

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Puskesmas sebagai unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan, diberikan kewenangan kemandirian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota untuk melaksanakan tugas operasional pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan.

Pada era desentralisasi, kegiatan Puskesmas dibedakan menjadi dua yaitu upaya kesehatan dasar dan upaya kesehatan pengembangan, dimana upaya kesehatan dasar merupakan upaya minimal yang harus dilaksanakan oleh tiap Puskesmas, yang dikemas dalam 6 (enam) kegiatan pokok yaitu:

1. Promosi Kesehatan (Promkes).
2. Kesehatan lingkungan (Kesling).
3. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk Keluarga Bencana (KB).
4. Perbaikan Gizi.
5. Pemberantasan Penyakit Menular (P2 M).
6. Pengobatan.

Sedangkan upaya kesehatan pengembangan adalah upaya selain 6 (enam) kegiatan pokok tersebut di atas, yang diperkenankan untuk dikembangkan sesuai dengan situasi, kondisi, masalah dan kemampuan Puskesmas setempat, sehingga diharapkan setiap Puskesmas akan memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat di daerahnya.

Upaya kesehatan pengembangan tersebut dapat juga dijadikan kegiatan utama (unggulan), bila kegiatan tersebut merupakan sesuatu yang dibutuhkan daerah, atas dasar ini Puskesmas bisa memiliki kekhususan sesuai dengan kegiatan yang

dikembangkan di kawasan yang spesifik, beberapa contoh upaya kesehatan pengembangan Puskesmas dengan kekhususannya adalah:

- a. Puskesmas daerah wisata, melakukan pengembangan program dan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan wisatawan, baik domestik maupun mancanegara.
- b. Puskesmas daerah industri, melakukan pengembangan program dan pelayanan kesehatan kerja yang sesuai dengan kebutuhan di daerah industri.
- c. Puskesmas daerah terpencil, mengembangkan program dan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang tinggal di daerah terpencil.
- d. Puskesmas perkotaan, melakukan pengembangan program dan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan masyarakat perkotaan.
- e. Puskesmas yang dilalui jalan raya, mengembangkan program dan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat pemakai jalan raya.

Puskesmas Purwosari merupakan salah satu Puskesmas yang berada di jalan raya dan mempunyai spesifikasi sesuai dengan letaknya, dimana kasus kecelakaan lalu lintas yang dilayani di Puskesmas ini cukup tinggi. Puskesmas Purwosari selain melaksanakan 6 (enam) kegiatan pokok yang wajib dilaksanakan oleh seluruh Puskesmas, Puskesmas ini diharapkan juga melaksanakan upaya kesehatan pengembangan yang sesuai dengan kespesifikannya.

Jumlah kasus kecelakaan lalu lintas yang dilayani di Puskesmas Purwosari dari tahun 2000 sampai dengan 2003 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini:

Tabel 1.1 Data korban kecelakaan lalu lintas yang dilayani di Puskesmas Purwosari Th 2000 s/d 2003

No	Jenis kasus	Th 2000	Th 2001	Th 2002	Th 2003
1	Luka ringan	500	664	600	675
2	Luka sedang	191	271	291	242
3	Luka parah, opname di Puskesmas.	3	22	3	5
4	Luka parah, di rujuk ke RS	161	51	318	211
5	Meninggal dunia	16	2	17	4
	Jumlah	871	1010	1229	1137

Sumber : laporan tahunan puskesmas Purwosari tahun 2000,2001,2002,2003

Pada tabel di atas terlihat bahwa angka kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari cukup tinggi, terutama pada dua tahun terakhir. Pada tahun 2002 angka kecelakaan lalu lintas yang dilayani puskesmas sebanyak 1.229 dan tahun 2003 sebanyak 1.137.

Pada tahun 2002, kasus kecelakaan lalu lintas tersebut menempati urutan 5 penyakit terbanyak yang dilayani di Puskesmas Purwosari, seperti yang terlihat pada tabel berikut:

Tabel 1.2 Data 10 penyakit terbanyak yang dilayani Puskesmas Purwosari tahun 2002

No	Nama Penyakit / Kode penyakit di Puskesmas	Jumlah
1	ISPA Non Pneumonia (1302)	4.194
2	Gastritis(0104)	2.818
3	Artritis (21)	2.288
4	Diare (0102)	2.104
5	Kecelakaan lalu lintas (1904)	1.229
6	Hipertensi (12)	1.242
7	Tonsilitis akut (1301)	1.207
8	Penyakit pulpa (1502)	1.022
9	Penyakit kulit infeksi (2001)	999
10	Periondetis (1503)	865

Sumber : Laporan Tahunan Puskesmas Purwosari tahun 2002

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa angka penanganan penderita kecelakaan lalu lintas yang dilayani, masuk dalam lima besar penyakit yang di tangani Puskesmas

Purwosari. Sedangkan pada tahun 2003 angka kecelakaan lalu lintas juga masih tinggi, dan menempati sepuluh penyakit terbanyak yang dilayani Puskesmas.

Melihat tingginya kasus kecelakaan lalu lintas yang ditangani di Puskesmas Purwosari, maka diperlukan perhatian khusus, mengingat kasus tersebut sering datang dalam kondisi gawat darurat sehingga harus ditangani dengan cepat, cermat dan tepat untuk mencegah kecacatan atau kematian. Untuk itu diperlukan suatu persiapan dan penanganan yang baik, dalam sarana, prasarana, maupun tenaga.

Berdasarkan data di atas, dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah tingginya kasus kecelakaan lalu lintas yang dilayani di Puskesmas Purwosari, pada tahun 2000 sebanyak 871 kasus, tahun 2001 sebanyak 1.010 kasus, tahun 2002 sebanyak 1.229 kasus, tahun 2003 sebanyak 1.137 kasus.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan masalah tersebut di atas, maka beberapa penyebab dan konsekwensi yang ditimbulkan dari tingginya kasus kecelakaan lalu lintas yang dilayani di Puskesmas Purwosari adalah sebagai berikut:



Gambar 1.1 Berbagai penyebab dari tingginya kasus kecelakaan lalu lintas yang di layani di Puskesmas Purwosari dan konsekwensi yang ditimbulkan

Penjelasan gambar 1.1

A. Faktor Penyebab:

1a. Kondisi jalan

Purwosari merupakan jalur utama yang menghubungkan dua kota besar yakni Surabaya dan Malang, Dan juga menghubungkan Jember dan Malang. Dimana semua jenis kendaraan bisa melewati jalur ini, mulai dari truk, bus, mobil, sepeda motor, sepeda, maupun becak, dengan kondisi jalan yang memungkinkan pengendara untuk melaju dengan kecepatan tinggi.

1b. Kepadatan jalan

Purwosari sebagai pusat pemberhentian kendaraan baik dari arah Surabaya Malang maupun dari arah Jember Malang. Adanya pasar yang cukup ramai, beberapa

perkantoran, pabrik dan sekolah, hal ini menyebabkan kepadatan lalu lintas dan perlu kewaspadaan yang tinggi oleh pemakai jalan.

2a. Kedisiplinan pemakai jalan

Kurang disiplinnya pemakai jalan merupakan salah satu penyebab kecelakaan lalu lintas, misalnya berkendara dengan kecepatan tinggi, menghentikan kendaraan di sembarang tempat, menyebrang jalan tidak pada jalurnya,

2b. Pengetahuan

Rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya penyuluhan, baik langsung atau melalui media, menyebabkan masih banyaknya masyarakat yang tidak mengerti dan mengetahui peraturan lalu lintas dan arti rambu lalu lintas. Kurangnya pengetahuan ini, yang menjadi salah satu penyebab terjadinya kasus kecelakaan lalu lintas.

3. Mobilitas

Kondisi sosial dan perekonomian saat ini, seperti jauhnya jarak rumah tempat tinggal dengan tempat kerja, jauhnya tempat bersekolah, tempat rekreasi, dan beberapa tempat kegiatan yang lain, menuntut mobilitas yang tinggi dari masyarakatnya. Dengan mobilitas yang tinggi, maka masyarakat banyak yang menggunakan angkutan sebagai sarana transportasi dan lebih sering berada di jalan raya.

4. Kondisi kendaraan

Masih banyaknya kendaraan tidak layak pakai yang digunakan, banyak menjadi penyebab kecelakaan lalu lintas, seperti roda yang sudah tipis, rem yang blong, kaca spion tidak ada, mesin tidak normal atau speedometer yang tidak berfungsi.

5a. Rambu lalu lintas

Kurangnya jumlah rambu lalu lintas yang ada, menyebabkan pemakai jalan kurang waspada dalam menjalankan kendaraan, terutama pada daerah atau tempat yang rawan kecelakaan dan perlu mendapat perhatian dari pemakai jalan.

5b. Peraturan lalu lintas

Melanggar peraturan dan undang-undang lalu lintas yang ada merupakan sebagian dari penyebab kecelakaan lalu lintas, pelanggaran tersebut mungkin karena pengguna jalan yang tidak mengetahui peraturan tersebut atau kemungkinan pengguna jalan lengah atau sengaja melanggar.

B. Konsekwensi yang timbul:

Pelayanan kecelakaan lalu lintas terpadu

Konsekwensi dari tingginya korban kecelakaan lalu lintas yang dilayani di puskesmas, tidak hanya memerlukan pengobatan atau kuratif saja, tetapi yang juga sangat penting adalah preventif dan promotif untuk mencegah kasus kecelakaan lalu lintas agar tidak bertambah banyak. Selain itu diperlukan juga usaha rehabilitatif, apabila korban perlu perawatan lebih lanjut untuk mengoptimalkan fungsi organ tubuh. Pelayanan tersebut harus dilakukan dengan koordinasi dan kerja sama yang baik dengan instansi terkait.

Instansi yang terkait dalam pelayanan tersebut adalah :

1. Puskesmas
2. Rumah Sakit
3. Kepolisian
4. Jasa Raharja
5. Kecamatan
6. Dinas Pendidikan

7. Dinas Perhubungan

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah di atas, maka rumusan masalahnya adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana pelayanan Puskesmas Purwosari saat ini dalam penanganan penderita kecelakaan lalu lintas?
2. Bagaimana penilaian dan harapan petugas pada pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari?
3. Bagaimana kebutuhan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kasus kecelakaan lalu lintas baik preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif?
4. Bagaimana harapan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kasus kecelakaan lalu lintas baik preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif?
5. Bagaimana penilaian masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kasus kecelakaan lalu lintas baik preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif?
6. Bagaimana sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas yang meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif?
7. Bagaimana harapan Stekholder yang terdiri dari: Kepala atau pejabat yang menangani kasus kecelakaan lalu lintas di Puskesmas, RSUD, POLSEK, Kecamatan, Dinas Pendidikan, Dinas perhubungan, tentang sistem pelayanan kesehatan terpadu, serta peran dan fungsi masing masing instansi yang meliputi preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif ?

