



Kebijakan PIS-PK

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

1

DESKRIPSI SINGKAT

Salah satu arah kebijakan dan strategi dalam RPJMN Tahun 2020-2024 adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (Primary Health Care) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif. Hal tersebut didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi antara lain melalui penguatan sistem kesehatan dan pengawasan obat dan makanan salah satunya mencakup penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang difokuskan antara lain pada optimalisasi penguatan pelayanan kesehatan dasar melalui pendekatan keluarga. Pelaksanaan pendekatan keluarga guna optimalisasi penguatan pelayanan kesehatan dasar tersebut diukur melalui indikator “Jumlah kabupaten/kota yang telah melaksanakan PIS-PK dengan 100% intervensi keluarga” dengan target tahun 2024 adalah 514 kabupaten/kota (kumulatif).

Pelaksanaan pendekatan keluarga, mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga.

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan pendekatan keluarga dalam upaya menyelesaikan permasalahan kesehatan di wilayah kerjanya. Pendekatan Keluarga tidak hanya berupa pendataan, karena hasil kunjungan keluarga akan dianalisis guna merencanakan intervensi lanjut terhadap masalah kesehatan.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu memahami tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

B. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta dapat:

1. Menjelaskan konsep kebijakan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga
2. Menjelaskan penguatan Puskesmas melalui pendekatan keluarga yang holistik

3

MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Menjelaskan konsep kebijakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
 - a. Arah dan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
 - b. Paradigma Sehat
 - c. Konsep Pendekatan Keluarga
 - d. Pelaksanaan Pendekatan keluarga
 - e. Peran Puskesmas dalam Pendekatan Keluarga
 - f. Peran Pemangku Kepentingan
2. Penguatan Puskesmas melalui pendekatan keluarga.
 - a. PIS-PK dalam mendukung pencapaian SPM
 - b. Pemanfaatan hasil PISPK untuk meningkatkan Cakupan Program

4

METODE

1. Curah pendapat
2. Ceramah tanya jawab (CTJ)

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

1. Bahan tayangan (Slide power point)

2. Komputer
3. LCD Projector
4. Sound System
5. Flip chart
6. Spidol (ATK)
7. Modul

6

LANGKAH – LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran mata pelatihan ini.

Langkah 1: Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran mata pelatihan ini dan materi pokok yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2: Pembahasan per Mata Pelatihan

Fasilitator menyampaikan paparan mata pelatihan sesuai urutan materi pokok dan sub materi pokok dengan menggunakan bahan tayang. Kaitkan juga dengan pendapat/pemahaman yang dikemukakan oleh peserta agar mereka merasa dihargai.

Langkah 3: Rangkuman

Fasilitator mengajak peserta untuk melakukan refleksi dan membuat rangkuman materi. Kegiatan ini kemudian diakhiri dengan memberikan apresiasi atas partisipasi aktif peserta.

7

URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1. KONSEP KEBIJAKAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA

a. Arah dan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Pembangunan Nasional adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa dalam rangka mencapai tujuan bernegara (UU 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional). Dalam kerangka pembangunan nasional tersebut, pembangunan kesehatan merupakan upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa dalam rangka mencapai tujuan kesehatan yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Pasal 2, UU 36/2009).

Pembangunan kesehatan periode tahun 2020-2024 menjadi bagian dari misi Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia untuk mendukung visi Presiden Tahun 2020-2024 yaitu Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong Royong. Hal tersebut telah dituangkan dalam agenda pembangunan yaitu peningkatan SDM berkualitas dan berdaya saing sebagaimana tertera pada RPJMN Tahun 2020-2024. **Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)** melalui 12 indikator dan Indeks Keluarga Sehat, dapat mengukur perubahan perilaku masyarakat untuk hidup sehat sehingga hasil akhirnya akan diperoleh SDM unggul tersebut.

Dokumen RPJMN juga mencantumkan, salah satu arah kebijakan dan strategi bidang kesehatan adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (Primary Health Care) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif. Penguatan tersebut didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi antara lain melalui penguatan sistem kesehatan dan pengawasan obat dan makanan yang salah satunya mencakup penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Penguatan pelayanan kesehatan difokuskan pada optimalisasi penguatan pelayanan kesehatan dasar melalui pendekatan keluarga.

Adapun pelaksanaan pendekatan Keluarga guna optimalisasi penguatan pelayanan kesehatan dasar tersebut diukur melalui indikator “Jumlah kabupaten/kota yang telah melaksanakan PIS-PK dengan 100% intervensi keluarga”

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)

Salah satu prinsip penyelenggaraan Puskesmas sesuai Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat adalah prinsip paradigma sehat, di mana Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat adalah suatu tindakan yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. GERMAS mengedepankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif- rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat. Tujuan GERMAS adalah terciptanya masyarakat berperilaku sehat yang berdampak pada kesehatan terjaga, produktif, lingkungan bersih, dan biaya berobat berkurang.

Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) mengamanatkan setiap pihak terkait untuk menetapkan kebijakan dan mengambil langkah-langkah sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing untuk mewujudkan GERMAS, melalui peningkatan aktivitas fisik, peningkatan perilaku hidup sehat, penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi, peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan, dan peningkatan edukasi hidup sehat. Inpres ini juga mengamanatkan Menteri Kesehatan untuk melaksanakan kampanye GERMAS serta meningkatkan advokasi dan pembinaan daerah dalam pelaksanaan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), meningkatkan pendidikan mengenai gizi seimbang dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, aktivitas fisik, dan meningkatkan pelaksanaan deteksi dini penyakit di puskesmas dan menyusun panduan pelaksanaan deteksi dini penyakit di instansi pemerintah dan swasta.

Germas tidak hanya dijalankan oleh Kementerian Kesehatan saja, tetapi juga lintas kementerian dan lembaga, gubernur, bupati/walikota, akademisi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi dan ditunjang peran serta seluruh lapisan masyarakat mulai dari individu, keluarga, dan masyarakat dalam mempraktikkan pola hidup sehat. Pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaannya. Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari

masyarakat yang membentuk kepribadian. GERMAS dapat dilaksanakan dengan cara melakukan aktifitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, memeriksa kesehatan secara rutin, membersihkan lingkungan, dan menggunakan jamban. Kegiatan-kegiatan tersebut dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga, serta tidak membutuhkan biaya yang besar.

Ke depan pelaksanaan GERMAS harus lebih diarahkan pada “pembudayaan hidup sehat” kepada individu dan masyarakat untuk meningkatkan literasi kesehatan, yang pada ujungnya akan mampu merubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat. Di sini perlu upaya advokasi kepada seluruh pemangku kepentingan (termasuk lintas sektor), pemberdayaan masyarakat, sinergisme pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Advokasi kepada lintas sektor harus mampu menghasilkan pembangunan berwawasan kesehatan (*health in all policies*).

b. Paradigma Sehat.

Paradigma adalah cara pandang orang terhadap diri dan lingkungannya, yang akan mempengaruhinya dalam berfikir (kognitif), bersikap (afektif), dan bertindak laku (psikomotorik). Paradigma juga dapat berarti seperangkat asumsi, konsep, nilai, dan praktik yang diterapkan dalam memandang realitas di sebuah komunitas. Dengan demikian, Paradigma Sehat dapat didefinisikan sebagai cara pandang, asumsi, konsep, nilai, dan praktik yang mengutamakan upaya menjaga dan memelihara kesehatan, tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Dengan Paradigma Sehat maka orang-orang yang sehat akan diupayakan agar tetap sehat dengan menerapkan pendekatan yang holistik. Selama ini cara pandang, asumsi, konsep, nilai, dan praktik yang berlaku tampaknya masih menitikberatkan pada penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan – Paradigma Sakit. Apalagi dengan dilaksanakannya JKN yang saat ini masih lebih memperhatikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan bagi perorangan. Oleh sebab itu, dalam kurun waktu lima tahun ke depan harus dilakukan perubahan, agar Paradigma Sehat benar-benar diterapkan dalam membangun kesehatan masyarakat, termasuk dalam pelaksanaan JKN. Perubahan yang dimaksud mencakup perubahan pada penentu kebijakan (lintas sektor), tenaga kesehatan, institusi kesehatan, dan masyarakat sebagaimana disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 1. Perubahan Paradigma ke arah Paradigma Sehat

No.	Kelompok Sasaran	Perubahan Yang Diharapkan	Dampak Dari Perubahan
1.	Penentu kebijakan (lintas sektor)	Pemangku kepentingan memperhatikan dampak kesehatan dari kebijakan yang diambil baik di hulu maupun di hilir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjadikan kesehatan sebagai arus utama pembangunan 2. Meningkatkan peran lintas sektor dalam pembangunan kesehatan
2.	Tenaga kesehatan	Tenaga kesehatan di setiap lini pelayanan kesehatan mengupayakan agar: <ol style="list-style-type: none"> 1.Orang sehat tetap sehat dan tidak menjadi sakit 2.Orang sakit menjadi sehat 3.Orang sakit tidak menjadi lebih sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promotif dan preventif merupakan aspek utama dalam setiap upaya kesehatan 2. Meningkatnya kemampuan tenaga kesehatan dalam promotif & preventif
3.	Institusi kesehatan	Setiap institusi kesehatan menerapkan standar mutu dan tarif dalam pelayanan kepada masyarakat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan 2. Pelayanan kesehatan berkompetisi lebih "fair" dalam hal mutu dan tarif di dalam memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat

No.	Kelompok Sasaran	Perubahan Yang Diharapkan	Dampak Dari Perubahan
4.	Masyarakat	Masyarakat merasa bahwa kesehatan adalah harta berharga yang harus diupayakan dan dijaga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya PPHBS di keluarga dan masyarakat 2. Masyarakat aktif sebagai kader, sehingga terlaksana kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui UKBM

Kebijakan operasional tersebut diharapkan akan mampu mewujudkan Keluarga Sehat sebagaimana cita-cita untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Oleh karena itu, maka Program Indonesia Sehat akan dilaksanakan melalui Pendekatan Keluarga. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga pada dasarnya merupakan integrasi pelaksanaan program-program kesehatan dengan fokus pada keluarga.

c. Konsep pendekatan keluarga

Dalam rangka melakukan penguatan promotif-preventif (paradigma sehat) dan penguatan pelayanan kesehatan, pada periode Renstra 2015-2019 telah diluncurkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, yang pada dasarnya adalah mengintegrasikan UKP dan UKM secara berkesinambungan, dengan target keluarga.

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Selain itu Puskesmas juga harus meningkatkan kerjasama dengan jejaringnya (fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lain di wilayahnya), agar fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lain tersebut juga turut menyelesaikan masalah-masalah kesehatan keluarga. Yakni masalah-masalah kesehatan keluarga dari peserta JKN yang dilayaninya.

Keluarga dijadikan fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat karena menurut Friedman (1998), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:

1. Fungsi afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
3. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat dalam mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan agar memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah:
 - a. Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya.
 - b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat.
 - c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.
 - d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya.
 - e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

Pendekatan keluarga merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas meliputi kegiatan berikut:

1. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.
2. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
3. Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
4. Pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas.

Kunjungan rumah (keluarga) dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga (*family folder*). Dengan demikian, pelaksanaan upaya Perkesmas harus diintegrasikan ke dalam kegiatan pendekatan keluarga. Dalam menjangkau keluarga, Puskesmas tidak hanya mengandalkan UKBM yang ada sebagaimana selama ini dilaksanakan, melainkan juga langsung berkunjung ke keluarga. Perlu diperhatikan, bahwa pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah ini tidak berarti mematikan UKBM-UKBM yang ada, tetapi justru untuk memperkuat UKBM-UKBM yang selama ini dirasakan masih kurang efektif.

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga (gambar 4). Tujuan dari pendekatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. meningkatkan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar;
2. mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) kabupaten/kota dan provinsi, melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan;
3. mendukung pelaksanaan JKN dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN; dan
4. diharapkan mendukung tercapainya Indikator Sasaran Strategis dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024

Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya dua belas indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Dua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga, sedangkan keadaan masing-masing indikator mencerminkan kondisi kesehatan dari keluarga yang bersangkutan. Indikator tersebut dapat ditambahkan sesuai masalah lokal yang ada.

d. Pelaksanaan Pendekatan Keluarga

Pelaksanaan pendekatan keluarga ini memiliki tiga hal yang harus tersedia atau dikembangkan, yaitu:

1. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
2. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.
3. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas.

Instrumen yang diperlukan di tingkat keluarga adalah sebagai berikut:

1. Profil Kesehatan Keluarga (selanjutnya disebut Prokesga), berupa *family folder*, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat). Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan, seperti mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) dan perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain).
2. Paket Informasi Keluarga (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa flyer, leaflet, buku saku, atau bentuk lainnya, yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya, misalnya: Flyer tentang Kehamilan dan Persalinan untuk keluarga yang ibunya sedang hamil, *Flyer* tentang Pertumbuhan Balita untuk keluarga yang mempunyai balita, *Flyer* tentang Hipertensi untuk mereka yang menderita hipertensi, dan lain-lain.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut.

1. Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.
2. Diskusi kelompok terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion (FGD)* melalui Dasawisma dari PKK.
3. Kesempatan konseling di UKBM-UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).

4. Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.

Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut:

1. Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, Posbindu, Poskestren, PKK, dan lain-lain.
2. Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

Pelaksanaan Pendekatan Keluarga dilakukan mulai dari satu desa/kelurahan secara utuh diawali dari keluarga, RT, RW, sehingga melingkupi seluruh desa/kelurahan di wilayah kerja Puskesmas. Kegiatan pendekatan keluarga meliputi tahapan pelatihan, persiapan, kunjungan keluarga dan intervensi awal, analisis IKS awal, intervensi lanjut dan analisis perubahan IKS.

Saat ini, kita dihadapkan dengan pandemi COVID-19. Pandemi ini membawa dampak pada pelayanan Puskesmas yang dituntut untuk tetap berperan aktif dalam penanganan COVID-19 sekaligus tetap memberikan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan protokol kesehatan yang telah ditetapkan dan kaidah-kaidah Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan *physical distancing* guna memutus mata rantai penularan. Termasuk pelaksanaan PIS-PK tetap harus dilaksanakan dengan penyesuaian-penyesuaian yang mengedepankan aspek keselamatan petugas dan masyarakat sesuai protokol kesehatan.

Agar pelaksanaan pelayanan dapat berjalan efektif dan efisien maka beberapa upaya dapat dilakukan yaitu:

1. Integrasi kegiatan PIS-PK dengan kegiatan lain

Sebagai contoh pelaksanaan kunjungan keluarga di daerah dapat diintegrasikan dengan kegiatan surveilans yang merupakan kegiatan utama dalam lingkup pencegahan dan pengendalian COVID-19 atau kegiatan kunjungan rumah pada pelayanan ibu dan anak, pelayanan gizi, dan pelayanan lain yang dilakukan melalui kunjungan rumah.

2. Pemanfaatan *raw data* Individu

Dengan memanfaatkan data PISPK, Puskesmas dapat memiliki basis data kelompok masyarakat misal berdasarkan faktor komorbid, penyakit kronis, dll sebagai bentuk pemetaan Kesehatan wilayah untuk memudahkan analisis dan perumusan intervensi yang tepat.

3. Penetapan sasaran strategis untuk mengejar ketertinggalan capaian program semasa COVID-19

Kunjungan keluarga PIS-PK juga dapat dimanfaatkan untuk mencari sasaran strategis di luar 12 indikator. Contohnya, kunjungan PIS-PK dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD di rumah, pemeriksaan status gizi anggota keluarga, kunjungan nifas dan kunjungan neonatal, tumbuh kembang balita, status imunisasi, pengantaran obat bagi pasien TB, deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) atau pemantauan pengobatan serta intervensi pasien PTM dan penyakit kronis lainnya. Kunjungan keluarga juga dapat dimanfaatkan untuk sedini mungkin menemukan tanda dan gejala serta melakukan deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran akibat penggunaan *gadget*, *smartphone* dan menonton TV selama berkegiatan di rumah saja.

4. Pengintegrasian manajemen pendekatan keluarga dengan manajemen Puskesmas yaitu mulai dari proses P1, P2 dan P3:

- a. Dimana tahapan awal PISPK, termasuk persiapan, kunjungan keluarga dan intervensi awal, input data, hasil kunjungan, analisis data sampai pada perumusan kegiatan dalam RUK merupakan bagian dari P1 Puskesmas
- b. Adapun pelaksanaan intervensi lanjut secara terintegrasi melalui kunjungan maupun pelayanan dalam dan luar gedung termasuk UKBM dan monitoring pelaksanaannya menjadi bagian dari P2 Puskesmas
- c. Evaluasi capaian 12 indikator dan IKS tingkat kerluarsa sampai level Puskesmas termasuk dalam proses P3 pada manajemen Puskesmas

Rekomendasi penyesuaian yang dilakukan sesuai dengan tahapan pelaksanaan PIS-PK

1. Tahap Persiapan Kunjungan Keluarga antara lain: Koordinasi dengan Dinkes, Gugus Tugas/Satgas dan LS untuk pemetaan wilayah terdampak COVID-19 dan perencanaan APD, Konsolidasi internal, Identifikasi dan pemetaan keluarga, Penjadwalan kunjungan, Tinjau ulang pembagian tim dan Janji temu
2. Tahap Kunjungan Keluarga antara lain dengan memperhatikan penerapan kaidah Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) serta physical distancing secara ketat, melakukan edukasi protokol kesehatan, terintegrasi dengan kegiatan program agar pelaksanaannya dapat efisien dan efektif, jika bersamaan dengan kegiatan survailans dan pemantauan kasus COVID-19 waktu kontak minimal untuk mencegah transmisi
3. Tahap Analisis Hasil Kunjungan Keluarga dan Penyusunan Rencana Intervensi Program. Puskesmas menganalisis hasil kunjungan keluarga serta memanfaatkan raw data yang dapat diunduh dari Aplikasi KS ketika hasil kunjungan keluarga sudah dientry. Selanjutnya tim pembina keluarga dan/atau penanggung jawab Darbin bersama penanggung jawab serta pelaksana upaya/kegiatan menyusun rencana

intervensi lanjut yang terintegrasi. Dalam pelaksanaan intervensi lanjut, jejaring Puskesmas dilibatkan.

4. Tahap Pelaksanaan Intervensi Lanjut. Dapat dilakukan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi, seperti menyampaikan pengingat/reminder untuk mengakses layanan, antara lain melalui alat telekomunikasi misalnya grup *whatsapp* maupun media sosial dan metode daring. Intervensi ini bisa di tingkat keluarga, kelompok atau masyarakat. Forum lokmin bila harus dengan tatap muka dengan tetap dilakukan dengan memperhatikan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) serta protokol kesehatan termasuk *physical distancing* secara ketat atau dapat memanfaatkan teknologi informasi/daring.
5. Tahap Pemantauan Capaian PIS-PK, yaitu Melakukan pengawasan terhadap target dan melaksanakan corrective action agar target tetap dapat secara optimal dicapai di akhir tahun dengan melakukan berbagai bentuk inovasi.
6. Tahap Pembinaan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pembinaan rutin, berkala, terencana, terintegrasi dan dilaksanakan dengan memperhatikan adaptasi kebiasaan baru dengan pola penanggungjawab bina wilayah (Binwil) sesuai pedoman monev PIS-PK.

e. Peran Puskesmas dalam Pendekatan Keluarga

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama, berwenang melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga. Kunjungan keluarga yang merupakan bagian dari kegiatan pendekatan keluarga juga harus dilakukan oleh Puskesmas dalam rangka pelaksanaan fungsi penyelenggaraan UKM dan UKP

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut, Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas Hal ini dilaksanakan dalam rangka mewujudkan kecamatan sehat.

Peran Pembina Keluarga

Dalam pelaksanaan PIS-PK, Puskesmas membentuk Tim Pembina Keluarga yang berperan dalam:

1. Mengumpulkan data kesehatan keluarga menggunakan formulir Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga) secara manual maupun elektronik melalui aplikasi keluarga sehat

2. Melakukan analisis data
3. Melakukan identifikasi masalah
4. Melakukan intervensi dengan penyuluhan/pendidikan kesehatan (menggunakan paket informasi keluarga / pinkesga) sebagai berikut :
 - a. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan ibu hamil, melahirkan dan nifas, termasuk tentang tanda bahaya kehamilan 4T (4 Terlalu, yaitu Terlalu Muda, Terlalu Tua, Terlalu Sering, Terlalu Banyak) dan kehamilan yang tidak diinginkan.
 - b. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan Air Susu Ibu (ASI) dan manfaat pemberian ASI eksklusif kepada bayi.
 - c. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan imunisasi dasar dan manfaat pemberian imunisasi dasar kepada bayi.
 - d. Mengenali secara sederhana balita pendek (stunting) dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan dan perkembangan balita.
 - e. Mengenali secara sederhana penderita tuberkulosis dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan tuberkulosis.
 - f. Mengenali penyandang hipertensi dengan melakukan pengukuran tekanan darah dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan pencegahan dan pentingnya melakukan pengawasan keteraturan minum obat oleh anggota keluarga penyandang hipertensi.
 - g. Menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan kandungan zat-zat berbahaya dalam rokok dan menjelaskan bahaya merokok bagi kesehatan serta mendorong anggota keluarga yang merokok untuk mendapatkan konseling Layanan Upaya Berhenti Merokok (Layanan UBM).
 - h. Mengenali secara sederhana penderita gangguan jiwa dan menjelaskan hal-hal penting berkaitan dengan penanganan penderita.
 - i. Mengenali secara sederhana bentuk jamban sehat dan menjelaskan manfaat jamban bagi kesehatan.
 - j. Mengenali secara sederhana ciri-ciri air bersih dan menjelaskan manfaat air bersih bagi kesehatan.
 - k. Menjelaskan tentang manfaat keluarga berencana (KB), jenis-jenis alat kontrasepsi (kelebihan dan kekurangannya) serta cara-cara memperoleh pelayanan KB.
 - l. Menjelaskan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan cara-cara menjadi peserta JKN atau asuransi kesehatan lain.
5. Meremajakan (*update*) data keluarga dalam Profil Kesehatan Keluarga (*Family Folder*).
6. Pengembangan kompetensi dapat dilakukan sesuai dengan penambahan muatan indikator lokal spesifik di masing-masing daerah.

f. Peran Pemangku Kepentingan

I. Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai pemilik Unit Pelaksana Teknis/Puskesmas adalah mengupayakan dengan sungguh-sungguh agar Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur Pusat Kesehatan Masyarakat terpenuhi untuk semua Puskesmas di wilayah kerjanya. Dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memiliki tiga peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian.

1. Pengembangan Sumber Daya

Sumber daya merupakan salah satu hal terpenting dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga di Puskesmas adalah tenaga kesehatan. Pendekatan keluarga di bidang kesehatan bukan merupakan hal baru, namun karena sudah lama tidak diterapkan, dapat dikatakan semua tenaga kesehatan Puskesmas yang ada saat ini kurang memahaminya.

Sebagaimana disebutkan di atas, untuk pelaksanaan pendekatan keluarga, selain tenaga manajemen Puskesmas (Kepala Puskesmas), diperlukan kelompok tenaga untuk fungsi lainnya.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berperan mengupayakan terpenuhinya tenaga-tenaga tersebut di Puskesmas. Jika hal itu belum dapat dilakukan, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berkewajiban membantu Puskesmas mengatur penugasan tenaga-tenaga yang ada, agar ketiga fungsi di atas dapat berjalan. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk menyelenggarakan pembekalan/pelatihan tenaga Puskesmas sesuai dengan arahan dari Kementerian Kesehatan jika diperlukan pembekalan/pelatihan.

2. Koordinasi dan Bimbingan

Koordinasi dan bimbingan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sangat penting dilakukan, di wilayah kabupaten/kota yang bersangkutan. Bimbingan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dilaksanakan dengan mengirim petugas ke Puskesmas, guna membantu memecahkan masalah-masalah yang dihadapi Puskesmas. Bimbingan juga dapat dilakukan dengan mempersilakan Puskesmas yang menghadapi masalah

penting untuk berkonsultasi ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di luar jadwal yang telah ditetapkan.

3. Pemantauan dan Pengendalian

Pemantauan dan pengendalian dilaksanakan dengan mengembangkan sistem pelaporan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat mengetahui IKS tingkat kecamatan dari masing-masing kecamatan di wilayah kerjanya, dan menghitung IKS tingkat kabupaten/kota.

II. Peran Dinas Kesehatan Provinsi

Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam penyelenggaraan Puskesmas secara umum adalah memfasilitasi dan mengoordinasikan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah kerjanya untuk berupaya dengan sungguh-sungguh agar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 terpenuhi di semua Puskesmas. Dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi juga memiliki tiga peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian.

1. Pengembangan Sumber Daya

Dalam rangka pengembangan sumber daya, peran Dinas Kesehatan Provinsi terutama adalah dalam pengembangan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan melalui penyelenggaraan pelatihan untuk pelatih (*training of trainers – TOT*). Dinas Kesehatan Provinsi meminta kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah kerjanya untuk mengirimkan calon-calon pelatih untuk melatih tenaga-tenaga kesehatan Puskesmas. Sesuai dengan arahan dan bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi kemudian menyelenggarakan pelatihan untuk pelatih (*training of trainers – TOT*), dengan memanfaatkan Balai Pelatihan Kesehatan yang ada di provinsi bersangkutan.

2. Koordinasi dan Bimbingan

Dinas Kesehatan Provinsi dapat mengundang Kepala-kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayahnya untuk membahas dan menetapkan hal-hal apa yang dapat dilaksanakan secara terkoordinasi (misalnya pelatihan, pengadaan, dan lain-lain) dan bagaimana mekanisme koordinasinya. Selain itu juga untuk menentukan jadwal kunjungan Dinas Kesehatan Provinsi ke Dinas-dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayahnya dalam rangka bimbingan. Bimbingan terutama dilakukan untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan pendekatan keluarga oleh Puskesmas.

3. Pemantauan dan Pengendalian

Pemantauan dan pengendalian dilaksanakan dengan mengembangkan sistem pelaporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Dinas Kesehatan Provinsi, sehingga Dinas Kesehatan Provinsi dapat mengetahui IKS tingkat kabupaten/kota dari masing-masing kabupaten dan kota di wilayah kerjanya, dan menghitung IKS tingkat provinsi.

III. Peran Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan sebagai Pemerintah Pusat dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan konkuren sebagaimana di maksud di dalam Undang-Undang No. 23 Tentang Pemerintahan Daerah berwenang untuk: (a) menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria dalam rangka penyelenggaraan urusan pemerintahan; (b) melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, selain juga pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan evaluasi. Bentuk dan isi dari *Prokesga*, baik dalam bentuk manual maupun elektronik, harus ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai contoh (*prototype*). Pengadaan/penggunaannya dapat dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Demikian pula isi dari *Pinkesga*, serta kurikulum dan modul untuk pembekalan tenaga Pembina Keluarga. Secara lebih terinci hal-hal yang perlu disiapkan oleh Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut.

1. Kebijakan dan Pedoman

Kebijakan dan pedoman yang harus disiapkan oleh Kementerian Kesehatan meliputi, hal-hal berikut:

- a. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.
- b. Pedoman Pemantauan dan Evaluasi Terpadu Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
- c. Peta Jalan (*Road Map*) Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
- d. Pedoman Pembiayaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Perencanaan Terintegrasi dari berbagai Sumber Dana- Kapitasi-BOK- CSR)
- e. Petunjuk teknis untuk sosialisasi kepada para pemangku kepentingan.

- f. Petunjuk teknis untuk para petugas Puskesmas pelaksana kunjungan rumah (pembina keluarga), kader, dan petugas Nusantara Sehat.
 - g. Pedoman untuk Petugas Puskesmas Pengolah dan Penganalisis Profil Kesehatan Keluarga
 - h. Aplikasi dan Buku Panduan Aplikasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga
 - i. Buku saku pembina keluarga.
 - j. Kurikulum Pembekalan Petugas Pembina Keluarga.
 - k. Modul-modul untuk Pembekalan Petugas Pembina Keluarga.
 - l. Kurikulum Pelatihan Petugas Pengolah dan Penganalisis Profil Kesehatan Keluarga.
 - m. Blanko atau Prototipe Blanko Profil Kesehatan Keluarga (cetakan dan elektronik).
 - n. Paket Informasi Kesehatan Keluarga atau Prototipenya.
 - o. Media penyuluhan/lembar balik untuk petugas Pembina Keluarga atau prototipenya.
 - p. Aplikasi (perangkat lunak) pemantauan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang terintegrasi dengan Sistem Informasi yang ada.
2. Pengembangan Sumber Daya
- Adanya peningkatan alokasi anggaran untuk sektor kesehatan, Kementerian Kesehatan dapat menyediakan dana untuk pelaksanaan program kesehatan prioritas dengan pendekatan keluarga. Penyediaan dana dilakukan secara bertahap, sesuai dengan pentahapan pelaksanaan program prioritas, dan terutama diperuntukkan bagi: Kelengkapan sarana dan prasarana Puskesmas, Penyelenggaraan pelatihan tenaga kesehatan dan Biaya operasional.
- Khusus untuk pelatihan, Kementerian Kesehatan berkewajiban untuk menetapkan kurikulum dan modul-modulnya. Pelaksanaannya tentu bekerjasama dengan dinas kesehatan, khususnya Dinas Kesehatan Provinsi.
3. Koordinasi dan Bimbingan
- Koordinasi dinas kesehatan yang selama ini sudah berjalan dengan Kementerian Kesehatan yaitu menyelenggarakan Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas). Bimbingan ke Dinas Kesehatan Provinsi dilakukan dengan pembagian wilayah dan penugasan terhadap pejabat-

pejabat Kementerian Kesehatan untuk bertanggung jawab terhadap wilayah binaan tertentu. Bimbingan atau pembinaan tidak dilakukan secara sendiri-sendiri oleh setiap program kesehatan, melainkan secara terpadu secara tim. Untuk itu, setiap tim yang hendak melakukan kunjungan ke provinsi binaannya, harus terlebih dulu mempelajari IKS tingkat kecamatan, kabupaten/kota, dan provinsi dari provinsi yang bersangkutan. Selain itu juga mengkaji profil kesehatan dari provinsi yang bersangkutan. Tim yang akan melakukan kunjungan sebaiknya sudah memiliki agenda permasalahan yang akan dibantu pemecahannya di provinsi yang dikunjungi sebelum datang berkunjung.

4. Pemantauan dan Pengendalian
Pemantauan dan pengendalian dilaksanakan dengan mengembangkan sistem pelaporan dari Dinas Kesehatan Provinsi ke Kementerian Kesehatan, sehingga Kementerian Kesehatan dapat mengetahui IKS tingkat provinsi dari masing-masing provinsi di Indonesia, dan menghitung IKS tingkat nasional. Rumus-rumus yang digunakan serupa dengan yang digunakan di tingkat kecamatan/kabupaten/kota/provinsi untuk menghasilkan gambaran tingkat nasional. Gambaran yang diperoleh digunakan sebagai pembandingan (*benchmarking*) guna memacu kompetisi sehat antar-provinsi dalam mencapai Provinsi Sehat. Kementerian Kesehatan juga dapat melakukan pemeringkatan/pemetaan.
- IV. Peran dan Tanggung Jawab Lintas Sektor
- Masalah kesehatan adalah masalah yang multi dimensi, yakni banyak sekali faktor penentu (determinan)nya. Sebagian besar faktor penentu tersebut bahkan berada di luar jangkauan (tugas dan wewenang) sektor kesehatan. Misalnya, salah satu faktor yang cukup besar pengaruhnya terhadap Angka Kematian Ibu melahirkan adalah karena banyaknya terjadi pernikahan dan kehamilan dalam usia yang masih sangat muda. Untuk itu diperlukan pengaturan agar tidak terjadi pernikahan dalam usia yang terlalu muda. Penyusunan dan penerbitan peraturan tentang hal ini jelas berada di luar tugas dan wewenang sektor kesehatan.
- Sehubungan dengan hal tersebut, disadari bahwa keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga juga sangat ditentukan oleh peran dan tanggung jawab sektor-sektor lain di luar sektor kesehatan (lintas sektor).
- Sebagaimana telah dikemukakan, keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga diukur dengan Indeks Keluarga Sehat, yang

merupakan komposit dari 12 indikator. Semakin banyak indikator yang dapat dipenuhi oleh suatu keluarga, maka status keluarga tersebut akan mengarah kepada Keluarga Sehat. Sementara itu, semakin banyak keluarga yang mencapai status Keluarga Sehat, maka akan semakin dekat tercapainya Indonesia Sehat.

Apabila ditinjau dari segi pencapaian masing-masing indikator Keluarga Sehat, dapat diidentifikasi peran dan tanggung jawab lintas sektor yang disajikan pada tabel 2.

Tabel 2. Peran dan Tanggung Jawab Lintas Sektor

No.	Indikator Keluarga Sehat	Pendukung Keberhasilan	Pihak yang Terkait
1	Keluarga ikut program keluarga berencana	1. tersedianya pelayanan KB sampai di tingkat desa/kelurahan	BKKBN & jajarannya
		2. promosi KB oleh nakes/di faskes	Kemenkes & jajarannya
		3. promosi KB oleh pemuka-pemuka agama	Kemenag & jajarannya
		4. pendidikan Kespro/KB di SLTA & perguruan tinggi	-Kemendikbud & jajarannya
			-Kemenristekdikti
		5. PNS, anggota Polri & anggota TNI sebagai panutan ber-KB	-Kemenpan dan RB
			-Polri -TNI
6. Kampanye nasional KB	-BKKBN & jajarannya -Kemenkominfo		
7. tersedianya pelayanan medis KB sampai di Puskesmas	Kemenkes & jajarannya		
2	Ibu bersalin di fasilitas kesehatan	1. tersedianya pelayanan puskesmas Poned & RS Ponek yang merata dan berkualitas	Kemenkes & jajarannya
		2. tersedianya rumah tunggu kelahiran dan "ambulan"/alat transportasi untuk bumil di tempat-tempat yang memerlukan	Kemendagri/Pemda & jajarannya
		3. tersedianya pelayanan ANC & senam bumil di Puskesmas	Kemenkes & jajarannya
		4. promosi oleh nakes dan kader PKK tentang persalinan di fasilitas kesehatan	-Kemenkes & jajarannya
-Kemendagri/Pemda & jajarannya			

No.	Indikator Keluarga Sehat	Pendukung Keberhasilan	Pihak yang Terkait
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	1. tersedianya pelayanan imunisasi dasar di Puskesmas dan FKTP lain	Kemenkes & jajarannya
		2. promosi oleh nakes/di faskes tentang imunisasi dasar	Kemenkes & jajarannya
		3. promosi oleh pemuka-pemuka agama tentang imunisasi dasar	Kemenag & jajarannya
		4. promosi oleh kader PKK tentang imunisasi dasar	Kemendagri/Pemda dan jajarannya
		5. kampanye nasional imunisasi dasar lengkap	-Kemenkes dan jajarannya -Kemenkominfo
4	Bayi diberi asi eksklusif selama 6 bulan	1. tersedianya pelayanan konseling asi di Puskesmas & FKTP lain	Kemenkes dan jajarannya
		2. tersedianya ruang menyusui/memerah dan menyimpan asi di tempat-tempat umum dan perkantoran/perusahaan	-Kemendagri/pemda dan jajarannya
			-Kemenpan dan RB -Kemenaker dan jajarannya
		3. promosi oleh nakes/di faskes tentang ASI eksklusif	Kemenkes dan jajarannya
		4. promosi oleh kader PKK tentang ASI eksklusif	Kemendagri/pemda & jajarannya
		5. kampanye nasional pemberian asi eksklusif	-Kemenkes dan jajarannya -Kemenkominfo
5	Pertumbuhan balita dipantau	1. posyandu yang berfungsi dengan baik dan reguler (minimal 1 bulan sekali)	Kemendagri/pemda & jajarannya
		2. supervisi dan bimbingan yang reguler dari puskes-mas ke posyandu	Kemenkes dan jajarannya
		3. pemantauan pertumbuhan murid play group dan taman kanak-kanak	Kemendikbud dan jajarannya
		4. promosi oleh kader PKK tentang pemantauan pertumbuhan balita	Kemendagri/pemda dan jajarannya
		5. promosi oleh nakes/di faskes ttg pemantauan pertumbuhan balita	Kemenkes dan jajarannya

No.	Indikator Keluarga Sehat	Pendukung Keberhasilan	Pihak yang Terkait
6	Penderita tb paru berobat sesuai standar	1. tersedianya pelayanan pengobatan tb paru di puskesmas, FKTP lain dan rumah sakit	Kemenkes dan jajarannya
		2. tersedianya pengawas menelan obat (PMO) di rumah dan/di tempat kerja	-Kemendagri/pemda dan jajarannya
			-Kemenaker dan jajarannya
		3. promosi oleh nakes/di faskes tentang pengobatan TB paru	Kemenkes dan jajarannya
		4. promosi oleh kader PKK tentang pengobatan TB paru	Kemendagri/pemda dan jajarannya
5. promosi di tempat-tempat umum tentang pengobatan TB paru	Kemendagri/pemda dan jajarannya		
7	Penderita hipertensi berobat teratur	1. akses pelayanan terpadu PTM di FKTP	Kemenkes dan jajarannya
		2. tersedianya posbindu PTM di setiap desa/ kelurahan yang berfungsi dengan baik	Kemendagri/pemda dan jajarannya
		3. sistem pengawasan keteraturan menelan obat dari kader kesehatan kepatuhan keteraturan minum obat oleh tenaga kesehatan	Kemendagri/Pemda dan jajarannya kemenkes dan jajarannya
		4. tersedianya pelayanan konseling berhenti merokok di puskesmas/FKTP dan RS	Kemenkes dan jajarannya
		5. peningkatan kegiatan senam & aktivitas fisik di kalangan masyarakat	Kemenpora dan jajarannya
		6. pembatasan kandungan gula, garam dan lemak dlm makanan olahan & pangan siap saji	Kemenperin dan jajarannya
			Kemendag dan jajarannya
7. promosi oleh nakes/di faskes tentang pengobatan hipertensi	Kemenkes dan jajarannya		
8	Penderita gangguan jiwa diobati dan tidak ditelantarkan/dipasung	1. akses pelayanan terpadu PTM di FKTP	Kemenkes dan jajarannya
		2. promosi oleh nakes/di faskes tentang pengobatan dan perlakuan terhadap penderita gangguan jiwa	Kemenkes dan jajarannya

No.	Indikator Keluarga Sehat	Pendukung Keberhasilan	Pihak yang Terkait
		3. promosi di tempat-tempat kerja tentang pengobatan dan perlakuan terhadap penderita gangguan jiwa	-Kemenpan dan RB -Kemenaker dan jajarannya
		4. promosi oleh kader PKK tentang pengobatan dan perlakuan terhadap penderita	Kemendagri/Pemda dan jajarannya
		5. promosi tentang pengobatan dan perlakuan terhadap penderita gangguan jiwa	Kemendagri/Pemda dan jajarannya
9	Tidak ada anggota keluarga yang merokok	1. tersedianya pelayanan konseling berhenti merokok di puskesmas/FKTP dan RS	Kemenkes dan jajarannya
		2. pembatasan iklan rokok dlm berbagai bentuk	- Kemenkominfo - Kemendag dan jajarannya
		3. pemberlakuan KTR di tujuh tatanan yang diamankan undang-undang, yaitu, fasyankes, tempat kerja, tempat anak bermain, tempat belajar mengajar, tempat ibadah, angkutan umum, fasilitas umum	Kemendagri/Pemda, seluruh K/L terkait dan jajarannya
		4. pemberlakuan kawasan dilarang merokok di sekolah/madrasah dan perguruan tinggi	- Kemendikbud dan jajarannya - Kemenag dan jajarannya - Kemenristekdikti
		5. pemberlakuan batas usia pembeli rokok	Kemendagri/Pemda dan jajarannya
		6. kenaikan cukai rokok	Kemenkeu
		7. kampanye nasional ttg bahaya merokok	Kemenkominfo
10	Keluarga memiliki sarana air bersih	1. tersedianya sarana air bersih sampai ke desa/ kelurahan	- Kemenpu dan jajarannya - Kemendagri/Pemda dan jajarannya
		2. tersedianya sarana air bersih di sekolah/ madrasah	- Kemendikbud dan jajarannya - Kemenag dan jajarannya

No.	Indikator Keluarga Sehat	Pendukung Keberhasilan	Pihak yang Terkait
			- Kemendagri/Pemda & jajarannya
		3. promosi oleh nakes/di faskes ttg pentingnya penggunaan air bersih	Kemenkes dan jajarannya
		4. promosi oleh kader kesehatan/kader pkk ttg pentingnya penggunaan air bersih	Kemendagri/pemda & jajarannya
11	Keluarga memiliki/menggunakan jamban sehat	1. tersedianya jamban sehat di setiap keluarga	- Kemenpu dan jajarannya - Kemendagri/pemda dan jajarannya
		2. tersedianya jamban sehat di sekolah/ madrasah & perguruan tinggi	- Kemendikbud dan jajarannya - Kemenag dan jajarannya - Kemenristekdikti
		3. promosi oleh nakes/di faskes tentang pentingnya penggunaan air bersih	Kemenkes dan jajarannya
		4. promosi oleh kader kesehatan/kader pkk ttg pentingnya penggunaan jamban sehat	Kemendagri/Pemda dan jajarannya
12	Sekeluarga sudah menjadi peserta JKN	1. tersedianya pelayanan kepesertaan JKN yang mudah dan efisien	BPJS kesehatan dan jajarannya
		2. tersedianya pelayanan FKTP dan RS yang bermutu dan merata serta rujukan yang nyaman	kemenkes dan jajarannya
		3. promosi tentang kepesertaan JKN	BPJS kesehatan dan jajarannya
		4. kampanye nasional tentang kepesertaan JKN	Kemenkominfo

Pokok Bahasan 2: Penguatan Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga

Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di tingkat Puskesmas dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1. Melakukan pendataan atau pencatatan kesehatan seluruh anggota keluarga menggunakan Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga) oleh Pembina Keluarga (dapat dibantu atau didampingi oleh kader kesehatan) sekaligus intervensi awal dengan promosi kesehatan dengan menggunakan Paket Informasi kesehatan keluarga (Pinkesga) atau media lainnya.
2. Membuat dan mengelola pangkalan data Puskesmas oleh tenaga pengelola data Puskesmas.
3. Menganalisis, merumuskan intervensi masalah kesehatan, dan menyusun rencana Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas.
4. Melaksanakan kunjungan rumah dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif oleh Pembina Keluarga.
5. Melaksanakan pelayanan kesehatan (dalam dan luar gedung) melalui pendekatan siklus hidup oleh tenaga kesehatan Puskesmas.
6. Melaksanakan Sistem Informasi dan Pelaporan Puskesmas oleh tenaga pengelola data Puskesmas.

Kegiatan-kegiatan tersebut harus diintegrasikan ke dalam langkah-langkah manajemen Puskesmas yang mencakup P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan-Pelaksanaan), dan P3 (Pengawasan-Pengendalian-Penilaian).

Tahapan persiapan pelaksanaan pendekatan keluarga :

1. Melakukan Sosialisasi di tingkat Puskesmas termasuk peningkatan kapasitas tenaga SDM Kesehatan sebagai tim pembina keluarga (internal)
2. Melakukan pembagian wilayah binaan
Puskesmas harus membagi wilayah kerjanya menjadi beberapa wilayah binaan berdasarkan desa yang disesuaikan dengan luas wilayah, jumlah keluarga, jumlah tenaga pendata dan kondisi geografis.
3. Menetapkan petugas pembina keluarga
Setiap tenaga kesehatan Puskesmas dapat diajukan sebagai Pembina Keluarga dengan focal pointnya adalah tenaga perawat dan bidan.
4. Menyusun SK Tim Pendekatan Keluarga
Penanggungjawab oleh Kepala Puskesmas dengan melibatkan seluruh tenaga kesehatan sebagai pembina keluarga

5. Melakukan sosialisasi dengan lintas sektor, perangkat desa, RW, RT, PKK dan kader kesehatan

Pendekatan Keluarga dilaksanakan dengan Konsep Wilayah, yaitu dimulai dari keluarga kemudian satu RT, selanjutnya berkembang menjadi satu RW, satu desa/kelurahan secara utuh baru berpindah ke desa/kelurahan lainnya, hingga total seluruh desa/kelurahan di wilayah kerja Puskesmas dilaksanakan. Hal ini dilakukan secara total coverage untuk setiap tingkatan agar didapatkan Indeks Keluarga Sehat (IKS), mulai tingkat keluarga sampai tingkat kecamatan.

Penguatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Faktor yang paling berperan dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat adalah perilaku dan lingkungan. Oleh sebab itu, Puskesmas sebagai kontak pertama memiliki prinsip mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Untuk itu, Puskesmas diberikan kewenangan dalam menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait. Selain itu, Puskesmas juga berwenang melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.

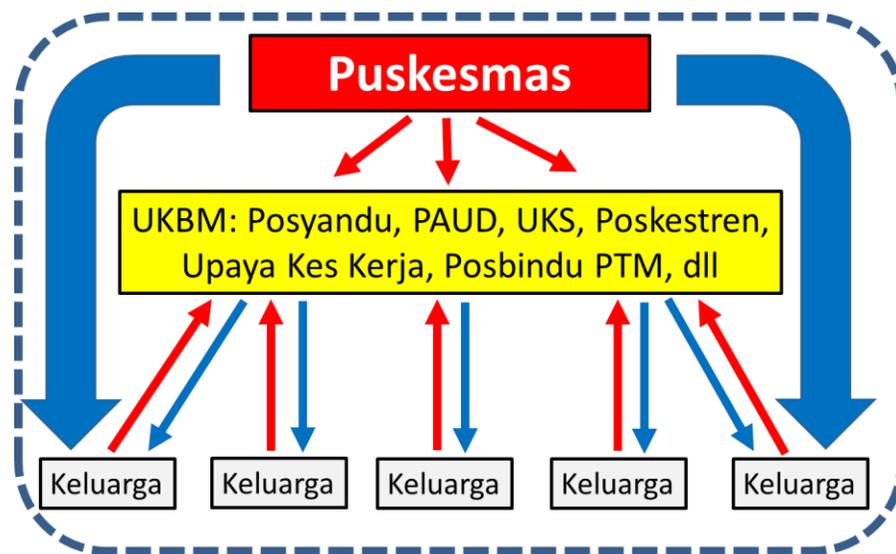
Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat (Permenkes No. 65 th 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan).

Salah satu kegiatan dalam pemberdayaan masyarakat adalah melalui pembentukan UKMB. UKMB adalah wahana pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya. Bentuk UKMB antara lain Posyandu, Poskesdes, Posbindu Penyakit Tidak Menular, UKS, Saka Bhakti Husada (SBH), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), Pos UKK dan lain-lain.

Melalui kunjungan keluarga PIS-PK, tenaga kesehatan Puskesmas langsung menjangkau keluarga-keluarga di wilayah kerjanya untuk mengetahui dan menyelesaikan masalah kesehatan di keluarga tersebut. Pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah ini tidak berarti mematikan UKBM-UKBM yang ada, tetapi justru untuk memperkuat UKBM-UKBM yang selama ini dirasakan masih kurang efektif. Hal ini karena ketika saat kunjungan rumah terdapat anggota keluarga yang perlu mendapatkan

pelayanan kesehatan, dapat dimotivasi untuk memanfaatkan UKBM yang ada dan/atau pelayanan Puskesmas. Selain itu, keluarga juga dapat dimotivasi untuk memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan dan berbagai faktor risiko lainnya, dengan pendampingan dari kader-kader kesehatan UKBM dan/atau petugas profesional Puskesmas.

Yang terpenting dalam penyelenggaraan UKBM adalah meningkatkan pemahaman dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya UKBM sebagai sarana skrining penyakit sehingga menumbuhkan rasa kebutuhan untuk ikut berperan aktif dan bertanggungjawab terhadap kesehatan diri dan keluarganya.



Gambar hubungan Puskesmas – Keluarga – UKBM

a. PIS-PK dalam mendukung Pencapaian SPM

Dalam implementasinya, PIS-PK merupakan alat untuk mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota Bidang Kesehatan. Sesuai Peraturan Pemerintah nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, terdapat 12 pelayanan dasar yang pencapaiannya harus 100%.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yg berhak diperoleh setiap warga secara minimal. SPM diarahkan untuk pelayanan dasar yang terkait dengan kebutuhan pokok masyarakat

Esensi SPM adalah:

- SPM merupakan standar minimum pelayanan dasar yang wajib disediakan oleh Pemda kepada masyarakat.
- Adanya SPM akan menjamin minimum pelayanan dasar yang berhak diperoleh masyarakat Indonesia dari Pemerintah
- Bagi Pemda: SPM dapat dijadikan tolok ukur (*benchmark*) dalam penentuan biaya yang diperlukan untuk membiayai penyediaan pelayanan.
- Bagi masyarakat: SPM akan menjadi acuan mengenai kualitas dan kuantitas suatu pelayanan dasar yang disediakan oleh Pemda.
- SPM harus mampu menjamin terwujudnya hak-hak individu serta dapat menjamin akses masyarakat mendapat pelayanan dasar yang wajib disediakan Pemda sesuai ukuran yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Tujuan SPM:

- Panduan dari pemerintah pusat untuk daerah dalam memberikan pelayanan esensial
- Alat pemerintah pusat dalam memastikan bahwa setiap WNI memperoleh pelayanan esensial yang sama
- Alat kontrol masyarakat atas penyelenggaraan pemerintahan daerah untuk meningkatkan akuntabilitas pemda terhadap masyarakat.

Untuk menjamin tercapainya sasaran dan prioritas pembangunan nasional bidang kesehatan, Menteri Kesehatan telah menetapkan Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019. SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri atas

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil.
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin.
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir.
4. Pelayanan kesehatan balita.
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar.
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif.
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut.
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi.
9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus.
10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa.
11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis dan
12. Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*)

Dari 12 SPM tersebut sebanyak tujuh SPM terkait dengan 7 indikator keluarga sehat sehingga dapat mendukung pencapaian penerapan SPM yaitu: Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan

1. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
2. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
3. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
4. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
5. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
6. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan

Dengan demikian, bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, pendekatan keluarga merupakan salah satu cara yang sangat besar artinya bagi terlaksananya SPM Bidang Kesehatan. Jika SPM menghendaki cakupan pelayanan secara universal (*total coverage*), demikian pun dengan pendekatan keluarga. Dalam pendekatan keluarga, Puskesmas harus mendata seluruh (*total coverage*) dari keluarga yang ada di wilayah kerjanya dan mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi setiap anggota keluarga.

Dalam implementasinya, PIS-PK merupakan moda untuk mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota Bidang Kesehatan. Sesuai PP nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, terdapat 12 pelayanan dasar yang pencapaiannya harus 100%. Sebagian besar bentuk pelayanan dasar SPM tersebut beririsan dengan 12 Indikator Keluarga Sehat dan terdapat 7 Indikator Keluarga Sehat terkait dengan Pelayanan Dasar pada SPM, yaitu persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, imunisasi dasar lengkap, ASI eksklusif, pemantauan pertumbuhan balita, tuberkulosis paru, hipertensi, dan gangguan jiwa berat. Sehingga jika pendekatan keluarga dilaksanakan dengan baik maka pelayanan dasar SPM Kabupaten/Kota Bidang Kesehatan akan tercapai. Disamping itu, dari hasil kunjungan keluarga PIS-PK (jika sudah dilaksanakan secara *total coverage*) dapat dilakukan analisis untuk penghitungan kebutuhan pemenuhan pelayanan dasar serta sasaran secara riil. Sasaran SPM yang ditemukan adalah ibu hamil, jumlah per kelompok umur dan jumlah kelompok suspek/penderita TB, Hipertensi, ODGJ. Dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019, Penetapan sasaran layanan dasar SPM di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

b. Pemanfaatan Hasil PIS-PK untuk meningkatkan Cakupan Program

Dari hasil kunjungan keluarga yang dilakukan Puskesmas dapat memanfaatkan *raw data* individu sebagai basis data di wilayah kerjanya. Puskesmas memperoleh basis data menurut nama dan alamat (*by name by adress*) untuk perencanaan intervensi lanjut, data sasaran riil sebagai sasaran SPM, dan untuk melengkapi analisis data program serta mengaitkan capaian PIS-PK dengan capaian program, misalnya apakah terjadi *miss opportunity* (contoh capaian persalinan di Fasyankes dengan capaian HbO dan IMD yang tidak sinkron pada hal memiliki sasaran sama).

Berdasarkan hasil evaluasi implementasi PIS-PK di Puskesmas, belum seluruh Puskesmas memanfaatkan *raw data*, karenanya, dilakukan pengembangan tools yang mempermudah Puskesmas dalam melakukan analisis *raw data*. Aplikasi KS versi 2.0 memiliki menu *crosstab* yang dapat mengolah *raw data* dan melakukan tabulasi silang. Untuk keperluan analisis data, Puskesmas dapat mengupload *raw data* dengan format *csv (comma delimited)* dan memilih variabel yang akan disandingkan secara *online*.

Selain menggunakan fitur *crosstab*, terdapat alternatif pengolahan data secara *offline* menggunakan Instrumen Analisis *Raw data* PIS-PK (INARATA) dalam bentuk excel yang dapat menghasilkan informasi untuk perencanaan secara *evidence based* (berupa sasaran riil program/intervensi lanjut maupun SPM) serta dapat menampilkan mapping wilayah kerja. Instrumen ini dapat diunduh melalui *link* bit.ly/INARATA_PIS-PK pada link tersebut telah dilengkapi buku petunjuk serta video tutorial pemanfaatannya.

Disamping itu, telah dikembangkan syntax untuk analisis *raw data* menggunakan SPSS. Puskesmas mengexport data dan menjalankan syntax SPSS yang telah disiapkan.

Data PIS-PK dapat diperkaya dengan data program di luar 12 indikator yang dimiliki Puskesmas dengan menggunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) untuk sinkronisasi datanya. Data yang sudah diolah harus digunakan untuk mengidentifikasi dan menganalisis masalah-masalah kesehatan di tingkat keluarga, tingkat desa/kelurahan dan tingkat kecamatan dan atau Puskesmas. Sehingga intervensi lanjut bisa dilakukan di tingkat keluarga, tingkat kelompok dan di tingkat wilayah dalam bentuk pendekatan wilayah

Intervensi lanjut yang dilaksanakan merupakan kegiatan program namun pelaksanaannya menitikberatkan pada integrasi lintas program. Contoh pada indikator TB Paru, yaitu ditemukan suspek TB pada kunjungan keluarga, dimana terdapat peran intervensi lanjut masing-masing program yang dilakukan secara terintegrasi, yaitu antara petugas Perkesmas, petugas TB, petugas kesehatan lingkungan dan petugas gizi seperti pada gambar berikut.



Penyakit Tidak Menular (PTM) utama (kardiovaskuler, kanker, diabetes melitus, penyakit paru obstruktif kronik dan gangguan indera dan fungsional) terutama di negara berkembang telah mengalami peningkatan dengan cepat sehingga berdampak pada peningkatan angka kesakitan dan kematian. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan bahwa 71% kematian di seluruh dunia pada tahun 2016 disebabkan oleh PTM (41 juta kematian), terdiri dari penyakit jantung dan pembuluh darah (PJPD) 17,9 juta (31%), penyakit saluran pernapasan kronik 3,9 juta (6,8%), kanker 9 juta (15,6%), diabetes melitus 1,6 juta (2,8%), serta PJPD lainnya sebesar 5,9 juta (16%).

Di tingkat nasional, hasil Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi PTM mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus dan hipertensi. Prevalensi Kanker naik dari 1,4% (2013) menjadi 1,8% (2018); prevalensi stroke naik dari 7% (2013) menjadi 10,9% (2018), penyakit ginjal kronis naik dari 2‰ (2013) menjadi 3,8‰ (2018). Berdasarkan pemeriksaan gula darah, prevalensi diabetes melitus naik dari 6,9% (2013) menjadi 8,5% (2018) dan hasil pengukuran tekanan darah menunjukkan peningkatan prevalensi hipertensi dari 25,8% (2013) menjadi 34,1% (2018).

Pencegahan dan pengendalian PTM yang efektif membutuhkan interaksi efektif antar fasilitas pelayanan kesehatan dari tingkat primer hingga tingkat rujukan, yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, paliatif dan rehabilitatif terhadap kasus-kasus PTM. Pelayanan kesehatan dengan keluarga sebagai titik tumpu perkuatan dari seluruh aktivitas yang berjalan secara efektif merupakan kunci keberhasilan penanggulangan PTM. Dengan demikian, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama secara

bertahap harus diupayakan mampu melakukan penanggulangan PTM secara terintegrasi dengan pemusatan terhadap keluarga.

Keluarga sebagai bagian dari Masyarakat mempunyai peran penting dalam pencegahan PTM, antara lain dalam mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan membiasakan perilaku CERDIK (**C**ek kesehatan secara berkala, **E**nyahkan asap rokok, **R**ajin aktifitas fisik, **D**iet sehat dan gizi seimbang, **I**stirahat yang cukup dan **K**elola stres”).

Program pencegahan dan pengendalian PTM diarahkan pada upaya pemicuan perubahan perilaku, pencegahan dan deteksi faktor risiko, perlindungan khusus, dan tata laksana kasus berbasis komunitas. Pada tingkat komunitas telah diinisiasi pembentukan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM dimana dilakukan deteksi dini faktor risiko, penyuluhan dan kegiatan bersama komunitas untuk menuju Perilaku Hidup Sehat dengan penerapan CERDIK.

Di sisi lain, pembangunan lingkungan yang memberi ruang bagi publik untuk membuat pilihan yang sehat dan menghindari faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan, termasuk penyakit tidak menular. Salah satu bentuk upaya ini adalah Implementasi Kawasan Tanpa Rokok, terutama di 7 tatanan.

Pencegahan dan pengendalian PTM juga diterapkan berbasis siklus tahapan kehidupan (life-course approach). Hal ini tampak melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang diharapkan dapat menumbuhkan penerapan perilaku “CERDIK di Sekolah” pada komunitas di sekolah termasuk didalamnya guru, administrator dan peserta didik. Tenaga-tenaga Pembina UKS di sekolah, puskesmas dan pemerintah daerah setempat mempunyai peran besar terhadap kegiatan ini, termasuk menjadi role model. Untuk itu, komponen upaya P2PTM pada program UKS selayaknya menjadi program wajib puskesmas agar pencegahan dan pengendalian PTM dapat dilakukan sejak dini. Sementara untuk target sasaran usia produktif dan usia lanjut, pencegahan dan pengendalian PTM dapat dilakukan melalui “Posbindu PTM” di tempat kerja dan di kelompok-kelompok masyarakat, serta integrasi kegiatan Posbindu PTM dan Posyandu Lansia.

Pada tingkat pelayanan kesehatan tingkat pertama juga telah dilakukan penguatan P2PTM dengan mengedepankan promosi kesehatan, deteksi dini faktor risiko dan penyakit, perlindungan khusus dan penatalaksanaan kasus, dalam bentuk pelayanan terpadu PTM (Pandu PTM).

Pandu PTM adalah upaya pencegahan, pengendalian, dan tata laksana terintegrasi Hipertensi dan Diabetes Melitus serta PTM lainnya yang dilaksanakan secara komprehensif dan terintegrasi dengan pendekatan faktor risiko, menggunakan Carta

Prediksi Risiko PTM melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Dalam pelaksanaannya, Pandu PTM bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, disabilitas, dan kematian akibat PTM (mencegah terjadinya PTM dan/atau komplikasinya), yang bergerak lebih ke hulu dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif. Kegiatan ini dilaksanakan secara komprehensif dan berkelanjutan dengan tidak mengabaikan aspek kuratif, rehabilitatif dan paliatif.

8

RANGKUMAN

Pendekatan yang digunakan untuk mengintegrasikan seluruh program di Puskesmas adalah pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga menjadi salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga ke luar gedung dengan mengunjungi keluarga-keluarga di wilayah kerjanya. Hasil kunjungan keluarga tersebut terintegrasi dalam manajemen Puskesmas menjadi dasar bagi Puskesmas dalam merencanakan dan melaksanakan intervensi keluarga, kelompok dan wilayah yang demi terwujudnya kecamatan sehat.

9

REFERENSI

1. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025
2. Perpres Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN Tahun 2020-2024
3. Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelaksanaan Program Indonesia dengan Pendekatan Keluarga
4. Permenkes nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
5. Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
6. Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat

7. Permenkes Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024
8. Buku Panduan Pelaksanaan PIS-PK pada masa pandemi COVID-19 serta Adaptasi Kebiasaan Baru



Kebijakan Penyelenggaraan Puskesmas

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
1 : DISKRIPSI SINGKAT	1
2 : TUJUAN PEMBELAJARAN	2
3 : MATERI POKOK & SUB MATERI POKOK.....	2
4 : METODE	3
5 : MEDIA DAN ALAT BANTU	3
6 : LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN.....	3
7 : URAIAN MATERI	4
Materi Pokok 1 : Kebijakan penyelenggaraan Puskesmas	4
Materi Pokok 2 : Persyaratan Puskesmas	13
8 : REFERENSI	15
9 : LAMPIRAN	14

1

DESKRIPSI SINGKAT

Tantangan pembangunan kesehatan saat ini adalah penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan primer mencakup penguatan akses dan kualitas, yang dibuktikan dengan membaiknya mutu pelayanan kesehatan yang didukung dengan ketersediaan sumber daya seperti sarana, prasarana, peralatan dan logistik kesehatan serta tenaga dan anggaran kesehatan.

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer memiliki peran yang sangat penting karena menjadi garda terdepan dalam pemberian pelayanan kesehatan di Indonesia. Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Agar dapat menjalankan fungsinya secara optimal, Puskesmas perlu dikelola dengan baik, meliputi sumber daya yang digunakan, proses pelayanan dan kinerja pelayanan.

Modul ini membahas tentang hal-hal yang berkaitan dengan kebijakan penyelenggaraan Puskesmas dan persyaratan Puskesmas, sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Diharapkan para peserta membaca batang tubuh dan lampiran dari Permenkes Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Pelatihan

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu menjelaskan tentang kebijakan penyelenggaraan Puskesmas.

Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta dapat menjelaskan tentang :

1. Kebijakan Penyelenggaraan Puskesmas
2. Persyaratan Puskesmas

3

MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Kebijakan penyelenggaraan Puskesmas
 - a. Definisi Puskesmas
 - b. Tujuan Pembangunan Kesehatan di Puskesmas
 - c. Prinsip Penyelenggaraan, Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas
 - d. Kategori Puskesmas
 - e. Organisasi dan Tata Hubungan Kerja
 - f. Upaya Kesehatan Puskesmas
 - g. Jaringan Pelayanan, Jejaring Puskesmas dan Sistem Rujukan
 - h. Pengelolaan Keuangan
 - i. Pembinaan Puskesmas
2. Persyaratan Puskesmas
 - a. Lokasi Puskesmas
 - b. Perizinan Puskesmas
 - c. Registrasi Puskesmas
 - d. Standar Bangunan
 - e. Standar Prasarana
 - f. Standar Peralatan Kesehatan
 - g. Standar Tenaga

4

METODE

1. Curah pendapat
2. Ceramah tanya jawab (CTJ)

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

1. Bahan tayangan (Slide power point)
2. Komputer
3. LCD Projector
4. Sound System
5. Flip chart
6. Spidol (ATK)
7. Modul

6

LANGKAH – LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran mata pelatihan ini.

Langkah 1: Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran mata pelatihan ini dan materi pokok yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2: Pembahasan per Mata Pelatihan

1. Fasilitator menyampaikan paparan tentang Kebijakan Penyelenggaraan Puskesmas sesuai urutan materi pokok dan sub materi pokok dengan

menggunakan bahan tayang. Materi dalam sesi ini dijelaskan dengan memanfaatkan partisipasi aktif peserta.

2. Selanjutnya fasilitator akan melakukan diskusi tanya jawab untuk menggali seberapa dalam penjelasan yang telah diperoleh dari materi yang telah disampaikan

Langkah 3 : Rangkuman

Fasilitator merangkum tentang pembahasan materi ini dengan mengajak seluruh peserta untuk melakukan refleksi, dilanjutkan memberikan apresiasi atas partisipasi aktif peserta.

Rangkuman:

1. Konsep Puskesmas berbeda dengan konsep FKTP Lainnya.
2. Puskesmas mempunyai konsep wilayah kerja, dan bertanggungjawab terhadap pelaksanaan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
3. Penanganan permasalahan kesehatan di Puskesmas sesuai dengan kondisi biologi, psikologi, sosial, kultural, dan spiritual di wilayah kerjanya.
4. Puskesmas mengutamakan promotif dan preventif dalam melaksanakan tugasnya.

7

URAIAN MATERI

MATERI POKOK 1: KEBIJAKAN PENYELENGGARAAN PUSKESMAS

a. Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

b. Tujuan Pembangunan Kesehatan di Puskesmas

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas untuk mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat, dan bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

1. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
2. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu;
3. Hidup dalam lingkungan sehat; dan

4. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

c. Prinsip Penyelenggaraan, Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas

Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, maka Puskesmas memperhatikan prinsip penyelenggaraan:

1. Paradigma sehat: Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
2. Pertanggungjawaban wilayah: Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
3. Kemandirian masyarakat: Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
4. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan: pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas harus dapat diakses dan dijangkau oleh semua masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.
5. Teknologi tepat guna yang dimanfaatkan pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan
6. Keterpaduan dan kesinambungan, dalam hal ini mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP, lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Puskesmas bertugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas tersebut Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Melalui pendekatan keluarga, Puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, dan penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Selain menyelenggarakan fungsi tersebut, Puskesmas dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan.

Dalam menyelenggarakan fungsi UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

1. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait;
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
6. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
8. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual;
9. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan;
10. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit;
11. Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga; dan melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya,

Melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas

Dalam menyelenggarakan fungsi UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

1. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter-pasien yang erat dan setara;
2. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
3. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat
4. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja
5. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerjasama inter dan antar profesi

6. melaksanakan penyelenggaraan rekam medis
7. melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan
8. melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
9. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan,
10. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selain memiliki kewenangan di atas, Puskesmas melakukan pembinaan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.

d. Kategori Puskesmas

Dalam rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan:

1. Karakteristik wilayah kerja

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja, Puskesmas dikategorikan menjadi:

- a) Puskesmas kawasan perkotaan;
- b) Puskesmas kawasan perdesaan;
- c) Puskesmas kawasan terpencil; dan
- d) Puskesmas kawasan sangat terpencil.

Kategori Puskesmas harus ditetapkan oleh bupati/wali kota

2. Kemampuan pelayanan.

Berdasarkan kemampuan pelayanan, Puskesmas dikategorikan menjadi:

a) Puskesmas nonrawat inap

- Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*home care*), dan pelayanan gawat darurat
- Puskesmas nonrawat inap dapat menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal.

b) Puskesmas rawat inap.

- Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya
- Puskesmas yang dapat menjadi Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas di kawasan perdesaan, kawasan terpencil dan kawasan sangat terpencil, yang jauh dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan rujukan tingkat lanjut

e. Organisasi dan Tata Hubungan Kerja

Puskesmas merupakan unit organisasi bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja secara profesional. Puskesmas berkedudukan sebagai unit pelaksana teknis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Puskesmas dipimpin oleh Kepala Puskesmas sesuai dengan kriteria. Organisasi Puskesmas paling sedikit terdiri atas:

1. kepala Puskesmas
2. kepala tata usaha
3. penanggungjawab, paling sedikit terdiri atas:
 - a) penanggung jawab UKM dan keperawatan kesehatan masyarakat;
 - b) penanggung jawab UKP, kefarmasian, dan laboratorium;
 - c) penanggung jawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring Puskesmas;
 - d) penanggung jawab bangunan, prasarana, dan peralatan puskesmas; dan
 - e) penanggung jawab mutu

Selain penanggung jawab di atas, dapat dibentuk penanggung jawab lainnya berdasarkan kebutuhan Puskesmas dengan persetujuan kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Hubungan kerja antara dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dengan Puskesmas bersifat pembinaan. Pembinaan dilakukan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota kepada Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis yang memiliki otonomi dalam rangka sinkronisasi dan harmonisasi pencapaian tujuan pembangunan kesehatan daerah. Pencapaian tujuan pembangunan kesehatan daerah merupakan bagian dari tugas, fungsi, dan tanggung jawab dinas kesehatan daerah kabupaten/kota

Selain memiliki hubungan kerja dengan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, Puskesmas juga memiliki hubungan kerja dengan:

1. Rumah sakit, bersifat koordinasi dan/atau rujukan di bidang upaya kesehatan.
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain dan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat bersifat pembinaan, koordinasi, dan/atau rujukan di bidang upaya kesehatan.
3. Lintas sektor terkait lainnya sebagai jejaring bersifat koordinasi di bidang upaya kesehatan.

f. Upaya Kesehatan Puskesmas

Puskesmas sesuai fungsinya sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama

menyelenggarakan upaya kesehatan tersebut secara terintegrasi dan berkesinambungan.

UKM tingkat pertama meliputi:

1. UKM esensial, meliputi:
 - a. pelayanan promosi kesehatan
 - b. pelayanan kesehatan lingkungan
 - c. pelayanan kesehatan keluarga
 - d. pelayanan gizi
 - e. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit
2. UKM pengembangan.

UKM pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya bersifat inovatif dan/atau disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas.

UKP tingkat pertama, dilaksanakan oleh dokter, dokter gigi, dan dokter layanan primer, serta Tenaga Kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Adapun pelayanan kesehatannya dilakukan dalam bentuk:

1. rawat jalan, baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit
2. pelayanan gawat darurat
3. pelayanan persalinan normal
4. pelayanan di rumah (*home care*); dan/atau
5. rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi.

Dalam melaksanakan UKM dan UKP, Puskesmas harus menyelenggarakan :

1. manajemen Puskesmas
2. pelayanan kefarmasian
3. pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat
4. pelayanan laboratorium, dan
5. kunjungan keluarga

g. Jaringan Pelayanan, Jejaring Puskesmas dan Sistem Rujukan

Dalam rangka mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, Puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring Puskesmas

1. Jaringan pelayanan Puskesmas terdiri atas:
 - a. Puskesmas Pembantu,
Puskesmas Pembantu memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas.
Tujuan Puskesmas Pembantu adalah untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerjanya.

Fungsinya adalah untuk menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas di wilayah kerjanya

b. Puskesmas Keliling

Puskesmas keliling memberikan pelayanan kesehatan yang sifatnya bergerak (*mobile*), untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang belum terjangkau oleh pelayanan dalam gedung Puskesmas.

Tujuan dari Puskesmas Keliling adalah untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat terutama masyarakat di daerah terpencil/sangat terpencil dan terisolasi baik di darat maupun di pulau-pulau kecil serta untuk menyediakan sarana transportasi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Fungsi dari Puskesmas Keliling adalah sebagai: (1). sarana transportasi petugas; (2). sarana transportasi logistik; (3). sarana pelayanan kesehatan; dan (4). sarana pendukung promosi kesehatan.

c. Praktik Bidan Desa

Praktik Bidan Desa merupakan praktik bidan yang memiliki Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) di Puskesmas, dan bertempat tinggal serta mendapatkan penugasan untuk melaksanakan praktik kebidanan dari Pemerintah Daerah pada satu desa/kelurahan dalam wilayah kerja Puskesmas yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tugas bidan desa, sesuai kewenangannya, yaitu:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- 4) Pelayanan promotif, preventif dan pemberdayaan masyarakat.
- 5) Pelayanan kesehatan prioritas lainnya yang ditugaskan oleh Kepala Puskesmas

2. Jejaring Puskesmas

Jejaring Puskesmas terdiri atas upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, usaha kesehatan sekolah, klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium, tempat praktik mandiri Tenaga Kesehatan, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

Jejaring Puskesmas wajib melaporkan kegiatan dan hasil kegiatan pelayanan kesehatan kepada Puskesmas di wilayah kerjanya sewaktu-waktu dan/atau secara berkala setiap bulan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Sistem Rujukan

Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan dapat melaksanakan rujukan, meliputi rujukan upaya kesehatan masyarakat dan rujukan upaya kesehatan perseorangan.

h. Pengelolaan Keuangan

Pemerintah daerah kabupaten/kota harus mendorong Puskesmas untuk menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah.

i. Pendanaan

Pendanaan di Puskesmas bersumber dari:

1. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) kabupaten/kota;
2. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN); dan/atau
3. sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

Pendanaan ditujukan dengan mengutamakan penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat.

j. Sistem Informasi Puskesmas

Setiap Puskesmas harus menyelenggarakan Sistem Informasi Puskesmas yang merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan kabupaten/kota. Sistem Informasi Puskesmas dapat diselenggarakan secara elektronik dan/atau nonelektronik. Sistem Informasi Puskesmas paling sedikit mencakup:

1. pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya;
2. pencatatan dan pelaporan keuangan Puskesmas dan jaringannya;
3. survei lapangan;
4. laporan lintas sektor terkait; dan
5. laporan jejaring Puskesmas di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan Sistem Informasi Puskesmas, Puskesmas harus menyampaikan laporan kegiatan Puskesmas secara berkala kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Laporan kegiatan Puskesmas merupakan sumber data dari pelaporan data program kesehatan yang diselenggarakan melalui komunikasi data.

k. Pembinaan Puskesmas

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Puskesmas, serta dapat melibatkan organisasi profesi dan perhimpunan/asosiasi terkait dalam pelaksanaannya.

Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat, dan dilaksanakan dalam bentuk bantuan teknis, pendidikan dan pelatihan.

Adapun tugas Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam pembinaan dan pengawasan Puskesmas yaitu:

1. Menjamin kesinambungan ketersediaan sumberdaya Puskesmas sesuai standar dalam menjamin mutu pelayanan
2. Memastikan kesinambungan ketersediaan dana operasional dan pemeliharaan sarana, prasarana, serta peralatan Puskesmas termasuk alokasi dana kalibrasi secara berkala
3. Melakukan peningkatan kompetensi tenaga Puskesmas
4. Melakukan proses kredensial dan rekredensial tenaga kesehatan Puskesmas, yang dapat melibatkan organisasi profesi terkait, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi kinerja Puskesmas di wilayah kerjanya secara berkala dan berkesinambungan.
6. Melakukan bimbingan teknis secara terintegrasi antar program-program kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas.
7. Memberikan solusi atas masalah yang tidak mampu diselesaikan di Puskesmas.
8. Mendukung pengembangan upaya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.
9. Mengeluarkan regulasi yang bertujuan memfasilitasi untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan.
10. Memfasilitasi integrasi lintas program terkait kesehatan dan profesi dalam hal perencanaan, implementasi dan evaluasi pelaksanaan program Puskesmas.
11. Menyampaikan laporan kegiatan, data dan masalah kesehatan prioritas di Puskesmas yang terdapat di kabupaten/kota secara berkala kepada pemerintah daerah provinsi, termasuk diantaranya jika terjadi perubahan kategori Puskesmas.

Tugas dari Pemerintah Daerah Provinsi dalam pembinaan dan pengawasan Puskesmas yaitu:

1. Melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan berbagai standar dan pedoman yang terkait dengan penyelenggaraan Puskesmas, sesuai kondisi daerah.
2. Melaksanakan koordinasi dengan lintas sektor di tingkat Provinsi.
3. Melaksanakan sosialisasi dan advokasi.
4. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota
5. Memberikan bantuan teknis atas ketidakmampuan yang dihadapi kabupaten/kota dalam mendukung penyelenggaraan dan pelaksanaan fungsi Puskesmas.
6. Menyampaikan laporan kegiatan, data dan masalah kesehatan prioritas di wilayah kerjanya secara berkala kepada Pemerintah Pusat, termasuk diantaranya jika terjadi perubahan kategori Puskesmas.

MATERI POKOK 2: PERSYARATAN PUSKESMAS

Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan. Dalam kondisi tertentu, pada 1 (satu) kecamatan dapat didirikan lebih dari 1 (satu) Puskesmas.

a. Lokasi Puskesmas

Persyaratan lokasi meliputi:

1. geografis;
2. aksesibilitas untuk jalur transportasi;
3. kontur tanah;
4. fasilitas parkir;
5. fasilitas keamanan;
6. ketersediaan utilitas publik;
7. pengelolaan kesehatan lingkungan; dan
8. tidak didirikan di area sekitar Saluran Udara
9. Tegangan Tinggi dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Perizinan Puskesmas

Setiap Puskesmas wajib memiliki izin operasional. Izin operasional diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota setelah Puskesmas memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian, dan laboratorium klinik. Izin operasional berlaku untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan. Perpanjangan izin operasional dilakukan dengan mengajukan permohonan perpanjangan selambat-lambatnya 6 (enam) bulan sebelum habis masa berlakunya izin operasional.

c. Registrasi Puskesmas

Puskesmas yang telah mempunyai izin operasional selanjutnya wajib melakukan registrasi. Registrasi dilakukan untuk memperoleh kode Puskesmas. Registrasi diajukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada Menteri Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, serta hasil pengisian formulir verifikasi dan penilaian kelayakan registrasi Puskesmas

d. Standar Bangunan

Persyaratan bangunan meliputi:

1. persyaratan administratif, persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja serta persyaratan teknis bangunan;
2. bangunan bersifat permanen dan terpisah dengan bangunan lain; dan
3. bangunan didirikan dengan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, perlindungan keselamatan dan kesehatan serta kemudahan

dalam memberi pelayanan bagi semua orang termasuk yang berkebutuhan khusus/penyandang disabilitas, anak-anak, dan lanjut usia.

Selain memiliki bangunan yang memenuhi persyaratan di atas, setiap Puskesmas memiliki bangunan rumah dinas Tenaga Kesehatan dan bangunan lainnya sesuai dengan kebutuhan, serta didirikan dengan mempertimbangkan aksesibilitas Tenaga Kesehatan dalam memberikan pelayanan.

e. Standar Prasarana

Persyaratan prasarana paling sedikit terdiri atas:

1. sistem penghawaan (ventilasi);
2. sistem pencahayaan;
3. sistem air bersih, sanitasi, dan hygiene;
4. sistem kelistrikan;
5. sistem komunikasi;
6. sistem gas medik;
7. sistem proteksi petir;
8. sistem proteksi kebakaran;
9. sarana evakuasi;
10. sistem pengendalian kebisingan;
11. kendaraan puskesmas keliling, dapat dilengkapi dengan ambulans dan kendaraan lainnya.

f. Standar Peralatan Kesehatan

Persyaratan peralatan meliputi:

1. jumlah dan jenis peralatan sesuai kebutuhan pelayanan;
2. kelengkapan izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. standar mutu, keamanan, dan keselamatan; dan
4. diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi pengujian dan pengkalibrasi yang berwenang.

Jumlah dan jenis peralatan dapat berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, kebijakan, kebutuhan, kompetensi, dan kewenangan tenaga kesehatan Puskesmas, serta ketentuan peraturan perundang-undangan.

g. Standar Tenaga

Standar ketenagaan Puskesmas terdiri atas dokter dan atau dokter layanan primer, dokter gigi, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan. Jenis dan jumlah ketenagaan di Puskesmas dihitung berdasarkan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, rasio terhadap jumlah penduduk dan persebarannya, luas dan karakteristik wilayah kerja, ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja

Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas paling sedikit terdiri atas:

1. dokter dan/atau dokter layanan primer;
2. dokter gigi;
3. perawat;
4. bidan;
5. tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku;
6. tenaga sanitasi lingkungan;
7. nutrisisionis;
8. tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian; dan
9. ahli teknologi laboratorium medik.

Dalam kondisi tertentu, Puskesmas dapat menambah jenis tenaga kesehatan lainnya meliputi terapis gigi dan mulut, epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, perekam medis dan informasi kesehatan, dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan.

Tenaga non kesehatan yang ada di Puskesmas harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di Puskesmas.

8 REFERENSI

1. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. UU Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
3. UU Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
4. PP Nomor 18 tahun 2016 tentang Perangkat Daerah
5. Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
6. Permenkes Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat



Kepemimpinan dan Anti Korupsi

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	.....	i
1	: DESKRIPSI SINGKAT	1
2	: TUJUAN PEMBELAJARAN	3
3	: MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	3
4	: METODE	4
5	: MEDIA DAN ALAT BANTU	4
6	: LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN	5
7	: URAIAN MATERI	7
Materi Pokok 1	: Konsep Kepemimpinan Transformasional.....	8
Materi Pokok 2	: Kepemimpinan dalam Pembuatan Keputusan.....	18
Materi Pokok 3	: Kepemimpinan dalam Pengelolaan Konflik (Manajemen Konflik).....	21
Materi Pokok 4	: Kepemimpinan Holistik Transformatif.....	35
Materi Pokok 5	: Kepemimpinan Anti Korupsi.....	41
8	: LAMPIRAN	50
9	: DAFTAR PUSTAKA	66

1

DESKRIPSI SINGKAT

Keberhasilan Pelayanan Public selalu dikaitkan dengan ketangguhan pemimpinnya. Seorang pemimpin memegang peranan penting dalam kesuksesan suatu organisasi. Kepemimpinan merupakan inti dari organisasi, sehingga sering dianalogkan sebagai kepala pada tubuh manusia. Tanpa kepala tubuh tidak dapat berjalan, walaupun berjalan tentu tidak jelas arah tujuannya. Oleh karena itu pemimpin menentukan arah dan tujuan organisasi, memajukan organisasi, merencanakan, melaksanakan dan mengendalikan bersama sama dengan pengikutnya, menggunakan keterampilan dan strategi dalam mempengaruhi bawahannya untuk mencapai tujuan organisasi, menghasilkan kinerja tinggi sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan yang terjadi.

Seiring dengan tuntutan masyarakat yang semakin meningkat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, seorang pimpinan puskesmas dituntut harus mampu menjadi seorang pemimpin yang dapat menggerakkan kekuatan sumber daya manusia dan sumber daya yang lain yang ada di Puskesmas dan wilayahnya. Sehingga Puskesmas sebagai institusi pelayanan dasar yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat dapat memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat di wilayahnya.

Begitu banyak teori tentang kepemimpinan dari mulai kepemimpinan situasional, kepemimpinan adaptif, sampai pada kepemimpinan transformasional dan masih banyak lagi. Semua teori kepemimpinan tersebut mempunyai kelebihan dan kelemahan, dan tidak ada satupun teori atau gaya atau model kepemimpinan yang paling cocok diterapkan dalam semua situasi dan kondisi. Pasti ada teori kepemimpinan yang tepat pada suatu waktu dan kadang tidak berhasil pada waktu atau situasi lainnya.

Menghadapi situasi krisis karena Pandemi Covid 19, Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (MENPAN RB) menegaskan, bahwa pemimpin yang dibutuhkan pemerintah saat ini tidak lagi bekerja seperti biasa, dan bersikap konservatif. Tetapi pemimpin yang inovatif melakukan berbagai terobosan, dan berupaya menghadirkan masa depan dimasa sekarang. Dapat melayani masyarakat, menjadi bagian terdepan untuk masyarakat. Lebih mendengar, sehingga mengetahui dan berusaha mengenal secara mendalam apa yang diinginkan oleh tim kerjanya dan dibutuhkan masyarakat. Agar dapat melayani dengan baik, pemimpin harus memahami orang lain dan berempati, mampu memprediksi segala

kemungkinan yang akan terjadi, mampu mengendalikan diri dan responsif, menguasai konsep dan mampu mengkomunikasikannya, mampu mengatasi situasi dengan cepat, amanah dan memiliki komitmen, serta jujur dan terbuka. Pemimpin harus dapat menciptakan lingkungan kerja yang kondusif.

Memperhatikan kebutuhan tersebut, sudah saatnya Kepemimpinan di Puskesmas menerapkan kepemimpinan transformational, sehingga dapat memenuhi kebutuhan Pemerintah menjadi pemimpin yang mampu melakukan terobosan dalam rangka membuat Puskesmas menjadi organisasi pelayanan publik terdepan di bidang kesehatan.

Kepemimpinan transformasional mampu meningkatkan kinerja organisasinya dengan meningkatkan kompetensi sumber daya manusia yang ada di lingkungan organisasinya. Mampu menggerakkan semua tim Kerja Puskesmas, tidak hanya melibatkan tenaga/staf internal Puskesmas tetapi juga dapat melibatkan tenaga lain dari luar Puskesmas (lintas sektor, pemuka masyarakat, kader, dan anggota masyarakat lainnya) memiliki motivasi untuk melakukan perubahan dalam mewujudkan kinerja Puskesmas sebagai Pelayan Publik yang berkinerja tinggi.

Puskesmas sebagai pelayanan publik garda terdepan bidang kesehatan, merupakan organisasi yang mengintegrasikan berbagai kegiatan yang diselenggarakan oleh berbagai satuan kerja di Kementerian Kesehatan, sehingga mampu memberikan pelayanan primer untuk mewujudkan masyarakat sehat dan keluarga sehat yang mandiri.

Modul ini menguraikan tentang: konsep dan implikasi kepemimpinan transformational, peranan pemimpin dalam membuat keputusan, dan peran pemimpin dalam penerapan nilai-nilai anti korupsi sebagai wujud akuntabilitas dan integritas seorang pemimpin Puskesmas. Metode pembelajaran yang digunakan melibatkan peran aktif peserta seperti, curah pendapat, ceramah interaktif, studi kasus, diskusi kelompok, simulasi dan latihan.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan, peserta mampu melakukan kepemimpinan di puskesmas.

Indikator Hasil Belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu:

1. Menjelaskan Konsep kepemimpinan Transformasional
2. Menjelaskan Kepemimpinan dalam pembuatan keputusan
3. Membangun Kapasitas Kepemimpinan Holistik Transformational
4. Membangun Kapasitas Kepemimpinan Anti Korupsi

3

MATERI POKOK & SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Konsep Kepemimpinan Transformasional
 - A. Pengertian Kepemimpinan Transformational
 - B. Pentingnya Kepemimpinan Transformasional
 - C. Prinsip- prinsip Kepemimpinan Transformasional
 - D. Ciri Kepemimpinan Tranformasional
 - E. Implikasi Kepemimpinan Transformasional
2. Kepemimpinan dalam Pembuatan Keputusan
 - A. Pengertian Pengambilan Keputusan
 - B. Tujuan Pengambilan Keputusan
 - C. Unsur dan Dasar Pengambilan Keputusan
 - D. Dasar Pengambilan Keputusan
3. Kepemimpinan dalam Pengelolaan Konflik (Manajemen Konflik)
 - A. Pencegahan konflik
 - B. Mengelola konflik
 - C. Resolusi konflik

- D. Kepemimpinan dalam Koordinasi
- E. Kepemimpinan dalam Kolaborasi
- 4. Membangun Kapasitas Kepemimpinan Holistik Transformatif
 - A. Kepemimpinan Holistik
 - B. Elemen Kepemimpinan Holistik
 - C. Kemampuan Pemimpin Holistik
 - D. Implementasi Kapasitas Kepemimpinan Holistik Tranformasional
- 5. Membangun Kapasitas Kepemimpinan dan Anti Korupsi
 - A. Latar Belakang
 - a. Pendahuluan
 - b. Pengertian Korupsi
 - c. Dasar Hukum Pemberantasan Korupsi di Indonesia
 - d. Faktor Penyebab Korupsi
 - B. Penanaman nilai-nilai anti korupsi
 - a. Nilai-Nilai Anti Korupsi
 - b. Prinsip-Prinsip Anti Korupsi

4

METODE

- a. Ceramah Tanya Jawab (CTJ)
- b. Curah Pendapat
- c. Latihan Kasus
- d. Simulasi / Roleplay

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

- a. Bahan tayang
- b. Komputer/ laptop
- c. LCD *projector*
- d. *Whiteboard*
- e. *Flipchart*
- f. Spidol
- g. Panduan Studi Kasus
- h. Skenario Kasus
- i. Panduan Diskusi Kelompok/ Simulasi

6

LANGKAH PEMBELAJARAN KEGIATAN

Langkah 1: Pengkondisian (15 menit)

- Fasilitator memperkenalkan diri, kemudian menyampaikan tujuan pembelajaran, metode yang digunakan, waktu yang tersedia serta alasan pentingnya materi "Kepemimpinan dan Anti Korupsi" dalam pelatihan Manajemen Puskesmas, serta keterkaitan dengan materi sebelumnya.
- Fasilitator menggali pendapat peserta tentang pengertian kepemimpinan, berdasarkan pengalaman di Puskesmas.
- Menggali permasalahan yang dihadapi dalam kepemimpinan Puskesmas
- Fasilitator memandu peserta untuk menyimpulkan dan mengkaitkannya dengan kebutuhan kepemimpinan saat ini.

Langkah 2: Membahas Pokok Bahasan 1 (45 menit)

- Fasilitator menyampaikan uraian materi pokok bahasan 1 (Konsep Kepemimpinan Transformasional).
- Membagi peserta ke dalam 5 kelompok, untuk mendiskusikan ciri dan karakteristik Kepemimpinan Transformasional, Implikasi Kepemimpinan Transformasional di Puskesmas
- Selanjutnya fasilitator bersama peserta menyimpulkan materi yang sudah dibahas.

Langkah 3: Membahas Pokok Bahasan 2 (45 menit)

- Fasilitator menggali pendapat peserta tentang peran pemimpin dalam membuat keputusan
- Selanjutnya peserta di bagi dalam 5 kelompok, melakukan self assessment, setiap kelompok mempresentasikan hasil self assesment, dan mengkaitkan dengan peran sabagai Pemimpin Puskesmas dalam Pembuatan keputusan.
- Fasilitator mengklarifikasi tentang peran pemimpin dalam pembuatan keputusan di Puskesmas.

Langkah 4: Membahas Pokok Bahasan 3 (45 menit)

- Fasilitator menggali pendapat peserta tentang langkah langkah peningkatan kapasitas kepemimpinan di puskesmas
- Fasilitator menyampaikan Pokok Bahasan 3 dengan metode ceramah interaktif

- Selanjutnya peserta di bagi dalam 5 kelompok, dan melakukan study kasus mengatasi masalah di instansi masing masing.
- Dua kelompok mempresentasikan hasil diskusi, tiga kelompok lain berpartisipasi aktif menanggapi dan memberi masukan
- Fasilitator Bersama peserta menyimpulkan materi dan mengkaitkan dengan kebutuhan masyarakat.

Langkah 5: Membahas Pokok Bahasan 4 (40 menit)

- Fasilitator menggali pendapat peserta tentang kondisi kepemimpinan Puskesmas dalam menerapkan nilai nilai anti korupsi, dan kendala yang dihadapi. peningkatan kapasitas kepemimpinan dan Anti Korupsi di puskesmas
- Selanjutnya setiap peserta melakukan identifikasi masalah kepemimpinan dalam penerapan nilai nilai Anti Korupsi di Puskesmas tempat bekerja. Menetapkan komitmen apa yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah tersebut.
- Setiap peserta membuat fakta integritas diri sebagai Pemimpin Puskesmas, di tandatangi dan dipampang dalam Frame Semangat Kelas Pemimpin Integritas Melawan Semua Tindakan Korupsi di Puskesmas.
- Ketua kelas memimpin Ikrar Bersama Komitmen Kelas mewujudkan Kepemimpinan Anti Korupsi di Puskesmas
- Fasilitator melakukan penegasan inti materi, memberikan reward dan penguatan komitmen Bersama mewujudkan Kepemimpinan Anti Korupsi.

Langkah 6: Rangkuman (15 menit)

Fasilitator mengajak peserta untuk lebih memahami peran kepemimpinan transformasional di Puskesmas dengan integritas yang tinggi. Kemudian fasilitator menyampaikan beberapa pertanyaan evaluasi untuk mengetahui daya serap peserta latih terhadap materi Kepemimpinan. Fasilitator memberikan umpan balik pada peserta latih atas respon peserta terhadap pertanyaan evaluasi. Sebelum menutup pembelajaran, fasilitator merangkum pembelajaran.

7

URAIAN MATERI

Pendekatan “Keluarga Sehat” di Puskesmas merupakan suatu upaya terobosan secara Nasional yang dilaksanakan dalam mendukung “Program Indonesia Sehat”. Upaya terobosan ini memerlukan pemimpin perubahan yang tidak sekedar berkomitmen dalam ucapan (*say believe*), tetapi tindakan (*do believe*).

Dalam memimpin puskesmas, perlu membangun kapasitasnya untuk melakukan perubahan, tidak hanya berespon pada tekanan perkembangan teknologi, mampu berkompetitif, tetapi juga mampu mengantisipasi perubahan dimasa akan datang.

Perubahan akan terus terjadi dalam kehidupan organisasi di era global. Oleh karena itu pemimpin transformational sangat dibutuhkan, pemimpin yang terus melakukan terobosan yang inovatif, mengantisipasi kebutuhan dan perkembangan yang akan terjadi, dan memberdayakan seluruh potensi staf Puskesmas untuk melakukan perubahan kinerja yang inovatif, sehingga organisasi Puskesmas mampu berkinerja tinggi dalam memberikan pelayanan kesehatan primer.

Pesatnya perkembangan Ilmu Pengetahuan, dan Teknologi (IPTEK) di era Millenium ini mempengaruhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat untuk hidup sehat dan berkualitas semakin meningkat, sehingga kebutuhan pelayanan yang prima (*excellent services*) dari pelayanan public telah di tetapkan dalam Undang Undang Konsumen dan Undang Undang Pelayanan Publik. Ditegaskan melalui tujuan pembangunan Nasional untuk menciptakan masyarakat yang sehat. Oleh karena itu Puskesmas sebagai unit pelayanan public kesehatan terdepan harus peka mengikuti perkembangan kebutuhan masyarakat. Saatnya pelayanan Puskesmas berubah memberikan pelayanan prima sesuai dengan tuntutan masyarakat dan perundang undangan yang berlaku.

Perubahan organisasi dapat dikonseptualisasikan secara sederhana berdasarkan tiga tipe perubahan menurut Grundy (1993). Tipe pertama disebut sebagai “*smooth incremental change*” yaitu perubahan yang berlangsung secara pelan dan dengan cara yang sistematis dan dapat diprediksi. Tipe kedua disebut sebagai “*bumpy incremental change*” yang dikarakteristikan sebagai periode yang relatif aman ditandai dengan akselerasi dalam langkah perubahan. Tipe ketiga “*discontinuous change*” yang didefinisikan sebagai perubahan yang sangat cepat pada strategi, struktur atau budaya.

Kondisi kepemimpinan sampai saat ini masih memprihatinkan, ditandai dengan masih maraknya praktik korupsi yang dilakukan oleh para pejabat pemerintah pusat, sampai pemerintah kabupaten/kota, dan bahkan kecamatan dan desa. Tahun 2016, Indonesia Corruption Watch (ICW) mencatat ada 292 kasus korupsi di pemerintah kabupaten/kota dengan nilai korupsi Rp 478 miliar, 62 kasus korupsi di pemerintah desa dengan nilai korupsi Rp 18 miliar. Puskesmas mengelola anggaran yang berasal dari berbagai sumber baik pusat maupun daerah. Namun pengawasan internal di puskesmas masih sangat lemah, sehingga rawan terjadinya korupsi.

Peran serta masyarakat sangat diharapkan didalam mencegah dan memberantas korupsi. Hal ini sudah dinyatakan didalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 71 Tahun 2000 tentang Tata Cara Pelaksanaan Peran Serta Masyarakat dan Pemberian Penghargaan dalam Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi. Oleh karena itu, Pimpinan Puskesmas perlu dibekali dengan pemahaman tentang nilai nilai "Anti Korupsi" agar dapat membangun sikap mental aparat yang berintegritas secara konsisten dan terus menerus sebagai wujud akuntabilitas seorang pemimpin.

MATERI POKOK 1

KONSEP KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL

A. Pengertian Kepemimpinan Transformasional

Dalam organisasi, kepemimpinan bisa berkembang dengan luas sehingga makna kepemimpinan secara umum berasal dari istilah organum yang berarti tubuh manusia dengan berbagai fungsi yang digunakan dalam istilah kepemimpinan. Kepemimpinan berasal dari kata pimpin yang memuat dua hal pokok yaitu: pemimpin sebagai subjek, dan yang dipimpin sebagai objek.

Kata pimpin mengandung pengertian **mengarahkan, membina atau mengatur, menuntun dan juga menunjukkan ataupun mempengaruhi**. Pemimpin mempunyai tanggung jawab baik secara fisik maupun spiritual terhadap keberhasilan aktivitas kerja dari yang dipimpin, sehingga menjadi pemimpin itu tidak mudah dan setiap orang mempunyai gaya yang berbeda di dalam menjalankan ke-pemimpinannya.

Sarros dan Butchatsky (1996), mendefinisikan tentang kepemimpinan "*leadership is defined as the purposeful behaviour of influencing others to contribute to a commonly agreed goal for the benefit of individual as well as the organization or common good*". Menurut definisi tersebut, kepemimpinan dapat didefinisikan sebagai suatu perilaku dengan tujuan tertentu untuk mempengaruhi aktivitas para anggota kelompok untuk mencapai tujuan bersama yang dirancang untuk memberikan manfaat individu dan organisasi.

Sedangkan menurut **Anderson (1988)**, "*leadership means using power to influence the thoughts and actions of others in such a way that achieve high performance*". Kepemimpinan merupakan penggunaan kekuatan untuk mempengaruhi pikiran dan tindakan orang lain sebagai sebuah cara untuk mencapai kinerja yang tinggi. Robbins (2006) menyatakan bahwa Kepemimpinan adalah kemampuan untuk mengontrol kelompok untuk mencapai sasaran.

Dari beberapa teori tersebut dapat dimaknai bahwa kepemimpinan adalah seni mempengaruhi orang lain atau kelompok lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, sehingga mencapai perubahan kinerja yang diharapkan.

Seorang pemimpin dalam bekerja melakukan dua peran kepemimpinan dan manajemen, oleh karena itu harus memahami perbedaan antara keduanya. Peter Drucker menjelaskan "*Manajemen adalah suatu upaya untuk melakukan sesuatu hal dengan cara yang benar; kepemimpinan adalah melakukan hal yang benar.*" Oleh karena itu focus keduanya berbeda, pemimpin berfokus pada mengerjakan yang benar sedangkan manajer memusatkan perhatian pada mengerjakan secara tepat "*managers are people who do things right and leaders are people who do the right thing*".

Berdasarkan konsep tersebut, maka Kepala Puskesmas sebagai pimpinan harus mampu berupaya untuk mewujudkan Puskesmas yang berfungsi sebagai pemberi pelayanan dasar untuk menciptakan masyarakat yang sehat melalui pendekatan keluarga. Sedangkan sebagai manajer kepala Puskesmas harus mengelola agar pelayanan yang diberikan tepat sesuai dengan standar.

Transformasional berasal dari kata *to transform*, yang artinya mentransformasikan atau mengubah sesuatu menjadi bentuk lain yang berbeda. Pemimpin dapat menerapkan kaidah kepemimpinan transformasional jika mampu mengubah kekuatan sumber daya, baik manusia, sarana prasarana, maupun situasi untuk mencapai tujuan reformasi birokrasi.

Seorang pemimpin dengan gaya transformasional merupakan pemimpin yang memiliki wawasan jauh ke depan dan senantiasa berupaya untuk memperbaiki dan mengembangkan organisasi, bukan hanya untuk saat ini namun sampai masa yang akan datang. Oleh karena itu pemimpin dengan gaya *transformasional* juga dikatakan sebagai pemimpin yang visioner. Menurut Covey dan Peters (2010), seorang pemimpin transformasional memiliki visi yang jelas, memiliki gambaran historis tentang bagaimana organisasi di masa depan ketika semua tujuan dan sasarannya telah tercapai.

Model kepemimpinan transformasional merupakan model yang relatif baru dalam studi-studi kepemimpinan. Burns (1978) merupakan salah satu penggagas yang secara eksplisit mendefinisikan kepemimpinan transformasional. Beberapa ahli

manajemen menjelaskan kepemimpinan transformasional sebagai kepemimpinan yang karismatik, inspirasional dan *visionary*. Sarros dan Butchatsky (1996) menyebutnya sebagai pemimpin yang mampu melakukan Terobosan (*breakthrough leadership*). Kepemimpinan Transformasional dapat mengubah pengikut melebihi kinerja yang diharapkan, sebagaimana mereka mampu mencapai kepuasan dan komitmen pengikut atas kelompok ataupun organisasi.

Melihat gaya Kepemimpinan Transformational yang mengutamakan pemenuhan tingkat tertinggi dari hirarki kebutuhan Maslow yakni kebutuhan akan harga diri dan aktualisasi diri. Maka staf Puskesmas akan merasa dipercaya, dihargai, loyal dan respek kepada pimpinannya, sehingga bawahan akan termotivasi untuk melakukan sesuatu lebih dari yang diharapkan.

Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa pemimpin transformasional adalah pemimpin yang visioner. mendasarkan dirinya pada cita-cita organisasi di masa akan datang. Seorang pemimpin transformasional memandang nilai-nilai organisasi sebagai nilai-nilai luhur yang perlu dirancang dan ditetapkan oleh seluruh staf sehingga para staf mempunyai rasa memiliki dan komitmen dalam pelaksanaannya. Nilai-nilai yang terpenting dan dijunjung tinggi pemimpin adalah segala-galanya dan dapat dijadikan rujukan untuk dijadikan nilai-nilai dasar organisasi (*basic values*) yang dijunjung oleh seluruh pegawai.

Pemimpin transformasional mengubah orang dan organisasi, dengan cara menstimulus/merangsang para bawahannya untuk bekerja menghasilkan kinerja yang tinggi. Dengan demikian maka Pemimpin transformasional lebih berfokus pada aspek-aspek perubahan pada kepemimpinannya (Patricia, 337:2004). Sarros dan Butchatsky (1996), menegaskan bahwa model kepemimpinan transformasional merupakan konsep kepemimpinan yang terbaik dalam menguraikan karakteristik pemimpin sehingga para pemimpin kita lebih berkerakyatan dan berkeadilan sosial.

O'Leary (2001) mendefinisikan kepemimpinan transformasional adalah gaya kepemimpinan yang digunakan oleh seseorang manajer bila ia ingin suatu kelompok melebarkan batas dan memiliki kinerja melampaui *status quo* atau mencapai serangkaian sasaran organisasi yang sepenuhnya baru. Kepemimpinan transformasional selalu memotivasi bawahan untuk berbuat lebih baik dari apa yang bisa dilakukan. Memiliki kesadaran untuk berbuat yang terbaik. Hal ini sesuai dengan kajian perkembangan manajemen dan kepemimpinan yang memandang manusia, kinerja, dan pertumbuhan sebagai sisi yang saling berpengaruh.

Kepemimpinan ini memotivasi para bawahan agar bersedia bekerja demi sasaran-sasaran "tingkat tinggi" yang dianggap melampaui kepentingan

pribadinya pada saat itu seperti dikutip oleh Locke (1997). Salah satu teori yang menekankan suatu perubahan dan yang paling komprehensif berkaitan dengan kepemimpinan adalah Kepemimpinan Transformasional (Bass, 1990).

Pemimpin transformasional menginspirasi perubahan pada seluruh organisasi, dapat mengubah pegawainya dimasa lalu, sekarang maupun masa mendatang. Oleh karena itu, sangat tepat jika pemerintah saat ini membutuhkan kepemimpinan transformasional, salah satunya adalah kepala Pelayanan Puskesmas sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan.

B. Pentingnya Kepemimpinan Transformasional

Mengapa kepemimpinan transformasional penting bagi pimpinan Puskesmas? Kepala Puskesmas merupakan pemimpin Pelayanan Public terdepan di Bidang Kesehatan. Dalam menjalankan tugas dan fungsinya dibantu oleh beberapa pejabat dibawahnya, pejabat structural dan pejabat fungsional. Oleh karena itu agar organisasi memiliki kinerja tinggi harus memberdayakan segenap potensi yang ada, sehingga seluruh bagian dari organisasi Puskesmas termotivasi untuk melakukan perubahan.

Model kepemimpinan transformasional merupakan salah satu solusi kepemimpinan di masa sekarang dan akan datang, sangat cocok sebagai pemimpin perubahan. Karena kepemimpinan transformasional ini merupakan kepemimpinan yang memotivasi para bawahan agar bersedia bekerja demi sasaran-sasaran "tingkat tinggi" yang dianggap melampaui kepentingan pribadinya (Bass, 1985; Burns, 1978; Tichy dan Devanna, 1986).

Hasil kajian literatur menyimpulkan bahwa seseorang yang dapat menampilkan kepemimpinan transformasional dapat lebih menunjukkan sebagai seorang pemimpin yang efektif dengan kinerja optimal. Hal ini disebabkan dengan kepemimpinan transformasional bisa membangun rasa percaya diri bawahan sehingga merasa yakin kemampuan yang akan dimiliki. Pemimpin transformasional juga memiliki harapan yang lebih tinggi kepada bawahan, sehingga dapat mencapai keberhasilan yang di harapkan.

Beberapa alasan mengapa perlu diterapkan model kepemimpinan transformasional adalah sebagai berikut:

- a. Secara signifikan meningkatkan kinerja organisasi. Pemimpin transformasional mampu memotivasi pengikutnya untuk melakukan sesuatu (kinerja) diluar dugaan (*beyond normal expectation*) melalui transformasi pemikiran dan sikap mereka untuk mencapai kinerja. Pemimpin transformasional menunjukkan berbagai perilaku yakni pengaruh idealisme, motivasi insporasional, stimulasi intelektual dan konsiderasi individual, untuk meningkatkan motivasi pegawai.

- b. Peningkatan motivasi pegawai akan berdampak meningkatkan kinerja organisasi. Dengan kepemimpinan transformasional akan menghasilkan organisasi berkinerja tinggi.
- c. Secara positif dihubungkan dengan orientasi pemasaran jangka panjang dan kepuasan pelanggan;
- d. Membangkitkan komitmen yang lebih tinggi para anggotanya terhadap keseharian organisasi;
- e. Meningkatkan kepuasan pekerja melalui pekerjaan dan pemimpin;
- f. Mengurangi stres para pekerja dan meningkatkan kesejahteraan.

Gaya kepemimpinan transformasional diyakini oleh banyak pihak sebagai gaya kepemimpinan yang efektif dalam memotivasi para bawahan untuk berperilaku seperti yang diinginkan. Menurut Bernard Bass (2009), dalam rangka memotivasi pegawai, pemimpin transformasional menggunakan tiga cara yakni: 1) mendorong bawahan untuk lebih menyadari arti penting hasil usaha, 2) mendorong bawahan untuk mendahulukan kepentingan kelompok, dan 3) meningkatkan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri bawahan lebih tinggi.

C. Prinsip-prinsip Kepemimpinan Transformasional

Erik Rees, 2001 menyatakan paradigma baru kepemimpinan transformasional mengangkat tujuh prinsip menciptakan kepemimpinan yang sinergis. Prinsip-prinsip yang harus diimplementasikan adalah:

a. Simplifikasi

Simplifikasi yakni keberhasilan kepemimpinan diawali dengan sebuah visi yang akan menjadi cermin dan tujuan bersama. Visi organisasi yang telah dirancang akan mendorong anggota dalam organisasi tersebut mencapainya. Oleh karena itu kemampuan serta keterampilan dalam mengungkapkan visi secara jelas, praktis dan transformasional mampu menjawab “**ke mana kita akan melangkah**”. menjadi hal pertama yang penting untuk kita implementasikan. Dengan mengetahui kemana akan melangkah akan memotivasi kita untuk mewujudkannya. Steven Covey menyebutkan dalam melangkah **mulai dari tujuan akhir**.

Sebagai pemimpin Puskesmas anda perlu memiliki tujuan akhir dari kinerja anda, yang dapat anda jabarkan dalam visi, misi dan tujuan. Namun, jika Unit Organisasi telah memiliki visi dan misi, maka dalam kepemimpinan Anda tidak perlu dibuat lagi visi dan misi tersebut, tetapi anda perlu membuat tujuan-tujuan dalam setiap kegiatan yang akan Anda lakukan.

b. Motivasi

Mengapa motivasi penting diimplementasikan? Menurut Pamela & Oloko (2015) motivasi adalah kunci dari organisasi yang sukses untuk menjaga

kelangsungan pekerjaan dalam organisasi dengan cara dan bantuan yang kuat untuk bertahan hidup.

Motivasi adalah memberikan bimbingan atau arahan, sumber daya dan imbalan agar staf terinspirasi dan tertarik untuk bekerja dengan cara yang anda inginkan. Chukwuma & Obiefuna (2014) Motivasi adalah proses membangkitkan perilaku, mempertahankan kemajuan perilaku, dan menyalurkan perilaku tindakan yang spesifik. Dengan demikian, motif (kebutuhan, keinginan) mendorong pegawai untuk bertindak. Bagaimana Anda menerapkan prinsip motivasi dalam kepemimpinan transformasional?

Pemimpin transformasional dapat menciptakan suatu sinergis di dalam organisasi, berarti dapat mengoptimalkan, memotivasi dan memberi energi kepada setiap pengikutnya. Motivasi dapat berupa tugas atau pekerjaan yang betul-betul menantang serta memberikan peluang untuk terlibat suatu proses kreatif, memberikan usulan mengambil keputusan dalam pemecahan masalah.

Sebagai contoh di Puskesmas, saat kondisi Pandemi covid 19 seluruh tenaga kesehatan harus mempromosikan protocol kesehatan kepada seluruh masyarakat dan keluarga. Namun untuk pelaksanaannya terkendala, karena masyarakat tidak dibolehkan berkumpul untuk menjaga *social distancing*. Petugas harus membatasi upaya pelayanan yang bersifat mengumpulkan orang.

Dalam kondisi yang dilematis tersebut, pemimpin Puskesmas harus membangkitkan semangat, dan memberikan tantangan agar staf Puskesmas mengembangkan system komunikasi dan informasi dalam rangka promosi dan prevensi kesehatan dengan masyarakat, menggunakan jaringan social media, atau jaringan komunikasi misalnya washap, Instagram, facebook, zoom, dan radio atau media yang lain. Sehingga anak muda termotivasi untuk mengembangkan jaringan promosi kesehatan melalui media social yang sangat cocok dengan era digital ini. Sedangkan para staf yang senior juga semangat mengidentifikasi dan mengembang jaringan yang ada pada masyarakat.

c. Fasilitasi

Kemampuan untuk secara efektif memfasilitasi “pembelajaran” yang terjadi di dalam organisasi baik secara kelembagaan, kelompok, ataupun individual. Hal ini akan berdampak pada semakin bertambahnya modal intelektual dari setiap orang yang terlibat di dalam organisasi Puskesmas. Berbagai fasilitas dapat anda lakukan dalam memfasilitasi kegiatan pembelajaran misalnya melakukan *coffee morning*, seminar, *workshop* dan lain sebagainya.

d. Inovasi

Inovasi merupakan kemampuan untuk menghasilkan ide-ide baru, mengimplementasikan ide baru yang bermanfaat. Karena perubahan akan menimbulkan ketidak pastian yang akan membuat resistensi. Oleh karena itu kepala Puskesmas sebagai harus pemimpin harus berani dan bertanggung jawab melakukan suatu perubahan.

Dalam suatu organisasi yang efektif dan efisien, setiap orang yang terlibat perlu mengantisipasi perubahan dan seharusnya pula mereka tidak takut akan perubahan tersebut. Berkaitan dengan hal ini pemimpin transformasional harus mampu merespons perubahan tanpa mengorbankan rasa percaya dan tim kerja yang sudah dibangun. Perubahan dalam hal ini bukan sekedar perubahan, namun perubahan yang inovatif.

e. Mobilitas

Pengalokasian seluruh sumber daya yang ada untuk melengkapi dan memperkuat setiap orang yang terlibat di dalamnya untuk mencapai visi dan misi organisasi. Pemimpin Puskesmas yang transformasional akan selalu mengupayakan stafnya dengan penuh tanggung jawab untuk selalu melakukan perubahan menghasilkan kinerja yang tinggi. Dalam rangka pengalokasian ini tentunya memperhatikan kompetensi yang dimiliki oleh stafnya.

f. *Open mind*

Perubahan merupakan hal yang pasti, demikian juga perubahan-perubahan yang terjadi dalam organisasi di Puskesmas. Oleh karena itu pemimpin harus selalu mensikapi setiap perubahan yang ada, sehingga dapat beradaptasi dengan perubahan yang ada. Untuk itu maka kemampuan untuk selalu membuka diri untuk menerima masukan dan saran dalam menyambut perubahan dengan paradigma baru yang positif.

Di era pandemic covid 19 ini kepala Puskesmas harus membuka diri dengan berbagai inovasi penggunaan metode dan cara baru dalam pelayanan kepada masyarakat, penggunaan media komunikasi dalam pelayanan *e-services*, *e-meeting*, *e-consultation* menjadi pilihan. Sehingga kinerja Puskesmas dapat terus berjalan, walaupun masyarakat tetap di rumah.

g. Memiliki tekad yang kuat

Tekad bulat untuk selalu sampai pada akhir, menyelesaikan sesuatu dengan baik dan tuntas. Oleh karena itu, perlu didukung oleh pengembangan disiplin spiritualitas, emosi, dan fisik serta komitmen.

Jika ada hambatan dalam pelayanan, maka selalu dicari jalan untuk menyelesaikan masalah secara tuntas. Menggunakan kekuatan dan potensi

yang dimiliki oleh tokoh masyarakat, sector terkait, organisasi masyarakat yang ada di wilayahnya.

D. Ciri Kepemimpinan Transformasional

Ciri ciri pemimpin transformasional agar mampu mentransformasi diri, organisasi dan orang-orang yang menjadi pengikutnya menurut Bass & Avolio (2009) terdapat tiga komponen dalam kepemimpinan transformasional, diantaranya:

a. Karisma

Karisma didefinisikan sebagai seorang pemimpin yang mempengaruhi pengikutnya dengan menimbulkan emosi positif yang kuat, dan identifikasi dengan pemimpin tersebut. Emosi positif misalnya penasaran, termotivasi, senang, bahagia, ingin bekerja dengan sempurna dan lain sebagainya.

Saat menghadapi masalah, tidak menghadapi dengan penuh emosi, melainkan menghadapinya dengan tenang dan bijak. Mengumpulkan semua staf dan bagian terkait. Meminta informasi yang lengkap tentang apa yang terjadi. Mengajak Bersama sama mengidentifikasi faktor-faktor yang menjadi penyebab masalah, dan mengajak untuk mencari jalan keluar dan Bersama sama melakukan perubahan untuk pemecahan masalah tersebut. Maka semua staf merasa senang, tidak ada yang dipojokan, dan rasa hormat terhadap pimpinan semakin tumbuh.

b. Stimulasi intelektual

Yaitu sebagai sebuah proses yang apa adanya seorang pemimpin meningkatkan kesadaran para pengikutnya terhadap masalah-masalah dan mempengaruhi para pengikutnya untuk memandang masalah tersebut dari sebuah perspektif yang baru. Berbagai stimulasi intelektual ini dapat anda terapkan dalam menjalankan kepemimpinan transformasional di Puskesmas, misalnya memberikan tantangan-tantangan untuk menyelesaikan pekerjaan yang dapat menstimulus ide-ide kreatif.

Misalnya saat ditemukan tidak tercapainya target program karena suasana pandemic covid ini, maka mengumpulkan staf dan bagian penanggung jawab program, memberikan kesempatan setiap bagian untuk mencari alternative solusi, dengan menggunakan metode baru dan efektif untuk suasana pandemik.

c. Perhatian yang diindividualisasi

Seperti memberikan dukungan, membesarkan hati, dan memberi pengalaman-pengalaman tentang pengembangan para staf di Puskesmas.

E. Implikasi Kepemimpinan Transformasional

Berdasarkan ciri ciri dan prinsip kepemimpinan transformasional tersebut, maka implikasi nya dalam pelayanan public adalah sebagai berikut. Komponen kepemimpinan transformasional yang harus diimplementasikan menurut Stone et al (2004) adalah sebagai berikut:

a. *Idealized influence (or charismatic influence)*

Anda pernah menemukan seseorang yang **memukau, menyenangkan**, dan kalau berbicara semua mata tertuju padanya dan **terpukau dengan pilihan kata** yang dibuat? Dia memiliki energi yang sulit untuk dijelaskan dan mampu memberikan inspirasi dan motivasi pada orang-orang disekitarnya. Dia mampu menyentuh getaran emosi dan pikirannya. Inilah yang disebut dengan menerapkan idealized influence (karismatik).

Idealized influence mempunyai makna bahwa seorang pemimpin transformasional harus mampu menjadi *role model* sehingga dihargai, dikagumi, dan diikuti oleh stafnya. Dengan kata lain pemimpin harus memiliki karisma. Pemimpin dengan karismanya mampu “*menyihir*” bawahan untuk bereaksi mengikuti pimpinan.

Dalam bentuk konkrit, Kepala Puskesmas yang memiliki kharisma ini ditunjukkan melalui perilaku pemahaman terhadap visi dan misi organisasi, nilai-nilai organisasi, mempunyai pendirian yang kukuh, komitmen dan konsisten terhadap setiap keputusan yang telah diambil, dan selalu menghargai bawahan.

Kepala Puskesmas sebagai pemimpin menunjukkan sikap dan perilaku yang disiplin, tanggung jawab, penuh integritas saat bekerja, sehingga staf yang ada merasa segan, hormat, dan percaya. Jika ada masalah, tidak memojokan atau menyudutkan seseorang, tapi saling berbagi resiko melalui pertimbangan kebutuhan staf, kebutuhan pribadi, dan memperhatikan nilai nilai etis.

b. *Inspirational motivation*

Inspirational motivation berarti karakter seorang pemimpin yang mampu menerapkan standar yang tinggi namun mampu mendorong bawahan untuk mencapai standar tersebut. Karakter seperti ini mampu membangkitkan optimisme dan antusiasme yang tinggi dari para bawahan. Pemimpin transformasional senantiasa memberikan inspirasi dan memotivasi bawahannya sehingga mampu berkinerja yang tinggi. Perilaku yang menyediakan tantangan bagi pekerjaan yang dilakukan staf dan memperhatikan makna pekerjaan bagi staf. Pemimpin menunjukkan atau mendemonstrasikan komitmen terhadap sasaran organisasi melalui perilaku

yang dapat diobservasi staf. Pemimpin adalah seorang motivator yang bersemangat untuk terus membangkitkan antusiasme dan optimisme staf.

c. *Intellectual stimulation*

Intellectual stimulation karakter seorang pemimpin transformasional yang mampu mendorong bawahannya untuk menyelesaikan permasalahan dengan cermat dan rasional. Selain itu, karakter ini mendorong para bawahan untuk menemukan cara baru yang lebih efektif dalam menyelesaikan masalah. Dengan kata lain, pemimpin transformasional mampu mendorong (menstimulasi) bawahan untuk selalu kreatif dan inovatif.

Dalam menghadapi kondisi sulit dalam suasana pandemic covid 19, kepala Puskesmas tidak menyerah dan berdiam diri dengan keadaan. Justru mempraktikkan berbagai inovasi, agar suasana di Puskesmas tetap kondusif, pelayanan berjalan, seluruh staf dan masyarakat yang datang ke Puskesmas aman terhindar dari infeksi. Misalnya dengan membuat skema dan rute baru dalam mekanisme pendaftaran dan pelayanan, sehingga tidak ada kesempatan antara pasien satu dengan yang lainnya bertemu.

Menggali ide-ide baru dan solusi lain yang kreatif dari staf tentang pelayanan efektif dan aman di era pandemic, misalnya pembinaan keluarga, pelayanan kunjungan rumah Ibu hamil dan bayi, kunjungan pada keluarga berisiko tinggi, pelayanan pencegahan penyakit menular, kesehatan lingkungan, dan yang lainnya. Mendorong staf mempelajari, mengembangkan cara baru, dan mempraktikkan pendekatan baru dalam melakukan pekerjaan.

d. *Individualized consideration*

Individualized consideration berarti karakter seorang pemimpin yang mampu memahami perbedaan individual para bawahannya. Dalam hal ini, pemimpin transformasional mau dan mampu untuk mendengar aspirasi, mendidik, dan melatih bawahan. Selain itu, seorang pemimpin transformasional mampu melihat potensi-potensi dan kebutuhan berkembang para bawahan serta memfasilitasinya. Dengan kata lain, pemimpin transformasional mampu memahami dan menghargai bawahan berdasarkan kebutuhan bawahan dan memperhatikan keinginan bawahan untuk berkembang.

Sebagai contoh saat beberapa staf melakukan kesalahan dalam bekerja, menimbulkan complain dan keluhan dari pasien yang datang ke Puskesmas. Kepala Puskesmas memanggil yang bersangkutan, sebagai pemimpin menunjukkan perhatian dalam mendengarkan informasi dari staf yang bersangkutan, dan mengamati kekuatan dan potensi yang dimiliki staf, kemudian menindaklanjuti keluhan, ide, harapan-harapan, dan segala masukan yang diberikan staf. Selanjutnya mengajak staf untuk berkomitmen melakukan perubahan, dan menjaga jangan sampai terulang kembali.

MATERI POKOK 2

KEPEMIMPINAN DALAM PEMBUATAN KEPUTUSAN

A. Pengertian Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan yang cepat dan tepat merupakan bagian dari kegiatan administrasi. Bertujuan agar permasalahan yang akan menghambat roda organisasi dapat segera terpecahkan dan terselesaikan, sehingga suatu organisasi dapat berjalan secara efisien dan efektif. Pengambilan Keputusan merupakan unsur kegiatan yang sangat vital. Oleh karena itu, jiwa kepemimpinan seseorang dapat diketahui, dilihat dari kemampuan mengatasi masalah dan mengambil keputusan yang tepat. Keputusan yang tepat adalah keputusan yang berbobot dan dapat diterima bawahan. Merupakan keseimbangan antara disiplin yang harus ditegakkan, dan sikap manusiawi terhadap bawahan. Keputusan yang demikian dinamakan keputusan yang memperhatikan *human relations*.

Terry mendefinisikan pengambilan keputusan sebagai pemilihan alternatif perilaku dari dua alternatif atau lebih (tindakan pimpinan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dalam organisasi yang dipimpinnya dengan melalui pemilihan satu diantara alternatif-alternatif yang dimungkinkan).

Dalam rangka mencapai tujuan organisasi, berbagai cara pengambilan keputusan dapat dilakukan dalam menghadapi kompleksitas masalah, dan mengatasi konflik yang terjadi baik di dalam ataupun di luar organisasi. Jika pemimpin mampu mengambil keputusan dengan benar dan tepat, maka semua kegiatan dapat berjalan lancar dan tujuan organisasi dapat dicapai dengan mudah dan efisien. Oleh karena itu, pemimpin harus memiliki kemampuan dalam pengambilan keputusan, penting dan sangat vital untuk memecahkan masalah yang dihadapi.

B. Tujuan Pengambilan Keputusan

Tujuan dari pengambilan keputusan itu sendiri dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

a. Tujuan yang bersifat tunggal.

