



# **Blue Print Uji Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia**



**Blue Print  
Uji Kompetensi  
Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Indonesia**

**DKI JAKARTA**

**2014**

**Tim Penyusun:**

1. **Dr. Ridwan M. Thaha, MSc**
2. **Dr. drg. Indang Trihandini, M.Kes**
3. **Dr. drg. Ella Nurlaela Hadi, M.Kes**
4. **DR. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM**
5. **Ir. Suyatno, M.Kes**
6. **Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes**

**Tim Editor:**

1. **dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD**
2. **Drs. Bambang Wispriyono, Apt, PhD**

## LEMBAR PENGESAHAN

*Blueprint* Uji Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia ini telah disusun melalui beberapa pertemuan oleh tim penyusun bidang kesehatan masyarakat dan dapat dipertanggungjawabkan dalam implementasinya kedepan dalam rangka meningkatkan kualitas pendidikan dan lulusan sarjana kesehatan masyarakat.

Asosiasi Institusi Pendidikan Kesehatan Masyarakat Indonesia

Direktur Eksekutif,



Drs. Bambang Wispriyono, Apt, Ph.D



Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia  
Ketua Umum,



Dr. Adang Bachtiar, MPH, Sc.D



## DAFTAR ISI

|  |     |
|--|-----|
| Judul .....  | 1   |
| Penyusun dan Tim Editor .....  | 2   |
| Lembar Pengesahan .....  | 3   |
| Daftar isi .....   | 4   |
| Kata Pengantar .....   | 6   |
| BAB I Pendahuluan .....  | 8   |
| I.1. Latar Belakang .....  | 8   |
| I.2. Tujuan Penyusunan <i>Blue Print</i> .....   | 8   |
| I.3. Manfaat Penyusunan <i>Blue Print</i> .....  | 9   |
| BAB II Sarjana Kesehatan Masyarakat dan Ruang Lingkup Sarjana Kesehatan Masyarakat ..... | 10  |
| II.1. Problematika Pembangunan Kesehatan di Indonesia .....                              | 10  |
| II.2. Upaya Kesehatan .....  | 14  |
| II.3. Sarjana Kesehatan Masyarakat .....   | 15  |
| BAB III Kompetensi .....   | 17  |
| III.1. Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat .....                                     | 17  |
| III.2. Langkah-langkah Pengembangan .....  | 20  |
| III.3. Asumsi Dasar .....  | 21  |
| III.4. Kerangka Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat .....                            | 22  |
| BAB IV Tinjauan .....  | 24  |
| IV.1. Area Kompetensi .....  | 24  |
| IV.2. Domain Kompetensi .....  | 29  |
| IV.3. Keilmuan .....   | 30  |
| IV.4. Proses Sarjana Kesehatan Masyarakat.....   | 32  |
| IV.5. Kebutuhan Dasar .....  | 33  |
| IV.6. Tatanan Layanan atau Sistem Layanan Kesehatan .....                                | 34  |
| IV.7. Upaya Kesehatan Masyarakat.....  | 36  |
| BAB V Uji Kompetensi .....   | 38  |
| V.1. Pengertian dan Tujuan Uji Kompetensi .....  | 38  |
| V.2. Ketentuan dalam Pengembangan Uji Kompetensi .....                                   | 38  |
| BAB VI Penutup .....   | 41  |
| REFERENSI .....  | 42. |
| DAFTAR LAMPIRAN  |     |
| 1. Kompetensi Kompetensi SKM <i>Summary Chart Guidelines</i>                             |     |

2. *Summary ChartBlue Print* Uji kompetensi SKM 2014
3. Terminologi

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas ridho-Nya akhirnya *Blue Print* ini dapat diselesaikan. Semoga *Blue Print* ini dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas tenaga Sarjana Kesehatan Masyarakat di Indonesia. Kami menyadari bahwa *Blue Print* ini jauh dari sempurna oleh karena itu kritik dan saran dari seluruh *stakeholders* sangat diharapkan demi pengembangan penyesuaian, dan perbaikan *Blue Print* Sarjana Kesehatan Masyarakat ini selanjutnya.

Sarjana Kesehatan Masyarakat adalah salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dalam sistem kesehatan di Indonesia. Efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan akan dapat ditingkatkan melalui penyediaan Sarjana Kesehatan Masyarakat yang kompeten dan berdedikasi. Untuk meningkatkan standarisasi kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat baru lulus (*Fresh Graduate*) diperlukan uji kompetensi yang bersifat nasional. Uji kompetensi yang bersifat nasional, diharapkan dapat menjadi alat untuk memberi umpan balik pada mutu penyelenggaraan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat. Agar alat uji kompetensi tersebut sesuai dengan standar Sarjana Kesehatan Masyarakat diperlukan seperangkat rambu-rambu instrumen pengembangan alat uji yang disebut Cetak Biru Uji atau *Blue Print*.

Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia Cetak Biru uji kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia dikembangkan oleh Komponen 2 HPEQ Project melalui serangkaian kegiatan bersama pemangku kepentingan atau *stakeholders* yang terdiri dari unsur pemerintah (Kementerian Kesehatan RI, MTKI, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit), unsur pengguna lulusan, unsur organisasi profesi (IAKMI), dan unsur asosiasi institusi pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat (AIPTKMI).

Pengembangan Cetak Biru mengacu pada standar profesi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia yang telah ditetapkan, proses pembelajaran untuk mencapai kompetensi dan karakteristik peran Sarjana Kesehatan Masyarakat baru lulus (*Fresh Graduate*) bagi lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Cetak Biru ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang kerangka pengembangan soal dan metode uji kompetensi nasional bagi calon peserta ujian dan institusi pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat. Di samping itu, Cetak Biru ini juga digunakan sebagai sumber informasi untuk mengembangkan peran yang tepat bagi Sarjana Kesehatan Masyarakat dan instrument penilaian kinerja yang bisa ditampilkan oleh Sarjana Kesehatan Masyarakat baru lulus di tatanan pelayanan kesehatan.

Sebagai upaya untuk meningkatkan validitas uji kompetensi, diharapkan dapat dilakukan peninjauan Cetak Biru secara berkala sesuai dengan kompetensi yang diharapkan *stakeholders* terhadap Sarjana Kesehatan Masyarakat baru lulus dan perkembangan ilmu

pengetahuan dan teknologi dibidangKesehatan dan Sarjana Kesehatan Masyarakat pada khususnya.Sebagai akhir kata, kami atas nama tim penyusun mengucapkan banyak terima kasih pada semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam proses pengembangan dan penyusunan Cetak Biru ini. Semoga jerih payah dan sumbang pikiran serta peran serta semua pihak mendapat balasan yang setimpal dari Tuhan Yang Maha Kuasa.

Sebagai Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia harus berbangga dan bahagia karena telah dapat menghasilkan tonggak baru yaitu menyelesaikan Cetak Biru sebagai panduan dalam uji kompetensi nasional sehingga lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia di masa depan semakin kompeten.

Penyusun



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Dalam rangka mengimplementasikan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) pada institusi penyelenggara program pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM), khususnya dalam hal menjamin mutu lulusan, diperlukan standardisasi mutu lulusan. Untuk itu, perlu diimplementasikan uji kompetensi yang bermutu sebagai bagian dari proses evaluasi pembelajaran yang terintegrasi dalam sistem pendidikan. Uji Kompetensi adalah suatu proses untuk mengukur pengetahuan, keterampilan, dan sikap tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesi. Uji Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (UKSKMI) dikembangkan dan diselenggarakan sebagai pemenuhan amanat Undang-undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi yang kemudian diikuti oleh Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 83 Tahun 2013 tentang Sertifikat Kompetensi dan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 36 Tahun 2013 dan Nomor 1/IV/PB/2013 tentang Uji Kompetensi bagi Mahasiswa Perguruan Tinggi Bidang Kesehatan.

Untuk menjamin pelaksanaan uji kompetensi yang berkualitas, perlu dilakukan persiapan seperti penyusunan *blue print*. *Blue print* merupakan kerangka kerja yang menjadi pedoman dalam merancang pengembangan soal ujian. *Blue print* uji kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat terdiri dari 6 (enam) tinjauan, yaitu: 1) area kompetensi sarjana kesehatan masyarakat; 2) domain; 3) metode dan alat kesehatan masyarakat; 4) Area dan Substansi Kesehatan Masyarakat; 5) sasaran intervensi; dan 6) tatanan pelayanan. Masing-masing tinjauan menggambarkan prosentase, kedalaman, jenis, kompleksitas dan karakteristiknya sesuai dengan kompetensi sarjana kesehatan masyarakat.

### **1.2. Tujuan**

Penyusunan cetak biru bertujuan untuk memberikan panduan dalam mengembangkan materi uji yang tepat dan benar dari aspek proporsi, kesesuaian materi dan ketepatan instrument untuk pencapaian kompetensi. Pola pengembangan cetak biru akan menghasilkan soal yang sesuai dan tepat dengan kompetensi yang diharapkan.