8. Bagaimana rekomendasi prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari yang meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menyusun prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari yang meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pelayanan Puskesmas Purwosari saat ini dalam penanganan penderita kecelakaan lalu lintas.
2. Mengidentifikasi penilaian dan harapan petugas pada pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari.
3. Mengidentifikasi kebutuhan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kasus kecelakaan lalu lintas baik preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif.
4. Mengidentifikasi harapan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kasus kecelakaan lalu lintas baik preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif.
5. Mengidentifikasi penilaian masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kasus kecelakaan lalu lintas baik preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif.
6. Mengidentifikasi sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

7. Mengidentifikasi harapan Stekholder yang terdiri dari Kepala atau pejabat yang menangani kasus kecelakaan lalu lintas di Puskesmas, RSUD, POLSEK, Kecamatan, Dinas Pendidikan, Dinas Perhubungan tentang sistem pelayanan kesehatan terpadu serta peran dan fungsi masing masing instansi yang meliputi preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif.
8. Menyusun rekomendasi prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari yang meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Bagi Puskesmas

Memberikan masukan dalam penyusunan prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari .

2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten

Memberikan masukan untuk pembinaan bagi Puskesmas Purwosari dan Puskesmas jalan raya yang lain dalam sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas.

3. Bagi Dinas Kesehatan Propinsi

Memberikan masukan dalam penyusunan model Puskesmas di kawasan spesifik khususnya Puskesmas jalan raya (Puskesmas JAYA)

4. Bagi Instansi terkait

Memberikan masukan dalam penanganan kasus kecelakaan lalu lintas secara terpadu.

5. Bagi peneliti

Menambah wawasan dan pola pikir tentang penyusunan prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas di Puskesmas jalan raya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah satu satuan organisasi yang diberikan kewenangan kemandirian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota untuk melaksanakan tugas operasional pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan(Depkes , 2002).

Adapun pengertian batasan Puskesmas dengan kewenangan kemandirian yang dimaksud disini adalah Puskesmas yang mempunyai kewenangan sebagai berikut :

- a) Kewenangan menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan sesuai dengan situasi kondisi , kultur budaya dan potensi setempat.
- b) Kewenangan mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, yang kemudian dipertanggung jawabkan untuk pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c) Kewenangan untuk mengangkat tenaga institusi atau honorer, pemindahan tenaga, dan pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya dengan se pengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota
- d) Kewenangan untuk melengkapi sarana dan prasarana termasuk peralatan medis dan non medis yang dibutuhkan.

2.1.2 Kedudukan dan fungsi Puskesmas

Kedudukan Puskesmas dalam sistem kesehatan Kabupaten atau Kota adalah sebagai berikut (Depkes,2002) :

Aspek Fungsional :

1. Di bidang pelayanan kesehatan masyarakat, Puskesmas merupakan unit pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yang dibina oleh dinas kesehatan Kabupaten atau Kota.
2. Di bidang pelayanan medik, Puskesmas merupakan unit pelaksana pelayanan medik dasar tingkat pertama yang secara teknis dapat berkoordinasi dan kerjasama dengan RSUD Kabupaten atau Kota.
3. Dalam Sistem Kesehatan Nasional, Puskesmas berkedudukan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang merupakan ujung tombak system pelayanan kesehatan di Indonesia.

Aspek Organisasi :

Puskesmas merupakan organisasi struktural dan berkedudukan sebagai unit pelaksana teknis Dinas dipimpin oleh seorang kepala, yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kabupaten atau Kota dan secara operasional dikoordinasikan oleh Camat.

Puskesmas di era desentralisasi mempunyai 3 fungsi yaitu :

a) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan:

Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan memiliki makna bahwa puskesmas harus berperan sebagai motor dan motivator terselenggaranya pembangunan yang mengacu, berorientasi serta dilandasi oleh kesehatan sebagai faktor pertimbangan utama, pembangunan yang dilaksanakan di kecamatan, seyogyanya yang berdampak positif terhadap lingkungan sehat dan perilaku sehat, yang muaranya adalah peningkatan kesehatan masyarakat

b) Memberdayakan masyarakat dan memberdayakan keluarga:

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM dan tokoh masyarakat.

c) Memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama:

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan yang bersifat mutlak perlu, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya pelayanan kesehatan tingkat pertama yang diselenggarakan Puskesmas bersifat holistik, komprehensif, terpadu dan berkesinambungan. Misi ini berkaitan erat dengan kegiatan yang dilaksanakan Puskesmas. Pada era desentralisasi ini, kegiatan Puskesmas dibedakan menjadi upaya kesehatan dasar dan upaya kesehatan pengembangan.

Upaya kesehatan dasar:

Merupakan upaya kesehatan wajib Puskesmas, yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia.

Upaya kesehatan dasar tersebut adalah:

- a. Upaya Promosi Kesehatan.
- b. Upaya Kesehatan Lingkungan.
- c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana.
- d. Upaya perbaikan Gizi Masyarakat

e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular.

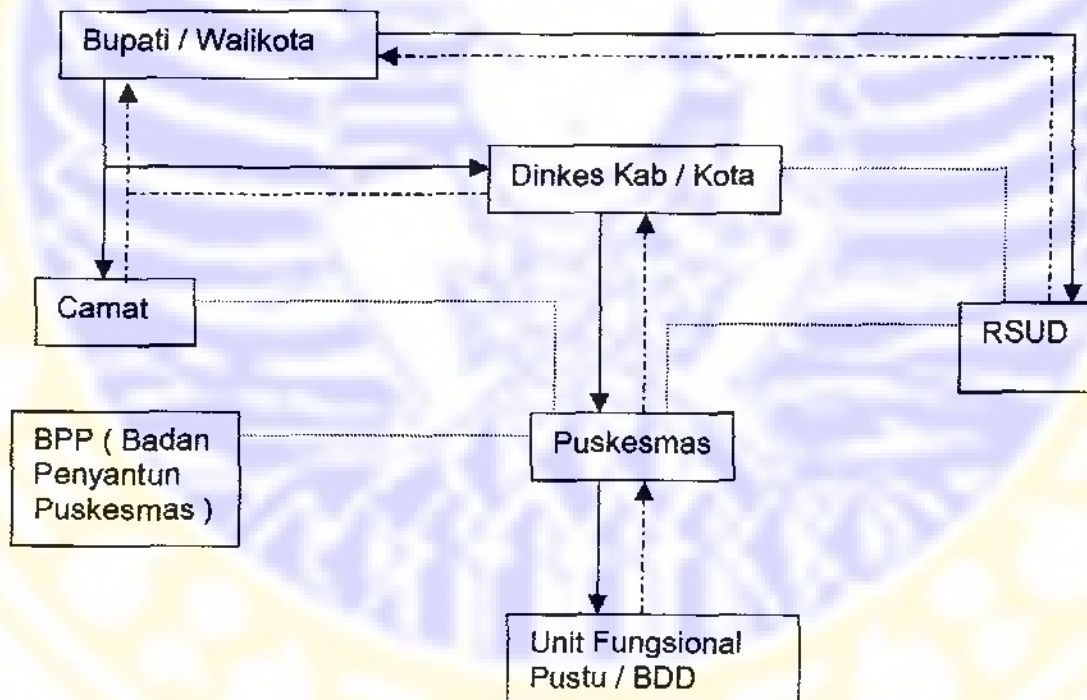
f. Upaya Pengobatan.

Upaya kesehatan pengembangan:

Merupakan upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas, pemilihan upaya kesehatan pengembangan ini dilakukan oleh Puskesmas bersama Dinas Kesehatan Kabupaten atau kota dengan mempertimbangkan masukan BPP (Badan Penyantun Puskesmas).

2.1.3 Tata kerja Puskesmas

Hubungan tata kerja Puskesmas dalam sistem pemerintahan di Kabupaten atau Kota adalah sebagai berikut (Depkes,2002) :



Gambar 2.1 Tata kerja Puskesmas

Keterangan :

— : garis lini
 - - - : garis konsultasi
 : garis koordinasi fungsional

Tata kerja Puskesmas diatur sebagai berikut :

- a. Koordinasi fungsional antara Puskesmas dengan RSUD dalam bidang pelayanan medik.
- b. Koordinasi fungsional antara Puskesmas dengan Camat dalam bidang pembangunan kesehatan di wilayah Kecamatan
- c. Koordinasi fungsional antara Puskesmas dan BPP dalam pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam rangka meningkatkan program Puskesmas.

2.1.4 Azas Puskesmas

Ada 4 azas yang harus diikuti oleh Puskesmas, yaitu :

1. Azas pertanggung jawaban wilayah

Puskesmas harus bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Artinya bila terjadi masalah kesehatan di wilayah kerjanya, Puskesmaslah yang harus bertanggung jawab untuk mengatasinya. Untuk dapat memantau seluruh wilayah kerjanya, Puskesmas harus proaktif ke lapangan mengadakan pemantauan, pembinaan, dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

2. Azas peran serta masyarakat

Dalam melaksanakan kegiatannya, Puskesmas harus memandang masyarakat sebagai subyek pembangunan kesehatan, sehingga Puskesmas bukan hanya bekerja untuk mereka tetapi juga bekerja bersama masyarakat . Oleh karena itu Puskesmas harus bekerja sama dengan masyarakat mulai dari tahap identifikasi masalah, menggali sumber daya setempat, merumuskan dan merencanakan kegiatan penanggulangannya, melaksanakan program kesehatan tersebut, dan mengevaluasinya. Untuk itu perlu difasilitasi pembentukan wadah masyarakat yang peduli kesehatan, seperti Badan Penyantun Puskesmas.

3. Azas keterpaduan

Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya harus melakukan kerjasama dengan berbagai pihak, bermitra dengan BPP dan organisasi masyarakat lainnya, berkoordinasi dengan lintas sektor, agar terjadi perpaduan kegiatan di lapangan, sehingga lebih berhasil guna dan berdaya guna.

4. Azas rujukan

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, yang bila tidak mampu mengatasi masalah karena berbagai keterbatasan, bisa melakukan rujukan baik secara vertikal ke tingkat yang lebih tinggi, atau secara horizontal ke Puskesmas lainnya.

2.1.5 Puskesmas jalan raya

Puskesmas jalan raya adalah puskesmas yang lokasi wilayah kerjanya terdapat jalan raya. Yang dimaksud dengan jalan raya disini adalah jalan antar kota yang menghubungkan kota yang satu dengan kota yang lain (Dinkes Jatim 2003)

Menurut pedoman penyelenggaraan pelayanan kesehatan Puskesmas jalan raya yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2003, Puskesmas jalan raya pada dasarnya adalah Puskesmas umum seperti Puskesmas lainnya, yang bertanggung jawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. Melaksanakan upaya pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan seperti puskesmas lainnya, dan juga melaksanakan pelayanan dan program inovatif bagi korban kecelakaan lalu lintas di jalan raya dengan ciri yang lebih berkualitas dalam hal sarana dan prasarana medik maupun non medik yang menyangkut:

- a. Fisik Puskesmas
- b. Tenaga Kesehatan
- c. Anggaran

d. Obat dan peralatan

e. Ambulance

f. Metode dan Sistem Pelayanan Gawat Daruratan Terpadu (SPGDT)

2.2 Sistem

2.2.1 Pengertian

Sistem adalah gabungan dari beberapa elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan (Azwar 1996).

Sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari beberapa fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien (Azwar 1996)

Sistem adalah kumpulan dari beberapa bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang majemuk, dimana masing-masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk pula.

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Sistem secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu:

1. Sistem sebagai suatu wujud

Suatu sistem disebut sebagai suatu wujud (*entity*), apabila beberapa bagian atau beberapa elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu wujud yang cirinya dapat didiskripsikan dengan jelas, tergantung dari sifat bagian atau elemen yang membentuk sistem, maka sistem sebagai suatu wujud dapat dibedakan atas dua macam :

- a. Sistem sebagai suatu wujud yang konkrit.
- b. Sistem sebagai suatu wujud yang abstrak

2. Sistem sebagai suatu metode

Suatu sistem disebut sebagai suatu metode (*method*), apabila beberapa bagian atau beberapa elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu metode yang dapat dipakai sebagai alat dalam melakukan pekerjaan.

2.2.2 Ciri – ciri sistem

Ciri sistem dikelompokkan dalam enam macam (A Shode dan Dan Voich Jr, 1974 dalam Azwar 1996) :

- a. Sistem mempunyai tujuan dan karena itu semua perilaku yang ada pada sistem pada dasarnya bermaksud mencapai tujuan tersebut (*purposive behavior*)
- b. Sistem sekalipun terdiri dari berbagai bagian atau elemen, tetapi secara keseluruhan merupakan suatu yang bulat dan utuh (*wholism*) jauh melebihi kumpulan bagian atau elemen tersebut.
- c. Berbagai bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem saling terkait berhubungan, serta berinteraksi
- d. Sistem bersifat terbuka dan selalu berinteraksi dengan system lain yang lebih luas, yang biasanya disebut dengan lingkungan.
- e. Sistem mempunyai kemampuan transformasi, artinya mampu mengubah sesuatu menjadi sesuatu yang lain. Dengan perkataan lain system mampu mengubah masukan menjadi keluaran.
- f. Sistem mempunyai mekanisme pengendalian, baik dalam rangka menyatukan berbagai bagian atau elemen, atau dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran.

2.3 Kebutuhan

2.3.1 Pengertian

Kebutuhan adalah suatu keadaan akan sebagian dari kepuasan dasar yang dirasakan dan disadari (Kotler,2000,dalam Supriyanto2003). Dalam ilmu ekonomi, menurut Sukirno (1997) kebutuhan masyarakat adalah keinginan masyarakat untuk memperoleh dan mengkonsumsi barang dan jasa.

Kebutuhan adalah penyimpangan bio-psiko-sosial (reinke,1988. dalam Supriyanto 2003).

2.3.2 Teori kebutuhan

Teori hirarki kebutuhan (*hierarchy of needs theory*) dikembangkan oleh Abraham Maslow, teori ini menekankan bahwa manusia terdorong untuk melakukan usaha untuk memuaskan lima kebutuhan dasar yang belum terpuaskan yang melekat pada diri manusia itu sendiri. Lima tingkat kebutuhan dalam hirarkhi Maslow adalah sebagai berikut :

1. Kebutuhan fisiologis
2. Kebutuhan rasa aman
3. Kebutuhan social
4. Kebutuhan pengakuan
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Existence Relatedness Growth theory (ERG Theory) ,teori ini merupakan modifikasi yang dilakukan oleh Alderfer terhadap teori tingkat kebutuhan dari Maslow. Alderfer mengatakan kebutuhan dapat disederhanakan menjadi tiga jenis yaitu:

1. *Existence needs* (kebutuhan eksistensi)

Berhubungan dengan kebutuhan untuk mempertahankan keberadaan seseorang dalam hidupnya.

2. *Relatedness needs* (kebutuhan berhubungan)

Merupakan kebutuhan untuk berinteraksi dengan orang lain.

3. *Growth needs* (kebutuhan berkembang)

Merupakan kebutuhan pengembangan diri.

2.3.3 Kelompok kebutuhan

Moroney (1977) mengelompokkan kebutuhan menjadi:

1. Kebutuhan normatif (*Normative need*), yaitu kebutuhan yang timbul pada individu, yang pada umumnya dipengaruhi oleh factor nilai, lingkungan sosial dan hukum.
2. Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*), yaitu apa yang menjadi kebutuhan mereka. *Perceived need* ini biasa disebut juga dengan *felt need*
3. Kebutuhan yang diekspresikan (*Expressed need*), yaitu *felt need* yang berubah menjadi penggunaan pelayanan. *Expressed need* ini biasa disebut *demand* atau menurut Sukirno (1997) disebut permintaan yang efektif.
4. Kebutuhan relatif (*relatif need*) yaitu kebutuhan yang dalam pemenuhannya berbeda antara satu individu dengan individu yang lainnya atau antar daerah yang satu dengan daerah lainnya. *Relative need* ini disebut juga *comparative need*.

2.4 Harapan

2.4.1 Pengertian

Harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya (Zeithmal et al 1993 dalam Tjiptono,1997), sedangkan Gibson(1997) mengatakan harapan adalah suatu keyakinan bahwa suatu tindakan tertentu akan diikuti oleh suatu hasil tertentu.

Harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas produk (barang dan jasa) dan kepuasan pelanggan. Pengertian ini didasarkan pada pandangan bahwa harapan merupakan standar prediksi. Selain standar prediksi, ada pula yang menggunakan harapan sebagai standar ideal.

2.4.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi harapan pelanggan, (Tjiptono,1997) meliputi:

1. Kebutuhan pribadi.
2. Pengalaman masa lampau.
3. Rekomendasi dari mulut ke mulut.
4. Iklan.

Menurut Zeithmal et al. (1993) dalam Tjiptono (1997), menyatakan bahwa harapan pelanggan terhadap kualitas suatu jasa terbentuk oleh beberapa faktor sebagai berikut:

1. *Enduring Service Intensifiers*

Faktor ini merupakan faktor yang bersifat stabil dan mendorong pelanggan untuk meningkatkan sensitivitasnya terhadap jasa. Faktor ini meliputi harapan yang disebabkan oleh orang lain dan filosofi pribadi seseorang tentang jasa. Seorang pelanggan akan berharap bahwa ia patut dilayani dengan baik pula apabila pelanggan lainnya dilayani dengan baik oleh pemberi jasa.

2. *Personal Needs*

Kebutuhan yang dirasakan seseorang mendasar bagi kesejahteraannya juga sangat menentukan harapannya. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisik, social, dan psikologis.

3. *Transitory Service Intensifiers*

Faktor ini merupakan factor individual yang bersifat sementara (jangka pendek) yang meningkatkan sensitivitas pelanggan terhadap jasa. Faktor ini meliputi :

- a. Situasi darurat pada saat pelanggan sangat membutuhkan jasa dan ingin perusahaan bisa membantunya (misalnya jasa asuransi mobil pada saat terjadi kecelakaan lalu lintas)
- b. Jasa terakhir yang dikonsumsi pelanggan dapat pula menjadi acuan untuk menentukan baik buruknya jasa berikutnya.

4. *Perceived Service Alternatives*

Merupakan persepsi pelanggan terhadap tingkat atau derajat pelayanan perusahaan lain yang sejenis. Jika konsumen memiliki beberapa alternatif, maka harapannya terhadap suatu jasa cenderung akan semakin besar.

5. *Self-Perceived Service Roles.*

Faktor ini adalah persepsi pelanggan terhadap tingkat atau derajat keterlibatannya dalam mempengaruhi jasa yang diterimanya. Jika konsumen terlibat dalam proses pemberian jasa dan jasa yang terjadi ternyata tidak begitu baik, maka pelanggan tidak bisa menimpakan kesalahan sepenuhnya pada si pemberi jasa. Oleh karena itu, persepsi tentang derajat keterlibatannya ini akan mempengaruhi tingkat jasa atau pelayanan yang bersedia diterimanya.

6. *Situational Factors*

Faktor situasional terdiri atas segala kemungkinan yang bisa mempengaruhi kinerja jasa, yang berada diluar kendali penyedia jasa. Misalnya pada awal bulan biasanya sebuah bank ramai dipenuhi para nasabahnya dan ini akan menyebabkan seorang nasabah menjadi relatif lama menunggu. Untuk sementara waktu, nasabah tersebut akan menurunkan tingkat pelayanan minimal yang bersedia diterimanya karena keadaan itu bukanlah kesalahan penyedia jasa.

7. *Explicit Service Promises*

Faktor ini merupakan pernyataan (secara personal atau non personal) oleh organisasi tentang jasanya kepada pelanggan, janji ini bisa berupa iklan, personal selling, perjanjian, atau komunikasi dengan karyawan organisasi tersebut.

8. *Implicit Service Promises*

Faktor ini menyangkut petunjuk yang berkaitan dengan jasa, yang memberikan kesimpulan bagi pelanggan tentang jasa yang bagaimana yang seharusnya dan akan diberikan. Petunjuk yang memberikan gambaran jasa ini meliputi biaya untuk memperolehnya (Harga) dan alat pendukung jasanya. Pelanggan biasanya menghubungkan harga dan peralatan (tangible assets) pendukung jasa dengan kualitas jasa. Harga yang mahal dihubungkan secara positif dengan kualitas yang tinggi. Misalnya kendaraan angkutan umum yang sudah tua dan kotor dianggap hanya cocok bagi masyarakat bawah yang lebih mementingkan tiba di tujuan dari pada kenyamanan selama perjalanan.

9. *Word of Mouth* (rekomendasi atau saran dari orang lain)

Merupakan pernyataan (secara personal atau non personal) yang disampaikan oleh orang lain selain organisasi (*service provider*) kepada pelanggan. *Word-of-mouth* ini biasanya cepat diterima oleh pelanggan karena yang menyampaikannya adalah

mereka yang dapat dipercayanya, seperti para ahli, teman, keluarga, dan publikasi media massa. Disamping itu. Word-of-mouth juga cepat diterima sebagai referensi karena pelanggan jasa biasanya sulit mengevaluasi jasa yang belum dibelinya atau belum dirasakanya sendiri.

10. *Post Experience*

Pengalaman masa lampau meliputi beberapa hal yang telah dipelajari atau diketahui pelanggan dari yang pernah diterimanya di masa lalu.

2.5 Koordinasi

2.5.1 Pengertian

Wijono(1997) menerangkan beberapa pengertian koordinasi sebagai berikut :

1. Menurut Lembaga Administrasi Negara , di dalam bukunya Sistem Administrasi Negara Republik Indonesia: Koordinasi dalam pemerintahan dirumuskan sebagai “ fungsi sesuatu Aparatur Pemerintah untuk memadukan (mengintegrasikan) serta menyetarakan dan menyelaraskan (mensinkronkan) berbagai kepentingan dan kegiatan yang saling berkaitan beserta segenap gerak, langkah dan waktunya dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran bersama yang akan dicapai”. Koordinasi harus diterapkan mulai dari proses perumusan kebijaksanaan, perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, dan pengawasan.
2. Menurut George R. Terry: “ Koordinasi adalah suatu usaha yang sinkron atau teratur untuk menyediakan jumlah dan waktu yang tepat , dan mengarahkan pelaksanaan untuk menghasilkan keselarasan dan kesatuan tindakan untuk tujuan yang telah ditetapkan.
3. James D. Mooney: “ Koordinasi adalah pengaturan usaha sekelompok orang secara teratur untuk menciptakan kesatuan tindakan dalam mengusahakan tercapainya suatu tujuan bersama”

4. Henry Fayol: “ Mengkoordinasi berarti mengikat bersama, menyatukan dan menelaraskan semua kegiatan dan usaha”.

2.5.2 Tujuan

Tujuan koordinasi adalah untuk mengarahkan, menyesuaikan, mensinkronisasikan dan menelaraskan semua kegiatan dan tujuan masing- masing unit kerja atau instansi sehingga tercapai tujuan bersama atau tujuan organisasi secara keseluruhan (Wijono, 1997).

