

**JURNAL KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT**

**CENDEKIA UTAMA**

- Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Melalui Pendidikan Kesehatan Berupa Aplikasi Layanan Keperawatan Kesehatan Reproduksi Remaja (Lawan Roma) di SMP Wilayah Kerja Puskesmas Bawen Kabupaten Semarang** 99  
Tina Mawardika, Dian Indriani, Liyanovitasari
- Pengaruh Terapi Senam Kaki terhadap Sensitivitas dan Perfusi Jaringan Perifer Pasien Diabetes Melitus di Ruang Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang** 111  
Ferdinandus Suban Hoda, Serly Sani Mahoklory, Okto Elferson Lusi
- Gambaran *Caring* Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD RAA Soewondo Pati** 120  
Emma Setiyo Wulan, Wiwin Nur Rohmah
- Inkontinensia Urin pada Lansia Perempuan** 127  
Suyanto
- Pengaruh Relaksasi Otot Progresif terhadap Kualitas Tidur pada Perempuan Menopause** 133  
Steffy Putri Amanda, Sri Rejeki, Dwi Susilawati
- Pengaruh Akupresur dan *Shaker Exercise* terhadap Kemampuan Menelan Pasien Stroke Akut dengan Disfagia** 142  
Dewi Siyanti, Dwi Pudjonarko, Mardiyono Mardiyono
- Kajian Komitmen dan Struktur Birokrasi pada Implementasi Kebijakan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (KBK-BPJS) Kesehatan di Kota Semarang** 151  
Arif Sofyandi, Chriswardani Suryawati, Hardi Warsono
- Studi Kasus Interaksi Sosial Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) Terhadap Stigma** 162  
Nila Putri Purwandari, Andrew Johan, Untung Sujianto
- Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di sebuah Rumah Sakit Swasta di Kudus** 169  
Endang Sri Lestari, Luki Dwiantoro, Hanifa Maher Denny
- Implementasi Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu K119 (SPGDTK119) di Kabupaten Kudus** 181  
Amad Mochamad, Septo Pawelas Arso, Yuliani Setyaningsih

JURNAL KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT  
**CENDEKIA UTAMA**

**Editor In Chief**

Ns.Sri Hartini, S.Kep, M.Kes ,  
STIKES Cendekia Utama Kudus, Indonesia

**Editor Board**

Eko Prasetyo, S.KM, M.Kes, STIKES Cendekia Utama Kudus, Indonesia  
David Laksamana Caesar, S.KM., M.Kes, STIKES Cendekia Utama Kudus, Indonesia  
Ns. Heriyanti Widyaningsih, M.Kep, STIKES Cendekia Utama Kudus, Indonesia  
Ns.Anita Dyah Listyarini, M.Kep,Sp.Kep.Kom,STIKES Cendekia Utama Kudus,  
Indonesia

**Reviewer**

Dr. Sri Rejeki, M.Kep, Sp.Kep. Mat , Universitas Muhammadiyah Semarang, Indonesia  
Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes., Universitas Negeri Semarang, Indonesia  
Ns.Wahyu Hidayati, M.Kep, Sp.K.M.B, Universitas Diponegoro Semarang, Indonesia

**English Language Editor**

Ns.Sri Hindriyastuti, M.N, STIKES Cendekia Utama Kudus, Indonesia

**IT Support**

Susilo Restu Wahyuno, S.Kom, STIKES Cendekia Utama Kudus, Indonesia

**Penerbit**

STIKES Cendekia Utama Kudus

**Alamat**

Jalan Lingkar Raya Kudus - Pati KM.5 Jepang Mejobo Kudus 59381  
Telp. (0291) 4248655, 4248656 Fax. (0291) 4248651  
Website : <http://jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id/index.php/stikes>  
Email : [jurnal@stikescendekiautamakudus.ac.id](mailto:jurnal@stikescendekiautamakudus.ac.id)

Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat “Cendekia Utama” merupakan Jurnal Ilmiah dalam bidang Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat yang diterbitkan oleh STIKES Cendekia Utama Kudus secara berkala dua kali dalam satu tahun.

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Susunan Dewan Redaksi .....	ii
Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi.....	iv
Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Melalui Pendidikan Kesehatan Berupa Aplikasi Layanan Keperawatan Kesehatan Reproduksi Remaja (Lawan Roma) di SMP Wilayah Kerja Puskesmas Bawen Kabupaten Semarang .....	99
Pengaruh Terapi Senam Kaki terhadap Sensitivitas dan Perfusi Jaringan Perifer Pasien Diabetes Melitus di Ruang Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang .....	111
Gambaran <i>Caring</i> Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) RSUD RAA Soewondo Pati .....	120
Inkontinensia Urin pada Lansia Perempuan .....	127
Pengaruh Relaksasi Otot Progresif terhadap Kualitas Tidur pada Perempuan Menopause .....	133
Pengaruh Akupresur dan <i>Shaker Exerciser</i> terhadap Kemampuan Menelan Pasien Stroke Akut dengan Disfagia .....	142
Kajian Komitmen dan Struktur Birokrasi pada Implementasi Kebijakan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (KBK-BPJS) Kesehatan di Kota Semarang .....	151
Studi Kasus Interaksi Sosial Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) Terhadap Stigma .....	162
Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di sebuah Rumah Sakit Swasta di Kudus .....	169
Implementasi Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu K119 (SPGDT K119) Di Kabupaten Kudus .....	181
Pedoman Penulisan Naskah .....	194

## IMPLEMENTASI SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU K119 (SPGDT K119) DI KABUPATEN KUDUS

Amad Mochamad<sup>1</sup>, Septo Pawelas Arso<sup>2</sup>, Yuliani Setyaningsih<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang  
Email : [tatratralala\\_kudus@yahoo.com](mailto:tatratralala_kudus@yahoo.com)

### ABSTRAK

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu 119 (SPGDT K119) merupakan salah satu inovasi layanan kesehatan untuk menangani kasus kegawat daruratan di Kabupaten Kudus. Pelaksanaan program SPGDT K119 ini masih dikeluhkan masyarakat, laporan keluhan lambat ditangani, akses call center tidak mudah dihubungi, peran penanganan kasus oleh tim RSUD lebih besar jika dibandingkan dengan tim pelaksana Puskesmas. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis implementasi sistem penanggulangan gawat darurat terpadu K119 (SPGDT K119) di Kabupaten Kudus. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam dan observasi. Informan utama dalam penelitian ini terdiri dari 16 orang dan informan triangulasi 4 orang. Hasil penelitian menunjukkan Implementasi SPGDT K119 belum berjalan sesuai yang diharapkan, upaya meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan belum dapat dicapai, koordinasi dan komunikasi antar tim belum efektif, komitmen petugas pelaksana puskesmas belum terbangun, tupoksi serta SOP belum dipahami secara menyeluruh oleh pelaksana. Rekomendasi dari hasil penelitian ini yaitu penggalangan komitmen pemangku kebijakan dan pelaksana, peningkatan koordinasi dan komunikasi efektif antar tim, penyediaan sumber daya sesuai kebutuhan program, meningkatkan sosialisasi, dan pelatihan petugas pelaksana.