### 1.3. Manfaat Penyusunan *Blue Print*

Manfaat dari penyusunan *blue print* uji kompetensi sarjana kesehatan masyarakat Indonesia (UKSKMI) adalah sebagai berikut:

1. Bagi calon peserta uji diharapkan dapat memberikan informasi dan gambaran mengenai area dan kedalaman materi yang akan diujikan, metode uji yang akan digunakan dan sebagai acuan persiapan diri yang harus dilakukan.
2. Bagi lembaga pendidikan diharapkan dapat memberikan informasi dan sebagai acuan dalam pengembangan program dan kurikulum pendidikan, pengembangan mekanisme dan standar penilaian pengetahuan, sikap dan ketrampilan mahasiswa.
3. Bagi pengguna lulusan sarjana kesehatan masyarakat diharapkan dapat menjadi acuan dalam penilaian unjuk kerja dan penetapan uraian tugas serta pengembangan program pelatihan sesuai dengan kebutuhan institusi.
4. Bagi pengelola ujian diharapkan dapat menjadi acuan dalam pengembangan dan penetapan proporsi soal, merumuskan paket booklet atau set soal uji, standar pelaksanaan uji dan acuan penilaian batas lulus.

## **BAB II**

### **SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT DAN UPAYA PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT**

#### **II.1 Problematika Pembangunan Kesehatan di Indonesia**

Pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi sehingga diperlukan pemantapan dan percepatan melalui SKN sebagai pengelolaan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting, antara lain program pengembangan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Jaminan Kesehatan Semesta, dan program lainnya yang merupakan upaya pelayanan kesehatan, tradisional, alternatif dan komplementer sebagai terobosan pemantapan dan percepatan peningkatan pemeliharaan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya,

#### **II.1.1 Perubahan Lingkungan Strategis**

Dalam beberapa tahun terakhir ini, telah berlangsung perubahan lingkungan strategis ditandai dengan berlakunya berbagai regulasi penyelenggaraan pemerintahan, antara lain, Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional, Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008, Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 - 2025, Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang, Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik, Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan secara global terjadi perubahan iklim dan upaya percepatan pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs). Berbagai perubahan dalam tata kelola itu memerlukan perbaikan dan penyempurnaan dalam pengelolaan kesehatan.

Pada tahun 2012 lalu, telah terbit PP 72/2012 tentang SKN. SKN 2012 ini merupakan pengganti SKN 2009 sebagai pengganti SKN 2004 dan SKN 2004 sebagai pengganti SKN 1982 pada hakekatnya merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang merupakan pengelolaan kesehatan agar dapat mengantisipasi berbagai tantangan perubahan pembangunan kesehatan dewasa ini dan di masa depan, sehingga perlu mengacu pada visi, misi, strategi, dan upaya pokok pembangunan kesehatan

### **II.1.2 Peningkatan Kinerja Sistem Kesehatan**

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan dan terjadinya peningkatan kinerja sistem kesehatan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat antara lain:

- a. Penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007);
- b. Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007);
- c. Peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007;
- d. Penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita dari 29,5% pada akhir tahun 1997 menjadi sebesar 18,4% pada tahun 2007 (Riskesdas 2007) dan 17,9 % (Riskesdas 2010);
- e. Peningkatan *contraceptive prevalence rate* (CPR) dari 60,4% (SDKI 2003) menjadi 61,4% (SDKI 2007) sehingga *total fertility rate* (TFR) stagnan dalam posisi 2,6 (SDKI 2007).

Meskipun terjadi peningkatan status kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud di atas, namun masih belum seperti yang diharapkan. Perkembangan upaya kesehatan secara nasional telah mengalami peningkatan, antara lain:

- a. Akses rumah tangga yang dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan  $\leq 30$  menit sebesar 90,7% dan akses rumah tangga yang berada  $\leq 5$  km dari fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 94,1% (Riskesdas 2007);

Peningkatan jumlah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) ditandai dengan peningkatan rasio Puskesmas dari 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 3,65 per 100.000 pada tahun 2007 (Profil Kesehatan 2007);

- b. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh penduduk meningkat dari 15,1% pada tahun 1996 menjadi 33,7% pada tahun 2006;
- c. Kunjungan baru (*contact rate*) ke fasilitas pelayanan kesehatan meningkat dari 34,4% pada tahun 2005 menjadi 41,8% pada tahun 2007;
- d. Jumlah masyarakat yang mencari pengobatan sendiri sebesar 45% dan yang tidak berobat sama sekali sebesar 13,3% (2007);
- e. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat dari 75,4% (Riskesdas 2007) menjadi 82,2% (Riskesdas 2010), sementara persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan meningkat dari 24,3% pada tahun 1997 menjadi 46% pada tahun 2007 dan meningkat lagi menjadi 55,4% (Riskesdas 2010);
- f. Akses terhadap air bersih sebesar 57,7% rumah tangga dan sebesar 63,5% rumah tangga mempunyai akses pada sanitasi yang baik (Riskesdas 2007);
- g. Akses terhadap air minum sebesar 45,1% dan akses pembuangan tinja sebesar 55,5%, keduanya menggunakan kriteria MDG's (Riskesdas 2010);
- h. Pada tahun 2007, rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas buang air besar sebesar 24,8% dan yang tidak memiliki saluran pembuangan air limbah sebesar 32,5%; membuat kontribusi penyakit menular terhadap kesakitan dan kematian semakin menurun.

### **II.1.3 Permasalahan Kesehatan**

Meskipun perkembangan upaya kesehatan telah mengalami peningkatan sebagaimana dimaksud di atas, namun masih terdapat beberapa permasalahan, antara lain:

- a. Ada disparitas geografi; kapasitas fiskal; belanja daerah; pendidikan; infrastruktur; akses dan fasilitas pelayanan kesehatan; tumpang tindih sasaran penanggulangan kemiskinan dan akses fasilitas publik (sumber Riset Fasilitas Kesehatan 2011 dan sumber lainnya);
- b. Akses rumah tangga yang dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan pada daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan pulau-pulau kecil terdepan dan terluar masih rendah. Jarak fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh disertai distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata antara lain ketersediaan dokter di puskesmas tertinggi di Provinsi DI Yogyakarta 100% dan terendah di Provinsi Papua 68%, dan pelayanan kesehatan yang mahal menyebabkan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan;

- c. Terdapat disparitas sumber daya antara lain: ketersediaan listrik 24 jam di puskesmas tertinggi di Provinsi Jawa Tengah 99,8%, terendah di Provinsi Papua Barat 35,6%, ketersediaan air bersih sepanjang tahun di puskesmas tertinggi di Provinsi Jawa Timur 89%, terendah Provinsi Papua 39,5%;
- d. Terdapat disparitas kependudukan antara lain: *contraceptive prevalence rate* (CPR) antar provinsi, CPR terendah Provinsi Maluku 34,1% dan tertinggi Provinsi Bengkulu 74%, Nasional 61,4%; disparitas *total fertility rate* (TFR) antar provinsi, TFR tertinggi Maluku 3,7 dan terendah DIY 1,5 dan nasional 2,3; tingginya angka *unmet-need* 9,1% (SDKI tahun 2007).
- e. Disparitas Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan cakupan imunisasi antar wilayah masih tinggi, yaitu:
  - 1) cakupan pemeriksaan kehamilan tertinggi 97,1% dan terendah 67%;
  - 2) cakupan imunisasi lengkap tertinggi sebesar 73,9% dan cakupan terendah sebesar 17,3% (Riskesdas, 2007);
  - 3) rata-rata cakupan pemeriksaan kehamilan sebesar 61,4% (Riskesdas 2010);
  - 4) rata-rata cakupan imunisasi lengkap sebesar 53,8% (Riskesdas 2010);
- f. Penyakit infeksi menular (*re-emerging diseases*) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menonjol, terutama: TB paru, malaria, HIV/AIDS, DBD dan Diare;
- g. Terdapat beberapa penyakit yang kurang mendapat perhatian (*neglected diseases*), antara lain filariasis, kusta, dan frambusia cenderung meningkat kembali, serta penyakit pes masih terdapat di berbagai daerah;
- h. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan adanya peningkatan kasus penyakit tidak menular, antara lain penyakit kardiovaskuler dan kanker secara cukup bermakna, menjadikan Indonesia mempunyai beban ganda (*double burden*).

#### **II.1.4 Masalah Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Upaya pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis, maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan masih belum merata. Rasio jumlah dokter di Indonesia 19 per 100.000 penduduk, jumlah ini masih rendah bila dibandingkan dengan negara lain di *The Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN), seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000 pada tahun 2007.

Sejak tahun 2003 juga telah dilaksanakan akreditasi pelatihan dan institusi pelatihan untuk menjaga mutu pelatihan di bidang kesehatan. Hasil pelaksanaan akreditasi pelatihan dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2010 adalah dengan terakreditasinya 722 pelatihan

dari 863 pelatihan yang diajukan. Sedangkan untuk akreditasi institusi pelatihan hingga tahun 2010 hampir seluruh institusi pelatihan pusat dan daerah telah terakreditasi.