2.5.3 Pedoman Koordinasi

Wijono (1977) mengemukakan beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam koordinasi antara lain:

1. Perlu ditentukan secara jelas siapa atau instansi mana yang secara fungsional berwenang dan bertanggung jawab atas suatu masalah.
2. Pejabat atau instansi yang secara fungsional berwenang dan bertanggung jawab mengenai suatu masalah berkewajiban memprakasai dan mengkoordinasikan.
3. Perlu dirumuskan secara jelas wewenang, tanggung jawab dan tugas satuan kerja.
4. Perlu dirumuskan program kerja organisasi yang jelas memperlihatkan keserasian kegiatan kerja diantara satuan kerja.
5. Perlu dikembangkan komunikasi timbal balik untuk menciptakan kesatuan bahasa dan kerjasama antara lain melalui rapat berkala, briefing, rapat kerja, rapat tim dan sebagainya.

2.5.4 Macam koordinasi

1. Koordinasi vertikal adalah koordinasi diantara atasan dan bawahan.
2. Koordinasi horisontal adalah koordinasi diantara organisasi atau instansi yang mempunyai kedudukan setingkat.

3. koordinasi diagonal adalah koordinasi diantara organisasi atau instansi yang bukan merupakan hubungan antara atasan bawahan.
 4. Koordinasi teritorial adalah koordinasi yang bersifat antar instansi kewilayahan.
- koordinasi horisontal, koordinasi diagonal, koordinasi teritorial pada umumnya bersifat koordinasi fungsional.

Koordinasi horizontal menurut Hiasibuan (2001) , meliputi :

1. Koordinasi inter disipliner yaitu suatu koordinasi dalam rangka mengarahkan, menyatukan semua tindakan, mewujudkan, dan menciptakan disiplin antara unit yang satu dengan unit yang lain secara intern maupun secara ekstern pada unit-unit yang sama tugasnya.
2. Koordinasi inter relasi yaitu koordinasi diantara disiplin (instansi) berbeda fungsinya, tetapi instansi yang satu dengan yang lain saling bergantung atau mempunyai kaitan, baik cara intern maupun ekstern yang levelnya setaraf.

Koordinasi horizontal ini relatif sulit dilakukan , karena koordinator tidak dapat memberikan sanksi kepada pejabat yang sulit diatur sebab kedudukannya setingkat

2.5.5 Metode dan tehnik koordinasi (Sutarto,2002)

1. Mengadakan pertemuan informal antara para pejabat.
2. Mengadakan pertemuan formal antara para pejabat yang biasanya dinamakan rapat.
3. Membuat edaran berantai kepada para pejabat yang diperlukan.
4. Mengangkat koordinator.
5. Membuat buku pedoman organisasi, buku pedoman tatakerja, dan buku pedoman kumpulan peraturan.
6. Berhubungan melalui alat perhubungan
7. Membuat symbol.

2.6 Prosedur Tetap (Protap)

2.6.1 Pengertian Protap

Prosedur tetap adalah suatu perangkat instruksi atau langkah langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, Protap memberikan langkah- langkah yang benar dan terbaik untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi, Protap merupakan konsensus bersama untuk jalan yang terbaik memberikan pelayanan (DepKes 1995)

Prosedur tetap merupakan metode langkah demi langkah secara pasti dalam memecahkan sesuatu masalah (Kamus besar BI ,tahun 2001)

Prosedur tetap merupakan tahap kegiatan yang pasti untuk menyelesaikan suatu aktifitas (Kamus besar BI, tahun 2001)

Prosedur Tetap atau Prosedur Operasi Baku atau Standar Operating Prosedur (SOP) memuat langkah- langkah utama dalam mengerjakan suatu aktivitas (Depkes,1999)

2.6.2 Jenis Protap

Menurut Petunjuk Tehnik Penyusunan Protap yang dikeluarkan Depkes 1995, jenis Protap ada 3 macam yaitu:

- a. Protap Profesi (Keilmuan atau Tehnis): merupakan Protap keilmuan atau teknis untuk profesi Medis, Keperawatan, dan profesi lainnya. Protap memuat proses kerja untuk Diagnostik, Terapi, Tindakan, Asuhan
- b. Protap Pelayanan (Manajerial): merupakan Protap Pelayanan Medik, Keperawatan, Penunjang Medik yang bersifat manajerial atau administrasi.
- c. Protap Administrasi: mengatur tata cara kegiatan dalam organisasi termasuk hubungan antar unit kerja, dan kegiatan non medis.

2.6.3 Ruang lingkup Protap

Menurut Petunjuk Tehnik Penyusunan Protap yang dikeluarkan Depkes 1995, ruang lingkup Protap mencakup:

1. Protap Profesi mencakup:

- a. Pelayanan Medis, meliputi: Komite Medik, Rawat Inap, Rawat jalan, Pelayanan Gawat Darurat, ICCU, Kamar bedah dan sebagainya.

Contoh:

Protap penanganan pasien untuk sesuatu penyakit (Konjungtivitis, Perdarahan Antepartum, Tetanus)

- b. Pelayanan Keperawatan

Contoh :

Protap asuhan keperawatan, Protap peralatan keperawatan, Protap pasien operasi.

- c. Pelayanan Profesi lain.

Contoh:

Protap pelayanan radiology

2. Protap pelayanan (Manajerial) mencakup pelayanan pelayanan medis secara umum:

Contoh:

Protap Konsultasi Medis, Protap rujukan keluar Rumah Sakit, Protap pengadaan obat dan alat di UGD, Protap Sterilisasi .

3. Protap Administrasi, umumnya mencakup kegiatan di unit-unit nonmedis:

Contoh:

Protap penerimaan pegawai, Protap penyelenggaraan rekam medis, Protap penyusunan anggaran.

2.6.4 Langkah- langkah dan Prinsip penulisan Protap

Menurut Petunjuk Tehnik Penyusunan Protap yang dikeluarkan Depkes 1995, langkah langkah dan prinsip penulisan Protap mencakup:

1. Tetapkan, telaah kebijakan yang mendasari suatu prosedur atau proses kerja.
2. Pertimbangkan prosedur merupakan suatu prosedur menyeluruh atau terdiri dari kumpulan beberapa prosedur yang lebih kecil (terutama bila prosedur tsb cukup panjang, dipecah-pecah, misalnya: Tahap Persiapan, Tahap kegiatan awal, Tahap Akhir, Tahap Evaluasi dsb)
3. Kapan Protap dibuat, sedapatnya sebelum sesuatu proses kerja baru dilaksanakan.
4. Cari literature dan informasi lain yang terkait yang mendukung prosedur tsb.
5. Cari masukan dari staf atau petugas terkait.
6. Tetapkan prosedur tersebut adalah wajib atau sebagai pedoman(guideline), Bila wajib, harus jelas bahwa protap tsb harus dilaksanakan dengan tidak ada langkah-langkah lain. Kalau sebagai pedoman, maka ada peluang untuk langkah alternatif sebagian atau seluruh langkah.
7. Tetapkan hasil (outcome) yang diharapkan
8. Tuliskan Peralatan atau fasilitas yang diperlukan.
9. Tetapkan siapa yang berwenang melaksanakan prosedur tersebut (dalam pengertian kualifikasi jabatan)
10. Tulis Indikasi dan kontra indikasi. Garis bawah (atau beri kotak) risiko- risiko, peringatan- peringatan, hal-hal yang perlu diwaspadai
11. Langkah-langkah disusun berdasarkan logika, untuk menyelesaikan proses kerja secara efektif, efisien, dan aman.

12. Dapat ditambahkan bagan Arus (*flow chart*) untuk mempermudah atau mempercepat pemahaman uraian langkah-langkah
13. Agar dibuat system penomoran Protap yang terorganisir dan Independen.
14. Gunakan bahasa sehari- hari, istilah harus konsisten, susun kata- kata sependek dan sesederhana mungkin dan memudahkan pemakaian (*user friendly*), mempunyai urutan, tidak bermakna ganda, gunakan bahasa yang positif. Dapat dimasukkan tabel.
15. Jelaskan bahan bacaan acuan yang perlu dibaca.
16. Protap agar diuji coba: apakah mudah dipahami, mudah pemakaiannya oleh petugas terkait.
17. Sesudah uji coba mungkin diperlukan penyempurnaan
18. Sosialisasikan Protap.
19. Revisi Protap dilakukan sesuai kebutuhan perkembangan.
20. Sebaiknya protap disusun oleh suatu tim yang terdiri dari petugas yang akan melaksanakan proses kerja.

2.6.5 Isi Protap

Menurut Petunjuk Tehnik Penyusunan Protap yang dikeluarkan Depkes 1995, Isi Protap mencakup

1. Pengertian: berisi penjelasan tentang istilah yang mungkin sulit di pahami dan atau definisi
 2. Tujuan: berisi tujuan spesifik dari pelaksanaan Protap
 3. Kebijakan: berisi kebijakan yang menjadi garis besar dan dasar bagi Protap tsb.
- Dapat berisi beberapa kebijakan, bisa saja satu kebijakan menjadi dasar beberapa protap, sehingga tercantum dalam beberapa Protap tersebut yang dipayunginya.

4. **Prosedur:** bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu, dan staf atau petugas yang berwenang. Dapat dicantumkan alat atau formulir atau fasilitas yang digunakan, waktu, frekwensi dalam proses kerja tersebut. Bila memungkinkan diuraikan secara lengkap unsur- unsur : siapa, apa, dimana, kapan dan bagaimana
5. **Unit terkait:** berisi unit- unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

Sedangkan Komponen Prosedur Tetap (Depkes,1999) terdiri dari:

1. **Nama prosedur**

Ditulis dengan singkat namun jelas, Penamaan jangan rancu dengan prosedur lain yang hampir sama. Riwayat penulisan naskah tersebut perlu dicantumkan, demikian pula tanda kapan mulai berlakunya prosedur tersebut, untuk memastikan bahwa pengguna benar- benar sedang menggunakan protap yang sah pada saat itu. Protap yang sudah kadaluwarsa, perlu ditarik kembali agar tidak lagi digunakan dalam pekerjaan sehari-hari.

2. **Tujuan dan ruang lingkup**

Nyatakan tujuan dari prosedur yang ditulis, beserta batasan yang spesifik (agar tidak tumpang tindih dengan prosedur lain)

3. **Referensi**

Tuliskan sumber- sumber (surat keputusan, pustaka) yang menjadi dasar dari prosedur tersebut.

4. **Penanggung Jawab**

Tuliskan siapa yang bertanggung jawab atas kebenaran isi prosedur tersebut.

