kabupaten/ Kota	Propinsi	Poltekkes	Pusat	
	Memberikan pelimpahan tanggung jawab secara tepat	Yang bertanggung jawab (Dinkes Kab/kota, RSUD, Puskesmas)				Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 4 hal 11
	Melanjutkan upaya mengembangkan uraian tugas untuk lingkup praktik sesuai tingkatan karir keperawatan dan kebidanan				Direktorat Keperawatan, Puspronakes, Organisasi Profesi	Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 5 hal 11
	Meninjau dan memperbaiki daftar tilik yang dipergunakan untuk mengkaji praktik klinik.	Yang bertanggung jawab	Yang bertanggung jawab	Yang bertanggung jawab		Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 7 hal 11
	Memberikan pelatihan in-service yang dibutuhkan oleh lulusan tanpa membedakan status kepegawaian	Yang bertanggung jawab (Dinkes Kab/kota, RSUD, Puskesmas)	Yang bertanggung jawab (Dinkes Propinsi, RSUD Propinsi)			Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 8 hal 12
	Menyusun dan mempergunakan laporan kejadian dan laporan kinerja sebagai basis untuk menyusun program pengembangan profesional untuk in-servis	Yang bertanggung jawab (Dinkes Kab/kota, RSUD, Puskesmas)	Yang bertanggung jawab (Dinkes Propinsi, RSUD Propinsi)			Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 8 hal 12
	Menyelenggarakan pelatihan APN hanya untuk lulusan selain D-III Kebidanan	Yang bertanggung jawab (Dinkes Kab/kota, RSUD, Puskesmas)	Yang bertanggung jawab (Dinkes Propinsi, RSUD Propinsi)		Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi	Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 8 hal 12
	Menyiapkan dana untuk berlanjutnya program kemitraan antara dukun dan bidan sebagai kebijakan untuk mendukung penurunan AKI dan AKB.	Yang bertanggung jawab (Dinkes Kab/ Kota)	Yang bertanggung jawab (Dinkes Propinsi)		Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi	Rekomendasi kompetensi lulusan baru no 9 hal 12

Lembar Interview

Pedoman Telepon pra Wawancara Individu

1. Perkenalan

Selamat siang/sore,

Saya _____, peneliti dari STIK Sint Carolus. Saya memperoleh nama dan nomor telefon anda dari senior anda melalui staf GTZ/AusAID. Kami sedang melakukan kajian untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan di NTB dan NTT. Tujuan dari kajian ini adalah mengidentifikasi kompetensi lulusan tenaga keperawatan dan kebidanan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan mengidentifikasi kapasitas Poltekes mempersiapkan lulusan keperawatan dan kebidanan .

Anda terpilih sebagai salah satu calon partisipan/responden untuk kajian ini karena anda lulus dari Poltekes di NTB dan NTT serta merupakan karyawan yang baru di lingkungan lingkungan Dinas Kesehatan kota/ kabupaten.

2. Pengaturan

Kami akan berada di kota anda (di rumah sakit/puskesmas) pada _____, 2008. Pada kesempatan tersebut kami akan berbincang-bincang dengan anda untuk mendapatkan masukan dan informasi sesuai dengan tujuan kajian ini.

Apakah pimpinan anda sudah menginformasikan kepada anda tentang rencana ini?

- (Apabila jawaban respondent/partisipan 'ya') – mohon agar menyediakan waktu anda pada tanggal tersebut
- (apabila jawaban responden/partisipan 'tidak') – mohon menghubungi pimpinan anda dan mohon menyediakan waktu pada tanggal tersebut.

Apakah anda ingin menanyakan sesuatu mengenai kajian ini dan juga tentang keterlibatan anda pada kajian ini? (jawaban sesuai pertanyaan yang diajukan. Pastikan bahwa yang bersangkutan tidak gusar dan takut karena informasi yang diberikan akan mempengaruhi penilaian atasan kepadanya)

3. Penutup

Terima kasih banyak atas waktu, kesediaan dan perhatian anda. Selamat siang/sore, sampai bertemu di kota anda.

Permohonan Menjadi Partisipan/Responden

Kepada yth saudara/i Partisipan/Responden,

Dengan hormat,

Saat ini kami Tim Peneliti dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Sint Carolus sedang melaksanakan kajian untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan kebidanan di Propinsi NTB dan NTT.

Kajian ini tidak akan berdampak buruk bagi saudara/i selaku partisipan/responden dan semua informasi yang kami terima akan kami jaga kerahasiaannya.. Tidak ada jawaban yang salah dan yang benar. Melainkan, informasi dari saudara/i akan sangat membantu pengembangan pendidikan dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para perawat dan bidan. Untuk itu, Informasi yang benar, jelas dan jujur sangat dibutuhkan.

Apabila saudara/i bersedia menjadi partisipan/responden dalam penelitian atau kajian ini, mohon untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas perhatian dan kesedian saudara/i berpartisipasi dalam kajian ini, diucapkan terima kasih.

Jakarta, Agustus 2008

Hormat kami

Bernadethe Marheni Luan
Ketua Tim Peneliti STIK Sint Carolus

Persetujuan Menjadi Partisipan/Responden

Setelah membaca dan memahami surat permohonan menjadi responden/partisipan maka saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian dengan judul : ---

Saya telah mendapat penjelasan dari penelti tentang tujuan dari penelitian ini. Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya, dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya.

Demikian pernyataan ini saya tanda tangani tanpa ada paksaan dari pihak lain.

_____, _____, 2008

Responden/partisipan

Wawancara Individu

No Responden : _____
Kota/ Propinsi : _____
Interviewer : _____
Hari/Tanggal : _____

Bagian I. Profil Sosio-demografi Responden

Petunjuk: Silahkan mengisi data dibawah ini dengan tanda centang (v) untuk jawaban yang membutuhkan tersebut dan silahkan menulis jawaban anda untuk komponen yang membutuhkan pernyataan.

1. Berapa usia anda : _____ tahun
2. Jenis kelamin : laki-laki perempuan
3. Asal program pendidikan D-III? :
 Keperawatan, sebutkan tahun kelulusan _____
 Kebidanan, sebutkan tahun kelulusan _____
4. Sebutkan asal Poltekes dan nama kotanya : _____
5. Apakah sebelum menempuh program pendidikan D-III keperawatan/kebidanan anda pernah mengikuti program pendidikan D-1? ya tidak
Bila jawaban anda 'ya', sebutkan nama program D-1 tersebut _____
dan tahun berapa anda lulus dari program tersebut? : _____
6. Apakah anda langsung bekerja sebagai perawat/bidan setelah menyelesaikan DIII keperawatan/kebidanan:
 Ya Bila ya, di rumah sakit/ puskesmas/ RB/BPS/BP/ _____
 Tidak Bila tidak, kenapa _____
7. Apa status kepegawaian anda saat ini?: PNS Honorer/Honda
 PTT Volunteer kontrak lain-lain _____
8. Apakah sebelum ini anda pernah bekerja sebagai perawat/bidan? ya tidak
Apabila ya, sebutkan tempatnya _____,
lama bekerja _____ dan status kepegawaian _____
9. Apakah anda telah menjadi anggota PPNI/IBI? _____ beri alasan atas jawaban anda

Bagian II. Daftar Tilik Keterampilan.

Petunjuk: Daftar berikut ini berisi ketrampilan kebidanan dan keperawatan. Silahkan menjawab dengan sejujurnya mengenai setiap komponen yang ada, dan mohon tidak dibiarkan kosong tanpa jawaban. Cukup memberikan tanda centang (√) pada setiap kolom yang tersedia. Daftar tilik ini dibagi menjadi IIA dan IIB.

Bagian IIA, dipergunakan untuk para Responden bidan sedangkan

Bagian IIB dipergunakan untuk responden perawat.

Bagian IIA. Daftar Tilik Ketrampilan Kebidanan

Petunjuk: Daftar berikut ini berisi ketrampilan kebidanan dan keperawatan. Tidak ada jawab benar atau salah, oleh karena itu silahkan menjawab dengan sejujurnya mengenai setiap komponen yang ada sesuai dengan pengalaman masing-masing, dan mohon tidak dibiarkan kosong tanpa jawaban. Cukup memberikan tanda centang (v) pada setiap kolom yang tersedia atau isilah jumlah (angka) sesuai kolomnya.

No.	Pertanyaan	Jumlah (tuliskan angka)		Beri tanda √	
		Target selama mengikuti program pendidikan	Yg anda capai selama pendidikan	Tidak tahu ada target	Tidak catat pencapaian
	Target pencapaian waktu lulus				
1.	ANC total :				
	- Trimester I				
	- Trimester II				
	- Trimester III				
2	Menolong persalinan				
3	Merawat ibu nifas				
4	Kasus bayi rawat jalan				
5	Kasus balita				
6	Kasus KB				
7	Presentasi kasus lengkap dari ANC sampai nifas dan Bayi (s.d KB)				

Proses pembelajaran yg dialami (Beri tanda V pada kolom yg sesuai).	Selama pendidikan di D-III									Di Tempat Kerja	
	Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan				Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama	
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri											
----- TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll	A	TT	D	R	TL	L	O	TK	RG	PD	

1.	Anamnese										
2	Pemeriksaan fisik										
3	Mendiagnose kehamilan										
4	Identifikasi mulainya partus										
5	Memantau kesejahteraan janin										
6	Penilaian air ketuban										
7	Penilaian moulage										
8	Memantau gerakan janin										
9	Menolong persalinan normal										
10	Menolong persalinan di pelayanan kesehatan										

Proses pembelajaran yg dialami (Berikan tanda V pada kolom yg sesuai).	Selama pendidikan di D-III									Di Tempat Kerja	
	Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan				Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama	
	A	TT	D	R	TL	L	O	TK	RG			PD
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri ----- TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll											
11	Menolong persalinan di rumah										
12	Merawat bayi baru lahir										
13	Merawat bayi prematur										
14	Pemeriksaan obstetrik										
15	Pemeriksaan Leopold										
16	Pemeriksaan perlimaan										
17	DJJ										
18	Pemeriksaan dalam (VT)										
19	Memberikan penyuluhan masal										
20	Melakukan konseling										
21	Meminta informed consent										
22	Pelayanan KB										
23	Hormonal : Pil/ suntik										
24	Implant / AKBK										
25	AKDR/IUD										
26	Sistem barrier										
27	KBA										
28	Kontap										
29	Lainnya										
30	Melakukan resusitasi bayi										
31	Pemeriksaan fisik bayi baru lahir										
32	Memantau tumbuh kembang bayi / balita?										
33	Perawatan rutin bayi (popok, BAK/BAB, TTV, kelainan, minum, pantat lecet)										
34	Memberi imunisasi pada bayi / balita										
35	Perawatan tali pusat.										
36	Mengatasi bayi hipothermia										
37	Melakukan tindakan pencegahan infeksi: cuci tangan efektif, skort, google, APD,disposal system										
38	Melakukan dokumentasi asuhan										
39	Menerapkan client focus: sayang ibu sayang bayi										

Proses pembelajaran yg dialami (Beri tanda V pada kolom yg sesuai).	Selama pendidikan di D-III									Di Tempat Kerja
	Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan			Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama	
	A	TT	D	R	TL	L	O	TK			RG	PD
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri ----- TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll										
40	Memanadikan ibu									
41	Memasang kateter									
42	Melepas kateter									
43	Melakukan huknah/klisma									
44	Memberikan kompres hangat/dingin									
45	Memasang NGT/OGT									
46	Memberi suntikan									
47	IM									
48	IC									
49	SC									
50	IV									
51	Mengambil darah									
52	vena									
53	perifer									
54	dengan kapiler									
55	Memberi obat									
56	Per oral									
57	Per rectal									
58	Per vaginam									
59	sub lingual									
60	Merawat luka perineum									
61	Merawat luka operasi									
62	Mencabut benag jahitan luka paska operasi									
63	Memberi minum bayi dengan sendok									
64	Memberi minum bayi dengan NGT/OGT/pipet									
65	Memberi minum bayi dengan cup									
66	Memberi oksigen									
67	Meberi transfusi darah									
68	Menyiapkan pasien operasi									
69	Merawat alat medis									
70	Mensterilkan alat									
71	Melakukan DTT (desinfektasi tingkat tinggi)									
72	Melakukan dekontaminasi alat									

1. Nilai-nilai profesi apa saja yang anda peroleh selama di pendidikan?

.....
.....
.....

Mohon isi beberapa pertanyaan berikut ini, sesuai dengan yang pernah anda alami sejak anda bekerja sebagai perawat di Rumah Sakit /Puskesmas

2. Sudah berapa kali anda melakukan penyuluhan pada pasien/keluarga yang anda kelola?.....

Sebutkan topik penyuluhannya :

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
- F.
- G.
- H.
- I.
- J.

3. Sebutkan asuhan kebidanan (kasus) yang sudah anda rawat di RS/Puskesmas ?

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
- F.
- G.
- H.
- I.
- J.

4. Pernahkah anda membantu dalam hal merujuk pasien/keluarga?

Ya Tidak

Kalau ya sebutkan kasus-kasus yang pernah anda rujuk

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

5. Pernahkan anda membantu pasien atau keluarga dalam hal pengambilan keputusan?
- Belum pernah, Mengapa ?
-
- Sudah pernah, sebutkan contohnya
- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
6. Apakah anda sudah terlibat dalam tindakan pendokumentasian dan pelaporan di rumah sakit/Puskesmas?
- Belum, mengapa ?
-
- Sudah, berikan contoh catatan dokumentasi asuhan Kebidanan atau contoh laporan ditempat anda bertugas
-
-
7. Pernahkan anda mengikuti pelatihan-pelatihan selama menjadi karyawan? Kapan? Apakah anda berinisiatif sendiri atau dikirim oleh institusi? Dari mana sumber dananya? Sebutkan program pelatihan tersebut!

Nama pelatihan	Bulan/ Tahun	Inisiatif/dikirim	Sumber dana

Bagian IIB. Daftar Tilik Ketrampilan Keperawatan

Petunjuk: Daftar berikut ini berisi ketrampilan kebidanan dan keperawatan. Tidak ada jawab benar atau salah, oleh karena itu silahkan menjawab dengan sejujurnya mengenai setiap komponen yang ada sesuai dengan pengalaman masing-masing, dan mohon tidak dibiarkan kosong tanpa jawaban. Cukup memberikan tanda centang (v) pada setiap kolom yang tersedia atau isilah jumlah (angka) sesuai kolomnya.

No.	Pertanyaan	Jumlah (tuliskan angka)		Beri tanda ✓	
		Target selama mengikuti program pendidikan	Yg anda capai selama pendidikan	Tidak tahu ada target	Tidak catat pencapaian
1.	ANC total :				
	- Trimester I				
	- Trimester II				
	- Trimester III				
2	Menolong persalinan				
3	Merawat ibu nifas				
4	Kasus bayi rawat jalan				
5	Kasus balita				
6	Kasus KB				
7	Presentasi kasus lengkap dari ANC sampai nifas dan Bayi (s.d KB)				

Proses pembelajaran yg dialami (Beri tanda V pada kolom yg sesuai).	Selama pendidikan di D-III									Di Tempat Kerja	
	Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan				Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama	
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri -----											
TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/ kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll	A	TT	D	R	TL	L	O	TK	RG	PD	

KETRAMPIAN DASAR DAN MEDIKAL BEDAH											
1	Melakukan Pemeriksaan Fisik										
2	Memandikan pasien										
3	Mengganti alat tenun										
4	Memberikan sonde										
5	Memasang kateter										
6	Melepas kateter										
7	Memberi huknah/lavament										
8	Menyiapkan pasien pre-op										
9	Merawat luka steril										
10	Merawat luka non steril										

Proses pembelajaran yg dialami (Beri tanda V pada kolom yg sesuai).		Selama pendidikan di D-III									Di Tempat Kerja	
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri -----		Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan			Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama		
TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/ kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll		A	TT	D	R	TL	L	O	TK	RG	PD	
11	Mengangkat jahitan luka											
12	Melakukan irigasi luka											
13	Memberikan rendaman duduk											
14	Memberikan obat secara IM											
15	Memberikan obat secara IV											
16	Memberikan obat secara SC											
17	Memberikan obat secara IC											
18	Memberikan obat secara oral											
19	Memberikan obat secara SL											
20	Memberikan obat per vaginam											
21	Memberikan obat secara rectal											
22	Memasang infus											
23	Menghitung tetesan infus											
24	Mengambil darah vena											
KETRAMPILOAN LANJUTAN MEDIKAL BEDAH												
25	Memasang NGT											
26	Merawat colostomy											
27	Pemberian O ₂											
28	Pengambilan bahan AGD											
29	Melakukan PPD test											
30	Melakukan fisiotherapy dada											
31	Merawat pasien pasca tracheostomy											
32	Melakukan penghisapan lendir (suction)											
33	Merawat pasien dengan WSD											
34	Melakukan rekaman EKG											
35	Memberikan transfusi darah											
36	Mengambil bahan pemeriksaan malaria preparat											
37	Membantu pemeriksaan Lumbal Punksi											
38	Melakukan irigasi mata											
39	Melakukan irigasi telinga											
40	Melakukan pemeriksaan GDS											
41	Melakukan pemeriksaan KH											

Proses pembelajaran yg dialami (Berikan tanda V pada kolom yg sesuai).		Selama pendidikan di D-III							Di Tempat Kerja		
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri -----		Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan		Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama		
TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/ kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll		A	TT	D	R	TL	L	O	TK	RG	PD
42	Melakukan pemeriksaan NPP										
43	Mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan/test diagnostik										
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT											
44	Mengeluarkan benda asing dari jalan nafas										
45	Merawat pasien dengan ETT										
46	Melakukan resusitasi										
47	Melakukan Triage										
48	Memasang EKG monitor										
49	Mengukur CVP										
50	Menjahit luka										
51	Memasang bidai										
52	Memberikan suntikan TT/ATS										
53	Pertolongan pada klien kejang										
KEPERAWATAN MATERNITAS											
54	Mendengarkan DJJ Janin										
55	Merawat payudara bumil										
56	Palpasi abdomen/Leopold										
57	Penyuluhan kontrasepsi										
58	Menolong partus normal										
59	Menghisap lendir bayi										
60	Memandikan klien nifas										
61	Pemeriksaan 40 hari post partum										
62	Memandikan bayi										
63	Memberi minum bayi dengan sendok										
64	Memasang NGT bayi										
65	Mengambil darah kapiler										
66	Merawat bayi dengan terapi sinar (blue light)										
67	Merawat bayi dalam inkubator										
68	Merawat tali pusat bayi										
69	Memberikan O2 nasal pada bayi										

Proses pembelajaran yg dialami (Beri tanda V pada kolom yg sesuai).	Selama pendidikan di D-III									Di Tempat Kerja	
	Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan				Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama	
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri -----	A	TT	D	R	TL	L	O	TK	RG	PD	
TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/ kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll											

KEPERAWATAN ANAK										
70	Memandikan anak									
71	Mengukur TTV anak									
72	Mengukur lingkar kepala									
73	Memasang NGT									
74	Memberi makan via NGT									
75	Memberikan kompres hangat									
76	Memberikan nebulizer									
77	Menghisap lendir									
78	Memberikan O2									
79	Mengambil darah vena									
80	Mengambil feses analisa									
81	Memberikan obat per oral									
82	Memberikan obat secara IV									
83	Memberikan obat secara IM									
84	Memberikan obat secara IC									
85	Memasang infus									
86	Memasang kateter urine									
87	Melakukan hukah/enema									
88	Melakukan program bermain									
KEPERAWATAN KOMUNITAS										
89	Memberikan vaksinasi BCG									
90	Memberikan vaksinasi Hepatitis									
91	Memberikan vaksinasi DPT									
92	Memberikan vaksinasi Polio									
93	Memberikan vaksinasi Campak									
94	Memberikan vaksinasi MMR									
95	Mengisi KMS									
96	Pemeriksaan timbang bayi/balita									
97	Melakukan kegiatan sistem 5 meja pada Posyandu									
98	Memberikan Vitamin A									
99	Melakukan penyuluhan kesehatan									

Proses pembelajaran yg dialami (Beri tanda V pada kolom yg sesuai).	Selama pendidikan di D-III									Di Tempat Kerja	
	Teori		Lab kelas			Klinik/ praktek lapangan				Percaya diri melakukan sendiri (tanpa bimbingan) dalam 6 bulan pertama	
KET : A = ada; TT=tidak ada teori D=demonstrasi oleh pembimbing; R=Redemonstrasi oleh mahasiswa; TL= tidak ada lab; L=lakukan; O=observasi; TK=tidak ada kasus RG= Ragu-ragu; PD = percaya diri -----											
TEORI = ceramah di kelas; LAB KELAS = praktik di ruang laboratorium/ kelas; KLINIS/PRAKTIK LAPANGAN = praktik di rumah sakit/puskesmas dll	A	TT	D	R	TL	L	O	TK	RG	PD	

KEPERAWATAN JIWA											
100	Membina hubungan saling percaya pada klien dengan gangguan adaptasi Psikososial										
101	Melakukan pendekatan pada klien dengan kecemasan										
102	Melakukan pendekatan pada klien dengan depresi										
103	Melakukan pendekatan pada klien dengan perilaku menarik diri										
104	Melakukan pendekatan pada klien berduka/kehilangan										
105	Mempersiapkan alat dan klien dalam tindakan : - ETC (2) - Restrain (2) - Psikofarmaka (5)										
106	Melakukan pendekatan pada klien dengan perilaku kekerasan dan agresif										
107	Menyiapkan lingkungan dan klien dalam melakukan terapi aktivitas kelompok (TAK)										
SAFETY DAN INFECTION CONTROL											
108	Cuci tangan										
109	Mengenakan sarung tangan steril/ disposable										
110	Mengenakan skort										
111	Cara pembuangan bahan laboratorium yg habis pakai										
112	Cara pembuangan bahan laboratorium infeksius										

1. Nilai-nilai profesi apa saja yang anda peroleh selama di pendidikan?

6. Apakah anda sudah terlibat dalam tindakan pendokumentasian dan pelaporan di rumah sakit/Puskesmas?

Belum, mengapa ?

Sudah, berikan contoh catatan dokumentasi asuhan Kebidanan atau contoh laporan ditempat anda bertugas

7. Pernahkan anda mengikuti pelatihan-pelatihan selama menjadi karyawan? Kapan? Apakah anda berinisiatif sendiri atau dikirim oleh institusi? Dari mana sumber dananya? Sebutkan program pelatihan tersebut!

Nama pelatihan	Bulan/ Tahun	Inisiatif/dikirim	Sumber dana

Bagian III. Wawancara Kompetensi

Petunjuk: Pada saat tatap muka untuk kegiatan wawancara, pewawancara (peneliti) mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, kemudian menjelaskan garis besar tujuan penelitian. Peneliti juga menjelaskan bahwa informasi yang partisipan/responden berikan sangat berguna untuk pengembangan pendidikan dan pelayanan keperawatan dan kebidanan. Pewawancara wajib menandakan bahwa tidak ada pernyataan/jawaban yang salah atau benar dan menjelaskan bahwa informasi yang diberikan oleh responden/partisipan akan dijamin kerahasiaannya. Pewawancara juga wajib menciptakan suasana aman dan nyaman supaya wawancara dapat berjalan lancar. Wawancara dilakukan setelah responden/partisipan menandatangani pernyataan dan mengisi data sosiodemografi (bagian I) dan daftar tilik ketrampilan (bagian II).

1. Dari keterangan anda, Saat ini anda bekerja dimana?

<input type="checkbox"/> Rumah Sakit :	
<input type="checkbox"/> Puskesmas:	

RS langsung ke no 2, Puskesmas langsung ke no 3

2. Untuk yang di RS

A	Sejak kapan bekerja di RS ini? (bulan dan tahun	
B	Pernah bekerja di RS lain? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tidak	Nama RS : lamanya (dalam bulan/tahun)
C	Pada saat pertama kali bekerja di RS ini anda ditempatkan di unit/bagian mana?	(jenis tatanan klinik): _____
D	Saat ini bekerja di unit /bagian mana? Penempatan ini :	
	<input type="checkbox"/> atas permintaan sendiri ? Atau	
	<input type="checkbox"/> ditempatkan?	
	Berikan alasan :	
	Peringkat / posisi sekarang?	

3. Apabila anda bekerja di Puskesmas

A	Sejak kapan (bulan/tahun)?	
B	Level/strata Puskesmas?	<input type="checkbox"/> Puskesmas Pembina <input type="checkbox"/> Puskesmas kelurahan <input type="checkbox"/> Puskesmas pembantu
C	Sebelum di Puskesmas ini anda bekerja di mana? Sebagai apa?	
D	Sebelum di Puskesmas apakah ada syarat diharuskan bekerja di RS? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Menurut anda apa alasannya?	
E	Pada saat pertama kali di puskesmas ini anda bekerja untuk program/bagian apa?	
	Berapa lama? _____	
	Menurut anda kenapa anda ditempatkan di program/bagian tersebut?	
	Saat ini anda di program/ bekerja di bagian apa di Puskesmas ini?	
	<input type="checkbox"/> permintaan sendiri atau <input type="checkbox"/> ditempatkan? _____	
	Berikan alasannya	
	Peringkat / posisi sekarang?	

4. Bisa ceritakan proses anda menjadi karyawan? (Pertanyaan probing)

A	Bagaimana proses melamar kerja s/d penerimaan	
B	Tes apa saja yang harus dilewati?	
C	Adakah program sosialisasi karyawan baru? Jelaskan!	
D	Apakah ada program pelatihan sebelum diangkat menjadi karyawan? Apa saja?	

E	Apakah diberitahu mengenai jobdes (uraian tugas) dan dijelaskan tentang jenjang karir/kepangkatan? Jelaskan jobdes untuk anda?	
F	Apakah ada perbedaan perlakuan/tugas bagi karyawan Honorer/kontrak/PNS/ PHL/ volunteer? Jelaskan kenapa? Dan apa tanggapan anda?	

5. Ceritakan tentang pengalaman anda pertama kali bekerja setelah diterima sebagai karyawan!

(Pertanyaan probing)

a	Apakah anda mengalami kesulitan dalam berkomunikasi pada awal anda mulai bekerja? Dengan siapa (pasien, keluarga, sejawat, atasan, profesi lain)? Menurut anda kenapa?	
b	Kompetensi (pengetahuan/prosedur/ ketrampilan) keperawatan/ kebidanan yang dapat dilakukan dengan percaya diri (lihat daftar prosedur, lihat contoh berikut ini). Anda sebutkan beberapa ketrampilan yang secara mandiri dapat anda lakukan dengan percaya diri (sebutkan dari daftar tiliknya). Jelaskan mengapa anda percaya diri?	
	i. Menerima pasien baru, mengumpulkan data dasar yang terfokus, menegakkan diagnose keperawatan/ kebidanan, membuat rencana asuhan?	
	ii. melakukan pemeriksaan fisik, TTV,	
	iii. Menolong Persalinan?	
	iv. Pasang infus	
	v. Pasang catheter	
c	Kompetensi (pengetahuan/prosedur/ketrampilan) keperawatan/kebidanan yang tidak dapat dilakukan/tidak percaya diri? Kenapa menjadi tidak percaya diri? Dan bagaimana mengatasinya?	
d	Apa saja yang harus diberikan kepada anda di sekolah supaya anda dapat percaya diri?	

e	Selain pekerjaan utama kep/keb. Pekerjaan pendukung apa saja yang anda kerjakan (membuat kapas lidi, administrasi dsbt)? Jelaskan las an keterlibatan anda!?	
---	--	--

6. Menurut anda masalah kesehatan apa saja yang paling membutuhkan perhatian keperawatan/kebidanan yang terjadi di wilayah/propinsi anda? Dan apakah anda memiliki pengetahuan dan ketrampilan cukup ketika lulus supaya dapat mengatasi masalah tersebut?

(Pertanyaan probing)

a	Penyakit yang terbanyak menimbulkan angka kesakitan dan kematian tertinggi saat ini?	
b	Apakah topik/teori mengenai masalah dan ketrampilan untuk mengatasi masalah itu diajarkan ? Kenapa?	
c	Apakah yang anda pelajari di sekolah berbeda dengan saat anda bekerja?	
d	Adakah tugas/prosedur/ ketrampilan yang tidak pernah diajarkan saat di D-III? (wkt bekerja di butuhkan)	
e	Adakah tugas/prosedur/ ketrampilan yang diajarkan di kelas tetapi tidak di praktekan di lapangan selama masa pendidikan di DIII ? Kenapa?	

7. Apakah ada pendamping/pembimbing sewaktu anda mulai bekerja.? Jelaskan mengenai pendampingan/bimbingan yang anda terima pada fase awal mulai bekerja

(Pertanyaan probing)

a	Apa sebutan untuk pendamping pembimbing tersebut ?	
b	Untuk berapa lama dibimbing	
c	Bagaimana proses pembimbingan ?	
d	Sejauh mana pembimbingan tersebut membantu anda meningkatkan unjuk kerja/kompetensi dan kinerja?	

8. Ceritakan tentang tugas anda sekarang ini?

(Pertanyaan probing)

a	Peran apa yang paling sering laksanakan sebagai perawat/bidan?	
b	Apakah pernah mengalami konflik dengan atasan, klien, teman selevel, diri sendiri, tugas? Kenapa? Bagaimana mengatasinya?	
c	Tugas/prosedur/ketrampilan kep / keb yang saat ini masih belum mampu anda lakukan secara mandiri/ percaya diri? Kenapa?	
d	Kepada siapa anda meminta bantuan apabila menemukan kesulitan dalam melaksanakan tugas/ prosedur /ketrampilan	
e	Selain pekerjaan utama kep. / keb, pekerjaan lain apa saja yang juga anda kerjakan ? Jelaskan alasan keterlibatan anda!	

9. Selama ini apakah anda pernah ditugaskan di unit/bagian kebidanan/KIA?

	<input type="checkbox"/> tidak , <input type="checkbox"/> ya Bila ya, ceritakan pengalaman anda tersebut (lihat juga jawab pada daftar tilik).	
(Pertanyaan probing)		
a	Apakah pernah menolong partus? berapa <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> high risk	
b	Berapa kali anda melakukan pemeriksaan ANC?	
	- Berapa kasus yang anda rujuk?	
	- Kasus apa yang terbanyak? Jelaskan?	

10. Menurut pandangan anda apa saja yang harus dilakukan oleh perawat/bidan untuk keselamatan pasien?

(Pertanyaan probing)

a	<p>Bagaimana mengambil keputusan klinis?</p> <p>- Bidan : (HPP, Bayi asfiksia, preeklamsia berat/ eklamsia/ febris Postpartum?)</p> <p>- Perawat: hipertermia, gangguan pernafasan, dehidarsi/ cairan?</p>	
b	<p>Apa saja yang dimaksud dengan client focus (kebidanan-sayang ibu sayang bayi, keperawatan - kepentingan dan kenyamanan pasien)</p>	
c	<p>Bagaimana caranya mencegah infeksi ?</p>	
d	<p>Bagaimana dengan implementasi pendokumentasian (bidan-partograf, askeb; keperawatan-renpra)</p>	
e	<p>Bagaimana dengan proses rujukan / kolaborasi / konsultasi (bidan – Baksoku; perawat -ABC stabil, cepat akurat- time saving life saving)</p>	

11. Dari berbagai pelatihan yang telah diikuti selama anda bekerja, manakah yang paling bermanfaat bagi peningkatan kompetensi (ketrampilan-pengetahuan-sikap) anda sebagai perawat/bidan? Apa usulan anda? (klarifikasi daftar ceklist-pelatihan yang berkaitan dengan keperawatan/kebidanan saja)

Nama pelatihan	Usulan

12. Apakah anda mengetahui tentang registrasi dan praktik keperawatan / praktik kebidanan? Dari mana anda mengetahui? Jelaskan tentang pengalaman anda mengurus registrasi tersebut. (Keperawatan Kepmenkes 1239/2001, kebidanan “Kepmenkes 900/2002)?

PERTANYAAN BERIKUT BERKAITAN DENGAN MASA PENDIDIKAN ANDA DI D-III KEPERAWATAN / KEBIDANAN.

13	Ceritakan proses anda diterima menjadi mahasiswa (aplikasi, interview, tes dsb)?	
14	Menurut anda apakah pendidikan (di kelas, lab, dan praktik lapangan) yang anda peroleh di sekolah memadai untuk mendukung tugas anda sebagai perawat/bidan? Jelaskan jawaban anda?	
15	Ceritakan pengalaman anda mengenai kegiatan pengajaran di kelas?	
	(Pertanyaan probing)	
	a. Lebih banyak ceramah, atau diskusi dan tugas	
	b. Fasilitas pengajaran?	
	c. Kemampuan mengajar dosen?	
16.	Ceritakan pengalaman anda mengenai kegiatan di laboratorium kelas?	
	(Pertanyaan probing)	
	a. Siapa yang membimbing?	
	b. Fasilitas lab?	
	c. Petunjuk laboraotrium?	
	d. Demonstrasi/simulasi dan redemonstrasi?	
17	Ceritakan pengalaman anda tentang kegiatan praktik di lapangan – di rumah sakit, panti, RB/BPS, puskesmas- komunitas?	
	(Pertanyaan probing)	
	a. Apakah ada pembimbing dari Poltekkes/ program? Apakah ada pembimbing dari rumah sakit/puskesmas?	
	b. Apakah cukup waktu praktik lapangan? Berapa orang per unit sekali berdinan/ praktek?	
	c. Bagaimana persediaan alat kes / fasilitas untuk higienes dan pencegahan infeksi?	
	d. Apakah prosedur sesuai dengan yang diajarkan di laboratorium?	

	e. Apakah ada petunjuk praktik?	
	f. Bagaimana evaluasi proses (pre-post conference ada/tidak dan oleh siapa?)	
	g. Variasi kasus selama praktik?	
	h. Bagaimana pencapaian kasus/prosedur untuk	
	i . Kebidanan: Jumlah pertolongan partus normal. ANC, nifas, asuhan bayi/balita, metode KB, imunisasi	
	ii. Keperawatan: 1. jumlah pertolongan partus normal, ANC, nifas, metode KB, imunisasi 2. menerima pasien baru, memasang dan mencabut infuse, memasang kateter, mengambil sediaan sedimen, memandikan pasien, memandikan bayi, memberikan suntikan IM/SC/IV, mengambil darah vena/perifer, memberikan oksigen	
	c. Kemampuan mengajar dosen?	
18.	Ceritakan hal-hal lain mengenai pengalaman anda di kampus yang belum sempat dijelaskan	
	a. Ketersediaan buku & jurnal di perpustakaan (jumlah, jenis, gampang diperoleh?)	
	b. Laboratorium Komputer (mudah akses?)	
	c. Lab bahasa inggris	
	d. Pembimbing akademik (PA)	
	e. Fasilitas lain	

Lembar Focus Group Discussion

Pedoman Diskusi Kelompok Terfokus (DKT)

Acara:

1. Penerimaan (daftar hadir)
2. Pembukaan / prolog
3. Perkenalan antar partisipan/responden
4. Diskusi
5. Penutup (makan, snack, uang transportasi)

+++++

Pembukaan / Prolog

Selamat siang/sore, perkenalkan saya _____ dan teman saya _____ peneliti dari STIK SC Jakarta. Terima kasih untuk kesediaan saudara/i menjadi partisipan dalam diskusi ini. Diskusi ini dilaksanakan dalam rangka kajian untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan di NTB dan NTT. Kajian ini tidak akan berdampak buruk bagi saudara/i selaku partisipan/responden dan semua informasi yang kami terima akan kami jaga kerahasiaannya. Tidak ada jawaban yang salah dan yang benar. Melainkan, informasi dari saudara/i akan sangat membantu pengembangan pendidikan dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para perawat dan bidan. Untuk itu, Informasi yang benar, jelas dan jujur sangat dibutuhkan. Terima kasih atas kerelaan anda berpartisipasi dalam DKT ini.

Diskusi

1. *Berdasarkan wawancara, beberapa istilah dan kompetensi disebutkan oleh hampir semua respondents , yakni a) _____, b) _____, c) _____. Dan bahkan hampir sebagian/semua (lihat data wawancara) mengatakan tidak dapat melaksanakan ketrampilan (kompetensi) berikut ini a)____ b)____ c) _____. Sebagian juga mengatakan bahwa ditempatkan di unit tanpa pendampingan serta melakukan aktivitas-aktivitas tambahan non keperawatan/kebidanan.*

Pertanyaan:

- a. Menurut pandangan anda apa yang dimaksud dengan kemampuan (kompetensi) seorang lulusan D-III keperawatan/kebidanan?

- b. *Sebagian besar dari anda mengatakan bahwa banyak masalah kesehatan dan penyakit di wilayah anda tinggal dan kerja (Kota/propinsi) yang membutuhkan pengetahuan dan ketrampilan terkait tidak/belum cukup dibekali di pendidikan. Menurut anda apa saja yang perlu diberikan di bangku kuliah supaya anda mampu mengatasi permasalahan tersebut?*
 - c. **Sebagai pemula (dalam 6 bulan pertama), kompetensi dasar** apa yang harus anda miliki untuk dapat bekerja di rumah sakit dengan percaya diri tanpa supervisi langsung?
 - d. Aktivitas apa saja yang menurut anda membutuhkan pendampingan penuh? Selama berapa bulan anda membutuhkan pendampingan/bimbingan terus menerus?
 - e. Menurut anda, apa yang dimaksud dengan sikap professional seorang perawat/bidan? *(cari tahu tentang image mereka tentang sikap professional – berkomunikasi, berpakaian, berbicara, dsb)*
 - f. Dari berbagai pelatihan yang telah diikuti selama anda bekerja, manakah yang paling bermanfaat bagi peningkatan kompetensi *(ketrampilan-pengetahuan-sikap)* anda sebagai perawat/bidan? Apa usulan anda?
2. Menurut pandangan anda, apa yang dimaksud dengan nilai-nilai professional? Bagaimana penerapannya sewaktu anda bekerja?
 3. Sebagai karyawan baru (pemula), peran perawat/bidan apa saja yang paling sering anda jalankan? Menurut anda, persiapan apa yang paling diperlukan selama pendidikan supaya anda mampu menjalankan peran tersebut dengan optimal? Mengapa anda mengatakan demikian?
 4. Sebagian besar anda mengatakan mengalami kesulitan berkomunikasi dengan _____ (sebutkan). Menurut anda, persiapan apa yang paling diperlukan selama pendidikan supaya anda trampil berkomunikasi? Mengapa anda mengatakan demikian?
 5. Menurut anda, hal apa yang paling penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien dalam pelayanan? Kendala apa yang anda hadapi dalam menjaga keselamatan pasien?
 6. *Keterbatasan selama masa pendidikan di D-III Keperawatan/kebidanan, terutama mengenai _____ (sebutkan sesuai data wawancara - ketersediaan dosen, metode pengajaran dan tugas, buku & alat laboratorium, kasus/prasat di rumah sakit, instructor di lahan praktik dsb).*
Menurut anda, hal apa yang paling penting dipersiapkan di pendidikan agar anda siap bekerja pada bulan pertama lulus?
 7. Sebagian besar dari anda berstatus honor/kontrak/PNS. Menurut anda apakah status kepegawaian anda ini mempengaruhi penampilan kerja anda? Mengapa anda mengatakan demikian?

Lembar Pre Workshop

Lembar Informasi – Pre Workshop Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Kepada Yth,
Bapak/Ibu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota

Dengan hormat,
Saat ini kami sedang melaksanakan kajian untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan kebidanan di Propinsi NTB dan NTT. Kajian ini dilaksanakan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Sint Carolus bersama Konsultan Internasional didukung oleh GTZ dan AusAID. Untuk tujuan ini, akan dilaksanakan workshop pada bulan Agustus untuk mendapatkan masukan dan informasi yang sangat diharapkan. Lembar informasi ini disiapkan sebagai tambahan lampiran surat undangan dan hanya dipergunakan dalam rangka kajian ini saja. Kami berharap untuk mendapatkan kembali lembar informasi yang sudah terisi, sebelum atau pada saat kegiatan workshop. Terima kasih atas kerjasama dan informasi yang diberikan.

Jakarta, Agustus 2008
Hormat kami
Bernadethe Marheni Luan
Ketua Tim Peneliti STIK Sint Carolus

INFORMASI UMUM

1. Nama Instansi :
2. Alamat :
3. Nama Kepala Dinas Kesehatan :

Mohon lampirkan Strukur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ().

KERJASAMA DENGAN POLTEKES

1. Berapa rumah sakit dan Puskesmas yang bekerja sama dalam pembimbingan praktik mahasiswa D-III Keperawatan/Kebidanan dari Poltekkes ?
 Rumah sakit : _____
 Puskesmas : _____
Sejak kapan mulai bekerja sama : _____
Apakah kerja sama ini tertuang dalam perjanjian kerja sama (MoU) ?
 Ya Tidak

Bila ya, Mohon sertakan contoh MoU tersebut ().

Bila tidak, mohon berikan alasan _____

Mohon lampirkan data mengenai rumah sakit dan puskesmas tempat praktik mahasiswa D-III keperawatan dan kebidanan dalam kurun waktu satu tahun terakhir. ()

Nama Rumah Sakit / Puskesmas	Tipe Rumah Sakit / Puskesmas	Jumlah tempat tidur rawat inap	Nama Institusi pendidikan (termasuk poltekes)

Mohon sertakan data berikut ini selama 3 tahun terakhir (tahun 2005-2007):

- A. Jumlah persalinan : _____
 Jumlah yang ditolong oleh bidan : _____
 Jumlah yang ditolong oleh dokter (termasuk operasi): _____
 Jumlah yang ditolong oleh tenaga lain: _____
- B. Data 10 penyakit terbesar
- C. Data 10 penyebab kematian tersering

2. Adakah biaya yang harus dibayar Poltekes saat mahasiswa berpraktik di Rumah Sakit/ Puskesmas ? Ada Tidak ada

Bila ada, jelaskan mengenai pemanfaatannya

.....

.....

.....

.....

JENJANG KARIR

1. Informasi mengenai jumlah tenaga perawat dan bidan di dalam wilayah kerja ini?

	Rumah sakit			Puskesmas			Total
	Perawat	Bidan	Total	Perawat	Bidan	Total	
PNS							
Kontrak							
Honorer (Honda)							
Volunteer							
Lain -lain							
Total							

2. Informasi mengenai jumlah keluar masuk tenaga kesehatan (Perawat dan bidan) per tahun?

Tahun	Jumlah yang direkrut		Jumlah yang Keluar		Jumlah yang pindah	
	Perawat	Bidan	Perawat	Bidan	Perawat	Bidan
2005						
2006						
2007						

Sebutkan alasan utama keluar dari tempat kerja : _____

3. Adakah level dan jenjang karir untuk perawat dan bidan di RS/Puskesmas?
 Ya Tidak

Mohon lampirkan skema jenjang karir yang ada ()

4. Adakah perbedaan penerimaan balas jasa antara karyawan PNS, honorer, kontrak, dan volunteer (perawat dan bidan) ? Ya Tidak

Bila Ya, berdasarkan apa sajakah perbedaan balas jasa tersebut? Jelaskan
.....
.....

Silahkan tuliskan / lampirkan Peraturan/Ketetapan yang ada ()

5. Apakah Clinical Instructor/senior yang membimbing mahasiswa dan perawat/ bidan baru (orientasi) mendapat tambahan penghargaan financial dari aktivitas / penugasan tersebut? Ya Tidak

Mohon berikan alasan : _____

REKRUITMEN DAN PEMBINAAN LULUSAN/KARYAWAN BARU

1. Apakah ada persyaratan khusus sebelum seorang perawat/bidan ditempatkan di Puskesmas? Ya Tidak

Sebutkan alasannya -----

2. Jelaskan keterlibatan & peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam proses penerimaan karyawan baru dan masa orientasi karyawan baru?

Bagaimana mekanisme perekrutan calon pegawai baru (Perawat dan bidan) dilaksanakan? Apa saja kriterianya? Mohon jelaskan! Silahkan sertakan skema perekrutan atau Surat Keputusan / No Peraturannya ()

.....
.....
.....
.....
.....

Test apa sajakah yang dilakukan kepada calon pegawai (Perawat dan bidan) ?