Masalah strategis sumber daya manusia kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah:

- a. pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan sumber daya manusia untuk pembangunan kesehatan terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan;
- b. perencanaan kebijakan dan program sumber daya manusia kesehatan masih lemah dan belum didukung dengan tersedianya sistem informasi terkait sumber daya manusia kesehatan yang memadai;
- c. masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis sumber daya manusia kesehatan, kualitas hasil pendidikan sumber daya manusia kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum merata;
- d. dalam pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, pemerataan sumber daya manusia kesehatan berkualitas masih kurang, pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya, regulasi untuk mendukung sumber daya manusia kesehatan masih terbatas; dan
- e. pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan masih kurang, dan dukungan sumber daya kesehatan pendukung masih kurang.

## **II.2 Upaya Kesehatan**

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

### **II.2.1 Upaya Kesehatan meliputi:**

- a. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
- e. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

### **II.3. Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)**

Sarjana kesehatan masyarakat: adalah lulusan S1 Kesehatan Masyarakat. Lulusan ini memiliki delapan kompetensi (catatan kaki) agar dapat melakukan fungsinya dalam menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat dan inilah yang menjadi ciri lulusan kesehatan masyarakat. Lulusan ini dapat ditambah dengan kemampuan kekhususan sebagai peminatan sesuai dengan kebutuhan di wilayah masing-masing.

#### **II.3.1 Kemampuan Pelayanan Sarjana Kesehatan Masyarakat**

1. Mampu melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama dengan melakukan: pengawasan status kesehatan, diagnosis dan investigasi masalah dan gangguan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
2. Mampu mengembangkan dan menerapkan kebijakan operasional dan perencanaan program untuk mendukung pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama
3. Mampu melaksanakan pendidikan dan pemberdayaan masyarakat tentang kesehatan dan mobilisasi masyarakat untuk identifikasi dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat di tingkat pertama
4. Mampu melaksanakan pengawasan dan pengendalian efektifitas, aksesibilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama
5. Mampu mengkomunikasikan hasil kerjanya kepada masyarakat dan pemangku kepentingan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama
6. Menguasai dasar-dasar keilmuan kesehatan masyarakat meliputi dasarbiomedik, epidemiologi, biostatistik, ilmu sosial dan perilaku kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan dan keselamatan kerja, administrasi dan kebijakan kesehatan, gizi kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi untuk dapat menjadi pelaksana dan pengelola pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama
7. Mampu mengambil keputusan efektif dan efisien dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian program teknis, dan



mengembangkan berbagai alternatif solusi untuk mengatasi masalah pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama

8. Bertanggung jawab secara mandiri di bidang tugasnya, bersikap kritis dan bertanggung jawab terhadap kerja kelompok

## **BAB III KOMPETENSI**

### **III.1. Pengertian Kompetensi**

Kompetensi adalah pernyataan pengakuan tentang kemampuan seorang luaran pendidikan dan atau pelatihan, yang terukur melalui suatu ujian secara formal. Pengertian kompetensi untuk pendidikan tinggi di Indonesia (Rancangan SNPT 2013) didefinisikan sebagai akumulasi kemampuan seseorang dalam melaksanakan suatu dekripsi kerja secara terukur melalui assesmen yang terstruktur, mencakup aspek kemandirian dan tanggung jawab individu pada bidang kerjanya.

Rumusan kompetensi tenaga kesehatan masyarakat adalah *“akumulasi dari kemampuan seorang sarjana kesehatan masyarakat dalam melaksanakan suatu dekripsi kerja secara terukur, mencakup aspek kemandirian dan tanggung jawab individu sebagai sarjana kesehatan masyarakat, yang memiliki tugas Pelayanan Essnesil Tenaga Kesehatan Masyarakat sebagai pernyataan deskripsi kerja meliputi 3 (tiga) fungsi utama, yang diterjemahkan kedalam 8 (delapan) tugas dan peran”* (Sumber Rujukan: Naskah Akademik Pendidikan Akademik Kesehatan Masyarakat, 2012) yaitu:

1. **Fungsi Assessment**, meliputi tiga poin tugas pelayanan esensial yaitu:
  - 1) Melaksanakan monitoring status kesehatan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan di masyarakat
  - 2) Melakukan diagnosis dan investigasi masalah kesehatan dan risikonya di masyarakat, dan
  - 3) Melakukan evaluasi keefektifan, aksesibilitas dan terjaminnya pelayanan kesehatan berkualitas
  
2. **Fungsi Pengembangan Kebijakan Kesehatan**, meliputi tiga poin tugas pelayanan esensial :
  - 1) Mengembangkan kebijakan dan rencana program yang mendukung upaya kesehatan individu dan masyarakat
  - 2) Mengembangkan kebijakan dan regulasi untuk melindungi dan menjamin kesehatan masyarakat
  - 3) Melaksanakan penelitian untuk memperoleh wawasan baru dan solusi inovatif untuk masalah kesehatan

3. **Fungsi Jaminan (Assurance)**, meliputi dua poin tugas pelayanan esensial :

- 1) Berkemampuan mengkaitkan antar kebutuhan pelayanan personal serta menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan
- 2) Menjamin keberadaan tenaga kesehatan masyarakat yang kompeten

Definisi kompetensi tenaga kesehatan masyarakat sebagaimana dijelaskan di atas mengandung 5 (lima) elemen utama yaitu;

1. landasan kepribadian sebagai seorang tenaga kesehatan
2. Penguasaan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni dalam bidang kesehatan masyarakat
3. Kemampuan dan keterampilan berkarya sebagai seorang pemimpin, *innovator*, *advocator*, peneliti dan manager dalam merencana, melaksanakan dan evaluasi program kesehatan
4. Sikap dan perilaku dalam berkarya menurut tingkat keahlian
5. Penguasaan kaidah berkehidupan bermasyarakat sesuai dengan prinsip kesehatan masyarakat yang etis dan bermoral dan menyesuaikan dirinya dengan daya setempat



Lima elemen utama ini selanjutnya diterjemahkan ke dalam Kerangka Kualifikasi Nasional Pendidikan Akademik Sarjana Kesehatan Masyarakat dengan level enam sebagai berikut:

1. Sikap dan tata nilai (Sumber Rujukan; Rancangan SNPT 2013) terdiri atas:
  - 1) Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;
  - 2) Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan hukum, agama, moral, dan etika;
  - 3) Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air, memiliki nasionalisme
  - 4) Berkontribusi dalam peningkatan mutu kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara berdasarkan Pancasila;
  - 5) Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik dan profesi
  - 6) Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan, dan kewirausahaan
  
2. Penguasaan Pengetahuan (Sumber Rujukan: Naskah Akademik Pendidikan Akademik Kesehatan Masyarakat, 2012) terdiri atas
  - 1) Menerapkan pengetahuan dan/atau teknologi kesehatan untuk promotif preventif berdasarkan penalaran ilmiah terhadap lima disiplin utama kesehatan masyarakat yaitu epidemiologi, biostatistik, ilmu kesehatan lingkungan/kesehatan kerja, administrasi dan kebijakan kesehatan, sosial dan perilaku kesehatan secara logis, kritis, sistematis dan inovatif
  - 2) Mengkaji pengetahuan dan atau teknologi kesehatan untuk promotif, preventif berdasarkan kaidah ilmiah atau metode, yang disusun dalam bentuk skripsi, dipublikasikan dengan memenuhi syarat tata tulis ilmiah, dan dapat diakses oleh masyarakat akademik
  
3. Kemampuan Bidang Kerja dan Kewenangan Yang Dimiliki
  - 1) Mampu melakukan diagnosis, investigasi, dan survailan untuk merencanakan, melaksanakan dan pengawasan program kesehatan secara efektif, bertanggung jawab terhadap hasil kerja dan mengkomunikasikan kepada masyarakat akademik, untuk selanjutnya **MEMILIKI KEWENANGAN** yakni dapat bertindak sebagai pelaksana dan pengelola manajemen pelayanan kesehatan tingkat pertama (Sebagaimana tertuang dalam UU Kesehatan No. 36 tentang pimpinan manajemen pelayanan kesehatan)
  - 2) Mampu melaksanakan advokasi dan pemberdayaan untuk program promotif preventif secara dinamis di tingkat masyarakat dan institusi, dengan mempertimbangan budaya setempat

- 3) Bertanggung jawab terhadap hasil kerja dan mengkomunikasikan melalui berbagai media, dengan mempertimbangkan budaya dan etika masyarakat
- 4) Kreatif mengembangkan jejaring dengan pembimbing, kolega, sejawat, baik didalam maupun diluar lembaga, serta berpikir sistem didalam memimpin kerja sama tim secara profesional dan etis

### **III.2. Langkah Langkah Pengembangan Kompetensi Kesehatan Masyarakat**

#### 1. Pengembangan awal standar kompetensi dimulai ketika

1. Pada tahun 2007, IAKMI dan AIPTKMI sebagai institusi yang berkewajiban menjamin kualitas pendidikan tinggi kesehatan masyarakat menyadari bahwa program studi kesmas yang telah mencapai lebih dari 160 program studi, belum memiliki standarisasi pendidikan yang jelas (belum mengacu pada capaian pembelajaran berdasarkan KKNI, kompetensi bervariasi dan kurikulum tidak terstandar), maka, tawaran World Bank tahun 2008 kepada IAKMI untuk merapihkan kompetensi profesional kesehatan masyarakat setelah pertemuan konsultasi dengan Wakil Menteri Pendidikan Nasional (Prof Fasli Djalal). Alasannya; Pendidikan kesmas seharusnya melahirkan luaran yang memiliki kompetensi untuk membangun tatanan sistem. Olehnya harus dibenahi bila ingin kesehatan bangsa ini benar urusannya

#### 2. Telaah kompetensi nasional

IAKMI dan AIPTKMI kemudian mengusulkan World Bank untuk mengundang Prof Veni Hadju (Dekan FKM Unhas saat itu) dan Presiden WFPHA melakukan studi untuk merumuskan peta jalannya. Selanjutnya, IAKMI dan AIPTKMI memutuskan untuk merumuskan kompetensi sarjana, magister dan doktor kesmas sebagai langkah pertama dasar penetapan berdasarkan benchmarking

#### 3. Validasi kompetensi melalui survei

Melalui dukungan pembiayaan oleh Hpeq-Dikti, IAKMI melaksanakan survai dengan metode Focus Group Discussion untuk lima regional yaitu regional barat (Sumatera), regional DKI dan sekitarnya, regional tengah 1 (Wilayah Jawa Tengah dan Yogyakarta), regional tengah 2 (Jawa Timur, Nusa Tenggara dan Kalimantan) serta wilayah timur (Sulawesi, Papua, Papua barat dan Maluku). Hasil studi menemukan bervariasinya rumusan kompetensi dan kurikulum antara program studi kesehatan masyarakat.