5. **Definisi**

Tuliskan pengertian dari semua istilah yang digunakan diseluruh naskah tersebut.

6. Dokumentasi

Sebutkan semua formulir yang digunakan dalam mengoperasikan prosedur tersebut.

7. Prosedur Kerja.

Tuliskan rincian dari prosedur yang dikerjakan, sedapatnya dengan alur kerja (*Flowchart*). Lambang yang digunakan pada alur kerja secara universal adalah scragam, dengan makna khusus bagi tiap jenis lambang. Perlu diperhatikan bahwa langka- langkah dalam prosedur seringkali membutuhkan keputusan. Karena itu dalam membuat alur kerja harus diperhatikan adanya kemungkinan seperti itu.

8. Tanggal mulai diberlakukan.

Cantumkan tanggal diterbitkannya naskah tersebut, atau tanggal mulai diberlakukan, untuk menjamin bahwa pengguna sedang memakai naskah yang sah setiap saat.

9. Otorisasi

Setiap naskah perlu mendapatkan otorisasi sebagai pensahan. Pensahan dapat dilakukan bertingkat sesuai kepentingan,

2.7 *Focus Group Discussion (FGD)*

2.7.1 **Pengertian**

Focus Group Discussion (FGD) atau diskusi kelompok terarah adalah suatu tehnik dalam pengumpulan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dalam pengarahan seorang moderator (Qomarudin,2000).

Menurut Irwanto (1998), menyatakan bahwa diskusi kelompok terarah atau *Fokus Group Discussion* adalah suatu proses pengumpulan informasi suatu permasalahan tertentu yang spesifik melalui diskusi kelompok.

2.7.2 Alasan dipergunakan FGD

Menurut Irwanto (1998), ada beberapa alasan dipergunakan FGD yaitu:

- a. Untuk memperoleh data kualitatif yang bermutu dalam waktu yang relatif singkat.
- b. Sebagai metode yang dirasa cocok bagi permasalahan yang bersifat sangat lokal dan spesifik. Oleh karena itu FGD yang melibatkan masyarakat setempat dipandang sebagai pendekatan yang paling sesuai.
- c. Untuk menumbuhkan perasaan memiliki dari masyarakat yang diteliti, sehingga pada saat peneliti memberikan rekomendasi, dengan mudah masyarakat mau menerima rekomendasi tersebut.

2.7.3 Karakteristik

Karakteristik FGD menurut Qomaruddin (2000) adalah sebagai berikut:

- a. Kelompok FGD harus cukup kecil, pesertanya terdiri dari 6- 12 orang karena dengan demikian setiap individu mendapat kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya.
- b. Pada umumnya FGD dilaksanakan pada populasi sasaran yang homogen (mempunyai ciri sama), ciri yang sama tersebut ditentukan oleh tujuan penelitian.
- c. FGD bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai persepsi peserta.

2.7.4 Tata cara pelaksanaan FGD

Qomaruddin (2000) mengemukakan bahwa tata cara pelaksanaan FGD adalah:

- a. Tempat duduk diatur sedemikian rupa sehingga peserta termotivasi untuk mengeluarkan pendapatnya dan dapat saling mendengar suara moderator dan peserta.
- b. Tempat atau lokasi FGD harus netral, sebaiknya tidak dilakukan di tempat yang menjadi topik dari FGD tersebut.

- c. Tersedia alat bantu diskusi, misalnya tape recorder, panduan diskusi, slide dan proyektor.
- d. Notulen atau pencatat harus ada, dan juga bertindak sebagai pengamat selama FGD berlangsung, selain mencatat hasil diskusi.

2.7.5 Keuntungan

Kelebihan FGD menurut Qomarudin (2000) adalah sebagai berikut:

- a. *Sinergisme*: suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide dan pandangan yang lebih luas.
- b. *Snowballing*: Komentar yang didapat secara acak dari responden dapat memacu mulainya suatu reaksi rantai respons yang menghasilkan ide baru.
- c. *Stimulation*: Pengalaman dalam kelompok sendiri merupakan sesuatu yang menyenangkan dan mendorong partisipasi.
- d. *Security*: Individu responden merasa aman di dalam kelompok dan lebih merasa bebas mengutarakan perasaan atau pikiran.
- e. *Spontanitas*: Individu tidak diharapkan menjawab setiap pertanyaan, karena itu diharapkan bahwa jawaban lebih memiliki arti, karena melakukan suatu proses kelompok.

Sedangkan Purwadi (2000) menyebutkan kelebihan FGD adalah:

a. *Richness of data*

Informasi yang tergalil lebih banyak dan mendalam dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Pendapat seorang peserta dikomentari dan diperkaya oleh peserta lain

b. *Versability*

Focus group dapat diaplikasikan untuk riset pemasaran berbagai produk atau jasa .

c. *Keterlibatan users*

2.7.6 Kelemahan

Kekurangan FGD menurut Purwadi (2000):

- a. Tidak dapat digeneralisasi

Hasil focus group bersifat tentative bukan kesimpulan final, jumlah peserta yang sedikit dan homogen tidak dapat mewakili populasi

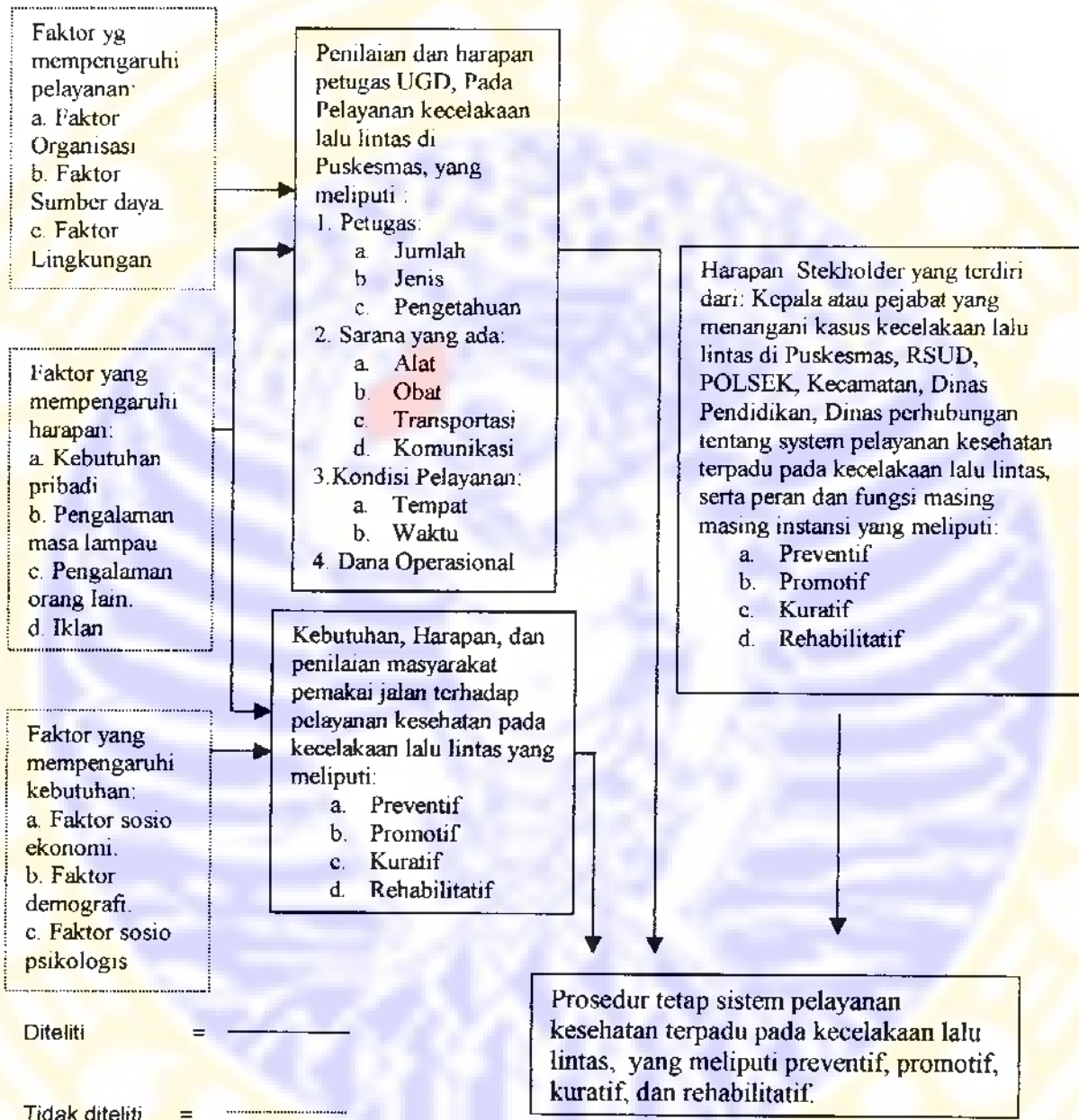
- b. FGD mudah dilaksanakan tetapi sulit melakukan interpretasi .

Sedangkan kekurangan FGD menurut Qomaruddin (2000) adalah sebagai berikut:

- a. FGD mudah dilaksanakan tetapi sulit melakukan interpretasi data
- b. Membutuhkan moderator yang terampil
- c. FGD cepat selesai sehingga sering digunakan oleh pembuat keputusan untuk mendukung dugaan atau pendapatnya.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Dari gambar 3.1 di atas, tentang kerangka konsep penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Faktor organisasi, faktor sumber daya, faktor lingkungan, mempengaruhi pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas, Penelitian ini berusaha mengetahui kondisi pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari saat ini, serta bagaimana penilaian petugas tentang pelayanan pada korban kecelakaan lalu lintas yang diberikan saat ini, dan apa yang menjadi harapan petugas tentang pelayanan kecelakaan lalu lintas yang seharusnya ada.

Penilaian dan harapan tersebut meliputi jumlah petugas, jenis petugas, pengetahuan petugas, alat, obat, transportasi, komunikasi, tempat, waktu, maupun dana operasional yang tersedia dalam pemberian pelayanan pada kecelakaan lalu lintas.

2. Faktor sosio ekonomi, faktor demografi, faktor sosio psikologis, mempengaruhi kebutuhan masyarakat. Penelitian ini berusaha menggali apa yang menjadi kebutuhan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas yang meliputi : preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.
3. Faktor kebutuhan pribadi, pengalaman masa lampau, pengalaman orang lain, dan iklan, mempengaruhi harapan masyarakat. Penelitian ini berusaha menggali apa yang menjadi harapan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas, dan bagaimana penilaian masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas yang meliputi: preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.
4. Penelitian ini berusaha menggali harapan Stekholder yang terdiri dari: Kepala atau pejabat yang menangani kasus kecelakaan lalu lintas di Puskesmas, RSUD, POLSEK, Kecamatan, Dinas Pendidikan, Dinas Perhubungan, tentang sistem

pelayanan kesehatan terpadu serta peran dan fungsi masing masing Instansi terkait yang meliputi: preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

5. Dari keempat hal yang disebut di atas, akan disusun Prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas yang meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *observational* dengan pengambilan datanya secara *cross-sectional*, untuk menyusun Prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas, yang meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif di wilayah kerja Puskesmas Purwosari.