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

Adakah masa orientasi bagi lulusan baru, yang baru diterima bekerja sebagai perawat dan bidan di Rumah Sakit/Puskesmas ? Ya Tidak

Bila tidak ada, berikan alasannya dan mekanisme yang ada -----

3. Program pembinaan apa saja yang pernah diadakan oleh Dinas Kesehatan dalam tiga tahun terakhir?

Jenis pembinaan / pelatihan	Lama / modul (berapa jam)	Penyelenggara	Ditujukan untuk karyawan -perawat/bidan - dengan status / pangkat apa?	Pembiayaan oleh siapa?

Program pembinaan apa saja yang memberikan kontribusi terbesar bagi peningkatan kompetensi lulusan/karyawan keperawatan/kebidanan baru. Jelaskan alasannya

4. Bagaimana keikutsertaan Dinas Kesehatan dalam proses monitoring dan evaluasi pembinaan bagi lulusan/ karyawan baru?

Lembar Informasi – Pre Workshop Untuk Poltekes Sebagai Tempat Studi Mahasiswa D-III Keperawatan dan Kebidanan

Kepada Yth,
Bapak/Ibu Pimpinan Poltekes

Dengan hormat,

Saat ini kami sedang melaksanakan kajian untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan kebidanan di Propinsi NTB dan NTT. Kajian ini dilaksanakan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Sint Carolus bersama Konsultan Internasional didukung oleh GTZ dan AusAID. Untuk tujuan ini, akan dilaksanakan workshop pada bulan Agustus untuk mendapatkan masukan dan informasi yang sangat diharapkan. Lembar informasi ini disiapkan sebagai tambahan lampiran surat undangan dan hanya dipergunakan dalam rangka kajian ini saja. Kami berharap untuk mendapatkan kembali lembar informasi yang sudah terisi, sebelum atau pada saat kegiatan workshop. Terima kasih atas kerjasama dan informasi yang diberikan.

Jakarta, Agustus 2008

Hormat kami

Bernadethe Marheni Luan

Ketua Tim Peneliti STIK Sint Carolus

INFORMASI UMUM

1. Nama Poltekes :
2. Alamat :
3. Tahun berdiri :
4. Jenis/program studi yang diselenggarakan :
 DIII Keperawatan DIII Kebidanan Lain-lain _____

Mohon lampirkan Strukur organisasi Poltekes

5. Sertakan daftar kepegawaian (meliputi staf pengajar, staf laboratorium, staf perpustakaan, staf Teknologi Informasi) yang terdiri dari nama, pendidikan, status kepegawaian, Mata Ajar, pengembangan yang dijalani dalam kurun waktu 5 tahun terakhir.

Nama (Initial)	Latar belakang pendidikan (Pendidikan Tinggi)	MA yang diajarkan (hanya untuk staf pengajar)	Nama dan tahun Pengembangan (short course-pelatihan minimal 40jam)	STATUS KEPEGAWAIAN (Tetap, Kontrak, Honorer dsb)

KEMAHASISWAAN

1. Jumlah mahasiswa (data terakhir tahun berjalan)

	DIII Keperawatan	DIII Kebidanan	Keterangan
Tingkat I			
Tingkat II			
Tingkat III			
Total			

2. Berapakah lama rata-rata mahasiswa kuliah ?

3. Mohon diisi data mengenai lulusan dari tahun 2002 – 2008

TAHUN	JUMLAH MAHASISWA			IPK	
	Masuk	Drop-out	Lulus	Rata-rata	>2,75
2002-2003					
2003-2004					
2004-2005					

4. Bagaimana mekanisme perekrutan mahasiswa baru dilaksanakan ? Dan apa saja kriterianya? Mohon jelaskan. (Sertakan skemanya apabila ada).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Test apa sajakah yang dilakukan pada calon mahasiswa? (Mohon lampirkan standar test tersebut apabila ada)

a.

b.

c.

d.

e.

f.

KURIKULUM

1. Mohon lampirkan format evaluasi penilaian praktik klinik
2. Mohon lampirkan daftar tilik pencapaian keterampilan 1 Mata ajar
- Untuk Keperawatan : MA KMB (Keperawatan Medikal Bedah)
 - Untuk Kebidanan : MA Askeb (Asuhan Kebidanan)

3. Mohon lampirkan petunjuk praktik mahasiswa
 - a. Untuk Keperawatan : MA KMB (Keperawatan Medikal Bedah)
 - b. Untuk Kebidanan : MA Askeb (Asuhan Kebidanan)
4. Mohon lampirkan silabus / GBPP / SAP
 - a. Untuk Keperawatan : MA KDK (Konsep Dasar Keperawatan), MA KMB (Keperawatan Medikal Bedah), dan MA Komunikasi
 - b. Untuk Kebidanan : MA Konsep Kebidanan, MA Askeb (Asuhan Kebidanan), dan MA Komunikasi
5. Berapakah rata-rata jumlah mahasiswa di dalam kelas saat pengajaran?
6. Berapakah nilai batas lulus dari mata ajar :
 - a. Mata ajar keperawatan / Kebidanan?
 - b. Mata ajar non keperawatan / kebidanan?

Mohon lampirkan standar kelulusan Mata Ajar teori dan praktik serta bagaimana kriteria penilaiannya ().

Contoh : Nilai 5 bila mahasiswa mampu tentang ---
 Nilai 6 bila mahasiswa mampu tentang ---

7. Berapakah jumlah dosen yang terlibat sebagai PA (Pembimbing Akademik) dalam 1 angkatan?

Berapa kali tatap muka dan berapa lama waktu pertemuan yang dialokasikan PA untuk bertemu dengan mahasiswa dalam 1 semester?

8. Sebutkan nama-nama Rumah sakit /Puskesmas sebagai lahan praktik.

Mohon lampirkan MoU / kerja sama dengan salah satu lahan praktek ()

Mohon lampirkan daftar tempat praktek klinik yang digunakan oleh mahasiswa, jumlah mahasiswa yang praktik serta pembimbing di rumah sakit/puskemas ().

Nama Rumah Sakit / Puskesmas	Nama (bangsal/unit di rumah sakit atau Puskesmas)	Jumlah mahasiswa per bangsal / unit / Puskesmas	Nama Pembimbing dari Pendidikan	Nama Pembimbing dari lahan praktik

Apakah selain Poltek ini, ada institusi pendidikan keperawatan dan kebidana lain yang juga bekerja sama dengan rumah sakit / puskesmas yang disebutkan di atas?

ada tidak ada

Jelaskan kendala dalam mendapatkan lahan praktik dan kendala mendapatkan kasus / melakukan prosedur berkaitan sesuai target yang ada!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FASILITAS

1. Informasi Ruang Kuliah

Jumlah ruang kuliah yang tersedia	..... kelas
Rata-rata luas ruang kuliah	..... M2
Kapasitas ruang kuliah	..... orang
Fasilitas yang ada didalam ruang kuliah	.........................

2. Informasi pelayanan perpustakaan:

Jumlah koleksi buku	..... judul
Jumlah koleksi jurnal	..... judul
Jumlah koleksi CD, VCD, DVD	..... judul
Jam pelayanan untuk mahasiswa	.....
Luas ruangan perpustakaan	..... M2
Jumlah rata-rata kunjungan mahasiswa	..... mahasiswa / hari
Fasilitas yang ada didalam ruangan perpustakaan	....................

3. Informasi layanan laboratorium bahasa

Luas laboratorium bahasa	..... M2
Kapasitas ruang laboratorium bahasa	..... orang
Fasilitas yang ada didalam ruang laboratorium bahasa	....................
Persyaratan nilai pencapaian TOEFL diakhir kursus	.....

4. Informasi Laboratorium Keperawatan dan Kebidanan

LAB KEPERAWATAN		LAB KEBIDANAN	
Jenis boneka/manekin	Jumlah buah	Jenis boneka/manekin	Jumlah buah
Luas ruangan	..... M2	Luas ruangan	..... M2

- a. Bagaimana pengaturan penggunaan laboratorium agar tidak berbenturan dengan dengan MA/ angkatan yang satu dengan yang lain?
-
-
-
- b. Bagaimana dengan pengadaan barang habis pakai untuk praktik mahasiswa? Apakah disediakan oleh sekolah atau oleh mahasiswa?
-
-

5. Informasi layanan laboratorium komputer

Jumlah komputer	..... buah
Jumlah printer	..... buah
Browsing internet	<input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Bayar : Rp / jam
Jam pelayanan untuk mahasiswa	..........
Pengaturan pemakaian komputer per mhsw	

6. Informasi Ruang dosen

Jumlah ruangan dosen	..... ruang
Kapasitas ruangan dosen	..... orang
Fasilitas yang ada didalam ruangan dosen	<input type="checkbox"/> Meja / kursi : buah <input type="checkbox"/> Komputer : unit <input type="checkbox"/> Lemari : buah <input type="checkbox"/> ATK <input type="checkbox"/> Dll,

PEMBIAYAAN

1. Mohon lampirkan brosur penerimaan mahasiswa baru
2. Bagaimanakah persentase pembiayaan mahasiswa yang kuliah
 - a. Bayar sendiri : %
 - b. Bantuan : %
 - c. Beasiswa : %
3. Berapakah biaya kuliah yang harus dibayar mahasiswa per SKS ?
.....
4. Apakah biaya kuliah yang dibayarkan di awal semester sudah mencakup pembayaran untuk lahan praktik? sudah belum
Bila belum termasuk, bagaimana mekanisme pembayaran untuk lahan praktik?
.....
.....
.....

Lembar Informasi – Pre Workshop Untuk Ketua Cabang PPNI/IBI

Kepada Yth,
Bapak/Ibu Ketua Pengurus Cabang PPNI/IBI

Dengan hormat,

Saat ini kami sedang melaksanakan kajian untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan kebidanan di Propinsi NTB dan NTT. Kajian ini dilaksanakan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) *Sint Carolus* bersama Konsultan Internasional didukung oleh GTZ dan AusAID. Untuk tujuan ini, akan dilaksanakan workshop pada bulan Agustus untuk mendapatkan masukan dan informasi yang sangat diharapkan. Lembar informasi ini disiapkan sebagai tambahan lampiran surat undangan dan hanya dipergunakan dalam rangka kajian ini saja. Kami berharap untuk mendapatkan kembali lembar informasi yang sudah terisi, sebelum atau pada saat kegiatan workshop. Terima kasih atas kerjasama dan informasi yang diberikan.

Jakarta, Agustus 2008

Hormat kami

Bernadethe Marheni Luan

Ketua Tim Peneliti STIK *Sint Carolus*

INFORMASI UMUM

1. Nama Ketua Cabang PPNI/IBI :
2. Alamat :
3. Tahun berdiri :
Mohon lampirkan Strukur organisasi PPNI/IBI ()
4. Berapa jumlah anggota PPNI/IBI saat ini: _____
Bagaimana mekanisme proses registrasi menjadi anggota PPNI/IBI? _____

Sebutkan kendala dan alasannya (kalau ada) dalam proses registrasi dan pendataan anggota: _____

5. Jelaskan keikutsertaan PPNI/IBI Cabang dalam upaya meningkatkan kompetensi lulusan D-III Keperawatan/Kebidanan!

6. Jelaskan keikutsertaan PPNI/IBI Cabang dalam penyusunan dan sosialisasi standar praktik keperawatan/kebidanan! Sebutkan juga kendala dan rencana ke depan. _____

**Lembar Informasi – Pre Workshop
Untuk Rumah Sakit dan Puskesmas Sebagai Tempat Praktik
Program Studi D-III Keperawatan dan Kebidanan
dan Sebagai Tempat Kerja Para Lulusan Baru
(sebagai responden individual)**

Kepada Yth,
Bapak/Ibu Pimpinan Rumah Sakit dan Puskesmas

Dengan hormat,
Dengan hormat,

Saat ini kami sedang melaksanakan kajian untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan kebidanan di Propinsi NTB dan NTT. Kajian ini dilaksanakan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Sint Carolus bersama Konsultan Internasional didukung oleh GTZ dan AusAID. Untuk tujuan ini, akan dilaksanakan workshop pada bulan Agustus untuk mendapatkan masukan dan informasi yang sangat diharapkan. Lembar informasi ini disiapkan sebagai tambahan lampiran surat undangan dan hanya dipergunakan dalam rangka kajian ini saja. Kami berharap untuk mendapatkan kembali lembar informasi yang sudah terisi, sebelum atau pada saat kegiatan workshop. Terima kasih atas kerjasama dan informasi yang diberikan.

Jakarta, Agustus 2008

Hormat kami

Bernadethe Marheni Luan

Ketua Tim Peneliti STIK Sint Carolus

INFORMASI UMUM

1. Nama Rumah Sakit/Puskesmas :
2. Alamat :
.....
3. Nama Pimpinan Rumah Sakit / Puskesmas :

Mohon lampirkan Strukur Organisasi Rumah Sakit/Puskesmas ().

KERJASAMA DENGAN POLTEKES

1. Apakah Rumah Sakit /Puskesmas ini bekerja sama dalam pembimbingan praktik mahasiswa dari Poltekkes ? Ya Tidak

Sejak kapan mulai bekerja sama : _____

Apakah kerja sama ini tertuang dalam perjanjian kerja sama (MoU) ? Ya Tidak

Bila ya, Mohon sertakan contoh MoU tersebut ().

Bila tidak, mohon berikan alasan _____

2. Apakah Rumah Sakit / Puskesmas ini bekerja sama dengan institusi pendidikan lain yang membuka program studi kesehatan (Keperawatan dan Kebidanan)?
 Ya Tidak.

Bila ya, mohon lampirkan nama-nama Program Studi Kesehatan (Keperawatan dan Kebidanan) yang melakukan kerja sama praktik mahasiswa di rumah sakit/ Puskesmas dalam kurun waktu satu (1) tahun terakhir ().

3. Apakah Rumah Sakit / Puskemas menyediakan *clinical instructor* (CI) untuk membimbing langsung mahasiswa ya tidak . Apabila mengisi kolom tidak mohon sebutkan alasannya

Apabila mengisi kolom 'ya' berapa jumlahnya? _____ orang. Mohon lampirkan nama-nama *clinical instructor* (CI) atau pembimbing yang disediakan oleh RS/ Puskesmas, sesuai daftar tabel berikut ini.

Nama (Initial) Pembimbing (CI) dari RS/ Puskesmas	Jenis unit/ bangsal tempat membimbing (bedah, anak, dll)	Latar belakang pendidikan terakhir (Pendidikan Tinggi)	Pengembangan (short course) pelatihan minimal 40jam yang pernah diikuti	Siapa yang dibimbing? (Mahasiswa dan/atau karyawan baru/orienti (beri tanda √))	
				Mahasiswa	Karyawan baru

4. Mohon mengisi daftar tabel berikut ini sesuai kolom yang tersedia.

Nama Unit/ bangsal Tempat Praktik Mahasiswa	Jenis Unit/ bangsal (bedah, anak, dll)	Kapasitas Tempat Tidur	Jumlah mahasiswa yang ditempatkan per hari	Nama (Initial) Pembimbing (CI) dari RS/ Puskesmas	Nama (initial) dosen pembimbing dari Poltekes

- Silahkan teruskan pada lembar terpisah apabila lebih dari kolom yang tersedia

5. Mohon sertakan data berikut ini selama 3 tahun terakhir (tahun 2005-2007) :

- A. Jumlah persalinan : _____
 Jumlah yang ditolong oleh bidan : _____
 Jumlah yang ditolong oleh dokter (termasuk operasi): _____
- B. Jumlah 10 penyakit terbesar
- C. Jumlah 10 penyebab kematian tersering

6. Adakah biaya yang harus dibayarkan Poltekes saat mahasiswa akan praktik di Rumah Sakit/ Puskesmas ? Ada Tidak ada

Bila ada, jelaskan

.....

.....

.....

.....

.....

JENJANG KARIR

1. Informasi mengenai jumlah tenaga perawat dan bidan di Rumah Sakit/Puskesmas ini?

	Perawat	Bidan	Total
PNS			
Kontrak			
Honorer (Honda)			
Volunteer			
Lain -lain			
Total			

2. Informasi mengenai jumlah keluar masuk tenaga kesehatan (Perawat dan bidan) per tahun?

Tahun	Jumlah yang direkrut		Jumlah yang Keluar		Jumlah yang pindah	
	Perawat	Bidan	Perawat	Bidan	Perawat	Bidan
2005						
2006						
2007						

Sebutkan alasan utama keluar dari tempat kerja : _____

3. Adakah level dan jenjang karir untuk perawat dan bidan di RS/Puskesmas?
 Ya Tidak

Mohon lampirkan skema jenjang karir yang ada ()

REKRUITMEN DAN PEMBINAAN LULUSAN/KARYAWAN BARU

1. Apakah ada persyaratan khusus sebelum seorang perawat/bidan ditempatkan di Puskesmas?

Ya Tidak

Sebutkan alasannya -----

2. Bagaimana mekanisme perekrutan calon pegawai baru (Perawat dan bidan) dilaksanakan? Apa saja kriterianya? Mohon jelaskan! Silahkan sertakan skema perekrutan atau Surat Keputusan / No Peraturannya ()

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Test apa sajakah yang dilakukan kepada calon pegawai (Perawat dan bidan) ?

a.
b.
c.
d.
e.
f.

4. Adakah masa orientasi bagi lulusan baru, yang baru diterima bekerja sebagai perawat dan bidan di Rumah Sakit/Puskesmas ? Ya Tidak

Bila tidak ada, berikan alasannya -----

Bila ya, Mohon mengisi tabel berikut ini tentang unit-unit tempat penyebaran lulusan baru (karyawan baru) saat masa orientasi. Mohon diurutkan dari sejak awal masuk sampai dengan akhir masa orientasi

Nama Unit/bangsai	Jenis unit	Lama masa orientasi (bulan/tahun)	Status/ Jabatan/ Pangkat Pembimbing dari RS/Puskesmas

5. Apakah ada perbedaan tugas dan wewenang perawat atau bidan baru (orientasi) dengan pegawai yang lama ? Ada Tidak ada

Mohon sertakan *Job description* untuk perawat dan bidan baru ().

6. Bagaimana mekanisme evaluasi yang dilakukan terhadap perawat dan bidan baru selama masa orientasi? :

- Evaluasi pada 3 bulan pertama saja
- Evaluasi setiap 3 bulan selama 1 tahun
- Tidak ada evaluasi
- Evaluasi tidak terjadwal
- Lain-lain sebutkan _____

7. Siapa saja yang berwenang melakukan evaluasi terhadap perawat dan bidan baru? (cukup sebutkan jabatan/ statusnya)

1.
2.
3.
4.
5.

Mohon lampirkan jenis evaluasi dan format yang digunakan untuk mengevaluasi perawat dan bidan baru ()

PEMBIAYAAN

1. Adakah perbedaan penerimaan balas jasa antara karyawan PNS, honorer, kontrak, dan volunteer (perawat dan bidan) ? Ya Tidak

Bila Ya, berdasarkan apa sajakah perbedaan balas jasa tersebut ? Jelaskan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Silahkan tuliskan / lampirkan Peraturan/Ketetapan yang ada.

7. Apakah *Clinical Instructor* / senior yang membimbing mahasiswa dan perawat/ bidan baru (orientasi) mendapat tambahan penghargaan financial dari aktivitas / penugasan tersebut? Ya Tidak

Mohon berikan alasan : _____

Lembar Workshop

Panduan Kerja Workshop

Pokok Bahasan 1: Kapasitas Dinas Kesehatan sebagai badan yang berperan mempersiapkan kompetensi lulusan dan mengatur penempatan-penerimaan dan pembinaan karyawan lulusan baru dari program D-III Keperawatan dan Kebidanan

Peserta : Kepala dinas Kesehatan Kabupaten/kota

Hasil yang diharapkan:

Kesepakatan bersama tentang fasilitas lahan praktik (rumah sakit dan puskesmas) sebagai tempat diselenggarakannya pengalaman belajar klinik (PBK) dan pengalaman belajar lapangan (PBL) untuk pelaksanaan program pendidikan D-III Keperawatan dan Kebidanan serta perekrutan, penempatan dan pembinaan karyawan lulusan baru.

1. Apa saja tanggapan Bapak/Ibu mengenai Nota Kesepakatan kerja sama (MoU)
 - a. Apakah kerja sama yang berlangsung tertuang dalam nota kesepakatan? Berlaku untuk berapa lama?
 - b. Aspek apa saja yang telah dituangkan dalam nota kesepakatan tersebut (misalnya adakah klausul mengenai instuktur, jumlah persalinan/kasus, jumlah mahasiswa, waktu shift, pembiayaan, barang habis pakai dsb)
 - c. Hambatan apa saja yang telah dihadapi dalam kesepakatan kerja sama tersebut?
 - d. Langkah lanjut apa saja yang perlu dilakukan dalam pengembangan lapangan praktik untuk pelaksanaan pengalaman belajar klinik dan pengalaman belajar lapangan untuk program D-III Keperawatan dan Kebidanan.
2. Apa saja tanggapan bapak/Ibu mengenai perekrutan dan penempatan lulusan baru program D-III Keperawatan dan Kebidanan
 - a. Bagaimana proses penerimaan (termasuk tes kompetensi) dan penempatan lulusan D-III Keperawatan/Kebidanan dan syarat seseorang dinyatakan layak diterima bekerja?
 - b. Bagaimana proses memperkenalkan lulusan baru kepada tugas dan tanggung jawabnya? (misalnya job desripsi, sosialisasi)
 - c. Apakah ada tangga karir bagi petugas keperawatan/kebidanan yang dianut? Pada level mana para lulusan baru ini di tempatkan?
 - d. Bagaimana sistem balas jasa dan kesejahteraan bagi karyawan para lulusan baru ini didasarkan kepada statu kepegawaiannya (honoror, kontrak, PNS)?
 - e. Bagaimana dengan perencanaan dan monitoring/evaluasi manajemen risiko dan keamanan untuk pasien(persediaan alat, dana, pencatatan dan laporan)?

3. Apa saja tanggapan anda tentang pembiayaan pendidikan bagi para karyawan lulusan baru.
 - a. Bagaimana anda merencanakan program pendidikan (*pre-service*, *update program*, dan *in-service*) untuk karyawan anda?
 - b. Apa kontribusi dari karyawan yang anda harapkan dalam pendidikan berkelanjutan tersebut (biaya, ketrampilan)?

Proses kerja kelompok:

Dengan memperhatikan berbagai masukan dan pengalaman pribadi dalam kegiatan memfasilitasi proses pembelajaran program D-III Keperawatan dan Kebidanan serta pembiayaan dan pembinaan karyawan lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan.

1. Bahaslah secara mendasar pokok-pokok (klausal) yang tertuang dalam nota kesepakan (MoU) yang dapat mendukung atau menghambat proses penyelenggaraan pengalaman belajar klinik dan lapangan mahasiswa program D-III Keperawatan dan Kebidanan.
2. Bahaslah langkah lanjut yang perlu dilakukan dalam mengembangkan lapangan praktik untuk pelaksanaan pengalaman belajar klinik dan pengalaman belajar lapangan pada program D-III Keperawatan dan Kebidanan.
3. Bahaslah secara mendasar tentang perekrutan dan penempatan lulusan baru program D-III Keperawatan dan kebidanan, sistem balas jasa, dan upaya menyelenggarakan pelayanan yang aman.
4. Bahaslah secara mendasar tentang pembiayaan pendidikan bagi para karyawan lulusan baru.

Pokok Bahasan 2: Kapasitas Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai tempat praktik mahasiswa D-III Keperawatan dan Kebidanan

Peserta : Direktur Rumah Sakit Daerah dan Kepala Puskesmas

Hasil yang diharapkan:

Kesepakatan bersama tentang fasilitas lahan praktik (rumah sakit dan puskesmas) sebagai tempat diselenggarakannya pengalaman belajar klinik (PBK) dan pengalaman belajar lapangan (PBL) pada pelaksanaan program pendidikan D-III Keperawatan dan Kebidanan; a.l

2. Apa tanggapan bapak/Ibu mengenai Nota Kesepakatan kerja sama (MoU)
 - a. Apakah kerja sama tertuang dalam nota kesepakatan? Berlaku untuk berapa lama?
 - b. Aspek apa saja yang telah dituangkan dalam nota kesepakatan tersebut (misalnya adakah klausal mengenai instuktur, jumlah persalinan/kasus, jumlah mahasiswa, waktu shift, pembiayaan, barang habis pakai dsb)
 - c. Hambatan apa saja yang telah dihadapi dalam kesepakatan kerja sama tersebut?
3. Langkah lanjut apa saja yang perlu dilakukan dalam pengembangan lapangan praktik untuk pelaksanaan pengalaman belajar klinik dan pengalaman belajar lapangan pada program D-III Keperawatan dan Kebidanan.

Proses kerja kelompok:

Dengan memperhatikan berbagai masukan dan pengalaman pribadi dalam pelaksanaan program pendidikan D-III Keperawatan dan Kebidanan, memahami kurikulum pendidikan D-III Keperawatan dan Kebidanan, secara bertahap lakukan:

1. Bahaslah secara mendasar pokok-pokok (klausal) yang tertuang dalam nota kesepakan (MoU) yang dapat mendukung atau menghambat proses penyelenggaraan pengalaman belajar klinik dan lapangan mahasiswa program D-III Keperawatan dan Kebidanan.
2. Bahaslah langkah lanjut yang perlu dilakukan dalam mengembangkan lapangan praktik untuk pelaksanaan pengalaman belajar klinik dan pengalaman belajar lapangan pada program D-III Keperawatan dan Kebidanan.

Pokok Bahasan 3: Kapasitas Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai tempat kerja lulusan baru D-III Keperawatan dan kebidanan

Peserta : Direktur Rumah Sakit (cq Kepala bagian Keperawatan dan Kepala Puskesmas

Hasil yang diharapkan:

Kesepakatan bersama tentang kapasitas rumah sakit dan puskesmas dalam penerimaan, penempatan dan pembinaan kompetensi dan karir lulusan program D-III Keperawatan dan Kebidanan yang bekerja sebagai perawat/bidan pemula; a.l

1. Apakah ada perencanaan ketenagaan untuk menggantikan yang sakit, pensiun, keluar, sakit, dsb?
2. Bagaimana proses penerimaan (termasuk tes kompetensi) dan penempatan lulusan D-III Keperawatan/kebidanan dan syarat seseorang dinyatakan layak diterima bekerja?
3. Bagaimana sistem pelaporan kejadian yang dialami/dilakukan oleh para karyawan lulusan baru tersebut? Apakah ada laporan tertulis dan apa saja tindak lanjutnya yang diberikan?
4. Bagaimana proses memperkenalkan lulusan baru kepada tugas dan tanggung jawabnya? (misalnya job descripsi, sosialisasi)
5. Apakah tersedia mentor / *clinical instructor* / senior pendamping/ supervisor bagi para lulusan baru? Untuk berapa lama pendampingan tersebut diberikan? Adakah ketentuan kapan seorang lulusan baru dinyatakan tidak membutuhkan mentorship?
6. Dibagian atau unit kerja mana para lulusan baru ditempatkan dan apa saja tugas yang diberikan kepada lulusan baru tersebut pada 6 bulan pertama mereka bekerja? Apa saja alasannya?
7. Apakah ada tangga karir bagi petugas keperawatan/kebidanan yang dianut? Pada level mana para lulusan baru ini di tempatkan?
8. Keluhan apa yang sering anda terima dari perawat/bidan lain, perawat /bidan senior tentang kompetensi dan penampilan kerja karyawan lulusan baru? Apa yang mereka mampu dan apa yang tidak mampu mereka lakukan?
9. Apakah dengan kompetensinya, para lulusan baru keperawatan dan kebidanan mampu menangani masalah kesehatan yang sedang terjadi di wilayah kerja? Dalam hal apa mereka mampu dan tidak mampu?
10. Apakah perlu upaya meningkatkan penampilan kerja dan kompetensi para lulusan baru tersebut? Berilah alasan kenapa perlu?
11. Bagaimana sistem balas jasa dan kesejahteraan bagi karyawan para lulusan baru ini didasarkan kepada statu kepegawaiannya (honorer, kontrak, PNS,PHL)?

Proses kerja kelompok:

Dengan memperhatikan berbagai masukan dan pengalaman pribadi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, memahami kompetensi lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan, secara bertahap lakukan:

1. Bahaslah secara mendasar
 - A. Perencanaan ketenagaan untuk menggantikan yang sakit, pensiun, keluar, sakit, dsb
 - B. Proses penerimaan termasuk tes kompetensi, penempatan, dan sosialisasi kepada lulusan baru
 - C. Ketersediaan sistem laporan kejadian tertulis dan tindak lanjut yang diberikan
 - D. Proses pembimbingan dan mentorship
 - E. Penugasan dan monitoring kinerja lulusan baru pada 6 bulan pertama bekerja
 - F. Sistem jenjang karir lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan
 - G. Penampilan kerja lulusan baru, kompetensi dan keluhan dari rekan kerja
 - H. Upaya meningkatkan penampilan kerja lulusan baru
 - I. Sistem balas jasa dan kesejahteraan lulusan baru sesuai status kepegawaian mereka.
2. Bahaslah langkah lanjut yang perlu dilakukan dalam mengembangkan penerimaan, penempatan dan pembinaan kompetensi dan karir lulusan program D-III Keperawatan dan Kebidanan sehingga mampu memberikan pelayanan kesehatan yang aman.

Pokok Bahasan 4 : Kapasitas Poltekes sebagai tempat mempersiapkan lulusan D-III Keperawatan dan kebidanan yang berkompeten

Peserta : Ketua Jurusan Program D-III Keperawatan dan Kebidanan

Hasil yang diharapkan:

Kesepakatan bersama tentang kapasitas Poltekes sebagai tempat mempersiapkan lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan yang kompeten :

1. Praktik dan pembimbingan
 - a. Apa saja yang anda inginkan mahasiswa peroleh selama praktik di rumah sakit dan di puskesmas?
 - b. Apakah kerja sama tertuang dalam nota kesepakatan? Berlaku untuk berapa lama?
 - c. Aspek apa saja yang telah dituangkan dalam nota kesepakatan tersebut (misalnya adakah klausal mengenai instuktur, jumlah persalinan/kasus, jumlah mahasiswa, waktu dinas, pembiayaan, barang habis pakai dsb)
 - d. Hambatan apa saja yang telah dihadapi dalam kesepakatan kerja sama tersebut?
2. Adakah standard dalam merencanakan sumber daya dan fasilitas pengajaran? Bagaimana realisasinya?
3. Apakah Sistem pembelajaran sudah cukup menyiapkan lulusan bekerja? Kenapa? Bagaimana realisasinya?
4. Bagaimana anda mengupayakan agar kompetensi para lulusan baru keperawatan dan kebidanan mampu membantu dalam menangani masalah kesehatan yang sedang terjadi di wilayah kerja?
5. Bagaimana sistem perekrutan dan penempatan karyawan edukatif (dosen)? Bagaimana realisasinya?
6. Bagaimana Poltekes anda melakukan monitoring terhadap kinerja lulusan anda?
7. Bagaimana peran Poltekes dalam penempatan lulusan?
8. Bagaimana sistem penerimaan calon mahasiswa di Poltekes anda? Bagaimana realisasinya?
9. Langkah lanjut apa saja yang perlu dilakukan Poltekes untuk mempersiapkan lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan yang kompeten ?

Proses kerja kelompok:

Dengan memperhatikan berbagai masukan dan pengalaman pribadi dalam penyelenggaraan

pendidikan Poltekes, memahami kurikulum dan kompetensi lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan, secara bertahap lakukan:

1. Bahaslah secara mendasar mengenai praktik dan pembimbingan lapangan serta pokok-pokok (klausal) yang tertuang dalam nota kesepakan (MoU) yang dapat mendukung atau menghambat proses penyelenggaraan pengalaman belajar klinik dan pengalaman belajar lapangan mahasiswa program D-III Keperawatan dan Kebidanan.
2. Bahaslah secara mendasar standar perencanaan dan realisasi sumber daya dan fasilitas pengajaran.
3. Bahaslah secara mendasar sistem pembelajaran (kurikulum, metoda pembelajaran), yang mampu menyiapkan lulusan yang berkompeten.
4. Bahaslah secara mendalam sistem perekrutan dan penempatan karyawan edukatif (dosen) serta realisasinya.
5. Bahaslah secara mendalam sistem dan proses monitoring kinerja lulusan yang dilakukan oleh Poltekes?
6. Bahaslah secara mendalam sistem dan realisasi penerimaan calon mahasiswa di Poltekes
7. Bahaslah secara mendalam peran Poltekes dalam penempatan lulusan?
8. Bahaslah secara mendalam langkah lanjut apa saja yang perlu dilakukan Poltekes untuk mempersiapkan lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan yang kompeten

Pokok Bahasan 5: Kapasitas pengurus cabang PPNI dan IBI dalam mempersiapkan standar praktik untuk meningkatkan kompetensi lulusan

Peserta : Ketua pengurus cabang PPNI dan IBI

Hasil yang diharapkan:

Kesepakatan bersama tentang peran Pengurus Cabang PPNI dan IBI dalam mempersiapkan standar praktik.

1. Bagaimana peran PPNI dan IBI di tingkat cabang berkenaan dengan Standar Praktik Keperawatan dan Kebidanan (persiapan s.d sosialisai)?
2. Apa saja yang PPNI atau IBI tingkat cabang ketahui tentang kompetensi lulusan? Dari mana memperoleh data tersebut? Apa saja yang telah dilakukan untuk meningkatkan kompetensi lulusan D-III Keperawatan atau Kebidanan?
3. Langkah lanjut apa saja yang perlu dilakukan dalam upaya meningkatkan kompetensi lulusan dan penyelenggaraan asuhan yang aman bagi masyarakat?

Proses kerja kelompok:

Dengan memperhatikan berbagai masukan dan pengalaman pribadi dalam kegiatan mempersiapkan standar praktik untuk meningkatkan kompetensi lulusan.

1. Bahaslah secara mendasar peran PPNI dan IBI di tingkat cabang berkenaan dengan standar praktik masing-masing.
2. Bahaslah secara mendasar tentang pengetahuan PPNI atau IBI tingkat cabang akan kompetensi lulusan D-III Keperawatan atau Kebidanan.
3. Bahaslah secara mendasar tindak lanjut yang akan dilakukan oleh PPNI atau IBI tingkat cabang dalam upaya peningkatan kompetensi masing-masing lulusan agar dapat berkontribusi kepada pemberian asuhan yang aman bagi masyarakat.

Kerangka Acuan Lokakarya

Kajian untuk Menemukan Cara-cara Memperkuat Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Diberikan oleh Tenaga Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi NTB dan NTT

A. Latar Belakang

Lembaga pendidikan Poltekes merupakan tempat penyelenggaraan proses belajar bagi calon tenaga keperawatan dan kebidanan. Oleh karena itu harus secara otomatis mampu menumbuhkembangkan lingkungan pembelajaran yang kondusif yang memungkinkan peserta didik mencapai kompetensi akhir yang dibutuhkan ketika memasuki area kerja sebagai profesi pemula (*novice*).

Dalam mempersiapkan calon-calon professional pemula ini, Poltekes membutuhkan kerjasama dengan tatanan pelayanan yang ada (rumah sakit, puskesmas dsb) sebagai tempat pembinaan kemampuan professional melalui pengalaman belajar klinik (KBK) dan pengalaman belajar lapangan (KBL). Namun demikian, tidak serta merta semua tatanan pelayanan layak menjadi lahan praktik bagi pendidikan keperawatan dan kebidanan, karena ada berbagai kriteria yang harus dipenuhi agar dapat menunjang proses belajar dari para mahasiswa. Kriteria tersebut antara lain, adanya praktik keperawatan/kebidanan professional, adanya komunitas professional, dan ilmuwan keperawatan/kebidanan, dan adanya lingkungan/suasana yang mendukung terselenggaranya pelayanan / asuhan secara professional.

Hal yang tidak kalah penting dalam menyiapkan perawat dan bidan yang kompeten adalah ketersediaan role model yakni dalam kaitannya dengan proses praktik klinik sebagai mahasiswa maupun dalam area kerja sebagai karyawan baru. Oleh karena itu, di kedua seting – Poltekes dan lembaga pelayanan kesehatan - penting untuk memenuhi kriteria lain, yakni adanya kemampuan memfasilitasi penumbuhan sikap dan kemampuan professional dan adanya kemampuan mentransfer kompetensi professional. Untuk mencapai ini, dibutuhkan komunikasi dan kolaborasi antara Poltekes dan lembaga pelayanan kesehatan dalam menyiapkan lahan praktik. Peranan Pemda dalam menyiapkan sumber daya untuk menunjang penyelenggaraan pendidikan menjadi sangat vital terutama di era otonomi ini.

Demikian juga, peranan asosiasi professional dalam menyiapkan standar praktik dan standar kompetensi sehingga dapat menjadi pegangan dan pedoman bagi lembaga pendidikan, lembaga pelayanan kesehatan, dan bagi anggota profesi sendiri.

Pemahaman berbagai pihak terkait penyelenggaraan pendidikan ini -Poltekes dan lembaga pelayanan- sangatlah diperlukan agar secara optimal terjalin komunikasi sehingga mampu memfasilitasi mahasiswa dalam mencapai tujuan belajarnya. Juga, pada akhirnya mahasiswa mampu menampilkan kompetensi sesuai standar profesional dan mampu menjawab kebutuhan lembaga pelayanan dalam memberikan asuhan aman dan beretika bagi masyarakat

B. Tujuan Lokakarya

Lokarya ini diselenggarakan dengan tujuan untuk mengidentifikasi kapasitas Poltekes (termasuk semua stakeholders yang terkait dengan Poltekes) dalam menghasilkan lulusan

tenaga keperawatan dan kebidanan yang kompeten.

C. Waktu dan Tempat Penyelenggaraan Lokakarya

Tempat	NTB	NTT
Hari/Tanggal	Rabu, 13 Agustus 2008	Rabu, 20 Agustus 2008
Pukul	07:30 – 14:30	07:30 – 14:30
Kota	Mataram	Kupang
Tempat	(menyusul)	(menyusul)

D. Peserta

- Kepala Subdin Pengembangan Nakes Propinsi NTT dan Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan Propinsi NTB
- Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dan staf Bidang Keperawatan/Kebidanan di Propinsi dan Kabupaten/Kota
- Kepala Puskesmas tempat praktik lapangan dan tempat responden individu bekerja.
- Pimpinan Poltekes (Wakil Pimpinan Poltekes bidang Akademik dan Ketua Jurusan yang mengepalai Program Keperawatan dan Kebidanan) dari Poltekes Mataram dan Kupang
- Ketua PPNI dan IBI Propinsi dan Kabupaten/Kota Mataram dan Kupang

E. Daftar Acara *

Tanggal	Waktu	Topik	Moderator / fasilitator	PJ
13 Agustus di NTB	07.45—08.30	Pendaftaran	GTZ staf	GTZ staf
	08:300 - 09.15	Pembukaan : sambutan	MC : GTZ staf	Tim
		Penjelasan maksud dan tujuan	Ibu Laurensia/Ibu Marheni	
20 Agustus di NTT		Penjelasan cara kerja dan hasil yang diharapkan	Ibu Indiyah / Kusmiyanti	
	09:15 – 09:30	Rehat kopi		GTZ staf
	09.30—11.00	Diskusi kelompok	Ibu Indiyah / Kusmiyanti	Tim
	1:00 – 12:30	PLENO hasil workshop	Ibu Laurensia / Marheni	Tim
	12.30—13.30	ISOMA dan makan siang		GTZ staf

* Agenda lokakarya lengkap dengan kebutuhannya terlampir

F. Lampiran Kerangka Acuan Lokakarya

- a. Agenda lengkap lokakarya
- b. Panduan Kerja Kelompok (*lamp 04-A/inst TNA-NTT-NTB/2008*)

Pokok Bahasan 1	Kapasitas Dinas Kesehatan sebagai badan yang berperan mempersiapkan kompetensi lulusan dan mengatur penempatan-penerimaan dan pembinaan karyawan lulusan baru dari program D-III Keperawatan dan Kebidanan
Pokok Bahasan 2	Kapasitas Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai tempat praktik mahasiswa D-III Keperawatan dan Kebidanan
Pokok Bahasan 3	Kapasitas Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai tempat kerja lulusan baru D-III Keperawatan dan Kebidanan
Pokok Bahasan 4	Kapasitas Poltekes sebagai tempat mempersiapkan lulusan D-III Keperawatan dan Kebidanan yang berkompeten
Pokok Bahasan 5	Kapasitas pengurus cabang PPNI dan IBI dalam mempersiapkan standar praktik untuk meningkatkan kompetensi lulusan

Kerangka Acuan Lokakarya

Kajian untuk Menemukan Cara-cara Memperkuat Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Diberikan oleh Tenaga Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi NTB dan NTT

A. Tujuan Lokakarya

Lokakarya ini diselenggarakan dengan tujuan untuk mengidentifikasi kapasitas Poltekes (termasuk semua stakeholders yang terkait dengan Poltekes) dalam menghasilkan lulusan tenaga keperawatan dan kebidanan yang kompeten.

B. Peserta

No	Jabatan	
1	Kepala Subdin Pengembangan Nakes Propinsi NTT	
2	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang	
3	Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang	
4	Direktur Rumah Sakit WZ Yohanes	
5	Kepala Bidang Keperawatan/Kebidanan RS WZ Yohanes	
6	Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Naebonat	
7	Kepala Bidang Keperawatan/Kebidanan RSUD Naebonat	
8	Direktur Poltekes Kupang	
9	Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekes Kupang	
10	Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kupang	
11	Ketua Jurusan Kebidanan Poltekes Kupang	
12	Kepala Puskesmas Kecamatan Bakunase	
13	Kepala Puskesmas Kecamatan Sikumana	
14	Kepala Puskesmas Kecamatan Kota	
15	Kepala Puskesmas Kecamatan Pasir Panjang	
16	Kepala Puskesmas Kecamatan _____	Kabupaten
17	Kepala Puskesmas Kecamatan _____	Kabupaten
18	Ketua PPNI Propinsi	
19	Ketua PPNI Kabupaten Kupang	
20	Ketua PPNI Kota kupang	
21	Ketua IBI Propinsi	
22	Ketua IBI Kabupaten Kupang	
23	Ketua IBI Kota Kupang	

C. Waktu dan Tempat

Waktu : Selasa, 19 Agustus 2008
Pukul : 09:00 – 15:00
Tempat : -----?