Tujuan pengambilan keputusan yang bersifat tunggal terjadi apabila keputusan yang dihasilkan hanya menyangkut satu masalah, artinya bahwa sekali diputuskan, tidak ada kaitannya dengan masalah lain.

b. Tujuan yang bersifat ganda

Tujuan pengambilan keputusan yang bersifat ganda terjadi apabila keputusan yang dihasilkan itu menyangkut lebih dari satu masalah, artinya bahwa satu keputusan yang diambil itu sekaligus memecahkan dua masalah (atau lebih), yang bersifat kontradiktif atau yang bersifat tidak kontradiktif.

C. Unsur dan Dasar Pengambilan Keputusan

Agar pengambilan keputusan dapat lebih terarah, maka perlu diketahui unsur-unsur / komponen-komponen dari pengambilan keputusan tersebut.

Unsur-unsur / komponen-komponen dari pengambilan keputusan yaitu:

- a. Tujuan dari pengambilan keputusan
- b. Identifikasi alternatif-alternatif keputusan untuk memecahkan masalah.
- c. Perhitungan mengenai faktor-faktor yang tidak dapat diketahui sebelumnya / diluar jangkauan manusia.
- d. Sarana atau alat untuk mengevaluasi atau mengukur hasil dari suatu pengambilan keputusan.

D. Dasar Pengambilan Keputusan

a. Pengambilan Keputusan Berdasarkan Intuisi

Keputusan yang diambil berdasarkan intuisi atau perasaan lebih bersifat subjektif yaitu mudah terkena sugesti, pengaruh luar, dan faktor kejiwaan lain. Sifat subjektif dari keputusan intuitif ini terdapat beberapa keuntungan, yaitu:

- a) Pengambilan keputusan oleh satu pihak sehingga mudah untuk memutuskan.
- b) Keputusan intuitif lebih tepat untuk masalah-masalah yang bersifat kemanusiaan.

Pengambilan keputusan yang berdasarkan intuisi membutuhkan waktu yang singkat Untuk masalah-masalah yang dampaknya terbatas, pada umumnya pengambilan keputusan yang bersifat intuitif akan memberikan kepuasan. Akan tetapi, pengambilan keputusan ini sulit diukur kebenarannya karena kesulitan mencari pembandingnya dengan kata lain hal ini diakibatkan pengambilan keputusan intuitif hanya diambil oleh satu pihak saja sehingga hal-hal yang lain sering diabaikan.

b. Pengambilan Keputusan Rasional

Keputusan yang bersifat rasional berkaitan dengan daya guna. Masalah-masalah yang dihadapi merupakan masalah yang memerlukan pemecahan rasional. Keputusan yang dibuat berdasarkan pertimbangan rasional lebih bersifat objektif. Dalam masyarakat, keputusan yang rasional dapat diukur apabila kepuasan optimal masyarakat dapat terlaksana dalam batas-batas nilai masyarakat yang di akui saat itu.

c. Pengambilan Keputusan Berdasarkan Fakta

Ada yang berpendapat bahwa sebaiknya pengambilan keputusan didukung oleh sejumlah fakta yang memadai. Sebenarnya istilah fakta perlu dikaitkan dengan istilah data dan informasi. Kumpulan fakta yang telah dikelompokkan secara sistematis dinamakan data. Sedangkan informasi adalah hasil

pengolahan dari data. Dengan demikian, data harus diolah lebih dulu menjadi informasi yang kemudian dijadikan dasar pengambilan keputusan. Keputusan yang berdasarkan sejumlah fakta, data atau informasi yang cukup itu memang merupakan keputusan yang baik dan solid, namun untuk mendapatkan informasi yang cukup itu sangat sulit.

d. Pengambilan Keputusan Berdasarkan Pengalaman

Sering kali terjadi bahwa sebelum mengambil keputusan, pimpinan mengingatkan apakah kasus seperti ini sebelumnya pernah terjadi. Pengingatan semacam itu biasanya ditelusuri melalui arsip-arsip pengambilan keputusan yang berupa dokumentasi pengalaman-pengalaman masa lampau. Jika ternyata permasalahan tersebut pernah terjadi sebelumnya, maka pimpinan tinggal melihat apakah permasalahan tersebut sama atau tidak dengan situasi dan kondisi saat ini. Jika masih sama kemudian dapat menerapkan cara yang sebelumnya itu untuk mengatasi masalah yang timbul.

Dalam hal tersebut, pengalaman memang dapat dijadikan pedoman dalam menyelesaikan masalah. Keputusan yang berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat bagi pengetahuan praktis. Pengalaman dan kemampuan untuk memperkirakan apa yang menjadi latar belakang masalah dan bagaimana arah penyelesaiannya sangat membantu dalam memudahkan pemecahan masalah.

e. Pengambilan Keputusan Berdasarkan Wewenang

Banyak sekali keputusan yang diambil karena wewenang (*authority*) yang dimiliki. Setiap orang yang menjadi pimpinan organisasi mempunyai tugas dan wewenang untuk mengambil keputusan dalam rangka menjalankan kegiatan demi tercapainya tujuan organisasi yang efektif dan efisien. Keputusan yang berdasarkan wewenang memiliki beberapa keuntungan. Keuntungan-keuntungan tersebut antara lain : banyak diterimanya oleh bawahan, memiliki otentisitas (otentik), dan juga karena didasari wewenang yang resmi maka akan lebih permanen sifatnya. Keputusan yang berdasarkan pada wewenang semata maka akan menimbulkan sifat rutin dan mengasosiasikan dengan praktik *dictatorial*. Keputusan berdasarkan wewenang kadangkala oleh pembuat keputusan sering melewati permasalahan yang seharusnya dipecahkan justru menjadi kabur atau kurang jelas.

MATERI POKOK 3

KEPEMIMPINAN DALAM PENGELOLAAN KONFLIK (MANAJEMEN KONFLIK)

A. Pencegahan Konflik

Dalam organisasi terdapat berbagai sumber konflik, atau kondisi yang dapat menjadi potensi terjadinya konflik. Oleh karena itu, pemimpin harus mampu mengelola situasi agar sumber dan potensi konflik dapat dicegah, tidak menimbulkan konflik. Jadi pemimpin harus mampu mengidentifikasi sumber atau potensi konflik, sebelum terjadi.

Konflik merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindarkan dalam kehidupan berorganisasi, bahkan sepanjang kehidupan manusia senantiasa dihadapkan dan bergelut dengan konflik. Demikian halnya dengan kehidupan organisasi, anggota organisasi senantiasa dihadapkan pada konflik. Perubahan atau inovasi baru pun sangat rentan menimbulkan konflik (destruktif), apalagi jika tidak disertai pemahaman yang memadai terhadap ide-ide yang berkembang.

Bagaimana pemimpin melakukan manajemen konflik sangat berpengaruh bagi anggota organisasi. Pemimpin organisasi dituntut menguasai manajemen konflik, agar konflik yang muncul dapat berdampak positif untuk pencapaian tujuan organisasi, meningkatkan mutu organisasi.

Manajemen konflik merupakan serangkaian aksi dan reaksi antara pelaku maupun pihak luar dalam suatu konflik. Manajemen konflik termasuk pada suatu pendekatan yang berorientasi pada proses yang mengarahkan pada bentuk komunikasi efektif dari semua pihak yang terlibat dalam konflik. Menurut Ross (1993), manajemen konflik merupakan langkah-langkah yang diambil para pelaku atau pihak ketiga dalam rangka mengarahkan perselisihan ke arah hasil tertentu yang mungkin atau tidak mungkin menghasilkan suatu akhir berupa penyelesaian konflik dan mungkin atau tidak mungkin menghasilkan ketenangan, hal positif, kreatif, bermufakat, atau agresif. Manajemen konflik dapat melibatkan bantuan diri sendiri, kerjasama dalam memecahkan masalah (dengan atau tanpa bantuan pihak ketiga) atau pengambilan keputusan oleh pihak ketiga.

Sementara Minnery (1980:220) menyatakan bahwa manajemen konflik merupakan proses, merupakan bagian yang rasional dan bersifat iteratif, artinya bahwa pendekatan model manajemen konflik secara terus menerus mengalami penyempurnaan sampai mencapai model yang representatif dan ideal.

Beberapa langkah manajemen konflik yaitu: penerimaan terhadap keberadaan konflik (dihindari atau ditekan/didiamkan), klarifikasi karakteristik dan struktur konflik, evaluasi konflik (jika bermanfaat maka dilanjutkan dengan proses selanjutnya), menentukan aksi yang dipersyaratkan untuk mengelola konflik, serta

menentukan peran perencana sebagai partisipan atau pihak ketiga dalam mengelola konflik. Keseluruhan proses tersebut berlangsung melibatkan perencana sebagai aktor yang mengelola konflik baik sebagai partisipan atau pihak ketiga.

Pencegahan Terjadinya Konflik

Pencegahan munculnya konflik dapat dicegah dengan:

- **Disiplin**
Mempertahankan disiplin dapat digunakan untuk mengelola dan mencegah konflik. Pemimpin Puskesmas harus mengetahui dan memahami peraturan-peraturan yang ada dalam organisasi.
- **Pertimbangan Pengalaman dalam Tahapan Kehidupan**
Konflik dapat dikelola dengan mendukung staf Puskesmas untuk mencapai tujuan sesuai dengan pengalaman dan tahapan hidupnya. Misalnya; Perawat junior yang berprestasi dapat dipromosikan untuk mengikuti pendidikan kejenjang yang lebih tinggi, sedangkan bagi perawat senior yang berprestasi dapat dipromosikan untuk menduduki jabatan yang lebih tinggi.
- **Komunikasi**
Komunikasi yang baik akan menciptakan lingkungan yang kondusif . Suatu upaya yang dapat dilakukan manajer untuk menghindari konflik adalah dengan menerapkan komunikasi yang efektif dalam kegiatan sehari-hari yang akhirnya dapat dijadikan sebagai satu cara hidup.
- **Mendengarkan secara aktif**
Mendengarkan secara aktif merupakan hal penting untuk mengelola konflik. Memastikan bahwa pemimpin memahaman, merumuskan kembali permasalahan yang terjadi para pegawai sebagai tanda bahwa mereka telah mendengarkan.

Pencegahan artinya melakukan sesuatu berdasarkan akar permasalahan konflik dan membuat fondasi pengelolaan konflik yang kooperatif dari perbedaan-perbedaan yang ada.

Jelaskan bahwa ada tiga peran pihak ketiga dalam pencegahan konflik. Setiap peran ini memiliki tujuan yang berbeda:

- a. Penyedia mencoba menyediakan kebutuhan dasar dari pihak yang berkonflik dengan:
 - Memberikan sumber penghasilan.
 - Membantu orang memenuhi kebutuhan mereka.
 - Memberdayakan orang.
 - Mendengarkan semua pihak.
- b. Pengajar memberikan keterampilan yang dibutuhkan oleh orang-orang dalam menangani konflik dengan:

- Mengajarkan prinsip non-kekerasan dan toleransi.
 - Mengajarkan cara menyelesaikan konflik.
 - Mendengarkan semua pihak.
- c. Penjembatanan menciptakan hubungan dan membangun rasa percaya dengan:
- Membantu orang-orang untuk bertemu satu sama lain dengan aman.
 - Membantu orang-orang untuk mendengarkan satu sama lain.
 - Membantu menciptakan dialog di antara pihak-pihak yang berkonflik.
 - Mendengarkan semua pihak.

B. Mengelola Konflik

Mengatasi dan menyelesaikan suatu konflik bukanlah suatu yang sederhana. Cepat-tidaknya suatu konflik dapat diatasi tergantung pada kesediaan dan keterbukaan pihak-pihak yang bersengketa untuk menyelesaikan konflik, berat ringannya bobot atau tingkat konflik tersebut. Kemampuan puskesmas melayani masyarakat semakin hari seharusnya semakin baik, tidak hanya memuaskan pelanggan (*customer satisfaction*), tetapi puskesmas juga harus mampu menyediakan pelayanan yang bernilai bagi masyarakat (*customer value*). Didalam organisasi yang melayani berbagai level masyarakat tidak bisa dihindari terjadinya konflik-konflik. Oleh karenanya seorang pimpinan puskesmas harus mampu mengatasi konflik di lingkungannya.

Langkah langkah yang harus dilakukan sebelum menyelesaikan konflik adalah sebagai berikut:

1. Usahakan memperoleh semua fakta mengenai hal yang dikeluhkan ,
2. Usahakan memperoleh info dari kedua belah pihak,
3. Selesaikan permasalahan secepat mungkin.



Kolaborasi

- Deskripsi: Mencari persetujuan yang saling menguntungkan dalam pemecahan masalah dengan prinsip "Dua kepala lebih baik dari satu"
- Perspektif Konflik: Konflik adalah hal yang alami, untuk itu perbedaan harus diterima dan keunikan setiap orang harus dihargai.
- Kelebihan Kedua pihak mendapatkan apa yang mereka inginkan dan perasaan negative bisa dikurangi.
- Kekurangan: Perlu waktu dan proses yang lama
- Target : Kedua belah pihak menang (*win-win solution*)

Kompromi

- Deskripsi: Memperhatikan hubungan dengan pihak lain sekaligus tujuan pribadi. Bersedia mengorbankan beberapa tujuan sambil tetap meyakinkan pihak lain untuk meyerahkan.
- Perspektif Konflik: Konflik adalah perbedaan yang saling menguntungkan yang bisa dipecahkan dengan cara kerja sama dan kompromi.
- Kelebihan: Hubungan terpelihara dan konflik berhasil diselesaikan.
- Kekurangan: Menciptakan hasil akhir yang kurang ideal (keduanya) bisa sama sama kalah, atau menang-kalah)
- Target: Kooperatif hasilnya bisa menang-kalah atau kalah-kalah.

Akomodasi

- Deskripsi: Menerima pandangan dari pihak lain dan membiarkan pandangan tersebut menang. Seadngkan ia sendiri menyerah, mendukung atau mengaku salah. Ia memutuskan bahwa perbedaan ini bukan masalah besar atau bukan masalah sama sekali. Menekankan hubungan antar manusia, mengacuhkan tujuannya sendiri dan berupaya meredakan konflik dengan cara menyerahkan keputusan pada pihak lain.
- Perspektif konflik: Konflik adalah muslbah, jadi lebih baik menyerah. Kepentingan bisa dikorbankan, masalah bisa diacuhkan dan hubungan harus dipentingkan demi menjaga perdamaian.
- Kelebihan: Hubungan dengan pihak lain akan terjaga
- Kekurangan tidak produktif:
- Target: menciptakan situasi menang-kalah untuk pihak lain.

Penghindaran:

- Deskripsi: Menunda atau menghindari respon, menarik diri, mengalihkan perhatian, lebih suka bersembunyi dan mengabaikan konflik daripada menyelesaikannya, tidak kooperatif, cenderung mengalah dan

menampilkan tingkah lain pasif. Prinsipnya adalah “Saya lebih suka tidak menghadapinya sekarang”

- Perspektif Konflik: Tidak ada harapan dalam konflik. Menghindari adalah langkah terbaik.
- Kelebihan: Hubungan dengan pihak lain akan terjaga.
- Kekurangan : Konflik tidak terselesaikan dan justru bisa semakin memburuk
- Target: Menciptakan situasi kalah-kalah

Kompetisi

- Deskripsi: Mengontrol hasil akhir, tidak menerima perbedaan pendapat, memaksakan pandangan dan berorientasi pada tujuan, sementara hubungan ditempatkan pada prioritas rendah. Orang-orang ini terkadang tidak segan menggunakan perilaku agresif untuk memecahkan masalah, tidak kooperatif, cenderung mengancam dan mengintimidasi, serta sangat membutuhkan kemenangan sehingga harus mengalahkan pihak lain.
- Perspektif Konflik: konflik adalah peristiwa yang sangat jelas, isu pokoknya adalah mengenai siapa yang benar. Tekanan dan penindasan merupakan tindakan yang penting.
- Kelebihan: Jika keputusan orang ini benar, maka konflik bisa berakhir dengan keputusan yang benar.
- Kekurangan: Menyulut kemarahan dari pihak lain.
- Target : Menciptakan situasi menang-kalah.

Tes Gaya Konflik

Tujuan: untuk mengetahui gaya konflik yang paling dominan untuk mengetahui gaya mana yang dipilih dalam menangani masalah (konflik).

- a. Fasilitator membagikan lembaran Tes Gaya Konflik (terlampir). Minta peserta untuk menjawab semua pertanyaannya dan melakukan penilaian untuk mengetahui gaya konflik yang paling dominan dari diri mereka.
- b. Fasilitator menjelaskan kelemahan dan kelebihan dari kelima gaya konflik. Tekankan bahwa kelima gaya tersebut merupakan pilihan-pilihan yang dimiliki oleh seseorang dalam menghadapi masalah atau konflik. Masing-masing pilihan memiliki dampak dan resiko yang berbeda-beda. Analisis dampak dari pilihan-pilihan ini bisa digunakan untuk membantu mengambil keputusan mengenai gaya mana yang akan dipakai untuk menyelesaikan masalah tertentu.

Kesimpulan

Beberapa pertanyaan yang dapat Anda ajukan kepada peserta adalah:

- a. Bagaimana latihan ini memberdayakan kita?
- b. Bagaimana latihan ini memberi kita pilihan lebih?

- c. Bagaimana latihan ini membantu kita hidup bersama dengan orang yang berbeda?

Tes Gaya Konflik

Berdasarkan *Mastering Human Relations, 3rd Ed. by A. Falikowski 2002 Pearson Education* <http://www.pearsoned.ca>

Instruksi: Daftar di bawah ini memuat 15 pernyataan. Tiap pernyataan menyediakan sebuah kemungkinan strategi dalam menangani konflik. Respon terhadap setiap pernyataan ini dinilai dengan angka (1= Selalu, 2= Sangat sering, 3=Kadang-kadang, 4=Tidak terlalu sering, 5=Jarang). Jawab sesuai dengan perilaku Anda sebenarnya.

- ___a. Saya berdebat pandangan dengan teman sejawat untuk menunjukkan kekuatan dari pijakan yang saya pegang.
- ___b. Saya mencoba mencapai kompromi melalui negosiasi.
- ___c. Saya berusaha untuk memenuhi harapan orang lain.
- ___d. Saya mendiskusikan masalah dengan orang lain untuk mencari solusi yang sama-sama dapat diterima.
- ___e. Saya mempertahankan sikap/prinsip/posisi saya dengan gigih, khususnya ketika memperjuangkan pendapat saya atas suatu masalah.
- ___f. Saya mencoba menghindari perhatian terhadap diri saya, dengan cara menghindari konflik dengan yang lain dan menyimpan masalah hanya untuk diri sendiri.
- ___g. Saya mendukung dan mencoba menerapkan solusi saya terhadap suatu masalah.
- ___h. Saya berkompromi untuk mencapai solusi.
- ___i. Saya berbagi hal-hal penting dengan yang lain sehingga masalah-masalah dapat dipecahkan bersama-sama.
- ___j. Saya menghindari untuk mendiskusikan perbedaan-perbedaan yang saya miliki dengan yang lain.
- ___k. Saya berusaha untuk mengakomodasi harapan- harapan teman saya.
- ___l. Saya mencari perhatian setiap orang agar terbuka dalam rangka memecahkan perselisihan dengan cara yang sebaik mungkin.
- ___m. Saya memosisikan diri di tengah dalam upaya untuk memecah kebuntuan diantara orang-orang yang berseberangan pendapat.

____n. Saya menerima rekomendasi teman sejawat saya.

____o. Saya menghindari adanya perasaan dongkol dengan menyimpan sendiri ketidaksetujuan saya terhadap yang lain.

Lima belas pernyataan yang baru saja Anda baca berada dalam lima kategori bawah ini. Setiap kategori berisi abjad abjad dari tiga pernyataan. Salinlah angka-angka yang Anda tempatkan di sebelah setiap pernyataan. Kalkulasi jumlah totalnya di bawah setiap kategori.

Kompetisi	Kolaborasi	Penghindaran	Akomodasi	Kompromi
A:	D:	F:	C:	B:
E:	I:	J:	K:	H:
G:	L:	O:	N:	M:
Total	Total:	Total:	Total:	Total:

Hasil :

Cara dominan saya adalah (skor terendah Anda)

Cara dominan saya adalah (skor terendah kedua Anda)

C. Resolusi Konflik

Empat peran dalam resolusi konflik. Setiap peran ini memiliki tujuan yang berbeda:

- a. Mediator membantu orang untuk membuat kesepakatan yang memenuhi kepentingan dan kebutuhan masing-masing dengan:
 - Membantu orang-orang di dalam konflik untuk mulai saling berbicara dan bernegosiasi.
 - Membantu orang-orang untuk berkomunikasi.
 - Membantu orang-orang agar bisa mengajukan solusi masing-masing.
 - Mendengarkan semua pihak.
- b. Pemisah membuat keputusan bagi semua pihak berdasarkan hak-hak mereka dengan:
 - Mencapai keadilan.
 - Mendengarkan klaim masing-masing pihak.
 - Membuat keputusan berdasarkan hukum dan tradisi.
 - Mendengarkan semua pihak.
- c. Penyetara menciptakan kekuatan (power) yang seimbang antara pihak-pihak yang berkonflik dan memiliki hubungan yang tidak setara dengan:
 - Memberdayakan orang.
 - Menciptakan keadilan (*fairness*).

- Membantu orang mendapatkan martabat.
 - Mendengarkan semua pihak.
- d. Pengobat memperbaiki perasaan dan hubungan yang terluka dengan:
- Menunjukkan rasa empati kepada semua pihak.
 - Membantu orang-orang untuk mengingat dan menghormati korban jiwa di masa lalu.
 - Mendorong adanya permintaan maaf, pemaafan dan rekonsiliasi.
 - Mendengarkan semua pihak.
- e. Penahanan : tahap ketiga dari konflik adalah ketika konflik sudah berada di luar kontrol. Ibaratnya, barisan api telah menjalar dan menghancurkan orang-orang serta masyarakat. Pada level ini, kita perlu menahan konflik. Penahanan berarti membatasi atau menahan perlawanan sehingga orang-orang bisa hidup aman dan dialog bisa dimulai lagi.

Ada tiga peran dalam penahanan konflik. Setiap peran ini memiliki tujuan yang berbeda-beda:

- a. Saksi memerhatikan eskalasi konflik dan mengingatkan orang untuk membawa bantuan dengan:
- Mencari tanda peringatan awal.
 - Memberitahukan informasi tentang konflik kepada orang-orang sehingga tidak ada yang disembunyikan.
 - Mencari bantuan dengan cepat.
 - Mendengarkan semua pihak.
- b. Wasit membuat batasan, norma atau aturan agar konflik bisa berjalan seimbang dengan:
- Menegakkan aturan.
 - Melucuti senjata.
 - Menghentikan pihak-pihak yang melanggar aturan.
- c. Penjaga Perdamaian menyediakan perlindungan bagi orang-orang yang terlibat dalam konflik dengan:
- Menciptakan penghalang fisik di antara orang-orang yang tengah berkonflik
 - Menegakkan perdamaian.
 - Menghentikan kekerasan. Kekuatan (*force*) hanya digunakan dalam keadaan mendesak.

D. Kepemimpinan Dalam Koordinasi

Koordinasi adalah salah satu fungsi manajemen yang tidak bisa terpisah dari fungsi manajemen lainnya karena fungsi koordinasi adalah fungsi yang

menghubungkan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Koordinasi berarti mengikat, mempersatukan, dan menyelaraskan semua aktivitas dan usaha. Sifat mengikat dari fungsi koordinasi membuat fungsi lainnya tidak dapat berjalan tanpa koordinasi.

Masalah-masalah Pencapaian Koordinasi yang Efektif

Dalam memerankan fungsinya, koordinasi diperlukan ketika terdapat salah satu dari empat tipe perbedaan dalam sikap dan cara kerja di antara bermacam macam individu dan department dalam organisasi yang mempersulit tugas pengkoordinasian bagian-bagian organisasi secara efektif, yaitu:

1. Perbedaan dalam orientasi terhadap tujuan tertentu.
Para anggota dari departemen yang berbeda mengembangkan pandangan mereka sendiri tentang bagaimana cara mencapai kepentingan organisasi yang baik. Misalnya bagian penjualan menganggap bahwa diversifikasi produk harus lebih diutamakan daripada kualitas produk. Bagian akuntansi melihat pengendalian biaya sebagai faktor paling penting sukses organisasi.
2. Perbedaan dalam orientasi waktu.
Manajer produksi akan lebih memperhatikan masalah-masalah yang harus dipecahkan segera atau dalam periode waktu pendek. Biasanya bagian penelitian dan pengembangan lebih terlibat dengan masalah-masalah jangka panjang.
3. Perbedaan dalam orientasi antar pribadi
Setiap individu dalam organisasi selalu berbeda dalam orientasi kerja, kehidupan, keluarga, dan lain-lain. Apabila dalam koordinasi antara bawahan dengan atasan atau sesama satu jenjang jabatan di satu organisasi memiliki orientasi yang berbeda-beda tersebut maka sudah jelas pasti diperlukan koordinasi tersebut untuk menyatukan persepsi langkah mencapai tujuan organisasi.
4. Perbedaan formalitas struktur
Setiap jenjang jabatan dalam unit-unit suatu organisasi dapat memiliki struktur jabatan yang berbeda tergantung keperluan tugasnya masing masing. Namun permasalahannya ketika antar struktur harus saling berhubungan, maka diperlukan koordinasi untuk menyamakan persepsi. ada koordinasi, apalagi menghubungkan dengan fungsi manajemen yang lainnya. Inti dari fungsi koordinasi adalah komunikasi.

Tujuan Koordinasi

Sedangkan tujuan dilakukannya koordinasi dalam perusahaan atau organisasi meliputi:

1. Menghindari kekacauan dan penyimpangan tugas dari sasaran

2. Mengarahkan dan menyatukan semua tindakan serta pemikiran ke arah tercapainya sasaran perusahaan
3. Menghindari kekosongan dan tumpang tindih pekerjaan
4. Menjuruskan keterampilan spesialis ke arah sasaran perusahaan.
5. Mengintegrasikan tindakan dan pemanfaatan unsur manajemen ke arah sasaran organisasi atau perusahaan.

Pendekatan-pendekatan untuk Pencapaian Koordinasi yang Efektif

Komunikasi adalah pendekatan yang paling efektif. Koordinasi secara langsung tergantung pada perolehan, penyebaran, pemrosesan informasi. Semakin besar ketidakpastian tugas yang dikoordinasi, semakin membutuhkan informasi. Untuk alasan itulah, koordinasi pada dasarnya merupakan tugas pemrosesan informasi.

Pemimpin yang efektif mampu melakukan koordinasi yang efektif dengan cara:

- Melakukan bimbingan pada bawahan secara teratur kearah yang benar dan menginspirasi bawahan dalam mencapai tujuan bersama,
- mengadakan supervisi personal untuk menghilangkan perbedaan pendapat;
- mengurangi ketergantungan pada hal-hal yang bersifat otoritas seperti:kewenangan, aturan dan prosedur
- serta melakukan koordinasi yang efektif dengan melakukan hubungan interpersonal,untuk menciptakan iklim yang saling percaya dan kerjasama yang baik.

Penentuan Mekanisme Koordinasi yang Tepat

Pertimbangan penting dalam penentuan pendekatan yang paling baik untuk koordinasi adalah menyesuaikan kapasitas organisasi untuk koordinasi dengan kebutuhan koordinasi. Berapa banyak informasi yang dibutuhkan organisasi untuk melaksanakan operasi-operasinya? Berapa besar kemampuan pemrosesan informasi? Bila kebutuhan lebih besar daripada kemampuan, organisasi harus menentukan pilihan: meningkatkan koordinasi potensial atau mengurangi kebutuhan. Sebaliknya, terlalu besar kemampuan pemrosesan informasi relative terhadap kebutuhan secara ekonomis tidak efisien, karena untuk menciptakan dan memelihara mekanisme-mekanisme tersebut adalah mahal.

Cara Mengadakan Koordinasi

Tahapan pelaksanaan koordinasi dilakukan cara sebagai berikut:

1. Memberi keterangan langsung
2. Mengusahakan agar pengetahuan dan penerimaan tujuan yang akan dicapai oleh anggota tidak menuruti kehendak tujuan masing-masing individu anggota. Tujuan itu adalah tujuan bersama
3. Mendorong para anggota untuk bertukar pikiran, mengemukakan ide, saran-saran, dsb

4. Mendorong para anggota untuk berpartisipasi dalam tingkat perumusan dan penciptaan sasaran
5. Membina *human relations* yang baik antara sesama karyawan

Manager harus sering melakukan komunikasi informal dengan para bawahan. Hakikatnya kegiatan administrasi dalam suatu organisasi adalah pembuatan keputusan. Kegiatan yang dilakukan tersebut mencakup seluruh proses pengambilan keputusan dari mulai identifikasi masalah sampai dengan evaluasi dari pengambilan keputusan yang melibatkan seluruh elemen-elemen dalam administrasi sebagai suatu sistem organisasi. Artinya dalam membuat suatu keputusan untuk memecahkan suatu permasalahan yang ditimbulkan dari adanya perubahan-perubahan yang terjadi dalam organisasi dibutuhkan informasi yang cukup baik dari internal maupun eksternal organisasi guna mengambil keputusan yang tepat dan cepat.

E. Kepemimpinan Dalam Kolaborasi

Pengertian dan Konsep tentang Kolaborasi

Pengertian Kolaborasi

Menurut Abdulsyani, Roucek, dan Warren, kolaborasi adalah bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan bersama. Ia merupakan proses social yang paling dasar. Biasanya, kolaborasi melibatkan pembagian tugas, dimana setiap orang mengerjakan setiap pekerjaan yang merupakan tanggung jawabnya demi terwujudnya tujuan bersama. Sedangkan dalam istilah administrasi, pengertian kolaborasi sebagaimana yang dijelaskan oleh Hadari Nawawi adalah usaha untuk mencapai tujuan bersama yang telah ditetapkan melalui pembagian tugas/pekerjaan, tidak sebagai pengkotakan kerja akan tetapi sebagai satu kesatuan kerja, yang semuanya terarah pada pencapaian tujuan.

Motivasi utamanya adalah memperoleh hasil-hasil kolektif yang tidak mungkin dicapai jika masing-masing pihak bekerja sendiri-sendiri. Selain seperti dalam kerjasama, para pihak berkolaborasi biasanya dengan harapan mendapatkan hasil-hasil yang inovatif, terobosan, dan/atau istimewa/luar biasa, serta prestasi kolektif yang memuaskan. Kolaborasi biasanya dilakukan agar memungkinkan muncul/berkembangnya saling pengertian dan realisasi visi bersama dalam lingkungan dan sistem yang kompleks.

Pengertian dan pentingnya kolaborasi menurut para ahli:

1. Jonathan (2004) mendefinisikan kolaborasi sebagai proses interaksi di antara beberapa orang yang berkesinambungan.
2. Menurut Kamus Heritage Amerika (2000), kolaborasi adalah bekerja bersama khususnya dalam usaha penggabungan pemikiran.
3. Gray (1989) menggambarkan bahwa kolaborasi sebagai suatu proses berpikir dimana pihak yang terlibat memandang aspek-aspek perbedaan dari suatu

masalah serta menemukan solusi dari perbedaan tersebut dan keterbatasan pandangan mereka terhadap apa yang dapat dilakukan.

4. Kolaborasi merupakan proses kompleks yang membutuhkan sharing pengetahuan yang direncanakan yang disengaja, dan menjadi tanggung jawab (Lindeke dan Sieckert, 2005).

Dari berbagai definisi yang dikemukakan para ahli, dapat disimpulkan bahwa kolaborasi adalah suatu proses interaksi yang kompleks dan beragam, yang melibatkan beberapa orang untuk bekerja sama dengan menggabungkan pemikiran secara berkesinambungan dalam menyikapi suatu hal dimana setiap pihak yang terlibat saling ketergantungan di dalamnya. Apapun bentuk dan tempatnya, kolaborasi meliputi suatu pertukaran pandangan atau ide yang memberikan perspektif kepada seluruh kolaborator.

Manfaat kolaborasi

1. Memberikan pelayanan atau usaha yang berkualitas dengan menggabungkan keahlian unik profesional.
2. Memaksimalkan produktivitas serta efektivitas dan efisiensi sumber daya.
3. Meningkatkan profesionalisme, loyalitas, dan kepuasan kerja.
4. Meningkatkan kohesivitas antar pelaku yang terlibat di dalamnya
5. Memberikan kejelasan peran dalam berinteraksi antar pelaku yang terlibat di dalamnya

Struktur Elemen-Elemen Kolaborasi

Praktik kolaborasi mengganti pendekatan pengelompokan hirarkis dengan pendekatan yang mendorong interaksi antara sesama anggota. Model hirarkis menekankan komunikasi satu arah, terdapat tokoh yang dominan. Model praktik kolaboratif menekankan komunikasi dua arah, tetapi tetap menempatkan salah satu tokoh pada posisi utama. Model melingkar menekankan kontinuitas, kondisi timbal balik satu dengan yang lain dan tak ada satu anggota stakeholder yang melakukan kolaborasi mendominasi terus menerus. Upaya pencapaian tujuan tdk hanya dilakukan melalui cara mengalahkan saingan, melainkan juga dpt dilakukan melalui kerjasama & kolaborasi. Kolaborasi adalah "*a purposive relationship*". (Schrage, 1995 : 29). *)

Tujuan kolaborasi:

Secara singkat kolaborasi bertujuan untuk:

1. memecahkan masalah;
2. menciptakan sesuatu (Schrage, 1995 : 29).
3. menemukan sesuatu di dalam sejumlah hambatan.

Tujuan kolaborasi sektor publik

Tujuan utama dalam kolaborasi sektor publik diperuntukkan pada peningkatan pelayanan pada masyarakat. Juga kolaborasi dalam bentuk kemitraan di bidang

teknologi misalnya, dapat berupa hubungan umum antara dua pihak atau lebih, yang dapat bersifat koordinatif, bentuk kerjasama tertentu ataupun kolaborasi yang lebih khusus/spesifik di bidang teknologi.

Mengapa diperlukan Kolaborasi?

1. Membangun pemahaman melalui sharing gagasan, informasi, antara berbagai pihak, memberikan mekanisme penyelesaian suatu ketidakpastian
2. Membangun mekanisme pengambilan keputusan yang efektif melalui proses yang fokus pada masalah bersama, dan membangun dukungan
3. Menghasilkan alat kerja yang efektif melalui koordinasi lintas batas, manajemen bersama, dan mobilisasi perluasan gagasan
4. Mengembangkan kapasitas bersama multi pihak untuk menghadapi tantangan dimasa depan

Faktor sukses kolaborasi (Yaffe 2000)

1. *Common ground* (pandangan yang sama)
2. Kesempatan baru berinteraksi
3. Pelembagaan bersama dalam interaksi yang intens
4. Mengatasi masalah dengan cara-cara baru dan berbeda
6. Peka terhadap tanggung jawab dan komitmen (*them=us*)
7. Kemitraan inti = individu per individu bukan lembaga
8. Energik, penuh pengabdian, proaktif, berani, inovatif
9. Mendapatkan dan menghargai bantuan pihak lain

Pendekatan kepemimpinan kolaboratif

1. **Kekuasaan**
Pendekatan baru kepemimpinan kolaboratif mengakui bahwa kekuatan paling besar adalah kolektifitas suatu tim. Dengan mendorong partisipasi yang setara di semua tingkatan, memungkinkan bagi pemimpin kolaboratif untuk memberikan solusi dengan mengembangkan ide-ide terbaik dari kelompok dan menggunakan pendekatan tim untuk pemecahan masalah.
2. **Informasi**
Keterbukaan dan berbagi informasi adalah landasan kepemimpinan kolaboratif. Memberikan kesempatan yang sama bagi semua orang dalam organisasi untuk berbagi informasi. Bagi kepemimpinan kolaboratif unsur pendidikan juga memainkan peran penting.
3. **Menguraikan Ide**
Seni kolaborasi memberikan semua orang di tim kesempatan bersuara. Pemimpin umumnya terbuka untuk saran dan ide-ide dari tim mereka dan mengakui bahwa curah pendapat dan perspektif yang berbeda dapat membawa wawasan yang unik.

4. Pemecahan Masalah

Dalam lingkungan kolaboratif, solusi dilakukan dengan cara brainstorming antara anggota tim dan difasilitasi oleh manajemen. Pemimpin kolaboratif mengenali kekuatan pendekatan kelompok untuk pemecahan masalah.

5. Alokasi Sumber Daya

Sebuah lingkungan kolaboratif diciptakan berdasarkan kepercayaan, dan sumber daya dapat disampaikan secara proaktif. Pemimpin tim memberikan kesempatan tim mereka untuk berkembang dengan menyediakan sumber daya dan mengalokasikan waktu, tepat pada waktunya. Hal ini memungkinkan mereka untuk mengembangkan diri secara lebih cepat, memiliki akses ke sumber daya perusahaan (waktu, uang, bahan) yang diperlukan agar melakukan pekerjaan mereka dengan efisien.

6. Aturan dan Tanggung Jawab

Dalam lingkungan kolaboratif tim didorong untuk bekerja sama. Informasi, sumber daya, pengetahuan, waktu dan upaya selalu dibagi bersama. Hal ini memungkinkan berkembangnya dan berfluktuasinya pembagian peran dan tanggung jawab dalam tim untuk mendapat kebaikan yang lebih besar.

7. Menyelesaikan Masalah

Dasar kepemimpinan kolaboratif adalah kepercayaan. Karena anggota tim diberi tanggung jawab lebih untuk pekerjaan mereka, para pemimpin lebih sering terlibat dalam proses. Ini berarti bahwa setiap masalah timbul sering ditangani dengan cepat. pemimpin kolaboratif mencari akar penyebab konflik, dan solusi diberikan sesegera mungkin.

8. Kinerja dan Umpan Balik

Sifat lingkungan kolaboratif berarti bahwa para pemimpin dan anggota tim sama-sama dihargai dan bekerja sama setiap hari. Hal ini memberikan kesempatan untuk menerima umpan balik sesegera mungkin serta pujian dan kritik yang membangun. Lingkungan kolaboratif memelihara dan menawarkan kesempatan untuk berbagi pengetahuan dan mendidik anggota secara berkelanjutan. Pemimpin kolaboratif sering berbagi pengetahuan dan pengalaman mereka dengan menawarkan pembinaan pribadi yang berkelanjutan untuk anggota tim lainnya.

MATERI POKOK 4

MEMBANGUN KAPASITAS KEPEMIMPINAN HOLISTIK TRANSFORMATIF

Abraham Lincoln pernah mengatakan, “*A man’s character is like a tree and his reputation like it’s shadow; The shadow is what we think of it; The tree is the real thing.*” Rekam jejak pemimpin diperlukan untuk memahami kejadian yang ada di lingkungannya, data-data tersebut perlu dibaca dengan penuh kehati-hatian. Pemimpin dapat mengolah data-data tersebut menjadi informasi yang akan dijadikan sebagai dasar pembuatan keputusan. Membangun kapasitas kepemimpinan adalah suatu misi yang penting. Oleh karenanya seorang Pimpinan Puskesmas harus membangun kapasitas kepemimpinan yang dibutuhkan untuk menghadapi tantangan masa depan dengan lebih inovatif. Visi yang diciptakan pemimpin harus dijalankan secara konsisten serta harus menuntut perubahan budaya yang lebih berorientasi pada mutu baik proses maupun hasil pendidikan. Dengan demikian hal penting yang memposisikan diri sebagai komponen yang memberikan pengaruh yang kuat pada efektifitas pencapaian pendidikan yang berkualitas di era desentralisasi adalah *Visionary Leadership*.

Untuk itu strategi Kepemimpinan holistik adalah salah satu strategi kepemimpinan yang antisipatif dalam menghadapi masalah yang kompleks secara terintegrasi (holistik) dan inovatif di era persaingan.

A. Kepemimpinan Holistik

Salah satu keunikan kepemimpinan holistik adalah sebelum bertindak pemimpin lebih dahulu mengukur kesenjangan kapasitas kepemimpinan dari enam elemen yaitu elemen kepemimpinan pelanggan, kepemimpinan strategi bisnis, kepemimpinan budaya dan kepemimpinan nilai, kepemimpinan kerja tim, kepemimpinan organisasi, kepemimpinan personal.

B. Elemen Kepemimpinan Holistik

1. Kepemimpinan pelanggan—menyampaikan nilai pada pelanggan eksternal. Mempresentasikan kebutuhan dan nilai-nilai pelanggan dan menekankan pada individu-individu untuk membuat keputusan berdasarkan pada kepentingan yang terbaik dari pelanggan.
2. Kepemimpinan strategi bisnis—menciptakan dan melaksanakan strategi bisnis yang memberikan keuntungan kompetitif. Menjamin bahwa penentuan arah strategi adalah kunci penting untuk semua pembuatan keputusan di organisasi.
3. Kepemimpinan berbudaya dan bernilai—mengangkat peran budaya dan nilai-nilai untuk mewujudkan kesuksesan di organisasi. Pemimpin seharusnya

melobi secara efektif untuk memastikan dampak budaya dalam pembuatan keputusan bisnis dan menjamin agar program dan kebijakan sejalan dengan budaya organisasi;

4. Kepemimpinan organisasi—menembus batas-batas fungsional untuk memberdayakan sumber daya secara bersama-sama di organisasi. Mendorong pemikiran integratif dan mendorong pembuatan keputusan dengan mengintegrasikan peluang dan isu-isu secara lintas fungsional.
5. Kepemimpinan tim—membangun tim yang kuat memberikan kekuatan yang lebih besar dari penjumlahan masing-masing bagian. Membangun tim yang kredibel dan menggali sumber daya untuk mendukung kegiatan tim.
6. Kepemimpinan personal—mengupayakan kepemimpinan personal yang efektif dan memodel nilai organisasi mereka. Mengomunikasikan hasrat dan harapan seseorang dan menterjemahkannya dalam bentuk nilai-nilai/ norma yang kredibel untuk mendukung tujuan organisasi.

C. Kemampuan Pemimpin Holistik

Ada 5 langkah yang harus dimiliki oleh seorang kepemimpinan holistik adalah sebagai berikut

1. Kemampuan 1: Penginderaan (*Sensing*)
Kemampuan pemimpin untuk memahami perspektif orang lain. Penginderaan tersebut meliputi mengumpulkan informasi dari berbagai sumber dan menggunakan informasi tersebut untuk mengenali dan mengantisipasi nilai, kebutuhan dan keinginan pelanggan. Penginderaan penting untuk dilakukan, karena seorang pemimpin memerlukan data-data sebagai bahan pendukung dalam pembuatan keputusan.
2. Kemampuan 2: Menciptakan (*Creating*)
Kemampuan menciptakan adalah kemampuan pemimpin untuk membangun suatu solusi yang baru sebagai cara merespon situasi dan apa yang sudah dipelajari dari lingkungan. Kunci ketrampilan menciptakan adalah membangun visi, mendefinisikan serta menyusun visi organisasi. Dalam membangun suatu solusi seorang pemimpin perlu mengkoordinasikan pembagian kerja supaya tiap-tiap satuan kerja atau setiap pejabat tidak berjalan sendiri-sendiri. Kekuatan kepemimpinan menghasilkan berbagai kebijakan dan operasionalisasi kerja yang dibimbing oleh visi yang akan dijadikan dasar pencapaian tujuan.
3. Kemampuan 3: Mengimplementasikan (*Implementing*)
Kemampuan mengimplementasikan adalah kemampuan pemimpin dalam memobilisasi sumber daya dan orang dalam menjalankan rencana yang sudah disusun. Kemampuan ini meliputi menerapkan metode komunikasi dan motivasi yang tepat untuk menggerakkan anggota organisasi agar bertindak dan mewujudkan visi yang telah disusun.

4. Kemampuan 4 : Membangun hubungan (*Connecting*)
Membangun hubungan adalah kemampuan pemimpin untuk membangun hubungan dengan kelompok stakeholder yang berbeda. Hal ini meliputi membangun kepercayaan, memengaruhi harapan dan mewujudkan ide pemikiran yang jujur. Ketrampilan kunci didalam berhubungan adalah berkomunikasi, membangun relasi dan memengaruhi. Pemimpin yang memiliki ketrampilan “menghubungkan” akan mampu melakukan dialog dengan orang lain secara efektif. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengadakan pertemuan baik formal maupun informal.
5. Kemampuan 5: Advokasi (*Advocating*)
Advokasi adalah kemampuan pemimpin melobi kelompok *stakeholder*, atau kelompok kepentingan khusus dan memastikan posisi mereka diperhitungkan dalam pembuatan keputusan. Kemampuan advokasi bertumbuh dan menjadi sesuatu yang penting dilakukan di organisasi. Unsur kompetisi memberikan tantangan tersendiri untuk keberlangsungan dan meningkatkan kesuksesan di organisasi, sehingga pemimpin harus mendorong organisasi untuk beradaptasi menghadapi tantangan kompetisi.

D. Implementasi Kapasitas Kepemimpinan Holistik Transformasional

Langkah langkah untuk mengimplementasikan kapasitas pemimpin yang baik adalah dengan melakukan :

1. Menetapkan kebutuhan Kepemimpinan Puskesmas di masa yang akan datang.
Misalnya: beberapa pemimpin ingin mewujudkan organisasi yang lebih progressif yang mampu menyediakan dan mengalokasikan sumber daya untuk membangun Kapasitas Kepemimpinan.
2. Mengukur kesenjangan kapasitas Kepemimpinan secara holistik
Melakukan *self assessment* untuk mengevaluasi perilaku kepemimpinan holistik dari setiap individu pimpinan sehingga memberikan gambaran perspektif secara luas. Kesenjangan ini memberikan data yang bernilai yang berkaitan dengan potensi pemimpin secara spesifik. Self assessment dilakukan dengan instrumen kapasitas kepemimpinan Holistik yang berisi enam (6) elemen. Self assessment menghasilkan peta Kapasitas Kepemimpinan. Dengan hasil assessment pemimpin bisa mengetahui kekurangannya (area yang lemah) dan kekuatannya (area yang kuat). Misalnya : Potensi pemimpin yang terbaik adalah sebagai Role model; potensi kedua adalah Pemimpin berkualitas, potensi ketiga adalah Pemimpin yang butuh pengembangan.
3. Bertindak untuk membangun kapasitas
Pemimpin perlu menargetkan pengembangan dirinya di wilayah yang menunjukkan kekurangan. Beberapa panduan untuk memprioritaskan sasaran pada Kesenjangan Kapasitas sebagai berikut:

- Membangun kapasitas pada elemen dan kemampuan. (keenam elemen kepemimpinan menunjukkan wilayah yang kritis yang harus menjadi perhatian pemimpin agar mampu mempraktekkan kepemimpinan holistik. Dengan memperhatikan pada keenam elemen tersebut dapat membantu pemimpin melakukan transisi dari mempraktekkan aspek fungsional kepemimpinan kepada aspek yang lebih holistik. Selain itu perhatian pemimpin juga sama pentingnya untuk meningkatkan diri didalam kelima kapasitas (*sensing, creating, implementing, communicating dan advocating*)
 - Melengkapi satu set ketrampilan.
Cara efektif lainnya untuk menargetkan kesenjangan kepemimpinan adalah dengan cara bekerja dengan pemimpin yang lebih mumpuni untuk dapat melengkapi satu set ketrampilan yang dibutuhkan pemimpin. Misalnya jika anda kuat didalam kemampuan *sensing* (membaca kebutuhan) pelanggan, tetapi memiliki kekurangan didalam mengimplementasikan dan menghubungkan, temukan kolega yang kuat di dalam wilayah tersebut. Dengan bekerja bersama, anda akan mengembangkan kekuatan di dalam kapasitas kepemimpinan.
 - Menargetkan pembangunan kapasitas pada tempat yang kritis didalam siklus hidup Kepemimpinan.
Cara yang lain untuk menargetkan kemampuan pemimpin adalah dengan memfokuskan perhatian pada tempat tempat kritis didalam siklus kepemimpinan anda. Misalnya jika anda ditugaskan untuk menjalani transisi kepemimpinan, dari posisi sebagai pegawai menjadi manajer di saat pertama kali. Transisi ini memberikan tantangan pada anda sehingga anda harus merubah cara berpikir dalam mengemban tugas baru anda.
4. Melakukan rencana pemimpin untuk mendukung upaya memajukan organisasi.
- Strategi yang disusun adalah sebagai berikut:
- a. Pemimpin mengambil bagian dalam kegiatan / program peningkatan kapasitas kepemimpinan.
 - b. Sebagai fasilitator perubahan yang senantiasa mendorong perubahan, bukan menjadi penghambat.
 - c. Mendorong praktik praktik untuk membangun kapasitas kepemimpinan
 - d. Membangun kualitas kepemimpinan holistik didalam organisasi dan tim.

Sedangkan menurut Jimmy Oentoro, dalam *Seven Signs of Transformational Leadership* (2005:2-3) ciri pemimpin transformasional adalah:

1) Memimpin dengan "*vision & passion*".

Pemimpin yang memiliki visi dan semangat (*passion*) akan menyuntikkan energi kepada para pengikutnya. Visi merupakan gambaran masa depan

yang diinginkan. "*Passion*" didefinisikan sebagai keinginan yang kuat, dan dedikasi untuk sebuah aktivitas (*Webster dictionary*). Seseorang pernah berkata, "**Tidak ada hal hebat di dunia yang dicapai tanpa keinginan yang kuat.**" Kombinasi keduanya merupakan kekuatan tak terkalahkan dalam mewujudkan transformasi.

2) Memimpin dengan perbuatan.

Beberapa pemimpin mencapai tujuannya dengan menggunakan pedang, yang lain dengan kata-kata dan teladan. Orang mungkin terkesan dengan perkataan Anda, tetapi mereka akan mengikuti apa yang Anda lakukan. Anda harus memiliki integritas pribadi, utuh dalam berpikir, berkata, dan berbuat. Ini menyangkut tanggung jawab, konsistensi, kejujuran, ketulusan, komitmen, disiplin, sifat dapat dipercaya, dan kesetiaan. Inilah kebutuhan mendasar kepemimpinan transformasional. Berfokuslah untuk membangun karakter dan kemurnian, bukan sukses dan prestasi.

3) Memimpin dengan inovasi.

Inovasi adalah membangun cara baru dan lebih baik demi sebuah tujuan. Pemimpin transformasional banyak terlibat dalam perubahan menuju kebaikan. Tak sedikit pemimpin sangat efektif memimpin "*status quo*". Tak ada kemajuan tanpa perubahan. Stop berpikir "bila tidak rusak dan tidak ada masalah, mengapa harus diperbaiki?" Bila bisa dipersulit kenapa dipermudah?

4) Menekankan "*human nature*".

Transformasi bicara tentang perubahan, dan manusialah pembawa perubahan tersebut. Pemimpin transformasional dapat memotivasi pengikut dan komunitasnya untuk terlibat dalam perubahan. Ia mengajak orang berubah dan melakukan perubahan, ahli dalam menyelaraskan talenta setiap individu dengan tujuan organisasi secara keseluruhan demi hasil yang maksimal. Ia mampu mencari, memperlengkapi, dan mendorong orang-orang untuk membawa visi menjadi kenyataan.

5) Memiliki empati.

Sebuah studi dari *Cornwell University's Johnson Graduate School of Management* menyatakan bahwa '*compassion*' (belas kasihan) dan kemampuan membangun tim adalah dua karakteristik terpenting kesuksesan pemimpin pada satu dekade mendatang. Empaty menyangkut kasih, pengertian, perhatian, kebaikan, rasa terima kasih, penghargaan, dan ketulusan. Kepemimpinan semacam ini akan mendorong orang untuk memberikan yang terbaik dan bekerja penuh sukacita, bahkan dalam tugas-tugas yang sangat berat sekalipun. Belas kasihan jugalah yang memberi motivasi bagi pemimpin transformasional untuk mengadakan perubahan di

masyarakat: bagaimana organisasi dapat menolong korban bencana alam, memerangi ketidakadilan ekonomi, membangun komunitas menjadi sejahtera, dan membuat dunia ini menjadi tempat yang lebih indah untuk didiami. Maka kepedulian untuk mewujudkan kesehatan masyarakat dalam kondisi “ Sehat secara Mandiri” menjadi tekad yang tulus dalam bekerja.

6) Membangun secara institusional dan sistematis.

Bicara tentang transformasi adalah berbicara tentang kerja keras bertahun-tahun, bahkan berpuluh-puluh tahun. Pemimpin transformasional memastikan bahwa pekerjaannya dapat dilanjutkan oleh generasi-generasi berikutnya, yang terus berkembang, maju, dan memberikan kontribusi yang lebih luas.

7) Memberi dampak pada "*grass root level*".

Hasil karya seorang pemimpin transformasional harus dapat dirasakan masyarakat tingkat bawah, contohnya keluarga sehat dan sejahtera ditunjukkan dengan terpenuhi nilai Indeks Keluarga Sehat.

MATERI POKOK 5

MEMBANGUN KAPASITAS KEPEMIMPINAN DAN ANTI KORUPSI

Kepemimpinan dalam Anti Korupsi

A. Latar Belakang

a. Pendahuluan

Berdasarkan Indeks Persepsi Korupsi (IPK) dari *Transparency International*, sekitar 70% negara di dunia berada pada posisi masih koruptif, termasuk salah satunya negara Indonesia. Tindakan koruptif di kalangan penduduk Indonesia menduduki peringkat tinggi dibanding negara lain misalnya negara Denmark dan Selandia Baru. Kedua negara tersebut adalah negara yang paling transparan karena rakyatnya bisa ikut mengawasi pemerintahan (Sunita, 2015).

b. Pengertian Korupsi

Beberapa definisi korupsi yang menggambarkan pengertian korupsi di dunia baik dari luar maupun dari dalam negeri yang dihimpun oleh Sunita (2015) yaitu menurut *Transparency International*, Bank Dunia, *Black's Law Disctionary* oleh Henry Campbell Black, Kamus Besar Bahasa Indonesia serta KPK RI yaitu bahwa korupsi adalah penyalahgunaan kewenangan, jabatan atau amanah secara melawan hukum untuk memperoleh keuntungan atau manfaat pribadi dan atau kelompok tertentu yang dapat merugikan kepentingan umum.

Anti korupsi

Kebijakan desentralisasi anggaran hingga ke pedesaan merupakan upaya pemerataan pembangunan. Selama 2016, Indonesia Corruption Watch (ICW) mencatat ada 292 kasus korupsi di pemerintah kabupaten/kota dengan nilai korupsi Rp 478 miliar dan 62 kasus korupsi di pemerintah desa dengan nilai korupsi Rp 18 miliar. Puskesmas mengelola anggaran yang berasal dari berbagai sumber baik pusat maupun daerah. Namun pengawasan internal di puskesmas masih lemah, sehingga rawan terjadinya korupsi. Oleh karena itu, Pimpinan Puskesmas perlu dibekali dengan pemahaman tentang "Anti Korupsi" agar dapat membangun sikap mental aparat yang berintegritas secara konsisten dan terus menerus.

Apa yang dimaksud "anti korupsi"?

Anti korupsi merupakan kebijakan untuk mencegah dan menghilangkan peluang bagi berkembangnya korupsi.

Anti korupsi adalah pencegahan. Pencegahan yang dimaksud adalah bagaimana meningkatkan kesadaran individu untuk tidak melakukan korupsi dan bagaimana menyelamatkan uang dan aset negara.

Peluang bagi berkembangnya korupsi dapat dihilangkan dengan melakukan perbaikan sistem (sistem hukum, sistem kelembagaan) dan perbaikan manusianya (moral dan kesejahteraan).

c. Dasar Hukum Pemberantasan Korupsi di Indonesia

Undang Undang Nomor 31 tahun 1999 & perubahannya Undang Undang Nomor 20 tahun 2001, menyebutkan pengertian korupsi mencakup perbuatan melawan hukum, memperkaya diri orang/badan lain yang merugikan keuangan/perekonomian negara (pasal 2), menyalahgunakan kewenangan karena jabatan/kedudukan yang dapat merugikan keuangan/kedudukan yang dapat merugikan keuangan/perekonomian negara (pasal 3), kelompok delik penyuapan (pasal 5,6, dan 11), kelompok delik penggelapan dalam jabatan (pasal 8, 9, dan 10), delik pemerasan dalam jabatan (pasal 12), delik yang berkaitan dengan pemborongan (pasal 7) dan delik gratifikasi (pasal 12B dan 12C).

d. Faktor Penyebab Korupsi

Sunita (2015), menjelaskan awal mula timbulnya kejadian korupsi atau faktor penyebab korupsi, dimana pola penyebaran korupsi perlu kita pahami, yang bertujuan untuk melakukan identifikasi permasalahan dan menanggulangnya.

Mengapa endemisitas korupsi menjadi tinggi di Indonesia?

Pertanyaan ini dapat dijawab dengan menyingkirkan anggapan bahwa korupsi adalah budaya, karena budaya sendiri adalah nilai yang baik dari pendahulu kita. Endemisitas tinggi disebabkan menurut Pope (2003), telah terjadi proses pembiaran dan perluasan penularan penyakit korupsi selama hampir setengah abad di Indonesia. Akibatnya korupsi di Indonesia nyaris terjadi di semua sektor dan lapisan masyarakat. Akibat pembiaran yang sedemikian lama, maka terjadi penularan yang cepat dan menyebar secara sporadik dari orang ke orang yang akibatnya menimbulkan situasi yang endemis korupsi, ditandai dengan tidak ada perbedaan karakteristik individu, integritas, dan kepribadian karena sudah menyerang populasi yang sehat. Beberapa fenomena mendapatkan bahwa orang yang jujur, lama kelamaan pada akhirnya akan melakukan korupsi karena pengaruh lingkungan akibat tekanan kerja (Sunita, 2015)

Upaya Pencegahan

Organisasi dengan sistem yang korup, mengutamakan kelancaran dalam proses melalui suap dan gratifikasi. Pada saat GT, kasus pegawai pajak yang sudah ditangkap dan penjara, namun tetap berusaha melakukan suap petugas di penjara. Selain itu, saat GT masih dalam proses pengadilan, menyusul GT GT *lainnya* yang juga akhirnya masuk bui. Hal ini sebagai fenomena yang menunjukkan bahwa korupsi sudah terlembaga di suatu organisasi karena ada norma nilai yang diyakini secara berbeda oleh kelompok tersebut (Sunita, 2015)

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan oleh seorang pimpinan adalah menggeser pola reaktif ke pola preventif dengan paradigma 4 P (prediktif, preventif, personalisasi dan partisipatori), seperti meningkatkan nilai integritas pemimpin di puskesmas (kepala puskesmas, Tata Usaha, dan pengelola program). Sehingga dapat melakukan upaya pencegahan korupsi secara berjenjang dengan 3 tingkatan yaitu para pegawai, instansi yaitu puskesmas tersebut serta pemimpin puskesmas tersebut. Mengurangi permasalahan korupsi dengan prioritas utama adalah pemimpin dengan cara meningkatkan nilai nilai integritas kalangan pemimpin.

B. Penanaman Nilai-Nilai Anti Korupsi

a. Nilai- nilai Anti Korupsi

Nilai-nilai anti korupsi yang akan dibahas meliputi kejujuran, kepedulian, kemandirian, kemandirian, kedisiplinan, pertanggung-jawaban, kerja keras, kesederhanaan, keberanian, dan keadilan. Nilai-nilai inilah yang akan mendukung prinsip-prinsip anti korupsi untuk dapat dijalankan dengan baik.

Ada sembilan nilai anti korupsi yang cara gampangnya untuk mengingatnya dengan jembatan keledai “*Jupe mandi tangker sebedil*” sebagaimana digambarkan pada bagan di bawah ini



Berikut ini adalah uraian secara rinci untuk tiap nilai anti korupsi

1) Kejujuran

Menurut Sugono kata jujur dapat didefinisikan sebagai lurus hati, tidak berbohong, dan tidak curang. Sikap pemimpin seharusnya memberikan contoh teladan pada bawahannya. Sikap pemimpin yang menerapkan nilai kejujuran dalam kehidupan dunia kerja yang diwarnai dengan budaya kerja sangat-lah diperlukan jika seorang pemimpin pernah melakukan kecurangan ataupun kebohongan, akan sulit untuk dapat memperoleh kembali kepercayaan dari pegawai lainnya. Prinsip kejujuran harus dapat dipegang teguh oleh setiap pemimpin sejak masa awal memegang jabatan ini untuk memupuk dan membentuk karakter mulia di dalam setiap pribadi bawahannya.

2) Kepedulian

Menurut Sugono definisi kata peduli adalah mengindahkan, memperhatikan dan menghiraukan (*Sugono: 2008*). Nilai kepedulian sangat penting bagi seorang pegawai dalam kehidupan di dunia kerja dan di masyarakat. Seorang pemimpin dituntut untuk peduli terhadap proses belajar mengajar di dunia kerja, terhadap pengelolaan sumber daya di dunia kerja secara efektif dan efisien, serta terhadap berbagai hal yang berkembang di dalam dunia kerja. Pemimpin juga dituntut untuk peduli terhadap lingkungan di luar dunia kerja. Beberapa upaya yang bisa dilakukan sebagai wujud kepedulian di antaranya adalah dengan menciptakan Sikap tidak berbuat curang atau tidak jujur.

3) Kemandirian

Kondisi mandiri bagi pemimpin dapat diartikan sebagai proses mendewasakan diri yaitu dengan tidak bergantung pada orang lain untuk mengerjakan tugas dan tanggung jawabnya. Hal ini penting untuk masa depannya dimana pemimpin tersebut harus mengatur kehidupannya dan orang-orang yang berada di bawah tanggung jawabnya sebab tidak mungkin orang yang tidak dapat mandiri (mengatur dirinya sendiri) akan mampu mengatur hidup orang lain. Dengan karakter kemandirian tersebut pemimpin dituntut untuk mengerjakan semua tanggung jawab dengan usahanya sendiri dan bukan orang lain (*Supardi: 2004*).

4) Kedisiplinan

Menurut Sugono definisi kata disiplin adalah ketaatan (kepatuhan) kepada peraturan (*Sugono: 2008*). Dalam mengatur kehidupan dunia kerja baik kerja maupun sosial pemimpin perlu hidup disiplin. Manfaat dari hidup yang disiplin adalah pemimpin dapat mencapai tujuan hidupnya dengan waktu yang lebih efisien. Disiplin juga membuat orang lain percaya dalam

mengelola suatu kepercayaan. Nilai kedisiplinan dapat diwujudkan antara lain dalam bentuk kemampuan mengatur waktu dengan baik, kepatuhan pada seluruh peraturan dan ketentuan yang berlaku di dunia kerja, mengerjakan segala sesuatunya tepat waktu, dan fokus pada pekerjaan.

5) Tanggung Jawab

Menurut Sugono definisi kata tanggung jawab adalah keadaan wajib menanggung segala sesuatunya (kalau terjadi apa-apa boleh dituntut, dipersalahkan dan diperkarakan) (Sugono: 2008). Pemimpin yang memiliki rasa tanggung jawab akan memiliki kecenderungan menyelesaikan tugas lebih baik dibanding pegawai yang tidak memiliki rasa tanggung jawab. pegawai yang memiliki rasa tanggung jawab akan mengerjakan tugas dengan sepenuh hati karena berpikir bahwa jika suatu tugas tidak dapat diselesaikan dengan baik dapat merusak citra namanya di depan orang lain. Pemimpin yang memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi mudah untuk dipercaya orang lain dalam masyarakat misalkan dalam memimpin puskesmas yang berhubungan dengan berbagai elemen yaitu tokoh masyarakat, tokoh agama dan kader kesehatan dan masyarakat yang mendapat pelayanan puskesmas. Tanggung jawab adalah menerima segala sesuatu dari sebuah perbuatan yang salah, baik itu disengaja maupun tidak disengaja. Tanggung jawab tersebut berupa perwujudan kesadaran akan kewajiban menerima dan menyelesaikan semua masalah yang telah di lakukan. Tanggung jawab juga merupakan suatu pengabdian dan pengorbanan.

6) Kerja keras

Bekerja keras didasari dengan adanya kemauan. Kata "kemauan" menimbulkan asosiasi dengan ketekadan, ketekunan, daya tahan, tujuan jelas, daya kerja, pendirian, pengendalian diri, keberanian, ketabahan, keteguhan, tenaga, kekuatan, kelaki-lakian dan pantang mundur. Adalah penting sekali bahwa kemauan pemimpin berkembang ke taraf yang lebih tinggi karena harus menguasai diri sepenuhnya lebih dulu untuk bisa menguasai orang lain. Setiap kali seseorang penuh dengan harapan dan percaya, maka akan menjadi lebih kuat dalam melaksanakan pekerjaannya. Jika interaksi antara pimpinan dan individu pegawai dapat dicapai bersama dengan usaha kerja keras maka hasil yang akan dicapai akan semakin optimum.

7) Sederhana

Gaya hidup pemimpin merupakan hal yang penting dalam interaksi dengan masyarakat di sekitarnya. Gaya hidup sederhana sebaiknya perlu dikembangkan sejak pegawai me-ngenyam masa pekerjaannya. Dengan gaya hidup sederhana, setiap pegawai dibiasakan untuk tidak hidup boros,

hidup sesuai dengan kemampuannya dan dapat memenuhi semua kebutuhannya.

Dengan menerapkan prinsip hidup sederhana, pemimpin dibina untuk memprioritaskan kebutuhan di atas keinginannya. Prinsip hidup sederhana ini merupakan parameter penting dalam menjalin hubungan antara pimpinan dan sesama pegawai karena prinsip ini akan mengatasi permasalahan kesenjangan sosial, iri, dengki, tamak, egois, dan yang sikap-sikap negatif lainnya. Prinsip hidup sederhana juga menghindari seseorang dari keinginan yang berlebihan.

8) Keberanian

Jika kita temui di dalam dunia kerja, ada banyak pemimpin yang sedang mengalami kesulitan dan kekecewaan. Meskipun demikian, untuk menumbuhkan sikap keberanian demi mempertahankan pendirian dan keyakinan pemimpin, harus mempertimbangkan berbagai masalah dengan sebaik-baiknya. Nilai keberanian dapat dikembangkan oleh pemimpin dalam kehidupan di dunia kerja dan di luar dunia kerja. Antara lain dapat diwujudkan dalam bentuk berani mengatakan dan membela kebenaran, berani mengakui kesalahan, berani bertanggung jawab, dan lain sebagainya

9) Keadilan

Berdasarkan arti katanya, adil adalah sama berat, tidak berat sebelah, tidak memihak. Bagi pegawai karakter adil ini perlu sekali dibina agar pemimpin dapat belajar mempertimbangkan dan mengambil keputusan secara adil dan benar.

b. Prinsip-Prinsip Anti Korupsi

Setelah memahami nilai-nilai anti korupsi yang penting untuk mencegah faktor internal terjadinya korupsi, berikut akan dibahas prinsip-prinsip Anti-korupsi yang meliputi akuntabilitas, transparansi, kewajaran, kebijakan, dan kontrol kebijakan, untuk mencegah faktor eksternal penyebab korupsi.

Ada 5 (lima) prinsip anti korupsi seperti diilustrasikan pada bagan di bawah ini



1) Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah kesesuaian antara aturan dan pelaksanaan kerja. Semua lembaga bertanggung jawabkan kinerjanya sesuai aturan main baik dalam bentuk konvensi (*de facto*) maupun konstitusi (*de jure*), baik pada level budaya (individu dengan individu) maupun pada level lembaga (*Bappenas: 2002*). Lembaga-lembaga tersebut berperan dalam sektor bisnis, masyarakat, publik, maupun interaksi antara ketiga sektor.

Akuntabilitas publik secara tradisional dipahami sebagai alat yang digunakan untuk mengawasi dan mengarahkan perilaku administrasi dengan cara memberikan kewajiban untuk dapat memberikan jawaban (*answerability*) kepada sejumlah otoritas eksternal (*Dubnik: 2005*).

Dalam pelaksanaannya, akuntabilitas harus dapat diukur dan dipertanggungjawabkan melalui mekanisme pelaporan dan pertanggungjawaban atas semua kegiatan yang dilakukan. Evaluasi atas kinerja administrasi, proses pelaksanaan, dampak dan manfaat yang diperoleh masyarakat baik secara langsung maupun manfaat jangka panjang dari sebuah kegiatan.

2) Transparansi

Salah satu prinsip penting anti korupsi lainnya adalah transparansi. Prinsip transparansi ini penting karena pemberantasan korupsi dimulai dari transparansi dan mengharuskan semua proses kebijakan dilakukan secara terbuka, sehingga segala bentuk penyimpangan dapat diketahui oleh publik (*Prasojo: 2007*).

Dalam bentuk yang paling sederhana, transparansi mengacu pada keterbukaan dan kejujuran untuk saling menjunjung tinggi kepercayaan (*trust*) karena kepercayaan, keterbukaan, dan kejujuran ini merupakan modal awal yang sangat berharga bagi para pegawai untuk dapat melanjutkan tugas dan tanggungjawabnya pada masa kini dan masa mendatang (*Kurniawan: 2010*).

Dalam prosesnya, transparansi dibagi menjadi lima yaitu 1) proses penganggaran, 2) proses penyusunan kegiatan, 3) proses pembahasan, 4) proses pengawasan, dan proses evaluasi.

Proses penganggaran bersifat bottom up, mulai dari perencanaan, implementasi, laporan pertanggung-jawaban dan penilaian (evaluasi) terhadap kinerja anggaran.

Proses penyusunan kegiatan atau proyek pembangunan terkait dengan proses pembahasan tentang sumber-sumber pendanaan (anggaran

pendapatan) dan alokasi anggaran (anggaran belanja).

Proses pembahasan membahas tentang pembuatan rancangan peraturan yang berkaitan dengan strategi penggalangan (pemungutan) dana, mekanisme pengelolaan proyek mulai dari pelaksanaan tender, pengerjaan teknis, pelaporan finansial dan pertanggungjawaban secara teknis.

Proses pengawasan dalam pelaksanaan program dan proyek pembangunan berkaitan dengan kepentingan publik dan yang lebih khusus lagi adalah proyek-proyek yang diusulkan oleh masyarakat sendiri. Proses lainnya yang penting adalah proses evaluasi.

Proses evaluasi ini berlaku terhadap penyelenggaraan proyek dijalankan secara terbuka dan bukan hanya pertanggungjawaban secara administratif, tapi juga secara teknis dan fisik dari setiap out put kerja-kerja pembangunan.

Hal-hal tersebut merupakan panduan bagi pegawai untuk dapat melaksanakan kegiatannya agar lebih baik.

Setelah pembahasan prinsip ini, pimpinan puskesmas maupun anggota puskesmas lainnya baik sebagai individu dan juga bagian dari masyarakat/ organisasi/ institusi diharapkan dapat mengimplementasikan prinsip transparansi di dalam kehidupan keseharian pegawai.

3) Kewajaran

Prinsip anti korupsi lainnya adalah prinsip kewajaran. Prinsip fairness atau kewajaran ini ditujukan untuk mencegah terjadinya manipulasi (ketidakwajaran) dalam penganggaran, baik dalam bentuk mark up maupun ketidakwajaran lainnya. Sifat-sifat prinsip kewajaran ini terdiri dari lima hal penting yaitu komprehensif dan disiplin, fleksibilitas, terprediksi, kejujuran, dan informatif.

Komprehensif dan disiplin berarti mempertimbangkan keseluruhan aspek, berkesinambungan, taat asas, prinsip pembebanan, pengeluaran dan tidak melampaui batas (*off budget*), sedangkan fleksibilitas artinya adalah adanya kebijakan tertentu untuk mencapai efisiensi dan efektifitas. Terprediksi berarti adanya ketetapan dalam perencanaan atas dasar *value for money* untuk menghindari defisit dalam tahun anggaran berjalan. Anggaran yang terprediksi merupakan cerminan dari adanya prinsip *fairness*.

Prinsip kewajaran dapat mulai diterapkan oleh pegawai dalam kehidupan di dunia kerja. Misalnya, dalam penyusunan anggaran program kegiatan kepegawaian harus dilakukan secara wajar. Demikian pula dalam

menyusun Laporan pertanggung-jawaban, harus disusun dengan penuh tanggung-jawab.

4) Kebijakan

Prinsip anti korupsi yang keempat adalah prinsip kebijakan. Pembahasan mengenai prinsip ini ditujukan agar pegawai dapat mengetahui dan memahami kebijakan anti korupsi. Kebijakan ini berperan untuk mengatur tata interaksi agar tidak terjadi penyimpangan yang dapat merugikan negara dan masyarakat. Kebijakan anti korupsi ini tidak selalu identik dengan undang-undang anti-korupsi, namun bisa berupa undang-undang kebebasan mengakses informasi, undang-undang desentralisasi, undang-undang anti-monopoli, maupun lainnya yang dapat memudahkan masyarakat mengetahui sekaligus mengontrol terhadap kinerja dan penggunaan anggaran negara oleh para pejabat negara.

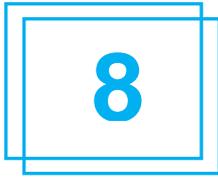
Aspek-aspek kebijakan terdiri dari isi kebijakan, pembuat kebijakan, pelaksana kebijakan, kultur kebijakan. Kebijakan anti-korupsi akan efektif apabila di dalamnya terkandung unsur-unsur yang terkait dengan persoalan korupsi dan kualitas dari isi kebijakan tergantung pada kualitas dan integritas pembuatnya.

Kebijakan yang telah dibuat dapat berfungsi apabila didukung oleh aktor-aktor penegak kebijakan yaitu keKemenkesan, kejaksanaan, pengadilan, pengacara, dan lembaga pemasyarakatan.

Eksistensi sebuah kebijakan tersebut terkait dengan nilai-nilai, pemahaman, sikap, persepsi, dan kesadaran masyarakat terhadap hukum atau undang-undang anti korupsi. Lebih jauh lagi, kultur kebijakan ini akan menentukan tingkat partisipasi masyarakat dalam pemberantasan korupsi.

5) Kontrol kebijakan

Prinsip terakhir anti korupsi adalah kontrol kebijakan. Kontrol kebijakan merupakan upaya agar kebijakan yang dibuat betul-betul efektif dan mengeliminasi semua bentuk korupsi. Pada prinsip ini, akan dibahas mengenai lembaga-lembaga pengawasan di Indonesia, self-evaluating organization, reformasi sistem pengawasan di Indonesia, problematika pengawasan di Indonesia. Bentuk kontrol kebijakan berupa partisipasi, evolusi dan reformasi. Kontrol kebijakan berupa partisipasi yaitu melakukan kontrol terhadap kebijakan dengan ikut serta dalam penyusunan dan pelaksanaannya dan kontrol kebijakan berupa oposisi.



LAMPIRAN

Lampiran 1

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK

Sub Materi 1 Kepemimpinan Transformasional

Petunjuk:

1. Peserta dibagi dalam 5 kelompok, masing masing kelompok menentukan ketua dan sekretaris.
2. Masing- masing kelompok ditugaskan untuk membahas tentang Kepemimpinan Transformasional:
 - a. Ciri dan prinsip kepemimpinan Transformasional
 - b. Implementasi Kepemimpinan transformasional untuk meningkatkan Kualitas Kinerja Puskesmas
3. Setiap kelompok siap dengan hasil diskusinya.
4. Dua kelompok sebagai kelompok Penyaji mempresentasikan hasil, tiga kelompok lain sebagai kelompok Penyanggah bertanya, menanggapi dan memberikan masukan untuk melengkapi hasil kelompok penyaji. Semua kelompok berpartisipasi aktif memberikan klarifikasi dan sharing sesuai dengan hasil diskusi kelompoknya.
5. Fasilitator menyimpulkan, dan memberi penegasan tentang materi hasil diskusi

Waktu: 50 menit

Lampiran 2:

PANDUAN STUDI KASUS

Sub Materi 2.

Kepemimpinan dalam Pengambilan Keputusan

Petunjuk:

1. Peserta dibagi dalam 5 kelompok, setiap kelompok menetapkan ketua dan sekretaris /presenter.
2. Masing-masing anggota kelompok ditugaskan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi di Puskesmasnya masing masing.
3. Kelompok menetapkan satu Puskesmas untuk di jadikan bahan study kasus kelompok.
4. Kelompok mengelola kasus yang sudah ditetapkan;
 - a. Mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah
 - b. Mengidentifikasi potensi sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas
 - c. Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, tokoh, dan stakeholder pemerintah/ swasta yang ada di wilayah kerja Puskesmas
 - d. Menetapkan pengambilan keputusan untuk pemecahan masalah dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada.
5. Masing-masing kelompok Menyajikan hasil pembahasan kasus dalam flipchart atau poster / dinding presentasi. Satu orang dari kelompok stand by untuk memberi penjelasan jika ada pertanyaan atau hal yang perlu clarifikasi dari kelompok lain.
6. Seluruh kelompok berputar melihat hasil studi kasus kelompok lain dengan bergantian searah jarum jam. Sehingga setiap kelompok mengetahui hasil study kelompok lain. Kelompok Boleh menanggapi, dan memberikan masukan kepada kelompok lain.
7. Fasilitator membahas dan memberi penegasan tentang materi kepemimpinan dan pengambilan keputusan terkait kasus yang terjadi di Puskesmas.

Waktu: 60 menit

Lampiran 3:

PANDUAN STUDI KASUS SIMULASI KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL DAN PENERAPAN NILAI ANTI KORUPSI DI PUSKESMAS

Sub Materi 3 & 4:

Membangun Kepemimpinan Transformasional dan Anti Korupsi

Petunjuk:

1. Peserta dibagi menjadi 5 (lima) kelompok, setiap kelompok ditetapkan ketua dan sekretaris/ presenter.
2. Masing-masing kelompok menganalisis kasus yang terjadi di Puskesmas,
 - a. Mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, kesenjangan nilai² anti korupsi yang telah dilanggar/ diabaikan,
 - b. Mengidentifikasi potensi sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas
 - c. Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, tokoh, dan stakeholder pemerintah/ swasta yang ada di wilayah kerja Puskesmas
 - d. Menetapkan prioritas masalah
 - e. Pengambilan keputusan untuk pemecahan masalah dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada. Melakukan koordinasi dengan staf dan penanggung jawab program, menetapkan upaya terobosan dalam memecahkan masalah.
 - f. Bagaimana nilai anti korupsi diterapkan dalam upaya pemecahan masalah/ inovasi yang dilakukan?
3. Proses rapat koordinasi di simulasikan oleh Kepala Puskesmas sebagai Pemimpin transformasional, penanggung jawab program dan staf terkait. Menerapkan nilai nilai antikorupsi dalam pengambilan keputusan dan mengelola konflik/ masalah yang ada.
4. Fasilitator menyimpulkan hasil simulasi dan menutup pembelajaran

Waktu: 70 menit

ALTERNATIF KASUS

STUDI KASUS 1 : KEPEMIMPINAN DI PUSKESMAS “CAHAYA”

Puskesmas Cahaya telah melakukan pendataan KS pada seluruh wilayahnya, namun 80 % dari hasil pendataan IKS bernilai Pra Sehat, terdapat nilai rendah pada beberapa indikator. Dalam proses intervensi keluarga sehat, mengalami kendala dalam upaya pembinaan keluarga, sehubungan dengan kondisi COVID 19 yang menuntut Puskesmas untuk menjaga kontak social untuk menghindari penularan yang semakin luas. Sedangkan Puskesmas sebagai institusi pelayanan kesehatan primer harus tetap memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, melakukan promosi dan pencegahan penularan Covid 19 serta masalah kesehatan lainnya.

Salah satu hambatan terbesar di Puskesmas tersebut adalah suasana kerja kurang kondusif, kerjasama antar stakeholder internal (penanggung jawab program) yang rendah. Pimpinan puskesmas adalah seorang yang memiliki watak labil, dan ragu-ragu dalam membuat keputusan. Namun hubungan antara Puskesmas dengan lintas sektoral (stakeholder eksternal) sudah terbina sejak lama, sehingga hubungan tersebut tetap bertahan baik. Puskesmas sedang mempersiapkan diri untuk menjalankan Puskesmas Terakreditasi.

Sebagai kepala Puskesmas anda harus melakukan upaya terobosan dalam menghadapi permasalahan yang ada.

Tugas Kelompok:

Mohon didiskusikan kasus diatas didalam kelompok dengan menjawab pertanyaan berikut:

1. Mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, kesenjangan nilai2 anti korupsi yang telah dilanggar/ diabaikan,
2. Mengidentifikasi potensi sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas
3. Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, tokoh, dan stakeholder pemerintah/ swasta yang ada di wilayah kerja Puskesmas
4. Menetapkan prioritas masalah
5. Pengambilan keputusan untuk pemecahan masalah dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada. Melakukan koordinasi dengan staf dan penanggung jawab program, menetapkan upaya inovasi/ atau terobosan dalam memecahkan masalah.
6. Bagaimana nilai anti korupsi diterapkan dalam upaya pemecahan masalah/ inovasi yang dilakukan?
7. Proses rapat koordinasi di simulasikan oleh Kepala Puskesmas sebagai Pemimpin transformasional, penanggung jawab program dan staf terkait.

STUDI KASUS 2 : KEPEMIMPINAN PERUBAHAN DI PUSKESMAS “Mentari”

Dalam laporan Kinerja Puskesmas tercatat meningkatnya keluhan masyarakat terhadap kualitas pelayanan puskesmas J. Isu ini sudah dipertanyakan oleh Kepala Dinas Kesehatan B disaat berlangsungnya rapat pertanggungjawaban kinerja Puskesmas di jajaran Dinas Kesehatan tahun sebelumnya. Kepala Puskesmas menanggapi pertanyaan Kepala Dinas Kabupaten J bahwa sampai saat ini puskesmas mendapat kesulitan dalam menata pembagian tugas karena kurangnya tenaga teknis dibidang administrasi, sehingga jam pelayanan terganggu, karena administrasi diurus oleh perawat yang seharusnya membantu dibagian pelayanan.

Masalah kedua adalah karena adanya penetapan target pemasukan retribusi puskesmas sehingga puskesmas ditantang untuk mengejar target pemasukan APBD. Ia sadar bahwa selaku pimpinan ia belum mengikuti perkembangan kinerja pelayanan secara serius dan terdapat ketidakharmonisan hubungan kerja internal di puskesmas sehingga berdampak pada kesenjangan kinerja puskesmas tahun lalu.

Berdasarkan hasil pendataan keluarga sehat, beberapa IKS masih dibawah standar, target program Puskesmas terdapat lima cakupan yang belum dapat dicapai, yaitu cakupan kunjungan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin, cakupan pasien baru TB BTA positif, cakupan penanganan penderita diare, cakupan penyediaan sarana air bersih, serta cakupan pelayanan KB. Secara keseluruhan dapat dikatakan pencapaian puskesmas tidak terlalu baik, sebab lebih dari 60 % target cakupan belum dapat dicapai. Sementara kondisi Covid 19 menimbulkan keresahan sendiri bagi petugas untuk melakukan pelayanan kepada masyarakat.

Tugas Kelompok:

Mohon diskusikan kasus diatas didalam kelompok dengan menjawab tugas berikut :

1. Mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, kesenjangan nilai2 anti korupsi yang telah dilanggar/ diabaikan,
2. Mengidentifikasi potensi sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas
3. Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, tokoh, dan stakeholder pemerintah/ swasta yang ada di wilayah kerja Puskesmas
4. Menetapkan prioritas masalah
5. Pengambilan keputusan untuk pemecahan masalah dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada. Melakukan koordinasi dengan staf dan penanggung jawab program, menetapkan upaya terobosan dalam memecahkan masalah.
6. Bagaimana nilai anti korupsi diterapkan dalam upaya pemecahan masalah/ inovasi yang dilakukan?
7. Proses rapat koordinasi di simulasikan oleh Kepala Puskesmas sebagai Pemimpin transformasional, penanggung jawab program dan staf terkait.

STUDI KASUS 3: KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL DI PUSKESMAS “REMBULAN”

Merebaknya laporan masyarakat tentang “praktek pungli” di Puskesmas. Puskesmas mendapat kesulitan dalam menata pembagian tugas, karena kurangnya jumlah tenaga medis dan paramedis, serta rendahnya disiplin tenaga medis dan para medis puskesmas. Masalah lain adalah masih rendahnya pencapaian target program, dan rendahnya nilai IKS dari 80% wilayah Puskesmas. Namun antusias tokoh masyarakat dan kader, serta pemuda untuk meningkatkan kesehatan keluarga ditunjukkan dalam hasil rapat koordinasi dengan kepala Desa. Seluruh kepala desa siap membantu untuk mendukung Puskesmas dalam melindungi masyarakat dari penyebaran infeksi Covid 19 yang saat ini sedang marak di bicarakan secara luas pada setiap media social, dan media informasi.

Tugas Kelompok:

Mohon diskusikan kasus diatas didalam kelompok dengan menjawab tugas berikut :

1. Mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, kesenjangan nilai2 anti korupsi yang telah dilanggar/ diabaikan,
2. Mengidentifikasi potensi sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas
3. Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, tokoh, dan stakeholder pemerintah/ swasta yang ada di wilayah kerja Puskesmas
4. Menetapkan prioritas masalah
5. Pengambilan keputusan untuk pemecahan masalah dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada. Melakukan koordinasi dengan staf dan penanggung jawab program, menetapkan upaya terobosan dalam memecahkan masalah.
6. Bagaimana nilai anti korupsi diterapkan dalam upaya pemecahan masalah/ inovasi yang dilakukan?
7. Proses rapat koordinasi di simulasikan oleh Kepala Puskesmas sebagai Pemimpin transformasional, penanggung jawab program dan staf terkait.

STUDI KASUS 4: KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL DI PUSKESMAS “UNGGUL”

Dalam laporan Kinerja Puskesmas tercatat Standar Pelayanan Minimal (SPM) Puskesmas rendah, karena dari 18 cakupan yang ada, terdapat lima cakupan yang belum tercapai. Jumlah masyarakat miskin yang ada di kecamatan cukup banyak, namun belum didukung dengan kesadaran kesehatan dalam masyarakat, sehingga pihak puskesmas harus lebih dekat dengan masyarakat memberikan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, serta pemberian informasi tentang kesehatan dan fasilitas yang sudah disediakan di wilayah Puskesmas yang dekat dengan masyarakat.

Puskesmas memiliki 45 orang staf yang sebagian (3 orang bidan dan 3 perawat) adalah tenaga senior berkariyer cukup lama di Puskesmas. Partisipasi staf Puskesmas yang semula cukup baik, akhir akhir ini cenderung menurun. Gaya Kepemimpinan Kepala Puskesmas yang lama, emosional dan cenderung lebih sering memutuskan segala sesuatu secara dictator.

Tugas Kelompok:

Mohon diskusikan kasus diatas didalam kelompok dengan menjawab tugas berikut :

1. Mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, kesenjangan nilai2 anti korupsi yang telah dilanggar/ diabaikan,
2. Mengidentifikasi potensi sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas
3. Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, tokoh, dan stakeholder pemerintah/ swasta yang ada di wilayah kerja Puskesmas
4. Menetapkan prioritas masalah
5. Pengambilan keputusan untuk pemecahan masalah dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada. Melakukan koordinasi dengan staf dan penanggung jawab program, menetapkan upaya terobosan dalam memecahkan masalah.
6. Bagaimana nilai anti korupsi diterapkan dalam upaya pemecahan masalah/ inovasi yang dilakukan?
7. Proses rapat koordinasi di simulasikan oleh Kepala Puskesmas sebagai Pemimpin transformasional, penanggung jawab program dan staf terkait.

STUDI KASUS 5: KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL DI PUSKESMAS “SEMANGAT HARI”

Jumlah masyarakat miskin yang ada di kecamatan cukup banyak, namun aparat desa dan Tokoh serta para Pemuda dan Kader sangat aktif membuat kegiatan yang memberikan kesejahteraan untuk masyarakat. Membentuk usaha kecil dari hasil tani dan memelihara ikan. Kesadaran kesehatan masyarakat masih rendah, sehingga lingkungan rumah masih banyak yang menempel dengan kandang, tidak punya jamban sehingga masih menggunakan sungai untuk segala kebutuhan. Hasil pendataan Keluarga sehat masih Banyak nilai IKS pra sehat. Sehingga puskesmas harus lebih dekat dengan masyarakat memberikan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, serta pemberian informasi tentang kesehatan dan fasilitas yang sudah disediakan di wilayah Puskesmas yang dekat dengan masyarakat.

Puskesmas memiliki tenaga muda, baik tenaga dokter, bidan, perawat, dan tenaga administrasi. Sedangkan Sebagian lain 5 orang tenaga senior yang memiliki pengalaman dan dekat dengan tokoh masyarakat. Akhir akhir dalam kondisi Pandemi Covid, cenderung kinerja upaya promotive dan preventive semakin menurun. Sehubungan upaya protocol Kesehatan yang mengharuskan seluruh masyarakat menjaga jarak dan kerumunan.

Tugas Kelompok:

Mohon diskusikan kasus diatas didalam kelompok dengan menjawab tugas berikut :

1. Mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, kesenjangan nilai2 anti korupsi yang telah dilanggar/ diabaikan,
2. Mengidentifikasi potensi sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas
3. Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, tokoh, dan stakeholder pemerintah/ swasta yang ada di wilayah kerja Puskesmas
4. Menetapkan prioritas masalah
5. Pengambilan keputusan untuk pemecahan masalah dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada. Melakukan koordinasi dengan staf dan penanggung jawab program, menetapkan upaya terobosan dalam memecahkan masalah.
6. Bagaimana nilai anti korupsi diterapkan dalam upaya pemecahan masalah/ inovasi yang dilakukan?
7. Proses rapat koordinasi di simulasikan oleh Kepala Puskesmas sebagai Pemimpin transformasional, penanggung jawab program dan staf terkait.

Lampiran

i. INSTRUMEN “*SELF ASSESSMENT*”KEPEMIMPINAN HOLISTIK

Penjelasan skala nilai:

1. Hampir tidak pernah dilakukan
2. Jarang dilakukan
3. Sesekali dilakukan
4. Sering dilakukan
5. Sangat sering dilakukan

Perintah :

Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memilih skala jawaban yang telah disediakan di atas. Berikut pertanyaan dengan tipe kepemimpinan :

1. KEPEMIMPINAN PELANGGAN

Menjelaskan sejauh mana seseorang *mendorong* organisasi untuk memfokuskan pada penciptaan nilai untuk pelanggan internal dan eksternal. Hal tersebut berhubungan dengan perilaku yang menciptakan lingkungan yang berfokus pada pelanggan untuk menjamin kesuksesan pelayanan pelanggan/outcome pelanggan.

Kepemimpinan pelanggan		1	2	3	4	5
1.	Mengumpulkan informasi dari pelanggan potensial (pelanggan yang sering memanfaatkan pelayanan) dan mendiseminasikan informasi tersebut dilingkungan organisasi.(melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan puskesmas).					
2.	Menempatkan kepentingan pelanggan sebagai hal utama (tergantung dari cara mendefinisikan pelanggan) dengan mengadakan perbaikan pelayanan dan/atau pengembangan produk pelayanan yang baru untuk merespons kebutuhan pelanggan (solusi atas masalah pelanggan ditindaklanjuti dalam lokakarya mini bulanan).					
3.	Melaksanakan perubahan secara berkesinambungan pada seluruh kontak pelayanan dengan pelanggan untuk meningkatkan nilai pada pelanggan secara terus					

	menerus. (menggerakkan pokja Mutu untuk membangun pelanggan yang loyal)					
4.	Memberikan kesempatan berinteraksi dan mengadakan forum interaksi dengan pelanggan untuk memperjelas harapan pelanggan. (formal dan/atau non nonformal misalnya lewat online, WA, Line).					
5.	Memberdayakan pegawai (mengadvokasi pegawai) untuk merespons kebutuhan pelanggan dan melobi pelanggan didalam setiap pembuatan keputusan. (menempatkan pelanggan sebagai subyek dan obyek)					

2. KEPEMIMPINAN STRATEGI BISNIS

Menjelaskan sejauh mana seseorang memfokuskan pada strategi bisnis didalam organisasi. termasuk didalamnya adalah membangun strategi organisasi dan melaksanakan rencana untuk mendorong capaian strategi. Termasuk didalamnya aktifitas yang terstruktur dan dinamis.

Kepemimpinan strategis		1	2	3	4	5
6.	Mempelajari secara formal lingkungan kompetitif (kompetitor non-tradisional, pasar baru) dan menggunakan lingkungan tersebut sebagai bagian yang penting dari proses perencanaan strategik. (menjajaki puskesmas yang kinerjanya setingkat lebih tinggi untuk ditetapkan sebagai kompetitor)					
7.	Menyusun perencanaan strategik yang inklusif, proses yang memfokuskan pada membangun Visi, misi serta nilai pelanggan dan keuntungan kompetitif.(Menyusun perencanaan strategik dalam proyek perubahan di puskesmas)					
8.	Melaksanakan strategi organisasi di seluruh level organisasi, menyatukan arah dan memfokuskan kegiatan individu pada kegiatan yang bernilai tinggi. (Melaksanakan proses kegiatan perubahan di organisasi sesuai dengan strategi organisasi dengan efisien dan efektif)					
9.	Memastikan pegawai tetap berhubungan dengan stakeholder kunci baik yang berasal dari dalam dan luar organisasi (membangun jejaring kerja dengan lintas					

	program dan lintas sektoral serta masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan)					
10.	Melakukan proses pembuatan keputusan untuk memastikan apakah sumber daya yang dialokasikan untuk kegiatan sudah sesuai dengan strategi kegiatan organisasi. (memastikan sinkronisasi alokasi sumber daya organisasi dengan strategi organisasi, melobi untuk mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan)					

3. KEPEMIMPINAN BUDAYA DAN NILAI

Menjelaskan sejauh mana seseorang memfokuskan pada membangun budaya dan nilai yang ideal dimana dibutuhkan untuk mencapai outcome bisnis dan untuk mendorong kepemimpinan pelanggan. Hal ini meliputi membangun lingkungan yang memandu perilaku, membedakan keunikan cara organisasi berkomunikasi dalam mengidentifikasi karyawan, pelanggan, dan stake holder.

Kepemimpinan budaya		1	2	3	4	5
11.	Menggunakan cara formal dan informal untuk memahami kebutuhan dan budaya pegawai serta menyamakan persepsi pegawai tentang budaya organisasi (menawarkan budaya berkompetisi dilingkungan pegawai).					
12.	Menterjemahkan budaya dan nilai dalam bentuk norma /perilaku kerja yang diharapkan akan mendukung strategi bisnis.					
13.	Menggunakan berbagai cara misalnya pengelolaan kinerja, rekrutmen, untuk mendorong budaya yang diharapkan (mengintegrasikan budaya kerja didalam system pengelolaan kinerja organisasi)					
14.	Membangun hubungan dengan stake holder internal dan eksternal untuk mempromosikan budaya dan nilai yang diharapkan (membangun hubungan dengan cara yang efisien dan efektif).					
15.	Mendorong agar budaya dan nilai-nilai sebagai kriteria kunci dalam pembuatan keputusan . (komitmen untuk taat pada norma organisasi, sebagai unsur kekuatan/potensi besar di organisasi).					

4. KEPEMIMPINAN ORGANISASI

Menjelaskan sejauh mana seseorang menggerakkan dan mendorong organisasi untuk fokus terhadap penyampaian nilai pelanggan dan mencapai tujuan bisnis menembus batas fungsional organisasi.

Kepemimpinan organisasi		1	2	3	4	5
16.	Dalam menjalankan pekerjaan , saya memahami konteks organisasi secara luas yaitu kebutuhan dan persepsi orang-orang diberbagai bidang di organisasi.					
17.	Disain struktur organisasi dapat memudahkan organisasi untuk mengenali harapan pelanggan dan mempromosikan dialog organisasi searah dengan tujuan organisasi.(menciptakan forum dialog,dan memanfaatkan sarana yang ada untuk mengenali harapan pelanggan internal dan eksternal organisasi)					
18.	Menetapkan tujuan bersama dan metric bersama dan membuka kesempatan bagi pegawai berkomunikasi dan mendorong talenta pegawai di sepanjang organisasi.					
19.	Menciptakan kesempatan untuk berkomunikasi disepanjang organisasi dan mendorong interaksi dengan pemimpin di seluruh jenjang organisasi.(membangun jejaring kerja untuk memudahkan koordinasi didalam perencanaan dan pelaksanaan program puskesmas)					
20.	Menjamin bahwa kepentingan yang utama dari seluruh organisasi dipertimbangkan dalam pembuatan keputusan (pemimpin harus mengutamakan kepentingan anggota organisasi bukan kepentingan individu dalam pembuatan keputusan di organisasi).					

5. KEPEMIMPINAN TIM

Menjelaskan sejauh mana seseorang mampu memimpin tim dengan efektif. Menjelaskan elemen-elemen yang membantu menggali potensi anggota tim dengan cara menciptakan kinerja yang lebih besar dibandingkan jika bekerja sendiri-sendiri. Hal ini mendorong aspek yang membangun dan memotivasi produktifitas unit.

Kepemimpinan tim		1	2	3	4	5
21.	Menggunakan tools/ cara agar individu atau tim memahami perspektif satu sama lain dan memahami cara memfungsikan perspektif tim secara efektif (tools/alat/cara untuk membuka perspektif tim dalam suasana dinamis)					

22.	Menciptakan Visi bersama tim, serta tujuan tergantung dengan situasi yang sesuai (situasional)					
23.	Mengkomunikasikan Visi bersama, tujuan tim dan mengelola kinerja tim dengan efektif.					
24.	Mengadakan kesempatan yang formal dan informal agar anggota tim berinteraksi dan membangun hubungan kerja tim secara efektif.					
25.	Mengadakan forum agar tim bisa melobi untuk mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan dalam mencapai tujuan. (sumber daya dialokasikan untuk pengembangan tim dan pembimbingan/coaching bagi tim)					

6. KEPEMIMPINAN PERSONAL

Menjelaskan fokus kemampuan seseorang dalam memimpin dengan cara menunjukkan pemahaman akan dampak sebagai pemimpin secara sadar. Kepemimpinan personal membutuhkan seorang pemimpin yang mampu merefleksikan pendekatan kepemimpinan dan bagaimana mereka menyelesaikan berbagai tantangan.

Kepemimpinan personal		1	2	3	4	5
26.	Pemimpin menggunakan tools untuk memahami kekuatan dan kelemahan pemimpin.					
27.	Mengadakan program seperti mentoring dan coaching untuk membantu pemimpin mengembangkan ketrampilan dan rencana pengembangan karir pegawai.					
28.	Memberikan tools dan bentuk pertanggungjawaban untuk membantu mengoptimalkan produktifitas dan kontribusi mereka.					
29.	Memberikan kesempatan formal dan informal pada pemimpin membangun hubungan untuk membantu mereka meraih kesuksesan.					
30.	Memberikan kesempatan pada pemimpin untuk mengekspresikan pengembangan karir mereka dan membantu pemimpin mengembangkan area kompetensi yang akan menunjang peningkatan nilai organisasi mereka.					

ii. Interpretasi hasil *self assessment*:

Self assessment menghasilkan peta Kapasitas Kepemimpinan. Dengan hasil *assessment* pemimpin bisa mengetahui kekurangannya (area yang lemah) dan kekuatannya (area yang kuat). Potensi pemimpin yang terbaik adalah sebagai **Role model**; potensi kedua adalah **Pemimpin berkualitas**, potensi ketiga adalah **Pemimpin yang butuh pengembangan**.

Role model diberi nilai	: 3,6 – 5,0
Pemimpin berkualitas nilai	: 2,6 – 3,5
Pemimpin yang butuh pengembangan nilai	: 0,0 – 2,5

Langkah langkah untuk mengimplementasikan kapasitas pemimpin yang baik adalah dengan melakukan:

1. Menetapkan kebutuhan Kepemimpinan Puskesmas saat ini dan di masa yang akan datang. Misalnya: beberapa pemimpin ingin mewujudkan organisasi yang lebih progressif yang mampu menyediakan dan mengalokasikan sumber daya untuk membangun Kapasitas Kepemimpinan.
2. Mengukur kesenjangan kapasitas Kepemimpinan secara holistik.
Melakukan *self assessment* untuk mengevaluasi perilaku kepemimpinan holistik dari setiap individu pimpinan sehingga memberikan gambaran perspektif secara luas. Kesenjangan ini memberikan data yang bernilai yang berkaitan dengan potensi pemimpin secara spesifik. *Self assessment* dilakukan dengan instrumen kapasitas kepemimpinan Holistik yang berisi enam (6) elemen. *Self assessment* menghasilkan peta Kapasitas Kepemimpinan. Dengan hasil *assessment* pemimpin bisa mengetahui kekurangannya (area yang lemah) dan kekuatannya (area yang kuat).
3. Bertindak untuk membangun kapasitas
Pemimpin perlu menargetkan pengembangan dirinya di wilayah yang menunjukkan kekurangan. Beberapa panduan untuk memprioritaskan sasaran pada Kesenjangan Kapasitas sebagai berikut:
 - Membangun kapasitas pada elemen dan kemampuan.(keenam elemen kepemimpinan menunjukkan wilayah yang kritis yang harus menjadi perhatian pemimpin agar mampu mempraktekkan kepemimpinan holistic. Dengan memperhatikan pada keenam elemen tersebut dapat membantu pemimpin melakukan transisi dan mempraktekkan aspek fungsional kepemimpinan kepada aspek yang lebih holistik. Selain itu perhatian pemimpin juga sama pentingnya untuk meningkatkan diri didalam kelima kapasitas (*sensing, creating, implementing, communicating* dan *advocating*)

- Melengkapi satu set ketrampilan.
Cara efektif lainnya untuk menargetkan kesenjangan kepemimpinan adalah dengan cara bekerja dengan pemimpin yang lebih mumpuni untuk dapat melengkapi satu set ketrampilan yang dibutuhkan pemimpin. Misalnya jika anda kuat didalam kemampuan sensing (membaca kebutuhan) pelanggan, tetapi memiliki kekurangan didalam mengimplementasikan dan menghubungkan, temukan kolega yang kuat didalam wilayah tersebut. Dengan bekerja bersama, anda akan mengembangkan kekuatan didalam kapasitas kepemimpinan.
 - Menargetkan pembangunan kapasitas pada tempat yang kritis didalam siklus hidup Kepemimpinan.
Cara yang lain untuk menargetkan kemampuan pemimpin adalah dengan memfokuskan perhatian pada tempat tempat kritis didalam siklus kepemimpinan anda .Misalnya jika anda ditugaskan untuk menjalani transisi kepemimpinan, dari pegawai menjadi manajer yang pertama kali. Transisi ini memberikan tantangan pada anda sehingga anda harus merubah cara berpikir dalam mengemban tugas baru anda.
4. Peran Pemimpin Transformasional dalam Mewujudkan Organisasi Puskesmas yang berkinerja tinggi, adalah sebagai berikut;
- a. Pemimpin Puskesmas menginisiasi, terlibat, dan mengambil bagian dalam kegiatan / program peningkatan kapasitas sumber daya Puskesmas.
 - b. Sebagai coach perubahan organisasi, senantiasa mendorong seluruh sumber daya manusia Puskesmas melakukan perubahan dalam bidang kerja atau area tugasnya, bukan menjadi penghambat.
 - c. Mendorong kreatifitas dan inovasi untuk dilaksanakan dalam praktik pelayanan Puskesmas, dan memberikan penghargaan atas kinerja dan perubahan yang dilakukan.
 - d. Membangun rasa tanggung jawab Bersama mewujudkan visi dan misi Puskesmas, melalui peningkatan kinerja dan perubahan yang dilakukan secara terus menerus dalam semangat tim.

9

DAFTAR PUSTAKA

1. Kasali Rhenald, *Let's Change!*, Rumah Perubahan, Kompas Penerbit Buku, Jakarta, 2014.
2. DR.David S.Weiss,DR.Vince Molinaro, DR.Liane Davey,2007,Leadership solutions, *The Pathway to Bridge the Leadership Gap*,john Wiley & Sons Canada ,Ltd Blvd., Freemont 6045, Missisauga ,Ontario, Canada .
3. Lembaga Administrasi Negara, 2019. Modul mata diklat Kepemimpinan Transformational Program Kepemimpinan Administrator (PKA)
4. Lemabaga Administrasi Negara, 2013. Bahan Ajar Mata Diklat Koordinasi dan Kolaborasi , Diklat PIM 3 Pola Baru,
5. Prof.Dr.PM.Budi Haryono,How to win customer through customer service with heart,Penerbit Andi Yogyakarta,2016.
6. Sunita (2015), Pengaruh Tekanan Kerja terhadap Potensi Korupsi dalam PBJ di Propinsi X
7. *Team Building: How To get Your People To Work Together*. Trainer's Workshop. 1991. The American Management Association.
8. *Mencapai Sasaran Melalui Kerjasama Tim* (terj.). 1995. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
9. Katzenbach, Jon R. dan Douglas K. Smith. 1993. *The Wisdow of Teams: Creating the High-Performance Organization*. Harvard Business School Press & Mc Graw-Hill Inc. Boston, USA.
- 10.Robbins, Stephen P. 1993. *Organizational Behavior: Concepts, Controversies, and Applications*. Prentice Hall Intl, Inc. USA.
- 11.Stott, Kenneth dan Allan Walker. 1995. *Teams, Teamwork & Teambuilding: The Manager's Complete Guide to Teams in Organisations*. Prentice Hall Intl.,Inc. Singapore.
- 12.Robyn Benincasa, 6 Leadership Styles, And When You Should Use The,*Tulisan ini dimuat di Kolom Peluang Karir, Harian *Republika*, 21 Juni 1998.
- 13.*Prof.Dr.Faisal Afiff, SE.Spec.Lic, Model Kepemimpinan tim kerja organisasional, juli 2012.*
- 14.UU Tipikor Nomor 31 tahun 1999
- 15.<http://www.slideshare.net/dciciolina/kolaborasi> diunggah tanggal 23 mei 2016
- 16.http://www.bppk.depkeu.go.id/webpegawai/attachments/669_Teamwork%20dan%20Collaboration.web.pdf, diunduh tanggal 23 mei 2016
- 17.Kasim, Azhar. *Teori Pembuatan Keputusan*. Jakarta : Lembaga Penerbit FE UI. 1995

18. Syamsi, Ibnu. *Pengambilan Keputusan (Decision Making)*. Jakarta : Bina Aksara. 1989
19. www.antaraneews.com diakses Senin, 16 November 2009
20. <http://ojan-jan.blogspot.com/>
21. <https://ipanwicaksono.wordpress.com/tag/implikasi-manjerial-kepemimpinan/diunggah tanggal 16 Agustus2016>
22. <http://setabasri01.blogspot.co.id/2011/01/kepemimpinan-dalam-organisasi.html> diunggah tanggal 5 Juni 2017
23. Carl E. Larson and Frank M.J. LaFasto, *Teamwork: What Must Go Right, What Can Go Wrong* (Newbury Park, California: SAGE Publications, Inc., 1989).
24. George R. Goethals, eds., et.al., *Encyclopedia of Leadership*, (Thousand Oaks: SAGE Publications, 2004) p.1529.
25. <http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/pengabdian/dr-sumaryanto-mkes/6-manajemen-konflik-sebagai-salah-satu-solusi-dalam-pemecahan-masalah.pdf>



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Manajemen Data Puskesmas dan Keluarga Sehat

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

i	DAFTAR ISI	.....	i
1	DESKRIPSI SINGKAT	.....	1
2	TUJUAN PEMBELAJARAN	.....	2
3	MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	.....	2
4	METODE	.....	3
5	MEDIA DAN ALAT BANTU	.....	3
6	LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN	.....	3
7	URAIAN MATERI	.....	
	Pokok Bahasan 1	Sistim Informasi Puskesmas	6
	Pokok Bahasan 2	Manajemen Data dan Informasi Puskesmas	13
8	REFERENSI	.....	121
9	LAMPIRAN	.....	122

1

DESKRIPSI SINGKAT

Mata ajar pelatihan Manajemen Data Puskesmas bertujuan untuk membekali peserta dengan keterampilan pengelolaan data Puskesmas, termasuk data keluarga sehat. Ruang lingkup materi manajemen data ini meliputi manajemen sistem informasi puskesmas dan manajemen data program dan PIS-PK.

Data Kesehatan berupa: (a) data rutin; (b) data non rutin; dan (c) data luar biasa. Data kesehatan dapat berasal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, baik swasta maupun pemerintah. Data tersebut harus dapat diakses oleh unit kerja instansi pemerintah dan pemerintah daerah yang mengelola Sistem Informasi Kesehatan.

Data rutin merupakan data kesehatan yang dikumpulkan secara teratur melalui pencatatan dan pelaporan. Pengumpulan data secara rutin dilakukan untuk data yang berasal dari fasilitas kesehatan. Data ini dikumpulkan atas dasar catatan atau rekam medik pasien/klien baik yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan maupun yang dilayani di luar gedung fasilitas pelayanan kesehatan. Pengumpulan data secara rutin umumnya dilakukan oleh petugas kesehatan, akan tetapi pengumpulan data secara rutin juga dapat dilakukan oleh masyarakat (kader kesehatan).

Data non rutin merupakan data kesehatan yang dikumpulkan sewaktu-waktu dari masyarakat, fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan dan prioritas pembangunan kesehatan yang ditetapkan Pemerintah. Adapun pengumpulan data secara non rutin umumnya dilakukan melalui survei, sensus, evaluasi cepat (kuantitatif atau kualitatif), dan studi-studi khusus/penelitian.

Saat ini pendekatan keluarga dalam Program Pembangunan Indonesia Sehat menjadi program prioritas. Pendataan Keluarga Sehat merupakan salah satu data kesehatan yang dikumpulkan di tingkat puskesmas. Pemutakhiran data keluarga sehat dilakukan melalui pelayanan kesehatan baik dalam gedung maupun luar gedung.

Modul Manajemen Data Puskesmas dan Keluarga Sehat ini berisi tentang sistem informasi puskesmas, dan Manajemen data dan informasi di puskesmas.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

Hasil Belajar

Tujuan pembelajaran umum materi ini adalah setelah mempelajari materi ini peserta mampu melakukan manajemen data puskesmas dan keluarga sehat.

Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan Sistem Informasi di Puskesmas
2. Melakukan Manajemen Data dan Informasi di Puskesmas

3

MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Sistem Informasi Puskesmas
 - a. Pencatatan dan Pelaporan Data Puskesmas
 - b. Survei Lapangan
 - c. Pelaporan Lintas Sektor Terkait
 - d. Pelaporan Jejaring Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Wilayahnya
2. Manajemen Data dan Informasi di Puskesmas
 - a. Manajemen data program
 - 1) pengumpulan data
 - 2) pengolahan data
 - 3) Analisis Data
 - 4) Penyajian Data
 - 5) Pemanfaatan Data
 - b. Manajemen data keluarga sehat
 - 1) Aplikasi KS
 - 2) Pengelolaan dan Analisis Data KS

4

METODE

- a. Ceramah tanya jawab
- b. Curah pendapat
- c. Latihan
- d. Praktik Lapangan

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

- a. Bahan tayang
- b. Komputer/ laptop
- c. LCD *projector*
- d. *Whiteboard*
- e. *Flipchart*
- f. Spidol
- g. Soal Latihan
- h. Panduan Latihan
- i. Panduan praktik lapangan

6

LANGKAH LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah 1: Pengkondisian

- a. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat serta memperkenalkan diri (apabila belum diperkenalkan). Kemudian menyampaikan tujuan pembelajaran, sebaiknya menggunakan bahan tayangan.
- b. Lakukan curah pendapat tentang materi yang akan dibahas pada peserta.

Langkah 2: Pembahasan per Mata Pelatihan

a. Sistem Informasi Puskesmas

Fasilitator menyampaikan paparan tentang kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan di Puskesmas termasuk Kejadian Luar Biasa

(KLB). Materi melingkupi jenis data yang dicatat dan dilaporkan, jadwal pelaporan, mekanisme pelaporan dan sumber data lain terkait pencatatan dan pelaporan data Puskesmas. Materi dalam sesi ini dijelaskan dengan melibatkan partisipasi aktif peserta.

b. Melakukan manajemen Data dan Informasi di Puskesmas

- 1) Fasilitator menyampaikan paparan tentang cara menganalisis data, pemanfaatannya, dan penyajian data. Materi dalam sesi ini dijelaskan dengan melibatkan partisipasi aktif peserta.
- 2) Fasilitator memberikan penugasan kepada peserta berupa praktek penyajian data.
- 3) Fasilitator menyampaikan tentang proses pengelolaan data dan memberikan gambaran tentang pengelolaan data elektronik dan non elektronik. Materi dalam sesi ini dijelaskan dengan melibatkan partisipasi aktif peserta.
- 4) Fasilitator menyampaikan tentang pendataan dan pengelolaan data keluarga sehat serta melakukan demo entry/input data keluarga sehat.

Langkah 3: Penugasan

Fasilitator menyampaikan studi kasus kepada peserta untuk dianalisis, disajikan, dan dimanfaatkan sesuai dengan materi yang telah diberikan.

Langkah 4: Penutup

Fasilitator merangkum tentang pembahasan materi ini dengan mengajak seluruh peserta untuk melakukan refleksi, dilanjutkan memberikan apresiasi atas partisipasi aktif peserta.

7

URAIAN MATERI

Tujuan dan Manfaat

Tujuan Manajemen Data Puskesmas dan Keluarga Sehat adalah:

1. Tujuan Umum

Terselenggaranya pengelolaan data Puskesmas dan Pendataan Keluarga Sehat dalam menunjang manajemen Puskesmas.

2. Tujuan Khusus

- a. Menyamakan pemahaman dan persepsi tentang penyelenggaraan manajemen data dan informasi serta pendataan keluarga sehat;
- b. Mewujudkan penyelenggaraan pencatatan dan pelaporan di Puskesmas;
- c. Memanfaatkan data dan informasi kesehatan bersumber pencatatan dan pelaporan serta pendataan keluarga sehat di dalam manajemen kesehatan;
- d. Membangun komitmen dan konsistensi pengambil keputusan dan penentu kebijakan dalam penyelenggaraan dan pengelolaan data;
- e. Mengelola data dan informasi bersumber pencatatan dan pelaporan serta pendataan keluarga sehat dengan baik dan benar untuk memenuhi kebutuhan data dan informasi Puskesmas;
- f. Menyediakan data dan informasi yang valid, akurat, lengkap, dan tepat waktu; dan
- g. Mengolah dan memanfaatkan data keluarga menjadi informasi yang berguna untuk pembangunan kesehatan masyarakat.

MATERI POKOK 1

SISTEM INFORMASI PUSKESMAS

Penyelenggaraan Sistem Informasi Puskesmas paling sedikit mencakup kegiatan dan hasil kegiatan sebagai berikut:

1. Pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya;
2. Survei lapangan;
3. Pelaporan lintas sektor terkait; dan
4. Pelaporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.

A. Pencatatan dan Pelaporan di Puskesmas dan Jaringannya

a. Pencatatan di Puskesmas

Setiap pelaksana kegiatan Puskesmas dan jaringannya wajib melakukan pencatatan kegiatan dan hasil kegiatan yang dilaksanakan. Pencatatan adalah serangkaian kegiatan untuk mendokumentasikan hasil pengamatan, pengukuran, dan/atau penghitungan pada setiap langkah upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas.

Lingkup pencatatan Puskesmas meliputi pencatatan data dasar dan data program. Data dasar meliputi: (a) identitas Puskesmas; (b) wilayah kerja Puskesmas; (c) sumber daya Puskesmas; dan (d) sasaran program. Data program meliputi: (a) upaya kesehatan masyarakat esensial; (b) upaya kesehatan masyarakat pengembangan; dan (c) upaya kesehatan perseorangan.

Pencatatan di puskesmas meliputi:

- 1) Pencatatan di dalam gedung.
Pada prinsipnya seorang pasien yang berkunjung pertama kali atau kunjungan ulang ke Puskesmas harus melalui loket untuk mendapatkan Kartu Tanda Pengenal atau mengambil berkasnya dari petugas loket. Pasien tersebut disalurkan pada unit pelayanan yang dituju. Apabila pasien mendapat pelayanan kesehatan di luar gedung Puskesmas, maka pasien tersebut akan dicatat dalam register yang sesuai dengan pelayanan yang diterima.
- 2) Pencatatan pelayanan di luar gedung.
Pencatatan kegiatan yang dilaksanakan di luar gedung Puskesmas dilakukan dengan menggunakan formulir atau kartu yang sama digunakan di dalam gedung dan atau menggunakan buku bantu untuk memudahkan dalam pelaksanaan.
- 3) Pencatatan di jaringan Puskesmas.

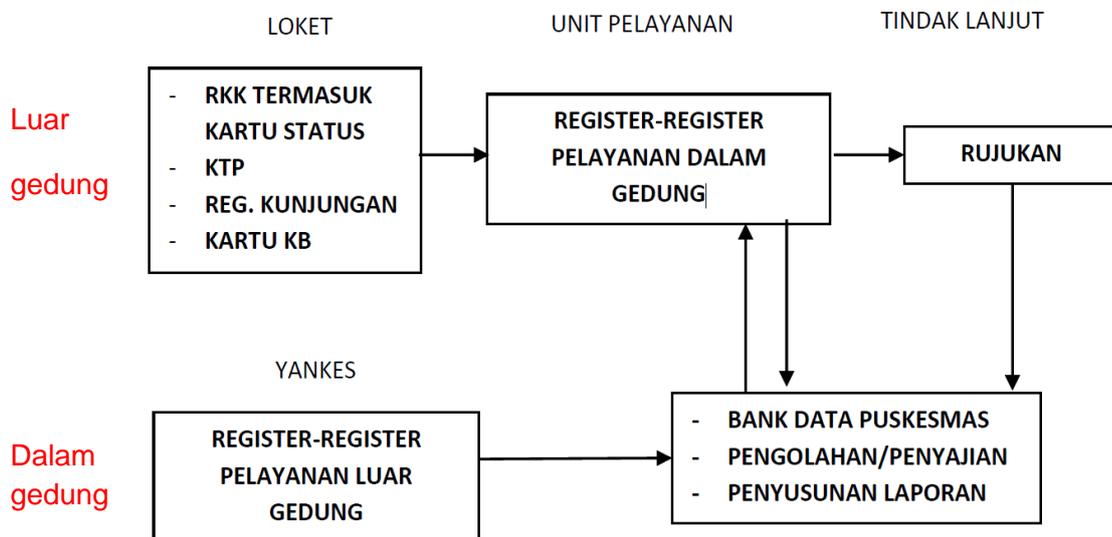
Pencatatan di Jaringan Puskesmas yaitu Puskesmas Pembantu, Pos Kesehatan Desa, bidan Desa dan Puskesmas Keliling dilakukan dengan menggunakan perangkat yang sama digunakan di gedung Puskesmas.

Kartu Puskesmas merupakan identitas pengunjung Puskesmas yang diberikan kepada setiap pengunjung Puskesmas dan ditunjukkan pada petugas Puskesmas setiap kali berkunjung mendapatkan pelayanan Puskesmas. Kartu Puskesmas paling sedikit memuat: (a) nama lengkap sesuai dengan kartu tanda penduduk; Nomor Induk Kependudukan (NIK); dan (b) Nomor Kartu Keluarga (NKK).

Formulir merupakan instrumen yang digunakan satu kali dalam pencatatan kegiatan dan hasil kegiatan terhadap sasaran kegiatan. Formulir paling sedikit memuat: (a) identitas Puskesmas; (b) identitas sasaran; (c) kegiatan dan hasil kegiatan terhadap sasaran; dan (d) identitas pelaksana kegiatan.

Gambar 1. Mekanisme Pencatatan Di Puskesmas

Register merupakan instrumen yang berisi daftar status atau hasil kegiatan terhadap individu, baik bersumber data pada kartu, maupun pencatatan hasil kegiatan Puskesmas. Register paling sedikit memuat: (a) identitas Puskesmas; (b) identitas sasaran; (c) kegiatan dan hasil kegiatan terhadap sasaran; dan (d) identitas pelaksana kegiatan.



Hasil pencatatan kegiatan dalam gedung dan luar gedung harus disimpan dalam bank data puskesmas dan diolah serta disajikan dalam penyusunan bahan laporan.

Acuan penyelenggaraan pencatatan Puskesmas dan jaringannya secara rinci dapat dilihat pada Lampiran PMK tentang Sistem Informasi Puskesmas.

b. Pelaporan di Puskesmas dan Jaringanya

Setiap Puskesmas wajib melaporkan kegiatan dan hasil kegiatan yang dilaksanakan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan adalah penyampaian data terpilah dari hasil pencatatan kepada pihak terkait sesuai dengan tujuan dan kebutuhan yang telah ditentukan. Kegiatan tersebut disusun berdasarkan pencatatan kegiatan dan hasil kegiatan di Puskesmas dan jaringanya. Laporan disusun oleh setiap pelaksana koordinasi Kepala Sub Bagian Tata Usaha. Laporan puskesmas dan jaringanya disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi secara berjenjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan.

Laporan Puskesmas dan jaringanya terdiri atas laporan data dasar dan laporan data program. Laporan data dasar dilakukan secara rutin setiap tahun. Laporan data program dilakukan secara rutin dan non rutin.

Laporan Data Dasar meliputi:

- 1) Identitas Puskesmas
- 2) Wilayah kerja Puskesmas
- 3) Sumber daya Puskesmas
- 4) Sasaran program

Laporan Data program meliputi:

- 1) Upaya kesehatan masyarakat esensial (UKME)
- 2) Upaya kesehatan masyarakat pengembangan (UKMP)
- 3) Upaya kesehatan perorangan (UKP)
- 4) Laporan tahunan terdiri atas laporan tahunan kegiatan program.

1) Jadwal Penyampaian Pelaporan

Laporan data program secara rutin disampaikan secara teratur sesuai dengan jadwal penyampaian laporan sebagai berikut:

- a) laporan mingguan disampaikan paling lambat setiap hari Selasa pada minggu berikutnya;
- b) laporan bulanan disampaikan paling lambat setiap tanggal 5 pada bulan berikutnya;
- c) laporan tahunan disampaikan paling lambat setiap tanggal 5 pada bulan pertama tahun berikutnya;

Laporan data program secara non rutin terdiri atas:

- a) laporan kejadian luar biasa; dan
- b) laporan khusus. Laporan kejadian luar biasa dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Laporan khusus terdiri atas:

- a) laporan surveilans sentinel;
- b) laporan untuk kebutuhan tertentu. Laporan surveilans sentinel dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Laporan untuk kebutuhan tertentu harus disetujui oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

2) Mekanisme Pelaporan Data Puskesmas

Pelaporan data puskesmas dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

- a) Laporan dari Puskesmas Pembantu, laporan dari Bidan di desa dan dari Poskesdes/ Polindes dikumpulkan oleh pengelola data dan informasi Puskesmas.
- b) Pengelola data dan informasi Puskesmas merekapitulasi data yang dicatat baik di dalam gedung maupun di luar gedung yang telah dimasukkan dalam register serta laporan yang diterima dari Puskesmas Pembantu dan Bidan di desa.
- c) Hasil rekapitulasi oleh pelaksana kegiatan dimasukkan ke formulir laporan dan disampaikan kepada pelaksana program di Puskesmas pada pertemuan bulanan untuk dikoreksi.
- d) Hasil koreksi oleh pelaksana kegiatan dimanfaatkan untuk memperbaiki laporan yang selanjutnya dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib membuat dan menginformasikan umpan balik terhadap pelaporan data Puskesmas dan jaringannya. Umpan balik pelaporan data Puskesmas dan jaringannya disampaikan paling lambat tanggal 20 pada bulan diterimanya laporan. Umpan balik laporan Puskesmas berupa surat pemberitahuan yang memuat keterangan paling sedikit mengenai:

- a) absensi laporan;
- b) kelengkapan isi laporan;
- c) ketepatan waktu penyampaian laporan;
- d) hasil validasi isi laporan; dan/atau
- e) rekomendasi perbaikan laporan dalam hal ditemukan kesalahan atau ketidaklengkapan pelaporan.