4. Menetapkan kompetensi yang akan diujikan  
Menyadari akan kondisi yang tidak mendukung kualitas pendidikan kesehatan masyarakat sebagaimana kesimpulan dari hasil FGD, maka tahun 2011 melalui dukungan project Hpeq-Dikti, dilakukan penyusunan naskah akademik pendidikan kesehatan masyarakat untuk menetapkan standar pendidikan kesehatan masyarakat yang sekaligus menjadi pedoman pelaksanaan pendidikan kesehatan masyarakat di Indonesia
5. Salah satu hasil penting dalam naskah akademik selain penetapan pelayanan esensial tenaga kesehatan masyarakat, rumusan KKNi pendidikan kesehatan masyarakat dan kompetensi, juga telah ditetapkan nilai-nilai yang harus dipegang teguh seorang tenaga kesehatan masyarakat dalam mengemban tugas dan fungsinya yaitu memiliki nilai pemahaman terhadap hukum dan berkeadilan, rendah hati, equitas, pengertian/kearifan. Bekerjasama dan berorientasi masa depan. Dengan nilai-nilai tersebut, maka seorang sarjana kesehatan masyarakat dalam penampilan professional untuk melaksanakan tugas dan fungsi akan memiliki karakter (MIRACLE) yaitu dapat bertindak sebagai seorang manager, *innovator*, menjadi panutan dan model, berwibawa dalam melaksanakan tugas, seorang komunikator, memiliki jiwa kepemimpinan, dan juga sebagai edukator.

### **III.3. Asumsi Dasar Penyusunan Kompetensi**

Penyusunan kompetensi dalam blue-print ini mengandung pada asumsi-asumsi sebagai berikut:

1. Kompetensi seorang tenaga kesehatan masyarakat sebagaimana rumusan telah menunjukkan aplikasi dari kombinasi pengetahuan, ketrampilan, perilaku, sikap,
2. Kompetensi juga menjamin seorang sarjana kesehatan masyarakat akan berpikir kritis dan berkemampuan dalam membuat dan mengambil keputusan
3. SKM bertanggung jawab atas keputusan dan tindakannya.
4. SKM memberikan, memfasilitasi dan meningkatkan pelayanan kesmas berdasarkan pada 8 kompetensi utama yang dimilikinya.
5. SKM menunjukkan sikap kepemimpinan selama menjalankan pekerjaannya.
6. SKM harus memperhatikan dan menghargai keberagaman budaya masyarakat.
7. SKM memberikan pelayanan kepada masyarakat selama diberikan amanah dan dibutuhkan.

8. SKM harus menggunakan pendekatan yang logik dan sistematis dalam melakukan pekerjaannya.
9. Program pendidikan Kesmas harus mempersiapkan SKM untuk bekerja di tatanan pelayanan yang luas (*general*)
10. SKM melaksanakan pekerjaannya dengan berkolaborasi bersama tenaga kesehatan lain dan menghargai keunikan kompetensi masing-masing anggota tim kesehatan.
11. SKM memfasilitasi pelayanan kesehatan masyarakat yang berbasis informasi.
12. SKM harus memahami kecenderungan masalah kesehatan masyarakat.
13. SKM harus aktif melakukan upaya promotif, preventif dan melaksanakan manajemen risiko.
14. SKM harus meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya melalui pendidikan berkelanjutan.

#### **III.4. Kerangka Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat**

Pencapaian belajar (*learning outcome*) mencakup bidang keilmuannya, pengetahuan, serta juga mencakup ketrampilan dan cara bagaimana melakukannya. Sesuai dengan ideologi negara dan budaya bangsa Indonesia, maka implementasi sistem pendidikan nasional yang dilakukan di Indonesia pada setiap jenjang kualifikasi mencakup proses yang menumbuhkembangkan afeksi sebagai berikut:

1. Bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa
2. Memiliki moral, etika dan kepribadian yang baik di dalam menyelesaikan tugasnya
3. Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air serta mendukung perdamaian dunia
4. Mampu bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial dan kepedulian yang tinggi terhadap masyarakat dan lingkungannya
5. Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, kepercayaan, dan agama serta pendapat/temuan orisinal orang lain
6. Menjunjung tinggi penegakan hukum serta memiliki semangat untuk mendahulukan kepentingan bangsa serta masyarakat luas.

Mengacu pada tuntutan kebutuhan layanan esensial kesehatan masyarakat, serta memahami masalah-masalah yang lebih spesifik dalam pendidikan ilmu kesehatan masyarakat, maka pendidikan dalam ilmu kesehatan masyarakat dituntut untuk memiliki delapan kompetensi sebagai kompetensi dasar sarjana kesehatan masyarakat. Kedelapan kompetensi ini merupakan hasil diskusi pakar dengan mengacu pada hasil dari *Council on Linkages between Academia and Public Health Practice (2001)*. Adapun delapan kompetensi yang

telah ditetapkan menjadi kompetensi dasar bagi semua lulusan tenaga kesehatan masyarakat adalah:

1. Kemampuan untuk melakukan kajian dan analisa (*Analysis and Assessment*)
2. Kemampuan untuk mengembangkan kebijakan dan perencanaan program kesehatan (*Policy development and program planning*)
3. Kemampuan untuk melakukan komunikasi (*Communication skill*)
4. Kemampuan untuk memahami budaya local (*Cultural competency/local wisdom*)
5. Kemampuan untuk melakukan pemberdayaan masyarakat (*Community dimensions of practice*)
6. Memahami dasar-dasar ilmu kesehatan masyarakat (*Basic public health sciences*)
7. Kemampuan untuk merencanakan dan mengelola sumber dana (*Financial planning and management*)
8. Kemampuan untuk memimpin dan berfikir sistim (*Leadership and systems thinking/total system*)



## **BAB IV TINJAUAN**

Tinjauan yang dikembangkan dalam *Blue Print* ini terdiri dari tujuh tinjauan meliputi: 1) area kompetensi sarjana kesehatan masyarakat; 2) domain; 3) keilmuan; 4) proses sarjana kesehatan masyarakat; 5) upaya kesehatan; 6) kebutuhan dasar dan 7) tatanan layanan atau sistem layanan.

### **IV.1 Area Kompetensi**

Kerangka kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat disusun untuk mengidentifikasi dan mengorganisasi kompetensi diukur dengan mengacu pada 8 Standar Kompetensi Kesmas sebagai berikut:

#### **1. Kemampuan untuk melakukan kajian dan analisa (Analysis and Assessment)**

**Indikator;** artinya mampu dan memiliki keterampilan dalam mengumpulkan, menilai, menganalisa dan menerapkan informasi (termasuk data, fakta, konsep dan teori) untuk kemudian membuat keputusan berdasarkan bukti.

Tujuan kemampuan tersebut adalah:

1. Memantau status kesehatan untuk mengidentifikasikan masalah kesehatan atau kondisi lingkungan yang berbahaya;
2. Mendiagnosis dan menyelidiki masalah kesehatan dengan mempelajari kondisi lingkungan atau perilaku di masyarakat yang menjadi faktor risiko kesehatan terjadi penyakit.

Komponennya adalah sebagai berikut

1. Mendefinisikan masalah
2. Menentukan kegunaan dan keterbatasan data
3. Mengidentifikasi data yang tepat dan relevan serta sumber informasi.
4. Mengevaluasi integritas dan komparabilitas data
5. Menggunakan prinsip-prinsip etika dalam mengumpulkan, data dan informasi
6. Membuat inferens yang relevan dari data kuantitatif dan kualitatif
7. Mengambil dan menginterpretasikan informasi terkait dengan resiko dan keuntungan

8. Menerapkan proses pengumpulan data, aplikasi teknologi informasi berbasis IT
9. Mengenal bagaimana data dapat memperjelas keseluruhan isu kesmas

2. **Kemampuan untuk merencanakan dan terampil mengembangkan kebijakan kesehatan (Policy development and program planning)**, yaitu mampu dan trampil secara efektif membuat pilihan keputusan atas bukti, merencanakan, menerapkan dan mengevaluasinya, termasuk pengelolaan Kejadian Luar Biasa (KLB) seperti wabah dan keadaan darurat.