D. Daftar Acara

Waktu	Topik	Moderator / fasilitator	PJ
08.30—09.00	Pendaftaran ulang peserta dan penyerahan lembar informasi - pre	GTZ staf	GTZ staf
09:00 - 09.30	Pembukaan : Sambutan dan arahan: - Ka Dinas Kesehatan Propinsi NTT (Dr. Stefanus Bria Seran, MPH)	MC : GTZ staf	Tim
	Penjelasan maksud dan tujuan	B. Marheni Luan, SKM, MA-Nursing	
	Penjelasan cara kerja dan hasil yang diharapkan	M. Kusmiyanti, Mkes	
09:30 – 10:00	Rehat kopi		GTZ staf
10:00—11.30	Diskusi kelompok	M. Kusmiyanti, Mkes	Tim
11:30 – 13:00	PLENO hasil workshop	B. Marheni Luan, SKM, MA-Nursing	Tim
13.00—	ISOMA dan makan siang		GTZ staf

E. Cara Kerja

1. Peserta dibagi menjadi enam (6) kelompok, yakni

Nama Kelompok	Peserta Kelompok	Panduan Kerja kelompok
Kelompok A	Kasubdin Pengembangan Nakes NTT, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang	Pokok bahasan 1
Kelompok B	Direktur dan Kepala Bidang Keperawatan / Kebidanan RS WZ`Yohanes, Direktur dan Kepala Bidang Keperawatan/Kebidanan RSUD Naebonat,	Pokok bahasan 2 dan 3 (semua pertanyaan yang menyangkut RS)
Kelompok C	Kepala Puskesmas - Bakunase, Pasir Panjang, Sikumana, Kota - _____ - ----	Pokok bahasan 2 dan 3 (semua pertanyaan yang menyangkut Puskesmas)

Kelompok D	Pimpinan Poltekes dan Ketua Jurusan Keperawatan dan Kebidanan0	Pokok bahasan 4
Kelompok E	Ketua PPNI Propinsi dan Kabupaten/ Kota	Pokok bahasan 5
Kelompok F	Ketua IBI Propinsi dan Kabupaten/Kota	Pokok bahasan 5

2. Setiap kelompok memilih ketua dan sekretaris
3. Setiap kelompok mendiskusikan materi sesuai panduan pertanyaan (*lamp 04-A/inst TNA-NTT-NTB/2008*), yang dilakukan selama 90 menit
4. Setiap kelompok mempresentasikan hasil diskusi kelompok selama 10 menit
5. Tanya jawab dan rangkuman dipandu oleh moderator/fasilitator selama 30 menit

F. Panduan Kerja Kelompok (lamp 04-A/inst TNA-NTT-NTB/2008)

Pokok Bahasan 1	Kapasitas Dinas Kesehatan sebagai badan yang berperan mempersiapkan kompetensi lulusan dan mengatur penempatan-penerimaan dan pembinaan karyawan lulusan baru dari program D-III Keperawatan dan Kebidanan
Pokok Bahasan 2	Kapasitas Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai tempat praktik mahasiswa D-III Keperawatan dan Kebidanan
Pokok Bahasan 3	Kapasitas Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai tempat kerja lulusan baru D-III Keperawatan dan kebidanan
Pokok Bahasan 4	Kapasitas Poltekes sebagai tempat mempersiapkan lulusan D-III Keperawatan dan kebidanan yang berkompeten
Pokok Bahasan 5	Kapasitas pengurus cabang PPNI dan IBI dalam mempersiapkan standar praktik untuk meningkatkan kompetensi lulusan

**Kajian untuk Menemukan Cara-cara Memperkuat
Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Diberikan
oleh Tenaga Keperawatan dan Kebidanan
di Propinsi NTB dan NTT.**

Daftar Acara Workshop
Rabu, 19 Agustus 2008
Di Aula Bapelkes Kupang, NTT

Waktu	Topik	Moderator / fasilitator	PJ
08.30—09.00	Pendaftaran ulang peserta dan penyerahan lembar informasi - pre	GTZ staf	GTZ staf
09:00 - 09.30	Pembukaan : Sambutan dan arahan: - Ka Dinas Kesehatan Propinsi NTT (Dr. Stefanus Bria Seran, MPH)	MC : GTZ staf	Tim
	Penjelasan maksud dan tujuan	B. Marheni Luan, SKM, MA-Nursing	
	Penjelasan cara kerja dan hasil yang diharapkan	M. Kusmiyanti, Mkes	
09:30 – 10:00	Rehat kopi		GTZ staf
10:00—11.30	Diskusi kelompok	M. Kusmiyanti, Mkes	Tim
11:30 – 13:00	PLENO hasil workshop	B. Marheni Luan, SKM, MA-Nursing	Tim
13.00—	ISOMA dan makan siang		GTZ staf

Jakarta, Agustus 2008
Bernadethe Marheni Luan, SKM, MA-Nursing
Ketua Tim Peneliti STIK Sint Carolus

AGENDA WORKSHOP

Kajian untuk Menemukan Cara-cara Memperkuat Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Diberikan oleh Tenaga Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi NTB dan NTT.

Tanggal	Waktu	Topik	Moderator / fasilitator	PJ	Kebutuhan Sarana /biaya
13 Agustus di NTB	07.45—08.30	Pendaftaran	GTZ staf	GTZ staf	2 laptop * Printer LCD Kabel gulung Pengeras suara Kertas Flip chart Spidol Ruang pertemuan Snack Makan siang Biaya penggantian transportasi peserta
	08:300 - 09.15	Pembukaan : sambutan	MC : GTZ staf	Tim	
Penjelasan maksud dan tujuan		Ibu Laurensia/Ibu Marheni			
Penjelasan cara kerja dan hasil yang diharapkan		Ibu Indiyah / Kusmiyanti			
20 Agustus di NTT	09:15 – 09:30	Rehat kopi		GTZ staf	
	09.30—11.00	Diskusi kelompok	Ibu Indiyah / Kusmiyanti	Tim	
	1:00 – 12:30	PLENO hasil workshop	Ibu Laurensia / Marheni	Tim	
	12.30—13.30	ISOMA dan makan siang		GTZ staf	

Catatan:

1. Semua perlengkapan disiapkan oleh Staf GTZ di Propinsi kecuali dengan tanda bintang (*)
2. Bantuan tenaga dari GTZ lokal untuk: Tenaga untuk MC, pendaftaran/sekretaris, Dokumentasi, dll

Lembar Observation Visit

LEMBAR OBSERVATIONAL (RUMAH SAKIT/PUSKESMAS)

Petunjuk: Saat anda melakukan kunjungan observasi (observational visit); lakukan pengamatan pada area berikut dan pertanyakan hal-hal seperti tertera di bawah ini:

OBSERVASI	DESKRIPSI / TEMUAN
MoU (Diklat RS – clinical instructor) <input type="checkbox"/> hanya untuk yang menjadi lahan praktik mahasiswa; tidak termasuk tempat kerja karyawan	
Bagaimana MoU antara pendidikan dan rumah sakit?	
Apa saja yang menjadi hak dan kewajiban dari masing-masing pihak?	
Apa yang menjadi kendala baik bagi pendidikan maupun rumah sakit dalam pelaksanaan MoU tersebut?	
Clinical instructor / pembimbing orientee	
Pertanyakan mengenai keberadaan CI dari pendidikan dan rumah sakit?	
Bagaimana peran mereka dalam bimbingan?	
Adakah perjanjian proporsi perbandingan dari pendidikan dan rumah sakit dalam 1 minggu?	
Apakah dilakukan pre dan post conference setiap hari / minggu?	
Apakah kendala yang sering terjadi dalam pembimbingan mahasiswa?	

Apakah mahasiswa dapat mencapai target yang ditentukan oleh pendidikan?	
Apakah ada petunjuk praktik yang jelas untuk digunakan oleh pembimbing maupun mahasiswa?	
Apakah ada format penilaian khusus yang diminta pihak pendidikan untuk mengevaluasi mahasiswa?	
Apakah pembimbing dari rumah sakit / puskesmas mendapat gambaran mengenai cara pembimbingan yang baik termasuk cara penilaian?	
Keberadaan fasilitas	
Bagaimana suplai fasilitas untuk praktik mahasiswa? Apakah disediakan rumah sakit atau oleh pendidikan?	
Perhatikan bagaimana keberadaan fasilitas di lahan praktik; apakah menurut anda memadai untuk praktik mahasiswa?	
Apakah mahasiswa dapat melakukan praktik dengan ideal (minimal dengan menganut prinsip-prinsip yang ditentukan)?	
Perhatikan mengenai hal-hal menyangkut keselamatan pasien: <ul style="list-style-type: none"> - Fountain dengan air mengalir - Lap fountain / tissue / kain lap - Sarung tangan disposable - Kapasitas tempat tidur; jarak antar tempat tidur pasien - Kebersihan KM/WC - Kecoak / tikus / kucing berkeliaran 	
Lahan praktik:	
Adakah kriteria pasien yang diijinkan untuk digunakan dalam praktik mahasiswa?	
Apakah pasien dan keluarga mengijinkan mahasiswa boleh melakukan praktik?	

LEMBAR OBSERVATIONAL (POLTEKES)

Petunjuk: Saat anda melakukan kunjungan observasi (observational visit); lakukan pengamatan pada area berikut dan pertanyakan hal-hal seperti tertera di bawah ini:

Observasi	Keberadaan		Keberfungsian	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
<input type="checkbox"/> ASRAMA				
- Daya tampung				
- Jam Belajar				
Kesempatan memanfaatkan waktu berlatih di laboratorium				
<input type="checkbox"/> RUANG KULIAH Perhatikan fasilitas yang tersedia di dalam ruang kelas:				
- meja-kursi				
- papan tulis/white-board				
- LCD-laptop/OHP				
- penerangan yang memadai				
- ventilasi yang cukup				
- ketenangan				
- sound system				
- kapasitas mahasiswa dalam 1 kelas				
<input type="checkbox"/> RUANG LABORATORIUM				
KEBIDANAN				
o Phantom persalinan				
o Phantom resusitasi infant (+ambu)				
o Phantom ginekologi				
o Phantom Periksa Cervix				
o Phantom periksa DJJ				
o Gynaecology bed				
o Perlengkapan APN				
o Alat pencegahan infeksi				
o Set partus / set jahit				
o Lab sederhana (Hb sahli,urine)				
KEPERAWATAN				
o EKG				
o Suction-Tracheostomy				
o NGT				
o Colostomy				
o RJP Dewasa-Anak				
o Manekin				

Observasi	Keberadaan		Keberfungsian	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
o Set perawatan luka/angkat jahit/jahit				
o CVP				
o Oksigen (tabung-selang-face mask)				
o Set kebutuhan dasar				
o Alat pengambilan darah & tabung (vena-glukosa)				
o Alat eliminasi (urine/feses: kateter, irrigator)				
o Alat invasif punksi vena (sputit, jarum, IV cath, tangan infus / kepala infus)				
o Alat aktifitas (rostule, kruk, walker)				
o Alat hygiene (tenun tempat tidur, memandikan)				
o Alat pencegahan infeksi				
o Ventilasi				
o Penerangan				
o Perhatikan luas ruangan				
<input type="checkbox"/> RUANG DISKUSI				
<input type="checkbox"/> Bagaimana mekanisme persiapan praktik lab?				
<input type="checkbox"/> Siapa yang mensuplai alat – alat habis pakai?				
<input type="checkbox"/> Bagaimana dysposal systemnya?				
<input type="checkbox"/> Kapasitas mahasiswa dalam ruang laboratorium				
<input type="checkbox"/> Buku petunjuk praktik laboratorium				
<input type="checkbox"/> Daftar tilik keterampilan				
<input type="checkbox"/> Adakah ruang diskusi khusus untuk mahasiswa?				
<input type="checkbox"/> RUANG PERPUSTAKAAN				
• Buku yang ada (edisi / keluaran); jurnal / artikel; CD atau media lain yang membantu pembelajaran; langganan jurnal online, OPAC (penelusuran buku- computer based catalog)				
• Situasi perpustakaan : Penerangan				
• Situasi perpustakaan : Ventilasi				
• Kapasitas mahasiswa dalam perpustakaan				
• Jumlah layanan dibandingkan dengan jumlah staf perpustakaan				
• Kehadiran mahasiswa (pengunjung perpustakaan)				
• Mekanisme peminjaman buku serta fotokopi				

Observasi	Keberadaan		Keberfungsian	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
LABORATORIUM KOMPUTER				
Jumlah komputer & keberfungsian				
Akses dan kecepatan internet; bila ada				
Layanan yang tersedia (print out, burning CD, scanning)				
Kapasitas mahasiswa berkunjung ke laboratorium per hari; apakah seimbang dengan jumlah komputer yang tersedia? Lihat daftar kunjungan mahasiswa/hari				
Mekanisme penggunaan komputer? Pembayaran?				
LABORATORIUM BAHASA				
Fasilitas lab bahasa				
Kapasitas				
Mekanisme penggunaan dan pengatuarannya				
RUANG STAF PENGAJAR				
Luas ruangan dan kapasitas staf pengajar				
Fasilitas yang tersedia bagi staf pengajar				
Penerangan				
Ventilasi				
Ketenangan				
RUANG PENJAMINAN MUTU				
Keberadaan unit penjaminan mutu dan keberfungsian (lihat pencapaian terutama berkaitan dengan proses akademik seperti realitas pencapaian rencana pengajaran, prosedur kerja dan instruksi kerja; kontrol rekapitulasi kehadiran dosen di kelas; kesesuaian pengajaran dengan perencanaan yang telah ditentukan)				
Keberadaan dalam struktur organisasi				
Kewenangan (job description)				
Output yang sudah ada				
BERTEMU DENGAN STAF PENDIDIKAN (sesuai MA Askeb; KMB atau lihat hasil wawancara dgn lulusan; MA apa yang bermasalah?)				
Bagaimana mekanisme perekrutan anda sebagai staf pengajar?				
Adakah pendidikan / pelatihan berkelanjutan yang anda terima? Atas dasar instruksi atau keinginan mandiri?				
Bagaimana mekanisme persiapan anda dalam proses belajar mengajar? Mulai dari persiapan s/d evaluasi?				

Observasi	Keberadaan		Keberfungsian	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Keterkaitan kurikulum dalam pencapaian visi misi dan tujuan (aplikasi nyata kuliah-lab-PKL-->lembar kehadiran semester terakhir)				
Kesesuaian topik, metode, dengan perencanaan pembelajaran : SAP/GBP & sistem pembelajaran (ceramah / diskusi / tugas / praktek)				
Askeb II, KMB (tergantung hasil FGD&interview untuk menentukan subyek yang penting dikaji)				
Adakah masalah keuangan dalam penyelenggaraan pendidikan? Contoh: ATK; memperbanyak handout; ketersediaan kertas				
Berapa lama mahasiswa dapat memperoleh kembali evaluasi pembelajaran / praktik yang anda berikan?				
Bila anda sedang berfungsi sebagai clinical instructor; berapa lama waktu yang anda alokasikan untuk membimbing mahasiswa?				
Dapatkah anda jelaskan mekanisme pembimbingan anda?				
Kendala apa yang anda hadapi dalam pembimbingan, pengajaran ? dalam hubungan dengan mahasiswa?				
Apakah komponen sikap juga termasuk dalam penilaian praktik klinik				
BERTEMU DENGAN PUDIR BIDANG AKADEMIK				
Bagaimana mekanisme pelaksanaan proses belajar mengajar dan praktik dilaksanakan?				
Bagaimana mekanisme perekrutan mahasiswa baru dilaksanakan? Apa kriterianya?				
Bagaimana biaya kuliah dapat ditentukan?apa standarnya?				
Adakah mahasiswa yang mendapat beasiswa dari pemda / nasional				
Apakah proses mahasiswa mengurus keadministrasian akademik berjalan lancar atau tertunda-tunda? (contoh: pengurusan KHS-KRS)				
Apakah ada pengaturan bagi staf pengajar yang mengajar di tempat lain? Apakah terkontrol? Dilakukan di luar atau di dalam kerja? Sepengetahuan pimpinan kah?				
Keterkaitan kurikulum dalam pencapaian visi misi dan tujuan (aplikasi nyata kuliah-lab-PKL-->lembar kehadiran semester terakhir)				
Bagaimana mekanisme persiapan anda dalam proses belajar mengajar? Mulai dari persiapan s/d evaluasi?				
Keterkaitan kurikulum dalam pencapaian visi misi dan tujuan (aplikasi nyata kuliah-lab-PKL-->lembar kehadiran semester terakhir)				
Kesesuaian topik, metode, dengan perencanaan pembelajaran - SAP/GBPP				

Observasi	Keberadaan		Keberfungsian	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Sistem pembelajaran (ceramah / diskusi / tugas / praktek)				
Askeb II, KMB (tergantung hasil FGD&interview untuk menentukan subyek yang penting dikaji)				
BERTEMU DENGAN MAHASISWA / LULUSAN				
yang sudah menjalani MA yang ditentukan menjadi masalah				
Tanyakan ke mahasiswa keberadaan dosen di jam seharusnya mengajar				
Bagaimana cara dan kualitas dosen mengajar dan membimbing menurut anda?				
Apakah anda merasa cukup terbekali dengan cara dosen mengajar dan membimbing, sehingga pengetahuan dan keterampilan anda meningkat sebagai modal anda bekerja?				
Apakah lahan praktik membantu anda dalam meningkatkan kompetensi anda untuk bekerja? (termasuk peran pembimbing di lapangan; fasilitas yang tersedia serta acuan praktek yang digunakan sebagai petunjuk)				
Apakah pembimbingan akademik dari dosen membantu anda menjadi lebih matang / dewasa sehingga siap dalam menghadapi klien yang beraneka ragam latar belakang?				
Apakah fasilitas perkuliahan di kelas membantu proses belajar mengajar?				
Apakah fasilitas laboratorium membantu anda dalam melakukan praktik di lahan praktik?				
berapa lama waktu yang dapat anda gunakan untuk berlatih; apakah rebutan alat?				
Adakah yang mengawasi anda saat anda berlatih sesuai dengan petunjuk prosedur keterampilan?				
Apakah masing-masing dari anda melakukan kembali prosedur yang sedang dipelajari?				
Apakah fasilitas perpustakaan (buku, jurnal, CD) ; komputer (internet) serta alat laboratorium membantu meningkatkan kompetensi pengetahuan serta keterampilan anda dalam melaksanakan praktik pelayanan keperawatan/ kebidanan?				
Adakah kekurangan di perpustakaan yang menyebabkan anda bermasalah dalam belajar? (literatur-buku & jurnal; tidak terbaru >10 tahun, jumlah buku yang dipinjam kurang tersedia)				
Apakah situasi kampus cukup kondusif untuk anda belajar (tenang; nyaman; teratur; bersih; rapi)?				
Apakah sikap dosen; petugas administrasi dan staf lain ramah dan peduli terhadap anda sebagai mahasiswa?				

Observasi	Keberadaan		Keberfungsian	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Apakah kegiatan keorganisasian dan ekstrakurikuler membantu anda dalam mengembangkan rasa percaya diri?				
Kapan anda dapat mengetahui nilai ujian anda; seberapa lama dari waktu ujian?				
Dimana anda tinggal? Rumah/ kost atau asrama? Adakah kendala dalam mencapai kampus? Bila anda tinggal di asrama, adakah waktu lebih yang anda dapat alokasikan untuk berlatih di laboratorium / belajar di perpustakaan / belajar kelompok?				

Surat dari GTZ/EPOS



Departemen Kesehatan
Republik Indonesia

Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

INDONESIAN-GERMAN TECHNICAL COOPERATION IN THE HEALTH SECTOR

gtz

10 Juli 2008

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Barat
Jl. Amir Hamzah No. 103
Mataram 83121

Perihal : **Kajian untuk Menemukan Cara-Cara Memperkuat Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Diberikan oleh Tenaga Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi NTB dan NTT oleh GTZ / AusAID / STIK Sint Carolus**

Dengan hormat,

Dengan ini kami ingin menginformasikan bahwa akan dilakukan kajian yang bertujuan untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan kebidanan di Propinsi NTB dan NTT. Kajian ini akan dilakukan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) *Sint Carolus* Jakarta, bersama Konsultan Internasional didukung oleh GTZ dan AusAID. Kajian ini akan dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan September 2008.

Hasil akhir dari kajian ini akan memberikan gambaran tentang peran Poltekkes dalam menghasilkan lulusan Keperawatan dan Kebidanan yang kompeten dan yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang aman di rumah sakit umum daerah dan puskesmas.

Kajian ini akan dilakukan di dua Poltekkes di NTB dan NTT dan beberapa puskesmas dan rumah sakit pemerintah di Kaputen yang ada program Keperawatan dan Kebidanan dibawah Poltekkes. Detail kegiatan Studi ini dapat dilihat pada Kerangka Acuan yang terlampir bersama surat ini. HRD expert kami yang bernama I Ketut Mendra akan bekerjasama dengan staf Dinas Kesehatan untuk mempersiapkan daftar nama para karyawan baru yang bekerja di lingkungan Dinas Kesehatan sebagai calon responden. Berdasarkan daftar tersebut, Tim Peneliti dari STIK *Sint Carolus* akan menghubungi mereka melalui telepon untuk berkomunikasi langsung. Untuk itu kami mohon bantuan pihak Dinas Kesehatan untuk memberitahukan para calon responden tersebut sebelum kontak dilakukan.

Tim peneliti dari STIK *Sint Carolus* akan mengunjungi Poltekkes, Rumah Sakit Umum Daerah, dan Puskesmas yang dipergunakan sebagai tempat praktek dan tempat kerja karyawan baru. Juga, akan dilaksanakan workshop selama satu hari bersama Pimpinan Poltekkes (Ketua Jurusan), Pimpinan Rumah Sakit dan Puskesmas, serta Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Untuk itu kami mohon bantuan pihak Dinas Kesehatan agar memberitahukan perihal kegiatan workshop dan kunjungan tersebut kepada pihak yang terkait.



Human Resources Development in the Health Sector Project
Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan
Jl. Hang Jebat III / Blok F5, Kelurahan Eren
Jakarta Selatan 12120 Indonesia
Phone/Fax: +62-(0)21-720 7806 Email: gtzposhed@cbn.net.id



Departemen Kesehatan
Republik Indonesia

Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

INDONESIAN-GERMAN TECHNICAL COOPERATION IN THE HEALTH SECTOR

gtz

Seluruh kegiatan pengumpulan data akan dilaksanakan antara minggu kelima pada bulan Juli hingga minggu ketiga pada bulan Agustus 2008. Mengenai detail waktunya akan diinformasikan kemudian.

Selain itu, untuk mengawali kajian ini, kami ingin meminta waktu untuk bertemu dengan Ibu untuk memperkenalkan Tim Peneliti dari STIK *Sint Carolus* sekaligus untuk mendapatkan masukan atau pandangan. Kami akan menginformasikan lebih lanjut kepada Ibu mengenai ini setelah memperoleh kepastian tanggal.

Setelah data terkumpul, Kami akan mengundang Ibu untuk berpartisipasi dalam kegiatan review data sebelum pembuatan laporan akhir.

Pada akhir kajian akan kami sampaikan laporan.

Demikian informasi kami. Atas perhatian dan dukungan yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

Joyce Smith
Team Leader Proyek HRD

Lampiran : Detil Kegiatan Studi

Tembusan kepada Yth,

1. NLTE EPOS/HRD NTT
2. NLTE EPOS/HRD NTB
3. MNH Technical Advisor/Coordinator (AIP MNH) AusAID
4. Team Leader of STIK *Sint Carolus*

Human Resources Development in the Health Sector Project
Pusat Perencanaan dan Fasilitasi Sistem Kesehatan
Jl. Hang Jebat III / Blok F3, Kelurahan Berau
Jakarta Selatan 12120 Indonesia
Phone/Fax: +62-021-720 7800 Email: gtzprohda@cbn.net.id



10 Juli 2008

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur
Jl. Palapa No. 22, Kupang 85111

Perihal : **Kajian untuk Menemukan Cara-Cara Memperkuat Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Diberikan oleh Tenaga Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi NTB dan NTT oleh GTZ / AusAID / STIK Sint Carolus**

() Dengan hormat,

Dengan ini kami ingin menginformasikan bahwa akan dilakukan kajian yang bertujuan untuk menemukan cara-cara memperkuat kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan kebidanan di Propinsi NTB dan NTT. Kajian ini akan dilakukan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) *Sint Carolus* Jakarta, bersama Konsultan Internasional didukung oleh GTZ dan AusAID. Kajian ini akan dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan September 2008.

Hasil akhir dari kajian ini akan memberikan gambaran tentang peran Poltekes dalam menghasilkan lulusan Keperawatan dan Kebidanan yang kompeten dan yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang aman di rumah sakit umum daerah dan puskesmas.

Kajian ini akan dilakukan di dua Poltekes di NTB dan NTT dan beberapa puskesmas dan rumah sakit pemerintah di Kaputen yang ada program Keperawatan dan Kebidanan dibawah Poltekes. Detail kegiatan Studi ini dapat dilihat pada Kerangka Acuan yang terlampir bersama surat ini. HRD expert kami yang bernama Pardjono Kromoredjo akan bekerjasama dengan staf Dinas Kesehatan untuk mempersiapkan daftar nama para karyawan baru yang bekerja di lingkungan Dinas Kesehatan sebagai calon responden. Berdasarkan daftar tersebut, Tim Peneliti dari STIK *Sint Carolus* akan menghubungi mereka melalui telepon untuk berkomunikasi langsung. Untuk itu kami mohon bantuan pihak Dinas Kesehatan untuk memberitahukan para calon responden tersebut sebelum kontak dilakukan.

Tim peneliti dari STIK *Sint Carolus* akan mengunjungi Poltekes, Rumah Sakit Umum Daerah, dan Puskesmas yang dipergunakan sebagai tempat praktek dan tempat kerja karyawan baru. Juga, akan dilaksanakan workshop selama satu hari bersama Pimpinan Poltekes (Ketua Jurusan), Pimpinan Rumah Sakit dan Puskesmas, serta Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Untuk itu kami mohon bantuan pihak Dinas Kesehatan agar memberitahukan perihal kegiatan workshop dan kunjungan tersebut kepada pihak yang terkait.





Departemen Kesehatan
Republik Indonesia

Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

gtz

INDONESIAN-GERMAN TECHNICAL COOPERATION IN THE HEALTH SECTOR

Seluruh kegiatan pengumpulan data akan dilaksanakan antara minggu pertama hingga ketiga pada bulan Agustus 2008. Mengenai detail waktunya akan diinformasikan kemudian.

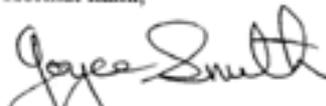
Selain itu, untuk mengawali kajian ini, kami ingin meminta waktu untuk bertemu dengan Bapak untuk memperkenalkan Tim Peneliti dari STIK *Sint Carolus* sekaligus untuk mendapatkan masukan atau pandangan. Kami akan menginformasikan lebih lanjut kepada Bapak mengenai ini setelah memperoleh kepastian tanggal.

Setelah data terkumpul, Kami akan mengundang Bapak untuk berpartisipasi dalam kegiatan review data sebelum pembuatan laporan akhir.

Pada akhir kajian akan kami sampaikan laporan.

Demikian informasi kami. Atas perhatian dan dukungan yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

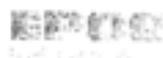


Joyce Smith
Team Leader Proyek HRD

Lampiran : Detil Kegiatan Studi

Tembusan kepada Yth,

1. NLTE EPOS/HRD NTT
2. NLTE EPOS/HRD NTB
3. MNH Technical Advisor/Coordinator (AIP MNH) AusAID
4. Team Leader of STIK *Sint Carolus*



Human Resources Development in the Health Sector Project
Pusat Perencanaan dan Peningkatan SDM Kesehatan
Jl. Hang Jebat III / Blok F3, Kebayoran Baru
Jakarta Selatan 12120 Indonesia

Presentasi Temuan dan Rekomendasi di NTT, NTB dan BPPSDK

Temuan dan Rekomendasi

Kajian untuk Menemukan Strategi Memperkuat Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Diberikan oleh Tenaga Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi NTB dan NTT.

Dipresentasikan di
Kupang, 25 September 2008
Mataram, 7 Oktober 2008
BPPSDMK, 8 Oktober 2008

GTZ/EPOS-AusAID/AIPMNH-STIK Sint Carolus

June - Oct 2008 GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

Kajian

- ❖ Tujuan
- ❖ Metodologi
- ❖ Temuan
- ❖ Rekomendasi



June - Oct 2008 GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

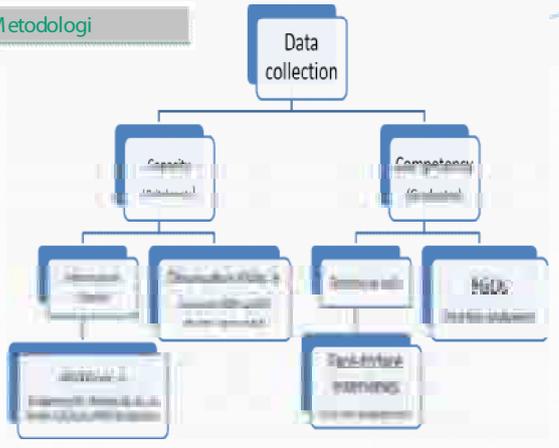
Tujuan



1. Identifikasi kapasitas
2. Identifikasi Kompetensi

June - Oct 2008 GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

Metodologi



June - Oct 2008 GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

Kapasitas		Kompetensi		
Masukan	Proses	Luaran	Hasil	Dampak
<ul style="list-style-type: none"> • Kualifikasi calon mahasiswa • Kualifikasi pendidik <ul style="list-style-type: none"> • Kualifikasi pembimbing lapangan • Kurikulum pembelajaran, pengajaran, dan praktik klinik • Standar kompetensi profesional <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas pembelajaran • Regulasi dan kebijakan 	<ul style="list-style-type: none"> • Seting Pendidikan (Poltekkes) dan Klinikal area <ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan pengajaran dan pembelajaran • Pendekatan dalam praktik klinik • Pendekatan dalam mentorship • MoU 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetensi Lulusan <ul style="list-style-type: none"> • Keterampilan • Pengetahuan <ul style="list-style-type: none"> • Sikap • Nilai 	<ul style="list-style-type: none"> • Karyawan baru <ul style="list-style-type: none"> • peran • Tanggung jawab 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Kesehatan Berkualitas Dan Aman

Kerangka konsep - Temuan

June - Oct 2008 GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

Rekomendasi

- Kapasitas
- Kompetensi



June - Oct 2008 GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

Kapasitas

1. Keahlian di bidang praktik & Pendidikan – Asisten dosen di laboratorium-Twinning dalam dan luar negeri untuk pengembangan profesionalism
2. Proses seleksi dan ujian masuk - bina lingkungan
3. Kurikulum - sesuai kebutuhan lokal
4. Nota Kesepakatan (MoU) – lahan praktik klinik
5. Fasilitas perpustakaan & laboratorium
6. Penantaran Kelas & Lab – keberadaan sekolah swasta
7. Akreditasi – level akreditasi & kenyataan
8. Lingkungan fisik – kebersihan & keberfungsian
9. Kepemimpinan – Tanggung jawab sekitar desentralisasi untuk kualitas pendidikan

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK Sint Carolus

1

1. Keahlian di bidang praktik & Pendidikan Asisten dosen di laboratorium



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK Sint Carolus

8

Rekomendasi # 1

- Dukungan BPPSDMK dalam review kebijakan pengkatan dosen keperawatan dan kebidanan dengan kualifikasi
 1. Berpendidikan master sesuai mata ajar yang diampu (UU no 14 2005)
 2. Minimal 2 tahun pengalaman praktik (WHO,2001)
 3. Dievaluasi kompetensi klinis setiap 5 tahun (PPNI & IBI)
 4. Twinning untuk pertumbuhan ketrampilan dengan dalam negeri dan luar negeri

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK Sint Carolus

9

2. Proses seleksi masuk



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK Sint Carolus

10

Rekomendasi # 2

- Penambahan pembiayaan pembelajaran bagi yang lulus marginal
- Dialokasikan bagi staf pengajar untuk setiap pe+tutorial
- Status → Badan layanan umum



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK Sint Carolus

11

3. Kurikulum - sesuai kebutuhan lokal

PP 19 th 2005



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK Sint Carolus

12

Rekomendasi # 3

- Membentuk taskforce (satgas) bidang kesehatan
- Untuk suatu kepastian akan kompetensi lulusan
- Komponen taskforce (satgas): pusdiknakes, Subdit perencanaan Dinkes Propinsi, Subbid Surveillance Dinkes Prop-K ab/kota, Kabid Keperawatan/kebidanan RSUD, Ka Puskesmas
- Pembatasan masa kerja taskfore (satgas)

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK, Sint Carolus

13

4. Nota Kesepakatan (MoU) – lahan praktik klinik



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK, Sint Carolus

14

Rekomendasi # 4

- Peninjauan ulang MoU (/tahun)
- Hal yang tertuang pada MoU harus berisi
 - ✓ Jumlah mahasiswa pada unit/tempat praktik (termasuk mahasiswa dari swasta)
 - ✓ Standar supervisi klinis – kriteria pembimbing klinis
 - ✓ Unit tempat mahasiswa ditempatkan
 - ✓ Peran dosen klinis dari Jurusan – standar persiapan mahasiswa untuk penempatan

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK, Sint Carolus

15

5. Fasilitas perpustakaan & Laboratorium



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK, Sint Carolus

16

Rekomendasi # 5

- Dukungan teknis dan finansial untuk
 - Perpustakaan (perpustakaan elektornis, buku teks cetak, jurnal on-line)
 - Sumber daya pembelajaran (laboratorium keperawatan dan kebidanan)
 - Aksesibilitas kepada internet

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK, Sint Carolus

17

Lanjt 5 fasilitas perpustakaan & laboratorium

- Program pelatihan komputer – dosen dan mahasiswa
- Laboratorium komputer di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan
- Meningkatkan dukungan laboratorium bahasa inggris
- Ketersediaan anggaran untuk pembaharuan berkala di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AssAID-STIK, Sint Carolus

18

6. Penelantaran Kelas & Lab – keberadaan sekolah swasta



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

19

Rekomendasi #6

- Peraturan (PP No 30 tahun 1980) diaplikasi secara ketat kepada dosen Jurusan Keperawatan dan Kebidanan
- Analisa mendetail oleh Dinas Kes dan Dinas Pend Propinsi – identifikasi jumlah dosen institusi negeri dan swasta untuk kepastian keterjangkauan rasio dosen penuh waktu dengan mahasiswa

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

20

7. Akreditasi – level akreditasi & kenyataan

- Badan independen untuk proses akreditasi berdasarkan standar.

Komponen : Pusdiknakes, Organisasi Profesi, Dinas Pendidikan Propinsi, Dinas Kesehatan Propinsi, perwakilan masyarakat, perwakilan pengguna, Pemda Propinsi.

Badan ini juga berfungsi – meninjau kualitas Jurusan Keperawatan dan Kebidanan

- Dukungan pelatihan bagi anggota badan independen trsb

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

21

kebersihan & keberfungsian



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

22

Rekomendasi #8

- Membentuk komite multisektor – perwakilan pemda dan agensi penyandang dana – untuk investigasi dan solusi → nosokomial
- Sementara waktu – Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes mengupayakan pengadaan air di semua laboratorium

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

23

9. Kepemimpinan

Tanggung jawab sekaitan desentralisasi untuk kualitas pendidikan



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

24

Rekomendasi # 9

- Semua departemen dan agensi kemitraan terkait dianjurkan memperkuat kerjasama dengan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan – memastikan pendekatan yang lebih terkoordinasi
- PUSRENGUN mendukung koordinasi – komite perencanaan nasional yang terdiri dari semua stakeholders.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

25



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

26

KOMPETENSI

- I. Pre-service/Pendidikan Formal
- II. Lulusan baru

GTZ/EPOS-AusAID/AIPMNH-STIK Sint Carolus

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

I. Pre-service/Pendidikan Formal



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

2

1: dua masalah utama:

- Kurang pengalaman klinis &
- tidak memadainya orientasi klinis, akibat kurang supervisi

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

3

Rekomendasi # 1 :

- Pelatihan Ka unit.
- Dosen punya sertifikat proficiency bidang yg di ampu & ada evaluasi periodik.
- C I perlu sertifikat **mengajar & melatih**
- Perpanjang waktu mhswa di lahan praktek, pamantauan dari CI dan CT.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

4

(lanjt rekomendasi #1)

- Menambah wkt praktek di PKM : 1 mgg tidak memadai.
- Suatu analisa dr DinKes ttg PKM untuk mengidentifikasi lahan praktek yg cocok &
- mendukung pelatihan C I di PKM

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

5

(lanjt rekomendasi #1)

- Mengurangi jumlah mhsw di tempat praktek klinis.
- Poltek mengatur kalender akademiknya

(“pernah sekaligus ada 18 mhsw di tempat ini”)

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

6

2: Perlengkapan Praktik di Jurusan

- Kesesuaian
- keberfungsian

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

7

Rekomendasi # 2 :

- oPeralatan dasar yg memadai seperti di lahan praktek : (EKG, Nebulizer, CTG)
- oSemua dlm kondisi baik, terpelihara & diganti bila perlu.

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

8

3 Pengetahuan Supervisial tentang kebutuhan kesehatan setempat

- o merujuk pada rekomendasi pada kapasitas no 3.

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

9

Rekomendasi # 3:

- o Dosen harus mengikuti pelatihan dari aspek baru dari penyakit – penyakit yang di berikan oleh program – program P2M, KIA, dll yg di berikan kepada tenaga kesehatan.

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

10

(lanjt rekomendasi #3)

- o kerja sama dosen dng program di Dinkes untuk akses data terkini & cara pencegahan baru, pengobatan dan asuhan relevan dengan Provinsi, Kabupaten masing-masing.

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

11

4: Akses terbatas di internet.

Terbatas informasi **ilmiah** terkini.
Merujuk rekomendasi di kapasitas no 5.



June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

12

5: Pengalaman klinis di daerah pedesaan terbatas.



June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

13

Rekomendasi # 5:

- Mahasiswa praktek ke PKM di pedesaan & sertakan seorang CT (honoror ?).
- Berkoordinasi dgn Din Kes setempat



June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

14

II. Kompetensi- Lulusan baru



June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

15

1. Kompetensi & rasa percaya diri lulusan baru

- tidak ada orientasi klinis.
- banyak bidan di wilayah PKM blm mendpt pelatihan, belum terpapar praktek berdasarkan bukti/ evidence based practice [DKT]

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

16

Rekomendasi # 1:

- Setiap lulusan baru di bawah bimbingan senior tertentu, ≥ 6 bulan.
- Senior yg di tugaskan juga mempunyai kesempatan u/ meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mereka.

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

17

2 Proses Seleksi, Pengangkatan dan penempatan Lulusan baru

- Status: honorer, kontrak, PTT, CPNS, PNS- Sukarela/mengabdikan.

June - Oct 2008

GTZEPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

18

Rekomendasi # 2:

- WISN: [Workload Indicators of Staffing Needs] diterapkan – di kaitkan dgn perencanaan nasional dan provinsi.
- Perawat gigi tidak boleh untuk memberi asuhan kep/Keb
- yg berstatus di bawah PNS seharusnya lebih sedikit tugas.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

19

3: Uraian tugas tertulis untuk lingkup praktek secara nasional untuk perawat dan bidan.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

20

Rekomendasi # 3:

- Dir. Keperawatan (Kep dan Keb) berkonsultasi dng BPPSDMK, Org Profesi & lahan praktek melanjutkan pengembangan uraian tugas.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

21

4: pengetahuan dan ketrampilan terbatas sesuai kebutuhan Lokal

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

22

Rekomendasi # 4 :

- Penekanan lebih pd aspek klinis dari adaptasi local dari kurikulum nasional.
- Daftar tilik praktek klinis di tinjau & ada proses peningkatan pengkajian.
- Orientasi klinis di dukung oleh seorang supervisor senior tertentu : ≥ 6 bulan.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

23

5: Pengembangan Berkelanjutan Professional (PBP) agar memberi yan-kes yg aman.

- Pelatihan inservice di berikan institusi tempat bekerja.
- Semua sangat mengharapkan pelatihan.
- Kecuali PNS/ CPNS, PTT mereka tidak di mungkinkan untuk mengikuti pelatihan.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

24

Rekomendasi # 5:

- Semua di beri kesempatan pelatihan inservice terkait praktek mereka.
- RS dan PKM memakai “laporan kejadian” dan “laporan kinerja” untuk program pelatihan inservice.
- Pelatihan APN untuk lulusan D-III Kebidanan tidak perlu, kecuali ada bukti memang di butuhkan.
- Ada dana untuk berlanjutnya kemitraan dukun dan bidan.

June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

25



June - Oct 2008

GTZ/EPOS-AusAID-STIK Sint Carolus

26

**INDIKATOR
INDONESIA SEHAT 2010
DAN
PEDOMAN PENETAPAN INDIKATOR
PROVINSI SEHAT
DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 1202/MENKES/SK/VIII/2003**

**DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
JAKARTA
2003**

Diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI
Dipublikasikan oleh Pusat data dan Informasi Depkes
Jalan HR Rasuna Said Blok X5 Kav 4-9 Jakarta 12950
Telp no: +62 21 5201590, 5229590 Fax no: +62 21 5203874
Web site: <http://www.depkes.go.id>

351.077 Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI
Ind Indonesia. Departemen Kesehatan RI
I Indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman
 penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten/
 kota sehat : Keputusan Menteri Kesehatan nomor
 1202/Menkes/SK/VIII/2003. – Jakarta : Departemen
 Kesehatan, 2003

I. Judul 1. HEALTH PROMOTION-LAWS
 AND REGULATION 2. RURAL HEALTH

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN R.I.

Visi “Indonesia Sehat 2010” telah kita canangkan sejak tahun 1999, yaitu melalui Prasasti yang ditandatangani oleh Presiden Habibie. Namun demikian, pada saat itu kita belum siap dengan indicator-indikator dan target-target yang hendak dicapai pada tahun 2010 kelak. Ternyata menetapkan indicator dan target bukanlah pekerjaan mudah. Diperlukan waktu sekitar tiga tahun oleh para pejabat departemen Kesehatan untuk sampai kepada suatu kesepakatan tentang itu.

Saat ini, telah ditetapkan 50 indikator untuk Indonesia Sehat 2010, lengkap dengan target-target yang ingin dicapai pada tahun 2010. Memang, barangkali penentuan indicator dan target itu belum mantap benar. Namun setidaknya-tidaknya pada saat ini kita telah memiliki gambaran lebih konkrit tentang sosok kesehatan masyarakat di tahun 2010 itu. Adapun penyempurnaan terhadap detail-detail indicator dan target dapat dilakukan sambil berjalan.

Kepada seluruh pejabat departemen Kesehatan yang telah berkontribusi dalam perumusan dan penetapan indicator Indonesia Sehat 2010 beserta target-targetnya, saya sampaikan penghargaan dan terima kasih saya. Demikian apula kepada pihak lain yang telah menyumbangkan pendapat dan saran-sarannya dalam rangka penyusunan dan penetapan indicator tersebut.

Mudah-mudahan jerih payah kita semua akan besar manfaatnya bagi peningkatan kesehatan masyarakat Indonesia. Amien.

Jakarta, 21 Agustus 2003

Menteri Kesehatan R.I.

ttd

Dr. Achmad Sujudi

KATA PENGANTAR

Sejak tahun 1999, yaitu sejak dicanangkannya Visi Pembangunan Kesehatan yang baru, "Indonesia Sehat 2010", Menteri Kesehatan telah menugaskan kepada seluruh pejabat departemen Kesehatan untuk memikirkan indikator-indikator bagi pencapaian Visi tersebut.

Akhirnya, pada tanggal 16 Juli 2002, diselenggarakan Pertemuan Sehari di Departemen Kesehatan, dimana pada Direktur Jenderal dan Kepala Badan menyajikan indikator-indikator dan target-target tahun 2010 sesuai bidang tugasnya. Pada saat itu terkumpul lebih kurang sebanyak 167 buah indikator.

Jumlah indikator yang terhimpun itu setelah ditimbang-timbang, khususnya dikaitkan dengan pengumpulan datanya, dirasakan terlalu banyak. Oleh karena itu, maka dirumuskanlah kriteria yang dapat digunakan untuk memangkas indikator-indikator yang ada. Kriteria itu antara lain adalah komitmen global, komitmen nasional (termasuk kesepakatan untuk kembali membenahi enam pelayanan dasar), dan focus terhadap penurunan angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Dengan menggunakan kriteria tersebut, akhirnya dapat dilakukan seleksi, sehingga ditetapkan 50 indikator sebagai indikator bagi Indonesia Sehat 2010, lengkap dengan target-targetnya.

Kelima puluh indikator itu adalah indikator minimal untuk tingkat nasional (Indonesia Sehat). Sudah barang tentu, Provinsi dan Kabupaten/Kota dipersilakan untuk mengembangkan sesuai situasi dan kondisi serta kebutuhan setempat, guna memantau pencapaian Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Dengan demikian diharapkan setiap Provinsi dan atau Kabupaten/Kota dapat membuat peraturan perundang-undangan setempat sebagai tindak lanjut dari Keputusan menteri Kesehatan ini.

Demikianlah, mudah-mudahan indikator dan target Indonesia Sehat 2010 yang sudah lama kita tunggu ini bermanfaat sebagai acuan kita dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan.

Jakarta, 21 Agustus 2003

Sekretaris Jenderal,

ttd

Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH

DAFTAR ISI

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN R.I.	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
BAB-1: PENDAHULUAN	1
BAB-2: INDONESIA SEHAT 2010	
A. Reformasi Kesehatan: Visi dan Misi Baru	4
B. Reformasi Kesehatan: Strategi Baru	5
C. Pembangunan Nasional Bidang Kesehatan	6
D. Pendekatan Lintas Sektor	10
BAB-3: PENGERTIAN INDIKATOR	
A. Definisi indikator	12
B. Persyaratan Indikator	13
C. Jenis indikator	14
D. Klasifikasi Indikator	15
BAB-4: INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010	
A. Derajat Kesehatan	18
B. Hasil Antara	19
C. Proses dan Masukan	20
BAB-5: INDIKATOR PROVINSI SEHAT DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT	22
BAB-6: FORMULA INDIKATOR DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Formula Indikator	24
B. Definisi Operasional	31
BAB-7: SUMBER DATA DAN CARA PENGUMPULAN DATA	38
BAB-8: PENUTUP	40

UCAPAN TERIMA KASIH

Sebagai Koordinator, fasilitator, dan sekaligus sekretariat penyusunan “Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan kabupaten/ Kota sehat”, Pusat data dan Informasi Departemen Kesehatan mengucapkan terima kasih atas peran serta aktif para pejabat di lingkungan:

- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
- Direktorat jenderal pelayanan Medik
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan
- Direktorat jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan
- Badan Pengembangan dan Perberdayaan SDM Kesehatan
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Inspektorat Jenderal
- Sekretariat Jenderal
- Staf Ahli Menteri Kesehatan

Dan pihak-pihak lain, baik dalam Departemen kesehatan maupun di luar Departemen Kesehatan.