Dalam hal dibutuhkan perbaikan laporan, Puskesmas harus menyampaikan laporan perbaikan paling lambat tanggal 5 pada bulan berikutnya setelah laporan disampaikan.

3) Surveilans dan Kejadian Luar Biasa (KLB)

Kegiatan Surveilans di Puskesmas meliputi pelaksanaan Surveilans Sentinel, pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) KLB dan pelaksanaan Penanggulangan KLB.

- a) Surveilans Sentinel Puskesmas

Pelaksana Surveilans Sentinel adalah satu Puskesmas terpilih dalam satu wilayah kabupaten/kota yang ditetapkan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Puskesmas pelaksana surveilans sentinel mendata data kesakitan beberapa penyakit tertentu dan data kematian Puskesmas.

Jenis dan sumber data pada pelaksanaan surveilans sentinel Puskesmas ditetapkan dalam peraturan perundangan tersendiri, termasuk tatalaksana pemanfaatannya di Puskesmas dan pelaporannya.

b) Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) KLB

Sistem deteksi dini KLB di Puskesmas adalah sebagai berikut:

- a) Deteksi Dini KLB Penyakit/Keracunan Pada Saat Pelayanan Pasien
- b) Pemantauan Wilayah Setempat Penyakit Menular Potensi KLB (PWS-KLB)

c. Penyelidikan dan Pelaporan KLB

Dalam upaya penanggulangan KLB yang cepat dan efektif, Puskesmas berkewajiban melaksanakan :

- 1) Laporan adanya dugaan KLB,
- 2) Laporan Penyelidikan Dugaan KLB dan
- 3) Laporan perkembangan Penyakit

KLB penyakit menular adalah terjadinya peningkatan kejadian kesakitan dan atau kematian pada suatu wilayah atau kelompok masyarakat yang bermakna secara epidemiologis, yang secara teknis ditetapkan oleh Kepala Puskesmas sebagai dugaan adanya KLB.

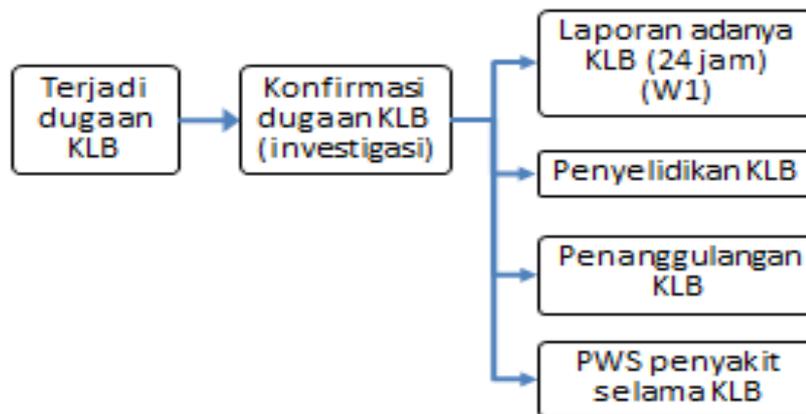
Dokter, perawat dan petugas kesehatan lain di Puskesmas melaksanakan identifikasi adanya perkembangan penyakit pada suatu desa atau kelompok masyarakat. Apabila teridentifikasi adanya dugaan KLB penyakit menular atau keracunan, maka Kepala Puskesmas wajib membuat laporan adanya dugaan KLB sesuai peraturan perundangan yang ada. Bentuk laporannya adalah Laporan Wabah/KLB (24 Jam) disampaikan segera kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sejak mengetahui adanya dugaan KLB tersebut.

Apabila KLB telah terjadi, maka Puskesmas berkewajiban memantau perkembangan penyakit dan membuat laporan berkala sesuai pengaturan yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Tim Penanggulangan KLB. Pemantauan perkembangan KLB dimaksudkan dan laporannya melalui mekanisme PWS KLB penyakit.

Instrumen yang digunakan dalam kegiatan penyelidikan dan pelaporan KLB adalah:

- 1) Formulir Laporan KLB (dilaporkan dalam 24 jam)
- 2) Register Data Mingguan Penyakit Menular Potensi KLB yang diterapkan khusus selama periode KLB (jenis data dan definisi operasional adalah sama dengan register yang digunakan di luar periode KLB)
- 3) Formulir Penyelidikan KLB penyakit menular/keracunan sesuai dengan pedoman penanggulangan KLB penyakit menular/keracunan

Berikut ini adalah alur kegiatan Penyelidikan dan Pelaporan KLB:



Gambar 2. Skema Kegiatan Penyelidikan dan Pelaporan KLB

Formulir Pencatatan dan Laporan KLB (W1)

Laporan KLB (24 Jam) (W1) adalah formulir pencatatan hasil kegiatan konfirmasi dugaan adanya KLB yang sekaligus digunakan sebagai laporan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang adanya dugaan KLB (24 jam) dengan sumber data adalah hasil penyelidikan dugaan adanya KLB.

Acuan penyelenggaraan pelaporan Puskesmas dan jaringannya secara rinci dapat dilihat pada Lampiran PMK tentang Sistem Informasi Puskesmas.

B. Survei Lapangan

Dalam rangka pemenuhan kebutuhan data dalam manajemen Puskesmas diselenggarakan survei lapangan. Survei lapangan dapat berupa pemantauan atas program yang diselenggarakan oleh Puskesmas. Survei lapangan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Hasil survei lapangan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

C. Pelaporan Lintas Sektor Terkait

Dalam rangka pemenuhan kebutuhan data dalam manajemen Puskesmas, dilakukan pengumpulan data yang bersumber dari lintas sektor terkait. Data

dari lintas sektor terkait berupa data demografi, data terkait program Puskesmas, dan data lainnya sesuai kebutuhan. Data dikelola dalam pelaporan yang terintegrasi dengan pelaporan puskesmas dengan mencantumkan sumber data.

D. Pelaporan Jejaring Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerjanya

Dalam rangka pemenuhan kebutuhan data untuk mendukung manajemen Puskesmas, Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas wajib menyampaikan laporan data kegiatan dan hasil kegiatan pelayanan kesehatan kepada Puskesmas setempat. Data kegiatan dan hasil kegiatan pelayanan kesehatan paling sedikit terdiri atas: (a) data kelahiran; (b) data kematian; (c) data kesakitan dan masalah kesehatan lainnya; dan (d) data kunjungan pelayanan. Data kesakitan dan masalah kesehatan lainnya ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota. Data dikelola dalam pelaporan yang terintegrasi dengan pelaporan puskesmas dengan mencantumkan sumber data.

MATERI POKOK 2

MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI DI PUSKESMAS

Manajemen data dan informasi di puskesmas adalah merupakan siklus. Siklus tersebut dimulai dari pengumpulan, pengolahan, analisis data, penyajian informasi dan penggunaan data.

Data dan informasi yang dibahas pada modul ini adalah data dan informasi umum yang dilakukan di puskesmas dan khususnya data dan informasi mengenai PIS-PK dan aplikasi keluarga sehat.

Pokok bahasan ini akan membahas:

- A. Manajemen data program
- B. Manajemen data PIS-PK (keluarga sehat)

A. Manajemen Data Program

Pada sub bab ini kita akan membicarakan mulai dari analisis data, yang merupakan bagian dari manajemen data.

a) Analisis Data Puskesmas

Modul ini memberikan acuan dalam melakukan analisis dan pemanfaatan data kegiatan di tingkat Puskesmas dan pendataan keluarga sehat. Analisis data difokuskan agar data menjadi basis informasi yang diperlukan dalam pengambilan keputusan, perencanaan, dan tindak lanjut pemecahan masalah guna menunjang tugas dan fungsi Puskesmas.

Jenis Data yang terdapat di Puskesmas:

- 1) Data cakupan kinerja upaya Kesehatan
- 2) Data cakupan kinerja manajemen administrasi
- 3) Data Surveilans
- 4) Data cakupan Standar Pelayanan Minimal
- 5) Data Keluarga Sehat

Terdapat dua tahapan analisis, yaitu tahap pra analisis dan tahap analisis:

1) Tahap Pra Analisis

Tahap pra analisis adalah tahap yang dilakukan sebelum melakukan analisis data untuk menentukan apakah data layak dianalisis atau tidak. Pada tahap pra analisis akan dilakukan pembersihan data. Metode pembersihan data dapat dilakukan ada 2 cara yaitu:

a) Cek Kesesuaian Data Dalam Satu Program (logical check)

Cek Kesesuaian dalam satu program adalah metode untuk mengetahui kesesuaian suatu data melalui pengecekan hubungan antar data dan variabel lain yang terkait dalam satu program. Contoh data yang dapat dibandingkan adalah cakupan K1 dan K4; jumlah ibu hamil dan ibu bersalin; jumlah bayi diimunisasi DPT-HB1 dan BCG.

Langkah pelaksanaan:

1. Siapkan data yang akan di cek, kelengkapan data > 80%
2. Pilihlah beberapa indikator yang ada hubungan satu dengan lainnya pada periode waktu yang sama, kemudian data tersebut disandingkan
3. Bandingkan antara data indikator tersebut menurut urutan proses pelaksanaan kegiatan program
4. Kemudian dinilai apakah data tersebut “wajar”. Data disebut wajar bila tidak ada data yang memiliki kesenjangan yang mencolok
5. Bila data tidak wajar maka harus dilakukan verifikasi ke sumber data, kemudian diperbaiki

Contoh :

Kesehatan Anak

Laporan program kesehatan anak Puskesmas A :

1. Jumlah ibu bersalin di Puskesmas A= 432 orang.
2. Jumlah bayi = 582 bayi.
3. Jumlah KN1 = 583
4. Imunisasi HB0 = 964
5. Imunisasi BCG = 892

Data di atas menunjukkan:

1. Adanya kesenjangan antara jumlah ibu bersalin dengan jumlah kunjungan neonatus pertama kali (KN1), yaitu: $432 - 583 = - 151$ neonatus. Pertanyaannya adalah, ‘Mengapa terjadi perbedaan yang sangat besar?’
Kunjungan Neonatus pertama kali (KN1) dilaksanakan pada usia 6-48 jam setelah lahir. Oleh karena itu jumlah KN1 seharusnya sama dengan ibu bersalin.
2. Adanya kesenjangan antara jumlah bayi dengan jumlah bayi mendapat imunisasi HB0, yaitu $582 - 964 = - 382$
Pertanyaannya adalah, ‘Mengapa terjadi perbedaan yang sangat besar?’
Imunisasi HB0 biasanya diberikan segera setelah bayi lahir, maka jumlah bayi yang mendapat imunisasi HB0 seharusnya sama dengan jumlah bayi.

Perbedaan data kunjungan neonatus dengan ibu bersalin dan jumlah bayi dengan jumlah bayi yang mendapat imunisasi HB0 tersebut bisa disebabkan : perpindahan antar wilayah, bayi kembar, kesalahan pencatatan, atau data tersebut benar. Untuk memastikan kesesuaian data tersebut, perlu dilakukan verifikasi pada sumber data.

- b) Cek Kesesuaian Data Antar Program
 - 1) Siapkan dan urutkan data berdasarkan proses, contohnya proses kehidupan (*life cycle process*).

2) Bandingkan data berdasarkan urutan prosesnya.

Contoh:

Program kesehatan ibu (variabel persalinan oleh tenaga kesehatan) dibandingkan dengan program kesehatan anak (variabel kunjungan neonatus 1).

Jumlah kunjungan neonatus 1 (KN1) idealnya sama atau lebih rendah dibandingkan dengan jumlah ibu bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan (linakes). Oleh karena itu apabila jumlah KN1 lebih tinggi dibandingkan dengan jumlah linakes, maka data tersebut dianggap tidak logis.

3) Jika hasil cek kesesuaian tersebut logis, maka data siap untuk dianalisis. Namun, jika hasil cek kesesuaian data tersebut tidak logis, maka harus dilakukan verifikasi lebih lanjut ke sumber data dan dilakukan perbaikan.

Dua data yang diperbandingkan dianggap masih sesuai/logis apabila besar perbedaannya tidak lebih dari $\pm 15\%$.

2) Tahap Analisis

Terdapat tiga jenis analisis data yang sederhana yang umum dilakukan di puskesmas, yaitu:

a) Analisis Deskriptif menurut Waktu, tempat, dan orang

Analisis ini menggambarkan kejadian kesehatan yang dikelompokkan berdasarkan waktu, tempat kejadian dan karakteristik orang dengan menjelaskan data yang terdapat dalam tabel sesuai karakteristik data yang ditampilkan. Misalnya nilai rata-rata cakupan imunisasi bayi, kisaran nilai maksimal dan minimal cakupan imunisasi bayi. Analisis kecenderungan termasuk analisis deskripsi menurut waktu.

b) Analisis Komparatif

Analisa ini dimanfaatkan untuk membandingkan hasil kegiatan program dengan target yang telah ditentukan sebelumnya, atau membandingkan data dari sumber data yang berbeda. Dapat juga dengan membandingkan karakteristik data wilayah yang satu dengan wilayah lainnya atau membandingkan dengan target/standar tertentu, antar jenis kelamin, antar kelompok umur, antar sumber data. Secara khusus, dengan tersedianya data kesehatan yang terpilah menurut jenis kelamin, dapat dikomparasikan derajat kesehatan, upaya kesehatan, dan sumber daya kesehatan antara laki-laki dan perempuan. Misalnya perbandingan prevalensi gizi buruk pada balita laki-laki dan perempuan.

c) Analisis Hubungan Antar program

Analisis ini menjelaskan hubungan/keterkaitan antara variabel yang satu dengan variabel lainnya yang secara teoritis memiliki hubungan, misalnya cakupan K4 pada ibu hamil dengan cakupan pertolongan

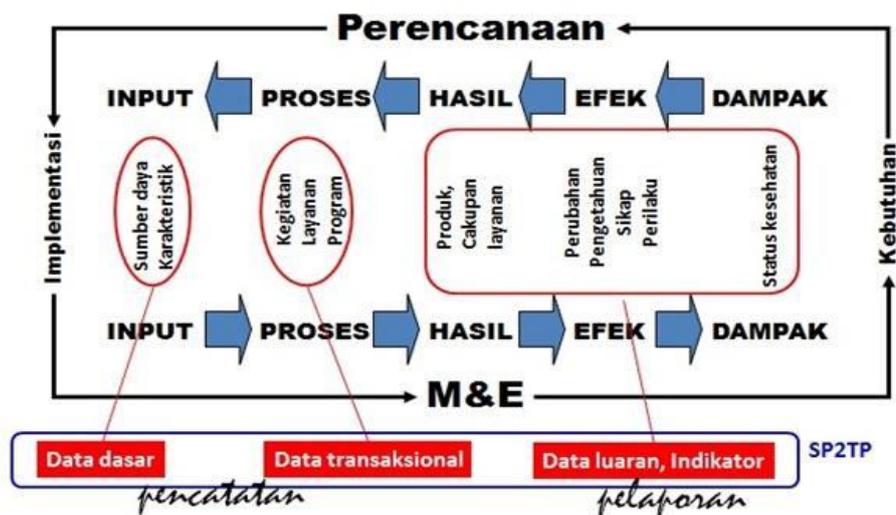
persalinan oleh tenaga kesehatan atau cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan kunjungan neonatal serta ibu nifas. Analisis yang dapat dilakukan pada data agregat yaitu koefisien korelasi persamaan regresi linier sederhana. Pada persamaan tersebut akan didapatkan kekuatan hubungan antar 2 variabel.

b. Pemanfaatan Data Dalam Manajemen Puskesmas

Data dan informasi dari kegiatan dan hasil kegiatan penyelenggaraan sistem informasi puskesmas harus dimanfaatkan untuk mendukung manajemen Puskesmas. Pemanfaatan data dan informasi) mencakup kegiatan:

- 1) Perencanaan Puskesmas
- 2) Pemantauan untuk deteksi wabah
- 3) Pemantauan masalah kesehatan
- 4) Penilaian dan evaluasi

Data yang telah dianalisis manfaatnya dapat sekaligus digunakan untuk perencanaan, pemantauan dan penilaian, karena sebenarnya prosesnya mengalir merupakan siklus.



Gambar 3. Peran Data Dalam Siklus Perencanaan, Monitoring dan Evaluasi (M&E)

1) Pemanfaatan Data Dalam Perencanaan Puskesmas

Perencanaan tingkat puskesmas adalah suatu proses penyusunan rencana kegiatan puskesmas pada tahun yang akan datang yang dilakukan secara sistematis untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat diwilayah kerjanya.

Perencanaan di tingkat puskesmas perlu dilakukan untuk menjamin pelaksanaan upaya kesehatan, yang meliputi: (PERMENKES No.75 Tahun 2014)

- a) Upaya kesehatan masyarakat (UKM) esensial, seperti:

1. pelayanan promosi kesehatan;
 2. pelayanan kesehatan lingkungan;
 3. pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana;
 4. pelayanan gizi; dan
 5. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.
- b) Upaya kesehatan masyarakat (UKM) pengembangan
- c) Upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama dalam bentuk:
1. rawat jalan;
 2. pelayanan gawat darurat;
 3. pelayanan satu hari (*one day care*);
 4. *home care*; dan/atau
 5. rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Manajemen data dimanfaatkan dalam menyusun kegiatan-kegiatan di atas. Dari hasil analisis data akan didapatkan permasalahan dan kebutuhan untuk pencapaian indikator keberhasilan upaya kesehatan dan manajemen administrasi di Puskesmas

2) Pemanfaatan Dalam Monitoring dan Evaluasi

1) Pemanfaatan Untuk Monitoring

Informasi yang diperoleh dari data kegiatan puskesmas dapat dimanfaatkan untuk pemantauan. Pemantauan diperlukan untuk mengambil tindakan perbaikan segera dan yang paling penting untuk dilakukan di tingkat puskesmas.

Pemantauan dilakukan pada saat kegiatan dalam fase pelaksanaan dan biasa dilakukan secara periodik (per bulan). Dalam pemantauan biasanya yang diamati adalah komponen masukan dan proses dari suatu kegiatan.

Misalnya dalam kegiatan pemberantasan DBD, **pemantauan** dapat berupa kegiatan dalam mengamati:

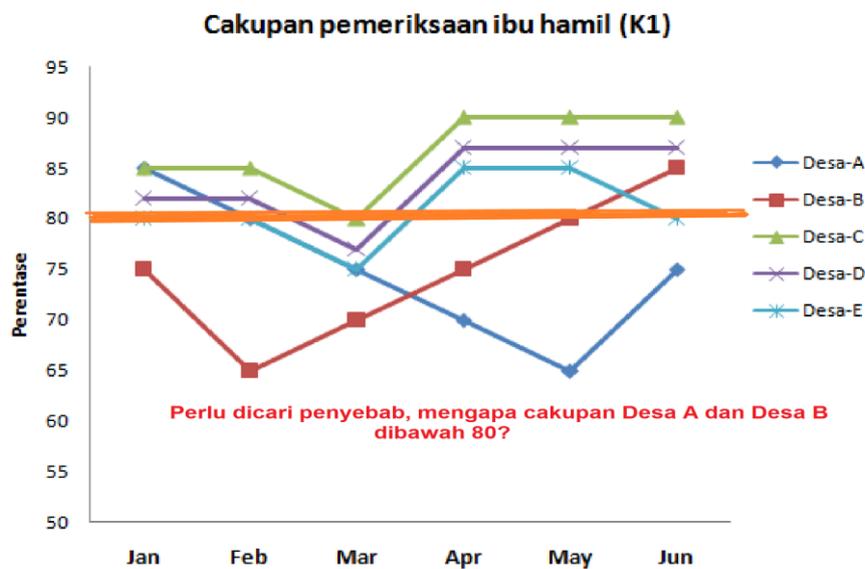
1. Jumlah tenaga jumentik, sarana untuk jumentik, media promosi kesehatan (masukan)
2. Bagaimana penyelidikan epidemiologi dan PSN dilakukan (proses)

Apabila komponen input tidak tersedia dan komponen tidak berjalan dengan maksimal, maka pengelola program dapat segera mencari penyebab mengapa tidak tersedia, sehingga dapat segera mencari solusi untuk agar komponen input tersebut dapat segera dipenuhi.

Misalnya dalam kegiatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), **pemantauan** dapat berupa kegiatan dalam mengamati:

- Cakupan pemeriksaan kesehatan ibu hamil per bulan per desa (keluaran)
- Cakupan pemeriksaan kesehatan anak dan balita per bulan per desa (keluaran)

Apabila cakupan per bulan tidak mencapai target yang telah direncanakan, maka pengelola program dapat segera mencari penyebab mengapa cakupan per bulan tidak mencapai target, sehingga dapat segera mencari solusi dan langkah-langkah penanganannya.



Gambar 4.
Contoh Penyajian Grafik Garis Pemantauan Cakupan Kunjungan

2) Pemantauan Untuk Deteksi Wabah

Data yang didapat kemudian dianalisis untuk menghasilkan informasi yang dapat dimanfaatkan untuk melakukan pemantauan terhadap kejadian wabah. Penyakit yang harus diwaspadai kemungkinannya menjadi wabah seperti diare, demam berdarah dengue (DBD), campak, dan malaria. Dalam mendeteksi kemungkinan terjadinya wabah perlu dilakukan monitoring harian atau mingguan. Selanjutnya data yang didapat dicatat dalam Register Kunjungan, Register Rawat Inap, dan beberapa register penyakit menular.

3) Pemantauan Masalah Kesehatan

Data dan Informasi untuk pemantauan masalah kesehatan, dapat berupa data mortalitas (10 penyebab kematian terbesar), data morbiditas (10 penyakit terbesar), data kesehatan lingkungan, data cakupan layanan program, dan data lainnya. Analisis data untuk pemantauan masalah kesehatan harus dilakukan secara terintegrasi, supaya didapatkan gambaran yang utuh.

Analisis terintegrasi adalah analisis dari data SIP yang terintegrasi antara satu program dengan program lainnya, termasuk dengan lintas sektor terkait. Analisis dimaksudkan untuk mengetahui lebih rinci latar belakang/penyebab masalah kesehatan, mengetahui intervensi spesifik yang perlu dilakukan, dan mengetahui kesiapan dalam menangani masalah kesehatan.

Misalnya, analisis data morbiditas dan mortalitas pada anak Balita dilakukan terintegrasi dengan analisis program KIA dan program gizi serta program imunisasi, sehingga didapatkan informasi yang komprehensif tentang kesehatan anak yang berhubungan dengan kesehatan ibu, gizi, dan imunisasi.

Analisis terintegrasi perlu dilakukan oleh guna melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat morbiditas dan mortalitas anak (termasuk faktor cakupan program kesehatan anak, ibu, gizi atau imunisasi). Contoh hubungan antara program imunisasi (cakupan imunisasi) dengan kejadian penyakit ISPA pada anak. Dapat dilakukan analisis korelasi atau analisis yang bersifat analitik dari kejadian di atas. Dengan melakukan analisis terintegrasi ini maka informasi-informasi yang berhubungan dengan kesehatan anak, akan lebih memberikan informasi yang lebih komprehensif, sehingga intervensi yang akan dilakukan akan lebih tepat sasaran.

Analisis terintegrasi dapat dilakukan secara deskriptif dan analitik pada setiap indikator/variabel program kesehatan, juga dapat

dilakukan pada setiap tingkat atau jenjang pelayanan, baik di tingkat puskesmas, kabupaten, kota, provinsi dan tingkat pusat.

Contoh analisis terintegrasi dengan menggunakan data pada surveilans morbiditas dan mortalitas pada anak balita di atas adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Contoh Tabulasi Analisis Terintegrasi

Kec	Penyakit terbesar	SebabKematian terbanyak	Capaian Programl munisasiC ampak	Capaian KN Lengkap	Capaian Program Gizi(D/S)	Capaian ProgramAir Bersih	Keterangan
A	Pneumoni	Pneumonia	80%	85%	60%	80%	
B	Diare	Diare	85%	80%	50%	80%	
C	Campak	Pneumonia	76%	75%	80%	70%	
D	Malaria	Pneumonia	65%	60%	70%	75%	
E	Pneumoni	Pneumonia	57%	56%	75%	75%	
F	Pneumoni	Pneumonia	60%	54%	65%	65%	

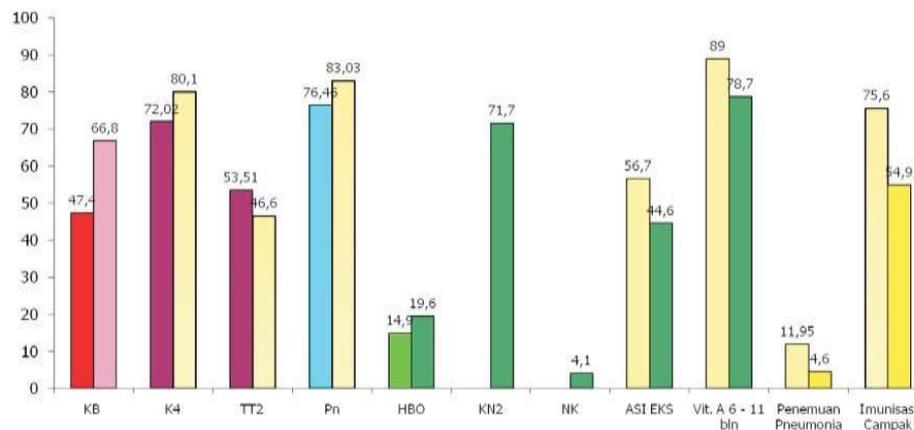
Dari data di atas dapat diamati bahwa untuk permasalahan di setiap kecamatan program apa saja yang harus diperhatikan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada anak balita untuk yang menjadi masalah kesehatan di setiap kecamatan berbeda-beda, seperti:

- a) Pada kecamatan A dan B perlu ditingkatkan cakupan pelayanan gizi untuk meningkatkan indikator N/S
- b) Pada kecamatan C perlu ditingkatkan program imunisasi campak KN lengkap dan penyuluhan kesehatan terutama tentang ISPA
- c) Sedangkan untuk kecamatan D, E dan F perlu meningkatkan cakupan semua program di atas (imunisasi campak, KN lengkap, gizi dan penyuluhan kesehatan).

Contoh di atas hanya melihat capaian 4 program terkait dengan morbiditas dan mortalitas anak balita. Hal yang sama dapat dilakukan terhadap program kesehatan lainnya.

Selain analisis terintegrasi, dapat pula dilakukan analisis *continuum of care*, yakni analisis berdasarkan pelayanan yang berkelanjutan. Misalnya analisis morbiditas dan mortalitas pada anak balita yang memperhatikan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan terhadap kondisi morbiditas atau mortalitas bayi dan anak Balita, sejak janin di dalam kandungan sampai dengan Balita.

Dengan melihat cakupan per indikator program tersebut, jika terdapat suatu kesenjangan, maka dapat dilakukan analisis secara berkesinambungan sehingga dapat diidentifikasi pada tahap mana terjadi perbedaan cakupan dan adanya *missed opportunity* (hilangnya/terputusnya kesempatan mendapatkan layanan) pelayanan kesehatan yang menyebabkan tingginya suatu permasalahan morbiditas atau mortalitas bayi atau anak balita.



Gambar 5. Contoh Analisis *Continuum of Care*

Pada Gambar 1.4 adalah angka cakupan pelayanan kesehatan ibu dan balita tahun 2011 dan 2012. Terlihat peningkatan cakupan K4, tetapi cakupan TT2 menurun. Disini terlihat ada *missed opportunity* pelayanan K4, pelayanan yang memenuhi standar K4 seharusnya sudah termasuk pemberian imunisasi TT. Terlihat bahwa persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mencapai 83,03% namun imunisasi HB0 hanya 19,6%. Disini terlihat ada *missed opportunity* imunisasi, bahwa tenaga kesehatan yang menolong persalinan sebagian besar tidak memberikan imunisasi HB0 kepada bayinya.

Penurunan cakupan tersebut dapat dibahas antar program untuk digali permasalahannya baik dari segi ketersediaan obat, alat dan vaksin, penganggaran, sumber daya tenaga kesehatan, manajemen ataupun masalah yang berasal dari tingkat masyarakat.

3) Pemanfaatan Untuk Penilaian atau Evaluasi

Apabila pemantauan dilakukan pada saat kegiatan dalam fase pelaksanaan dan biasa dilakukan secara periodik (per bulan), maka penilaian dilakukan setelah kegiatan selesai dilaksanakan (per tahun).

Dalam pemantauan diamati masukan dan proses dari suatu kegiatan. Sedangkan, penilaian melihat keluaran dan dampak dari kegiatan. Hasil

penilaian tidak dapat segera digunakan untuk mengambil tindakan perbaikan, tetapi harus melalui perencanaan kembali (perencanaan tahunan).

Mekanisme penilaian dan evaluasi dapat dilakukan dengan melihat gambaran kesenjangan. Gambaran kesenjangan pelayanan kesehatan dapat diketahui dengan cara membandingkan cakupan hasil pelayanan dengan target yang telah ditetapkan. Dalam melihat kesenjangan pelayanan kesehatan dapat pula dibandingkan dengan target untuk tingkat kota/kabupaten, provinsi, atau tingkat nasional.

Misalnya dalam kegiatan pemberantasan DBD, **penilaian**, dapat berupa kegiatan dalam mengamati angka bebas jentik, angka kasus DBD, dan angka kematian DBD kemudian membandingkannya dengan target yang telah ditetapkan.

Apabila angka bebas jentik, angka kasus DBD, dan angka kematian DBD tidak sesuai dengan target yang telah direncanakan, maka pengelola program dapat segera mencari penyebab mengapa tidak sesuai dengan target, sehingga dapat segera mencari solusi dan langkah-langkah penanganannya dalam perencanaan tahun depan.

Misalnya dalam program imunisasi:

- 1) Cakupan imunisasi DPT3 tahun 2014 (Januari s/d Desember 2014) di Puskesmas A mencapai 70%. Target DPT3 di Puskesmas A 80%. Dari data tersebut terlihat adanya kesenjangan 10% antara cakupan yang seharusnya dicapai dengan kenyataan.

Gambaran kesenjangan pelayanan kesehatan juga dapat diketahui dengan cara membandingkan cakupan hasil pelayanan suatu program dengan cakupan hasil pelayanan program lainnya. Hal ini untuk menggambarkan adanya "*missed opportunity*". Misalnya:

- 2) Cakupan pelayanan pemeriksaan ibu hamil K4 sudah mencapai 80% sedangkan cakupan imunisasi TT2 pada ibu hamil hanya mencapai 70%. Dari data tersebut terlihat adanya kehilangan kesempatan dari ibu hamil yang sudah datang ke pelayanan kesehatan, namun mereka tidak mendapatkan fasilitas yang seharusnya, tidak mendapatkan imunisasi TT2 sebanyak 10% dari total ibu hamil.

Dalam konteks pemanfaatan untuk penilaian dan evaluasi lainnya, data dapat dimanfaatkan dalam bentuk stratifikasi, digunakan data hasil kegiatan tahunan dan hasil olahan SIP termasuk pula informasi lainnya yang diperlukan. Stratifikasi adalah merupakan alat evaluasi puskesmas, di mana dalam stratifikasi hasil kegiatan pokok puskesmas selama 1 (satu) tahun kalender dihitung dan dibandingkan dengan indikator yang ada, sehingga diketahui tingkat/strata puskesmas tersebut.

Data dari LB-3 dan LB-4 juga dapat dimanfaatkan sebagai bahan untuk penyusunan laporan Triwulan. Data misalnya jumlah bumil risti yang ditangani, jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan, jumlah keluarga berisiko yang dibina

c. Penyajian Data Puskesmas

Penyajian data dapat dilakukan secara sederhana antara lain dengan cara visualisasi dalam bentuk tabel, grafik, batang, garis, dan pie (lingkaran), pemetaan, dan sebagainya. Tujuan penyajian data dalam bentuk grafik antara lain agar pembaca dapat melihat secara cepat informasi yang ingin disampaikan tanpa harus melihat tabel, agar menarik dan mengurangi kejenuhan dalam penyajian data/informasi serta agar pengambilan keputusan dapat dilakukan secara cepat dan tepat.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam membuat penyajian grafik adalah:

- 1) Arah dan tujuan analisis data
- 2) Ketersediaan data
- 3) Ketersediaan alat bantu pembuatan grafik
- 4) Ketepatan dalam memilih salah satu grafik yang akan disajikan, karena masing-masing grafik mempunyai karakteristik informasi tersendiri

Dalam **penyajian data** dapat dikelompokkan dalam **3 (tiga) variabel**, yaitu sebagai berikut:

- 1) **Penyajian menurut variabel tempat**
Penyajian ini dapat dibuat menurut desa, kecamatan, puskesmas, posyandu, dll.
- 2) **Penyajian menurut variabel waktu**
Penyajian data/informasi dibuat menurut waktu yang dapat disajikan dalam mingguan, bulanan, dan tahunan.
- 3) **Penyajian menurut variabel orang**
Dalam penyajian data menurut variabel orang dapat dikelompokkan lagi menjadi kelompok umur, jenis kelamin, maupun pekerjaannya.

Jenis-Jenis Grafik

a. Grafik lingkaran (*pie chart*)

Bentuk penyajian ini adalah penyajian data yang menggambarkan distribusi dari suatu data (nominal atau ordinal). Biasanya grafik lingkaran penyajiannya berbentuk persentase. Satu lingkaran menggambarkan proporsi 100% yang terbagi menjadi komponen-komponennya.

b. Grafik garis Bentuk

penyajian ini untuk melihat kecenderungan dari waktu ke waktu dalam suatu pengamatan.

Pada sumbu Y dapat berupa angka mutlak, persentase, rasio, dan rate. Sedangkan, pada sumbu X berisi data waktu (tahun, bulan, minggu, atau hari tergantung kepentingan dan tujuan analisisnya).

c. Grafik gambar (*pictogram*)

Bentuk penyajian ini digunakan untuk menggambarkan suatu visualisasi data bagi masyarakat yang tidak biasa membaca data. Biasanya gambar yang digunakan adalah simbol-simbol atau gambar-gambar tertentu yang masing-masing simbol menggambarkan jumlah tertentu.

d. Grafik pencar (*scatter diagram*)

Grafik ini dipakai untuk menyajikan hubungan (korelasi) antara dua variabel yang saling berkaitan.

Peta, Area Stratifikasi dan Tematik

Penyajian dalam bentuk peta biasanya menyajikan gambaran sebaran (frekuensi) tingkatan (stratifikasi) suatu kasus menurut lokasi secara spasial (keruangan) untuk melihat pola sebaran kasus yang dikaitkan dengan pola keruangan secara sederhana. Penyajian ini dapat membantu untuk mengidentifikasi sebab masalah yang ada kaitannya dengan variabel keruangan seperti berkaitan dengan area dataran tinggi-rendah, area di kawasan perairan, area di kawasan peternakan, dan variabel berbasis keruangan lainnya.

B. Manajemen Pendataan Keluarga Sehat

Pendataan keluarga dilakukan untuk mengetahui profil keluarga. Pendataan dilakukan oleh pembina keluarga dengan memperhatikan konsep pendekatan keluarga.

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Pendekatan keluarga merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan-kegiatan: 1) kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data kesehatan keluarga, 2) kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif, 3) kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung, dan 4) pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/ pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas.

Dari hasil kunjungan rumah, pendataan dan identifikasi permasalahan kesehatan di keluarga, Puskesmas akan dapat mengenali masalah-masalah kesehatan (dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat-PHBS) serta risiko yang dihadapi keluarga secara lebih menyeluruh (holistik), untuk kemudian dirancang kegiatan intervensinya. Individu anggota keluarga yang perlu mendapatkan pelayanan kesehatan kemudian dapat dimotivasi untuk memanfaatkan UKBM yang ada dan/atau pelayanan Puskesmas. Keluarga juga dapat dimotivasi untuk memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan dan berbagai faktor risiko lain yang selama ini merugikan kesehatannya, dengan pendampingan dari kader-kader kesehatan UKBM dan/atau petugas profesional Puskesmas.

Kegiatan pengumpulan data merupakan faktor penentu dan bagian penting dari rangkaian kegiatan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, dimana kegiatan pendataan ini yang menentukan diperolehnya data yang akurat dan valid sehingga diperoleh data kesehatan yang dapat dipertanggungjawabkan. Keberhasilan pengumpulan data di lapangan sangat ditentukan oleh pelatihan, pengorganisasian, persiapan, penyelenggaraan kegiatan, dan kegiatan pasca lapangan.

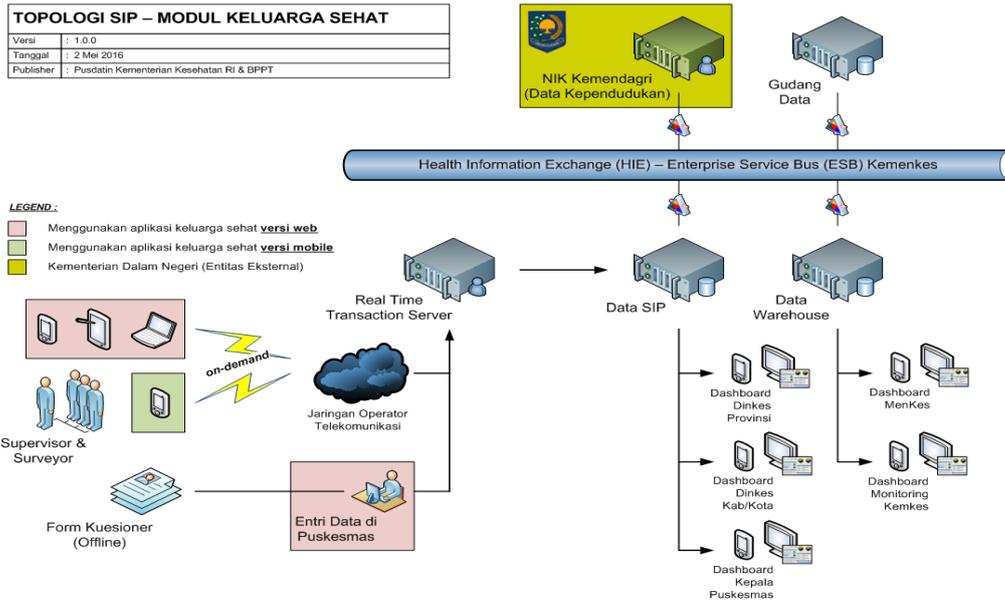
Teknik pengumpulan data pada survei ini dilakukan dengan cara wawancara dan observasi. Beberapa faktor yang mempengaruhi hasil pengumpulan data adalah faktor pewawancara, responden, materi pertanyaan, dan situasi wawancara.

Pendataan ini dilakukan dengan menggunakan aplikasi keluarga sehat, dimana aplikasi ini didesain dan ditujukan untuk memudahkan para pengumpul data di lapangan dalam melakukan pendataan keluarga sehat di lapangan.

a. Aplikasi Keluarga Sehat

1) Desain Aplikasi

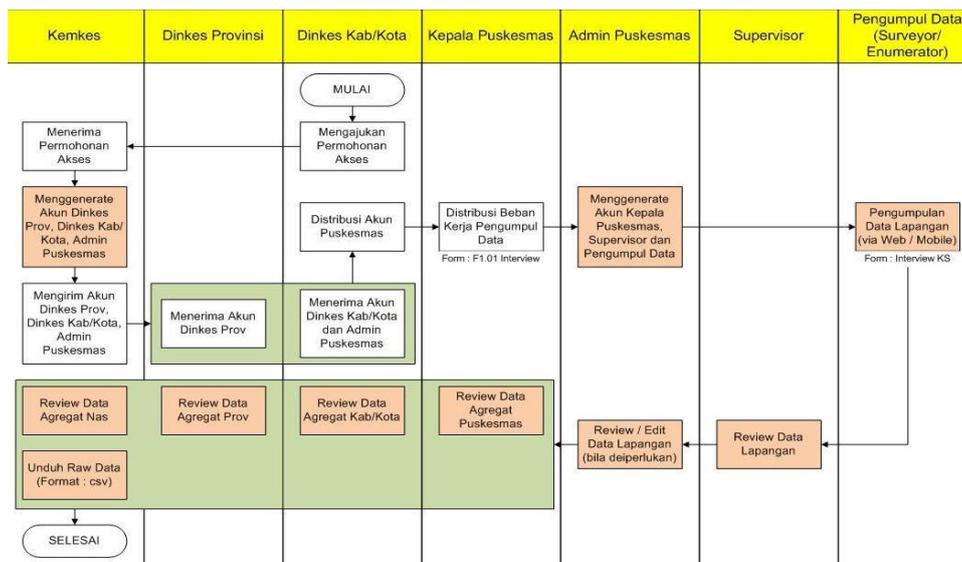
Pada gambar berikut akan diilustrasikan contoh pengembangan dari Aplikasi Web Keluarga Sehat (KS). Item-item yang terdapat di dalam kurva berwarna jingga menunjukkan cakupan pengembangan Aplikasi Web Keluarga Sehat (KS) secara internal Dinkes dan Puskesmas. Sedangkan item-item yang terdapat di dalam kurva berwarna biru muda menunjukkan cakupan pengembangan Aplikasi Web Keluarga Sehat (KS) dalam konteks integrasi data yang berlangsung di dalam data warehouse.



Gambar 6. Pengembangan Aplikasi Web Keluarga Sehat (KS)

2) Alur Administrasi

Secara garis besar alur proses bisnis bermula dari persiapan sistem dan distribusi akun berikut beban kerja, entri data lapangan, dan review data agregat. Data agregat yang ada juga dikondisikan dapat dipergunakan sebagai data primer untuk pengolahan lebih lanjut. Alur proses bisnis di lingkungan Puskesmas tersebut dapat diilustrasikan ke dalam diagram CFF(Cross Functional Flow) seperti berikut ini :



Gambar 7. Diagram CFF Aplikasi Web Keluarga Sehat (KS)

Catatan : diagram CFF ini dapat berubah sesuai dinamika pembahasan dan interaksi dengan para pemangku kepentingan, baik dari level kebijakan, manajerial, pelaksana teknis maupun publik di lingkungan Kabupaten/Kota, yang dilakukan secara periodik dan berkelanjutan dari waktu ke waktu.

3) Jenis Pengguna Aplikasi

- a) **Dinas Kesehatan Provinsi**, adalah akses *view* dashboard data nasional (umum) dan *download* data khusus kabupaten/kota sampai dengan data individu dalam wilayah provinsinya
- b) **Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota**, adalah akses *view* dashboard data nasional (umum) dan *download* data khusus kabupaten/kota sampai dengan data individu dalam wilayah kabupaten/kotanya
- c) **Kepala Puskesmas**, adalah akses *view* dashboard data nasional (umum) dan *download* data khusus wilayah Puskesmas nya
- d) **Administrator Puskesmas**, adalah akses untuk membuat, mengedit, dan menghapus akun kepala puskesmas, akun supervisor, dan akun surveyor di Puskesmas nya, sebagai default, hanya disediakan kuota untuk 10 orang surveyor, jika dibutuhkan tambahan akun maka bisa mengirimkan permohonan resmi kembali melalui kab/kota dengan disertai penjelasan alasan penambahan kuota akun surveyor
- e) **Supervisor**, adalah akses *view* dashboard dan *download* data khusus wilayah Puskesmas nya.
- f) **Surveyor**, adalah akses entri data kuesioner keluarga sehat, *view* dashboard, dan *download* data khusus untuk data rumah tangga/keluarga yang sudah dilakukan pendataan.

4) Tutorial Penggunaan Web PIS-PK

Login dan Profil User

a) Tahap Awal Masuk Akun Aplikasi

Pada bagian ini dilakukan proses login. Pada bagian login terdiri dari :

1. Text box untuk input username, input username akun anda.
2. Text box untuk input password, setelah input username maka input password.
3. Tekan tombol sign in, setelah input username dan password maka anda akan masuk ke dalam aplikasi.

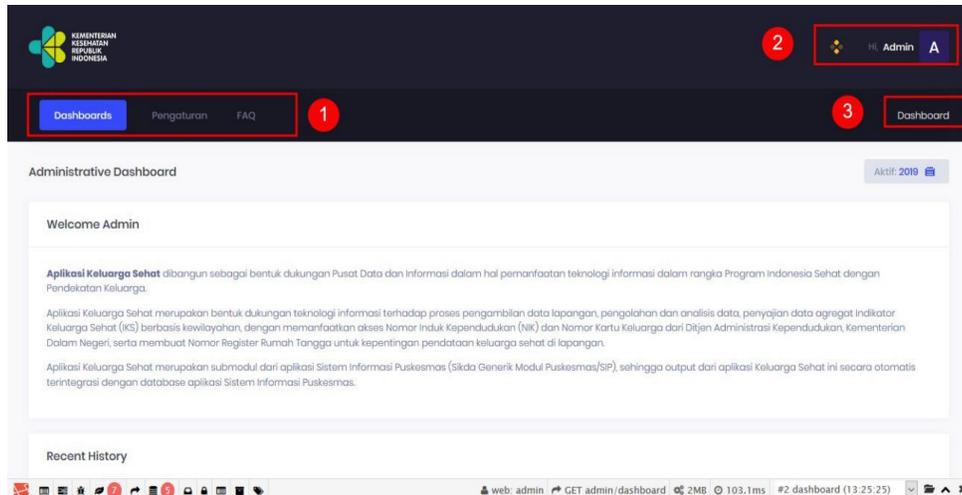


Gambar 8. Sistem Login masuk ke Program KS

Setelah pengguna berhasil login maka aplikasi akan menampilkan tampilan maupun menu yang disesuaikan dengan hak akses yang dimiliki oleh pengguna yang sedang login tersebut (dalam hal ini dibatasi hanya untuk enumerator / surveyor / pengumpul data saja).

b) Dashboard Admin

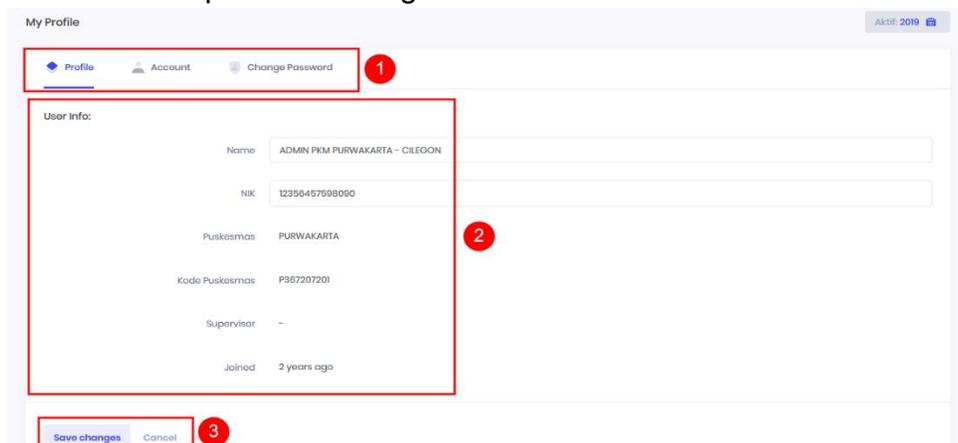
Setelah pengguna berhasil masuk pada aplikasi maka tampilan berikutnya yaitu halaman dashboard yang menampilkan informasi dari Aplikasi Ikatan Keluarga Sehat. Pada halaman dashboard disediakan 2 menu yaitu tahun aktif dan profil pengguna. Pada bagian tahun aktif berfungsi untuk mengaktifkan tahun pelaporan survei pada Aplikasi Ikatan Keluarga Sehat. Sedangkan halaman profil pengguna berisi mengenai informasi pengguna Aplikasi serta dapat mengubah Email dan Password pengguna.



Gambar 9. Dashboard Admin

c) Profil Admin

Pada gambar 9 menampilkan halaman dashboard yang mana pada bagian kanan atas halaman terdapat nama akun yang sedang aktif masuk, jika akun puskesmas maka akan tampil “Hi, Admin Puskesmas”. Bagian tersebut merupakan profil dari akun puskesmas yang dapat digunakan untuk melihat data dari akun puskesmas yang aktif, username, email serta untuk mengubah password dari akun puskesmas tanpa harus mengubah dari akun admin.



Gambar 10. Profil Admin

Admin puskesmas adalah aktor yang bertugas untuk melakukan manajemen data untuk seluruh pengguna, guna menunjang hal tersebut maka admin puskesmas di perlengkapi dengan beberapa fitur yang terbagi menjadi:

1. Fungsi Umum

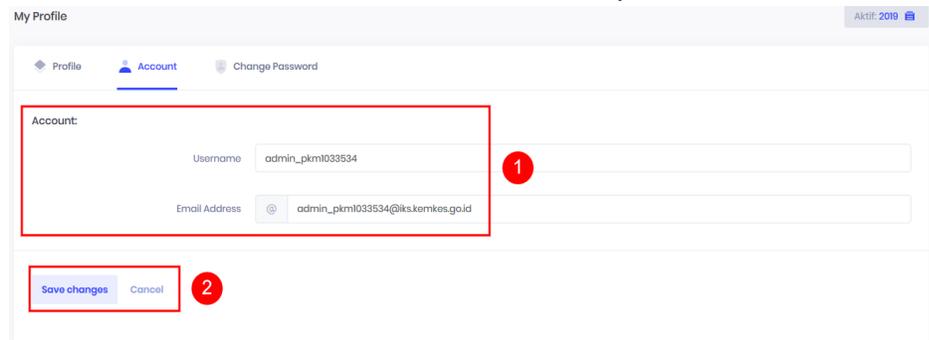
Fungsi umum adalah fungsi yang dimiliki oleh setiap pengguna untuk melakukan pengaturan terhadap account puskesmas,

change password dan edit profil.

❖ Account Puskesmas

Pada Halaman Account Puskesmas (Gambar 11), terdiri dari:

- Menu Account, terdiri dari Username dan Email Address. Pada bagian ini di gunakan untuk mengubah username dan email address dengan yang baru, tanpa melalui Admin.
- Untuk Verifikasi perubahan data Tekan Tombol Save Changes dan tombol Cancel untuk membatalkan perubahan data.

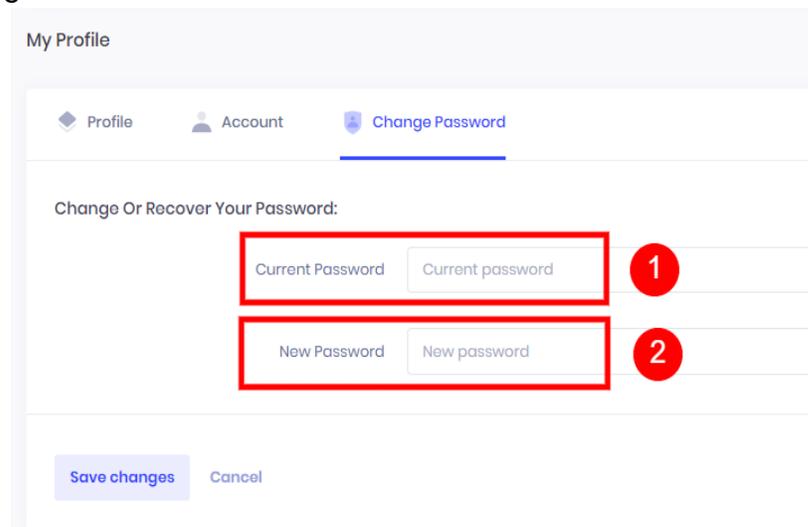


Gambar 11. Halaman Account Puskesmas

❖ Change Password

Pada Halaman Change Password Puskesmas (Gambar 12) terdiri dari:

- Current Password, untuk memasukkan Password yang digunakan sebelumnya.
- New Password, untuk memasukkan Password baru yang akan digunakan.

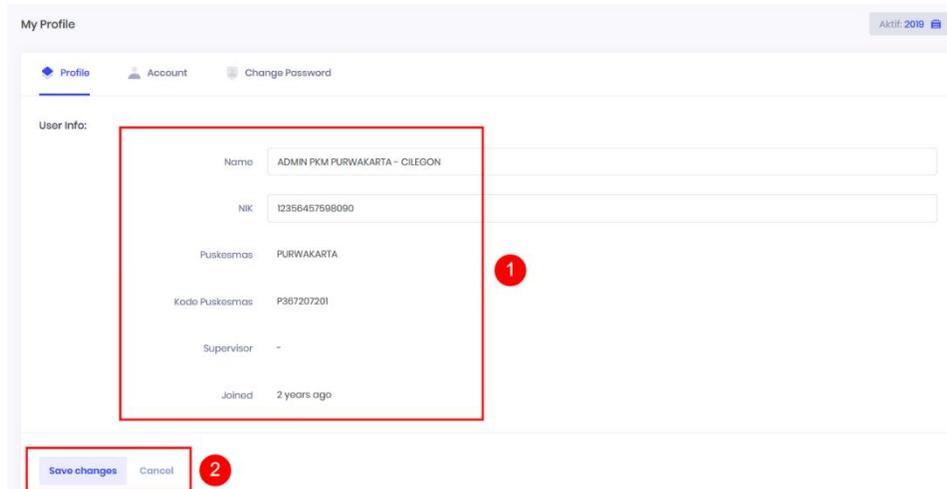


Gambar 12. Halaman Change Password Puskesmas

❖ Edit Profile

Pada menu profile pengguna dapat mengubah informasi data, dengan detail sebagai berikut:

- Informasi pengguna, dapat diubah oleh user apabila ada perubahan data.
- Untuk Verifikasi perubahan data Tekan Tombol Save Changes dan tombol Cancel untuk membatalkan perubahan data.



The screenshot shows a 'My Profile' page with a navigation bar containing 'Profile', 'Account', and 'Change Password'. The 'Profile' section is active. Under 'User Info:', there is a form with the following fields: Name (ADMIN PKM PURWAKARTA - CILEGON), NIK (12356457598090), Puskesmas (PURWAKARTA), Kode Puskesmas (P387207201), Supervisor (-), and Joined (2 years ago). A red box highlights the form fields, and a red circle with the number '1' is placed to the right of the form. Below the form, there are two buttons: 'Save changes' and 'Cancel'. A red box highlights the 'Save changes' button, and a red circle with the number '2' is placed to its right.

Gambar 13. Edit Profil

2. Fungsi Administrasi

Fungsi administrasi adalah fungsi yang dimiliki oleh setiap pengguna untuk melakukan pengaturan terhadap account (kepala puskesmas, supervisor dan surveyor), user management, create user, edit user, change password.

Merupakan aktor yang bertugas melakukan administrasi sistem KS tingkat Puskesmas. Aktor ini memiliki tugas dan kewenangan untuk membuat (Create) aktor pengguna lainnya di level puskesmas yaitu aktor kepala puskesmas, aktor supervisor dan aktor pengumpul data/ enumerator/ surveyor. Aktor ini juga memiliki kewenangan untuk melakukan perubahan (editing) terhadap data hasil input yang dilakukan oleh para pengumpul data/enumerator/surveyor.

3. Tugas

Admin puskesmas memiliki tugas sebagai berikut:

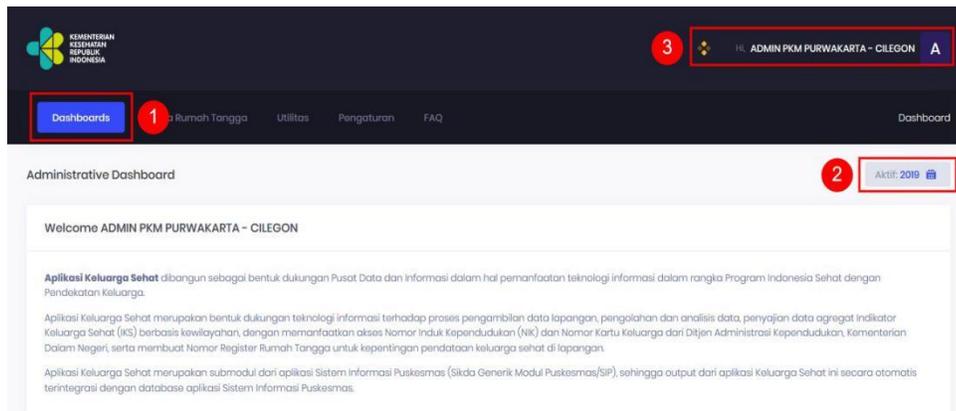
- ❖ Tahap Data Wilayah Kerja
- ❖ Tahap Rukun Warga
- ❖ Rukun Tetangga

- ❖ Target wilayah
- ❖ Tahap Target surveyor

d) Dashboard Admin Puskesmas

Menu yang terdapat pada akun puskesmas adalah menu dashboard dan menu pengaturan (Gambar 14). Menu dashboard merupakan halaman yang tampil ketika pertama kali pengguna berhasil masuk ke dalam akun puskesmas. Sedangkan menu pengaturan memiliki submenu:

1. User Management
2. Wilayah Kerja
3. Rukun Warga
4. Target Wilayah
5. Target Surveyor



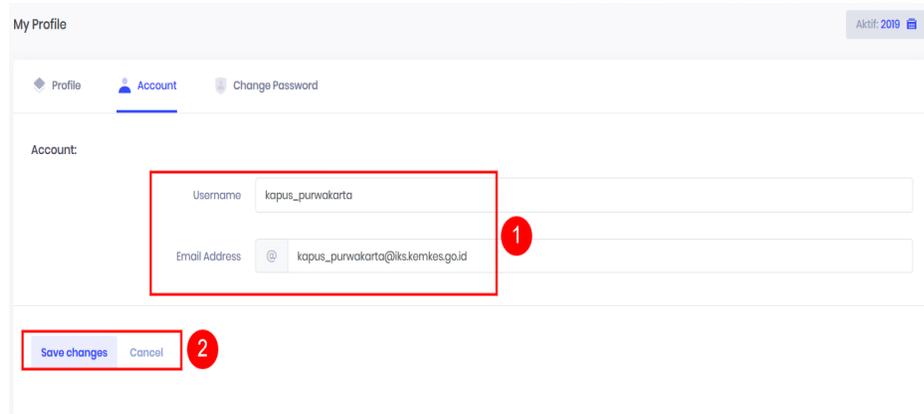
Gambar 14. Dashboard Puskesmas

e) Change Account

Pada menu change account dan password pengguna dapat mengubah data account atau password yang telah disimpan sebelumnya. Pada gambar dibawah merupakan tampilan dari menu account dan change password kepala puskesmas, supervisor, dan surveyor.

1. Change Account Kepala Puskesmas

Pada Halaman Account Kepala Puskesmas terdapat menu Account, terdiri dari Username dan Email Address pada kolom ini yang di gunakan untuk mengubah username dan email address dengan yang baru, tanpa melalui Admin. Untuk Verifikasi perubahan data, apabila ada perubahan maka tekan **save changes** jika batal merubah, maka tekan **Cancel**.

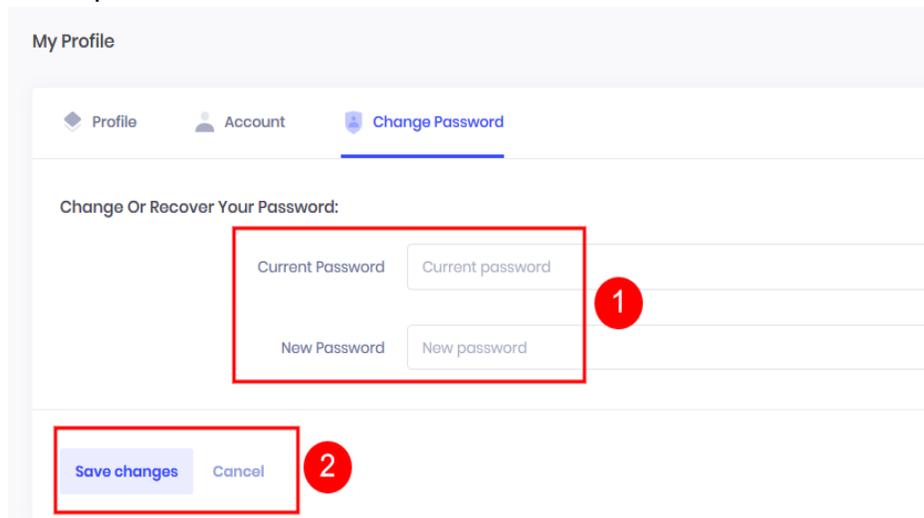


Gambar 15. Akun Kepala Puskesmas

2. Change Password Kepala Puskesmas

Pada Halaman Change Password Kepala Puskesmas terdiri dari:

- Current Password, untuk memasukkan Password yang digunakan sebelumnya. New Password, kolom untuk memasukkan Password baru yang akan digunakan.
- Tombol Save changes digunakan untuk menyimpan perubahan password, jika ingin membatalkan perubahan maka pengguna dapat menekan tombol cancel.



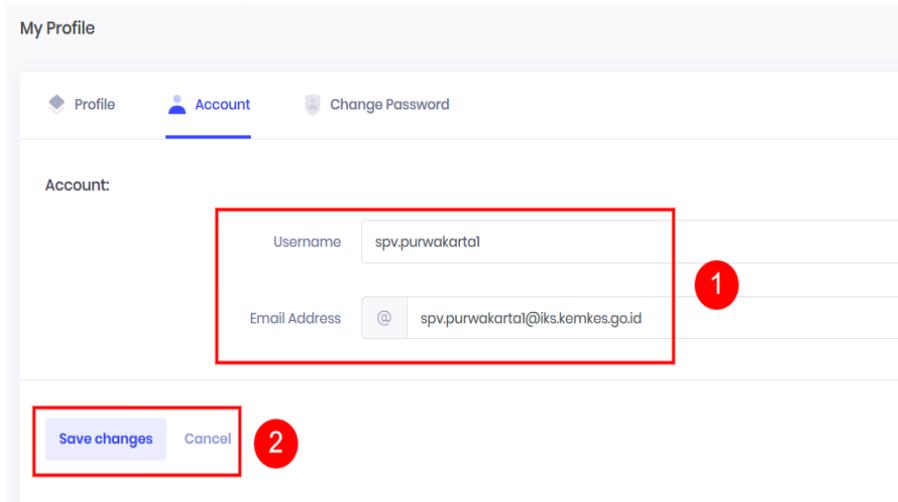
Gambar 16. Password Kepala Puskesmas

3. Change Account Supervisor

Pada Halaman Account Supervisor terdiri dari:

Menu Account, terdiri dari Username dan Email Address pada kolom ini yang di gunakan untuk mengubah username dan email address dengan yang baru, tanpa melalui Admin. Untuk Verifikasi perubahan data, apabila ada perubahan maka tekan save changes

jika batal merubah, maka tekan Cancel.

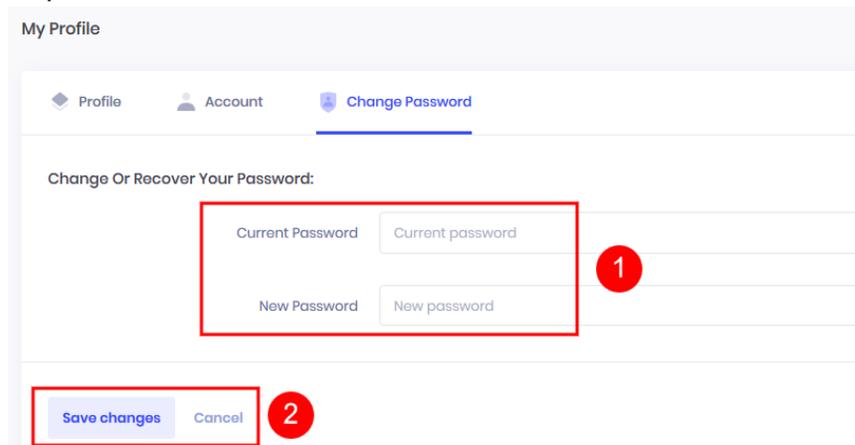


Gambar 17. Akun Supervisor

4. Change Password Supervisor

Pada Halaman Change Password Supervisor terdiri dari:

- Current Password, untuk memasukkan Password yang digunakan sebelumnya. New Password, kolom untuk memasukkan Password baru yang akan digunakan.
- Tombol save changes digunakan untuk menyimpan perubahan password, jika ingin membatalkan perubahan maka pengguna dapat menekan tombol cancel.



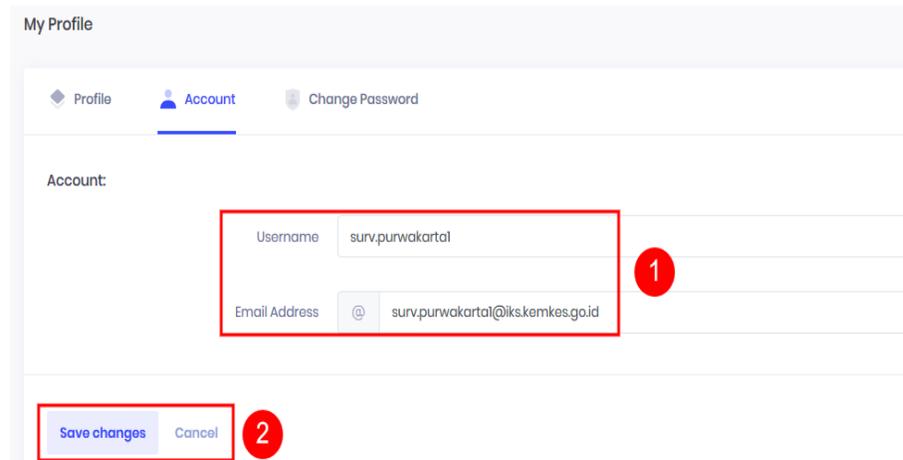
Gambar 18. Password Supervisors

5. Change Account Surveyor

Pada Halaman Account Surveyor terdiri dari:

Menu Account, terdiri dari Username dan Email Address pada kolom ini yang di gunakan untuk mengubah username dan email address dengan yang baru, tanpa melalui Admin.

Untuk Verifikasi perubahan data, apabila ada perubahan maka tekan save changes jika batal merubah, maka tekan Cancel.

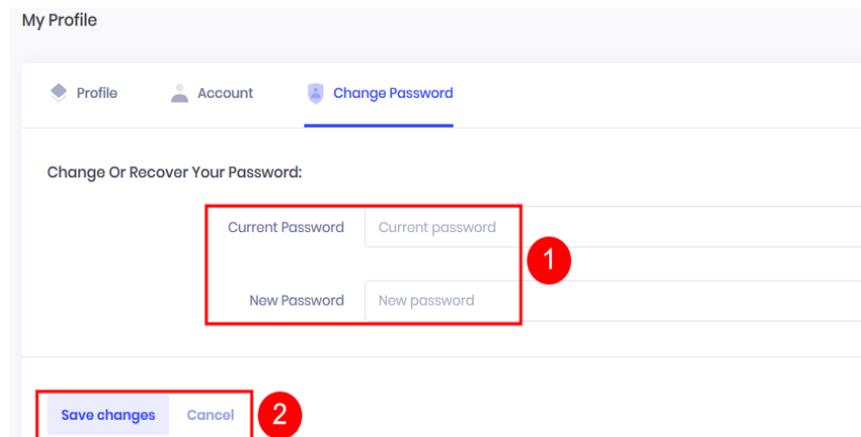


Gambar 19. Akun Surveyor

6. Change Password Surveyor

Pada Halaman Change Password Surveyor terdiri dari:

- Current Password, untuk memasukkan Password yang digunakan sebelumnya. New Password, kolom untuk memasukkan Password baru yang akan digunakan.
- Tombol save changes digunakan untuk menyimpan perubahan password, jika ingin membatalkan perubahan maka pengguna dapat menekan tombol cancel.

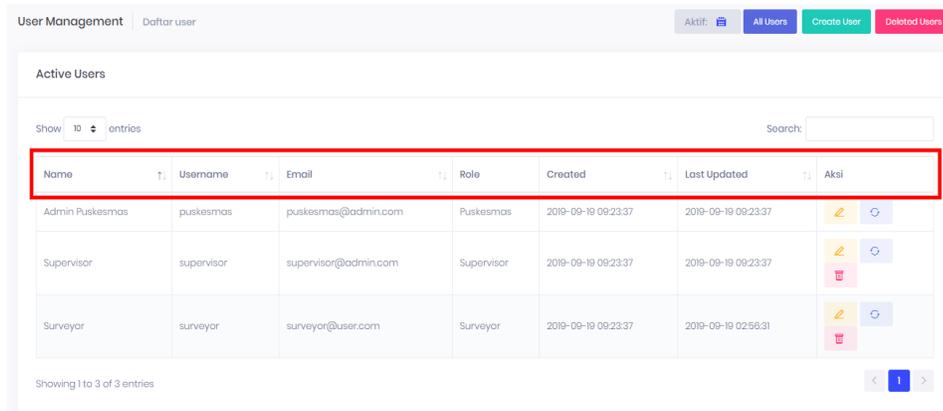


Gambar 20. Password Surveyor

f) User Management

Halaman submenu User Management (Gambar 21) merupakan halaman yang berisi daftar nama akun yang aktif digunakan pada akun puskesmas, yaitu akun admin puskesmas, supervisor dan surveyor. Terdapat tiga aksi yang dapat digunakan, yaitu edit, status

dan hapus. Pada bagian kanan atas halaman juga terdapat tombol membuat pengguna baru dan menghapus pengguna lama. Akun admin puskesmas dapat mengontrol akun supervisor dan surveyor untuk mengubah data baik itu berupa username, alamat e-mail, maupun password. Admin juga diberikan hak akses untuk menghapus akun lain namun pada akun admin sendiri tidak terdapat hak akses untuk menghapus, namun akun admin dapat menambahkan akun lainnya.



Name	Username	Email	Role	Created	Last Updated	Aksi
Admin Puskesmas	puskesmas	puskesmas@admin.com	Puskesmas	2019-09-19 09:23:37	2019-09-19 09:23:37	 
Supervisor	supervisor	supervisor@admin.com	Supervisor	2019-09-19 09:23:37	2019-09-19 09:23:37	  
Surveyor	surveyor	surveyor@user.com	Surveyor	2019-09-19 09:23:37	2019-09-19 02:58:31	  

Gambar 21. Halaman User Management Puskesmas.

Daftar user management terdiri dari kolom Nama, Username, Email, Role, Created, Last Updated, dan Aksi. Pada kolom aksi terdapat 3 tombol, yaitu :

- Edit, untuk melakukan perubahan data pada bagian nama, email, username dan Role
- Change Password, untuk merubah password.
- Delete, untuk menghapus pengguna dari daftar user management.

1. Create User

Untuk menambahkan pengguna pada daftar user management, dapat menggunakan tombol create user yang terdapat dibagian kanan atas halaman. Kolom yang harus diisi pada halaman ini adalah nama, username, alamat e-mail, password, password confirmation serta ketentuan hak akses (role) untuk akun yang akan dibuat.

Gambar 22. Halaman Create User Puskesmas.

Detail Halaman Create User Puskesmas (Gambar 5.12) adalah sebagai berikut:

- ❖ Ada 6 fields yang harus diisi untuk menambahkan pengguna :
 - Name, untuk memasukkan nama pengguna
 - Username, untuk memasukkan nama username yang akan dipakai oleh pengguna
 - E-mail Address, alamat email pengguna
 - Password, kumpulan karakter atau string yang digunakan untuk masuk dan mengakses aplikasi.
 - Password Confirmation, ketik ulang password yang telah dibuat sebagai konfirmasi.
 - Role, menentukan jenis pengguna, ketentuan dan hak akses yang akan dibuat.
- ❖ Tombol Create dan Cancel. Klik Create jika ingin menambahkan pengguna, klik cancel jika batal menambahkan pengguna.

2. Edit User

Pada halaman edit, pengguna dapat melakukan perubahan pada bagian nama, username dan alamat e-mail.

Gambar 23. Halaman Edit User Puskesmas

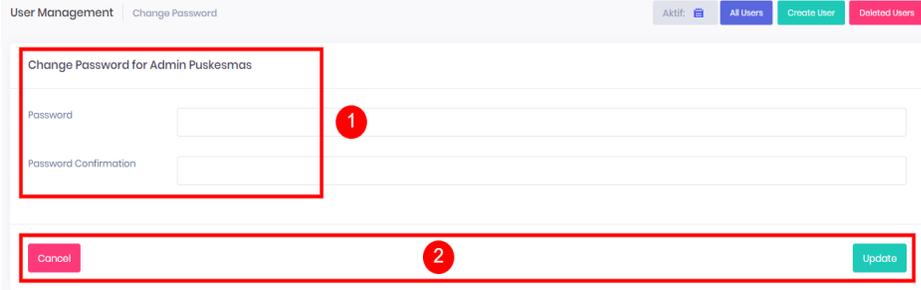
Detail Halaman Edit User Puskesmas (Gambar 23) adalah sebagai berikut:

- ❖ Profile pengguna terdiri dari:
 - NIK., kolom untuk melakukan perubahan pada NIK
 - Name, kolom untuk melakukan perubahan pada nama
 - E-mail Address, kolom untuk melakukan perubahan pada Alamat Email

- Username, kolom untuk melakukan perubahan pada Username yang digunakan pengguna
- ❖ Jika perubahan sudah dilakukan, klik tombol Update untuk menyimpan data yang sudah diubah. Dan Cancel jika tidak berniat mengubah data.

3. Change Password

Pada halaman ini, password baru yang akan menggantikan password lama harus dimasukkan dua kali pada kolom password dan password confirmation.



Gambar 24. Halaman Ganti Password User Puskesmas

g) Tugas PUSKESMAS

Tahap Data Wilayah Kerja

Pada submenu data wilayah kerja, terdapat empat kolom yang harus diisi oleh pengguna, yaitu wilayah kerja, kecamatan tambahan, wilayah kerja tambahan dan alamat. Wilayah kerja diisi dengan data kelurahan yang berada di bawah naungan kecamatan yang sedang aktif dengan jumlah kelurahan bisa lebih dari satu. Sedangkan untuk kecamatan tambahan diisi dengan wilayah kecamatan yang menggunakan data puskesmas yang sama dengan wilayah kecamatan yang sedang aktif untuk didata. Dalam satu kecamatan, terdapat satu puskesmas. Namun, seringkali hanya terdapat satu puskesmas di beberapa wilayah kecamatan untuk digunakan bersama-sama. Kemudian pada bagian alamat, pengguna harus mengisi alamat puskesmas secara lengkap dan benar.

The screenshot shows a web form for configuring a health center's work area. The form is titled 'Pengaturan Wilayah Kerja' and has a 'Aktif' status indicator. The main section is 'Data Wilayah Kerja'. A red box highlights the following fields: 'Puskesmas' (KEC. GAMBIR), 'Provinsi' (DKI JAKARTA), 'Kecamatan' (GAMBIR), 'Kecamatan Tambahan', and 'Alamat' (Jl. Tanah Abang 1/10, Kec. Gambir). Other fields include 'Jenis Puskesmas' (non-perawatan), 'Kota / Kabupaten' (KOTA ADM. JAKARTA PUSAT), 'Wilayah Kerja' (DURI PULO, GAMBIR, KEDON KELAPA), and 'Wilayah Kerja Tambahan'. A 'Simpan' button is located at the bottom right.

Gambar 25. Halaman Data Wilayah Kerja

Pada Gambar, terdapat kolom yang bisa diisi oleh pengguna, yaitu :

- Puskesmas (Nama Puskesmas)
- Provinsi
- Kecamatan
- Kecamatan Tambahan (Diperlukan ketika kecamatan menggunakan data puskesmas yang sama dengan kecamatan yang aktif pada data)
- Alamat.

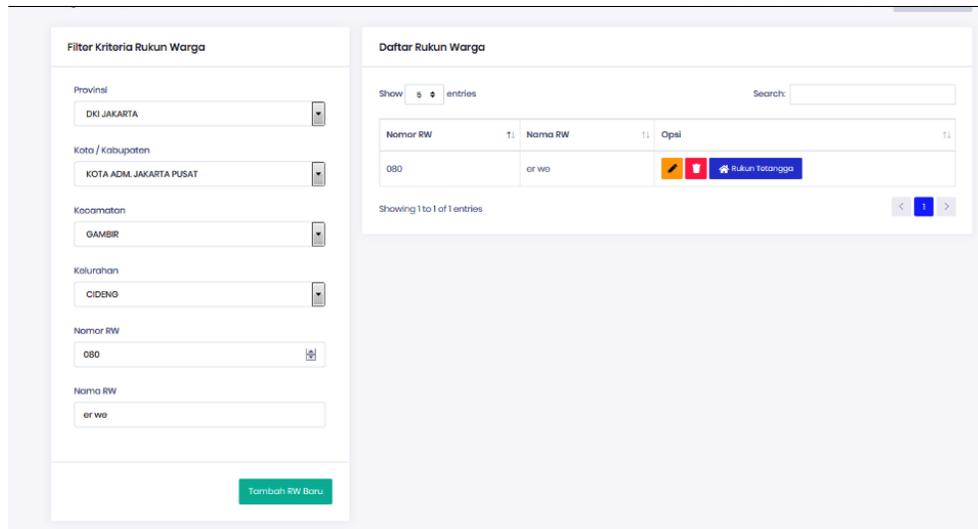
Tahap Rukun Warga

Pada halaman submenu Rukun Warga (RW) terdapat kolom isian untuk menambahkan RW baru di bagian sebelah kiri. pengguna wajib mengisi nama provinsi, kota atau kabupaten, kecamatan, kelurahan dengan menggunakan dropdown yang telah tersedia. Kemudian nomor RW dan nama RW juga harus diisi oleh pengguna. Sementara itu dibagian sebelah kanan, terdapat daftar RW yang sudah ada. Terdapat tiga opsi yang berada pada daftar RW, yaitu edit, hapus dan rukun tetangga.

Gambar 26. Halaman Rukun Warga

Pada Halaman Rukun Warga terdapat form untuk menambahkan RW baru, dengan mengisi :

- Data Rukun Warga
 - Provinsi
 - Kota/Kabupaten
 - Kecamatan
 - Kelurahan
 - Nomor RW dan,
 - Nama RW.
- tombol. Klik tombol Tambah RW Baru untuk menambahkan, maka RW yang sudah ditambahkan akan ditampilkan pada daftar Rukun Warga yang ditunjukkan pada nomor 3 pada gambar 5.17.



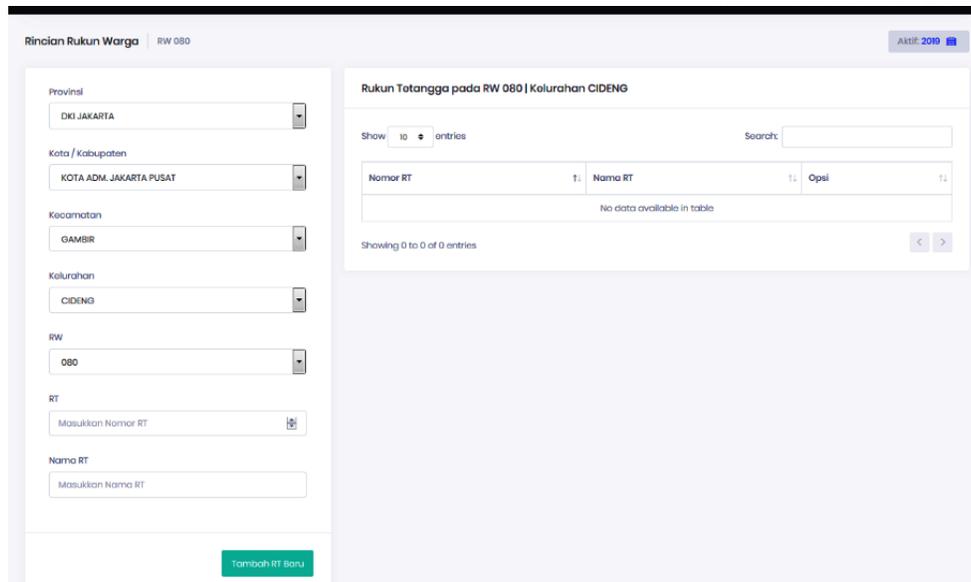
Gambar 27. Data Rukun Warga

Pada gambar 27, terlihat Daftar Rukun Warga sudah terisi dengan data RW, pada kolom Opsi terdapat tombol:

- Edit, untuk mengubah atau mengupdate data Rukun Warga yang lama.
- Delete, untuk menghapus RW yang sudah tidak aktif
- Rukun Tetangga.

Rukun Tetangga

Tahap berikutnya setelah mengisi data pada menu RW adalah dengan mengisi data pada menu Rukun Tetangga (RT). pengguna akan melihat tampilan yang sama seperti pada tampilan menu rukun warga. Pada menu rukun tetangga, bagian yang harus diisi adalah kolom nama provinsi, kota atau kabupaten, kecamatan, kelurahan, RW, RT dan nama RT. Sedangkan pada bagian kanan terdapat daftar RT yang sudah ada dan memiliki dua opsi, yaitu edit dan hapus.

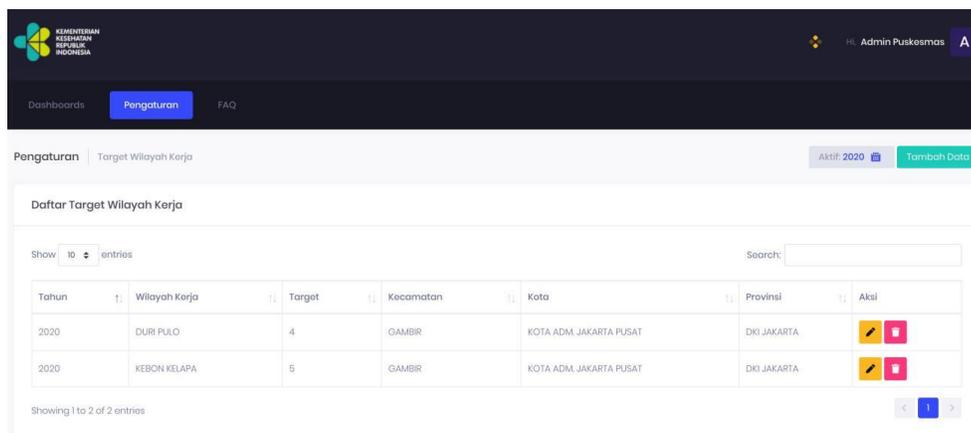


Gambar 28. Data Rukun Tetangga

Untuk menemukan Halaman Rukun Tetangga ini, cek pada gambar 28 pada Daftar Rukun Warga Kolom Opsi.

Target Wilayah

Pada halaman submenu target wilayah, terdapat daftar target wilayah kerja yang sudah tersedia. Terdapat dua aksi pada setiap target wilayah kerja, yaitu edit dan hapus. Sedangkan kolom-kolom yang tersedia pada tabel daftar wilayah kerja adalah tahun, wilayah kerja, target yang berisi jumlah target yang akan dicapai, kecamatan, kota dan provinsi. Untuk menambahkan data target wilayah kerja, dapat menggunakan tombol tambah data yang terdapat pada halaman bagian kanan atas.



Gambar 29. Target Wilayah (KK)

Daftar Target Wilayah Kerja terdiri dari Tahun, Wilayah Kerja, Target, Kecamatan, Kota dan Provinsi. Data bisa ditambah dengan menekan tombol Tambah Data yang berada pada pojok kanan atas gambar 29. Diedit dan juga dihapus pada kolom Aksi.

Tambah Target Wilayah

Tambah target wilayah kerja merupakan salah satu aksi yang terdapat pada submenu target wilayah. Pada halaman ini kolom yang harus diisi adalah kecamatan, wilayah kerja dan target.

Gambar 30. Tambah Target Wilayah

Input yang dilakukan pada halaman ini agar bisa menambah Wilayah kerja adalah dengan mengisi:

- Nama Puskesmas
- Provinsi
- Kecamatan
- Target
- Kemudian Wilayah Kerja ditentukan, setelah input selesai maka langsung Klik tombol Simpan.

Edit Target Wilayah

Edit target wilayah kerja merupakan halaman yang digunakan untuk mengubah kecamatan, wilayah kerja atau jumlah target dari wilayah kerja. Pada kolom isian target yang diubah adalah berupa angka, sedangkan untuk kecamatan dapat diubah berdasarkan kecamatan yang ada pada dropdown begitu juga dengan wilayah kerja.

Pengaturan | Target Wilayah Kerja Aktif: 2019

Edit Target Wilayah Kerja

Puskesmas	Jenis Puskesmas
KEC. GAMBIR	non-perawatan
Provinsi	Kota / Kabupaten
DKI JAKARTA	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT
Kecamatan	Wilayah Kerja
GAMBIR	KEBON KELAPA
Target	Tahun
45	2019

Batal Simpan

Gambar 31. Edit Target Wilayah Kerja

Tahap Target Surveyor

Halaman submenu target surveyor berisi daftar target yang dimiliki oleh akun surveyor. Kolom yang tersedia dalam daftar berupa tahun, nama, jumlah yang ditargetkan, puskesmas, kota dan provinsi. Aksi yang dapat dilakukan pada daftar target surveyor adalah edit dan hapus. Sedangkan untuk menambahkan data target surveyor, dapat menggunakan tombol tambah data yang terdapat pada halaman bagian kanan atas.

Pengaturan | Target Surveyor Aktif: 2019 Tambah Data

Daftar Target Surveyor

Show: 10 entries Search:

Tahun	Ti	Nama	Ti	Target	Ti	Puskesmas	Ti	Kota	Ti	Provinsi	Ti	Aksi
2019		Surveyor		50		KEC. GAMBIR		KOTA ADM. JAKARTA PUSAT		DKI JAKARTA		✎ ✖

Showing 1 to 1 of 1 entries < 1 >

Gambar 32. Halaman Target surveyor

Tambah Target Surveyor

Tambah target surveyor merupakan halaman yang digunakan untuk menambah target surveyor. Bagian yang harus diisi adalah kolom nama surveyor dan target. Untuk kolom target data yang diisi adalah berupa angka.

Pengaturan | Target Surveyor

Aktif: 2019

Input Target Surveyor

Puskesmas: KEC. GAMBIR

Jenis Puskesmas: non-perawatan

Tahun: 2019

Provinsi: DKI JAKARTA

Nama Surveyor: -- Pilih Surveyor --

Kota / Kabupaten: KOTA ADM. JAKARTA PUSAT

Kecamatan: GAMBIR

Target: []

Batal Simpan

Gambar 33. Halaman Tambah Target surveyor

Edit Target Surveyor

Edit target surveyor merupakan halaman yang digunakan untuk mengubah data dari target surveyor. Bagian yang diubah adalah nama surveyor dan jumlah target. Nama surveyor dapat di ubah berdasarkan nama surveyor yang bertanggung jawab.

Pengaturan | Target Surveyor

Aktif: 2019

Edit Target Surveyor

Puskesmas: KEC. GAMBIR

Jenis Puskesmas: non-perawatan

Tahun: 2019

Provinsi: DKI JAKARTA

Nama Surveyor: Surveyor

Kota / Kabupaten: KOTA ADM. JAKARTA PUSAT

Kecamatan: GAMBIR

Target: 50

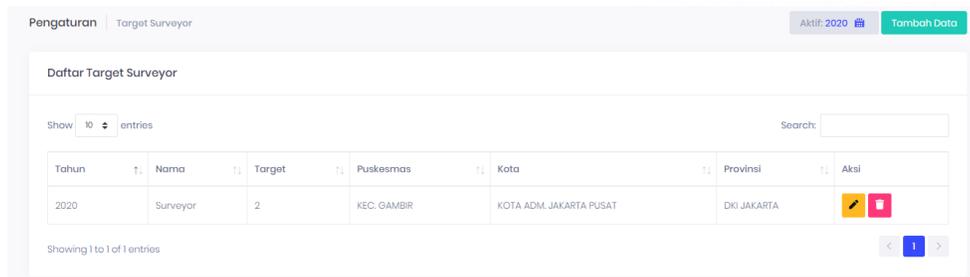
Batal Simpan

Gambar 34. Halaman Edit Target surveyor

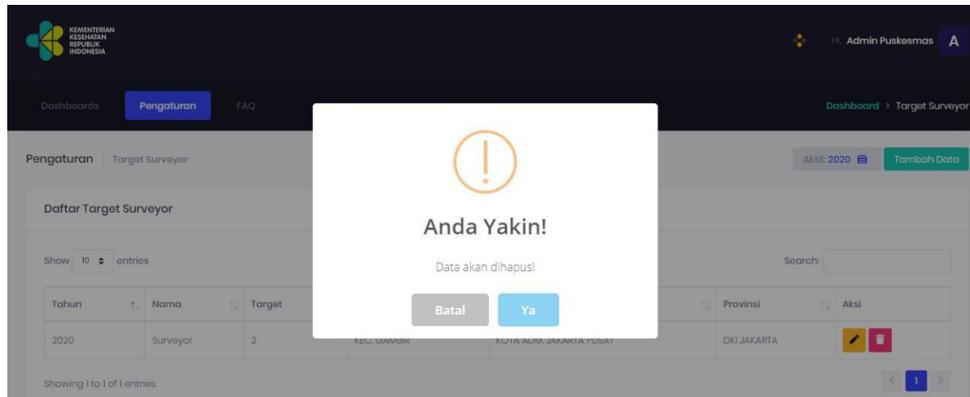
Hapus Target Surveyor

Hapus merupakan salah satu aksi yang digunakan untuk menghapus data target surveyor yang ada didalam daftar. Sebelum menghapus data akan muncul pemberitahuan untuk memastikan apakah yakin bahwa data akan benar-benar dihapus. Cara menghapus data Target Surveyor:

- Masuk ke halaman Target Surveyor.
- Pilih gambar Hapus
- Selanjutnya muncul gambar seperti dibawah dengan pilih YA.



Gambar 35. Halaman Target surveyor



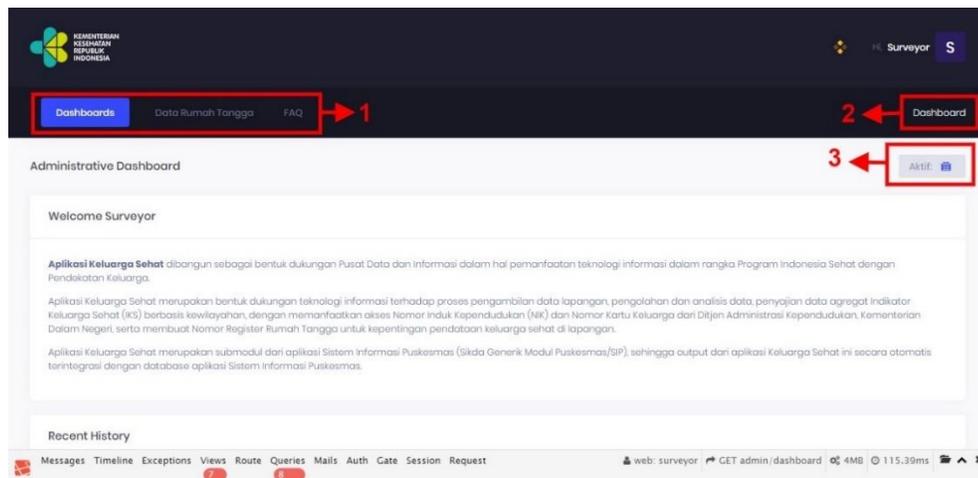
Gambar 36. Konfirmasi Penghapusan Target Surveyor

Surveyor dan Supervisor

Akun surveyor merupakan akun yang digunakan untuk memasukkan data survei yang telah dilaksanakan dan melakukan monitoring data survei. Surveyor memiliki hak akses berupa :

- Mengubah akun dan password akun surveyor
- Menambah data rumah tangga
- Melakukan intervensi atau edit data rumah tangga
- Menghapus data rumah tangga
- Mengisi survey, dan
- Melihat hasil dari proses nilai IKS
- Edit profil surveyor

Menu yang terdapat pada akun surveyor adalah menu dashboard dan menu data rumah tangga. Menu dashboard merupakan halaman yang tampil ketika pertama kali pengguna berhasil masuk ke dalam akun surveyor. Sedangkan menu data rumah tangga adalah halaman yang berisi daftar data rumah tangga yang telah diisi. Pada bagian kanan atas halaman juga terdapat tahun aktif yang menandakan bahwa data yang tersedia sesuai dengan tahun yang aktif.



Gambar 37. Halaman Dashboard Akun Surveyor

Pada halaman dashboard seperti pada Gambar 6.1, terdiri dari:

- Menu dashboard, terdiri dari Dashboard, Data Rumah Tangga, FAQ
- Side map, posisi halaman yang sedang di akses saat ini.
- Tahun aktif, menjaga aplikasi dan membatasi untuk menginput data di tahun aktif.

Tahap Awal Akun

Tahap yang dilakukan pertama kali untuk masuk ke dalam akun surveyor adalah pengguna harus melakukan masuk terlebih dahulu dengan username dan password yang telah ditetapkan untuk akun tersebut.



Gambar 38. Halaman masuk surveyor

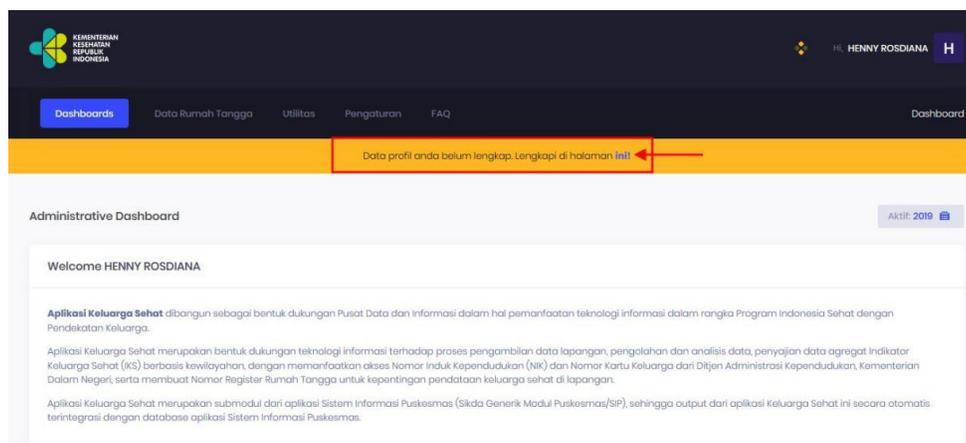
Pada halaman masuk surveyor seperti pada Gambar 38, terdiri dari:

- Text box untuk input username, masukan username akun anda.

- Text box untuk input password, masukan password akun anda.
- Tombol sign in, setelah memasukan username dan password akun anda tekan tombol sign in tersebut.

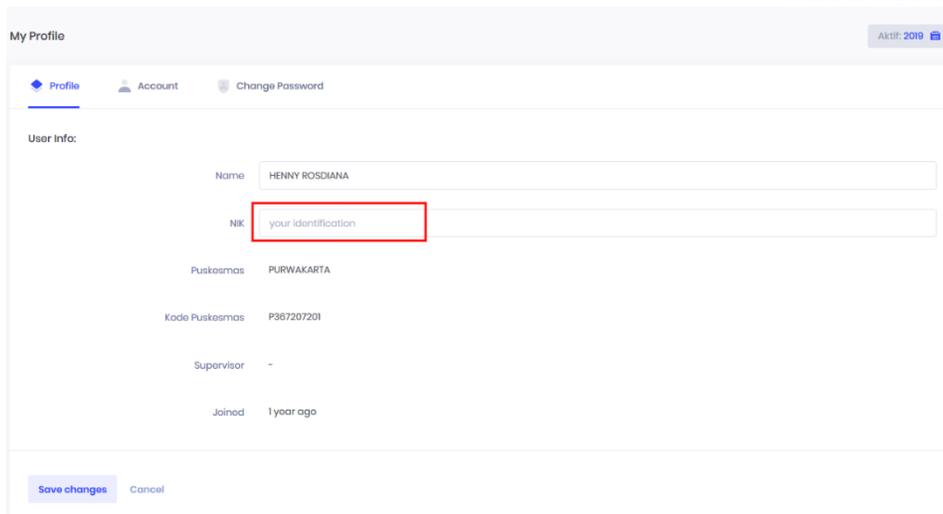
Dashboard

Ketika surveyor log in ke aplikasi namun masih ada data yang belum lengkap, maka aplikasi kasih akan memberikan pemberitahuan bahwa data profil surveyor pada aplikasi tersebut belum lengkap. Untuk melengkapi data, surveyor dapat mengikuti arahan yang diberikan oleh aplikasi yaitu dengan cara menekan tulisan yang berwarna biru pada pemberitahuan berwarna kuning.



Gambar 39. Dashboard surveyor

Setelah itu akan tampil halaman yang berisi menu profile, account, dan change password. Surveyor harus mengisi data pada kolom yang masih kosong, data tersebut harus lengkap dan valid. Setelah mengisi semua kolom yang berada pada menu my profile, ketika kembali ke menu dashboard maka pemberitahuan berwarna kuning tidak akan muncul lagi.

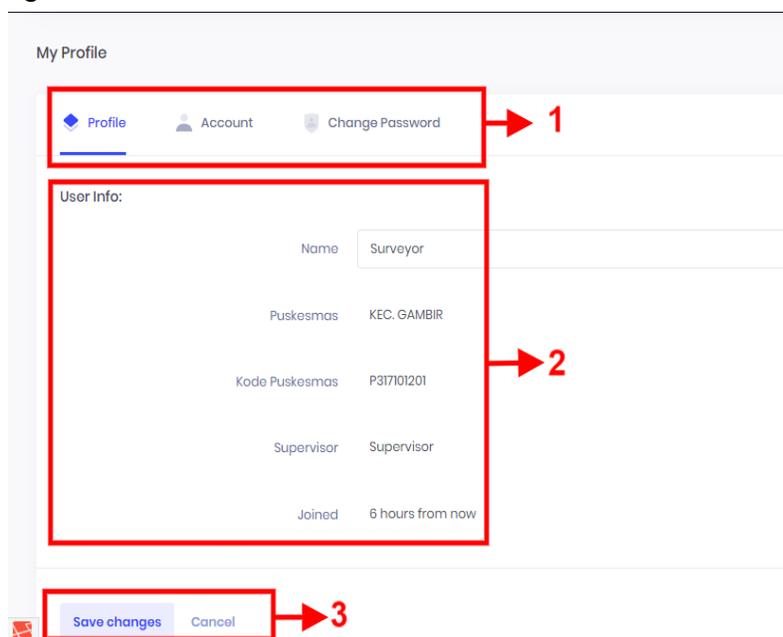


User Info:	
Name	HENNY ROSDIANA
NIK	your identification
Puskesmas	PURWAKARTA
Kode Puskesmas	P367207201
Supervisor	-
Joined	1 year ago

Gambar 40. My Profile surveyor

Profil Surveyor

Pada bagian kanan atas halaman terdapat nama akun yang sedang aktif masuk, jika akun surveyor maka akan tampil “ Hi, Surveyor ”. Bagian tersebut merupakan profil dari akun surveyor yang dapat digunakan untuk melihat data dari akun surveyor yang aktif, username, email serta untuk mengubah password dari akun surveyor tanpa harus mengubah dari akun admin.



User Info:	
Name	Surveyor
Puskesmas	KEC. GAMBIR
Kode Puskesmas	P317101201
Supervisor	Supervisor
Joined	6 hours from now

Gambar 41. Profil Surveyor

Pada halaman My Profil seperti pada Gambar 41, terdiri dari:

- Menu profil, terdiri dari Profil, Account, Change Password pada

kolom data ini di input untuk mengubah informasi pengguna.

- Pengguna info, untuk mengubah nama profil, Alamat Pukesmas, Kode Pukesmas, Supervisor, Joined
- Tombol, sebagai verifikasi perubahan data atau batal mengubah data apabila ada perubahan maka tekan save changes.

Account Surveyor

My Profile

Profile Account Change Password

Account:

Username surveyor

Email Address @ surveyor@user.com

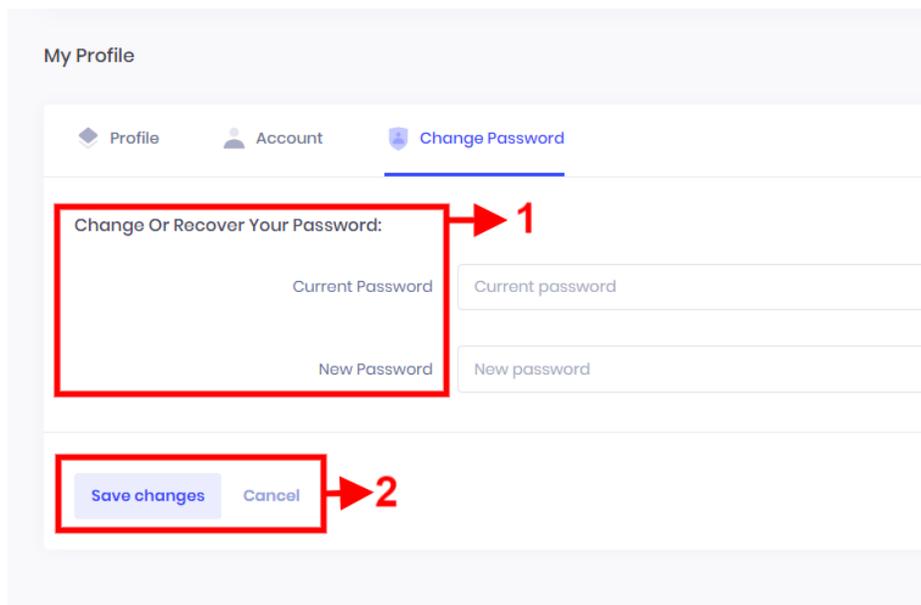
Save changes Cancel

Gambar 42. Account Surveyor

Pada halaman Account, terdiri dari:

- Menu Account, terdiri dari Username dan Email Address pada kolom ini yang di gunakan untuk mengubah akun.
- tombol, sebagai verifikasi perubahan data atau batal merubah data apabila ada perubahan maka tekan save changes.

Change Password Surveyor



Gambar 43. Change Password Surveyor

Pada halaman Change Password, terdiri dari:

- Change Or Recover Your Password, untuk merubah password silahkan masuka pasword lama pada kolom Curent Password dan masukan password yang baru pada kolom New Password.
- tombol, sebagai verifikasi perubahan data atau batal merubah data apabila ada perubahan maka tekan save changes.

Pendataan

Setelah pengguna berhasil masuk kedalam akun surveyor dan memilih menu data rumah tangga, maka akan tampil halaman seperti pada gambar 44 :

List Data Rumah Tangga

Show: 10 entries Search:

No	No. Urut Bangunan/Rumah	No. Urut Keluarga	Tanggal Survei	Kepala Keluarga	Kota	Kecamatan	Kelurahan	RT	RW	BKS Inti	BKS Besar	Aksi
1	005	03	18 / 09 / 2019	Robin H	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBIR	GAMBIR	1	1	Inkomplek	Inkomplek	 
2	001	01	17 / 09 / 2019	DEDE SOPANDI	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBIR	GAMBIR	1	1	1.000	1.000	 
3	001	02	17 / 09 / 2019	aang	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBIR	GAMBIR	2	1	0.800	0.800	 

Showing 1 to 3 of 3 entries

Gambar 44. Halaman menu data rumah tangga

Pada halaman List Data Rumah Tangga, terdapat sebuah kolom yang di dalamnya terdapat field No, No Urut Bangunan/Rumah, No Urut Keluarga, Tanggal Survei, Kepala Keluarga, Kota, Kecamatan, RT, RW, IKS Inti, IKS Besar, dan Aksi seperti pada Tabel 6.1. Agar di dapat data yang lengkap pada rumah tangga di suatu daerah.

Tabel 2. Keterangan Field pada Halaman Data Rumah Tangga

Nama Kolom	Keterangan
ID	Berisi nomor-nomor ID untuk data rumah tangga yang sudah dimasukkan.
No. Urut Bangunan/ Rumah	Berisi nomor urut bangunan atau rumah yang didatangi dari nomorurut pertama hingga terakhir ketika survey.
No. Urut Keluarga	Berisi nomor urut keluarga atau nomor urut rumah tangga berdasarkan urutan rumah tangga yang ada dalam satu wilayah RT. Jika dalam satu rumah terdapat beberapa keluarga inti, maka diberikan nomer urut untuk setiap keluarga inti tersebut.
Tanggal Survei	Berisi tanggal pelaksanaan survei
Kepala keluarga	<p>Berisi nama kepala keluarga yang berada pada setiap keluarga inti.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika terdapat suami, maka status kepala keluarga adalah laki-laki yang berstatus suami tersebut. • Jika dalam keluarga tidak memiliki suami karena cerai (hidup atau mati) maka status kepala keluarga adalah perempuan yang berstatus janda. • Jika dalam keluarga memiliki beberapa istri, maka kepala keluarga untuk istri pertama adalah laki- laki, yaitu suami. Namun untuk istri kedua dan seterusnya status kepala keluarga adalah pada istri.

Kota	Berisi nama kota atau kabupaten dari keluarga yang dilakukan survei.
Kecamatan	Berisi nama kecamatan dari keluarga yang dilakukan survei Kelurahan Berisi nama kelurahan dari keluarga yang dilakukan survei.
RT	Berisi nomor RT dari keluarga yang dilakukan survei. Namun dibeberapa wilayah masih ada yang tidak memiliki RT RW Berisi nomor RW dari keluarga yang dilakukan survei.
IKS Inti	Berisi nilai IKS yang telah dihitung berdasarkan perhitungan untuk setiap keluarga
IKS Besar	Berisi nilai IKS yang telah dihitung pada setiap wilayah berdasarkan perhitungan gabungan dari nilai IKS setiap keluarga.
Aksi	Berisi tombol untuk edit, intervensi dan hapus. Tombol edit digunakan untuk mengedit data dan akan mengarah pada step 5, yaitu pada bagian data individu. Tombol intervensi digunakan untuk melakukan intervensi yang mengarah pada step 2, yaitu pada bagian data keterangan keluarga.

List Data Rumah Tangga

Show 10 entries Search:

No	No. Urut Bangunan/Rumah	No. Urut Keluarga	Tanggal Survei	Kepala Keluarga	Kota	Kecamatan	Kelurahan	RT	RW	IKS Inti	IKS Besar	Aksi
1	005	03	19 / 09 / 2019	Rabin H	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBIR	GAMBIR	1	1	Incomplete	Incomplete	1
2	001	01	17 / 09 / 2019	DEDE SOPANDI	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBIR	GAMBIR	1	1	1.000	1.000	2
3	001	02	17 / 09 / 2019	aang	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBIR	GAMBIR	2	1	0.800	0.800	3

Showing 1 to 3 of 3 entries

Gambar 45. Tombol Aksi Data Rumah Tangga

Pada Gambar 45 ini terdapat tiga opsi yaitu opsi:

- Edit, melakukan update atau perubahan pada data, contoh seperti pada Gambar 45. Halaman ini adalah tampilan dari edit pada data rumah tangga secara individu pada kolom aksi terdapat opsi isi survei di sinilah akan muncul tabel untuk mengupdate data dari masing-masing individu.
- Intervensi, untuk memberikan informasi terkait intervensi serta pencatatan pelaksanaan intervensi.

1 Pengenalan Tempat 2 Keterangan Keluarga 3 Pengumpulan Data 4 Anggota RT 5 Individu

Form Data Rumah Tangga

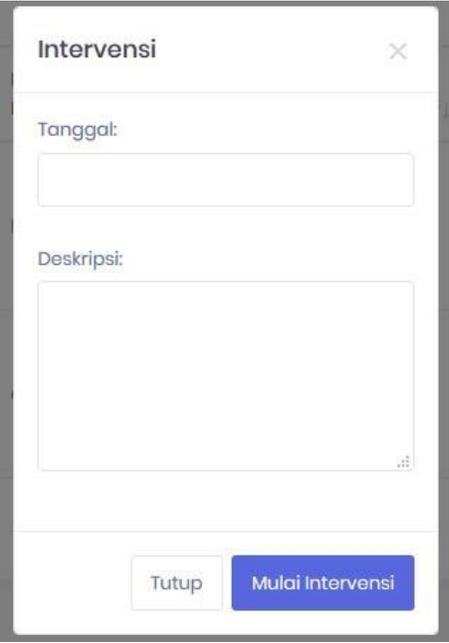
Show 10 entries Search:

No	Nama	Hubungan RT	Tgl Lahir	Jenis Kelamin	Status Perkawinan	Agama	Status	Aksi
1	DEDE SOPANDI	Kepala Keluarga	9 April 1981	laki-laki	kawin	Islam	Completed	Isi Survei
2	yuliani	Istri	4 October 1989	perempuan	kawin	Islam	Completed	Isi Survei

Showing 1 to 2 of 2 entries

Kembali Proses Nilai IKS

Gambar 46. Halaman edit pada rumah tangga



The image shows a mobile application interface for an intervention form. The form is titled 'Intervensi' and has a close button in the top right corner. It contains two input fields: 'Tanggal:' (Date) and 'Deskripsi:' (Description). At the bottom, there are two buttons: 'Tutup' (Close) and 'Mulai Intervensi' (Start Intervention).

Gambar 47. Halaman Awal intervensi pada rumah tangga

Intervensi untuk memberikan masukan atau catatan terkait data, layaknya memo di sini kita dapat menginput tanggal dan deskripsinya. Hapus, untuk menghapus data yang telah tersimpan, apabila ada kesalahan data atau tidak aktif. Terdapat 5 tahapan dalam proses tambah data rumah tangga, yaitu :

- Tahap 1 - Pengenalan Tempat
- Tahap 2 - Keterangan Keluarga
- Tahap 3 - Pengumpulan Data
- Tahap 4 - Anggota Rumah Tangga
- Tahap 5 - Individu

Tahap 1 - Pengenalan Tempat

Tahap pertama pada bagian tambah data rumah tangga adalah pengenalan tempat. Pada halaman ini terdapat beberapa kolom yang harus diisi, seperti pada

The screenshot shows a web application interface for adding household data. The title is 'Tambah Data Rumah Tangga' and the current step is 'Pengenalan Tempat'. The interface includes a navigation bar with 'Data Rumah Tangga' highlighted. Below the navigation bar, there are five steps: 1. Pengenalan Tempat (active), 2. Keterangan Keluarga, 3. Pengumpulan Data, 4. Anggota RT, and 5. Individu. The main form area is titled 'List Data Rumah Tangga' and contains the following fields:

- 1. Provinsi: DKI JAKARTA
- 2. Kota / Kab: KOTA ADM. JAKARTA PUSAT
- 3. Kecamatan: GAMBIR
- 4. Puskesmas / Kode Puskesmas: KEC. GAMBIR / P317010201
- 5. Tanggal Pengumpulan Data / Survey: Masukkan tanggal
- 6. Kelurahan: -- Pilih Kelurahan --
- 7. RW: Pilih RW
- 8. RT: Pilih RT
- 9. No. Urut Bangunan/Rumah: [Empty field]
- 10. No. Urut Keluarga: [Empty field]
- 11. Alamat Rumah: [Large empty text area]

A 'Selanjutnya' button is located at the bottom right of the form.

Gambar 48. Tahap 1 Pengenalan Tempat

Pada Gambar 48 merupakan Tahap 1 Pengenalan Tempat yang terdiri dari Provinsi, Kota/Kab, Kecamatan, Puskesmas/Kode Puskesmas tanggal pengumpulan data/survey, kelurahan, RW, RT, nomor urut bangunan rumah, nomor urut keluarga dan alamat rumah. Dimana Provinsi, Kota/Kab, Kecamatan, Puskesmas/Kode Puskesmas merupakan kolom yang sudah otomatis terisi data sesuai dengan wilayah kerja yang aktif.

Tambah Data Rumah Tangga | Pengenalan Tempat | Aktif: 2019

1 Pengenalan Tempat | 2 Keterangan Keluarga | 3 Pengumpulan Data | 4 Anggota RT | 5 Individu

List Data Rumah Tangga

1. Provinsi
DKI JAKARTA

Tanggal Pengumpulan Data / Survey
Masukkan tanggal

2. Kota / Kab
KOTA ADM. JAKARTA PUSAT

5. Kelurahan
-- Pilih Kelurahan --

3. Kecamatan
GAMBIR

6. RW
Pilih RW

RT

4. Puskesmas / Kode Puskesmas
KEC. GAMBIR / P317101201

7. No. Urut Bangunan/Rumah

No. Urut Keluarga

8. Alamat Rumah

Selanjutnya

Gambar 49. Detail Pengenalan Tempat

Sedangkan pada Gambar 6.13 pengguna wajib mengisi pada kolom tanggal pengumpulan data/survey, kelurahan, RW, RT, nomor urut bangunan rumah, nomor urut keluarga dan alamat rumah .

Jika terdapat data yang sama dengan data yang sudah ada pada database terutama pada bagian nomor urut bangunan rumah dan nomor urut keluarga, maka akan muncul pemberitahuan seperti pada Gambar 50.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Hi, Surveyor S

Dashboards **Data Rumah Tangga** FAQ Dashboard > Data Rumah Tangga > Step 1

⚠️ • No. Urut Keluarga 12 Telah Ada

Tambah Data Rumah Tangga | Pengenalan Tempat Aktif: 2019

1 **Pengenalan Tempat** 2 Keterangan Keluarga 3 Pengumpulan Data 4 Anggota RT 5 Individu

List Data Rumah Tangga

1. Provinsi: DKI JAKARTA Tanggal Pengumpulan Data / Survey: 18/09/2019

2. Kota / Kab: KOTA ADM. JAKARTA PUSAT 5. Kelurahan: GAMBIR

3. Kecamatan: GAMBIR 6. RW: 001 RT: 001

4. Puskesmas / Kode Puskesmas: KEC. GAMBIR / P31701201 7. No. Urut Bangunan/Rumah: III No. Urut Keluarga: 12

Gambar 50. Warning Data Duplikasi

Tahap 2 - Keterangan Keluarga

Tahap kedua pada bagian tambah data rumah tangga setelah pengenalan tempat adalah mengisi data untuk keterangan keluarga.

1 Pengenalan Tempat 2 Keterangan Keluarga 3 Pengumpulan Data 4 Anggota RT 5 Individu

Form Pengenalan Tempat

1. Nama KK

2. Jumlah ART

2b. Jumlah ART diwawancara

2c. Jumlah ART dewasa (>15 tahun)

2d. Jumlah ART usia 10-54 tahun

2e. Jumlah ART usia 12-59 bulan

2f. Jumlah ART usia 0-11 bulan

3. Apakah tersedia sarana air bersih di lingkungan rumah?

Ya

Tidak

5. Apakah tersedia jamban keluarga?

Ya

Tidak

7. Apakah ada ART yang pernah didiagnosis menderita gangguan jiwa berat (Schizophrenia)?

Ya

Tidak

9. Apakah ada ART yang dipasang?

Ya

Tidak

Keterangan

Selanjutnya

2019 © Kementerian Kesehatan ACEH

Gambar 51. Tahap 2 Keterangan Keluarga

Pada Gambar 51 Terdapat kolom yang wajib diisi pada bagian keterangan keluarga yang sudah diberi tanda kotak berwarna merah yaitu nama kepala keluarga dan jumlah anggota rumah tangga (ART). Kolom jumlah ART diisi dengan jumlah anggota rumah tangga yang ada dalam satu keluarga inti. Kemudian untuk kolom jumlah ART yang diwawancara diisi dengan jumlah anggota rumah tangga yang diwawancara oleh tim survey. Jumlah ART dewasa (usia >15 tahun), ART usia 10-54 tahun, ART usia 12-59 bulan, ART usia 0-11 bulan diisi sesuai dengan usia anggota rumah tangga yang ada dalam satu keluarga. Jika terdapat anggota rumah tangga yang usianya tidak ada pada salah satu kolom tersebut, maka tidak perlu diisi.

Pada bagian bawah kolom yang harus diisi, terdapat beberapa pertanyaan yang wajib dijawab oleh keluarga yang sedang di survey.

Tabel 3. Tabel Pertanyaan Keluarga

No	Pertanyaan	Keterangan Jawaban
1	Apakah tersedia sarana air bersih di lingkungan rumah? Bila ya, apa jenis sumber airnya terlindung? (PDAM, sumur pompa, sumur gali terlindung, mata air terlindung)	Pilihan ya atau tidak
2	Apakah tersedia jamban keluarga?	Pilihan ya atau tidak
3	Bila ya, apakah jenis jambannya saniter? (kloset/leher angsa/plengsengan) Apakah ada ART yang pernah di diagnosis menderita gangguan jiwa berat (Schizophrenia)?	Pilihan ya atau tidak
4	Bila ya, apakah selama ini ART tersebut meminum obat gangguan jiwa berat secara teratur?	Pilihan ya atau tidak

Pada daftar pertanyaan terdiri dari 3 pertanyaan, dimana terdapat 2 pilihan yaitu 'Ya' atau 'Tidak', apabila menjawab Ya maka akan timbul pertanyaan selanjutnya seperti yang ada pada gambar 52

The screenshot shows a survey form with the following questions and options:

- 3. Apakah tersedia sarana air bersih di lingkungan rumah?
 Ya
 Tidak
- 4. Bila ya, apa jenis sumber airnya terlindung? (PDAM, sumur pompa, sumur gali terlindung, mata air terlindung)
 Ya
 Tidak
- 5. Apakah tersedia jamban keluarga?
 Ya
 Tidak
- 6. Bila ya, apakah jenis jambannya saniter? (kloset/leher angsa/plongsangan)
 Ya
 Tidak (Cemplung)
- 7. Apakah ada ART yang pernah didiagnosis menderita gangguan jiwa berat (Schizophrenia)?
 Ya
 Tidak
- 8. Bila ya, apakah selama ini ART tersebut meminum obat gangguan jiwa berat secara teratur?
 Ya
 Tidak

Below the questions is a text area labeled 'Keterangan' and a 'Selanjutnya' button.

Gambar 52. Contoh Keterangan Keluarga

Tahap 3 - Pengumpulan Data

Setelah tahap pertama dan kedua telah diisi dengan benar, maka pengguna akan masuk kedalam tahap ketiga yaitu tahap pengumpulan data .

The screenshot shows the 'Tahap 3 Pengumpulan Data' interface. It features a progress bar with five steps: 1. Pengenalan Tempat, 2. Keterangan Keluarga, 3. Pengumpulan Data (highlighted), 4. Anggota RT, and 5. Individu. Below the progress bar is a 'Form Pengenalan Tempat' with two input fields:

- 1. Nama Pengumpul Data: Surveyor
- 2. Nama Supervisor: Supervisor

A 'Selanjutnya' button is located at the bottom right of the form.

Gambar 53. Tahap 3 Pengumpulan Data

Pada Gambar 53 merupakan tahap ketiga pengumpulan data terdiri dari dua kolom yang harus diisi dimana terdiri dari surveyor dan supervisor . Kolom yang harus diisi adalah kolom nama pengumpul data artinya surveyor dan nama supervisor yaitu yang bertugas ketika survey.

Tahap 4 - Anggota Rumah Tangga

Masuk kedalam tahap keempat, pengguna akan diminta untuk mengisi data dari masing- masing anggota rumah tangga yang ada didalam satu keluarga. Jika pada tahap kedua jumlah anggota rumah tangga atau ART yang diisi adalah empat, maka data anggota rumah tangga yang harus diisi pada tahap keempat ini juga empat (seperti pada Gambar 54).

Gambar 54. Tahap 4 Anggota Rumah Tangga

Jika data yang diisi belum sesuai dengan jumlah data yang harus di isi maka pada form data akan memberitahukan kepada pengguna bahwa data yang diisi masih ada yang belum diisi, maka pengguna diharuskan mengisi data sesuai dengan jumlah ART yang harus diisi seperti ditunjukkan pada Gambar 55.

Gambar 55. jumlah ART

Pada tahap keempat kolom yang harus diisi adalah nama ART, hubungan ART, tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan untuk ART usia > 5 tahun, pekerjaan untuk ART usia ≥ 10 tahun dan keterangan jika ada catatan intervensi.

Untuk kolom NIK atau Nomor Induk Keluarga akan otomatis terisi jika tanggal lahir dan jenis kelamin telah diisi. Jika sudah mengisi tanggal lahir dan jenis kelamin namun NIK belum terisi, dapat menekan tombol Cari NIK (seperti pada Gambar 6.20), kemudian tekan tombol Buat NIK maka akan secara otomatis NIK tersebut dibuat sesuai dengan tanggal lahir yang sudah di input.

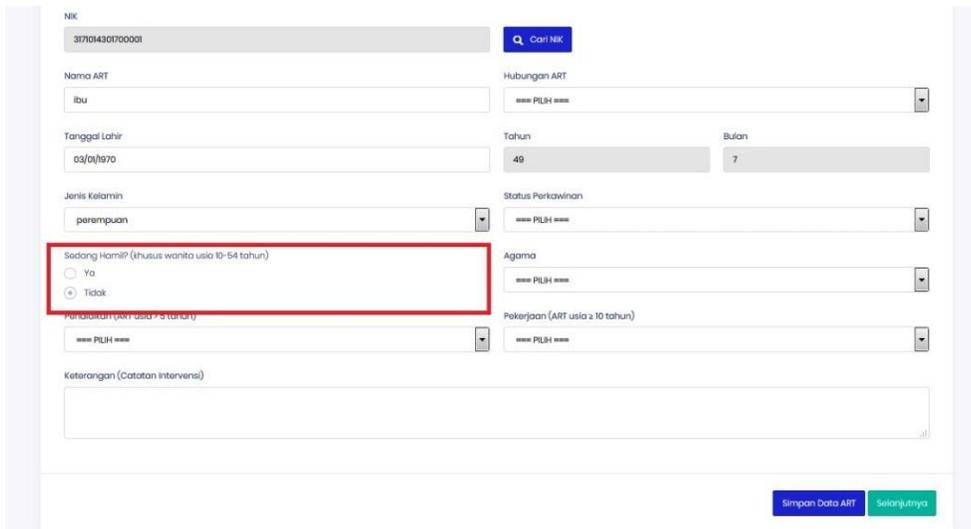
Gambar 56. Cari NIK

Namun jika tanggal lahir dan jenis kelamin belum diisi atau hanya salah satu saja yang terisi, NIK tetap tidak akan terisi secara otomatis tetapi pengguna dapat mencari NIK nya dengan menambahkan NIK pengguna pada NIK kemudian menekan tombol cari NIK maka setelah itu akan muncul data sesuai dengan NIK yang sudah di inputkan, jika data tersebut sesuai maka dapat menggunakan data tersebut (seperti pada Gambar 6.21).