4.2 Responden Penelitian

Sebagai responden dalam penelitian ini adalah:

1. Kepala atau pejabat yang menangani kecelakaan lalu lintas di
 - a. Puskesmas
 - b. Rumah Sakit Umum Daerah
 - c. Polisi Sektor Purwosari
 - d. Kecamatan Purwosari
 - e. Dinas Pendidikan Kecamatan Purwosari
 - f. Dinas Perhubungan
2. Petugas UGD Puskesmas Purwosari
3. Masyarakat pemakai jalan

4.3 Cara pengambilan sampel untuk masyarakat pemakai jalan

Sampel masyarakat pemakai jalan ditentukan dengan kriteria:

1. Masyarakat pemakai jalan adalah masyarakat pemakai jalan raya Purwosari.

Yang dimaksud jalan raya dalam penelitian ini adalah jalan yang dapat dilalui semua kendaraan baik pribadi maupun umum, dengan jenis kendaraan apa saja, baik sepeda, sepeda motor, mobil, bis, maupun truk.

2. Berumur lebih dari 17 tahun dan bisa membaca serta menulis dengan alasan bahwa sampel tersebut sudah dewasa dan mengetahui tentang lalu lintas.
3. Bertempat tinggal atau bekerja di Purwosari, dengan alasan bahwa sampel tersebut lebih mengetahui kondisi jalan dan pelayanan yang berhubungan dengan lalu lintas di wilayah Purwosari dibandingkan dengan mereka yang tidak berdomisili atau tidak bekerja di Purwosari.

Mengingat populasi yang demikian besar dengan penyebaran yang bervariasi, maka sampel diambil dengan menggunakan metode pengambilan sampel acak bertahap (*multistage random sampling*).

Untuk menentukan besar sampel masyarakat pemakai jalan, digunakan rumus (infinite) (Zainuddin 2000)

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Keterangan :

n : besar sampel

p: 0,5

q: 1-p = 0,5

z : harga kurva normal yang tergantung dari harga α
jika α 0,05, maka nilai z 1,96 (2-tailed)

d: lebar penyimpangan 10% : 0,1

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (1-0,5)}{(0,1)^2}$$

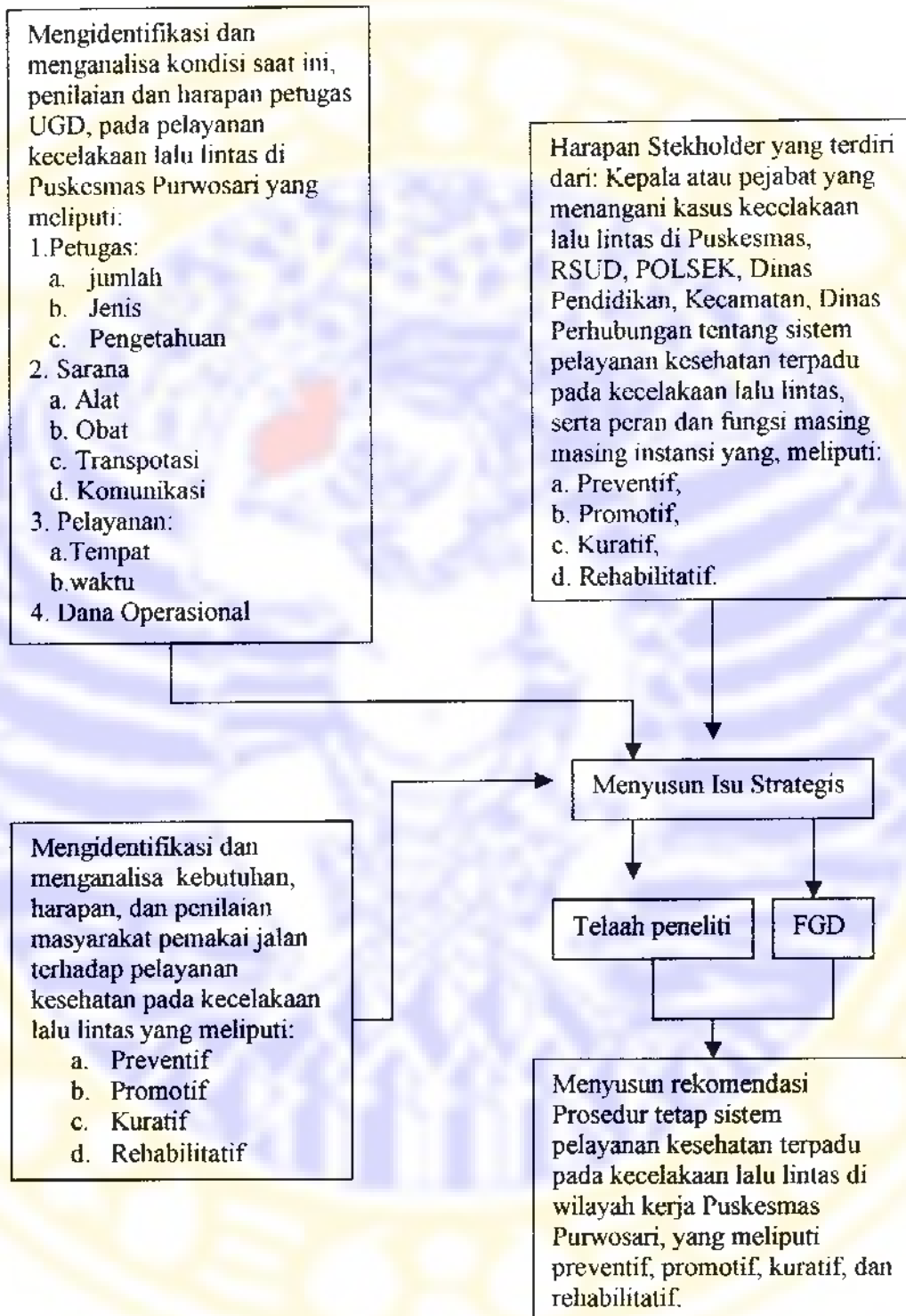
$$= 96$$

Berdasarkan perhitungan di atas maka besar sampel masyarakat pemakai jalan raya dalam penelitian ini adalah 96 orang

Tahap –tahap pengambilan sampel yang akan dilakukan adalah:

1. Langkah pertama adalah mengelompokkan tempat-tempat yang banyak dijumpai pemakai jalan, menjadi 2 kelompok yaitu:
 - a. Kelompok pemakai jalan di tempat pelayanan: Puskesmas, Kantor Kecamatan, KUA, Kantor polisi.
 - b. Kelompok pemakai jalan tempat umum: terminal, pasar,
2. Peneliti mengambil secara random masing- masing kelompok 1 tempat:
 - a. Kelompok pemakai jalan ditempat pelayanan, yang terpilih Puskesmas ,dengan 48 sampel masyarakat pemakai jalan
 - b. Kelompok pemakai jalan tempat umum, yang terpilih pasar, dengan 48 sampel masyarakat pemakai jalan.
3. Untuk sampel di Puskesmas dan di pasar, peneliti mengelompokkan masing-masing menjadi 2:
 - a. Kelompok pemakai jalan dengan kendaraan pribadi misalnya sepeda, sepeda motor, mobil sebanyak 24 sampel.
 - b. Kelompok pemakai jalan dengan kendaraan umum misalnya becak, bis, Angkot: sebanyak 24 sampel

4.4 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian

4.5 Variabel Penelitian

Yang menjadi variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Kondisi pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari saat ini, meliputi:
 - a. Petugas: jumlah, jenis, pengetahuan.
 - b. Sarana: alat, obat, transportasi, komunikasi
 - c. Kondisi pelayanan: tempat, waktu
 - d. Dana operasional
2. Penilaian petugas UGD pada Pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari saat ini, meliputi:
 - a. Petugas : jumlah, jenis, pengetahuan.
 - b. Sarana : alat, obat, transportasi, komunikasi
 - c. Kondisi pelayanan: tempat, waktu
 - d. Dana operasional
3. Harapan petugas UGD pada Pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari, meliputi:
 - a. Petugas : jumlah, jenis, pengetahuan.
 - b. Sarana : alat, obat, transportasi, komunikasi
 - c. Kondisi pelayanan: tempat, waktu
 - d. Dana operasional
4. Kebutuhan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas meliputi:
 - a. Preventif
 - b. Promotif
 - c. Kuratif
 - d. Rehabilitatif

5. Penilaian masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas meliputi:
- Preventif
 - Promotif
 - Kuratif
 - Rehabilitatif
6. Harapan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas meliputi:
- Preventif
 - Promotif
 - Kuratif
 - Rehabilitatif
7. Harapan Stekholder yang terdiri dari: Kepala atau pejabat yang menangani kasus kecelakaan lalu lintas di Puskesmas, RSUD, POLSEK, Dinas Perhubungan, Dinas Pendidikan, tentang sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas, serta peran dan fungsi masing masing instansi yang meliputi:
- Preventif.
 - Promotif.
 - Kuratif.
 - Rehabilitatif.
8. Rekomendasi Prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari, yang meliputi
- Preventif
 - Promotif
 - Kuratif

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara pengukuran	No. kuesioner
2	Jenis Petugas	Kespesifikan kerja dari tenaga medis maupun non medis dalam memberikan pelayanan pada kasus kecelakaan lalu lintas	Jenis petugas yang ada sesuai dengan kebutuhan: Dokter, perawat, radiografer, Sopir, Administrasi, petugas kebersihan.	a. Ordinal. 1. Tidak lengkap: bila jenis petugas kurang, sehingga mengganggu pemberian pelayanan. 2. Kurang lengkap: bila jenis petugas kurang tetapi tidak mengganggu pelayanan, kecuali pada kecelakaan dengan kasus-kasus tertentu. 3. Lengkap: bila jenis petugas yang ada sesuai dengan yang dibutuhkan. 4. Sangat lengkap: bila jenis petugas melebihi kebutuhan, sehingga ada jenis tenaga tertentu yang lebih sering menganggur. b. Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dg responden petugas UGD di Puskesmas Purwosari	A.2 A.3 B.1
3	Pengetahuan petugas	Ilmu yang dimiliki oleh tenaga puskesmas yang berhubungan dengan pemberian pelayanan pd kasus kecelakaan lalu lintas.	Pernah dilatih PPGD atau sejenisnya. Dengan kriteria : lama pelatihan untuk tenaga medis minimal: 4 hari, untuk non medis minimal: 2 hari.	a. Ordinal. 1. Sangat kurang: bila semua petugas belum menerima pelatihan PPGD atau sejenisnya. 2. Kurang: Bila petugas yang belum menerima pelatihan PPGD atau sejenisnya, lebih banyak dibandingkan petugas yang sudah mendapat pelatihan. 3. Cukup: Bila petugas yang sudah menerima pelatihan PPGD atau sejenisnya, lebih banyak dibandingkan petugas yang belum mendapat pelatihan. 4. Lebih: Bila semua petugas sudah menerima pelatihan PPGD atau sejenisnya. b. Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dg responden petugas UGD di Puskesmas Purwosari	A.4 A.5 B.1