Kepala Pusat data dan Informasi,

Ttd

Bambang Harsono, SKM, MSc

1. PENDAHULUAN

Selama lebih dari tiga dasawarsa, Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan serangkaian reformasi di bidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efisien, efektif serta terjangkau oleh berbagai masyarakat. Berbagai model pembiayaan kesehatan, sejumlah program intervensi teknis bidang kesehatan, serta perbaikan organisasi dan manajemen telah diperkenalkan.

Namun demikian, walau sudah dicapai banyak kemajuan, tetapi bila dibanding dengan beberapa tetangga, keadaan kesehatan masyarakat Indonesia masih tertinggal. Angka kematian bayi misalnya, Indonesia berada di urutan atas di antara negara-negara anggota *South East Asia Medical Information Center (SEAMIC)*. Sebagian besar masyarakat Indonesia, baik yang di perdesaan maupun perkotaan, masih sulit mendapatkan pelayanan kesehatan walau dalam skala minimal. Banyak hal yang menjadi penyebabnya, yaitu selain faktor teknis, juga faktor-faktor geografi, ekonomi, dan sosial.

Untuk mengatasi masalah-masalah yang ada, desentralisasi bidang kesehatan sebagai salah satu strategi yang dianggap tepat saat ini, telah ditetapkan untuk dilaksanakan. Beberapa peraturan perundang-undangan bidang kesehatan sebagai tindak lanjut Undang-Undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah yang merupakan inti kebijakan desentralisasi, telah dan sedang dipersiapkan. Misalnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.

Dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 ditetapkan Visi dan Misi serta strategi baru pembangunan Kesehatan. Visi baru, yaitu Indonesia Sehat 2010, akan dicapai melalui berbagai praogram pembangunan kesehatan yang telah tercantum dalam Undang-Undang Nomor 25 tahun 2000 tentang Program pembangunan Nasional (Propenas).

Guna mempertegas rumusan Visi Indonesia Sehat 2010 itu, telah ditetapkan pula indikator-indikatornya secara lebih terinci. Disamping itu, telah ditetapkan pula target yang ingin dicapai di tahun 2010, untuk setiap indikator tersebut. Indikator-indikator yang telah ditetapkan itu digolongkan ke dalam: (1) Indikator Derajat Kesehatan sebagai hasil Akhir, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Mortalitas, Morbiditas, dan Status Gizi; (2) Indikator Hasil Antara, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Keadaan Lingkungan, Perilaku Hidup, Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan; serta (3) Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Pelayanan Kesehatan, Sumber Daya Kesehatan, Manajemen Kesehatan, dan Kontribusi Sektor Terkait.

Namun demikian, disadari bahwa dalam kerangka desentralisasi di bidang kesehatan, pencapaian Indonesia Sehat 2010 sangat ditentukan oleh pencapaian Provinsi Sehat, Kabupaten/Kota Sehat, dan bahkan juga narangkali, Kecamatan Sehat. Oleh karena itu, guna memantau pencapaian Indonesia Sehat 2010 dalam kerangka desentralisasi

bidang kesehatan perlu pula disusun Indikator kabupaten/Kota Sehat dan Indikator Provinsi Sehat, yang mengacu kepada indikator Indonesia Sehat 2010. Indikator-indikator yang disusun itu digolongkan sesuai dengan penggolongan indikator Indonesia Sehat 2010 dan dicantumkan sebagai pedoman bagi Daerah setempat dalam melaksanakan Pembangunan Kesehatan Daerah.

Indikator-indikator yang tercantum sebagai Pedoman ini merupakan acuan bagi Daerah untuk mendapatkan kesamaan tolok ukur. Daerah tentu saja dapat menambahkan hal-hal yang belum tercantum di dalamnya. Khususnya yang berkaitan dengan keadaan, kebutuhan dan aspirasi setempat, termasuk kontribusi sektor-sektor terkait. Apa lagi bila diingat bahwa pengorganisasian sektor-sektor pembangunan di daerah, khususnya Kabupaten/Kota dewasa ini masih sangat bervariasi. Dengan demikian tidak tertutup kemungkinan sektor-sektor yang berkontribusi dalam pencapaian Kabupaten/Kota Sehat dan Provinsi Sehat dapat diciutkan atau dikembangkan sesuai tatanan organisasi setempat. Demikian pun peran mereka dalam mengupayakan tercapainya Visi Pembangunan Kesehatan.

2 INDONESIA SEHAT 2010

Sebagaimana telah disebutkan, banyak faktor yang menyebabkan timbulnya berbagai masalah kesehatan dan kurang memuaskannya kinerja pembangunan Kesehatan. Akar masalah tampaknya terletak pada kenyataan bahwa Pembangunan Kesehatan belum berada di arus utama Pembangunan Nasional. Anggaran untuk Pembangunan Kesehatan di Indonesia masih sangat kecil, yaitu hanya sekitar dua persen dari anggaran tahunan Pembangunan Nasional. Akibatnya banyak program Pembangunan Kesehatan yang penting untuk diselenggarakan terpaksa ditunda atau dilaksanakan secara kurang memadai.

Selain dari itu, selama ini dirasakan bahwa sektor-sektor pembangunan yang belum cukup mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat. bahkan beberapa kebijakan dan kegiatannya justru berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat tersebut. Pada akhirnya hal ini tecermin antara lain dalam kualitas sumber daya manusia bangsa Indonesia. Dalam tahun 2000, diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia atau *Human Development Index (HDI)*, Indonesia berada pada peringkat 102 di antara sekitar 190 negara di dunia (di tahun 2003 bahkan merosot lagi ke peringkat 112). Ini berarti bahwa kemajuan Pembangunan Kesehatan dan pembangunan sektor lain terkait (khususnya pendidikan dan perekonomian) di Indonesia masih jauh dari memuaskan bila dibanding dengan negara-negara lain di dunia.

untuk keluar dari permasalahan yang dihadapi, telah ditetapkan Visi dan Misi baru Pembangunan Kesehatan. Visi dan Misi baru ini tidak hanya untuk kepentingan menghadapi masalah-masalah kekinian, melainkan juga guna menyongsong tantangan-tantangan di masa mendatang. Dalam waktu dekat Indonesia sudah harus terlibat dalam globalisasi. Agar dapat bersaing dengan baik dalam era globalisasi itu, Indonesia memerlukan sumber daya manusia yang berkualitas. Oleh karena itu Pembangunan Kesehatan perlu diarahkan secara lebih baik.

Dengan Visi dan Misi baru, orientasi Pembangunan Kesehatan yang semula sangat menekankan upaya kuantitatif dan rehabilitatif, secara bertahap diubah menjadi upaya kesehatan terintegrasi menuju kawasan sehat dengan peran-aktif masyarakat. Pendekatan baru ini menekankan pentingnya upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Pemahaman baru terhadap konsep atau definisi kesehatan atau meningkatnya kesadaran akan faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat menimbulkan keyakinan bahwa pelayanan kesehatan kuratif saja tidak mungkin dapat menciptakan Indonesia Sehat 2010.

A. REFORMASI KESEHATAN: VISI DAN MISI BARU

Reformasi bidang kesehatan di Indonesia sebenarnya telah mulai dilaksanakan sejak tahun 1998. Yaitu sejak dibentuknya Kabinet Reformasi. Pada saat itu ditetapkan atau didefinisikan kembali Visi, Misi, dan Strategi Pembangunan Kesehatan.

Melalui serangkaian diskusi mendalam para pimpinan Departemen Kesehatan, akhirnya dirumuskan Visi dan Misi baru. Visi baru pembangunan kesehatan tersebut direfleksikan dalam bentuk motto yang berbunyi "Indonesia Sehat 2010". Tahun 2010 dipilih dengan pertimbangan bahwa satu dasawarsa merupakan waktu yang cukup untuk mencapai suatu cita-cita, sehingga dianggap cukup menantang dan inspiratif tetapi masih realistis. Pada tahun 2010 itu bangsa Indonesia diharapkan akan mencapai tingkat kesehatan tertentu yang ditandai oleh penduduknya yang (1) hidup dalam lingkungan yang sehat, (2) mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta (3) mampu menyediakan dan memanfaatkan (menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga (4) memiliki derajat kesehatan yang tinggi.

Dalam upaya mencapai Visi baru ini, Departemen Kesehatan dan segenap jajaran kesehatan di Daerah harus dapat -- melalui kebijakan-kebijakan, perencanaan, dan kegiatan-kegiatan pembangunan lainnya -- merefleksikan nilai-nilai luhur yang terkandung dalam Visi. Penetapan Visi Indonesia Sehat 2010 akan menuntut jajaran kesehatan mengkonkritkan kerjasama lintas sektor dengan sektor-sektor terkait. Karena kesehatan merupakan tanggung jawab bersama, maka jajaran kesehatan harus melibatkan seluruh lapisan masyarakat, sektor-sektor terkait, dan sektor swasta dalam penyelenggaraan pembangunan Kesehatan. Selain itu, sektor kesehatan juga harus proaktif dan selalu berpikir ke depan.

Misi adalah pernyataan tentang tugas dan tanggung jawab yang harus diemban oleh Pembangunan Kesehatan dalam rangka mencapai Visi yang telah ditetapkan. dalam rangkaian diskusi pimpinan Departemen Kesehatan juga telah disepakati rumusan Misi baru Pembangunan Kesehatan. Misi baru tersebut adalah (1) menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan; (2) mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat; (3) memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau; serta (4) memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat termasuk lingkungannya.

Kebersamaan Pembangunan Kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, melainkan juga sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk mengoptimalkan hasil serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan tersebut, harus diupayakan diterimanya wawasan kesehatan sebagai azas pokok program pembangunan. Dengan perkataan lain, untuk dapat mewujudkan Indonesia Sehat 2010, para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan akan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat dalam semua kebijakan pembangunannya. Program pembangunan yang berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat seyogianya tidak diselenggarakan. Untuk itu, seluruh elemen jajaran kesehatan harus berperan aktif sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apa pun peran yang dimainkan pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang akan dicapai. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan Pembangunan Kesehatan.

Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau mengandung arti bahwa salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak hanya oleh pemerintah, melainkan juga dengan mengikutsertakan sebesar-besarnya peran aktif segenap anggota masyarakat dan berbagai potensi swasta.

Tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga, yaitu setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya menyembuhkan penyakit dan atau memulihkan kesehatan penderita. Untuk dapat terselenggaranya tugas ini, upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan preventif, yang didukung oleh upaya kuratif dan atau rehabilitatif. Selain itu, agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat secara paripurna, perlu pula diciptakan lingkungan yang sehat. Oleh karena itu, upaya penyehatan lingkungan juga harus diprioritaskan.

B. REFORMASI KESEHATAN: STRATEGI BARU

Mengacu pada Visi dan Misi yang telah ditetapkan, selanjutnya telah pula dirumuskan Strategi baru Pembangunan Kesehatan. Strategi baru Pembangunan Kesehatan tersebut adalah (1) pembangunan nasional berwawasan kesehatan, (2) profesionalisme, (3) jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM), dan (4) desentralisasi.

Penetapan keempat elemen sebagai apilar dari Strategi Pembangunan Kesehatan bukan berarti bahwa program-program lain tidak harus dilaksanakan. Semua program kesehatan yang telah berjalan baik harus tetap diselenggarakan, walaupun keempat pilar harus dianggap sebagai prioritas. Untuk setiap Strategi telah pula dirumuskan faktor-faktor kritis keberhasilannya (*critical succes factory*) sebagai berikut.

Strategi ke-1: Pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilan adalah (1) visi kesehatan sebagai landasan bagi pembangunan nasional, (2) paradigma sehat sebagai komitmen gerakan nasional, (3) sistem advokasi untuk upaya promotif dan preventif dalam program kesehatan yang paripurna, (4) dukungan sumber daya yang berkelanjutan, (5) sosialisasi internal maupun eksternal, dan (6) restrukturisasi dan revitalisasi infrastruktur dalam kerangka desentralisasi.

Strategi ke-2: Profesionalisme. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilannya adalah (1) konsolidasi manajemen sumber daya manusia, (2) perkuatan aspek-aspek ilmu pengetahuan dan teknologi, semangat pengabdian, dan kode etik profesi, (3) perkuatan konsep profesionalisme kesehatan dan kedokteran, dan (4) aliansi strategis antara profesi kesehatan dengan profesi-profesi lain terkait.

Strategi ke-3: Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilan adalah (1) komitmen bersama dan gerakan mendukung paradigma sehat, (2) dukungan peraturan perundang-undangan, (3) sosialisasi internal maupun eksternal, (4) intervensi pemerintah dalam tahap-tahap awal penghimpunan dana, (5) kebijakan pengembangan otonomi dalam manajemen layanan kesehatan.

Strategi ke-4: Desentralisasi. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilannya adalah (1) perimbangan dan keselarasan antar desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan, (2) kejelasan jenis dan tingkat kewenangan, (3) petunjuk-petunjuk yang jelas tentang manajemen berikut indikator kinerjanya, (4) pemberdayaan, (5) sistem dan kebijakan berkelanjutan di bidang sumber daya manusia, (6) infrastruktur lintas sektor yang kondusif, serta (7) mekanisme pembinaan dan pengawasan yang efektif.

C. PEMBANGUNAN NASIONAL BIDANG KESEHATAN

Sebagai kelanjutan dari ditetapkan Visi, Misi dan Strategi baru Pembangunan Kesehatan, telah dirumuskan Program Pembangunan Kesehatan sebagai bagian dari Program Pembangunan Nasional (Propenas). Dalam Propenas, Pembangunan Kesehatan dan Gizi masyarakat berada dalam Pembangunan Kesejahteraan rakyat dan Ketahanan Budaya bersama-sama dengan pembangunan Keluarga Berencana, Pembangunan Kesejahteraan Sosial, Pembangunan Pendidikan, pembangunan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Pembangunan Pemberdayaan Perempuan, Pembangunan Masyarakat, Pembangunan Keagamaan, Pembangunan Kebudayaan, Pembangunan Pemuda, serta Pembangunan Olah Raga.

Tujuan dari Pembangunan Kesehatan dan Gizi Masyarakat adalah terwujudnya derajat kesehatan dan gizi yang optimal. Sasaran yang akan dicapai adalah: (1) meningkatkan kemandirian masyarakat untuk memelihara dan memperbaiki keadaan kesehatannya, (2) meningkatnya kemampuan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien, (3) terciptanya lingkungan fisik dan sosial yang sehat, dan (4) menurunnya prevalensi empat masalah gizi utama, khususnya pada kelompok ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak balita.

Tujuan dan sasaran Pembangunan Kesehatan dan Gizi masyarakat tersebut di atas akan dicapai melalui Program Pembangunan Kesehatan. Dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat ditetapkan adanya tujuh program pembangunan Kesehatan. Namun dalam Propenas, Program-program Pembangunan Kesehatan tersebut dijadikan enam Program Pembangunan Kesehatan, yaitu:

1. Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat.
2. Program Upaya Kesehatan.
3. Program Perbaikan Gizi Masyarakat.
4. Program Sumber Daya Kesehatan.
5. Program Obat, makanan dan Bahan Berbahaya.
6. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan.

Program ke-1. Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat

Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat yang mendukung tumbuh kembang anak dan remaja, memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat, dan memungkinkan interaksi sosial serta melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan, sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang optimal. Adapun sasarannya adalah (a) tersusunnya kebijakan dan konsep peningkatan kualitas lingkungan di tingkat lokal, regional dan nasional dengan kesepakatan lintas sektoral tentang tanggung jawab perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan, (b) terselenggaranya upaya peningkatan lingkungan fisik, sosial dan budaya masyarakat dengan memaksimalkan potensi sumber daya secara mandiri, (c) meningkatnya kesadaran dan tanggung jawab masyarakat untuk memelihara lingkungan sehat, (d) meningkatnya cakupan keluarga yang mempunyai akses terhadap air bersih yang memenuhi kualitas bakteriologis dan sanitasi lingkungan di perkotaan dan perdesaan, (e) tercapainya pemukiman dan lingkungan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan, di perdesaan dan perkotaan termasuk penanganan daerah kumuh, (f) terpenuhinya persyaratan kesehatan di tempat umum termasuk sarana ibadah, pasar, sarana pendidikan, jasa boga, restoran/rumah makan, dan hotel/penginapan, (g) terpenuhinya lingkungan sekolah dengan ruang yang memadai dan kondusif untuk menciptakan interaksi sosial dan mendukung perilaku hidup sehat, (h) terpenuhinya persyaratan kesehatan, termasuk bebas radiasi, di tempat kerja, perkantoran, dan industri, (i) terpenuhinya persyaratan kesehatan, termasuk pengolahan

limbah, di seluruh rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, (j) terlaksananya pengolahan limbah industri dan polusi udara oleh industri maupun sarana transportasi, dan (k) menurunnya tingkat paparan pestisida dan insektisida di lingkungan kerja pertanian dan industri serta pengawasan terhadap produk-produknya untuk keamanan konsumen.

Program Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat bertujuan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam bidang kesehatan agar dapat memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatan sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri dan produktif. Adapun Sasarannya adalah: (a) meningkatnya perwujudan kepedulian perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan bermasyarakat, (b) menurunnya prevalensi perokok, penyalahgunaan narkoba, serta meningkatnya lingkungan sehat bebas rokok dan bebas narkoba di sekolah, tempat kerja, dan tempat umum, (c) menurunnya angka kematiandan kecacatan akibat kelahiran/persalinan, kecelakaan dan rupadaksa, (d) menurunnya prevalensi dan dampak gangguan jiwa, (e) meningkatnya keterlibatan dan tanggung jawab lelaki dalam kesehatan keluarga, dan (f) berkembangnya sistem jaringan dukungan masyarakat, sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan dapat meningkat.

Program ke-2. Upaya Kesehatan

Tujuan umum dari program ini adalah untuk meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Adapun tujuan khususnya adalah: (a) mencegah terjadinya dan menyebarnya penyakit menular sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat, (b) menurunkan angka kesakitan, kematian, dan kecacatan dari penyakit menular dan penyakit tidak menular termasuk kesehatan gigi, (c) meningkatkan dan memperluas jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar, (d) meningkatkan dan memantapkan mutu pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjangnya agar efisien dan efektif, (e) meningkatkan penggunaan obat rasional dan cara pengobatan tradisional yang aman dan bermanfaat baik secara tersendiri ataupun terpadu dalam jaringan pelayanan kesehatan paripurna, (f) meningkatkan status kesehatan reproduksi bagi wanita usia subur termasuk anak, remaja, ibu hamil dan ibu menyusui, (g) meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan manusia dalam menghadapi kondisi matra yang berubah secara bermakna, sehingga tetap dapat bertahan dalam kehidupan serta mampu mengatasi permasalahan secara mandiri, (h) menghindarkan manusia dan lingkungannya dari dampak bencana yang terjadi baik akibat ulah manusia maupun alam melalui upaya-upaya kewaspadaan, pencegahan dan penanggulangan bencana yang dilakukan secara terpadu, dengan peranserta masyarakat secara aktif, (i) mengembangkan pelayanan rehabilitasi bagi kelompok yang memerlukan pelayanan khusus, dan (j) meningkatkan pelayanan kesehatan bagi kelompok lanjut usia.

Program ke-3. Perbaikan Gizi Masyarakat

Tujuan umum dari program ini adalah meningkatkan intelektualitas dan produktivitas sumber daya manusia. Sedangkan tujuan khususnya adalah: (a) meningkatkan kemandirian keluarga dalam upaya perbaikan status gizi, (b) meningkatkan pelayanan gizi untuk mencapai gizi yang baik dengan menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi lebih, dan (c) meningkatkan keanekaragaman konsumsi pangan bermutu untuk memantapkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga.

Program ke-4. Sumber Daya Kesehatan.

Program ini bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan serta efektivitas dan efisiensi penggunaannya. Adapun sasarannya adalah: (a) terdapatnya kebijakan dan rencana pengembangan tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah di semua tingkat, (b) didayagunakannya tenaga kesehatan yang ada dan dikembangkannya pembinaan karier seluruh tenaga kesehatan, (c) berfungsinya pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang mengutamakan pengembangan peserta didik dalam rangka meningkatkan profesionalisme, (d) meningkatnya persentase penduduk yang menjadi sistem pembiayaan praupaya, (e) meningkatnya jumlah badan usaha yang menyelenggarakan sistem pembiayaan pra-upaya, (f) tersedianya jaringan pemberi pelayanan kesehatan paripurna yang bermutu baik pemerintah maupun swasta, sesuai dengan kebutuhan sistem pembiayaan praupaya, (g) meningkatnya jumlah unit jaringan pelayanan dokter keluarga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sistem pembiayaan praupaya yang menyelenggarakan pelayanan paripurna dan bermutu, (h) tersedianya peralatan kesehatan baik medik maupun non-medik yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, dan (i) tersedianya perbekalan kesehatan yang memadai baik jenis maupun jumlahnya, yang sesuai dengan permasalahan setempat dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Program ke-5. Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya

Program ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya penyalagunaan dan kesalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (napza), penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan, serta meningkatkan potensi daya saing industri farmasi terutama yang berbasis sumber daya alam dalam negeri. Adapun sasarannya adalah: (a) terkendalinya penyaluran obat dan napza, (b) masyarakat teramankan dari penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat dan napza, (c) dicegahnya penyalahgunaan napza, (d) dicegahnya risiko atau akibat pengelolaan yang tidak memenuhi syarat, (e) terjaminnya CPOB, pengadaan dan penyaluran produk farmasi dan alat kesehatan (farmakes) yang beredar, (f) terjaminnya mutu produk farmakes yang beredar, (g) terhindarnya masyarakat dari informasi penggunaan farmakes yang tidak objektif dan menyesatkan, (h) tercapainya tujuan medis penggunaan obat secara efisien dan aman sekaligus efisien dalam pembiayaan obat, (i) diterapkannya *good regulatory practice*, (j) terlaksanannya *good management practice* melalui peningkatan pelayanan perizinan/registrasi yang profesional dan tepat waktu, (k) terakutinya kemampuan pengujian PPOM/BPOM dalam sistem Akreditasi Internasional, dan (l) meningkatnya potensi daya saing industri farmasi nasional menghadapi globalisasi.

Program ke-6. Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Tujuan dari program ini adalah menyediakan dukungan kebijakan dan menjamin manajemen sumber daya yang efektif dan efisien bagi pembangunan kesehatan. Sedangkan sasarannya adalah: (a) terciptanya kebijakan kesehatan yang menjamin tercapainya sistem kesehatan yang efisien, efektif, berkualitas dan berkesinambungan, (b) terciptanya kebijakan kesehatan yang mendukung reformasi bidang kesehatan, (c) tersedianya sumber daya manusia di bidang kesehatan yang mampu melakukan berbagai kajian kebijakan kesehatan, (d) berjalannya sistem perencanaan kesehatan melalui pendekatan wilayah dan sektoral dalam mendukung desentralisasi, (e) terciptanya organisasi dan tatalaksana di berbagai

tingkat administrasi sesuai azas desentralisasi dan penyelenggaraan pemerintahan yang baik, (f) tertatanya administrasi keuangan dan perlengkapan yang efisien dan fleksibel di seluruh jajaran kesehatan, (g) terciptanya mekanisme pengawasan dan pengendalian di seluruh jajaran kesehatan, (h) tersusunnya berbagai perangkat hukum di bidang kesehatan secara menyeluruh, (i) terlaksananya inventarisasi, kajian dan analisis secara akademis seluruh perangkat hukum yang berkaitan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan, (j) tersedianya perangkat hukum guna dilaksanakannya proses litigasi dan mitigasi dalam penyelesaian konflik hukum bidang kesehatan, (k) tersedianya informasi kesehatan yang akurat, tepat waktu dan lengkap sebagai bahandalam proses pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program kesehatan dan pengelolaan pembangunan kesehatan serta peningkatan kewaspadaan di semua tingkat administrasi, (l) tersusunnya kebijakan dan konsep pengelolaan program untuk mendukung desentralisasi.

D. PENDEKATAN LINTAS SEKTOR

Sebagaimana telah dikemukakan, Visi Indonesia Sehat 2010 dicapai melalui kerjasama lintas sektor. Yaitu kerjasama yang terintegrasi dan terkoordinasi antara sektor kesehatan dengan sektor-sektor lain terkait, sejak dari tingkat kebijakan dan perencanaan nasional, sampai ke tingkat pembinaan, pengawasan, bimbingan, dan pelaksanaan di Daerah.

Yang dimaksud dengan sektor-sektor lain terkait tidak terbatas kepada instansi pemerintah dan wakil rakyat yang formal (DPR/DPRD), melainkan juga semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*), mencakup organisasi-organisasi profesi kesehatan, lembaga-lembaga swadaya masyarakat, dan para usahawan swasta.

Kerjasama lintas sektor yang dilembagakan di setiap tingkat administrasi, misalnya dalam bentuk forum (Forum Indonesia Sehat, Forum Provinsi Sehat, dan seterusnya), merumuskan secara konkrit kegiatan-kegiatan lintas sektor sesuai dengan tingkat administrasinya. Kerjasama lintas sektor tingkat Nasional berisi kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam penetapan kebijakan, standar dan pedoman yang mendukung tercapainya Indonesia Sehat. Kerjasama lintas sektor tingkat Provinsi berisi kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam tugas lintas Kabupaten/kota serta pembinaan dan pengawasan terhadap Kabupaten/Kota untuk mendukung tercapainya Provinsi Sehat. Kerjasama lintas sektor tingkat Kabupaten/Kota berisi kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam pelaksanaan tugas lintas Kecamatan serta koordinasi dan bimbingan teknis terhadap Kecamatan untuk mendukung tercapainya Kabupaten/Kota Sehat.

3 PENGERTIAN INDIKATOR

Setelah Forum Kerjasama lintas Sektor di suatu tingkat administrasi nerhasil merumuskan Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan serta Strategi dan Kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam rangka mencapai Visi, tema forum tersebut akan membutuhkan informasi untuk perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi. Oleh karena itu, langkah berikutnya yang harus segera dilaksanakan adalah mengidentifikasi kebutuhan informasi. Apabila daftar informasi yang dibutuhkan telah tersusun, barulah untuk masing-masing informasi ditetapkan indikatornya yang tepat.

A. DEFINISI INDIKATOR

Terdapat banyak literatur yang menyebutkan tentang definisi indikator. Beberapa diantaranya yang cukup baik adalah sebagai berikut.

- ◆ Indikator adalah variabel yang membantu kita dalam mengukur perubahan-perubahan yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981).
- ◆ Indikator adalah suatu ukuran tidak langsung dari suatu kejadian atau kondisi. Misalnya berat badan bayi berdasarkan umur adalah indikator bagi status gizi bayi tersebut (Wilson & Sapanuchart, 1993).
- ◆ Indikator adalah statistik dari hal normatif yang menjadi perhatian kita yang dapat membantu kita dalam membuat penilaian ringkas, komprehensif, dan berimbang terhadap kondisi-kondisi atau aspek-aspek penting dari suatu masyarakat (Departemen Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan Amerika Serikat, 1969).
- ◆ Indikator adalah variabel-variabel yang mengindikasikan atau memberi petunjuk kepada kita tentang suatu keadaan tertentu, sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan (Green, 1992).

Dari definisi tersebut di atas jelas bahwa indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi kerap kali hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan tersebut sebagai suatu pendugaan (*proxy*), Misalnya insidens diare yang didapat dari mengolah data kunjungan Puskesmas hanya menunjukkan sebagian saja dari kejadian diare yang melanda masyarakat.

Indikator sedapat mungkin harus mengarah kepada dilakukannya tindakan. Namun demikian, dalam banyak hal, untuk sampai kepada dilakukannya tindakan, informasi yang dikemas dari indikator yang ada masih perlu dilengkapi dengan informasi dari investigasi lebih lanjut. Misalnya, setelah dilakukannya kunjungan ke lokasi untuk menggali informasi kualitatif atau setelah dilakukannya penelitian/kajian khusus.

Indikator adalah ukuran yang bersifat kuantitatif, dan umumnya terdiri atas pembilang

(*numerator*) dan penyebut (*denominator*). Walaupun dapat juga dibuat indikator berupa pembilang, khususnya untuk sesuatu yang sangat langka tetap penting. Pembilang adalah jumlah kejadian yang sedang diukur. Sedangkan penyebut yang umum digunakan adalah besarnya populasi sasaran berisiko dalam kejadian yang bersangkutan (misalnya: anak balita, ibu hamil, bayi baru lahir, dan sebagainya). Indikator yang mencakup pembilang dan penyebut sangat tepat untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu dan membandingkan satu wilayah dengan wilayah lain.

B. PERSYARATAN INDIKATOR

Terdapat berbagai sumber yang menyebutkan tentang persyaratan yang harus dipenuhi oleh sebuah indikator. Syarat yang paling utama adalah ketepatannya dalam menggambarkan atau mewakili (merepresentasikan) informasinya. Dengan demikian indikator itu menjadi bermakna untuk pengambilan keputusan. Misalnya: rasio dokter terhadap penduduk lebih menggambarkan informasi pemerataan dokter dibanding rasio dokter terhadap kecamatan. Alasannya: kepadatan penduduk kecamatan-kecamatan di Indonesia sangat bervariasi. Bagi kecamatan padat penduduk tentunya memerlukan dokter lebih banyak. Tidak dapat disamakan dengan kecamatan yang jarang penduduknya. Contoh lain: angka /indeks parasit malaria lebih menggambarkan informasi tentang besarnya kesakitan malaria dibandingkan persentase penderita malaria klinis. Alasannya: angka/indeks parasit malaria didapat dari data pemeriksaan laboratorium terhadap darah penduduk, sedangkan persentase penderita malaria klinis didapat dari data pasien tanpa diperiksa secara laboratoris.

Namun demikian, ketepatan menggambarkan informasi itu adakalanya terbentuk oleh masalah sulitnya mengumpulkan datanya. Misalnya saja, dalam contoh malaria di atas, jumlah laboratorium di daerah-daerah luar Jawa tertentu sangat terbatas. Maka pengumpulan data menggunakan pemeriksaan laboratorium akan sangat sulit. Oleh karena itu, diperlukan pertimbangan dan kompromi terhadap sejumlah ketentuan atau persyaratan yang harus dipenuhi sebuah indikator.

Untuk memudahkan mengingat persyaratan apa saja yang harus dipertimbangkan dalam menetapkan indikator, disampaikan rumusan dalam istilah Inggris, yang dapat disingkat menjadi *SMART*, yaitu *Simple, Measurable, Attributable, Reliable, dan Timely*. Jadi, sesuai dengan rumusan itu, persyaratan yang harus dipertimbangkan dalam merumuskan indikator adalah:

- ◆ (S)IMPLE -- yaitu SEDERHANA. Artinya indikator yang ditetapkan sedapat mungkin sederhana dalam pengumpulan data maupun dalam rumus penghitungan untuk mendapatkannya.
- ◆ (M)EASURABLE -- yaitu DAPAT DIUKUR. Artinya indikator yang ditetapkan harus merepresentasikan informasinya dan jelas ukurannya. Dengan demikian dapat digunakan untuk perbandingan antar satu tempat dengantempat lain atau antara satu waktu dengan waktu lain. kejelasan pengukuran juga akan menunjukkan bagaimana cara mendapatkan datanya.
- ◆ (A)TTRIBUTABLE -- yaitu BERMANFAAT. Artinya indikator yang ditetapkan harus bermanfaat untuk kepentingan pengambilan keputusan. Ini berarti bahwa indikator itu harus merupakan pengejawantahan dari informasi yang memang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan. Jadi harus spesifik untuk pengambilan keputusan tertentu.
- ◆ (R)ELIABLE -- yaitu DAPAT DIPERCAYA. Artinya indikator yang ditetapkan harus

dapat didukung oleh pengumpulan data yang baik, benar dan teliti. Indikator yang tidak/ belum bisa didukung oleh pengumpulan data yang baik, benar dan teliti seyogianya tidak digunakan dulu.

- ♦ (T) -- yaitu TEPAT WAKTU. Artinya indikator yang ditetapkan harus dapat didukung oleh pengumpulan dan pengolahan data serta pengeamsan informasi yang waktunya sesuai dengan saat pengambilan keputusan dilakukan.

C. JENIS INDIKATOR

Sesuai dengan uraian definisi indikator, terdapat paling sedikit tiga jenis indikator, yaitu: (1) indikator berbentuk absolut, (2) indikator berbentuk proporsi, dan (3) indikator berbentuk angka atau rasio. Indikator berbentuk absolut adalah indikator yang hanya berupa pembilang saja, yaitu jumlah dari sesuatu hal/kejadian. Biasanya digunakan untuk sesuatu yang sangat jarang, seperti misalnya kasus meningitis di Puskesmas. Indikator berbentuk proporsi adalah indikator yang nilai resultannya dinyatakan dengan persen karena pembilangnya merupakan bagian dari penyebut. Misalnya proporsi Puskesmas yang memiliki dokter terhadap seluruh Puskesmas yang ada. Indikator berbentuk angka adalah indikator yang menunjukkan frekuensi dari suatu kejadian selama waktu (periode) tertentu. Biasanya dinyatakan dalam bentuk per 1000 atau per 100.000 populasi (konstanta atau k). Angka atau rate adalah ukuran dasar yang digunakan untuk melihat kejadian penyakit karena angka merupakan ukuran yang paling jelas menunjukkan probabilitas atau risiko dari penyakit dalam suatu masyarakat tertentu selama periode tertentu. Misalnya angka malaria di kalangan anak balita yang dihasilkan dari pembagian jumlah kasus malaria anak balita (pembilang) oleh jumlah populasi anak balita di pertengahan tahun (penyebut). Indikator berbentuk rasio adalah indikator yang pembilangnya bukan merupakan bagian dari penyebut. Misalnya rasio bidan terhadap penduduk suatu Kabupaten.

Selain ketiga jenis indikator tersebut, dikenal pula apa yang disebut Indeks atau Indikator Komposit (*Composite Indices*). Yaitu suatu istilah yang digunakan untuk indikator yang lebih rumit (*complex*) memiliki ukuran-ukuran yang multidimensional yang merupakan gabungan dari sejumlah indikator. Indeks ini biasanya dikembangkan melalui penelitian khusus karena penggunaannya secara praktis sangat terbatas. Misalnya, untuk mengukur beban akibat penyakit (*burden of disease*), WHO pernah menyarankan digunakan DALY (*Disability-Adjusted Life Years*). Yaitu nilai saat ini dari tahun-tahun yang bebas dari ketidakmampuan (*disability*) yang hilang akibat kematian prematur atau kasus-kasus ketidakmampuan yang terjadi sepanjang waktu tertentu.

D. KLASIFIKASI INDIKATOR

Terdapat banyak cara untuk mengklasifikasikan indikator, sesuai dengan bagaimana mereka akan digunakan. Umumnya digunakan klasifikasi dengan berpegang pada pendekatan sistem, sehingga terdapat: (1) indikator hasil atau keluaran, yang dapat dibedakan lagi ke dalam indikator hasil antara atau *output* dan indikator hasil akhir atau *outcome*, (2) indikator proses, dan (3) indikator masukan, yang dapat dibedakan lagi ke dalam indikator sumber daya dan indikator determinan. Namun demikian kadang kala dijumpai kesulitan dalam pengklasifikasian ini secara tajam (*clearcut*) karena kekurangjelasan konsep dalam kategorisasi.

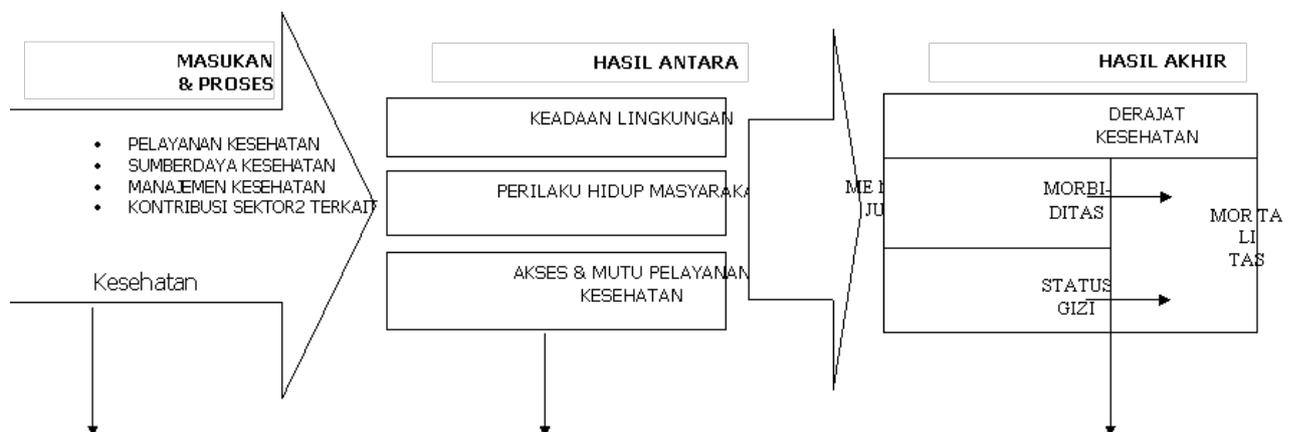
Indikator dapat pula diklasifikasikan menurut program. Memang pengklasifikasian

dengan cara ini dapat mendorong terjadinya vertikalisasi kegiatan dan mengakibatkan membengkaknya jumlah indikator. namun demikian, bila dalam pengklasifikasian tersebut selalu diacu pembagian kewenangan dan tugas sebagaimana telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan yang ada, maka masalah yang timbul akan dapat dicegah.

Untuk menyederhanakan penetapan Indikator Menuju Indonesia Sehat 2010, maka uraian indikator, baik untuk Indonesia Sehat, Provinsi Sehat, maupun Kabupaten/Kota Sehat, dikelompokkan ke dalam kategori sebagai berikut.

- ◆ Indikator Hasil Akhir, yaitu Derajat Kesehatan. Indikator Hasil Akhir yang paling akhir adalah indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbiditas (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi.
- ◆ Indikator Hasil Antara. Indikator ini terdiri atas indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
- ◆ Indikator Proses dan Masukan. Indikator ini terdiri atas indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor-sektor terkait.

Apabila pengelompokan ini diskemakan agar terlihat hubungan antara satu kelompok indikator dengan kelompok indikator yang lain, maka akan tampak sebagaimana gambar berikut.



4 INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010

Sebagaimana telah diuraikan, penetapan indikator harus mempertimbangkan persyaratan yang harus dipenuhi sebuah indikator (yaitu SMART). Namun untuk penetapan Indikator Indonesia Sehat 2010 ini, selain hal-hal yang disebutkan di muka, pertimbangan juga diberikan kepada kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat. Kesepakatan-kesepakatan itu mencakup baik kesepakatan nasional maupun kesepakatan global (misalnya menyangkut pemberantasan polio, penanggulangan HIV/AIDS, dan lain-lain). Hal penting yang juga harus diperhatikan adalah kesepakatan untuk memfokuskan upaya-upaya kesehatan guna menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI), yang akhir-akhir ini ditengarai mulai stagnan.

Penetapan Indikator Indonesia Sehat 2010 berikut targetnya ini diawali dengan perumusan yang dilakukan melalui suatu pertemuan pejabat-pejabat Departemen Kesehatan dan sejumlah pejabat kesehatan dari daerah-daerah terdekat di Jakarta. Pertemuan tersebut berlangsung pada tanggal 16 Juli 2002. Sementara penyusunan rancangan indikator Indonesia Sehat 2010 sedang berlangsung, Departemen Kesehatan diminta oleh Departemen Dalam Negeri untuk merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1747 tahun 2000 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan untuk daerah Kabupaten/Kota. Maka, penetapan Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Penyusunan Standar Pelayanan Minimal itu pun kemudian disinergikan. Dengan demikian maka indikator-indikator yang tercantum dalam indikator Indonesia Sehat 2010, khususnya yang mengenai pelayanan kesehatan akan dapat ditemui juga sebagai indikator Standar Pelayanan Minimal. Betapa pun pasokan data untuk memantau pencapaian Indonesia Sehat 2010 datang dari kabupaten/kota.

Sesuai dengan pengelompokan indikator yang telah diuraikan, indikator Indonesia Sehat 2010 dikelompokkan ke dalam:

- ◆ Indikator Derajat Kesehatan yang merupakan hasil akhir, yang terdiri atas indikator-indikator mortalitas, indikator-indikator morbiditas, dan indikator-indikator status gizi.
- ◆ Indikator Hasil Antara, yang terdiri atas indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
- ◆ Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri atas indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator kontribusi sektor-sektor terkait.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang Visi Indonesia Sehat 2010, bagi setiap indikator telah ditetapkan target yang akan dicapai di tahun 2010.

A. DERAJAT KESEHATAN

Indikator derajat kesehatan dan target yang hendak dicapai di tahun 2010 adalah sebagai berikut.

INDIKATOR	TARGET 2010
MORTALITAS:	
1. Angka Kematian Bayi per-1000 Kelahiran Hidup	40
2. Angka Kematian Balita per-1000 Kelahiran Hidup	58
3. Angka Kematian Ibu Melahirkan per-1000 Kelahiran Hidup	150
4. Angka Harapan Hidup Waktu Lahir	67,9
MORBILITAS:	
5. Angka Kesakitan Malaria per-1000 Penduduk	5
6. Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA+	85
7. Prevalensi HIV (Persentase Kasus Terhadap Penduduk Berisiko)	0,9
8. Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per 100.000 Anak	0,9
9. Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DDB) per 100.000 Penduduk	2
STATUS GIZI:	
10. Persentase Balita dengan Gizi Buruk	15
11. Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi	80

B. HASIL ANTARA

Indikator hasil antara dan target yang hendak dicapai di tahun 2010 adalah sebagai berikut.