Gambar 57. NIK Valid

Kemudian jika data yang diisi pada tahap keempat ini adalah berjenis kelamin perempuan, maka akan terdapat pertanyaan apakah sedang

hamil (khusus wanita usia 10-54 tahun)? seperti terlihat pada Gambar dengan pilihan jawaban ya atau tidak.



Gambar 58. Verifikasi Status Hamil^{6.22}

Jika data pada kolom di tahap keempat ini terisi semua, maka pilih tombol simpan data ART untuk menyimpan data tersebut dan memasukkannya ke dalam data base. Data yang telah diisi secara lengkap akan muncul pada tabel yang berada di bagian bawah halaman tahap keempat seperti pada Gambar 6.23. Sedangkan jumlah data yang diisi akan muncul pada kotak pemberitahuan meskipun hanya satu data yang telah diisi. Ketika data yang dimasukkan pengguna tidak terdapat data kepala keluarga maka akan muncul pemberitahuan bahwa data yang di isi pengguna belum terdapat data kepala keluarga (seperti pada Gambar 6.24).

Daftar Anggota Rumah Tangga

Show 10 entries Search:

No. Urut	Nama	Hubungan Lahir	Tgl Lahir	Jenis Kelamin	Status Perkawinan	Agama	Aksi
1	bapak	Kepala Keluarga	15 April 1963	laki-laki	kawin	Islam	 
2	ibu	Istri	3 January 1970	perempuan	kawin	Islam	 
3	kakak	Anak	20 July 1992	perempuan	belum kawin	Islam	 
4	adik	Anak	6 July 1999	laki-laki	belum kawin	Islam	 

Showing 1 to 4 of 4 entries

Gambar 59. Daftar ART



Belum ada Kepala Keluarga di dalam anggota keluarga ini,

Gambar 60. Konfirmasi kepala keluarga

Tahap 5 - Individu

Pada bagian tahap kelima seperti pada Gambar 6.25, yaitu individu, terdapat tabel daftar nama anggota rumah tangga yang telah dilengkapi sebelumnya pada tahap keempat. Kemudian terdapat tombol isi survei disetiap baris anggota rumah tangga yang wajib diisi oleh setiap anggota. Anggota rumah tangga yang belum mengisi survei, hasil statusnya adalah incomplete. Sedangkan bagi anggota rumah tangga yang telah mengisi survei, hasil status akan berubah menjadi complete. Survei yang telah diisi oleh semua anggota keluarga dapat dilakukan proses perhitungan untuk nilai IKS.

Tambah Data Rumah Tangga | Individu | Aktif: 2018

1 Pengenalan Tempat 2 Keterangan Keluarga 3 Pengumpulan Data 4 Anggota RT 5 Individu

Form Data Rumah Tangga

Show 10 entries Search:

No	Tl	Nama	Tl	Hubungan RT	Tl	Tgl Lahir	Tl	Jenis Kelamin	Tl	Status Perkawinan	Tl	Agama	Tl	Status	Tl	Aksi	Tl
1		bapak		Kepala Keluarga		15 April 1963		laki-laki		kawin		Islam		Incomplete		Isi Survei	
2		ibu		Istri		3 January 1970		perempuan		kawin		Islam		Incomplete		Isi Survei	
3		kakak		Anak		20 July 1992		perempuan		belum kawin		Islam		Incomplete		Isi Survei	
4		adik		Anak		6 July 1999		laki-laki		belum kawin		Islam		Incomplete		Isi Survei	

Showing 1 to 4 of 4 entries

Kembali Proses Nilai IKS

Gambar 61. Tahap 5 Survei Individu

Ketika data yang dimasukkan pengguna tidak terdapat data kepala keluarga maka akan muncul pemberitahuan bahwa data yang di isi pengguna belum terdapat data kepala keluarga. Maka pengguna harus mengisi data kepala keluarga tersebut agar dapat melakukan proses penilaian IKS. pengguna dapat kembali ke menu Anggota RT untuk memasukkan data keluarga, pengguna harus mengisi survei agar nilai IKS tersebut terisi kemudian pengguna dapat menekan

tombol nilai IKS maka secara otomatis nilai IKS akan terisi sesuai dengan survei yang telah di isi. Setelah survei sudah terisi maka status akan berubah completed (seperti pada Gambar 61.a).

Lahir Jenis Kelamin Status Perkawin



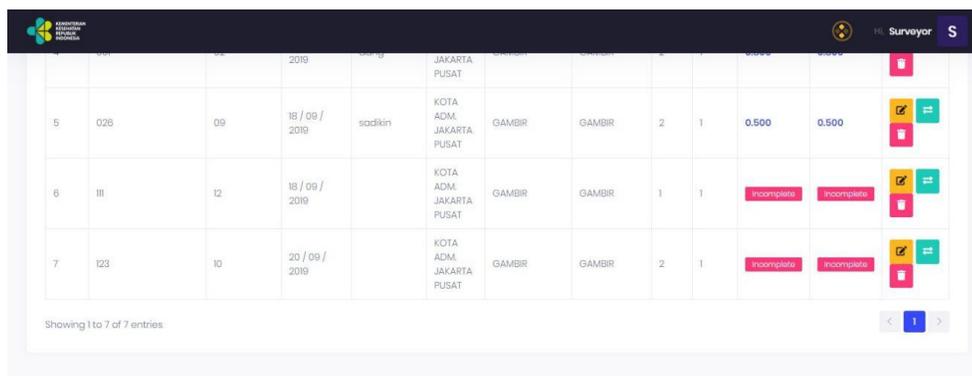
Oops!

Data survei belum diisi

Gambar 61.a : survey belum terisi

Status	Aksi
Completed	Isi Survei
Incomplete	Isi Survei
Incomplete	Isi Survei

Gambar 62. Status Survey



ID	Nama	Tgl	Tempat	IKS	Status							
5	026	09	18 / 09 / 2019	sodikin	KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBR	GAMBR	2	1	0.500	0.500	[Edit] [Delete]
6	III	12	18 / 09 / 2019		KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBR	GAMBR	1	1	Incomplete	Incomplete	[Edit] [Delete]
7	123	10	20 / 09 / 2019		KOTA ADM. JAKARTA PUSAT	GAMBR	GAMBR	2	1	Incomplete	Incomplete	[Edit] [Delete]

Showing 1 to 7 of 7 entries

Gambar 63. Nilai IKS

Pengisian Survei

Anggota rumah tangga yang telah mengisi data dengan lengkap dapat mengisi survei mengenai keadaan dirinya sendiri tentang gangguan kesehatan yang mungkin dimiliki. Jawaban hanya memiliki terdiri dari dua jenis, yaitu jawaban ya dan jawaban tidak.

Pada bagian Keterangan individu terdapat informasi identitas Anggota Rumah tangga (ART) yang terdiri dari Nama Anggota Rumah Tangga, NIK, Tanggal Puldat, dan Usia ART.

Keterangan Individu

A. Identitas Anggota Rumah Tangga (ART)

Nama Anggota Rumah Tangga / No. Urut

bapak

NIK

317101504830001

NIK bukan berasal dari DUKCAPIL

Tanggal Puldat

22 August 2019

Usia ART

58 Tahun, 4 Bulan

B. Gangguan Kesehatan

1. Apakah saudara mempunyai kartu jaminan kesehatan atau JKN?

Ya

Tidak

2. Apakah saudara merokok?

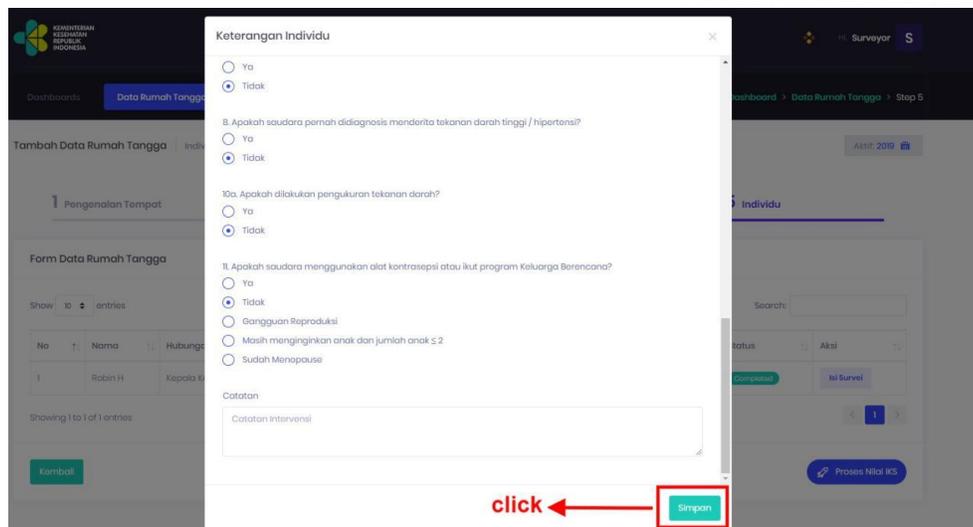
Ya (setiap hari, sering / kadang-kadang)

Tidak (tidak / sudah berhenti)

Simpan

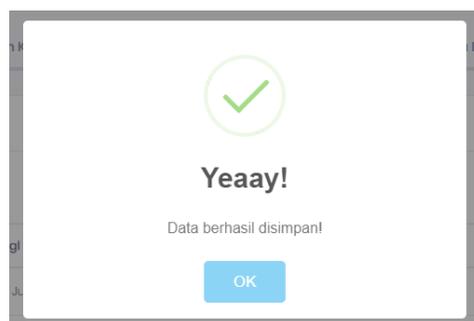
Gambar 64. Survei Individu

Untuk pertanyaan mengenai penggunaan alat kontrasepsi atau program keluarga berencana akan ditanyakan kepada kepala rumah tangga. Sedangkan untuk anggota rumah tangga yang berstatus istri atau anak, tidak akan ditanyakan mengenai pertanyaan tersebut. Apabila terjadi tampilan seperti pada Gambar ini maka ada jumlah anggota keluarga yang tidak sesuai



Gambar 65. Penyimpanan Survei

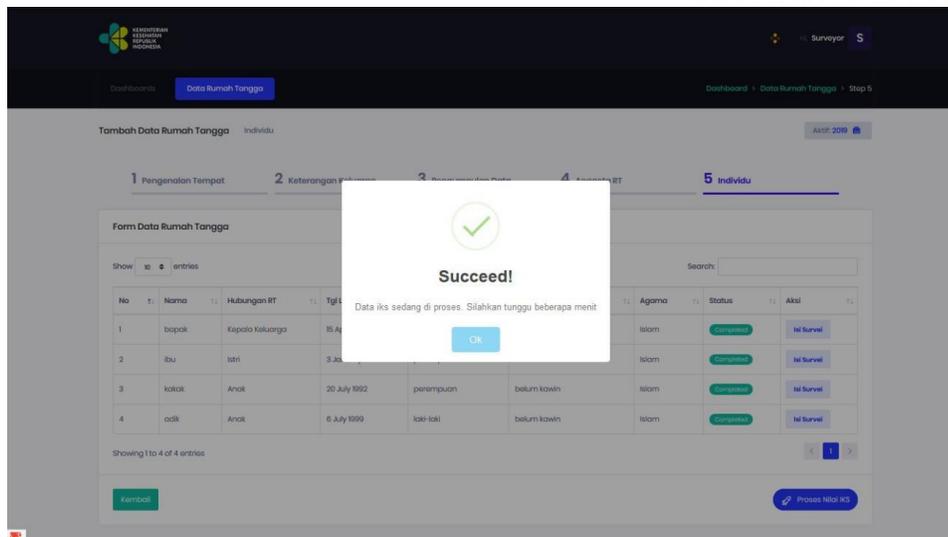
Setelah selesai mengisi survei dari pertanyaan tersebut kemudian klik simpan (seperti pada Gambar 6.30) Jika sudah maka tampilan akan seperti ini .Yeaay ! (seperti pada Gambar 6.31)



Gambar 66.

Notifikasi Penyimpanan Survei Tahap Proses Nilai IKS

Survei yang sudah diisi secara lengkap oleh semua anggota rumah tangga dapat dilakukan perhitungan untuk nilai IKS dengan menekan tombol proses nilai IKS seperti pada Gambar 67.



Gambar 67. Proses nilai IKS

Pada saat memproses nilai IKS data IKS yang sedang di proses membutuhkan waktu selama beberapa menit saja. Bila terdapat kesalahan maka tampil seperti pada Gambar 68

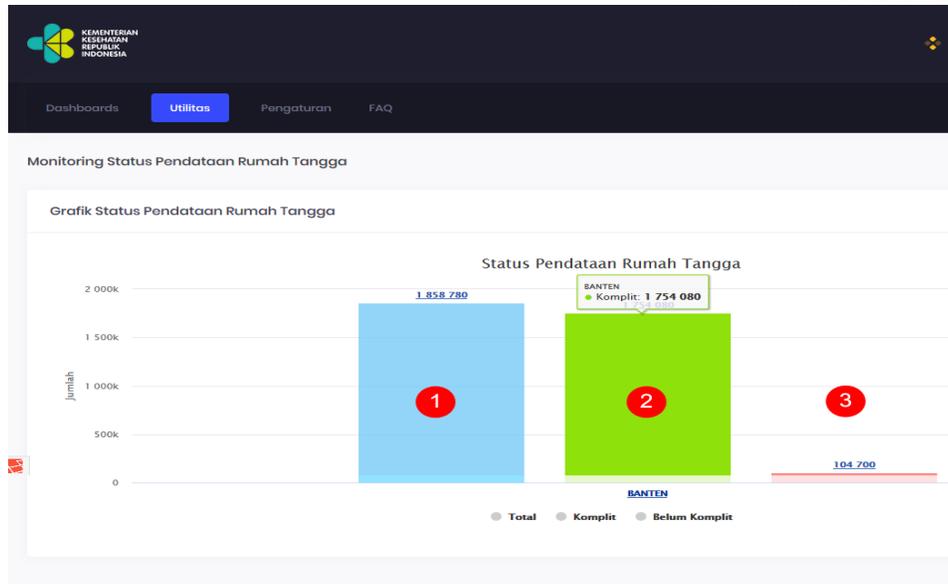


Gambar 68. Notifikasi Proses nilai IKS

Status pendataan

Fungsi dari status pendataan (Gambar 68) adalah memberikan tentang gambaran umum mengenai status pendataan terkait pendataan keluarga berdasarkan klasifikasi pendataan. Klasifikasi pendataan terbagi menjadi dua yaitu:

- Pendataan Komplit. Pendataan yang telah menyelesaikan seluruh tahapan survei dan telah memiliki iks inti.
- Pendataan Belum Komplit. Pendataan yang belum menyelesaikan seluruh tahapan survei dan belum memiliki iks inti.



Gambar 69. Status Pendataan

Keterangan Gambar 69:

- Total Pendataan merupakan gabungan seluruh data komplit dan belum komplit dan ditandai dengan warna biru
- Komplit ditandai dengan warna hijau
- Belum komplit dengan warna merah

IKS wilayah

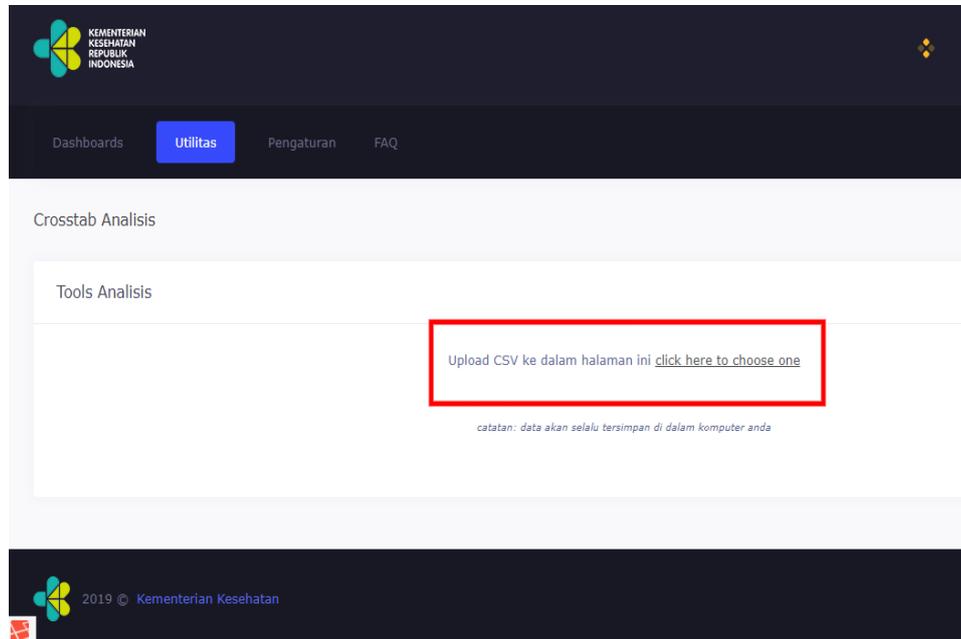
The screenshot shows the 'Administrative Dashboard' for the 'Indeks Keluarga Sehat Wilayah Indonesia Tahun' (Indonesian Regional Family Health Index Year). The dashboard features a navigation bar with 'Dashboards', 'Utilitas', 'Pengaturan', and 'FAQ'. The main content is a table with 12 columns: 'NO', 'PROVINSI', and ten indicators. The indicators are: 'Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)', 'Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan', 'Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap', 'Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif', 'Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan', 'Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar', 'Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur', 'Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak dilantarkan', 'Anggota keluarga tidak ada yang merokok', and 'Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)'. The table lists 18 provinces with their respective percentages for each indicator.

NO	PROVINSI	INDIKATOR									
		Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif	Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan	Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak dilantarkan	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
1	SUMATERA UTARA	43,49 %	88,63 %	88,65 %	69,03 %	81,66 %	27,16 %	22,90 %	32,08 %	40,93 %	47,66 %
2	LAMPUNG	57,98 %	86,92 %	96,31 %	85,01 %	88,01 %	22,39 %	26,17 %	30,62 %	35,21 %	39,54 %
3	BAJU	67,88 %	96,54 %	98,74 %	85,17 %	93,64 %	20,70 %	27,78 %	52,02 %	57,85 %	67,80 %
4	DI JAKARTA	35,48 %	86,76 %	94,44 %	82,00 %	90,94 %	86,18 %	40,73 %	70,03 %	63,07 %	83,55 %
5	SULAWESI UTARA	52,26 %	85,41 %	92,65 %	68,69 %	85,60 %	42,98 %	33,51 %	40,07 %	41,10 %	59,08 %
6	KALIMANTAN TENGAH	58,49 %	88,15 %	93,44 %	85,43 %	72,83 %	38,97 %	25,14 %	39,57 %	47,72 %	47,27 %
7	JAMBI	50,88 %	79,45 %	87,20 %	75,26 %	77,40 %	20,13 %	26,49 %	42,40 %	41,47 %	39,58 %
8	SULAWESI BARAT	30,62 %	70,84 %	86,06 %	81,06 %	82,01 %	37,81 %	22,65 %	36,12 %	44,12 %	51,52 %
9	KEPULAUAN RIAU	53,56 %	90,81 %	94,03 %	77,84 %	84,10 %	32,32 %	32,37 %	37,04 %	47,05 %	64,81 %
10	KALIMANTAN TIMUR	47,70 %	80,02 %	91,44 %	80,69 %	79,10 %	36,08 %	27,44 %	37,47 %	52,29 %	64,76 %
11	DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA	58,50 %	95,75 %	97,32 %	80,70 %	93,94 %	20,81 %	20,04 %	48,11 %	56,54 %	74,40 %
12	BANTEN	45,37 %	82,91 %	86,35 %	82,09 %	85,76 %	39,05 %	25,89 %	32,16 %	40,39 %	50,46 %
13	PAPUA	23,40 %	79,23 %	87,93 %	75,31 %	77,94 %	37,89 %	18,44 %	24,02 %	63,83 %	64,02 %
14	ACEH	45,52 %	87,10 %	96,25 %	85,10 %	83,58 %	32,29 %	37,49 %	53,30 %	42,08 %	88,38 %
15	MALUKU	35,71 %	50,62 %	76,60 %	58,37 %	78,36 %	36,15 %	20,67 %	26,54 %	37,71 %	41,04 %
16	KEPULAUAN BANGSA BELITUNG	50,11 %	91,72 %	92,44 %	73,69 %	80,83 %	26,21 %	26,52 %	41,22 %	51,58 %	53,27 %
17	PAPUA BARAT	33,22 %	75,27 %	84,25 %	60,84 %	69,70 %	38,82 %	21,60 %	20,75 %	46,22 %	45,00 %
18	NUSA TENGGARA BARAT	56,25 %	95,84 %	96,86 %	92,65 %	93,10 %	33,19 %	20,30 %	32,92 %	39,47 %	37,60 %

Gambar 70. Capaian Indikator Wilayah

Crosstab

Fungsi dari Crosstab (Gambar 71) adalah memberikan sebuah tools bagi puskesmas untuk melakukan analisis data.



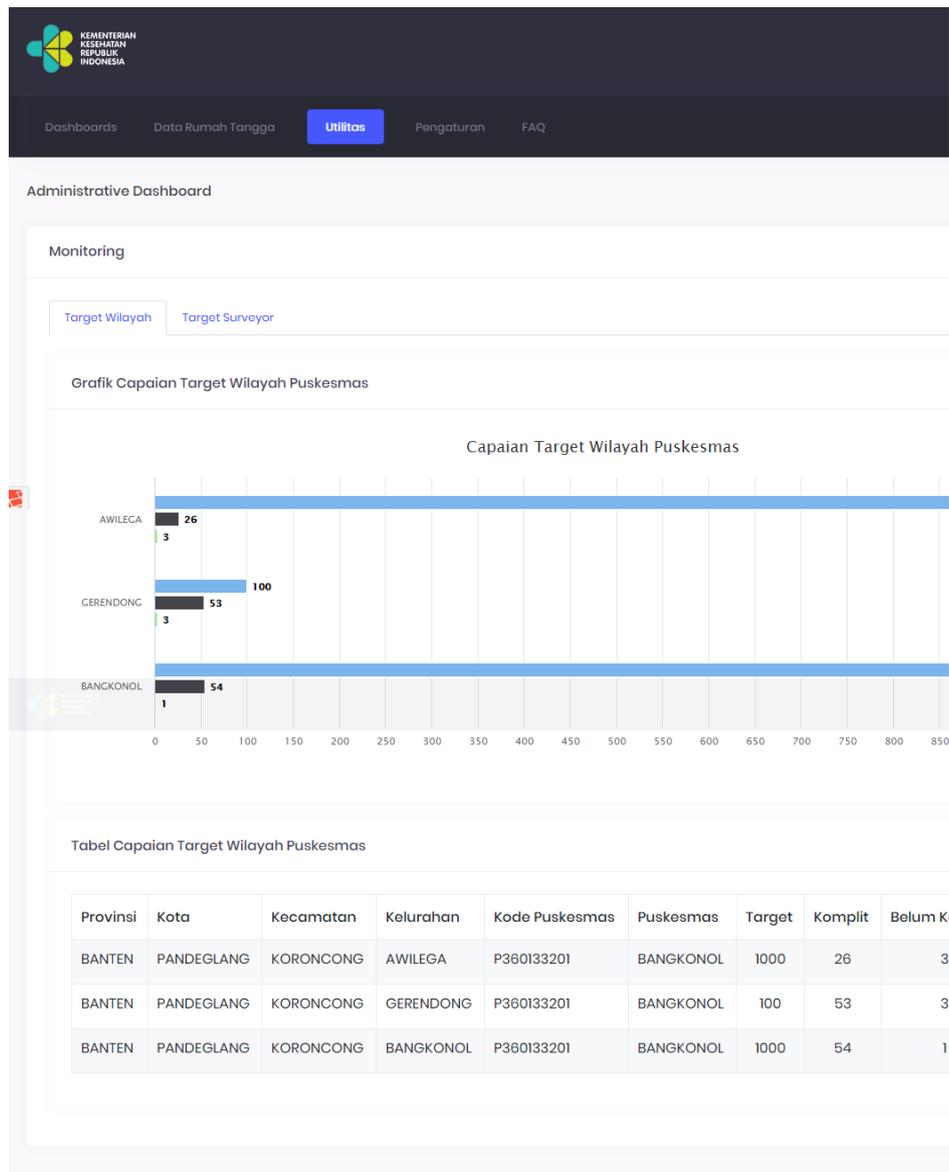
Gambar 71. Crosstab

Monitoring Wilayah

Fungsi ini hanya dimiliki oleh Administrator Puskesmas. Fungsi dari monitoring wilayah adalah untuk memberikan gambaran umum pada setiap Puskesmas terkait:

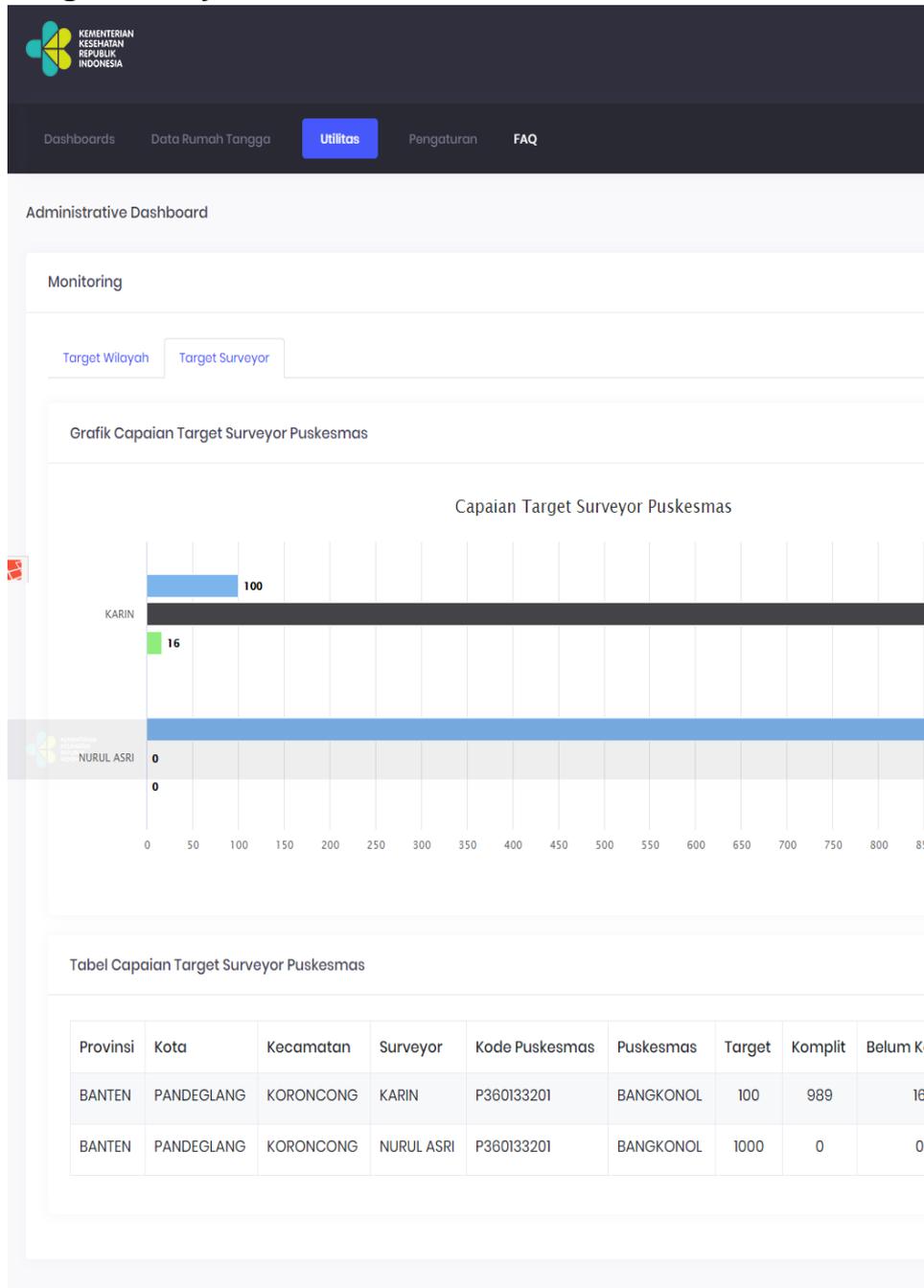
- Target Wilayah untuk memantau perkembangan capaian kinerja dari pendataan selama 1 periode
- Target Surveyor untuk memantau perkembangan capaian kinerja dari pendataan yang dilakukan oleh setiap surveyor selama 1 periode

Target Wilayah



Gambar 72. Capaian Target Wilayah Puskesmas

Target Surveyor



Gambar 73. Capaian Target Surveyor Puskesmas

Raw Data

Download Raw Data

Filter Raw Data

Provinsi
BANTEN

Kota / Kabupaten
PANDEGLANG

Kecamatan
KORONCONG

Puskesmas
BANGKONOL

List Raw Data

Show 10 entries

Nama	Puskesmas	Tanggal	Status
382SOP	BANGKONOL	2019-12-03 09:23:02	SELESAI
382SOP	BANGKONOL	2019-12-03 02:41:01	SELESAI
382SOP	BANGKONOL	2019-12-02 23:56:19	SELESAI

Showing 1 to 3 of 3 entries

Download Laporan

Gambar 74. Download Raw Data

Secara hierarki dapat dijelaskan urutan tampilan dari dashboard IKS Wilayah ini adalah sebagai berikut :

Nasional Provinsi Kabupaten/Kota Kecamatan Kelurahan RW RT Nomor Bangunan Individu Anggota Rumah Tangga (ART).

Data kesehatan keluarga yang mencakup 12 indikator sudah dikumpulkan akan diolah untuk menghitung Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari masing-masing keluarga.

5) Perhitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS)

Hasil pendataan kesehatan keluarga yang mencakup 12 indikator utama untuk sebagai penanda kesehatan sebuah keluarga akan diolah untuk menghitung IKS, baik di tingkat keluarga (IKS keluarga inti dan IKS keluarga besar) maupun IKS tingkat wilayah (IKS tingkat RT/RW/Kelurahan/Desa) serta cakupan tiap indikator dalam lingkup RT/RW/Kelurahan/Desa serta IKS tingkat kecamatan dan cakupan tiap indikator dalam lingkup kecamatan.

Berdasarkan hasil perhitungan Indeks Keluarga Sehat tersebut maka kategori kesehatan keluarga dibagi menjadi tiga gradasi yaitu:

- Nilai indeks $> 0,800$: Keluarga sehat
- Nilai indeks $0,500 - 0,800$: Keluarga pra-sehat
- Nilai indeks $< 0,500$: Keluarga tidak sehat

1. IKS Tingkat Keluarga

➤ IKS Keluarga Inti

Definisi Keluarga Inti adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.

Namun demikian beberapa hal yang harus diperhatikan pada saat pendataan adalah :

- ❖ Anggota keluarga (AK) adalah semua orang yang menjadi bagian dari keluarga dan tinggal di keluarga tersebut, yang telah tinggal selama 6 bulan atau lebih atau yang telah tinggal kurang dari 6 bulan tetapi berniat tinggal selama 6 bulan atau lebih yang dijumpai pada waktu periode pendataan di setiap wilayah
- ❖ Anggota keluarga yang secara ekonomi belum mandiri dan menjadi tanggung jawab dari sebuah keluarga inti maka akan dimasukkan sebagai anggota keluarga inti tersebut, seperti saudara (saudara/orang tua/mertua/pembantu atau sopir yang menginap dan makan bersama keluarga inti), dan lain-lain.

IKS Keluarga Inti diperoleh berdasarkan penilaian terhadap rekapitulasi dari masing-masing anggota keluarga inti.

➤ IKS Keluarga Besar

Definisi Keluarga Besar adalah seluruh keluarga inti yang berada dalam satu rumah/bangunan.

IKS Keluarga Besar diperoleh berdasarkan penilaian rekapitulasi dari masing-masing anggota keluarga dalam satu rumah atau bangunan.

Tabel 4. Matriks Contoh Penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) di Tingkat Keluarga

No	Indikator	Pertanyaan Keluarga	Ayah	Ibu	Anak (16 thn)	Anak (48 bln)	Anak (12 bln)	Nilai Keluarga
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Keluarga mengikuti program KB*)		N*)	Y				1
2	Persalinan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan			Y				1
3	Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap						T	0
4	Bayi mendapatkan ASI eksklusif						Y	1
5	Pertumbuhan balita dipantau					Y	T	0
6	Penderita TB paru yang berobat sesuai standar		N	N	N			N
7	Penderita hipertensi yang berobat teratur		T	Y	Y			0
8	Penderita gangguan jiwa berat berobat, diobati dan tidak ditelantarkan	Y						1
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok**)		T	Y	Y	Y	Y	0
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN		Y	Y	Y	Y	Y	1
11	Keluarga memiliki akses/menggunakan sarana air bersih	Y	Y	Y	Y			1
12	Keluarga memiliki akses/menggunakan jamban keluarga	Y	Y	Y	Y			1
Σ indikator bernilai 1 / (12-ΣN)								7/(12-1)
Indeks Keluarga Sehat (IKS)								0,636

Keterangan untuk isian N, Y, dan T adalah sebagai berikut:

N = Not applicable yang berarti indikator tersebut tidak mungkin ada pada anggota keluarga. Indikator tersebut **TIDAK BERLAKU** untuk anggota keluarga atau keluarga yang bersangkutan (misal: karena salah satu sudah mengikuti KB, atau tidak dijumpai adanya penderita TB paru).

Y = kondisi/keadaan anggota keluarga atau keluarga **SESUAI** dengan indikator (misal: ibu memang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan).

T = kondisi/keadaan anggota keluarga atau keluarga **TIDAK SESUAI** dengan indikator (misal: ayah ternyata merokok).

***)** = Untuk indikator keluarga mengikuti KB jika salah satu pasangan sudah mengikuti program KB (misalnya ibu) maka penilaian terhadap pasangannya (Ayah) menjadi "N", demikian sebaliknya.

****)** = Untuk indikator anggota keluarga tidak ada yang merokok jika jawabannya "Ya merokok" maka dalam merekap statusnya "T", sebaliknya jika jawabnya "Tidak merokok" maka dalam rekap statusnya "Y".

Penilaian terhadap hasil rekapitulasi anggota keluarga pada satu indikator, mengikuti persyaratan di bawah ini:

❖ Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status Y, maka indikator tersebut dalam satu keluarga bernilai

1

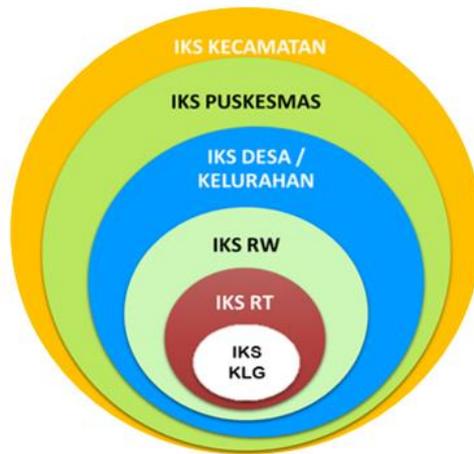
- ❖ Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status T, maka indikator tersebut dalam satu keluarga bernilai 0
- ❖ Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status N, maka indikator tersebut dalam satu keluarga tetap dengan status N (tidak dihitung)
- ❖ Jika dalam satu indikator ada salah satu anggota keluarga dengan status T, maka indikator tersebut dalam satu keluarga akan bernilai 0 meskipun di dalamnya terdapat status Y atau N

Hasil perhitungan rekapitulasi dari semua anggota keluarga menjadi kesimpulan keluarga, seperti terlihat pada matriks di atas. Pada kolom ini terlihat kesimpulan setiap indikator menjadi berkode "1", "0" atau "N". Dengan menggunakan formula $\{1/(12-\sum N)\}$, artinya indeks KS dihitung berdasarkan jumlah indikator bernilai '1' dibagi jumlah indikator yang ada di keluarga $(12-\sum N)$. Pada perhitungan diatas didapatkan skor IKS dari keluarga tersebut adalah $\{1/12-1\} = 0,636$.

Berdasarkan nilai IKS, keluarga tersebut termasuk ke dalam kategori keluarga pra sehat. Dari setiap keluarga dapat ditentukan permasalahan kesehatan berdasarkan 12 indikator sehingga pembina keluarga pada masing-masing desa dapat mengetahui keluarga mana yang berkontribusi membuat desa mereka menjadi desa yang pra sehat dan tidak sehat

2. IKS Tingkat Wilayah

IKS tingkat wilayah mencakup IKS RT, RW, Desa/Kelurahan, Kecamatan/ Puskesmas. Pembina keluarga juga harus dapat menganalisis dasar permasalahan di masing masing prioritas masalah dari 12 indikator di desa tersebut dengan melakukan interview mendalam melalui kunjungan keluarga ulangan kepada beberapa keluarga dengan nilai IKS-nya paling kecil sehingga dapat meningkatkan kualitas dari rumusan permasalahan di desa binaanya. Seperti yang ditunjukkan pada gambar 75.



Gambar 75. Tingkatan IKS Wilayah

Selain melakukan perhitungan IKS wilayah maka untuk menentukan permasalahan dan prioritas intervensi perlu dihitung cakupan 12 indikator dalam satu wilayah. Seperti yang ditunjukkan pada tabel.

Tabel 5. Matriks Penghitungan IKS dan Cakupan Indikator Wilayah

Indikator	Keluarga A	Keluarga B	Keluarga C	Keluarga D	Keluarga E	dst	Cakupan IKS dan Indikator RT/RW/Desa/Kelurahan
(1) Keluarga mengikuti Program KB							
(2) Persalinan Ibu di Fasilitas Kesehatan							
(3) Bayi mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap							
(4) Bayi mendapatkan ASI Eksklusif							
(5) Pertumbuhan Balita dipantau							
(6) Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar							
(7) Penderita Hipertensi yang berobat teratur							
(8) Penderita Gangguan Jiwa Berat, diobati dan tidak ditelantarkan							
(9) Anggota Keluarga tidak ada yang merokok							
(10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN							
(11) Keluarga memiliki Akses/Menggunakan Sarana Air Bersih							
(12) Keluarga memiliki akses/menggunakan Jamban Sehat							
Indeks Keluarga Sehat (IKS) = \sum Keluarga dengan IKS > 0,800 / \sum Seluruh Keluarga di RT/RW/Desa/Kelurahan							
Cakupan Indikator = \sum Indikator bernilai 1/(12-N)							

Analisis untuk status IKS RT/RW/Desa/Kelurahan :

$$\text{IKS Tingkat RT/RW/Desa/Kelurahan} = \frac{\sum \text{Keluarga dengan IKS} > 0,800}{\sum \text{Seluruh Keluarga di RT/RW/Desa/Kelurahan}}$$

Kategori RT/RW/Desa/Kelurahan berdasarkan IKS nya adalah sebagai berikut:

- RT/RW/Desa Sehat : IKS Tingkat RT/RW/Desa > 0,800
- RT/RW/Desa Pra Sehat: IKS Tingkat RT/RW/Desa 0,500- 0,800
- RT/RW/Desa Tidak Sehat: IKS Tingkat RT/RW/Desa < 0,500

Analisis untuk menentukan prioritas indikator yang akan diintervensi pada level RT/RW/Desa/Kelurahan adalah berdasarkan dari cakupan indikator :

$$\text{Cakupan Indikator} = \frac{\sum \text{Keluarga Bernilai 1 utk Indikator Yang Bersangkutan}}{\sum \text{Seluruh Keluarga di RT/RW/Desa /Kel} - \sum \text{Keluarga Bernilai N}} \times 100\%$$

Tabel 6. Contoh Penghitungan IKS Wilayah Puskesmas/Desa/Kelurahan/RW/RT

Puskesmas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desa/Kelurahan	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
RW	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RT	5	5	5	5	6	6	6	6	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Keluarga	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Indikator																		
(1) Keluarga mengikuti Program KB	1	1	0	0	1	1	1	1	N	1	1	1	N	1	1	1	1	1
(2) Persalinan Ibu di Fasilitas Kesehatan	N	1	N	N	1	1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
(3) Bayi mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap	N	N	N	N	N	N	0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
(4) Bayi mendapatkan ASI Eksklusif	N	0	N	N	0	1	1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
(5) Pertumbuhan Balita dipantau	N	1	N	N	0	0	1	N	N	N	N	N	N	N	1	N	N	N
(6) Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar	N	N	N	0	0	1	N	N	N	1	N	N	N	N	N	N	N	N
(7) Penderita Hipertensi yang berobat teratur	N	N	0	0	0	0	N	0	1	0	N	N	0	N	N	0	N	0
(8) Penderita Gangguan Jiwa, diobati dan tidak ditelantarkan	N	N	N	N	N	N	N	N	N	1	0	N	N	N	N	N	N	N
(9) Anggota Keluarga tidak ada yang merokok	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
(10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
(11) Keluarga memiliki Akses/Menggunakan Sarana Air Bersih	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
(12) Keluarga memiliki akses/menggunakan Jamban Sehat	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
IKS	0,60	0,88	0,50	0,14	0,30	0,60	0,88	0,80	0,83	0,63	0,67	1,00	0,83	0,83	1,00	0,83	0,83	0,83
Kategori	PS	S	PS	TS	TS	PS	S	PS	S	PS	PS	S	S	S	S	S	S	S

Keluarga Sehat (S) = 8 Keluarga (50,0%)
Keluarga Pra Sehat (PS) = 4 Keluarga (37,5%)
Keluarga Tidak Sehat (TS) = 2 Keluarga (12,5%)

Analisis Status IKS dan Cakupan Indikator Wilayah RT

Untuk mengidentifikasi masalah pada wilayah Puskesmas dapat dimulai dari level wilayah paling kecil, yaitu dari level Rukun Tetangga (RT). Contoh analisis diambil dari Tabel 6.

Dari hasil analisis IKS di Desa “Y” terlihat status IKS (sehat) yang rendah ada di RW 4. Sehingga apabila Puskesmas menentukan RW 4 sebagai wilayah priotitas maka intervensi dilakukan pada wilayah yang lebih kecil yaitu pada level RT, seperti contoh pada Tabel 6.

Hasil analisis untuk status IKS RT di wilayah RW 4 Desa “Y” didapatkan:

- Pada RT 5 didapatkan: Sehat (25,0%), pra-sehat (50,0%) dan tidak sehat (25,0%)
- Pada RT 6 didapatkan : Sehat (25,0%), pra-sehat (50,0%) dan tidak sehat (25,0%)

Dari analisis pada level RW diperoleh hasil bahwa jumlah keluarga sehat di RT 5 sama dengan jumlah keluarga sehat di RT 6 (25%). Selanjutnya untuk menentukan prioritas intervensi, Puskesmas dapat menentukan identifikasi masalah kesehatan yang ada di RT 5 dan di RT 6. Identifikasi masalah di kedua RT dilakukan seperti contoh di atas, yaitu dengan menentukan cakupan masing-masing indikator di kedua RT dan mengurutkan dari nilai cakupan indikator yang paling rendah (Tabel 7).

Tabel 7. Penentuan Identifikasi Masalah Untuk Prioritas Intervensi Pada Level RT

Puskesmas	X	X
Desa/Kelurahan	Y	Y
RW	4	4
RT	5	6
Indikator	Capaian Indikator (%)	
(1) Keluarga mengikuti Program KB	50,0	100,0
(2) Persalinan Ibu di Fasilitas Kesehatan	100,0	100,0
(3) Bayi mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap	0,0**	0,0*
(4) Bayi mendapatkan ASI Eksklusif	0,0*	66,7
(5) Pertumbuhan Balita dipantau	100,0	33,3
(6) Penderita TB Paru yang berobat sesuai Standar	0,0*	50,0
(7) Penderita Hipertensi yang berobat teratur	0,0*	0,0*
(8) Penderita Gangguan Jiwa , diobati dan tidak ditelantarkan	0,0**	0,0**
(9) Anggota Keluarga tidak ada yang merokok	25,0	75,0
(10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN	75,0	50,0
(11) Keluarga memiliki Akses/Menggunakan Sarana Air Bersih	50,0	50,0
(12) Keluarga memiliki akses/menggunakan Jamban Sehat	100,0	100,0
IKS	0,25	0,25
Kategori	Tidak Sehat	Tidak Sehat

Keterangan:

- * = - Di wilayah RT 5 terdapat 1 anak umur 7-12 bulan yang tidak diberikan ASI eksklusif.
 - Di wilayah RT 5 terdapat 1 orang yang menderita TB tetapi tidak berobat sesuai standar atau menderita gejala TB.
 - Di wilayah RT 5 terdapat 2 orang yang menderita Hipertensi tetapi tidak berobat secara teratur atau pada saat diukur tekanan darahnya termasuk hipertensi.
 - Di wilayah RT 6 terdapat 3 orang yang menderita Hipertensi tetapi tidak berobat secara teratur atau pada saat diukur tekanan darahnya termasuk hipertensi.

- ** = - Di wilayah RT 5 tidak ada anggota keluarga yang berumur 12-23 bulan (indikator imunisasi dasar lengkap) → N
 - Di wilayah RT 5 dan 6 tidak ada anggota keluarga yang didiagnosis menderita ODGJ maupun dipasung → N

Berdasarkan table 4 maka pemilihan wilayah RT yang menjadi prioritas berdasarkan capaian 12 indikator adalah di RT 5 karena terdapat 4 indikator yang < 50% (3 indikator =0% dan 1 indikator =25%), sedangkan di RT 6 terdapat 3 indikator yang <50% (2 indikator= 0 % dan 1 indikator = 33,3%).

Analisis Status IKS dan Cakupan Indikator Wilayah RW

Analisis untuk status IKS RW pada Desa “Y” didapatkan:

- Pada RW 4 didapatkan: Sehat (25,0%), pra-sehat (50,0%) dan tidak sehat (25,0%)
- Pada RW 3 didapatkan : Sehat (75,0%), pra-sehat (25,0%) dan tidak sehat (0%)

Berdasarkan proporsi status kesehatan keluarga di RW 4 dan RW 3 maka intervensi lebih diprioritaskan di RW 4 karena memiliki permasalahan yang lebih berat dibandingkan dengan RW 3. Hal tersebut dapat dilihat dari proporsi keluarga dengan status kesehatan “tidak sehat” lebih banyak di wilayah RW 4 (25,0%) dibandingkan di RW 3 (0%).

Namun demikian dalam upaya melakukan intervensi tidak hanya berdasarkan status kesehatan keluarga saja tetapi juga didasarkan pada cakupan dari setiap indikator yang ada di tingkat wilayah.

Penentuan Status Kesehatan Keluarga :

- ❖ Digunakan dikotomi (sehat – tidak sehat): Seluruh indikator yang dapat diterapkan pada keluarga tersebut berstatus baik semua (100%)
- ❖ Digunakan *range*: Keluarga sehat dibagi menjadi 3 gradasi:
 - keluarga sehat : Nilai IKS >0,800
 - keluarga pra-sehat : Nilai IKS 0,500 – 0,800
 - keluarga tidak sehat: Nilai IKS < 0,500

Intervensi (Penyampaian pesan kepada individu, keluarga dan komunitas)

- ❖ Intervensi melalui UKM dan UKBM sesuai kelompok sasaran:
 - Balita: Posyandu, PAUD, Stimulasi Dini, dsb
 - Usia Sekolah: UKS, Dokter kecil, SBH, Poskestren, dsb
 - Remaja: UKS, SBH, Poskestren, PMR, dsb
 - Usia Kerja: UKK, Pos UKK, Posbindu PTM
 - Usia Lanjut: Posyandu usila/wulan/adiyuswa
- ❖ Bila sasaran tidak datang maka dilakukan kunjungan rumah untuk dilakukan upaya promosi kesehatan kepada keluarga dengan menggunakan paket informasi Kesehatan keluarga (PIN Kesga) yang berisikan informasi tentang 12 indikator PIS-PK disesuaikan dengan permasalahan kesehatan keluarga hasil pendataan.

Identifikasi untuk intervensi di tingkat wilayah RW

Dari analisis pada level RW diperoleh hasil bahwa jumlah keluarga sehat di RW 4 lebih sedikit (25%) dibandingkan jumlah keluarga sehat di RW 3 (75%). Selanjutnya untuk menentukan prioritas intervensi, Puskesmas dapat terlebih dahulu menentukan identifikasi masalah kesehatan yang ada di RW 4. Identifikasi masalah di RW 4 dilakukan seperti contoh di atas, yaitu dengan menentukan cakupan masing-masing indikator di RW 4 dan mengurutkan dari nilai cakupan indikator yang paling rendah (Tabel 8).

Tabel 8. Penentuan Identifikasi Masalah Untuk Prioritas Intervensi Pada Level RW

Puskesmas	X	X
Desa/Kelurahan	Y	Y
RW	4	3
Indikator	Capaian Indikator (%)	
(1) Keluarga mengikuti Program KB	71,4	100,0
(2) Persalinan Ibu di Fasilitas Kesehatan	100,0	0,0**
(3) Bayi mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap	0,0*	0,0**
(4) Bayi mendapatkan ASI Eksklusif	50,0	0,0**
(5) Pertumbuhan Balita dipantau	50,0	100,0
(6) Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar	33,3	100,0
(7) Penderita Hipertensi yang berobat teratur	0,0*	25,0
(8) Penderita Gangguan Jiwa Berat, diobati dan tidak ditelantarkan	0,0**	50,0
(9) Anggota Keluarga tidak ada yang merokok	50,0	87,5
(10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN	62,5	75,0
(11) Keluarga memiliki Akses/Menggunakan Sarana Air Bersih	50,0	75,0
(12) Keluarga memiliki akses/menggunakan Jamban Sehat	100,0	100,0
IKS	0,25	0,75
Kategori	Tidak Sehat	Pra Sehat

Keterangan:

- * = - Di wilayah RW 4 terdapat 1 orang anak yang berumur 12-23 bulan dan berdasarkan hasil kunjungan keluarga, anak tersebut tidak dilakukan imunisasi
 - Di wilayah RW 4 terdapat 5 orang yang menderita hipertensi tetapi tidak minum obat teratur atau hasil pengukuran tekanan darah termasuk hipertensi
- ** = - Di wilayah RW 4 tidak ada anggota keluarga yang didiagnosis menderita ODGJ maupun yang dipasung → N
 - Di wilayah RW 3, tidak ada anggota keluarga yang berumur < 12 bulan (indikator persalinan ibu di fasilitas Kesehatan) → N
 - Di wilayah RW 3, tidak ada anggota keluarga yang berumur 12-23 bulan (indikator imunisasi dasar lengkap) → N
 - Di wilayah RW 3, tidak ada anggota keluarga yang berumur 7-12 bulan (indikator ASI eksklusif) → N

Analisis Status IKS dan Cakupan Indikator Wilayah Desa Identifikasi Masalah

Untuk mengidentifikasi masalah kesehatan di wilayah kerja Desa, maka sama halnya dengan di level RT dan RW dapat berdasarkan nilai IKS dan hasil perhitungan cakupan masing-masing indikator di level Desa. Masalah kesehatan yang menjadi prioritas intervensi dapat dilihat dari nilai cakupan indikator yang rendah.

Analisis Status IKS Wilayah Desa

**Tabel 9. Matriks Nilai IKS dan Cakupan
 Masing-Masing Indikator Pada Level Desa**

Puskesmas	X
Desa/Kelurahan	Y
Indikator	Capaian Indikator (%)
(1) Keluarga mengikuti Program KB	85,7
(2) Persalinan Ibu di Fasilitas Kesehatan	100,0
(3) Bayi mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap	0,0*
(4) Bayi mendapatkan ASI Eksklusif	50,0
(5) Pertumbuhan Balita dipantau	60,0
(6) Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar	50,0
(7) Penderita Hipertensi yang berobat teratur	11,1
(8) Penderita Gangguan Jiwa Berat, diobati dan tidak ditelantarkan	50,0
(9) Anggota Keluarga tidak ada yang merokok	68,8
(10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN	68,8
(11) Keluarga memiliki Akses/Menggunakan Sarana Air Bersih	62,5
(12) Keluarga memiliki akses/menggunakan Jamban Sehat	100,0
IKS	0,50
Kategori	Pra Sehat

Berdasarkan hasil perhitungan IKS tingkat Desa maka IKS Desa “Y” adalah sebesar 0,50 atau masuk dalam kategori Desa Pra-Sehat.

Perhitungan IKS Tingkat Desa (Desa Y) diperoleh dari :

- \sum Seluruh Keluarga di Desa = 16 keluarga
- \sum Keluarga dengan IKS >0,800 = 8 keluarga
- IKS Tingkat Desa = $8/16 = 0,50$

Selanjutnya yang perlu diperhatikan adalah proporsi IKS Keluarga di Tingkat Desa:

- Keluarga Sehat : $8/16 = 50,0 \%$
- Keluarga Pra Sehat : $6/16 = 37,5 \%$
- Keluarga Tidak Sehat : $2/16 = 12,5 \%$

Berdasarkan proporsi IKS Keluarga di tingkat desa tampak bahwa masih terdapat 37,5% keluarga yang status kesehatannya termasuk dalam kategori “Pra Sehat” dan 12,5% keluarga “Tidak Sehat”. Oleh karena itu upaya intervensi akan lebih diprioritaskan kepada kedua kategori tersebut agar keluarga yang “Pra Sehat” ditingkatkan menjadi keluarga “Sehat” dan keluarga yang “Tidak Sehat” menjadi minimal keluarga Pra Sehat, bahkan apabila memungkinkan ditingkatkan menjadi keluarga “Sehat”.

Selain berdasarkan IKS maka dalam upaya menentukan prioritas intervensi juga dapat didasarkan pada cakupan dari setiap indikator yang ada di tingkat wilayah desa.

Perhitungan Cakupan Indikator di tingkat desa menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Cakupan Indikator} = \frac{\sum \text{Keluarga Bernilai 1 utk Indikator Yang Bersangkutan}}{\sum \text{Seluruh Keluarga di Desa/Kelurahan} - \sum \text{Keluarga Bernilai N}} \times 100\%$$

Berdasarkan tabel 3, maka contoh hasil perhitungan cakupan indikator adalah sebagai berikut:

1. Cakupan indikator 1 (Keluarga mengikuti program KB):
 $\sum \text{Keluarga Bernilai 1 utk Indikator KB} = 12$
 $\sum \text{Seluruh Keluarga di Desa} = 16$
 $\sum \text{Keluarga Bernilai N} = 2$
 $\text{Cakupan Indikator} = 12/(16-2) \times 100\% = 85,71\%$
2. Cakupan Indikator 11 (Keluarga memiliki akses/menggunakan air bersih):
 $\sum \text{Keluarga Bernilai 1 utk Indikator KB} = 10$
 $\sum \text{Seluruh Keluarga di Desa} = 16$
 $\sum \text{Keluarga Bernilai N} = 0$
 $\text{Cakupan Indikator} = 10/(16-0) \times 100\% = 62,5\%$

Berdasarkan nilai IKS Desa Y cakupan indikator di Desa Y Puskesmas X, dapat diidentifikasi masalah kesehatan yang perlu untuk dilakukan intervensi dengan urutan sebagai berikut:

1. Imunisasi dasar lengkap (0%); ***namun demikian nilai cakupan 0% harus dilihat kembali apakah memang di desa tersebut tidak ada bayi yang berusia 12-23 bulan atau tidak ada bayi berusia 12-23 bulan yang sudah diimunisasi lengkap.***
2. Hipertensi (11,1%)
3. ASI eksklusif (50%)
4. Gangguan jiwa berat (50%)
5. Dst

Identifikasi intervensi di Tingkat Puskesmas

Hasil IKS pada tingkat puskesmas ini dapat membantu Kepala Puskesmas untuk menentukan prioritas permasalahan dan wilayah RT/RW mana yang akan menjadi prioritas intervensi sesuai dengan hasil rekapitulasi tersebut.

- Data yang diperoleh dari pembina keluarga dari masing-masing desa selanjutnya diolah pada tingkat puskesmas.
- Hasil IKS pada tingkat puskesmas ini dapat membantu kepala Puskesmas untuk menentukan prioritas permasalahan dan wilayah desa mana yang akan menjadi prioritas intervensi sesuai dengan hasil rekapitulasi tersebut.
- Analisis lain juga dapat dilakukan untuk mendapatkan cakupan masalah menurut indikator atau program

Contoh:

- Puskesmas “X” terdiri dari 8 desa
- Analisis untuk status IKS Puskesmas “X”

$$\text{IKS Tingkat Puskesmas} = \frac{\sum \text{Keluarga dengan IKS} > 0,800}{\sum \text{Seluruh Keluarga di Puskesmas ybs}}$$

Kategori Puskesmas berdasarkan IKSnya adalah sebagai berikut:

- ❖ Puskesmas Sehat : IKS Tingkat Puskesmas $> 0,800$
 - ❖ Puskesmas Pra Sehat : IKS Tingkat Puskesmas $0,500-0,800$
 - ❖ Puskesmas Tidak Sehat: IKS Tingkat Puskesmas $< 0,500$
- Analisis untuk menentukan prioritas indikator yang akan diintervensi pada level Puskesmas “X”

$$\text{Cakupan Indikator} = \frac{\sum \text{Keluarga Bernilai 1 utk Indikator Yang Bersangkutan (Ybs)}}{\sum \text{Seluruh Keluarga dipuskesmas} - \sum \text{Keluarga bernilai N}} \times 100\%$$

Contoh:

- Untuk melakukan intervensi pada wilayah puskesmas, kepala puskesmas akan melakukan analisis status IKS dan perhitungan indikator
- Dari hasil analisis IKS di Tingkat Puskesmas “X” maka proporsi status IKS-nya dihitung berdasarkan status IKS di masing-masing desa. Hasil nya untuk Puskesmas “X” diperoleh proporsi Keluarga Sehat= 44,0%, Pra-Sehat= 40,0% dan Tidak Sehat=16,0%.
- Analisis untuk menentukan prioritas indikator yang akan diintervensi di Puskesmas “X”

Tabel 10. Penentuan Identifikasi Masalah Untuk Prioritas Intervensi Pada Tingkat Puskesmas Berdasarkan Nilai IKS dan Capaian Indikator (dalam %)

Indikator	Desa								Puskesmas
	A	B	C	D	E	F	G	H	
(1) Keluarga mengikuti Program KB	56,3	62,7	74,2	70,6	80,8	61,3	60,9	26,2	71,3
(2) Persalinan Ibu di Fasilitas Kesehatan	54,9	98,7	89,6	82,7	46,3	58,0	31,1	43,7	70,4
(3) Bayi mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap	43,0	17,8	23,4	30,9	17,3	44,0	34,3	39,3	33,6
(4) Bayi mendapatkan ASI Eksklusif	32,4	58,2	52,9	48,8	27,3	34,2	18,3	25,8	41,5
(5) Pertumbuhan Balita dipantau	45,0	93,7	78,9	84,9	52,3	57,7	62,1	41,4	69,1
(6) Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar	26,1	64,5	35,9	29,5	21,0	32,6	47,7	35,4	42,9
(7) Penderita Hipertensi yang berobat teratur	23,3	34,0	30,5	23,4	27,8	32,4	21,7	12,8	29,3
(8) Penderita Gangguan Jiwa Berat, diobati dan tidak ditelantarkan	47,7	49,0	47,3	43,3	49,5	47,3	48,3	38,5	47,8
(9) Anggota Keluarga tidak ada yang merokok	48,7	51,9	51,0	48,5	27,3	47,1	41,7	32,0	48,0
(10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN	49,2	75,3	48,5	58,6	50,0	91,6	67,8	68,3	57,7
(11) Keluarga memiliki Akses / Menggunakan Sarana Air Bersih	85,5	91,0	89,4	85,0	47,9	82,6	73,2	56,2	84,2
(12) Keluarga memiliki Akses/ menggunakan Jamban Sehat	69,9	81,9	60,3	48,0	58,9	61,3	52,4	29,6	63,8
IKS	0,539	0,761	0,573	0,531	0,385	0,665	0,511	0,322	0,583
Kategori	Pra Sehat	Pra Sehat	Pra Sehat	Pra Sehat	Tdk Sehat	Pra Sehat	Pra Sehat	Tdk Sehat	Pra Sehat

Penentuan Rumusan Masalah

Berdasarkan nilai IKS dan Capaian 12 Indikator di tingkat Puskesmas:

- IKS = 0,583 : IKS di wilayah kerja Puskesmas tergolong pra-sehat
- Terdapat 2 Desa yang nilai IKSnya sangat rendah yaitu Desa E dan Desa H
- Berdasarkan cakupan indikator maka ada 5 indikator yang menjadi prioritas, yaitu:

- Hipertensi (29,3%) → ada sekitar 70,7% penderita hipertensi belum berobat dengan teratur atau hasil pengukuran tekanan darah termasuk hipertensi.
- Imunisasi dasar lengkap (33,6%) → ada sekitar 66,4% bayi belum mendapatkan imunisasi dasar lengkap
- ASI eksklusif (41,5%) → ada sekitar 58,5% bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif
- TB Paru berobat sesuai standar (42,9%) → ada sekitar 57,1% Penderita TB Paru tidak berobat sesuai standar
- Penderita Gangguan Jiwa Berat diobati (47,8%) → ada sekitar 52,8% keluarga yang anggota keluarga didiagnosis mengalami gangguan jiwa berat tetapi tidak berobat teratur atau ada anggota keluarga yang ditelantarkan.
- Indikator kesga (KB, Bersalin di Faskes, ASI Eksklusif dan Pemantauan Pertumbuhan) harus tetap diintervensi di semua desa

Perencanaan Intervensi

- Intervensi ditujukan pada upaya peningkatan nilai IKS (0,583) → Misalkan target IKS tahun berikutnya = 0,700.
- Intervensi dapat didasarkan pada upaya peningkatan cakupan 12 indikator terutama yang memiliki daya ungkit yang cukup besar dan waktu yang relative lebih cepat dalam meningkatkan IKS.

Untuk menentukan rumusan rencana Intervensi melalui beberapa alternatif, misal:

- ❖ Alternatif 1 : Intervensi bisa dilakukan menyeluruh, artinya seluruh desa dilakukan intervensi sesuai masalah utama setempat. Misal, penyuluhan umum di tingkat Puskesmas dengan topik hipertensi, imunisasi dan ASI eksklusif, intervensi di setiap desa sesuai dengan masing-masing prioritas masalahnya.
- ❖ Alternatif 2 : Intervensi bisa difokuskan pada desa yang paling tertinggal, yaitu desa dengan IKS terendah (Desa E dan Desa H).
- ❖ Alternatif 3 : Masih banyak alternatif yang dipilih, misalnya dilihat dari sisi pendekatannya (menggunakan tokoh agama, tokoh masyarakat, organisasi tertentu)
- ❖ Alternatif 4: intervensi dilakukan pada wilayah yang lebih kecil, misal RT, RW atau bahkan intervensi langsung dalam wilayah keluarga dan individu.

DUKUNGAN PROGRAM TERHADAP PENINGKATAN IKS

Keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan keluarga diukur dengan Indeks Keluarga Sehat (IKS) yang merupakan komposit dari 12 indikator yang dapat dipenuhi oleh suatu keluarga. Sejumlah pedoman telah tersedia sebagai acuan dalam pelaksanaan program-program kesehatan di Puskesmas. Berikut adalah contoh dukungan program kesehatan terhadap peningkatan IKS (dua belas indikator).

Tabel 11. Matriks Dukungan Program Kesehatan dalam Peningkatan IKS dan 12 Indikator Keluarga Sehat

No.	Indikator Keluarga Sehat	Program Kesehatan	Acuan/Pedoman
1	Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana	<ul style="list-style-type: none"> - Program KIA - Program KB 	<ul style="list-style-type: none"> - Modul 2 Pelayanan KIA di Keluarga (Kemenkes,2016) - Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan KB dalam JKN (BKKBN,2014)
2	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Program KIA 	<ul style="list-style-type: none"> - Buku KIA - Modul 2 Pelayanan KIA di Keluarga(Kemenkes,2016)
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	<ul style="list-style-type: none"> - Program KIA - Program Imunisasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Modul 2 Pelayanan KIA di Keluarga (Kemenkes,2016) - Panduan Praktis Pelayanan Imunisasi (BPJS,2015)
4	Bayi mendapat air susu ibu(ASI)eksklusif	<ul style="list-style-type: none"> - Program KIA - Program Gizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Buku KIA - Modul 1 Pelayanan Gizidi Keluarga (Kemenkes,2016)

5	Balita dipantau pertumbuhannya	<ul style="list-style-type: none"> - Program KIA - Program Gizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Buku KIA - Modul 1 Pelayanan Gizi di Keluarga (Kemenkes, 2016)
6	Penderita tuberkulosis paru mendapat pengobatan sesuai standar	<ul style="list-style-type: none"> - Program TB 	<ul style="list-style-type: none"> - Modul 3 Pelayanan Penyakit Menular di Keluarga (Kemenkes, 2016) - Program Nasional Pengendalian TB (Kemenkes, 2014)
7	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	<ul style="list-style-type: none"> - Program Pengendalian PTM 	<ul style="list-style-type: none"> - Modul 4 Pelayanan PTM di Keluarga (Kemenkes, 2016) - Juknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi (Kemenkes, 2015)
8	Penderita gangguan jiwa mendapat pengobatan dan tidak ditelantarkan	<ul style="list-style-type: none"> - Program Pengendalian PTM 	<ul style="list-style-type: none"> - Modul 4 Pelayanan PTM di Keluarga (Kemenkes, 2016)
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	<ul style="list-style-type: none"> - Program Pengendalian PTM 	<ul style="list-style-type: none"> - Modul 4 Pelayanan PTM di Keluarga (Kemenkes, 2016)
10	Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	<ul style="list-style-type: none"> - Program JKN 	<ul style="list-style-type: none"> - Buku Pegangan Sosialisasi JKN dlm SJSN

11	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	- Program Penyehatan Lingkungan	- Modul 5 Sanitasi Lingkungan di Keluarga (Kemenkes, 2016)
12	Keluarga mempunyai akses dan menggunakan jamban sehat	- Program Penyehatan Lingkungan	- Modul 5 Sanitasi Lingkungan di Keluarga (Kemenkes, 2016)

b. PENGELOLAAN DAN ANALISIS DATA KESEHATAN KELUARGA

1) Pengelolaan Data

Pengelolaan Data PIS-PK harus dilakukan dengan baik sejak mulai dari awal persiapan dan pengumpulan data sampai data siap dianalisis. Pengelolaan data atau yang biasa disebut manajemen data adalah kegiatan persiapan data sebelum dilakukan analisis. Manajemen data terdiri dari pembuatan program entri, pencatatan dan pengelompokan (*receiving– batching*) instrumen/kuesioner yang didukung dengan buku kontrol, editing dan koding kuesioner, entri data, dan pembersihan data (*cleaning*). Selanjutnya data yang sudah melalui proses pembersihan data siap untuk dianalisis.

a) Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data PIS-PK menggunakan kuesioner Keluarga Sehat yang terdiri dari 2 bagian yaitu informasi di tingkat keluarga dan individu.

b) *Editing*

Editing adalah proses penyuntingan data yang dilakukan di lapangan agar data yang salah masih dapat ditelusuri kembali pada responden yang bersangkutan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada saat melakukan editing karena banyak terjadi kesalahan meliputi variabel dan logik data, seperti adanya pertanyaan lompatan dan beberapa variabel penting, antara lain adalah :

1. Keterangan Tempat: Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan, Desa/Kelurahan, RW, RT, Nomor urut bangunan, Nomor urut keluarga
2. Nama Anggota Keluarga
3. Jenis Kelamin
4. Umur anggota keluarga
5. Tanggal/bulan/tahun lahir
6. Tanggal/bulan/tahun survey/pengumpulan data
7. Nomor Induk Kependudukan (NIK)

8. Hubungan dengan Kepala Keluarga

c) *Coding*

Setelah semua pertanyaan di kuesioner ditanyakan dan dijawab oleh keluarga dan anggota keluarga maka yang harus dilakukan selanjutnya adalah melakukan proses *Coding* yaitu proses memberikan kode berupa suatu angka atau huruf pada setiap data untuk masing-masing responden dengan cara mengisikan atau melingkari opsi jawaban kemudian memindahkan kode jawaban ke kotak yang tersedia di sebelah paling kanan. Tujuan melakukan coding agar memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

d) *Receiving & Batching*

Setelah data diedit dan *dicoding* maka selanjutnya kuesioner akan dicatat dan dikelompokkan kemudian disimpan dalam tempat penyimpanan kuesioner. Pencatatan dan pengelompokan yang baik akan memudahkan (mempercepat dan memperlancar) dalam proses penelusuran data ke kuesioner.

e) *Entry*

Proses selanjutnya adalah melakukan entri data menggunakan aplikasi Keluarga Sehat versi 2.0 yang telah disediakan oleh Pusdatin, Kementerian Kesehatan. Proses instalasi, cara entri data dan cara pengiriman data ke server telah dijelaskan pada bagian sebelumnya.

f) *Cleaning*

Cleaning data adalah proses pembersihan data dari nilai-nilai yang outlier, baik untuk nilai minimal maupun maksimal disesuaikan dengan nilai range yang telah ditetapkan.

Setelah data di kuesioner selesai dientri dan dikirim ke server kemudian mengunduh data dari aplikasi maka sebelum data dianalisis maka harus dilakukan *cleaning* data (pembersihan data) terlebih dahulu.

Proses *cleaning* data sangat penting karena ada kemungkinan terjadinya kesalahan ketika memindahkan/memasukkan angka atau kode dari kuesioner ke dalam program entri.

Peluang terjadinya kesalahan akan sangat besar apabila program entri tidak dirancang dengan baik, seperti tidak adanya pembatasan atau range angka yang boleh dimasukkan atau tidak adanya filter untuk pertanyaan-pertanyaan yang memerlukan lompatan.

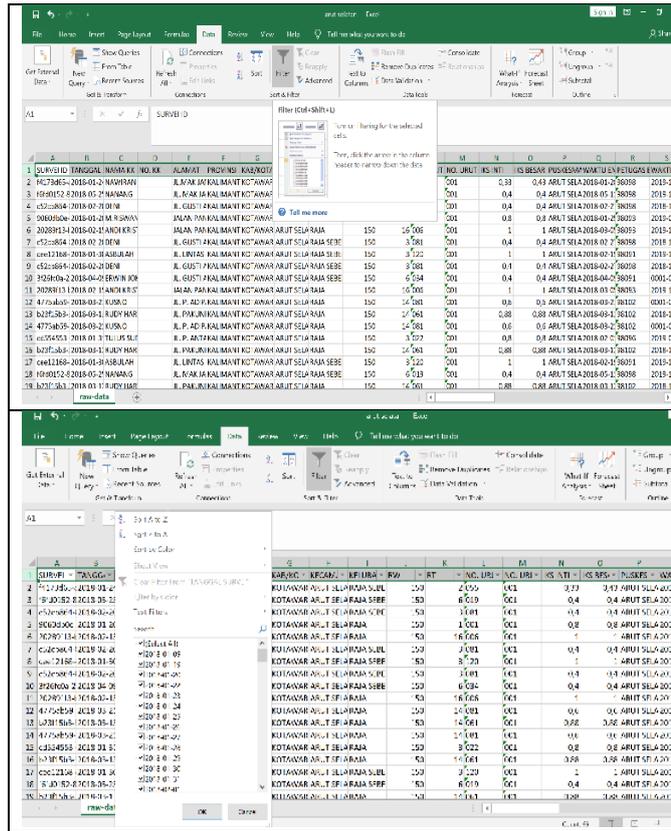
Sebagai contoh variabel yang sering terjadi kesalahan antara lain adalah:

- 1) Umur anggota keluarga
- 2) Tanggal/bulan/tahun lahir

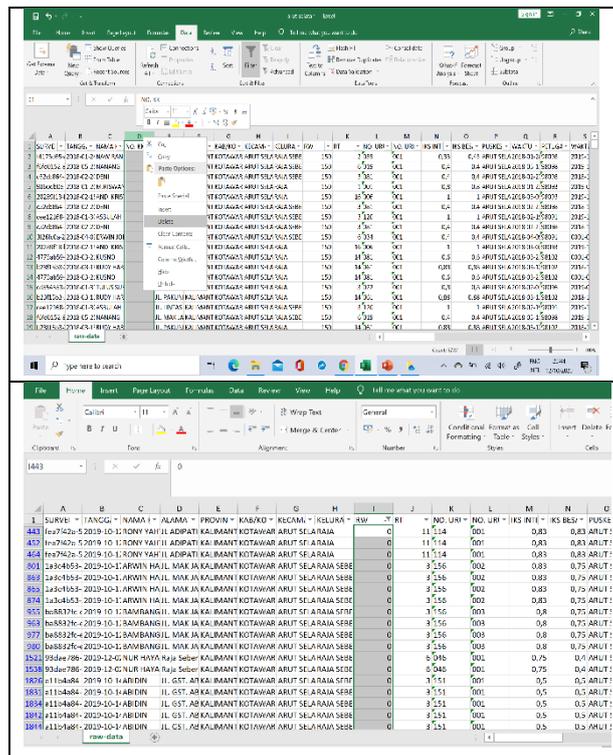
- 3) Tanggal/bulan/tahun survey/pengumpulan data
- 4) Keterangan Tempat :
 - Kecamatan
 - Desa/Kelurahan
 - Nomor urut Bangunan
 - Nomor urut Keluarga
 - Nomor RW
 - Nomor RT
 - Kode hubungan dengan Kepala Keluarga

Proses *Cleaning* data dapat dilakukan dengan menggunakan aplikasi Excel ataupun SPSS.

- 1) *Cleaning* data menggunakan aplikasi Excel
Cleaning data dilakukan dengan menggunakan spreadsheet excel dan menggunakan fitur filter dan pivot.
 - a) Menu filter digunakan untuk memfilter semua variabel yang ada di data yang diunduh gunanya adalah untuk:
 1. melihat keseluruhan isi kolom
 2. melihat isi kolom yang aneh dan kosong (blank)
 3. melihat tanggal bulan tahun yang salah pada kolom yang menggunakan tanggal
 - b) Mengecek kebenaran isi kolom umur atau tanggal lahir dengan rumus: =DATEDIF(tgl lahir; tanggal survei;"Y"). sesudah itu dilakukan pengecekan dengan memfilter kolom tersebut. bila ada sel terisi "num", maka tanggal survei dilakukan lebih dahulu daripada tanggal lahir. sedangkan bila terisi "value", maka ada kesalahan penulisan tanggal lahir atau tanggal surveinya.
 - c) melakukan pivot tabel untuk melihat apakah dalam 1 KK ada yang tidak ada kepala keluarga atau kepala keluarganya >1.
 - d) mengecek untuk diagnosis hipertensi dengan memfilter usia 0-14 tahun kemudian memfilter kolom diagnosis hipertensi. seharusnya untuk umur 0-14 tahun terisi N bukan terisi Y atau T.
 - e) mengecek usia hamil dengan memfilter usia 10-54 tahun. kemudian filter jenis kelamin perempuan. lalu filter status nikah kawin dan filter kolom usia hamil. seharusnya terisi Y atau T. tidak boleh ada isian N atau blank.
 - f) metode filter dan pivot itu dapat dilakukan untuk semua variabel yang memenuhi kriteria



Klik Tab DATA kemudian klik FILTER. Setelah itu, kita dapat melihat variable data apakah ada missing data atau data yang aneh



Untuk kolom No. KK, karena tidak terisi dapat dibuang (delete). RW ada yang terisi 0, sebaiknya di cek kepada isian kuisisioner survey dan aplikasi, apakah terjadi salah penulisan atau entri. Surveyor melakukan pengecekan Kembali.

The top screenshot shows an Excel spreadsheet with columns labeled F through R. The data includes family IDs (e.g., 40501, 40502), names (e.g., KARYO, KESAMA), and various numerical values in columns M through R.

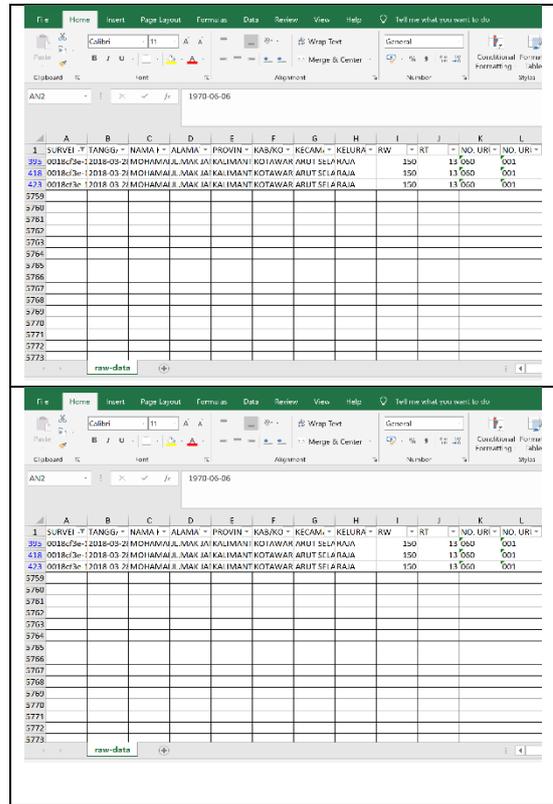
The bottom screenshot shows another Excel spreadsheet with columns labeled A through N. It contains similar data with family IDs (e.g., 40501, 40502) and names (e.g., ALYANI, NAMA), along with numerical values in columns M and N.

No urut keluarga 030, di cek Kembali apakah benar?
 No urut keluarga blank (tidak terisi), dicek Kembali apakah terlupa saat entri?

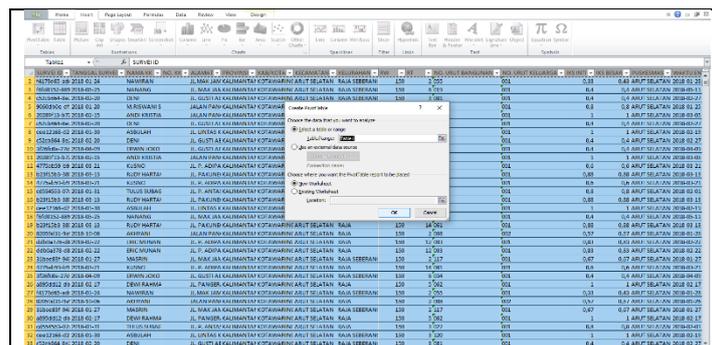
The top screenshot shows an Excel spreadsheet with columns labeled A through S. It displays a list of family IDs (e.g., 40501, 40502) and names (e.g., KARYO, KESAMA) with corresponding numerical values in columns M through S.

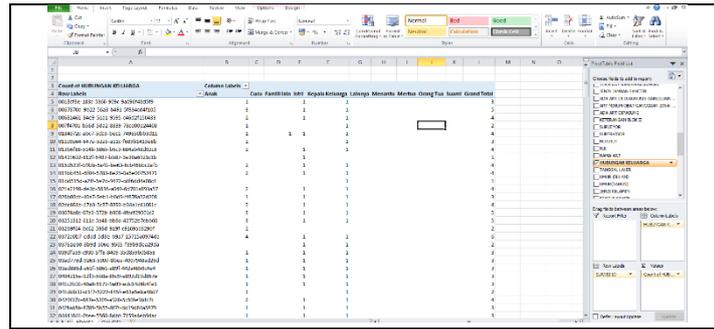
The bottom screenshot shows another Excel spreadsheet with columns labeled A through P. It contains family IDs (e.g., 40501, 40502) and names (e.g., ALYANI, NAMA) with numerical values in columns M through P.

Klik Tab DATA kemudian klik FILTER. Setelah itu, kita dapat melihat variable data apakah ada missing data atau data yang aneh



Untuk melihat data dalam satu keluarga, maka filter dilakukan per survei ID. Untuk tanggal lahir, dapat difilter dan terlihat tanggal lahir dimana tahunnya aneh. Harus dilihat Kembali pada pengisiannya apakah data yang dientry sudah benar atau tidak, dengan membuat kolom (sementara) membuat umur tahun dengan rumus: $=DATEDIF([@[TANGGAL LAHIR]];@[TANGGAL SURVEI]];"Y")$. Jika terdapat "NUM" berarti survei dilakukan terlebih dahulu sebelum lahir.

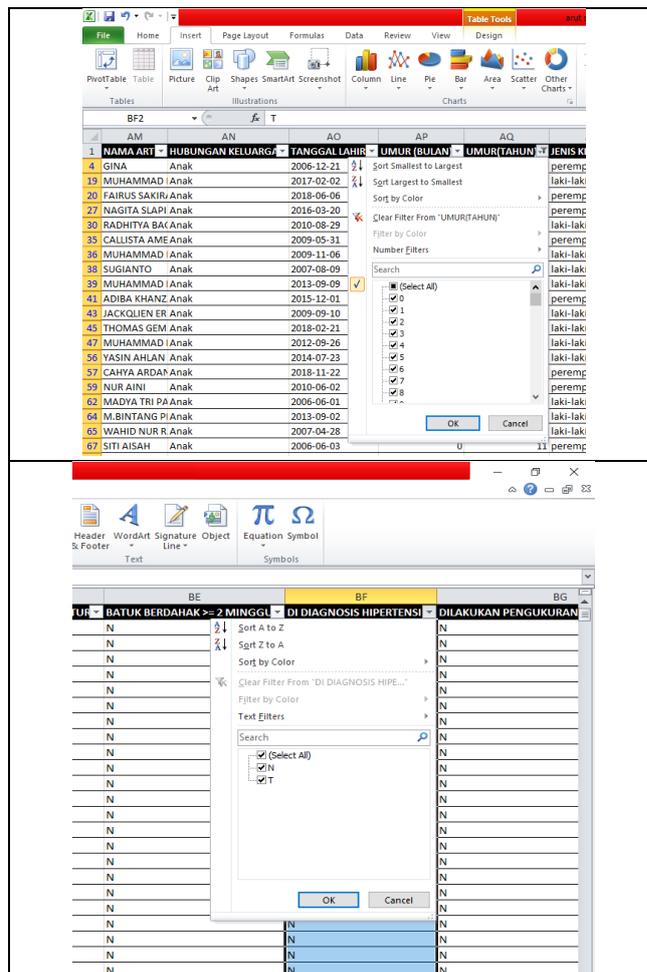




Untuk melihat data yang aneh pada kepala keluarga dapat dilakukan dengan menggunakan pivot table:

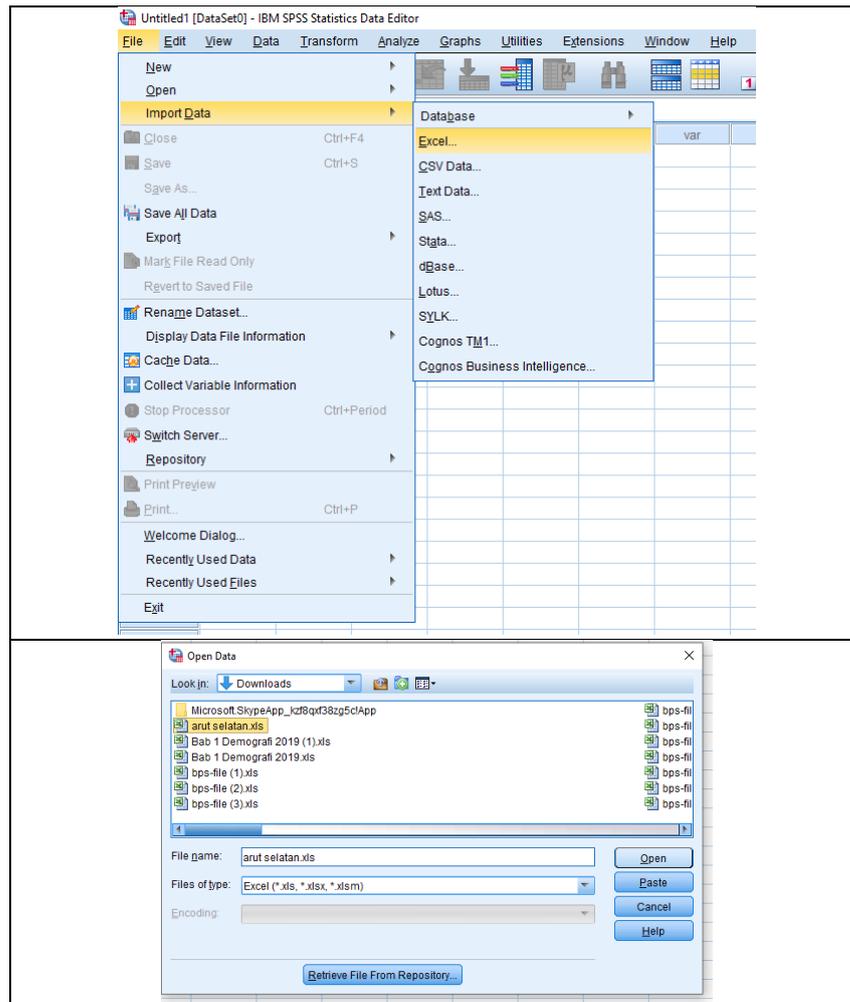
- Klik Insert Pivot Table Ok
- Masukkan Survei ID pada fields “Rows” dan hubungan Keluarga pada fields “Values” dan “columns”
- Kemudian Copy Paste Value Pivot table tersebut ke sheet baru dan filter kolom kepala keluarga

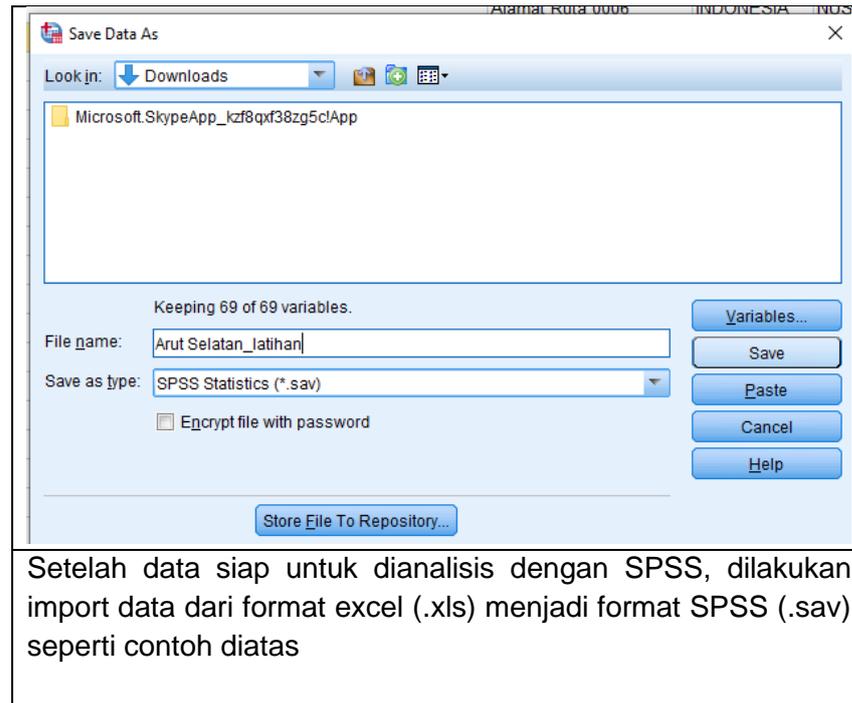
Nanti akan terlihat data yang blank dan jumlah kepala keluarga lebih dari 1, hal ini harus di cek kembali pada Surveyor.



Untuk melihat data yang aneh pada kolom diagnosis hipertensi dengan:

- Filter Umur (Tahun) 0 – 14 tahun
- Filter Diagnosis Hipertensi “Y”
- Jika terdapat “Y” maka di cek kembali, dan jika tidak ada maka data sudah bersih/benar





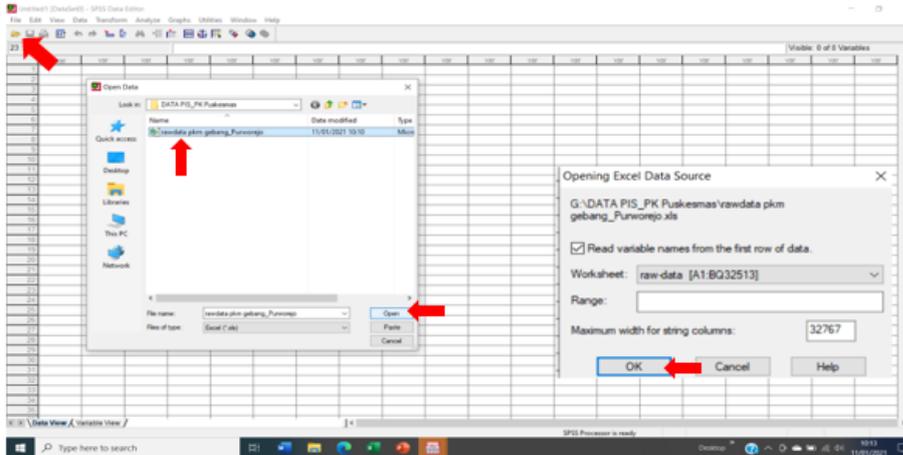
2) **Cleaning data menggunakan aplikasi SPSS**

Data yang diunduh melalui aplikasi Keluarga Sehat tersedia dalam bentuk spreadsheet excel. Sehingga saat membuka data di SPSS maka dipilih file dengan extension “xls”.

Langkah-langkah membuka dan menyimpan file:

- Buat Folder Data PIS-PK Puskesmas
- Simpan data PIS-PK Puskesmas hasil unduhan dari aplikasi KS di folder Data PIS-PK Puskesmas
- Selanjutnya buka Program SPSS
- Pilih file → Klik open → Data → extension “XLS”
- Klik ‘OK’
- Proses menyimpan data → klik Save As → berikan nama file
- Klik “Save’

a) Membuka file PIS-PK hasil unduhan dari aplikasi KS



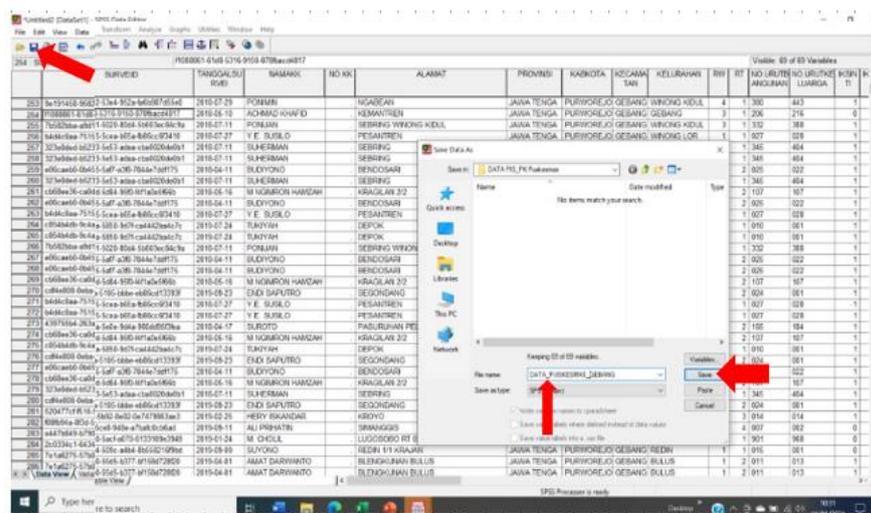
Gambar 76. Langkah-langkah Membuka File Excel di SPSS

b) Setelah diklik OK maka data PIS-PK akan terbuka dengan tampilan sebagai berikut :

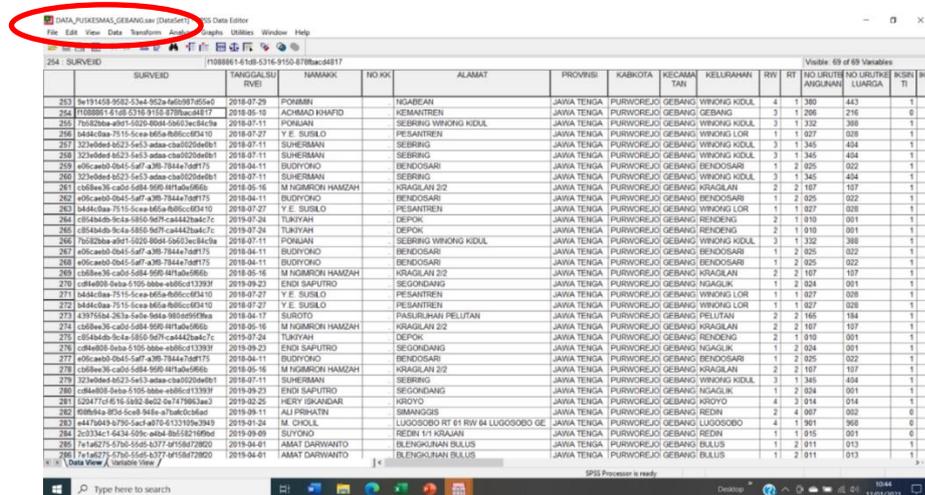
SURVEID	SURVEIRO	TANGGALSU	RW	NAMEX	NO KK	ALAMAT	PROVINSI	KABUPATEN	KECAMATAN	KELURAHAN	RW	RET	NO URUT/NO URUT/NO URUT/NO URUT/NO URUT/NO URUT	RET	
253	161914518-9662-5344-9C2a-f6d88705d4d	2018-07-29	POKMAN			NGAJIAN	JAWA TENGAH	PURWOREJO	GEBAANG	WINONG KIDUL	4	1	380	443	1
254	F108881E1416B-6376-915D-878bacd4817	2018-05-10	ACHMAD KHAFID			KEMANTREN	JAWA TENGAH	PURWOREJO	GEBAANG	GEBAANG	3	1	206	216	0
255	765828aa-e9f1-5029-8044-d8633e38c3a	2018-07-11	PONJAN			SEBRING WINONG KIDUL	JAWA TENGAH	PURWOREJO	GEBAANG	WINONG KIDUL	3	1	332	388	1

Gambar 77. Tampilan File Setelah dibuka di SPSS

c) Selanjutnya file disimpan dan diberikan nama dalam extension “Sav”
 Contoh : Data_Puskesmas_Gerbang Sehat.Sav



Gambar 78. Langkah-langkah Menyimpan File di SPSS



Gambar 79. Contoh File yang sudah disimpan di SPSS

c. Cleaning Data

Langkah-langkah melakukan *Cleaning Data*:

1) Lakukan Distribusi Frekuensi dan Tabulasi Silang terhadap variabel-

variabel kunci, seperti :

a) Keterangan Tempat :

1. Kecamatan
2. Desa/Kelurahan
3. Nomor RW
4. Nomor RT
5. Nomor urut Bangunan
6. Nomor urut Keluarga

b) Kode Hubungan dengan Kepala Keluarga

c) Jenis Kelamin

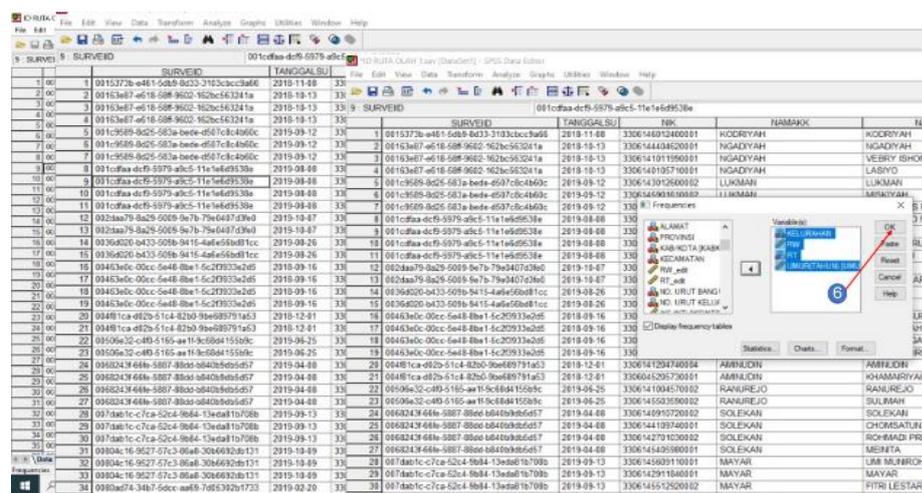
d) Umur anggota keluarga

e) Tanggal/bulan/tahun lahir

- f) Tanggal/bulan/tahun survey/pengumpulan data
 - g) Nomor Induk Kependudukan (NIK)
 - h) Hubungan dengan Kepala Keluarga
- 2) Cek apakah data dianggap logis atau tidak
- a) Nomor urut bangunan yang sama di semua RW atau RT
 - b) Nomor urut keluarga yang lebih dari 1 digit
 - c) Terdapat lebih 1 kepala keluarga di keluarga yang sama
 - d) Tidak ada Kepala Keluarga
 - e) Jenis kelamin berbeda dengan sebenarnya
 - f) Umur terlalu ekstrim (>100 tahun) atau umur “kosong” atau “99”
 - g) Tahun lahir lebih besar dari tahun survey
 - h) Tahun Survey lebih besar dibandingkan dengan tahun survey yang sebenarnya

Contoh melakukan distribusi frekuensi terhadap variabel Desa/Kelurahan, RW, RT dan umur anggota keluarga. Langkah-langkah sebagai berikut:

1. Klik Analyze
2. Klik Descriptive Statistics
3. Klik Frequencies
4. Pilih variabel kelurahan, RW, RT dan umur (tahun) → menekan tombol shift tahan lalu pilih variabel
5. Klik tanda panah
6. Klik Ok



Gambar 80. Langkah-langkah dalam melakukan Distribusi Frekuensi Variabel

KELURAHAN					RW					UMUR (TAHUN)				
Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
BENDOSARI	699	2.1	2.1	2.1	0	18	.1	.1	.1	0	11	.3	.3	.3
BULLIS	1485	4.6	4.6	6.7	1	11946	36.7	36.7	36.8	1	6	.0	.0	99.0
GEBANG	1176	3.6	3.6	10.3	2	11363	35.0	35.0	71.8	2	10	.0	.0	99.0
GINTUNGAN	2152	6.6	6.6	16.9	3	5994	18.1	18.1	90.0	3	15	.0	.0	99.0
KALITENGKEK	1133	3.5	3.5	20.4	4	1970	6.1	6.1	96.0	4	20	.0	.0	99.0
KEHRI	698	2.1	2.1	22.6	5	721	2.2	2.2	98.2	5	25	.0	.0	99.0
KRAGILAN	598	1.8	1.8	24.4	6	403	1.3	1.3	99.5	6	30	.0	.0	99.0
KROYO	1873	5.1	5.1	29.5	7	121	.4	.4	99.9	7	35	.0	.0	99.0
LUGOSOBO	2147	6.6	6.6	36.1	8	4	.0	.0	100.0	8	40	.0	.0	99.0
NILARAN	1292	4.0	4.0	40.1	9	5	.0	.0	100.0	9	45	.0	.0	99.0
NGAGLIK	1053	3.2	3.2	43.4	10	4	.0	.0	100.0	10	50	.0	.0	99.0
NOEH PLAK	988	3.0	3.0	46.4	11	37	.1	.1	100.0	11	55	.0	.0	99.0
PAJENI	1292	4.0	4.0	50.4	12	117	.4	.4	100.0	12	60	.0	.0	99.0
PELUTAN	694	2.1	2.1	52.6	13	119	.4	.4	100.0	13	65	.0	.0	99.0
PENUNGGULAN	2458	7.6	7.6	60.1	14	109	.3	.3	100.0	14	70	.0	.0	99.0
PRUBEN	406	1.4	1.4	61.5	15	4	.0	.0	100.0	15	75	.0	.0	99.0
REDIN	2055	6.3	6.3	70.3	16	11	.0	.0	100.0	16	80	.0	.0	99.0
RENDENG	1233	3.8	3.8	74.1	17	12	.0	.0	100.0	17	85	.0	.0	99.0
SALAI	495	1.5	1.5	75.6	18	13	.0	.0	100.0	18	90	.0	.0	99.0
SEREN	2508	8.0	8.0	83.6	19	14	.0	.0	100.0	19	95	.0	.0	99.0
SIDOLEHEN	616	1.9	1.9	85.4	20	15	.0	.0	100.0	20	100	.0	.0	99.0
TLOOSONO	743	2.3	2.3	87.7	21	16	.0	.0	100.0	21	105	.0	.0	99.0
WING KIDUL	1504	4.6	4.6	92.4	22	17	.0	.0	100.0	22	110	.0	.0	99.0
WING LOR	1558	4.8	4.8	97.1	23	18	.0	.0	100.0	23	115	.0	.0	99.0
WONG TOPO	928	2.9	2.9	100.0	24	19	.0	.0	100.0	24	120	.0	.0	99.0
Total	32511	100.0	100.0		25	20	.0	.0	100.0	25	125	.0	.0	100.0

Gambar 81. Output Distribusi frekuensi Kelurahan, RW, RT dan umur (tahun)

Berdasarkan data pada gambar... dapat disimpulkan bahwa untuk jumlah kelurahan sudah sesuai bahwa wilayah kerja Puskesmas Gerbang Sehat terdiri dari 25 kelurahan tetapi terdapat beberapa data yang tidak logis untuk kode RW dan RT, yaitu terdapat kode “0” ditingkat RW kemudian kode “11”, “22”, “37” dan “151” di tingkat RT.

Demikian pula untuk data umur, tampak bahwa terdapat data umur yang kurang logis yaitu terdapat umur lebih dari 100 tahun. Untuk memastikan kebenaran data tersebut maka terlebih dahulu harus dicek tanggal/bulan/tahun lahir maupun tanggal/bulan/tahun survey atau pengumpulan data.

Setelah melakukan distribusi frekuensi semua variabel maka yang harus kita lakukan selanjutnya adalah harus melakukan cleaning terhadap data yang dianggap tidak logis, dengan cara melakukan pengecekan data di kuesioner.

Setelah dilakukan pengecekan ke kuesioner ternyata memang terdapat perbedaan data antara yang tertulis di kuesioner dengan data hasil entri. Hal ini terjadi karena adanya kesalahan pada saat mengisi data RW, RT dan tanggal/bulan/tahun lahir maupun tanggal/ bulan/tahun survey dari kuesioner ke program entri. Apabila memang terjadi kesalahan entri maka isian data langsung diganti sesuai dengan isian data yang tertulis di kuesioner. Tetapi apabila isian di kuesioner sama dengan yang di entri maka perlu dilakukan konfirmasi kepada petugas yang melakukan kunjungan ke keluarga atau ke pembina wilayah dari masing-masing desa.

Apabila harus memperbaiki isian data maka sebaiknya perbaikan data dilakukan di file yang berbeda atau baru agar dapat ditelusuri kembali data mana yang telah dilakukan perbaikan. Gambar menunjukkan terdapat

kesalahan pada saat melakukan entri “tahun lahir” data oleh petugas yang menyebabkan terjadi kesalahan perhitungan umur.

	TANGGALSURVEI	TANGGALLAHIR	UMURTAHUN	RW	RW_edit	RT	RT_edit	NBK	NAMAJK
1	2019-10-08	1989-06-05	30	0	5	4	4	33061405065900006	MILIUNO
2	2019-10-08	1960-09-06	59	0	5	4	4	33061446096600003	MILIUNO
3	2019-04-23	1966-04-17	53	0	1	1	1	33061417046400001	BAKIR
4	2019-04-23	1967-11-26	51	0	1	1	1	33061466511670001	BAKIR
5	2019-10-06	1984-11-06	34	0	1	0	1	3302060611840001	MIFTAHUR RAHMAN
6	2019-10-06	1986-03-06	33	0	1	0	1	33061106038600002	SIGIT DANIANTO
7	2019-10-06	1988-08-08	31	0	1	0	1	35020708088800004	MOH. ROBIK
8	2019-10-06	1988-05-31	31	0	1	0	1	3502177105880001	MOH. ROBIK
9	2019-10-08	1989-08-24	30	0	5	4	4	33061424088900003	MILIUNO
10	2019-10-06	1990-04-20	29	0	1	0	1	33061060049000004	SIGIT DANIANTO
11	2019-10-06	1992-05-29	26	0	1	0	1	33061729053300001	HENDRA KURNIYADI
12	2019-10-06	1992-11-03	26	0	1	0	1	3306114311920001	HENDRA KURNIYADI
13	2019-10-06	0001-01-01	19	0	1	0	1	33061400000000000	MIFTAHUR RAHMAN
14	2019-10-06	0001-01-01	19	0	1	0	1	33061400000000000	SUPARMONO
15	2019-10-06	0001-01-01	19	0	1	0	1	00000000000000000	SUPARMONO
16	2019-10-06	2014-04-22	5	0	1	0	1	3308176204140002	HENDRA KURNIYADI
17	2019-10-06	2016-10-31	0	0	1	0	1	33061400000000000	MIFTAHUR RAHMAN
18	2019-10-06	2017-09-25	0	0	1	0	1	3306012505170002	SIGIT DANIANTO
19	2019-10-06	2015-08-22	0	0	1	0	1	3306012208150001	SIGIT DANIANTO
20	2019-10-06	0001-01-01	0	0	1	0	1	00000000000000000	SUPARMONO
21	2019-10-06	0001-01-01	0	0	1	0	1	00000000000000000	SUPARMONO
22	2018-05-07	1899-11-30	127	1	1	2	2	3306143455677702	SALMAN
23	2018-11-21	1899-11-30	127	1	1	3	3	00000000000000000	WAHYU SUSANTO
24	2019-10-02	1899-11-29	127	1	1	1	1	33061409059200004	ANTENG
25	2019-10-18	0874-07-10	127	1	1	2	2	3306145007790002	SUDARMAN
26	2019-02-20	1001-01-01	127	1	1	1	1	3306140000	WAGIRAN
27	2018-09-17	0992-09-02	127	1	1	3	3	33061442099200001	MISRAN
28	2019-10-07	1899-11-29	127	1	1	1	1	33061420035400001	KABRI
29	2019-03-18	1915-10-31	103	1	1	4	4	3306140111150001	KASAN WUJOYO
30	2019-06-10	1920-01-19	98	1	1	2	2	33061419012000001	AMAT IRFAN
31	2019-04-23	1922-01-01	97	1	1	2	2	33061401012200003	REJO BUKTI
32	2018-07-13	1922-12-30	98	1	1	2	2	33061471122200002	AHMAD THOLIBIN
33	2019-10-01	1926-11-16	94	1	1	2	2	00000000000000000	MOH ADAM R
34	2011-08-23	1926-12-31	93	1	1	1	1	33061471122500001	SUYONO

Gambar 82. Hasil pengecekan pada raw data yang dianggap tidak logis

Contoh melakukan tabulasi silang antara variabel Desa/Kelurahan dengan RW atau RT

Langkah-langkah sebagai berikut :

1. Klik Analyze
2. Klik Descriptive Statistics
3. Klik Crosstabs
4. Pilih variabel kelurahan → masukkan ke kotak row, kemudian pilih variabel RW → masukkan ke kotak colom dengan mengklik tanda panah
5. Klik tanda panah
6. Klik Ok

Gambar 83. Langkah-langkah melakukan Tabulasi Silang antar Variabel

Count		KELURAHAN * RW Crosstabulation										Total
		RW										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Sebelum dicleaning	KELURAHAN BENDOSARI	0	250	299	0	0	0	0	0	0	0	659
	BULUS	0	542	618	325	0	0	0	0	0	0	1485
	GEBANG	0	265	317	190	235	178	1	0	0	0	1176
	GINTUNGAN	0	265	267	303	208	137	218	324	218	212	2152
	KALITENGSEK	0	526	592	0	0	0	0	0	0	0	1133
	KEMIRI	0	281	414	3	0	0	0	0	0	0	698
	KRAGILAN	0	373	311	425	564	0	0	0	0	0	1673
	KROYO	0	373	311	425	564	0	0	0	0	0	1673
	LUCOSOBO	0	507	373	591	308	365	0	0	0	0	2147
	MLARAN	0	339	143	291	269	250	0	0	0	0	1292
	NGAGLIK	0	282	284	247	240	0	0	0	0	0	1053
	NGEMPLAK	0	207	190	285	303	0	0	0	0	0	988
	PAKEM	0	593	590	0	3	0	0	0	0	0	1292
	PELUTAN	0	280	208	205	0	0	0	0	0	0	694
	PENUNGGULAN	0	466	0	309	366	310	625	0	0	0	2458
	PUMBEN	0	466	0	309	366	0	0	0	0	0	466
	REDIN	0	1041	753	477	577	2	5	0	0	0	2855
RENDENG	16	318	321	590	0	0	0	0	0	0	1233	
SALAM	9	320	173	0	0	0	0	0	0	0	495	
SEREN	3	350	418	485	356	371	596	0	0	0	2588	
SIDOLEREN	0	209	186	220	0	0	0	0	0	0	615	
TLOOSONO	0	179	265	299	0	0	0	0	0	0	743	
WINONG KIDUL	2	295	373	494	342	0	0	0	0	0	1504	
WINONG LOR	2	295	305	313	266	377	0	0	0	0	1556	
WONOTORO	2	919	7	0	0	0	0	0	0	0	928	
Total		21	8905	8271	6055	4057	1990	1445	324	218	212	32511

		RW edit										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Setelah dicleaning	KELURAHAN BENDOSARI	0	286	403	0	0	0	0	0	0	0	689
	BULUS	0	542	618	325	0	0	0	0	0	0	1485
	GEBANG	0	265	317	190	235	170	0	0	0	0	1176
	GINTUNGAN	0	265	267	303	213	130	218	324	218	212	2152
	KALITENGSEK	0	526	597	0	0	0	0	0	0	0	1133
	KEMIRI	0	281	417	0	0	0	0	0	0	0	698
	KRAGILAN	0	373	356	0	0	0	0	0	0	0	698
	KROYO	0	373	311	425	564	0	0	0	0	0	1673
	LUCOSOBO	0	507	373	591	308	366	0	0	0	0	2147
	MLARAN	0	339	143	291	269	250	0	0	0	0	1292
	NGAGLIK	0	202	204	249	238	0	0	0	0	0	1053
	NGEMPLAK	0	207	190	285	303	0	0	0	0	0	988
	PAKEM	0	593	599	0	0	0	0	0	0	0	1292
	PELUTAN	0	280	208	205	0	0	0	0	0	0	694
	PENUNGGULAN	0	466	0	309	366	310	625	0	0	0	2458
	PUMBEN	0	466	0	309	366	0	0	0	0	0	466
	REDIN	0	1048	753	477	577	2	5	0	0	0	2855
RENDENG	16	332	321	590	0	0	0	0	0	0	1233	
SALAM	9	322	173	0	0	0	0	0	0	0	495	
SEREN	3	350	418	485	356	374	596	0	0	0	2588	
SIDOLEREN	0	209	186	220	0	0	0	0	0	0	615	
TLOOSONO	0	179	265	299	0	0	0	0	0	0	743	
WINONG KIDUL	2	295	373	494	342	0	0	0	0	0	1504	
WINONG LOR	2	295	305	313	266	377	0	0	0	0	1556	
WONOTORO	2	928	0	0	0	0	0	0	0	0	928	
Total		9935	8280	6055	4059	1988	1439	324	218	212	32511	

Gambar 84. Hasil Tabulasi Silang antar Variabel

Sebelum dilakukan cleaning terdapat kode "0", kemudian juga jumlah RW di Kelurahan Kemiri terdapat 3 RW tetapi setelah dicek ternyata di Kelurahan Kemiri hanya terdiri dari 2 RW. Demikian pula di Kelurahan Pakem dan Palutan terdapat perbedaan antara data entri dengan kondisi yang sebenarnya di lapangan.

d. Analisis Data

Analisis data dapat dilakukan dengan menggunakan :

- 1) Program Excel INARATA
- 2) Program SPSS

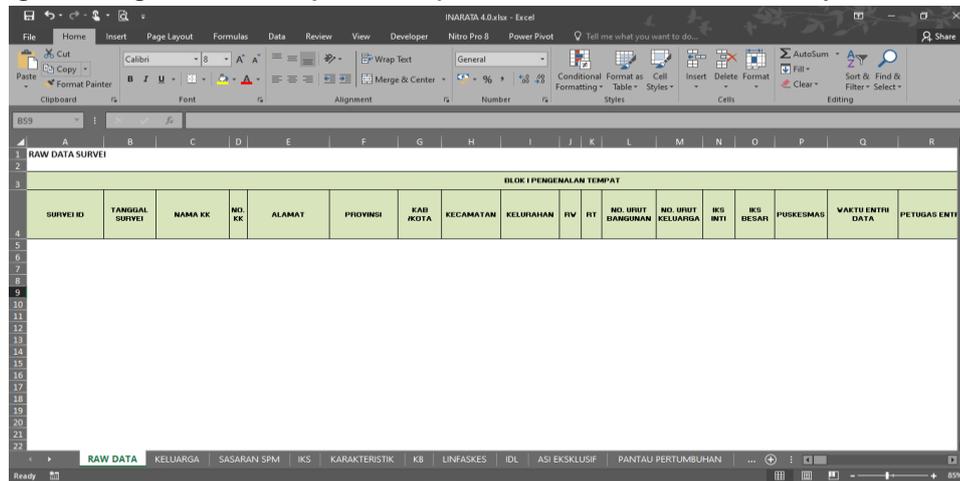
1) Analisis Data menggunakan Program Excel INARATA

Berdasarkan data dari Dirjen Yankes per Agustus 2019, diantara 2.724 Puskesmas yang sudah menyampaikan laporan evaluasi baru sekitar 2141 Puskesmas (78,6%) yang sudah melakukan analisis IKS awal dan baru 1349 Puskesmas (49,52%) yang memanfaatkan raw data hasil kunjungan keluarga untuk analisis dalam rangka perencanaan intervensi lanjut.

Hal ini mendorong pengembangan upaya inovatif dalam rangka membantu puskesmas untuk melakukan analisis lanjut melalui Program Instrumen Analisis Raw Data PIS-PK (INARATA). Aplikasi ini berbasis Microsoft Excel sehingga cukup mudah dalam pengoperasiannya. INARATA merupakan aplikasi yang dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas dalam membantu menganalisis data Keluarga Sehat

secara sederhana dan mudah. Selanjutnya hasil analisis tersebut dapat digunakan dalam melakukan evaluasi maupun merencanakan intervensi.

Berikut adalah tampilan aplikasi INARATA 4.0 yang telah dilakukan pengembangan lebih lanjut dari aplikasi INARATA sebelumnya.



Gambar 86. Contoh tampilan aplikasi INARATA

Untuk penjelasan lebih lanjut akan disampaikan dalam modul khusus tentang Penggunaan INARATA.

2) Analisis Data menggunakan Program SPSS

Penyiapan Data

Raw data hasil entri Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) terbagi dalam 2 jenis, yaitu data tingkat keluarga dan data tingkat individu. Data dapat diunduh melalui aplikasi atau dimintakan ke Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan.

a) Data di tingkat keluarga terdiri dari:

1. Pengenalan Tempat, meliputi :

- Provinsi,
- Kab/kota,
- Kecamatan,
- Puskesmas,
- Desa/kelurahan,
- RT/RW,
- Nomor urut bangunan/rumah,
- Nomor urut keluarga,
- Alamat

2. Keterangan Keluarga, meliputi :

1. Nama Kepala Keluarga
2. Keterangan Jumlah Keluarga dan Anggota keluarga

3. Ketersediaan sarana air bersih di lingkungan rumah
4. Ketersediaan jamban keluarga
5. Ada anggota keluarga yang pernah didiagnosis menderita gangguan jiwa berat
6. Apakah minum obat gangguan jiwa secara teratur
7. Keterangan anggota keluarga (nama, hubungan dengan Kepala Keluarga, jenis kelamin, status perkawinan, status kehamilan, agama, Pendidikan, dan pekerjaan)

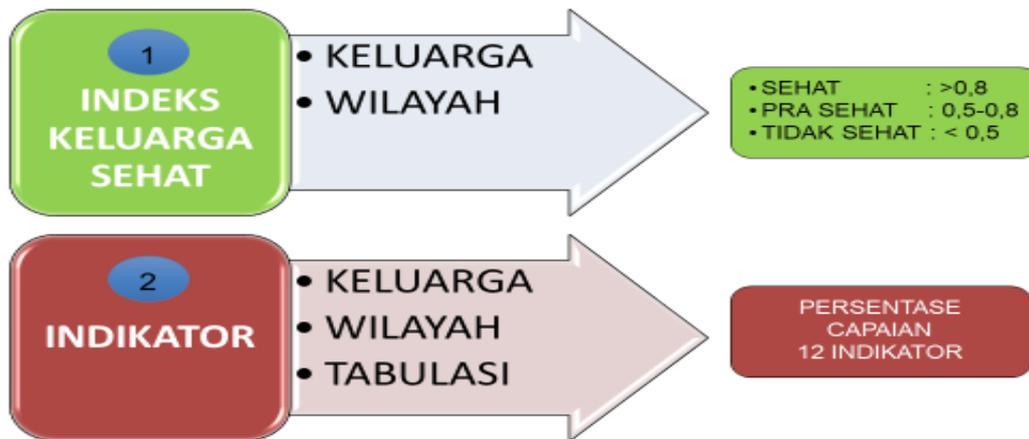
b) Data di tingkat individu terdiri dari :

1. Keterangan Individu, meliputi :
 - nama
 - urutan Anggota keluarga
 - NIK
 - tanggal puldat
 - umur anggota keluarga)
2. Gangguan Kesehatan, meliputi :
 - Kepemilikan Kartu Jaminan Kesehatan (JKN)
 - Perilaku Merokok
 - Perilaku BAB di Jamban
 - Perilaku penggunaan air bersih
 - Menderita TB paru (hasil diagnosis tenaga medis)
 - Perilaku minum obat paru secara teratur
 - Menderita gejala TB Paru
 - Menderita hipertensi (hasil diagnosis tenaga medis)
 - Perilaku minum obat hipertensi secara teratur
 - Hasil pengukuran tekanan darah
 - Penggunaan alat kontrasepsi KB
 - Melahirkan di fasilitas pelayanan Kesehatan
 - Bayi mendapat ASI Eksklusif
 - Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
 - Perilaku pemantauan Pertumbuhan

Analisis Data PIS-PK

Setelah data dicleaning dan sudah dinyatakan clean maka baru bisa dilakukan analisis lebih lanjut dan mendalam.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa dalam melakukan analisis data PIS-PK bisa menggunakan dua pendekatan yaitu berdasarkan IKS dan Indikator.



Gambar 87. Rencana Analisis Data PIS-PK

Analisis sederhana yang dapat dilakukan di Puskesmas antara lain dengan langkah-langkah sebagai berikut: 1) membuat distribusi frekuensi atau tabulasi silang antar variabel; 2) interpretasi hasil.

Contoh :

a) Berapa nilai IKS Kelurahan dan RW ?

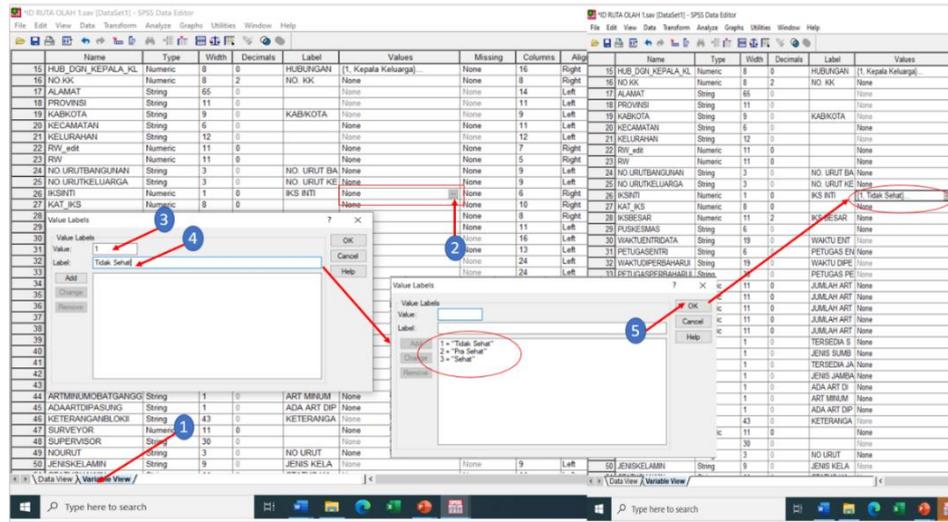
1. Melakukan recoding nilai IKS dari masing-masing keluarga menjadi:
1. Tidak Sehat; 2). Pra Sehat; 3). Sehat sesuai dengan ketentuan kategori IKS.