Kata kunci: gawat darurat, penanggulangan dan implementasi

### ABSTRACT

*The Integrated Emergency Response System 119 (SPGDT K119) is one of the health service innovations to handle emergency cases in Kudus District. The implementation of the SPGDT K119 program is not optimal. This is indicated by the high burden of RSUD dr. Loekmonohadi in handling emergency cases when compared to Puskesmas. The purpose of this study was to determine the implementation of the K119 integrated emergency response system (SPGDT K119) in Kudus District. The research method used is qualitative research with in-depth interviews and observations. The main informants in this study consisted of 16 people and 4 people triangulation informants. The results showed that communication was still not optimal, lack of resources, disposition and unclear bureaucratic structure resulted in a lack of maximum implementation of the K119 SPGDT program in Kudus District. The recommendations from the results of this study are the improvement of the program communication process, the provision of resources according to program needs, improvement of SOPs and routine monitoring.*

*Keywords : emergency, prevention and implementation*

## PENDAHULUAN

Kasus kegawatdaruratan merupakan masalah yang tidak boleh diabaikan, mengingat jumlah yang semakin meningkat dan dampak yang ditimbulkan. Data status dunia untuk keselamatan jalan pada tahun 2013 (Second Global Status Report On Road Safety 2013), bahwa kecelakaan lalu lintas mengakibatkan 33.815 korban tewas di kawasan Asia Tenggara (South East Asia Region, disingkat SEAR) pada tahun 2010, dengan rata-rata kematian karena kecelakaan lalu lintas lebih tinggi pada negara berpendapatan menengah ke bawah dengan 19,5 kematian per 100.000 populasi dari pada di negara miskin dengan 12,7 kematian karena kecelakaan lalu lintas per 100.000 populasi, dengan angka terkecil, 1,9 kematian per 100.000 populasi di Maladewa hingga 88,1 kematian per 100.000 populasi di Thailand. Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan, sebanyak 67 persen korban kecelakaan lalu lintas berada pada usia produktif yakni 22 – 50 tahun. Kecelakaan pun didominasi oleh pengendara sepeda motor, yang mencapai 120.226 kali (72 persen) dari seluruh kecelakaan lalu lintas dalam setahun.

Berdasarkan data Health Sector Review tahun 2014, diketahui bahwa beberapa tahun terakhir terjadi pergeseran pola penyakit dimana 3 peringkat tertinggi penyakit yang menjadi beban di Indonesia yaitu penyakit cerebrovascular (peringkat pertama), kecelakaan lalu lintas (peringkat kedua) dan penyakit jantung iskemik (peringkat ketiga).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia yang diatur dalam Peraturan Pemerintah RI Nomor 72 tahun 2012 merupakan upaya pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh komponen bangsa Indonesia. Salah satu tujuan dibentuknya SKN adalah peningkatan *responsivness* dalam memenuhi pelayanan kesehatan sesuai dengan harapan masyarakat. Untuk mewujudkan kepuasan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang ada, dibutuhkan sebuah inovasi dalam bidang kesehatan terutama dalam penanganan kasus kegawat daruratan untuk pencegahan cedera agar pasien segera tertangani.

Sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat dan sesuai Instruksi Presiden nomor 4 tahun 2013 terkait Dekade Keselamatan Jalan, yang mengamanahkan setiap Kabupaten/Kota harus membentuk 1 (satu) PSC yang berfungsi sebagai pusat koordinasi layanan kegawatdaruratan di suatu daerah. Pemerintah Kabupaten Kudus mengeluarkan program Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu dengan sebutan SPGDT K119 yang diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 20 Tahun 2015 tentang Kebijakan Pelayanan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Kudus 119 (SPDGT K119). Tujuan dari program SPGDT K119 adalah untuk meningkatkan akses pelayanan kegawatdaruratan dengan cepat dan tepat dengan mutu pelayanan yang terjamin, mengutamakan kepuasan masyarakat, memperhatikan waktu penanganan (*respon time*) korban/ pasien gawat darurat, sebagai upaya menurunkan angka kematian dan kecacatan.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan data Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa angka kecelakaan dan cedera cenderung meningkat, dari tahun 2016 sejumlah 1757 kasus, tahun 2017 sejumlah 2976 kasus dan tahun 2018 sejumlah 3362 kasus, sementara melihat kinerja tim SPGDT terjadi penurunan kasus penanganan kegawatdaruratan dari tahun 2016 sejumlah 377

kasus, tahun 2017 sejumlah 390 kasus, dan tahun 2018 sejumlah 114 kasus. Pelaksanaan program belum sesuai dengan tujuan yang diharapkan, pemanfaatan program belum optimal dan cenderung menurun, peran unit pelaksana RSUD lebih besar jika dibandingkan dengan unit puskesmas selaku pemangku wilayah, keluhan masyarakat petugas datang terlambat kelokasi kejadian, serta nomor call center tidak mudah diakses, sehingga perlu dilakukan evaluasi terhadap implementasi sistem penanggulangan gawat darurat terpadu Kudus 119 (SPGDT K119) di Kabupaten Kudus.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan rancangan studi kualitatif melalui pengamatan dan wawancara secara mendalam (*indepth interview*) (Tohirin, 2012). Hasil disajikan secara deskriptif analitik yaitu dengan memberikan gambaran dan analisis terkait implementasi program sistem penanggulangan gawat darurat terpadu Kudus 119 (SPGDT K119) di Kabupaten Kudus. Variabel yang digunakan untuk melihat implementasi kebijakan tersebut adalah komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi dan lingkungan.

Subyek penelitian dipilih secara *purposive sampling*, mewakili puskesmas dengan jarak terjauh dan terdekat dari pusat operator call center, serta mewakili puskesmas rawat jalan dan rawat inap Informan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok yaitu informan utama dan informan triangulasi. Informan utama terdiri dari Pengelola program SPGDT K119 RSUD, Kepala Puskesmas, Dokter, Perawat/Bidan dan sopir ambulance yang terlibat dalam implementasi program SPGDT K119. Jumlah sampel Informan triangulasi terdiri dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus serta masyarakat sebagai pengguna layanan SPGDT K119. Jumlah sampel 21 orang. Lokasi penelitian di Puskesmas, RSUD, Dinas kesehatan Kabupaten Kudus. Penelitian dilaksanakan pada bulan februari sampai dengan maret 2019. Keterangan lolos kaji etik dikeluarkan Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tertanggal 15 februari 2019 dengan Nomor: 28/EA/KEPK-FKM/2019.

Analisis data diolah sesuai karakteristik dengan analisis isi (*content analysis*) yaitu : Pengumpulan data, Reduksi data, Verifikasi dan penyajian data, Penarikan kesimpulan

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Hasil**

Hasil penelitian merupakan gambaran tentang pelaksanaan Sistem penanggulangan Gawat Darurat Terpadu K119 di Kabupaten Kudus. Data diperoleh dari hasil pengamatan dan wawancara mendalam terhadap informan utama pengelola program, kepala puskesmas, dokter, perawat, sopir pelaksana SPGDT K119 dan informan triangulasi Kepala Dinas Kesehatan dan masyarakat pengguna SPGDT K119. Data penunjang diperoleh dengan observasi lingkungan dan telaah dokumen terkait pelaksanaan program.