INDIKATOR	TARGET 2010
KEADAAN LINGKUNGAN:	
12. Persentase Rumah Sehat	80
13. Persentase Tempat-tempat Umum Sehat	80
PERILAKU HIDUP MASYARAKAT:	
14. Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat	65
15. Persentase Posyandu Purnama & Mandiri	40
AKSES & MUTU PELAYANAN KESEHATAN:	
16. Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Puskesmas	15
17. Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Rumah Sakit	1,5
18. Persentase Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Laboratorium Kesehatan.	100
19. Persentase Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan 4 Pelayanan Kesehatan Spesialis Darat.	100
20. Persentase Obat Generik Berlogo Dalam Persediaan Obat	100

C. PROSES DAN MASUKAN

INDIKATOR	TARGET 2010
PELAYANAN KESEHATAN	
21. Persentase Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	90
22. Persentase Desa Yang Mencapai "Universal Child Immunization" (UCI)	100
23. Persentase Desa Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam	100
24. Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe	80
25. Persentase Bayi yang Mendapat ASI Eksklusif	80
26. Persentase Murid Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidaiyah Yang Mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut.	100
27. Persentase Pekerja yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Kerja	80
28. Persentase Keluarga Miskin yang Mendapat Pelayanan Keseharian.	100
SUMBERDAYA KESEHATAN:	
29. Rasio Dokter Per-100.000 Penduduk	40
30. Rasio Dokter Spesialis Per-100.000 Penduduk	6
31. Rasio Dokter Keluarga Per-100.000 Penduduk	2
32. Rasio Dokter Gigi Per-100.000 Penduduk	11
33. Rasio Apoteker Per-100.000 Penduduk	10
34. Rasio Bidan Per-100.000 Penduduk	100
35. Rasio Perawat Per-100.000 Penduduk	117,5
36. Rasio Ahli Gizi Per-100.000 Penduduk	22
37. Rasio Ahli Sanitasi Masyarakat Per-100.000 Penduduk	40
38. Rasio Ahli Kesehatan Masyarakat Per-100.000 Penduduk	40
39. Persentase Penduduk yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.	80
40. Rata-rata Persentase Anggaran Kesehatan APBD Kabupaten/Kota	15

41. Alokasi.Anggaran Kesehatan Pemerintah perKapita pertahun (ribuan rupiah)	100
MANAJEMEN KESEHATAN	
42. Persentase Kabupaten/Kota Yang Mempunyai Dokumen Sistem Kesehatan	100
43. Persentase Kabupaten/Kota Yang Memiliki “Contingency Plan” Untuk Masalah Kesehatan Akibat Bencana	100
44. Persentase Kabupaten/Kota Yang Membuat Profil Kesehatan	100
45. Persentase Provinsi Yang Melaksanakan Surkesda	100
46. Persentase Kabupaten/Kota Yang Memiliki “Contingency Plan” Untuk Masalah Kesehatan Akibat Bencana	100
KONTRIBUSI SEKTOR TERKAIT	
47. Persentase Keluarga yang Memiliki Akses Terhadap Air Bersih	85
48. Presentase Pasangan Usia Subur Yang Menjadi Akseptor Keluarga Berencana	70
49. Angka Kecelakaan Lalu-lintas per 100.000 Penduduk	10
50. Persentase Penduduk Yang Melek Huruf	95

5 INDIKATOR PROVINSI SEHAT DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT

Sebagaimana diuraikan di muka, dalam tatanan desentralisasi atau otonomi daerah di bidang kesehatan, pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010 ditentukan oleh pencapaian Visi Pembangunan Kesehatan setiap provinsi (yaitu Provinsi Sehat). Sedangkan pencapaian Visi Provinsi Sehat ditentukan oleh pencapaian Visi Pembangunan Kesehatan setiap kabupaten/kota yang ada di provinsi bersangkutan (yaitu Kabupaten/Kota Sehat). Oleh karena itu, setiap provinsi dan kabupaten/kota yang ada di Indonesia diharapkan dapat menetapkan indikator untuk Visi Pembangunan Kesehatannya.

Yang menjadi acuan dalam penetapan indikator untuk Provinsi Sehat dan kabupaten/Kota sehat adalah indikator Indonesia Sehat 2010 yang telah diuraikan di atas. Indikator Indonesia Sehat 2010 tersebut adalah indikator minimal. Sehingga dengan demikian indikator tersebut harus diadopsi oleh semua provinsi dan kabupaten/kota.

Namun bukan berarti bahwa indikator Provinsi Sehat atau indikator Kabupaten/Kota Sehat menjadi seragam untuk seluruh Indonesia. Yang seragam hanya tujuh puluh indikator sebagaimana telah disajikan dalam Bab 4. Indikator-indikator di luar yang tujuh puluh tersebut diserahkan kepada masing-masing daerah untuk memilih dan menetapkannya. Inti dari kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah memang adalah penghargaan terhadap keberagaman yang dibingkai oleh satu acuan.

Keberagaman itu di bidang kesehatan tampaknya cukup besar. Dalam hal penyakit, terdapat sejumlah penyakit yang hanya terdapat di beberapa daerah tertentu dan tidak terdapat di daerah lain. Misalnya schistosomiasis yang hanya dijumpai di salah satu kabupaten di Sulawesi Tengah. Juga tidak semua daerah merupakan daerah endemis gondok atau gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY). Keadaan lingkungan juga dapat berbeda antara satu daerah dengan daerah lain. Untuk daerah yang padat lalu lintas dan kegiatan industri manufakturnya, indikator-indikator pencemaran udara dan pencemaran air tentunya sangat diperlukan. Untuk daerah yang areal pertaniannya sangat luas, mungkin perlu dicantumkan indikator yang berkaitan dengan pemakaian pestisida. Demikian pula dengan perilaku masyarakat. Perilaku masyarakat sangat dipengaruhi oleh budaya dan adat istiadat setempat. Tabu-tabu atau pantangan-pantangan yang merugikan kesehatan mungkin perlu dicantumkan indikatornya. Karena itu, indikator tentang perilaku masyarakat ini pun dapat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain. Karena masalah kesehatan yang dihadapi daerah bervariasi, maka sudah barang tentu kegiatan pembangunan kesehatan pun dapat bervariasi. Berarti di luar indikator yang sudah tercantum dalam Indikator Indonesia Sehat 2010, untuk proses dan masukan, provinsi maupun kabupaten/kota dapat mencantumkan indikator-indikatornya lain sesuai dengan apa yang berlangsung setempat.

Indikator Provinsi Sehat tentunya akan menampung juga indikator-indikator yang berlaku umum di provinsi bersangkutan. Artinya, semua kabupaten/kota yang ada di wilayah provinsi tersebut memang terkena atau melaksanakan apa yang ingin digambarkan oleh indikator tadi.

Khusus untuk Kabupaten/Kota Sehat, penetapan indikator hendaknya mengacu

kepada indikator yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Seyogianya semua indikator yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal tersebut dimasukkan sebagai bagian dari Indikator Kabupaten/Kota Sehat. Kemudian ditambahkan dengan hal-hal spesifik yang hanya dijumpai atau dilaksanakan di kabupaten/kota yang bersangkutan.

Setiap daerah harus pula mengacu kepada target-target nasional sebagaimana yang tercantum dalam Bab 4. Dengan demikian maka Visi Pembangunan Kesehatan Daerah yang telah ditetapkan (misalnya Yogyakarta Sehat 2005 atau Purwakarta Sehat 2007) perlu ditinjau (*review*) kembali. Misalnya, benarkah pada tahun 2005 Yogyakarta sudah dapat mencapai semua target yang tercantum sebagai target Indonesia Sehat 2010?

Pencapaian target-target ini memang akan dipantau tahun demi tahun dan kelak pada tahun 2010 akan dievaluasi. Oleh karena itu maka diperlukan kesamaan bingkai, agar dalam hal-hal yang telah menjadi kesepakatan nasional dan kesepakatan global, langkah-langkah dapat diselaraskan.

6 FORMULA INDIKATOR DAN DEFINISI OPERASIONAL

Agar dapat dijamin kesamaan persepsi dan pengertian terhadap indikator-indikator yang telah ditetapkan dan cara-cara menghitungnya, diperlukan keseragaman dalam formula indikator dan definisi operasional.

A. FORMULA INDIKATOR

1. Derajat Kesehatan

a. Mortalitas	
1) Angka Kematian Bayi per 1000 Kelahiran Hidup	$\frac{\text{Jumlah bayi (berumur <1 tahun) yg meninggal di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1000$
2) Angka Kematian Balita per 1000 Kelahiran Hidup	$\frac{\text{Jumlah anak berumur <5 tahun yg meninggal di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1000$
3) Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 Kelahiran Hidup	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang meninggal karena hamil, bersalin dan nifas di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1000$
4) Angka Harapan Hidup Waktu Lahir	$\frac{\text{Jumlah tahun kehidupan dari kohort}}{\text{Jumlah kohort}}$

b. Morbiditas	
5) Angka Kesakitan Malaria per 1000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah penderita malaria di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1000$
6) Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA ⁺	$\frac{\text{Jumlah penderita TB Paru BTA}^+ \text{ yang sembuh di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penderita TB Paru BTA}^+ \text{ yang diobati di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
7) Prevelensi Penderita HIV Terhadap Penduduk Berisiko	$\frac{\text{Jumlah kasus HIV (baru dan lama) di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk berisiko di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
8) Angka 'Acute Flaccid Paralysis' (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per 100.000 Anak	$\frac{\text{Jumlah kasus AFP anak usia <5 tahun di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah anak usia <5 tahun di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
9) Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah kasus Demam Berdarah Dengue di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}}$
c. Status Gizi	
10) Persentase Balita Dengan Gizi Buruk	$\frac{\text{Jumlah Balita yang bersatus gizi buruk di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah Balita yang diukur/ditimbang di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
11) Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi	$\frac{\text{Jumlah Kecamatan yang bebas rawan gizi di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah Kecamatan yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

2. Hasil Antara

a. Keadaan Lingkungan	
12) Persentase Rumah Sehat	$\frac{\text{Jumlah rumah sehat di suatu wilayah tertentu pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah rumah yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
13) Persentase Tempat-tempat Umum Sehat	$\frac{\text{Jumlah tempat-tempat umum sehat di suatu wilayah dan pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat-tempat umum yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
b. Perilaku Hidup Masyarakat	
14) Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat	$\frac{\text{Jumlah rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah rumah tangga yang dipantau/survei di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
15) Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri	$\frac{\text{Jumlah Posyandu Purnama dan Mandiri di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh posyandu yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

c. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

16) Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Puskesmas	$\frac{\text{Jumlah penduduk yang memanfaatkan puskesmas di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
17) Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Rumah Sakit	$\frac{\text{Jumlah penduduk yang memanfaatkan rumah sakit di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
18) Persentase Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Lab Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah saran kesehatan yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
19) Persentase Rumah Sakit yang Menyelenggarakan 4 Pelayanan Kes. Spesialis Dasar	$\frac{\text{Jumlah rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah rumah sakit yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
20) Persentase Obat Generik Berlogo (OGB) dalam Persediaan Obat	$\frac{\text{Jumlah jenis obat generik berlogo yang tersedia di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah jenis obat yang ada dalam persediaan di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

3. Proses dan Masukan

a. Pelayanan Kesehatan	
21) Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah persalinan yang terjadi di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
22) Persentase Desa Mencapai 'Universal Child Immunization' (UCI)	$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan yang mencapai UCI di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah desa/kelurahan yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$

23) Persentase Desa Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang Ditangani <24 Jam	$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan terkena KLB yang ditangani } < 24 \text{ jam di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah desa/kelurahan yang terkena KLB di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
24) Persentase Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Fe	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapat tablet Fe di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah ibu hamil yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
25) Persentase Bayi yang Mendapat ASI Eksklusif	$\frac{\text{Jumlah bayi yang mendapat ASI eksklusif di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah persalinan yang terjadi di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
26) Persentase Murid Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidiyah yang Mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut	$\frac{\text{Jumlah murid SD/MI yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah seluruh murid SD/MI yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
27) Persentase Pekerja yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Kerja	$\frac{\text{Jumlah pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah pekerja yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
28) Persentase Keluarga Miskin yang Mendapat Pelayanan Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah keluarga miskin yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$

b. Sumber Daya Kesehatan

29) Rata-rata Dokter per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah dokter yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
---	---

<p>30) Rata-rata Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah dokter spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah dokter spesialis}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>31) Rata-rata Dokter Keluarga per 1.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah dokter keluarga yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah dokter keluarga}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 1.000$</p>
<p>32) Rata-rata Dokter Gigi per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah dokter gigi}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>33) Rata-rata Apoteker per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah apoteker yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah apoteker}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>34) Rata-rata Bidan per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah bidan yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah bidan}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>35) Rata-rata Perawat per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah perawat yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah perawat}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>36) Rata-rata Ahli Gizi per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah ahli gizi yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah ahli gizi}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>37) Rata-rata Ahli Sanitasi per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah ahli sanitasi yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah ahli sanitasi}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>38) Rata-rata Ahli Kesehatan Masyarakat per 100.000 Penduduk</p>	<p>Jumlah sarjana kesehatan masyarakat yang bertugas di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah sarjana kesehatan masyarakat}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$</p>
<p>39) Persentase Penduduk yang Menjadi Peserta jaminan Pemeliharaan Kesehatan</p>	<p>Jumlah penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan di suatu wilayah $\frac{\text{Jumlah penduduk yang menjadi peserta}}{\text{Jumlah penduduk yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$</p>

c. Manajemen Kesehatan

40) Rata-rata Persentase Anggaran Kesehatan dlm APBD Kab/Kota	Jumlah alokasi APBD Kabupaten/Kota untuk kesehatan dalam 1 tahun $\frac{\text{Jumlah alokasi APBD Kabupaten/Kota untuk kesehatan dalam 1 tahun}}{\text{Total anggaran APBD pada tahun yang sama}} \times 100\%$
41) Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah per kapita per tahun (ribuan rupiah)	Jumlah alokasi anggaran kesehatan pemerintah dalam 1 tahun (ribuan rupiah) $\frac{\text{Jumlah alokasi anggaran kesehatan pemerintah dalam 1 tahun (ribuan rupiah)}}{\text{Jumlah penduduk pada tahun yang sama}}$
42) Persentase Kab/Kota yang Mempunyai Dokumen Sistem Kesehatan	Jumlah Kab/Kota yang mempunyai dokumen sistem kesehatan pada kurun waktu tertentu $\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang mempunyai dokumen sistem kesehatan pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Kab/Kota yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
43) Persentase Kab/Kota yang Memiliki "Contingency Plan" Masalah Kes Akibat Bencana	Jumlah Kab/Kota yang memiliki Contingency Plan Masalah Kesehatan Akibat Bencana pada kurun waktu tertentu $\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang memiliki Contingency Plan Masalah Kesehatan Akibat Bencana pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Kab/Kota yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
44) Persentase Kab/Kota yang Membuat Profil Kesehatan	Jumlah Kab/Kota yang membuat profil kesehatan selama 1 tahun $\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang membuat profil kesehatan selama 1 tahun}}{\text{Jumlah Kab/Kota yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
45) Persentase Provinsi yang Melaksanakan Surkesda	Jumlah provinsi yang melaksanakan Surkesda pada kurun waktu tertentu $\frac{\text{Jumlah provinsi yang melaksanakan Surkesda pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah provinsi yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
46) Persentase Provinsi yang Mempunyai 'Provincial Health Account'	Jumlah provinsi yang mempunyai 'Provincial Health Account' pada kurun waktu tertentu $\frac{\text{Jumlah provinsi yang mempunyai 'Provincial Health Account' pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah provinsi yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

d. Kontribusi Sektor-Sektor Terkait

47) Persentase Keluarga yang Memiliki Akses Terhadap Air Bersih	Jumlah keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu $\frac{\text{Jumlah keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah keluarga yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
---	--

48) Persentase Pasangan Usia Subur yang Menjadi Akseptor KB	$\frac{\text{Jumlah Pasangan Usia Subur peserta KB aktif di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasangan usia subur yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
49) Angka Kecelakaan Lalu Lintas per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah korban akibat kecelakaan lalulintas di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
50) Persentase Penduduk yang Melek Huruf	$\frac{\text{Jumlah penduduk usia 10 tahun ke atas yang melek huruf di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk usia 10 tahun ke atas yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

B. DEFINISI OPERASIONAL

1. Derajat Kesehatan

a. Mortalitas	
1) Angka Kematian Bayi per 1000 Kelahiran Hidup	<ul style="list-style-type: none"> - Kematian bayi adalah kematian yang terjadi pada bayi sebelum mencapai usia satu tahun - Kelahiran hidup adalah janin pada waktu lahir memperlihatkan tanda kehidupan
2) Angka Kematian Balita per 1000 Kelahiran Hidup	<ul style="list-style-type: none"> - Kematian balita adalah kematian yang terjadi pada anak sebelum usia lima tahun
3) Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 Kelahiran Hidup	<ul style="list-style-type: none"> - Kematian Ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan, dan masa nifas
4) Angka Harapan Hidup Waktu Lahir	<ul style="list-style-type: none"> - Suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup per penduduk (dalam tahun) sejak lahir yang akan dicapai oleh penduduk dalam suatu wilayah dan waktu tertentu yang dihitung berdasarkan angka kematian menurut kelompok umur

b. Morbiditas

5) Angka Kesakitan Malaria per 1000 Penduduk	<ul style="list-style-type: none">- Untuk di Jawa dan Bali: Penderita malaria adalah kasusu dengan gejala klinis malaria (demam tinggi disertai menggigil) dengan hasil pemeriksaan sediaan darah di laboratorium positif malaria- Untuk di luar Jawa dan Bali: Penderita malaria adalah kasusu dengan gejala klinis malaria (demam tinggi disertai menggigil) dengan atau tanpa pemeriksaan sediaan darah di laboratorium positif malaria
6) Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA ⁺	<ul style="list-style-type: none">- Dapat disembuhkan artinya penderita TB Paru yang setelah menerima pengobatan anti TB paru dinyatakan sembuh (hasil pemeriksaan dahaknya menunjukkan 2 kali negatif)
7) Prevelensi Penderita HIV Terhadap Penduduk Berisiko	<ul style="list-style-type: none">- Penderita HIV adalah penderita yang menurut hasil pemeriksaan laboratorium dinyatakan positif HIV- Penduduk berisiko HIV yaitu penduduk yang pekerjaan atau gaya hidupnya menyebabkan mereka menghadapi kemungkinan/resiko lebih tinggi untuk ketularan dan menularkan HIV seperti:<ul style="list-style-type: none">a. Mereka yang berganti-ganti pasangan seksual (homo dan hetero seksual) seperti wanita/pria tuna susila, homoseksual, biseksual dan wariab. Penerima transfusi darah tanpa skriningc. Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita HIVd. Penyalagunaan NAPZA suntik (IDU) yang menggunakan jarum suntik bergantiane. Pasangan seksual dari pengidap HIV
8) Angka 'Acute Flaccid Paralysis' (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per 100.000 Anak	<ul style="list-style-type: none">- AFP adalah penderita dengan gejala lumpuh layuh mendadak (akut), bukan disebabkan ruda paksa, yang ditemukan pada anak usia <15 tahun dan diduga kuat polio myelitis
9) Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per 100.000 Penduduk	<ul style="list-style-type: none">- Penderita DBD adalah penderita demam tinggi yang mendadak, terus menerus berlangsung 2-7 hari tanpa sebab jelas, tanda-tanda perdarahan dari atau pembesaran hati, serta hasil pemeriksaan laboratorium dinyatakan positif DBD

c. Status Gizi

10) Persentase Balita Dengan Gizi Buruk	<ul style="list-style-type: none">- Balita dengan Gizi Buruk adalah balita yang mempunyai berat badan di bawah garis merah pada KMS (Kartu Menuju Sehat)
11) Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi	<ul style="list-style-type: none">- Kecamatan Bebas Rawan Gizi adalah kecamatan dengan prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk < dari 15%

2. Hasil Antara

a. Keadaan Lingkungan	
12) Persentase Rumah Sehat	- Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan
13) Persentase Tempat-tempat Umum Sehat	- Tempat-tempat umum sehat adalah tempat-tempat umum misalnya: hotel, terminal, pasar, pertokoan, bioskop, tempat wisata, kolam renang, restoran, tempat ibadah dan sejenisnya yang memenuhi syarat kesehatan
b. Perilaku Hidup Masyarakat	
14) Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat	- Rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat adalah rumah tangga yang seluruh anggotanya berperilaku hidup bersih dan sehat (sesuai pedoman)
15) Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri	- Posyandu Purnama: posyandu dengan frekuensi kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih, dan cakupan 5 program utamanya yaitu KB, KIA, Gizi dan Imunisasi lebih dari 50%, serta sudah ada program tambahan - Posyandu Mandiri: sudah dapat melakukan kegiatan secara teratur, cakupan program utama sudah bagus, ada program tambahan dan dana Sehat telah menjangkau 50% KK
c. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan	
16) Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Puskesmas	- Penduduk yang memanfaatkan puskesmas adalah penduduk yang datang berkunjung ke puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif)
17) Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Rumah Sakit	- Penduduk yang memanfaatkan rumah sakit adalah penduduk yang datang berkunjung ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), baik milik pemerintah maupun swasta
18) Persentase Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Lab Kesehatan	- Kemampuan laboratorium artinya mampu menyelenggarakan pelayanan laboratorium kesehatan sesuai standar

19) Persentase Rumah Sakit yang Menyelenggarakan 4 Pelayanan Kesehatan Spesialis Dasar	- Yang dimaksud dengan 4 pelayanan kesehatan spesialistik dasar adalah pelayanan-pelayanan kandungan dan kebidanan, bedah, penyakit dalam, dan anak
20) Persentase Obat Generik Berlogo (OGB) dalam Persediaan Obat	- Obat generik berlogo adalah obat yang dibuat dan dijual dengan memakai nama umum/nama kimia, bukan nama paten/spesialite

3. Proses dan Masukan

a. Pelayanan Kesehatan	
21) Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	- Persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persalinan yang ditolong oleh dokter spesialis kebidanan/dokter umum/bidan/pembantu bidan/perawat bidan
22) Persentase Desa Mencapai 'Universal Child Immunization' (UCI)	- Desa mendapai UCI adalah desa/kelurahan dengan cakupan imunisasi dasar lengkap (BCG 1 kali, DPT 3 kali, HB 3 kali, Polio 4 kali, dan Campak 1 kali) pada bayi >80%
23) Persentase Desa Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang Ditangani <24 Jam	- KLB adalah timbulnya /meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu tertentu di daerah tertentu
24) Persentase Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Fe	- Mendapat tablet Fe adalah mendapat 90 butir tablet Fe selama periode hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan di dalam maupun di luar gedung Puskesmas atau oleh kader
25) Persentase Bayi yang Mendapat ASI Eksklusif	- Bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah bayi yang hanya mendapat ASI saja sampai mencapai usia minimal 4 bulan
26) Persentase Murid Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidiyah yang Mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut	- Pemeriksaan gigi dan mulut yang dimaksud adalah dalam bentuk upaya promotif, preventif, dan kuratif sederhana seperti pencabutan gigi sulung, pengobatan, dan penambalan sementara, yang dilakukan baik di sekolah maupun dirujuk ke Puskesmas minimal 2 kali dalam setahun
27) Persentase Pekerja yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Kerja	- Yang dimaksud pelayanan kesehatan kerja mencakup baik pelayanan promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif

28) Persentase Keluarga Miskin yang Mendapat Pelayanan Kesehatan	- Penduduk miskin yang dimaksud adalah sesuai kriteria kemiskinan yang ditetapkan Badan Pusat Statistik (kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan makanan maupun non makanan yang bersifat mendasar)
--	--

b. Sumber Daya Kesehatan

29) Rata-rata Dokter per 100.000 Penduduk	- Dokter yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
30) Rata-rata Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk	- Dokter spesialis yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
31) Rata-rata Dokter Keluarga per 1.000 Penduduk	- Dokter keluarga yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan keluarga di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
32) Rata-rata Dokter Gigi per 100.000 Penduduk	- Dokter gigi yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
33) Rata-rata Apoteker per 100.000 Penduduk	- Apoteker yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kefarmasian di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
34) Rata-rata Bidan per 100.000 Penduduk	- Bidan yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
35) Rata-rata Perawat per 100.000 Penduduk	- Perawat yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
36) Rata-rata Ahli Gizi per 100.000 Penduduk	- Ahli Gizi yang dimaksud adalah yang bertugas di bidang gizi di suatu wilayah dengan pendidikan D1-D4
37) Rata-rata Ahli Sanitasi per 100.000 Penduduk	- Ahli Sanitasi yang dimaksud adalah yang bertugas di bidang kesehatan lingkungan di suatu wilayah dengan pendidikan D1-D3
38) Rata-rata Ahli Kesehatan Masyarakat per 100.000 Penduduk	- Ahli Kesehatan Masyarakat yang dimaksud adalah yang bertugas di bidang kesehatan lingkungan di suatu wilayah dengan pendidikan S1-S3

39) Persentase Penduduk yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	- Jaminan Pemeliharaan Kesehatan meliputi peserta JPKM, PT Askes, PT Jamsostek, Kartu Sehat, dan peserta Asuransi Komersial yang memiliki jaminan kesehatan pra-bayar
b. Sumber Daya Kesehatan	
40) Rata-rata Persentase Anggaran Kesehatan dlm APBD Kab/Kota	- Anggaran kesehatan adalah dana yang disediakan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan yang dialokasikan melalui APBD
41) Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah per kapita per tahun (ribuan rupiah)	- Anggaran kesehatan Pemerintah adalah jumlah anggaran yang dialokasikan oleh Pemerintah (melalui APBN, APBD, dan PHLN) untuk biaya penyelenggaraan upaya kesehatan
42) Persentase Kab/Kota yang Mempunyai Dokumen Sistem Kesehatan	- Dokumen sistem kesehatan adalah dokumen yang menguraikan tentang subsistem-subsistem dari sistem kesehatan setempat dan cara-cara penyelenggaraannya.
43) Persentase Kab/ Kota yang Memiliki "Contingency Plan" Masalah Kes Akibat Bencana	- Contingency Plan untuk masalah kesehatan akibat bencana adalah rencana penanggulangan keadaan gawat darurat di bidang kesehatan sebagai akibat bencana seperti banjir, gunung meletus, pengungsian, dan lain-lain
44) Persentase Kab/Kota yang Membuat Profil Kesehatan	- Profil Kesehatan adalah paket data/informasi kesehatan yang secara komprehensif berisi uraian penyelenggaraan upaya kesehatan, diterbitkan setiap tahun, dan diharapkan dapat memantau pencapaian Kabupaten/Kota Sehat
45) Persentase Provinsi yang Melaksanakan Surkesda	- Survei Kesehatan Daerah adalah survei yang dibutuhkan oleh daerah dan dilakukan oleh daerah itu sendiri yang merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan Daerah
46) Persentase Provinsi yang Mempunyai 'Provincial Health Account'	- Provincial Health Account adalah sistem pengumpulan, pelaporan, dan analisis data pembiayaan kesehatan yang diselenggarakan di tingkat provinsi

c. Kontribusi Sektor-Sektor Terkait

47) Persentase Keluarga yang Memiliki Akses Terhadap Air Bersih	- Keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih adalah keluarga yang mempunyai kemudahan dalam memperoleh air bersih dalam jumlah yang cukup sesuai kebutuhan
48) Persentase Pasangan Usia Subur yang Menjadi Akseptor KB	- Pasangan usia subur adalah wanita berusia 15-49 tahun dengan status kawin
49) Angka Kecelakaan Lalu Lintas per 100.000 Penduduk	- Kasus kecelakaan lalu lintas adalah jumlah korban (meninggal dunia, cedera berat, cedera sedang, dan cedera ringan) sebagai akibat dari kecelakaan lalu lintas
50) Persentase Penduduk yang Melek Huruf	- Penduduk yang melek huruf adalah penduduk berusia 10 tahun ke atas yang mampu membaca dan menulis huruf latin atau huruf lainnya

7 SUMBER DATA DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Data dapat dikumpulkan dengan dua macam cara, yaitu: (1) metode rutin, dan (2) metode sewaktu-waktu (non-rutin). Pengumpulan data secara rutin dilakukan untuk data yang berasal dari unit kesehatan. Data ini dikumpulkan atas dasar catatan atau rekam medik pasien/klien baik yang berkunjung ke unit kesehatan maupun yang dilayani di luar gedung unit pelayanan. Pengumpulan data secara rutin umumnya dilakukan oleh petugas unit kesehatan. Akan tetapi pengumpulan data secara rutin juga dapat dilakukan oleh masyarakat (kader kesehatan). Bentuk lain dari pengumpulan data secara rutin adalah registrasi vital. Adapun pengumpulan data sewaktu-waktu umumnya dilakukan melalui survei, survei cepat (kuantitatif dan kualitatif), dan studi-studi khusus.

Kedua cara pengumpulan data seyogianya dilakukan dan dirancang untuk saling mengisi. Hal ini karena adanya perbedaan sifat dan kegunaan dari data yang diperoleh dengan masing-masing cara tersebut. Pengumpulan data secara rutin umumnya untuk mendapatkan data yang bersal dari pelayanan kesehatan dan data tentang masyarakat (pasien/klien) yang menggunakan pelayanan kesehatan tersebut. Sedangkan pengumpulan data secara sewaktu-waktu untuk mendapatkan data yang berasal dari masyarakat. Terutama untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang masalah kesehatan yang dihadapi (bukan masalah kesehatan dari mereka yang datang ke pelayanan kesehatan, melainkan juga mereka yang tidak datang ke pelayanan kesehatan).

Secara rutin, data dari Puskesmas dikumpulkan dan dilaporkan melalui Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (dulu disebut Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas --SP2TP, atau Sistem Informasi Manajemen Puskesmas - SIMPUS). Sementara itu, data dari Rumah Sakit dilaporkan melalui Sistem Pelaporan Rumah Sakit (SPRS). Data tentang sumber daya manusia (SDM) kesehatan dikelola dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan. Sistem ini mencakup berbagai elemen, yaitu Sistem Informasi Kepegawaian Kesehatan (SIMKA), Sistem Informasi Diklat Kesehatan (SI-Diklat), Sistem Informasi Pendidikan Tenaga Kesehatan (SIPTK), dan Sistem Informasi Tenaga Kesehatan (SINAKES). Sedangkan data tentang sumber daya finansial (pembiayaan kesehatan) dikelola melalui National Health Account atau Sistem Akuntansi Kesehatan Nasional (SAKNAS) yang berjenjang sampai ke tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Secara nasional kita memiliki Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), Sensus Penduduk (SP), Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), dan lain-lain. Survei-survei ini banyak memberikan data yang umumnya tidak dapat diperoleh melalui pencatatan dan pelaporan rutin dari unit-unit kesehatan.

Untuk meningkatkan kemampuan analisis dan penyediaan lebih banyak informasi, mulai tahun 2001, SKRT yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, bahkan tengah diintegrasikan penyelenggaraannya dengan Susenas dan SDKI yang diselenggarakan oleh

BPS, menjadi Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas). Sementara ini, baru Surkesnas yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan bekerjasama dengan BPS, dengan melibatkan para pelaksana di daerah. Namun demikian, secara bertahap kemampuan Daerah akan ditingkatkan, sehingga pada dasarnya kelak dapat melaksanakan Surkesda.

Pada hakikatnya, data yang dikumpulkan dan dilaporkan adalah untuk digunakan setempat. Oleh karena itu, data yang berasal dari Puskesmas dan Rumah Sakit, pertamanya harus dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, untuk kepentingan memantau atau mengevaluasi pencapaian kabupaten/Kota Sehat. Kabupaten/Kota selanjutnya membuat laporan yang dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan. Berdasarkan pasokan data/laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayahnya, Dinas Kesehatan Provinsi dapat memantau atau mengevaluasi pencapaian Provinsi Sehat. Selanjutnya, Dinas Kesehatan Provinsi membuat/mengirim laporannya ke Departemen Kesehatan. Di Departemen Kesehatan dilakukan verifikasi antara data yang didapat dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan data yang berasal dari laporan Dinas Kesehatan Provinsi. Apabila data telah diverifikasi, maka Departemen Kesehatan dapat menyajikan hasil pemantauan atau evaluasi terhadap pencapaian Indonesia Sehat 2010.

8 PENUTUP

Demikian penjelasan tentang indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman untuk menetapkan indikator Provinsi Sehat dan indikator Kabupaten/Kota Sehat yang mendukungnya. Indikator-indikator maupun besaran-besaran (target-target) yang telah ditetapkan ini tentu saja tidak bersifat “harga mati”. Sesuai dengan perkembangan akan dilakukan peninjauan kembali, dan bilamana perlu dilakukan perubahan-perubahan atau penyesuaian.

Salah satu sarana untuk menyajikan hasil pemantauan atau evaluasi terhadap pencapaian Indonesia Sehat 2010 adalah Profil Kesehatan Indonesia yang diterbitkan setiap tahun sekali oleh Departemen Kesehatan. Sementara itu, masing-masing Provinsi menerbitkan Profil Kesehatan Provinsi, dan masing-masing Kabupaten/Kota menerbitkan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota. Mengingat betapa pentingnya informasi yang terkandung bagi semua pihak yang berkepentingan (stakeholders), diharapkan Profil-profil Kesehatan ini dapat terus diupayakan terbitnya secara teratur dan tepat waktu.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA**

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 1202/MENKES/SK/VIII/2003

TENTANG

**INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010
DAN PEDOMAN PENETAPAN INDIKATOR PROINSI SEHAT DAN
KABUPATEN/KOTA SEHAT**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mencapai tujuan Visi “Indonesia Sehat 2010” diperlukan indikator dan target pencapaian;
 - b. bahwa dalam kerangka desentralisasi, untuk menuju tercapainya Visi Indonesia Sehat 2010 diperlukan upaya pencapaian Kabup[at]en/Kota Sehat dan Provinsi Sehat;
 - c. bahwa dalam rangka memantau, mengevaluasi, dan merencanakan upaya-upaya pencapaian Kabupaten/Kota Sehat dan Provinsi Sehat menuju Indonesia Sehat 2010 perlu ditetapkan indikator yang dapat diperbandingkan;
 - d. bahwa untuk menetapkan indikator yang dapat diperbandingkan diperlukan acuan dalam bentuk Pedoman Penetapan Indikator;
 - e. bahwa penjelasan tentang indikator dan target sebagaimana dimaksud dalam butir b, perlu ditetapkan dalam bentuk Keputusan Menteri Kesehatan;

- f. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor 724/Menkes-Kesos/SK/VII/2001 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Indikator Menuju Indonesia Sehat 2010, dengan adanya perkembangan baru dan kebijakan Departemen Kesehatan, perlu diubah dan ditetapkan kembali dalam Keputusan Menteri Kesehatan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Nomor 60 Tahun 1999, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Nomor 72 Tahun 1999, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) (Lembaran Negara Nomor 206 Tahun 2000);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2001 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai daerah Otonom (Lembaran Negara Nomor 54 Tahun 2000, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
 7. Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
 9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 951/Menkes/SK/VI/2000 tentang Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas;
 10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 511/Menkes/SK/V/2002 tentang Kebijakan dan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS);
 12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 932/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan daerah kabupaten/Kota.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- Pertama : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010 DAN PEDOMAN PENETAPAN INDIKATOR PROVINSI SEHAT DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT.
- Kedua : Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Indikator dan Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Departemen Kesehatan serta pedoman bagi Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam memantau dan menilai penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010.
- Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 21 Agustus 2003

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. ACHMAD SUJUDI

Tembusan Yth.:

1. Menteri dalam Negeri dan Otonomi Daerah di Jakarta
2. Menteri Keuangan di Jakarta
3. Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara di Jakarta
4. Menteri Sekretaris Negara di Jakarta
5. Para Gubernur di seluruh Indonesia
6. Para Bupati/Walikota di seluruh Indonesia
7. Para Kepala Dinas Provinsi yang membidangi Kesehatan di seluruh Indonesia
8. Para Kepala Dinas Kabupaten/Kota yang membidangi Kesehatan di seluruh Indonesia
9. Para Pejabat Eselon I dan II Departemen Kesehatan di Jakarta



PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 14 TAHUN 2005 TENTANG GURU DAN DOSEN

Pasal 47

- (1) Sertifikat pendidik untuk dosen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 diberikan setelah memenuhi syarat sebagai berikut: a. memiliki pengalaman kerja sebagai pendidik pada perguruan tinggi sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun; b. memiliki jabatan akademik sekurang-kurangnya asisten ahli; dan c. lulus sertifikasi yang dilakukan oleh perguruan tinggi yang menyelenggarakan program pengadaan tenaga kependidikan pada perguruan tinggi yang ditetapkan oleh Pemerintah.
- (2) Pemerintah menetapkan perguruan tinggi yang terakreditasi untuk menyelenggarakan program pengadaan tenaga kependidikan sesuai dengan kebutuhan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai sertifikat pendidik untuk dosen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan penetapan perguruan tinggi yang terakreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 48

- (1) Status dosen terdiri atas dosen tetap dan dosen tidak tetap.
- (2) Jenjang jabatan akademik dosen-tetap terdiri atas asisten ahli, lektor, lektor kepala, dan profesor.
- (3) Persyaratan untuk menduduki jabatan akademik profesor harus memiliki kualifikasi akademik doktor.
- (4) Pengaturan kewenangan jenjang jabatan akademik dan dosen tidak-tetap ditetapkan oleh setiap satuan pendidikan tinggi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 58

Dosen yang diangkat oleh penyelenggara pendidikan atau satuan pendidikan tinggi yang diselenggarakan oleh masyarakat berhak memperoleh jaminan sosial tenaga kerja sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 59

- (1) Dosen yang mendalami dan mengembangkan bidang ilmu langka berhak memperoleh dana dan fasilitas khusus dari Pemerintah dan/atau pemerintah daerah.
- (2) Dosen yang diangkat oleh Pemerintah di daerah khusus, berhak atas rumah dinas yang disediakan oleh Pemerintah dan/atau pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan.

Pasal 60

Dalam melaksanakan tugas keprofesionalan, dosen berkewajiban:

- a. melaksanakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat;
- b. merencanakan, melaksanakan proses pembelajaran, serta menilai dan mengevaluasi hasil pembelajaran;
- c. meningkatkan dan mengembangkan kualifikasi akademik dan kompetensi secara berkelanjutan sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni;
- d. bertindak objektif dan tidak diskriminatif atas dasar pertimbangan jenis kelamin, agama, suku, ras, kondisi fisik tertentu, atau latar belakang sosioekonomi peserta didik dalam pembelajaran;
- e. menjunjung tinggi peraturan perundang-undangan, hukum, dan kode etik, serta nilai-nilai agama dan etika; dan
- f. memelihara dan memupuk persatuan dan kesatuan bangsa.

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1239/Menkes/SK/XI/2001**

**TENTANG
REGISTRASI DAN PRAKTIK PERAWAT**

Pasal 7

- (1) SIP berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperbaharui serta merupakan dasar untuk memperoleh SIK dan/atau SIPP.
- (2) Pembaharuan SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada Dinas Kesehatan Propinsi dimana perawat melaksanakan asuhan keperawatan dengan melampirkan :
 - a. SIP yang telah habis masa berlakunya ;
 - b. surat keterangan sehat dari dokter;
 - c. pas foto ukuran 4 X 6 cm sebanyak 2(dua) lembar.

**BAB III
PERIZINAN**

Pasal 8

- (1) Perawat dapat melaksanakan praktik keperawatan pada sarana pelayanan kesehatan, praktik perorangan dan/atau berkelompok.
- (2) Perawat yang melaksanakan praktik keperawatan pada sarana pelayanan kesehatan harus memiliki SIK.
- (3) Perawat yang melakukan praktik perorangan/berkelompok harus memiliki SIPP

Pasal 9

- (1) SIK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan dengan melampirkan :
 - a. foto kopi ijazah pendidikan keperawatan;
 - b. foto kopi SIP yang masih berlaku;

- c. surat keterangan sehat dari dokter;
- d. pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2(dua) lembar;
- e. surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan tanggal mulai bekerja;
- f. rekomendasi dari Organisasi Profesi

(3) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum pada formulir IV terlampir.

Pasal 10

SIK hanya berlaku pada 1 (satu) sarana pelayanan kesehatan.

Pasal 11

Permohonan SIK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, selambat-lambatnya diajukan dalam waktu 1(satu) bulan setelah diterima bekerja.

Pasal 12

- (1) SIPP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (3) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
- (2) SIPP hanya diberikan kepada perawat yang memiliki pendidikan ahli madya keperawatan atau memiliki pendidikan keperawatan dengan kompetensi lebih tinggi.
- (3) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan dengan melampirkan :
 - a. foto kopi ijazah ahli madya keperawatan, atau ijazah pendidikan dengan kompetensi lebih tinggi yang diakui pemerintah;
 - b. surat keterangan pengalaman kerja minimal 3(tiga) tahun dari pimpinan sarana tempat kerja, khusus bagi ahli madya keperawatan;
 - c. foto kopi SIP yang masih berlaku;
 - d. surat keterangan sehat dari dokter;
 - e. pas foto 4 x 6 cm sebanyak 2(dua) lembar;
 - f. rekomendasi dari organisasi profesi;
- (4) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seperti tercantum pada formulir V terlampir;
- (5) Perawat yang telah memiliki SIPP dapat melakukan praktik berkelompok.
- (6) Tata cara perizinan praktik berkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (5) sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.

**Rancangan
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 20
TENTANG
PRAKTIK KEPERAWATAN**

Pasal 30

- (1) Perawat yang teregistrasi berhak menggunakan sebutan RN (Register Nurse) di belakang nama, khusus untuk perawat profesional, atau PN (Practical Nurse) untuk perawat vokasional.
- (2) Sebutan RN dan PN ditetapkan oleh Konsil Keperawatan Indonesia.

Pasal 31

- (1) Surat Izin Praktik Perawat berlaku selama 5 (lima) tahun dan diregistrasi ulang setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Registrasi ulang dilakukan dengan persyaratan sebagaimana dimaksud pada pasal 27 ayat (3) huruf d dan huruf g, ditambah dengan:
 - a. rekomendasi dari Komite Etik dan Disiplin
 - b. angka kredit pendidikan berlanjut
- (3) SIPP hanya diberikan paling banyak di 2 (dua) tempat pelayanan kesehatan.

Pasal 32

- (1) Perawat Asing yang akan melaksanakan praktik keperawatan di Indonesia harus dilakukan adaptasi dan evaluasi.
- (2) Adaptasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada sarana pendidikan milik pemerintah sesuai dengan jenjang pendidikan.
- (3) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. keabsahan ijazah;
 - b. kemampuan untuk melakukan praktik keperawatan yang dinyatakan dengan surat keterangan telah mengikuti program adaptasi dan STRP;
 - c. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji perawat;
 - d. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental; dan

- e. membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan kode etik keperawatan Indonesia.
- (4) Perawat asing selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) juga harus melengkapi surat izin kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan kemampuan berbahasa Indonesia.
- (5) Perawat asing yang telah memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) diberikan SIPP oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 900/MENKES/SK/VII/2002

TENTANG

REGISTRASI DAN PRAKTIK BIDAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :** bahwa dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah perlu diadakan penyempurnaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Registrasi dan Praktik Bidan;
- Mengingat :**
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
 3. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4090);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4095);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 77, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4106);
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4124);
 10. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1994 tentang Pengangkatan Bidan Sebagai Pegawai Tidak Tetap;

11. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Keputusan Presiden Nomor 23 Tahun 1994 tentang Pengangkatan Bidan Sebagai Pegawai Tidak Tetap;
12. Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1446.A/Menkes-Kessos/SK/IX/2000 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Perpanjangan Masa Bakti Bidan PTT dan Pengembangan Karier Bidan Pasca PTT;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG REGISTRASI DAN PRAKTIK BIDAN

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan Menteri ini yang dimaksud dengan :

1. Bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.
2. Registrasi adalah proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan, setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yang ditetapkan, sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya.
3. Surat Izin Bidan selanjutnya disebut SIB adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pelayanan asuhan kebidanan di seluruh wilayah Republik Indonesia.
4. Praktik Bidan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan kepada pasien (individu, keluarga, dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya.
5. Surat Izin Praktik Bidan selanjutnya disebut SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan kepada bidan untuk menjalankan praktik bidan.
6. Standar Profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam melaksanakan profesi secara baik.
7. Organisasi Profesi adalah Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

BAB II PELAPORAN DAN REGISTRASI

Pasal 2

- (1) Pimpinan penyelenggaraan pendidikan bidan wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi mengenai peserta didik yang baru lulus, selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah dinyatakan lulus.
- (2) Bentuk dan isi laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir I terlampir.

Pasal 3

- (1) Bidan yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dimana institusi pendidikan berada guna memperoleh SIB selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah menerima ijazah bidan.
- (2) Kelengkapan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain meliputi:
 - a. fotokopi Ijazah Bidan;
 - b. fotokopi Transkrip Nilai Akademik;
 - c. surat keterangan sehat dari dokter;
 - d. pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
- (3) Bentuk permohonan SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir II terlampir.

Pasal 4

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan melakukan registrasi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 untuk menerbitkan SIB.
- (2) SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan, dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak permohonan diterima dan berlaku secara nasional.
- (3) Bentuk dan isi SIB sebagaimana tercantum dalam Formulir III terlampir.

Pasal 5

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi harus membuat pembukuan registrasi mengenai SIB yang telah diterbitkan.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi menyampaikan laporan secara berkala kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretariat Jenderal c.q Kepala Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan dengan tembusan kepada organisasi profesi mengenai SIB yang telah diterbitkan untuk kemudian secara berkala akan diterbitkan dalam buku registrasi nasional.

Pasal 6

- (1) Bidan lulusan luar negeri wajib melakukan adaptasi untuk melengkapi persyaratan mendapatkan SIB.
- (2) Adaptasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada sarana pendidikan yang terakreditasi yang ditunjuk pemerintah.
- (3) Bidan yang telah menyelesaikan adaptasi diberikan surat keterangan selesai adaptasi oleh pimpinan sarana pendidikan.
- (4) Untuk melakukan adaptasi bidan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi.
- (5) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dengan melampirkan:
 - a. Fotokopi Ijazah yang telah dilegalisir oleh Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi;
 - b. Fotokopi Transkrip Nilai Akademik yang bersangkutan.
- (6) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) menerbitkan rekomendasi untuk melaksanakan adaptasi.
- (7) Bidan yang telah melaksanakan adaptasi, berlaku ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dan Pasal 4.
- (8) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sebagaimana tercantum dalam Formulir IV terlampir.