1. Mengumpulkan, meringkaskan dan menginterpretasikan informasi ttg isu kesehatan.
2. Menyatakan pilihan kebijakan dan menuliskan dengan jelas dan padat
3. Membahasakan implikasi kesehatan, fiskal, administrasi, legal, sosial, dan politik
4. Menyatakan feasibilitas dan outcome yang diharapkan dari setiap pilihan kebijakan.
5. Menggunakan tehnik terbaru dalam analisis penentuan dan perencanaan kesehatan
6. Memutuskan tindakan yang sesuai.
7. Mengembangkan suatu perencanaan untuk mengimplementasikan kebijakan
8. Merubah kebijakan menjadi rencana organisasi, struktur, dan program
9. Menyiapkan dan mengimplementasikan rencana respons emergensi.
10. Mengembangkan mekanisme monitor dan evaluasi program

3. **Kemampuan untuk melakukan komunikasi (Communication skill)**

Mampu berinteraksi dan berkomunikasi dengan internal dan eksternal; secara lisan dan tertulis, verbal, non-verbal, mendengarkan; menggunakan computer; memberikan informasi yang tepat untuk audien yang berbeda, dan bekerja sama dengan media, serta pemasaran sosial. Komponennya adalah sebagai berikut:

1. Mengumpulkan, meringkaskan dan menginterpretasikan informasi ttg isuisu.
2. Menyatakan pilihan kebijakan dan menuliskan dengan jelas dan padat
3. Membahasakan implikasi kesehatan, fiskal, administrasi, legal, sosial, dan politik
4. Menyatakan feasibilitas dan outcome yang diharapkan dari setiap pilihan kebijakan.

5. Menggunakan tehnik terbaru dalam analisis penentuan dan perencanaan kesehatan
6. Memutuskan tindakan yang sesuai.
7. Mengembangkan suatu perencanaan untuk mengimplementasikan kebijakan
8. Merubah kebijakan menjadi rencana organisasi, struktur, dan program
9. Menyiapkan dan mengimplementasikan rencana respons emergensi.
10. Mengembangkan mekanisme monitor dan evaluasi program

#### **4. Kemampuan untuk memahami budaya lokal (Cultural competency/local wisdom)**

Berkemampuan dan trampil mengidentifikasi dan memahami kompetensi sosial-budaya yang diperlukan untuk membangun interaksi secara efektif dengan beragam individu, kelompok dan masyarakat, sebagai perwujudan dari sikap moral dan etika terhadap faktor sosial budaya untuk keberhasilan menerapkan perilaku, program dan kebijakan. Komponennya adalah sebagai berikut:

1. Menggunakan metode yang tepat dalam berinteraksi secara sensitive, efektif, dan profesional dengan orang yang berlatar belakang budaya, sosioekonomi, pendidikan, ras, etnik, dan profesi yang berbeda, pada semua kelompok umur dan gaya hidup mereka
2. Menggunakan metode yang tepat dalam berinteraksi secara sensitive, efektif, dan profesional dengan orang yang berlatarbelakang budaya, sosioekonomi, pendidikan, ras, etnik, dan profesi yang berbeda, pada semua kelompok umur dan gaya hidup mereka
3. Mengembangkan dan mengadaptasikan pendekatan-pendekatan terhadap masalah yang terkait dengan perbedaan kultural
4. Memahami adanya dinamika yang berkontribusi terhadap keragaman kultur (sikap)
5. Memahami pentingnya pekerja Kesmas yang beragam (sikap)

#### **5. Kemampuan untuk melakukan pemberdayaan masyarakat (*Community dimensions of practice*)**

Berkemampuan melakukan pemberdayaan masyarakat yaitu berkemampuan dan terampil memberdayakan potensi masyarakat, dengan metode pengembangan dan pengorganisasi masyarakat dan dapat bekerja bersama serta membuat advokasi dan bermitra bersama untuk mencapai tujuan bersama. Komponennya adalah sebagai berikut:

1. Mampu menggabungkan berbagai strategi untuk berinteraksi dengan orang dari berbagai latar belakang
2. Mengidentifikasi peran faktor budaya sosial dan perilaku dalam yankes
3. Merospon berbagai kebutuhan sebagai konsekuensi keragaman budaya
4. Mengidentifikasi dan menjaga hubungan dengan stakeholder dan tokoh masyarakat
5. Menggunakan proses dinamika kelompok untuk meningkatkan peran serta masyarakat
6. Mendeskripsikan peran pemerintah dalam menyediakan yankesmas
7. Mendeskripsikan peran pemerintah dan swasta dalam menyediakan pelayanan Kesmas
8. Mengidentifikasi potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat
9. Menghimpun masukan dari masyarakat sebagai informasi/bahan pertimbangan dalam pengembangan kebijakan dan program Kesmas
10. Menginformasikan kebijakan program dan sumber daya kepada masyarakat

**6. Memahami dasar-dasar ilmu kesehatan masyarakat (*Basic public health sciences*)**

Berkemampuan memahami pengetahuan utama ilmu kesehatan masyarakat, ketrampilan berpikir kritis yang berhubungan dengan disiplin ilmu dalam rumpun ilmu kesehatan masyarakat. Komponennya adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi kewajiban individu dan organisasi dalam konteks pelayanan Kesmas esensial dan fungsi dasar.
2. Mendefinisikan, menilai, dan memahami status kesehatan pada populasi, determinan kesehatan dan penyakit, faktor yang berkontribusi terhadap promosi kesehatan dan pencegahan penyakit,.
3. Memahami perkembangan sejarah, struktur, dan interaksi antara Kesmas dan sistem pelayanan kesehatan
4. Mengidentifikasi dan mengaplikasikan metode riset dasar yang digunakan dalam Kesmas
5. Menggunakan proses dinamika kelompok untuk meningkatkan peran serta masyarakat
6. Menerapkan ilmu kesmas termasuk ilmu sosial dan perilaku penyakit kronik, infeksi, dan kecelakaan
7. Mengidentifikasi keterbatasan riset dan pentingnya observasi dan kesalinghubungan (*interrelationship*)

8. Mengembangkan suatu komitmen sepanjang masa terhadap pemikiran kritis yang kuat (sikap)

**7. Kemampuan untuk merencanakan dan mengelola sumber dana (*Financial planning and management*)**

Berkemampuan dan memiliki ketrampilan untuk merencanakan, mengembangkan dan menyajikan anggaran berdasarkan arah program untuk efisiensi dan efektifitas anggaran, serta utilitasi biaya. Komponennya adalah sebagai berikut:

1. Mengembangkan dan mempresentasikan suatu budget
2. Mengelola program dengan keuangan yang terbatas
3. Menerapkan proses budget
4. Mengembangkan strategi untuk menentukan prioritas budget
5. Memonitor kinerja program
6. Mempersiapkan proposal untuk memperoleh dana dari sumber eksternal
7. Menerapkan ketrampilan dasar hubungan antar manusia dalam manajemen organisasi, motivasi staf, dan penyelesaian konflik
8. Melakukan negosiasi dan mengembangkan kontrak dan dokumen lainnya untuk penyediaan pelayanan berbasis pada masyarakat
9. Membuat analisis *cost-effectiveness*, *cost-benefit*, dan *cost utility*

**8. Kemampuan untuk memimpin dan berfikir sistim (*Leadership and systems thinking/total system*)**

Berkemampuan untuk memimpin dan membangun kapasitas, meningkatkan kinerja, meningkatkan kualitas lingkungan kerja, serta kepemimpinan untuk merangsang organisasi, dan masyarakat untuk menciptakan, dan menerapkan berbagi visi, misi dan nilai-nilai, dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Komponennya adalah sebagai berikut:

1. Menciptakan kultur dari standar etik di dalam organisasi dan komunitas
2. Membantu menciptakan nilai dasar dan visi bersama dan menggunakan prinsip-prinsip ini dalam petunjuk pelaksanaan
3. Mengidentifikasi isu internal dan eksternal yang dapat berdampak terhadap penerapan pelayanan esensial kesehatan masyarakat (mis. Rencana strategis)
4. Memfasilitasi kerjasama kelompok internal dan eksternal untuk menjamin partisipasi dari stakeholder kunci.

5. Berkontribusi terhadap pengembangan, implementasi, dan monitoring standar kinerja organisasi
6. Menggunakan sistem hukum dan politik untuk melakukan perubahan.
7. Mengaplikasikan teori dari struktur organisasi terhadap praktek profesional

| <b>Area Kompetensi SKM</b>                             | <b>MCQ (%)</b> |
|--|----------------|
| Kajian dan Analisis Situasi Kesehatan Masyarakat       | 10 - 20%       |
| Perencanaan Program dan Kebijakan Kesehatan            | 10 - 20%       |
| Kemampuan Komunikasi                                   | 10 - 20%       |
| Pemahaman Budaya                                       | 0 - 10%        |
| Pemberdayaan Masyarakat                                | 5 - 15%        |
| Pemahaman Dasar-dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat        | 20- 35%        |
| Kemampuan untuk merencanakan dan mengelola sumber dana | 5 - 15%        |
| Kemampuan Memimpin dan Berpikir Sistem                 | 5 - 15%        |

#### **IV.2 Domain Kompetensi**

Merupakan ranah yang mengukur tingkat pengetahuan dan keterampilan Sarjana Kesehatan Masyarakat melalui *recalling (knowledge)*, *reasoning* dan *procedure*.