### **1. Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus**

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu K119 (SPGDT K119) di Kabupaten Kudus, bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan dan mempercepat waktu penanganan (respon time) terhadap

korban/ pasien gawat darurat serta menurunkan angka kematian dan kecacatan. yang berpedoman pada respon cepat yang menekankan time saving is life and limb saving, yang melibatkan pelayanan oleh masyarakat, tenaga kesehatan, pelayanan ambulans gawat darurat dan sistem komunikasi, masyarakat dengan mudah memanfaatkan layanan tersebut. Respon time penanganan <10 menit, kepuasan masyarakat pengguna layanan menjadi harapan.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa proses awal pelaksanaan SPGDT K119 belum melalui perencanaan yang matang, pembahasan dan rapat program dilakukan oleh Dinas Kesehatan hanya 1 kali, proses perencanaan tidak melibatkan semua unsur yang ada, puskesmas sebagai unit pelaksana tidak dilibatkan dalam proses pembahasan perencanaan serta teknis pelaksanaannya, sehingga kebutuhan unit Puskesmas tidak terakomodir. Perencanaan dibahas intens melalui rapat rutin di internal unit RSUD sebagai pengelola, unit RSUD lebih siap segala sumberdaya yang dibutuhkan.

Data Dinas kesehatan Kabupaten Kudus, kasus kegawatdaruratan cenderung mengalami kenaikan, pada tahun 2016 sejumlah 1757 kasus, tahun 2017 sejumlah 2976 kasus dan tahun 2018 sejumlah 3363 kasus.

Sementara data dari laporan pengelola SPGDT K11, penanganan kasus kegawatdaruratan yang ditangani tim SPGDT K119 cenderung mengalami penurunan, pada tahun 2016 sejumlah 377 kasus, tahun 2017 sejumlah 390 kasus dan tahun 2018 sejumlah 114 kasus. Melihat data beban penanganan, unit RSUD lebih besar dari unit puskesmas, pada tahun 2016 unit RSUD menangani 308 kasus sementara unit Puskesmas menangani 67 kasus, tahun 2017 unit RSUD menangani 294 kasus sementara unit Puskesmas menangani 96 kasus, dan pada tahun 2018 unit RSUD menangani 90 kasus sementara unit Puskesmas menangani 24 kasus.

Berikut data kasus kegawat daruratan yang ditangani oleh tim SPGDT K119 di Kabupaten Kudus :

Tabel 1 Jumlah Kasus Kegawat Daruratan Berdasarkan Tim Penanganan di Kabupaten Kudus

<b>Tim Penanganan</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Unit RSUD	308	294	90
Unit Puskesmas	69	96	24
Jumlah	377	390	114

Data ketenagaan Dinas Kesehatan didapat bahwa jumlah dokter umum masing-masing puskesmas perawatan 3 sampai 4 orang, dan untuk puskesmas non perawatan masing-masing 2 orang, sementara tenaga pengemudi/sopir ambulance masing-masing 1 orang.

Dari hasil wawancara terkait penganggaran, pada unit pengelola RSUD terpenuhi, sementara pada unit puskesmas tidak ada anggaran operasional SPGDT K119. Ketenagaan pada unit puskesmas juga dirasa masih kurang, tenaga rangkap tugas menyebabkan tupoksi tidak.

Hasil wawancara dengan masyarakat, akses call center tidak mudah diakses jaringan sering sibuk, masyarakat enggan menggunakan aplikasi call center 119 yang disediakan. Pada pelaksanaannya laporan kasus kejadian tidak cepat ditangani, petugas sering terlambat datang dilokasi kejadian lebih dari 30 menit.

## **2. Komunikasi dalam Implementasi SPGDT K119**

Hasil wawancara mendalam sebagian besar petugas pelaksana puskesmas belum mengetahui teknis pelaksanaan program, pertemuan tingkat dinas disampaikan hanya satu kali oleh kepala dinas saat awal pencaangan program SPGDT K119.

*“Komunikasi belum berjalan semestinya, tidak ada diskusi lanjut hasil sosialisasi oleh dinas terkait program. Komunikasi pengelola dengan pelaksana Puskesmas pernah disampaikan tapi saat itu yang diundang hanya sopir sebagai pengendali operasional alat komunikasi, secara teknis program belum pernah disampaikan, sehingga kita puskesmas sebagai pelaksana dilapangan kebingungan..dan program SPGDT awalnya adalah perintah Pak Bupati yang minta segera direalisasi ya kita hanya bisa jawab siap.”(KP 02)*

Sementara komunikasi program kemasyarakatan telah disampaikan melalui media-media komunikasi, cetak maupun elektronik serta melalui jaringan layanan kesehatan seperti puskesmas, tetapi masyarakat masih belum memahami terhadap program yang disampaikan, program belum dimanfaatkan dengan optimal, masyarakat masih kebingungan dalam penggunaannya, masyarakat masih mengeluhkan sulitnya mengakses call center melalui aplikasi yang disediakan.

*“Hambatannya saya harus mendownload aplikasi, memasukkan emailnya juga untuk registrasi agak repot. Yang di radio diinfokan dapat mengakses nomor layanan emergency 119, tapi setelah dihubungi sulit masuk. Saya pernah mencoba ada tetangga yang kecelakaan harus menunggu petugas datang, lama.”(M01)*

## **3. Sumber daya dalam pelaksanaan program SPGDT K119**

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa sumberdaya anggaran pada unit pengelola RSUD dianggap sudah cukup, sementara pada unit puskesmas menunjukkan bahwa tidak ada anggaran operasional pelaksanaan SPGDT. Puskesmas diminta untuk mengalokasikan anggaran dari masing-masing puskesmas sendiri tetapi tidak ada yang mengalokasikan karena keterbatasan anggaran yang dimiliki serta tidak ada tambahan anggaran dari dinas.

*“Tidak ada alokasi anggaran untuk program ini, kita jadi bingung untuk operasionalnya dari mana”(KP 03)*

Hasil wawancara mendalam terkait sumber daya manusia didapatkan bahwa tenaga pada unit RSUD sudah mencukupi, sementara pada unit puskesmas belum mencukupi, dokter 2 orang sopir 1 orang. Hal ini sesuai dengan data ketenagaan yang didapat dari sumber Dinas Kesehatan.

*“Kecukupan jumlah SDM program SPGDT K119 saya rasa belum cukup, tidak ada tambahan tenaga untuk program ini, kita harus shife 24 jam, ini menjadi beban berat pekerjaan kita”(P03)*



Data dan hasil wawancara menunjukkan petugas pelaksana unit RSUD sudah dilatih dan telah mengantongi sertifikat pelatihan kegawatdaruratan, sementara petugas pelaksana unit puskesmas belum pernah dilatih dan belum mengantongi sertifikat pelatihan kegawatdaruratan.