Pasal 7

- (1) SIB berlaku selama 5 Tahun dan dapat diperbaharui serta merupakan dasar untuk menerbitkan SIPB.
- (2) Perbaharuan SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dimana bidan praktik dengan melampirkan antara lain:
 - a. SIB yang telah habis masa berlakunya;
 - b. Surat Keterangan sehat dari dokter;
 - c. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.

BAB III M A S A B A K T I

Pasal 8

Masa bakti bidan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB IV P E R I Z I N A N

Pasal 9

- (1) Bidan yang menjalankan praktik harus memiliki SIPB.
- (2) Bidan dapat menjalankan praktik pada sarana kesehatan dan/atau perorangan.

Pasal 10

- (1) SIPB sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dengan melampirkan persyaratan, antara lain meliputi:
 - a. fotokopi SIB yang masih berlaku;
 - b. fotokopi Ijazah Bidan;
 - c. surat persetujuan atasan, bila dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai Pegawai Negeri atau pegawai pada sarana kesehatan;
 - d. surat keterangan sehat dari dokter;
 - e. rekomendasi dari organisasi profesi;
 - f. pas foto 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.
- (3) Rekomendasi yang diberikan organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, setelah terlebih dahulu dilakukan penilaian kemampuan keilmuan dan ketrampilan, kepatuhan terhadap kode etik profesi serta kesanggupan melakukan praktik bidan.
- (4) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seperti tercantum dalam Formulir V terlampir.

PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 19 TAHUN 2005

TENTANG STANDAR NASIONAL PENDIDIKAN

Bagian Ketiga Beban Belajar

Pasal 10

- (1) Beban belajar untuk SD/MI/SDLB, SMP/MTs/SMPLB, SMA/MA/SMLB, SMK/MAK atau bentuk lain yang sederajat menggunakan jam pembelajaran setiap minggu setiap semester dengan sistem tatap muka, penugasan terstruktur, dan kegiatan mandiri tidak terstruktur, sesuai kebutuhan dan ciri khas masing-masing.
- (2) MI/MTs/MA atau bentuk lain yang sederajat dapat menambahkan beban belajar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk kelompok mata pelajaran agama dan akhlak mulia serta kelompok mata pelajaran kewarganegaraan dan kepribadian sesuai dengan kebutuhan dan ciri khasnya.
- (3) Ketentuan mengenai beban belajar, jam pembelajaran, waktu efektif tatap muka, dan persentase beban belajar setiap kelompok matapelajaran ditetapkan dengan Peraturan Menteri berdasarkan usulan BSNP.

Pasal 11

- (1) Beban belajar untuk SMP/MTs/SMPLB, atau bentuk lain yang sederajat dapat dinyatakan dalam satuan kredit semester (SKS).
- (2) Beban belajar untuk SMA/MA/SMLB, SMK/MAK atau bentuk lain yang sederajat pada jalur pendidikan formal kategori standar dapat dinyatakan dalam satuan kredit semester.
- (3) Beban belajar untuk SMA/MA/SMLB, SMK/MAK atau bentuk lain yang sederajat pada jalur pendidikan formal kategori mandiri dinyatakan dalam satuan kredit semester.
- (4) Beban belajar minimal dan maksimal bagi satuan pendidikan yang menerapkan sistem SKS ditetapkan

Pasal 31

- (1) Pendidik pada pendidikan tinggi memiliki kualifikasi pendidikan minimum:
 - a. lulusan diploma empat (D-IV) atau sarjana (S1) untuk program diploma;
 - b. lulusan program magister (S2) untuk program sarjana (S1); dan
 - c. lulusan program doktor (S3) untuk program magister (S2) dan program doktor (S3).

- (2) Selain kualifikasi pendidik sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) butir a, pendidik pada program vokasi harus memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan tingkat dan bidang keahlian yang diajarkan yang dihasilkan oleh perguruan tinggi.
- (3) Selain kualifikasi pendidik sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) butir b, pendidik pada program profesi harus memiliki sertifikat kompetensi setelah sarjana sesuai dengan tingkat dan bidang keahlian yang diajarkan yang dihasilkan oleh perguruan tinggi.

Pasal 32

- (1) Pendidik kelompok mata pelajaran agama dan akhlak mulia memiliki kualifikasi minimum dan sertifikasi sesuai dengan jenjang kewenangan mengajar sebagaimana diatur dalam Pasal 28 sampai dengan pasal 31.
- (2) Selain syarat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 sampai dengan Pasal 31 menteri yang menangani urusan pemerintahan di bidang agama dapat memberikan kriteria tambahan.

Pasal 33

- (1) Pendidik di lembaga kursus dan lembaga pelatihan keterampilan harus memiliki kualifikasi dan kompetensi minimum yang dipersyaratkan.
- (2) Kualifikasi dan kompetensi minimum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikembangkan oleh BSNP dan ditetapkan dengan Peraturan Menteri.

Pasal 34

Rasio pendidik terhadap peserta didik ditetapkan dalam Peraturan Menteri berdasarkan usulan dari BSNP.

BAB XIII AKREDITASI

Pasal 86

- (1) Pemerintah melakukan akreditasi pada setiap jenjang dan satuan pendidikan untuk menentukan kelayakan program dan/atau satuan pendidikan.
- (2) Kewenangan akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat pula dilakukan oleh lembaga mandiri yang diberi kewenangan oleh Pemerintah untuk melakukan akreditasi.
- (3) Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sebagai bentuk akuntabilitas publik dilakukan secara obyektif, adil, transparan, dan komprehensif dengan menggunakan instrumen dan kriteria yang mengacu kepada Standar Nasional Pendidikan.

Pasal 87

- (1) Akreditasi oleh Pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 ayat (1) dilaksanakan oleh:

- a. BAN-S/M terhadap program dan/atau satuan pendidikan pendidikan jalur formal pada jenjang pendidikan dasar dan menengah;
 - b. BAN-PT terhadap program dan/atau satuan pendidikan jenjang pendidikan tinggi; dan
 - c. BAN-PNF terhadap program dan/atau satuan pendidikan jalur nonformal.
- (2) Dalam melaksanakan akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BAN-S/M dibantu oleh badan akreditasi provinsi yang dibentuk oleh Gubernur.
 - (3) Badan akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri.
 - (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya badan akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat mandiri.
 - (5) Ketentuan mengenai badan akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri.

Pasal 88

- (1) Lembaga mandiri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 ayat (2) dapat melakukan fungsinya setelah mendapat pengakuan dari Menteri.
- (2) Untuk memperoleh pengakuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) lembaga mandiri wajib memenuhi persyaratan sekurang-kurangnya:
 - a. berbadan hukum Indonesia yang bersifat nirlaba.
 - b. memiliki tenaga ahli yang berpengalaman di bidang evaluasi pendidikan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai lembaga mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB XIV SERTIFIKASI

Pasal 89

- (1) Pencapaian kompetensi akhir peserta didik dinyatakan dalam dokumen ijazah dan/ atau sertifikat kompetensi.
- (2) Ijazah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh satuan pendidikan dasar dan menengah serta satuan pendidikan tinggi, sebagai tanda bahwa peserta didik yang bersangkutan telah lulus dari satuan pendidikan.
- (3) Pada jenjang pendidikan dasar dan menengah, ijazah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya berisi:
 - a. Identitas peserta didik;
 - b. Pernyataan bahwa peserta didik yang bersangkutan telah lulus dari penilaian akhir satuan pendidikan beserta daftar nilai mata pelajaran yang ditempuhnya;
 - c. Pernyataan tentang status kelulusan peserta didik dari Ujian Nasional beserta daftar nilai mata pelajaran yang diujikan; dan
 - d. Pernyataan bahwa peserta didik yang bersangkutan telah memenuhi seluruh kriteria dan dinyatakan lulus dari satuan pendidikan.
- (4) Pada jenjang pendidikan tinggi ijazah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya berisi:
 - a. Identitas peserta didik;

- b. Pernyataan bahwa peserta didik yang bersangkutan telah memenuhi seluruh kriteria dan dinyatakan lulus dari satuan pendidikan.
- (5) Sertifikat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh satuan pendidikan yang terakreditasi atau oleh lembaga sertifikasi mandiri yang dibentuk oleh organisasi profesi yang diakui Pemerintah sebagai tanda bahwa peserta didik yang bersangkutan telah lulus uji kompetensi.
- (6) Sertifikat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) sekurang-kurangnya berisi:
 - a. Identitas peserta didik;
 - b. Pernyataan bahwa peserta didik yang bersangkutan telah lulus uji kompetensi untuk semua mata pelajaran atau mata kuliah keahlian yang dipersyaratkan dengan nilai yang memenuhi syarat sesuai ketentuan yang berlaku;
 - c. Daftar semua mata pelajaran atau mata kuliah keahlian yang telah ditempuh uji kompetensinya oleh peserta didik, beserta nilai akhirnya.

SURAT EDARAN KA BPPSDMK MENYANGKUT PP NO 30 TAHUN 1980

Nomor : KP.04.04.3.3.1.242.1 Jakarta, 28 Januari 2004
Lampiran :
Perihal : Pendayagunaan Poltekkes Depkes
pada institusi pendidikan Di luar Depkes

Kepada Yth
Direktur Poltekkes
Departemen Kesehatan RI
Di Seluruh Indonesia

Sehubungan dengan banyaknya pertanyaan berkenaan dengan pendayagunaan tenaga dosen di lingkungan Departemen Kesehatan paada institusi pendidikan tenaga kesehatan di luar Departemen Kesehatan, dengan ini kami sampaikan hal-hal sebagai berikut :

1. Mengacu kepada keputusan MENKOWASBANGPAN Nomor : 38/Kep/MK.WASPAN/8/1999 tanggal 24 Agustus 1999 tentang Jabatan Fungsional Dosen dan Angka Kreditnya, perlu ditegaskan bahwa :
 - a. Tugas utama dosen adalah mengajar pada perguruan tinggi yang bersangkutan (pasal 1 ayat 1)
 - b. Pengertian pengajaran adalah pengembangan penalaran peserta didik untuk mendalami kaidah-kaidah keilmuan sebagai pelaksanaan tugas fungsional dosen yang terdiri dari pemilihan dan pengorganisasian materi, pelaksanaan kegiatan pembelajaran sesuai dengan sasaran pembelajaran dan penilaian proses serta hasil pembelajaran sesuai dengan sasaran kurikulum yang ditentukan (pasal 1 ayat 5)
 - c. Tugas pokok dosen adalah melaksanakan pendidikan dan pengajaran pada perguruan tinggi, penelitian serta pengabdian masyarakat (pasal 3)
 - d. Kegiatan pengajaran dosen di luar Perguruan Tinggi yang bersangkutan harus secara melembaga yaitu mendapatkan penugasan terstruktur dari Pimpinan Perguruan Tinggi. (lampiran II Rincian Kegiatan Dosen dan Angka Kreditnya)
2. Sebagaimana kedudukannya sebagai PNS, maka setiap dosen wajib mentaati jam kerja sebagaimana dimaksud pada Pasal 2 huruf k PP Nomor 30 tahun 1980 Tentang Disiplin Pegawai Negeri
3. Unsur penyelenggaraan pendidikan sebagaimana dimaksud pasal 11 ayat 3. Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor : 43/Menkes- Kesos/SKI/2001 tanggal 22 Januari 2001 tentang Izin Penyelenggaraan Pendidikan Diploma Bidang Kesehatan, adalah harus purna waktu kecuali Dosen Luar Biasa
4. Tunjangan Dosen tidak diberikan kepada Dosen Tidak Tetap atau Dosen Luar Biasa dan Dosen yang tidak dapat menjalankan tugasnya karena sebab lain, sebagaimana dimaksud pasal 5 ayat 3 KEPPRES Nomor 9 Tahun 2001 tentang Tunjangan Dosen

5. Sebagaimana maksud Surat Sekretaris Jendral Depkes Nomor KP.04.02.2.4.5553 tanggal 1 Maret 1991 perihal memperkerjakan Tenaga Pengajar guru secara Full Timer pada Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan Non Depkes, dapat ditegaskan bahwa :
- a. Pendayagunaan PNS dilingkungan Depkes harus sejalan dengan peran swasta yang makin didorong kemandiriannya
 - b. Kebijaksanaan Depkes dalam mendayagunakan PNS Depkes ke Institusi Swasta mulai tahun 1991 di tetapkan sebagai berikut :
 1. Bagi PNS yang berusia kurang dari 45 tahun harus berhenti sebagai PNS, apabila memilih bertugas secara penuh di institusi swasta
 2. Bagi yang berusia 45 tahun atau lebih dapat diperbantukan untuk paling lama 5 tahun hingga mencapai usia 50 tahun apabila masa kerjanya 20 tahun kemudian dipensiunkan
 - c. Usul untuk memberikan bantuan tenaga pengajar/guru secara full timer pada institusi pendidikan tenaga kesehatan non Depkes tidak dapat dipertimbangkan

Selanjutnya dengan mengacu kepada ketentuan-ketentuan tersebut diatas, dalam rangka menjamin kelancaran proses belajar di institusi pendidikan tenaga kesehatan, maka Badan PPSDM kesehatan Depkes mengatur pemberdayagunaan Dosen Poltekkes Depkes sebagai berikut :

1. Dosen pada Poltekkes Depkes wajib mentaati jam kerja sebagaimana dimaksud pada pasal 2 huruf k PP Nomor 30 Tahun 1980 tentang Disiplin Pegawai Negeri
2. Pendayagunaan Dosen Poltekkes Depkes secara full timer pada institusi pendidikan baik pada institusi pendidikan tenaga kesehatan maupun institusi pendidikan non tenaga kesehatan yang dikelola oleh pemerintah Daerah atau Masyarakat (swasta) tidak diperkenankan.
3. Pendayagunaan Dosen Poltekkes untuk maksud pemenuhan standar tenaga pengajar guna proses permohonan izin pendirian institusi pendidikan tenaga kesehatan yang dikelola oleh Pemerintah Daerah atau masyarakat tidak diperkenankan kecuali :
 - a. Kepala Pemerintah Daerah / Pimpinan Yayasan Calon Pengelola Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan dimana mereka ditugaskan, bersedia menanggung segala biaya yang bersangkutan, sehingga tidak membebani Anggaran Belanja dan Pendapatan Negara
 - b. Dosen yang bersangkutan mengajukan permohonan untuk beralih status kepegawaian ke status PNS Daerah Otonom dimana yang bersangkutan akan ditugaskan dan telah tersedia formasi pelimpahan, serta telah mendapat persetujuan BKN
 - c. Dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun ke depan Dosen yang bersangkutan bermaksud mengajukan permohonan berhenti sebagai PNS karena telah mencapai batas usia pensiun PNS
 - d. Dosen yang bersangkutan mengajukan permohonan berhenti sebagai PNS karena memilih tugas secara full timer pada institusi pendidikan tenaga kesehatan di luar Poltekkes Depkes
4. Pendayagunaan Dosen Poltekkes Depkes secara paruh waktu dalam jam kerja/ dinas sebagai dosen tidak tetap pada institusi pendidikan tenaga kesehatan maupun pada institusi pendidikan non tenaga kesehatan dapat dilakukan dengan

- penugasan secara melembaga (terstruktur) dari Direktur Poltekkes selaku Pimpinan Perguruan Tinggi
5. Penugasan Dosen pada institusi pendidikan tersebut butir 4, diarahkan dalam rangka pemenuhan kebutuhan angka kredit (jam tatap muka) guna pengembangan karier kepangkatan dan fungsional dosen yang bersangkutan serta pelaksanaan tugas pengabdian kepada masyarakat
 6. Terhitung tanggal 1 April 2004 menarik kembali semua penugasan para Dosen Poltekkes Depkes (SK Penugasan yang diterbitkan oleh para Pejabat Kanwil Depkes Propinsi, Dinas Kesehatan Propinsi, Direktur Akademi Kesehatan Depkes dan Sekolah Kesehatan Depkes), yang dipekerjakan baik secara full timer maupun part timer pada beberapa Perguruan Tinggi dan Masyarakat (Swasta), selanjutnya kepada Dosen yang bersangkutan diinstruksikan agar segera melaksanakan tugas pada Poltekkes Depkes semula secara full timer
 7. Kepada para Dosen Poltekkes yang ada pada saat ini didayagunakan / diperbantukan secara penuh pada Perguruan Tinggi Negeri, Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan yang dikelola oleh Pemerintah Daerah diperkenankan mengajukan permohonan pindah status (melimpah) ke PNS Pusat (Depdiknas) atau PNS Daerah Otonom, kecuali bagi mereka yang masih dalam ikatan pengabdian setelah tugas belajar (harus menunggu ikatan pengabdian selesai)
 8. Kepada para Dosen Poltekkes Depkes yang saat ini didayagunakan / ditugaskan secara full timer pada institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan yang dikelola Masyarakat (swasta), harus mengajukan permohonan berhenti sebagai PNS apabila yang bersangkutan memilih untuk tetap bekerja secara full timer pada institusi Pendidikan tersebut
 9. Kepada para Dosen Poltekkes Depkes yang saat ini ditugaskan secara penuh diluar Jabatan Fungsional Dosen (termasuk menduduki jabatan struktural) baik pada Poltekkes Depkes maupun pada unit organisasi lain, harus diberhentikan sementara dari jabatan fungsional dosen (termasuk tunjangan jabatan dosen)

Demikian untuk dilaksanakan dan ditindaklanjuti, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih

Kepala Badan PPSDM Kesehatan

ttd

Dr. Irhamsyah Ratu Bagus, SKM

NIP. 140053594

Tembusan kepada Yth :

1. Menteri Kesehatan RI
2. Sekretaris Jenderal Depkes di Jakarta
3. Inspektur Jenderal Depkes di Jakarta
4. Kepala Biro Kepegawaian Depkes di Jakarta
5. Sekretaris Badan PPSDM Kesehatan Depkes di Jakarta

6. Para Kepala Dinas Kesehatan Propinsi di Seluruh Indonesia
7. Para Kepala Pusat di Lingkungan Badan PPSDM Kes Depkes di Jakarta
8. Para Ketua Jurusan Poltekkes Depkes di Seluruh Indonesia
9. Para Ketua Program Studi Poltekkes Depkes di Seluruh Indonesia

Jakarta, 17 Maret 2004

KEPALA PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

ttd

Dr. Bambang Sardjono, MPH

NIP. 140127292

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Badan PPSDM Kesehatan sebagai laporan
2. Direktur Politeknik Kesehatan seluruh Indonesia
3. Ketua Prodi/Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan seluruh Indonesia
4. Ketua Prodi/Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan seluruh Indonesia
5. Direktur Akademi Keperawatan dan Kebidanan di seluruh Indonesia

PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 30 TAHUN 1980

TENTANG PERATURAN DISIPLIN PEGAWAI NEGERI SIPIL

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang :

- a. bahwa untuk menjamin terpeliharanya tata tertib dan kelancaran pelaksanaan tugas, dipandang perlu menetapkan peraturan disiplin Pegawai Negeri Sipil;
- b. bahwa Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 1952 tentang Hukuman Jabatan dipandang tidak sesuai lagi, oleh sebab itu perlu ditinjau kembali dan disempurnakan;

Mengingat :

1. Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945;
2. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor II / MPR / 1978 tentang Pedoman Penghayatan dan Pengamalan Pancasila (Ekaprasetya Pancakarsa);
3. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3041);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1974 tentang Pembatasan Kegiatan Pegawai Negeri dalam Usaha Swasta (Lembaran Negara Tahun 1974 Nomor 8, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3021);

M E M U T U S K A N :

Menetapkan :

PERATURAN PEMERINTAH TENTANG PERATURAN DISIPLIN PEGAWAI NEGERI SIPIL.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Pemerintah ini yang dimaksud dengan :

- a. Peraturan Disiplin Pegawai Negeri Sipil adalah peraturan yang mengatur kewajiban, larangan, dan sanksi apabila kewajiban tidak ditaati atau larangan dilanggar oleh Pegawai Negeri Sipil ;
- b. Pelanggaran disiplin adalah setiap ucapan, tulisan, atau perbuatan Pegawai Negeri Sipil yang melanggar ketentuan Peraturan Disiplin Pegawai Negeri Sipil, baik yang dilakukan di dalam maupun di luar jam kerja;

- c. hukuman disiplin adalah hukuman yang dijatuhkan kepada Pegawai Negeri Sipil karena melanggar Peraturan Disiplin Pegawai Negeri Sipil;
- d. pejabat yang berwenang menghukum adalah pejabat yang diberi wewenang menjatuhkan hukuman disiplin Pegawai Negeri Sipil;
- e. atasan pejabat yang berwenang menghukum adalah atasan langsung dari pejabat yang berwenang menghukum;
- f. perintah kedinasan adalah perintah yang diberikan oleh atasan yang berwenang mengenai atau yang ada hubungannya dengan kedinasan;
- g. peraturan kedinasan adalah peraturan yang ditetapkan oleh pejabat yang berwenang mengenai kedinasan atau yang ada hubungannya dengan kedinasan.

BAB II KEWAJIBAN DAN LARANGAN

Pasal 2

Setiap Pegawai Negeri Sipil wajib :

- a. setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945, Negara, dan Pemerintah;
- b. mengutamakan kepentingan Negara di atas kepentingan golongan atau diri sendiri, serta menghindarkan segala sesuatu yang dapat mendesak kepentingan Negara oleh kepentingan golongan, diri sendiri, atau pihak lain;
- c. menjunjung tinggi kehormatan dan martabat Negara, Pemerintah, dan Pegawai Negeri Sipil;
- d. mengangkat dan mentaati sumpah/janji Pegawai Negeri Sipil dan sumpah/janji jabatan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- e. menyimpan rahasia Negara dan atau rahasia jabatan dengan sebaik-baiknya;
- f. memperhatikan dan melaksanakan segala ketentuan Pemerintah baik langsung menyangkut tugas kedinasannya maupun yang berlaku secara umum;
- g. melaksanakan tugas kedinasan dengan sebaik-baiknya dan dengan penuh pengabdian, kesadaran, dan tanggung jawab;
- h. bekerja dengan jujur, tertib, cermat, dan bersemangat untuk kepentingan Negara;
- i. memelihara dan meningkatkan keutuhan, kekompakan, persatuan, dan kesatuan Korps Pegawai Negeri Sipil;
- j. segera melaporkan kepada atasannya, apabila mengetahui ada hal yang dapat membahayakan atau merugikan Negara/Pemerintah, terutama di bidang keamanan keuangan, dan material;
- k. mentaati ketentuan jam kerja;
- l. menciptakan dan memelihara suasana kerja yang baik;
- m. menggunakan dan memelihara barang-barang milik Negara dengan sebaik-baiknya;
- n. memberikan pelayanan dengan sebaik-baiknya kepada masyarakat menurut bidang tugasnya masing-masing;
- o. bertindak dan bersikap tegas, tetapi adil dan bijaksana terhadap bawahannya;
- p. membimbing bawahannya dalam melaksanakan tugasnya;
- q. menjadi dan memberikan contoh serta teladan yang baik terhadap bawahannya;
- r. mendorong bawahannya untuk meningkatkan prestasi kerjanya;
- s. memberikan kesempatan kepada bawahannya untuk mengembangkan kariernya;
- t. mentaati ketentuan peraturan perundang-undangan tentang perpajakan;
- u. berpakaian rapi dan sopan serta bersikap dan bertingkah laku sopan santun terhadap

- masyarakat, sesama Pegawai Negeri Sipil, dan terhadap atasan;
- v. hormat menghormati antara sesama warganegara yang memeluk agama/kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, yang berlainan;
- w. menjadi teladan sebagai warganegara yang baik dalam masyarakat;
- x. mentaati segala peraturan perundang-undangan dan peraturan kedinasan yang berlaku;
- y. mentaati perintah kedinasan dari atasan yang berwenang;
- z. memperhatikan dan menyelesaikan dengan sebaik-baiknya setiap laporan yang diterima mengenai pelanggaran disiplin.

Pasal 3

(1) Setiap Pegawai Negeri Sipil dilarang:

- a. melakukan hal-hal yang dapat menurunkan kehormatan atau martabat Negara, Pemerintah, atau Pegawai Negeri Sipil;
- b. menyalahgunakan wewenangnya;
- c. tanpa izin Pemerintah menjadi Pegawai atau bekerja untuk negara asing;
- d. menyalahgunakan barang-barang, uang, atau surat-surat berharga milik Negara,
- e. memiliki, menjual, membeli, menggadaikan, menyewakan, atau meminjamkan barang-barang, dokumen, atau surat-surat berharga milik Negara secara tidak sah;
- f. melakukan kegiatan bersama dengan atasan, teman sejawat, bawahan, atau orang lain di dalam maupun di luar lingkungan kerjanya dengan tujuan untuk keuntungan pribadi, golongan, atau pihak lain, yang secara langsung atau tidak langsung merugikan Negara;
- g. melakukan tindakan yang bersifat negatif dengan maksud membalas dendam terhadap bawahannya atau orang lain di dalam maupun diluar lingkungan kerjanya;
- h. menerima hadiah atau sesuatu pemberian berupa apa saja dari siapapun juga yang diketahui atau patut dapat di duga bahwa pemberian itu bersangkutan atau mungkin bersangkutan dengan jabatan atau pekerjaan Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan;
- i. memasuki tempat-tempat yang dapat mencemarkan kehormatan atau martabat Pegawai Negeri Sipil, kecuali untuk kepentingan jabatan;
- j. bertindak sewenang-wenang terhadap bawahannya;
- k. melakukan suatu tindakan atau sengaja tidak melakukan suatu tindakan yang dapat berakibat menghalangi atau mempersulit salah satu pihak yang dilayaninya sehingga mengakibatkan kerugian bagi pihak yang dilayani;
- l. menghalangi berjalannya tugas kedinasan;
- m. membocorkan dan atau memanfaatkan rahasia Negara yang diketahui karena kedudukan jabatan untuk kepentingan pribadi, golongan, atau pihak lain;
- n. bertindak selaku perantara bagi sesuatu pengusaha atau golongan untuk mendapatkan pekerjaan atau pesanan dari kantor/instansi Pemerintah;
- o. memiliki saham/modal dalam perusahaan yang kegiatan usahanya berada dalam ruang lingkup kekuasaannya;
- p. memiliki saham suatu perusahaan yang kegiatannya tidak berada dalam ruang lingkup kekuasaannya yang jumlah dan sifat pemilikan itu sedemikian rupa sehingga melalui pemilikan saham tersebut dapat langsung atau tidak langsung menentukan penyelenggaraan atau jalannya perusahaan;

- q. melakukan kegiatan usaha dagang baik secara resmi, maupun sambilan, menjadi direksi, pimpinan atau komisaris perusahaan swasta bagi yang berpangkat Pembina golongan ruang IV/a ke atas atau yang memangku jabatan eselon I.
- r. melakukan pungutan tidak sah dalam bentuk apapun juga dalam melaksanakan tugasnya untuk kepentingan pribadi, golongan, atau pihak lain.

(2) Pegawai Negeri Sipil yang berpangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d ke bawah yang akan melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf q, wajib mendapat izin tertulis dari pejabat yang berwenang.

BAB III HUKUMAN DISIPLIN

Bagian Pertama Pelanggaran Disiplin

Pasal 4

Setiap ucapan, tulisan, atau perbuatan Pegawai Negeri Sipil yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 3, adalah pelanggaran disiplin.

Pasal 5

Dengan tidak mengurangi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan pidana, Pegawai Negeri Sipil yang melakukan pelanggaran disiplin dijatuhi hukuman disiplin oleh pejabat yang berwenang menghukum.

Bagian Kedua Tingkat dan Jenis Hukuman Disiplin

Pasal 6

(1) Tingkat Hukuman disiplin terdiri dari :

- a. hukuman disiplin ringan;
- b. hukuman disiplin sedang; dan
- c. hukuman disiplin berat.

(2) Jenis hukuman disiplin ringan terdiri dari :

- a. tegoran lisan;
- b. tegoran tertulis; dan
- c. pernyataan tidak puas secara tertulis.

(3) Jenis hukuman disiplin sedang terdiri dari :

- a. penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun;
- b. penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
- c. penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun.

(4) Jenis hukuman disiplin berat terdiri dari :

- a. penurunan pangkat pada pangkat yang setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun;
- b. pembebasan dari jabatan;

- c. pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai pegawai Negeri Sipil; dan
- d. pemberhentian tidak dengan hormat sebagai Pegawai Negeri Sipil.

Bagian Ketiga Pejabat yang Berwenang Menghukum

Pasal 7

- (1) Pejabat yang berwenang menghukum adalah :
- a. Presiden bagi Pegawai Negeri Sipil yang :
 - 1. berpangkat Pembina Tingkat I golongan ruang IV/b keatas, sepanjang mengenai jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf c dan huruf d;
 - 2. memangku jabatan struktural eselon I atau jabatan lain yang wewenang pengangkatan dan pemberhentiannya berada di tangan Presiden, sepanjang mengenai jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf b;
 - b. Menteri dan Jaksa Agung bagi Pegawai Negeri Sipil dalam lingkungannya masing-masing, kecuali jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam :
 - 1. Pasal 6 ayat (4) huruf c dan huruf d bagi Pegawai Negeri Sipil yang berpangkat Pembina Tingkat I golongan ruang IV/b ke atas;
 - 2. Pasal 6 ayat (4) huruf b bagi Pegawai Negeri Sipil yang memangku jabatan struktural eselon I atau jabatan lain yang wewenang pengangkatan dan pemberhentiannya berada di tangan Presiden;
 - c. Pimpinan Kesekretariatan Lembaga Tertinggi/Tinggi Negara dan Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen bagi Pegawai Negeri Sipil dalam lingkungannya masing-masing, kecuali jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam:
 - 1. Pasal 6 ayat (4) huruf d;
 - 2. Pasal 6 ayat (4) huruf c bagi Pegawai Negeri Sipil yang berpangkat Pembina Tingkat I golongan ruang IV/b ke atas;
 - 3. Pasal 6 ayat (4) huruf b bagi Pegawai Negeri Sipil yang memangku jabatan struktural eselon I atau jabatan lain yang wewenang pengangkatan dan pemberhentiannya berada di tangan Presiden;
 - d. Gubernur Kepala Daerah Tingkat I bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat yang diperbantukan pada Daerah Otonom dan bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah dalam lingkungannya masing-masing kecuali jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam:
 - 1. Pasal 6 ayat (4) huruf c dan huruf d bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat yang diperbantukan pada Daerah Otonom;
 - 2. Pasal 6 ayat (4) huruf d bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah;
 - 3. Pasal 6 ayat (4) huruf c bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah yang berpangkat Pembina Tingkat I golongan ruang IV/b ke atas;
 - e. Kepala Perwakilan Republik Indonesia di luar negeri bagi Pegawai Negeri Sipil yang dipekerjakan pada Perwakilan Republik Indonesia di luar Negeri, dipekerjakan/diperbantukan pada negara sahabat atau sedang menjalankan tugas belajar di luar negeri, sepanjang mengenai jenis hukuman disiplin

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) dan ayat (4) huruf b.

3. Jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf d bagi Pegawai Negeri Sipil yang berpangkat Pembina golongan ruang IV/a ke bawah dalam lingkungan Kesekretariatan Lembaga Tertinggi/Tinggi Negara dan Lembaga Pemerintah Non Departemen hanya dapat dijatuhkan oleh Menteri/Sekretaris Negara.
4. Jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf d bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah yang berpangkat Pembina golongan ruang IV/a ke bawah dalam lingkungan Daerah Otonom, hanya dapat dijatuhkan oleh Menteri Dalam Negeri atas usul Gubernur Kepala Daerah yang bersangkutan.

Pasal 8

Pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf b huruf c, dan huruf d dapat mendelegasikan sebagian wewenangnya kepada pejabat lain dalam lingkungan kekuasaannya untuk menjatuhkan hukuman disiplin dalam lingkungannya masing-masing, kecuali jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf c dan huruf d, dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. untuk menjatuhkan jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf a dapat didelegasikan kepada pejabat yang memegang jabatan struktural serendah-rendahnya eselon V atau jabatan lain yang setingkat dengan itu;
- b. untuk menjatuhkan jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2), dapat didelegasikan kepada pejabat yang memegang jabatan struktural serendah-rendahnya eselon IV atau pejabat lain yang setingkat dengan itu;
- c. untuk menjatuhkan jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) dan ayat (3) huruf a dapat didelegasikan kepada pejabat yang memegang jabatan struktural serendah-rendahnya eselon III atau jabatan lain yang setingkat dengan itu;
- d. untuk menjatuhkan jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) dan ayat (3) dapat didelegasikan kepada pejabat yang memegang jabatan struktural serendah-rendahnya eselon II atau jabatan lain yang setingkat dengan itu;
- e. untuk menjatuhkan jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2), ayat (3), dan ayat (4) huruf a dan huruf b dapat didelegasikan kepada pejabat yang memegang jabatan struktural eselon I atau jabatan lain yang setingkat dengan itu.

Bagian Keempat Tatacara Pemeriksaan, Penjatuhan, dan Penyampaian Keputusan Hukuman Disiplin

Pasal 9

- (1) Sebelum menjatuhkan hukuman disiplin, pejabat yang berwenang menghukum wajib

memeriksa lebih dahulu Pegawai Negeri Sipil yang disangka melakukan pelanggaran disiplin itu.

- (2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilakukan :
- (1) secara lisan, apabila atas pertimbangan pejabat yang berwenang menghukum, pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan akan dapat mengakibatkan ia dijatuhi salah satu jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2);
 - (2) secara tertulis, apabila atas pertimbangan pejabat yang berwenang menghukum, pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan akan dapat mengakibatkan ia dijatuhi salah satu jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) dan ayat (4).
 - (3) Pemeriksaan Pegawai Negeri Sipil yang disangka melakukan pelanggaran disiplin, dilakukan secara tertutup.

Pasal 10

Dalam melakukan pemeriksaan, pejabat yang berwenang menghukum dapat mendengar atau meminta keterangan dari orang lain apabila dipandang perlu.

Pasal 11

Pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, dapat memerintahkan pejabat bawahannya untuk memeriksa Pegawai Negeri Sipil yang disangka melakukan pelanggaran disiplin.

Pasal 12

- (1) Berdasarkan hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, pejabat yang berwenang menghukum memutuskan jenis hukuman disiplin yang dijatuhkan dengan mempertimbangkan secara seksama pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan.
- (2) Dalam keputusan hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), antara lain harus disebutkan pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan.

Pasal 13

- (1) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata melakukan beberapa pelanggaran disiplin, terhadapnya hanya dapat dijatuhi satu jenis hukuman disiplin.
- (2) Kepada Pegawai Negeri Sipil yang pernah dijatuhi hukuman disiplin yang kemudian melakukan pelanggaran disiplin yang sifatnya sama, terhadapnya dijatuhi hukuman disiplin yang lebih berat dari hukuman disiplin terakhir yang pernah dijatuhkan kepadanya.

Pasal 14

- (1) Jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf a,

- dinyatakan dan disampaikan secara lisan oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan.
- (2) Jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf b, dan huruf c, dinyatakan secara tertulis dan disampaikan oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan.
 - (3) Semua jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) dan ayat (4), ditetapkan dengan surat keputusan dan disampaikan oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan.
 - (4) Penyampaian hukuman disiplin dilakukan secara tertutup.

Bagian Kelima Keberatan atas Hukuman Disiplin

Pasal 15

- (1) Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi salah satu jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) tidak dapat mengajukan keberatan.
- (2) Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi salah satu jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) dan ayat (4), dapat mengajukan keberatan kepada atasan pejabat yang berwenang menghukum dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari terhitung mulai tanggal ia menerima keputusan hukuman disiplin tersebut.

Pasal 16

Keberatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) diajukan secara tertulis melalui saluran hirarki.

Dalam surat keberatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), harus dimuat alasan-alasan dari keberatan itu.

Pasal 17

Terhadap hukuman disiplin yang dijatuhkan oleh Presiden tidak dapat diajukan keberatan.

Terhadap hukuman disiplin yang dijatuhkan oleh pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1), huruf b, huruf c, huruf d, dan huruf e, tidak dapat diajukan keberatan, kecuali jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf c dan huruf d.

Pasal 18

Setiap pejabat yang menerima surat keberatan atas penjatuhan hukuman disiplin, wajib menyampaikannya kepada atasan pejabat yang berwenang menghukum melalui saluran hirarki dalam jangka waktu 3 (tiga) hari kerja terhitung mulai tanggal ia menerima surat keberatan itu.

Pasal 19

Apabila ada keberatan dari Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi hukuman disiplin, maka

pejabat yang berwenang menghukum yang bersangkutan wajib memberikan tanggapan atas keberatan yang diajukan oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan.

Tanggapan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), diberikan secara tertulis dan disampaikan kepada atasan pejabat yang berwenang menghukum yang bersangkutan dalam jangka waktu 3 (tiga) hari kerja terhitung mulai tanggal ia menerima surat keberatan itu.

Pasal 20

- (1) Atasan pejabat yang berwenang menghukum yang menerima surat keberatan tentang penjatuhan hukuman disiplin, wajib mengambil keputusan atas keberatan yang diajukan oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan dalam jangka waktu 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal ia menerima surat keberatan itu.
- (2) Apabila dipandang perlu, maka atasan pejabat yang berwenang menghukum dapat memanggil dan mendengar keterangan pejabat yang berwenang menghukum yang bersangkutan, Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi hukuman disiplin, dan atau orang lain yang dianggap perlu.

Pasal 21

- (1) Atasan pejabat yang berwenang menghukum dapat memperkuat atau mengubah hukuman disiplin yang dijatuhkan oleh pejabat yang berwenang menghukum.
- (2) Penguatan atau perubahan hukuman disiplin sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan surat keputusan atasan pejabat yang berwenang menghukum.
- (3) Terhadap keputusan atasan pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), tidak dapat diajukan keberatan).

Bagian Keenam Berlakunya Keputusan Hukuman Disiplin

Pasal 22

- (1) Hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) yang dijatuhkan kepada seorang Pegawai Negeri Sipil berlaku sejak tanggal disampaikan oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada yang bersangkutan.
- (2) Hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) dan ayat (4) :
 - a. apabila tidak ada keberatan, mulai berlaku pada hari kelima belas terhitung mulai tanggal Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan menerima keputusan hukuman disiplin itu, kecuali jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf b,
 - b. apabila ada keberatan, mulai berlaku sejak tanggal keputusan atas keberatan itu, kecuali jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) *19730 huruf b;
 - c. jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf b, mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan oleh pejabat yang berwenang menghukum.
 - d. Apabila Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi hukuman disiplin tidak hadir pada waktu penyampaian keputusan hukuman disiplin, maka hukuman disiplin itu berlaku

pada hari ketiga puluh terhitung mulai tanggal yang ditentukan untuk penyampaian keputusan hukuman disiplin tersebut.

BAB IV BADAN PERTIMBANGAN KEPEGAWAIAN

Pasal 23

- (1) Pegawai Negeri Sipil yang berpangkat Pembina golongan ruang IV/a ke bawah yang dijatuhi salah satu jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf c dan huruf d dapat mengajukan keberatan kepada Badan Pertimbangan Kepegawaian.
- (2) Badan Pertimbangan Kepegawaian sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dibentuk dengan Keputusan Presiden.

Pasal 24

- (1) Badan Pertimbangan Kepegawaian wajib mengambil keputusan mengenai keberatan yang diajukan oleh Pegawai Negeri Sipil kepadanya.
- (2) Keputusan yang diambil oleh Badan Pertimbangan Kepegawaian, adalah mengikat dan wajib dilaksanakan oleh semua pihak yang bersangkutan.

BAB V KETENTUAN - KETENTUAN LAIN

Pasal 25

Apabila ada alasan-alasan yang kuat, pejabat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf b, huruf c, dan huruf d dapat meninjau kembali hukuman disiplin yang telah dijatuhkan oleh pejabat bawahannya yang berwenang menghukum dalam lingkungannya masing-masing.

Pasal 26

Pegawai Negeri Sipil yang meninggal dunia atau mencapai batas usia pensiun pada waktu sedang menjalani hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf a dan b, dan ayat (4) huruf a, dianggap telah selesai menjalani hukuman disiplin.

Pasal 27

Ketentuan-ketentuan Peraturan Pemerintah ini berlaku juga bagi :

- a. Calon Pegawai Negeri Sipil;
- b. Pegawai bulanan di samping pensiun.

Calon Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi hukuman disiplin sedang atau berat, dinyatakan tidak memenuhi syarat untuk diangkat menjadi Pegawai Negeri Sipil.

Hukuman disiplin yang dapat dijatuhkan kepada pegawai bulanan di samping pensiun, hanyalah jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) dan ayat (4) huruf b.

Pasal 28

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan Pemerintah ini diatur lebih lanjut dengan Keputusan Presiden.

Pasal 29

Ketentuan-ketentuan teknis tentang pelaksanaan Peraturan Pemerintah ini ditetapkan oleh Kepala Badan Administrasi Kepegawaian Negara.

BAB VI KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 30

Hukuman jabatan yang telah dijatuhkan sebelum berlakunya Peraturan Pemerintah ini dan sedang dijalani oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan tetap berlaku.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 31

Dengan berlakunya Peraturan Pemerintah ini, maka Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 1952 tentang Hukuman Jabatan (Lembaran Negara Tahun 1952 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Nomor 202) dan segala peraturan perundang-undangan lainnya yang bertentangan dengan Peraturan Pemerintah ini dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 32

Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar supaya setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Pemerintah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta pada tanggal 30 Agustus 1980
PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

SOEHARTO

Diundangkan di Jakarta pada tanggal 30 Agustus 1980 MENTERI/SEKRETARIS
NEGARA REPUBLIK INDONESIA,

SUDHARMONO, SH

PENJELASAN
ATAS PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 30 TAHUN 1980
TENTANG
PERATURAN DISIPLIN PEGAWAI NEGERI SIPIL

PENJELASAN UMUM

Dalam rangka usaha untuk mencapai tujuan Nasional, diperlukan adanya Pegawai Negeri Sipil sebagai unsur Aparatur Negara, Abdi Negara, dan Abdi masyarakat yang penuh kesetiaan dan ketaatan kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945, Negara, dan Pemerintah serta yang bersatu padu, bermental baik, berwibawa, berdaya guna, berhasil guna, bersih, bermutu tinggi, dan sadar akan tanggung jawabnya untuk menyelenggarakan tugas pemerintahan dan pembangunan.

Untuk membina Pegawai Negeri Sipil yang demikian itu, antara lain diperlukan adanya Peraturan Disiplin yang memuat pokok-pokok kewajiban, larangan, dan sanksi apabila kewajiban tidak ditaati, atau larangan dilanggar. Dalam Peraturan Pemerintah ini diatur dengan jelas kewajiban yang harus ditaati dan larangan yang tidak boleh dilanggar oleh setiap Pegawai Negeri Sipil yang melakukan pelanggaran disiplin. Selain dari pada itu dalam Peraturan Pemerintah diatur pula tentang tata cara pemeriksaan, tata cara penjatuhan dan penyampaian hukuman disiplin. serta tata cara pengajuan keberatan apabila Pegawai Negeri Sipil yang diatur hukuman disiplin itu merasa keberatan atas hukuman disiplin yang dijatuhkan kepadanya. Tujuan hukuman disiplin adalah untuk memperbaiki dan mendidik Pegawai Negeri Sipil yang melakukan pelanggaran disiplin.

Oleh sebab itu setiap pejabat yang berwenang menghukum wajib memeriksa lebih dahulu dengan seksama Pegawai Negeri Sipil yang melakukan pelanggaran disiplin itu. Hukuman, disiplin yang dijatuhkan haruslah setimpal dengan pelanggaran disiplin yang dilakukan, sehingga hukuman disiplin itu dapat diterima oleh rasa keadilan.

PENJELASAN PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas

Pasal 2

Cukup jelas

Pasal 3

Cukup jelas

Pasal 4

Ucapan adalah setiap kata-kata yang diucapkan dihadapan atau dapat didengar oleh orang lain, seperti dalam rapat. ceramah, diskusi, melalui telpon, radio, televisi, rekaman atau alat komunikasi lainnya.