Syntax yang digunakan untuk membuat kategori IKS adalah sebagai berikut :

```
RECODE IKSINTI  
(Lowest thru 0.499=1) (0.500 thru 0.800=2) (0.800 thru Highest=3)  
INTO KAT_IKS .  
EXECUTE .
```

Berikan label pada variabel KAT_IKS : 1=Tidak Sehat ,2=Pra Sehat dan 3=Sehat

- Klik variabel view
- Arahkan kursor ke baris KAT_IKS dan kolom Value
- Klik tepat di bagian tanda tiga titik
- Ketik angka 1 pada kotak value
- Ketik “Tidak Sehat” pada kotak label, dst
- Klik Ok



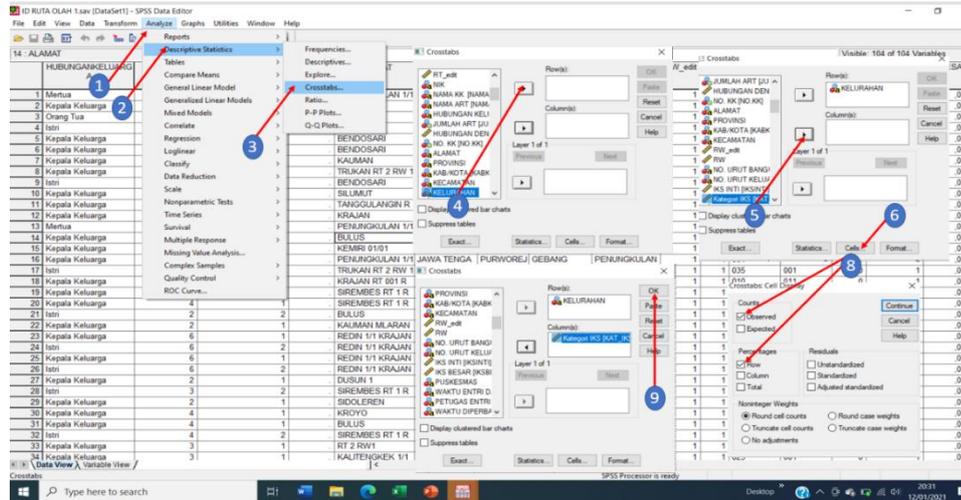
Gambar 88. Langkah-langkah cara memberikan label pada sebuah variabel

2. Melakukan tabulasi silang antara variabel kelurahan dengan IKS

- Klik “Analyze”
- Klik “Descriptive statistics”
- Klik “Crosstabs”
- Masukkan variabel kelurahan ke kotak Row
- Masukkan variabel Kat_IKS ke kotak column
- Klik “Cells” → klik observed dan Row
- Klik “Ok”

atau bisa dengan menggunakan syntax :

```
CROSSTABS
/TABLES=KELURAHAN BY KAT_IKS
/FORMAT= AVALUE TABLES
/CELLS= COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL .
```



Gambar 89. Tahapan Melakukan Tabulasi Silang antar Variabel

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kelurahan silang dengan IKS pada gambar 100, terlihat bahwa kelurahan yang memiliki IKS tidak sehat paling banyak adalah Kelurahan Penungkulan (52%), Tlogosono (48,6%) dan Wonotoyo (45,9%), sedangkan kelurahan yang memiliki IKS tidak sehat paling sedikit adalah Kelurahan Seren (11,8%), Winong Kidul (19,7%) dan Bendosari (21,5%)

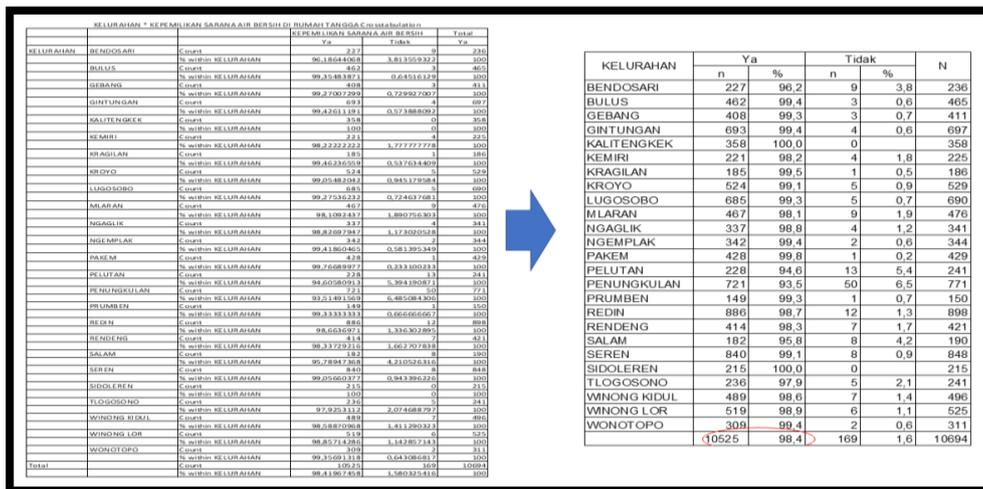
KELURAHAN	BENDOSARI	Count	Kategori IKS			Total
			Tidak Sehat	Pra Sehat	Sehat	
		Count	148	449	92	689
		% within KELURAHAN	21,5%	65,2%	13,4%	100,0%
	BULUS	Count	410	887	188	1485
		% within KELURAHAN	27,6%	59,7%	12,7%	100,0%
	GEBANG	Count	341	691	144	1176
		% within KELURAHAN	29,0%	58,8%	12,2%	100,0%
	GINTUNGAN	Count	581	1306	265	2152
		% within KELURAHAN	27,0%	60,7%	12,3%	100,0%
	KALITENGKEK	Count	467	621	45	1133
		% within KELURAHAN	41,2%	54,8%	4,0%	100,0%
	KEMIRI	Count	230	439	29	698
		% within KELURAHAN	33,0%	62,9%	4,2%	100,0%
	KRAGILAN	Count	236	308	54	598
		% within KELURAHAN	39,5%	51,5%	9,0%	100,0%
	KROYO	Count	415	1050	208	1673
		% within KELURAHAN	24,8%	62,8%	12,4%	100,0%
	LUGOSOBO	Count	712	1255	180	2147
		% within KELURAHAN	33,2%	58,5%	8,4%	100,0%
	MLARAN	Count	346	830	116	1292
		% within KELURAHAN	26,8%	64,2%	9,0%	100,0%
	NGAGLIK	Count	384	604	65	1053
		% within KELURAHAN	36,5%	57,4%	6,2%	100,0%
	NGEMPLAK	Count	350	577	61	988
		% within KELURAHAN	35,4%	58,4%	6,2%	100,0%
	PAKEM	Count	402	814	76	1292
		% within KELURAHAN	31,1%	63,0%	5,9%	100,0%
	PELUTAN	Count	247	371	76	694
		% within KELURAHAN	35,6%	53,5%	11,0%	100,0%
	PENUNGGULAN	Count	1288	1103	67	2458
		% within KELURAHAN	52,4%	44,9%	2,7%	100,0%
	PRUMBEN	Count	122	319	25	466
		% within KELURAHAN	26,2%	68,5%	5,4%	100,0%
	REDIN	Count	904	1773	178	2855
		% within KELURAHAN	31,7%	62,1%	6,2%	100,0%
	RENDENG	Count	172	853	208	1233
		% within KELURAHAN	13,9%	69,2%	16,9%	100,0%
	SALAM	Count	129	323	43	495
		% within KELURAHAN	26,1%	65,3%	8,7%	100,0%
	SEREN	Count	305	1728	555	2588
		% within KELURAHAN	11,8%	66,8%	21,4%	100,0%
	SIDOLEREN	Count	206	372	37	615
		% within KELURAHAN	33,5%	60,5%	6,0%	100,0%
	TLOGOSONO	Count	361	359	23	743
		% within KELURAHAN	48,6%	48,3%	3,1%	100,0%
	WINONG KIDUL	Count	296	1053	155	1504
		% within KELURAHAN	19,7%	70,0%	10,3%	100,0%
	WINONG LOR	Count	392	1009	155	1556
		% within KELURAHAN	25,2%	64,8%	10,0%	100,0%
	WONOTOYO	Count	426	473	29	928
		% within KELURAHAN	45,9%	51,0%	3,1%	100,0%
Total		Count	9870	19567	3074	32511
		% within KELURAHAN	30,4%	60,2%	9,5%	100,0%

Gambar 100. Output Tabulasi Silang antara variabel Kelurahan dengan variabel IKS

Agar terlihat lebih rapi maka dari output SPSS dapat dibuat tabel kembali seperti contoh pada gambar 101 atau bisa menggunakan pivot table.

Berdasarkan gambar tersebut terlihat bahwa proporsi kepemilikan sarana air bersih di wilayah kerja Puskesmas Gerbang Sehat sudah sangat tinggi yaitu sebesar 98,5% dengan proporsi tertinggi di Kelurahan Sidoleren sebesar 100% dan terendah di Kelurahan Pelutan sebesar 95,1%. Namun demikian data harus dilakukan analisis lebih lanjut tentang kondisi sumber air yang digunakan, berapa persen yang menggunakan sumber air terlindung.

Berdasarkan table 12 dan 13 menunjukkan bahwa dari 98,4 % keluarga yang memiliki sarana air bersih sekitar 95,7% sudah menggunakan sumber air terlindung, dengan proporsi tertinggi di Kelurahan Salam dan Seren sebesar 99,5% dan terendah di Kelurahan Tlogosono sebesar 86,4%.



KELURAHAN	Ya	Tidak		Total
		n	%	
BENDOSARI	227	9	3,8	236
BULUS	462	3	0,6	465
GEBANG	408	3	0,7	411
GINTUNGAN	693	4	0,6	697
KALITENGKEK	358	0	0	358
KEMIRI	221	4	1,8	225
KRAGILAN	185	1	0,5	186
KROYO	524	5	0,9	529
LUGOSOBO	685	5	0,7	690
MLARAN	467	9	1,9	476
NGAGLIK	337	4	1,2	341
NGEMPLAK	342	2	0,6	344
PAKEM	428	1	0,2	429
PELUTAN	228	13	5,4	241
PENUNGGKULAN	721	50	6,5	771
PRUMBEN	149	1	0,7	150
REDIN	886	12	1,3	898
RENDENG	414	7	1,7	421
SALAM	182	8	4,2	190
SEREN	840	8	0,9	848
SIDOLEREN	215	0	0	215
TLOGOSONO	236	5	2,1	241
WINONG KIDUL	489	7	1,4	496
WINONG LOR	519	6	1,1	525
WONOTOPO	309	2	0,6	311
Total	10525	169	1,6	10694

KELURAHAN	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
BENDOSARI	227	96,2	9	3,8	236
BULUS	462	99,4	3	0,6	465
GEBANG	408	99,3	3	0,7	411
GINTUNGAN	693	99,4	4	0,6	697
KALITENGKEK	358	100,0	0	0	358
KEMIRI	221	98,2	4	1,8	225
KRAGILAN	185	99,5	1	0,5	186
KROYO	524	99,1	5	0,9	529
LUGOSOBO	685	99,3	5	0,7	690
MLARAN	467	98,1	9	1,9	476
NGAGLIK	337	98,8	4	1,2	341
NGEMPLAK	342	99,4	2	0,6	344
PAKEM	428	99,8	1	0,2	429
PELUTAN	228	94,6	13	5,4	241
PENUNGGKULAN	721	93,5	50	6,5	771
PRUMBEN	149	99,3	1	0,7	150
REDIN	886	98,7	12	1,3	898
RENDENG	414	98,3	7	1,7	421
SALAM	182	95,8	8	4,2	190
SEREN	840	99,1	8	0,9	848
SIDOLEREN	215	100,0	0	0	215
TLOGOSONO	236	97,9	5	2,1	241
WINONG KIDUL	489	98,6	7	1,4	496
WINONG LOR	519	98,9	6	1,1	525
WONOTOPO	309	99,4	2	0,6	311
Total	10525	98,4	169	1,6	10694

Gambar 101. Output SPSS Kepemilikan Sarana Air bersih

Tabel 12. Kepemilikan Sarana Air Bersih Menurut Kelurahan di Puskesmas Gerbang Sehat

KELURAHAN	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
BENDOSARI	227	96,2	9	3,8	236
BULUS	462	99,4	3	0,6	465
GEBANG	408	99,3	3	0,7	411
GINTUNGAN	693	99,4	4	0,6	697
KALITENGKEK	358	100,0	0	0	358
KEMIRI	221	98,2	4	1,8	225
KRAGILAN	185	99,5	1	0,5	186
KROYO	524	99,1	5	0,9	529
LUGOSOBO	685	99,3	5	0,7	690
MLARAN	467	98,1	9	1,9	476
NGAGLIK	337	98,8	4	1,2	341
NGEMPLAK	342	99,4	2	0,6	344
PAKEM	428	99,8	1	0,2	429
PELUTAN	228	94,6	13	5,4	241
PENUNGGKULAN	721	93,5	50	6,5	771
PRUMBEN	149	99,3	1	0,7	150
REDIN	886	98,7	12	1,3	898
RENDENG	414	98,3	7	1,7	421
SALAM	182	95,8	8	4,2	190
SEREN	840	99,1	8	0,9	848
SIDOLEREN	215	100,0	0	0	215
TLOGOSONO	236	97,9	5	2,1	241
WINONG KIDUL	489	98,6	7	1,4	496
WINONG LOR	519	98,9	6	1,1	525
WONOTOPO	309	99,4	2	0,6	311
Total	10525	98,4	169	1,6	10694

Tabel 13. Jenis Sumber Air Bersih Menurut Kelurahan di Puskesmas Gerbang Sehat

Kelurahan	Terlindung		Tidak Terlindung		N
	n	%	n	%	
BENDOSARI	214	94,3	13	5,7	227
BULUS	421	91,1	41	8,9	462
GEBANG	391	95,8	17	4,2	408
GINTUNGAN	675	97,4	18	2,6	693
KALITENGKEK	342	95,5	16	4,5	358
KEMIRI	219	99,1	2	0,9	221
KRAGILAN	175	94,6	10	5,4	185
KROYO	515	98,3	9	1,7	524
LUGOSOBO	675	98,5	10	1,5	685
MLARAN	449	96,1	18	3,9	467
NGAGLIK	307	91,1	30	8,9	337
NGEMPLAK	320	93,6	22	6,4	342
PAKEM	420	98,1	8	1,9	428
PELUTAN	216	94,7	12	5,3	228
PENUNGGKULAN	655	90,8	66	9,2	721
PRUMBEN	146	98,0	3	2,0	149
REDIN	841	94,9	45	5,1	886
RENDENG	410	99,0	4	1,0	414
SALAM	181	99,5	1	0,5	182
SEREN	836	99,5	4	0,5	840
SIDOLEREN	207	96,3	8	3,7	215
TLOGOSONO	204	86,4	32	13,6	236
WINONG KIDUL	463	94,7	26	5,3	489
WINONG LOR	506	97,3	19	3,7	519
WONOTOPO	286	92,6	23	7,4	309
Total	10068	95,7	457	4,3	10525

Tabel 14. Kepemilikan Jamban Menurut Kelurahan di Puskesmas Gerbang Sehat

KELURAHAN	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
BENDOSARI	191	80,9	45	19,1	236
BULUS	296	63,7	169	36,3	465
GEBANG	311	75,7	100	24,3	411
GINTUNGAN	516	74,0	181	26,0	697
KALITENGKEK	147	41,1	211	58,9	358
KEMIRI	196	87,1	29	12,9	225
KRAGILAN	111	59,7	75	40,3	186
KROYO	423	80,0	106	20,0	529
LUGOSOBO	426	61,7	264	38,3	690
MLARAN	356	74,8	120	25,2	476
NGAGLIK	211	61,9	130	38,1	341
NGEMPLAK	252	73,3	92	26,7	344
PAKEM	218	50,8	211	49,2	429
PELUTAN	197	81,7	44	18,3	241
PENUNGGULAN	380	49,3	391	50,7	771
PRUMBEN	90	60,0	60	40,0	150
REDIN	533	59,4	365	40,6	898
RENDENG	350	83,1	71	16,9	421
SALAM	127	66,8	63	33,2	190
SEREN	786	92,7	62	7,3	848
SIDOLEREN	116	54,0	99	46,0	215
TLOGOSONO	141	58,5	100	41,5	241
WINONG KIDUL	445	89,7	51	10,3	496
WINONG LOR	449	85,5	76	14,5	525
WONOTOPO	166	53,4	145	46,6	311
TOTAL	7434	69,5	3260	30,5	10694

Tabel 15. Kepemilikan Jamban Saniter Menurut Kelurahan di Puskesmas Gerbang Sehat

KELURAHAN	Sehat		Tidak Sehat		N
	n	%	n	%	
BENDOSARI	183	95,8	8	4,2	191
BULUS	194	65,5	102	34,5	296
GEBANG	259	83,3	52	16,7	311
GINTUNGAN	435	84,3	81	15,7	516
KALITENGKEK	76	51,7	71	48,3	147
KEMIRI	166	84,7	30	15,3	196
KRAGILAN	74	66,7	37	33,3	111
KROYO	380	89,8	43	10,2	423
LUGOSOBO	315	73,9	111	26,1	426
MLARAN	318	89,3	38	10,7	356
NGAGLIK	122	57,8	89	42,2	211
NGEMPLAK	89	35,3	163	64,7	252
PAKEM	112	51,4	106	48,6	218
PELUTAN	165	83,8	32	16,2	197
PENUNGGULAN	169	44,5	211	55,5	380
PRUMBEN	84	93,3	6	6,7	90
REDIN	262	49,2	271	50,8	533
RENDENG	324	92,6	26	7,4	350
SALAM	102	80,3	25	19,7	127
SEREN	715	91,0	71	9,0	786
SIDOLEREN	75	64,7	41	35,3	116
TLOGOSONO	71	50,4	70	49,6	141
WINONG KIDUL	426	95,7	19	4,3	445
WINONG LOR	431	96,0	18	4,0	449
WONOTOPO	81	48,8	85	51,2	166
TOTAL	5628	75,7	1806	24,3	7434

Tabel 14 menunjukkan bahwa terdapat sekitar 30,5% keluarga di wilayah Puskesmas Gerbang yang tidak memiliki jamban. Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan intervensi pembuatan jamban secara mandiri dengan melibatkan peran serta masyarakat. Daerah yang diprioritaskan adalah Kelurahan Kalitengkek dan Penungkulan, Pakem, dan Seren karena hampir 50% keluarga di wilayah tersebut belum memiliki jamban.

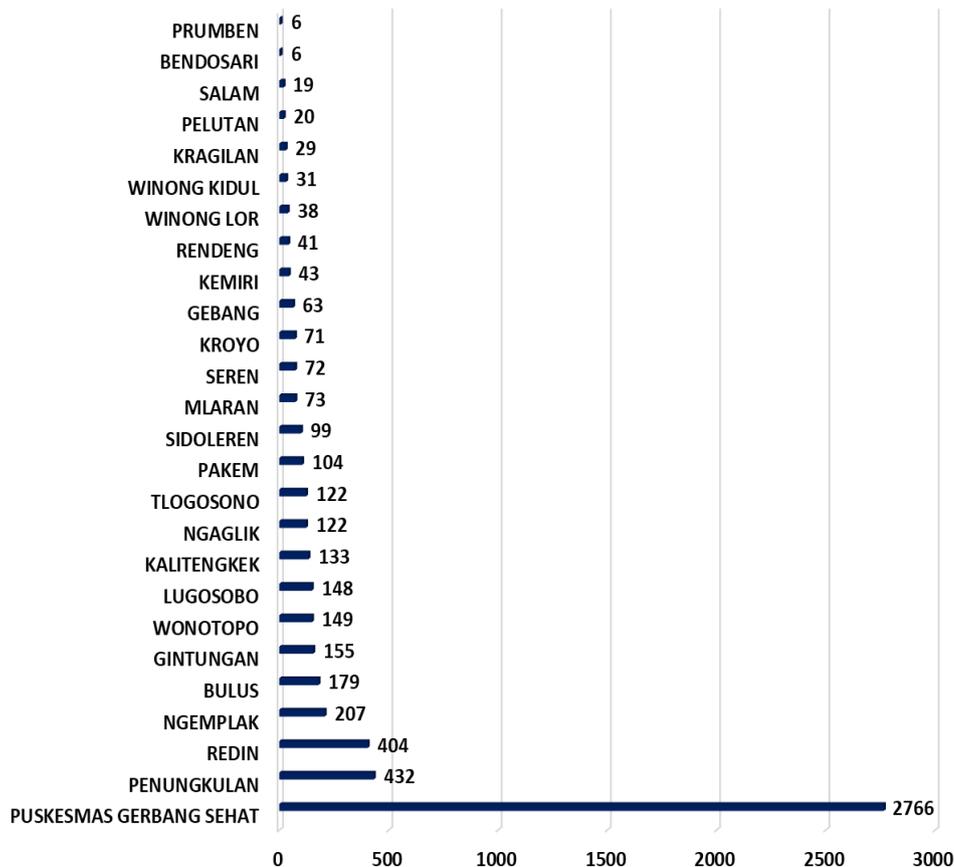
Selanjutnya apabila dilihat dari jenis jamban yang dimiliki maka terlihat bahwa masih ada sekitar 24,3% keluarga memiliki jamban yang tidak saniter. Tentunya hal ini juga harus menjadi perhatian penanggung jawab program Kesling di Puskesmas, bagaimana cara mengatasi permasalahan tersebut.

Tabel 16. Perilaku Buang Air Besar Menurut Kelurahan di Puskesmas Gerbang Sehat

KELURAHAN	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
BENDOSARI	475	83,5	94	16,5	569
BULUS	625	54,0	532	46,0	1157
GEBANG	673	71,1	273	28,9	946
GINTUNGAN	1147	67,0	564	33,0	1711
KALITENGKEK	243	28,4	612	71,6	855
KEMIRI	440	79,4	114	20,6	554
KRAGILAN	269	59,1	186	40,9	455
KROYO	1001	75,0	334	25,0	1335
LUGOSOBO	888	53,4	776	46,6	1664
MLARAN	730	70,1	311	29,9	1041
NGAGLIK	324	45,3	392	54,7	716
NGEMPLAK	299	44,2	378	55,8	677
PAKEM	389	40,2	578	59,8	967
PELUTAN	413	79,3	108	20,7	521
PENUNGKULAN	545	28,6	1360	71,4	1905
PRUMBEN	229	62,7	136	37,3	365
REDIN	880	41,5	1243	58,5	2123
RENDENG	796	78,8	214	21,2	1010
SALAM	267	67,3	130	32,7	397
SEREN	1799	89,7	206	10,3	2005
SIDOLEREN	222	43,1	293	56,9	515
TLOGOSONO	229	39,8	346	60,2	575
WINONG KIDUL	1034	88,6	133	11,4	1167
WINONG LOR	1036	84,8	185	15,2	1221
WONOTOPO	270	36,9	462	63,1	732
TOTAL	15223	60,4	9960	39,6	25183

Setelah kita mengetahui tentang kepemilikan jamban dan jenis jamban yang dimiliki masyarakat maka kita harus melakukan analisis lebih lanjut apakah perilaku buang air besar (BAB) masyarakat sudah sesuai dengan yang dianjurkan agar BAB tidak sembarangan. Karena bisa saja terjadi meskipun sudah memiliki jamban tetapi perilaku buang air besar tetap dilakukan di sungai atau kolam. Hal tersebut dapat dilihat pada table 16 dimana masih ada sekitar 39,6% masyarakat mempunyai perilaku BAB tidak di jamban.

Agar intervensi dapat dilakukan lebih komprehensif dan tepat sasaran maka perlu dilihat siapa saja yang berperilaku BAB sembarangan. Apakah mereka dari keluarga yang tidak memiliki jamban atau memang sudah memiliki jamban. Hal tersebut perlu kita ketahui karena intervensi yang akan diberikan pendekatan yang berbeda.



Gambar 102. Jumlah orang yang memiliki Jamban tetapi berperilaku BAB tidak di Jamban

Berdasarkan gambar 102 menunjukkan bahwa terdapat 2.766 orang atau sekitar 15,8% yang berperilaku BAB tidak di jamban padahal mereka memiliki jamban. Artinya meskipun cakupan kepemilikan jamban sudah cukup baik tetapi masih harus ditindaklanjuti dengan peningkatan jenis jamban yang digunakan dan peningkatan kesadaran dari masyarakat agar dapat merubah kebiasaan BAB yang selama ini sudah menjadi budaya dalam kehidupan sehari-hari.

Setelah kita melakukan analisis secara sederhana terhadap data PIS-PK terkait indikator, akses sarana air bersih dan akses jamban sehat maka cukup banyak memberikan informasi penting dalam upaya mempertajam secara sederhana dapat melalui analisis sederhana ini maka kita dapat melakukan intervensi dengan lebih tajam dengan sasaran yang lebih tepat. Karena dapat diketahui wilayah mana saja bahkan keluarga mana saja yang memerlukan program jambanisasi maupun peningkatan kesadaran dalam berperilaku BAB dengan benar.

Selanjutnya akan dilakukan analisis lanjut terkait permasalahan Penyakit Tidak Menular (PTM). Salah satu PTM yang terdapat dalam 12 indikator PIS-PK adalah hipertensi. Berdasarkan data PIS-PK di wilayah Puskesmas

Gerbang Sehat menunjukkan bahwa masyarakat yang pernah didiagnosis menderita hipertensi oleh tenaga Kesehatan sebanyak 3,7%. Seperti yang ditunjukkan pada tabel 17. Apabila dibandingkan dengan angka rata-rata nasional tampaknya masih *under reported* karena secara nasional angka prevalensi hipertensi adalah sebesar 34,1 %.

Sehingga untuk memastikan berapa besaran masalah hipertensi yang sebenarnya dapat dilakukan analisis terhadap hasil pengukuran tekanan darah kepada orang yang tidak pernah didiagnosis hipertensi (24.261 orang).

Tabel 17. Gambaran Masyarakat yang pernah Didiagnosa menderita Hipertensi di Puskesmas Gerbang Sehat Menurut Kelurahan

Kelurahan	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
Bendosari	36	6,3	533	93,7	569
Bulus	70	6,1	1087	93,9	1157
Gebang	54	5,7	893	94,3	947
Gintungan	47	2,7	1667	97,3	1714
Kalitengkek	8	0,9	847	99,1	855
Kemiri	24	4,3	530	95,7	554
Kragilan	14	3,1	441	96,9	455
Kroyo	81	6,1	1254	93,9	1335
Lugosobo	101	6,1	1563	93,9	1664
Mlaran	44	4,2	998	95,8	1042
Ngaglik	13	1,8	703	98,2	716
Ngemplak	26	3,8	651	96,2	677
Pakem	52	5,4	915	94,6	967
Pelutan	28	5,4	493	94,6	521
Penungkulan	51	2,7	1854	97,3	1905
Prumben	7	1,9	358	98,1	365
Redin	57	2,7	2067	97,3	2124
Rendeng	32	3,2	978	96,8	1010
Salam	23	5,8	374	94,2	397
Seren	51	2,5	1954	97,5	2005
Sidoleren	16	3,1	499	96,9	515
Tlogosono	20	3,5	555	96,5	575
Winong Kidul	34	2,9	1133	97,1	1167
Winong Lor	24	2,0	1197	98,0	1221
Wonotopo	15	2,0	717	98,0	732
Total	928	3,7	24261	96,3	25189

Tabel 18. Gambaran Perilaku Minum Obat Secara Teratur Bagi Penderita Hipertensi di Puskesmas Gerbang Sehat Menurut Kelurahan

Kelurahan	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
Bendosari	20	55,6	16	44,4	36
Bulus	39	55,7	31	44,3	70
Gebang	35	64,8	19	35,2	54
Gintungan	24	51,1	23	48,9	47
Kalitengkek	2	25,0	6	75,0	8
Kemiri	15	62,5	9	37,5	24
Kragilan	6	42,9	8	57,1	14
Kroyo	49	60,5	32	39,5	81
Lugosobo	60	59,4	41	40,6	101
Mlaran	25	56,8	19	43,2	44
Ngaglik	7	53,8	6	46,2	13
Ngemplak	15	57,7	11	42,3	26
Pakem	25	48,1	27	51,9	52
Pelutan	18	64,3	10	35,7	28
Penungkulan	23	45,1	28	54,9	51
Prumben	1	14,3	6	85,7	7
Redin	35	61,4	22	38,6	57
Rendeng	24	75,0	8	25,0	32
Salam	6	26,1	17	73,9	23
Seren	31	60,8	20	39,2	51
Sidoleren	8	50,0	8	50,0	16
Tlogosono	6	30,0	14	70,0	20
Winong Kidul	15	44,1	19	55,9	34
Winong Lor	15	62,5	9	37,5	24
Wonotopo	7	46,7	8	53,3	15
Total	511	55,1	417	44,9	928

Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut terhadap 24.261 orang yang tidak pernah didiagnosis menderita hipertensi ternyata hanya sejumlah 12.087 orang saja yang dilakukan pengukuran tekanan darah dan hasil pengukuran menunjukkan sebanyak 1.189 orang (9,8%) menderita hipertensi. Namun demikian untuk mengetahui besaran masalah hipertensi

yang sebenarnya maka harus melanjutkan pengukuran tekanan darah pada 12.174 orang (50,2%) yang belum dilakukan pengukuran tekanan darah pada kunjungan rumah berikutnya.

Tabel 19. Persentase Masyarakat yang dilakukan Pengukuran Tekanan Darah Pada Saat Kunjungan Rumah Menurut Kelurahan di Puskesmas Gerbang Sehat

Kelurahan	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
Bendosari	375	70,4	158	29,6	533
Bulus	508	46,7	579	53,3	1087
Gebang	633	70,9	260	29,1	893
Gintungan	701	42,1	966	57,9	1667
Kalitengkek	398	47,0	449	53,0	847
Kemiri	314	59,2	216	40,8	530
Kragilan	296	67,1	145	32,9	441
Krovo	622	49,6	632	50,4	1254
Lugosobo	638	40,8	925	59,2	1563
Mlaran	517	51,8	481	48,2	998
Ngaglik	320	45,5	383	54,5	703
Ngemplak	266	40,9	385	59,1	651
Pakem	421	46,0	494	54,0	915
Pelutan	357	72,4	136	27,6	493
Penungkulan	820	44,2	1034	55,8	1854
Prumben	245	68,4	113	31,6	358
Redin	912	44,1	1155	55,9	2067
Rendeng	471	48,2	507	51,8	978
Salam	282	75,4	92	24,6	374
Seren	878	44,9	1076	55,1	1954
Sidoleren	224	44,9	275	55,1	499
Tlogosono	296	53,3	259	46,7	555
Winong Kidul	651	57,5	482	42,5	1133
Winong Lor	621	51,9	576	48,1	1197
Wonotopo	321	44,8	396	55,2	717
Total	12087	49,8	12174	50,2	24261

Tabel 20. Persentase Penderita Hipertensi Berdasarkan Hasil Pengukuran Menurut Kelurahan di Puskesmas Gerbang Sehat

Kelurahan	Ya		Tidak		N
	n	%	n	%	
Bendosari	25	6,7	350	93,3	375
Bulus	34	6,7	474	93,3	508
Gebang	64	10,1	569	89,9	633
Gintungan	90	12,8	611	87,2	701
Kalitengkek	37	9,3	361	90,7	398
Kemiri	23	7,3	291	92,7	314
Kragilan	20	6,8	276	93,2	296
Krovo	64	10,3	558	89,7	622
Lugosobo	91	14,3	547	85,7	638
Mlaran	42	8,1	475	91,9	517
Ngaglik	30	9,4	290	90,6	320
Ngemplak	25	9,4	241	90,6	266
Pakem	55	13,1	366	86,9	421
Pelutan	26	7,3	331	92,7	357
Penungkulan	91	11,1	729	88,9	820
Prumben	20	8,2	225	91,8	245
Redin	96	10,5	816	89,5	912
Rendeng	48	10,2	423	89,8	471
Salam	30	10,6	252	89,4	282
Seren	59	6,7	819	93,3	878
Sidoleren	27	12,1	197	87,9	224
Tlogosono	30	10,1	266	89,9	296
Winong Kidul	71	10,9	580	89,1	651
Winong Lor	62	10,0	559	90,0	621
Wonotopo	29	9,0	292	91,0	321
Total	1189	9,8	10898	90,2	12087

Seperti halnya dengan permasalahan akses sarana air bersih dan jamban sehat maka hasil analisis lanjut terkait masalah hipertensi banyak memberikan manfaat dalam upaya peningkatan kinerja program PTM, khususnya penyakit hipertensi.

Berdasarkan hasil analisis sederhana yang telah dilakukan terhadap masalah hipertensi tersebut maka dapat diperoleh cukup banyak informasi yang sangat bermanfaat bagi program, antara lain :

1. Dapat dijadikan tools untuk menilai kinerja program PTM khususnya hipertensi
2. Dapat diketahuinya berapa besaran masalah hipertensi yang sebenarnya ada di masyarakat.

3. Dapat diketahuinya secara tepat siapa saja yang akan menjadi sasaran intervensi program
4. Dapat diketahuinya jenis permasalahan apa saja yang terkait dengan masalah hipertensi, apakah terkait masalah akses atau masalah perilaku.
5. Perencanaan intervensi dapat dibuat secara lebih tepat karena sesuai dengan kondisi yang sebenarnya ada di lapangan.
6. Rencana intervensi yang dapat dilakukan antara lain adalah :
 - Melanjutkan penemuan kasus baru melalui pemeriksaan tekanan darah terhadap sekitar 12.174 orang yang belum diperiksa.
 - Merujuk 1.189 orang penderita baru hipertensi untuk melakukan pengobatan secara berkala ke fasilitas Kesehatan.
 - Meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat tentang hipertensi (penyebab, bahaya atau dampak yang ditimbulkan, pencegahan dan tata laksana hipertensi).
 - Memberikan penyuluhan tentang pentingnya minum obat secara teratur, terutama kepada 417 orang yang tidak minum obat secara teratur maupun kepada 1.189 orang penderita baru hipertensi hasil pengukuran.

8

REFERENSI

1. Buku Pedoman Umum Penyelenggaraan SIP
2. Buku Pedoman pengelolaan data SIP
3. Buku Pedoman instrumen SIP
4. Buku Pedoman Analisis dan Pemanfaatan Data
5. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan pendekatan Keluarga, Kemenkes RI, 2016.
6. Juknis Penguatan Manajemen Puskesmas dengan pendekatan keluarga, Kemenkes, 2016
7. Permenkes RI No. 75 tahun 2014 tentang Puskesmas
8. Permenkes RI No. 39 tahun 2016 tentang pedoman penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga.

9

LAMPIRAN

Panduan Latihan

Waktu : 85 menit

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 5 kelompok (@kelompok terdiri dari 6 orang)
2. Masing- masing kelompok berdasarkan data pada tabel diminta untuk mengerjakan soal latihan sebagai berikut:
 - a. Gambaran Permasalahan Kesehatan Masyarakat berdasarkan cakupan PIS-PK Puskesmas meliputi :
 1. Penyajian data capain IKS wilayah (Kecamatan (Puskesmas), Desa/ Kelurahan, RW atau RT)→ lakukan perbandingan dengan target dan antar wilayah
 2. Penyajian data capaian indikator (Kecamatan (Puskesmas), Desa/Kelurahan, RW atau RT)→ lakukan perbandingan dengan target dan antar wilayah
 3. Penajaman masalah dari masing-masing indikator menurut wilayah (distribusi frekuensi target dan tabulasi silang antara karakteristik dengan indikator atau antar indikator)
 - b. Analisis masalah Kesehatan Masyarakat di Tingkat Puskesmas dan Desa berdasarkan data yang ada (PIS-PK, SPM, Capaian Program, survey-survey nasional, SMD, MMD, dll) → secara deskriptif, koparatif, dan hubungan
 - c. Bagaimana hasil analisis tersebut dikaitkan dengan pemanfaatan data oleh program ataupun lintas sektor termasuk rencana evaluasi dan monitoringnya ?
 - d. Rencana intervensi program yang cocok untuk Puskesmas tersebut dengan mempertimbangkan 5 M + 1 H ?.
3. Masing- masing kelompok mengerjakan soal latihan latihan selama 25 menit
4. Fasilitator meminta minimal 3 kelompok untuk mengirimkan 1 orang perwakilan untuk menyampaikan/ mempresentasikan hasil diskusi kelompoknya. (10 menit untuk setiap kelompok)
5. Fasilitator meminta kelompok lain untuk menanggapi, memberi masukan, dan klarifikasi tentang hasil diskusi yang disajikan selama 10 menit.
6. Fasilitator memberikan penegasan, klarifikasi hal hal penting tentang penyusunan indicator mutu di puskesmas selama 20 menit

No.	Indikator Keluarga Sehat	Program Kesehatan	Acuan/ Pedoman
1	Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana	- Program KIA - Program KB	- Modul 2 Pelayanan KIA di Keluarga (Kemenkes,2016) - Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan KB dalam JKN (BKKBN,2014)
2	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	- Program KIA	- Buku KIA - Modul 2 Pelayanan KIA di Keluarga (Kemenkes,2016)
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	- Program KIA - Program Imunisasi	- Modul 2 Pelayanan KIA di Keluarga (Kemenkes,2016) - Panduan Praktis Pelayanan Imunisasi (BPJS,2015)
4	Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif	- Program KIA - Program Gizi	- Buku KIA - Modul1 Pelayanan Gizi di Keluarga (Kemenkes,2016)
5	Balita dipantau pertumbuhannya	- Program KIA - Program Gizi	- Buku KIA - Modul 1 Pelayanan Gizi di Keluarga (Kemenkes, 2016)
6	Penderita tuberkulosis paru mendapat pengobatan sesuai standar	- Program TB	- Modul 3 Pelayanan Penyakit Menular di Keluarga (Kemenkes, 2016) - Program Nasional Pengendalian TB (Kemenkes, 2014)
7	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	- Program Pengendalian PTM	- Modul 4 Pelayanan PTM di Keluarga (Kemenkes, 2016) - Juknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi (Kemenkes, 2015)
8	Penderita gangguan jiwa mendapat pengobatan dan tidak ditelantarkan	- Program Pengendalian PTM	- Modul 4 Pelayanan PTM di Keluarga (Kemenkes, 2016)
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	- Program Pengendalian PTM	- Modul 4 Pelayanan PTM di Keluarga (Kemenkes, 2016)
10	Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	- Program JKN	- Buku Pegangan Sosialisasi JKN dlm SJSN
11	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	- Program Penyehatan Lingkungan	- Modul 5 Sanitasi Lingkungan di Keluarga (Kemenkes, 2016)
12	Keluarga mempunyai akses dan menggunakan jamban sehat	- Program Penyehatan Lingkungan	- Modul 5 Sanitasi Lingkungan di Keluarga (Kemenkes, 2016)

Tabel Laporan Bulanan Puskesmas Bontonyaleng

Kode Puskesmas :		Laporan Diterima		
Puskesmas : BONTONYELENG		Maret	April	Mei
Kecamatan : GANTARANG		2015	2015	2015
Puskesmas Pembantu yang ada : 4		4	3	3
Kabupaten : BULUKUMBA				
Provinsi : SULAWESI SELATAN				
LAPORAN BULANAN GIZI KIA				
NO	KEGIATAN	JML	JML	JML
I. GIZI				
1	Jumlah Anak Balita dapat Vit. A dosis tinggi (200 000 IU)			
2	Jumlah Ibu nifas dapat Vit A dosis tinggi		29	22
3	Jumlah Ibu hamil dapat tablet darah (Fe) 30 tablet (Fe1)	16	31	22
4	Jumlah balita dapat sirup tambah darah (Fe) 90 tablet (Fe3)	17	48	21
5	Jumlah balita dapat sirup tambah darah (Fe) botol I 150 cc (Fe botl)			
6	Jumlah balita dapat sirup tambah darah (Fe) botol II 300 cc (Fe botl)			
7	Jumlah bayi (< 1 bln) ditimbang		347	352
8	Jumlah anak balita (1 - 4 thn) ditimbang		1529	1494
9	Jumlah Bayi dan Anak Balita dengan berat badan dibawah garis merah (BGM)		12	13
10	Jumlah Bumil dan Buteki mendapat kapsul yodium			
11	Jumlah WUS mendapat kapsul yodium			
12	Jumlah WUS (Wanita Usia Subur) baru (15 - 45 thn) yang diukur			86
	LILA (Lingkaran Lengan Atas)			
13	Jumlah WUS baru dengan LILA < 23,5 cm		1	5
II. KIA				
1	Jumlah Kunjungan K1 Ibu Hamil	16	31	31
2	Jumlah Kunjungan K4 Ibu Hamil	17	40	24
3	Jumlah Kunjungan Ibu Hamil dengan faktorresiko (Umur < 20 thn atau 35 thn Paritas > 4 Jarak Kehamilan < 2 Thn LILA < 23,5 cm dan TB < 145 cm)	6	15	9
4	Jumlah Bumil resiko tinggi (Pendarahan, infeksi, abrotus, keracunan kehamilan, partus lama) yang di tangani	0		
5	Jumlah Bumil resiko tinggi (Pendarahan, infeksi, abrotus, keracunan kehamilan, partus lama) yang di rujuk ke rumah sakit	4		3
6	Jumlah Persalinan oleh tenaga kesehatan, termasuk didampingi tenaga kesehatan	10	29	45
7	Jumlah Bayi lahir hidup dengan BBLR (Berat Badan Bayi Lahir Rendah < 2500 gr)	0	1	2
8	Jumlah Lahir mati	0		1
9	Jumlah Kunjungan Neonatus	11	30	41
10	Jumlah Neonatus Resti (Aspiksia, trauma lahir, tetanus neonatorum), dirujuk ke RS	1	1	
11	Jumlah Kematian neonatus dilaporkan (bayi usia dibawah 28 hari)	0		1
12	Jumlah Kematian maternal dilaporkan (ibu hamil/ melahirkan/ nifas)	0		
13	Jumlah Balita dideteksi/ Stimulasi tumbuh kembang (kontak pertama)	0		
14	Jumlah Anak prasekolah dideteksi/ Stimulasi tumbuh kembang (kontak pertama)	0		

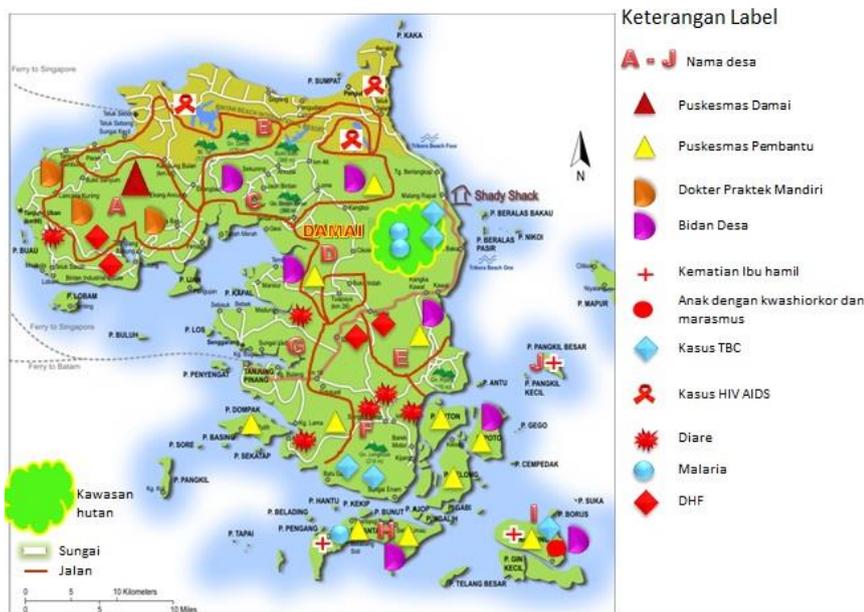
Panduan Diskusi Kasus

Waktu: 50 menit

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 5 kelompok (@kelompok terdiri dari 6 orang)
2. Masing- masing kelompok berdasarkan lembar kasus diminta untuk membahas hal- hal sebagai berikut:
 - a. Bagaimana anda melakukan identifikasi masalah?
 - b. Data apa saja yang anda perlukan untuk menganalisis situasi masalah?
 - c. Bagaimana anda memperoleh data yang anda perlukan tersebut?
 - d. Apa rencana tindak lanjut yang akan anda lakukan untuk mengatasi masalah?
3. Masing- masing kelompok mengerjakan soal latihan latihan selama 15 menit
4. Fasilitator meminta minimal 2 kelompok untuk mengirimkan 1 orang perwakilan untuk menyampaikan/ mempresentasikan hasil diskusi kelompoknya. (10 menit untuk setiap kelompok)
5. Fasilitator meminta kelompok lain untuk menanggapi, memberi masukan, dan klarifikasi tentang hasil diskusi yang disajikan selama 5 menit.
6. Fasilitator memberikan penegasan, klarifikasi hal hal penting tentang penyusunan indicator mutu di puskesmas selama 10 menit

Lembar Kasus

Contoh Masalah Kesehatan di Kecamatan Damai



Beberapa masalah kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas Damai, *antara lain* :

- 3 kasus kematian Ibu hamil di desa H, I dan J
- Kasus gizi buruk di desa I
- Kasus TBC di desa D, F dan I

- Kasus HIV di desa B
- Kasus Diare di desa A, G, E dan F
- Kasus Malaria di desa D dan H
- Kasus DHF di desa A, E dan I



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Tata Kelola Keuangan dan Manajemen Aset

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
1 : DESKRIPSI SINGKAT	1
2 : TUJUAN PEMBELAJARAN	2
3 : MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	2
4 : METODE	3
5 : MEDIA DAN ALAT BANTU	3
6 : LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN	3
7 : URAIAN MATERI	
A. INSTRUMENTASI TATA KELOLA KEUANGAN DI PUSKESMAS.....	6
B. PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DI PUSKESMAS.....	27
C. MANAJEMEN ASET DI PUSKESMAS.....	99
8 : LAMPIRAN	
A. INSTRUMENTASI TATA KELOLA KEUANGAN DI PUSKESMAS.....	26
B. PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DI PUSKESMAS.....	98
C. MANAJEMEN ASET DI PUSKESMAS.....	
9 : DAFTAR PUSTAKA	
A. INSTRUMENTASI TATA KELOLA KEUANGAN DI PUSKESMAS.....	25
B. PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DI PUSKESMAS.....	97
C. MANAJEMEN ASET DI PUSKESMAS.....	129

1

DESKRIPSI SINGKAT

Integrasi sistem pengelolaan sistem anggaran dan Asset/ BMN/D merupakan amanat PP Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan BMN/D, PP Nomor 90 Tahun 2010 tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Lembaga (RKA-KL), dan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 73 Tahun 2011 tentang Pembangunan Bangunan Gedung Negara. Integrasi tersebut diperlukan sebagai upaya pencapaian pengelolaan keuangan negara yang lebih efektif, efisien, dan optimal. Agar dalam implementasinya sesuai dengan tujuan, maka koordinasi antara DJKN dengan instansi terkait seperti DJA, DJPB, dan K/L menjadi elemen keberhasilan penerapan perencanaan kebutuhan BMN/D.

Amanat PP nomor 58 tahun 2005 dan Permendagri nomor 21 tahun 2011 bahwa Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah yang selanjutnya disingkat RPJMD adalah dokumen perencanaan untuk periode 5 (lima) tahun.

Rencana Pembangunan Tahun Daerah, selanjutnya disebut Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) dan penganggaran yang berisi program dan kegiatan SKPD serta anggaran yang diperlukan untuk melaksanakannya.

Rencana Kerja dan Anggaran Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat RKA. Prioritas dan plafon sementara yang disingkat PPAS merupakan program prioritas dan patokan batas maksimal anggaran yang diberikan kepada SKPD untuk setiap program sebagai acuan dalam penyusunan RKA-SKPD. SKPD adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan dan rencana belanja program dan kegiatan SKPD sebagai dasar penyusunan APBD.

Sedangkan PPKD adalah rencana kerja dan anggaran badan/ dinas/ biro keuangan/ bagian keuangan selaku Bendahara Umum Daerah. Di samping itu, sistem aplikasi, sumber daya manusia, basis data BMN existing yang valid menjadi faktor penting yang harus dipersiapkan secara matang.

Mata pelatihan ini membahas tentang Instrumentasi Tata Kelola Keuangan di Puskesmas, Perencanaan dan penganggaran di Puskesmas, dan Manajemen Aset di Puskesmas

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu melakukan tata kelola keuangan dan Manajemen Aset Puskesmas.

Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta diharapkan mampu:

1. Melakukan perencanaan dan penganggaran Puskesmas
2. Melakukan Instrumentasi Tata Kelola Keuangan di Puskesmas
3. Melakukan Manajemen Aset di Puskesmas

3

MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Instrumentasi Tata Kelola Keuangan di Puskesmas
 - a. Dasar Hukum
 - b. Struktur Organisasi Perangkat Daerah dan Puskesmas
 - c. Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah
 - d. Tata Kelola Keuangan pada Puskesmas
 - e. Penatausahaan Pengeluaran Kas
 - f. Pelaporan dan Pertanggungjawaban Pengelolaan Keuangan
2. Perencanaan dan Penganggaran Puskesmas
 - a. Kebijakan Umum Perencanaan dan Penganggaran
 - b. Sumber Pembiayaan dan Penganggaran Puskesmas
 - c. Pendanaan Program Indonesia Sehat Melalui Pendekatan Keluarga Sehat
3. Manajemen Aset di Puskesmas
 - a. Dasar Hukum dan Strategi
 - b. Manajemen Aset BMN/D
 - c. Pengelolaan BMN/D
 - d. Sistem pengelolaan BMN/D

4

METODE

- a. Tugas baca modul
- b. Ceramah tanya jawab
- c. Curah pendapat
- d. Latihan

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

- a. Bahan tayang
- b. Komputer/ laptop
- c. LCD *projector*
- d. *Whiteboard*
- e. *Flipchart*
- f. Spidol
- g. Soal Latihan
- h. Panduan Latihan

6

LANGKAH – LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran mata pelatihan ini.

Langkah 1.

Pengkondisian

Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.

1. Sampaikan tujuan pembelajaran mata pelatihan ini dan materi pokok yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2.

Penyampaian dan pembahasan Materi Instrumentasi Tata Kelola Keuangan di Puskesmas

Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang Manajemen Mutu di Puskesmas dengan menggunakan bahan tayang.

1. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penjelasan yang disampaikan.
2. Fasilitator merangkum hasil diskusi dengan para peserta dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 3.

Penyampaian dan pembahasan Materi Perencanaan dan Penganggaran Puskesmas

1. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang Konsep Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko dengan menggunakan bahan tayang.
2. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penjelasan yang disampaikan.
3. Fasilitator merangkum hasil diskusi dengan para peserta dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 4.

Penyampaian dan pembahasan Materi Manajemen Aset

1. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang Konsep Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko dengan menggunakan bahan tayang.
2. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penjelasan yang disampaikan.
3. Fasilitator merangkum hasil diskusi dengan para peserta dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 5.

Latihan

1. Fasilitator memberikan penugasan berupa Latihan sesuai dengan Panduan Latihan pada materi instrumentasi tata kelola keuangan dan materi perencanaan dan penganggaran Puskesmas
2. Fasilitator merangkum hasil Latihan peserta, selanjutnya menyampaikan hal-hal penting dalam materi Tata Kelola dan Manajemen Aset.
3. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

Langkah 6.

Penyampaian rangkuman tentang Materi Tata Kelola Keuangan dan Manajemen Aset

1. Fasilitator mengajak peserta untuk mengungkapkan kembali serta merangkum materi yang telah dibahas pada sesi ini, mengacu pada tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator menyampaikan beberapa hal penting tentang tugas dan tanggung jawab Kepala Puskesmas serta petugas puskesmas terkait Tata Kelola dan Manajemen Aset di puskesmas.
3. Fasilitator menutup proses pembelajaran pada sesi ini, dengan mengucapkan terima kasih serta memberikan apresiasi kepada semua peserta yang telah berpartisipasi aktif sehingga tujuan pembelajaran pada sesi ini dapat tercapai.



Instrumentasi Tata Kelola Keuangan di Puskesmas

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

7a

URAIAN MATERI POKOK 1

INSTRUMENTASI TATA KELOLA KEUANGAN DI PUSKESMAS

A. Dasar Hukum

- a. UU No. 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara
- b. UU No. 1 tahun 2004 tentang Pebendaharaan Negara
- c. UU No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
- d. Undang-undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
- e. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- f. Peraturan Pemerintah No. 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
- g. Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan evaluasi Pelaksanaan Pembangunan Daerah.
- h. Peraturan Pemerintah No. 71 tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan
- i. Peraturan Pemerintah No. 18 tahun 2016 tentang Perangkat Daerah
- j. Permendagri No. 13 Tahun 2006 jo No. 59 Tahun 2007 jo. No. 21 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
- k. Permendagri No. 54 Tahun 2010 Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 8 tahun 2008 tentang tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah
- l. Peraturan Menteri Keuangan No. 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitalisasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
- m. Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- n. Peraturan Menteri Kesehatan No. 17 tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017
- o. Permendagri No. 13 tahun 2006 jo No. 59 tahun 2007 jo No. 21 tahun 2011 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
- p. SE Permendagri No. 900/2280/SJ tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah

- q. SE Permendagri No. 900/2280/SJ tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah

B. Struktur Organisasi Perangkat Daerah dan Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016, yang dimaksud dengan perangkat daerah atau yang dikenal dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) adalah unsur pembantu kepala daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah yang terdiri dari sekretariat daerah, sekretariat DPRD, inspektorat, dinas, badan, dan kecamatan.

SKPD tersebut ada yang wajib dibentuk karena terkait dengan urusan wajib dan ada yang pilihan karena terkait dengan kebutuhan dan potensi masing-masing daerah. Setiap SKPD memiliki tugas dan fungsi masing-masing untuk mencapai tujuan daerah secara keseluruhan.

Salah satu perangkat daerah yang penting adalah dinas daerah. Dinas daerah kabupaten/kota mempunyai tugas membantu bupati/wali kota melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah dan Tugas Pembantuan yang diberikan kepada kabupaten/kota. Dalam melaksanakan tugasnya dinas daerah kabupaten/kota menyelenggarakan fungsi:

- a. perumusan kebijakan sesuai dengan lingkup tugasnya;
- b. pelaksanaan kebijakan sesuai dengan lingkup tugasnya;
- c. pelaksanaan evaluasi dan pelaporan sesuai dengan lingkup tugasnya;
- d. pelaksanaan administrasi dinas sesuai dengan lingkup tugasnya; dan
- e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh bupati/wali kota terkait dengan tugas dan fungsinya.

Dinas daerah kabupaten/kota merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah:

- a. Urusan pemerintahan wajib yang terdiri dari:
 - 1) Urusan pemerintah wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar, yaitu:
 - pendidikan;
 - kesehatan;
 - pekerjaan umum dan penataan ruang;
 - perumahan rakyat dan kawasan permukiman;
 - ketenteraman dan ketertiban umum serta perlindungan masyarakat; dan sosial.
 - 2) Urusan pemerintah wajib yang tidak berkaitan dengan pelayanan dasar, yaitu:
 - tenaga kerja;

- pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak;
- pangan;
- pertanahan;
- lingkungan hidup;
- administrasi kependudukan dan pencatatan sipil;
- pemberdayaan masyarakat dan Desa;
- pengendalian penduduk dan keluarga berencana;
- perhubungan;
- komunikasi dan informatika;
- koperasi, usaha kecil, dan menengah;
- penanaman modal;
- kepemudaan dan olah raga;
- statistik;
- persandian;
- kebudayaan;
- perpustakaan; dan
- kearsipan.

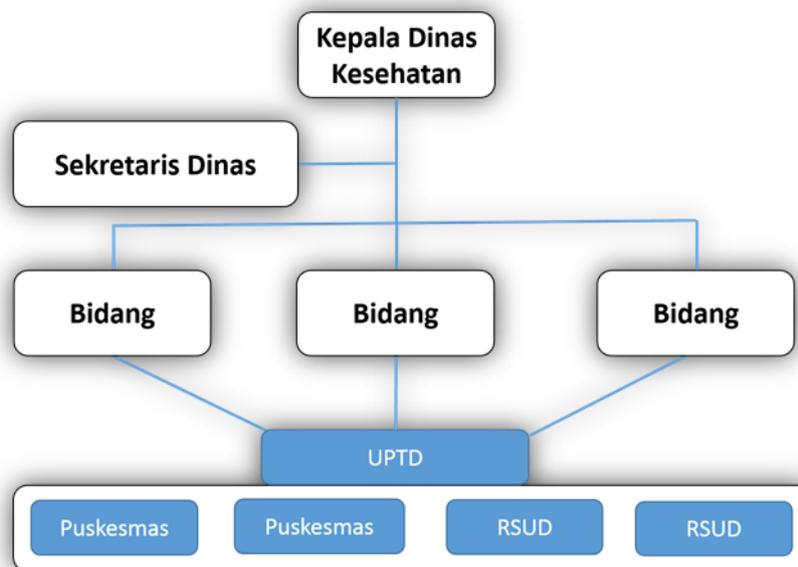
b. Urusan pemerintahan pilihan, terdiri dari

- 1) kelautan dan perikanan;
- 2) pariwisata;
- 3) pertanian;
- 4) perdagangan;
- 5) kehutanan;
- 6) energi dan sumber daya mineral;
- 7) perindustrian; dan
- 8) transmigrasi.

Dinas daerah dipimpin oleh kepala dinas yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati/Walikota melalui Sekretaris Daerah. Pada dinas daerah kabupaten/kota dapat dibentuk unit pelaksana teknis dinas daerah kabupaten/kota (UPTD) untuk melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu.

Khusus untuk dinas daerah kabupaten/kota di bidang kesehatan terdapat UPTD berupa rumah sakit daerah kabupaten/kota (RSUD) dan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) sebagai unit organisasi bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja secara profesional. Kepala RSUD dijabat oleh seorang dokter atau dokter gigi yang ditetapkan sebagai pejabat fungsional dokter atau dokter gigi yang diberi tugas tambahan. Sementara itu, kepala puskesmas dijabat oleh seorang pejabat fungsional kesehatan yang diberi tugas tambahan.

Struktur organisasi dinas di bidang kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut ini:

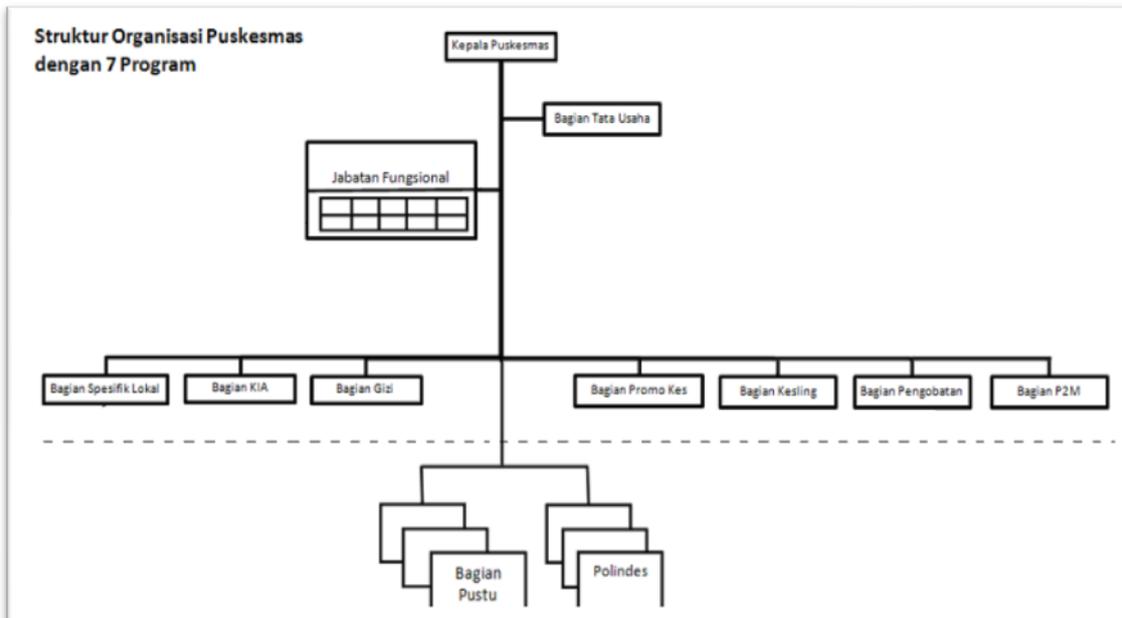


Gambar 1: Struktur Dinas di bidang Kesehatan

Peran puskesmas menurut fungsinya adalah sebagai berikut:

- a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
- b. Pusat pemberdayaan masyarakat
- c. Pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer
- d. Pusat pelayanan kesehatan perorangan primer

Puskesmas pada dasarnya tidak hanya melayani upaya kuratif saja melainkan juga upaya promotif dan preventif secara aktif ke masyarakat. Kecenderungan yang terjadi sekarang adalah upaya kuratif lebih banyak dilakukan dan hal ini didukung dengan banyaknya dana yang turun ke puskesmas untuk pelayanan kuratif. Alasan lain adalah terbatasnya dana promotif dan preventif yang diberikan ke puskesmas. Selain itu, kemampuan sumber daya manusia menjadi penyebab juga upaya pelayanan promotif dan preventif menjadi terbatas. Kemampuan sumber daya manusia juga dianggap sebagai penyebab pengelolaan atau manajemen puskesmas lemah dan tidak dapat diharapkan sebagai mana mestinya sebagai organisasi ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat. Contoh struktur organisasi Puskesmas sebagai berikut :



Gambar 2: Struktur Organisasi Puskesmas

C. Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah

Di dalam Pasal 6, UU No. 17 Tahun 2003 dinyatakan bahwa Presiden selaku Kepala Pemerintahan memegang kekuasaan pengelolaan keuangan negara sebagai bagian dari kekuasaan pemerintahan. Kekuasaan sebagaimana dimaksud selanjutnya:

- dikuasakan kepada Menteri Keuangan, selaku pengelola fiskal dan Wakil Pemerintah dalam kepemilikan kekayaan negara yang dipisahkan;
- dikuasakan kepada menteri/pimpinan lembaga selaku Pengguna Anggaran/Pengguna Barang kementerian negara/lembaga yang dipimpinnya;
- diserahkan kepada gubernur/bupati/walikota selaku kepala pemerintahan daerah untuk mengelola keuangan daerah dan mewakili pemerintah daerah dalam kepemilikan kekayaan daerah yang dipisahkan.

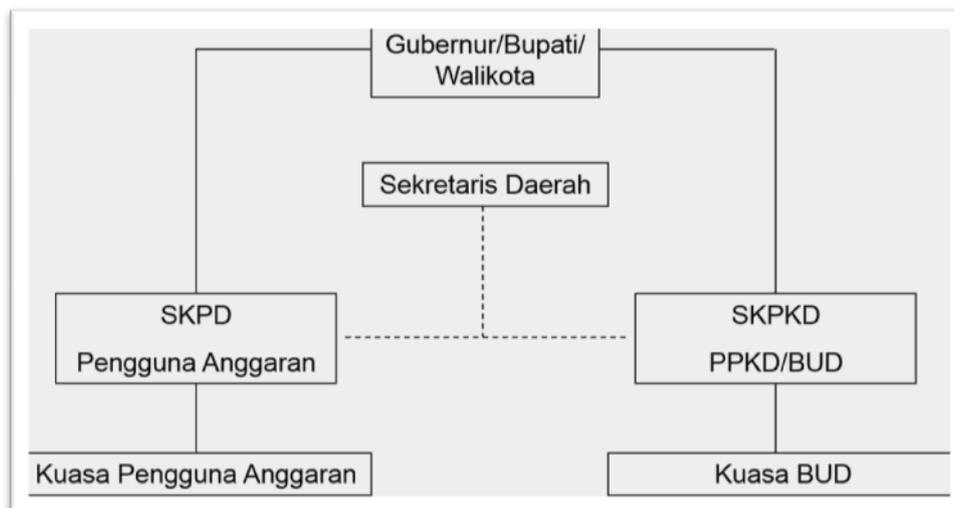
Berdasarkan ketentuan tersebut di atas, pemegang kekuasaan pengelolaan keuangan daerah adalah kepala daerah yang karena jabatannya mempunyai kewenangan menyelenggarakan keseluruhan pengelolaan keuangan daerah.

Kepala daerah adalah gubernur bagi daerah provinsi atau bupati bagi daerah kabupaten atau walikota bagi daerah kota. Kepala daerah selaku pemegang kekuasaan pengelolaan keuangan daerah, selanjutnya melimpahkan sebagian atau seluruh kekuasaannya kepada:

- Sekretaris daerah selaku koordinator pengelola keuangan daerah;
- Kepala satuan kerja pengelola keuangan daerah (SKPKD) selaku pejabat pengelolakeuangan daerah (PPKD); dan

- c. Kepala satuan kerja perangkat daerah (SKPD) selaku pejabat pengguna anggaran/pengguna barang

Pada Gambar 3 diilustrasikan pelimpahan kekuasaan pengelolaan keuangan daerah (PKD) dari kepala daerah kepada sekretaris daerah, PPKD, dan kepala SKPD.



Gambar 3: Pelimpahan Kekuasaan Kewenangan PKD

Dalam perspektif pengelolaan keuangan daerah, kepala SKPD bertindak selaku pengguna anggaran (PA). Dalam kapasitasnya sebagai PA tersebut, kepala SKPD merupakan pejabat pemegang kewenangan penggunaan anggaran untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi SKPD yang dipimpinnya, sebagai berikut:

- a. Menyusun anggaran SKPD (RKA-SKPD) yang dipimpinnya ;
- b. Menyusun dokumen pelaksanaan anggaran (DPA);
- c. Melaksanakan anggaran SKPD yang dipimpinnya;
- d. Melaksanakan pemungutan penerimaan bukan pajak;
- e. Mengelola utang piutang daerah yang menjadi tanggung jawab SKPD yang dipimpinnya;
- f. Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan SKPD yang dipimpinnya.
- g. Melaksanakan tugas-tugas pengguna anggaran lainnya berdasarkan kuasa yang dilimpahkan oleh kepala daerah; dan
- h. Bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada kepala daerah melalui sekretaris daerah.

Dalam melaksanakan tugasnya selaku pejabat Pengguna Anggaran Kepala SKPD berwenang:

- a. Melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban anggaran belanja;
- b. Melakukan pengujian atas tagihan dan memerintahkan pembayaran;
- c. Mengawasi pelaksanaan anggaran;

- d. Mengadakan ikatan/perjanjian kerjasama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang telah ditetapkan;
- e. Menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM).

Dalam melaksanakan tugas-tugasnya kepala SKPD selaku PA dapat melimpahkan sebagian kewenangannya kepada kepala unit kerja (UPTD) pada SKPD selaku kuasa pengguna anggaran (KPA), yaitu pejabat yang diberi kuasa untuk melaksanakan sebagian kewenangan PA dalam melaksanakan sebagian tugas dan fungsi SKPD. Pelimpahan sebagian kewenangan PA tersebut ditetapkan oleh kepala daerah atas usul kepala SKPD, dan didasarkan pada beberapa pertimbangan: tingkatan daerah, besaran SKPD, besaran jumlah uang yang dikelola, beban kerja, lokasi, kompetensi, rentang kendali, dan/atau pertimbangan objektif lainnya. Pelimpahan sebagian kewenangan tersebut meliputi:

- a. melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban anggaran belanja;
- b. melaksanakan anggaran unit kerja yang dipimpinnya;
- c. melakukan pengujian atas tagihan dan memerintahkan pembayaran;
- d. mengadakan ikatan/perjanjian kerjasama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang telah ditetapkan;
- e. menandatangani surat perintah membayar langsung (SPM-LS) dan surat perintah mem bayar tambah uang persediaan (SPM-TU);
- f. mengawasi pelaksanaan anggaran unit kerja yang dipimpinnya; dan
- g. melaksanakan tugas-tugas kuasa pengguna anggaran lainnya berdasarkan kuasa yang dilimpahkan oleh pejabat pengguna anggaran.

KPA bertanggungjawabkan pelaksanaan tugasnya kepada pengguna anggaran. Bagaimana dengan kedudukan kepala puskesmas dalam struktur organisasi pengelola keuangan daerah? Setiap daerah mempunyai kebijakan pengelolaan keuangan daerahnya tersendiri yang masing-masing berbeda antara satu dengan lainnya tergantung dari kebutuhan yang ada di daerah tersebut. Akan tetapi, jika merujuk pada susunan organisasi dan tata kerja daerah, puskesmas merupakan salah satu UPTD di bawah dinas yang membidangi kesehatan. Oleh karena itu, jika memenuhi kriteria tertentu, kepala puskesmas dapat ditunjuk sebagai KPA yang tugas dan kewenangan di bidang pengelolaan keuangannya dijelaskan pada bagian sebelumnya. Oleh karena itu, kepala puskesmas juga dituntut untuk memahami pola kerja dan ketentuan dalam pengelolaan keuangan yang ditetapkan dalam peraturan daerahnya tentang pengelolaan keuangan daerah.

Untuk melaksanakan anggaran yang dimuat dalam dokumen pelaksanaan anggaran (DPA) SKPD, kepala SKPD menetapkan pejabat yang melaksanakan fungsi tata usaha keuangan pada SKPD sebagai pejabat penatausahaan keuangan SKPD (PPK-SKPD). PPK-SKPD tidak boleh merangkap sebagai

pejabat yang bertugas melakukan pemungutan penerimaan daerah, bendahara, dan/atau PPTK. PPK-SKPD bertugas untuk:

- a. meneliti kelengkapan surat permintaan pembayaran (SPP) yang disampaikan oleh bendahara pengeluaran;
- b. melakukan verifikasi SPP;
- c. menyiapkan surat perintah membayar (SPM);
- d. melakukan verifikasi harian atas penerimaan;
- e. melaksanakan akuntansi SKPD; dan
- f. menyiapkan laporan keuangan SKPD

Pejabat pengguna anggaran dalam melaksanakan program dan kegiatan menunjuk pejabat pada unit kerja SKPD selaku Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK). Penunjukan pejabat tersebut didasarkan pada pertimbangan kompetensi jabatan, anggaran kegiatan, beban kerja, lokasi, dan/atau rentang kendali dan pertimbangan objektif lainnya. PPTK yang ditunjuk oleh pejabat pengguna anggaran bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada pengguna anggaran, sedang PPTK yang ditunjuk oleh kuasa pengguna anggaran bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada kuasa pengguna anggaran. PPTK mempunyai tugas berikut:

- a. Mengendalikan pelaksanaan kegiatan;
- b. Melaporkan perkembangan pelaksanaan kegiatan;
- c. Menyiapkan dokumen anggaran atas beban pengeluaran pelaksanaan kegiatan.

Dokumen anggaran tersebut mencakup dokumen administrasi kegiatan maupun dokumen administrasi yang terkait dengan persyaratan pembayaran yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran ditetapkan oleh kepala daerah atas usul PPKD untuk melaksanakan tugas kebendaharaan dalam rangka pelaksanaan anggaran pada SKPD maupun PPKD. Sebutan bendahara penerimaan umumnya diartikan sebagai bendahara penerimaan di SKPD, sedang bendahara penerimaan di PPKD biasanya disebut Bendahara Penerimaan PPKD. Demikian juga, sebutan bendahara pengeluaran umumnya diartikan sebagai bendahara pengeluaran di SKPD, sedang bendahara pengeluaran di PPKD biasanya disebut Bendahara Pengeluaran PPKD.

Dalam hal pengguna anggaran melimpahkan sebagian kewenangannya kepada kuasa pengguna anggaran, ditunjuk bendahara pengeluaran maupun bendahara penerimaan pembantu SKPD untuk melaksanakan sebagian tugas dan wewenang bendahara pengeluaran atau penerimaan SKPD.

Jabatan bendahara penerimaan/pengeluaran tidak boleh dirangkap oleh pejabat yang terlibat didalam pengelolaan keuangan daerah, misalnya PPK SKPD, PPTK, Kuasa Pengguna Anggaran atau Kuasa Bendahara Umum Daerah. Selain itu, bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran baik secara langsung maupun tidak langsung dilarang melakukan kegiatan perdagangan, pekerjaan pemborongan dan penjualan jasa atau bertindak sebagai penjamin atas kegiatan/pekerjaan/penjualan, serta membuka rekening/giro pos atau menyimpan uang pada suatu bank atau lembaga keuangan lainnya atas nama pribadi.



Gambar 4; Hubungan Kerja Pengelola Keuangan

Bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran secara fungsional bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada PPKD selaku BUD. Sedangkan secara administratif, keduanya bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada PA (kepala SKPD) atau KPA.

D. Tata Kelola Keuangan pada Puskesmas

Secara sederhana garis mekanisme proses manajemen keuangan dapat digambarkan seperti gambar di bawah:



Gambar 5: Mekanisme Manajemen Keuangan

Pengelolaan keuangan UPTD dilaksanakan pada proses pelaksanaan dan pelaporan, khususnya terkait dengan aktivitas penatausahaan, pembukuan, perhitungan pajak dan pelaporan keuangan.

a. Ketentuan Umum Penatausahaan Keuangan

Penatausahaan dana di Puskesmas merupakan pelaksanaan prosedur penerimaan kas dan pengeluaran kas beserta pembukuan dan pertanggungjawabannya. Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa terdapat dua aktivitas utama penatausahaan keuangan UPTD, yaitu aktivitas penatausahaan penerimaan kas dan aktivitas penatausahaan pengeluaran kas. Dalam aktivitas penatausahaan pengeluaran kas juga terdapat aktivitas penerimaan, sehingga seringkali membingungkan untuk membedakan kedua aktivitas tersebut. Perbedaan dari kedua aktivitas ini terdapat pada jenis dana yang dikelolanya serta yang dilakukan setelah kegiatan penerimaan dilakukan.

Pada aktivitas penatausahaan penerimaan kas, dana yang dikelola adalah pendapatan (bukan bersumber dari pemerintah) seperti Retribusi Layanan Kesehatan Puskesmas dan sumber lainnya yang sah. Setelah dana tersebut diterima, kemudian ditindaklanjuti dengan penyetoran penerimaan tersebut ke Rekening Kas Daerah.

Pada aktivitas penatausahaan pengeluaran kas, dana yang dikelola adalah dana kebutuhan belanja (Bersumber dari Pemerintah) seperti Dana Operasional Puskesmas dari Dinas Kesehatan, DANA BOK, dan dana Kapitasi, setelah dana tersebut diterima, ditindaklanjuti dengan pengeluaran/pembayaran dana tersebut untuk kegiatan Puskesmas.

b. Kaidah Umum Penatausahaan Keuangan Daerah

Terdapat beberapa kaidah yang berlaku umum bagi seluruh unit instansi pemerintah dalam mengelola keuangan daerah, sebagai berikut :

- 1) Keuangan Negara dikelola secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, efisien, ekonomis, efektif, transparan, dan bertanggung jawab dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan. (Pasal 3 (1) UU 17/2003)
- 2) Semua penerimaan yang menjadi hak dan pengeluaran yang menjadi kewajiban daerah dalam tahun anggaran yang bersangkutan harus dimasukkan dalam APBD. (Pasal 3 (6) UU 17/2003)
- 3) Penerimaan Kementerian negara/lembaga/satuan kerja perangkat daerah tidak boleh digunakan langsung untuk membiayai pengeluaran. (Pasal 16 (3) UU I/2004)

Aturan umum pengelolaan keuangan daerah tersebut ditetapkan dalam rangka menjaga keamanan, akuntabilitas, serta tanggung jawab penggunaan keuangan daerah. Sehingga pada prinsipnya seluruh penerimaan kas yang diterima oleh unit/instansi pemerintah harus terlebih dahulu masuk ke dalam kantong APBD.

Dalam proses pengelolaan keuangan Puskesmas tersebut, pihak yang terkait adalah sebagai berikut:

a. Pengelola Keuangan Puskesmas

Pengelola keuangan di puskesmas paling sedikit terdiri dari Kepala puskesmas dan bendahara. Peran kepala puskesmas dalam pengelolaan keuangan daerah sangat beragam, ada kepala puskesmas yang ditunjuk sebagai KPA, tetapi ada juga yang ditunjuk sebagai Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK). Keberagaman tersebut tergantung dengan kebijakan pengelolaan keuangan di daerah dimana puskesmas tersebut berlokasi, karena pada prinsipnya pengelolaan keuangan daerah diatur oleh daerahnya masing-masing. Kepala Puskesmas merupakan pihak yang bertanggungjawab atas seluruh pelaksanaan kegiatan di Puskesmas serta pengelolaan seluruh sumber dananya.

Dalam menjalankan kegiatan-kegiatan yang mendukung tugas dan fungsi termasuk penugasan-penugasan khusus baik dari dinas kesehatan maupun dari kementerian kesehatan, puskesmas mendapatkan beberapa sumber pendanaan diantaranya: bagian DPA dinas kesehatan, Dana Alokasi Khusus/DAK non fisik (Bantuan Operasional Kesehatan/BOK, Jaminan Persalinan, dan akreditasi puskesmas), Dana Kapitasi JKN, dan Dana Non Kapitasi JKN. Selain dana yang bersumber dari bagian DPA dinas kesehatan, sumber-sumber pendanaan puskesmas lainnya dikelola dan dipertanggungjawabkan secara khusus mengingat dana-dana tersebut merupakan dana *' earmark '* untuk mendukung program yang diprioritaskan secara nasional. Misalnya Dana DAK Non Fisik peruntukannya sudah ditentukan oleh Menteri Kesehatan melalui Permenkes No. 17 Tahun 2016 dan Dana Kapitasi JKN peruntukannya sudah ditentukan dalam Perpres No. 32 Tahun 2014.

DAK merupakan dana dari pemerintah pusat, tetapi karena sifatnya sudah diserahkan kepada pemerintah daerah melalui mekanisme Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD), maka mekanisme pertanggungjawaban pengelolannya tunduk pada mekanisme pertanggungjawaban pengelolaan APBD. Demikian juga, dana kapitasi JKN hakikatnya adalah pendapatan yang diperoleh puskesmas atas layanan jasa kesehatan yang diberikan kepada masyarakat, maka penggunaannya mengikuti mekanisme belanja APBD. Prinsip umum, penerimaan SKPD (termasuk penerimaan pendapatan

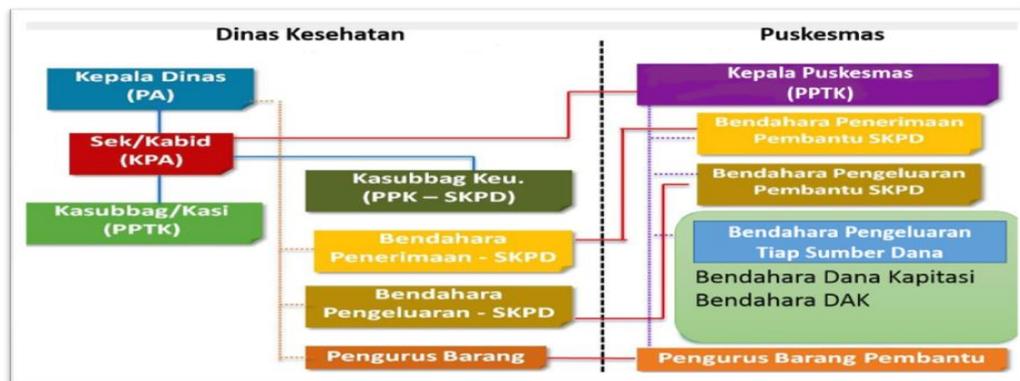
puskesmas) tidak boleh digunakan langsung untuk membiayai kegiatan SKPD (kecuali ditentukan lain oleh peraturan perundang-undangan) dan disetor ke kas umum daerah paling lama satu hari kerja [Permendagri No. 13 Tahun 2016 pasal 122 ayat (3) dan (4)]. Sebagai pengecualian dari asas umum penerimaan pendapatan SKPD tersebut, telah diatur penerimaan dana kapitasi JKN melalui mekanisme surat pengesahan pendapatan dan belanja (SP2B) puskesmas/FKTP oleh PPKD selaku BUD (Perpres No. 32 tahun 2014 pasal 8).

Selain kepala puskesmas, pihak yang peranannya cukup vital dalam pengelolaan keuangan puskesmas adalah bendahara. Jika di level SKPD bendahara dibedakan menjadi bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran, di puskesmas biasanya bendahara dibedakan menurut aktivitas dan sumber dana kegiatan, misalnya bendahara dana kapitasi JKN adalah bendahara yang mengelola dan mengadministrasikan kegiatan yang sumber dananya dari dana kapitasi, begitu juga bendahara DAK adalah bendahara yang mengelola dan mengadministrasikan kegiatan dengan pendanaan dari (DAK non fisik). Namun demikian, dalam prakteknya memungkinkan posisi berbagai bendahara pengeluaran tersebut dirangkap oleh satu atau beberapa personal tergantung ketersediaan SDM di puskesmas masing-masing. Bendahara-bendahara di puskesmas merupakan bendahara pembantu.



Gambar 6: Struktur organisasi pengelola keuangan puskesmas

Sementara itu, hubungan pengelola keuangan antara Dinas Kesehatan dengan puskesmas dapat diilustrasikan sebagaimana gambar berikut:



Gambar 7: hubungan pengelola keuangan antara dinas kesehatan dengan puskesmas

b. Tugas dan Peran Pengelola Keuangan puskesmas

Secara garis besar tugas dari pengelola Keuangan puskesmas adalah mengelola semua kegiatan keuangan puskesmas: mulai dari perencanaan, penyusunan laporan dan mempertanggungjawabkan secara internal maupun eksternal. Rincian tugas tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Mengelola dan memverifikasi dana secara akuntabel dan transparan.
- 2) Membuat mengumumkan dan melaporkan terkait penggunaan dana.
- 3) Menyusun rencana keuangan dan rencana pengambilan dana berdasarkan format baku sesuai aturan
- 4) Melakukan pembukuan semua transaksi keuangan
- 5) Menyusun laporan baik internal maupun eksternal
- 6) Mempertanggungjawabkan semua pengelolaan keuangan kepada pihak internal maupun eksternal termasuk auditor.

Untuk memenuhi tugas tersebut, peran dan tanggungjawab dari masing-masing pengelola keuangan puskesmas adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala puskesmas:
 - a) Menyusun serta mengajukan usulan rencana kegiatan dan pendanaan puskesmas kepada dinas kesehatan.
 - b) Memverifikasi dan mengesahkan daftar penggunaan uang sehari-hari yang diajukan oleh Bendahara.
 - c) Melakukan pengecekan atas ketersediaan dana yang ada pada puskesmas sebelum melaksanakan kegiatan
 - d) Melaksanakan kegiatan serta mengelola dana secara bertanggung jawab dan transparan sesuai dengan petunjuk teknis penggunaan masing-masing sumber dana.
 - e) Melakukan pemeriksaan secara berkala atas penatausahaan keuangan puskesmas.
 - f) Memverifikasi dan menetapkan laporan periodik penerimaan dan pengeluaran dana yang disusun oleh bendahara

- g) Mengumumkan laporan periodik penerimaan dan pengeluaran dana di papan pengumuman serta mengirimkannya kepada pihak terkait yang diatur oleh peraturan perundangan-undangan.

2) Bendahara:

- a) Membantu Kepala puskesmas dalam menyusun usulan rencana kegiatan dan pendanaan puskesmas.
- b) Menyiapkan daftar penggunaan uang sehari-hari atas dana yang dikelolanya untuk mendapatkan persetujuan dari Kepala puskesmas.
- c) Melakukan pengecekan atas penerimaan dana dalam rekening bank bendahara.
- d) Melakukan verifikasi atas bukti-bukti transaksi penerimaan dan pengeluaran kebutuhan belanja puskesmas dengan mengacu pada ketersediaan plafon anggaran dan kesesuaian peruntukan dana yang diatur dalam petunjuk teknis penggunaan masing-masing sumber dana.
- e) Melakukan penyetoran / pembayaran atas dasar dokumen sumber yang ditentukan.
- f) Menghitung, memungut dan menyetor PPh (pasal 21, 22, dan 23) dan PPN.
- g) Membukukan seluruh transaksi penerimaan dan pengeluaran dalam Buku Penerimaan dan Pengeluaran Kas Bendahara Penerimaan atau Buku Kas Umum, Buku Pembantu Kas, Buku Pembantu Bank, dan Buku Pembantu Bendahara Pengeluaran.
- h) Menyimpan bukti transaksi di tempat yang aman dan mudah dicari.
- i) Menyusun SPJ serta laporan periodik penerimaan dan pengeluaran dana yang dikelolanya.

E. Penatausahaan Pengeluaran Kas

Penatausahaan pengeluaran kas di puskesmas meliputi rangkaian prosedur dari mulai usulan kebutuhan belanja puskesmas, penerimaan dana kebutuhan belanja puskesmas, sampai dengan pertanggungjawaban seluruh dana kebutuhan belanja oleh pengelola keuangan puskesmas.

Beragamnya sumber pendanaan kebutuhan belanja yang dikelola puskesmas menuntut dilaksanakannya prosedur penatausahaan sesuai dengan petunjuk teknis pengelolaan masing-masing dana.

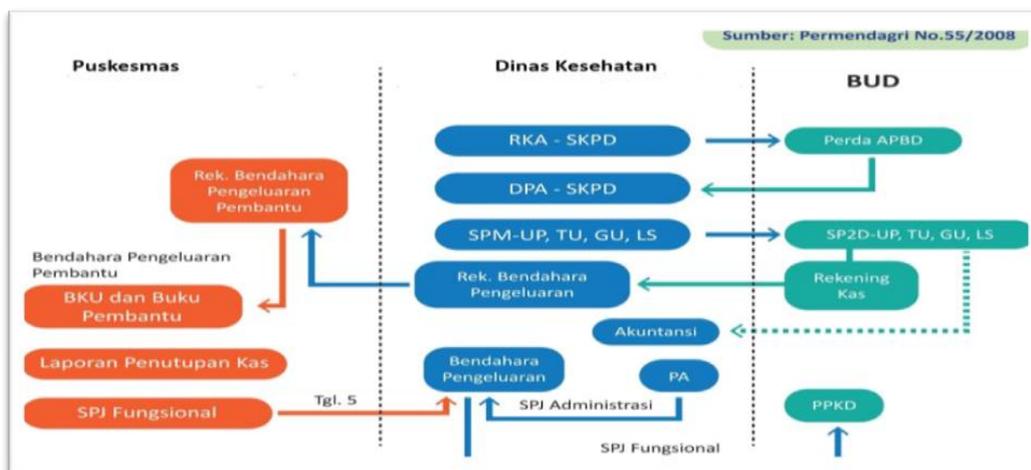
Secara garis besar dana kebutuhan belanja yang dikelola oleh puskesmas merupakan dana pemerintah daerah (APBD), sehingga dalam melakukan pengelolaan dan penatausahaan keuangannya berpedoman pada peraturan

daerah tentang pengelolaan keuangan daerah yang mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, Permendagri 13 Tahun 2006 dan Perubahannya (permendagri No. 59 tahun 2007 dan permendagri no. 21 tahun 2011) tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, serta Permendagri 55 Tahun 2008 tentang Tata Cara Penatausahaan dan Penyusunan Laporan Pertanggungjawaban Bendahara serta Cara Penyampaian.

Disamping itu, dalam pengelolaan serta penatausahaan keuangan puskesmas juga mengacu pada peraturan perundang-undangan yang secara khusus mengatur tentang penggunaan dan penatausahaan dari masing-masing dana yang dikelola oleh puskesmas. Untuk penatausahaan dana DAK non fisik bidang kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis DAK yang juga diterbitkan setiap tahun (untuk tahun 2017 mengacu pada Permenkes 71 Tahun 2016). Adapun untuk penatausahaan Dana Kapitasi – BPJS mengacu pada Perpres 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN, Permenkes 19 tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN, dan SE-Mendagri 900 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan, dan Penatausahaan Dana Kapitasi.

Berikut ini adalah gambar mekanisme penatausahaan beberapa contoh dana yang dikelola oleh puskesmas:

a. Sumber APBD



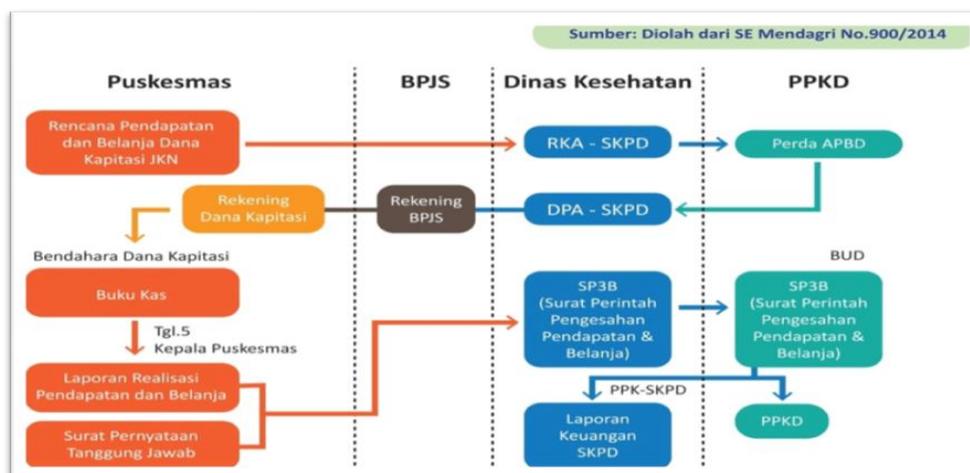
Gambar 8: Mekanisme penatausahaan dana APBD

Keterangan:

- Dana Dinas Terkait merupakan dana yang berasal dari DPA Dinas Kesehatan yang dikelola oleh bendahara puskesmas untuk belanja operasional puskesmas.
- Bendahara puskesmas pengelola dana tersebut merupakan bendahara pengeluaran pembantu Dinas Kesehatan

- Atas penggunaan dana tersebut, Bendahara pengeluaran pembantu pada puskesmas melakukan pembukuan dengan Buku Kas Umum beserta buku pembantu dan melaporkan SPJ Bendahara Pengeluaran Pembantu ke Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan maksimal setiap tanggal 5 bulan berikutnya.

b. Dana Kapitasi JKN



Gambar 8: Mekanisme penatausahaan Dana Kapitasi JKN

Keterangan:

- Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- Kepala Puskesmas menyusun Rencana Pendapatan dan Belanja Dana Kapitasi ke Dinas Kesehatan untuk dimasukkan dalam RKA-Dinas Kesehatan.
- Dana Kapitasi dibayarkan langsung dari BPJS ke Rekening Dana Kapitasi Puskesmas.
- Atas penggunaan Dana Kapitasi, Bendahara Dana Kapitasi menyampaikan Laporan realisasi pendapatan dan belanja Dana Kapitasi ke Kepala Puskesmas maksimal tanggal 5 bulan berikutnya, disampaikan oleh Kepala Puskesmas ke Kepala Dinas Kesehatan tiap bulan dan SPTB maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.

c. Sumber DAK

DAK merupakan dana dari pemerintah pusat, tetapi karena sifatnya sudah diserahkan kepada pemerintah daerah melalui mekanisme Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD), maka penatausahaan pengeluaran kas mengacu pada sumber APBD.

F. Pelaporan dan Pertanggungjawaban Pengelolaan Keuangan

a. Paradigma dalam Pelaporan Keuangan UPTD Puskesmas

Puskesmas sebagai UPTD yang berada dibawah Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yaitu Dinas Kesehatan memiliki karakteristik tersendiri dalam pengelolaan keuangannya. Dana yang dikelola oleh Puskesmas beragam, sedangkan Dinas Kesehatan hanya mengelola dana yang berasal dari APBD saja. Oleh karena itu, pengelolaan dan pelaporan dana tersebut disesuaikan dengan petunjuk teknis (juknis) yang diberikan oleh tiap pemberi dana, sehingga bentuk dan format pelaporannya juga bisa berbeda-beda, tergantung pemberi dananya.

Fokus pelaporan keuangan masih bersifat sektoral untuk memenuhi kebutuhan para pemberi dana, sedangkan laporan keuangan Puskesmas sebagai entitas pelaporan belum menjadi bagian yang diprioritaskan.

Untuk menjembatani keterbatasan dalam pelaporan dan pertanggungjawaban pengelola keuangan tersebut, antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan yang membawahnya perlu dibuatkan format pelaporan keuangan antara, sebelum diterapkan model pelaporan keuangan yang mengacu pada standar akuntansi. Model pelaporan tersebut berupa Pelaporan Keuangan Terpadu.

b. Pelaporan Keuangan Terpadu

Pelaporan Keuangan Terpadu (LKT) adalah laporan yang mencatat semua jenis penerimaan dari berbagai sumber dana dan semua jenis pengeluaran yang dilakukan. Selain itu, LKT juga dapat dikaitkan dengan perencanaan dan anggaran UPTD Puskesmas untuk melihat konsistensi antara yang direncanakan dan dianggarkan dengan apa yang dibiayai Puskesmas. Laporan Keuangan Terpadu merupakan laporan keuangan konsolidasi Puskesmas yang menunjukkan seluruh sumber dan pengeluaran keuangan Puskesmas secara komprehensif.

Laporan Keuangan Terpadu (LKT) merupakan salah satu bagian penting dari *Good Governance* (tata kelola) Puskesmas. Akuntabilitas keuangan Puskesmas menjadi suatu hal yang tidak dapat dipisahkan dengan pemberian dana untuk Puskesmas. Di satu sisi, Puskesmas “dipercaya” untuk menggunakan uang sesuai dengan kebutuhannya, di sisi lain perlu dikembangkan sistem/mekanisme pertanggungjawaban yang meminimalkan penyalahgunaan uang di tingkat Puskesmas.

Tujuan Laporan Keuangan Terpadu:

- **Transparansi**
Laporan Keuangan Terpadu dengan cakupannya yang menyeluruh dan dalam bentuknya yang sangat ringkas dan sederhana memenuhi tujuan

transparansi dalam pengelolaan keuangan UPTD. Dengan menyeluruh maka segenap pemasukan dan pengeluaran dilaporkan secara tunggal; dengan ringkas maka laporan ini dapat tersampaikan kepada stakeholders dengan praktis, bahkan ditempel pada papan pengumuman UPTD.

- Akuntabilitas

Akuntabilitas dapat digambarkan sebagai sebuah pertanggungjawaban kepentingan atau sebuah kewajiban untuk memberitahukan dan menjelaskan tiap tindakan dan keputusan. Dengan demikian akuntabilitas pada dasarnya merupakan suatu pertanggungjelasn kepada pihak-pihak terkait tentang tindakan dan keputusan yang diambil. Akuntabilitas tidak hanya pertanggungjawaban secara administrasi, tetapi juga pertanggungjawaban secara substantif yang akan melihat apakah penggunaan uang sudah dilakukan secara tepat sesuai dengan tujuan, fungsi dan kebutuhan Puskesmas.

Prinsip Laporan Keuangan Terpadu

Penyusunan Laporan Keuangan Terpadu dalam kegiatan ini hanya terkait dana yang dikelola Puskesmas khususnya dana yang dipungut, diadministrasikan dan penggunaannya merupakan otoritas Puskesmas. Adapun prinsip-prinsip dasar Laporan Keuangan Terpadu sebagai berikut:

- a. Mencatat Semua Pengeluaran untuk kegiatan di Puskesmas. Sesuai dengan namanya laporan ini mengkonsolidasikan seluruh pemasukan dan pengeluaran uang untuk keperluan Puskesmas, baik investasi maupun operasional. Termasuk dalam pemasukan Puskesmas adalah dana dari pemerintah daerah tingkat I dan II serta pemerintah pusat, baik yang bersifat rutin maupun proyek, dana dari orang tua atau masyarakat, atau penghasilan Puskesmas lainnya.
- b. Pencatatan disertai dengan bukti yang sah. Dalam penyusunan LKT, pencatatan harus disertai bukti yang sah. Pengeluaran harus dilakukan pada harga yang wajar serta barang yang diperoleh dapat dibuktikan keberadaan dan penggunaannya.
- c. Mencatat kesesuaian antara anggaran dan realisasi. Sejalan dengan akuntabilitas, penerimaan dan khususnya pengeluaran sedapat mungkin sesuai dengan yang dianggarkan. Kalau ada realisasi pengeluaran yang tidak sesuai anggaran, perlu penjelasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- d. Sederhana. LKT disusun dalam format yang sederhana agar dapat dibaca dan dimengerti, bahkan oleh orang awam sekalipun. Kesederhanaan bentuk laporan juga dimaksudkan untuk menghindari terjadinya multi interpretasi.

Dalam penyusunan Laporan Keuangan Terpadu, semua dana yang diterima dari berbagai sumber tersebut perlu diintegrasikan dan disajikan menjadi satu dalam Laporan Keuangan. Oleh karena itu sebelum menyusun LKT terlebih dahulu perlu diidentifikasi sumber-sumber pendanaan yang ada di Puskesmas.

Jangka Waktu dan Manfaat Pelaporan

Laporan Keuangan Terpadu sebaiknya dibuat dalam kurun waktu triwulanan. Hal itu dilakukan karena sesuai dengan laporan keuangan dari dana pemerintah. Namun demikian, jika dianggap perlu maka Laporan Keuangan Terpadu dapat dibuat setiap bulan.

8

REFERENSI

1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
2. Undang-Undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor.144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).
3. Permenkes 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
4. Peraturan Menkes RI No. 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.44 Tahun 2016, tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1423)
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2017 Tentang Pedoman Perencanaan Dan Penganggaran Bidang Kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2019 Tentang Sistem Informasi Pemerintahan Daerah
9. Permendagri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, Dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan Dan Keuangan Daerah
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42) dan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322)

9

LAMPIRAN

PANDUAN LATIHAN KASUS:

Waktu : 90 menit

1. Peserta dibagi menjadi 6 kelompok (@ kelompok terdiri dari 5 orang peserta)
2. Masing- masing kelompok bertugas mendiskusikan kasus dibawah ini selama 30 menit:

Kepala Puskesmas Galau, Dampak Perpres & Permenkes terkait Dana Kapitasi JKN di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Telah ditetapkan peraturan presiden No 32 tahun 2014 tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah. Kemudian disusul dengan keluarnya peraturan Menteri kesehatan No 19 tahun 2014 tentang penggunaan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah.

Dari dua peraturan tersebut, salah satunya akan membuat kepala Puskesmas menjadi galau seperti yang dialami kepala Puskesmas di salah satu daerah di Jawa Tengah. Hal ini dikarenakan puskesmas diberi pilihan untuk BLUD oleh pemda. Menurut dr. Beti Sulistyorini (Puskesmas Pasundan), dengan puskesmas berubah menjadi BLUD, kapitasi akan diturunkan langsung ke puskesmas dan tidak lagi melalui kas daerah. Sehingga konsekwensinya puskesmas diberi kewenangan untuk mengatur dana kapitasi sesuai dengan peraturan presiden. Namun untuk mengelola dana sendiri dibutuhkan kompetensi yang sesuai, misalnya bendahara pemegang keuangan harus mendapatkan pelatihan tertentu yang berkaitan dengan penggunaan dana.

Dengan BLUD, puskesmas akan lebih berkembang karena bisa menggunakan dana sesuai dengan kebutuhan dan tidak tergantung dari dinas kesehatan. Sehingga BLUD puskesmas lebih fleksibel mengelola keuangan. Namun dengan BLUD, tambahan penghasilan yang selama ini diterima semua staf puskesmas dihapus.

Peraturan presiden ini diperuntukan untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik pemerintah yang belum menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD. Untuk penganggaran, kepala FKTP diminta menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan yang mana mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN kepada kepala SKPD dinas kesehatan. Menurut kontributor IHQN, Ilham Akhsanu Ridlo SKM., MKes, peraturan presiden ini semakin jauh dari upaya preventif dan promotif.

Sedangkan, peraturan menteri kesehatan menjelaskan bahwa dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk (1) pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan (2) dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi. Sedangkan alokasi dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk (1) obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan (2) kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya.

Sumber: <https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1352>

3. Dari kasus di atas, sebutkan permasalahan apa saja dalam bidang pengelolaan keuangan di puskesmas yang menyebabkan kegalauan para kepala puskesmas serta solusi apa saja yang akan Saudara usulkan?
4. Pelatih memberi kesempatan kepada 3 perwakilan kelompok untuk mempresentasikan hasil latihan kasus tersebut selama 10 menit/ kelompok secara SM menggunakan media yang telah disepakati, seperti zoom, dll.
 - a. Setelah selesai presentasi, Pelatih memberi kesempatan kepada kelompok lain untuk menanggapi/ melakukan tanya jawab secara langsung terhadap hasil presentasi kelompok yang sedang mempresentasikan hasilnya selama 10 menit.
 - b. Pelatih memberi masukan/ klarifikasi langsung terhadap hal-hal yang masih dirasa kurang tepat dari setiap kelompok setelah presentasi dan tanya jawab selesai selama 10 menit
 - c. Pelatih membuat rangkuman secara keseluruhan atas hasil presentasi seluruh kelompok dan sekaligus menutup sesi pembelajaran tersebut dengan waktu yang masih tersisa yaitu selama 10 menit



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Perencanaan dan Penganggaran Puskesmas

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

7b

URAIAN MATERI POKOK 2

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN PUSKESMAS

A. Kebijakan Umum Perencanaan dan Penganggaran

Kesehatan merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional, sehingga perencanaan anggaran bidang kesehatan merupakan bagian tak terpisahkan dari perencanaan pembangunan nasional yang mengacu kepada Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN). Sesuai Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN, sistem tersebut merupakan satu kesatuan tata cara perencanaan pembangunan untuk menghasilkan rencana pembangunan jangka panjang, jangka menengah, dan tahunan yang dilaksanakan oleh unsur penyelenggara pemerintahan di pusat dan daerah dengan melibatkan masyarakat.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional dalam rangka mewujudkan visi misi Presiden dan implementasi Nawa Cita yang kelima yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas perencanaan dan penganggaran. Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya guna mendukung tercapainya tujuan nasional Bangsa Indonesia. Oleh karena itu pembangunan kesehatan harus dilaksanakan secara menyeluruh, terarah, terpadu dan berkesinambungan.

Pembangunan Kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, supaya terwujud derajat kesehatan warga masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan SDM (Sumber Daya Manusia) yang produktif secara sosial dan ekonomis. Bidang Kesehatan sebagai salah satu bagian dari pembangunan dan pelayanan kepada masyarakat, Pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia di implementasikan di dalam penganggaran pembangunan yang dikenal dengan Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN). Pengertian Pembiayaan Pembangunan dalam arti luas, yaitu, Usaha pemerintah dalam menyediakan dana untuk membiayai pembangunan di wilayahnya dengan menggunakan sumber-sumber dari pendapatan (revenue), utang (debt), dan kekayaan (equity) yang bersifat konvensional atau non-konvensional. Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan

berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia bersumber dari: 1. Pemerintah Pusat: minimal 5% APBN di luar gaji. 2. Pemerintah Daerah (Provinsi & Kab./Kota): min. 10% APBD di luar gaji. 3. Swasta/Masyarakat: Community Social Responsibility (CSR), melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial, dan mekanisme lainnya. Berdasarkan Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa penggunaan pembiayaan dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik minimal dua 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan di suatu daerah, antara lain: 1. Kemampuan perencanaan 2. Komitmen daerah 3. Kemampuan advokasi 4. Keseimbangan alokasi antara mata anggaran 5. Skala prioritas masalah kesehatan 6. Pendapatan daerah 7. Pendapatan Asli Daerah (PAD) 8. Dana Perimbangan 9. Lain-lain pendapatan yang sah.

Pembangunan kesehatan harus dilaksanakan secara terintegrasi dan melibatkan seluruh unsur Bangsa Indonesia, baik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Swasta, Organisasi Profesi (OP) dan masyarakat.

Dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 arah kebijakan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar (primary health care) dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.

Arah kebijakan nasional tersebut dicapai melalui lima strategi, yaitu

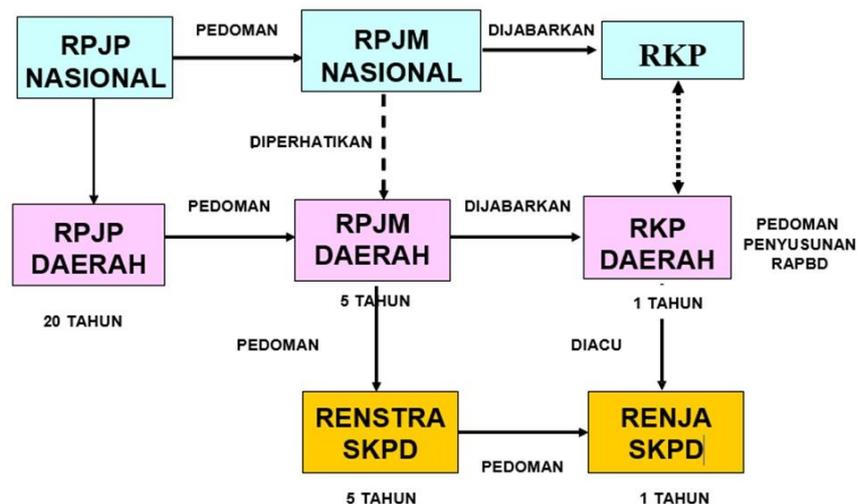
- a. Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan kesehatan reproduksi
- b. Percepatan perbaikan gizi masyarakat untuk pencegahan dan penanggulangan permasalahan gizi ganda
- c. Peningkatan pengendalian penyakit
- d. Pembudayaan perilaku hidup sehat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
- e. Penguatan Sistem Kesehatan

Pembangunan kesehatan dengan pendekatan keluarga Dalam rangka melakukan penguatan promotif-preventif (paradigma sehat) dan penguatan pelayanan kesehatan dengan Pendekatan Keluarga, pada dasarnya adalah mengintegrasikan UKP dan UKM secara berkesinambungan, dengan target keluarga. Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga berserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi

pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar; mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan; mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN, dan diharapkan mendukung tercapainya Indikator Sasaran Strategis dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Perlu dilakukan review ulang indikator PIS-PK, dimungkinkan adanya muatan lokal sesuai masalah kesehatan lokal, desentralisasi manajemen pengelolaan data PIS-PK, serta penekanan bahwa PIS-PK adalah alat manajemen puskesmas yang harus dilaksanakan oleh seluruh staf puskesmas dan pimpinan puskesmas untuk perbaikan upaya kesehatan di wilayah kerja puskesmas.

Perencanaan di Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terkecil harus terintegrasi dengan pembangunan kesehatan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari perencanaan pembangunan nasional yang mengacu kepada Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN). Sesuai Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN, sistem tersebut merupakan satu kesatuan tata cara perencanaan pembangunan untuk menghasilkan rencana pembangunan jangka panjang (periode perencanaan 20 tahun), jangka menengah (periode perencanaan 5 tahun), dan tahunan yang dilaksanakan oleh unsur penyelenggara pemerintahan di pusat dan daerah dengan melibatkan masyarakat.

Siklus perencanaan kesehatan daerah terikat pada siklus perencanaan yang diatur oleh Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 dan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008, dan dapat dilihat pada skema dibawah ini:



ALUR PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH MENURUT UU 25/2004

Puskesmas memiliki berbagai sumber pembiayaan dalam pelaksanaan kegiatannya. Menurut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, upaya kesehatan

dibiayai dari sumber Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) yang ada di berbagai sektor. Dana APBN dapat berupa dana Dekonsentrasi, Dana Bagi Hasil (DBH), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan Dana Alokasi Umum (DAU). Kemudian ada Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) dan Pajak Rokok misalnya sudah diatur untuk sebagian dipergunakan untuk kesehatan. Demikian juga Alokasi Dana Desa sebagian harus dipergunakan untuk kegiatan kesehatan di tingkat desa, utamanya untuk pemberdayaan masyarakat. Daerah juga bisa memobilisasi dana *Corporate Social Responsibility* (CSR) untuk membiayai kegiatan UKM.

Terkait pemanfaatan DAK oleh puskesmas perlu menjadi perhatian karena dari tahun ke tahun alokasinya semakin bertambah. Diharapkan dengan pemanfaatan DAK yang tepat dan optimal dapat mempercepat tercapainya sasaran prioritas pembangunan khususnya di bidang kesehatan.

a. Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Kesehatan

1) Definisi Perencanaan

- a) Perencanaan ialah suatu proses pemikiran secara menyeluruh, rasional dan terpadu dalam menentukan tindakan kegiatan apa saja yang dilakukan pada masa yang akan datang dalam rangka pencapaian tujuan/ sasaran.
- b) Dalam konsep perencanaan Pembangunan Nasional, Proses perencanaan terdiri atas (1) perencanaan teknokrat; (2) perencanaan partisipatif; (3) perencanaan top-down; (4) perencanaan bottom up .
- c) Dalam konteks pembangunan kesehatan Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Suatu perencanaan akan menjadi efektif jika dalam perumusan masalah didasarkan pada fakta dan data pendukungnya.
- d) Hakikat perencanaan adalah pemecahan masalah (*problem solving*). Suatu proses yang terdiri dari langkah-langkah yang sistematis dan berkesinambungan. Langkah – langkah tersebut adalah analisis keadaan dan masalah, perumusan masalah secara spesifik, penentuan prioritas masalah, penentuan tujuan, penentuan alternatif untuk mencapai tujuan, menguraikan alternative dan menyusun rencana sumberdaya menjadi rencana operasional.
- e) Prinsip perencanaan adalah 5 W dan 1 H
What : Apa yang terjadi?
Who : Siapa yang terlibat dalam peristiwa itu?
Why : Mengapa hal itu bisa terjadi?
When : Kapan peristiwa itu terjadi?

Where : Di mana peristiwa itu terjadi?
How : Bagaimana peristiwa itu terjadi?

- f) Konsep Dasar Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Daerah merupakan Perencanaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam konteks kewilayahan, suatu pendekatan dalam menyusun Renja tahunan Kesehatan, berbasis wilayah, dilakukan secara komprehensif, mengakomodir usulan dari tingkat bawah seperti dari Puskesmas (*Bottom Up*), berbasis kinerja, proses pelaksanaan iteratif, terpadu (terintegrasi) dari berbagai rencana dan anggaran program yang akan dilaksanakan, *evidence based* dan terdapat 4 langkah pokok dalam pelaksanaannya yaitu :
1. Analisis situasi dan perumusan masalah
 2. Penyusunan rencana
 3. Penyusunan anggaran
 4. Penyusunan dokumen Rencana Kerja (Renja)

Perencanaan dibuat sebagai upaya untuk merumuskan apa yang sesungguhnya ingin dicapai sebuah organisasi serta bagaimana sesuatu yang ingin dicapai dapat diwujudkan melalui serangkaian rumusan rencana kegiatan tertentu.

Berhasil tidaknya suatu usaha dapat dilihat dari bagaimana cara merencanakan atau dengan kata lain keberhasilan suatu usaha sangat ditentukan dengan perencanaannya.

Dalam merencanakan sesuatu program atau kegiatan agar tercapai tujuannya maka dibutuhkan sebuah perencanaan, dimana perencanaan adalah proses penetapan apa yang harus di capai, bila hal itu dicapai, dimana hal itu harus dicapai, bagaimana hal itu harus dicapai, siapa yang bertanggungjawab, dan penetapan mengapa hal itu harus dicapai, dengan menghubungkan fakta-fakta yang ada sehingga dapat memprediksikan situasi yang ada dimasa yang akan datang.

Berdasarkan beberapa pengertian yang telah dijelaskan, dapat disimpulkan bahwa perencanaan ialah suatu proses pemikiran secara menyeluruh, rasional dan terpadu dalam menentukan tindakan kegiatan apa saja yang dilakukan pada masa yang akan datang dalam rangka pencapaian tujuan/ sasaran.

2) Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional

Ahli-ahli teori perencanaan publik mengemukakan beberapa proses perencanaan (1)perencanaan teknokrat; (2)perencanaan partisipatif;

(3) perencanaan top-down; (4) perencanaan bottom up (Wrihatnolo dan Dwidjowijoto, 1996).

a) Perencanaan teknokrat

Perencanaan
teknokrat

Menurut Suzetta (2007) adalah proses perencanaan yang dirancang berdasarkan data dan hasil pengamatan kebutuhan masyarakat dari pengamat profesional untuk menghasilkan perspektif akademis pembangunan. Pengamat ini bisa pejabat pemerintah, bisa non-pemerintah, atau dari perguruan tinggi.

Menurut penjelasan Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004, tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, “perencanaan teknokrat dilaksanakan dengan menggunakan metoda dan kerangka pikir ilmiah oleh lembaga atau satuan kerja yang secara fungsional bertugas untuk itu”.

b) Perencanaan partisipatif

Menurut Sumarsono (2010), perencanaan partisipatif adalah metode perencanaan pembangunan dengan cara melibatkan warga masyarakat yang diposisikan sebagai subyek pembangunan.

Perencanaan
partisipatif

Menurut penjelasan UU. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional: “perencanaan partisipatif dilaksanakan dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan terhadap pembangunan. Pelibatan mereka adalah untuk mendapatkan aspirasi dan menciptakan rasa memiliki”. Dalam UU No. 25 Tahun 2004, dijelaskan pula “partisipasi masyarakat” adalah keikutsertaan untuk mengakomodasi kepentingan mereka dalam proses penyusunan rencana pembangunan.

c) Perencanaan top down

Menurut Suzetta (1997) adalah proses perencanaan yang dirancang oleh lembaga/departemen/daerah menyusun rencana pembangunan sesuai dengan wewenang dan fungsinya.

Perencanaan
top down

d) Perencanaan bottom up

Menurut (www.actano.com) adalah *planning approach starting at the lowest hierarchical*

Perencanaan
bottom up

level and working upward (pendekatan perencanaan yang dimulai dari tingkatan hirarkis paling rendah menuju ke atas).

Selain itu, menurut penjelasan UU 25 Tahun 2004, pendekatan atas-bawah (top down) dan bawah-atas (bottom up) dalam perencanaan dilaksanakan menurut jenjang pemerintahan. Rencana hasil proses diselenggarakan melalui musyawarah yang dilaksanakan di tingkat Nasional, Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan, dan Desa.

Tujuan perencanaan menurut Stephen Robbins dan Mary Coulter dalam Wikipedia adalah (1) memberikan pengarahan yang baik; (2) mengurangi ketidakpastian; (3) meminimalisir pemborosan; (4) menetapkan tujuan dan standar yang digunakan dalam fungsi selanjutnya yaitu proses pengontrolan dan evaluasi.

Tujuan perencanaan dari masing-masing proses perencanaan di atas yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan Perencanaan teknokrat

Tujuannya untuk membangun perencanaan strategis dan perencanaan kontingensi, menetapkan ketentuan-ketentuan, standar, prosedur petunjuk pelaksanaan serta evaluasi, pelaporan dan langkah taktis untuk menopang organisasi (Tomatala, 2010).

2. Perencanaan partisipatif

Tujuannya agar masyarakat diharapkan mampu mengetahui permasalahannya sendiri di lingkungannya, menilai potensi SDM dan SDA yang tersedia, dan merumuskan solusi yang paling menguntungkan.

3. Perencanaan top down

Tujuannya adalah untuk menyeragamkan “corak”, karena perencanaan top down menurut Djunaedi (2000) dalam kegiatan perencanaan kota dan daerah dilakukan dengan mengacu pada corak yang seragam yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan mengikuti “juklak dan juknis” (petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis).

4. Perencanaan bottom up

Tujuan adalah untuk menghimpun masukan dari “bawah”, karena menurut Sumarsono (2010), apabila di Indonesia perencanaan bottom up dimulai dari tingkat desa, yang biasanya dihadiri oleh mereka yang ditunjuk peraturan perundangan ataupun kebijakan lain, misalnya

melalui kegiatan Musyawarah Pembangunan Desa (Musbangdes) atau Musyawarah Rencana Pembangunan Desa (Musrenbangdes)

3) Manfaat Perencanaan

- a) Dengan adanya perencanaan, maka pelaksanaan kegiatan dapat diusahakan dengan efektif dan efisien.
- b) Dapat mengatakan bahwa tujuan yang telah ditetapkan tersebut, dapat dicapai dan dapat dilakukan koreksi atas penyimpangan-penyimpangan yang timbul seawal mungkin.
- c) Dapat mengidentifikasi hambatan-hambatan yang timbul dengan mengatasi hambatan dan ancaman.
- d) Dapat menghindari adanya kegiatan pertumbuhan dan perubahan yang tidak terarah dan terkontrol.



4) Fungsi Perencanaan

Fungsi perencanaan pada dasarnya adalah suatu proses pengambilan keputusan sehubungan dengan hasil yang diinginkan, dengan penggunaan sumber daya dan pembentukan suatu sistem komunikasi yang memungkinkan pelaporan dan pengendalian hasil akhir serta perbandingan hasil-hasil tersebut dengan rencana yang dibuat.

a) Perencanaan dalam pembangunan Kesehatan

Perencanaan merupakan inti kegiatan manajemen, karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh perencanaan tersebut. Dengan perencanaan tersebut memungkinkan para pengambil keputusan untuk menggunakan sumber daya mereka secara berhasil guna dan berdaya guna. Untuk mendukung keberhasilan pembaharuan kebijakan pembangunan, telah disusun sistem



kesehatan nasional yang baru yang mampu menjawab dan merespon berbagai tantangan pembangunan kesehatan masa kini maupun untuk masa mendatang.



Penyelenggaraan sistem kesehatan dituangkan dalam berbagai program kesehatan melalui siklus perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta pertanggung jawaban secara sistematis, berjenjang dan berkelanjutan.

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat,

menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta dan data pendukungnya.

b) Perencanaan dan Siklus Pemecahan Masalah

Setelah memahami beberapa konsep dasar perencanaan yang disajikan dalam pokok bahasan sebelumnya, sekarang bagaimana menggunakan penalaran dan konsep-konsep tersebut untuk memecahkan masalah.

Sebagaimana diketahui bahwa perencanaan adalah berorientasi kepada masa depan. Perencanaan program (pembangunan) yang dilakukan tak ada lain adalah untuk mencapai tujuan-tujuan pembangunan secara efektif, efisien dan berkelanjutan.

Hakikat perencanaan adalah pemecahan masalah (*problem solving*). Suatu proses yang terdiri dari langkah-langkah yang sistematis dan berkesinambungan (sekuensial).

Langkah-langkah tersebut secara sistematis adalah sebagai berikut: analisis keadaan dan masalah, perumusan masalah secara spesifik, penentuan prioritas masalah, penentuan tujuan, penentuan alternative untuk mencapai tujuan, menguraikan alternative dan menyusun rencana sumberdaya menjadi rencana operasional.

Perencanaan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan hakikatnya adalah pemberian pelayanan kesehatan di fasyankes primer dan sekunder. Suatu pelayanan dikatakan bermutu jika penerapan semua persyaratan pelayanan dapat memuaskan pasien. Mutu pelayanan berorientasi pada penerapan kode etik dan standar pelayanan, serta kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan.



Pembangunan kesehatan tidak terlepas dari masalah keterbatasan sumber daya seperti Sumber Daya Manusia, sarana, dan dana. Oleh karena itu dalam menyiapkan kegiatan dilakukan pada tahap perencanaan awal kegiatan untuk penanggulangan masalah kesehatan perlu dilakukan prioritas untuk menjawab pertanyaan: masalah kesehatan apa yang perlu diutamakan penanganannya/ diprioritaskan dalam program kesehatan.

Selanjutnya bilamana sudah didapatkan masalah kesehatan yang diprioritaskan untuk ditanggulangi ditentukan pula teknik pemecahan masalah yang sesuai agar program yang dilakukan dapat dicapai secara efektif dan efisien. Sehingga perlu pemahaman cara-cara penentuan prioritas masalah kesehatan, penentuan prioritas jenis program kesehatan yang akan dilakukan dan pemecahan masalah dari masalah kesehatan yang dihadapi.

Siklus pemecahan masalah merujuk pada kontinuitas langkah-langkah yang dilaksanakan secara sistematis meliputi analisis situasi, identifikasi masalah, prioritas masalah, tujuan, alternatif pemecahan masalah, rencana operasional, pelaksanaan dan penggerakan, pemantauan, pengawasan dan pengendalian.

c) Prinsip Perencanaan (5W,1H, agar mudah diingat)

Secara umum prinsip perencanaan menurut Abe dalam Ovalhanif (2009) adalah: 1. Apa yang akan dilakukan (WHAT), yang merupakan jabaran dari visi dan misi; 2. Bagaimana mencapai hal tersebut (HOW); 3. Siapa yang melakukan (WHO); 4. Lokasi aktivitas (WHERE); 5. Kapan akan dilakukan, berapa lama (WHEN); 6. Sumber daya yang dibutuhkan.

Prinsip-prinsip perencanaan menurut Prinsip-prinsip Penyusunan Renstra Satuan Kerja Perangkat Daerah/SKPD (2007) dan menyambung tujuan perencanaan pada pokok bahasan sebelumnya yaitu sebagai berikut:

1. Prinsip-prinsip perencanaan teknokratis

Untuk prinsip teknokratik ada 14 rumusan, yaitu:

- Ada rumusan isu dan permasalahan pembangunan yang jelas;
- Ada rumusan prioritas isu sesuai dengan urgensi, kepentingan, dan dampak isu terhadap kesejahteraan masyarakat;
- Ada rumusan tujuan pembangunan yang memenuhi kriteria SMART (specific, measurable, achievable, result oriented, time bound);
- Ada rumusan alternatif strategi untuk pencapaian tujuan;
- Ada rumusan kebijakan untuk masing-masing strategi;
- Ada pertimbangan atas kendala ketersediaan sumberdaya dan dana;
- Ada prioritas program;
- Ada tolok ukur dan target kinerja capaian program;
- Ada pagu indikatif program;

- Ada kejelasan siapa bertanggungjawab untuk mencapai tujuan, sasaran, dan hasil, serta waktu penyelesaian termasuk tinjau ulang kemanjuran pencapaian sasaran;
 - Ada kemampuan untuk menyesuaikan dari waktu ke waktu terhadap perkembangan internal dan eksternal yang terjadi;
 - Ada evaluasi terhadap proses perencanaan yang dilakukan;
 - Ada komunikasi dan konsultasi berkelanjutan dari dokumen yang dihasilkan;
 - Ada instrumen, metodologi, pendekatan yang tepat digunakan untuk mendukung proses perencanaan.
2. Prinsip-prinsip perencanaan partisipatif:
- Ada identifikasi *stakeholders* yang relevan untuk dilibatkan dalam proses perumusan visi, misi, dan agenda SKPD serta dalam proses pengambilan keputusan penyusunan renstra SKPD;
 - Ada kesetaraan antara *government* dan *non government stakeholders* dalam pengambilan keputusan;
 - Ada transparansi dan akuntabilitas dalam proses perencanaan;
 - Ada keterwakilan yang memadai dari seluruh segmen masyarakat, terutama kaum perempuan dan kelompok marjinal;
 - Ada *sense of ownership* masyarakat terhadap renstra SKPD
 - Ada pelibatan media;
 - Ada konsensus atau kesepakatan pada semua tahapan penting pengambilan keputusan seperti perumusan prioritas isu dan permasalahan, perumusan tujuan, strategi, dan kebijakan, dan prioritas program.
3. Prinsip-prinsip perencanaan top down:
- Ada sinergi dengan RPJM Nasional dan Renstra Kementerian/Lembaga;
 - Ada sinergi dan konsistensi dengan RPJPD dan RPJMD;
 - Ada sinergi dan konsistensi dengan RTRWD;
 - Ada sinergi dan komitmen pemerintah terhadap tujuan-tujuan pembangunan global Sustainable Development Goals (SDG's); pemenuhan HAM, pemenuhan air bersih dan sanitasi, Keluarga Sadar Kesehatan (KSK)
4. Prinsip-prinsip perencanaan bottom up:
- Ada penjaringan aspirasi dan kebutuhan masyarakat untuk melihat konsistensi dengan visi, misi dan program Kepala Daerah terpilih;

- Memperhatikan hasil proses musrenbang dan kesepakatan dengan masyarakat tentang prioritas pembangunan daerah;
- Mempertimbangkan hasil Forum Multi Stakeholders SKPD;
- Memperhatikan hasil Proses Penyusunan Renstra SKP

b. Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Daerah

1) Pengertian dan ruang lingkup

Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Daerah adalah perencanaan program kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam konteks kewilayahan (*areawide health planning*), sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Dinkes sebagai pembina kesehatan wilayah (UU-23/2014).

Namun penyusunan rencana kerja RSUD tidak termasuk ruang lingkup PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH, karena perencanaan RS adalah rencana institusi (*institutional health planning*) yang bersifat unik dan eksklusif. Renja RSUD adalah rencana terbatas untuk UKP rujukan. Selain itu, penganggaran pelayanan di RS sebagian besar diperoleh dari pembayaran klaim ke BPJS.