#### **4. Disposisi dalam pelaksanaan program SPGDT K119**

Dari hasil wawancara dan bukti data yang ada menunjukkan bahwa petugas belum menandatangani komitmen bersama baik pada unit RSUD maupun unit Puskesmas. Tugas dijalankan atas perintah atasan berupa surat tugas dan SK tim. Hasil wawancara dengan petugas unit puskesmas mereka mengeluhkan tugas yang diberikan, rangkap tugas sering dikerjakan karena keterbatasan tenaga yang ada, tupoksi tidak sesuai, perawat jadi sopir, perawat jadi dokter.

*"Sebenarnya kita berusaha melaksanakan tugas ini dengan baik, hanya saja kadang tupoksi kita tidak sesuai, karena sopir kita yang hanya satu kadang ya saya merangkap jadi sopir atau teman perawat yang nyopir " (D 01 )*

#### **5. Struktur Birokrasi dalam pelaksanaan program SPGDT K119**

Hasil wawancara dan data menunjukkan bahwa SOP (Standart Operasional Prosedur) pelaksanaan program ada tetapi belum semua pelaksana program mengetahui. Hasil wawancara dengan pelaksana unit puskesmas sebagian mereka belum mengetahui SOP yang ada. Mereka tidak mengetahui berapa waktu penanganan yang harus dilakukan sejak ada pelaporan korban sampai dengan lokasi kejadian. Petugas pelaksana SPGDT K119 unit puskesmas tidak mengetahui prosedur penanganan korban dilapangan

*"Belum begitu jelas, yang saya tahu terkait dengan penanganan keluhan masyarakat. Pelayanan yang diberikan juga belum sesuai SOP karena SOP belum jelas. Juklak dan juknis dilapangan perlu diperjelas" (P 03)*

#### **6. Lingkungan Ekonomi, Sosial dan Politik dalam pelaksanaan program SPGDT K119**

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pengelola program SPGDT K119 menyatakan lingkungan sosial, ekonomi dan politik di Kabupaten Kudus sangat kondusif dan sangat mendukung implementasi program SPGDT K119 diterapkan. Secara sosial masyarakat kudus sangat menghendaki adanya inovasi-inovasi seperti itu, peningkatan layanan kesehatan sangat diharapkan. Secara ekonomi Kabupaten Kudus merupakan kota industri, sebagian besar penduduknya pekerja dan wirausaha, pelayanan kesehatan yang baik sangat dibutuhkan.

Dari hasil wawancara dan data yang ada menunjukkan bahwa terjadi penurunan anggaran pada tahun 2018, secara politik saat itu adalah masa pemilihan kepala daerah yang baru. Hasil wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan menyatakan bahwa tahun 2018 terjadi efisiensi anggaran untuk pesta demokrasi 5 tahunan.

## **Pembahasan**

### **1. Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa respon time penanganan masih lambat, respon time yang seharusnya < 10 menit, pada pelaksanaannya > 30 menit, hal ini belum sesuai dengan tujuan yang diharapkan dimana SPGDT K119 dicanangkan adalah untuk memberikan penanganan yang cepat dan tepat kepada masyarakat yang membutuhkan.

Akses layanan masih ditemukan kendala, kesulitan mengakses call center menjadi permasalahan ketika masyarakat membutuhkan penanganan. Kesulitan akses layanan dirasakan masyarakat saat menggunakan aplikasi call center 119, nomor yang disediakan tidak mudah dihubungi, jaringan sering sibuk. Berbeda dengan penelitian terdahulu terkait dengan Inovasi Layanan (studi kasus call center SPGDT 119 pada Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta) oleh Maulana Arief Prawira, Irwan Noor yang , bahwa yang menjadi kelebihan dalam layanan ini ialah kemudahan dalam mengakses layanan yang ada, yaitu hanya dengan menelepon ke nomor 119. Ditambah lagi dengan sistem pelayanan yang bekerja 24 jam sehari selama tujuh hari, sehingga layanan ini bisa diakses kapanpun. Hal ini semakin menguatkan bahwa akses layanan yang baik, mudah dijangkau sangat diperlukan dalam layanan publik sehingga tujuan dari penerapan kebijakan dapat tercapai.

Hasil analisis data terkait laporan penanganan tim SPGDT K119 yang cenderung mengalami penurunan dibandingkan jumlah kasus kegawatdaruratan yang cenderung mengalami kenaikan menimbulkan pertanyaan yang harus dijawab. Analisis permasalahan menggambarkan peran SPGDT K119 belum cukup signifikan. Peran itu tertumpu pada unit RSUD dimana selain sebagai pengelola juga sebagai pelaksana, sementara unit puskesmas belum menunjukkan perannya sebagai pemangku wilayah. Data cukup jelas menunjukkan bahwa peran unit puskesmas jauh dibawah peran unit RSUD. Hal ini dapat disebabkan karena kurang koordinasi antar tim, sistem komunikasi yang tidak mendukung ataupun dukungan yang kurang. Menurut Mazmanian dan Sabatier menyatakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana. Kegagalan program sering disebabkan kurangnya koordinasi vertikal dan horisontal antarinstansi yang terlibat dalam implementasi program. Kurangnya koordinasi juga didukung data lain terkait proses perencanaan yang tidak melibatkan semua unsur pelaksana, baik puskesmas maupun unsur lintas sektor terkait.

Alokasi anggaran yang tidak mempertimbangkan pemerataan menjadi faktor penyebab tidak efektifnya pelaksanaan program. Tambahan anggaran yang hanya diberikan pada unit pelaksana RSUD memungkinkan pelaksanaan tugas pada unit itu berjalan optimal, sementara tugas tidak dapat berjalan optimal ketika unit puskesmas tidak ada anggaran operasional kegiatannya. Keterbatasan sumberdaya tenaga menjadi masalah ketika beban kerja pelaksana ditambah. Tugas tambahan yang diberikan menjadi beban tambahan dan dapat mengurangi kualitas pekerjaan yang diberikan. Ketersediaan tenaga dokter 2 orang dan sopir 1 orang tidak memungkinkan pelaksanaan tugas 24 jam berjalan dengan baik karena tugas pokok puskesmas memberikan pelayanan pagi hari juga harus dilaksanakan. Sumber daya manusia sangat penting dalam pelaksanaan program, hal ini relevan

dengan penelitian yang dilakukan oleh Riza Fikriana menyebutkan bahwa sumberdaya manusia merupakan faktor penentu kualitas pelayanan gawat darurat.