Tulisan adalah pernyataan pikiran dan atau perasaan secara tertulis baik dalam bentuk tulisan maupun dalam bentuk gambar, karikatur, coretan, dari lain-lain yang serupa dengan itu. Perbuatan adalah setiap tingkah laku, sikap atau tindakan. Termasuk pelanggaran disiplin adalah setiap perbuatan memperbanyak, mengedarkan, mempertontonkan, menempelkan, menawarkan, menyimpan, memiliki tulisan atau rekaman yang berisi anjuran atau hasutan untuk melanggar Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 3, kecuali apabila hal itu dilakukan untuk kepentingan dinas.

Pasal 5

Cukup jelas

Pasal 6

Ayat (1) Cukup jelas

Ayat (2)

Huruf a

Hukuman disiplin yang berupa tegoran lisan dinyatakan dan disampaikan secara lisan oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada Pegawai Negeri Sipil yang melakukan pelanggaran disiplin. Apabila seorang atasan menegur bawahannya tetapi tidak dinyatakan secara tegas sebagai hukuman disiplin, bukan hukuman disiplin

Huruf b

Hukuman disiplin yang berupa tegoran tertulis dinyatakan dan disampaikan secara tertulis oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada Pegawai Negeri Sipil yang melakukan pelanggaran disiplin.

Huruf c

Hukuman disiplin yang berupa pernyataan tidak puas dinyatakan dan disampaikan secara tertulis oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada Pegawai Negeri Sipil yang melakukan pelanggaran disiplin.

Ayat (3)

Semua jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam ayat ini, ditetapkan dengan surat keputusan oleh pejabat yang berwenang menghukum.

Huruf a

Hukuman disiplin yang berupa penundaan kenaikan gaji berkala, ditetapkan untuk masa sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan dan untuk paling lama 1 (satu) tahun. Masa penundaan kenaikan gaji berkala tersebut dihitung penuh untuk kenaikan gaji berkala berikutnya.

Huruf b

Hukuman disiplin yang berupa penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala, ditetapkan untuk masa sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan dan untuk paling lama 1 (satu) tahun. Setelah masa menjalani hukuman disiplin tersebut selesai, maka gaji pokok Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan langsung kembali pada gaji pokok semula. Masa penurunan gaji tersebut dihitung penuh untuk kenaikan gaji berkala berikutnya. Apabila dalam masa

menjalani hukuman disiplin Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan memenuhi syarat-syarat untuk kenaikan gaji berkala, maka kenaikan gaji berkala tersebut baru diberikan terhitung mulai bulan berikutnya dari saat berakhirnya masa menjalani hukuman disiplin.

Huruf c

Hukuman disiplin yang berupa penundaan kenaikan pangkat ditetapkan untuk masa sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan dan untuk paling lama 1 (satu) tahun, terhitung mulai tanggal kenaikan pangkat Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan dapat dipertimbangkan.

Ayat (4)

Semua jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam ayat ini, ditetapkan dengan surat keputusan oleh pejabat yang berwenang menghukum.

Huruf a

Hukuman disiplin yang berupa penurunan pangkat pada pangkat yang setingkat lebih rendah, ditetapkan untuk masa sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan, dan untuk paling lama 1 (satu) tahun. Setelah masa menjalani hukuman disiplin penurunan pangkat selesai, maka pangkat Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan dengan sendirinya kembali pada pangkat yang semula.

Masa dalam pangkat terakhir sebelum dijatuhi hukuman disiplin berupa penurunan pangkat, dihitung sebagai masa kerja untuk kenaikan pangkat berikutnya. Kenaikan pangkat berikutnya Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi hukuman disiplin berupa penurunan pangkat, baru dapat dipertimbangkan setelah Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dikembalikan pada pangkat semula.

Huruf b

Hukuman disiplin yang berupa pembebasan dari jabatan adalah pembebasan dari jabatan organik. Pembebasan dari jabatan berarti pula pencabutan segala wewenang yang melekat pada jabatan itu. Selama pembebasan dari jabatan, Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan menerima penghasilan penuh kecuali, tunjangan jabatan.

Huruf c

Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi hukuman disiplin berupa pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil, apabila memenuhi syarat masa kerja dan usia pensiun menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku, yang bersangkutan diberikan hak pensiun.

Huruf d

Cukup jelas

Pasal 7

Ayat (1)

Pejabat yang berwenang menghukum bagi Pegawai Negeri Sipil yang diangkat menjadi Pejabat Negara, diperbantukan/dipekerjakan pada perusahaan milik Negara, badan-badan internasional yang berkedudukan di Indonesia, organisasi profesi, dan badan/instansi lain, adalah pejabat yang berwenang menghukum yang bersangkutan.

Huruf a
Cukup jelas

Huruf b
Cukup jelas

Huruf c
Cukup jelas

Huruf d
Dengan memperhatikan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, maka pejabat yang berwenang menghukum bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat yang diperbantukan pada Daerah Otonom dan Pegawai Negeri Sipil Daerah yang oleh Daerah Otonom yang bersangkutan dipekerjakan/diperbantukan pada perusahaan daerah atau instansi/badan lain, adalah Gubernur Kepala Daerah Tingkat I yang bersangkutan.

Huruf e
Pejabat sebagaimana dimaksud dalam huruf ini, hanya berwenang menjatuhkan jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) dan ayat (4) huruf b. Yang berwenang menjatuhkan jenis hukuman disiplin lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) dan ayat (4) huruf a, huruf c, dan huruf d, bagi Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud dalam huruf ini, adalah pejabat yang berwenang menghukum dari instansi induk masing-masing.

Ayat (2) Cukup jelas

Ayat (3) Cukup jelas

Pasal 8

Cukup jelas

Pasal 9

Ayat (1)
Tujuan pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam ayat ini, adalah untuk mengetahui apakah Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan benar atau tidak melakukan pelanggaran disiplin, serta untuk mengetahui faktor-faktor yang mendorong atau menyebabkan melakukan pelanggaran disiplin itu. Pemeriksaan harus dilakukan dengan teliti dan obyektif, sehingga dengan demikian pejabat yang berwenang menghukum dapat mempertimbangkan dengan seadil-adilnya tentang jenis hukuman disiplin yang akan dijatuhkan. Apabila Pegawai Negeri Sipil yang disangka melakukan pelanggaran disiplin tidak memenuhi panggilan, untuk diperiksa tanpa alasan yang sah, maka dibuat panggilan kedua.

Panggilan pertama dapat dilakukan secara lisan atau tertulis, sedang panggilan kedua harus dibuat secara tertulis. Dalam menentukan tanggal pemeriksaan berikutnya harus pula diperhatikan waktu yang diperlukan untuk menyampaikan surat panggilan. Apabila Pegawai Negeri Sipil tersebut tidak juga memenuhi panggilan kedua maka pejabat yang

berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan bahan-bahan yang ada padanya.

Ayat (2)

Huruf a

Pelanggaran disiplin yang mengakibatkan Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan dijatuhi hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam huruf ini pada dasarnya bersifat ringan, oleh sebab itu pemeriksaan cukup dilakukan secara lisan.

Huruf b

Pemeriksaan secara tertulis dibuat dalam bentuk berita acara. dapat digunakan setiap saat apabila diperlukan.

Ayat (3)

Pegawai Negeri Sipil yang disangka melakukan pelanggaran disiplin belum tentu bersalah, oleh sebab itu pemeriksaan dilakukan secara tertutup. Yang dimaksud dengan pemeriksaan secara tertutup adalah bahwa pemeriksaan itu hanya dapat diketahui oleh pejabat yang berkepentingan.

Pasal 10

Maksud dari Pasal ini, adalah untuk mendapatkan keterangan yang lebih lengkap dalam rangka usaha menjamin obyektivitas.

Pasal 11

Pada dasarnya pemeriksaan harus dilakukan oleh pejabat yang berwenang menghukum. tetapi untuk mempercepat pemeriksaan, maka pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d dapat memerintahkan pejabat lain untuk melakukan pemeriksaan itu, dengan ketentuan bahwa pejabat yang diperintahkan melakukan pemeriksaan itu tidak boleh berpangkat, atau memangku jabatan yang lebih rendah dari Pegawai Negeri Sipil yang diperiksa. Perintah untuk melakukan pemeriksaan itu dapat diberikan secara lisan atau tertulis. Pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf e dan Pasal 8, harus melakukan sendiri pemeriksaan tersebut Pemeriksaan terhadap Pegawai Negeri Sipil yang disangka melakukan pelanggaran disiplin yang untuk menjatuhkan hukuman disiplin terhadapnya menjadi wewenang Presiden, dilakukan oleh pimpinan instansi yang bersangkutan.

Pasal 12

Ayat (1) Cukup jelas

Ayat (2)

Maksud dari pencantuman pelanggaran disiplin yang ditakukan oleh Pegawai Negeri Sipil dalam keputusan hukuman disiplin, adalah agar Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan mengetahui pelanggaran disiplin yang dilakukannya.

Pasal 13

Ayat (1)

Ada kemungkinan, bahwa pada waktu dilakukan pemeriksaan terhadap seorang Pegawai Negeri Sipil yang disangka melakukan sesuatu pelanggaran disiplin, ternyata Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan telah melakukan beberapa pelanggaran disiplin. Dalam hal yang sedemikian, maka terhadap Pegawai Negeri Sipil tersebut hanya dapat dijatuhi satu jenis hukuman disiplin. Hukuman disiplin yang akan dijatuhkan itu, haruslah dipertimbangkan dengan seksama, sehingga setimpal dengan pelanggaran disiplin yang dilakukannya dan dapat diterima oleh rasa keadilan.

Ayat (2) Cukup jelas

Pasal 14

Ayat (1) Cukup jelas

Ayat (2) Cukup jelas

Ayat (3) Cukup jelas.

Ayat (4)

Hukuman disiplin disampaikan secara langsung, kepada Pegawai Negeri Sipil yang dihukum oleh pejabat yang berwenang menghukum. Penyampaian hukuman disiplin itu dapat dihadiri oleh pejabat yang diserahi urusan kepegawaian dan dapat pula dihadiri oleh pejabat lain asalkan pangkat atau jabatannya tidak lebih rendah dari Pegawai Negeri Sipil yang dihukum.

Pasal 15

Ayat (1)

Hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat,(2), adalah hukuman disiplin yang ringan dan telah selesai dijalankan segera setelah hukuman disiplin itu dijatuhkan, oleh sebab itu tidak dapat diajukan keberatan.

Ayat (2)

Pegawai Negeri Sipil yang, dijatuhi hukuman disiplin berhak mengajukan keberatan kepada atasan pejabat yang berwenang menghukum apabila menurut pendapatnya hukuman disiplin yang dijatuhkan kepadanya tidak atau kurang setimpal, atau pelanggaran disiplin yang menjadi alasan bagi hukuman disiplin itu tidak atau kurang benar. Keberatan tersebut harus sudah diajukan dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari terhitung mulai tanggal ia menerima keputusan hukuman disiplin tersebut. Keberatan yang diajukan melebihi 14 (empat belas) hari tidak dipertimbangkan.

Pasal 16

Ayat (1) Cukup jelas

Ayat (2)

Alasan-alasan keberatan harus dibuat dengan jelas dan lengkap.

Pasal 17

Cukup jelas

Pasal 18

Cukup jelas

Pasal 19

Ayat (1)

Keberatan atas hukuman disiplin diajukan melalui saluran hirarki, oleh sebab itu harus melalui pejabat yang berwenang menghukum. Pejabat yang berwenang menghukum wajib mempelajari dengan seksama keberatan Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan dan membuat tanggapan tertulis atas keberatan itu.

Ayat (2)

Untuk memudahkan pelaksanaan pemeriksaan lebih lanjut, maka pejabat yang berwenang menghukum mengirimkan sekaligus tanggapannya, surat keberatan, dan berita acara pemeriksaan kepada atasan pejabat yang berwenang menghukum.

Pasal 20

Ayat (1) Cukup jelas

Ayat (2) Tujuan dari ayat ini, adalah untuk mendapatkan bahan-bahan yang lebih lengkap sebagai bahan untuk mempertimbangkan dan mengambil keputusan.

Pasal 21

Ayat (1)

Apabila atasan pejabat yang berwenang menghukum mempunyai alasan-alasan yang cukup, maka ia dapat mengadakan perubahan terhadap keputusan disiplin yang telah ditetapkan oleh pejabat yang berwenang menghukum baik dalam arti memperingan, memperberat, atau membatalkan hukuman disiplin tersebut.

Ayat (2) Cukup jelas

Ayat (3) Cukup jelas

Pasal 22

Ayat (1) Cukup jelas

Ayat (2)

Huruf a

Pegawai Negeri Sipil yang dijatuhi hukuman disiplin sedang dan berat dapat mengajukan

keberatan dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari. Apabila dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari itu Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan tidak mengajukan keberatan, maka hal ini berarti ia menerima keputusan hukuman disiplin itu, oleh sebab itu hukuman disiplin tersebut harus dijalankannya mulai hari ke 15 (lima belas).

Huruf b
Cukup jelas

Huruf c
Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan terutama dalam rangka usaha menyelamatkan kekayaan Negara, maka jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (4) huruf b perlu dilaksanakan dengan segera.

Pasal 23 sampai dengan Pasal 24

Cukup jelas

Pasal 25

Dalam rangka usaha melaksanakan pembinaan Pegawai Negeri Sipil dengan sebaik-baiknya, maka para pejabat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf b, huruf c, dan huruf d wajib mengikuti dan memperhatikan keadaan yang berlangsung dalam lingkungannya masing-masing dan mengambil tindakan yang diperlukan tepat pada waktunya. Dalam hubungan ini maka para pejabat tersebut dapat meninjau kembali hukuman disiplin yang telah dijatuhkan oleh para pejabat yang berwenang menghukum dalam lingkungannya masing-masing, apabila ia mempunyai alasan-alasan yang kuat yang didasarkan pada keterangan-keterangan dan atau bukti-bukti yang cukup dan meyakinkan.

Pasal 26 sampai dengan Pasal 32

Cukup jelas.



Kurikulum Program Diploma III Keperawatan Tahun 2005

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa bahwa "Kurikulum Program Pendidikan Diploma III Keperawatan" telah selesai disempurnakan. Kurikulum ini merupakan revisi dari Kurikulum Nasional Program D-III Keperawatan yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor. 239/U/1999 tanggal 4 Oktober 1999. Revisi kurikulum ini dilakukan dalam rangka melaksanakan Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor.232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa.

Pendidikan Diploma III Keperawatan merupakan salah satu pendidikan tinggi Keperawatan yang mempunyai tujuan menghasilkan tenaga Perawat Profesional Pemula dengan sebutan Ahli Madya Keperawatan. Untuk melaksanakan proses pendidikan sangat diperlukan kurikulum sebagai pedoman dan arah dalam interaksi mahasiswa dengan seluruh sumber-sumber belajar sehingga dapat dicapai kualitas lulusan yang handal.

Diharapkan kurikulum ini dapat menjadi pedoman bagi mahasiswa, dosen serta pengelola institusi pendidikan dalam menyelenggarakan seluruh kegiatan pendidikan di institusi Pendidikan Diploma III Keperawatan yang sesuai dengan peran dan fungsi serta kompetensi yang ditetapkan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada tim revisi kurikulum dan kami tetap mengharapkan masukan-masukan dari semua pihak pengguna kurikulum agar dimasa depan kualitas pendidikan Diploma III Keperawatan dapat ditingkatkan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan masyarakat baik pada tingkat Nasional maupun Internasional.

Jakarta, April 2006.
An. Menteri Kesehatan RI
Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan

Dr. Muharso, SKM
NIP. 140 086 117

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I : PENDAHULUAN	1
BAB II : KERANGKA KONSEP KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEPERAWATAN	
A. Visi.....	4
B. Misi.....	4
C. Falsafah.....	4
D. Tujuan	7
E. Kerangka Pengorganisasian Kurikulum.....	7
BAB III : PERAN DAN FUNGSI PERAWAT PROFESIONAL PEMULA.....	9
BAB IV : KOMPETENSI D III KEPERAWATAN.....	13
BAB V : PENGELOMPOKAN MATA KULIAH DAN STRUKTUR PROGRAM	
A. Pengelompokan Mata Kuliah.....	22
B. Struktur Program.....	24
BAB VI : GARIS BESAR MATA KULIAH.....	28
BAB VII : PEDOMAN IMPLEMENTASI.....	121
BAB IIX : PENUTUP	125

BAB I PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang optimal bagi masyarakat diadakan upaya kesehatan mencakup upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (Kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan dan dilaksanakan bersama antara pemerintah dan masyarakat yang didukung oleh sumber daya kesehatan termasuk tenaga kesehatan.

Tenaga Kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangannya, salah satu diantaranya adalah Perawat Profesional Pemula yang kompeten dihasilkan melalui proses pendidikan di institusi pendidikan Diploma III Keperawatan yang diharapkan dapat berperan serta dalam memandirikan dan menggerakkan masyarakat untuk mencapai hidup sehat.

Penyelenggaraan pendidikan pada program Pendidikan Diploma III Keperawatan mempergunakan kurikulum Nasional Program Diploma III Keperawatan yang ditetapkan oleh Menteri Pendidikan Nasional dengan surat Keputusan No : 239/ U/ 1999 tanggal 4 Oktober 1999. Kurikulum Nasional disusun berlandaskan pada Visi, Misi dari Pendidikan Diploma III Keperawatan, Falsafah Keperawatan yang mencakup konsep manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan serta berorientasi pada kaidah – kaidah pendidikan tinggi nasional, organisasi kurikulum yang mengarahkan jalannya program pendidikan, tujuan program pendidikan dan tujuan institusi.

Selanjutnya berdasarkan Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232/ U / 2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa dan Nomor 045/U/2002 tentang Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi dan dengan adanya tuntutan kebutuhan masyarakat pengguna lulusan dan kecenderungan era globalisasi maka perlu diadakan revisi kurikulum Nasional Pendidikan Diploma III Keperawatan terutama pada pengembangan kurikulum berbasis kompetensi dan pengelompokan Mata Kuliah berdasarkan lima (5) pilar pembelajaran.

Dalam melakukan revisi kurikulum dilaksanakan berdasarkan hasil analisis kebutuhan pengguna lulusan, mempergunakan berbagai sumber acuan yaitu Framework Standar Kompetensi International Council of Nurses (ICN), Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang dikembangkan oleh PPNI dan hasil penerapan Sister School Program (SSP) Keperawatan serta berbagai nara sumber pada tatanan pelayanan kesehatan dan dari Departemen Pendidikan Nasional .

Diharapkan revisi kurikulum ini dapat menyempurnakan kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan dan dijabarkan kedalam kurikulum inti dan kurikulum institusional serta rancangan pembelajaran untuk mencapai kompetensi yang diharapkan dan tergambar pada struktur program tiap semester sehingga berdampak pada strategi pembelajaran, jumlah dan kualifikasi dosen, fasilitas dan sarana prasarana yang diperlukan dalam pengelolaan pembelajaran.

PENGERTIAN

Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas dalam bidang pekerjaan tertentu (Kepmendiknas 045/U/2002)

Kurikulum adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai isi maupun kajian dan pelajaran serta cara penyampaian dan penilaiannya yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan kegiatan belajar mengajar di perguruan tinggi (Kepmendiknas 232/U/2000)

Kurikulum Berbasis Kompetensi adalah kurikulum yang dikembangkan berdasarkan pada kemampuan atau tindakan cerdas penuh tanggung jawab dari profesi tertentu dalam melaksanakan tugasnya di tempat kerja (Standar Kompetensi)

Empat Pilar(The Four Pillars of UNESCO) yang mendasari Kepmendiknas no 232/U/2000 adalah seseorang yang kompeten harus dapat memenuhi persyaratan :

1. Landasan kemampuan pengembangan kepribadian,
2. Kemampuan penguasaan ilmu dan keterampilan (*know how and know why*), dan kemampuan berkarya (*know to do*)
3. Kemampuan mensikapi dan berperilaku dalam berkarya sehingga dapat mandiri, menilai dan mengambil keputusan secara bertanggung jawab (*To be*).
4. Dapat hidup bermasyarakat dengan bekerjasama, saling menghormati dan menghargai nilai-nilai pluralisme, dan kedamaian (*to live together*)

BAB II KERANGKA KONSEP KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEPERAWATAN

A. VISI

Menghasilkan tenaga keperawatan profesional pemula yang kompeten dan mampu bersaing secara nasional dan internasional

B. MISI

Mempersiapkan perawat profesional pemula yang kompeten secara intelektual dan tanggung jawab sosial dan bersahabat dalam memenuhi kebutuhan kesehatan/keperawatan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

C. FALSAFAH

Keperawatan meyakini bahwa manusia dan kemanusiaan merupakan titik sentral setiap upaya pembangunan dengan menjunjung tinggi nilai – nilai kemanusiaan sesuai Pancasila dan Undang – undang Dasar 1945. Bertolak dari pandangan ini disusun paradigma keperawatan yang terdiri atas empat konsep dasar yaitu Manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan seperti yang diuraikan dibawah ini:

1. Manusia.

Manusia adalah ciptaan Tuhan Yang Maha Esa, sebagai pribadi yang utuh dan unik, mempunyai aspek bio- psiko-sosio-kultural-spiritual. Manusia sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dan berespon terhadap lingkungan, mempunyai kemampuan untuk mempertahankan integritas diri melalui mekanisme adaptasi.

Dalam kehidupan manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi termasuk kebutuhan pengakuan harkat dan martabat untuk mencapai keseimbangan sesuai dengan tahap tumbuh kembang.

Manusia Indonesia adalah manusia yang beriman dan taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa berlandaskan Pancasila dan UUD 1945, merupakan sumber daya pembangunan yang berhak memiliki kemampuan untuk hidup sehat guna mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Disamping itu manusia Indonesia adalah manusia yang memiliki berbagai kultur yang bersifat unik dan memiliki berbagai keyakinan tentang sehat sehingga akan memberikan respon yang berbeda – beda terhadap upaya pemenuhan kebutuhan dasarnya secara mandiri baik dalam kondisi sehat maupun sakit.

2. Kesehatan.

Kesehatan adalah kondisi dinamis manusia dalam rentang sehat sakit yang merupakan hasil interaksi dengan lingkungan.

Sehat merupakan keadaan seimbang bio-psiko-sosio-spiritual yang dinamis yang memungkinkan individu untuk menyesuaikan diri sehingga dapat berfungsi secara optimal guna memenuhi kebutuhan dasar melalui aktifitas hidup sehari – hari sesuai dengan tingkat tumbuh dan kembangnya.

Sehat sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum adalah hak dan tanggung jawab setiap individu yang harus diwujudkan sesuai dengan cita – cita bangsa Indonesia seperti dimaksudkan dalam pembukaan UUD 1945. Oleh karena itu harus dipertahankan dan ditingkatkan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Sakit merupakan keadaan yang tidak seimbang antara bio-psiko-sosio-spiritual manusia sebagai respon tubuh dalam berinteraksi dengan lingkungan, baik lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Respon ini menyebabkan terganggunya individu untuk berfungsi optimal dalam pemenuhan kebutuhan dasar sesuai dengan tingkat tumbuh kembang. Respon yang tidak adekuat terhadap lingkungan dapat disebabkan oleh karena ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan. Kondisi manusia dalam rentang sehat sakit merupakan bidang pelayanan keperawatan.

3. Lingkungan.

Lingkungan adalah faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia baik faktor dari dalam diri (internal) maupun dari luar (eksternal).

Lingkungan internal meliputi aspek – aspek genetika, struktur dan fungsi tubuh dan psikologis. Sedangkan lingkungan eksternal meliputi lingkungan sekitar manusia baik lingkungan fisik, biologik, sosial, kultural dan spiritual.

Lingkungan internal dan eksternal akan mempengaruhi sikap dan perilaku manusia termasuk persepsinya tentang sehat/sakit, cara – cara memelihara dan mempertahankan kesehatan serta menanggulangi penyakit.

Manusia sebagai makhluk sosial mempunyai hubungan yang dinamis dengan lingkungannya dan tidak dapat dipisahkan dari lingkungan. Oleh karena itu diperlukan kemampuan untuk merespon secara adaptif terhadap pengaruh lingkungan agar dapat mempertahankan derajat kesehatannya.

Ketidakmampuan manusia merespon terhadap pengaruh lingkungan internal maupun eksternal, akan mengakibatkan gangguan kesehatan atau pergeseran status kesehatan dalam rentang sehat sakit.

4. Keperawatan

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari – hari secara mandiri.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dilaksanakan menggunakan metodologi pemecahan masalah melalui pendekatan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawabnya.

Praktek keperawatan adalah tindakan mandiri perawat professional melalui kerjasama dengan pasien baik individu, keluarga, kelompok/komunitas dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup dan tanggung jawabnya.

Bantuan keperawatan diberikan agar individu, keluarga, kelompok dan komunitas dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya sehingga mampu berfungsi secara optimal.

Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan profesional bersifat humanistik terintegrasi didalam pelayanan kesehatan, dapat bersifat dependen, independen dan interdependen serta dilaksanakan dengan berorientasi kepada kebutuhan objektif pasien.

Perawat sebagai tenaga profesional pemula mempunyai kemampuan baik intelektual, teknikal, interpersonal dan moral, bertanggungjawab dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan dan aturan yang berlaku.

D. TUJUAN

Menghasilkan perawat profesional pemula yang kompeten dalam :

1. Memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangannya
2. Menerapkan prinsip manajemen asuhan keperawatan
3. Berperanserta dalam penelitian keperawatan dan menggunakan hasil penelitian dalam asuhan keperawatan
4. Mengembangkan kemampuan profesional secara terus menerus

E. KERANGKA PENGORGANISASIAN KURIKULUM DIPLOMA III KEPERAWATAN

Kerangka Kurikulum Diploma III Keperawatan menerapkan konsep Model KSVME yaitu Knowledge, Skills, Values, Meaning, and Experiences (Webber, P,B, 2002 dalam Keating, S.B, 2006). Pengetahuan Keperawatan (*Nursing Knowledge*) adalah kumpulan, organisasi, dinamika saintifik dan informasi fenomenologikal yang digunakan untuk mengidentifikasi, menghubungkan, memahami, menjelaskan, memprediksi, mempengaruhi/ mengontrol

fenomena keperawatan. **Keterampilan** (*Skills*) adalah kegiatan-kegiatan yang meliputi domain kognitif dan psikomotor yang mengoperasionalkan pengetahuan keperawatan, makna-makna, dan pengalaman. **Nilai** (*Values*) adalah kumpulan keyakinan-keyakinan, atribut, ide-ide, yang menetapkan ikatan moral benar atau salah dalam berfikir, menilai, bersikap, karakter, dan perilaku yang menjadi dasar dalam pengambilan keputusan sepanjang hidup. **Makna** (*Meaning*) adalah konteks, tujuan dari bahasa. **Pengalaman Keperawatan** (*Nursing Experience*) adalah proses yang aktif dan unik dalam menetapkan, “refining”, dan proses berubah. Kerangka kerja ini harus dianalisis adakah hubungannya dengan misi dan falsafah kependidikan keperawatan meliputi kegiatan pembelajaran, penelitian, sikap etis profesional dalam rangka mempersiapkan perawat yang kompeten dan bersahabat dan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

BAB III

PERAN DAN FUNGSI PERAWAT PROFESIONAL PEMULA

Program pendidikan Diploma III Keperawatan di Indonesia merupakan pendidikan yang menghasilkan perawat profesional pemula yang mempunyai peran dan fungsi sebagai berikut :

1. Melaksanakan pelayanan keperawatan profesional dalam suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai kebijakan umum pemerintah yang berlandaskan Pancasila, khususnya pelayanan dan/ atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas berdasarkan kaidah – kaidah keperawatan mencakup :
 - 1.1. Menerapkan konsep, teori dan prinsip ilmu humaniora, ilmu alam dasar, biomedik, kesehatan masyarakat dan ilmu keperawatan dalam melaksanakan pelayanan dan atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, komunitas dan masyarakat.
 - 1.2. Melaksanakan pelayanan dan atau asuhan keperawatan secara tuntas melalui pengkajian keperawatan, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi, baik bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kepada Klien/Pasien yang mempunyai masalah keperawatan dasar sesuai batas kewenangan, tanggung jawab, dan kemampuannya serta berlandaskan etika profesi keperawatan.
 - 1.3. Mendokumentasikan asuhan keperawatan secara sistematis dan memanfaatkannya dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
 - 1.4. Bekerjasama dengan anggota tenaga kesehatan lain dan berbagai bidang terkait dalam menerapkan prinsip manajemen, menyelesaikan masalah kesehatan yang berorientasi kepada pelayanan dan asuhan keperawatan.
 - 1.5. Melaksanakan sistem rujukan keperawatan dan kesehatan.
2. Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan :
 - 2.1. Menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan yang sesuai dengan kondisi setempat dalam mengelola asuhan keperawatan.
 - 2.2. Melakukan perencanaan , pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan dalam mengelola asuhan keperawatan.
 - 2.3. Bertindak sebagai pemimpin baik formal maupun informal untuk meningkatkan

- motivasi dan kinerja dari anggota – anggota tim kesehatan dalam mengelola asuhan keperawatan.
- 2.4. Menggunakan berbagai strategi perubahan yang diperlukan untuk mengelola asuhan keperawatan.
 - 2.5. Menjadi role model profesional dalam mengelola pelayanan/ asuhan keperawatan.
3. Berperan serta dalam kegiatan penelitian dalam bidang keperawatan dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan/ asuhan keperawatan.
 - 3.1. Mengidentifikasi masalah kesehatan maupun keperawatan berdasarkan gejala yang ditemukan dalam lingkungan kerjanya sebagai informasi yang relevan untuk kepentingan penelitian.
 - 3.2. Menggunakan hasil – hasil penelitian dan IPTEK kesehatan terutama keperawatan dalam pelayanan keperawatan sesuai standard praktek keperawatan melalui program jaminan mutu yang berkesinambungan.
 - 3.3. Menetapkan prinsip dan teknik penalaran yang tepat dalam berfikir secara logis dan kritis.
 4. Berperan secara aktif dalam mendidik dan melatih pasien dalam kemandirian untuk hidup sehat.
 - 4.1. Merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan pengajaran dan pelatihan dalam bidang keperawatan
 - 4.2. Menetapkan prinsip pendidikan untuk meningkatkan kemandirian pasien, peningkatan kemampuan dalam pemeliharaan kesehatannya.
 - 4.3. Menganalisa berbagai ilmu pengetahuan keperawatan dasar dan klinik dalam memberikan pendidikan kepada pasien.
 5. Mengembangkan diri secara terus menerus untuk meningkatkan kemampuan profesional.
 - 5.1. Menerapkan konsep – konsep profesional dalam melaksanakan kegiatan keperawatan.
 - 5.2. Melaksanakan kegiatan keperawatan dengan menggunakan pendekatan ilmiah.
 - 5.3. Berperan sebagai pembaharu dalam setiap kegiatan keperawatan di berbagai tatanan pelayanan keperawatan/ kesehatan.
 - 5.4. Mengikuti perkembangan dan menerapkan IPTEK secara terus menerus melalui kegiatan yang menunjang.
 - 5.5. Berperan serta secara aktif dalam setiap kegiatan ilmiah yang relevan dengan keperawatan.
 6. Memelihara dan mengembangkan kepribadian serta sikap yang sesuai dengan etika keperawatan dalam melaksanakan profesinya.
 - 6.1. Melaksanakan tugas profesi keperawatan mengacu kepada kode etik keperawatan mencakup komunikasi, hubungan perawat dengan Klien/Pasien, perawat dengan perawat, perawat dengan profesi lain.
 - 6.2. Mentaati peraturan dan perundang – undangan yang berlaku.
 - 6.3. Bertindak serasi dengan budaya masyarakat dan tidak merugikan kepentingan masyarakat.
 - 6.4. Berperan serta secara aktif dalam pengembangan organisasi profesi.
 - 6.5. Mengembangkan komunitas professional keperawatan.

7. Berfungsi sebagai anggota masyarakat yang kreatif , produktif, terbuka untuk menerima perubahan serta berorientasi kemasa depan, sesuai dengan perannya.
 - 7.1. Menggali dan mengembangkan potensi yang ada pada dirinya untuk membantu menyelesaikan masalah masyarakat dibidang kesehatan.
 - 7.2. Membantu meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan dan keperawatan dengan memanfaatkan dan mengelola sumber yang tersedia.
 - 7.3. Memilih dan menapis perubahan yang ada untuk membantu meningkatkan kesehatan masyarakat.
 - 7.4. Memberi masukan pada berbagai lembaga pemerintah dan non pemerintah tentang aspek yang terkait dengan keperawatan dan kesehatan.

BAB IV

KOMPETENSI D-III KEPERAWATAN

NO.	KOMPETENSI	SUB. KOMPETENSI
1	Menerapkan konsep dan prinsip etika keperawatan, komunikasi dalam praktek keperawatan profesional	1.1. Menghormati hak Pasien 1.2. Memperhatikan nilai/norma budaya dan agama 1.3. Menjalankan peraturan, kebijakan dan perundang undangan yang berlaku dalam melaksanakan paktek keperawatan 1.4. Menjaga citra keperawatan profesional dalam memberi pelayanan keperawatan 1.5. Bertindak sebagai 'role model' bagi pasien 1.6. Bertanggung jawab dan mempertanggung jawabkan tindakan profesional 1.7. Menjalankan komunikasi terapeetik dalam praktek keperawatan 1.8. Berkomunikasi dalam Bahasa Indonesia
2.	Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis	2.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan 2.2. Merumuskan diagnosa keperawatan 2.3. Merencanakan tindakan keperawatan 2.4. Melaksanakan tindakan keperawatan 2.5. Melaksanakan evaluasi keperawatan 2.6. Melaksanakan dokumentasi keperawatan
3.	Mengkonsultasikan penanganan pasien terhadap tim kesehatan lain	3.1. Mengkaji kebutuhan untuk konsultasi dan sumber yang diperlukan 3.2. Menentukan sasaran konsultasi sesuai masalah 3.3. Melaksanakan konsultasi pada tim kesehatan lain

4.	Melaksanakan tindakan pengobatan sebagai hasil kolaborasi	4.1. Melaksanakan pemberian obat oral. 4.2. Melaksanakan pemberian obat IM 4.3. Melaksanakan pemberian obat IV 4.4. Melaksanakan pemberian obat SC 4.5. Melaksanakan pemberian obat IC 4.6. Melaksanakan pemberian obat topikal 4.7. Melaksanakan pemberian obat supositoria 4.8. Melaksanakan pemberian obat sub lingual
5.	Melaksanakan tindakan diagnostik dan tindakan khusus sebagai hasil kolaborasi	5.1. Menyiapkan spesimen pemeriksaan 5.2. Menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik 5.3. Melakukan perawatan pada pasien dengan tindakan diagnostik
6.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen	6.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen 6.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan oksigen 6.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen 6.4. Mengatur posisi tidur pasien 6.5. Memberikan oksigen melalui nasal kanul dan masker 6.6. Melatih Pasien napas dalam 6.7. Melatih Pasien batuk efektif 6.8. Melakukan pengisapan lendir 6.9. Melakukan postural drainage dan fisioterapi dada 6.10. Melakukan inhalasi 6.11. Melakukan perawatan WSD 6.12. Melakukan perawatan tracheostomi. 6.13. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen 6.14. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen

7.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah	<p>7.1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah</p> <p>7.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah</p> <p>7.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah</p> <p>7.4. Memberikan cairan peroral</p> <p>7.5. Menilai keseimbangan cairan</p> <p>7.6. Melaksanakan tindakan kolaboratif dalam pemberian cairan parenteral dan darah</p> <p>7.7. Melaksanakan monitoring pemberian cairan parenteral dan darah</p> <p>7.8. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan cairan, elektrolit dan darah</p> <p>7.9. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah</p>
8.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi	<p>8.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p> <p>8.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p> <p>8.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p> <p>8.4. Memberikan makan peroral</p> <p>8.5. Memasang NGT</p> <p>8.6. Memberikan makan melalui NGT</p> <p>8.7. Melaksanakan tindakan kolaboratif dalam pemberian nutrisi parenteral dan enteral</p> <p>8.8. Menilai kecukupan nutrisi</p> <p>8.9. Melaksanakan evaluasi asuhan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p> <p>8.10. Melaksanakan dokumentasi asuhan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p>

9.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal	<p>9.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal</p> <p>9.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal</p> <p>9.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal</p> <p>9.4. Membantu eliminasi urin dan fecal</p> <p>9.5. Melaksanakan tindakan kolaboratif pemasangan kateterisasi urin</p> <p>9.6. Melakukan bladder training</p> <p>9.7. Melakukan bowel training</p> <p>9.8. Melaksanakan gliserin spuit</p> <p>9.9. Melakukan perawatan ostomi</p> <p>9.10. Melakukan evakuasi fecal</p> <p>9.11. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal</p> <p>9.12. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal</p>
10.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman	<p>10.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman</p> <p>10.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman</p> <p>10.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman</p> <p>10.4. Melaksanakan tindakan pemeliharaan personal hygiene.</p> <p>10.5. Melakukan kompres panas dan dingin</p> <p>10.6. Melakukan pengelolaan nyeri</p> <p>10.7. Melaksanakan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi</p> <p>10.8. Melaksanakan perawatan luka</p> <p>10.9. Melaksanakan prosedur keperawatan di ruang isolasi</p> <p>10.10. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman</p> <p>10.11. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman</p>

11.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi	11.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi 11.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi 11.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi 11.4. Memindahkan dan transportasi pasien 11.5. Melatih pasien dengan alat bantu jalan 11.6. Mengatur berbagai posisi pasien 11.7. Melakukan latihan ROM aktif dan pasif 11.8. Melakukan perawatan pasien dengan immobilisasi 11.9. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi 11.10. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi
12.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur	12.1. Melaksanakan pengkajian pasien dengan gangguan istirahat dan tidur 12.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur 12.3. Membuat perencanaan pasien dengan gangguan istirahat dan tidur 12.4. Melaksanakan tindakan ritual tidur 12.5. Memfasilitasi kebutuhan istirahat dan tidur 12.6. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan istirahat dan tidur 12.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan istirahat dan tidur
13.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien terminal	13.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pasien terminal 13.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien terminal 13.3. Membuat perencanaan keperawatan pasien terminal 13.4. Melaksanakan bimbingan dan konseling 13.5. Melaksanakan perawatan lanjutan di rumah 13.6. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pasien terminal 13.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien terminal

14.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien menjelang ajal	14.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pasien menjelang ajal 14.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien menjelang ajal 14.3. Membuat perencanaan keperawatan pasien menjelang ajal 14.4. Melaksanakan bimbingan spiritual pada pasien dan keluarga 14.5. Merawat jenazah 14.6. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pasien menjelang ajal 14.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien menjelang ajal
15.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien pre dan post operasi	15.1. Melakukan pengkajian keperawatan pasien pre dan post operasi 15.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien pre dan post operasi 15.3. Membuat perencanaan keperawatan pasien pre dan post operasi 15.4. Melakukan pendidikan kesehatan tindakan operatif 15.5. Melaksanakan tindakan kolaboratif persiapan operasi 15.6. Melakukan monitoring post operasi 15.7. Melakukan pengangkatan jahitan 15.8. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pasien pre dan post operasi 15.9. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien pre dan post operasi
16.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat	16.1. Melaksanakan pengkajian Airway, Breathing, Circulation (ABC) 16.2. Membebaskan jalan napas 16.3. Memberikan pernapasan buatan 16.4. Melaksanakan Resusitasi Jantung Paru 16.5. Merawat pasien tidak sadar 16.6. Menghentikan perdarahan 16.7. Melakukan bilas lambung. 16.8. Mengeluarkan benda asing pada saluran pernapasan atas 16.9. Melaksanakan evaluasi tindakan pada pasien gawat darurat 16.10. Melaksanakan dokumentasi tindakan pada pasien gawat darurat

17.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sehat	17.1. Melakukan pengkajian keperawatan pada anak sehat 17.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak sehat 17.3. Membuat perencanaan keperawatan pada anak sehat 17.4. Melakukan tindakan kolaboratif dalam pemberian imunisasi. 17.5. Pendidikan kesehatan pada anak sehat 17.6. Melaksanakan bimbingan antisipasi (anticipatory guidance). 17.7. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada anak sehat 17.8. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada anak sehat.
18.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sakit	18.1. Melakukan pengkajian keperawatan pada anak sakit 18.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak sakit 18.3. Membuat perencanaan keperawatan pada anak sakit 18.4. Pendidikan kesehatan pada anak sakit 18.5. Melaksanakan program bermain 18.6. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada anak sakit 18.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada anak sakit.
19.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi	19.1. Melakukan pengkajian keperawatan pada bayi resiko tinggi 19.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada bayi resiko tinggi 19.3. Membuat perencanaan keperawatan pada bayi resiko tinggi 19.4. Melaksanakan perawatan bayi dengan fototerapi 19.5. Melaksanakan pencegahan infeksi silang 19.6. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada Bayi resiko tinggi 19.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi

20.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasi	<p>20.1. Melaksanakan pengkajian pada ibu hamil normal dan komplikasi.</p> <p>20.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasi</p> <p>20.3. Merencanakan asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasi.</p> <p>20.4. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu hamil normal dan komplikasi.</p> <p>20.5. Melaksanakan program terapi pada ibu hamil normal dan komplikasi sebagai hasil kolaborasi.</p> <p>20.6. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasi.</p> <p>20.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasi</p>
21	Melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahir	<p>21.1. Melaksanakan pengkajian pada ibu intranatal dan bayi baru lahir.</p> <p>21.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahir.</p> <p>21.3. Merencanakan asuhan keperawatan pada ibu intra natal dan bayi baru lahir.</p> <p>21.4. Melaksanakan manajemen nyeri persalinan</p> <p>21.5. Melaksanakan pertolongan persalinan.</p> <p>21.6. Melaksanakan perawatan bayi baru lahir</p> <p>21.7. Melaksanakan kontak dini.</p> <p>21.8. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahir.</p> <p>21.9. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahir.</p>
22	Melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi.	<p>22.1. Melaksanakan pengkajian pada ibu postpartum normal dan komplikasi.</p> <p>22.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi</p> <p>22.3. Merencanakan asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi.</p> <p>22.4. Melaksanakan pemantauan involusi.</p> <p>22.5. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi.</p> <p>22.6. Melaksanakan program terapi pada ibu postpartum normal dan komplikasi sebagai hasil kolaborasi.</p> <p>22.7. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi.</p> <p>22.8. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi.</p>

23	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi.	<p>23.1. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi</p> <p>23.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi</p> <p>23.3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi</p> <p>23.4. Melaksanakan pelayanan KB.</p> <p>23.5. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi</p> <p>23.6. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi</p> <p>23.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi</p>
24	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien masalah psikososial	<p>24.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien masalah psikososial</p> <p>24.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien masalah psikososial</p> <p>24.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien masalah psikososial</p> <p>24.4. Melaksanakan monevimen stress.</p> <p>24.5. Melaksanakan psikoterapi supportif</p> <p>24.6. Melaksanakan pendidikan kesehatan</p> <p>24.7. Melaksanakan tindakan kolaboratif</p> <p>24.8. Melaksanakan evaluasi keperawatan pasien masalah psikososial</p> <p>24.9. Melaksanakan dokumentasi keperawatan pasien masalah psikososial</p>
25	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa	<p>25.1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa</p> <p>25.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa</p> <p>25.3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa</p> <p>25.4. Melaksanakan terapi modalitas.</p> <p>25.5. Melakukan tindakan kolaboratif</p> <p>25.6. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa</p> <p>25.7. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa</p>

26.	Melaksanakan asuhan keperawatan komunitas	<p>26.1. Melakukan pengkajian keperawatan komunitas</p> <p>26.2. Merumuskan diagnosa keperawatan komunitas</p> <p>26.3. Membuat perencanaan keperawatan komunitas</p> <p>26.4. Melakukan promosi kesehatan</p> <p>26.5. Memberdayakan komunitas.</p> <p>26.6. Berkolaborasi dengan lintas sektor</p> <p>26.7. Melaksanakan rujukan kesehatan</p> <p>26.8. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan komunitas</p> <p>26.9. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan Komunitas.</p>
27	Melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok khusus(Anak sekolah, pekerja, lansia)	<p>27.1. Melaksanakan pengkajian keperawatan terhadap kelompok khusus</p> <p>27.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada kelompok khusus</p> <p>27.3. Merencanakan asuhan keperawatan untuk kelompok khusus</p> <p>27.4. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada kelompok khusus</p> <p>27.5. Melaksanakan kolaborasi dalam pelaksanaan skrining kesehatan</p> <p>27. 6. Memberikan bantuan ADL pada kelompok lansia.</p> <p>27.7. Membantu latihan kognitif pada lansia</p> <p>27.8. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada kelompok khusus.</p> <p>27.9. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada kelompok khusus.</p>
28	Melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga	<p>28.1. Melakukan pengkajian keperawatan keluarga</p> <p>28.2. Merumuskan diagnosa keperawatan keluarga</p> <p>28.3. Membuat perencanaan asuhan keperawatan keluarga</p> <p>28.4. Melakukan pendidikan kesehatan pada keluarga</p> <p>28.5. Memberdayakan keluarga</p> <p>28.6. Melakukan tindakan keperawatan klinis secara langsung pada keluarga</p> <p>28.7. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan keluarga.</p> <p>28.8. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan keluarga</p>
29.	Berperan serta dalam penelitian dan pengembangan keperawatan	<p>29.1 Mengidentifikasi masalah penelitian</p> <p>29.2 Mengembangkan proposal penelitian</p> <p>29.3. Menerapkan bukti-bukti ilmiah dalam praktik keperawatan</p>

BAB V PENGELOMPOKAN MATA KULIAH DAN STRUKTUR PROGRAM

A. Pengelompokan Mata Kuliah

NO	KODE MK	MK Pengembangan dan Kepribadian (MPK)	BOBOT SKS	T	P	K
1	WAT 1.01	Agama	2	1	1	
2	WAT 1.02	Kewarganegaraan	2	2		
3	WAT 1.03	Bahasa Indonesia	2	1	1	
		Jumlah	6	4	2	

DAN SETERUSNYA

BAB VII PEDOMAN IMPLEMENTASI

A. BEBAN DAN LAMA STUDI

Penyusunan kurikulum ini mengacu pada KepMendiknas RI No. 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa dan KepMendiknas 045/U/2002 tentang Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi. Program Pendidikan Diploma III Keperawatan memiliki lama studi 6 semester dengan batas maksimal 10 semester. Kurikulum terdiri dari kurikulum inti sebesar 96 SKS dan kurikulum institusional 14-24 SKS. Kurikulum inti **terdiri dari teori 42 SKS (44 %), praktikum dan klinik 56 SKS (56 %)**. Kurikulum Institusional dikembangkan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan lingkungan serta ciri khas institusi yang bersangkutan.