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara pengukuran	No. kuesioner
4	Peralatan	Barang yang digunakan mendiagnosa, mengobati, atau merawat penderita kecelakaan lalu lintas	<p>Tersedianya peralatan yang dibutuhkan:</p> <p>1. Peralatan untuk penanganan kegawat daruratan dasar (<i>Airway, Breathing, Circulating</i>):</p> <p>a. Standar infus</p> <p>b. Meja instrumen</p> <p>c. lampu operasi sederhana</p> <p>d. alat-alat resusitasi dasar</p> <p>e. alat-alat untuk tindakan/ operasi sederhana.</p> <p>2. Tersedianya peralatan penunjang dalam penanganan kegawat daruratan dasar.</p> <p>a. tempat tidur dg perlengkapannya</p> <p>b. Lemari tempat obat, alat medis, alat non medis.</p> <p>c. Kereta dan kursi dorong</p> <p>d. Kulkas tempat penyimpan obat dan vaksin.</p>	<p>a Ordinal</p> <p>1. Sangat kurang: bila peralatan banyak yang kurang sehingga sangat mengganggu pelayanan.</p> <p>2. Kurang: bila peralatan ada yang kurang dan kadang mengganggu pelayanan.</p> <p>3. Cukup: , bila peralatan yang ada sesuai dengan yang dibutuhkan.</p> <p>4. Lebih: bila peralatan yang ada banyak yang tidak terpakai .</p> <p>b. Isian terbuka</p> <p>Urutan prioritas: Prioritas 1 mempunyai nilai 5 Prioritas 2 mempunyai nilai 4 Prioritas 3 mempunyai nilai 3 Prioritas 4 mempunyai nilai 2 Prioritas 5 mempunyai nilai 1</p>	Menggunakan kuesioner dg responden petugas UGD di Puskesmas Purvosari	<p>A.6</p> <p>A.7</p> <p>B.2</p>

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara pengukuran	No. kuesioner
5	Obat	Bahan yang digunakan untuk menyembuhkan pasien kecelakaan lalu lintas	Tersedianya bahan dan obat untuk kegawat darurat serta operasi sederhana: Xyllomidon, Deladryl, Cortison, Dexametason, Adona, Aminophyllin, Adrenalin, Procain, Diazepam, sulfas atropin, antibiotik, analgesik, anti spasmodic, cairan infus, kapas, alcohol, Betadine.	<p>a.Ordinal</p> <p>1. Sangat kurang: bila obat-obatan banyak yang tidak tersedia di Puskesmas, sehingga sangat mengganggu dalam pemberian pelayanan.</p> <p>2. kurang: Bila obat-obatan di Puskesmas ada yang kurang, tetapi jarang mengganggu pelayanan.</p> <p>3. Cukup: Bila obat-obatan yang ada sesuai dengan yang dibutuhkan.</p> <p>4. Lebih: Bila obat-obatan yang ada banyak yang tidak terpakai karena jumlah dan jenisnya berlebih.</p> <p>b.Isian terbuka</p>	Menggunakan kuesioner dg responden petugas UGD di Puskesmas Purwosari	A.8
6	Transportasi	Kendaraan yang digunakan untuk mengangkut penderita kecelakaan lalu lintas	Adanya kendaraan khusus untuk kecelakaan lalu lintas (pusling atau ambulance) dengan kelengkapan alat pertolongan minimal tersebut dibawah ini: a. adanya tandu. b. adanya alat-alat resusitasi dasar: tabung oxygen, tensimeter, stetoskop, termometer; c. adanya bahan dan obat-obatan kegawat darurat: Xyllomidon, Dexametason, Aminophyllin, kapas, alcohol, betadine, kasa.	<p>a.Ordinal</p> <p>1. Sangat Kurang Bila tidak ada kendaraan khusus, karena Ambulance atau pusling yang ada juga dipakai kegiatan program yang lain, misal posyandu.</p> <p>2. Kurang Bila Ambulance yang ada khusus menolong korban kecelakaan lalu lintas atau kasus gawat darurat, tetapi peralatan yang ada kurang, sehingga kadang mengganggu pelayanan.</p> <p>3. Cukup Bila Ambulance yang ada khusus menolong korban kecelakaan lalu lintas atau kasus gawat darurat, dengan peralatan yang cukup sesuai dengan yang dibutuhkan.</p> <p>4. lebih Bila Ambulance yang ada khusus menolong korban kecelakaan lalu lintas atau kasus gawat darurat, dengan peralatan yang banyak tidak terpakai karena petugas tidak mampu memakai atau karena tidak dibutuhkan.</p> <p>b.Isian terbuka</p>	Menggunakan kuesioner dg responden petugas UGD di Puskesmas Purwosari	A.10
						A.9 B.3
						A.11 B.4

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara pengukuran	No. kuesioner
7	Komunikasi	Alat yang digunakan untuk menerima dan mengirim berita yang berhubungan dengan kecelakaan lalu lintas	Adanya alat komunikasi dalam penanganan kasus kecelakaan: 1. Radio komunikasi 2. Telpun 3. Telpun intern (air phone) 4. HP	a. Ordinal 1. Sangat kurang. bila sarana komunikasi banyak yang kurang sehingga mengganggu kelancaran pelayanan. 2. Kurang. Bila sarana komunikasi ada yang kurang, kadang kadang mengganggu pelayanan. 3. Cukup. Bila sarana komunikasi yang ada sesuai dengan yang dibutuhkan. 4. lebih. Bila sarana komunikasi yang ada banyak yang tidak terpakai. b. Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dengan responden petugas UGD di Puskesmas Purwosari	A.12 A.13 B.4
8	Dana operasional	Besarnya uang yang dibutuhkan dalam kegiatan pertolongan kasus kecelakaan	Adanya dana yang disiapkan khusus untuk pertolongan kasus kecelakaan, dengan jumlah cukup, untuk operasional pertolongan minimal sampai 3 bulan ke depan.	a. Ordinal 1. Sangat kurang bila tidak ada dana khusus, sehingga mengganggu dalam pemberian pelayanan pada kecelakaan masal atau pada korban yang tidak bisa membayar. 2. Kurang bila ada dana dengan jumlah yang kecil, sehingga kadang mengganggu dalam pemberian pelayanan pada kecelakaan masal atau pada korban yang tidak bisa membayar. 3. Cukup bila ada dana khusus dengan jumlah yang cukup, sehingga bisa memberikan pelayanan sesuai yang dibutuhkan 4. Lebih bila ada dana khusus dengan jumlah yang lebih, sehingga bisa memberikan pelayanan dengan maksimal b. Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dengan responden petugas UGD di Puskesmas Purwosari	A.18 A.19 B.6

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara pengukuran	No. kuesioner
9	Tempat	Ruangan yang dipakai untuk pelayanan kasus kecelakaan	Adanya tempat pelayanan khusus, untuk kasus kecelakaan dan kegawat daruratan dg standarti minimal: a. Ruang UGD min 5x 10 m ² b. Ventilasi, dinding, pencahayaan baik. c. Minimal 3 tempat tidur yg siap pakai dan bukan untuk rawat inap. d. Persekat yang dapat dipindah, untuk menjaga privacy.	a. Ordinal 1. Sangat kurang bila tidak ada tempat pelayanan khusus, bercampur dengan tempat pelayanan yang lain, baik kasus darurat atau bukan, dengan tata ruang yang tidak nyaman, karena tidak ada pembagian ruangan. 2. Kurang. Bila tidak ada tempat pelayanan khusus, bercampur dengan tempat pelayanan yang lain, tetapi khusus kasus gawat darurat, dengan tata ruang yang tidak nyaman karena tidak ada pembagian ruangan, untuk observasi dan tindakan. 3. Cukup Bila tidak ada tempat pelayanan khusus, bercampur dengan tempat pelayanan yang lain, tetapi khusus kasus gawat darurat, dengan tata ruang yang nyaman karena ada pembagian ruangan, untuk observasi dan tindakan. 4. Lebih. Bila ada tempat pelayanan khusus, dengan tata ruang yang baik dan pembagian ruangan sesuai dengan fungsinya: ruang tindakan, ruang observasi, ruang tunggu, ruang jaga petugas. b. Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dengan responden petugas UGD	A.14
10	waktu	Jam buka pelayanan kasus kecelakaan lalu lintas di puskesmas	Jam buka pelayanan kasus kecelakaan lalu lintas di puskesmas yang siaga 24 jam.	a. Ordinal 1. Sangat kurang Bila waktu pelayanan hanya pada jam kerja. 2. Kurang Bila waktu pelayanan 24 jam, tetapi pada hari libur tutup. 3. Cukup Bila waktu pelayanan 24 jam, hari libur tetap buka, dengan petugas yang merangkap dengan pelayanan yang lain. 4. Lebih Bila waktu pelayanan 24 jam, hari libur tetap buka, dengan petugas yang siaga di UGD. 2. Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dengan responden petugas UGD.	A.15 B. 7
						A.17 B. 7

4. Kebutuhan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas adalah keinginan mendasar masyarakat untuk memperoleh dan

mengonsumsi barang dan jasa yang diperlukan, yang berhubungan dengan penanganan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas.

5. Penilaian masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas adalah pemberian telaah masyarakat pemakaian jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas.

Dari kedua definisi operasional pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari, meliputi variabel yang disebut pada tabel 4.2 dibawah ini:

Tabel 4.2 Definisi Operasional, Indikator dan cara pengukuran, variabel kebutuhan dan penilaian masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kecelakaan lalu lintas.

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No. kuesioner
1	Kebutuhan preventif	Keinginan untuk memperoleh barang atau jasa untuk pencegahan kecelakaan lalu lintas	Adanya usaha pencegahan pada kecelakaan lalu lintas: 1. adanya rambu- rambu lalu lintas. 2. Pengaturan dan perbaikan jalan raya. 3. Peningkatan disiplin pengguna jalan 4. Menertibkan kondisi kendaraan di jalan raya.	a. Isian terbuka b. Ordinal 1. Usaha sangat kurang, sehingga sangat sering terjadi kecelakaan. 2. Usaha kurang, sehingga masih sering terjadi kecelakaan. 3. Usaha Cukup, tetapi masih terjadi kecelakaan 4. Usaha lebih, sehingga sangat jarang terjadi kecelakaan.	Menggunakan kuesioner dengan responden masyarakat pemakai jalan.	C.1 C.2

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.2

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No. kuesioner
2	Kebutuhan Promotif	Keinginan untuk memperoleh informasi tentang sesuatu yang berhubungan dengan kecelakaan lalu lintas	Adanya usaha promosi yang berhubungan lalu lintas: 1. Penyuluhan 2. Kelompok diskusi 3. Pameran. 4. Pengadaan buku	a. Isian terbuka b. Ordinal 1. Usaha sangat kurang, sehingga masyarakat tidak tahu. 2. Usaha kurang, sehingga masih banyak yang tidak tahu. 3. Usaha Cukup, sehingga banyak yang sudah tahu 4. Usaha lebih, sehingga masyarakat sudah tahu.	Menggunakan kuesioner dg responden masyarakat pemakai jalan.	C.3 C.4
	Kebutuhan kuratif	Keinginan untuk memperoleh pelayanan kesehatan berupa pengobatan pada penderita kecelakaan lalu lintas	Tersedianya jenis pengobatan yang meliputi: 1. Pengobatan di tempat kejadian 2. Pengobatan di perjalanan 3. Puskesmas 4. RS	a. Isian terbuka b. Ordinal 1. Sangat kurang, sehingga korban yang terlambat ditangani. 2. Kurang, sehingga masih ada korban yang terlambat ditangani. 3. Cukup, sehingga korban ditangani dengan baik 4. Lebih, sehingga korban ditangani dengan sangat baik.	Menggunakan kuesioner dg responden masyarakat pemakai jalan	C.5 C.6
	Kebutuhan rehabilitatif	Keinginan untuk memperoleh Pelayanan kesehatan yang diperlukan berupa perawatan kelanjutan guna mengembalikan fungsi organ tubuh seoptimalny pada penderita kecelakaan lalu lintas	Tersedianya Sarana dan prasarana rehabilitatif. 1. Adanyan petugas yang mampu dan terampil. 2. Adanya ahli yang siap menerima konsul Puskesmas. 3. Adanya fasilitas alat dan obat. 4. adanya kemudahan merujuk.	a. Isian terbuka b. Ordinal 1. Sangat kurang, sehingga banyak terjadi kecacatan karena terlambat pengobatan. 2. Kurang, sehingga banyak terjadi kecacatan. 3. cukup, sehingga jarang terjadi kecacatan. 4. Lebih, sehingga tidak ada kecacatan.	Menggunakan kuesioner dg responden masyarakat pemakai jalan	C.7 C.8

6. Harapan masyarakat pemakai jalan adalah interpretasi masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan yang akan didapat.