## **2. Komunikasi dalam Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar petugas pelaksana puskesmas belum mengetahui teknis pelaksanaan kegiatan, pertemuan sosialisasi program hanya dilaksanakan 1 kali, sosialisasi ke pelaksana puskesmas hanya dilakukan pada petugas sopir, sementara dengan petugas teknis lain dokter, perawat/bidan belum pernah ada, informasi pelaksanaan program disampaikan oleh kepala puskesmas. Hal ini menunjukkan bahwa proses komunikasi dengan pelaksana puskesmas belum efektif dilaksanakan, belum ada interaksi komunikasi efektif antar tim pelaksana dan pengelola maupun Dinas Kesehatan. Komunikasi yang kurang efektif tersebut mempengaruhi pelaksanaan program, terjadi kebingungan pelaksana terhadap program yang dijalankan. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Phaksy Sukowati N, Hadi M, Pani Rengu S. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda Dan Spm) (Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar) bahwa kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi yang efektif antar kelompok pelaksana program maupun dengan kelompok sasaran (target group). Persyaratan pertama bagi implementasi kebijakan yang efektif adalah pelaksana melaksanakan keputusan kebijakan yang diteruskan kepada personil pelaksana.

Sementara komunikasi program ke masyarakat telah disampaikan melalui media-media komunikasi, cetak maupun elektronik serta melalui jaringan layanan kesehatan seperti puskesmas.

Hasil analisis data yang ada ditemukannya keluhan masyarakat terkait sulitnya mengakses call center melalui aplikasi yang disediakan. Dari hasil observasi bahwa proses untuk mengakses layanan call center 119 harus melalui proses registrasi, hal ini memungkinkan masyarakat enggan untuk mengikutinya. Kemudahan akses menjadi harapan masyarakat dalam memanfaatkan program yang disediakan. Sistem aplikasi diterapkan untuk memudahkan proses pelayanan, masyarakat dengan mudah menggunakannya. Sosialisasi ke masyarakat juga harus lebih intens dilaksanakan, agar masyarakat tahu dan memahami program yang diterapkan serta memanfaatkannya dengan baik. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Nurulita D& SD di Kabupaten Boyolali yang menunjukkan hasil pelayanan PSC (*Public Savety Center*) 119 memberikan pelayanan yang baik namun masih kurang optimal karena kurangnya sosialisasi kepada masyarakat.

Masih ditemukannya hambatan dari masyarakat menjadi faktor penyulit dalam komunikasi implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus, masyarakat masih belum memahami terhadap program yang disampaikan, program belum dimanfaatkan dengan optimal, masyarakat masih kebingungan dalam penggunaannya, masyarakat masih mengeluhkan sulitnya mengakses call center melalui aplikasi yang disediakan Hal ini seperti yang disampaikan pada penelitian yang dilakukan oleh Wiwid Novitaria terkait analisis kesiapan pelaksanaan sosialisasi program ambulance hebat dalam rangka dukungan terhadap sistem penanggulangan gawat darurat terpadu di kota semarang, kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan sosialisasi program Ambulance Hebat yang meliputi segi proses meliputi pada tahapan edukasi dan persuasinya, dimana banyaknya masyarakat yang masih awam terhadap kegawatdaruratan ini masih perlu

diedukasi lagi dan munculnya persepsi yang salah di masyarakat harusnya diberikan pengawasan oleh pihak pusat pada saat pelaksanaan sosialisasi yang ada dibawahnya.

### **3. Sumberdaya dalam Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus**

Sumber daya merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan, harus didukung oleh sumberdaya yang memadai, baik sumberdaya manusia maupun sumberdaya finansial.

Dari hasil analisis data bahwa sumberdaya anggaran pada unit pengelola RSUD dianggap sudah cukup, pelaksanaan program telah terbukti berjalan dengan baik. Sementara pada unit puskesmas menunjukkan bahwa tidak ada anggaran operasional pelaksanaan SPGDT, puskesmas diminta untuk mengalokasikan anggaran dari masing-masing puskesmas sendiri tetapi tidak ada yang mengalokasikan karena keterbatasan anggaran yang dimiliki serta tidak ada tambahan anggaran dari dinas. Unit puskesmas kesulitan dalam penganggaran operasional program SPGDT K119, sehingga yang terjadi pelaksanaan program belum berjalan optimal, kesulitan biaya operasional menyebabkan terhambatnya pelaksanaan kegiatan dilapangan.

Terkait sumber daya manusia hasil analisis tenaga pada unit RSUD sudah mencukupi, sehingga pelaksanaan tugas berjalan dengan baik, tetapi pada unit puskesmas belum mencukupi, dokter 2 orang sopir 1 orang, akan menyulitkan pelaksanaan program yang berjalan 24 jam.

Petugas pelaksana unit puskesmas belum pernah dilatih dan belum mengantongi sertifikat pelatihan kegawatdaruratan, hal ini akan mempengaruhi kecakapan petugas dalam penanganan. Penelitian yang dilakukan oleh Riza Fikriana menjadi pertimbangan pentingnya pelatihan petugas pelaksana SPGDT diperlukan, penelitian tersebut menyebutkan bahwa sumber daya manusia merupakan salah satu faktor penentu kualitas pelayanan gawat darurat. Pelaksanaan pelatihan dengan metode simulasi mampu meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan gawat darurat. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan ini diharapkan dapat membuat pelayanan kepada pasien dapat berjalan secara optimal dan tujuan yang ditetapkan dapat tercapai. Pelatihan petugas pelaksana program diperlukan untuk meningkatkan kompetensinya.

### **4. Disposisi dalam Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus**

Analisis disposisi menunjukkan bahwa petugas belum menandatangani komitmen bersama baik pada unit RSUD maupun unit Puskesmas, membuktikan bahwa proses itu belum dilaksanakan dengan baik. Pengalangan komitmen penting dilakukan untuk menggerakkan motivasi pelaksana tugas.

Hasil penelitian yang menunjukkan beban kerja yang tinggi, dengan personil yang terbatas, petugas rangkap tugas, menyebabkan tupoksi tidak dapat dijalankan. Perawat jadi sopir, perawat berperan jadi dokter, tentunya hal ini akan mempengaruhi kualitas dan resiko terhadap pekerjaannya. Disposisi merupakan sikap yang ditunjukkan petugas dalam melaksanakan program kegiatan. Komitmen petugas sangat mendukung keberhasilan pelaksanaan program.

Menurut Subarsono AG. Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi yang menyatakan bahwa keberhasilan kinerja implimentasi kebijakan

juga dipengaruhi oleh sikap pelaksana / disposisi implementor. Implementor kebijakan akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan, kognisi yakni pemahamannya terhadap kebijakan, dan intensitas disposisi implementor yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor.

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Deny K dalam penelitiannya menyebutkan bahwa komitmen petugas dalam implementasi desa siaga berpengaruh terhadap rujukan pelayanan kesehatan masyarakat.

Dari hasil pembahasan menunjukkan faktor disposisi, sikap, komitmen, kesesuaian tupoksi petugas akan berpengaruh terhadap kepercayaan masyarakat pada program yang diterapkan.