B. PENGALAMAN BELAJAR

Pengalaman belajar meliputi teori (T), praktikum (P) dan klinik (K) atau lapangan (L). Satuan kredit semester selanjutnya disingkat SKS adalah takaran penghargaan terhadap pengalaman belajar yang diperoleh selama satu semester melalui kegiatan terjadwal perminggu sebanyak 1 jam perkuliahan atau 2 jam praktikum atau 4 jam kerja lapangan .

Kegiatan praktikum dilaksanakan di laboratorium kelas atau klinik dengan menggunakan metode simulasi, demonstrasi, *role play* dan *bedside teaching*. Kegiatan pembelajaran klinik atau lapangan dilaksanakan langsung di lahan praktek dengan metoda *bedside teaching*, *conference* (konferensi) dan *nursing round*. (ronde keperawatan). Pengalaman belajar praktikum merupakan prasyarat pengalaman belajar klinik, dimana mahasiswa melaksanakan praktek di laboratorium terlebih dahulu dibawah bimbingan dosen untuk selanjutnya belajar di klinik dibawah bimbingan instruktur klinik dan dosen. .

C. LAHAN PRAKTEK

Lahan praktek yang digunakan mendukung pencapaian kompetensi mahasiswa Diploma III Keperawatan dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Ketersediaan kasus yang mendukung pembelajaran
- b. Memiliki Instruktur klinik yang memenuhi kriteria

Lahan praktek yang dapat digunakan meliputi rumah sakit umum kelas A, B dan C, rumah sakit khusus, puskesmas, panti asuhan, panti wredha, keluarga dan masyarakat. dan kelompok khusus

D. EVALUASI HASIL BELAJAR

Evaluasi merupakan suatu kegiatan yang dilakukan guna menilai sejauh mana kompetensi telah dicapai atau dikuasai oleh mahasiswa sebagai hasil belajar yang dinyatakan dalam bentuk nilai dari setiap mata kuliah dan penilaian pencapaian kompetensi. Evaluasi hasil belajar dari setiap mata kuliah mencakup evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi pencapaian kompetensi dilakukan setelah keseluruhan kegiatan belajar dilaksanakan untuk kompetensi yang diharapkan.

Evaluasi pencapaian kompetensi menggunakan Pedoman Penilaian Pencapaian Kompetensi dan dengan menggunakan pendekatan OSCE (*Objective Structure Competencies Evaluation*) dan CPX (*Clinical Practice Examination*) baik teori maupun keterampilan yang terintegrasi di kelas, di laboratorium dan lahan praktek. OSCE adalah suatu penilaian yang terstruktur dari kompetensi yang telah dikuasai oleh mahasiswa, terutama digunakan untuk evaluasi formatif. Metoda ini membantu dosen dalam membimbing dan mengarahkan mahasiswa dalam belajar secara individual. CPX yaitu suatu metode penilaian untuk mengukur pengetahuan, keterampilan dan pengelolaan kasus yang dipresentasikan, dan digunakan sebagai evaluasi sumatif. Metoda ini membantu dosen untuk mengarahkan pencapaian kurikulum..

E. TENAGA PENDIDIK

Tenaga pendidik merupakan tenaga professional yang bertugas merencanakan dan melaksanakan proses pembelajaran, menilai hasil pembelajaran, melakukan pembimbingan, serta melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat.

Tenaga pendidik terdiri atas dosen dan instruktur klinik

1. Dosen

Dosen adalah seseorang yang berdasarkan pendidikan dan keahliannya diangkat sebagai dosen dengan tugas melaksanakan tri darma perguruan tinggi . Dosen terdiri dari dosen tetap dan dosen tidak tetap. Dosen tetap adalah dosen yang diangkat sebagai tenaga pendidik tetap pada insitusi yang bersangkutan. Dosen tidak tetap adalah dosen tamu pada insitusi yang bersangkutan. Jumlah dosen menurut KepMenkesSos No 43/Menkes-Kesos/SK/1/2001 adalah 1 : 7-12 mahasiswa. Kualifikasi akademik minimum dosen berdasarkan UU RI NO.14 Tahun 2005 adalah seorang lulusan program magister.

Untuk pendidikan keperawatan, kualifikasi tambahan adalah :

- a. Latar belakang pendidikan keperawatan
- b. Memiliki sertifikat AKTA IV/Pekerti/AA (*Soy Joy pet - Applied Approach*)

- c. Pengalaman bekerja di lahan praktek minimal 2 tahun

2. Instruktur klinik

Instruktur adalah tenaga pendidik yang berasal dari lahan praktek yang bertugas untuk membantu pencapaian tujuan belajar mahasiswa. Instruktur klinik memiliki kualifikasi sebagai berikut :

- a. Pendidikan minimal DIII Keperawatan
- b. Memiliki sertifikat instruktur klinik atau AKTA III/IV
- c. Pengalaman kerja di bidangnya minimal 3 tahun

G. YUDISIUM DAN WISUDA

Yudisium adalah penetapan kelulusan akhir studi mahasiswa pada program D III Keperawatan. Predikat kelulusan terdiri dari tiga (3) tingkat, yaitu : **memuaskan, sangat memuaskan, dan dengan pujian. IPK** sebagai dasar penentuan predikat kelulusan program Diploma adalah

- IPK : 2,00 – 2,75 : memuaskan
- IPK : 2,76 – 3,50 : sangat memuaskan
- IPK : 3.51 – 4,00 : dengan pujian.

H. IJAZAH DAN TRANSKRIP

Ijazah adalah surat berharga yang diberikan oleh institusi sesuai aturan yang berlaku bagi mahasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan dan dinyatakan lulus.

Transkrip adalah laporan hasil prestasi belajar mahasiswa yang dinyatakan dalam bentuk nilai dari tiap mata kuliah selama proses pembelajaran dan dikeluarkan secara resmi oleh institusi pendidikan serta ditandatangani oleh pimpinan insitusi pendidikan yang bersangkutan.

Sertifikat kompetensi adalah surat berharga yang diberikan oleh institusi bagi mahasiswa yang telah mencapai kompetensi yang diharapkan.

PENUTUP

Keberhasilan Penyelenggaraan proses pembelajaran dengan menggunakan kurikulum pendidikan Diploma III Keperawatan sangat tergantung kepada perencanaan program yang akurat, pelaksanaan yang berkualitas dan penilaian yang berkesinambungan secara priodik.

Implementasi kurikulum ini diperlukan penjabaran lebih rinci dengan mengacu kepada tujuan pendidikan dan kompetensi yang telah ditetapkan. Untuk mendapatkan lulusan yang berkualitas maka perlu pengaturan pengajaran yang sesuai dengan tuntutan kompetensi yang didukung oleh dosen berdasarkan keahlian dalam bidangnya masing-masing.

Pendekatan proses pembelajaran diwajibkan menggunakan pendekatan berdasarkan kompetensi. Untuk pencapaian kompetensi ini diperlukan suatu penilaian yang terus

menerus berdasarkan kompetensi yang harus dimiliki.

Akhirnya keberhasilan penerapan kurikulum ini sangat tergantung pada pengelolaan pendidikan secara profesional, dosen yang berkualitas, dukungan sarana prasarana yang memadai serta tersedianya lahan praktik sesuai tuntutan kompetensi.



Western Pacific and
South East Asian Region

**Common
Competencies for
Registered Nurses**

March 2006

© Copyright 2006
ISBN 0-9775108-2-4

This work is copyright January 2006. Apart from any use as permitted under the Copyright Act 1968, no part of this work may be reproduced by any means electronic or otherwise without the written permission of the copyright holders.

Requests and enquiries concerning reproduction rights should be addressed to the Chief Executive Officer.

Published by the ANMC March 2006.

Australian Nursing and Midwifery Council,
PO Box 873
Dickson ACT 2602
Australia

T: (02) 6257 7960
F: (02) 62577 955
W: www.anmc.org.au



Content

Foreword	4
Introduction	6
Background	8
The WPSEAR Common Competency Development Process	12
Benefits and Application of the WPSEAR Common Competencies	15
The WPSEAR Common Competencies	17
Glossary of Terms	29
References	34

Foreword

The WPSEAR Common Competencies have been formulated over a 6 year time frame. Coordination of the work has been undertaken by a secretariat at the Australian Nursing and Midwifery Council Incorporated (ANMC) (formerly the Australian Nursing Council, ANC) in Canberra, Australia. During the development phase many nurses representing the following countries of the region have been involved in the process. This was achieved through representation on working groups, through workshop participation and through the provision of input to formal feedback mechanism established by the secretariat. Their contribution is gratefully acknowledged.

- Australia
- Bangladesh
- Brunei Darussalam
- Cambodia
- Cook Islands
- Fiji
- Hong Kong
- India
- Indonesia
- Laos
- Malaysia
- Nepal
- New Zealand
- Niue Island
- Papua New Guinea
- Philippines
- Republic of China
- Republic of Kiribati
- Republic of Korea
- Republic of Marshall Islands
- Samoa
- Singapore
- Solomon Islands
- Thailand
- Tonga
- Vanuatu
- Vietnam

At the 2nd meeting of the Nurse Regulatory Authorities of the Western Pacific and South East Asian Region (WPSEAR) at Brisbane in 1998, it was agreed by the members that the development of regional core competencies would be useful. Following that meeting, all members, on request, were asked to send any current competencies or professional standards to the secretariat. This information was collated by Marilyn Gendek, CEO of the Australian Nursing Council, Marion Clark, CEO of the Nursing Council of New Zealand and representatives from the Thailand Nursing Council and Thailand Nursing Association.

The 3rd meeting at Bangkok in 2000 focused heavily on the development of the core competency standards. A keynote address on the development of competencies was followed by group discussion and debate on the draft standards and ideas were sought on how any competency standards would be used. Following the meeting, the Nursing Council of New Zealand undertook to incorporate the feedback into the first draft and a new draft was circulated. The region was delighted that the Philippines and Papua New Guinea both used the information gained in Bangkok to develop their own competencies and move to competency-based regulation.

The 4th meeting of WPSEAR was held in Hong Kong in 2002. Following further discussion on the redrafted standards and presentations from the Philippines and Papua New Guinea, a working party was established to oversee the final preparatory work prior to anticipated approval at the 5th WPSEAR meeting in September 2004 in Kuala Lumpur. Members of the working party were:

- Dr Stephanie Fox-Young
- Associate Professor Dr Prakin Suchaxaya
- Dr. Remedios Fernandez
- Ms June Lui
- Ms. Rita Konlilo
- Ms. Margaret Proctor (since February 2004)



Introduction

This publication concerning common competencies for registered nurses was developed as an initiative of nurse leaders attending meetings of the nurse regulatory authorities of the Western Pacific and South East Asian Region (WPSEAR). The common competencies have been formulated over the past 10 years in consultation with nurses representing countries of the region.

At the first WPSEAR meeting held in Wellington, New Zealand in 1996, the increasing trend of nurses moving from country to country was seen as an important issue for regulators, for maintaining nursing standards, and for the public interest. While it is acknowledged that at a global level nurses have much in common, as they all play similar roles as health care providers and in delivering a public service to the world's populations, in the WPSEAR there are considerable differences in the education and structure of nursing and in the health care systems in which nurses work. These variations can be found in the regulation of their practise, in their educational preparation, in their professional roles, in their cultural settings and in their social and legal status. The recognition of qualifications, when nurses seek registration to enable them to work or study in different countries is made more complex when the differences outlined above are taken into account.

Agreement was reached by attendees at WPSEAR meetings of nurse regulatory authorities that the Common Competencies should be generic and broad in nature so they are applicable to each country context. It is acknowledged that at a specific national level additional development and adjustments, and interpretation of the competencies may be required to ensure their relevance at a performance and cultural level. Furthermore, it is acknowledged that the WPSEAR Common Competencies will require regular review as nursing practice continues to evolve and the context in which nurses work changes. It should also be noted that participants at the WPSEAR meetings have endorsed the International Council of Nurses Principles of Regulation (ICN 1986) and the ICN Code of Ethics (ICN 2000).

This document details background information, the competency development process, the proposed WPSEAR Common Competencies, suggestions for their application and a Glossary of Terms.



Background

In the past decade we have seen the emergence of global markets and regional treaties or agreements that are designed to improve the free movement of goods and services across national boundaries. The opportunities for nurses, as health care professionals to move more freely from country to country has been expanded by these trends. It was as a result of these developments that the formulation of a set of common competencies for nurses in the region was firmly placed on the agenda of the WPSEAR meetings. Nurses as health professionals are accountable to the community they serve and have a duty of care to meet professional standards. The WPSEAR Common Competencies for Registered Nurses assist in providing a guiding framework to inform interested parties about the expected competency standards of nurses in the region. Other standards that shape the professional practice of nurses include Codes of Ethics, Codes of Professional Conduct and various practice standards.

It is envisaged that these common competencies will support the role of nurses within the region, provide direction for recognition of qualifications and for multi-country licensure programs and guidance for those countries that have not yet developed their specific competencies for nurses.

As stated above nursing leaders in the Western Pacific and South East Asian region recognised the need to formulate a set of common competencies and developed a strategy to ensure their development. The contextual background to this initiative is important, as it can be argued that this context was the driving catalyst to the decision to formulate the common competencies. Three major elements are involved in this context, global developments, changes in how health services are delivered, and changes in the professional role and

function of the nurse. This context has also been seen as pivotal in competency development by the International Council of Nurses (ICN), which has published the ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse (ICN 2003). The authors of this publication suggest that nurses are among groups of professionals who seek international recognition of their professional qualifications and competencies (ICN 2003 p5). In discussing the context underpinning the development of the ICN Framework for Competency Development for the Generalist Nurse, the ICN (2003 p9) has also put forward three important elements:-

- global trends,
- health services, and
- nursing.

This view supports the rationale for the development of common regional competencies as proposed by nurse leaders in the WPSEAR.

Global and Regional Developments.

The development of a global economy, the movement of masses of people around the world in short time frames, the constant and fast exchange of goods and services between countries, the development of many international treaties and laws and the mammoth technological and electronic advances that let us exchange information and knowledge at an extraordinary rate, are all important factors in the global context. Phrases like "we live in a global village", and "the world is getting smaller" are relevant to the health care context and therefore impact on how and where nurses work and live.

At the same time various regional trade agreements have emerged which resulted in closer economic ties between countries of the region, making reciprocity of professional qualifications an important factor for regulatory authorities in maintaining nursing standards. In Australia, there was also commitment by the federal government to facilitate the removal of technical barriers to trade in the context of the World Trade Organisation

(WTO) and the Asia Pacific Economic Cooperation group (APEC). As well, the barriers with the Association of South East Asian Nations (ASEAN) were to be reduced. Examples of developments in regional trade treaties include the Trans Tasman Agreement between Australia and New Zealand; the Indian Ocean Rim Association for Regional Cooperation (involving 18 members); Singapore–Australia Free Trade Agreement; Thailand–Australia Free Trade Agreement. Over the timeframe of the WPSEAR Common Competencies development, other trade agreements in the region have been formalised.

Health Service Delivery

Health care delivery systems in the WPSEAR have advanced at a rapid pace as many countries in the region have progressed through a stage of development. Reforms in these systems are constant as they respond to changes in priorities, knowledge and information bases and financial capacity. While there is still great diversity in political systems, economics, and social and cultural norms, health care systems within the region are still affected in the same way by global trends. There are consequences for health systems in all countries of the region as a direct result of the expansion in technology and knowledge, fast communication and emerging human rights and ethical issues. The increasing cost of running very expensive technological health services, which focus on sickness has proved to be not viable and rationalisation of resources has been necessary. In acknowledging that people's health status is significantly influenced by their life situation, their wealth, their housing, their environment and their employment, there has been a shift to focussing health care systems to a primary health care model. This view has been supported by the World Health Organisation's Western Pacific Region in its policy document, "New Horizons in Health" which articulates the reforms in health services as a directional change "from disease-centred to people-centred, with a focus on positive health as a part of human development" (WHO 1995).

Professional Role and Function of the Nurse

Globally, nurses are the largest group of health care professionals, and therefore they have the potential to improve the health of the peoples of the world. They play a vital and influential role in health care systems, in developing health care policy, in promoting health and preventing illness, and in caring for people who are sick and for those that require rehabilitation.



The WPSEAR Common Competencies Development Process

The Common Competencies development process has been in progress since 1998. This extended timeframe has been necessary to allow consultation with and input from nurses in the region. Given the vast differences in cultures, nursing education programs, nursing structures and health systems in the region, it was essential to allow sufficient time for agreements on principles and to establish ownership of the content of the common competencies.

The development process has been punctuated by discussions and decisions made by attendees at the various WPSEAR meeting. Between these meetings a number of groups have been delegated the task of progressing the developmental work under the guidance of the secretariat at the Australian Nursing and Midwifery Council Incorporated (ANMC). Specific important milestones and high points in the development process on the common competencies are chronicled below:

- **1996 – 1st WPSEAR Meeting Wellington, New Zealand**
— A key matter identified at this meeting was the barriers to movement of nurses across national and country borders. The meeting participants agreed that this trend would require urgent attention from nurse regulatory authorities in the region (Australian Nursing Council 2000a).

- **1998 – 2nd WPSEAR Meeting Brisbane, Australia**
— “Regional collaboration on standards of practice and education” and “reciprocity arrangements between countries of the region” were scheduled as major agenda items. An outcome of this meeting was the establishment of a Task Force, comprising representatives of Nepal, Thailand, Singapore, India, Australia and New Zealand, to develop an action plan concerning reciprocity matters. Representatives from Fiji agreed to convene an action plan for countries in the region without a nurse regulatory authority. The ANC was to act as the secretariat to the task force (ANC 2000a).
- **1999 – 2000**
— The plan devised in 1998 (above) involved an investigation as to what each country was doing in regard to core competency development. The ANC consequently surveyed WPSEAR nurse regulatory authorities to gain this information. Countries responding included Fiji, Singapore, Papua New Guinea, Cook Islands, New Zealand, Sri Lanka, the Philippines, and Australia. The information supplied to ANC was analysed by a consultant to identify consistent competency components and draw together potential common competencies for the region.
- **2000 – 3rd WPSEAR meeting Bangkok, Thailand**
— A large part of this meeting was allocated to regional common competency development. The concept was explored through a series of paper presentations and workshops. Seven groups of nurses from the region examined and discussed a regional common core competency framework, including identification of potential common competencies, and actions to achieve the development and implementation of common competencies. At the end of this meeting it was determined that a Steering Committee would work to continue to refine the work achieved at

the meeting. It was also agreed that ANC would continue to act as the secretariat (ANC 2000b).

- **2002 – 4th WPSEAR meeting Hong Kong**
– The ANC formulated a Discussion Paper for consideration at the meeting. Following the workshop and examination of the work undertaken by the steering committee, a small working group was formed to develop an action plan to complete this project. It was envisaged that a final draft document on the WPSEAR Common Competencies would be presented at the 5th WPSEAR meeting in Kuala Lumpur in 2004 (Australian Nursing Council 2003).
- **2004 – 5th WPSEAR meeting Kuala Lumpur**
– the draft WPSEAR Common Competencies were put to the meeting and subsequently were approved and adopted.

Many nurses representing the following countries of the region have provided input during the timeframe involved in the development of the Regional Common Competencies. Their contribution is gratefully acknowledged.

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| • Australia | • Papua New Guinea |
| • Bangladesh | • Philippines |
| • Brunei Darussalam | • Republic of China |
| • Cambodia | • Republic of Kiribati |
| • Cook Islands | • Republic of Korea |
| • Fiji | • Republic of Marshall Islands |
| • Hong Kong | • Samoa |
| • India | • Singapore |
| • Indonesia | • Solomon Islands |
| • Laos | • Thailand |
| • Malaysia | • Tonga |
| • Nepal | • Vanuatu |
| • New Zealand | • Vietnam |
| • Niue Island | |



Benefits and Application of Common Regional Competencies

As our world becomes more global and the nursing profession becomes universal through advances in technology and improved communication the need for agreed Regional Common Competencies has become more critical. Throughout the lengthy development process the benefits and uses of the Common Competencies for the nursing profession and regulatory authorities in the region have been explored. Nurse leaders attending the WPSEAR meetings have had the opportunity to identify, discuss and document the benefits and application of the competencies during purposely organised workshops. The ICN (2003 p16 and p31) has also suggested specific uses for a competency framework. It is intended that the Common Competencies will have application in the region to:

- facilitate reciprocity of qualifications and skills of nurses from other countries and for multi-country licensure programs.
- guide development of definitions especially those related to scope of practice.
- guide educators when developing and reviewing nursing programs for entry to practice and with assessment processes.
- provide the basis for formulating common education and professional standards.
- increase movement, flexibility and adaptability of nurses to new work and study environments.
- increase knowledge and understanding of cultures, values, and beliefs in the region.
- enable professional misconduct to be dealt with by various jurisdictions and under diverse legislations thus helping to ensure protection of the public.
- assist in the development of educational codes and practices.

- help promote individual and collective professional accountability.
- assist in clarifying the role and responsibilities of nurses.
- increase regional collaboration and communication.
- help nurses to develop a common language and therefore have a greater understanding of each other.
- guide institutions in developing educational programs for foreign nurses.
- assist universities when establishing exchange programs, and
- enhance nursing standards and therefore improving health care provided to populations in the region.



WPSEAR Common Competencies

At the 4th meeting of the Regulatory Authorities of the Western Pacific and South East Asian Region in 2002 workshops were held to review and determine the ongoing development of the WPSEAR Common Competencies. The outcome of this meeting was an acceptance of the following Common Competencies for the Registered General Nurse. It was agreed that the term common competencies would be used rather than core competencies as this would allow for the differences in nursing roles and health contexts in the region.

The WPSEAR Common Competencies reflect the comments and contribution from each workshop held during the process of development. They have been formulated with input from nurses in the region, many who have previously developed and are using a competencies framework and from other nurses who are in the process of developing competencies.

It is assumed that the WPSEAR Common Competencies are underpinned by the successful completion of the highest level of nursing education provided for registration as a nurse in a specific country. Education courses leading to registration are usually at least 3 years (6 semesters) in duration. The accepted desirable goal is that the minimum education for registered nurses will be to a bachelor (baccalaureate) degree level. Nurse regulatory authorities in the region acknowledge that a bachelor degree is not currently available for registered nurse education in all countries. Recognition is also given to varying key factors existing in different national contexts, including varied health care priorities and cultural differences.

The WPSEAR Common Competencies have been grouped under the following 3 domains:

- Legal and Ethical Framework of Nursing Practice
- Management of Care (comprising Professional Practice, Consumer Rights and Professional Advancement and Development)
- Leadership and Nursing Management

Each domain has an associated competency unit and competency elements. A Competency Unit represents a major function/functional area in the total competencies of a Registered Nurse in a nursing context representing a stand alone function which can be performed by an individual. A Competency Element represents a sub function of the unit (Australian Nursing Council 2000c). A Competency Element is not comprehensive or exclusive and it may apply to more than one domain of nursing practice.

The competencies listed below reflect the views presented and the agreements made on essential competencies at a workshop held during the 4th WPSEAR meeting in Hong Kong 2002. They were further developed by the working party prior to the 5th meeting in Kuala Lumpur, where they were approved and adopted.



WPSEAR Common Competencies for Registered Nurses.

DOMAIN 1: LEGAL AND ETHICAL FRAMEWORK OF NURSING PRACTICE

COMPETENCY UNIT 1 RECOGNISES AND ACCEPTS PERSONAL ACCOUNTABILITY AND RESPONSIBILITY FOR ALL ASPECTS OF PROFESSIONAL PRACTICE

Competency Element 1.1

Practices in accordance with current competencies and scope of practice.

Competency Element 1.2

Performs nursing interventions according to recognised standards of practice.

Competency Element 1.3

Clarifies responsibility for aspects of care with other members of the health team.

COMPETENCY UNIT 2 UNDERSTANDS AND DEMONSTRATES KNOWLEDGE OF THE LEGAL AND ETHICAL FRAMEWORK OF THE HEALTH SYSTEM THAT RELATES TO NURSING

Competency Element 2.1

Recognises and acts upon breaches of law relating to nursing practice and/or professional code of conduct.

Competency Element 2.2

Practices in accordance with relevant legislation, national and local policies and procedural guidelines.

Competency Element 2.3

Maintains clear and legible documentation and records.

**COMPETENCY UNIT 3
UNDERSTANDS AND UTILISES AN ETHICAL
DECISION MAKING FRAMEWORK**

Competency Element 3.1

Practices in a manner that conforms with an agreed Code of Ethics.

Competency Element 3.2

Engages effectively in ethical decision making.

Competency Element 3.3

Demonstrates an understanding of the challenges to ethical decision making in a broad range of circumstances and practice settings including conflict and natural disaster situations.

Competency Element 3.4

Maintains patient confidentiality and security of patient information.

**COMPETENCY UNIT 4
PROVIDES CULTURALLY SENSITIVE CARE**

Competency Element 4.1

Respects the values, customs, spiritual beliefs and practices of individuals and groups (from ICN).

Competency Element 4.2

Recognises own beliefs and values and how these may influence care giving.

DOMAIN 2: MANAGEMENT OF CARE

The "Management of Care" domain draws together the areas of

- a). Professional Practice,
- b). Communication,
- c). Consumer Rights, and
- d). Professional Advancement and Development.

A) Professional Practice

**COMPETENCY UNIT 5
CONTRIBUTES TO EFFECTIVE MULTIDISCIPLINARY
TEAM WORK BY MAINTAINING COLLABORATIVE
RELATIONSHIPS**

Competency Element 5.1

Collaborates with and co-ordinates health and social care teams.

Competency Element 5.2

Demonstrates critical thinking and decision-making skills.

Competency Element 5.3

Participates with members of the health and social care teams in decision making concerning patients/clients (from ICN).

**COMPETENCY UNIT 6
ENSURES CONSISTENT, CONTINUOUS HOLISTIC
QUALITY OF CARE**

Competency Element 6.1

Undertakes a comprehensive and systematic assessment involving analysis and interpretation of data.

Competency Element 6.2

Formulates a plan of care in collaboration with the patient/ client and/ or significant other.

Competency Element 6.3

Implements and documents planned nursing care.

Competency Element 6.4

Evaluates and documents progress towards expected outcomes and uses evaluation data to modify the plan of care.

Competency Element 6.5

Utilises well-conducted/evaluated research findings in practice as appropriate (practice based on evidence).

Competency Element 6.6

Makes clinical judgements and provides appropriate nursing therapeutic interventions and procedures for the individual patient, family and community.

Competency Element 6.7

Teaches patients/families/carers/health professionals aspects of care as appropriate.

Competency Element 6.8

Ensures that no action or omission on the part of the nurse, or within the nurse's sphere of responsibility, is detrimental to the patient, family and community.

Competency Element 6.9

Works collaboratively with nursing colleagues to ensure continuity of quality nursing care.

Competency Element 6.10

Reflects on practice outcomes and makes changes to practice when appropriate.

Competency Element 6.11

Maintains and updates technical skills.

**COMPETENCY UNIT 7
CREATES AND MAINTAINS A SAFE ENVIRONMENT
THROUGH THE USE OF QUALITY ASSURANCE AND
RISK MANAGEMENT STRATEGIES**

Competency Element 7.1

Participates in continuous quality improvement and quality assurance activities.

Competency Element 7.2

Acknowledges limitations in knowledge and competence and declines any duties or responsibilities unless able to perform them in a safe and skilled manner.

Competency Element 7.3

Delegates, monitors and supervises work performed by assistants.

Competency Element 7.4

Provides a safe environment for patient(s) and staff, including implementing infection control procedures.

**COMPETENCY UNIT 8
DEMONSTRATES UNDERSTANDING OF
TRADITIONAL HEALING PRACTICES WITHIN AN
INDIVIDUAL'S, FAMILY'S AND/OR COMMUNITY'S
HEALTH BELIEF SYSTEM**

Competency Element 8.1

Seeks out knowledge about specific traditional healing practices that are culturally relevant to individuals and communities.

Competency Element 8.2

Makes changes to practice when appropriate.

**COMPETENCY UNIT 9
DEMONSTRATES AN UNDERSTANDING OF
NATIONAL HEALTH, SOCIAL AND POLITICAL
PROCESSES**

Competency Element 9.1

Actively seeks to participate in health policy development and evaluation, and program planning.

Competency Element 9.2

Accepts leadership responsibility in the delivery of nursing and health care.

B) Communication

**COMPETENCY UNIT 10
ESTABLISHES INTERPERSONAL RELATIONSHIPS
BASED ON PUBLIC TRUST AND CONFIDENCE**

Competency Element 10.1

Listens and interacts clearly by verbal, written and electronic means as appropriate, to patients/clients, families, carers and other health professionals.

Competency Element 10.2

Respects the professional boundaries of therapeutic relationships.

**COMPETENCY UNIT 11
DISPLAYS CULTURAL AWARENESS AND
SENSITIVITY IN RELATION TO VERBAL/NON
VERBAL COMMUNICATION**

Competency Element 11.1

Accesses and provides appropriate written resources for patients and their carers when needed.

Competency Element 11.2

Uses appropriate professional interpreters when needed.

Competency Element 11.3

Involves an advocate for the patient/client if necessary to ensure effective communication.

**COMPETENCY UNIT 12
USES HEALTH and INFORMATION TECHNOLOGY
EFFECTIVELY AND APPROPRIATELY**

Competency Element 12.1

Communicates and clarifies advances in appropriate technologies to the patient/client.

Competency Element 12.2

Uses available information technology to access information and new knowledge.

Competency Unit 12.3

Undertakes training in the application of new health technologies as necessary.

C) Consumer Rights

**COMPETENCY UNIT 13
RESPECTS EACH PATIENT/CLIENT IRRESPECTIVE
OF THEIR ETHNIC ORIGIN, RELIGION OR OTHER
FACTORS**

Competency Element 13.1

Respects the patient's/client's rights to access information, privacy, choice and self-determination.

Competency Element 13.2

Responds appropriately to comments or complaints from patients/clients and co-operates with complaints procedures.

**COMPETENCY UNIT 14
PROVIDES AN ADVOCACY ROLE FOR PATIENTS'
RIGHTS AND EMPOWERS PATIENTS/CLIENTS TO
MAKE DECISIONS REGARDING THEIR CARE**

Competency Element 14.1

Protects and safeguards the interests and well-being of the patients/clients.

Competency Element 14.2

Recognises and respects patients'/clients' and carers' involvement in the planning and delivery of care.

Competency Element 14.3

Respect patients'/clients' rights to access information.

d) Professional

**COMPETENCY UNIT 15
MAINTAINS COMPETENCE BY UNDERTAKING
ACTIONS FOR PROFESSIONAL DEVELOPMENT
AND EDUCATION**

Competency Element 15.1

Applies evidence-based and/or best practice knowledge and technical skills.

Competency Element 15.2

Participates in and contributes to research.

Competency Element 15.3

Contributes to the education and professional development of others.

Competency Element 15.4

Takes steps to remedy any deficits in skill or personal knowledge.

**DOMAIN 3: LEADERSHIP AND NURSING
MANAGEMENT**

**COMPETENCY UNIT 16
UNDERSTANDS THE PRINCIPLES OF
CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (CQI), AND
INCORPORATES THIS IN PRACTICE**

Competency Element 16.1

Collects, analyses and utilises data about incidents and trends and implements remedial changes to improve care delivery.

Competency Element 16.2

Demonstrates an understanding of efficient resource utilisation and human resource management.

Competency Element 16.3

Uses the ability to think proactively, laterally and critically within a problem-solving context.

**COMPETENCY UNIT 17
HOLDS AND COMMUNICATES A CLEAR VISION
OF NURSING WITHIN THE HEALTH STRUCTURE IN
WHICH SHE/HE WORKS**

Competency Element 17.1

Promotes and maintains the professional role of the nurse.

Competency Element 17.2

Initiates and participates in dialogue about new initiatives and change processes in nursing and health care.

Competency Element 17.3

Demonstrates the ability to make appropriate management decisions.

Competency Element 17.4

Demonstrates the ability to think laterally and critically within a problem-solving context.

Competency Element 17.5

Supports, collaborates and co-operates with colleagues.

COMPETENCY UNIT 18 PROVIDES A SAFE WORKING ENVIRONMENT

Competency Element 18.1

Demonstrates knowledge of relevant aspects of occupational health and safety legislation.

Competency Element 18.2

Recognises the need for rest and diversion activities to prevent burnout.

Competency Element 18.3

Manages workloads effectively.

Competency Element 18.4

Acts as a collaborative team member.

Glossary of Terms

Many of the terms in this glossary have been adapted /copied from the glossary in the ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse 2003.

Accountability: The state of being answerable for one's decisions and actions. Accountability cannot be delegated (Hospital Authority of Hong Kong 1997 in ICN 2003).

Advocacy: Speaking on behalf of another, in circumstances where patients are unable to represent themselves, their needs, wishes, values and choices.

Appropriate: Matching the circumstances, meeting needs of the individual, groups or situation.

Attributes: Characteristics which underpin competent performance.

Carer: A person, paid or unpaid, who regularly helps another person, often a relative or a friend, with all forms of care required as a result of illness or disability. The term incorporates spouses, partners, parents, other relatives, guardians, and voluntary health carers who are not health professionals (ICN 2003).

Clinical Judgement: Those decisions made by nurses in interaction with individuals/ groups about: the type of data collected; evaluation of the data and derivation of meaning from that data; nursing actions that should be taken.

Code of Ethics: A collective statement of rules governing proper conduct/ standards of behaviour for one particular group, derived from parent principles of ethics.

Common competency standard: Competency standards reflecting a commonality across the WPSEAR.

Competence: The combination of skills, knowledge, attitudes, values, and abilities that underpin effective performance in a professional/occupational area.

Competency: An attribute of a person which results in effective performance.

Competency Element: Represents a sub-function of the competency unit.

Competency Standards: Consists of competency units and competency elements.

Competency Unit: Represents a major function/functional area in the total competencies of a Registered Nurse in a nursing context representing a stand-alone function which can be performed by the individual.

Competent: The person has competence across all domains of competencies applicable to the nurse, at a standard that is judged to be appropriate for the level of nurse being assessed.

Context: The setting/environment where competence can be demonstrated or applied, for example, hospital, residential, geographic location, community, school.

Delegation: Delegation is the conferring of authority to perform activities of care for a patient/client on an individual.

Domain: An organised cluster of competencies in nursing practice.

Duty of care: The principle which underlies the concept of negligence. It is owed to patients/ clients and fellow employees. Its meaning reflects the degree of care and skill to be expected from the average, reasonable, ordinarily careful and competent practitioner of a particular class.

Ethical problem: A situation that requires ethical consideration or ethical decision making, or a conflict of moral values.

Ethics: The moral practices, beliefs, and standards of an individual/s and/ or a group.

Evidence-based assessment: An assessment based on evidence which justifies an assessment judgement.

Generalist Nurse: In some countries, the nurse, on entry to practice after successful completion of his/her country's initial education is called a Registered Nurse (RN), in others a Licensed Nurse or qualified nurse. The scope of preparation and practice enables the generalist nurse to have the capacity and authority to competently practice primary, secondary and tertiary health care in all settings (ICN 1986).

Health technology: An intervention used to promote health, prevent illness, diagnose or treat disease, provide rehabilitation or long term care.

Healthcare workers: Healthcare workers are those that assist in the delivery of healthcare.

Individual/Individuals: Refers to a person/ persons receiving nursing care.

Information technology: The broad subject concerned with all aspects of managing and processing information, especially within a large organisation or company (sited in ICN 2003).

Multidisciplinary: Involves more than one discipline.

Mutual Recognition: Mutual recognition is a vehicle for regulatory co-operation, and it may be based on harmonisation, equivalence, or external criteria such as the host country's standards or other mutually agreed standards, or international standards. In a mutual recognition agreement, two or more parties agree to recognise and accept all, or selected aspects of each other's regulatory results because they are harmonised or judged to be equivalent, or because they satisfy other agreed upon external criteria. Results may include assessment outcomes, qualifications, standards, rules, titles, and quality assurance system standards. (Adapted from TACD, 2000)

Patient/ client: User(s) of health care services, whether healthy or sick (ICN, WHO 1999).

Plan of care: Written guidelines for care for the individual/group to ensure continuity of care; contains the identified problems/needs/nursing diagnoses of the individual/group, expected outcomes (goals), priorities and prescribed nursing interventions.

Professional Boundaries: Means the limit of a relationship between a nurse and an individual and any other significant other persons which facilitate safe and therapeutic practice and results in safe and effective caring practice.

Registered Nurse: A person licensed to practise nursing under the relevant state or country regulation.

Responsibility: The obligation that an individual assumes when undertaking to carry out a delegated function. The individual who authorises the delegated function retains accountability.

Significant others: Those persons of whatever affinity/relationship to the patient/client, who play an important role in the life of that individual.

Standard/s: The term standards includes national policies, position statements, best practice standards, guidelines.

Supervision: Supervision incorporates the elements of direction, guidance, oversight and co-ordination of activities. The requirements for supervision of the enrolled nurse, either direct or indirect, may be specified in relevant state/territory legislation and/or policies.

Traditional Medicine or Healing Practices: The sum total of knowledge, skills practices based on the theories, beliefs and experiences indigenous to different cultures whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness (WHO).



References

- Australian Nursing Council 2000a Update Report on the First and Second Meeting of Nurse Regulatory Authorities for the Western Pacific and South East Asian Regions ANC, Canberra
- Australian Nursing Council 2000b Meeting of Regulatory Authorities from the Western Pacific and South East Asian Regions: Regulation of Nursing and Midwifery (A Report of the 3rd Meeting held in Bangkok, November 26, 2000) ANC, Canberra
- Australian Nursing Council 2000c ANCI National Competency Standards for the Registered Nurse, 3rd Edition ANC, Canberra
- Australian Nursing Council 2000d The Development of Core Competency Standards for Nurses in the Western Pacific and South East Asian Regions 26 November 2002 (Discussion paper produced by the ANC) Canberra
- Australian Nursing Council 2003 4th Meeting of the Regulatory Authorities from the Western Pacific and South East Asian Regions: Minimum Core Competencies, to Standards of Practice, Issues and Challenges 21-26 November 2002 ANC, Canberra
- International Council of Nurses 1986 Report on the Regulation of Nursing, a report on the present, a position for the future International Council of Nurses, Geneva
- International Council of Nurses 2000 Code of Ethics for Nurses International Council of Nurses, Geneva
- International Council of Nurses 2003 ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse: Report of the Development Process and Consultation International Council of Nurses, Geneva
- Meeting of the Regulatory Authorities from the Western Pacific and South East Asian Regions A Report of the Second Biennial Meeting held in Brisbane Australia, September 1998 (no further information available)
- The Western Pacific and South East Asian Regional Meeting on the Regulation of Nursing, 1996 (no further information available)
- Trans Atlantic Consumer Dialogue, Briefing Paper on Mutual Recognition Agreements, TACD, 2000. [online] <http://www.tacd.org/cgi-bin/db.cgi?page=view&config=admin/docs.cfg&id=193>
- World Health Organisation 1995 New Horizons in Health World Health Organisation, Manila



Evaluation and Review

Nurses in the Western Pacific and South East Asian region acknowledge that the Common Competencies will be further developed as the role of the nurse changes. The WPSEAR Common Competencies will be reviewed under the auspices of the WPSEAR meetings and as determined by that meeting.

Comments concerning the competencies should be forwarded to:

WPSEAR SECRETARIAT
C/- Australian Nursing and Midwifery Council
PO Box 873
Dickson ACT 2602
Australia



Acknowledgements

We would like to sincerely thank all those people who supported and assisted with this study.

We would also like to thank all those people in NTT and NTB who were so helpful with our study and gave their time to enable this study to be completed successfully. Especially the PHO, DHO, and CHO. Also the Professional Associations and the staff Poltekkes faculties.

It is much appreciated that the people in NTT, NTB and BPPSDMK who gave their time to agree to the methodology and to attend our presentation of the findings of the study; also the constructive comments and support.

Courtesy Visits were made to:

Dra. Nasirah Bahaudin, MM, Head of Centre for Planning and Human Resources Management BPPSDMK (June 2008)

Dr. Roberth J. Pattiselanno, MARS, Chief of Curriculum Development, Division of Centre for Health Workforce Education BPPSDMK

Mr Abdurrachman Head of Centre for Planning and Human Resources BPPSDMK (September 2008).

Dr. Agus Widjaya : Director of Mataram Public Hospital NTB

Drg. Ambaryati : Director of Triple P (Patut, Patuh and Pacu) Distric Public Hospital in West Lombok, NTB

Mr. Awan Dramawan: SPd MKes: Chair of Nurses Association of NTB Province

Mr. I Gusti Sudianom SPd. MKes: Vice Director of Academic Affair of Poltekkes Mataram NTB

Mrs. Hj. Sri Murniati: Chair of Midwives Association of NTB Province

Dr.Stefanus Bria Seran, MPH: Head of PHO NTT

Dr. Dominggus Darambu: Head of CHO Kupang NTT

Drg. Ni Ketut Sri M: Deputy of Head of Puskesmas Sikumana NTT

Mrs. Damita Palalangan: Head of Nursing Division of WZ Yahanes Provincial Hospital in Kupang, NTT

Mrs Sabina Gero, SKp, MSc: Director of Kupang Poltekkes NTT and Chair of Nurses Association of NTT Province

Margarethe Palembang: Midwives Association of NTT Province

Research Team and Data Collectors

1. Yetty Leoni M. Irawan
2. Dewi Prabawati
3. Fitriana Suprapti
4. E. Sri Indiyah
5. M. Kusmiyanti

Support Persons

1. Staf GTZ/EPOS : Ketut Mendra, Pardjono Kromoredjo, etc
2. PHO NTT and NTB : Melki etc