2) Renja tahunan

Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Daerah adalah sebuah pendekatan dalam menyusun *perencanaan dan penganggaran program kesehatan tahunan*, yang merupakan implementasi tahunan dari Rencana Strategis, yang dalam Permendagri-54/2010 disebut Renja (Rencana Kerja). Dengan demikian, dokumen Renstra Kesehatan Daerah (Renstrakes) harus menjadi rujukan dalam menyusun PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH. Karena Renstrakes adalah operasionalisasi RPJMD bidang kesehatan dan RPJMD juga konsisten dengan RPJMN, maka Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Daerah dapat juga disebut sebagai rencana eksekusi kebijakan-kebijakan kesehatan nasional di daerah.

a) Berbasis wilayah

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH adalah perencanaan kesehatan untuk seluruh *wilayah* kabupaten/kota (*areawide planning*). Dengan perkataan lain, PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH adalah perencanaan berbasis wilayah, yaitu wilayah kabupaten/ kota. Oleh sebab itu, suatu masalah kesehatan dilihat kaitannya dengan ekologi daerah secara keseluruhan. Masalah pneumonia misalnya, dilihat dalam perspektif “host – agent – environment” dimana “host “ adalah individu dan penduduk secara keseluruhan dalam lingkungan daerah yang bersifat multi dimensi (fisik, biologis, social, ekonomi, politik, dll). Oleh sebab

itu pula, langkah awal dalam melaksanakan PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH adalah melakukan “analisis situasi wilayah” secara komprehensif, yang dalam perspektif kesehatan terdiri dari 7 entitas sebagai berikut:

1. Entitas wilayah geografi
2. Entitas wilayah administratif
3. Entitas demografi
4. Entitas epidemiologi
5. Entitas lingkungan fisik dan biologis
6. Entitas sosial budaya
7. Entitas kegiatan ekonomi dan industri

b) Komprehensif

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH adalah penyusunan rencana kerja dan rencana anggaran kesehatan yang bersifat *komprehensif* yang meliputi:

1. Rencana program kesehatan yang perlu dan wajib dilaksanakan daerah, yang terdiri dari program UKM dan UKP
2. Rencana penguatan sistem kesehatan di daerah

Jenis program tersebut telah ditetapkan dalam beberapa kebijakan seperti diatur dalam UU-23/2014 tentang pembagian urusan pemerintahan, UU-36/2009 tentang kesehatan, PP tentang SPM, Perpres-72/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

c) Bottom up

Kebijakan kesehatan nasional (UU-36/2009, Perpres-72/2012, PP tentang SPM, RPJMN dan Renstra Kesehatan) telah menetapkan hampir semua jenis program kesehatan yang perlu dan harus dilakukan di daerah. Semua program tersebut sudah mencakup hampir semua kebutuhan dan masalah kesehatan yang di setiap kabupaten/kota. Kalau demikian, apakah perencanaan *bottom up* masih diperlukan?

Proses “bottom up” tetap diperlukan dan PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH mengakomodir proses “*bottom up*” tersebut, terutama dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kesehatan yang bisa bersifat spesifik daerah (*local spesific*). Misalnya, masalah *stunting* ada di banyak kabupaten, namun faktor resikonya bisa berbeda antara daerah: ketahanan pangan, pola asuh anak yang terkait dengan budaya, insidens dan penyakit infeksi, porsi belanja rokok dalam belanja RumahTangga, dll. Demikian juga, faktor resiko malaria bisa berbeda antar daerah: kegiatan penambangan liar, perilaku nyamuk, laguna, dll. Assement faktor resiko ini bisa diketahui dalam proses analisis situasi berbasis wilayah seperti disampaikan diatas.

d) Berbasis kinerja

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH adalah perencanaan dan penganggaran *berbasis kinerja*. Salah satu kelemahan dalam perencanaan kesehatan yang perlu dihindari adalah

1. *“hystorical planning and budgeting”*. Target dan anggaran tahun depan sebesar target dan anggaran tahun lalu “plus 10%”. Tidak jelas dari mana datangnya angka 10% tersebut. Argumentasi yang sering dilontarkan adalah: “tokh nanti juga akan dipotong”.
2. *“budget based targeting”*. Artinya, target dan kegiatan disesuaikan dengan pagu anggaran yang diberikan. Dianggap perencanaan demikian lebih realistis. Oleh sebab itu dalam PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH juga perlu pendekatan *“target based budgeting”*; dimana besar anggaran ditentukan oleh target yang akan dicapai.

Selanjutnya, seperti telah disampaikan dalam Pokok Bahasan Pola Pikir PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH, konotasi berbasis kinerja berarti menjamin *kecukupan kegiatan langsung* dan *kecukupan anggaran operasional*.

e) Proses “iteratif”

Pendekatan *„target based budgeting“* dan *„budget based targeting“* bukan pilihan salah satu. Kedua-duanya perlu dilakukan. Pada awalnya pendekatan *“target based budgeting”* dilakukan dengan urutan logis sbb: (1) analisis situasi, (2) penetapan tujuan/target, (3) penentuan kegiatan, (4) penentuan sumberdaya, (5) perhitungan kebutuhan anggaran.

Hasil *“target based budgeting”* ini perlu dibahas dalam konsultasi anggaran disertai dengan upaya memaksimalkan alokasi anggaran untuk kesehatan serta memobilisasi semua potensi biaya yang ada (termasuk pajak rokok, DBHCT, ADD, BPJS, sumber pelkes swasta, CSR dll). Bukan tidak mungkin target-target yang ditetapkan perlu direvisi kembali. Proses ini dilakukan berulang sampai didapat pagu anggaran definitif. Proses berulang ini disebut proses “iteratif”.

f) Keterpaduan (integrasi) rencana dan anggaran

Ada 3 aspek yang perlu diintegrasikan yaitu (1) integrasi sasaran penduduk dan wilayah, (2) integrasi jadwal dan (3) integrasi sumberdaya. Dalam melaksanakan PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH, pada awalnya masing-masing program menyusun rencana dan anggaran secara tersendiri

(*fragmented*). Misalnya rencana dan anggaran imunisasi, gizi, KIA, hipertensi, tb paru, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, peningkatan SDM, peningkatan sistem informasi, penguatan Puskesmas (misalnya akreditasi) dll. Berbagai rencana dan anggaran masing-masing program tersebut perlu diintegrasikan.

1. Keterpaduan (integrasi) sasaran penduduk dan wilayah

a. Keterpaduan (integrasi) sasaran penduduk

Sasaran (objek) pembangunan kesehatan daerah adalah penduduk di wilayah tersebut. Penduduk tersebut bisa di bagi menurut kelompok umur berdasarkan siklus kehidupan (*life cycle*). SPM kesehatan sudah disusun dengan mempertimbangan „*health need*“ tiap kelompok umur siklus kehidupan tersebut, yaitu kelompok (1) Bumil, (2) Bulin, (3) Neonatus, (4) bayi/balita, (5) remaja, (6) usia kerja dan (7) lansia. Program-program dengan sasaran penduduk yang sama perlu di-integrasikan.

Contoh integrasi program dengan sasaran penduduk yang sama adalah IMCI (Integrated Management of Child Illness) yang disebut juga MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit). MTBS mengintegrasikan program pengobatan (diare, ISPA/pneumonia, dll) dengan program pencegahan (imunisasi) dan program gizi untuk sasaran Balita.

Contoh lain yang bisa diintegrasikan adalah kegiatan surveylans hipertensi dan DM pada kelompok lansia, mengintegrasikan penyuluhan untuk PM dan PTM pada kelompok penduduk tertentu, dlsb.

b. Keterpaduan (integrasi) sasaran wilayah

Umunya program pelayanan kesehatan memerlukan enam jenis kegiatan yaitu:

- (1) Penemuan kasus (*case finding*)
- (2) Pengobatan kasus
- (3) Intervensi terhadap faktor perilaku dan sosial
- (4) Intervensi terhadap faktor resiko lingkungan
- (5) Intervensi untuk mobilisasi peran serta dan pemberdayaan masyarakat
- (6) Intevensi penguatan sistem kesehatan (SDMK, obat/alkes, informasi, fasilitas dan peralatan)

Untuk eliminasi filaria dan pemberatasan malaria misalnya, paket enam intervensi tersebut harus dilakukan secara terpadu disuatu

wilayah. Seringkali pelaksana masing-masing intervensi dalam paket tersebut adalah unit yang berbeda di Dinas Kesehatan atau sektor lain termasuk swasta. Misalnya mobilisasi dan pemberdayaan masyarakat dilakukan oleh Sie Promkes di Dinas Kesehatan, tetapi juga Dinas Pemberdayaan Masyarakat di Pemda (misalnya menggunakan dana ADD), atau LSM/Swasta. Unit-unit tersebut perlu duduk bersama untuk mengintegrasikan kegiatan masing-masing dalam mencapai target bersama, misalnya penurunan AMI dan API malaria.

2. Keterpaduan jadwal/ waktu

Pengaturan waktu pelaksanaan kegiatan adalah hal yang kritical dalam PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH. Perlu diingat bahwa masa kerja untuk pelaksanaan Renja adalah 12 bulan (kalau realisasi anggaran tidak terlambat) atau hanya 52 minggu, dikurangi lebih dari 70 hari libur (52 hari minggu plus hari-hari libur nasional). Ini penting berkaitan dengan beban kerja staf Dinkes dan Puskesmas yang ada batasnya.

Misalnya penyuluhan tentang berbagai aspek kesehatan di suatu kecamatan sedapat mungkin diintegrasikan (serentak) sehingga petugas tidak berulang-ulang datang kesuatu wilayah dengan sasaran penduduk yang sama.

Keterpaduan jadwal ini dalam PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH dibantu dengan penyusunan RO (rencana operasional) yang terpadu untuk semua program.

3. Keterpaduan (integrasi) sumberdaya

Dalam proses PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH juga diperlukan integrasi sumberdaya. Ini dilakukan dalam pertemuan lintas program dan lintas sektor. Dalam pengintegrasian lintas program misalnya, hasil rencana masing-masing program dibahas bersama untuk menemukan adakah sumberdaya yang bisa di-integrasikan (dipergunakan bersama). Misalnya adalah rencana pengadaan sarana dan alat yang bisa dipakai bersama (Mikroskop, kendaraan roda dua, dll), pelaksana kegiatan promkes (yang sekarang sangat jarang ada tenaga promkes profesional baik di Puskesmas maupun Dinkes).

Dalam hal pendanaan, ADD bisa di-integrasikan dengan anggaran program Promkes di Dinas untuk kegiatan pemberdayaan

masyarakat. Yang penting dalam integrasi anggaran tersebut perlu dicegah tumpang tindih sehingga terjadi „*double funding*“. Yang dikaksud dengan integrasi anggaran dalam hal ini adalah integrasi yang bersifat “komplementer“.

g) *Evidence based*

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH adalah “*evidence based planning*”. Oleh sebab itu salah satu syarat untuk PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH yang baik adalah berfungsinya SIK (Sistem Informasi Kesehatan) dan SIM (Sistem Informasi Manajemen Kesehatan). Andalan informasi yang menggambarkan situasi tahunan adalah SP2TP yang sekarang sedang di revisi.

Surveilans sangat vital dalam PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH karena hanya dengan surveilans yang baik dapat diketahui prevalens dan insidens suatu masalah kesehatan tertentu serta distribusinya menurut penduduk, tempat dan waktu. Tetapi survey kesehatan yang komprehensif seperti Riskesdas tidak dilakukan setiap tahun.

Susenas yang dilakukan setiap tahun bisa menjadi sumber data tahunan untuk data tertentu, misalnya kondisi rumah penduduk, akses ke air bersih, ketersediaan jamban rumah tangga, pola pencarian pengobatan (health seeking behavior) dan pola belanja rumah tangga termasuk belanja untuk kesehatan.

Kalau Kabupaten sudah melaksanakan District Health Account (DHA) setiap tahun, data/informasi yang dihasilkan DHA sangat berguna untuk penyusunan anggaran program kesehatan. Hal –hal penting yang dihasilkan DHA dan berguna untuk penyusunan anggaran adalah sbb:

- (1) Besar anggaran dan peruntukannya dari berbagai sumber biaya kesehatan
- (2) Kecukupan anggaran untuk berbagai program UKM
- (3) Apakah anggaran kesehatan pada tahun-tahun sebelumnya sudah berbasis kinerja yang ditunjukkan oleh kecukupan anggaran untuk kegiatan langsung dan kecukupan anggaran operasional pemeliharaan

h) Langkah-langkah Perencanaan Dan Penganggaran Kesehatan Daerah Ada empat langkah pokok dalam PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN DAERAH yaitu:

1. Analisis situasi dan perumusan masalah
2. Penyusunan rencana
 - Penentuan target/tujuan
 - Penentuan kegiatan
 - Integrasi kegiatan antara program
 - Penyusunan Rencana Operasional
3. Penyusunan anggaran
 - Penyusunan anggaran: estimasi kebutuhan anggaran
 - Integrasi anggaran
 - Konversi anggaran sesuai Kode MA baku (Lampiran Permendagri-54)
4. Penyusunan dokumen GRencana kerja (Renja)

c. Perencanaan Pembangunan Pusat dan Daerah

Kesehatan merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional, sehingga perencanaan anggaran bidang kesehatan merupakan bagian tak terpisahkan dari perencanaan pembangunan nasional yang mengacu kepada Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN). Sesuai Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN, sistem tersebut merupakan satu kesatuan tata cara perencanaan pembangunan untuk menghasilkan rencana pembangunan jangka panjang, jangka menengah, dan tahunan yang dilaksanakan oleh unsur penyelenggara pemerintahan di pusat dan daerah dengan melibatkan masyarakat.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional dalam rangka mewujudkan visi misi Presiden dan implementasi Nawa Cita yang kelima yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas perencanaan dan penganggaran. Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya guna mendukung tercapainya tujuan nasional Bangsa Indonesia. Oleh karena itu pembangunan kesehatan harus dilaksanakan secara menyeluruh, terarah, terpadu dan berkesinambungan.

Pembangunan Kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, supaya terwujud derajat kesehatan warga masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan SDM (Sumber Daya Manusia) yang produktif secara sosial dan ekonomis. Bidang Kesehatan sebagai salah satu bagian dari pembangunan dan pelayanan kepada masyarakat, Pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia di implementasikan di

dalam penganggaran pembangunan yang dikenal dengan Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN). Pengertian Pembiayaan Pembangunan dalam arti luas, yaitu, Usaha pemerintah dalam menyediakan dana untuk membiayai pembangunan di wilayahnya dengan menggunakan sumber-sumber dari pendapatan (revenue), utang (debt), dan kekayaan (equity) yang bersifat konvensional atau non-konvensional. Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia bersumber dari: 1. Pemerintah Pusat: minimal 5% APBN di luar gaji. 2. Pemerintah Daerah (Provinsi & Kab./Kota): min. 10% APBD di luar gaji. 3. Swasta/Masyarakat: Community Social Responsibility (CSR), melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial, dan mekanisme lainnya. Berdasarkan Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa penggunaan pembiayaan dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik minimal dua 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan di suatu daerah, antara lain: 1. Kemampuan perencanaan 2. Komitmen daerah 3. Kemampuan advokasi 4. Keseimbangan alokasi antara mata anggaran 5. Skala prioritas masalah kesehatan 6. Pendapatan daerah 7. Pendapatan Asli Daerah (PAD) 8. Dana Perimbangan 9. Lain-lain pendapatan yang sah.

Pembangunan kesehatan harus dilaksanakan secara terintegrasi dan melibatkan seluruh unsur Bangsa Indonesia, baik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Swasta, Organisasi Profesi (OP) dan masyarakat.

Dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 arah kebijakan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar (primary health care) dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.

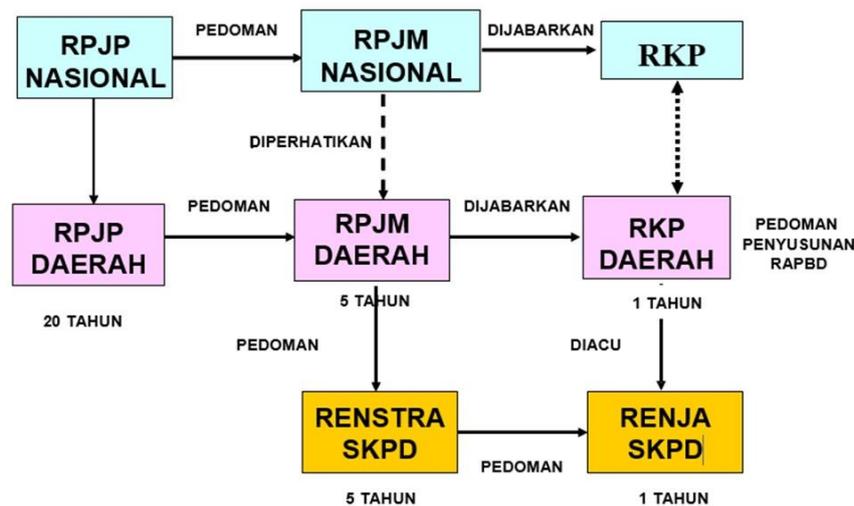
Arah kebijakan nasional tersebut dicapai melalui lima strategi, yaitu

1. Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan kesehatan reproduksi
2. Percepatan perbaikan gizi masyarakat untuk pencegahan dan penanggulangan permasalahan gizi ganda
3. Peningkatan pengendalian penyakit
4. Pembudayaan perilaku hidup sehat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
5. Penguatan Sistem Kesehatan

Pembangunan kesehatan dengan pendekatan keluarga Dalam rangka melakukan penguatan promotif-preventif (paradigma sehat) dan penguatan pelayanan kesehatan dengan Pendekatan Keluarga, pada dasarnya adalah mengintegrasikan UKP dan UKM secara berkesinambungan, dengan target keluarga. Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga berserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar; mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan; mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN, dan diharapkan mendukung tercapainya Indikator Sasaran Strategis dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Perlu dilakukan review ulang indikator PIS-PK, dimungkinkan adanya muatan lokal sesuai masalah kesehatan lokal, desentralisasi manajemen pengelolaan data PIS-PK, serta penekanan bahwa PIS-PK adalah alat manajemen puskesmas yang harus dilaksanakan oleh seluruh staf puskesmas dan pimpinan puskesmas untuk perbaikan upaya kesehatan di wilayah kerja puskesmas.

Perencanaan di Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terkecil harus terintegrasi dengan pembangunan kesehatan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari perencanaan pembangunan nasional yang mengacu kepada Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN). Sesuai Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN, sistem tersebut merupakan satu kesatuan tata cara perencanaan pembangunan untuk menghasilkan rencana pembangunan jangka panjang (periode perencanaan 20 tahun), jangka menengah (periode perencanaan 5 tahun), dan tahunan yang dilaksanakan oleh unsur penyelenggara pemerintahan di pusat dan daerah dengan melibatkan masyarakat.

Siklus perencanaan kesehatan daerah terikat pada siklus perencanaan yang diatur oleh Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 dan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008, dan dapat dilihat pada skema dibawah ini:



ALUR PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH MENURUT UU 25/2004

Puskesmas memiliki berbagai sumber pembiayaan dalam pelaksanaan kegiatannya. Menurut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, upaya kesehatan dibiayai dari sumber Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) yang ada di berbagai sektor. Dana APBN dapat berupa dana Dekonsentrasi, Dana Bagi Hasil (DBH), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan Dana Alokasi Umum (DAU). Kemudian ada Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) dan Pajak Rokok misalnya sudah diatur untuk sebagian dipergunakan untuk kesehatan. Demikian juga Alokasi Dana Desa sebagian harus dipergunakan untuk kegiatan kesehatan di tingkat desa, utamanya untuk pemberdayaan masyarakat. Daerah juga bisa memobilisasi dana *Corporate Social Responsibility* (CSR) untuk membiayai kegiatan UKM.

Terkait pemanfaatan DAK oleh puskesmas perlu menjadi perhatian karena dari tahun ke tahun alokasinya semakin bertambah. Diharapkan dengan pemanfaatan DAK yang tepat dan optimal dapat mempercepat tercapainya sasaran prioritas pembangunan khususnya di bidang kesehatan.

b. Perencanaan Puskesmas

Perencanaan adalah suatu proses kegiatan yang berurutan dan harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia secara efektif dan efisien. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) adalah proses penyusunan rencana kegiatan tingkat Puskesmas untuk tahun yang akan datang, dilakukan secara sistematis untuk mengatasi masalah atau sebagian masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. PTP Terpadu adalah suatu pendekatan perencanaan tingkat Puskesmas yang mana komponen perencanaan terpadu dari IMP dipakai sebagai dasar analisa semua program kesehatan dasar Puskesmas dan penentuan kampung prioritas serta

penentuan kegiatan terpilih untuk dimasukkan ke dalam Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas.

Fungsi Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu: 1. Perencanaan dapat memberikan petunjuk untuk menyelenggarakan upaya kesehatan secara efektif dan efisien demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan. 2. Perencanaan memudahkan pengawasan dan pertanggungjawaban. 3. Perencanaan dapat mempertimbangkan hambatan, dukungan dan potensi yang tersedia. Untuk tingkat Kabupaten, dokumentasi hasil PTP Terpadu ini dapat digunakan sebagai alat bantu monitoring penggunaan dana dan pelaksanaan kegiatan di tingkat Puskesmas, serta untuk mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan Puskesmas.

Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dalam rangka penerapan SPM Bidang Kesehatan disusun Standar Teknis Penerapan SPM yang menjelaskan langkah operasional pencapaian SPM Bidang Kesehatan di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota sebagai acuan bagi pemerintah daerah dengan memperhatikan potensi dan kemampuan daerah. SPM juga akan berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan Performance Based Budgeting. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 juga mengamanatkan pada Pemerintah Daerah untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM (pasal 298). Pengalokasian Dana Alokasi Khusus (DAK) ke daerah akan berdasar pada kebutuhan daerah untuk pencapaian target-target SPM. Daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian DAK. Hal-hal tersebut di atas membuat seluruh elemen akan bersatu padu berbenah untuk bersama-sama menuju pencapaian target-target SPM, termasuk di dalamnya adalah pemenuhan sumber daya manusia kesehatan terutama di level Puskesmas sesuai Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM. Implementasi SPM juga menjadi sangat strategis dalam kaitannya dengan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif–preventif sehingga diharapkan akan ber-impact pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh JKN.

Puskesmas merupakan UPTD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Melalui pola penerapan manajemen puskesmas yang baik dan benar oleh seluruh puskesmas di Indonesia, maka tujuan akhir pembangunan jangka panjang bidang kesehatan yaitu masyarakat Indonesia yang sehat mandiri secara berkeadilan, dipastikan akan dapat diwujudkan.

Terdapat 4 langkah pokok dalam pelaksanaan perencanaan di puskesmas yaitu

1. Analisis situasi dan perumusan masalah,
2. Penyusunan rencana,
3. Penyusunan anggaran, dan
4. Penyusunan dokumen Rencana Kerja (Renja).

Proses perencanaan puskesmas dimulai dari tingkat desa/kelurahan, selanjutnya disusun pada tingkat kecamatan dan kemudian diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Perencanaan puskesmas yang diperlukan terintegrasi dengan lintas sektor kecamatan, akan diusulkan melalui kecamatan ke Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

Puskesmas akan menyusun rencana 5 (lima) tahunan dan rincian rencana tahunannya berdasarkan pada hasil evaluasi tahun sebelumnya dan mengacu pada kebijakan kesehatan dari tingkat administrasi di atasnya. Jadwal penyusunan perencanaan kesehatan tahunan pada Dinas Kesehatan termasuk di dalamnya Puskesmas sebagai UPTD adalah sebagai berikut:

1. Menyusun Analisis Situasi (Desember-Januari)

Analisis situasi adalah langkah paling awal dalam perencanaan kesehatan. Analisis situasi sudah harus mulai dikerjakan sejak Bulan Desember.

2. Mengikuti Rapat Kerja Perencanaan I

Kepala Puskesmas dan Perencana Puskesmas mengikuti Rapat Kerja Perencanaan I yang dilakukan di Bulan Januari. Rapat kerja ini diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan dan melibatkan semua unit di bawahnya termasuk puskesmas. Rapat kerja ini juga dapat dihadiri oleh Badan Perencanaan Daerah (Bappeda), *provider* swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) kesehatan, maupun OP.

Dalam rapat kerja ini Dinas Kesehatan akan menyampaikan kebijakan kesehatan, pencapaian program, *gap* yang ada (tidak tercapainya target program) serta hambatan yang dihadapi. Setiap puskesmas akan diminta masukannya untuk rencana tahun mendatang. Selain itu, Dinas Kesehatan juga akan menyampaikan target-target Kabupaten/Kota yang harus dicapai. Dalam rapat ini juga disampaikan program mana yang perlu dipacu kinerjanya dan puskesmas mana yang perlu dipacu kinerjanya untuk program tersebut. Dalam Rapat Kerja Perencanaan I ini akan disepakati target-target program yang harus dicapai oleh masing-masing puskesmas, dalam rangka mencapai

target Kabupaten/Kota. Target-target tersebut bisa berbeda antara puskesmas, tergantung pada kinerja puskesmas bersangkutan pada tahun yang lalu.

Agar tidak terjadi tumpang tindih usulan antar Dinas Kesehatan dan puskesmas harus disepakati pula jenis kegiatan apa dari setiap program yang akan dilaksanakan oleh puskesmas termasuk pembahasan sumber anggarannya yang meliputi APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, dan Kapitasi dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

3. Perencanaan Tahunan oleh Puskesmas

Setelah Rapat Kerja Perencanaan I, puskesmas diminta menyusun Rencana Kerja Tahunan (RKT) masing-masing. Isi RKT tersebut paling tidak adalah sebagai berikut:

- a. Target yang akan dicapai tahun depan;
- b. Kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai target tersebut;
- c. Jadwal pelaksanaan kegiatan tersebut;
- d. Tambahan sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan tersebut (dana, tenaga, sarana).

Penyusunan RKT dilakukan dalam Bulan Januari (setelah Rapat Perencanaan I) sampai Bulan Februari. Khusus untuk puskesmas, dalam menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) tahunan perlu mengakomodir hasil Musrenbang Desa/Kelurahan dan kecamatan, yaitu usul-usul dari masyarakat untuk program kesehatan di kecamatan bersangkutan.

Rencana usulan kegiatan puskesmas yang dituangkan dalam sebuah dokumen RKT puskesmas harus didasarkan pada sebuah fakta di lapangan, berorientasi pada masalah dan kebutuhan masyarakat setempat dan tidak semata mata memenuhi kebutuhan program. Untuk memenuhi persyaratan tersebut Kepala Puskesmas harus melaksanakan langkah-langkah penyusunan usulan kegiatan yang dapat berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. Tahap ini dilakukan dengan cara:

- a. Kepala Puskesmas membentuk tim penyusun perencanaan tingkat puskesmas yang anggotanya terdiri dari Staf Puskesmas.
- b. Kepala Puskesmas menjelaskan tentang pedoman perencanaan tingkat puskesmas kepada tim agar dapat memahami pedoman tersebut demi keberhasilan penyusunan perencanaan tingkat puskesmas.
- c. Puskesmas mempelajari kebijakan dan pengarahannya yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan.

Upaya kesehatan pengembangan yang harus dilakukan adalah mengidentifikasi upaya kesehatan pengembangan yang akan diselenggarakan oleh puskesmas. Identifikasi dilakukan berdasarkan ada tidaknya masalah kesehatan yang terkait dengan upaya kesehatan pengembangan. Usulan tersebut dituangkan dalam sebuah matriks (*Gantt Chart*) yang berisikan rincian kegiatan, tujuan, sasaran, besaran kegiatan (volume), waktu, lokasi serta perkiraan kebutuhan biaya untuk setiap kegiatan, seperti contoh di bawah ini:

Contoh *Gantt Chart* Usulan Kegiatan (RUK)

No	Upaya Puskesmas	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu	Volume Kegiatan	Hasil yang Diharapkan

Langkah selanjutnya, puskesmas mengajukan rencana usulan kegiatan tersebut ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendapat persetujuan pembiayaannya. Pengajuan usulan tersebut dilakukan melalui Rapat Kerja Perencanaan ke II.

4. Rapat Kerja Perencanaan II

Rapat Kerja Perencanaan II ini dilaksanakan pada akhir Februari atau awal Maret, yaitu sebelum Musrenbang Kabupaten/Kota dilaksanakan. Dalam rapat ini puskesmas menyampaikan RKT yang sudah disusun dengan cara presentasi atau pembahasan antara pengelola program di puskesmas dengan penanggung jawab program di Dinas Kesehatan. Puskesmas dalam memberikan rencana usulannya harus disertai dengan data pendukungnya. Hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi pencoretan usulan oleh penanggungjawab program di Dinas Kesehatan apabila pagu anggaran dari APBD tidak sesuai dengan jumlah yang diusulkan.

Apabila kegiatan yang diusulkan sudah disetujui, puskesmas harus segera membuat rencana pelaksanaan kegiatannya, seperti contoh di bawah ini:

Contoh *Gantt Chart* Rencana Pelaksanaan (POA)

No.	Kegiatan	Sasaran	Target	Volume Kegiatan	Rincian Pelaksanaan	Lokasi Pelaksanaan	Tenaga Pelaksanaaan	Jadwal	Kebutuhan Pelaksanaaan

Setelah puskesmas mengusulkan perencanaannya, selanjutnya Kepala Puskesmas berkoordinasi dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam rangka persiapan Musyawarah Pembangunan (Musrembang) dan

pembahasan lebih lanjut dengan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kabupaten/Kota.

B. Sumber Pembiayaan dan Penganggaran Puskesmas

Kebijakan pembiayaan kesehatan diatur dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang juga dikutip dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Keduanya membedakan dengan jelas sumber pembiayaan untuk program UKM dan UKP, yaitu sebagai berikut:

- a. Ayat 114. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan barang publik (*public good*) yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat privat, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah.
- b. Ayat 115. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) sesuai dengan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Menurut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009, upaya kesehatan dibiayai dari sumber APBN dan APBD yang ada di berbagai sektor. Dana APBN dapat berupa dana Dekonsentrasi, DBH, DAK, dan DAU. Kemudian ada DBHCHT dan Pajak Rokok yang sudah diatur agar sebagian dipergunakan untuk kesehatan. Demikian juga Alokasi Dana Desa sebagian harus dipergunakan untuk kegiatan kesehatan di tingkat desa, utamanya untuk pemberdayaan masyarakat. Daerah juga bisa memobilisasi dana CSR untuk membiayai kegiatan UKM. Pembiayaan UKM memang tidak bisa diklaim ke asuransi, misalnya ke BPJS. Anggaran untuk pelatihan Kader atau rapat dengan Kepala Desa dalam rangka UKM tidak bisa di klaim ke BPJS karena memang tidak termasuk dalam “*benefit package*” JKN. Pemerintah Daerah perlu memilah kegiatan mana saja yang sudah dan belum terdani sehingga tidak terjadi duplikasi sumber pendanaan untuk kegiatan di bidang kesehatan.

a. Anggaran Pendapatan & Belanja Daerah (APBD)

1) Gambaran Umum Pengelolaan Keuangan Daerah

Terbitnya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang menggantikan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah merupakan dinamika dalam perkembangan Pemerintahan Daerah dalam rangka menjawab permasalahan yang terjadi pada Pemerintahan Daerah. Perubahan kebijakan Pemerintahan Daerah yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang

Pemerintahan Daerah telah memberikan dampak yang cukup besar bagi berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai Pemerintahan Daerah, termasuk pengaturan mengenai Pengelolaan Keuangan Daerah. Selain mendasarkan pada Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, pengaturan mengenai Pengelolaan Keuangan Daerah juga mengacu pada ketentuan peraturan perundangundangan lainnya, yaitu Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, Undang-Undang Nomor 15 tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara, dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Oleh karena itu, Peraturan Pemerintah ini disusun untuk menyempurnakan pengaturan Pengelolaan Keuangan Daerah yang sebelumnya diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, berdasarkan identifikasi masalah dalam Pengelolaan Keuangan Daerah yang terjadi dalam pelaksanaannya selama ini. Penyempurnaan pengaturan tersebut juga dilakukan untuk menjaga 3 (tiga) pilar tata Pengelolaan Keuangan Daerah yang baik, yaitu transparansi, akuntabilitas, dan partisipatif.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas maka Peraturan Pemerintah ini mencakup pengaturan mengenai perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan penatausahaan, dan pertanggungjawaban keuangan Daerah, dengan penjelasan sebagai berikut: a Perencanaan dan Penganggaran Proses perencanaan dan penganggaran dalam Pemerintahan Daerah menggunakan pendekatan Kinerja. Pendekatan ini lebih menggeser penekanan penganggaran dari yang berfokus kepada pos belanja/pengeluaran pada Kinerja terukur dari aktivitas dan Program kerja. Terdapatnya tolak ukur dalam pendekatan ini akan mempermudah Pemerintah Daerah dalam melakukan pengukuran Kinerja dalam pencapaian tujuan dan Sasaran pelayanan publik. Karakteristik dari pendekatan ini adalah proses untuk mengklarifikasikan anggaran berdasarkan Kegiatan dan juga berdasarkan unit organisasi. Anggaran yang telah dikelompokkan dalam Kegiatan akan memudahkan pihak yang berkepentingan untuk melakukan pengukuran Kinerja dengan cara terlebih dahulu membuat indikator yang relevan. Peraturan Pemerintah ini menentukan proses pen5rusunan APBD, dimulai dari pembuatan KUA dan PPAS, kemudian dilanjutkan pembuatan RKA SKPD oleh masing-masing SKPD. RKA SKPD ini kemudian dijadikan dasar untuk membuat rancangan Perda tentang APBD dan rancangan Perkada tentang penjabaran APBD. Rancangan Perda dan rancangan Perkada yang telah disusun oleh Kepala Daerah kemudian diajukan kepada DPRD untuk dibahas sehingga tercapai kesepakatan bersama. Rancangan Perda dan rancangan Perkada tersebut

kemudian diajukan kepada gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat untuk kabupaten/kota atau Menteri untuk provinsi guna dievaluasi. Hasil evaluasi yang menyatakan rancangan Perda dan rancangan Perkada sudah sesuai dengan dokumen yang mendukung, dijadikan dasar oleh Kepala Daerah untuk menetapkan rancangan Perda menjadi Perda tentang APBD dan rancangan Perkada menjadi Perkada tentang penjabaran APBD.

Indikator Kinerja dalam APBD sudah dimasukkan dalam format RKA, namun dalam proses pembahasan anggaran yang terjadi selama ini di Pemerintahan Daerah lebih fokus pada jumlah uang yang dikeluarkan dibandingkan Keluaran (output) dan Hasil (outcome) yang akan dicapai. Sebagaimana telah dijelaskan di atas bahwa penganggaran pendekatan Kinerja lebih fokus pada Keluaran (output) dan Hasil (outcome) dari Kegiatan. Hal ini terjadi akibat kurangnya informasi tentang Keluaran (output) dan Hasil (outcome) dalam dokumen penganggaran yang ada. Oleh karena itu, Peraturan Pemerintah ini menyempurnakan pengaturan mengenai dokumen penganggaran, yaitu adanya unsur Kinerja dalam setiap dokumen penganggaran yang diharapkan mampu meningkatkan kualitas penganggaran berbasis Kinerja serta mewujudkan sinkronisasi antara perencanaan dan penganggaran yang selama ini masih belum tercapai.

Pengelolaan Keuangan Daerah adalah keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan, pertanggungjawaban, dan pengawasan keuangan daerah sesuai dengan Pasal 1 angka 2 Peraturan Pemerintah Nomor 12 tahun 2019 tentang pengelolaan Keuangan Daerah.

Pengelolaan keuangan daerah diatur dalam pasal 3 peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 13 Tahun 2006, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah dan diperbarui lagi menjadi Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 33 Tahun 2019 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, meliputi Kekuasaan Pengelolaan keuangan daerah, azas umum dan struktur APBD, Penyusunan rancangan APBD, penetapan APBD, penyusunan dan penetapan APBD bagi daerah yang belum memiliki DPRD, pelaksanaan APBD, pengelolaan kas, penatausahaan keuangan daerah, akuntansi keuangan daerah, pertanggungjawaban pelaksanaan APBD, pembinaan dan pengawasan pengelolaan keuangan daerah, kerugian daerah, dan pengelolaan keuangan BLUD. Pengelolaan keuangan daerah harus

dikelola secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, efektif, efisien, ekonomis, transparan, dan manfaat untuk masyarakat.

Proses pengelolaan keuangan daerah dimulai dengan perencanaan/penyusunan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). APBD merupakan rencana keuangan tahunan pemerintah daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), dan ditetapkan dengan peraturan daerah. Oleh karena itu, APBD merupakan kesepakatan bersama antara eksekutif dan legislatif yang dituangkan dalam Peraturan Daerah dan dijabarkan dalam Peraturan Kepala Daerah. APBD merupakan dasar pengelolaan keuangan daerah dalam satu tahun anggaran. APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintah daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD, dan ditetapkan dengan peraturan daerah.

APBD disusun sesuai dengan kebutuhan penyelenggaraan pemerintahan dan kemampuan pendapatan daerah. Penyusunan APBD berpedoman kepada Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) dalam rangka mewujudkan pelayanan kepada masyarakat untuk tercapainya tujuan bernegara. Berdasarkan pasal 29 sampai dengan pasal 42 Bab IV Penyusunan Rancangan APBD Peraturan Pemerintah Nomor 58 tahun 2005 dijelaskan bahwa proses penyusunan RAPBD berpedoman pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Kebijakan Umum APBD, Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) dan Rencana Kerja Anggaran SKPD (RKA-SKPD).

Tahun anggaran APBD dimulai pada tanggal 1 Januari dan berakhir tanggal 31 Desember tahun berkenaan. Sehingga pengelolaan, pengendalian dan pengawasan keuangan daerah dapat dilaksanakan berdasarkan kerangka waktu tersebut.

APBD disusun dengan pendekatan kinerja yaitu suatu sistem anggaran yang mengutamakan upaya pencapaian hasil kerja atau output dari perencanaan alokasi biaya atau input yang ditetapkan.

Jumlah pendapatan yang dianggarkan dalam APBD merupakan perkiraan yang terukur secara rasional yang dapat tercapai untuk setiap sumber pendapatan. Pendapatan dapat direalisasikan melebihi jumlah anggaran yang telah ditetapkan.

Pemungutan semua penerimaan daerah bertujuan untuk memenuhi target pendapatan yang ditetapkan dalam APBD. Demikian pula semua pengeluaran daerah dan ikatan yang membebani daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi dilakukan sesuai jumlah dan sasaran yang

ditetapkan dalam APBD. Karena APBD menjadi dasar pengelolaan keuangan daerah, maka APBD menjadi dasar bagi pengendalian, pemeriksaan dan pengawasan keuangan daerah.

Berkaitan dengan belanja, jumlah belanja yang dianggarkan merupakan batas tertinggi untuk setiap jenis belanja. Jadi realisasi belanja tidak boleh melebihi jumlah anggaran belanja yang telah ditetapkan. Penganggaran pengeluaran harus didukung dengan adanya kepastian tersedianya penerimaan dalam jumlah yang cukup. Setiap pejabat dilarang melakukan tindakan pengeluaran atas beban APBD apabila tidak tersedia atau tidak cukup tersedia anggaran untuk membiayai pengeluaran tersebut.

2) Struktur APBD

Struktur APBD merupakan satu kesatuan yang terdiri dari Pendapatan Daerah, Belanja Daerah dan Pembiayaan. Selisih lebih pendapatan daerah terhadap belanja daerah disebut surplus anggaran, tapi apabila terjadi selisih kurang maka hal ini disebut defisit anggaran. Jumlah pembiayaan sama dengan jumlah surplus atau jumlah defisit anggaran.

a) Pendapatan daerah

Pendapatan daerah meliputi semua penerimaan uang melalui Rekening Kas Umum Daerah (RKUD), yang menambah ekuitas dana lancar, yang merupakan hak daerah dalam satu tahun anggaran yang tidak perlu dibayarkan kembali oleh daerah. Pendapatan daerah terdiri dari:

1. Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang terdiri dari:
 - Pajak Daerah
 - Retribusi Daerah
 - Hasil Pengelolaan Kekayaan Daerah Yang Dipisahkan
 - Lain-lain PAD yang sah.
2. Dana Perimbangan, terdiri dari:
 - Bagi Hasil Pajak/Bukan Pajak
 - Dana Alokasi Umum (DAU)
 - Dana Alokasi Khusus (DAK)
3. Lain-lain pendapatan daerah yang sah, terdiri:
 - Hibah
 - Dana Darurat
 - Bagi Hasil Pajak Dari Provinsi
 - Dana Penyesuaian dan Otonomi Khusus
 - Bantuan Keuangan dari Provinsi

b) Belanja Daerah

Belanja Daerah meliputi semua pengeluaran dari Rekening Kas Umum Daerah (RKUD) yang mengurangi ekuitas dana lancar, yang merupakan kewajiban daerah dalam satu tahun anggaran yang tidak akan diperoleh pembayarannya kembali oleh daerah. Belanja daerah dipergunakan dalam rangka pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Provinsi maupun Kabupaten/Kota yang terdiri dari urusan wajib dan urusan pilihan yang ditetapkan dengan ketentuan perundang-undangan.

Urusan Pemerintah wajib adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua daerah. Sedangkan urusan pemerintahan pilihan adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh daerah sesuai dengan potensi yang dimiliki daerah.

Belanja penyelenggaraan urusan pemerintahan wajib tersebut diprioritaskan untuk melindungi dan meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat dalam upaya memenuhi kewajiban daerah yang diwujudkan dalam bentuk peningkatan pelayanan dasar, pendidikan, kesehatan, fasilitas sosial dan fasilitas umum yang layak serta mengembangkan sistem jaminan sosial. Peningkatan kualitas kehidupan masyarakat diwujudkan melalui prestasi kerja dalam pencapaian standar pelayanan minimal berdasarkan urusan wajib pemerintah daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Belanja daerah diklasifikasikan menurut organisasi, fungsi, program dan kegiatan, serta jenis belanja. Klasifikasi belanja menurut organisasi disesuaikan dengan susunan organisasi pemerintahan daerah. Klasifikasi belanja menurut fungsi terdiri dari klasifikasi berdasarkan urusan pemerintahan dan klasifikasi fungsi pengelolaan keuangan Negara. Sedangkan klasifikasi belanja berdasarkan urusan pemerintahan diklasifikasikan menurut kewenangan pemerintahan provinsi dan kabupaten/kota.

Belanja daerah terdiri dari:

1. Belanja Tidak Langsung
 - Belanja Pegawai
 - Belanja Bunga
 - Belanja Subsidi
 - Belanja Hibah
 - Belanja Bantuan Sosial

- Belanja Bagi Hasil Kepada Provinsi/Kabupaten/Kota dan Pemerintah Desa
 - Belanja Bantuan Keuangan Kepada Provinsi/Kabupaten/Kota, Pemerintahan Desa dan Partai Politik
 - Belanja Tidak Terduga
2. Belanja Langsung
- Belanja Pegawai
 - Belanja Barang dan Jasa
 - Belanja Modal

c) Pembiayaan

Pembiayaan daerah meliputi semua penerimaan yang perlu dibayarkan kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun-tahun anggaran berikutnya.

Pembiayaan daerah terdiri dari:

1. Penerimaan pembiayaan
 - Sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya
 - Pencairan dana cadangan
 - Hasil penjualan kekayaan daerah yang dipisahkan
 - Penerimaan pinjaman daerah
 - Penerimaan kembali pemberian pinjaman
 - Penerimaan piutang daerah
 - Penerimaan kembali investasi dana bergulir
2. Penerimaan pembiayaan
 - Pembentukan dana cadangan
 - Penyertaan modal/investasi pemerintah daerah
 - Pembayaran pokok utang
 - Pemberian pinjaman daerah

3) Hal-Hal Yang Harus Dilakukan Dalam Pengelolaan Keuangan Daerah

a) Perencanaan dan Anggaran

Proses perencanaan dan penganggaran dalam Pemerintahan Daerah yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menggunakan pendekatan Kinerja. Pendekatan ini lebih menggeser penekanan penganggaran dari yang berfokus kepada pos belanja/pengeluaran pada Kinerja terukur dari aktivitas dan Program kerja. Terdapatnya tolak ukur dalam pendekatan ini akan mempermudah Pemerintah Daerah dalam melakukan pengukuran Kinerja dalam pencapaian tujuan dan Sasaran pelayanan publik. Karakteristik dari pendekatan ini adalah proses untuk

mengklarifikasikan anggaran berdasarkan Kegiatan dan juga berdasarkan unit organisasi. Anggaran yang telah terkelompokkan dalam Kegiatan akan memudahkan pihak yang berkepentingan untuk melakukan pengukuran Kinerja dengan cara terlebih dahulu membuat indikator yang relevan. Peraturan Pemerintah ini menentukan proses penyusunan APBD, dimulai dari pembuatan KUA dan PPAS, kemudian dilanjutkan pembuatan RKA SKPD oleh masing-masing SKPD. RKA SKPD ini kemudian dijadikan dasar untuk membuat rancangan Perda tentang APBD dan rancangan Perkada tentang penjabaran APBD. Rancangan Perda dan rancangan Perkada yang telah disusun oleh Kepala Daerah kemudian diajukan kepada DPRD untuk dibahas sehingga tercapai kesepakatan bersama. Rancangan Perda dan rancangan Perkada tersebut kemudian diajukan kepada gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat untuk kabupaten/kota atau Menteri untuk provinsi guna dievaluasi. Hasil evaluasi yang menyatakan rancangan Perda dan rancangan Perkada sudah sesuai dengan dokumen yang mendukung, dijadikan dasar oleh Kepala Daerah untuk menetapkan rancangan Perda menjadi Perda tentang APBD dan rancangan Perkada menjadi Perkada tentang penjabaran APBD.

Dijelaskan pula dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 pada Bab II Pasal 2 ayat (1) bahwa Pemerintah Daerah menyusun dokumen rencana pembangunan daerah, dokumen rencana perangkat daerah, dan dokumen pengelolaan keuangan daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan dan ayat (2) Penyusunan dokumen sebagaimana dimaksud ayat (1), dengan menggunakan Klasifikasi, Kodefikas:, dan nomenklatur yang digunakan pada tahapan: a. perencanaan pembangunan daerah; b. perencanaan anggaran daerah; c. pelaksanaan dan penatausahaan keuangan daerah; d. akuntansi dan pelaporan keuangan daerah;

Tahapan perencanaan dan penganggaran dalam pengelolaan keuangan daerah sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Keuangan daerah;

1. Penyusunan Kebijakan Umum Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (KUA) dan Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS)
2. Penyiapan Pedoman Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran-SKPD (RKA-SKPD)
3. Penyusunan RKA-SKPD

4. Penyiapan Rancangan Peraturan Daerah Tentang APBD
 5. Pembahasan Rancangan Peraturan Daerah Tentang APBD dan Penyusunan Rancangan Peraturan Kepala Daerah tentang Penjabaran APBD
 6. Evaluasi dan Penetapan Rancangan Peraturan Daerah tentang APBD dan Rancangan Peraturan Kepala Daerah tentang Penjabaran APBD
 7. Penyusunan dan Penetapan Rancangan Peraturan Kepala Daerah tentang APBD (DPRD tidak mengambil keputusan bersama)
 8. Perubahan APBD
- b) Pelaksanaan dan Penatausahaan
- Proses pelaksanaan anggaran sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 merupakan proses yang terikat dengan banyak peraturan perundang-undangan yang juga sudah banyak mengalami perubahan, maka Peraturan Pemerintah ini disusun dalam rangka melakukan penyesuaian dengan perkembangan yang terjadi. Proses pelaksanaan dan penatausahaan dalam praktiknya juga harus memperhitungkan Kinerja yang sudah ditetapkan dalam APBD. Proses ini harus sejalan dengan indikator Kinerja yang sudah disepakati dalam dokumen APBD. Dengan demikian, anggaran yang direncanakan bisa sejalan sebagaimana mestinya dan jumlah kesalahan dalam proses pelaksanaan dan penatausahaan bisa diminimalisir. Peraturan Pemerintah ini juga mempertegas fungsi verifikasi dalam SKPD, sehingga pelimpahan kewenangan penerbitan SPM kepada SKPD atau Unit SKPD yang merupakan wujud dari pelimpahan tanggung jawab pelaksanaan anggaran belanja dapat sesuai dengan tujuan awal yaitu penyederhanaan proses pembayaran di SKPKD.

Peraturan Pemerintah ini juga mengembalikan tugas dan wewenang bendahara sebagai pemegang kas dan juru bayar yang sebagian fungsinya banyak beralih kepada Pejabat Pengelola Teknis Kegiatan (PPTK). Pemisahan tugas antara pihak yang melakukan otorisasi, pihak yang menyimpan uang, dan pihak yang melakukan pencatatan juga menjadi fokus Peraturan Pemerintah ini. Pemisahan ini dilakukan untuk mencegah terjadinya kecurangan selama Pengelolaan Keuangan Daerah serta meningkatkan kontrol internal Pemerintah Daerah. Proses pelaksanaan dan penatausahaan ini harus meningkatkan koordinasi antar berbagai pihak dalam penJrusunan laporan keuangan berbasis akrual. Dokumen pelaksanaan dan penatausahaan juga harus mengalir sehingga bisa mendukung pencatatan berbasis akrual. Basis akrual ini merupakan basis yang baru untuk Pemerintah Daerah sehingga dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak di Pemerintahan Daerah

diperlukan untuk menciptakan kesuksesan penerapan basis akuntansi akrual.

Proses pelaksanaan dan penatausahaan keuangan daerah diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Keuangan daerah;

1. Penyusunan dan Pengesahan Dokumen Pelaksanaan Anggaran-SKPD (DPA-SKPD) dan Anggaran Kas
2. Pembuatan Surat Penyediaan Dana (SPD)
3. Pengajuan Surat Permintaan Pembayaran-Uang Persediaan (SPP-UP) dan Penerbitan Surat Perintah Membayar-Uang Persediaan (SPM-UP)
4. Penerbitan dan Pencairan Surat Perintah Pencairan Dana-Uang Persediaan (SP2D-UP)
5. Pengajuan Surat Permintaan Pembayaran-Ganti Uang Persediaan (SPP-GU) dan Penerbitan Surat Perintah Membayar-Ganti Uang Persediaan (SPM-GU)
6. Penerbitan dan Pencairan Surat Perintah Pencairan Dana-Ganti Uang Persediaan (SP2D-GU)
7. Pengajuan Surat Permintaan Pembayaran-Tambahan Uang Persediaan (SPP-TU) dan Penerbitan Surat Perintah Membayar-Tambahan Uang Persediaan (SPM-TU)
8. Penerbitan dan Pencairan Surat Perintah Pencairan Dana-Tambahan Uang Persediaan (SP2D-TU)
9. Pengajuan Surat Permintaan Pembayaran-Langsung (SPP-LS) dan Penerbitan Surat Perintah Membayar-Langsung (SPM-LS) Gaji dan Tunjangan
10. Penerbitan dan Pencairan Surat Perintah Pencairan Dana-Langsung (SP2D-LS) Gaji dan Tunjangan
11. Pengajuan SPP-LS dan Penerbitan SPM-LS Barang dan Jasa
12. Penerbitan dan Pencairan SP2D-LS Barang dan Jasa
13. Pengajuan SPP-LS dan Penerbitan SPM-LS BARang dan Jasa Non Pihak Ketiga, Belanja PPKD dan Pengeluaran Pembiayaan
14. Penerbitan dan Pencairan SP2D-LS Barang dan Jasa Non Pihak Ketiga, Belanja Pejabat Pengelola Keuangan daerah (PPKD) dan Pengeluaran Pembiayaan
15. Pelaksanaan Belanja
16. Pembuatan Surat Pertanggungjawaban (SPJ) Pengeluaran
17. Penatausahaan Penerimaan-Pendapatan Daerah melalui Bendahara Penerimaan
18. Penatausahaan Penerimaan-Pendapatan Daerah melalui Bendahara Penerimaan Pembantu

19. Penatausahaan Penerimaan-Pendapatan Daerah melalui Bank Kas Daerah
20. Penatausahaan Penerimaan-Pendapatan Daerah melalui Bank lain
21. Penatausahaan Bendahara Penerimaan
22. Penatausahaan Bendahara Penerimaan Pembantu

c) Pertanggungjawaban Keuangan Daerah

Pertanggungjawaban Keuangan Daerah diwujudkan dalam bentuk laporan keuangan. Laporan keuangan tersebut merupakan wujud dari penguatan transparansi dan akuntabilitas. Terkait dengan pertanggungjawaban Keuangan Daerah, setidaknya ada 7 (tujuh) laporan keuangan yang harus dibuat oleh Pemerintah Daerah yaitu, neraca, laporan realisasi anggaran, laporan operasional, laporan perubahan saldo anggaran lebih, laporan perubahan ekuitas, laporan arus kas, dan catatan atas laporan keuangan. Penambahan jumlah laporan keuangan yang harus dibuat oleh Pemerintah Daerah merupakan dampak dari penggunaan akuntansi berbasis akrual. Pemberlakuan akuntansi berbasis akrual ini merupakan tantangan tersendiri bagi setiap Pemerintah Daerah karena akan ada banyak hal yang dipersiapkan oleh Pemerintah Daerah salah satunya yaitu sumber daya manusia.

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Keuangan daerah, tahapan akuntansi dan pelaporan keuangan daerah;

- Akuntansi SKPD
- Akuntansi Pendapatan
- Akuntansi Penerimaan
- Akuntansi Pengeluaran
- Akuntansi Persediaan
- Akuntansi Aset Tetap
- Akuntansi Penghapusan Piutang
- Akuntansi PPKD
- Investasi Jangka Panjang
- Akuntansi Kas PPKD
- Realisasi Penggunaan Silpa
- Penutupan Dn Pelaporan Akuntansi PPKD
- Prosedur Pembalik
- Konsolidasi Laporan Keuangan
- Akuntansi Dana BLUD
- Konsolidasi Laporan Keuangan

b. Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan

1) Perencanaan dan Penganggaran Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan

Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan dana yang bersumber dari Pendapatan APBN, yang dialokasikan kepada daerah tertentu untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.

Penyusunan perencanaan dan penganggaran Dana Transfer Khusus bidang kesehatan (DAK Bidang Kesehatan) mempunyai tahapan yang berkesinambungan mulai dari perencanaan program dan kegiatan sampai dengan pengalokasian anggaran. Tahapan-tahapan perencanaan dan penganggaran mengikuti ketentuan dalam peraturan menteri keuangan dan peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Menteri PPN/Kepala Bappenas). Dalam perencanaan dan penganggaran DAK bidang kesehatan, Sekretariat Jenderal dalam hal ini Biro Perencanaan dan Anggaran menjadi *leading sector* dalam koordinasi dengan Kementerian/Lembaga Terkait. Setiap unit utama Kementerian Kesehatan dalam mengusulkan menu-menu kegiatan DAK harus melalui Biro Perencanaan dan Anggaran.

a) Penyusunan Arah Kebijakan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan

1. Dalam perumusan arah kebijakan jenis/bidang/subbidang DAK Fisik dan DAK Nonfisik, Kementerian Kesehatan dalam hal ini Biro Perencanaan dan Anggaran berkoordinasi dengan Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian Keuangan.
2. Penyusunan arah kebijakan DAK Fisik dan DAK Non Fisik memperhatikan target prioritas pembangunan nasional.
3. Sekretariat Jenderal dan Biro Perencanaan dan Anggaran mengkoordinasikan penyusunan arah kebijakan dan pemanfaatan DAK Bidang Kesehatan dengan unit utama dan unit teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan.
4. Penyusunan arah kebijakan dana transfer khusus bidang Kesehatan mengikuti ketentuan dalam peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas dan Peraturan Menteri Keuangan.

b) Penyusunan Menu dan Rincian Kegiatan Dana Transfer Khusus

1. Berdasarkan rancangan jenis/subbidang Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan, unit teknis/utama menyusun menu kegiatan dan rincian kegiatan per jenis/subbidang.

2. Penyusunan menu dan rincian kegiatan Dana Transfer Khusus harus memperhatikan Prioritas Nasional, Arah kebijakan, target dan sasaran yang tertuang dalam catatan kesepakatan para pihak.
 3. Penyusunan rincian kegiatan berupa nama kegiatan, target keluaran (*output*) kegiatan, satuan biaya dan lokasi kegiatan.
 4. Dalam penyusunan menu kegiatan masing-masing jenis/sub bidang, unit teknis harus memperhatikan peta kondisi dan sebaran data teknis berupa ketersediaan sarana prasarana dan alat kesehatan.
 5. Menu dan rincian kegiatan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan setiap sub bidang per jenis disampaikan kepada sekretaris jenderal dhi Biro Perencanaan dan Anggaran pada bulan tahun Perencanaan.
 6. Penyusunan menu dan rincian kegiatan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh Sekretariat Jenderal dhi Biro Perencanaan dan Anggaran.
- c) Penyusunan Indikasi Kebutuhan Pendanaan dan Rencana Pemanfaatan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan
1. Unit Utama/Unit teknis pengampu Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan menyusun indikasi kebutuhan pendanaan dan rencana pemanfaatan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan dari setiap menu kegiatan.
 2. Penyusunan indikasi kebutuhan pendanaan dan rencana pemanfaatan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan Prioritas Nasional, Arah kebijakan, target dan sasaran yang dicapai.
 3. Indikasi Kebutuhan Pendanaan dan rencana pemanfaatan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan disampaikan kepada Sekretariat Jenderal pada minggu pertama bulan Februari Tahun perencanaan
 4. Kementerian Kesehatan dhi Sekretariat Jenderal mengkompilasi dan menyampaikan indikasi kebutuhan pendanaan Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan Kepada Kementerian Keuangan dan Kementerian PPN/Bappenas pada minggu ke tiga bulan Februari Tahun Perencanaan.
- d) Pengusulan Kegiatan Dana Transfer Khusus (DAK Fisik) Bidang Kesehatan
1. Pemerintah Daerah mengusulkan kegiatan yang didanai DAK Fisik Bidang Kesehatan Kepada Kementerian Kesehatan

2. Perbaikan usulan Kegiatan DAK setelah periode pengusulan mengikuti ketentuan Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas dan Peraturan Menteri Keuangan
 3. Pengusulan dan Perbaikan usulan kegiatan yang didanai oleh DAK Fisik Bidang Kesehatan dilakukan melalui sistem informasi perencanaan dan penganggaran terintegrasi (aplikasi KRISNA).
 4. Periode Waktu Pengusulan Kegiatan yang didanai dari DAK Fisik Bidang Kesehatan mengikuti Ketentuan peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas dan Menteri Keuangan
- e) Pengusulan penilaian dan penganggaran DAK Nonfisik Bidang kesehatan
1. Kementerian Kesehatan berkordinasi dengan Kementerian Keuangan, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas dalam pembahasan indikasi pagu anggaran perjenis DAK nonfisik berdasarkan arah kebijakan, sasaran, satuan biaya, dan usulan kegiatan DAK Nonfisik.
 2. Ketentuan lebih lanjut mengenai penganggaran dan pengalokasian DAK nonfisik mengikuti ketentuan Peraturan Menteri Keuangan.
 3. Pengusulan kegiatan DAK Nonfisik dilakukan melalui sistem informasi e-rengar atau aplikasi lainnya yang diatur kemudian.

Formula Perencanaan dan Penganggaran Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan.

Dalam perencanaan DAK, Unit Utama harus memperhatikan indikator sebagai berikut :

- DAK Fisik
 1. sarana, prasarana dan alat yang dimiliki oleh daerah.
 2. kinerja daerah dalam pemanfaatan DAK tahun t-1
 3. konsistensi daerah dalam pelaksanaan pemanfaatan DAK dengan Perencanaannya
 4. kepatuhan daerah dalam pelaporan pemanfaatan DAK sesuai dengan waktu pelaporan yang ditentukan
 5. kondisi geografis daerah
 6. jumlah penduduk
- DAK Nonfisik
 1. Jumlah Puskesmas
 2. Jumlah Penduduk
 3. Perkiraan jumlah ibu hamil
 4. Lokus Program Pusat di daerah
 5. kinerja daerah dalam pemanfaatan DAK tahun t-1

6. kepatuhan daerah dalam pelaporan pemanfaatan DAK sesuai dengan waktu pelaporan yang ditentukan

Indikator-indikator tersebut di atas ditabulasikan oleh unit utama dalam formulasi teknis perhitungan perencanaan dan penganggaran DAK. Khusus untuk DAK Nonfisik, formulasi perhitungan untuk kinerja dan kepatuhan daerah dilakukan oleh Biro Perencanaan dan Anggaran. Adapun perbandingan formulasi teknis unit utama dengan formulasi kinerja dan kepatuhan Biro Perencanaan dan Anggaran sebesar 80:20.

a) Formula yang digunakan dalam penganggaran DAK Fisik adalah sebagai berikut:

- Layanan Kesehatan Dasar dan Rujukan Reguler serta Layanan Kesehatan Rujukan Penugasan
 Hasil Desk Rakontek DAK yang telah diverifikasi dilakukan *Scattered Plot* untuk menentukan batas atas dan batas bawah. Setelah penentuan batas atas dan batas bawah dilakukan pengalihan indeks pengisian aplikasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

Realisasi	Indeks Pengurang
0 – 20 %	0.4
21 – 40 %	0.3
41 – 50 %	0.2
61 – 80 %	0.1
81 – 100 %	0

Formula akhir adalah sebagai berikut:

$$\text{Alokasi} = \text{Hasil Perhitungan Grafik } \textit{Scattered Plot} - (\text{Hasil Perhitungan Grafik } \textit{Scattered Plot} \times \text{Indeks Pengurang})$$

- Layanan Kesehatan Dasar Afirmasi

$$\text{Alokasi} = \text{Jumlah Puskesmas} \times \text{Nilai Perhitungan Kementerian PUPERA}$$

- Layanan Kefarmasian

- Penyediaan Obat dan BMHP

Formula teknis alokasi Penyediaan Obat dan BMHP untuk Kab/Kota tahun n+1 didasarkan atas rumus perhitungan sebagai berikut :

Perhitungan kebutuhan anggaran obat per kapita yang akan didukung oleh APBD II dan DAK :

$$A = \frac{(US\$2,05 \times \text{Jumlah Penduduk Tahun } n) - \text{Alokasi Anggaran Obat di APBN Tahun } n}{\text{Jumlah Penduduk Tahun } n}$$

Catatan:

Referensi dari Indonesia *Health Sector Review: Policy Note Series (Pharmaceuticals: Why reform is needed). March 2009.*
 ” Districts need to spend around US \$1.50 per capita or more on average (assuming the central government continues to provide around US\$ 0.55 per capita for Puskesmas drugs)”.

Daerah perlu membelanjakan rata-rata sekitar US\$1.50 per kapita atau lebih (dengan asumsi pemerintah pusat terus menyediakan sekitar US 0.55 per kapita untuk obat Puskesmas

Perhitungan minimal alokasi Kab/Kota :

$$B = A - \text{rata rata} \left(\frac{\text{Anggaran Obat dan Perbekkes APBD 2 Th } n}{\text{Jumlah Penduduk Kab—Kota Th } n} \right) \times \text{Jumlah Penduduk Kab / Kota Th } n$$

Perhitungan kemampuan anggaran perkapita obat Kabupaten/Kota :

$$= \frac{\text{Anggaran Obat dan Perbekkes APBD 2 Th } n + \text{Alokasi DAK Subbidang Kefarmasian Th } n}{\text{Jumlah Penduduk Kab / Kota Th } n}$$

Catatan : Indeks adalah nilai/point suatu daerah dibagi dengan rata – rata nasionalnya.

Bila Indeks Biaya Perkapita (Indeks C) < 0, maka indeks dikoreksi menjadi 0.

a) Alokasi Obat dan Perbekalan kesehatan Kab/Kota

$$D = (A \times (1 - \text{indeks } C)) \times \text{Jumlah Penduduk Th } n$$

Jika $D < B$, maka Alokasi Obat dan BMHP bagi Kab/Kota adalah B. Jika $D > B$, maka alokasi Obat dan BMHP bagi Kab/Kota adalah D

b) Indeks Alokasi Obat dan BMHP merupakan Indeks dari D, serta dibandingkan dengan Usulan penyediaan Obat dan

BMHP TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeksnya menjadi 0

- c) Pemberian Pembobotan bagi Kab/Kota yang melaporkan Realisasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1
 1. Kab/Kota yang melaporkan Realisasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1 mendapatkan point 1
 2. Kab/Kota yang tidak melaporkan Realisasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1 mendapatkan point 0
 3. Kab/Kota yang tidak mendapatkan DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1 mendapatkan point 0,5

- d) Pemberian Indeks Daerah Tertinggal Tahun 2015 – 2019 berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 131 Tahun 2015 tentang Penetapan Daerah Tertinggal
 1. Kab/Kota yang termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 1
 2. Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 0

- e) Pemberian Indeks Lokus Prioritas Kabupaten Tertinggal Tahun n+1
 1. Kab/Kota yang termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal mendapatkan nilai 1
 2. Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal mendapatkan nilai 0

- f) Pemberian Indeks Mapping Lokus Prioritas Perbatasan tahun
 1. Kab/Kota yang termasuk dalam daftar mapping lokus 124 prioritas perbatasan mendapatkan nilai 1
 2. Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar mapping lokus 124 prioritas perbatasan mendapatkan nilai 0

- g) Pemberian Indeks Pembangunan Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di 14 (empat belas) Destinasi Pariwisata Prioritas berdasarkan Kementerian Pariwisata.
 1. Kab/Kota yang termasuk dalam daftar 14 destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 1
 2. Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar 14 destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 0

- h) Pemberian pembobotan bagi kab/kota berdasarkan kapasitas fiskal kabupaten/kota:
 - 1. Kab/Kota yang termasuk kategori rendah mendapatkan point 3
 - 2. Kab/Kota yang termasuk kategori sedang mendapatkan point 2
 - 3. Kab/Kota yang termasuk kategori tinggi mendapatkan point 1
 - 4. Kab/Kota yang termasuk kategori sangat tinggi mendapatkan point 0

- i) Pemberian pembobotan bagi kab/kota berdasarkan frekuensi terjadi bencana, termasuk banjir, letusan gunung api, puting beliung, tanah longsor, kebakaran hutan dan lahan, kecelakaan transportasi, gempa bumi, kebakaran, gelombang pasang/abrasi, kekeringan, aksi teror/sabotase, hama tanaman, kecelakaan industri, kelaparan, KLB, konflik/kerusakan sosial, perubahan iklim, tsunami.
 - 1. Kab/Kota yang memiliki frekuensi bencana tinggi mendapatkan point 1
 - 2. Kab/Kota yang memiliki frekuensi bencana rendah mendapatkan point 0

- j) Pemberian Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) kab/kota:
 - 1. Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat tinggi mendapatkan point 0
 - 2. Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat rendah mendapatkan point 1

- k) Indeks Penyediaan Obat dan Perbekes per Kab/Kota merupakan penjumlahan indeks-indeks diatas, serta dibandingkan dengan Usulan penyediaan Obat dan BMHP TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeksnya menjadi 0.

- l) Alokasi Obat dan Perbekalan kesehatan di Kabupaten/Kota dihitung dengan rumus sebagai berikut:

Alokasi Obat dan Perbekalan Kesehatan Kab/Kota :

$$\text{Distribusi Penyediaan Obat dan BMHP (D)} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Obat dan Perbekkes per Kab/Kota (E)}}{\text{Total Indeks Penyediaan Obat dan Perbekkes per Kab/Kota (F)}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Obat dan BMHP}$$

➤ Alokasi Penyediaan Sarpras dan IFK

a) Pembangunan Baru/Rehabilitasi Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota berdasarkan pertimbangan sebagai berikut:

1. Ketersediaan Instalasi Farmasi
2. Status kepemilikan Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota
3. Luas penyimpanan Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota
4. Persentase kerusakan Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota
5. Pengajuan Usulan anggaran Pembangunan Baru/Rehabilitasi IF Prov/Kab/Kota melalui DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n+1

b) Penentuan daerah yang mendapatkan anggaran pembangunan baru/rehabilitasi Instalasi Farmasi Propinsi berdasarkan perhitungan Indeks:

1. Pembobotan kondisi IF :

Angka 1 bila :

- Persentase Kerusakan IF > 70%
- Kab/Kota tidak memiliki Instalasi Farmasi
- Status kepemilikan IF milik Pemda Prov/Kab/Kota
- Memiliki lahan siap bangun
- Luas bangunan IF < 500 M2

Angka 0 bila :

- Persentase Kerusakan IF < 30%
- Kab/Kota memiliki Instalasi Farmasi
- Status kepemilikan IF tidak milik Pemda Prov/Kab/Kota
- Luas bangunan IF ≥ 500 M2
- Tidak memiliki lahan siap bangun

2. Indeks Pembangunan Baru/Rehabilitasi IF Kab/Kota merupakan Indeks dari penjumlahan poin variabel diatas dan dibandingkan dengan Usulan anggaran Pembangunan Baru/Rehabilitasi IF Prov/Kab/Kota TA n+1. Jika suatu Prov/Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeksnya menjadi 0

- c) Pendataan Kab/Kota yang belum atau sudah memiliki sarana pendukung Instalasi Farmasi berupa:
1. Sarana Penyimpan yaitu Sarana Penyimpanan Vaksin/Cold Chain, Generatorset, AC split, Forklift, Palet, Lemari Narkotika dan psikotropika, Rak Obat dan Perbekkes, Refrigerator, Trolley, Incinerator
 2. Sarana Distribusi yaitu kendaraan Mobil Roda Empat
 3. Sarana Pengamanan yaitu Alarm Kebakaran, APAR, CCTV, Pagar/Teralis
 4. Sarana Pengolah Data yaitu Komputer, Printer, Laptop
 5. Sarana Telekomunikasi yaitu Faximile dan Alat Koneksi/Akses Internet
 6. Sarana Penunjang yaitu : Meja Kerja, Kursi Kerja, Lemari Arsip, Panel Surya

- d) Pemberian point dengan menilai/memberikan :

Angka 1 bila

Prov/Kab/Kota belum memiliki atau sudah memiliki salah satu/lebih sarana pendukung Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota dengan jumlah sarana yang baik dibawah rata-rata nasional dan mengajukan usulan penyediaan sarana pendukung IF Prov/Kab/Kota melalui DAK Subbid Pelayan Kefarmasian TA n

Angka 0 bila

Prov/Kab/Kota memiliki salah satu/lebih sarana pendukung Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota dengan jumlah sarana yang baik diatas rata-rata nasional dan tidak mengajukan usulan penyediaan sarana pendukung IF Prov/Kab/Kota melalui DAK Subbidang Pelayan Kefarmasian TA n+1

1. Indeks Penyediaan Sarana Pendukung IF Prov/Kab/Kota merupakan Indeks dari penjumlahan poin variabel diatas dan dibandingkan dengan Usulan anggaran Penyediaan Sarana Pendukung IF Prov/Kab/Kota TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeks menjadi 0
2. Pemberian pembobotan bagi Prov/Kab/Kota berdasarkan kapasitas fiskal Prov/Kab/Kota:
 - Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori rendah mendapatkan point 3
 - Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori sedang mendapatkan point 2

- Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori tinggi mendapatkan point 1
 - Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori sangat tinggi mendapatkan point 0
3. Pemberian Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) Prov/Kab/Kota:
 - Prov/Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat tinggi mendapatkan point 0
 - Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat tinggi mendapatkan point 1
 4. Pemberian Indeks Daerah Tertinggal Tahun 2015 – 2019 berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 131 Tahun 2015 tentang Penetapan Daerah Tertinggal
 - Kab/Kota yang termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 1
 - Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 0
 5. Pemberian Indeks Lokus Prioritas Kabupaten Tertinggal tahun n-1
 - Kab/Kota yang termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal tahun n-1 mendapatkan nilai 1
 - Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal tahun n-1 mendapatkan nilai 0
 6. Pemberian Indeks Mapping Lokus Prioritas Perbatasan tahun n-1
 - Kab/Kota yang termasuk dalam daftar mapping lokus 124 prioritas perbatasan tahun 2016 mendapatkan nilai 1
 - Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar mapping lokus 124 prioritas perbatasan tahun 2016 mendapatkan nilai 0
 7. Pemberian Indeks Pembangunan Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di 14 (empat belas) Destinasi Pariwisata Prioritas berdasarkan Kementerian Pariwisata.

- Kab/Kota yang termasuk dalam daftar 14 destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 1
 - Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar 14 destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 0
8. Indeks Penyediaan Sarpras dan IFK merupakan penjumlahan indeks-indeks diatas, serta dibandingkan dengan usulan penyediaan sarpras dan IFK Prov/Kab/Kota TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan penyediaan sarpras dan IFK Prov/Kab/Kota TA n+1, maka indeksnya menjadi 0.
9. Alokasi Penyediaan Sarpras dan IFK dihitung dengan rumus sebagai berikut:

Alokasi Penyediaan Sarpras dan IF:

$$\text{Distribusi DAK Sarpras dan IF} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Sarpras dan IF}}{\text{Total Indeks Penyediaan Sarpras dan IF}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Sarpras dan IF}$$

Penyediaan obat dan BMHP

$$\text{Distribusi Penyediaan Obat dan BMHP} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Obat dan Perbekkes per Kab/Kota}}{\text{Total Indeks Penyediaan Obat dan Perbekkes per Kab/Kota}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Obat dan BMHP}$$

Alokasi penyediaan sarpras dan IFK

$$\text{Distribusi DAK Sarpras dan IFK} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Sarpras dan IFK Kab/Kota}}{\text{Total Indeks Penyediaan Sarpras dan IFK}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Sarpras dan IFK}$$

- RS Pratama dan Unit Transfusi Darah

$$\text{Alokasi} = \text{Unit Cost} \times \text{Indeks Kemahalan Harga}$$

- Pengadaan peralatan pendukung imunisasi

$$\text{Alokasi} = \text{Jumlah Puskesmas} \times \text{Unit Cost}$$

$$\text{Harga}$$

- Pengembangan Bapelkes

$$\text{Alokasi} = \text{Unit Cost} \times \text{Indeks Kemahalan Harga}$$

- b) Formula yang digunakan dalam penganggaran DAK non-Fisik adalah sebagai berikut:

Formulasi perhitungan BOK adalah sebagai berikut :

1. Dinkes Provinsi

$$\text{Alokasi Provinsi} = AD + AT + \text{Alokasi Lokus Prioritas (ALP)}$$

$$- AD = \frac{65\% \text{ Pagu BOK Dinkes provinsi}}{\sum \text{provinsi}(34)}$$

$$- AT = \frac{BR \times \sum \text{Kab/Kota} \times 35\% \text{ Pagu BOK Dinkes provinsi}}{\sum (@BR \times \sum \text{Kab/Kota}) \text{ seluruh prov}}$$

$$- ALP = \sum \text{BALKESMAS Prov} \times \text{Unit Cost}$$

BOBOT REGIONAL (BR) =

No	Regional	Bobot
1.	Jawa	1
2.	Bali	1,25
3.	Sumatera	1,5
4.	Sulawesi	2
5.	Kalimantan	2,25
6.	NTB	1,75
7.	NTT	2,5
8.	Maluku & Maluku Utara	2,75
9.	Papua & Papua Barat	3

2. BOK Dinkes Kab/Kota

Alokasi Dinkes Kab/Kota = AD + AT + ALP

- $AD = \frac{65\% \text{ Pagu BOK Dinkes Kab/Kota}}{\sum \text{Kab/Kota} - \text{DKI}}$
- $AT = \frac{\text{BK} \times \sum \text{Pusk} \times 35\% \text{ Pagu BOK Dinkes Kab/Kota}}{\sum (@\text{BK} \times \sum \text{Pusk}) \text{ Kab/Kota}}$
- $ALP = (\sum \text{ kab pamsimas} \times \text{unit Cost}) + (\sum \text{ balkesmas kab/kota} \times \text{unit Cost})$

3. BOK Puskesmas

- $AD = \frac{65\% \text{ Pagu} - (\sum \text{Pusk DKI} \times \text{Unit Cost})}{\sum \text{Puskesmas non DKI}}$
- $AT = \frac{35\% \text{ Pagu} \times \text{BR} \times \text{BK} \times \text{IP} \times \text{IKF}}{\sum \text{Puskesmas non DKI}}$
- $ALP = (\sum \text{ Puskesmas NS} \times \text{unit Cost}) + (\sum \text{ Desa STBM} \times \text{unit Cost})$

4. Distribusi Obat dan Manajemen E-logistik

Perhitungan Distribusi Obat :

Perhitungan Manajemen E-Logistik :

$$\left[\begin{array}{c} \text{Indeks} \\ \text{Indeks DTPK} + \text{Indeks Frek Distribusi} + \text{Indeks Jml Pusk} + \text{Indeks Kondisi Wilayah} \end{array} \right] \times \text{Alokasi Total Biaya Distribusi} = \text{Total Indeks Biaya Distribusi}$$

Alokasi Total = Alokasi Distribusi Obat + Alokasi Manajemen E-Logistik

5. Jampersal

Alokasi = Jumlah Ibu Hamil X Unit Cost

6. Akreditasi Rumah Sakit, Puskesmas dan Labkesda

Alokasi = Jumlah Sasaran Akreditasi X Unit Cost

2) Penelitian dan Review Dokumen Perencanaan Penganggaran Dana Transfer Khusus Bidang Kesehatan

Penelitian dan review dokumen perencanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) bertujuan untuk menilai kelayakan Usulan sesuai dengan target prioritas nasional. Verifikasi Dokumen perencanaan di fokuskan pada: (1) Kesesuaian antara usulan dengan menu kegiatan yang telah ditetapkan; (2) Kesesuaian usulan dengan data sarana prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki oleh daerah; (3) Menilai rasionalitas harga satuan; (4) Kesesuaian usulan dengan kebutuhan daerah untuk pemenuhan standarisasi mutu pelayanan kesehatan di daerah; (5) Kesesuaian data dukung dan data teknis.

Tahapan penelitian dan reuiu usulan kegiatan DAK bidang kesehatan sebagai berikut:

- a) Verifikasi Usulan Kegiatan yang didanai DAK Fisik Bidang Kesehatan
 1. Verifikasi usulan kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan dilakukan verikasi mandiri dan verifikasi Pemerintah.
 2. Verifikasi dilakukan melalui sistem informasi KRISNA.
 3. Verifikasi mandiri dilakukan oleh tim verifikasi kab/kota untuk usulan Kabupaten dan tim verifikasi provinsi untuk usulan Provinsi
 4. Tim Verifikasi usulan kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh perangkat daerah yang membidangi urusan perencanaan pembangunan dengan melibatkan perangkat daerah teknis pengampu, inspektorat serta perangkat daerah lainnya.
 5. Verifikasi oleh Pemerintah dilakukan oleh Gubernur sebagai wakil pemerintah untuk usulan kabupaten/kota
 6. Kementerian Dalam Negeri melakukan verifikasi terhadap usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan yang diusulkan Pemerintah Daerah Provinsi.
 7. Verifikasi oleh pemerintah dilaksanakan setelah selesai verifikasi mandiri.
 8. Kriteria verifikasi mengikuti ketentuan dalam Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas

- b) Penilaian Awal Usulan Kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan
 1. Penilaian awal atas usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan dilakukan oleh unit utama/teknis pengampu masing-masing sesuai kriteria-kriteria teknis yang telah ditetapkan.
 2. Penilaian awal atas usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh Sekretariat Jenderal dhi Biro Perencanaan dan Anggaran dengan melibatkan Inspektorat Jenderal sebagai pengendali internal.

3. Penilaian awal secara teknis dilakukan terhadap kesesuaian nomenklatur kegiatan, target keluaran (*ouput*), harga satuan, dan lokasi prioritas terhadap pencapaian target bidang
 4. Unit utama/unit teknis masing-masing pengampu menyusun dan menetapkan kriteria-kriteria teknis penilaian awal DAK Fisik perjenis, persubbidang dengan memperhatikan prioritas nasional, arah kebijakan, target dan sasaran pencapaian DAK Fisik yang tertuang dalam dokumen kesepakatan para pihak
 5. Unit utama/unit teknis yang melakukan penilaian awal DAK Fisik Bidang Kesehatan ditetapkan dalam keputusan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan selaku koordinator perencanaan dan penganggaran DAK Bidang Kesehatan.
 6. Penilaian awal dilaksanakan secara tatap muka dan/atau secara **online** melalui sistem informasi KRISNA
 7. Ketentuan lain tentang penilaian awal DAK Fisik Bidang Kesehatan mengikuti Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas dan Peraturan Menteri Keuangan.
- c) Sinkronisasi dan Harmonisasi DAK Fisik Bidang Kesehatan
1. Proses sinkronisasi dan harmonisasi antara pusat dan daerah dilakukan untuk membahas hasil penilaian awal Pemerintah Pusat atas usulan DAK Fisik Kepada Pemerintah daerah.
 2. Sinkronisasi dan harmonisasi DAK Fisik Bidang Kesehatan bertujuan untuk membahas:
 - kesesuaian antara hasil penilaian awal usulan DAK Fisik dengan kebutuhan dan prioritas daerah di Bidang Kesehatan;
 - Keselarasan kegiatan yang dibiayai dari DAK Fisik, APBD dan/ atau sumber pendanaan lainnya dalam satu daerah;
 - pemenuhan kriteria kesiapan pelaksanaan kegiatan (*readiness criteria*); dan
 - keselarasan kegiatan DAK Fisik suatu daerah dalam satu wilayah provinsi dengan mempertimbangkan rekomendasi gubernur
 3. Berdasarkan hasil penilaian awal DAK Fisik Bidang Kesehatan, unit utama/unit teknis melakukan pembahasan sinkronisasi dan harmonisasi dengan Pemerintah Daerah, dikoordinasikan oleh Sekretariat Jenderal dan Biro Perencanaan dan Anggaran dengan melibatkan Inspektorat Jenderal.
 4. Unit teknis/utama yang melakukan pembahasan sinkronisasi dan harmonisasi DAK Fisik Bidang Kesehatan ditetapkan dalam Keputusan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Selaku Koordinator DAK Bidang Kesehatan.

5. Unit utama/unit teknis, menyusun dan menetapkan kriteria-kriteria teknis sinkronisasi dan harmonisasi DAK Fisik Bidang Kesehatan, dan menyampaikan kepada Sekretariat Jenderal dhi Biro Perencanaan dan Anggaran pada bulan Januari tahun perencanaan.
 6. Sinkronisasi dan harmonisasi antara pusat dan daerah dapat dilaksanakan secara tatap muka dan/atau secara **online** melalui sistem informasi KRISNA.
 7. Ketentuan lain tentang sinkronisasi dan harmonisasi DAK Fisik Bidang Kesehatan mengikuti Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas dan Peraturan Menteri Keuangan.
- d) Penilaian Akhir usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan
1. Berdasarkan hasil pembahasan sinkronisasi dan harmonisasi usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan, unit teknis/unit utama masing-masing melakukan penilaian akhir atas usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan.
 2. Unit utama/unit teknis menyusun dan menetapkan kriteria-kriteria teknis penilaian akhir dengan memperhatikan hasil sinkronisasi dan harmonisasi pusat-daerah.
 3. Penilaian akhir atas usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh Sekretariat Jenderal dhi Biro Perencanaan dan Anggaran dan melibatkan Inspektorat Jenderal sebagai pengendali internal.
 4. Unit utama/teknis yang melakukan penilaian akhir atas usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan ditetapkan dalam Keputusan Sekretaris Jenderal selaku koordinator DAK Bidang Kesehatan.
 5. Penilaian akhir atas usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan dapat dilaksanakan secara tatap muka dan/atau secara **online** melalui sistem informasi KRISNA.
 6. Ketentuan lain tentang tim penilaian akhir DAK Fisik Bidang Kesehatan mengikuti Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas dan Peraturan Menteri Keuangan.
- e) Penyusunan Rencana Kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan
1. Pemerintah Daerah menyusun dan menyampaikan usulan rencana kegiatan yang didanai dari DAK Fisik melalui sistem informasi perencanaan dan penganggaran yang terintegrasi dengan mengacu pada:
 - dokumen usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan;
 - hasil penilaian usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan;

- hasil sinkronisasi dan harmonisasi usulan DAK Fisik Bidang Kesehatan; dan
 - alokasi DAK Fisik yang disampaikan melalui portal (website) Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan atau yang tercantum dalam Peraturan Presiden mengenai rincian APBN.
2. Usulan rencana kegiatan DAK Bidang Kesehatan paling sedikit memuat:
 - rincian dan lokasi kegiatan;
 - target keluaran (*output* kegiatan);
 - rincian pendanaan kegiatan;
 - metode pelaksanaan kegiatan; dan
 - kegiatan penunjang
 3. Unit utama/unit teknis menyusun dan menetapkan kriteria-kriteria teknis penilaian usulan rencana kegiatan DAK Bidang Kesehatan.
 4. Unit teknis/unit utama membahas dan menyetujui usulan rencana kegiatan DAK Bidang kesehatan melibatkan inspektorat jenderal sebagai pengendali internal.
 5. Pembahasan dan persetujuan usulan rencana kegiatan dikoordinasikan oleh Sekretariat Jenderal dhi Biro Perencanaan dan Anggaran.
 6. Persetujuan terhadap usulan rencana kegiatan DAK Bidang Kesehatan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.
 7. Unit teknis/unit utama yang melakukan pembahasan penyusunan rencana kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan ditetapkan dalam Keputusan Sekretaris Jenderal selaku koordinator DAK Bidang Kesehatan.
 8. Penyusunan rencana kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan dapat dilaksanakan secara tatap muka dan/atau secara **online** melalui sistem informasi KRISNA.
 9. Ketentuan lain tentang penyusunan rencana kegiatan DAK Fisik Bidang Kesehatan mengikutiperaturan Menteri Keuangan, Peraturan Menteri Perencanaan, Peraturan Presiden tentang
- f) Penyusunan Standar Teknis DAK Fisik Bidang Kesehatan
1. Unit teknis/utama menyusun draft standar teknis DAK Bidang Kesehatan dengan memperhatikan dokumen kesepakatan para pihak dan Petunjuk Teknis yang ditetapkan Presiden setiap tahun.
 2. Unit utama/teknis yang menyusun standar teknis DAK Bidang Kesehatan ditetapkan dalam Keputusan Sekretaris Jenderal

Kementerian Kesehatan selaku koordinator DAK Bidang Kesehatan.

3. Draft standar teknis DAK Bidang Kesehatan disampaikan oleh unit teknis/utama ke Sekretariat Jenderal dalam hal ini Biro Perencanaan dan Anggaran pada bulan Mei Tahun Perencanaan.
4. Penyusunan standar teknis DAK Bidang Kesehatan dikoordinasikan oleh Sekretariat Jenderal dhi Biro Perencanaan dan Anggaran.
5. Standar teknis ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan.
6. Ketentuan lain tentang penyusunan standar teknis DAK Bidang Kesehatan mengikuti Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Keuangan dan Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional.

g) Dukungan Sistem Informasi

1. Proses pengajuan usulan hingga pengalokasian DAK Fisik Bidang Kesehatan dilakukan melalui sistem informasi perencanaan dan penganggaran terintegrasi (aplikasi KRISNA) Kementerian PPN/Kepala Bappenas
2. Penyusunan Rencana Kegiatan Anggaran DAK Nonfisik Bidang Kesehatan dilakukan melalui aplikasi e-renggar Kementerian Kesehatan.
3. Ketentuan lain tentang dukungan sistem informasi terhadap perencanaan dan penganggaran DAK Bidang Kesehatan mengikuti Peraturan perundang-undangan.

c. Jaminan Kesehatan Nasional

1) Kebijakan operasional BOK dan Jampersal

a) Kebijakan Operasional Jampersal

1. Dana Jampersal merupakan Dana Alokasi Khusus Nonfisik yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka mendekatkan akses pelayanan KIA;
2. Dana Jampersal diarahkan untuk memobilisasi persalinan ke fasilitas kesehatan sehingga dapat melakukan pencegahan dini terhadap terjadinya komplikasi baik dalam persalinan ataupun masa nifas;
3. Penyediaan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) mempertimbangkan sumber daya kesehatan di daerah dan kebutuhan lapangan;
4. Dana Jampersal dapat digunakan untuk membiayai persalinan/perawatan kehamilan risiko tinggi di fasilitas pelayanan kesehatan bagi ibu hamil/bersalin miskin dan tidak mampu yang

belum mempunyai jaminan pembiayaan oleh JKN/KIS, atau jaminan kesehatan lainnya;

5. Penerima bantuan hanya berlaku di perawatan/pelayanan kelas III sesuai dengan pelayanan bagi penerima bantuan iuran (PBI) dan tidak diperbolehkan naik kelas.
6. Dana Jampersal tidak boleh digunakan untuk membiayai kegiatan yang telah dibiayai melalui dana APBN, APBD, BPJS, maupun sumber dana lainnya;
7. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menghitung kebutuhan pemanfaatan dana Jampersal masing-masing kegiatan untuk wilayah kabupaten/kota sesuai dengan prioritas;
8. Dana Jampersal dapat dimanfaatkan secara fleksibel sesuai kebutuhan yang diatur dalam juknis, dan alokasi dana Jampersal merupakan pagu maksimal;
9. Pembayaran kegiatan jampersal menggunakan sistem klaim dari fasilitas pelayanan kesehatan atau penanggungjawab kegiatan jampersal kepada bendahara yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
10. Ketentuan lebih lanjut tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana Jampersal diatur lebih lanjut di daerah sesuai dengan peraturan yang berlaku.

b) Ruang Lingkup Kegiatan Jampersal

Ruang lingkup Jampersal di kabupaten/kota meliputi:

1. Rujukan persalinan dari rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten;
2. Sewa dan operasional rumah tunggu kelahiran (RTK);
3. Pertolongan persalinan, KB paskapersalinan dan perawatan bayi baru lahir.

c) Penggunaan Dana Jampersal

Dana jampersal di kabupaten/kota dipergunakan untuk kegiatan meliputi:

1. Rujukan (pergi dan pulang) ibu hamil/bersalin ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai kompetensi pertolongan persalinan meliputi :
 - i) Rujukan ibu hamil/bersalin normal dari rumah ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan primer baik melalui rumah tunggu kelahiran dan atau langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan primer.
 - ii) Rujukan ibu hamil/bersalin risiko tinggi:
 - (a) Rujukan dari rumah ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tersier atau dari fasilitas

pelayanan kesehatan primer ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tersier baik melalui rumah tunggu kelahiran dan atau langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tersier.

- (b) Rujukan untuk pelayanan perawatan kehamilan ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sekunder/tersier atas indikasi medis.
2. Sewa dan Operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) termasuk makan dan minum bagi pasien, keluarga pendamping dan petugas kesehatan/kader.
3. Pertolongan persalinan, perawatan kehamilan risiko tinggi atas indikasi (bila diperlukan) di fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten dengan fasilitas sama dengan peserta JKN/KIS penerima bantuan iuran (PBI) kelas III berupa biaya jasa pertolongan persalinan, perawatan kehamilan risiko tinggi, pelayanan KB paska persalinan dengan kontrasepsi disediakan BKKBN termasuk perawatan bayi baru lahir dan skrining hipotiroid kongenital Bayi Baru Lahir (BBL).
Pembiayaan untuk pelayanan antenatal (ANC) dan pelayanan nifas (PNC) tidak termasuk dalam paket Jampersal kecuali ibu hamil risiko tinggi yang atas indikasi medis perlu pelayanan/perawatan di fasilitas rujukan sekunder/tersier.
Penerima bantuan Jampersal tidak diperbolehkan naik kelas dengan biaya sendiri dan harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penerima Bantuan Iuran (PBI). Besaran biaya pertolongan persalinan dan perawatan sesuai dengan yang berlaku pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
4. Dukungan manajemen/pengelolaan Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
Dana Jampersal dapat digunakan oleh pengelola Jampersal tingkat kabupaten/kota untuk kegiatan pengelolaan keuangan, sosialisasi, verifikasi klaim, survei dan kontrak RTK, pembinaan, pendampingan petugas kesehatan, dan dukungan administrasi.
Setiap kabupaten/kota diharapkan menggunakan dana Jampersal untuk sewa Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) minimal 1 (satu) rumah di dekat rumah sakit yang ditetapkan sebagai rujukan risiko tinggi, untuk mendekatkan akses ibu hamil risiko tinggi dengan rumah sakit pada hari sebelum dan setelah melahirkan.

d) Pemanfaatan Dana Jampersal

Dana Jampersal dapat dimanfaatkan untuk :

1. Transport lokal atau perjalanan dinas petugas kesehatan termasuk kader;
2. Sewa mobilitas/sarana transportasi rujukan;
3. Operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) mencakup: 1) Sewa rumah, 2) Makan dan minum bagi ibu hamil dan pendamping yang ada di RTK, 3) Langganan air, listrik, kebersihan;
4. Jasa pemeriksaan, perawatan dan pertolongan persalinan;
5. Honor PNS dan non PNS;
6. Penyelenggaraan rapat, pertemuan, sosialisasi;
7. Penyediaan barang habis pakai;
8. Belanja pencetakan dan penggandaan;
9. Belanja jasa pengiriman spesimen.

Dana Jampersal tidak boleh dimanfaatkan untuk belanja tidak langsung, belanja modal, pembelian obat dan vaksin, bayar iuran/premi

2) Mekanisme pemanfaatan dana kapitasi dan non kapitasi

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia sejak 1 Januari 2014 merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program JKN bertujuan memberikan perlindungan kesehatan bagi semua penduduk Indonesia dalam sistem asuransi, sehingga kebutuhan dasar kesehatan masyarakat dapat terpenuhi secara layak. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kepesertaan pada program JKN terdiri dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yang iurannya dibayarkan Pemerintah dan Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan, yang terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU) dan keluarganya; Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan keluarganya; bukan pekerja dan anggota keluarganya. Tahapan kepesertaan JKN sesuai dengan peta jalan (roadmap) menuju Jaminan Kesehatan Semesta/ *Universal Health Coverage* pada tahun 2019.

Setiap peserta program JKN mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi: pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP), pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama (RITP), pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan (RITL), pelayanan gawat darurat dan pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri. Adapun manfaat pelayanan kesehatan bagi peserta dalam bentuk pelayanan yang bersifat komperhensif berdasarkan indikasi medis. Pelayanan kesehatan diberikan

di fasilitas kesehatan yang telah melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan atau pada keadaan tertentu (kegawatdaruratan medik) dapat dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, mulai dari FKTP kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu pelayanan, mendorong pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada pasien, mendorong efisiensi dan mendorong pelayanan berbasis tim di Fasilitas Kesehatan. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai. Untuk mencapai tujuan tersebut maka digunakan metode pembayaran prospektif yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Pembayaran prospektif dalam program JKN adalah Kapitasi dan case based payment.

Pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, BPJS Kesehatan selaku penyelenggara program JKN melakukan pembayaran atas pelayanan yang diberikan secara praupaya dengan kapitasi dan pembayaran non kapitasi.

Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif Kapitasi diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan:

- a) administrasi pelayanan;
- b) pelayanan promotif dan preventif;
- c) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- d) tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
- e) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, termasuk pil dan kondom untuk pelayanan Keluarga Berencana;
- f) pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.

Sedangkan tarif non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif Non Kapitasi diberlakukan pada :

- a) pelayanan ambulans;
- b) pelayanan obat rujuk balik;

- c) pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik;
- d) pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim;
- e) rawat inap tingkat pertama;
- f) jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya;
- g) pelayanan Keluarga Berencana berupa suntik, KB implant, IUD dan MOP/vasektomi;
- h) kompensasi pada daerah yang tidak terdapat fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat
- i) pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

a) Norma Kapitasi

Norma Kapitasi merupakan besaran Tarif Kapitasi yang ditentukan berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan, dinas kesehatan, kabupaten/kota, dan/atau Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan kriteria sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Adapun penggunaan criteria tersebut dilaksanakan secara bertahap, saat ini kriteria yang digunakan adalah sumber daya manusia.

Standar Tarif Kapitasi di FKTP ditetapkan sebagai berikut:

1. puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan;
2. rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan
3. yang setara sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan; dan
4. praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp 2.000,00 (dua ribu rupiah) per peserta per bulan.

Penetapan besaran Tarif Kapitasi di FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan mempertimbangkan penilaian pemenuhan kriteria sesuai ketentuan. Untuk jelasnya dapat dilihat pada bagan berikut, Daftar Norma Kapitasi (Peraturan Menteri Kesehatan No.12 Tahun 2016).

Bagan. 5. Daftar Norma Kapitasi di Puskesmas

Puskesmas			
Ketersediaan SDM	Dokter	Dokter Gigi	Besaran Kapitasi
1	-	-	3,000
	-	1	3,500
	1	-	4,500
	1	1	5,000
	≥2	-	5,500
	≥2	1	6,000
Klinik			
2	1	-	8,000
	≥2	-	9,000
	≥2	1	10,000
3	Dokter Praktek Mandiri		8,000
4	Dokter Gigi		2,000
5	RS Kelas D Pratama		10,000
6	FKTP daerah Terpencil & kepulauan	dengan dokter	10,000
7		Tanpa Dokter (Bidan/Perawat)	8,000

b) Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP telah dilaksanakan di Puskesmas pada wilayah Ibukota Provinsi sejak Januari 2016 melalui kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Puskesmas dan secara bertahap pada Puskesmas yang berada di wilayah selain Ibukota Provinsi, Rumah Sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara, setelah terjadi kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKTP atau selambatnya tanggal 1 Januari 2017, kecuali bagi FKTP yang ditetapkan sebagai FKTP kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan FKTP mengenai penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP dilaksanakan setelah adanya kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:

1. Angka Kontak

Angka kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh peserta

2. Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik
Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensi FKTP
 3. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP
Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB) merupakan indikator untuk mengetahui kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP terhadap peserta Prolanis.
 4. Khusus bagi Puskesmas, terdapat indikator tambahan dalam pemenuhan komitmen pelayanan untuk mengetahui penyelenggaraan kegiatan promotif preventif di Puskesmas dengan fokus pada kegiatan kunjungan rumah yang dilakukan dalam bentuk pendekatan keluarga untuk mencapai program Indonesia sehat pada semua keluarga di wilayah kerja Puskesmas tanpa melihat peserta JKN atau bukan peserta JKN.
- c) Pemanfaatan Dana Kapitasi
- Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP Milik Pemda yang belum menerapkan system pengelolaan BLUD dimanfaatkan seluruhnya untuk:
1. Pembayaran jasa pelayanan kesehatan;
 - i) Alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari penerimaan Dana Kapitasi
 - ii) Alokasi Dana Kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP.
 - iii) Tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan meliputi Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, dan pegawai tidak tetap, yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - iv) Pembagian jasa pelayanan kesehatan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel:
 - jenis ketenagaan dan/atau jabatan; (nilai dari jenis ketenagaan/ jabatan; rangkap tugas; penanggung jawab program dan masa kerja)
 - kehadiran.

Berikut bagan singkat formula perhitungan jasa pelayanan dana kapitasi di Puskesmas pada bagan berikut :

Bagan 6. Perhitungan Jasa Pelayanan Kesehatan



Keterangan:

Persentase Kehadiran : jumlah kehadiran dibagi jumlah hari kerja dalam 1 bulan

2. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

- i) Alokasi untuk pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan ditetapkan sebesar selisih dari besar Dana Kapitasi dikurangi dengan besar alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan.
- ii) Besaran alokasi ditetapkan setiap tahun dengan Keputusan Kepala Daerah atas usulan Kepala SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan:
 - tunjangan yang telah diterima dari Pemerintah
 - kegiatan operasional pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai target kinerja di bidang pelayanan kesehatan; dan
 - kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
- iii) Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi:
 - (1) belanja barang operasional, terdiri atas:
 - pelayanan kesehatan dalam gedung;
 - pelayanan kesehatan luar gedung;
 - operasional dan pemeliharaan kendaraan puskesmas keliling
 - bahan cetak atau alat tulis kantor;
 - administrasi, koordinasi program, dan system

- peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan; dan/atau
 - pemeliharaan sarana dan prasarana.
- (2) belanja modal untuk sarana dan prasarana yang pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemanfaatan Dana kapitasi Bagi FKTP Milik Pemda yang sudah BLUD. Pemanfaatan dana kapitasi pada FKTP milik Pemda yang sudah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sepenuhnya mengacu pada ketentuan BLUD.

d) Mekanisme Perencanaan, Penatausahaan dan Pertanggungjawaban Dana Kapitasi

Perencanaan, Penatausahaan dan Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Bagi FKTP yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yaitu :

1. Tahapan dalam Perencanaan dan Penganggaran dana kapitasi:
 - i) Kepala FKTP menyusun rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi.
 - ii) Kepala FKTP membuat rencana kegiatan dan belanja dari setiap kegiatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan FKTP.
 - iii) Rencana kegiatan dan belanja yang telah dibuat, diusulkan oleh Kepala FKTP ke pada Kepala SKPD Dinas Kesehatan.
 - iv) Berdasarkan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN yang diusulkan tersebut, Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyusun Rencana Kerja dan Anggaran SKPD (RKA-SKPD) Dinas Kesehatan, yang memuat rencana pendapatan dana kapitasi JKN dan rencana belanja dana kapitasi JKNS.
2. Tahapan dalam Penatausahaan dan Pemanfaatan
 - i) Kepala FKTP mengusulkan Bendahara dan Rekening Dana Kapitasi JKN kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan untuk ditetapkan oleh Kepala Daerah
 - ii) Kepala Daerah setiap tahunnya menetapkan Bendahara dan Rekening Dana Kapitasi JKN pada FKTP atas usulan Kepala SKPD Dinas Kesehatan.
 - iii) Dana Kapitasi JKN seluruhnya di FKTP dimanfaatkan untuk Jasa Pelayanan dan Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan
 - iv) Jasa pelayanan kesehatan di FKTP Pemda yang belum menerapkan PPK BLUD ditetapkan sekurang-kurangnya

60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan, yang ditetapkan setiap tahun oleh Kepala Daerah

- v) Secara keseluruhan Pemanfaatan Dana Kapitasi pada FKTP Pemda yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) mempedomani Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.

3. Pertanggungjawaban

- i) Kepala FKTP bertanggungjawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN.
 - ii) Bendahara Dana Kapitasi JKN mencatat pendapatan dan belanja pada buku kas dan menyampaikannya setiap bulan kepada Kepala FKTP dengan melampirkan bukti-bukti pendapatan dan belanja yang sah paling lambat pada tanggal 5 bulan berikutnya untuk pengesahan oleh Kepala FKTP.
 - iii) Berdasarkan buku kas tersebut, Bendahara Dana Kapitasi JKN menyusun laporan realisasi pendapatan dan belanja FKTP, selanjutnya Kepala FKTP menyampaikan laporan tersebut dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab Kepala FKTP setiap bulan kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan paling lambat pada tanggal 10 bulan berikutnya.
 - iv) Selanjutnya secara keseluruhan pertanggungjawaban penerimaan dan belanja dana kapitasi JKN mempedomani Surat Edaran (SE) Menteri Dalam Negeri Nomor: 900/2280/SJ Hal; Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
- e) Mekanisme pemanfaatan dana non kapitasi FKTP milik Pemda yang belum menerapkan pola pengelolaan keuangan

BLUD:

1. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan dibidang pengelolaan keuangan daerah.
2. Dana Non Kapitasi yang telah disetorkan ke Kas Daerah oleh FKTP dapat dimanfaatkan kembali dengan cara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus;
 - i) mengusulkan adanya peraturan kepala daerah untuk pemanfaatan dana tersebut;
 - ii) membuat dan mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan.

FKTP milik Pemda yang sudah BLUD :

Untuk FKTP BLUD mekanisme pengelolaan dan pemanfaatan dana non kapitasi sepenuhnya dilakukan berdasarkan ketentuan BLUD.

C. Pendanaan Program Indonesia Sehat Melalui Pendekatan Keluarga Sehat

Pemerintah Daerah sebagai pelaksana urusan kesehatan di wilayahnya, wajib berperan aktif dalam pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Puskesmas sebagai Unit Teknis dibawah Pemerintah Daerah dan pelaksana pendekatan keluarga, harus didukung penuh pendanaan dari Pemerintah Daerah. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut, Puskesmas dapat menggunakan berbagai sumber pendanaan yang ada di Puskesmas.

Untuk dapat mengintegrasikan sumber pendanaan yang ada di Puskesmas dalam rangka Pelaksanaan Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga, Puskesmas dapat melaksanakan langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Puskesmas melakukan identifikasi seluruh kegiatan termasuk Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga menurut jenis, tujuan, sasaran dan rincian kegiatan yang akan dilaksanakan selama suatu periode secara rinci. Identifikasi jenis kegiatan tersebut dilakukan pada setiap tahapan, mulai dari tahap sosialisasi, pengorganisasian, perencanaan, penggerakan-pelaksanaan, dan pengawasan - pengendalian - penilaian.
- (2) Puskesmas mengidentifikasi sumber pendanaan yang didapatkan pada suatu periode sesuai ketentuan yang berlaku, baik yang berasal dari APBD, dana kapitasi, BOK, Dana desa. Ketentuan tersebut meliputi pemanfaatan, mekanisme penyaluran dana, penganggaran, pelaksanaan dan penatausahaan, serta pertanggung jawaban pendanaan sebagaimana contoh tabel berikut :
- (3) Puskesmas melakukan pemetaan terhadap sumber dana di Puskesmas yang memungkinkan untuk digunakan pada setiap jenis kegiatan yang telah direncanakan, mengacu pada regulasi yang sudah diidentifikasi.

- (4) Selanjutnya, Puskesmas dapat merinci kegiatan-kegiatan dalam pelaksanaan pendekatan keluarga. Pendanaan yang dilakukan mengacu pada regulasi yang sudah diidentifikasi dengan prinsip menghindari tumpang tindih/*double* pembiayaan dalam satu kegiatan/aktivitas sebagaimana contoh tabel 2 berikut.
- (5) Hasil identifikasi aktivitas dan sumber pembiayaan dituangkan dalam penyusunan Rencana usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas yang terintegrasi dalam manajemen puskesmas dan sistem perencanaan di daerah.

Table 2 : Contoh Aktivitas/ Kegiatan dalam Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga beserta Sumber Pembiayaan yang dapat Digunakan

Manajemen Pendekatan Keluarga	Kegiatan	Variabel	Komponen	Sumber Dana					
				Kapitasi	BOK	DAK Fisik	APBD Lain		
A	Persiapan	1	Pertemuan koordinasi antara Puskesmas dengan Pemangku Kepentingan melalui Minilokakarya	Peserta	Transport dan Uang Saku	V	V		V
			Konsumsi	Konsumsi Peserta	V	V		V	
		2	Pencetakan/ Penggandaan Formulir Pendataan Kesehatan Keluarga	Formulir	Penggandaan/ Pencetakan	V	V		V
		3	Pengadaan Gadget untuk Pendataan berbasis Aplikasi	Gadget	Pengadaan	V	X	V	V
		4	Penggandaan/ Pencetakan Paket Informasi Kesehatan Keluarga (Pinkesga)	Media Pinkesga	Penggandaan/ Pencetakan	V	V		V
6	Pelatihan pengumpul data	Materi Pelatihan	Penggandaan/ Pencetakan	V	X		V		
		Kegiatan Pelatihan	Paket Kegiatan Pelatihan	V	X		V		

			Narasumber/Fasilitator	Honor dan Transport	V	X		V	
			Petugas	Uang saku dan Transport	V	X		V	
		8	Pelatihan Petugas Pembina Keluarga	Materi Pelatihan	Penggandaan/ Pencetakan	V	X		V
				Kegiatan Pelatihan	Paket Kegiatan Pelatihan	V	X		V
				Narasumber/ Fasilitator	Honor dan Transport	V	X		V
				Petugas	Uang saku dan Transport	V	X		V
B	Perencanaan	1	Pertemuan koordinasi antara Puskesmas dengan Pemangku Kepentingan	Peserta	Transport dan Uang Saku	V	V		V
				Konsumsi	Konsumsi Peserta	V	V		V
		2	Pengumpulan Data Keluarga	Petugas	Honor dan Transport	V (Peserta JKN)	V		V
		3	Pengadaan komputer/ Laptop untuk penyimpanan dan pengelolaan data	Laptop/ Komputer	Pengadaan	V	X	V	V
		4	Pembelian/ Langganan Internet	Internet	Langganan Paket Internet Bulanan	V	V		V

		5	Pelatihan tenaga pengelola data Puskesmas	Materi Pelatihan	Penggandaan/ Pencetakan	V	X		V
				Kegiatan Pelatihan	Paket Kegiatan Pelatihan	V	X		V
				Narasumber/ Fasilitator	Honor dan Transport	V	X		V
				Petugas	Uang saku dan Transport	V	X		V
		6	Pendampingan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Pendamping	Uang saku dan Transport	V	V		V
		C	Penguatan Penggerakan-Pelaksanaan	1	Pelaksanaan Kunjungan Rumah oleh Pembina Keluarga secara Berkala	Petugas	Uang Saku dan Transport	V (Peserta JKN)	V
2	Penggerakan melalui Lokakarya Mini Puskesmas					Peserta	Transport dan Uang Saku	V	V
				Konsumsi	Konsumsi Peserta	V	V		V
3	Pelayanan Kesehatan Luar Gedung dalam Rangka Pelaksanaan Program Kesehatan			Obat	Pembelian Obat	V	X		V
				Bahan Medis dan Non Medis	Pembelian Bahan Medis dan Non Medis	V	X		V
				Petugas	Transport Petugas	V	V		

		4	Pelayanan Kesehatan Dalam Gedung dalam Rangka Pelaksanaan Program Kesehatan	Obat	Pembelian Obat	V	X		V
				Bahan Medis dan Non Medis	Pembelian Bahan Medis dan Non Medis	V	X		V
D	Pengawasan, Pengendalia, Penilaian	1	Pengawasan dan Pengendalian melalui Lokakarya Mini	Peserta	Transport dan Uang Saku	V	V		V
				Konsumsi	Konsumsi Peserta	V	V		V
		2	Penilaian melalui Lokakarya Mini	Peserta	Transport dan Uang Saku	V	V		V
				Konsumsi	Konsumsi Peserta	V	V		V

8

REFERENSI

1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
2. Undang-Undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor.144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).
3. Permenkes 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
4. Peraturan Menkes RI No. 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.44 Tahun 2016, tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1423)
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2017 Tentang Pedoman Perencanaan Dan Penganggaran Bidang Kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan yang berlaku di tahun anggaran berjalan
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2019 Tentang Sistem Informasi Pemerintahan Daerah
10. Permendagri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, Dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan Dan Keuangan Daerah
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42) dan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322)

9

LAMPIRAN

PANDUAN LATIHAN PENYUSUNAN PEREANCANAAN PUSKESMAS

Waktu : 90 menit

- a. Fasilitator membagi peserta menjadi 6 kelompok (5 orang/ kelompok).
- b. Fasilitator menjelaskan penugasan yang harus dikerjakan oleh masing-masing kelompok yaitu menyusun perencanaan Puskesmas selama 30 menit:
 1. Susunlah RUK Upaya Kesehatan Wajib, menggunakan format matriks RUK. Gunakan hasil analisis data dan informasi Puskesmas, serta hasil langkah-langkah pemecahan masalah
 2. Identifikasi Upaya Kesehatan Pengembangan yang akan dilaksanakan di Puskesmas saudara. Hasil analisis data, dapat membantu dalam menentukan Upaya Kesehatan Pengembangan, atau berdasar hasil SMD dll.
 3. Susunlah RUK Upaya Kesehatan Pengembangan menggunakan matriks
 4. Gabunglah RUK Upaya kesehatan Wajib dan Upaya Kesehatan Pengembangan sebagai Rencana Tahunan Puskesmas.
 5. Implementasikan rangkaian kegiatan poin 1 – 4 menjadi Rencana Kerja Anggaran Puskesmas
- c. Pelatih memberi kesempatan kepada 3 perwakilan kelompok (dipilih secara acak) untuk mempresentasikan hasil latihan kasus tersebut selama 10 menit/ kelompok
- d. Setelah selesai presentasi, Pelatih memberi kesempatan kepada peserta lain untuk menanggapi/ melakukan tanya jawab secara langsung terhadap hasil presentasi kelompok yang sedang mempresentasikan hasilnya selama 10 menit.
- e. Pelatih memberi masukan/ klarifikasi langsung terhadap hal-hal yang masih dirasa kurang tepat setelah presentasi dan tanya jawab selesai selama 10 menit
- f. Pelatih membuat rangkuman secara keseluruhan atas hasil presentasi seluruh perwakilan kelompok dan sekaligus menutup sesi pembelajaran tersebut dengan waktu yang masih tersisa yaitu selama 10 menit.



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Manajemen Aset

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

7c

URAIAN MATERI POKOK 3

MANAJEMEN ASSET DI PUSKESMAS

A. Dasar Hukum Dan Strategi

a. Dasar Hukum BMN/BMD:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah;
4. Peraturan Pemerintah RI Nomor 28 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah
5. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 156/PMK.07/2007 Tentang Pedoman Pengelolaan Dana Dekonsentrasi Dan Tugas Pembantuan;
6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 248/PMK.07/2010 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 156/PMK.07/2007;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 19 tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah;
8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.06/2014 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pemanfaatan Barang Milik Negara;
9. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 111/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pemindahtanganan Barang Milik Negara;
10. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 83/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pemusnahan dan Penghapusan Barang Milik Negara;
11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 87/PMK.06/2016 tentang Perubahan Atas PMK 246 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pelaksanaan Penggunaan Barang Milik Negara;

b. Strategi optimalisasi pengelolaan barang milik daerah meliputi :

1) Identifikasi dan inventarisasi nilai dan potensi aset daerah.

Pemerintah daerah perlu mengetahui jumlah dan nilai kekayaan daerah yang dimilikinya, baik yang saat ini dikuasai maupun yang masih berupa potensi yang belum dikuasai atau dimanfaatkan. Untuk itu pemerintah daerah perlu melakukan identifikasi dan inventarisasi nilai dan potensi aset daerah. Kegiatan identifikasi dan inventarisasi dimaksudkan untuk memperoleh informasi yang akurat, lengkap dan mutakhir mengenai kekayaan daerah yang dimiliki atau dikuasai oleh pemerintah daerah. Identifikasi dan inventarisasi aset daerah tersebut penting untuk

pembuatan Neraca Kekayaan Daerah yang akan dilaporkan kepada masyarakat. Untuk dapat melakukan identifikasi dan inventarisasi aset daerah secara lebih objektif dan dapat diandalkan, pemerintah daerah perlu memanfaatkan profesi auditor atau jasa penilai yang independen.

- 2) Adanya sistem informasi manajemen aset daerah.
Untuk mendukung pengelolaan aset daerah secara efisien dan efektif serta menciptakan transparansi kebijakan pengelolaan aset daerah, maka pemerintah daerah perlu memiliki atau mengembangkan sistem informasi manajemen yang komprehensif dan handal sebagai alat untuk pengambilan keputusan. Sistem informasi manajemen aset daerah juga berisi data base aset yang dimiliki daerah. Sistem tersebut bermanfaat untuk menghasilkan laporan pertanggungjawaban. Selain itu, sistem informasi tersebut juga bermanfaat untuk dasar pengambilan keputusan mengenai kebutuhan pengadaan barang dan estimasi kebutuhan belanja (modal) dalam penyusunan APBD.
- 3) Pengawasan dan pengendalian pemanfaatan aset.
Pemanfaatan aset daerah harus diawasi dan dikendalikan secara ketat agar tidak terjadi salah urus (*miss management*), kehilangan dan tidak termanfaatkan. Untuk meningkatkan fungsi pengawasan tersebut, peran auditor internal sangat penting.
- 4) Melibatkan berbagai profesi atau keahlian yang terkait seperti auditor internal dan *appraisal* (penilai).

Pertambahan aset daerah dari tahun ke tahun perlu didata dan dinilai oleh penilai yang independen. Peran profesi penilai secara efektif dalam pengelolaan aset daerah antara lain:

- 1) Identifikasi dan inventarisasi aset daerah;
- 2) Memberi informasi mengenai status hukum harta daerah;
- 3) Penilaian harta kekayaan daerah baik yang berwujud maupun yang tidak berwujud;
- 4) Analisis investasi dan set-up investasi/pembiayaan;
- 5) Pemberian jasa konsultasi manajemen aset daerah

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Nomor 19 Tahun 2016, penilaian barang milik daerah dilakukan dalam rangka penyusunan neraca pemerintah daerah, pemanfaatan, dan pemindahtanganan barang milik daerah. Penetapan nilai barang milik daerah dalam rangka penyusunan neraca pemerintah daerah dilakukan dengan berpedoman pada Standar Akuntansi Pemerintah (SAP)

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 menyatakan bahwa penghapusan barang milik daerah meliputi penghapusan dari daftar barang

pengguna dan/atau kuasa pengguna dan penghapusan dari daftar barang milik daerah. Penghapusan barang milik daerah dilakukan dalam hal barang milik daerah dimaksud sudah tidak berada dalam penguasaan pengguna dan/atau kuasa pengguna dan sudah beralih kepemilikannya, terjadi pemusnahan atau karena sebab-sebab lain.

Penghapusan dilaksanakan dengan keputusan pengelola atas nama Kepala Daerah untuk barang milik daerah dimaksud sudah tidak berada dalam penguasaan pengguna dan/atau kuasa pengguna dan dengan Keputusan Kepala Daerah untuk barang milik daerah yang sudah beralih kepemilikannya, terjadi pemusnahan atau karena sebab-sebab lain.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 barang milik daerah yang dihapus dan masih mempunyai nilai ekonomis, dapat dilakukan melalui pelelangan umum/pelelangan terbatas; dan/atau disumbangkan atau dihibahkan kepada pihak lain. Bentuk-bentuk pemindahtanganan sebagai tindak lanjut atas penghapusan barang milik daerah meliputi penjualan, tukar menukar, hibah, dan penyertaan modal pemerintah daerah.

B. Manajemen Asset/BMN/D

a. Pengertian

- 1) Barang Milik Negara adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau berasal dari perolehan lainnya yang sah.
- 2) Barang Milik Daerah adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau berasal dari perolehan lainnya yang sah.
- 3) Pengelola Barang adalah pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab menetapkan kebijakan dan pedoman serta melakukan pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah.
- 4) Pengguna Barang adalah pejabat pemegang kewenangan Penggunaan Barang Milik Negara/Daerah.
- 5) Kuasa Pengguna Barang adalah kepala satuan kerja atau pejabat yang ditunjuk oleh Pengguna Barang untuk menggunakan barang yang berada dalam penguasaannya dengan sebaik-baiknya.
- 6) Penilai adalah pihak yang melakukan penilaian secara independen berdasarkan kompetensi yang dimilikinya.
- 7) Penilaian adalah proses kegiatan untuk memberikan suatu opini nilai atas suatu objek penilaian berupa Barang Milik Negara/Daerah pada saat tertentu.

- 8) Perencanaan Kebutuhan adalah kegiatan merumuskan rincian kebutuhan Barang Milik Negara/Daerah untuk menghubungkan pengadaan barang yang telah lalu dengan keadaan yang sedang berjalan sebagai dasar dalam melakukan tindakan yang akan datang.

b. Jenis Asset BMN/D

Barang Milik Negara/ Daerah meliputi:

- 1) Barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/Daerah; dan
- 2) Barang yang berasal dari perolehan lainnya yang sah

Barang sebagaimana dimaksud meliputi:

- 1) Barang yang diperoleh dari hibah/sumbangan atau yang sejenis;
- 2) barang yang diperoleh sebagai pelaksanaan dari perjanjian/kontrak;
- 3) Barang yang diperoleh sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
- 4) Barang yang diperoleh berdasarkan putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap

c. Pejabat Pengelola BMN

Menteri Keuangan selaku bendahara umum negara adalah Pengelola Barang Milik Negara.

Pengelola Barang Milik Negara berwenang dan bertanggung jawab:

- 1) merumuskan kebijakan, mengatur, dan menetapkan pedoman pengelolaan Barang Milik Negara;
- 2) meneliti dan menyetujui rencana kebutuhan Barang Milik Negara;
- 3) menetapkan status penguasaan dan Penggunaan Barang Milik Negara;
- 4) mengajukan usul Pemindahtanganan Barang Milik Negara berupa tanah dan/atau bangunan yang memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat;
- 5) memberikan keputusan atas usul Pemindahtanganan Barang Milik Negara yang berada pada Pengelola Barang yang tidak memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat sepanjang dalam batas kewenangan Menteri Keuangan;
- 6) memberikan pertimbangan dan meneruskan usul Pemindahtanganan Barang Milik Negara yang tidak memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat kepada Presiden;
- 7) memberikan persetujuan atas usul Pemindahtanganan Barang Milik Negara yang berada pada Pengguna Barang yang tidak memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat sepanjang dalam batas kewenangan Menteri Keuangan;
- 8) menetapkan Penggunaan, Pemanfaatan, atau Pemindahtanganan Barang Milik Negara yang berada pada Pengelola Barang;

- 9) memberikan persetujuan atas usul Pemanfaatan Barang Milik Negara yang berada pada Pengguna Barang;
- 10) memberikan persetujuan atas usul Pemusnahan dan Penghapusan Barang Milik Negara;
- 11) melakukan koordinasi dalam pelaksanaan Inventarisasi Barang Milik Negara dan menghimpun hasil Inventarisasi;
- 12) menyusun laporan Barang Milik Negara;
- 13) melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian atas pengelolaan Barang Milik Negara; dan
- 14) menyusun dan mempersiapkan laporan rekapitulasi Barang Milik Negara/Daerah kepada Presiden, jika diperlukan.
- 15) Pengelola Barang Milik Negara dapat mendelegasikan kewenangan dan tanggung jawab tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada Pengguna Barang/Kuasa Pengguna Barang.
- 16) Kewenangan dan tanggung jawab tertentu yang dapat didelegasikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan tata cara pendelegasiannya diatur dengan Peraturan Menteri Keuangan.

d. Pejabat Pengelola BMD

Gubernur/Bupati/Walikota adalah pemegang kekuasaan pengelolaan Barang Milik Daerah. Pemegang kekuasaan pengelolaan Barang Milik Daerah berwenang dan bertanggung jawab:

- 1) menetapkan kebijakan pengelolaan Barang Milik Daerah;
- 2) menetapkan Penggunaan, Pemanfaatan, atau Pemindahtanganan Barang Milik Daerah berupa tanah dan/atau bangunan;
- 3) menetapkan kebijakan pengamanan dan pemeliharaan Barang Milik Daerah;
- 4) menetapkan pejabat yang mengurus dan menyimpan Barang Milik Daerah;
- 5) mengajukan usul Pemindahtanganan Barang Milik Daerah yang memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah;
- 6) menyetujui usul Pemindahtanganan, Pemusnahan, dan Penghapusan Barang Milik Daerah sesuai batas kewenangannya;
- 7) menyetujui usul Pemanfaatan Barang Milik Daerah berupa sebagian tanah dan/atau bangunan dan selain tanah dan/atau bangunan; dan
- 8) menyetujui usul Pemanfaatan Barang Milik Daerah dalam bentuk Kerja Sama Penyediaan Infrastruktur.

Sekretaris Daerah adalah Pengelola Barang Milik Daerah. Pengelola Barang Milik Daerah berwenang dan bertanggung jawab:

- 1) meneliti dan menyetujui rencana kebutuhan Barang Milik Daerah;
- 2) meneliti dan menyetujui rencana kebutuhan pemeliharaan/perawatan Barang Milik Daerah;

- 3) mengajukan usul Pemanfaatan dan Pemindahtanganan Barang Milik Daerah yang memerlukan persetujuan Gubernur/ Bupati/ Walikota;
- 4) mengatur pelaksanaan Penggunaan, Pemanfaatan, Pemusnahan, dan Penghapusan Barang Milik Daerah;
- 5) mengatur pelaksanaan Pemindahtanganan Barang Milik Daerah yang telah disetujui oleh Gubernur/ Bupati/ Walikota atau Dewan Perwakilan Rakyat Daerah;
- 6) melakukan koordinasi dalam pelaksanaan Inventarisasi Barang Milik Daerah; dan
- 7) melakukan pengawasan dan pengendalian atas pengelolaan Barang Milik Daerah.