## **5. Struktur birokrasi dalam Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa SOP dijalankan dengan baik oleh tim SPGDT RSUD karena kecukupan personil tenaga yang ada. Sementara pada unit pelaksana SPGDT puskesmas belum dapat menjalankan SOP secara optimal dikarenakan keterbatasan sumberdaya manusia. Dengan jumlah SDM yang kurang akan menghambat proses pelaksanaan kegiatan. Target penanganan laporan kejadian yang seharusnya sesuai SOP yang ditetapkan < 10 menit, kenyataan dilapangan > dari 30 menit. Hal ini disebabkan oleh kurangnya sosialisasi petunjuk teknis SOP kepada petugas pelaksana puskesmas, kurangnya SDM menyebabkan tim tidak stanby ditempat (oncall). Prosedur yang jelas akan mempengaruhi tindakan kerja yang jelas, akan meminimalisir kesalahan kesalahan terhadap tindakan yang dilakukan. Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan pada penelitian terdahulu oleh Bahman MW, dalam Evaluation of an Integrated Rescue Task Force Model for Active Threat Response. Prehospital Emerg Care yang menyatakan bahwa tindakan operasional yang benar dipengaruhi komunikasi yang baik, prosedur yang jelas, petugas memahami tindakan yang akan dilakukan.

Hal yang sama disampaikan pada penelitian yang dilakukan oleh Wiwid Novitaria terkait analisis kesiapan pelaksanaan sosialisasi program ambulance hebat dalam rangka dukungan terhadap sistem penanggulangan gawat darurat terpadu di kota semarang, kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan sosialisasi program Ambulance Hebat yang meliputi segi input ini terdiri dari belum adanya SOP pengawasan petugas dan SOP pelaksanaan sosialisasi yang dapat mengatur bagaimana alur yang seharusnya dan siapa saja pihak yang bertanggung jawab dalam melaksanakan sosialisasi.

Dari hasil pembahasan tersebut menunjukkan bahwa struktur birokrasi SOP yang jelas sangat penting dalam tindakan operasional yang benar, pelaksanaan program dapat berjalan sesuai yang diharapkan.

## **6. Lingkungan dalam Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus**

Menurut Van Meter dan Horn dalam teorinya menyatakan bahwa dalam proses implementasi kebijakan, lingkungan eksternal seperti lingkungan sosial, ekonomi dan politik juga perlu diperhatikan karena mampu mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan publik tersebut. Lingkungan eksternal yang kurang kondusif dapat menjadi penyebab kegagalan dalam implementasi kebijakan. Oleh sebab itu, kondisi lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang

kondusif menjadi salah satu syarat dalam keberhasilan implementasi kebijakan publik.

Dari hasil wawancara dan data yang ada menunjukkan bahwa terjadi penurunan anggaran pada tahun 2018, secara politik saat itu adalah masa pemilihan kepala daerah yang baru. Hasil wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan menyatakan bahwa tahun 2018 terjadi efisiensi anggaran untuk pesta demokrasi 5 tahunan. Secara politik terjadi suasana yang tidak menentu menjelang pemilihan kepala daerah. Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor politik mempengaruhi implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

1. Implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus belum berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan, target respon time dan kemudahan akses belum tercapai, respon time penanganan yang diharapkan <10 menit, terlaksana > dari 30 menit.
2. Komunikasi dalam implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus belum berjalan dengan baik, komunikasi belum berjalan dengan efektif, kurangnya koordinasi antar tim unit pelaksana.
3. Sumberdaya dalam implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus belum keseluruhan terpenuhi, karena keterbatasan anggaran dan tenaga unit puskesmas tidak dapat memenuhi anggaran secara mandiri.
4. Disposisi dalam implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa komitmen petugas masih kurang, belum menandatangani komitmen tertulis, ketidaksesuaian tupoksi karena keterbatasan tenaga yang ada pada unit pelaksana puskesmas.
5. Struktur birokrasi dalam implementasi SPGDT K119 menunjukkan bahwa struktur birokrasi belum diuraikan tupoksi yang jelas, petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis belum dipahami oleh pelaksana unit puskesmas, SOP pengawasan belum ada sehingga proses pengawasan belum dilakukan rutin.
6. Lingkungan dalam implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa lingkungan sosial, ekonomi dan politik mempengaruhi implementasi SPGDT K119 di Kabupaten Kudus.

### **Saran**

1. Diperlukan evaluasi pengelolaan sistem yang ada, dengan membentuk unit khusus yang menangani SPGDT K119 yang terdiri dari unsur terkait baik Kesehatan, Pemadam Kebakaran, Kepolisian, BPBD, PMI, Dinas Perhubungan dan lainnya.
2. Memperkuat koordinasi dan komunikasi melalui rapat rutin minimal 1 bulan sekali dengan menghadirkan tim pengelola dan seluruh unit pelaksana.
3. Memenuhi kebutuhan sumber daya pada unit pelaksana puskesmas, serta diperlukan kegiatan *benchmarking* ke daerah lain yang telah berhasil menerapkan SPGDT 119
4. Memperkuat komitmen melalui penggalangan komitmen tertulis kepada seluruh pemangku kebijakan, pengelola program dan pelaksana kegiatan.

5. Meningkatkan sosialisasi program kepada pelaksana unit puskesmas terkait teknis kegiatan dan SOP yang belum jelas, menyusun SOP pengawasan dan meningkatkan pengawasan serta evaluasi program SPGDT K119 secara rutin minimal 3 bulan sekali.
6. Meningkatkan sosialisasi program ke masyarakat melalui media, unsur pemerintahan maupun jaringan layanan kesehatan yang ada.

## DAFTAR PUSTAKA

- A. G S. (2013) Analisis Kebijakan Publik. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bernice T Dahn, MD, (2016) Joint Annual Health Sector Review, Ministry Of Health, from: <https://www.tn.gov/health/health-program-areas/statistics/health-data/jar.html>.
- Bachman MW, Anzalone BC, Williams JG, DeLuca MB, Garner DG, Preddy JE,(2018) et al. Evaluation of an Integrated Rescue Task Force Model for Active Threat Response. Prehospital Emerg Care [Internet]. 2018 Oct 17 [cited 2018 Dec 25];1–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30204511>.
- Deni K. Supriyati, Yosef L. (2013)Kebijakan nasional dalam konteks lokal: tantangan implementasi kebijakan desa siaga dan rujukan pelayanan kesehatan di kabupaten kepulauan yapen papua Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia  
Vol 2, No 01  
(2013)<http://id.portalgaruda.org/index.php?ref=browse&mod=viewarticle&article=143315>
- Fikriana, R. (2018) Pengaruh Simulasi Public Safety Center Terhadap Peningkatan Self Efficacy Koordinasi Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (The Effect of Public Safety Center Simulation Toward Increased Self Efficacy in Integrated Emergency Service System Coordinat. Ejournal [Internet]. 2018;9:35–42. Available from:<http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/issue/view%0apengaruh>.
- Maulana Arief Prawira, Irwan Noor FN. (2018) INOVASI LAYANAN (Studi Kasus Call Center SPGDT 119 sebagai Layanan Gawat Darurat pada Dinas Kesehatan Provisini DKI Jakarta). J Adm Publik [Internet]. [cited 2018 Dec 25];2(4):715–21. Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/79293-ID-inovasi-layanan-studi-kasus-call-center.pdf>
- Nurulita D& SD. (2018) Analisis sistem informasi inovasi psc (public safety center) 119 dengan metode pieces di dinas kesehatan kabupaten Boyolali. Pros - Semnas Call Pap [Internet]. [cited 2018 Dec 25];6–11. Available from: <http://spgdt.bojolaliinfo.net>
- Presiden Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional [Internet]. Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Ri 2012 p. No Pages. Available from: [http://www.dt.co.kr/contents.html?article\\_no=201207130201053174901](http://www.dt.co.kr/contents.html?article_no=201207130201053174901)
- Phaksy Sukowati N, Hadi M, Pani Rengu S. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda Dan Spm) (Studi di

- Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar) [Internet]. Vol. 1, JAP). [cited 2019 May 19]. Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/75440-ID-implementasi-kebijakan-pelayanan-kesehat.pdf>
- Subarsono AG. (2011) Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2011.
- Tohirin (2012) Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Pendidikan dan Bimbingan Konseling. Raja Grafindo Persada, editor. Jakarta; 2012.
- WHO. WHO Global status survey on road safety, Status Keselamatan Jalan di Regional Asia Tenggara 2013 [Internet]. Available from: [http://www.searo.who.int/entity/disabilities\\_injury\\_rehabilitation/documents/roadsafety-factsheetino.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/roadsafety-factsheetino.pdf?ua=1)
- Wiwid Novitasari & Putri AW, Ayun S. (2017) Analisis kesiapan pelaksanaan sosialisasi program ambulance hebat dalam rangka dukungan terhadap sistem penanggulangan gawat darurat terpadu di kota semarang, 2017. <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>.



# PEDOMAN PENULISAN NASKAH JURNAL KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT “CENDEKIA UTAMA”

## TUJUAN PENULISAN NASKAH

Penerbitan Jurnal Ilmiah “Cendekia Utama” ditujukan untuk memberikan informasi hasil- hasil penelitian dalam bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat.

## JENIS NASKAH

Naskah yang diajukan untuk diterbitkan dapat berupa: penelitian, tinjauan kasus, dan tinjauan pustaka/literatur. Naskah merupakan karya ilmiah asli dalam lima tahun terakhir dan belum pernah dipublikasikan sebelumnya. Ditulis dalam bentuk baku (*MS Word*) dan gaya bahasa ilmiah, tidak kurang dari 20 halaman, tulisan *times new roman* ukuran 12 font, ketikan 1 spasi, jarak tepi 3cm, dan ukuran kertas A4. Naskah menggunakan bahasa Indonesia baku, setiap kata asing diusahakan dicari padanannya dalam bahasa Indonesia baku, kecuali jika tidak ada, tetap dituliskan dalam bahasa aslinya dengan *italic*. Naskah yang telah diterbitkan menjadi hak milik redaksi dan naskah tidak boleh diterbitkan dalam bentuk apapun tanpa persetujuan redaksi. Pernyataan dalam naskah sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

## FORMAT PENULISAN NASKAH

Naskah diserahkan dalam bentuk *softfile* dan *print-out* 2 eksemplar. Naskah disusun

sesuai format berikut terdiri dari: **Judul Naskah, Nama Penulis, Abstrak, Latar Belakang, Metode, Hasil dan Pembahasan, Simpulan dan Saran, Daftar Pustaka.**

### ***Judul Naskah***

Judul ditulis secara jelas dan singkat dalam bahasa Indonesia yang menggambarkan isi pokok/variabel, maksimum 20 kata. Judul diketik dengan huruf *Book Antique*, ukuran font 13, ***bold UPPERCASE***, center, jarak 1 spasi.

### ***Nama Penulis***

Meliputi nama lengkap penulis utama tanpa gelar dan anggota (jika ada), disertai nama institusi/instansi, alamat institusi/instansi, kode pos, PO Box, *e-mail* penulis, dan no telp. Data Penulis diketik dengan huruf *Times New Roman*, ukuran font 11, center, jarak 1 spasi ***Abstrak***

Ditulis dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia, dibatasi 250-300 kata dalam satu paragraf, bersifat utuh dan mandiri. Tidak boleh ada referensi. Abstrak terdiri dari: latar belakang, tujuan, metode, hasil analisa statistik, dan kesimpulan. Disertai kata kunci/ *keywords*.

Abstrak dalam Bahasa Indonesia diketik dengan huruf *Times New Roman*, ukuran font 11,

jarak 1 spasi. Abstrak Bahasa Inggris diketik dengan huruf *Times New Roman*, ukuran font 11, *italic*, jarak 1 spasi.

### ***Latar Belakang***

Berisi informasi secara sistematis/urut tentang: masalah penelitian, skala masalah, kronologis masalah, dan konsep solusi yang disajikan secara ringkas dan jelas.

### ***Bahan dan Metode Penelitian***

Berisi tentang: jenis penelitian, desain, populasi, jumlah sampel, teknik *sampling*, karakteristik responden, waktu dan tempat penelitian, instrumen yang digunakan, serta uji analisis statistik yang digunakan disajikan dengan jelas.

### ***Hasil dan Pembahasan***

Hasil penelitian hendaknya disajikan secara berkesinambungan dari mulai hasil penelitian

utama hingga hasil penunjang yang dilampirkan dengan pembahasan. Hasil dan pembahasan dapat dibuat dalam suatu bagian yang sama atau terpisah. Jika ada penemuan baru, hendaknya tegas dikemukakan dalam pembahasan. Nama tabel/diagram/gambar/skema,

isibersertaketerangannyaditulisdalam bahasa Indonesia dan diberikan nomorsesuai dengan urutan penyebutan teks. Satuan pengukuran yang digunakan dalam naskah hendaknya mengikuti sistem internasional yang berlaku.

### ***Simpulan dan Saran***

Kesimpulan hasil penelitian dikemukakan secara jelas. Saran dicantumkan setelah kesimpulan yang disajikan secara teoritis dan secara praktis yang dapat dimanfaatkan langsung oleh masyarakat.

### ***Ucapan Terima Kasih (apabila ada)***

Apabila penelitian ini disponsori oleh pihak penyandang dana tertentu, misalnya hasil penelitian yang disponsori oleh DP2M DIKTI, DINKES, dsb.

### ***Daftar Pustaka***

Sumber pustaka yang dikutip meliputi: jurnal ilmiah, skripsi, tesis, disertasi, dan sumber pustaka lain yang harus dicantumkan dalam daftar pustaka. Sumber pustaka disusun berdasarkan sistem Harvard. Jumlah acuan minimal 10 pustaka (diutamakan sumber pustaka dari jurnal ilmiah yang update 10 tahun sebelumnya). Nama pengarang diawali dengan nama belakang dan diikuti dengan singkatan nama di depannya. Tanda “&” dapat digunakan dalam menuliskan nama-nama pengarang, selama penggunaannya bersifat konsisten. Cantumkan semua penulis bila tidak lebih dari 6 orang. Bila lebih dari 6 orang, tulis nama 6 penulis pertama dan selanjutnya dkk.