### Sub Tinjauan

- a. *Recalling (knowledge)* meliputi pengetahuan dan pengembangan kemampuan intelektual.
- b. *Reasoning* meliputi pengembangan kemampuan intelektual. Di dalam uji kompetensi ini akan diujikan tingkat kognitif yang bervariasi dari pemahaman, aplikasi, analisis, sintesis dan berfikir kritis.
- c. *Procedure*, menggambarkan kemampuan dalam melakukan tindakan keperawatan dan mengaplikasikan nilai-nilai profesional dalam praktik sarjana kesehatan masyarakat.

| Domain    | MCQ (%) |
|-----------|---------|
| Recall    | 5-10%   |
| Reasoning | 60-70%  |
| Procedure | 30-40%  |

### IV.3 Keilmuan Kesehatan Masyarakat

Perkembangan ilmu kesehatan masyarakat di Indonesia sejalan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran di Indonesia. Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, cedera, cacat, memperpanjang usia serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan penduduk (Acheson, 1998; Gostin, 2001; Wanless, 2007). Kegiatan kesehatan masyarakat memiliki cakupan luas dari perlindungan lingkungan, perumahan, tempat kerja, makanan dan air, pemantauan status kesehatan penduduk, penjaminan keterlibatan masyarakat dan respons terhadap bencana. Selanjutnya ahli kesehatan masyarakat juga peduli dengan penjaminan kualitas, keterjangkauan dan aksesibilitas pelayanan medis, penjangkauan kelompok risiko tinggi, pengembangan kebijakan serta perencanaan kesehatan.

Lingkup kegiatan kesehatan masyarakat kemudian juga mencakup penyakit menular, penyakit tidak menular, kesehatan reproduksi serta masalah kecelakaan dan

bencana. Pada saat tersebut masalah kesehatan masyarakat semakin menonjol dan diperlukan keilmuan secara khusus yang mengembangkan lebih komprehensif bidang kesehatan masyarakat dan Seperti yang tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah terwujudnya kemampuan untuk dapat hidup sehat bagi setiap warga negara sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Kesehatan menjadi tolok ukur dari kesejahteraan karena merupakan suatu investasi sumber daya manusia, sehingga kesehatan seharusnya diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, merata, dan dengan kualitas yang baik, serta dapat diterima dan dirasakan masyarakat dengan harga yang terjangkau. Namun hal ini tidak cukup karena masyarakat harus diberdayakan sehingga memandirikan masyarakat. Guna mencapai tujuan pembangunan kesehatan diperlukan upaya komprehensif baik di tingkat individu maupun di tingkat masyarakat.

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang berorientasi promotif preventif tanpa melupakan pelayanan kuratif, merupakan upaya yang perlu ditingkatkan dan dalam konteks UKM, pendidikan kesehatan masyarakat menjadi sangat penting dalam menyelesaikan masalah-masalah kesehatan masyarakat, dimana dibutuhkan kerjasama lintas ilmu dan lintas sektor. Kesehatan masyarakat akan dapat menyelesaikan masalah kesehatan jika empat tindakan dilakukan oleh peserta hasil didiknya; **Health Empowerment** atau pemberdayaan masyarakat untuk dapat hidup sehat secara mandiri, **Health Enhancement** atau melakukan upaya agar kesehatan suatu masyarakat dapat menjadi lebih baik lagi, **Health Protection** atau melindungi masyarakat dari berbagai masalah kesehatan dengan tersusunnya berbagai peraturan yang melindungi masyarakatnya seperti misalnya **Healthy Cities**, dan **Health Preservation** atau melestarikan hal-hal yang sudah mendukung kearah terciptanya kesehatan.

Untuk itu, Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Pencegahan telah berkembang menjawab tantangan keilmuan kesehatan masyarakat yang pada saat tersebut ditunjang oleh 5 disiplin ilmu yaitu area disiplin Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Kesehatan Lingkungan, Biostatistik dan Epidemiologi. Konsep area disiplin ilmu (*Disciplinary Field*) digunakan untuk menggambarkan bahwa pendekatan kesehatan masyarakat mempertimbangkan berbagai pandangan disiplin ilmu.

Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat di abad 21 akan diwarnai dengan ciri globalisasi, pengaruh politik, ekonomi yang mengindikasikan saling ketergantungan antar negara. Di dalam negeri akan diwarnai dengan semakin baiknya penegakan hukum, tata kelola pemerintahan yang lebih baik. Hal ini tentu akan mewarnai perkembangan kesehatan masyarakat di masa depan. Ilmu Kesehatan Masyarakat berkembang menjadi dua kelompok ilmu yaitu Ilmu Kesehatan Masyarakat yang memiliki akar pada metode dan



pengukuran atau teknologi pengukuran kesehatan masyarakat, seperti: Epidemiologi, Biostatistik, Administrasi Kebijakan dan Kesehatan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dan terapan Ilmu Kesehatan Masyarakat, seperti; Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Reproduksi, Gizi Kesehatan Masyarakat.

Permasalahan pendidikan kesehatan masyarakat sebagaimana diuraikan di atas juga perlu mendapat perhatian dari Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian Kesehatan sebagai pemangku kepentingan. Untuk mewujudkan pendidikan kesehatan masyarakat yang terstandarisasi, terukur dan terkoordinasi, diperlukan suatu rencana strategi pendidikan kesehatan masyarakat, mulai dari tahap awal seleksi peserta didik, proses belajar mengajar, kurikulum, tenaga pendidik, pendanaan, lulusan, yang diakui belum terkoordinasi secara optimal, dengan penataan dengan manajemen baik dan benar.

| <b>Tinjauan 3:<br/>Metode dan Alat<br/>KesMas</b> | <b>MCQ (%)</b> | <b>Tinjauan 4:<br/>Ruang Lingkup<br/>KesMas</b> | <b>MCQ (%)</b> |
|---|----------------|---|----------------|
| Epidemiologi                                      | 20 - 35%       | Kesehatan Lingkungan                            | 20 - 35%       |
| Biostatistik dan Kependudukan                     | 20 - 35%       | Kesehatan dan Keselamatan Kerja                 | 20 - 35%       |
| Administrasi Kebijakan dan Kesehatan              | 20 - 35%       | Kesehatan Reproduksi                            | 20 - 35%       |
| Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku            | 20 - 35%       | Gizi Masyarakat                                 | 20 - 35%       |

#### **IV.4 Proses Sarjana Kesehatan Masyarakat**

Pendidikan akademik adalah sistem pendidikan tinggi yang diarahkan pada penguasaan dan pengembangan disiplin ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni tertentu, yang mencakup program pendidikan sarjana, magister, dan doktor. Lulusannya mendapatkan gelar akademik sarjana, magister, dan doktor. Secara garis besar, pendidikan sarjana kesehatan masyarakat diarahkan untuk penerapan ilmu kesehatan masyarakat,

pendidikan magister diarahkan untuk pengembangan ilmu kesehatan masyarakat, dan pendidikan doktor diarahkan untuk penemuan ilmu kesehatan masyarakat.

Dalam jalur pendidikan kesehatan masyarakat disediakan pula pendidikan profesi yang merupakan sistem pendidikan tinggi setelah program pendidikan sarjana yang menyiapkan peserta didik untuk menguasai keahlian khusus. Pendidikan sarjana kesehatan masyarakat adalah jenjang pendidikan akademik tingkat sarjana dengan delapan kompetensi utama, dengan prinsip dasar KKNI yaitu sarjana kesehatan masyarakat yang memiliki kemampuan untuk memahami prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat, ketrampilan sebagai pelaksana, serta kemampuan memimpin dan bekerja bersama dalam suatu tim. Kompetensi penunjang dan kompetensi lain dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan peminatan, kecirian yang spesifik dari perguruan tinggi berdasarkan kebutuhan lokal. Peminatan yang ditawarkan pada peserta adalah merupakan delapan peminatan yang ada, namun apa yang ditawarkan pada mahasiswa tergantung dari perkembangan keilmuan dari masing-masing universitas. Jumlah SKS minimal adalah 144 maksimal 160 (kepmendiknas 232 tahun 2000) untuk memenuhi delapan kompetensi utama dan kompetensi penunjang dan kompetensi lainnya.

#### **IV.5 Kebutuhan Dasar**

Dalam Undang-Undang ini yang pengertian kesehatan adalah Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Kesehatan adalah sesuatu yang sangat berguna. Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan termasuk kehamilan dan persalinan.

Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang memengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain. Definisi yang bahkan lebih sederhana diajukan oleh Larry Green dan para koleganya yang menulis bahwa pendidikan kesehatan adalah kombinasi pengalaman belajar yang dirancang untuk mempermudah adaptasi sukarela terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan.