C. Pengelolaan BMN/D

a. Perencanaan

Pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah dilaksanakan berdasarkan asas fungsional, kepastian hukum, transparansi, efisiensi, akuntabilitas, dan kepastian nilai. Pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah meliputi:

Perencanaan Kebutuhan dan penganggaran;

Perencanaan Kebutuhan Barang Milik Negara/Daerah disusun dengan memperhatikan kebutuhan pelaksanaan tugas dan fungsi Kementerian/ Lembaga/ satuan kerja perangkat daerah serta ketersediaan Barang Milik Negara/ Daerah yang ada. Perencanaan Kebutuhan meliputi perencanaan pengadaan, pemeliharaan, Pemanfaatan, Pemindahtanganan, dan Penghapusan Barang Milik Negara/ Daerah. Perencanaan Kebutuhan merupakan salah satu dasar bagi Kementerian/ Lembaga/ satuan kerja perangkat daerah dalam pengusulan penyediaan anggaran untuk kebutuhan baru (*new initiative*) dan angka dasar (*baseline*) serta penyusunan rencana kerja dan anggaran. Perencanaan Kebutuhan sebagaimana dimaksud diatas kecuali untuk Penghapusan, berpedoman pada:

- a) standar barang;
- b) standar kebutuhan; dan/atau
- c) standar harga.

Standar barang dan standar kebutuhan ditetapkan oleh:

- a) Pengelola Barang, untuk Barang Milik Negara setelah berkoordinasi dengan instansi terkait; atau
- b) Gubernur/Bupati/Walikota, untuk Barang Milik Daerah setelah berkoordinasi dengan dinas teknis terkait.

b. Inventaris

a) Pengadaan;

Pengadaan Barang Milik Negara/ Daerah dilaksanakan berdasarkan prinsip efisien, efektif, transparan dan terbuka, bersaing, adil, dan akuntabel. Pelaksanaan pengadaan Barang Milik Negara/ Daerah dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, kecuali ditentukan lain dalam Peraturan Pemerintah ini.

b) Penggunaan;

Status Penggunaan Barang Milik Negara/ Daerah ditetapkan oleh:

- i) Pengelola Barang, untuk Barang Milik Negara; atau
- ii) Gubernur/ Bupati/ Walikota, untuk Barang Milik Daerah.

Penetapan status Penggunaan tidak dilakukan terhadap:

- i) Barang Milik Negara/ Daerah berupa:
 - barang persediaan;
 - konstruksi dalam pengerjaan; atau
 - barang yang dari awal pengadaannya direncanakan untuk dihibahkan.
- ii) Barang Milik Negara yang berasal dari dana dekonsentrasi, yang direncanakan untuk diserahkan;
- iii) Barang Milik Negara lainnya yang ditetapkan lebih lanjut oleh Pengelola Barang; atau
- iv) Barang Milik Daerah lainnya

Pengelola Barang dapat mendelegasikan penetapan status Penggunaan atas Barang Milik Negara selain tanah dan/ atau bangunan dengan kondisi tertentu. Penetapan status Penggunaan Barang Milik Negara dilakukan dengan tata cara sebagai berikut:

- i) Pengguna Barang melaporkan Barang Milik Negara yang diterimanya kepada Pengelola Barang disertai dengan usul Penggunaan; dan
- ii) Pengelola Barang meneliti laporan dari Pengguna Barang sebagaimana dimaksud pada huruf a dan menetapkan status penggunaannya.

Penetapan status Penggunaan Barang Milik Daerah dilakukan dengan tata cara sebagai berikut:

- i) Pengguna Barang melaporkan Barang Milik Daerah yang diterimanya kepada Pengelola Barang disertai dengan usul Penggunaan; dan
- ii) Pengelola Barang meneliti laporan dari Pengguna Barang sebagaimana dimaksud pada huruf a dan mengajukan usul Penggunaan kepada Gubernur/ Bupati/ Walikota untuk ditetapkan status penggunaannya.

Dalam kondisi tertentu, Pengelola Barang dapat menetapkan status Penggunaan Barang Milik Negara pada Pengguna Barang tanpa didahului usulan dari Pengguna Barang.

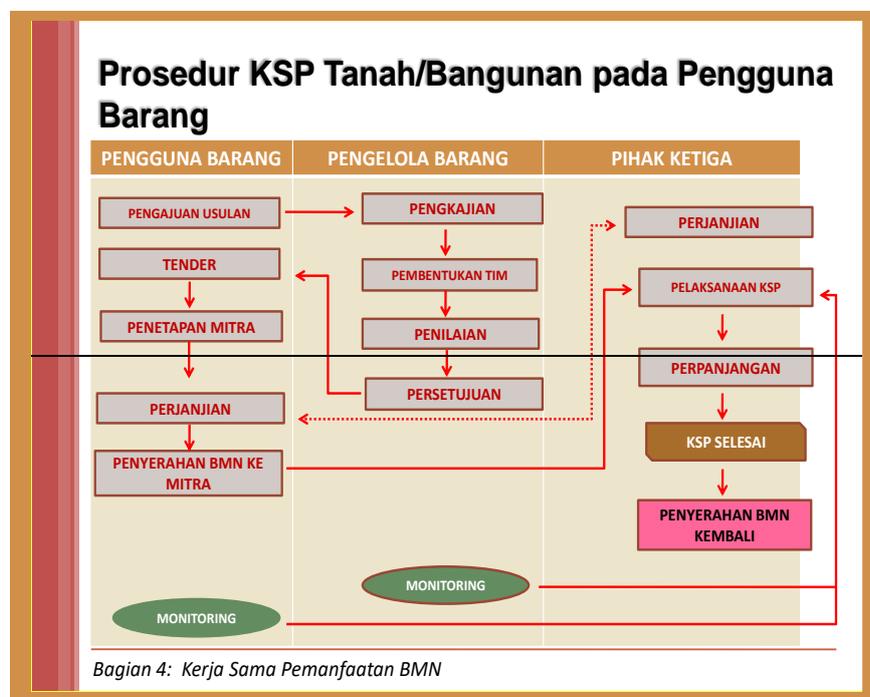
c) Pemanfaatan

Pemanfaatan Barang Milik Negara/ Daerah dilaksanakan oleh:

- i) Pengelola Barang, untuk Barang Milik Negara yang berada dalam penguasaannya;
- ii) Pengelola Barang dengan persetujuan Gubernur/ Bupati/ Walikota, untuk Barang Milik Daerah yang berada dalam penguasaan Pengelola Barang;
- iii) Pengguna Barang dengan persetujuan Pengelola Barang, untuk Barang Milik Negara yang berada dalam penguasaan Pengguna Barang; atau

Pengguna Barang dengan persetujuan Pengelola Barang, untuk Barang Milik Daerah berupa sebagian tanah dan/atau bangunan yang masih digunakan oleh Pengguna Barang, dan selain tanah dan/atau bangunan.

Pemanfaatan Barang Milik Negara/Daerah dilaksanakan berdasarkan pertimbangan teknis dengan memperhatikan kepentingan negara/daerah dan kepentingan umum.



d) Pengamanan dan pemeliharaan; Pengamanan

Pengamanan administrasi, fisik, dan hukum:

- Pengamanan Administrasi: pembukuan, inventarisasi, pelaporan BMN/D,
- Pengamanan Fisik: mis. Penyimpanan, pemagaran dll.
- Pengamanan Hukum: sertifikasi tanah, bukti status kepemilikan BMN/D

Barang milik daerah berupa tanah harus disertifikatkan atas nama pemerintah daerah yang bersangkutan. Barang milik daerah berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti kepemilikan atas nama pemerintah daerah yang bersangkutan. Barang milik daerah selain tanah dan/atau bangunan harus dilengkapi dengan bukti kepemilikan atas nama pemerintah daerah yang bersangkutan.

Bukti kepemilikan barang milik daerah wajib disimpan dengan tertib dan aman. Penyimpanan bukti kepemilikan barang milik daerah dilakukan oleh pengelola barang.

Pemeliharaan adalah suatu rangkaian kegiatan untuk menjaga kondisi dan memperbaiki semua BMN/D agar selalu dalam keadaan baik dan siap untuk digunakan secara berdaya guna dan berhasil guna. Pemeliharaan Pengguna barang dan/atau kuasa pengguna barang bertanggung jawab atas pemeliharaan barang milik negara/ daerah yang ada di bawah penguasaannya. Pemeliharaan dilaksanakan dgn berpedoman pada Daftar Kebutuhan Pemeliharaan Barang (DKPB).

Biaya pemeliharaan barang milik negara/daerah dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/ Daerah. Kuasa Pengguna Barang wajib membuat daftar hasil pemeliharaan barang untuk dilaporkan kepada Pengguna Barang secara periodik.

e) Penilaian;

Penilaian Barang Milik Negara/Daerah dilakukan dalam rangka penyusunan neraca Pemerintah Pusat/Daerah, Pemanfaatan, atau Pemindahtanganan, kecuali dalam hal untuk:

- Pemanfaatan dalam bentuk Pinjam Pakai; atau
- Pemindahtanganan dalam bentuk Hibah.

Penetapan nilai Barang Milik Negara/Daerah dalam rangka penyusunan neraca Pemerintah Pusat/Daerah dilakukan dengan berpedoman pada Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Penilaian Barang Milik Negara berupa tanah dan/atau bangunan dalam rangka Pemanfaatan atau Pemindahtanganan dilakukan oleh:

- Penilai Pemerintah; atau
- Penilai Publik yang ditetapkan oleh Pengelola Barang.

Penilaian Barang Milik Daerah berupa tanah dan/atau bangunan dalam rangka Pemanfaatan atau Pemindahtanganan dilakukan oleh:

- Pemerintah; atau
- Penilai Publik yang ditetapkan oleh Gubernur/ Bupati/Walikota.

Penilaian Barang Milik Negara dan Penilaian Barang Milik Daerah dilaksanakan untuk mendapatkan nilai wajar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dikecualikan dari Penjualan Barang Milik Negara berupa tanah yang diperlukan untuk pembangunan rumah susun sederhana.

Nilai jual Barang Milik Negara ditetapkan oleh Menteri Keuangan berdasarkan perhitungan yang ditetapkan oleh Menteri Pekerjaan Umum. Penilaian Barang Milik Negara selain tanah dan/atau bangunan dalam rangka Pemanfaatan atau Pemindahtanganan dilakukan oleh tim yang ditetapkan oleh Pengguna Barang, dan dapat melibatkan Penilai yang ditetapkan oleh Pengguna Barang.

Penilaian Barang Milik Daerah selain tanah dan/atau bangunan dalam rangka Pemanfaatan atau Pemindahtanganan dilakukan oleh tim yang ditetapkan oleh Gubernur/Bupati/Walikota, dan dapat melibatkan Penilai yang ditetapkan Gubernur/Bupati/Walikota.

Penilaian Barang Milik Negara dan Penilaian Barang Milik Daerah dilaksanakan untuk mendapatkan nilai wajar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam hal Penilaian dilakukan oleh Pengguna Barang tanpa melibatkan Penilai, maka hasil Penilaian Barang Milik Negara/Daerah hanya merupakan nilai taksiran.

Hasil Penilaian Barang Milik Negara/Daerah ditetapkan oleh:

- Pengguna Barang, untuk Barang Milik Negara; atau
- Gubernur/Bupati/Walikota, untuk Barang Milik Daerah.

Dalam kondisi tertentu, Pengelola Barang dapat melakukan Penilaian kembali atas nilai Barang Milik Negara/Daerah yang telah ditetapkan dalam neraca Pemerintah Pusat/Daerah. Keputusan mengenai Penilaian kembali atas nilai Barang Milik Negara dilaksanakan berdasarkan ketentuan

Pemerintah yang berlaku secara nasional. Keputusan mengenai Penilaian kembali atas nilai Barang Milik Daerah dilaksanakan berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh Gubernur/Bupati/Walikota dengan berpedoman pada ketentuan Pemerintah yang berlaku secara nasional. Ketentuan lebih lanjut mengenai Penilaian Barang Milik Negara diatur dengan Peraturan Menteri Keuangan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai Penilaian Barang Milik Daerah diatur dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 19 tahun 2016 tentang pengelolaan barang milik daerah..

f) Pemindahtanganan;

Barang Milik Negara/Daerah yang tidak diperlukan bagi penyelenggaraan tugas pemerintahan negara/daerah dapat dipindahtangankan.

Pemindahtanganan Barang Milik Negara/Daerah dilakukan dengan cara:

- Penjualan;
- Tukar Menukar;
- Hibah; atau
- Penyertaan Modal Pemerintah Pusat/Daerah.

Persetujuan Pemindahtanganan

Pemindahtanganan Barang Milik Negara sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah No 27 tahun 2014 Pasal 54 untuk:

- tanah dan/ atau bangunan; atau
- selain tanah dan/atau bangunan yang bernilai lebih dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); dilakukan setelah mendapat persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat.

Pemindahtanganan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah no 27 tahun 2014 Pasal 54 untuk:

- tanah dan/ atau bangunan; atau
- selain tanah dan/ atau bangunan yang bernilai lebih dari Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah); dilakukan setelah mendapat persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah berupa tanah dan/atau bangunan tidak memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat/Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, apabila:

- i) sudah tidak sesuai dengan tata ruang wilayah atau penataan kota;
- ii) harus dihapuskan karena anggaran untuk bangunan pengganti sudah disediakan dalam dokumen penganggaran;
- iii) diperuntukkan bagi pegawai negeri;

- iv) diperuntukkan bagi kepentingan umum; atau
- v) dikuasai negara berdasarkan putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap dan/atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, yang jika status kepemilikannya dipertahankan tidak layak secara ekonomis.
- vi) Usul untuk memperoleh persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat diajukan oleh Pengelola Barang.
- vii) Usul untuk memperoleh persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah diajukan oleh Gubernur/ Bupati/ Walikota.
- viii) Pemindahtanganan Barang Milik Negara berupa tanah dan/atau bangunan dilaksanakan dengan ketentuan:
 - untuk tanah dan/ atau bangunan yang berada pada Pengelola Barang dengan nilai lebih dari Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) dilakukan oleh Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Presiden;
 - untuk tanah dan/atau bangunan yang berada pada Pengguna Barang dengan nilai lebih dari Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) dilakukan oleh Pengguna Barang setelah mendapat persetujuan Presiden;
 - untuk tanah dan/ atau bangunan yang berada pada Pengelola Barang dengan nilai sampai dengan Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) dilakukan oleh Pengelola Barang; atau
 - untuk tanah dan/ atau bangunan yang berada pada Pengguna Barang dengan nilai sampai dengan Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) dilakukan oleh Pengguna Barang setelah mendapat persetujuan Pengelola Barang.

Pemindahtanganan Barang Milik Daerah berupa tanah dan/atau bangunan dilakukan oleh Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Gubernur/ Bupati/ Walikota. Usul untuk memperoleh persetujuan Presiden diajukan oleh Pengelola Barang.

Pemindahtanganan Barang Milik Negara selain tanah dan/ atau bangunan dilaksanakan dengan ketentuan:

- i) untuk Barang Milik Negara yang berada pada Pengelola Barang dengan nilai lebih dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dilakukan oleh Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat;
- ii) untuk Barang Milik Negara yang berada pada Pengguna Barang dengan nilai lebih dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dilakukan oleh Pengguna Barang setelah mendapat persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat;

- iii) untuk Barang Milik Negara yang berada pada Pengelola Barang dengan nilai lebih dari Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dilakukan oleh Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Presiden;
- iv) untuk Barang Milik Negara yang berada pada Pengguna Barang dengan nilai lebih dari Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dilakukan oleh Pengguna Barang setelah mendapat persetujuan Presiden;
- v) untuk Barang Milik Negara yang berada pada Pengelola Barang dengan nilai sampai dengan Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) dilakukan oleh Pengelola Barang; atau
- vi) untuk Barang Milik Negara yang berada pada Pengguna Barang dengan nilai sampai dengan Rp10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) dilakukan oleh Pengguna Barang setelah mendapat persetujuan Pengelola Barang.

Pemindahtanganan Barang Milik Daerah selain tanah dan/ atau bangunan yang bernilai sampai dengan Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah) dilakukan oleh Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Gubernur/Bupati/Walikota.

Pemindahtanganan Barang Milik Daerah selain tanah dan/ atau bangunan yang bernilai lebih dari Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah) dilakukan oleh Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

Usul untuk memperoleh persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah diajukan oleh Gubernur/ Bupati/ Walikota sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri Dalam Negeri.

g) Penjualan

Dalam PMK Nomor 111/PMK.06/2016 penjualan BMN didefinisikan sebagai pengalihan kepemilikan Barang Milik Negara kepada pihak lain dengan menerima penggantian dalam bentuk uang. BMN dapat dijual dengan ketentuan bahwa penjualan BMN tidak boleh mengganggu pelaksanaan tugas dan fungsi penyelenggaraan pemerintahan. Adapun pertimbangannya adalah dalam rangka optimalisasi BMN yang berlebih atau *idle*, karena secara ekonomis lebih menguntungkan bagi negara, atau sebagai pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penjualan BMN seyogyanya dilaksanakan secara lelang, terkecuali terhadap BMN yang memiliki kondisi khusus sebagaimana dijelaskan dalam peraturan perundangan yang mengatur penjualan BMN, antara lain terhadap BMN berupa rumah negara golongan III yang dijual kepada penghuninya, kendaraan dinas perorangan pejabat negara yang dijual kepada pejabat negara (mengikuti PMK Nomor 14/PMK.06/2016), dll

Dalam rangka penjualan BMN, diperlukan proses penilaian BMN untuk mengetahui nilai wajar BMN yang akan dijadikan nilai limit terendah pada saat pelaksanaan penjualan BMN. Hal tersebut dalam rangka mengoptimalkan penerimaan negara sebagai kompensasi atas BMN yang dilakukan penjualan.

Beberapa ketentuan yang terkait dengan penjualan BMN adalah sebagai berikut :

- i) Subyek pelaksanaan penjualan adalah :
 - Pengelola Barang untuk BMN berupa tanah dan/atau bangunan;
 - Pengguna Barang setelah mendapat persetujuan Pengelola Barang untuk BMN selain tanah dan/atau bangunan;

- ii) Persyaratan untuk dapat melakukan penjualan BMN berupa tanah dan/ atau bangunan adalah sebagai berikut :
 - Lokasi tanah dan/ atau bangunan menjadi tidak sesuai dengan RUTR disebabkan perubahan tata ruang kota;
 - Lokasi dan/ atau luas tanah dan/atau bangunan tidak memungkinkan untuk digunakan dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi; atau
 - Tanah dan/ atau bangunan yang menurut awal perencanaan pengadaannya diperuntukan bagi pembangunan perumahan pegawai negeri;

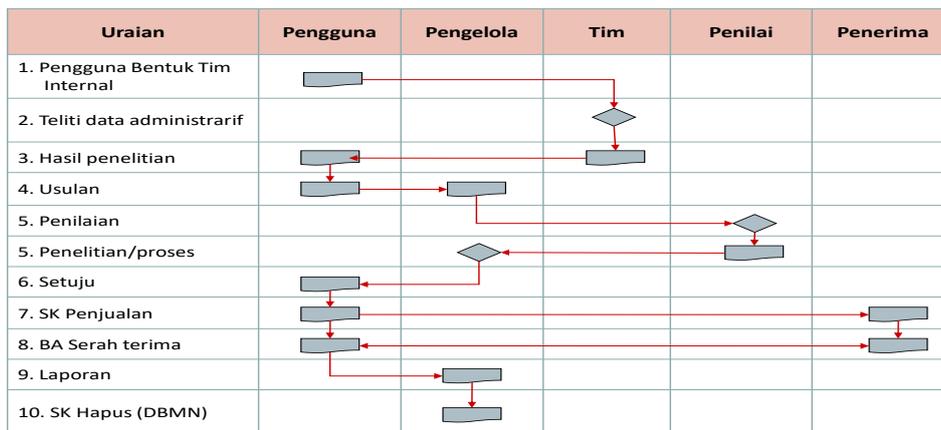
- iii) Persyaratan untuk dapat dilakukannya penjualan Barang Milik Negara selain tanah/ atau bangunan adalah sebagai berikut:
 - (a) Memenuhi persyaratan teknis;
 - Secara fisik barang tidak dapat digunakan karena rusak, dan tidak ekonomis apabila diperbaiki;
 - Secara teknis barang tidak dapat digunakan lagi akibat modernisasi;
 - Barang mengalami perubahan dalam spesifikasi karena penggunaan, seperti terkikis, aus, dan lain-lain sejenisnya; atau
 - Berkurang barang dalam timbangan/ukuran disebabkan penggunaan/susut dalam penyimpanan/pengangkutan.

- (b) Memenuhi persyaratan ekonomis, yakni secara ekonomis lebih menguntungkan bagi negara apabila barang dijual, karena biaya operasional dan pemeliharaan barang lebih besar daripada manfaat yang diperoleh.
- iv) Penjualan BMN berupa kendaraan bermotor dinas operasional hanya dapat dijual apabila telah berusia sekurang-kurangnya 7 (tujuh) tahun.
- v) Kendaraan bermotor tersebut rusak berat akibat kecelakaan atau force majeure dengan kondisi paling tinggi 30% (tiga puluh persen) berdasarkan keterangan instansi yang berkompeten;

Dalam prakteknya, prosedur pengajuan usulan penjualan BMN oleh Pengguna Barang kepada Pengelola Barang adalah sebagaimana flowchart dibawah ini.

Gambar 8. Prosedur Penjualan Barang Milik Negara

Prosedur Penjualan BMN



Bagian : Penjualan BMN

h) Tukar Menukar BMN

Dalam PMK Nomor 111/PMK.06/2016 tukar menukar BMN didefinisikan sebagai pengalihan kepemilikan BMN yang dilakukan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah, atau antara pemerintah pusat dengan pihak lain, dengan menerima penggantian dalam bentuk barang, sekurang-kurangnya dengan nilai seimbang.

Tukar menukar BMN dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan operasional penyelenggaraan pemerintahan, optimaliasi penggunaan BMN, atau tidak tersedia dana dalam APBN. Adapun mitra yang dapat melaksanakan tukar menukar BMN, BMD, badan hukum milik pemerintah

lainnya, dan swasta, baik yang berbentuk badan hukum maupun perorangan.

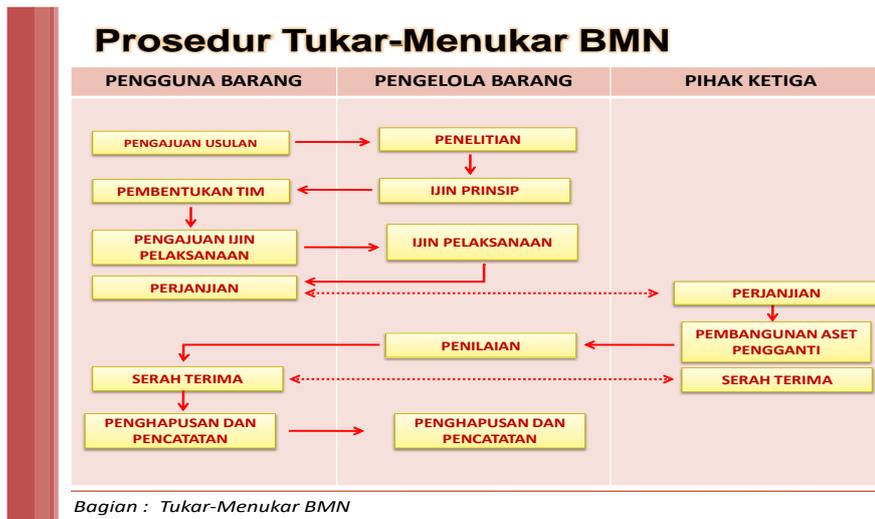
Mitra tukar menukar ditentukan melalui pemilihan calon mitra tukar menukar (tender) dengan mengikutsertakan sekurang-kurangnya 5 (lima) peserta/peminat, kecuali tukar menukar yang dilaksanakan dengan Pemerintah Daerah dan pihak-pihak lain yang mendapatkan penugasan dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan kepentingan umum. Mitra wajib menyetorkan uang ke rekening kas umum negara atas sejumlah selisih nilai lebih antara barang yang dilepas dengan barang pengganti, yang dilakukan paling lambat sebelum pelaksanaan serah terima barang.

Beberapa ketentuan yang terkait dengan tukar menukar BMN dapat diuraikan sebagai berikut:

- i) Pihak-pihak yang dapat melaksanakan tukar-menukar BMN adalah:
 - (a) Pengelola Barang, untuk tanah dan/atau bangunan yang berada pada Pengelola Barang;
 - (b) Pengguna Barang dengan persetujuan Pengelola Barang, untuk :
 - Barang Milik Negara berupa tanah dan/atau bangunan yang berada di Pengguna Barang akan tetapi tidak sesuai dengan tata ruang wilayah atau penataan kota;
 - Barang Milik Negara selain tanah dan/atau bangunan.
- ii) Tukar-menukar Barang Milik Negara dapat dilakukan dalam hal :
 - (a) Barang Milik Negara berupa tanah dan/atau bangunan sudah tidak sesuai dengan tata ruang wilayah atau penataan kota;
 - (b) Barang Milik Negara belum dimanfaatkan secara optimal;
 - (c) Penyatuan BMN yang lokasinya terpencar;
 - (d) Pelaksanaan rencana strategis pemerintah/negara; atau
 - (e) Barang Milik Negara selain tanah dan/atau bangunan yang ketinggalan teknologi sesuai kebutuhan/kondisi/ peraturan perundangan-undangan.
- iii) Barang pengganti atas tukar-menukar Barang Milik Negara berupa tanah, atau tanah dan bangunan, harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :
 - (a) Pengganti utama berupa tanah atau tanah dan bangunan;
 - (b) Nilai barang pengganti sekurang-kurangnya sama dengan nilai Barang Milik Negara yang dilepas.

Dalam PMK Nomor 111/PMK.06/2016, Pemrosesan tukar menukar BMN adalah sebagaimana flowchar dibawah ini:

Gambar 9. Prosedur Tukar-menukar BMN



i) Hibah

a. Hibah BMN

Pengalihan kepemilikan BMN (semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau berasal dari perolehan lainnya yang sah) dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah atau kepada pihak lain tanpa memperoleh penggantian.

b. Pertimbangan:

untuk kepentingan sosial, budaya, keagamaan, kemanusiaan, pendidikan non komersial; dan penyelenggaraan pemerintahan negara/ daerah.

c. Persyaratan hibah :

- 1) Bukan barang rahasia negara;
- 2) Bukan barang yang menguasai hajat hidup orang banyak; dan
- 3) Tidak digunakan sebagai TUSI

d. Objek Hibah:

- 1) Tanah dan/atau bangunan
 - 2) Selain tanah dan/atau bangunan
- Yang berada pada Pengelola Barang/Pengguna Barang

e. Kewajiban:

BMN yang dihibahkan wajib digunakan sebagaimana naskah dalam perjanjian Hibah

f. Pihak yang menerima hibah :

- 1) Lembaga sosial, budaya, keagamaan, kemanusiaan, atau lembaga pendidikan yang bersifat non komersial;
- 2) Masyarakat, baik perorangan maupun kelompok, dalam rangka menjalankan program pembangunan nasional;

- 3) Pemerintah negara lain dalam kerangka hubungan internasional;
- 4) Masyarakat internasional yang terkena akibat dari bencana alam, perang, atau wabah penyakit endemik;
- 5) Pemerintah Daerah;
- 6) BUMN berbentuk perusahaan umum dalam rangka menjaga stabilitas ketahanan pangan atau BUMN lainnya dengan pertimbangan Pengelola Barang;
- 7) Pihak Lain yang ditetapkan oleh Pengelola Barang

g. Pelaksanaan Hibah BMN DK/TP kepada Pengguna Barang:

1. Tingkat SKPD

Kepala SKPD mengajukan usulan hibah BMN kepada Pimpinan Eselon I Kementerian Kesehatan terkait dengan melampirkan **data pendukung** berupa:

- a) Rincian barang yang akan dihibahkan, termasuk bukti kepemilikan, tahun perolehan, luas/ identitas/spesifikasi, nilai buku, kondisi dan lokasi (Dalam hal bukti kepemilikan tidak ada, maka dapat digantikan dengan bukti lainnya seperti dokumen kontrak, akte/perjanjian jual beli, dan dokumen setara lainnya yang dapat dipersamakan dengan itu);
- b) Surat Pernyataan Tanggung Jawab Penuh Mutlak Tak Bersyarat Atas Kebenaran Materiil mengenai BMN DK/TP ditandatangani oleh Kepala SKPD;
- c) Data Calon Penerima Hibah;
- d) Surat Pernyataan Kesiediaan Menerima Hibah BMN DK/TP yang ditandatangani oleh Kepala SKPD atas nama Pemerintah Daerah dan/atau Berita Acara Serah Terima Barang Sementara, dalam hal BMN DK/TP sudah diserahkan kepada SKPD/Pemda.

2. Tingkat Eselon I

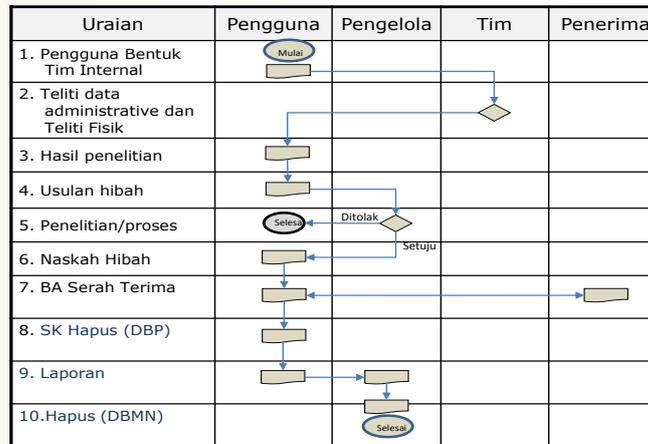
Sekretaris Ditjen/Badan mengajukan kepada Pengelola Barang sesuai dengan nilai dan kewenangan dengan melampirkan **data pendukung** berupa:

- a) Rincian barang yang akan dihibahkan, sebagaimana data yang dibuat oleh SKPD;
- b) Surat pernyataan tanggung jawab penuh mutlak tak bersyarat atas kebenaran materiil mengenai BMN DK/TP yang ditandatangani oleh Pimpinan Unit Eselon I;
- c) Data calon penerima Hibah ditandatangani oleh Ses Ditjen/Badan/Kepala Biro Keuangan & BMN;
- d) Surat pernyataan kesiediaan menghibahkan BMN DK/TP yang ditandatangani oleh Pimpinan Unit Eselon I;

- e) Surat pernyataan kesediaan menerima hibah BMN DK/TP yang ditandatangani oleh Kepala SKPD atas nama Pemerintah Daerah dan/atau Berita Acara Serah Terima Barang Sementara, dalam hal BMN DK/TP sudah diserahkan kepada SKPD/Pemda.
3. Proses Persetujuan Pengguna Barang
- a) Sekretaris Ditjen/Badan menyusun Naskah Hibah dan Berita Acara Serah Terima Permanen untuk ditandatangani oleh Pemda c.q SKPD dan pimpinan unit E-1.
 - b) Sekretaris Ditjen/Badan mengusulkan penerbitan Surat Keputusan Penghapusan dari Pengguna Barang dengan melampirkan naskah hibah dan BAST Permanen serta surat persetujuan dari Pengelola Barang.
 - c) Sekretariat Unit Eselon 1 melakukan penghapusan BMN yang dihibahkan kepada Pemda dari daftar Barang Pengguna/ Kuasa Pengguna Barang berdasarkan Surat Keputusan Penghapusan.
- h. Pelaksanaan Hibah BMN T/B pada Pengelola Barang dilakukan dengan tahapan:
- 1) Pengguna Barang membentuk Tim Internal untuk melakukan persiapan permohonan persetujuan Hibah kepada Pengelola Barang dengan tugas:
 - Melakukan penelitian data administratif
 - Melakukan penelitian fisik
 - 2) Pengguna Barang mengajukan permohonan persetujuan hibah kepada Pengelola Barang
 - 3) Pengelola Barang melakukan penelitian atas permohonan, bila diperlukan dapat melakukan penelitian fisik atas T/B
 - 4) Dalam hal permohonan hibah tidak disetujui, Pengelola Barang memberitahukan kepada Pengguna Barang disertai alasannya.
 - 5) Dalam hal permohonan hibah disetujui, Pengelola Barang menerbitkan surat persetujuan pelaksanaan Hibah.
 - 6) Berdasarkan surat persetujuan Hibah, Pengguna Barang melakukan serah terima BMN kepada penerima Hibah yang dituangkan dalam BAST



Proses Hibah BMN



PMK 4/2015?
 Ya → Lihat ketentuan internal di K/L terkait pendelegasian kewenangan

DIREKTORAT JENDERAL KEKAYAAN NEGARA

i. Naskah Hibah :

- Identitas para pihak
- Jenis dan nilai barang yang dilakukan Hibah
- Tujuan dan peruntukan Hibah
- Hak dan kewajiban para pihak
- Klausul beralihnya tanggung jawab dan kewajiban pihak penerima Hibah
- Penyelesaian perselisihan

j. Dalam hal Puskesmas menerima hibah barang dari Kementerian Kesehatan, harus berkoordinasi terlebih dahulu oleh Dinas Kesehatan setempat dan memastikan dalam penerimaan barang disaksikan oleh Dinas Kesehatan dan membuat Berita Acara Serah Terima secara berjenjang dari Kementerian Kesehatan kepada Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

k. Apabila ditemukan barang di dalam lingkungan Puskesmas dan tidak jelas kepemilikannya, Kepala Puskesmas berkewajiban untuk melakukan konfirmasi terkait kepemilikan dan penatausahaan barang kepada Dinas Kesehatan setempat.

j) **Penghapusan;**

Penghapusan meliputi:

- (a) Penghapusan dari Daftar Barang Pengguna dan/ atau Daftar Barang Kuasa Pengguna; dan

- (b) Penghapusan dari Daftar Barang Milik Negara/ Daerah.
Penghapusan dari Daftar Barang Pengguna dan/ atau Daftar Barang Kuasa Pengguna sebagaimana dimaksud pada huruf a, dilakukan dalam hal Barang Milik Negara/Daerah sudah tidak berada dalam penguasaan Pengguna Barang dan/atau Kuasa Pengguna Barang.

Penghapusan sebagaimana dimaksud tersebut dilakukan dengan menerbitkan keputusan Penghapusan dari:

- (a) Pengguna Barang setelah mendapat persetujuan dari Pengelola Barang, untuk Barang Milik Negara; atau
- (b) Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Gubernur/ Bupati/ Walikota, untuk Barang Milik Daerah.

Dikecualikan dari ketentuan mendapat persetujuan Penghapusan dari Pengelola Barang sebagaimana dimaksud pada huruf a dan Gubernur/ Bupati/Walikota sebagaimana dimaksud pada huruf b, untuk Barang Milik Negara/Daerah yang dihapuskan karena:

- (a) Pengalihan Status Penggunaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 PP 27 tahun 2014 ;
- (b) Pemindahtanganan; atau
- (c) Pemusnahan.

Gubernur/Bupati/Walikota dapat mendelegasikan persetujuan Penghapusan Barang Milik Daerah berupa barang persediaan kepada Pengelola Barang.

Pelaksanaan Penghapusan Barang Milik Negara sebagaimana dimaksud pada huruf (a) dilaporkan kepada Pengelola Barang.

Pelaksanaan Penghapusan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud pada huruf (b) dan dilaporkan kepada Gubernur/Bupati/Walikota.

Penghapusan dilakukan:

- (a) berdasarkan keputusan dan/ atau laporan Penghapusan dari Pengguna Barang, untuk Barang Milik Negara/Daerah yang berada pada Pengguna Barang;
- (b) berdasarkan keputusan Pengelola Barang, untuk Barang Milik Negara yang berada pada Pengelola Barang; atau
- (c) berdasarkan keputusan Gubernur/ Bupati/ Walikota, untuk Barang Milik Daerah yang berada pada Pengelola Barang.

k) Penatausahaan

Tujuan Penatausahaan Barang Milik Daerah

Mengapa Barang Milik Daerah harus ditatausahakan?

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Negara/Daerah dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah menyatakan bahwa, "Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) selaku Pengguna Barang Daerah, berwenang dan bertanggungjawab melakukan pencatatan dan inventarisasi Barang Milik Daerah yang berada dalam penguasaannya."

Pencatatan barang daerah pada SKPD sangat penting dikarenakan catatan tersebut dijadikan obyek audit oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) dalam meyakini penyajian laporan keuangan SKPD dan Pemerintah Daerah.

Hasil penatausahaan BMD ini nantinya dapat digunakan dalam rangka (a) penyusunan neraca pemerintah daerah setiap tahun, (b) perencanaan kebutuhan pengadaan dan pemeliharaan BMD setiap tahun untuk digunakan sebagai bahan penyusunan rencana anggaran, dan (c) pengamanan administrasi BMD.

Dengan penatausahaan secara tertib, maka akan dihasilkan angka-angka yang tepat dan akurat yang berdampak pada tersedianya database yang memadai dalam menyusun perencanaan kebutuhan dan penganggaran dan akan dihasilkan pula laporan aset daerah di neraca dengan angka yang tepat dan akurat.

Proses penatausahaan BMD sebagai berikut:

- Pengguna/Kuasa Pengguna melakukan pendaftaran dan pencatatan BMD ke dalam Daftar Barang Pengguna (DBP) atau Daftar Barang Kuasa Pengguna (DBKP) menurut penggolongan dan kodefikasi barang.
- Pengguna/ Kuasa Pengguna menyimpan dokumen kepemilikan BMD selain tanah dan bangunan.
- Pengelola menyimpan seluruh dokumen kepemilikan tanah dan/atau bangunan milik Pemerintah Daerah.

Adapun sasaran dari penatausahaan Barang Milik Daerah meliputi :

- i) semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD);
- ii) semua barang yang berasal dari perolehan lainnya yang sah, meliputi:

- (a) barang yang diperoleh dari hibah/sumbangan atau yang sejenisnya;
- (b) barang yang diperoleh sebagai pelaksanaan perjanjian/kontrak;
- (c) barang yang diperoleh berdasarkan ketentuan undang-undang; atau
- (d) barang yang diperoleh berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Penatausahaan menghasilkan dokumen yang digunakan sebagai bukti untuk mencatat transaksi dalam proses akuntansi meliputi semua dokumen yakni semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) atau berasal dari perolehan lainnya yang sah, yang berada dalam penguasaan Kuasa Pengguna Barang/Pengguna Barang dan berada dalam pengelolaan Pengelola Barang.

Dalam penatausahaan BMD ini termasuk didalamnya melaksanakan tugas dan fungsi akuntansi BMD. Penatausahaan BMD dalam rangka mewujudkan tertib administrasi termasuk menyusun Laporan BMD yang akan digunakan sebagai bahan penyusunan neraca pemerintah daerah. Sedangkan penatausahaan BMD dalam rangka mendukung terwujudnya tertib Pengelolaan BMD adalah menyediakan data agar pelaksanaan pengelolaan BMD dapat dilaksanakan sesuai dengan azas fungsional, kapastian hukum, transparansi dan keterbukaan, efisiensi, akuntabilitas, dan kapastian nilai.

Dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi akuntansi BMD termaksud, mengacu kepada Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) yang ditetapkan melalui Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010. Dalam SAP dimaksud, BMN/D terbagi atas persediaan pada pos aset lancar, aset tetap, aset tak berwujud dan aset lain-lain pada pos aset lainnya.

Persediaan adalah aset lancar dalam bentuk barang atau perlengkapan (supplies) yang dimaksudkan untuk mendukung kegiatan operasional pemerintah, dan barang-barang yang dimaksudkan untuk dijual dan/atau diserahkan dalam rangka pelayanan kepada masyarakat.

Aset tetap adalah aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan pemerintah atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum. Aset tetap terdiri dari tanah, gedung dan bangunan, peralatan dan mesin, jalan, irigasi, dan jaringan, aset tetap lainnya, dan konstruksi dalam pengerjaan.

Aset lainnya adalah aset pemerintah selain aset lancar, investasi jangka panjang, aset tetap dan dana cadangan.

Adapun BMD yang berada pada pos aset lainnya adalah aset tak berwujud dan aset lain - lain. Aset tak berwujud meliputi software komputer, lisensi dan ranchise, hak cipta (copyright), paten, dan hak lainnya, dan hasil kajian/penelitian yang memberikan manfaat jangka panjang. Selanjutnya, pos aset lain-lain digunakan untuk mencatat BMD berupa aset lainnya yang tidak dapat dikelompokkan kedalam aset tak berwujud, seperti aset tetap yang dihentikan dari penggunaan aktif pemerintah.

Sesuai dengan Permendagri 19 Tahun 2016, bahwa untuk untuk memudahkan pendaftaran dan pencatatan serta pelaporan barang milik daerah secara akurat dan cepat, pemerintah daerah dapat menggunakan aplikasi SIMBADA.

SIMBADA merupakan sebuah aplikasi manajemen barang atau aset daerah integratif yang dibuat untuk membantu staf Satuan Kerja Perangkat Daerah merencanakan, menatausahakan, menginventarisasi, dan membuat laporan terkait dengan barang atau aset daerah. SIMBADA disusun dengan berpedoman pada Permendagri No. 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Barang Milik Daerah. Untuk keperluan pelaporan daftar aktiva, SIMBADA juga mengadopsi Permendagri No. 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah yang telah direvisi dengan Permendagri Nomor 21 Tahun 2011. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa SIMBADA telah memenuhi kebutuhan Pemda dalam hal penatausahaan barang daerah secara integratif.

Dengan dua pedoman tersebut, SIMBADA harus didesain dengan mempertimbangkan urutan proses manajemen barang daerah yang terdiri dari perencanaan kebutuhan barang, pengadaan barang, penyimpanan barang, inventarisasi barang, pemeliharaan barang dan pelaporan barang. Untuk memenuhi seluruh kebutuhan ini, SIMBADA dibuat harus dengan menampilkan menu –menu pokok yang terdiri dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, inventarisasi, pemeliharaan, pemanfaatan, pelaporan, import dan pengaturan.

I) Pembinaan, Pengawasan dan Pengendalian

Menteri Keuangan melakukan pembinaan pengelolaan Barang Milik Negara dan menetapkan kebijakan pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah.

Kebijakan terdiri atas kebijakan umum Barang Milik Negara/ Daerah dan/ atau kebijakan teknis Barang Milik Negara.

Menteri Dalam Negeri melakukan pembinaan pengelolaan Barang Milik Daerah dan menetapkan kebijakan sesuai dengan kebijakan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (2).

Pengawasan dan Pengendalian Barang Milik Negara/Daerah dilakukan oleh:

- Pengguna Barang melalui pemantauan dan penertiban; dan/atau
- Pengelola Barang melalui pemantauan dan investigasi.

Pengguna Barang melakukan pemantauan dan penertiban terhadap Penggunaan, Pemanfaatan, Pemindahtanganan, Penatausahaan, pemeliharaan, dan pengamanan Barang Milik Negara/ Daerah yang berada di dalam penguasaannya.

Pelaksanaan pemantauan dan penertiban sebagaimana dimaksud untuk kantor/ satuan kerja dilaksanakan oleh Kuasa Pengguna Barang.

Pengguna Barang dan Kuasa Pengguna Barang dapat meminta aparat pengawasan intern Pemerintah untuk melakukan audit tindak lanjut hasil pemantauan dan penertiban.

Pengguna Barang menetapkan indikator kinerja di bidang pengelolaan Barang Milik Negara pada unit yang membidangi pengelolaan Barang Milik Negara.

Pengelola Barang melakukan pemantauan dan investigasi atas pelaksanaan Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah, dalam rangka penertiban Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemantauan dan investigasi sebagaimana dimaksud dapat ditindaklanjuti oleh Pengelola Barang dengan meminta aparat pengawasan intern Pemerintah untuk melakukan audit atas pelaksanaan Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah.

Hasil audit tersebut disampaikan kepada Pengelola Barang untuk ditindaklanjuti sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan pengawasan dan pengendalian atas Barang Milik Negara diatur dengan Peraturan Menteri Keuangan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan pengawasan dan pengendalian atas Barang Milik Daerah diatur dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri.

Menteri Keuangan melakukan pembinaan pengelolaan Barang Milik Negara dan menetapkan kebijakan pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah.

Kebijakan Menteri Keuangan dalam bentuk Peraturan/ Keputusan Menteri Keuangan maupun surat Menteri Keuangan yang memuat prinsip pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah terdiri atas kebijakan umum Barang Milik Negara/ Daerah dan/ atau kebijakan teknis Barang Milik Negara.

Menteri Dalam Negeri melakukan pembinaan pengelolaan Barang Milik Daerah dan menetapkan kebijakan sesuai dengan kebijakan umum

m) Pengawasan dan Pengendalian

Pengawasan dan Pengendalian Barang Milik Negara/ Daerah dilakukan oleh:

- Pengguna Barang melalui pemantauan dan penertiban; dan/ atau
- Pengelola Barang melalui pemantauan dan investigasi.

Pengguna Barang melakukan pemantauan dan penertiban terhadap Penggunaan, Pemanfaatan, Pemindahtanganan, Penatausahaan, pemeliharaan, dan pengamanan Barang Milik Negara/ Daerah yang berada di dalam penguasaannya.

Pelaksanaan pemantauan dan penertiban untuk kantor/satuan kerja dilaksanakan oleh Kuasa Pengguna Barang.

Pengguna Barang dan Kuasa Pengguna Barang dapat meminta aparat pengawasan intern Pemerintah untuk melakukan audit tindak lanjut hasil pemantauan dan penertiban.

Pengguna Barang dan Kuasa Pengguna Barang menindaklanjuti hasil audit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pengguna Barang menetapkan indikator kinerja di bidang pengelolaan Barang Milik Negara pada unit yang membidangi pengelolaan Barang Milik Negara.

Pengelola Barang melakukan pemantauan dan investigasi atas pelaksanaan Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah, dalam rangka penertiban Penggunaan,

Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemantauan dan investigasi dapat ditindaklanjuti oleh Pengelola Barang dengan meminta aparat pengawasan intern Pemerintah untuk melakukan audit atas pelaksanaan Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah.

Hasil audit disampaikan kepada Pengelola Barang untuk ditindaklanjuti sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan pengawasan dan pengendalian atas Barang Milik Negara diatur dengan Peraturan Menteri Keuangan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan pengawasan dan pengendalian atas Barang Milik Daerah diatur dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri.

D. Sistem Pengelolaan BMN/D

a. Sistem pengelolaan BMN

Integrasi sistem pengelolaan BMN dan sistem anggaran merupakan amanat PP Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan BMN/D, PP Nomor 90 Tahun 2010 tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Lembaga (RKA-KL), dan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 73 Tahun 2011 tentang Pembangunan Bangunan Gedung Negara. Integrasi tersebut diperlukan sebagai upaya pencapaian pengelolaan keuangan negara yang lebih efektif, efisien, dan optimal. Agar dalam implementasinya sesuai dengan tujuan tersebut, koordinasi antara DJKN dengan instansi terkait seperti DJA, DJPB, dan K/L menjadi elemen keberhasilan penerapan perencanaan kebutuhan BMN.

Amanat PP nomor 58 tahun 2005 dan Permendagri nomor 21 tahun 2011 bahwa Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah yang selanjutnya disingkat RPJMD adalah dokumen perencanaan untuk periode 5 (lima) tahun.

Rencana Pembangunan Tahun Daerah, selanjutnya disebut Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) dan penganggaran yang berisi program dan kegiatan SKPD serta anggaran yang diperlukan untuk melaksanakannya.

Rencana Kerja dan Anggaran Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat RKA

Prioritas dan plafon sementara yang disingkat PPAS merupakan program prioritas dan patokan batas maksimal anggaran yang diberikan kepada SKPD untuk setiap program sebagai acuan dalam penyusunan RKA-SKPD.

SKPD adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan dan rencana belanja program dan kegiatan SKPD sebagai dasar penyusunan APBD

PPKD adalah rencana kerja dan anggaran badan/ dinas/ biro keuangan/ bagian keuangan selaku Bendahara Umum Daerah

Di samping itu, sistem aplikasi, sumber daya manusia, basis data BMN *existing* yang valid menjadi faktor penting yang harus dipersiapkan secara matang.

b. Sistem Pengelolaan BMD

Menurut Sholeh dan Rochmansjah (2010) sasaran strategis yang harus dicapai dalam kebijakan pengelolaan aset/ barang milik daerah antara lain:

- 1) Terwujudnya ketertiban administrasi mengenai kekayaan daerah;
- 2) Terciptanya efisiensi dan efektivitas penggunaan aset daerah;
- 3) Pengamanan aset daerah;
- 4) Tersedianya data/informasi yang akurat mengenai jumlah kekayaan daerah.

Strategi optimalisasi pengelolaan barang milik daerah meliputi :

1) Identifikasi dan inventarisasi nilai dan potensi aset daerah.

Pemerintah daerah perlu mengetahui jumlah dan nilai kekayaan daerah yang dimilikinya, baik yang saat ini dikuasai maupun yang masih berupa potensi yang belum dikuasai atau dimanfaatkan. Untuk itu pemerintah daerah perlu melakukan identifikasi dan inventarisasi nilai dan potensi aset daerah. Kegiatan identifikasi dan inventarisasi dimaksudkan untuk memperoleh informasi yang akurat, lengkap dan mutakhir mengenai kekayaan daerah yang dimiliki atau dikuasai oleh pemerintah daerah. Identifikasi dan inventarisasi aset daerah tersebut penting untuk pembuatan Neraca Kekayaan Daerah yang akan dilaporkan kepada masyarakat. Untuk dapat melakukan identifikasi dan inventarisasi aset daerah secara lebih objektif dan dapat diandalkan, pemerintah daerah perlu memanfaatkan profesi auditor atau jasa penilai yang independen.

2) Adanya sistem informasi manajemen aset daerah.

Untuk mendukung pengelolaan aset daerah secara efisien dan efektif serta menciptakan transparansi kebijakan pengelolaan aset daerah, maka pemerintah daerah perlu memiliki atau mengembangkan sistem informasi manajemen yang komprehensif dan handal sebagai alat untuk pengambilan keputusan. Sistem informasi manajemen aset daerah juga berisi data base aset yang dimiliki daerah. Sistem tersebut bermanfaat untuk menghasil laporan pertanggungjawaban. Selain itu, sistem informasi tersebut juga bermanfaat untuk dasar pengambilan keputusan

mengenai kebutuhan pengadaan barang dan estimasi kebutuhan belanja (modal) dalam penyusunan APBD.

3) Pengawasan dan pengendalian pemanfaatan aset.

Pemanfaatan aset daerah harus diawasi dan dikendalikan secara ketat agar tidak terjadi salah urus (*miss management*), kehilangan dan tidak termanfaatkan. Untuk meningkatkan fungsi pengawasan tersebut, peran auditor internal sangat penting.

4) Melibatkan berbagai profesi atau keahlian yang terkait seperti auditor internal dan *appraisal* (penilai).

Pertambahan aset daerah dari tahun ke tahun perlu didata dan dinilai oleh penilai yang independen. Peran profesi penilai secara efektif dalam pengelolaan aset daerah antara lain:

- a) Identifikasi dan inventarisasi aset daerah;
- b) Memberi informasi mengenai status hukum harta daerah;
- c) Penilaian harta kekayaan daerah baik yang berwujud maupun yang tidak berwujud;
- d) Analisis investasi dan set-up investasi/pembiayaan;
- e) Pemberian jasa konsultasi manajemen aset daerah

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Nomor 19 Tahun 2016, penilaian barang milik daerah dilakukan dalam rangka penyusunan neraca pemerintah daerah, pemanfaatan, dan pemindahtanganan barang milik daerah. Penetapan nilai barang milik daerah dalam rangka penyusunan neraca pemerintah daerah dilakukan dengan berpedoman pada Standar Akuntansi Pemerintah (SAP).

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 menyatakan bahwa penghapusan barang milik daerah meliputi penghapusan dari daftar barang pengguna dan/atau kuasa pengguna dan penghapusan dari daftar barang milik daerah. Penghapusan barang milik daerah dilakukan dalam hal barang milik daerah dimaksud sudah tidak berada dalam penguasaan pengguna dan/atau kuasa pengguna dan sudah beralih kepemilikannya, terjadi pemusnahan atau karena sebab-sebab lain.

Penghapusan dilaksanakan dengan keputusan pengelola atas nama Kepala Daerah untuk barang milik daerah dimaksud sudah tidak berada dalam penguasaan pengguna dan/atau kuasa pengguna dan dengan Keputusan Kepala Daerah untuk barang milik daerah yang sudah beralih kepemilikannya, terjadi pemusnahan atau karena sebab-sebab lain.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 barang milik daerah yang dihapus dan masih mempunyai nilai ekonomis, dapat dilakukan melalui pelelangan umum/pelelangan terbatas; dan/atau disumbangkan atau dihibahkan kepada pihak lain. Bentuk-bentuk pemindahtanganan sebagai tindak lanjut atas penghapusan barang milik daerah meliputi penjualan, tukar menukar, hibah, dan penyertaan modal pemerintah daerah.

8

REFERENSI

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah
4. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2011 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah;
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 19 tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah;
7. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78/PMK.06/2014 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pemanfaatan Barang Milik Negara
8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 111/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pemindahtanganan Barang Milik Negara
9. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 83/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pemusnahan dan Penghapusan Barang Milik Negara
10. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 87/PMK.06/2016 tentang Perubahan Atas PMK 246 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pelaksanaan Penggunaan Barang Milik Negara
11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 57/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pelaksanaan Sewa Barang Milik Negara
12. Permenkes No 82 Tahun 2015 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, serta Sarana dan Prasarana Penunjang Sub bidang Sarpras Kesehatan TA 2016
13. Juklak penghapusan BMN tahun 2012
14. Peraturan teknis pengelolaan BMN, Kementerian keuangan tahun 2014
15. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 59 tahun 2007
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011
19. Panduan Penerapan Budgeting, Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah, Kementerian Dalam Negeri,
20. Perpres Nomor 123 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Pelaksanaan DAK Fisik Tahun 2017

21. Permenkes Nomor 71 Tahun 2016 Tentang Juknis DAK Non Fisik Tahun 2017
22. Permenkes Tentang Petunjuk Operasional DAK Fisik Bidang Kesehatan Tahun 2017.
23. PP Nomor 58 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
24. PMK Nomor 187 tahun 2016 jo 48 tahun 2015
25. PP no. 27 tahun 2014 tentang pengelolaan barang milik negara/daerah
26. Permendagri no. 19 tahun 2016 tentang pedoman teknis pengelolaan barang milik daerah
27. Peraturan Menteri Keuangan No 111 tahun 2016 tentang tata cara pemindahtanganan barang milik negara
28. Peraturan Menteri Keuangan No 83 tahun 2016 tentang tata cara pemusnahan dan penghapusan barang milik negara



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Manajemen Sumber Daya

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
1 : DESKRIPSI SINGKAT	1
2 : TUJUAN PEMBELAJARAN	4
3 : MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	4
4 : METODE	5
5 : MEDIA DAN ALAT BANTU	5
6 : LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN	5
7 : URAIAN MATERI	
A. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.....	7
B. MANAJEMEN SARANA DAN PRASARANA ALAT.....	31
C. MANAJEMEN OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI.....	59
8 : LAMPIRAN	
A. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.....	29
B. MANAJEMEN SARANA DAN PRASARANA ALAT.....	58
C. MANAJEMEN OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI.....	69
9 : DAFTAR PUSTAKA	
A. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.....	30
B. MANAJEMEN SARANA DAN PRASARANA ALAT.....	57
C. MANAJEMEN OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI.....	68

1

DESKRIPSI SINGKAT

Dalam modul Manajemen Sumber Daya dibahas 3 materi besar yaitu:

A. Materi Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat bergantung pada faktor fundamental manajemen SDM. Pencapaian pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah perencanaan yang baik dan tertata rapi, pelaksanaan yang sesuai dengan perencanaan, penunjang kegiatan yang memadai, pencatatan dan pelaporan yang tepat. Pencapaian tersebut sangat terkait dengan faktor manajemen SDM yang baik khususnya pada puskesmas akan sangat berpengaruh pada pelaksanaan pelayanan.

Manajemen yang baik akan memudahkan terwujudnya tujuan instansi, aparatur dan masyarakat. Dengan manajemen, daya guna dan hasil guna unsur-unsur manajemen akan dapat ditingkatkan.

Sistem kesehatan secara umum memiliki 4 komponen penting, salah satunya adalah sumber daya manusia kesehatan (SDMK), yang termasuk dalam sub sistem sumber daya. Tanpa ketersediaan SDM Kesehatan dan jika efektifitas SDMK tidak dikelola dengan seksama, maka tujuan dari keberadaan sistem kesehatan tidak akan tercapai. Tantangan pada aspek SDM Kesehatan masih sangat besar dan nyata, terutama pada aspek kuantitas, kualitas, dan pemerataannya.

Paradigma baru Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di era-desentralisasi, Puskesmas merupakan unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan yang merupakan unit pelaksana teknis dinas (UPTD). Kriteria umum yang dimiliki di antaranya memiliki rencana, program dan kegiatan pengembangan yang berkelanjutan dengan didukung oleh tiga faktor yaitu sumber daya manusia, anggaran dan sarana dan prasarana kerja.

Dari berbagai aspek manajemen SDM, pada kurikulum pelatihan ini menitikberatkan pada perencanaan SDM Kesehatan sebagai tenaga strategis yang memberi jaminan kelangsungan pelaksanaan pelayanan di puskesmas. Perencanaan kebutuhan SDMK penting dilakukan karena akan menjadi acuan untuk pemenuhan, redistribusi, maupun pengadaan SDMK serta untuk menetapkan kebijakan dalam pengelolaan SDMK secara menyeluruh.

Modul ini menguraikan tentang perhitungan kebutuhan SDMK berdasarkan metode Analisa Beban Kerja Kesehatan dan perhitungan kebutuhan SDMK berdasarkan standar ketenagaan minimal. Metode tersebut yang dapat digunakan untuk perhitungan rencana kebutuhan di tingkat institusi seperti puskesmas.

B. Materi Pengelolaan Sarana dan Prasarana Alat

Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau. Kondisi ini hanya akan terpenuhi bilamana ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan mudah diakses (keterjangkauan tempat, waktu) dan biaya. Pelayanan kesehatan diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan patuh akan standar serta didukung oleh ketersediaan sarana, prasarana, peralatan kesehatan yang aman dan layak pakai serta ketersediaan farmasi yang memenuhi kebutuhan medis.

Ketersediaan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan yang aman dan siap pakai di puskesmas tidak saja mendukung pelayanan yang berkualitas tapi juga akan mengurangi rujukan yang tidak perlu dengan alasan masalah sarana, prasarana dan peralatan kesehatan. Kondisi ini hanya akan tercapai bilamana di Puskesmas mampu melaksanakan manajemen peralatan kesehatan secara baik. Upaya penguatan kesehatan terutama di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk mengoptimalkan sistem rujukan agar puskesmas dapat melakukan pelayanan khususnya 155 penyakit seperti yang tertuang dalam Permenkes Nomor 05 Tahun 2014 Tentang panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan menjadi bagian dari Renstra Kemenkes No. 5 Th 2015 - 2019 pilar kedua.

Hingga saat ini semua puskesmas belum memiliki gambaran utuh ketersediaan dan kesiapan sumber daya yang terdiri atas tenaga, sediaan farmasi, sarana, prasarana dan peralatan kesehatan untuk dapat memberi pelayanan kesehatan yang optimal. Untuk mendapatkan gambaran kesiapan puskesmas, Kementerian Kesehatan telah memiliki software Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK) dan Komunikasi Data Puskesmas (KOMDAT) yang dapat memberikan kondisi ketersediaan sumber daya puskesmas seutuhnya kecuali sediaan farmasi yang digambarkan melalui Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO). Hasil dari aplikasi ini dapat diperoleh gambaran dan bila dilakukan analisa maka dapat dimanfaatkan untuk penyusunan rencana tindak lanjut pengelolaan peralatan kesehatan.

Manajemen peralatan kesehatan di puskesmas yang baik sangat diperlukan agar diperoleh efektifitas dan efisiensi penggunaan dan pemeliharaan peralatan kesehatan. Di beberapa puskesmas sebagian peralatan kesehatan yang ada kurang termanfaatkan karena ketidakmampuan mengelola peralatan kesehatan serta tidak tersedianya anggaran pemeliharaan yang seharusnya disediakan sekurangnya 1 % dari nilai investasi peralatan kesehatan tersebut, idealnya anggaran pemeliharaan adalah 7 - 8 % (Sumber: WHO 2014). Kurang baiknya pemeliharaan peralatan kesehatan seringkali berakibat pada pendeknya masa pakai peralatan kesehatan tersebut dan berdampak pada meningkatnya tambahan biaya yang diperlukan untuk pemeliharaan selanjutnya sekitar 20% - 40%. Kurangnya ketersediaan peralatan kesehatan yang dibutuhkan dapat meningkatkan biaya yang dikeluarkan oleh pasien sebesar 60% - 80% untuk biaya rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL).

Dalam Kepmenkes No. 004 tahun 2003 tentang kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan disebutkan salah satu tujuan strategis adalah upaya penataan manajemen kesehatan di era desentralisasi serta sesuai dengan konsep business strategic yang meliputi consistent national value, coordinated regional strategy, customize local tactic. Salah satu tujuannya adalah mengembangkan serta mendekatkan sub sistem pemeliharaan dan optimalisasi pemanfaatan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan. Hal ini menjadi dasar program pembentukan pelayanan pemeliharaan sarana kesehatan melalui sistem rujukan teregionalisasi (regional maintenance center) serta program pembentukan laboratorium kalibrasi secara bertahap melalui penguatan sumber daya Dinas Kesehatan Provinsi ataupun Kabupaten/Kota (sisterlab).

Diharapkan dengan hal tersebut dapat meningkatkan dan memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perbaikan peralatan kesehatan di puskesmas, sehingga terjaga mutu pelayanannya.

C. Manajemen Obat dan Bahan Medis Habis Pakai

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang menyelenggarakan upaya kesehatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Konsep kesatuan upaya kesehatan ini menjadi pedoman dan pegangan bagi semua fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia termasuk Puskesmas.

Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan upaya kesehatan, yang berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas harus mendukung tiga fungsi pokok Puskesmas, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Modul ini membahas tentang Perencanaan dan Pengadaan obat dan BMHP, Penyimpanan dan Distribusi Obat dan BMHP, Pelayanan Farmasi Klinik, Pemberdayaan Masyarakat dalam penggunaan obat, Pengendalian mutu pelayanan kefarmasian.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu melakukan manajemen sumber daya puskesmas.

B. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Melakukan Pengelolaan SDM di Puskesmas
2. Melakukan Pengelolaan Alat dan Sarana Prasarana di Puskesmas
3. Melakukan Pengelolaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai di Puskesmas

3

MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Pengelolaan SDM Puskesmas
 - a. Perencanaan SDM Puskesmas
 - b. Peningkatan Kompetensi SDM Puskesmas
 - c. Pengorganisasian SDM Puskesmas
2. Pengelolaan Alat dan Sarana dan Prasarana Puskesmas
 - a. Pengelolaan Sarana Prasarana Alat Kesehatan (SPA) di Puskesmas secara Umum
 - b. Perencanaan Sarana Prasarana Alat Kesehatan (SPA)
 - c. Pemeliharaan Sarana Prasarana Alat Kesehatan (SPA)
 - d. Pengadaan
 - e. Penerimaan
 - f. Inventarisasi dan Laporan
 - g. Aplikasi ASPAK
3. Pengelolaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai di Puskesmas
 - a. Perencanaan dan Pengadaan Obat dan BMHP
 - b. Penyimpanan dan Distribusi Obat dan BMHP
 - c. Pelayanan Farmasi Klinis
 - d. Pemberdayaan Masyarakat dalam penggunaan obat
 - e. Pengendalian Mutu Pelayanan Kefarmasian

4

METODE

- a. Tugas baca modul
- b. Ceramah tanya jawab
- c. Curah pendapat
- d. Latihan
- e. Diskusi Kelompok

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

- a. Bahan tayang
- b. Komputer/ laptop
- c. LCD *projector*
- d. *Whiteboard*
- e. *Flipchart*
- f. Spidol
- g. Panduan Latihan
- h. Aplikasi perencanaan kebutuhan SDM
- i. Panduan Diskusi Kelompok

6

LANGKAH LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah 1. Pengkondisian

Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran, metode yang digunakan, mengapa modul/materi ini diperlukan dalam pelatihan Manajemen Puskesmas, serta keterkaitan dengan materi sebelumnya.

- a. Fasilitator memberi kesempatan kepada peserta yang sudah mempunyai pengalaman dalam pengelolaan sumber daya di Puskesmas untuk menyampaikan pengalamannya.
- b. Peserta lain diminta untuk memberi tanggapan

Langkah 2. Membahas Materi Pokok 2 : Materi Pengelolaan Sumber Daya Manusia di Puskesmas

- a. Secara singkat fasilitator menyampaikan uraian materi Pokok bahasan 1
- b. Selanjutnya fasilitator mempersilahkan peserta untuk menanggapi uraian tersebut sekaligus memberikan kesempatan untuk bertanya.
- c. Fasilitator melanjutkan menyampaikan uraian materi pokok bahasan 2 sampai dengan 7 dari modul ini, secara singkat. Selanjutnya memberi kesempatan pada peserta untuk bertanya dan menanggapi.

Langkah 3. Membahas Materi Pokok 3 : Materi Pengelolaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai di Puskesmas

- a. Secara singkat fasilitator menyampaikan uraian materi Pokok bahasan 1
- b. Selanjutnya fasilitator mempersilahkan peserta untuk menanggapi uraian tersebut sekaligus memberikan kesempatan untuk bertanya.
- c. Fasilitator melanjutkan menyampaikan uraian materi pokok bahasan 2 sampai dengan 5 dari modul ini, secara singkat. Selanjutnya memberi kesempatan pada peserta untuk bertanya dan menanggapi.

Langkah 4. Membahas Materi Pokok 2: Materi Pengelolaan Sarana dan Prasarana Alat di Puskesmas

- a. Secara singkat fasilitator menyampaikan uraian materi pokok bahasan 1
- b. Selanjutnya fasilitator mempersilahkan peserta untuk menanggapi uraian tersebut sekaligus memberikan kesempatan untuk bertanya.
- c. Fasilitator melanjutkan menyampaikan uraian materi pokok bahasan 2 sampai dengan 3 dari modul ini, secara singkat. Selanjutnya memberi kesempatan pada peserta untuk bertanya dan menanggapi.

Langkah 5. Penugasan Kelompok

Fasilitator membagi peserta ke dalam kelompok, lalu memberikan penugasan masing-masing materi sesuai dengan Panduan penugasan masing- masing materi

Langkah 6. Mempresentasikan hasil Penugasan/praktik kerja kelompok (15 menit)

- a. Fasilitator meminta tiap kelompok untuk mempresentasikan seluruh hasil penugasan
- b. Kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusinya.
- c. Fasilitator memberikan komentar dan menyimpulkan hasil diskusi tersebut.

Langkah 7. Rangkuman (5 menit)

Fasilitator mengajak peserta untuk menghayati, agar materi Manajemen Sumber Daya dirasakan manfaatnya oleh pimpinan puskesmas. Fasilitator melakukan evaluasi secara singkat mengenai materi Manajemen Sumber Daya dengan cara menanyakan poin-poin materi yang telah disampaikan sekaligus merangkum hasil pembelajarannya.



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Sumber Daya Manusia

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

7a

URAIAN MATERI POKOK 1

PENGELOLAAN SDM PUSKESMAS

Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan nasional (SKN) mengelompokkan pengelolaan kesehatan ke dalam beberapa sub sistem dimana salah satunya adalah sub sistem SDM Kesehatan. Sub sistem SDM Kesehatan adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan yang meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan SDM kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan dari penyelenggaraan sub sistem SDM kesehatan adalah tersedianya SDM kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan yang terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal. SKN harus dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat sebagaimana ditegaskan dalam pasal 4 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Dalam menjamin keberlangsungan jaminan kesehatan, Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan baik dalam jumlah, jenis maupun kompetensinya secara merata. Dalam rangka pemenuhan SDM Kesehatan diperlukan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang dapat mengantisipasi kebutuhan lokal, nasional dan global yang dilakukan secara berjenjang berdasarkan ketersediaan ketenagaan kesehatan dan kebutuhan penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Oleh karena itu masing-masing instansi pemerintah daerah kabupaten/ kota berkewajiban menyusun perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan.

A. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan

Penyusunan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dilakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 33 tahun 2015 tentang Pedoman penyusunan kebutuhan SDM Kesehatan. Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan merupakan proses sistematis dalam upaya menetapkan jumlah dan kualifikasi SDM Kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai pembangunan kesehatan. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan bertujuan untuk menghasilkan rencana kebutuhan SDM kesehatan yang tepat meliputi jenis, jumlah, dan kualifikasi sesuai kebutuhan organisasi berdasarkan metode perencanaan yang sesuai dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Perencanaan SDM dapat memberikan beberapa manfaat baik bagi unit organisasi maupun bagi pegawai. Manfaat-manfaat tersebut antara lain:

- a. Manfaat bagi institusi
 - 1) bahan penataan/penyempurnaan struktur organisasi;
 - 2) bahan penilaian prestasi kerja jabatan dan prestasi kerja unit;
 - 3) bahan penyempurnaan sistem dan prosedur kerja;
 - 4) bahan sarana peningkatan kinerja kelembagaan;
 - 5) bahan penyusunan standar beban kerja; jabatan/kelembagaan;
 - 6) penyusunan rencana kebutuhan pegawai secara riil sesuai dengan beban kerja organisasi;
 - 7) bahan perencanaan mutasi pegawai dari unit yang berlebihan ke unit yang kekurangan;
 - 8) bahan penetapan kebijakan dalam rangka peningkatan pendayagunaan sumber daya manusia.
- b. Manfaat bagi wilayah
 - 1) Bahan perencanaan distribusi;
 - 2) Bahan perencanaan redistribusi (pemerataan);
 - 3) Bahan penyesuaian kapasitas produksi;
 - 4) Bahan pemenuhan kebutuhan SDM;
 - 5) Bahan pemetaan kekuatan/potensi SDM antar wilayah;
 - 6) Bahan evaluasi dan penetapan kebijakan pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan SDM.

Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan disusun secara periodik, yaitu jangka waktu 1 (satu) tahun untuk perencanaan kebutuhan jangka pendek (tahunan) dan jangka waktu 5 (lima) atau 10 (sepuluh) tahun untuk perencanaan kebutuhan jangka menengah dan disusun secara berjenjang mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas. Penyusunan rencana kebutuhan SDM Kesehatan dapat dilakukan dengan metode berdasar institusi dan wilayah. Materi ini akan membatasi pembahasan penyusunan rencana kebutuhan SDM Kesehatan berdasar institusi karena Puskesmas merupakan institusi pelayanan kesehatan.

Penyusunan rencana kebutuhan SDM Kesehatan berdasar institusi terdiri dari dua metode yaitu metode Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK-Kes) dan metode standar ketenagaan minimal. Metode ABK-Kes digunakan sebagai dasar pengajuan usulan formasi karena ABK-Kes menghitung kebutuhan riil sesuai dengan beban kerja yang dilakukan. Sedangkan perhitungan dengan metode standar ketenagaan minimal digunakan untuk pendirian baru atau peningkatan klasifikasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah pemerintah daerah kabupaten/kota, serta di Fasilitas Pelayanan Kesehatan daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, tertinggal, dan daerah yang tidak diminati.

Hasil perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dijadikan dasar usulan formasi melalui jalur formasi calon pegawai negeri sipil, pengelolaan tenaga Kesehatan maupun mutasi pegawai. Untuk penyusunan formasi jabatan fungsional kesehatan di Puskesmas dapat mengacu pada Permenkes Nomor 43 tahun 2017 tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan. Hingga saat ini masih ada puskesmas yang belum terpenuhi kebutuhan tenaganya sesuai dengan standar ketenagaan minimal yang ditetapkan sesuai dengan Permenkes Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas.

a. Perhitungan Kebutuhan SDM Kesehatan Berdasarkan Standar Ketenagaan Minimal

Perhitungan perencanaan kebutuhan berdasarkan standar ketenagaan minimal dapat digunakan untuk menetapkan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas untuk izin pendirian baru atau peningkatan klasifikasi Puskesmas di wilayah pemerintah daerah kabupaten/kota. Data yang diperlukan dalam perhitungan perencanaan kebutuhan di Puskesmas berdasarkan Standar Ketenagaan Minimal sebagai berikut:

- 1) Data jenis dan jumlah SDM yang ada (tahun terakhir).
- 2) Informasi klasifikasi puskesmas.
- 3) Informasi standar ketenagaan minimal di Puskesmas (sesuai dengan Permenkes No. 43 tahun 2019).

Berdasarkan Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Puskesmas, SDM Kesehatan Puskesmas terdiri dari Tenaga Kesehatan (Nakes) dan tenaga non kesehatan. Jenis tenaga kesehatan paling sedikit terdiri atas:

- 1) dokter atau dokter layanan primer;
- 2) dokter gigi;
- 3) perawat;
- 4) bidan;
- 5) tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku;
- 6) tenaga sanitasi lingkungan;
- 7) nutrisionis
- 8) tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian; dan
- 9) ahli teknologi laboratorium medik

Jenis tenaga non kesehatan paling sedikit terdiri atas:

- 1) Tenaga system informasi kesehatan
- 2) Tenaga Administrasi keuangan
- 3) Tenaga ketatausahaan
- 4) Pekarya

Standar Ketenagaan Minimal SDM Puskesmas berdasarkan Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Puskesmas, sebagai berikut:

Tabel 1 Standar Ketenagaan Puskesmas

No.	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan	Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non RI	Non RI	RI	Non RI	RI
1	Dokter atau dokter layanan primer	1	1	2	1	2
2	Dokter gigi	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	5	8	5	8
4	Bidan	4	4	7	4	7
5	Tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku	2	1	1	1	1
No.	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan	Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non RI	Non RI	RI	Non RI	RI
6	Tenaga sanitasi lingkungan	1	1	1	1	1
7	Nutrisionis	1	1	2	1	2
8	Tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian	1	1	1	1	1
9	Ahli teknologi Lab. medik	1	1	1	1	1
10	Tenaga sistem informasi kesehatan	1	1	1	1	1
11	Tenaga Adminitrasi keuangan	1	1	1	1	1
12	Tenaga Ketatausahaan	1				
13	Pekarya	2	1	1	1	1
Jumlah		23	20	28	20	28

Keterangan:

Standar ketenagaan sebagaimana tersebut diatas:

- 1) merupakan kondisi minimal yang diharapkan agar Puskesmas dapat terselenggara dengan baik.
- 2) belum termasuk tenaga di Puskesmas Pembantu dan Bidan Desa.
- 3) jumlah dan jenis kebutuhan ideal tenaga di Puskesmas ditetapkan berdasarkan hasil perhitungan analisis beban kerja

Metode Standar Ketenagaan Minimal menghasilkan:

- 1) ketersediaan, kebutuhan, dan kesenjangan Jenis dan Jumlah SDM di puskesmas.
- 2) rekapitulasi ketersediaan, kebutuhan, dan kesenjangan jenis dan jumlah SDM di puskesmas dilakukan oleh kabupaten/kota dan selanjutnya dilakukan rekapitulasi oleh Provinsi (secara berjenjang).

b. Perhitungan Kebutuhan SDM Kesehatan Berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK)

Metode ABK Kes adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan pada beban kerja yang dilaksanakan oleh setiap jenis SDM pada tiap fasilitas pelayanan pelayanan kesehatan (Fasyankes) sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Metode ini digunakan untuk menghitung semua jenis SDM. Metode ini menghasilkan ketersediaan, kebutuhan, dan kesenjangan jenis dan jumlah SDM kesehatan di Puskesmas saat ini. Langkah-Langkah Metode ABK Kes Sebagai Berikut:

- 1) Menetapkan Fasyankes dan Jenis SDM
- 2) Menetapkan Waktu Kerja Tersedia (WKT)
- 3) Menetapkan Komponen Beban Kerja (tugas Pokok dan Tugas Penunjang) dan Norma Waktu
- 4) Menghitung Standar Beban Kerja
- 5) Menghitung Standar Kegiatan Penunjang
- 6) Menghitung Kebutuhan SDM Per Institusi / Fasyankes

1) LANGKAH 1: Menetapkan Fasyankes dan Jenis SDM

Contoh:

**Tabel 1a. Penetapan Faskes dan Jenis SDM
(Contoh: Puskesmas)**

No.	Faskes	Jenis SDM
1	Puskesmas "A"	Dokter
		Dokter gigi
		Perawat
		Bidan
		...
		...
		dst

Keterangan: Kelompok SDM (Tabel 1a) mengacu pada UU No.36 dan Permenkes No.43 tahun 2019 tentang Puskesmas

Data dan informasi faskes, unit/instalasi, dan jenis SDM dapat diperoleh dari:

- a) Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) institusi
- b) Data hasil analisis jabatan (peta jabatan dan informasi jabatan)
- c) Pedoman teknis SPO (Standar Prosedur Operasional) setiap tugas pokok dan fungsi jabatan

2) LANGKAH 2: Menetapkan Waktu Kerja Tersedia (WKT)

Waktu Kerja Tersedia (WKT) adalah waktu yang dipergunakan oleh SDM untuk melaksanakan tugas dan kegiatannya dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam Keputusan Presiden Nomor 68 Tahun 1995 telah ditentukan

jam kerja instansi pemerintah 37 jam 30 menit per minggu, baik untuk yang 5 (lima) hari kerja ataupun yang 6 (enam) hari kerja sesuai dengan yang ditetapkan Kepala Daerah masing-masing.

Berdasarkan Peraturan Badan Kepegawaian Negara Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Umum Penyusunan Kebutuhan Pegawai Negeri Sipil, Jam Kerja Efektif (JKE) sebesar 1200 jam per tahun. Demikian juga menurut Permen PA-RB No. 26 tahun 2011, Jam Kerja Efektif (JKE) sebesar 1200 jam per tahun atau 72000 menit per tahun baik 5 hari kerja maupun 6 hari kerja.

Tabel 2 Menetapkan Waktu Kerja Tersedia (WKT) dalam 1 tahun

Kode	Faktor	Keterangan	Perhitungan	Jumlah	Satuan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A	Hari kerja	5 hr kerja / mg	52	260	hr/th
		6 hr kerja / mg	52	312	hr/th
B	Cuti pegawai	Hak Pegawai		12	hr/th
C	Libur Nasional + Cuti Bersama	Dalam 1 th (Kalender)		19	hr/th
D	Mengikuti Pelatihan	Dalam 1 th		5	hr/th
E	Absen (Sakit, dll)	Dalam 1 th		12	hr/th
F	Waktu Kerja (dalam 1 minggu)	Kepres No. 68/1995		37.5	Jam/mg
G	Jam Kerja Efektif (JKE)	Permendagri 12/2008: Permen PAN-RB 26/2011	$70\% \times 37.5$	26.25	Jam/mg
WK	Waktu Kerja (dalam 1 hari)	5 hr kerja / mg	$(5) / (3)$	5.25	Jam/hr
		6 hr kerja / mg	$(5) / (3)$	4.375	Jam/th
WKT	Waktu Kerja Tersedia (hari)	5 hr kerja / mg	$A-(B+C+D+E)$	212	Hari/th
		6 hr kerja / mg	$A-(B+C+D+E)$	264	Hari/th
	Waktu Kerja Tersedia (jam)	5 hr kerja / mg	$A-(B+C+D+E) \times 7.5$	1113	Jam/th
		6 hr kerja / mg	$A-(B+C+D+E) \times 6.25$	1155	Jam/th
Waktu Kerja Tersedia (WKT).....dibulatkan				1200	Jam/th
Waktu Kerja Tersedia (WKT).....dibulatkan				72000	Mnt/th

Keterangan : JKE (Jam Kerja Efektif) akan menjadi alat pengukur dari beban kerja yang dihasilkan setiap Faskes.

3) LANGKAH 3: Menetapkan Komponen Beban Kerja (Tugas Pokok dan Tugas Penunjang) dan Norma Waktu

Komponen beban kerja adalah jenis tugas dan uraian tugas yang secara nyata dilaksanakan oleh jenis SDM tertentu sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan.

Norma Waktu adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh seorang SDM yang terdidik, terampil, terlatih dan berdedikasi untuk melaksanakan suatu

kegiatan secara normal sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku di fasyankes bersangkutan.

Kebutuhan waktu untuk menyelesaikan kegiatan sangat bervariasi dan dipengaruhi standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), sarana dan prasarana medik yang tersedia serta kompetensi SDM itu sendiri.

Rata-rata waktu ditetapkan berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja dan kesepakatan bersama. Agar diperoleh data rata-rata waktu yang cukup akurat dan dapat dijadikan acuan, sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok oleh SDM yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan standar pelayanan, standar prosedur operasional (SPO) dan memiliki etos kerja yang baik.

Data dan informasi dapat diperoleh dari:

- a) Komponen Beban Kerja dapat diperoleh dari Standar Pelayanan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah ditetapkan oleh Institusi yang berwenang.
- b) Norma Waktu atau Rata-rata Waktu tiap kegiatan pokok dapat diperoleh dari data Analisis Jabatan (Anjab) Fasyankes yang bersangkutan atau waktu penyelesaian butir kegiatan standar norma waktu yang telah ditetapkan oleh masing-masing unit pembina berdasarkan kesepakatan dengan organisasi profesinya.
- c) Bilamana Norma Waktu atau Rata-rata Waktu per kegiatan tidak ada dalam Anjab institusi, dapat diperoleh dengan pengamatan atau observasi langsung pada SDM yang sedang melaksanakan tugas dan kegiatan.

Penetapan Komponen Beban Kerja (Tugas Pokok) dan Norma Waktu dapat dilihat dalam penentuan Komponen Beban Kerja pada Bidan Puskesmas, sebagai berikut:

Contoh:

Tabel 3 Menetapkan Komponen Beban Kerja dan Norma Waktu (contoh: tugas jabatan Bidan Puskesmas)

No	Jenis Tugas	Kegiatan	Norma waktu	Satuan	Norma waktu	Satuan
1	Tugas Pokok	1. Yan. ANC (K1-4)	30	menit/ps	30	menit/ps
		2. Pertolongan Persalinan	600	menit/ps	600	menit/ps
		3. Yan. Ibu Nifas (KF1-3)	60	menit/ps	60	menit/ps
		4. Yan. BBL (KN1-3)	60	menit/ps	60	menit/ps
		5. Yan. Gadar Obs	60	menit/ps	60	menit/ps
		6. Yan. Gadar Neot	60	menit/ps	60	menit/ps

		7. Yan. Bayi (1-4)	30	menit/ps	30	menit/ps
2	Tugas Penunjang	1. Mengikuti seminar	12	Jam/th	720	Menit/th
		2. Menjadi anggota OP	1	Jam/bln	60	Menit/bln

Catatan: Uraian tugas pokok dan tugas penunjang didasarkan pada pedoman atau ketentuan yang berlaku.

4) LANGKAH 4: Menghitung Standar Beban Kerja (SBK)

Standar Beban Kerja (SBK) adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun untuk tiap jenis SDM. SBK untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan setiap kegiatan (Rata-rata Waktu atau Norma Waktu) dan Waktu Kerja Tersedia (WKT) yang sudah ditetapkan.

Rumus SBK:

Standar Beban Kerja (SBK) = $\frac{\text{Waktu Kerja Tersedia (WKT)}}{\text{Norma Waktu per Kegiatan Pokok}}$
--

Tujuan :

Dihasilkannya SBK SDM untuk setiap kegiatan pokok.

Data dan informasi dapat diperoleh dari:

- a) Data WKT diperoleh dari Langkah 2
- b) Data Norma Waktu atau Rata-rata Waktu setiap kegiatan pokok diperoleh dari Langkah 3

Langkah-langkah perhitungan Standar Beban Kerja (SBK) sebagai berikut:

- a) Pengisian data Jenis tugas, Kegiatan, Norma Waktu, dan Waktu Kerja Tersedia / WKT, diambil dari tabel 2 dan tabel 3.
- b) Selanjutnya menghitung SBK → $SBK = WKT : \text{Norma Waktu (7)} = (6)/(4)$

Contoh:

Tabel 4 Menetapkan Standar Beban Kerja (SBK)

NO	Jenis Tugas	Kegiatan	Norma Waktu (menit)	Satuan (mnt/Ps)	WKT menit	SBK (6)/(4)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
I	Tugas Pokok	1. Yan. ANC (K1-4)	30	menit/ps	72000	2400
		2. Pertolongan Persalinan	600	menit/ps	72000	120
		3. Yan. Ibu Nifas (KF1-3)	60	menit/ps	72000	1200
		4. Yan. BBL (KN1-3)	60	menit/ps	72000	1200
		5. Yan. Gadar Obs	60	menit/ps	72000	1200
		6. Yan. Gadar Neot	60	menit/ps	72000	1200
		7. Yan. Bayi (1-4)	30	menit/ps	72000	2400

5) LANGKAH 5: Menghitung Standar Tugas Penunjang (STP) dan Faktor Tugas Penunjang (FTP)

Tugas Penunjang adalah tugas untuk menyelesaikan kegiatan-kegiatan baik yang terkait langsung atau tidak langsung dengan tugas pokok dan fungsinya yang dilakukan oleh seluruh jenis SDM.

Faktor Tugas Penunjang (FTP) adalah proporsi waktu yang digunakan untuk menyelesaikan setiap kegiatan per satuan waktu (per hari atau per minggu atau per bulan atau per semester).

Standar Tugas Penunjang adalah suatu nilai yang merupakan pengali terhadap kebutuhan SDM tugas pokok

Langkah-langkah perhitungan, sebagai berikut (lihat Tabel 5):

- a. Waktu Kegiatan = Rata-rata waktu x 264 hr, bila satuan waktu per hari
 = Rata-rata waktu x 52 mg, bila satuan waktu per minggu
 = Rata-rata waktu x 12 bln, bila satuan waktu per bulan
 = Rata-rata waktu x 2 smt, bila satuan waktu per smt
 (6) = (4) x 264, bila satuan waktu per hari
 = (4) x 52, bila satuan waktu per minggu
 = (4) x 12, bila satuan waktu per bulan
 = (4) x 2, bila satuan waktu per semester
- b. Faktor Tugas Penunjang (FTP) = (Waktu Kegiatan : WKT) x 100
 (8) = (6) / (7) x 100
- c. Standar Tugas Penunjang (STP) = $(1 / (1 - FTP/100))$, sebagai faktor pengali.

Contoh:

Tabel 5 Menetapkan Standar Tugas Penunjang (STP)

NO	Jenis Tugas	Kegiatan	Rata-rata waktu	Satuan	Waktu Keg (mnt/th)	WKT mnt/th	FTP %
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2	Tugas Penunjang	1. Mengikuti Seminar	720	mnt/th	720	72000	1
		2. Menjadi anggota OP	60	mnt/bln	720	72000	1
Faktor Tugas Penunjang (FTP) dalam %							2.0
Standar Tugas Penunjang (STP)					$=(1/(1 - FTP/100))$		1.02

6) LANGKAH 6: Menghitung Kebutuhan SDM

Data dan informasi yang dibutuhkan per Fasyankes, sebagai berikut:

a) Data yang diperoleh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu:

1. Waktu Kerja Tersedia (WKT) ...dari langkah-02
2. Standar Beban Kerja (SBK) ...langkah-04, dan
3. Standar Tugas Penunjang (STP)...langkah-05

b) Data Capaian (Cakupan) tugas pokok dan kegiatan tiap Fasyankes selama kurun waktu satu tahun.

Rumus Kebutuhan SDM sebagai berikut:

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Capaian (1 tahun)}}{\text{Standar Beban Kerja}} \times \text{STP}$$

Contoh:

Tabel 6 Perhitungan Kebutuhan SDM (Bidan) Puskesmas "A" Tahun 2019

Jenis Tugas	Kegiatan	Capaian (1 th)	SBK	Kebutuhan SDM (Bidan)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)/(4)
A. Tugas Pokok	1. Yan. ANC (K1-4)	845	2400	0.35
	2. Pertolongan Persalinan	197	120	1.64
	3. Yan. Ibu Nifas (KF1-3)	342	1200	0.29
	4. Yan. BBL (KN1-3)	326	1200	0.27
	5. Yan. Gadar Obsteri	35	1200	0.03
	6. Yan. Gadar Neonatus	31	1200	0.03
	7. Yan. Bayi (1-4)	452	2400	0.19
JKT = Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok (Bidan)				2.79
B. Tugas Penunjang	Standar Tugas Penunjang (hasil dari langkah 5)			1.02
Total Kebutuhan SDM (Bidan)=			(JKT x STP)	2.84
Pembulatan				3

Keterangan :

- a) Jumlah kebutuhan SDM tugas pokok (Bidan) = Jumlah kebutuhan SDM untuk melaksanakan seluruh kegiatan tugas pokok.
- b) Jumlah kebutuhan SDM seluruhnya = (Jumlah Kebutuhan SDM Tugas Pokok x STP), kemudian dilakukan pembulatan.

- c) Untuk perhitungan Total Kebutuhan SDM (Bidan) masing-masing Puskesmas se Kabupaten/kota “X” dilakukan dengan cara yang sama (Puskesmas “B”, “C”, “D”, s/d Puskesmas “M”).

Contoh:

Tabel 7
Rekapitulasi Kebutuhan SDM (contoh: Bidan) berdasarkan ABK Kes di Puskesmas “A” Tahun 2019

No.	Jenis SDM	Jumlah SDM saat ini	Jumlah SDM yang seharusnya	Kesenjangan SDM (6) = (5) - (4)	Keadaan
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Dokter Umum	1	1	0	Sesuai
2	Dokter Gigi	1	1	0	Sesuai
3	Perawat	6	8	-2	Kurang
4	Bidan	4	5	-1	Kurang
No.	Jenis SDM	Jumlah SDM saat ini	Jumlah SDM yang seharusnya	Kesenjangan SDM (6) = (5) - (4)	Keadaan
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
5	Tenaga Sanitasi lingkungan	1	1	0	Sesuai
6	Nutrisionis	1	1	0	Sesuai
7	Tenaga Teknis kefarmasian	1	1	0	Sesuai
8	Tenaga Promkes dan Ilmu Perilaku	1	1	0	Sesuai
9	Ahli teknologi lab medik	1	1	0	Sesuai
10	Tenaga system informasi kesehatan	1	1	0	Sesuai
11	Tenaga administrasi tata usaha	1	1	0	Sesuai
12	Pengemudi	1	1	0	Sesuai
Puskesmas “A”		20	23	-3	Kurang

Dari tabel di atas (contoh di Puskesmas “A”) menunjukkan, bahwa:

- Secara keseluruhan kekurangan SDM sebanyak 3 orang
- Puskesmas “A” masih kekurangan perawat, dan bidan.
- Bilamana kekurangan tersebut tidak dipenuhi, maka mutu pelayanan keperawatan, dan kebidanan menjadi berkurang karena volume beban kerja melebihi beban kerja yang seharusnya dilaksanakan oleh perawat, bidan dan nutrisionis.
- Kondisi pekerjaan yang dihadapi oleh perawat, dan bidan merupakan tekanan dalam melaksanakan pekerjaannya yang berakibat pada bekerja tergesa-gesa, tidak sesuai dengan SPO, tidak standar dalam melaksanakan pekerjaannya.

- e) Bagi SDM yang lain melaksanakan pekerjaannya secara normal, hal ini akan berdampak pada kinerja yang optimal dan bermutu karena beban kerja sesuai dengan kapasitas SDM nya.

Dengan langkah-langkah yang sama dari metode ABK Kes juga dapat digunakan untuk menghitung 1 (satu) jenis SDM Puskesmas, misalnya menghitung kebutuhan Bidan seluruh Puskesmas di sebuah kabupaten / kota "X". Tabel berikut adalah contoh hasil perhitungan kebutuhan Bidan seluruh Puskesmas Kabupaten/kota "X", sebagai berikut.

Contoh:

Tabel 8
Rekapitulasi Hasil Perhitungan Kebutuhan SDM (Bidan)
di Kabupaten/Kota "X" Tahun 2019

No	Puskesmas	Juml. SDM (Bidan) saat ini	Kebutuhan SDM (Bidan) seharusnya	Kesenjangan (6)=(4)-(5)	Keadaan
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	A	4	5	-1	Kurang
2	B	7	7	0	Sesuai
3	C	9	11	-2	kurang
4	D	8	7	+1	Lebih
5	E	16	16	0	Sesuai
6	F	10	8	+2	Lebih
7	G	7	9	-2	Kurang
8	H	5	6	-1	Kurang
9	I	15	14	+1	Lebih
Kab/Kota "X"		81	83	-2	Kurang

Dari tabel di atas menunjukkan beberapa interpretasi sebagai berikut:

- Sebagian besar Puskesmas (4 Puskesmas) menunjukkan kekurangan SDM (bidan), sebanyak 3 (tiga) Puskesmas kelebihan bidan
- Hanya 2 (dua) Puskesmas yang jumlah SDM (bidan) sesuai antara jumlah SDM yang ada saat ini dengan jumlah SDM (bidan) yang seharusnya dibutuhkan untuk menyelesaikan beban kerja yang ada.
- Secara keseluruhan se kabupaten/kota "X", ada kesenjangan jumlah antara jumlah SDM (bidan) yang ada saat ini (*existing*) dengan jumlah SDM (bidan) sejumlah 2 (dua) bidan.

Melihat kondisi diatas, maka dapat dilakukan tindak lanjut sebagai berikut:

- a) Melakukan redistribusi SDM (bidan) antar Puskesmas di Kab/kota “X”, dari Puskesmas yang kelebihan ke Puskesmas yang kekurangan SDM (bidan)
- b) Meningkatkan kinerja bagi Puskesmas-Puskesmas yang kelebihan SDM (bidan) sehingga kualitas dan kuantitas capaian meningkat.
- c) Dengan adanya penambahan SDM (bidan) pada Puskesmas yang kekurangan SDM, maka akan terjadi peningkatan kualitas dan kuantitas capaian kinerja.
- d) Melakukan usulan alokasi formasi kebutuhan SDM (bidan) kepada Pemerintah Daerah untuk diteruskan ke Kementerian PANRB. Untuk pengusulan formasi disesuaikan dengan alokasi dan peta jabatan yang tersedia di Puskesmas.
- e) Melaporkan peta distribusi SDM di daerahnya kepada baik Pemda Kab/kota, Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Pusat sebagai bahan masukan untuk kebijakan SDM.

c. Mekanisme Penyusunan Dokumen Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan

Sesuai dengan Permenkes No. 33 Tahun 2015, bahwa Perhitungan kebutuhan SDM Kesehatan wajib dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan di bawah koordinasi:

- 1) Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota untuk fasilitas kesehatan di tingkat kabupaten/kota;
- 2) Dinas Kesehatan Provinsi untuk fasilitas kesehatan di wilayah pemerintah provinsi; dan
- 3) Kementerian Kesehatan untuk fasilitas kesehatan yang merupakan Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Penyusunan perencanaan kebutuhan SDM, sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangannya, maka dimulai dari bawah yakni di tingkat institusi. Hasil penyusunan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan di tingkat institusi, direkap kedalam dokumen perencanaan kebutuhan SDM kesehatan kabupaten/kota yang disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selanjutnya penyusunan dokumen perencanaan kebutuhan SDM tersebut dilakukan secara berjenjang dari pemerintah daerah kabupaten/kota ke jenjang pemerintahan tingkat provinsi dan pusat.

B. Peningkatan Kompetensi SDM Puskesmas

Peningkatan kemampuan SDM puskesmas tidak terlepas dari adanya kemajuan teknologi dalam pelayanan dan manajemen kesehatan sehingga pengembangan SDM puskesmas untuk meningkatkannya adalah hal yang penting diperhatikan oleh seorang pemimpin yaitu kepala puskesmas. Apalagi pada era JKN dan PISPK serta masifnya penggunaan teknologi informasi, Puskesmas

semakin dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang baik. Hal ini tentu saja tidak lepas dari peran SDM Puskesmas. SDM Puskesmas harus dikembangkan agar bisa memenuhi tuntutan pelayanan serta menyesuaikan dengan perkembangan teknologi terkini.

Pengembangan SDM adalah suatu kegiatan untuk meningkatkan kapasitas SDM agar bisa menjadi sumber daya yang berkualitas baik dari segi pengetahuan, keterampilan bekerja, tingkat profesionalisme yang tinggi dalam bekerja agar bisa meningkatkan kemampuan untuk mencapai tujuan-tujuan perusahaan dengan baik.

Pengembangan SDM bertujuan untuk:

- 1) Memutakhirkan keahlian seorang individu sejalan dengan perubahan teknologi, memastikan bahwa setiap individu dapat secara efektif menggunakan teknologi-teknologi baru.
- 2) Mengurangi waktu belajar seorang individu baru untuk menjadi kompeten dalam pekerjaan.
- 3) Membantu memecahkan persoalan operasional.
- 4) Mengorientasikan setiap individu terhadap organisasi.
- 5) Memberikan kemampuan yang lebih tinggi dalam melaksanakan tugas dalam bekerja.
- 6) Meningkatkan tingkat profesionalisme para SDM

Pengembangan SDM dapat dilakukan salah satunya dengan peningkatan kompetensi. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN) Pasal 16 bahwa setiap Jabatan ditetapkan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan. Selanjutnya pasal 68 menyatakan bahwa pengangkatan Pegawai Negeri Sipil (PNS) dalam jabatan tertentu ditentukan berdasarkan perbandingan obyektif antara kompetensi, kualifikasi, dan persyaratan yang dibutuhkan oleh jabatan dengan yang dimiliki oleh pegawai, dan Pasal 69 bahwa pengembangan karir PNS dilakukan berdasarkan kualifikasi, kompetensi, penilaian kinerja dan kebutuhan instansi pemerintah.

Pengaturan kompetensi juga diamanahkan dalam Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang bertujuan untuk membangun sistem pengembangan kompetensi yang terstandar, adil, transparan dan terintegrasi antara norma, standar, pedoman dan kriteria (NSPK) urusan pemerintahan dengan kualifikasi pegawai Aparatur Sipil Negara. Dengan demikian diharapkan terjadi sinergi antara berbagai pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah dengan pemerintah sehingga tercipta dukungan personel yang memadai baik dalam jumlah maupun standar kompetensi yang diperlukan untuk melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah. Dengan demikian pemerintah daerah akan mempunyai birokrasi karir yang kuat dan memadai dalam

aspek jumlah dan mengembangkan kompetensi sumber daya manusianya secara tepat.

Kompetensi SDM kesehatan di Puskesmas merupakan aspek penting dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Kinerja Puskesmas dalam pelayanan publik yang menyelenggarakan fungsi UKM dan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya sangat dipengaruhi oleh ketersediaan SDM kesehatan yang kompeten. Oleh karena itu, Puskesmas harus selalu meningkatkan kompetensi SDMnya.

Kompetensi adalah pengetahuan, keterampilan, dan sikap/perilaku seorang PNS yang dapat diamati, diukur, dan dikembangkan dalam melaksanakan tugas jabatannya. Sebagai seorang ASN, SDM Kesehatan harus memiliki kompetensi teknis, manajerial dan sosialkultural.

- 1) Kompetensi teknis adalah pengetahuan, keterampilan, dan sikap/perilaku yang dapat diamati, diukur, dan dikembangkan yang spesifik berkaitan dengan bidang teknis Jabatan.
- 2) Kompetensi manajerial adalah pengetahuan, keterampilan, dan sikap/perilaku yang dapat diamati, diukur, dikembangkan untuk memimpin dan/atau mengelola unit organisasi
- 3) kompetensi sosialkultural adalah pengetahuan, keterampilan, dan sikap/perilaku yang dapat diamati, diukur, dan dikembangkan terkait dengan pengalaman berinteraksi dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya, perilaku, wawasan kebangsaan, etika, nilai-nilai, moral, emosi dan prinsip, yang harus dipenuhi oleh setiap pemegang Jabatan untuk memperoleh hasil kerja sesuai dengan peran, fungsi dan Jabatan.

Pengembangan kompetensi bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kompetensi dengan standar kompetensi jabatan dan rencana pengembangan karier serta untuk meningkatkan kinerja organisasi. Kegiatan pengembangan kompetensi bagi SDM dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

a. Perencanaan

Instansi dalam hal ini Puskesmas harus menyusun rencana pengembangan kompetensi bagi SDM, baik PNS maupun non PNS. Perencanaan pengembangan kompetensi diawali dengan melakukan pengkajian kebutuhan pengembangan kompetensi melalui analisis terhadap kebutuhan organisasi, dan kebutuhan untuk meningkatkan kompetensi SDM.

Pengkajian kompetensi organisasi dilakukan dengan mengkaji adanya kebijakan baru organisasi, atau program prioritas organisasi yang memerlukan kebutuhan kompetensi tertentu untuk dapat melaksanakan kebijakan/program tersebut. Pengkajian kebutuhan kompetensi bagi SDM dilakukan dengan analisis kesenjangan kompetensi yaitu dengan membandingkan profil kompetensi individu dengan standar kompetensi jabatan dan pelaksanaan

butir-butir kegiatan/uraian tugas dari masing-masing SDM. Selain itu, dilakukan pula analisis kesenjangan kinerja yakni membandingkan hasil penilaian kinerja dengan target kinerja jabatan yang diduduki.

Hasil dari pengkajian kebutuhan pengembangan kompetensi yaitu daftar kebutuhan pengembangan SDM di tingkat Puskesmas. Kebutuhan pengembangan kompetensi harus mendapat verifikasi Kepala Puskesmas sebelum ditetapkan menjadi rencana kebutuhan pengembangan kompetensi SDM di Puskesmas. Rencana ini dijadikan dasar oleh Puskesmas dalam menyusun kegiatan pengembangan kompetensi serta perencanaan anggarannya. Rencana pengembangan kompetensi tingkat Puskesmas selanjutnya disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

b. Pelaksanaan

Undang-Undang Nomor 5 tahun 2014 tentang ASN mengamanahkan bahwa setiap ASN berhak untuk mendapatkan pengembangan kompetensi, dengan jumlah minimal 20 jam setiap tahun untuk PNS (PP Nomor 11 tahun 2017 tentang Manajemen PNS) atau maksimal 24 jam per tahun untuk PPPK (PP Nomor 49 tahun 2019 tentang PPPK), termasuk pegawai di Puskesmas.

Pengembangan kompetensi dapat dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan. Pelatihan sendiri dapat dilaksanakan melalui pelatihan klasikal dan nonklasikal. Pengembangan kompetensi melalui pelatihan menurut Peraturan Lembaga Administrasi Negara RI Nomor 10 tahun 2018 tentang Pengembangan Kompetensi PNS dibagi menjadi

Pelatihan Klasikal		Pelatihan Non Klasikal	
Pelatihan Struktural Kepemimpinan	Seminar	<i>Coaching</i>	Patok Banding (<i>Benchmarking</i>)
Pelatihan Manajerial	<i>Workshop</i> atau Lokakarya	<i>Mentoring</i>	Pertukaran PNS dengan Pegawai Swasta/BUMN/BUMD
Pelatihan Teknis	Kursus	<i>E-learning</i>	Belajar Mandiri (<i>self development</i>)
Pelatihan Fungsional	Penataran	Pelatihan Jarak Jauh	Komunitas Belajar (<i>Community of Practices</i>)
Pelatihan Sosial Kultural	Bimbingan Teknis	Detasering	Magang/Praktik Kerja
	Sosialisasi	Pembelajaran Alam Terbuka (<i>Outbond</i>)	

Dari tabel di atas didapatkan bahwa pengembangan kompetensi tidak hanya diperoleh melalui pelatihan yang dilaksanakan secara klasikal di kelas seperti yang selama ini diperoleh namun bisa menggunakan berbagai metode lainnya. Walaupun metode pengembangan kompetensi ini berlaku untuk PNS, namun beberapa metode dapat digunakan juga untuk melakukan pengembangan kompetensi pegawai non PNS, seperti sosialisasi, benchmarking, belajar mandiri, coaching, dan lain-lain.

Pengembangan kompetensi dilaksanakan berdasarkan perencanaan yang telah ditetapkan oleh Puskesmas. Pelaksanaannya dapat dilakukan oleh Puskesmas secara mandiri, maupun bekerja sama dengan lembaga pelatihan milik pemerintah daerah, pemerintah pusat, organisasi profesi maupun swasta. Selain itu, pelatihan juga dapat diperoleh dari program pusat Kementerian Kesehatan, Provinsi/ Kabupaten. Berdasarkan PP Nomor 11 tahun 2017 tentang Manajemen PNS dan PermenpanRB Nomor 13 Tahun 2019 Tentang Pengusulan, Penetapan, dan Pembinaan Jabatan Fungsional PNS, kenaikan jenjang bagi pejabat fungsional tidak mempersyaratkan pelatihan penjurusan.

Pengembangan kompetensi dapat dibiayai dari dana kapitasi maupun BOK. Hal ini berdasarkan Permenkes 21/2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP milik Pemda, dana kapitasi dapat digunakan untuk Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan, dalam rangka meningkatkan kemampuan kapasitas SDM petugas di FKTP milik pemerintah daerah.

c. Evaluasi

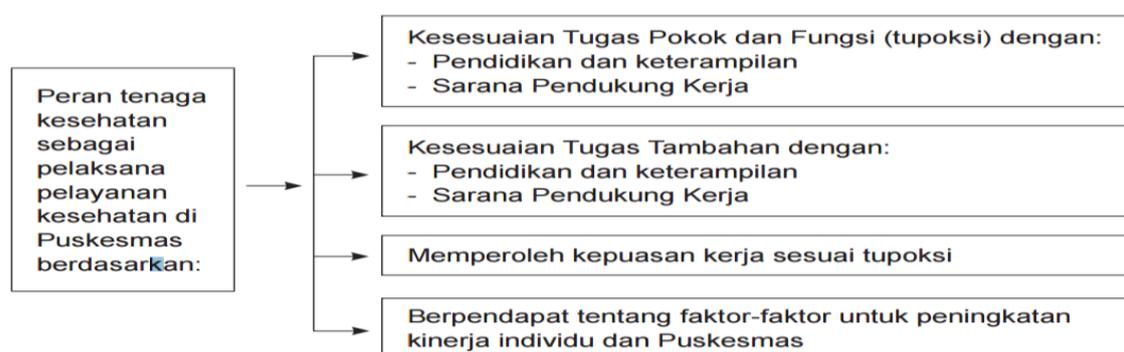
Evaluasi pengembangan kompetensi SDM di Puskesmas dilakukan melalui penilaian terhadap

- 1) kesesuaian antara perencanaan dengan pelaksanaan pengembangan kompetensi,
- 2) kesesuaian antara pengembangan kompetensi dengan peningkatan kinerja.
- 3) Evaluasi pasca pengembangan kompetensi dapat dilakukan 3-6 bulan setelah kegiatan. Evaluasi juga dapat dilakukan melalui kegiatan uji kompetensi secara berkala. Pelaksanaan uji kompetensi yang digunakan sebagai dasar pengembangan kompetensi dan penyelenggaraan manajemen karier dilakukan secara berkala setiap 2 (dua) tahun untuk setiap pegawai. Untuk uji kompetensi Jabatan fungsional dilakukan menyesuaikan kebutuhan kenaikan jenjang jabatan.

Kemana arah pengembangan SDM di puskesmas?

Masalah kesehatan muncul ditandai dengan rendahnya kinerja puskesmas. Kinerja puskesmas tidak dapat dilepaskan dengan keberadaan tenaga kesehatan. Pada umumnya tenaga kesehatan sudah puas dengan tugas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Mereka menyarankan peningkatan pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan kinerja individu, sedang untuk peningkatan kinerja institusi dilakukan dengan perencanaan yang sesuai dengan tuntutan pelaksanaan tugas di puskesmas. Perlu perubahan paradigma di puskesmas dan dinas kesehatan bergeser dari sistem karir konvensional yang kaku ke arah pengembangan karir yang lentur sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan untuk meningkatkan kinerja puskesmas. Kinerja puskesmas akan optimal apabila para tenaga yang bekerja di puskesmas mempunyai kemampuan yang sesuai atau dibutuhkan untuk pelaksanaan tugas pokok dan fungsi (tupoksi) maupun tugas tambahan yang diemban.

Berikut ini adalah Peran Tenaga Kesehatan sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan di Puskesmas berdasarkan: Kesesuaian Tugas Pokok dan Fungsi (tupoksi) dengan pendidikan dan keterampilan, sarana pendukung kerja kesesuaian tugas tambahan dengan pendidikan dan keterampilan, sarana pendukung kerja dan memperoleh kepuasan kerja sesuai tupoksi berpendapat



1. Peran Tenaga Kesehatan sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

tentang faktor-faktor untuk peningkatan kinerja individu dan Puskesmas seperti gambar di bawah ini

C. Pengorganisasian SDM Puskesmas

Sebelum kita membahas mengenai pengorganisasian SDM, maka kita lihat organisasi Puskesmas terlebih dahulu. Organisasi Puskesmas menurut Permenkes Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas terdiri dari:

- 1) Kepala Puskesmas; dengan kriteria sebagai berikut
 - a) berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara;
 - b) memiliki pendidikan bidang kesehatan paling rendah sarjana S-1 (strata satu) atau D-4 (diploma empat);

- c) pernah paling rendah menduduki jabatan fungsional tenaga kesehatan jenjang ahli pertama paling sedikit 2 (dua) tahun;
 - d) memiliki kemampuan manajemen di bidang kesehatan masyarakat;
 - e) masa kerja di Puskesmas paling sedikit 2 (dua) tahun; dan
 - f) telah mengikuti pelatihan manajemen Puskesmas.
- 2) Kepala sub bagian tata usaha;
- a) Penanggung jawab UKM dan keperawatan kesehatan masyarakat;
 - b) Penanggung jawab UKP, kefarmasian, dan laboratorium;
 - c) Penanggung jawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring Puskesmas;
 - d) Penanggung jawab bangunan, prasarana, dan peralatan puskesmas; dan
 - e) Penanggung jawab mutu;

Dari organisasi di atas terlihat bahwa Puskesmas memiliki tugas yang cukup banyak sehingga dibutuhkan suatu pengaturan/manajemen yang cukup baik. Pembahasan mengenai pengorganisasian SDM tidak lepas dari manajemen yaitu ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya-sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Unsur-unsur manajemen terdiri dari: *man, money, method, machines, materials* dan *market*.

Mengapa perlu pengorganisasian dalam pengelolaan SDM?

Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti halnya fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumberdaya yang dimiliki oleh organisasi (manusia dan bukan manusia) akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Apa pengertian pengorganisasian?

Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugastugas pokok, wewenang dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Berdasarkan definisi tersebut maka Fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personil, finansial, materil dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama.

Pada organisasi puskesmas, pengorganisasian sumberdaya manusia sangatlah penting karena puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan merupakan

organisasi multifungsi dengan sumberdaya manusia yang terbatas baik jumlah maupun kemampuan.

Selanjutnya Apa manfaat pengorganisasian?

Dengan mengembangkan fungsi pengorganisasian, seorang pimpinan dapat mengetahui: pembagian tugas untuk per orang dan kelompok, hubungan organisatoris antar manusia yang menjadi anggota dan staf sebuah organisasi, pendelegasian wewenang, pemanfaatan dan fasilitas fisik yang dimiliki organisasi.

Salah satu tugas pokok kepala puskesmas adalah mengatur pekerjaan staf yang diperbantukan kepadanya. Kepala puskesmas harus mengerti visi dan misi Puskesmas yang dipimpinnya dan mampu mengajak staf Puskesmas menerjemahkan visi dan misi organisasi dalam rencana strategis puskesmas dan rencana operasional masing-masing program. Seorang pimpinan puskesmas harus menjabarkan secara operasional visi dan misi puskesmas ke dalam kegiatan yang akan dilaksanakan oleh staf untuk mencapai tujuan pelayanan puskesmas.

Di sinilah pentingnya ketrampilan seorang pimpinan merumuskan strategi dan kebijakan pengembangan program sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerjanya. Untuk itu seorang kepala puskesmas harus mampu memahami karakter atau perilaku para stafnya agar dapat mempengaruhinya untuk bekerja sesuai dengan yang diinginkan organisasi, memberikan pengarahan dan pengaruh pada kegiatan-kegiatan dari sekelompok anggota yang saling berhubungan tugasnya. Aspek penting yang dapat dirumuskan dari konsep tersebut:

- 1) Adanya kelompok orang yang bekerjasama.
- 2) Adanya tujuan tertentu yang akan dicapai.
- 3) Adanya pekerjaan yang akan dikerjakan
- 4) Adanya penetapan dan pengelompokan pekerjaan.
- 5) Adanya wewenang dan tanggungjawab.
- 6) Adanya pendelegasian wewenang.
- 7) Adanya hubungan kerjasama satu sama lain
- 8) Adanya penempatan orang-orang yang akan melakukan pekerjaan.
- 9) Adanya tata tertib yang harus ditaati.

Langkah-Langkah Pengorganisasian

Enam langkah penting dalam menyusun fungsi pengorganisasian yaitu:

- 1) Tujuan organisasi harus dipahami oleh staf.
- 2) Membagi habis pekerjaan dalam bentuk kegiatan-kegiatan pokok untuk mencapai tujuan.
- 3) Mengelompokkan kegiatan pokok dalam suatu kegiatan yang praktis ke dalam elemen kegiatan.

- 4) Menetapkan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh staf & menyediakan fasilitas pendukung yang diperlukan untuk melaksanakan tugasnya.
- 5) Penugasan personel yang dipandang mampu melaksanakan tugas.
- 6) Mendelegasikan wewenang.

Terkait dengan kemampuan yang perlu dimiliki oleh kepala puskesmas maka mereka harus mengetahui fungsi pengorganisasian dalam puskesmas, yaitu bagaimana

- 1) Mengatur orang-orang yang merupakan staf atau tim kerja di puskesmas
- 2) Mengatur kegiatan yang harus dilaksanakan atau yang menjadi tanggung jawab puskesmas. Jika diperhatikan tugas puskesmas sesuai dengan amanat Permenkes 43 tahun 2019 sangatlah banyak, itu tugas utama selain itu puskesmas acapkali mendapatkan tugas-tugas tambahan yang juga penting.
- 3) Mengadakan pembagian kerja (uraian tugas masing-masing staf). Pembagian tugas menjadi penting karena tugas yang harus dikerjakan di puskesmas harus ditentukan penanggung jawabnya artinya setiap tugas menjadi tanggung jawab anggota puskesmas. Uraian tugas ini akan menyebabkan tenaga kesehatan memahami perannya dalam pelaksanaan pelayanan di puskesmas sesuai dengan visi dan misi puskesmas. Penelitian Handayani, Sopacua, Siswanto, Ma'ruf & Widjiartini (2006) menyebutkan uraian tugas sebagai salah satu item dalam kegiatan pembagian tugas di puskesmas selain jadwal kegiatan per petugas dan penanggung jawab per kegiatan. Sedangkan pembagian tugas adalah salah satu kegiatan dalam pelaksanaan dan pengendalian (P2) manajemen puskesmas.
- 4) Menempatkan orang-orang dalam organisasi. Untuk penempatan tenaga yang ada di puskesmas sesungguhnya tidaklah rumit apabila jenis dan jumlah tenaga sesuai dengan kebutuhan namun kondisi nyata bahwa sangat langka puskesmas yang memiliki tenaga sesuai dengan kebutuhan. Sesulit apapun pembagian tugas pada staf di puskesmas hal penting yang harus diperhatikan adalah menempatkan tenaga sesuai dengan kompetensinya
- 5) Menetapkan batasan-batasan wewenang. Seringkali pimpinan merasa tidak perlu menetapkan batasan dalam pelaksanaan pekerjaan karena menganggap mereka sudah paham akan hal tersebut namun kenyataannya hal tersebut sering tidak sesuai dan pada organisasi seperti puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan, batasan kewenangan mutlak hal yang harus diperhatikan agar mutu layanan kesehatan dapat dijamin.

8

RANGKUMAN

Pengelolaan SDM di Puskesmas merupakan bagian yang saling terhubung mulai dari perencanaan kebutuhan, pengembangan serta pengorganisasiannya. Perencanaan SDM Kesehatan merupakan salah satu unsur utama yang menekankan pentingnya upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelaksanaan pembangunan kesehatan khususnya di wilayah kerja Puskesmas. Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan metode standar ketenagaan minimal maupun melalui perhitungan analisis beban kerja.

SDM Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan harus memiliki kompetensi yang memadai untuk dapat melakukan tugas sesuai jabatannya masing-masing. Kompetensi dapat dikembangkan melalui Pendidikan maupun pelatihan yang dapat dilaksanakan sendiri maupun bekerja sama dengan pihak lain sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan oleh Puskesmas.

Selain peningkatan kompetensi, pengorganisasian SDM Puskesmas sangatlah penting karena puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan merupakan organisasi dengan sumberdaya manusia yang terbatas baik jumlah maupun kemampuan. Sangat penting bahwa Puskesmas mempunyai uraian tugas (*job description*) pada setiap jabatan yang diemban tenaga kesehatan. Uraian tugas ini akan menyebabkan tenaga kesehatan memahami perannya dalam pelaksanaan pelayanan di puskesmas sesuai dengan visi dan misi puskesmas. Dengan demikian penting bagi Kepala Puskesmas untuk dapat mengorganisasikan SDM di Puskesmas untuk membantu pencapaian tujuan organisasi.

9

LAMPIRAN

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK

Waktu : 45 menit

- a. Fasilitator membagi peserta menjadi 6 kelompok (5 orang/ kelompok).
- b. Masing- masing kelompok diminta untuk mendiskusikan hal dibawah ini selama 30 menit:
 1. Ambillah salah satu Puskesmas sebagai contoh dan susunlah perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan di Puskesmas.
 2. Masalah apa saja yang seringkali terjadi dalam pengorganisasian SDM di puskesmas. Bagaimana Puskesmas mengatur SDM untuk dapat melaksanakan.
- c. Fasilitator memberi kesempatan kepada 1 perwakilan kelompok (dipilih secara acak) untuk mempresentasikan hasil diskusi kelompok selama 10 menit
- d. Fasilitator memberi masukan/ klarifikasi langsung terhadap hal-hal yang masih dirasa kurang tepat setelah presentasi dan tanya jawab selesai selama 5 menit sekaligus merangkum secara keseluruhan atas hasil presentasi

10

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang – Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara
2. Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
3. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
4. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2017 tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan
9. PermenPANRB Nomor 13 Tahun 2019 tentang Pengusulan Penetapan Dan Pembinaan Jabatan Fungsional PNS
10. Kementerian Kesehatan (2015). Buku Manual 1 Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan Berdasarkan Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK Kes).
11. Modul Pelatihan Manajemen Puskesmas
12. Notoatmojo S. 2003. Pengembangan sumber daya manusia. Rineka Cipta, Jakarta. Murti B. 2006. Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan. Gajah Mada University Press, Yogyakarta



Sarana Prasarana Alat

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

7b

URAIAN MATERI POKOK 2

PENGELOLAAN ALAT DAN SARANA PRASARANA DI PUSKESMAS

Kesehatan sebagai investasi sangat berkaitan dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI). Saat ini kualitas pertumbuhan pembangunan bangsa Indonesia belum menggembirakan. Laporan UNDP 2005 menempatkan Indonesia berada pada urutan ke 110 dari 177 negara, di mana hanya satu tingkat di atas Uzbekistan dan dua tingkat di bawah Vietnam.

Dengan demikian masalah pembangunan di Indonesia masih sangat kompleks. IPM Indonesia masih rendah dan IKM Indonesia juga masih tinggi. Derajat kesehatan masyarakat sangat mempengaruhi IPM maupun IKM. Meskipun pembangunan kesehatan yang telah kita laksanakan secara bertahap dan berkesinambungan, telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan cukup bermakna, namun kita masih menghadapi berbagai masalah dalam pembangunan kesehatan.

Masalah pokok yang dihadapi dewasa ini dan ke depan adalah :

1. Status kesehatan masyarakat masih rendah, terutama pada masyarakat lapisan bawah atau masyarakat miskin. Dari data yang ada dapat dikemukakan bahwa kematian bayi pada kelompok masyarakat termiskin adalah sekitar 3,5 kali lipat lebih tinggi dari kematian bayi pada kelompok masyarakat terkaya. Belum lagi dialat Kesehatanritis status kesehatan antar wilayah, yaitu antar antar perdesaan dan perkotaan, antar daerah maju dengan daerah tertinggal/terpencil.
2. Angka kesakitan dan kematian karena penyakit infeksi atau menular masih tinggi. Di lain pihak angka kesakitan penyakit degeneratif mulai meningkat. Di samping itu kita juga menghadapi berbagai masalah kesehatan akibat bencana. Oleh karena itu kita menghadapi beban ganda atau double burden, bahkan "multiple burden" dalam pembangunan kesehatan.
3. Masalah pokok lainnya dalam pembangunan kesehatan adalah pemerataan, keterjangkauan atau akses pelayanan kesehatan yang bermutu/berkualitas masih rendah. Masalah akses pelayanan kesehatan oleh masyarakat, dapat disebabkan karena geografi, ekonomi, dan ketidaktahuan masyarakat.
4. Berkaitan dengan masalah akses dan mutu pelayanan kesehatan, alat kesehatan yang belum terkalibrasi di fasilitas kesehatan yang merupakan persyaratan akreditasi puskesmas masalah kurangnya tenaga kesehatan yang berkompetensi dan penyebarannya yang tidak sesuai dengan kebutuhan di lapangan juga merupakan masalah yang pelik. Pelayanan kesehatan di daerah tertinggal,

daerah terpencil, dan daerah perbatasan masih kurang dapat dilayani oleh tenaga elektromedik yang memadai.

5. Kurangnya tenaga Pemeliharaan Alat Kesehatan di kabupaten/kota yang memenuhi kriteria, yang akses langsung pada mutu pelayanan kesehatan, khususnya di puskesmas

Masalah yang dapat kita kategorikan sebagai tantangan adalah berkaitan dengan kebijakan FKTP yang mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan khususnya Puskesmas harus di akreditasi untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan. Berbagai permasalahan yang dihadapi antara lain :

- a. Belum tersedianya Sumberdaya manusia dalam pemeliharaan Alat Kesehatan di Puskesmas.
- b. Berbedanya persepsi para pelaku pembangunan kesehatan terhadap sarana, prasana dan alat kesehatan.
- c. Masih rendahnya ketersediaan Alat Kesehatan sebagai penunjang pelayan kesehatan yang berkualitas.
- d. Masih terbatasnya kapasitas pengelolaan Alat kesehatan di daerah. Hal ini ditunjukkan masih belum terpenuhi ketersediaan tenaga elektromedik di fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten/kota, baik dari segi jumlah, maupun segi profesionalisme.