Daftar Pustaka diketik dengan huruf Times New Roman, ukuran font 12, jarak 1 spasi.

## **TATA CARA PENULISAN NASKAH**

***Anak Judul*** : Jenis huruf Times New Roman, ukuran font 12, Bold UPPERCASE

***Sub Judul*** : Jenis huruf Times New Roman, ukuran font 12, Bold, Italic

***Kutipan*** : Jenis huruf Times New Roman, ukuran font 10, italic

***Tabel***: Setiap tabel harus diketik dengan spasi 1, font 11 atau disesuaikan. Nomor tabel diurutkan sesuai dengan urutan penyebutan dalam teks (penulisan nomor

tidak memakai tanda baca titik “.”). Tabel diberi judul dan subjudul secara singkat. Judul tabel ditulis diatas tabel. Judul tabel ditulis dengan huruf Times New Roman dengan font 11, bold (awal kalimat huruf besar) dengan jarak 1 spasi, center. Antara judul tabel dan tabel diberi jarak 1 spasi. Bila terdapat keterangan tabel, ditulis dengan font 10, spasi 1, dengan jarak antara tabel dan keterangan tabel 1 spasi. Kolom didalam tabel tanpa garis vertical. Penjelasan semua singkatan tidak baku pada tabel ditempatkan pada catatan kaki.

**Gambar** : Judul gambar diletakkan di bawah gambar. Gambar harus diberi nomor urut sesuai dengan pemunculan dalam teks. Grafik maupun diagram dianggap sebagai gambar. Latar belakang grafik maupun diagram polos. Gambar ditampilkan dalam bentuk 2 dimensi. Judul gambar ditulis dengan huruf Times New Roman dengan font 11, bold (pada tulisan “gambar 1”), awal kalimat huruf besar, dengan jarak 1 spasi, center Bila terdapat keterangan gambar, dituliskan setelah judul gambar.

**Rumus** : ditulis menggunakan Mathematical Equation, center

**Perujukan** : pada teks menggunakan aturan (penulis, tahun)

#### ***Contoh Penulisan Daftar Pustaka :***

##### ***1. Bersumber dari buku atau monograf lainnya***

*i. Penulisan Pustaka Jika ada Satu penulis, dua penulis atau lebih :*

Sciortino, R. (2007) Menuju Kesehatan Madani. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Shortell, S. M. & Kaluzny A. D. (1997) Essential of health care management. New York: Delmar Publishers.

Cheek, J., Dorskatsch, I., Hill, P. & Walsh, L. (1995) Finding out: information literacy for the 21st century. South Melbourne: MacMillan Education Australia.

*ii. Editor atau penyusun sebagai penulis:*

Spence, B. Ed. (1993) Secondary school management in the 1990s: challenge and change. Aspects of education series, 48. London: Independent Publishers.

Robinson, W.F.&Huxtable,C.R.R. eds.(1998) Clinicopathologic principles for veterinary medicine. Cambridge: Cambridge University Press.

*iii. Penulis dan editor:*

Breedlove, G.K.&Schorfeide, A.M.(2001)Adolescent pregnancy.2nded.

Wiecrozek, R.R.ed.White Plains (NY): March of Dimes Education Services.

*iv. Institusi, perusahaan, atau organisasi sebagai penulis:*

Depkes Republik Indonesia (2004) Sistem kesehatan nasional. Jakarta: Depkes.

##### ***2. Salah satu tulisan yang dikutip berada dalam buku yang berisi kumpulan berbagai tulisan.***

- Porter, M.A. (1993) The modification of method in researching postgraduate education. In: Burgess, R.G.ed. The research process in educational settings: ten case studies. London: Falmer Press, pp.35-47.
3. **Referensi kedua yaitu buku yang dikutip atau disitasi berada di dalam buku yang lain**  
 Confederation of British Industry (1989) Towards a skills revolution: a youth charter. London: CBI. Quoted in: Bluck, R., Hilton, A., & Noon, P. (1994) Information skills in academic libraries: a teaching and learning role i higher education. SEDA Paper 82. Birmingham: Staff and Educational Development Association, p.39.
  4. **Prosiding Seminar atau Pertemuan**  
 ERGOB Conference on Sugar Substitutes, 1978. Geneva, (1979). Health and Sugar Substitutes: proceedings of the ERGOB conference on sugar substitutes, Guggenheim, B. Ed. London: Basel.
  5. **Laporan Ilmiah atau Laporan Teknis**  
 Yen, G.G (Oklahoma State University, School of Electrical and Computer Engineering, Stillwater, OK). (2002, Feb). Health monitoring on vibration signatures. Final Report. Arlington (VA): Air Force Office of AFRLSRBLTR020123. Contract No.: F496209810049
  6. **Karya Ilmiah, Skripsi, Thesis, atau Desertasi**  
 Martoni (2007) Fungsi Manajemen Puskesmas dan Partisipasi Masyarakat Dalam Kegiatan Posyandu di Kota Jambi. Tesis, Universitas Gadjah Mada.
  7. **Artikel jurnal**
    - a. *Artikel jurnal standard*  
 Sopacua, E. &Handayani,L.(2008) Potret Pelaksanaan Revitalisasi Puskesmas. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 11: 27-31.
    - b. *Artikel yang tidak ada nama penulis*  
 How dangerous is obesity? (1977) British Medical Journal, No. 6069, 28 April, p. 1115.
    - c. *Organisasi sebagai penulis*  
 Diabetes Prevention Program Research Group. (2002) Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension, 40 (5), pp. 679-86
    - d. *Artikel Koran*  
 Sadli,M.(2005) Akan timbul krisis atau resesi?. Kompas, 9 November, hal.6.
  8. **Naskah yang tidak di publikasi**  
 Tian,D.,Araki,H., Stahl, E., Bergelson, J., & Kreitman, M. (2002) Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. In Press.
  9. **Buku-buku elektronik (e-book)**  
 Dronke, P. (1968) Medieval Latin and the rise of European love- lyric [Internet].Oxford: Oxford University Press. Available from: netLibraryhttp://www.netlibrary.com/ urlapi.asp?action=summary &v=1&bookid=22981 [Accessed 6 March 2001]

**10. Artikel jurnal elektronik**

Cotter, J. (1999) Asset revelations and debt contracting. *Abacus* [Internet], October, 35 (5) pp. 268-285. Available from: <http://www.ingenta.com> [Accessed 19 November 2001].

**11. Web pages**

Rowett, S.(1998)Higher Education for capability: automous learning for life and work[Internet],Higher Education for capability.Available from:<http://www.lle.mdx.ac.uk>[Accessed10September2001]

**12. Websites**

Program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM. (2005) Program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM [Internet]. Yogyakarta: S2 IKM UGM. Tersedia dalam: <http://ph-ugm.org> [Accessed 16 September2009].

**13. Email**

Brack, E.V. (1996) Computing and short courses. LIS-LINK 2 May 1996 [Internetdiscussionlist].Availablefrom[mailbase@mailbase.ac.uk](mailto:mailbase@mailbase.ac.uk)[Accessed 15 April1997].