#### **IV.6 Tatanan layanan atau Sistem layanan Kesehatan**

Tatanan layanan Kesehatan di Indonesia diatur dalam sistem kesehatan. Sistem kesehatan merupakan salah satu sistem yang sangat penting dalam suatu negara, karena kemajuan suatu negara bisa dilihat dari sistem kesehatan yang ada di negara tersebut. Batasan mengenai Sistem kesehatan dikenal sebagai Sistem Kesehatan Nasional yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 131/Menkes/SK/II/2004. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah suatu tatanan yang menghimpun suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.

Prinsip dasar SKN: Perikemanusiaan; Hak asasi manusia, Adil dan merata, Pemberdayaan dan kemandirian; Masyarakat; Kemitraan dan Tata pemerintahan yg baik (good governance). Adapun pelaku SKN adalah Masyarakat, termasuk swasta; Pemerintah (Eksekutif): Pemerintah Pusat, Propinsi, Kabupaten; Badan legislatif (DPR, DPRD Propinsi, DPRD kabupaten) dan Badan Yudikatif.

SKN Sistem Kesehatan Nasional saat ini masih mengacu pada World Health Report 2000 yang menuliskan 3 fungsi pokok sistem kesehatan yaitu stewardship, financing, provision. Hal ini coba dijabarkan dalam SKN menjadi subsistem, yang meliputi enam subsistem, yakni: (1) Subsistem Upaya Kesehatan; (2) Subsistem Pembiayaan Kesehatan; (3) Subsistem Sumberdaya Manusia Kesehatan; (4) Subsistem Obat dan Perbekalan Kesehatan; (5) Subsistem Pemberdayaan Masyarakat; dan (6) Subsistem Manajemen Kesehatan.

Subsistem upaya kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan Peorangan (UKP) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam subsistem upaya kesehatan terdapat beberapa sub-komponen, yaitu:

##### **1 UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat)**

Adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. Menurut tingkatannya, UKM dapat dibagi menjadi:

##### **a. UKM strata pertama**

Mencakup segala bentuk UKM yang menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar, yang ditujukan pada masyarakat. Penyelenggara pada tahap ini adalah Puskesmas dan UKBM (upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat di tiap kecamatan).

b. UKM strata kedua

Mencakup segala bentuk UKM yang menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik, yang ditujukan pada masyarakat. Dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai penanggung jawab untuk melaksanakan fungsi teknis dan fungsi manajerial pada UKM strata dua, didukung oleh lintas sektoral yang ada. Untuk membantu melaksanakan fungsi teknis kesehatan, dinas kesehatan dibantu oleh UPT (unit pelaksana teknis).

c. UKM strata ketiga

Adalah UKM unggulan yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik untuk kepentingan masyarakat. Dinas kesehatan provinsi dan departemen kesehatan selaku penanggung jawab dan melaksanakan fungsi teknis dan fungsi manajerial pada UKM strata 3 yang didukung oleh lintas sektoral yg ada. untuk melaksanakan fungsi teknis kesehatan dinas kesehatan provinsi di bantu oleh institut-institut kesehatan.

## 2 UKP (Upaya Kesehatan Perorangan)

Adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat serta swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. UKP ini dibagi menjadi:

a. UKP strata pertama

UKP tingkat dasar yang menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara UKP ini adalah pemerintah, masyarakat dan swasta yang diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional, pelayanan kesehatan pada strata ini antara lain: puskesmas, pustu, pelayanan pengobatan alternatif dan kosmetik, toko obat, laboratorium klinik dan optik.

b. UKP strata kedua

UKP yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik. Pelayanan kesehatan pada strata ini antara lain: praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, RS tipe C, RS tipe B non pendidikan milik pemerintah, RS swasta.

Pelayanan yang diberikan UKP strata kedua yaitu pelayanan pengobatan langsung dan pelayanan rujukan medik sehingga di sebut sebagai UKP lanjutan.

c. UKP strata ketiga

Adalah UKP yang menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan subspecialistik. Pelayanan kesehatan pada strata ini antara lain :praktek dokter spesialis konsultan, klinik dokter gigi konsultan, RS kelas B pendidikan dan kelas A milik pemerintah, rumah sakit khusus dan RS swasta. Berbagai sarana pelayanan yang diberikan dalam bentuk pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata kedua dalam memberi pelayanan rujukan medik.



#### IV.7 Upaya Kesehatan Masyarakat

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, telah dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan masyarakat.

Upaya Kesehatan memiliki 2 (dua) sub sistim, yaitu:

1. Sub sistim upaya kesehatan masyarakat
2. Sub sistim upaya kesehatan perorangan

Upaya Kesehatan Masyarakat memiliki tiga fungsi, yaitu:

1. Kajian dan monitoring masalah kesehatan di masyarakat atau kelompok berisiko dalam upaya mengidentifikasi masalah dan menetapkan prioritas masalah
2. Memformulasikan kebijakan kesehatan bekerja sama dengan masyarakat dan pemerintah untuk menyusun dan mengawal kebijakan publik guna menyelesaikan masalah kesehatan
3. Menjamin agar masyarakat memiliki akses yang tepat dan pelayanan yang cost effective, termasuk di dalam menjamin agar masyarakat memperoleh haknya dalam memperoleh informasi yang benar terhadap berbagai masalah kesehatan melalui kegiatan promosi kesehatan dan upaya pencegahan yang efektif.

## **BAB V**

### **UJI KOMPETENSI**

#### **V.1. Pengertian dan Tujuan Uji Kompetensi**

Kompetensi lulusan adalah seperangkat tindakan cerdas, penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas di bidang pekerjaan tertentu. Uji kompetensi lulusan adalah suatu proses untuk mengukur pengetahuan, keterampilan, dan sikap lulusan sarjana kesehatan masyarakat sesuai dengan kompetensi yang dipersyaratkan.

Tujuan dilakukannya uji kompetensi terhadap lulusan baru secara nasional adalah:

1. untuk menjamin lulusan pendidikan tinggi kesehatan masyarakat yang kompeten dan terstandar/ mendapat pengakuan secara nasional
2. untuk menguji pengetahuan dan keterampilan sebagai dasar dalam menjalankan profesionalisme dalam pelayanan dan mendorong pembelajaran sepanjang hayat
3. untuk menegakkan akuntabilitas profesional lulusan pendidikan tinggi kesehatan masyarakat dalam menjalankan peran profesinya
4. sebagai metode asesmen untuk pengelolaan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif serta melindungi kepercayaan masyarakat terhadap profesi sarjana kesehatan masyarakat.
5. untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

#### **V.2. Ketentuan dalam pengembangan uji kompetensi**

##### **1. Metode ujian**

Metode ujian yang akan digunakan adalah paper based test dan computer based test. Penetapan metode yang digunakan akan dilakukan oleh penyelenggara pusat sesuai dengan kelayakan tempat ujian.

Paper based test adalah metode ujian dimana soal-soal ujian dibukukan dalam bentuk booklet yang berisi, peraturan dan soal-soal. Lembar jawaban dibuat dan diberikan secara terpisah.

Booklet memiliki segel pengaman, bila dibuka segel pengaman akan robek. Keutuhan segel pengamanan dianggap sebagai jaminan kerahasiaan soal. Pengerjaan soal ujian menggunakan pensil 2B dengan cara mengisi lingkaran sesuai dengan pilihan jawaban.

Computer based test dan Internet based adalah metode ujian yang menggunakan komputer menggunakan jaringan internet dan soal-soal disiapkan secara on-line atau dalam hard disk portable. Peserta diberikan log in account. Jawaban peserta tersimpan secara on-line atau disimpan dalam hard disk yang kemudian disegel dan diserahkan ke penyelenggara pusat.

## 2. Penetapan standar kelulusan

Standar kelulusan ditetapkan bersama oleh tim yang dibentuk oleh **kelompok ahli** yang terdiri unsur-unsur MTKI, LPUK, IAKMI dan AIPTKMI melalui diskusi dan analisis terhadap tingkat kesulitan soal. Metoda yang disepakati adalah ‘modified angoff technic’. Metoda ini menjamin bahwa standar kelulusan didapatkan secara valid dan fair. Penggunaan Metode Angoff dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Panelis melihat butir soal pertama dan menilai tingkat kesulitannya.
- b. Setiap panelis secara individu mengestimasi persentase sekelompok peserta tes yang dapat menjawab butir soal dengan benar.
- c. Panelis mendiskusikan hasil estimasi mereka.
- d. Setiap hasil estimasi ditabulasikan dan dihitung rata-ratanya.
- e. Urutan di atas diulang untuk semua butir soal.
- f. Rata-rata hasil estimasi setiap butir dijumlah dan dirata-ratakan kembali untuk memperoleh cutpoint.

## 3. Jumlah dan Tipe Soal

Jumlah soal yang digunakan dalam uji kompetensi adalah 200 soal dan disediakan waktu 200 menit. Tipe soal yang digunakan adalah soal pilihan ganda (MCQ type A question/dengan 5 alternatif jawaban (A, B, C, D, E) dengan memilih satu jawaban yang paling tepat (one best answer). Jumlah soal tersebut dipertimbangkan dapat mengukur kompetensi lulusan baru dengan akurat (memenuhi reliabilitas soal). Soal yang di gunakan juga telah melalui proses uji validitas. Ketentuan pelaksanaan ujian disesuaikan pedoman pelaksanaan ujian.