Dari definisi operasional harapan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kesehatan pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari, meliputi variabel yang disebut pada table 4.3 dibawah ini:

Tabel 4.3 Definisi Operasional dan cara pengukuran, harapan masyarakat pemakai jalan terhadap pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas.

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No kuesioner
1	Harapan pada Preventif	Interpretasi pada pelayanan kesehatan yang akan diterima pada upaya pencegahan kecelakaan lalu lintas.	Adanya harapan tentang: a. Rambu: 1. ada pada setiap tempat yang perlu perhatian. 2. warnanya jelas dan terang 3. mudah untuk dimengerti b. Jalan: 1. adanya pembatas jalan 2. adanya lampu jalan 3. adanya perbaikan jalan c. Meningkatkan disiplin pemakai jalan: 1. Memperketat pengawasan bagi pelanggar. 2. Pelanggar diwajibkan mengikuti pelatihan disiplin. 3. Mencabut SIM bagi pelanggar > 3x d. Kondisi kendaraan: 1. Kecepatan max 60 km 2. umur kendaraan max 10 th 3. Knalpot / asap baik	Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dg responden masyarakat	C.9 C.10 C.11 C.12

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.3

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No. kuesioner
2	Harapan pada Promotif	Interpretasi pada pelayanan kesehatan yang akan diterima pada upaya peningkatan pengetahuan tentang kecelakaan lalu lintas.	Adanya harapan tentang penyuluhan:	Isian terbuka	Menggunakan kuesioner yang diisi oleh masyarakat.	C.13
			a. Peserta yg disuluh:			C.14
			1. Pengemudi			
			2. Murid sekolah			
			3. Masyarakat umum.			
			b. Media:			
			1. penyuluhan langsung.			
			2. radio			
			3. Pamflet			
c. Tempat penyuluhan:						
1. Sekolah						
2. Kecamatan						
3. Puskesmas						
d. Materi penyuluhan:						
1. Rambu lalu lintas						
2. Tertib lalu lintas.						
3. P3K						
4. Asuransi						
Harapan peserta kelompok diskusi:						
1. Tokoh masyarakat						
2. Pegawai.						
3. Pemuda karang taruna						
4. Pengemudi.						
Harapan materi pameran:						
1. Foto korban lalin						
2. Data kec Lalin						
3. Foto Rambu						
Harapan pengadaan buku:						
1. Buku rambu						
2. Buku P3K						
3. Buku Asuransi.						

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.3

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No. kuesioner
3	Harapan pada Kuratif	Interpretasi pada upaya pengobatan yang akan diterima, pada penderita kecelakaan lalu lintas	Adanya Harapan pada pengobatan kecelakaan lalu lintas	Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dengan responden masyarakat	C.20
			a.tenaga puskesmas: 1.ramah 2.cckatan 3.Terampil			C.21
			b.Masyarakat yg menolong 1. Tahu P3K 2. Kontak polisi 3. Kontak Pusk			C.22
			c.Masyarakat yg dilatih: 1.Aparat desa 2.Kader 3.Pelajar			C.23
			d.alat 1.ada sesuai keperluan 2.bersih 3.baik			C.24
			e.obat 1.tersedia lengkap di puskesmas. 2. bermutu 3. terjangkau			C.25
			f. tempat 1. Khusus 2. bersih 3. Mudah di jangkau			C.26
			g.Ambulance 1. siaga 2. dilengkapi alat PPGD 3. didampingi paramedis			C.27
h Komunikasi 1. Telp tersosialisasi 2. HT Petugas 3. Mudah di hubungi						

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.3

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No. kuesioner
4	Harapan pada Rehabilitatif	Interpretasi pada upaya pemulihan yang akan diterima, guna mengembalikan fungsi organ tubuh seoptimalnya pada penderita kecelakaan lalu lintas	Tersedianya Tenaga pemulihan: 1. Ahli bedah 2. Ahli Radiologi 3. Ahli Syaraf	Isian terbuka	Menggunakan kuesioner dengan responden masyarakat	C.28

7. Harapan stakeholder yang terdiri dari Kepala atau pejabat yang menangani kasus kecelakaan lalu lintas di Puskesmas, RSUD, POLSEK, Dinas Pendidikan, Kecamatan, Dinas Perhubungan, tentang sistem pelayanan kesehatan terpadu, serta peran dan fungsi instansi terkait dalam sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas:

- a. Peran adalah perangkat tingkah yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan di masyarakat.
- b. Fungsi adalah pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan jabatannya.
- c. Harapan adalah interpretasi terhadap peran dan fungsi yang akan diberikan oleh Instansi terkait.
- d. Sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas adalah gabungan pelayanan yang diberikan oleh beberapa instansi untuk menjaga agar setiap orang tetap sehat dan tidak sakit, cacat atau mati karena kecelakaan lalu lintas.

Dari definisi operasional harapan stakeholder pada Sistem pelayanan kesehatan terpadu, serta peran dan fungsi instansi terkait terhadap pelayanan kesehatan pada

kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari , meliputi variabel

yang disebut pada table 4.4 dibawah ini:

Tabel 4.4 Definisi Operasional dan cara pengukuran variable harapan Stekholder pada sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas serta peran fungsi masing masing Instansi terkait.

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No Instrumen
1	Promotif	Harapan stekholder pada Peran fungsi Instansi terkait pada sistim pelayanan kesehatan terpadu, dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang sesuatu yang berhubungan dengan kecelakaan lalu lintas.	Adanya peran dan fungsi yang jelas dari tiap Instansi terkait pada usaha promotif	Isian terbuka	wawancara mendalam antara peneliti dengan stekholder dengan menggunakan panduan wawancara	D.1 D.2 D.3 D.4 D.5
2	Preventif	Harapan stekholder pada Peran dan fungsi Instansi terkait dalam sistim pelayanan kesehatan terpadu, pada pencegahan agar tidak terjadi kecelakaan lalu lintas.	Adanya peran dan fungsi yang jelas dari tiap stekholder pada usaha preventif	Isian terbuka	wawancara mendalam antara peneliti dengan stekholder dengan menggunakan Panduan wawancara	D.6 D.7 D.8

Dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.4

No	Variabel	Definisi operasional	Indikator	Skala	Cara Pengukuran	No Instrumen
3	Kuratif	Harapan stakeholder pada Peran dan fungsi Instansi terkait pada pemberian pertolongan dan pengobatan korban kecelakaan lalu lintas.	Adanya peran dan fungsi yang jelas dari tiap stakeholder pada usaha kuratif	Isian terbuka	wawancara mendalam antara peneliti dengan stakeholder dengan menggunakan Panduan wawancara	D.9 D.10 D.11
4	Rehabilitatif	Harapan stakeholder pada Peran dan fungsi Instansi terkait, dalam pemberian pelayanan untuk mengurangi kecacatan akibat kecelakaan lalu lintas.	Adanya peran dan fungsi yang jelas dari tiap stakeholder pada usaha Rehabilitatif	Isian terbuka	wawancara mendalam antara peneliti dengan stakeholder dengan menggunakan Panduan wawancara	D.12 D.13 D.14

8. Rekomendasi prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas adalah suatu usulan perangkat langkah langkah yang dibakukan untuk pemberian pelayanan kesehatan yang komprehensif pada kecelakaan lalu lintas, baik secara promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang ditangani bersama antara instansi terkait sesuai peran dan fungsinya masing masing, dengan memperhatikan kebutuhan, penilaian dan harapan dari masyarakat pemakai jalan dan petugas pelayanan di UGD.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Purwosari dan wilayah kerjanya, RSUD Kabupaten Pasuruan, Dinas Perhubungan Kabupaten Pasuruan, Waktu yang digunakan untuk penelitian 1 Juni 2004 – 1 Oktober 2004.

4.8. Instrumen Penelitian.

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner, dan juga dengan menggunakan wawancara mendalam.

4.9 Metode Pengumpulan Data

a. Data Primer :

1. Melakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner yang ditanyakan kepada responden
2. Peneliti melakukan wawancara yang mendalam kepada stekholder

b. Data sekunder:

Data yang menyangkut gambaran umum wilayah dan hasil kegiatan sebelum penelitian, diambil dari laporan tahunan.

4.10 Tehnik Analisis Data

Data primer responden yang terkumpul dari hasil wawancara dengan kuesioner A, B, C, diperiksa terlebih dahulu untuk memastikan bahwa pertanyaan dalam kuesioner sudah terjawab semua. Hasil dari wawancara mendalam dengan stekholder yang dipandu dengan kuesioner D dilakukan pengakomodasian dan pengelompokan jawaban. Dari keempat kuesioner tersebut kemudian dilakukan *coding* dan dibuat tabulasi data untuk disajikan dalam bentuk tabel frekwensi. Langkah

selanjutnya adalah melakukan perumusan issue strategis yang kemudian dikonsultasikan kepada para pakar dan Pejabat yang terkait dalam suatu *Focus Group Discussion* (FGD) untuk mendapatkan masukan, komentar dan saran dari peserta FGD. Tujuannya ialah untuk menyusun rekomendasi Prosedur tetap sistem pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas di wilayah kerja Puskesmas Purwosari, yang meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif berdasarkan analisis kondisi pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas saat ini, penilaian dan harapan petugas UGD pada pelayanan kecelakaan lalu lintas di Puskesmas Purwosari, kebutuhan dan harapan masyarakat pemakai jalan pada pelayanan kesehatan terpadu pada kecelakaan lalu lintas, serta harapan Stekholder pada peran dari masing masing instansi terkait dalam sistem pelayanan kesehatan terpadu.