## 4. Struktur Soal

Setiap soal terdiri dari **vignette** (kasus), **lead in** (pertanyaan) dan **options** (pilihan jawaban). Vignette menggambarkan situasi yang disajikan secara fokus, logis dan sistematis. Satu vignette **maksimal tiga soal**.

## 5. Kesetaraan Set Soal

Setiap set soal yang disusun memiliki bobot yang sama.

## 6. Kaidah pembuatan soal



Dalam penulisan soal disajikan berupa tipe soal ‘ingatan (recall)’ dan soal penalaran yang (logic thinking) yang mampu mengukur kognitif, psikomotor atau afektif (sesuai summary chat).

Acuan yang digunakan dalam pembuatan soal:

a. Fokus pada pertanyaan.

Pertanyaan diarahkan pada 8 area kompetensi sarjana kesehatan masyarakat yang akan diukur dengan fokus pada tinjauan metode dan ruang lingkup kesehatan masyarakat yang meliputi biostatistik dan kependudukan, administrasi kebijakan dan kesehatan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, kesehatan reproduksi dan gizi masyarakat

Soal dibuat untuk menggambarkan menggambarkan situasi di sasaran intervensi yaitu: keluarga, komunitas dan institusi pelayanan kesehatan, baik pada tatanan pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier

b. Menganalisa argumentasi.

Jika diberikan sebuah situasi, peserta dapat memberikan alasan yang mendukung argumentasi yang disajikan.

c. Menentukan kesimpulan.

Jika diberikan sebuah pernyataan, peserta dapat menyimpulkan yang benar tentang pernyataan.

d. Menilai.

Jika diberikan pernyataan masalah, peserta dapat memecahkan masalah yang disajikan dengan alasan yang benar.

e. Mendefinisikan konsep atau asumsi.

Jika diberikan sebuah argumentasi, peserta dapat menentukan pilihan teori atau asumsi yang tepat.

f. Mendeskripsikan situasi di lapang.

Jika disajikan sebuah situasi di lapang, peserta dapat mendeskripsikan pernyataan atau data lapang yang dihilangkan dengan tepat, sehingga diperoleh gambaran kondisi yang utuh.

g. Menyelesaikan masalah secara terencana.

Jika disajikan pernyataan, peserta dapat merencanakan pemecahan masalah secara sistematis dengan menggunakan kaidah ilmiah.

h. Mengevaluasi strategi.

Jika diberikan sebuah pernyataan masalah atau strategi, peserta dapat mengevaluasi strategi atau prosedur yang disajikan dan memilih strategi/prosedur yang efektif dan efisien.

## **BAB VI PENUTUP**

*Blue Print* atau cetak biru adalah kerangka dasar yang merupakan pedoman yang digunakan untuk merancang pengembangan soal uji kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat. *Blue Print* ini menunjukkan proporsi dari seluruh bidang kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat secara konsisten dan merupakan upaya untuk menjamin bahwa Sarjana Kesehatan Masyarakat yang telah lulus uji kompetensi akan memberikan pekerjaan yang profesional, efektif dan efisien. Dengan demikian, Sarjana Kesehatan Masyarakat yang memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensinya dan menggambarkan karakter utama Sarjana Kesehatan Masyarakat yang diharapkan pengguna.

Disadari sepenuhnya bahwa praktik keperawatan akan mengalami perubahan dan perkembangan secara terus menerus seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan masyarakat serta harapan masyarakat. Oleh karena itu perlu dilakukan peninjauan *Blue Print* secara berkala dan berkesinambungan.

## REFERENSI

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
2. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 83 Tahun 2013 tentang Sertifikat Kompetensi
3. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 36 Tahun 2013 dan Nomor 1/IV/PB/2013 tentang Uji Kompetensi bagi Mahasiswa Perguruan Tinggi Bidang Kesehatan
4. Peraturan Pemerintah No. 72/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
5. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia. Tahun 2007
6. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010
7. Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011
8. Naskah Akademik Pendidikan Kesehatan Masyarakat Tahun 2012
9. Rancangan Standar Nasional Pendidikan Tinggi Tahun 2013
10. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
11. Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232 Tahun 2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN)

Lampiran 1:

**Materi uji Kompetensi Sarjana Kesehatan Masyarakat (*Summary Chart Guidelines*)**

Materi uji kompetensi disusun berdasarkan cetak biru (*blue print*). Metode uji CBT memiliki *blue print* yang selanjutnya menjadi dasar dalam pelaksanaan uji kompetensi sarjana kesehatan masyarakat. *Blue print* UKSKMI terdiri dari 6 tinjauan. Tinjauan standar kompetensi SKM disesuaikan pada kompetensi yang tertulis pada naskah akademik sarjana kesehatan masyarakat yang telah dikembangkan oleh organisasi profesi. Ke enam tinjauan sebagai berikut:

**Tinjauan 1: Standar Kompetensi SKM**

Dalam tinjauan ini aspek yang dinilai terdiri dari:

- 1) Kajian dan analisis situasi Kesehatan Masyarakat
- 2) Penyusunan perencanaan dan Kebijakan Program Kesehatan Masyarakat
- 3) Kemampuan komunikasi Kesehatan Masyarakat
- 4) Pemahaman budaya
- 5) Pemberdayaan masyarakat berkaitan dengan Kesehatan Masyarakat
- 6) Pemahaman dasar-dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat
- 7) Perencanaan keuangan dan keterampilan manajerial dana Kesehatan
- 8) Kemampuan memimpin dan berpikir sistem

**Tinjauan 2: Domain**

Dalam tinjauan ini aspek yang dinilai terdiri dari:

- 1) Recalling
- 2) Reasoning
- 3) Procedure

**Tinjauan 3: Metode dan Alat Kesehatan Masyarakat**

Dalam tinjauan ini aspek yang dinilai terdiri dari:

- 1) Epidemiologi
- 2) Biostatistik dan Kependudukan
- 3) Adminstrasi Kebijakan dan Kesehatan
- 4) Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

**Tinjauan 4: Area dan Substansi Kesehatan Masyarakat**

Dalam tinjauan ini aspek yang dinilai terdiri dari:

- 1) Kesehatan Lingkungan

- 2) Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- 3) Kesehatan Reproduksi
- 4) Gizi Kesehatan Masyarakat

**Tinjauan 5: Sasaran Intervensi**

Dalam tinjauan ini aspek yang dinilai terdiri dari:

- 1) Individu dan keluarga
- 2) Masyarakat
- 3) Institusi

**Tinjauan 6: Tatanan Pelayanan**

Dalam tinjauan ini aspek yang dinilai terdiri dari:

- 1) Primer
- 2) Sekunder
- 3) Tersier

Lampiran 2: Summary Chart *Blue Print* Sarjana Kesehatan Masyarakat

BLUE PRINT PROGRAM SKM

| Tinjauan 1:<br>Area Kompetensi SKM                     | MCQ (%)  | Tinjauan 2:<br>Domain | MCQ (%) | Tinjauan 3:<br>Metode dan Alat KesMas  | MCQ (%)  | Tinjauan 4:<br>Ruang Lingkup KesMas | MCQ (%)  | Tinjauan 5:<br>Sasaran Intervensi | MCQ (%)  | Tinjauan 6:<br>Tatanan Layanan | MCQ (%)  |
|--|----------|-----------------------|---------|--|----------|-------------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Kajian dan Analisis Situasi KesMas                     | 10 - 20% | Recall                | 5-10%   | Epidemiologi                           | 20 - 35% | Kesehatan Lingkungan                | 20 - 35% | Keluarga                          | 15 - 25% | Primer                         | 60 - 80% |
| Perencanaan Program dan Kebijakan Kesehatan            | 10 - 20% | Reasoning             | 60- 70% | Biostatistik dan Kependudukan          | 20 - 35% | Kesehatan dan Keselamatan Kerja     | 20 - 35% | Masyarakat                        | 40 - 60% | Sekunder                       | 15 - 25% |
| Kemampuan Komunikasi                                   | 10 - 20% | Procedure             | 30- 40% | Administrasi Kebijakan dan Kesehatan   | 20 - 35% | Kesehatan Reproduksi                | 20 - 35% | Isnstitusi                        | 20 - 40% | Tersier                        | 5 - 15%  |
| Pemahaman Budaya                                       | 0 - 10%  |                       |         | Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku | 20 - 35% | Gizi Masyarakat                     | 20 - 35% |                                   |          |                                |          |
| Pemberdayaan Masyarakat                                | 5 - 15%  |                       |         |  |          |                                     |          |                                   |          |                                |          |
| Pemahaman Dasar-dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat        | 20- 35%  |                       |         |  |          |                                     |          |                                   |          |                                |          |
| Kemampuan untuk merencanakan dan mengelola sumber dana | 5 - 15%  |                       |         |  |          |                                     |          |                                   |          |                                |          |
| Kemampuan Memimpin dan Berpikir Sistem                 | 5 - 15%  |                       |         |  |          |                                     |          |                                   |          |                                |          |