A. Pengelolaan Sarana Prasarana Alat Kesehatan (SPA) di Puskesmas secara Umum

Kerangka Konsep



a. Pengertian

- 1) Pedoman manajemen SPA Di Puskesmas
Pengelolaan peralatan medis ini adalah memberi acuan langkah dan tindakan yang diperlukan dalam pengelolaan peralatan medis dari mulai perencanaan, pengadaan, instalasi dan penerimaan, penggunaan, pemeliharaan dan penghapusan.
- 2) Penilaian Teknologi
Analisa untuk menentukan jenis dan teknologi peralatan medis yang dipilih di antara beberapa pilihan teknologi peralatan medis untuk memenuhi pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Pemeliharaan
Suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk menjaga peralatan medis bermutu, aman dan laik pakai.
- 4) Penghapusan
Tindakan menghapus Barang Milik Negara dari daftar barang dengan menerbitkan surat keputusan dari pejabat yang berwenang untuk membebaskan Pengguna dan atau Kuasa Pengguna Barang dan atau Pengelola Barang dari tanggung jawab administrasi dan fisik barang yang berada dalam penguasaannya.
- 5) Pengujian
Keseluruhan tindakan yang meliputi pemeriksaan fisik dan pengukuran satu atau lebih sifat, karakteristik dari suatu produk, proses, output untuk membandingkan hasil pengujian dari alat ukur dengan standar untuk satuan ukuran yang sesuai guna menetapkan sifat ukurnya atau menentukan besaran atau kesalahan pengukuran.
- 6) Kalibrasi
Kalibrasi adalah memastikan hubungan antara besaran yang ditunjukkan oleh suatu alat ukur atau sistim pengukuran atau besaran yang diabadikan pada suatu bahan ukur dengan besaran yang sebenarnya dari besaran yang diukur.
- 7) Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Suatu alat dan /atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.

8) Standar Prosedur Operasional (SPO)

Suatu set instruksi yang memiliki kekuatan sebagai suatu petunjuk yang mencakup hal-hal dari operasi yang memiliki prosedur pasti atau terstandardisasi, tanpa kehilangan keefektifannya.

9) Uji Coba

Pengujian alat secara keseluruhan, melalui uji bagian-bagian alat dengan beban sebenarnya (misalnya pasien), setelah uji fungsi dilakukan dengan hasil baik. Uji coba dilaksanakan oleh operator yang telah dilatih, untuk membiasakan penggunaan alat sesuai prosedur kerjanya dalam waktu tertentu atau berdasarkan jumlah pemakaian.

10) Uji Fungsi

Pengujian alat kesehatan secara keseluruhan, melalui uji bagian-bagian alat dengan kemampuan maksimum (secara teknis saat itu) tanpa beban sebenarnya, sehingga dapat diketahui kinerja dan kemampuan alat dalam hal fungsi komponen dan keluaran. Uji fungsi dilaksanakan sebelum alat diterima oleh Panitia Penerima Barang.

11) Uji Keselamatan

Uji keselamatan adalah suatu bentuk pengujian yang dilakukan terhadap produk untuk memperoleh kepastian tidak adanya bahaya yang ditimbulkan sebagai akibat penggunaan produk tersebut.

12) Recall

Suatu tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pada suatu alat kesehatan, bila tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku atau dapat menyebabkan suatu bahaya pada penggunaannya. Suatu produk yang ditarik dari peredaran, akan diteliti ulang oleh produsen sehingga dapat ditentukan apakah produk tersebut akan diperbaiki atau di musnahkan.

13) Izin Produksi

Izin untuk melakukan kegiatan atau proses menghasilkan, menyiapkan, mengolah, dan/atau mengubah bentuk alat kesehatan.

14) Izin Edar

Izin yang diberikan kepada perusahaan untuk produk alat kesehatan, yang akan diimport, digunakan dan/atau diedarkan di wilayah Republik Indonesia, berdasarkan penilaian terhadap mutu, keamanan dan kemanfaatan.

15) Izin Distribusi/Penyalur

Izin untuk melakukan kegiatan distribusi dan pengendalian mutu yang bertujuan untuk menjamin agar produk alat kesehatan yang didistribusikan senantiasa memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai tujuan penggunaannya.

16) Alat Kesehatan

Adalah bahan, instrumen, apparatus, mesin, implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

17) Peralatan Medik

Adalah peralatan yang digunakan untuk keperluan diagnosa, terapi, rehabilitasi dan penelitian medik baik secara langsung maupun tidak langsung.

18) Puskesmas

Adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat

19) Bangunan Puskesmas

Adalah Gedung yang di gunakan untuk pelayanan kesehatan primer

20) Ruang

Adalah sekumpulan ruangan pelayanan

21) Ruangan

Adalah ruangan terletak di dalam ruang

22) Alat Kesehatan

Adalah Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk inventarisasi data sarana, prasarana dan alat kesehatan yang ada di Rumah Sakit dan Puskesmas.

23) Pengoperasian

Adalah langkah-langkah yang dilakukan agar alat dapat difungsikan dengan benar sesuai dengan prosedur, dengan pengoperasian alat medis yang benar, maka diharapkan dapat memperpanjang umur peralatan dan mengurangi tingkat kerusakan

24) Pemantauan

Adalah kegiatan untuk memastikan bahwa peralatan medik yang ada dalam kondisi laik dan siap pakaiperawatan serta puskesmas di wilayah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan seperti di bawah ini.

B. Perencanaan Sarana Prasarana Alat Kesehatan (SPA)

a. Perencanaan dan Penilaian Kebutuhan

1) Penilaian Kebutuhan

Penilaian kebutuhan (*need assessment*) adalah proses untuk menentukan dan mengatasi kesenjangan antara situasi atau kondisi saat ini dengan situasi atau kondisi yang diinginkan. Penilaian kebutuhan adalah kegiatan strategis dan merupakan bagian dari proses perencanaan Alat Kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan atau memperbaiki kekurangan pelayanan kesehatan. Penilaian kebutuhan Alat Kesehatan pada dasarnya dimaksudkan untuk pemenuhan standar pelayanan di Puskesmas sesuai kemampuan / klasifikasi Puskesmas, penggantian Alat Kesehatan dan pengembangan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat atau perkembangan teknologi. Penggantian peralatan medis selain dilakukan karena faktor:

- a) Perkembangan teknologi
- b) Kesesuaian terhadap standard keselamatan/regulasi
- c) Biaya pemeliharaan yang tinggi (batas biaya pemeliharaan)
- d) Ketersediaan suku cadang
- e) Kesesuaian dengan Pelayanan kesehatan
- f) Pelaksanaan Penilaian Kebutuhan Alat Kesehatan

Ditatur dalam standar prosedur operasional memuat:

- ✓ Peran para pihak terkait pengguna, pemelihara dan kepala Puskesmas.

g) Tahap Perencanaan

Tim Perencanaan kebutuhan melakukan penilaian kebutuhan, tim perencanaan membutuhkan data dan informasi sebagai berikut:

- ✓ Inventori Alat Kesehatan meliputi:
 1. Jenis
 2. Spesifikasi
 3. Jumlah
 4. Harga
 5. Tahun pengadaan Kondisi Alat Kesehatan
- ✓ Kualitas Alat Kesehatan meliputi:
 1. Frekuensi kerusakan
 2. Lama perbaikan
 3. Suku cadang
 4. Biaya pemeliharaan.
- ✓ Kinerja Alat Kesehatan

1. Data pemanfaatan
2. Kapasitas alat sesuai spesifikasi.

Pada Puskesmas yang telah operasional pemenuhan standar dibutuhkan data inventarisasi peralatan tiap unit pelayanan seperti IGD, Pelayanan Ibu dan anak (GKIA), Pelayanan Umum dan Rawat Inap jika tersedia, dan unit pelayanan lainnya.

h) Penganggaran

Anggaran dan keuangan untuk pemenuhan, penggantian atau pengembangan, pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan Alat Kesehatan. Untuk puskesmas, anggaran bisa bersumber dari:

- ✓ Pendapatan Nasional Bukan Pajak (PNBP)
- ✓ Pendapatan Puskesmas (BLU)
- ✓ DAK dan BOK (APBN).
- ✓ Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).
- ✓ Anggaran lain sumber (bantuan hibah, bantuan sponsor).

Seluruh sumber anggaran di atas, untuk memenuhi kebutuhan pemenuhan dan penggantian peralatan dalam pelayanan kesehatan harus masuk di dalam perencanaan atau RAB (rencana anggaran belanja) Puskesmas setiap tahunnya

i) Prioritas Pemenuhan Kebutuhan

Tidak selamanya hasil dari penilaian kebutuhan Pelayanan Kesehatan dapat direalisasikan semuanya, keterbatasan anggaran menjadi kendala dalam pemenuhan tersebut dikarenakan pendapatan kemampuan dana yang terbatas, maka perencanaannya difokuskan kepada peralatan medis prioritas yang disesuaikan dengan kriteria pada setiap Puskesmas diantaranya adalah sebagai berikut:

- ✓ Tingkat utilitas
Merupakan tingkat penggunaan atau pemakaian Alat Kesehatan pada pelayanan. Hal ini terkait dengan terhadap banyaknya kebutuhan peralatan tersebut sehingga akan berpengaruh pada tingkat pelayanan dan penghasilan Puskesmas
- ✓ Pemenuhan Pelayanan
Pemenuhan pelayanan kesehatan di puskesmas harus di pertimbangkan dengan Permenkes 75 tahun 2015
- ✓ Pengembangan Pelayanan
Pengembangan pelayan di Puskesmas dari non rawat nginap menjadi rawat nginap

b. Program Perencanaan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan

Kepala Puskesmas, dibantu dengan staf teknis dan staf penanggung jawab SPA menyusun program rencana kerja dapat dibagi menjadi 2 program yaitu:

- 1) Program rencana kebutuhan dan pemenuhan SPA dalam mendukung kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dalam jangka panjang 5

tahunan disusun berdasarkan rencana strategi (Renstra) yang didalamnya terdapat:

- a) Visi, misi, tujuan dan sasaran yang akan dicapai.
 - b) Menganalisa kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman, yang digambarkan dalam grafik TOWS, untuk mengetahui posisisatuan kerja pada posisi kuadran berapa, sehingga satuan kerja/ organisasi dapat menyusun strategi untuk mencapai pada visi yang sudah ditentukan.
 - c) Menentukan Peta strategi yang disusun dengan menggunakan balance scorecard yang arahnya pada kepuasan pelanggan, dan pada posisi penggunaan keuangan yang efisien, untuk mencapai itu internal bisnis prosesnya harus di dukung dengan sistim pembelajaran yang diperkuat dengan SDM yang kompeten dan komitmen, sarana prasarana alat kesehatan dengan regulasi.
 - d) Sasaran strategi di petakan, maka disusun kunci indikator kinerja yang diuraikan untuk kunci keberhasilan dari segi kepuasan pelanggan, segi keuangan, internal bisnis proses dan keberhasilan pemenuhan sistem pemebelajaran dan pertumbuhan. Kunci indikator kerja ini ditentukan target yang akan dicapai pada program setiap tahunnya selama lima tahun.
- 2) Program rencana kebutuhan dan pemenuhan SPA dalam mendukung kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas jangka pendek disusun berdasarkan program jangka panjang yang disusun. Program secara tahunan berisi rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dan disusun secara rinci yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan organisasi atau satuan kerja. Isi dalam suatu program adalah :
- a) Pendahuluan
Yang ditulis dalam pendahuluan adalah hal-hal yang bersifat umum yang masih terkait dengan program.
 - b) Latar Belakang
Latar belakang adalah merupakan justifikasi atau alasan mengapa program tersebut disusun. Sebaiknya dilengkapi dengan data-data sehingga alasan diperlukannya program tersebut dapat lebih kuat.
 - c) Tujuan Umum dan Khusus
Tujuan disini adalah merupakan tujuan program. Tujuan umum adalah tujuan secara garis besarnya, sedangkan tujuan khusus adalah tujuan secara rinci.
 - d) Kegiatan Pokok dan Rinci Kegiatan
Kegiatan pokok dan rincian kegiatan adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya program tersebut. Karena itu antara tujuan dan kegiatan harus berkaitan dan sejalan.
 - e) Cara Melaksanakan Kegiatan

Cara melaksanakan kegiatan adalah metode untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan. Metode tersebut bisa antara lain dengan melakukan rapat, melakukan audit, dan lain-lain.

f) Sasaran

Sasaran program adalah target per tahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan program. Sasaran program menunjukkan hasil antara yang diperlukan untuk menetralsir tujuan tertentu

c. Usulan Perencanaan Pengadaan SPA

Usulan Perencanaan harus mempunyai dasar pertimbangan dari pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Kepala puskesmas mengajukan perencanaan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Usulan Perencanaan Pengadaan SPA

NO	JENIS SPA	JUMLAH	KEBUTUHAN STANDAR	KEKURANGAN
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
DST				

Tabel Usulan berdasarkan kebutuhan

NO	JENIS ALAT	JUMLAH	KONDISI			KEBUTUHAN	KEKURANGAN
			R RINGAN	R SEDANG	R BERAT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							

5							
6							
7							
8							
9							
DST							

Tabel Usulan berdasarkan Kondisi SPA

NO	JENIS ALAT	JUMLAH	KAPASITAS LAYANAN		KEBUTUHAN LAYANAN	KEKURANGAN
			ALAT	JUMLAH		
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
DST						

Tabel Usulan Perencanaan Berdasarkan Beban Kapasitas SPA

Pengusulan perencanaan didasarkan atas kebutuhan di puskesmas. Dalam pengusulan tersebut dapat menggunakan data ketersediaan SPA yang telah terdata di puskesmas. Data mengenai ketersediaan SPA di puskesmas saat ini dapat diperoleh melalui aplikasi ASPAK.

Dalam aplikasi ASPAK memuat mengenai ketersediaan SPA dibandingkan dengan standarnya. Gap antara ketersediaan SPA dengan standarnya diajukan sebagai perencanaan.

Selain itu, dalam ASPAK memuat juga keterangan mengenai kondisi dari ketersediaan SPA apakah dalam kondisi berfungsi baik atau mungkin rusak. Keterangan mengenai usia dari SPA yang ada dapat juga dijadikan dasar untuk pengajuan perencanaan seperti kondisi bangunan, kondisi prasarana ambulan atau puskesmas keliling yang sudah tua (berusia lebih dari 10 tahun). Demikian juga untuk kondisi alat kesehatan yang sudah memiliki waktu pakai lama dapat diusulkan dalam perencanaan.

d. Usulan Anggaran Biaya Pemeliharaan

Usulan anggaran rencana anggaran biaya Kepala puskesmas menyesuaikan dengan data SPA yang akan dipelihara dan membuat estimasi tiap-tiap SPA secara rinci, jika kurang jelas akan dibantu oleh RMC dalam pembuatannya. Usulan anggaran biaya pemeliharaan di tujukan ke Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, dan Dinas kesehatan kabupaten/kota:

- 1) Memberi Persetujuan
 - a) Menjelaskan Sumber anggaran
 - b) Pelaksana Pemeliharaan
 - c) Waktu pelaksanaa
 - d) DII
 - e) Tidak menyetujui/ Tunda

- 2) Usulan Perencanaan Perbaikan

Usulan anggaran rencana anggaran biaya Perbaikan SPA Kepala puskesmas menyesuaikan dengan data SPA yang akan di perbaikan dan membuat estimasi tiap-tiap SPA secara rinci. Usulan anggaran biaya perbaikan di tujukan ke Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, dan Dinas kesehatan kabupaten/kota:

- a) Memberi Persetujuan
- b) Menjelaskan Sumber anggaran
- c) Pelaksana Perbaikan
- d) Waktu pelaksanaan
- e) DII

- 3) Usulan Perencanaan Kalibrasi

Usulan anggaran rencana anggaran biaya Kalibrasi SPA Kepala puskesmas menyesuaikan dengan data SPA yang akan di dikalibrasi dan membuat estimasi tiap-tiap SPA secara rinci, jika kurang jelas akan dibantu oleh RMC dalam pembuatannya. Usulan anggaran biaya perbaikan di tujukan ke Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, dan Dinas kesehatan kabupaten/kota:

- a) Memberi Persetujuan
- b) Menjelaskan Sumber anggaran
- c) Pelaksana Kalibrasi
- d) Waktu pelaksanaan
- e) DII

Pemerintah daerah berwenang merencanakan kebutuhan SPA sesuai dengan kebutuhan daerahnya. Kewenangan merencanakan kebutuhan SPA tetap memperhatikan pengaturan dan pembinaan standar yang berlaku secara nasional. Perencanaan kebutuhan sediaan SPA merupakan proses yang terpadu antara *stakeholder* terkait diantaranya penanggung jawab SPA, penanggung jawab program kesehatan, dan pelaksana pelayanan Kesehatan.

C. Pemeliharaan Sarana Prasarana Alat Kesehatan (SPA)

a. Pemeliharaan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan

Pemeliharaan Alat Kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan agar Alat Kesehatan selalu dalam kondisi laik pakai, dapat difungsikan dengan baik dan menjamin usia pakai lebih lama. Dalam manajemen pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Alat kesehatan terdapat berbagai kriteria dan alat kesehatan yang berkaitan dengan pemeliharaan.

Dalam melaksanakan kegiatan pemeliharaan ini perlu dibangun sistem pemeliharaan yang digambarkan pada grafik gambar tentang siklus membangun sistem pemeliharaan. Sistem pemeliharaan terdiri dari sisi input, proses tahapan kegiatan output dan outcome yang diharapkan yakni alat laik pakai (aman digunakan, akurat dan handal serta efektif, efisien dan utilisasi meningkat).



Gambar

Konsep Membangun Sistem Pemeliharaan Alat Kesehatan

1) Pemeliharaan Terencana

Pemeliharaan Terencana adalah pemeliharaan yang sudah terjadwal sesuai dengan jenis kegiatannya seperti;

a) Kegiatan inspeksi

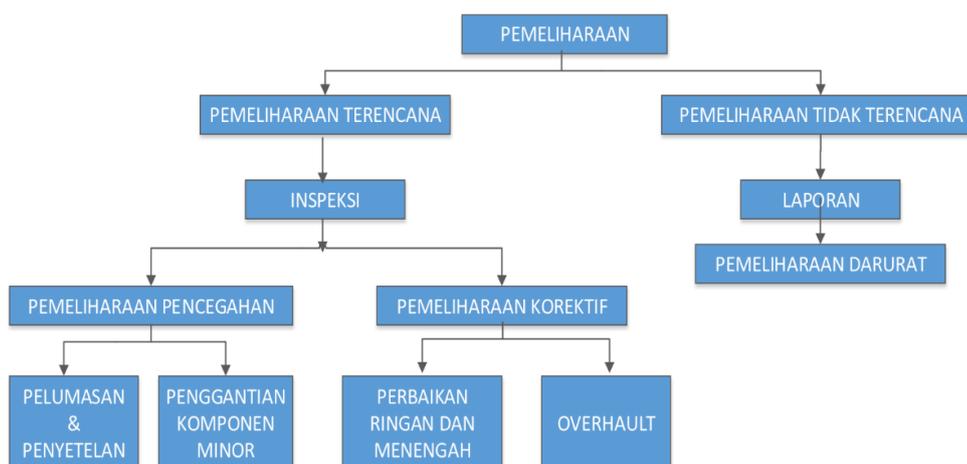
yaitu kegiatan mengecek Alat kesehatan sebelum di operasionalkan atau digunakan kepada kepada pasien.

b) Kegiatan pemeliharaan preventif.

Dimana kegiatan ini Alat kesehatan harus di bersihkan, diberikan pelumasan, penyetelan, penggantian komponen yang minor dan tidak sampai melakukan perbaikan dan *overhaul*,

c) Kegiatan pemeliharaan korektif

Kegiatan pemeliharaan dengan melakukan kebersihan dengan penggantian komponen yang besar sehingga dapat dinyatakan kegiatan perbaikan sampai *overhaul*.



Gambar. Diagram Alir Pemeliharaan

2) Pemeliharaan Tidak Terencana

Pemeliharaan tidak terencana adalah kegiatan pemeliharaan yang tidak terjadwal akibat sarana, prasarana dan alat kesehatan yang sedang digunakan mengalami kerusakan akibat pemeliharaan pencegahan/preventif tidak berjalan dengan baik. Jenis kegiatan pemeliharaan darurat ini harus diminimalisir agar prinsip efisiensi dan efektifitas dapat diwujudkan.

b. Pembuatan jadwal Pemeliharaan

Pemeliharaan preventif adalah kegiatan pemeliharaan yang dilakukan secara terjadwal dan terencana dilakukan tergantung hasil assessment kebutuhan pemeliharaan setiap alat minimal 2 kali dalam setahun setiap alat. Contoh jadwal Pemeliharaan:

No	KEGIATAN POKOK	BULAN											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Menyusun daftar inventaris sarana, prasarana dan alat kesehatan	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X	x	X
2	Perencanaan pemeliharaan sarana, prasarana dan alat kesehatan										X	x	X
3	Pelaksanaan kegiatan pemeliharaan SPA	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X	x	X

4	Menyusun laporan dan evaluasi pemeliharaan			x				x			x		X
5	Monitoring dan evaluasi kegiatan pemeliharaan	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X	x	X

c. Kegiatan Pemeliharaan

1) Persiapan Operasional

Langkah-langkah yang dilakukan terhadap suatu Alat Kesehatan sebelum digunakan untuk tindakan pelayanan, dengan mempersiapkan assesori, maupun bahan operasional agar alat siap dioperasikan. Persiapan ini dilakukan sebelum alat dihubungkan dengan catu daya.

2) Pemanasan

Langkah-langkah yang dilakukan oleh pengguna terhadap Alat Kesehatan, sebelum melakukan pelayanan.

- a) Menghubungkan Alat dengan catu daya
- b) Memberikan waktu yang cukup agar komponen Alat yang perlu aliran listrik/pemanasan terpenuhi
- c) Melakukan pengecekan fungsi tombol, selector, indikator, alarm, system pergerakan dan pengereman.
- d) Pelaksanaan
- e) Langkah-langkah yang harus dilakukan terhadap alat selama melakukan pelayanan, agar tercapai hasil yang optimal. Tata cara pengoperasian yang harus tersedia pada setiap Alat Kesehatan dan dipahami dengan baik oleh pengguna alat.

3) Pengemasan dan penyimpanan

- a) Langkah-langkah ini dilakukan terhadap Alat Kesehatan setelah selesai melakukan pelayanan, agar Alat Kesehatan selalu siap untuk pelayanan.
- b) Pengguna alat harus wajib mencatat beban kerja alat setiap hari pemakaian.
- c) Dokumentasikan oleh penanggung jawab Alat Kesehatan

d. Operasional/Penggunaan yang benar

Peralatan kesehatan di puskesmas pada umumnya adalah peralatan kesehatan sederhana. Pemakaian peralatan tersebut kebanyakan telah diajarkan pada waktu petugas puskesmas masih dalam pendidikan. Walaupun demikian untuk dapat menggunakan peralatan tersebut secara baik, pada mulanya perlu bimbingan dari petugas yang sudah berpengalaman/senior.

Bagi peralatan dengan tipe baru atau mempunyai kompleksitas/ kecanggihannya perlu pelaksanaan pelatihan/penjelasan bagi petugas. Misalnya : peralatan rantai dingin (*cold chain*), mikroskop, alat kesehatan gigi, meja operasi, sterilisator uap, vacuum ekstraksi, alat resusitasi dan lain-lain. Dan pada lampiran buku pedoman ini dijelaskan beberapa cara pengoperasian peralatan kesehatan yang baik dan benar, karena pemakaian yang kurang tepat dapat merusak alat.

Penggunaan peralatan kesehatan yang baik dan benar menjadi bagian dan salah satu dari unsur pemeliharaan kesehatan. Pentingnya suatu petunjuk operasional/penggunaan sangat membantu pengguna (*user*) dalam menggunakan peralatan kesehatan tersebut. Karena tidak selamanya tenaga kesehatan yang sudah terampil akan tetap atau selalu yang akan menggunakan alat tersebut, mutasi ataupun rotasi sering terjadi didalam suatu pelayanan kesehatan. Sehingga sangat dibutuhkan bagi mereka yang belum berpengalaman dalam menggunakan peralatan tersebut bila sudah tertulis tata cara ataupun Standar Operasional Prosedur (SOP)nya. Sehingga kerusakan alat kesehatan karena salahnya penggunaan dapat diminimalisir. Terlampir beberapa cara penggunaan peralatan kesehatan di Puskesmas yang baik dan benar.

e. Pembersihan dan Sterilisasi

Pelaksanaan pembersihan dan sterilisasi bertujuan agar mencegah terjadinya infeksi dan penularan suatu alat kesehatan kepada pasien ataupun pengguna(*user*) serta memelihara alat agar tetap terjaga kebersihannya dan siap pakai.

Pembersihan dan sterilisasi adalah mutlak harus dilakukan bila suatu peralatan kesehatan selesai dipergunakan, apakah itu yang bersifat hanya pembersihan saja ataupun pensterilan melalui alat tertentu.

Untuk menjadi perhatian bagi tenaga pembersih peralatan kesehatan harus pakai alat pelindung diri(APD) seperti sarung tangan tebal, penutup mulut, pelindung mata, dll. Hal ini untuk mencegah terjadinya penularan penyakit terhadap pengguna atau tenaga pembersih tersebut. Untuk tata cara sterilisasi dapat mengacu pada pedoman pencegahan infeksi (PI) yang ada, serta dituangkan kedalam Standar Operasional Prosedur (SOP).

f. Penyimpanan

Selain hal tersebut penyimpanan peralatan kesehatan yang baik dan benar menjadi salah satu bagian dalam pelaksanaan suatu pemeliharaan. Hal ini disebabkan karena salah atau kurang tepatnya cara ataupun tempat

penyimpanan akan berdampak pada kinerja alat kesehatan tersebut. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan penyimpanan yaitu:

- 1) Cara menyimpan (menutup, melipat, menggulung, dll)
- 2) Tempat penyimpanan (untuk alat-alat tertentu memerlukan tempat khusus)
- 3) Melindungi alat-alat tertentu, seperti gunting ujung tajam, pisau/scalpel sisi tajamnya, dll.

g. Membuat Jadwal Kalibrasi

Menyusun daftar SPA yang wajib dikalibrasi dan dokumen kalibrasi sudah habis masa berlaku, segera menyusun jadwal dan mengajukan ke Sisterlab melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

h. Perbaikan

Petugas puskesmas mengidentifikasi peralatan kesehatan yang rusak dicatat dalam buku bantu.

Tindakan puskesmas terhadap alat yang rusak adalah:

- 1) Alat yang masih dapat diperbaiki

Apabila alat yang rusak masih dapat diperbaiki, dipertimbangkan apakah :

- Alat dapat diperbaiki oleh puskesmas.
Kerusakan ringan untuk alat – alat tertentu dapat diperbaiki oleh puskesmas dengan system swakelola sesuai aturan yang berlaku

- Alat tidak dapat diperbaiki oleh puskesmas.

Alat tersebut dapat dibedakan:

- a) Alat kecil (*Portable*):

Puskesmas mengirim alat tersebut ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan surat pengantar permintaan bantuan perbaikan. Apabila sudah diperbaiki, alat tersebut dikembalikan kembali ke puskesmas.

- b) Alat besar :

Untuk alat yang besar, seperti kursi gigi (dental unit), meja operasi, dan lain-lain, yang sulit dibawa ke kabupaten, puskesmas dapat langsung menghubungi atau mengirim surat ke dinas kesehatan kabupaten/kota untuk meminta bantuan teknisi datang ke puskesmas memperbaiki alat tersebut.

- Alat rusak berat yang tidak bisa diperbaiki

Apabila ada alat yang rusak dan tidak dapat diperbaiki (pernyataan dari teknisi) maka puskesmas melakukan pencatatan kedalam buku bantu alat yang rusak (contoh form terlampir). Tindakan selanjutnya membuat laporan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.

D. Pengadaan

Pengadaan peralatan kesehatan dilakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pemenuhan dan ketersediaan peralatan kesehatan di Puskesmas harus

memenuhi syarat keamanan, kemudahan dan kenyamanan sesuai standar pelayanan kesehatan di Puskesmas dan kesesuaian kebutuhan pelayanan.

Persyaratan pemenuhan keamanan, kemudahan dan kenyamanan antara lain:

1. Diletakkan diposisi yang sesuai dengan tujuannya, tanpa menyebabkan dampak negatif pada pelayanan kesehatan dan suasana sekitar serta lingkungan pelayanan
2. Instalasi penggunaan dan kinerja peralatan kesehatan di Puskesmas harus memenuhi kualifikasi teknis dan pelayanan kesehatan
3. Peralatan kesehatan tertentu dikalibrasi sesuai peraturan yang berlaku
4. Peralatan kesehatan aman pada saat digunakan untuk petugas dan pelayanan kesehatan
5. Setiap perencanaan alat kesehatan di Puskesmas dengan pelayanan dasar sesuai dengan peraturan yang berlaku dan kebutuhan masyarakat
6. Spesifikasi peralatan kesehatan harus sesuai dengan tingkat pelayanannya

a. **Penyiapan Spesifikasi**

Spesifikasi peralatan kesehatan disusun memperhatikan kebutuhan pelayanan kesehatan di puskesmas dan kesesuaian/perkembangan teknologi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain:

- 1) Ijin edar
- 2) Kebutuhan sarana (bangunan/ruangan)
- 3) Kebutuhan prasarana (listrik, air, gas)
- 4) Ketersediaan suku cadang
- 5) Biaya operasional (listrik, bahan habis pakai)
- 6) Kebutuhan pra-instalasi (pekerjaan sipil, listrik khusus, perpipaan dan komponen pengaman/keselamatan)
- 7) Dan lain-lain.

Spesifikasi dapat menggunakan e-katalog jika ada yang sesuai dengan kebutuhan. Apabila spesifikasi yang digunakan tidak terdapat dalam e-katalog, maka harus membuat justifikasi kebutuhan alat tersebut (berupa telaahan secara teknis).

b. **Langkah – Langkah Penyusunan Spesifikasi**

- 1) Dalam menyusun usulan kebutuhan peralatan kesehatan minimal harus mencantumkan spesifikasi umum untuk kebutuhan peralatan kesehatan dan spesifikasi secara khusus/detil untuk peralatan kesehatan tertentu bila dibutuhkan (contoh: untuk Tensimeter; dengan Spesifikasi Umum : Air Raksa/Digital/anaeroid, *Portable/wallmount/mobile*); Tensimeter, dengan spesifikasi khusus : ukuran manset, dewasa/anak/bayi, ukuran tekanan 0 – 200 mmHg, dilengkapi dengan buku manual, masa waktu purna jual/garansi)
- 2) Masukkan nilai masing-masing parameter untuk setiap jenis alat kesehatan

yang ditawarkan sesuai kebutuhan pengguna.

- 3) Nilai parameter dapat dibuat tetap atau dengan nilai tertentu jika memiliki dasar yang kuat (justifikasi klinis) terhadap pemilihan parameter tersebut.
- 4) Lakukan pengumpulan data spesifikasi peralatan kesehatan dari beberapa merk yang beredar di Indonesia.
- 5) Membandingkan parameter yang dibutuhkan dengan informasi ketersediaan spesifikasi berdasarkan penawaran dari distributor (pemilik ijin edar alkes)

c. Penyusunan HPS

Penyusunan Harga Perkiraan Sendiri (HPS) atau *Owners Estimate* (OE) didasarkan pada data harga pasar setempat yang diperoleh berdasarkan hasil survei menjelang dilaksanakannya pengadaan, dan untuk selanjutnya dapat mengikuti peraturan yang berlaku tentang pengadaan barang/jasa pemerintah.

E. Penerimaan

Fungsi penerimaan peralatan kesehatan di puskesmas adalah menerima peralatan yang menyangkut aspek-aspek pemeriksaan agar berfungsi dengan baik sebelum digunakan dalam rangka menjamin tersedianya peralatan kesehatan yang bermutu, aman dan laik pakai serta diadministrasikan dengan baik dan benar.

a. Penerimaan dan pemeriksaan

Suatu rangkaian kegiatan dalam menerima peralatan puskesmas dari penyedia barang, pengadaan sendiri, Pemerintah Pusat, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan pihak lainnya. Alat yang diterima harus diperiksa kelengkapannya baik jenis, jumlah dan kondisinya serta sesuai dengan dokumen yang menyertainya (spesifikasi).

b. Kegiatan penerimaan dan pemeriksaan alat

- 1) Kepala puskesmas menunjuk staf untuk penerimaan dan menyiapkan tempat penyimpanan.
- 2) Alat yang baru diterima langsung diperiksa oleh Kepala Puskesmas atau staf yang ditunjuk.
- 3) Pemeriksaan dilakukan dengan memeriksa dokumen pengiriman barang (Surat Bukti Barang Keluar yang dilengkapi dengan spesifikasi dan harga). Terlampir.
- 4) Kepala Puskesmas atau staf yang ditunjuk memeriksa atau meneliti surat pengantar, jenis dan jumlah alat, kemasan, jumlah harga dan lain-lain.
- 5) Kepala Puskesmas atau staf yang ditunjuk memeriksa keadaan alat, untuk memastikan bahwa alat dalam keadaan baik, yang dipastikan dengan melakukan uji fungsi dan uji coba oleh penyedia disaksikan oleh pengguna. Jika dalam keadaan rusak, penerima barang boleh menolak.

F. Inventarisasi dan Laporan

a. Inventarisasi

Inventori merupakan data detil alat kesehatan yang berkaitan dengan aspek teknis maupun administrasi setiap tipe/model Peralatan Medis. Inventori harus selalu dikelola/update sehingga data yang terdapat dalam inventori merupakan kondisi terkini. Inventori dapat memberikan informasi sebagai berikut:

- ❖ *Technical assessment*, merek dan tipe peralatan beserta jumlah dan status kondisi peralatan.
- ❖ Memberikan informasi dasar untuk pengelolaan aset, termasuk membantu penjadwalan pemeliharaan preventif, penelusuran pemeliharaan, perbaikan, dan penarikan kembali/*recall*.
- ❖ Memberikan informasi keuangan guna mendukung penilaian budget dan ekonomi.

1) Lingkup Inventori

Untuk pengelolaan alat kesehatan tidaklah harus semua dimasukkan ke dalam inventori, tetapi sebaiknya dilakukan pembatasan/prioritas item-item Peralatan Medis yang akan dilakukan inventarisasi. Prioritas tersebut dapat dilakukan dengan cara berdasarkan nilai investasi alat kesehatan, usia teknis, berdasarkan risiko atau kombinasi dari kriteria tersebut.

a) Nilai investasi

Prioritas ini memperhitungkan alat kesehatan yang akan dilakukan inventarisasi berdasarkan harga pada saat pembelian yaitu dengan harga diatas Rp. 500.000 (lima ratus ribu rupiah).

b) Usia teknis

Inventori pada prinsipnya adalah menginventarisasi data peralatan untuk digunakan dalam jangka waktu yang lama. Dengan alat usia teknis sangat singkat (kurang dari satu tahun) sebaiknya tidak perlu dilakukan inventarisasi.

c) Berdasarkan risiko

SPA dalam hal penggunaannya dapat dikelompokkan berdasarkan risiko yang dapat ditimbulkan yaitu risiko tinggi/high risk, risiko sedang/medium risk dan risiko rendah/low risk. Inventori dapat dilakukan dengan memprioritaskan minimal SPA yang memiliki risiko sedang dan tinggi.

2) Data Inventori

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan mungkin memiliki kebutuhan inventori yang berbeda-beda. Tabel 6.1 berikut ini menjelaskan minimum data yang perlu dimasukkan dalam menginventarisasi peralatan medis.

No	Item	Keterangan
1	Kode	Nomor, dapat menggunakan kode inventaris, tetapi disarankan memiliki kode tersendiri agar lebih memudahkan dalam inventarisasi
2	Merek/Tipe	Merek dan tipe dari SPA
3	Pabrikan/Distributor	Nama Pabrikan atau distributor yang mengageni peralatan tersebut, termasuk alamat, email dan kontak person
4	Serial Number	Kode unik setiap item peralatan (dikeluarkan oleh pabrikan), pada umumnya tertera pada peralatan
5	Lokasi	Tempat peralatan tersebut digunakan di pelayanan
6	Kondisi	Kondisi peralatan(Baik, rusak ringan, rusak berat)
7	Power requirement	Kebutuhan akan sumber listrik berupa tegangan (220 V, 110V) atau power consumption (watt)
8	Data inventori updated	Tanggal terakhir updating data
9	Harga pembelian	Nilai rupiah peralatan pada saat pembelian
10	Tanggal pengadaan	Tanggal (bulan/tahun) pengadaan
11	Masa Garansi	Tanggal berakhirnya waktu garansi
12	Tanggal penerimaan	Tanggal dilakukanya penerimaan alat (instalasi, uji fungsi dan uji coba)
13	Usia teknis	Batas usia yang diharapkan dapat digunakan di pelayanan (tahun/jam/paparn)

Lampiran B – Form pengumpulan data inventarisasi peralatan

Kode Inventori _____

Jenis Peralatan _____

Pabrikan _____

Merek/Tipe _____ Serial number _____

Negara Asal _____ Tahun pembuatan _____

Kebutuhan Daya _____

Kondisi Baik
 Rusak Ringan _____
 Rusak Berat _____
 Tidak digunakan

Membutuhkan disposal khusus Ya Tidak

Manual Petunjuk penggunaan
 Petunjuk Pemeliharaan
 Dokumen lain

Lokasi Peralatan _____

Keterangan _____

Inventori dapat terdiri dari beberapa form yaitu berupa:

1. Daftar data peralatan
2. Daftar pabrikan atau Supplier
3. Daftar bahan habis pakai dan suku cadang

Inventarisasi dari data tersebut bersifat relasional form sehingga lebih mudah dalam melakukan penelusuran data

Kode	Nama Peralatan	Jenis	Merek/Tipe	S/N	Pabrikan	Usia Teknis	Distributor/ Suplier	Tanggal Pengadaan	Tanggal Penerimaan	Lokasi	Kondisi	Petugas pemelihara	Harga

Dokumen Peralatan Kesehatan

No	Nama Perusahaan	Alamat	Email	Telepon/Fax	Pabrikan	Usia Teknis	Distributor/ Suplier	Harga

Dokumen Distributor Alat Kesehatan

No	Item	Katalog number	Jumlah	Distributor/ Suplier	Harga

b. Laporan SPA

Setelah Penyelenggaraan kegiatan Kepala Puskesmas, maka tim dari Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi akan melakukan Assessment dalam keberadaan pelayanan pemeliharaan SPA, keberadaan inventaris SPA dengan menggunakan Tools Assessment sebagai berikut:

1. Laporan Pemeliharaan Alat Kesehatan

No	Nama Alat	Kondisi		Kelengkapan		Jumlah
		Baik	Rusak	SPO Pemakaian	Pemeliharaan	
1	Timbangan bayi					
2	Lampu periksa					
3	Alat pengukur panjang Bayidan Tinggi Anak					
4	Stetoskop neonates					
5	Stetoskop pediatric					
6	Laringoskop neonates					
7	Laringoskop bayi dan balita					
8	Tensimeter anak					

9	Termometer klinik					
10	Breast pump					
11	Flowmeter neonatus (low flow)					
12	Flowmeter anak (high flow)					
13	Oxigen Concentrator					
14	Baby Suction pump Portable					
15	Infant T piece resuscitator dengan PEEP					
16	Infant piece system					
17	CPAP (continous Positive Airways Pressure)					
18	Oksigen + udara kompres set					
19	Blander					
20	Resusitator bayi (balon mengembang sendiri)					
21	Infant incubator					
22	Incubator transport					
23	Infant Warmer sederhana					
24	Infant Warmer lengkap					
25	Terapi sinar (Fototherapy)					
26	Elektrocardiograph					
27	Nebuliyzer					
28	Pulse Oxymeter dengan sensor untuk neonatus/bayi					
29	Syringe Pump					
30	Infuse Pump					
31	Bedside Monitor					
32	Kompresor udara medis					
33	Resisutasi, kit					
34	Sterilisator					
35	Vaccine Refrigerator					
36	Vaccine carrier					
37	<i>Glucotest</i>					
38	Alat Lab darah rutin					
39	Alat Analisa gas darah					
40	<i>Rapid test</i> untuk malaria					
41	Kulkas obat					
42	<i>Ultrasonography</i> (USG) neonatus dan pediatrik 8 X-ray					
42	<i>Resusitasi kit</i>					
43	<i>Maneqin set</i> (boneka Bayi)					
44	<i>Injection training kit</i> -					
45	DII					

G. Aplikasi ASPAK

ASPAK merupakan aplikasi web based sistem informasi data sarana, prasarana dan peralatan kesehatan secara on-line. Dengan ASPAK dimungkinkan sarana pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit milik pemerintah dapat menyimpan data SPA secara langsung di server ASPAK sehingga monitoring data peralatan kesehatan dapat dengan cepat dilakukan. Salah satu prasarana yang dibutuhkan agar dapat mengakses ASPAK adalah ketersediaan jaringan internet yang baik. ASPAK dapat diakses secara langsung di alamat www.aspak.buk.depkes.go.id atau melalui situs www.buk.depkes.go.id.

ASPAK bertujuan untuk:

- Tersedianya data dan informasi sarana, prasarana dan peralatan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan seluruh Indonesia
- Terciptanya pemetaan SPA di Fasyankes.
- Supporting untuk perencanaan SPA

ASPAK berisikan beberapa data yang harus diisi oleh puskesmas melalui fitur data utama yaitu:

1. Data umum, mencakup data umum sarana pelayanan kesehatan yaitu alamat, telp, propinsi, kabupaten/kota, jenis puskesmas, status akreditasi, dll.
2. Data Gedung, mencakup luas, tahun pendirian, tahun renovasi, perizinan(IMB, IPB/SLF/SLO), dll.
3. Data Sarana, mencakup data dan kondisi gedung berdasarkan pelayanan kesehatan yang dilayani.
4. Data Prasarana, mencakup data prasarana pelayanan kesehatan seperti data pengelolaan limbah, sumber listrik, air, dll.
5. Data peralatan kesehatan, mencakup nama alat, merk, type, no. seri, harga, kondisi peralatan kesehatan, distributor, dll.
6. Sumber Daya Manusia, mencakup nama, tanggal dan tahun lahir, pendidikan, job description, dll.
7. Survey Pertanyaan yang berisikan instrument penilaian terhadap organisasi dan pengelolaan peralatan kesehatan.
8. Laporan Lainnya untuk menuliskan sesuatu kejadian yang tidak diinginkan seperti kegagalan suatu alat kesehatan ataupun kurang memadainya peralatan kesehatan sehingga mengganggu pelayanan kesehatan.

Untuk mengakses ASPAK memerlukan username serta password yang dibedakan berdasarkan fungsi institusi tersebut yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan. ASPAK dapat diakses oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota, Rumah Sakit, BPFK dan Puskesmas yang kesemuanya harus memiliki account yang saat ini disediakan oleh Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan ataupun Direktorat terkait.

Pada pedoman ini hanya akan menjelaskan tugas dan fungsi dari Dinas

Kesehatan serta Puskesmas saja didalam melaksanakan ASPAK dan untuk detail bagaimana cara penginputan ASPAK dapat mengacu pada buku Petunjuk Teknis Cara Pengisian ASPAK(*Manual Book*) yang dapat didownload melalui link di bawah ini :

<http://aspak.buk.depkes.go.id/beranda/wp-content/uploads/downloads/2014/05/Manual-Aspak-user-New.pdf> atau klik beranda pada ASPAK lalu klik halaman download yang ada pada beranda tersebut.

ASPAK saat ini telah diintegrasikan dengan usulan perencanaan elektronik(*E-Planning*) dan menjadi salah satu syarat agar dapat mengusulkan perencanaan kebutuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan pada pelayanan kesehatan yang aplikasikan kedalam Sistem Informasi Perencanaan dan Monitoring(SIPERMON). Ada hal yang harus dipegang oleh Dinas Kesehatan maupun Puskesmas bahwa :

Kewajiban satker dilaksanakan dulu (update data dan mengirim laporan), selanjutnya menggunakan hak-nya (mengirim usulan kegiatan/anggaran)

Sehingga diharapkan kebutuhan semua pihak dapat terpenuhi dan tidak salah dalam mengambil suatu kebijakan ataupun keputusan.

Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan propinsi ataupun kabupaten/kota memiliki username yang berbeda dengan puskesmas, yang bertujuan untuk melihat kondisi serta memetakan fasyankes diwilayahnya dan tidak dapat melakukan penginputan ataupun perubahan data yang ada di fasyankesnya.

Tugas dan fungsi dinas kesehatan didalam ASPAK adalah:

1. Memonitoring dan mengevaluasi proses penginputan ASPAK oleh fasyankes di wilayahnya.
2. Mendorong dan menghibau agar fasyankes untuk menginput ASPAK sesuai dengan kondisi yang ada.
3. Memvalidasi data ASPAK.
4. Memetakan pelayanan kesehatan di fasyankes dengan melihat kondisi sarana, prasarana dan alat kesehatan serta SDM yang ada.
5. Menganalisa akan kebutuhan pelayanan kesehatan khususnya sarana, prasana dan alat kesehatan serta SDM di fasyankes agar sesuai dengan standard an kebutuhan masyarakat khususnya.

Puskesmas

Puskesmas sebagai pengguna barang berperan penting sebagai ujung tombak didalam memanfaatkan serta mengisi ASPAK. Beberapa Tugas dan fungsi Puskesmas dalam penggunaan ASPAK adalah :

1. Menginput ataupun mengisi seluruh data yang ada di ASPAK.

2. Menganalisa dan merencanakan usulan kebutuhan pelayanan kesehatan melalui data ASPAK.
3. Menginput atau mengganti data ASPAK setiap ada perubahan data.
4. Menjaga validitas data yang ada.

Dengan pengisian ASPAK diharapkan dapat terpetakan kondisi sarana, prasarana dan alat kesehatan yang sesungguhnya (*up to date*), sehingga segala keputusan ataupun kebijakan yang diambil kedepannya dapat sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan demi terciptanya pelayanan kesehatan yang sesuai standard dan kebutuhan masyarakat khususnya.

8

REFERENSI

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas
2. Hacker, Kerry ct al.: *Maintenance Management for Medical Equipment*, American Societies for Healthcare Engineering of the American Hospital Association (AHA), Chicago, 1996.
3. Departemen Kesehatan R.I., Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat: Daftar Peralatan Kesehatan Dalam Gambar, Jakarta, 1993.
4. Sekretariat Jenderal, Biro Perlengkapan: Buku Petunjuk Taia Cara Penatausahaan. Barang Milik/Kekayaan Negara di Lingkungan Departemen Kesehatan, *Jakarta, 1996*.
5. Dr Soebekti, MPH, Proyek Kesehatan III Provinsi NTB dan Kaltim: Laporan Sistem Pengelolaan Alat Medis Puskesmas. Departemen Kesehatan, *Jakarta 1993-1995*.
6. Departemen Kesehatan R.I., Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat BUKP: Buku Formulir Inventaris. Peralatan Puskesmas, Jakarta, 1995.

9

LAMPIRAN

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK

Waktu : 45 menit

- a. Fasilitator membagi peserta menjadi 6 kelompok (5 orang/ kelompok).
- b. Masing- masing kelompok diminta untuk mendiskusikan hal dibawah ini selama 30 menit:
 1. Bagaimana saudara melakukan Pemeliharaan bangunan/sarana, prasarana dan alat kesehatan di pelayanan kesehatan di Puskesmas saudara?
 2. Adakah manfaat yang anda peroleh dari sistim pemeliharaan SPA di puskesmas anda? Bila belum apakah sudah dilaksanakan dengan benar?
 3. Peralatan apa saja yang menurut anda apabila dipelihara maka akan menekan biaya yang keluar untuk perbaikan, sehingga terjadi efisien anggaran dan efektif dalam pemanfaatan SPA?
- c. Fasilitator memberi kesempatan kepada 1 perwakilan kelompok (dipilih secara acak) untuk mempresentasikan hasil diskusi kelompok selama 10 menit
- d. Fasilitator memberi masukan/ klarifikasi langsung terhadap hal-hal yang masih dirasa kurang tepat setelah presentasi dan tanya jawab selesai selama 5 menit sekaligus merangkum secara keseluruhan atas hasil presentasi



Obat dan BMHP

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

7c

MATERI POKOK 3

PENGELOLAAN OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI DI PUSKESMAS

A. Perencanaan dan Pengadaan Obat dan BMHP

a. Perencanaan

Perencanaan obat yang baik dapat mencegah kekosongan atau kelebihan stok obat dan menjaga ketersediaan obat di puskesmas.

Tahapan perencanaan kebutuhan obat dan BMHP meliputi :

1) Pemilihan

Pemilihan adalah kegiatan untuk menetapkan jenis sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan. Proses pemilihan obat di puskesmas dilakukan dalam rangka perencanaan permintaan obat ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan pembuatan Formularium Puskesmas. Pemilihan obat di puskesmas harus mengacu pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan Formularium Nasional (FORNAS).

Untuk menjaga ketersediaan obat, apoteker atau penanggungjawab ruang farmasi bersama tim tenaga kesehatan di puskesmas menyusun Formularium Puskesmas. Penggunaan formularium puskesmas selain bermanfaat dalam kendali mutu, biaya, dan ketersediaan obat di puskesmas, juga memberikan informasi kepada dokter, dokter gigi, apoteker dan tenaga kesehatan lain mengenai obat yang digunakan di puskesmas. Formularium puskesmas ditinjau kembali sekurang-kurangnya setahun sekali menyesuaikan kebutuhan obat di puskesmas.

2) Pengumpulan data

Data yang dibutuhkan antara lain data penggunaan obat periode sebelumnya (data konsumsi), data morbiditas, sisa stok dan usulan kebutuhan obat dari semua jaringan pelayanan puskesmas.

3) Memperkirakan kebutuhan periode yang akan datang ditambah stok penyangga (*buffer stock*). *Buffer stock* ditentukan dengan mempertimbangkan waktu tunggu (*lead time*), penerimaan obat serta kemungkinan perubahan pola penyakit dan kenaikan jumlah kunjungan. *Buffer stock* bervariasi tergantung kepada kebijakan puskesmas.

4) Menyusun dan menghitung rencana kebutuhan obat menggunakan metode yang sesuai.

5) Data pemakaian, sisa stok dan permintaan kebutuhan obat puskesmas dituangkan dalam Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) puskesmas.

6) Laporan pemakaian berisi jumlah pemakaian obat dalam satu periode dan lembar permintaan berisi jumlah kebutuhan obat puskesmas dalam satu

periode.

- 7) LPLPO puskesmas menjadi dasar untuk rencana kebutuhan obat tingkat puskesmas dan digunakan sebagai data pengajuan kebutuhan obat ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Dalam merencanakan kebutuhan obat perlu dilakukan perhitungan secara tepat. Perhitungan kebutuhan obat untuk satu periode dapat dilakukan dengan menggunakan metode konsumsi dan atau metode morbiditas.

Evaluasi Perencanaan

Evaluasi terhadap perencanaan dilakukan meliputi:

- 1) Kesesuaian perencanaan dengan kebutuhan. Dilakukan penilaian kesesuaian antara RKO dengan realisasi. Sumber data berasal dari rumah sakit, LKPP dan pemasok.
- 2) Masalah dalam ketersediaan yang terkait dengan perencanaan. Dilakukan dengan cek silang data dari fasyankes dengan data di pemasok.

b. Pengadaan Obat

Pengadaan obat di puskesmas, dilakukan dengan dua cara yaitu dengan melakukan permintaan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan pengadaan mandiri (pembelian).

- 1) Permintaan

Sumber penyediaan obat di puskesmas berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Obat yang disediakan di Puskesmas harus sesuai dengan Formularium Nasional (FORNAS), Formularium Kabupaten/Kota dan Formularium Puskesmas. Permintaan obat puskesmas diajukan oleh kepala puskesmas kepada kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menggunakan format LPLPO. Permintaan obat dari sub unit ke kepala puskesmas dilakukan secara periodik menggunakan LPLPO sub unit.

- 2) Pengadaan Mandiri

Pengadaan obat secara mandiri oleh Puskesmas dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Puskesmas dapat melakukan pembelian obat ke distributor. Dalam hal terjadi kekosongan persediaan dan kelangkaan di fasilitas distribusi, Puskesmas dapat melakukan pembelian obat ke apotek. Pembelian dapat dilakukan dengan dua mekanisme :

- a) Puskesmas dapat membeli obat hanya untuk memenuhi kebutuhan obat yang diresepkan dokter.
- b) Jika letak puskesmas jauh dari apotek, puskesmas dapat menggunakan SP (Surat Pemesanan), dimana obat yang tidak tersedia di fasilitas distribusi dapat dibeli sebelumnya, sesuai dengan stok yang dibutuhkan.

B. Penyimpanan dan Distribusi Obat dan BMHP

Tujuan penyimpanan adalah untuk memelihara mutu sediaan farmasi, menghindari penggunaan yang tidak bertanggungjawab, menjaga ketersediaan, serta memudahkan pencarian dan pengawasan.

Aspek umum yang perlu diperhatikan:

- a. Persediaan obat dan BMHP puskesmas disimpan di gudang obat yang dilengkapi lemari dan rak –rak penyimpanan obat.
- b. Suhu ruang penyimpanan harus dapat menjamin kestabilan obat.
- c. Sediaan farmasi dalam jumlah besar (bulk) disimpan diatas pallet, teratur dengan memperhatikan tanda-tanda khusus.
- d. Penyimpanan sesuai alfabet atau kelas terapi dengan sistem, *First Expired First Out* (FEFO), *high alert*, dan *life saving* (obat *emergency*).
- e. Sediaan psikotropik dan narkotik disimpan dalam lemari terkunci dan kuncinya dipegang oleh apoteker atau tenaga teknis kefarmasian yang dikuasakan.
- f. Sediaan farmasi dan BMHP yang mudah terbakar, disimpan di tempat khusus dan terpisah dari obat lain. Contoh : alkohol, chlor etil dan lain-lain.
- g. Tersedia lemari pendingin untuk penyimpanan obat tertentu yang disertai dengan alat pemantau dan kartu suhu yang diisi setiap harinya.
- h. Jika terjadi pemadaman listrik, dilakukan tindakan pengamanan terhadap obat yang disimpan pada suhu dingin. Sedapat mungkin, tempat penyimpanan obat termasuk dalam prioritas yang mendapatkan listrik cadangan (genset).
- i. Obat yang mendekati kadaluarsa (3 sampai 6 bulan sebelum tanggal kadaluarsa tergantung kebijakan puskesmas) diberikan penandaan khusus dan diletakkan ditempat yang mudah terlihat agar bisa digunakan terlebih dahulu sebelum tiba masa kadaluarsa.
- j. Inspeksi/pemantauan secara berkala terhadap tempat penyimpanan obat.

Aspek khusus yang perlu diperhatikan:

a. Obat *High Alert*

Obat *High Alert* adalah obat yang perlu diwaspadai karena dapat menyebabkan terjadinya kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), dan berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*). Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (error) dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan seperti insulin, atau obat antidiabetik oral.
- 2) Obat dengan nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (look alike) dan bunyi ucapan sama (sound alike) biasa disebut LASA, atau disebut juga Nama Obat dan Rupa Ucapan Mirip (NORUM). Contohnya tetrasiklin dan tetrakain.
- 3) Elektrolit konsentrat seperti natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40% atau lebih.

Daftar obat berisiko tinggi ditetapkan oleh Puskesmas dengan mempertimbangkan data dari referensi dan data internal di Puskesmas

tentang “kejadian yang tidak diharapkan” (*adverse event*) atau “kejadian nyaris cedera” (*near miss*). Referensi yang dapat dijadikan acuan antara lain daftar yang diterbitkan oleh ISMP (*Institute for Safe Medication Practice*). Puskesmas harus mengkaji secara seksama obat-obat yang berisiko tinggi tersebut sebelum ditetapkan sebagai obat high alert di Puskesmas.

Penyimpanan dilakukan terpisah, mudah dijangkau dan tidak harus terkunci. Disarankan pemberian label *high alert* diberikan pada gudang atau lemari obat untuk menghindari kesalahan (penempelan stiker *High Alert* pada satuan terkecil).



Gambar 1. Contoh lemari penyimpanan Obat High Alert

Puskesmas menetapkan daftar obat *Look Alike Sound Alike* (LASA)/nama-obat-rupa-ucapan-mirip (NORUM). Penyimpanan obat LASA/NORUM tidak saling berdekatan dan diberi label khusus sehingga petugas dapat lebih mewaspadaai adanya obat LASA/NORUM. Dibawah ini beberapa contoh obat LASA berdasarkan bentuk sediaan, kekuatan dan kandungan zat aktif:



Gambar 2. Contoh obat LASA disimpan tidak berdekatan dan Diberi label “LASA”

b. Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor

Peredaran, penyimpanan, pemusnahan, dan pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi harus sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi. Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi harus disimpan dalam lemari khusus dan menjadi tanggungjawab apoteker penanggung jawab. Lemari khusus tempat penyimpanan narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi memiliki 2 (dua) buah kunci yang berbeda, satu kunci dipegang oleh apoteker penanggung jawab, satu kunci lainnya dipegang oleh tenaga teknis

kefarmasian/tenaga kesehatan lain yang dikuasakan. Apabila apoteker penanggung Jawab berhalangan hadir dapat menguasai kunci kepada tenaga teknis kefarmasian/tenaga kesehatan lain.

c. Obat kegawatdaruratan medis

Penyimpanan obat kegawatdaruratan medis harus diperhatikan dari sisi kemudahan, ketepatan dan kecepatan reaksi bila terjadi kegawatdaruratan. Penetapan jenis obat kegawatdaruratan medis termasuk antidot harus disepakati bersama antara apoteker/tenaga farmasi, dokter dan perawat. Obat kegawatdaruratan medis digunakan hanya pada saat emergensi dan ditempatkan di ruang pemeriksaan, kamar suntik, poli gigi, ruang imunisasi, ruang bersalin dan di Instalasi Gawat Darurat/IGD.



Gambar 3. Tas emergensi dan kit emergensi dilengkapi kunci pengaman disposable

C. Pelayanan Farmasi Klinis

Pelayanan farmasi klinis merupakan pelayanan yang langsung dan bertanggungjawab yang diberikan kepada pasien dalam rangka meningkatkan outcome terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena Obat, untuk tujuan keselamatan dan menjamin kualitas hidup pasien.

Dalam pelaksanaan pelayanan farmasi klinik, apoteker banyak bekerjasama dengan profesional bidang kesehatan lain terkait pengobatan pasien. Dalam rangka tercapainya outcome terapi pasien yang optimal, apoteker dituntut agar memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik. Kemampuan berkomunikasi dimaksud termasuk dalam memberikan rekomendasi pengobatan pasien.

Untuk memberikan pelayanan farmasi klinik pada pasien dengan efektif dan efisien, serta tepat sasaran, perlu dilakukan seleksi terhadap pasien.

Pelayanan farmasi klinis yang dilakukan meliputi:

a. Pengkajian dan Pelayanan Resep

Pengkajian dan pelayanan resep merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep, penyiapan termasuk peracikan obat, dan penyerahan disertai pemberian informasi.

Pengkajian dan pelayanan resep dilakukan untuk semua resep yang masuk tanpa kriteria khusus pasien.

b. Pelayanan Informasi Obat (PIO)

Pelayanan Informasi Obat (PIO) merupakan kegiatan penyediaan dan pemberian informasi dan rekomendasi obat yang dilakukan oleh apoteker kepada dokter, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien dan pihak lain di luar Puskesmas.

c. Konseling

Konseling obat merupakan salah satu metode edukasi pengobatan secara tatap muka atau wawancara dengan pasien dan/atau keluarganya yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien yang membuat terjadi perubahan perilaku dalam penggunaan obat.

d. Visite Pasien (khusus puskesmas rawat inap)

Visite merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan apoteker secara mandiri atau bersama tim tenaga kesehatan untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung dan mengkaji masalah terkait obat, memantau terapi obat dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD).

e. Pemantauan Terapi Obat (PTO)

Tujuan PTO adalah meningkatkan efektivitas terapi dan meminimalkan risiko Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD). Dalam melakukan PTO apoteker di Puskesmas dapat melakukan seleksi berdasarkan:

1) Kondisi Pasien:

- Pasien dengan multi diagnosa.
- Pasien dengan resep polifarmasi.
- Pasien yang menerima obat dengan indeks terapi sempit.
- Pasien dengan gangguan fungsi organ terutama hati dan ginjal.
- Pasien geriatri dan pediatri.
- Pasien hamil dan menyusui.

2) Obat

Jenis Obat dengan risiko tinggi seperti:

- Obat dengan indeks terapi sempit (contoh: digoksin, fenitoin)
- Obat yang bersifat nefrotoksik (contoh: antiretroviral) dan hepatotoksik (contoh: Obat Anti Tuberkulosis/OAT)
- Obat yang sering menimbulkan ROTD (contoh: metoklopramid, AINS)

3) Kompleksitas regimen : Polifarmasi, Variasi rute pemberian, Variasi aturan pakai atau Cara pemberian khusus (contoh: inhalasi).

f. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)

Merupakan kegiatan untuk mengevaluasi penggunaan obat untuk menjamin obat yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau (rasional).

- g. Pelayanan Kefarmasian di Rumah (*home pharmacy care*)
Apoteker dapat melakukan kunjungan pasien dan atau pendampingan pasien untuk pelayanan kefarmasian di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarga terutama bagi pasien khusus yang membutuhkan perhatian lebih. Pelayanan dilakukan oleh apoteker yg kompeten, memberikan pelayanan untuk meningkatkan kesembuhan dan kesehatan serta pencegahan komplikasi, bersifat rahasia dan persetujuan pasien, melakukan telaah atas penata laksanaan terapi, memelihara hubungan dengan tim kesehatan.
- h. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)
MESO dilakukan dengan tujuan :
- menemukan Efek Samping Obat (ESO) sedini mungkin terutama yang berat, tidak dikenal dan frekuensinya jarang
 - menentukan frekuensi dan insidensi ESO yang sudah dikenal dan yang baru saja ditemukan
 - meminimalkan risiko kejadian reaksi Obat yang tidak dikehendaki; dan
 - mencegah terulangnya kejadian reaksi Obat yang tidak dikehendaki

D. Pemberdayaan Masyarakat dalam Penggunaan Obat

a. Pemberdayaan Masyarakat melalui GeMa CerMat

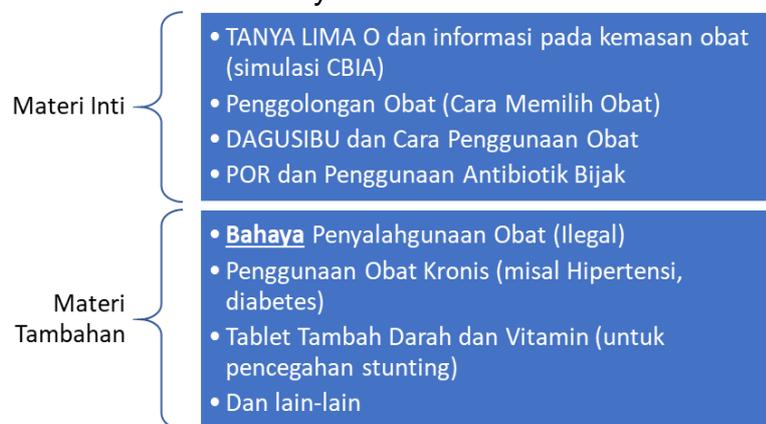
Penggunaan obat yang rasional merupakan salah satu langkah dalam upaya pembangunan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, sehingga tercapai keselamatan pasien (*patient safety*). Menurut WHO, penggunaan obat dikatakan rasional apabila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan klinisnya, dalam dosis yang sesuai dengan kebutuhan, dan dalam periode waktu yang adekuat. Diperkirakan di seluruh dunia lebih dari 50 % obat diresepkan dan digunakan secara tidak tepat, termasuk di Indonesia. Sampai dengan tahun 2013, hasil pemantauan dan evaluasi peresepan di fasilitas kesehatan dasar (Puskesmas) menunjukkan bahwa penggunaan antibiotik pada penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik masih cukup tinggi, yaitu mendekati 50%.

Selain peresepan secara irrasional oleh tenaga kesehatan dan kurangnya informasi penggunaan obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penggunaan obat secara tidak tepat juga dilakukan oleh masyarakat, baik kurangnya kepatuhan pasien dalam menggunakan obat yang diresepkan maupun dalam pengobatan sendiri (swamedikasi). Swamedikasi adalah upaya pengobatan sendiri yang dilakukan oleh masyarakat sebelum mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan. Data Susenas menunjukkan lebih dari 60% penduduk Indonesia melakukan swamedikasi, dan hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 menunjukkan 35,2% menyimpan obat di rumah tangga, dimana 86,1% dari obat yang disimpan tersebut adalah antibiotik yang diperoleh tanpa resep. Swamedikasi secara tidak tepat dapat dilakukan karena berbagai hal

seperti kurangnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang pengobatan, tingginya promosi obat oleh produsen melalui berbagai media, dan kurangnya informasi dari tenaga kesehatan.

Untuk meningkatkan POR oleh masyarakat, pada tahun 2015 telah dicanangkan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (GeMa CerMat) melalui SK Menkes No. HK.02.02/Menkes/427/2015 tentang Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat. Gerakan ini dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan masyarakat dalam memilih, mendapatkan, menyimpan dan menggunakan obat dengan benar. Pelaksanaan gerakan ini melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang terkait. Keterlibatan lintas sektor ini diharapkan dapat menunjang keberhasilan dan pencapaian tujuan Gerakan. Kegiatan GeMa CerMat dilaksanakan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota dengan mengacu pada pedoman pemberdayaan masyarakat dalam penggunaan obat rasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kegiatan dilaksanakan di Kabupaten/ Kota berupa pertemuan sosialisasi meliputi kegiatan pembekalan Apoteker *Agent of Change*, pemberian materi edukasi masyarakat dan diskusi kelompok.

Contoh Materi Edukasi Masyarakat:



E. Pengendalian Mutu Pelayanan Kefarmasian

Pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian merupakan kegiatan untuk mencegah terjadinya masalah terkait Obat atau mencegah terjadinya kesalahan pengobatan atau kesalahan pengobatan/medikasi (*medication error*), yang bertujuan untuk keselamatan pasien (*patient safety*).

Pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian terintegrasi dengan program pengendalian mutu pelayanan kesehatan Puskesmas yang dilaksanakan secara berkesinambungan.

Kegiatan pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian meliputi:

- a. Perencanaan, yaitu menyusun rencana kerja dan cara monitoring dan evaluasi untuk peningkatan mutu sesuai standar.
- b. Pelaksanaan, yaitu:
 - 1) Monitoring dan evaluasi capaian pelaksanaan rencana kerja (membandingkan antara capaian dengan rencana kerja); dan
 - 2) memberikan umpan balik terhadap hasil capaian.
- c. Tindakan hasil monitoring dan evaluasi, yaitu:
 - 1) melakukan perbaikan kualitas pelayanan sesuai standar; dan
 - 2) meningkatkan kualitas pelayanan jika capaian sudah memuaskan.

Monitoring dapat dilakukan oleh tenaga kefarmasian yang melakukan proses. Aktivitas monitoring perlu direncanakan untuk mengoptimalkan hasil pemantauan.

Contoh: monitoring pelayanan resep, monitoring penggunaan Obat, monitoring kinerja tenaga kefarmasian.

Untuk menilai hasil atau capaian pelaksanaan Pelayanan Kefarmasian, dilakukan evaluasi. Evaluasi dilakukan terhadap data yang dikumpulkan yang diperoleh melalui metode berdasarkan waktu, cara, dan teknik pengambilan data.

Evaluasi dilaksanakan melalui audit (contoh: audit pelaksanaan sistem manajemen mutu) dan *Review* (pengkajian) (contoh: kajian penggunaan antibiotik).

8

REFERENSI

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Pengelolaan Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Permenkes No 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.

Permenkes No. 26 tahun 2020 tentang Perubahan terhadap PMK nomor Nomor 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.

Kementerian Kesehatan R.I, Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Dit. Pelayanan Kefarmasian, Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, 2019.

Modul Penggunaan Obat Rasional, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, 2015.

9

LAMPIRAN

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK

- Judul Materi** : Pengelolaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai di Puskesmas
- Tujuan** : Melakukan Pengelolaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai di Puskesmas
- Tempat** : Ruang Pelatihan
- Metode** : Diskusi Kelompok

Kegiatan :

1. Persiapan
 - a. Soal Penugasan
 - b. Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas
 - c. Alat tulis
 - d. Laptop lengkap dengan aplikasi Ms. Office
2. Pelaksanaan
 - a. Fasilitator membagi peserta menjadi 6 kelompok @5 orang
 - b. Setiap peserta diminta untuk aktif terlibat
 - c. Setiap kelompok menunjuk ketua, notulis, dan moderator
 - d. Fasilitator membagikan lembar penugasan dengan soal sebagai berikut:
 - 1) Jelaskan pengertian Pelayanan Kefarmasian dan aspek-aspeknya
 - 2) Jika Saudara melihat masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang melakukan swamedikasi (pengobatan sendiri) dengan obat antibiotik, apa yang akan Saudara lakukan? beri penjelasan!
 - 3) Jelaskan menurut pendapat Saudara manfaat dari pelaksanaan pelayanan farmasi klinis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 - 4) Apakah yang disebut dengan obat *high alert*? Jelaskan pendapat saudara
 - e. Peserta diminta untuk mendiskusikan masalah yang ditemukan, serta mencari solusi terhadap masalah yang timbul. (20 menit)
 - f. Setiap kelompok mempresentasikan hasil diskusi selama 10 menit
 - g. Fasilitator merangkum dan menyimpulkan hasil diskusi selama 10 menit

Hasil :

1. Hasil diskusi dipresentasikan.
2. Hasil diskusi kelompok dapat direvisi/dilengkapi sesuai notulen presentasi diskusi kasus (bila diperlukan).



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
1 : DESKRIPSI SINGKAT	1
2 : TUJUAN PEMBELAJARAN	2
3 : MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	2
4 : METODE	3
5 : MEDIA DAN ALAT BANTU.....	3
6 : LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN	3
7 : URAIAN MATERI	5
Pokok Bahasan 1 : Upaya Kesehatan di Puskesmas	
Pokok Bahasan 2 : Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas	
Pokok Bahasan 3 : Penyelenggaraan Surveilans Upaya Kesehatan Masyarakat	
8 : REFERENSI.....	30
9 : LAMPIRAN.....	32

1

DESKRIPSI SINGKAT

Program kesehatan yang dilaksanakan di tingkat puskesmas diselenggarakan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan masyarakat. Implementasi kegiatan di Puskesmas tidak terlepas dari manajemen Puskesmas yang baik, yang dilaksanakan melalui proses perencanaan, pelaksanaan–penggerakan, pengawasan, pengendalian dan penilaian.

Penyelenggaraan surveilans epidemiologi merupakan salah satu fungsi dalam mendukung program upaya kesehatan masyarakat yang mengutamakan preventif dan promotif untuk meminimalisasi terjadinya masalah kesehatan dan pengendalian faktor risikonya.

Manajemen upaya kesehatan masyarakat diselenggarakan mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan RI dengan memperhatikan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan 12 Indikator Keluarga Sehat. Untuk mencapai *total coverage* SPM dan pelaksanaan melalui pendekatan keluarga diperlukan kompetensi bagi pelaksana kegiatan di puskesmas dalam manajemen upaya kesehatan masyarakat.

Kegiatan perencanaan utamanya dilaksanakan dengan melibatkan seluruh tenaga kesehatan dalam lokakarya mini yang didalamnya termasuk penguatan kerjasama baik lintas program maupun lintas sektor. Dengan pengelolaan program kesehatan yang baik diharapkan seluruh program yang tertuang dalam Rencana Tahunan Puskesmas dapat terlaksana dan mencapai hasil seoptimal mungkin dengan dukungan seluruh sektor dan masyarakat pada umumnya.

Modul ini akan membahas tentang manajemen upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas secara holistik dan terintegrasi sesuai siklus kehidupan yang dilaksanakan melalui pendekatan keluarga.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Hasil Belajar

Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta mampu melakukan manajemen upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta dapat:

1. Menjelaskan pendekatan upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas.
2. Menjelaskan Penyelenggaraan Surveilans Epidemiologi di puskesmas/ PWS.
3. Melakukan manajemen upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas

3

MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Materi Pokok 1. Upaya Kesehatan di Puskesmas
 - A. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama
 - B. Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama
2. Materi Pokok 2. Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas
 - A. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat
 - B. Penggerakkan dan Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat
 - C. Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja
 - D. Dukungan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam manajemen Puskesmas
3. Materi Pokok 3. Penyelenggaraan Surveilans Upaya Kesehatan Masyarakat
 - A. Pengertian Surveilans Kesehatan dan Surveilans Epidemiologi
 - B. Surveilans Dalam Upaya Kesehatan Masyarakat
 - C. Peran Surveilans Untuk Mendukung Program Kesehatan Masyarakat

4

METODE

- a. Ceramah, tanya jawab
- b. Curah pendapat
- c. Diskusi Kelompok
- d. Studi Kasus

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

- a. Bahan tayang
- b. Komputer/ laptop
- c. LCD *projector*
- d. *Whiteboard*
- e. *Flipchart*
- f. Spidol
- g. Panduan Diskusi Kelompok
- h. Lembar kasus

6

LANGKAH – LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran mata pelatihan ini

Langkah 1 : Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran mata pelatihan ini dan materi pokok yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2 : Pembahasan Mata Pelatihan

1. Fasilitator menyampaikan paparan mata pelatihan sesuai urutan materi pokok dan sub materi pokok dengan menggunakan bahan tayang. Kaitkan juga dengan pendapat/pemahaman yang dikemukakan oleh peserta agar mereka merasa dihargai.
2. Fasilitator menyampaikan isi pokok bahasan 1 sampai pokok bahasan 3, selanjutnya fasilitator mempersilakan peserta untuk bertanya atau menanggapi penyampaian materi tersebut.
3. Fasilitator memberi penugasan berupa diskusi kelompok dan studi kasus:
 - Diskusi Kelompok
Metode ini untuk memberikan penugasan pada seluruh materi pokok.
 - a. Peserta dibagi 3 kelompok.
 - b. Fasilitator memberikan soal diskusi pada setiap kelompok.
 - c. Setiap kelompok melakukan diskusi untuk menjawab soal
 - d. Masing-masing kelompok mempresentasikan hasil diskusinya, dan peserta lain menanggapi.
 - e. Berdasarkan hasil presentasi serta tanggapan peserta, fasilitator menyampaikan umpan balik dan kesimpulan diskusi.
 - Studi Kasus
 - a. Peserta dibagi menjadi 3 kelompok. Setiap kelompok menentukan ketua.
 - b. Fasilitator memberikan lembar kasus pada masing-masing kelompok. Setiap kelompok mendapatkan 2 (dua) kasus.
 - c. Setiap kelompok melakukan diskusi dipimpin oleh ketua yang telah ditentukan masing-masing kelompok.
 - d. Pembahasan kasus 1 terdiri dari melakukan identifikasi sasaran (sesuai siklus hidup), identifikasi permasalahan, identifikasi prioritas permasalahan, menentukan jenis intervensi kesehatan yang perlu dilakukan, menentukan keterlibatan lintas sektor dalam upaya penyelesaian masalah, menentukan target pelaksanaan intervensi kesehatan, menentukan jadwal pelaksanaan evaluasi program kesehatan, menentukan kegiatan preventif masalah kesehatan yang ada.
 - e. Pembahasan kasus 2
 - f. Masing-masing kelompok mempresentasikan hasil diskusinya, dan peserta lain menanggapi.
 - g. Berdasarkan hasil presentasi serta tanggapan peserta, fasilitator menyampaikan umpan balik dan kesimpulan diskusi.

Langkah 3 :Rangkuman

1. Fasilitator merangkum seluruh materi yang telah diberikan dan memberikan *feedback* terhadap hasil penyajian diskusi dan studi kasus.
2. Fasilitator memberikan penekanan tentang kiat-kiat menerapkan manajemen upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan pelaksanaan surveilans program kesehatan masyarakat secara komprehensif dan terintegrasi.

7

URAIAN MATERI

MATERI POKOK 1

UPAYA KESEHATAN DI PUSKESMAS

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, dijelaskan bahwa Puskesmas memiliki tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas memiliki 2 (dua) fungsi, yaitu:

- A. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama; dan
- B. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama.

A. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Tingkat Pertama

UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. UKM tingkat pertama yang diselenggarakan oleh Puskesmas terdiri dari UKM esensial dan UKM pengembangan.

a. UKM Esensial

UKM esensial merupakan UKM yang harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal Kabupaten/Kota bidang kesehatan, Program Indonesia Sehat, dan kinerja Puskesmas dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. UKM esensial di Puskesmas meliputi 5 upaya:

- 1) Pelayanan kesehatan keluarga;
- 2) Pelayanan gizi;
- 3) Pelayanan promosi kesehatan;
- 4) Pelayanan kesehatan lingkungan;
- 5) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

b. UKM Pengembangan

UKM Pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya bersifat inovatif dan/atau disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja, dan potensi sumber daya yang tersedia di Puskesmas. UKM Pengembangan dapat berupa:

- 1) Pelayanan kesehatan jiwa;
- 2) Pelayanan kesehatan gigi masyarakat;

- 3) Pelayanan kesehatan tradisional dan komplementer;
- 4) Pelayanan kesehatan kerja;
- 5) Pelayanan kesehatan olahraga;
- 6) Pelayanan kesehatan indera;
- 7) Pelayanan kesehatan lainnya

B. Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) Tingkat Pertama

UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

UKP tingkat pertama di Puskesmas mengutamakan keselamatan pasien (*patient safety*) dengan mengacu pada *Standard Operating Procedure* (SOP) dan Standar Pelayanan Medis yang berlaku. UKP tingkat pertama yang diselenggarakan oleh Puskesmas dalam bentuk:

- a. Pelayanan rawat jalan;
- b. Pelayanan gawat darurat;
- c. Pelayanan persalinan normal;
- d. Pelayanan di rumah (*home care*); dan/atau
- e. Pelayanan rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Seluruh upaya kesehatan di Puskesmas, diselenggarakan dengan mengacu kepada prinsip kesinambungan pelayanan bagi tiap tahap dalam siklus hidup (*continuum of care across life cycle*), pendekatan keluarga sehat, dan integrasi UKM – UKP.

- a. Kesinambungan pelayanan bagi tiap tahap dalam siklus hidup (*continuum of care across life cycle*)

Pengelola program di Puskesmas harus memahami bahwa status kesehatan seseorang ditentukan oleh status kesehatan pada tahap kehidupan sebelumnya. Upaya kesehatan yang dilakukan pada suatu tahap kehidupan akan mempengaruhi status kesehatan pada tahap kehidupan berikutnya bahkan hingga generasi berikutnya.

Program kesehatan harus dilaksanakan secara holistik dengan memperhatikan kondisi individu dan lingkungan yang mempengaruhinya. Pelaksanaan program kesehatan secara holistik dan integrasi sesuai dengan intervensi pada siklus kehidupan akan memberikan dampak yang lebih berkelanjutan.

- b. Pendekatan keluarga sehat

Berdasarkan permenkes 39 tahun 2016, pendekatan keluarga sehat merupakan cara kerja Puskesmas yang tidak hanya menyelenggarakan

pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga aktif ke luar gedung mengunjungi keluarga-keluarga di wilayah kerjanya.

Kegiatan luar gedung ini mengintegrasikan UKM dan UKP secara berkesinambungan, dengan entitas keluarga sebagai target intervensi. Dengan demikian, faktor risiko kesehatan yang terdapat dalam keluarga dapat ditemu-kenali dan diintervensi sejak dini.

c. Integrasi UKM-UKP

UKP dan UKM tingkat pertama di Puskesmas merupakan kesatuan upaya kesehatan yang terintegrasi. Kasus-kasus penyakit yang ditemukan pada pelayanan UKP ditelusuri dan ditindaklanjuti di tingkat keluarga dan masyarakat guna mencari dan mengatasi penyebab maupun mencegah penyebaran penyakit lebih lanjut. Demikian pula apabila dalam kegiatan UKM ditemukan kasus penyakit yang memerlukan tata laksana perorangan, maka kasus tersebut dirujuk ke pelayanan UKP untuk mendapatkan penatalaksanaan lebih lanjut.

MATERI POKOK 2

MANAJEMEN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT DI PUSKESMAS

Untuk melaksanakan upaya kesehatan baik upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama diperlukan manajemen Puskesmas secara terpadu dan berkesinambungan agar menghasilkan kinerja Puskesmas yang efektif dan efisien.

Siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan. Siklus tersebut yang kita kenal dengan *Plan-Do-Check-Action* (PDCA).

Mengacu pada siklus PDCA, siklus manajemen Puskesmas secara umum meliputi perencanaan, penggerakkan-pelaksanaan, serta pengawasan, pengendalian, dan penilaian. Demikian halnya dalam manajemen upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas mengacu pada proses siklus manajemen Puskesmas tersebut.

A. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 Tahun 2019, dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang antara lain untuk:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- b. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor terkait.

Kepala Puskesmas dan tim perencana Puskesmas harus memahami sistem perencanaan dan penganggaran daerah untuk dapat menyusun perencanaan Puskesmas dengan tepat baik rencana lima tahunan maupun rencana tahunan.

Tahapan pelaksanaan perencanaan Puskesmas meliputi persiapan, analisis situasi, analisis data, perumusan masalah, penentuan target upaya kesehatan, penyusunan rencana usulan kegiatan (RUK), penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan (RPK).

a. Persiapan

- 1) Kepala Puskesmas membentuk tim manajemen puskesmas termasuk tim dalam perencanaan upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas
- 2) Kepala Puskesmas menjelaskan tentang pedoman Manajemen Puskesmas.
- 3) Tim harus mempelajari Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Kementerian Kesehatan, Standar

Pealyanan Minimal Kabupaten/Kota, target yang disepakati, Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga, serta kebijakan lainnya yang merupakan prioritas nasional dan daerah.

b. Analisis Situasi

1) Mengumpulkan dan mempelajari data kinerja Puskesmas

- a) Data penduduk dan sasaran program kesehatan masyarakat
- b) Data umum: peta administrasi, demografi, dan sosial-ekonomi wilayah kerja Puskesmas, data indeks keluarga sehat
- c) Data sumber daya:
 - Sumber daya Puskesmas: tenaga kesehatan, anggaran, sarana prasarana, peralatan, obat dan vaksin, dll.
 - Sumber daya lintas sektor: PLKB, TP PKK, sekolah, kader kesehatan, tokoh masyarakat/agama, penentu kebijakan sektor lain di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan
- d) Data kesakitan dan kematian periode sebelumnya
- e) Data cakupan upaya kesehatan periode sebelumnya
- f) Informasi kebijakan terkini bidang kesehatan, misal:
 - Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020 - 2024
 - Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2020 - 2024
 - Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)
 - Program Indonesia Sehat melalui pendekatan Keluarga Sehat

c. Analisis data dan informasi

- 1) Pelaksana: Seluruh staf Puskesmas dan jaringannya di bawah koordinasi Kepala Puskesmas
- 2) Waktu pelaksanaan: akhir tahun anggaran untuk penyusunan perencanaan tahun berikutnya
- 3) Metode:
 - a) Analisis Deskriptif: menggambarkan/menjelaskan data yang terdapat dalam tabel sesuai karakteristik, seperti menurut waktu, tren, demografi, menurut tempat.
 - b) Analisis komparatif: Menjelaskan data dengan membandingkan karakteristik data wilayah yang satu dengan yang lain, target/standar tertentu, antar sumber data, dan lainnya.
 - c) Analisis hubungan dalam program dan antar program: Cakupan K1, K4, persalinan normal, dan kunjungan neonatal. Analisis ini dapat juga membandingkan capaian indikator program berdasarkan siklus

kehidupan mulai dari ANC terpadu sampai dengan anak usia sekolah dan remaja.

- d) Analisis kualitatif: Berupa analisis masalah yang interpretasinya dilakukan secara deskriptif, contohnya analisis masalah dari sisi pandang masyarakat yang dilakukan melalui Survey Mawas Diri.

4) Luaran :

- a) Ditemukenalinya keunggulan, kelemahan, peluang, dan ancaman dalam pelaksanaan upaya kesehatan pada periode sebelumnya.
 b) Dihasilkannya rumusan atau kesimpulan untuk bahan pertimbangan dalam menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK).

d. Perumusan Masalah

1) Identifikasi masalah

Prinsip mengidentifikasi masalah adalah berdasarkan 5W 1H (*What, Who, When, Where, Why, How*). Identifikasi masalah hendaknya dilakukan dengan pola pikir yang komprehensif. Misal kematian ibu, tentunya banyak sekali faktor determinan yang mempengaruhinya, mulai dari faktor ibu, faktor lingkungan, hingga faktor yang sifatnya non medis seperti pembiayaan dan lainnya.

Setiap Program Kesehatan Masyarakat diidentifikasi masalahnya secara rinci dengan menggunakan tabel bantu, sebagai berikut:

No	Upaya	Target	Pencapaian	Masalah
1.	UKM Esensial:			
	a. Promosi Kesehatan			
	b. ...			
2.	UKM Pengembangan:			
3.	UKP			

2) Menetapkan urutan masalah

Setelah mengidentifikasi masalah, tim perencanaan harus menetapkan urutan masalah program kesehatan masyarakat. Tidak semua masalah tentunya dapat diselesaikan pada tahun yang sama mengingat keterbatasan sumber daya.

Penetapan urutan masalah dapat dimulai dari setiap program (Promkes, Kesling, Kesga, Gizi, dan kesehatan olahraga dan kerja) yang kemudian dapat dilanjutkan dengan penetapan urutan masalah secara keseluruhan program kesehatan masyarakat.

Dalam penetapan urutan masalah dapat digunakan metode USG, yaitu dengan membuat prioritas isu yang harus diselesaikan.

- a) *Urgency* (U): seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas. Tim harus dapat melihat masalah tersebut dari ketersediaan waktunya, mendesak atau tidaknya masalah tersebut diselesaikan.
- b) *Serioussness*: Seberapa serius masalah tersebut perlu dibahas yang dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan.
- c) *Growth*: Seberapa kemungkinan isu tersebut menjadi berkembang jika dilakukan penanganan yang lambat.

Setiap perkembangan isu tersebut dinilai dengan skala 1 – 5 atau 1 – 10 berdasarkan hasil analisis data dan identifikasi masalah, kemudian dibuatkan matriks pemecahan masalah, sebagai contoh berikut:

No	Masalah	U	S	G	Total
1	Kematian ibu	4	5	3	12
2	Kejadian diare pada anak	5	3	2	10
3	DBD	4	4	3	11
4	Gizi Buruk	3	5	4	12
5	Tingkat kebugaran rendah	3	2	4	9

Dari tabel tersebut, maka prioritas masalah yang harus segera diselesaikan secara berurutan adalah kematian ibu, gizi buruk, DBD, Kejadian diare pada anak, dan tingkat kebugaran rendah.

3) Mencari akar penyebab masalah

Setelah ditentukan prioritas masalah, maka masing-masing prioritas masalah tadi dicari akar penyebab masalah. Penyebab masalah harus berbasis bukti artinya dikonfirmasi dengan data dan informasi.

Beberapa metode yang dapat digunakan dalam mencari penyebab masalah adalah dengan diagram sebab akibat dari Ishikawa (diagram tulang ikan/*fish bone*) dan Pohon masalah (*Problem trees*).

Untuk mendapatkan akar penyebab masalah secara komprehensif dapat dilakukan dengan cara *focus group discussion* (FGD) yang melibatkan seluruh penanggung jawab dan pengelola program di Puskesmas. FGD dilakukan pada setiap prioritas masalah.

4) Menetapkan cara pemecahan masalah

Pada tahap ini tim perencanaan beserta penanggung jawab/pengelola program kesehatan masyarakat harus berdiskusi bersama untuk menentukan pemecahan masalah.

Tim harus memiliki pengetahuan yang cukup terkait kebijakan program kesehatan masyarakat secara nasional maupun daerah sebagai bentuk pertimbangan *treatment* masalah yang dihadapi.

Hasil diskusi penetapan cara pemecahan masalah dapat dituangkan dalam tabel sebagai berikut:

No.	Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Alternatif Pemecahan Masalah	Pemecahan Masalah Terpilih	Ket
1.					
2.					
3.					
4.					

e. Penentuan target upaya kesehatan masyarakat.

Setelah tim perencana Puskesmas telah menetapkan cara pemecahan masalah maka sebelum menyusun rencana usulan kegiatan, tim hendaknya menentukan target upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas untuk tahun berikutnya. Hal ini dilakukan agar rencana kegiatan yang diusulkan dapat sesuai dengan yang ingin dicapai.

Target upaya kesehatan di Puskesmas untuk tahun berikutnya dapat ditentukan melalui beberapa metode, yaitu:

- 1) Target upaya kesehatan per Puskesmas telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- 2) Target upaya kesehatan ditentukan secara mandiri oleh Puskesmas melalui perkiraan matematis terhadap kemungkinan pencapaian target maupun berdasarkan prestasi terbaik yang pernah dicapai oleh Puskesmas. Penentuan target harus mempertimbangkan ketersediaan sumber daya di Puskesmas maupun lintas sektor.

f. Penyusunan dan pengusulan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Tahunan Upaya Kesehatan Masyarakat

- 1) Penyusunan formulasi RUK dilakukan setelah melalui tahapan diatas bersama dengan lintas program dan sektor terkait yang didampingi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Penyusunan RUK terintegrasi dalam sistem perencanaan daerah.
- 2) Penyusunan RPK dilaksanakan melalui pendekatan keterpaduan lintas program dan lintas sektor dalam lingkup siklus kehidupan. Keterpaduan ini penting mengingat keterbatasan sumber daya di Puskesmas.

B. Penggerakan dan Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat

a. Penggerakan

Penggerakan upaya kesehatan di Puskesmas dapat dilaksanakan dengan berbagai cara diantaranya rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari setiap program dan melalui forum Lokakarya Mini Bulanan dan Lokakarya Mini Tribulanan Lintas Sektor. Tata cara

penyelenggaraan lokakarya mini Puskesmas selengkapnya dimuat dalam Pedoman Manajemen Umum Puskesmas.

Kegiatan-kegiatan utama pada forum Lokakarya Mini Puskesmas meliputi:

1) Analisis hasil surveilans dan pemantauan wilayah setempat

Salah satu kegiatan utama dalam Lokakarya Mini yang terkait dengan manajemen program adalah pembahasan hasil surveilans atau pemantauan wilayah setempat status kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas. Dalam forum lokakarya mini, setiap pengelola upaya kesehatan di Puskesmas memaparkan hasil surveilans dan pemantauan wilayah setempat untuk didiskusikan bersama lintas pengelola program (pada Lokakarya Mini Bulanan) dan lintas sektor (pada Lokakarya Mini Tribulanan).

Hal-hal yang didiskusikan antara lain:

- a) Hasil pencapaian upaya kesehatan pada bulan sebelumnya
- b) Target pencapaian upaya kesehatan pada bulan berikutnya
- c) Identifikasi masalah dan akar masalah yang menjadi hambatan pada bulan sebelumnya
- d) Alternatif solusi untuk mengatasi tantangan yang ditemukenali
- e) Dukungan lintas program dan lintas sektor yang diharapkan untuk mencapai target program
- f) Kegiatan inovasi atau *best practice* yang dilakukan Puskesmas atau ditemukan di masyarakat terkait upaya kesehatan

2) Sosialisasi informasi terkini

Forum lokakarya mini Puskesmas juga seyogianya dimanfaatkan untuk sosialisasi dan ajang berbagi informasi terkini terkait program-program kesehatan masyarakat, antara lain:

- a) Sosialisasi kebijakan kesehatan terkini, seperti sosialisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat melalui Pendekatan Keluarga Sehat, sosialisasi Prioritas Penggunaan Dana Desa, sosialisasi Dana BOK dan Jaminan Persalinan, sosialisasi Akreditasi Puskesmas, dll.
- b) Ajang berbagi hasil pelaksanaan kegiatan pertemuan teknis atau pelatihan upaya kesehatan.
- c) Luaran:
 - Pemahaman seluruh jajaran Puskesmas dan jaringannya akan kebijakan dan program kesehatan terkini
 - Kesepakatan lintas program dan/atau lintas sektor untuk kesuksesan pelaksanaan upaya kesehatan (*who does what*)
 - Rencana pelaksanaan kegiatan (*plan of action*) upaya kesehatan untuk bulan berikutnya

b. Pelaksanaan Upaya Kesehatan

Sejalan dengan fungsi Puskesmas, upaya kesehatan di Puskesmas dilaksanakan menurut UKM tingkat pertama dan UKP tingkat pertama. Berikut adalah bentuk pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat Tingkat Pertama:

1) Pelayanan Kesehatan Keluarga

Untuk meningkatkan kesehatan di keluarga, intervensi dilakukan pada setiap tahapan siklus kehidupan dengan mengutamakan promotif dan preventif tanpa mengesampingkan kuratif dan rehabilitatif. Program prioritas dalam pembinaan pelayanan kesehatan keluarga adalah penurunan angka kematian ibu dan bayi.

a) Sasaran

- Ibu hamil, bersalin, dan nifas
- Bayi baru lahir (0 – 28 hari)
- Anak balita dan prasekolah (29 hari – 59 Bulan)
- Anak usia sekolah dan remaja (6 – 18 tahun)
- Usia reproduksi dan pasangan usia subur (15 – 49 tahun)
- Lanjut usia 45 sampai \geq 60 tahun

b) Program dan Kegiatan

1. Peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin, dan nifas
 - Kelas ibu (kelas ibu hamil dan kelas ibu balita) dengan menggunakan buku KIA.
 - Pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas (10 T).
 - Pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
 - Pelayanan ibu nifas, termasuk manajemen laktasi dan pelayanan KB pasca persalinan
2. Peningkatan kesehatan bayi baru lahir
 - Perawatan neonatal essensial
 - ASI eksklusif
 - Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan
 - Skrining Hipotiroid
 - Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM)
3. Peningkatan kesehatan anak balita dan prasekolah
 - Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan melalui Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)
 - Imunisasi
 - Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
 - Pemanfaatan Buku KIA
4. Peningkatan kesehatan anak usia sekolah dan remaja

- Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas, fokus pada penanganan masalah kesehatan anak usia sekolah dan remaja melalui konseling dan penanganan medis.
 - Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di luar Puskesmas seperti di panti, sekolah/madrasah, anak jalanan dan lainnya.
 - PKPR di sekolah/madrasah melalui Usaha Kesehatan Sekolah dalam bentuk model sekolah/madrasah sehat, termasuk penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan berkala, pendidikan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pendidikan kesehatan reproduksi pada anak usia sekolah dan remaja, pencegahan penggunaan NAPZA, infeksi menular seksual dan masalah kesehatan lainnya.
5. Peningkatan kesehatan usia reproduksi dan Keluarga Berencana
 - Pelayanan kontrasepsi/Keluarga Berencana (KB) bagi pasangan usia subur.
 - Pelayanan kesehatan reproduksi bagi calon pengantin.
 6. Peningkatan kesehatan lanjut usia
 - Gerakan Pelayanan Santun Lansia
 - Posyandu Lansia
 - Pengembangan peran lansia terutama dalam penurunan angka kematian ibu dan balita.
 - Pelayanan *Home Care* dan *Long Term Care*.
 7. Surveilans kesehatan ibu dan anak melalui Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA), PWS KB, surveilans kematian ibu, dan surveilans kesehatan anak.

2) Pelayanan Gizi

Kegiatan Pelayanan gizi mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas (di dalam gedung dan luar gedung) agar terciptanya sistem pelayanan gizi yang komprehensif dalam rangka mengatasi masalah gizi perorangan dan masyarakat. Program prioritas pelayanan gizi yaitu penurunan stunting.

a) Sasaran:

Seluruh masyarakat di dalam wilayah kerja Puskesmas khususnya bayi, balita, anak usia sekolah, remaja putri, ibu hamil, ibu menyusui, pekerja wanita dan lansia.

b) Program dan Kegiatan

1. Percepatan Penurunan Stunting

- Penyusunan regulasi daerah terkait stunting
- Pemetaan dan analisis situasi program stunting

- Pelaksanaan rembuk stunting
 - Pembinaan kader pembangunan manusia terkait 1000 hari kehidupan serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita.
 - Intervensi stunting: pada pemeriksaan kehamilan, promosi dan konseling PMBA, promosi dan konseling menyusui, tatalaksana gizi buruk, Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, tablet tambah darah ibu hamil dan remaja, pemberian obat cacing, manajemen terpadu balita sakit, dan lainnya.
 - Pengukuran dan publikasi stunting
 - Pencatatan dan pelaporan
 - Reviu kinerja tahunan aksi integrasi stunting.
2. Penanggulangan Masalah Gizi
- Pelayanan gizi rawat jalan bagi individu bermasalah gizi seperti ibu hamil anemia, ibu hamil KEK, balita kurus, penderita penyakit tidak menular (antara lain Diabetes mellitus, hipertensi) dll melalui proses asuhan gizi terstandar (PAGT)
 - Pelayanan gizi rawat inap pada puskesmas perawatan melalui proses asuhan gizi terstandar (PAGT). Misalnya balita gizi buruk dapat dirawat pada puskesmas perawatan yang mempunyai tim asuhan gizi dan telah dilatih tata laksana anak gizi buruk (TAGB) serta mempunyai sarana dan prasarana perawatan yang memadai untuk anak gizi buruk.
 - Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat (PGBM) di Pos Pemulihan Gizi
3. Peningkatan Kewaspadaan Gizi
- Pengelolaan Pemantauan Pertumbuhan Balita di Posyandu
 - Surveilans gizi:
 - Pemantauan Status Gizi (PSG)
 - Pemantauan wilayah setempat (PWS) gizi, yang meliputi Ibu hamil mendapat 90 Tablet Tambah Darah (TTD) selama kehamilan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif, pemantauan pertumbuhan balita, balita kurus mendapat MP ASI, Ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) mendapat PMT, remaja putri mendapat TTD, pemberian kapsul vitamin A bagi bayi (6-11 bulan), balita (12-59 bulan) dan ibu nifas serta pemantauan garam beriodium di tingkat rumah tangga.
 - Sistem kewaspadaan Dini-Kejadian Luar Biasa/SKD-KLB Gizi Buruk, pelacakan kasus gizi buruk
 - Pemantauan Konsumsi Gizi

4. Pengelolaan Konsumsi Gizi

- Edukasi gizi/pendidikan gizi mengacu pada pedoman gizi seimbang dan sesuai dengan risiko/masalah gizi di Posyandu, Pusling, institusi pendidikan, kelas ibu, kelas balita, upaya kesehatan kerja dan lain-lain serta pada saat kunjungan rumah bagi individu yang mempunyai masalah gizi (ibu hamil anemia, ibu hamil KEK, balita kurus dll) melalui pendekatan keluarga
- Konseling ASI dan Pemberian Makanan Bayi dan Balita (PMBA) kepada ibu hamil dan keluarga ibu yang mempunyai anak usia 0-24 bulan di Posyandu, Kelompok Pendukung Ibu (KP-ibu) terintegrasi dengan program lain dalam kegiatan kelas balita dan Kelas Ibu, serta konseling pada individu bermasalah (misalnya: bayi gizi kurang dan baduta kurus) saat kunjungan rumah dengan pendekatan keluarga.
- Konseling Gizi melalui Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM), diintegrasikan ke kegiatan masyarakat yang sudah aktif berjalan baik antara lain institusi pendidikan, di tempat kerja maupun di lingkungan tempat tinggal dalam wadah desa, yang dilakukan minimum 1 (satu) kali dalam sebulan.
- Edukasi dalam rangka pencegahan anemia pada remaja putri dan WUS.
- Suplementasi gizi seperti pengelolaan Pemberian Kapsul Vitamin A bagi bayi (6-11 bulan), balita (12-59 bulan) dan ibu nifas, pengelolaan Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil dan remaja putri, dan pengelolaan Pemberian PMT anak Balita, Ibu hamil dan PMT anak sekolah.
- Pembinaan Gizi di Institusi meliputi Sekolah, panti, rumah tahanan/LP, gizi kantin, restoran dan penyelenggaraan makan banyak lainnya

5. Kerjasama lintas sektor dan lintas program

- Lintas sektor seperti dengan Badan Ketahanan Pangan di daerah, Dinas Pertanian, Dinas Perdagangan, Dinas Pendidikan, PKK, Kecamatan, dan lainnya
- Lintas program misalnya Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Keluarga, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

c. Pelayanan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Promosi kesehatan merupakan kegiatan utama dari upaya kesehatan masyarakat. Kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mencakup seluruh upaya kesehatan masyarakat baik esensial maupun

pengembangan. Kegiatan prioritas promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat adalah Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).

1) Sasaran

Seluruh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas di berbagai tatanan seperti pesantren, sekolah, rumah sakit, tempat umum, dan lainnya.

2) Program dan Kegiatan

- a) Advokasi pengembangan kebijakan publik berwawasan kesehatan kepala lintas sektor
- b) Kemitraan bidang kesehatan dengan mitra potensial (dunia usaha, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan (Ormas), dan lainnya
- c) Pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan berbagai kelompok masyarakat
- d) Penguatan Posyandu
- e) Intervensi promosi kesehatan di berbagai tatanan (pesantren, sekolah, kampus, promkes RS, tempat umum, dan lainnya)
- f) Komunikasi, Informasi, Edukasi, Sosialisasi, Kampanye, Publikasi program prioritas kesehatan dan kegiatan lainnya sesuai prioritas spesifik daerah
- g) Peningkatan kapasitas promosi kesehatan (Jambore kader, Posyandu, Saka Bhakti Husada, Ormas, dan lainnya.
- h) Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)
 1. Sosialisasi kebijakan GERMAS
 2. Pelaksanaan GERMAS: Kampanye GERMAS, advokasi penerapan kawasan tanpa merokok (KTR), penguatan partisipasi masyarakat, pendidikan gizi seimbang, deteksi dini penyakit, dan lainnya
 3. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan GERMAS.

d. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Pelayanan Kesehatan Lingkungan adalah merupakan bagian dari pelayanan kesehatan paripurna yang diberikan kepada pasien, dimana Kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dilaksanakan bertujuan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi maupun sosial guna mencegah penyakit dan atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan. Kegiatan prioritas pelayanan kesehatan lingkungan yaitu Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

1) Sasaran:

- a. Sarana kualitas air minum: di rumah tangga, penyelenggara air minum masyarakat, depot air minum, PDAM.
- b. Sarana kegiatan penyehatan lingkungan adalah pangan, air bersih, sanitasi, jamban keluarga, tempat tempat umum, perumahan dan lingkungan sehat.

- c. Tempat pengolahan pangan: Restoran, jasa boga, kantin, dan tempat pengolahan pangan lainnya.
 - d. Seluruh masyarakat
 - e. Fasilitas kesehatan: Rumah Sakit dan Puskesmas
- 2) Program dan Kegiatan
- a) Penyehatan air dan sanitasi dasar
 - 1. Pelaksanaan inspeksi kesehatan lingkungan ke sarana kualitas air minum, di rumah tangga, penyelenggara air minum masyarakat, depot air minum, dan PDAM.
 - 2. Pengambilan sampel air minum
 - 3. Pemeriksaan air minum dengan sanitarian kit
 - b) Penyehatan pangan
 - 1. Pelaksanaan IKL ke tempat pengolahan pangan
 - 2. Pengambilan sampel makanan dari tempat pengolahan pangan
 - c) Penyehatan udara tanah dan kawasan
 - 1. Pelaksanaan IKL untuk sarana tempat fasilitas umum, sekolah, puskesmas, dan pasar.
 - 2. Pelaksanaan IKL pondok pesantren
 - 3. Pembinaan TFU
 - d) Pengelolaan limbah medis (limbah B3)
Pengawasan dan pembinaan limbah medis di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
 - e) Penguatan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan.
Pemberdayaan masyarakat untuk perubahan iklim
 - f) Pembinaan pengendalian dampak kesehatan merkuri
Pembinaan penghapusan alat kesehatan bermerkuri
 - g) Pendampingan dan pemantauan pelaksanaan intervensi kesehatan lingkungan (Padat Karya Tunai Desa Kesehatan Lingkungan)
Pendampingan kegiatan PKTD
 - h) Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
Pemberdayaan masyarakat untuk 5 (lima) pilar STBM, pemician, pendampingan, monitoring dan verifikasi rumah tangga yang berperilaku 5 pilar STBM.
- e. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- Upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif serta paliatif yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian yang dilaksanakan secara komprehensif, efektif, efisien, dan berkelanjutan terkait penyakit menular dan tidak menular.
- 1) Sasaran

Sasaran meliputi individu dan/atau kelompok masyarakat baik yang berisiko maupun yang tidak berisiko.

2) Program dan Kegiatan

a) Pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung

1. Pencegahan dan pengendalian Tuberkulosis
2. Pencegahan dan pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Atas
3. Pencegahan dan pengendalian HIV AIDS
4. Pencegahan dan pengendalian Hepatitis
5. Pencegahan dan pengendalian kusta

b) Pencegahan dan pengendalian penyakit tular vektor dan zoonotik

1. Pencegahan dan pengendalian malaria
2. Pencegahan dan pengendalian zoonosis
3. Pencegahan dan pengendalian filariasis dan kecacingan
4. Pencegahan dan pengendalian arbovirosis
5. Pencegahan dan pengendalian vector dan binatang pembawa penyakit

c) Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular

1. Pelayanan terpadu PTM yang dilakukan baik di FKTP maupun Posbindu PTM adalah penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian PTM yang dilaksanakan secara komprehensif dan terintegrasi melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).
2. Prioritas program pencegahan dan pengendalian PTM di FKTP adalah hipertensi, stroke, penyakit jantung koroner, diabetes melitus, obesitas, kanker leher rahim, kanker payudara, kanker pada anak, penyakit paru obstruktif kronik, asma, gangguan penglihatan dan kebutaan, gangguan pendengaran dan ketulian, gangguan fungsional.
3. Kegiatan berupa: promosi Kesehatan, deteksi dini faktor risiko PTM, peningkatan peran serta masyarakat, penemuan kasus PTM, penanganan kasus PTM, pencatatan dan pelaporan PTM, surveilans terpadu PTM, pemantauan dan penilaian kegiatan P2PTM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular)

f. Pelayanan Kesehatan Kerja dan Olahraga

1) Sasaran

- a) Usia Anak Sekolah (PAUD, SD, SMP, SMA)
- b) Usia Produktif (ASN, Pekerja di Perusahaan/tempat kerja)
- c) Usia Lansia
- d) Kelompok khusus (ibu hamil, calon jemaah haji)
- e) Kelompok Masyarakat
- f) Kelompok pekerja
- g) Tempat Kerja

2) Program dan kegiatan

- a) Pendataan dan pemeriksaan tempat kerja
 - a) Kunjungan pendataan pekerja dan tempat kerja
 - b) Pemeriksaan kesehatan pekerja dan lingkungan tempat kerja
 - c) Pembinaan pekerja dan tempat kerja
- b) Pembinaan dan pembentukan pos UKK
 - a) Identifikasi kelompok pekerja, desa, lintas program dan lintas sektor
 - b) Advokasi lintas program dan lintas sektor
 - c) Survei Mawas Diri pada kelompok pekerja
 - d) Pendampingan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
 - e) Pembinaan pos UKK rutin
- c) Sosialisasi/orientasi kesehatan kerja dan olahraga
 - a) Sosialisasi terkait kesehatan kerja
 - b) Sosialisasi terkait kesehatan olahraga
 - c) Orientasi kader pos UKK
- d) Pembinaan kebugaran jasmani bagi anak sekolah, pekerja, calon jemaah haji dan masyarakat
 - a) Kegiatan Pengukuran kebugaran jasmani bagi seluruh sasaran program kesehatan olahraga (anak sekolah, pekerja, calon jemaah haji, dan kelompok olahraga masyarakat)
 - b) Kegiatan aktivitas fisik/ latihan fisik/ olahraga bersama dengan sasaran program, seperti pelaksanaan senam bersama untuk pekerja internal
 - c) Kegiatan pemberian edukasi dan penyuluhan kesehatan olahraga pada kelompok sasaran program Puskesmas, senam lansia, senam bersama anak sekolah, dll
 - d) Kegiatan Monitoring Evaluasi pada kelompok sasaran program
- e) Pembinaan kelompok olahraga
 1. Melakukan pendataan kelompok olahraga (internal dan eksternal)
 2. Melakukan pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan faktor risiko PTM pada kelompok olahraga
 3. Melakukan pengukuran kebugaran jasmani bagi kelompok olahraga
 4. Melakukan edukasi kesehatan (kesehatan olahraga, gizi, faktor risiko PTM) kepada kelompok olahraga
- g. Pelayanan Kesehatan Jiwa
Pelayanan kesehatan jiwa meliputi pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, kesehatan jiwa dewasa dan lanjut usia, serta pencegahan penyalahgunaan NAPZA.
 - 1) Sasaran:
Anak, remaja, dewasa dan usia lanjut

- 2) Program dan Kegiatan
 - a) Masalah Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja
 1. Deteksi dini masalah kesehatan jiwa
 2. Penyuluhan kesehatan jiwa bagi anak dan remaja
 3. Penyuluhan NAPZA bagi anak dan remaja
 4. Pencatatan dan pelaporan
 5. Monitoring dan evaluasi
 - b) Masalah Kesehatan Dewasa dan Lanjut Usia
 1. Deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan NAPZA di masyarakat
 2. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)
 3. Pemberdayaan Keluarga dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)
 4. Pencatatan dan pelaporan
 5. Monitoring dan evaluasi
 - c) Masalah Penyalahgunaan NAPZA
 1. Deteksi dini penyalahgunaan NAPZA
 2. Penyuluhan kesehatan NAPZA di masyarakat
 3. Pencatatan dan pelaporan
 4. Monitoring dan evaluasi

C. Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja

Pada tahap ini, kepala Puskesmas dan setiap penanggung jawab program kesehatan masyarakat harus memahami indikator program kesehatan masyarakat yang tercantum dalam RPJMN, Renstra, RKP, SPM, PIS PK, dan indikator program lainnya di daerah. Indikator RPJMN dan Renstra Program Kesehatan Masyarakat dapat diakses pada Pedoman Indikator Program Kesehatan Masyarakat Dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020 – 2024.

a. Pengawasan dan Pengendalian

Pengawasan dapat dilakukan secara internal yaitu oleh Puskesmas (Kepala Puskesmas, tim audit internal, penanggung jawab program kesehatan masyarakat) dan secara eksternal yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Provinsi dan atau masyarakat.

Pengendalian adalah serangkaian aktifitas untuok menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika tidak ada kesesuaian maka harus segera dilakukan upaya perbaikan.

b. Penilaian Kinerja Puskesmas

Suatu proses yang objektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis, dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa

efektif dan efisien pelayanan Puskesmas yang disediakan serta sasaran yang dicapai dalam penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas.

Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas meliputi UKM esensial, UKM pengembangan, dan UKP. Kegiatan penilaian kinerja dilakukan oleh suatu tim kecil di Puskesmas yang terdiri dari penanggung jawab seluruh program berupa verifikasi dan analisis data serta penyajian.

Berdasarkan hasil penilaian kinerja Puskesmas dikelompokkan menjadi 3 (tiga) yaitu kinerja baik, cukup dan kurang. Informasi skala hasil penilaian kinerja dapat dilihat pada pedoman manajemen puskesmas.

D. Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Manajemen Puskesmas

Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan bagian yang tak kalah pentingnya pada proses manajemen puskesmas. Pada beberapa masalah, perlu adanya intervensi dari pemegang kebijakan di tingkat Kabupaten/Kota bahkan juga di tingkat Provinsi (Dinas Kesehatan Provinsi).

Bentuk dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota antara lain:

- a. Melakukan pembinaan secara terpadu, terintegrasi lintas program dan berkelanjutan
- b. Meningkatkan kerjasama lintas sektor dalam proses manajemen puskesmas
- c. Memberikan umpan balik terhadap hasil penilaian kinerja puskesmas
- d. Bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah kesehatan yang tidak dapat diselesaikan di Puskesmas, contohnya terkait lintas batas antar wilayah puskesmas dan atau lintas batas Kabupaten/Kota.
- e. Memberikan dukungan sumber daya untuk kelancaran proses manajemen puskesmas
- f. Melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota agar proses perencanaan, pembahasan, dan persetujuan rencana usulan kegiatan dapat dilaksanakan tepat waktu.

MATERI POKOK 3

PENYELENGGARAAN SURVEILANS UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT

A. Pengertian Surveilans Kesehatan dan Surveilans Epidemiologi

Surveilans kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien.

Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan berdasarkan Permenkes No 45 Tahun 2014, merupakan prasyarat program kesehatan dan bertujuan untuk:

- a. Tersedianya informasi tentang situasi, kecenderungan penyakit, dan faktor risikonya serta masalah kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sebagai bahan pengambilan keputusan;
- b. Terselenggaranya kewaspadaan dini terhadap kemungkinan terjadinya KLB/Wabah dan dampaknya;
- c. Terselenggaranya investigasi dan penanggulangan KLB/Wabah; dan
- d. Dasar penyampaian informasi kesehatan kepada para pihak yang berkepentingan sesuai dengan pertimbangan kesehatan.

Surveilans epidemiologi adalah pengamatan yang dilakukan secara terus menerus tentang penyakit beserta determinan/faktor risiko dan sebarannya dalam kelompok masyarakat tertentu untuk upaya pencegahan dan pengendaliannya. Konsep pendekatan epidemiologi adalah host, agent dan environment yang saling mempengaruhi dalam keseimbangan ekosistem yang terkait dengan perkembangan masalah kesehatan.

Berikut ini adalah ukuran-ukuran epidemiologi yang perlu diketahui:

- a. Proporsi: digunakan untuk melihat komposisi suatu variabel dalam populasi
- b. Rate: perbandingan antara jumlah kejadian terhadap jumlah penduduk yang mempunyai risiko terhadap kejadian tersebut yang menyangkut interval waktu tertentu
- c. Ratio: Merupakan perbandingan antara 2 kejadian atau 2 hal antara numerator dan denominator tidak ada sangkut pautnya
- d. Incident Rate: jumlah kasus baru pada periode waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah populasi yang berisiko dalam waktu yang sama di kalikan dengan konstanta
- e. Prevalence Rate: jumlah kasus yg ada pada periode waktu ttt dibandingkan dengan seluruh populasi pada waktu tertentu dikalikan dengan konstanta

- f. Ukuran kematian: (1) Angka Kematian Kasar (Crude Death Rate atau CDR); (2) Angka Kematian menurut kelompok umur (ASDR); (3) Angka kematian karena penyakit tertentu (CSDR) dan (4) Case Fatality Rate (CFR).

B. Surveilans dalam Upaya Kesehatan Masyarakat

Kegiatan surveilans dalam upaya kesehatan masyarakat sangat penting perannya dalam pemantauan program kesehatan masyarakat. Pengertian kegiatan surveilans upaya kesehatan masyarakat sama halnya pada surveilans pada umumnya yaitu pengumpulan data (pencatatan dan pelaporan), pengolahan data, analisis data (interpretasi sampai tindak lanjut), dan dilanjutkan dengan diseminasi, secara terus menerus dan sistematis dalam rangka pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya (DCP, 2008; PWS KIA, 2009).

Beberapa jenis bentuk surveilans dalam upaya kesehatan masyarakat yaitu antara lain Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA), Surveilans Gizi/PWS Gizi, Surveilans Kesehatan Anak, dan lainnya.

a. Pengumpulan Data Program Kesehatan Masyarakat

Dalam proses pengumpulan data (pencatatan dan pelaporan), hal yang terpenting diperhatikan adalah jenis dan sumber data. Jenis data yang dikumpulkan (dicatat dan dilaporkan) harus mendukung dalam kegiatan surveilans upaya kesehatan masyarakat, contohnya data sasaran (ibu hamil, ibu bersalin, dll) dan data pelayanan (jumlah kasus obstetri yang ditangani, jumlah peserta KB aktif, dll).

Salah satu sumber data untuk melakukan kegiatan surveilans dalam upaya kesehatan masyarakat adalah pencatatan dan pelaporan rutin. Pencatatan dan pelaporan rutin pada puskesmas merupakan dokumen yang tercatat secara sistematis baik konvensional maupun menggunakan teknologi komputer yang dilakukan mingguan, bulanan, triwulan, semesteran maupun tahunan. Adapun pelaporan rutin ini dalam surveilans epidemiologi dikenal sebagai data surveilans berbasis indikator (*indicator based surveillance*) yang merupakan bagian dari Sistem Informasi Puskesmas (SIP).

Program kesehatan masyarakat memiliki beberapa form pencatatan dan pelaporan sebagai kegiatan surveilans diantaranya kohort ibu, kohort bayi, dan kohort balita. Saat ini sedang dikembangkan kohort anak usia sekolah dan remaja, usia produktif, dan lansia serta e-kohort.

b. Pengolahan Data Program Kesehatan Masyarakat

Pada tahap pengolahan data dilakukan pembersihan data yang dikenal dengan *cleaning*, validasi, dan pengelompokan.

- 1) Pembersihan data bertujuan untuk melihat kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir yang tersedia;

- 2) Validasi bertujuan untuk melihat kebenaran dan ketepatan data
- 3) Pengelompokkan bertujuan untuk menyediakan data sesuai dengan kebutuhan yang harus dilaporkan.

Hasil pengolahan data dapat disajikan dalam bentuk narasi, grafik, tabulasi, dan peta.

c. Analisis Data Upaya Kesehatan Masyarakat.

Analisis program kesehatan masyarakat dapat dilakukan mulai dari yang sederhana hingga analisis lanjut sesuai dengan tingkat kebutuhannya. Metode analisis program kesehatan masyarakat telah dijelaskan pada materi pokok 2 tentang manajemen upaya kesehatan masyarakat.

Pada program kesehatan ibu dan anak dapat dilakukan analisis secara khusus dengan melakukan penelusuran data kohort. Analisis ini dinamakan analisis penelusuran per individu yang dapat membantu tenaga kesehatan di tingkat desa untuk meningkatkan kinerja dan apa yang harus dilakukan pada bulan berikutnya.

Bila ada kepentingan tertentu untuk menghasilkan suatu keputusan sebagai dari hasil analisis data maka keputusan tersebut harus dijelaskan dalam bentuk rencana operasional jangka pendek untuk penyelesaian masalah yang dihadapi sesuai spesifikasi wilayah sebagai tindak lanjut.

Hasil kegiatan surveilans selanjutnya dilakukan diseminasi kepada pihak yang berkepentingan dalam penggunaan informasi seperti pimpinan daerah termasuk Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab Program Kesehatan Masyarakat, serta lintas sektor terkait.

d. Pemantauan, Pembinaan, Pengawasan, dan Diseminasi Informasi

Pada kegiatan surveilans kesehatan masyarakat dilakukan pemantauan, pembinaan, pengawasan, dan diseminasi informasi upaya kesehatan masyarakat. Kegiatan tersebut dapat dilakukan di dalam gedung dan luar gedung Puskesmas.

1) Di dalam Gedung (Puskesmas)

a) Monitoring

Dalam melakukan pemantauan wilayah di dalam gedung dapat berupa pemantauan terhadap penyelenggaraan kegiatan surveilans yaitu dengan melakukan pengamatan/analisis data pada form pencatatan dan pelaporan program kesehatan masyarakat maupun program lainnya yang terkait dengan kesehatan masyarakat.

b) Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan yang dilakukan di dalam gedung dengan pendekatan epidemiologi dapat berupa

1. Evaluasi kegiatan; dilakukan secara rutin, mengukur kinerja dan capaian program/sasaran, intervensi, akselerasi maupun refocusing terhadap sumber daya
 2. Pembinaan dan pengawasan dengan pendekatan epidemiologi dapat berupa
 - Peningkatan kompetensi di bidang epidemiologi;
 - Peningkatan kinerja antar program;
 - Efektifitas analisis data untuk upaya preventif dalam deteksi dini penyakit potensial masalah kesehatan; dan
 - Bimbingan teknis di bidang surveilans epidemiologi upaya kesehatan masyarakat.
- c) Diseminasi Informasi
- Kegiatan dapat berupa penerbitan bulletin kesehatan mingguan, bulanan atau media cetak lainnya yang digunakan untuk sharing informasi guna melakukan edukasi khususnya di bidang epidemiologi. Untuk basis data yang digunakan pada kegiatan surveilans di dalam gedung lebih banyak menggunakan data surveilans berbasis indikator.
- 2) Di Luar Gedung
- a) Monitoring kegiatan dapat berupa
1. kunjungan rutin ke wilayah kerja (pengendalian vector, posyandu, dll),
 2. melakukan surveilans aktif dalam rangka pencarian/penambahan kasus tertentu untuk menguatkan dugaan adanya peningkatan kasus maupun faktor risiko.
 3. Penyelidikan epidemiologi dan pemberian pencegahan pada kasus kontak langsung
 4. Komunikasi risiko
- b) Pembinaan, pengawasan dan pelaporan
- Agar pelaksanaan kegiatan surveilans diluar gedung menjadi optimal
1. Peningkatan kompetensi pengelola program kesehatan masyarakat terkait surveilans di bidang penguatan penyelidikan epidemiologi.
 2. Melibatkan unsur keluarga sebagai fungsi deteksi dini terhadap suatu penyakit atau masalah kesehatan (missal: menunjuk salah satu keluarga sebagai juru pemantau jentik, memberdayakan keluarga sebagai pengawas minum obat pada saat pemberian profilaksis, dsb)
 3. Peningkatan jejaring kemitraan dengan berbagai unsur (lintas sektor, tokoh masyarakat, LSM, OP, dsb)

Ketiga hal tersebut merupakan beberapa faktor yang dapat menentukan keberhasilan dalam pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan khususnya kesehatan masyarakat. Adapun basis data yang digunakan untuk kegiatan surveilans di luar gedung lebih memanfaatkan data berbasis kejadian (*Event Based Surveillance*).

C. Peran Surveilans untuk Mendukung Program Kesehatan Masyarakat

Peran Surveilans untuk Mendukung Program Kesehatan Masyarakat

- a. Perencanaan, Implementasi, dan evaluasi (investigasi, pengendalian dan pencegahan);
- b. Penetapan Kegiatan Prioritas;
- c. Pengendalian Kejadian Luar Biasa;
- d. Mempelajari riwayat alamiah penyakit, gambaran klinis, dan epidemiologi sehingga dapat disusun program pencegahan dan penanggulangannya; dan
- e. Mendapatkan data dasar penyakit dan faktor risiko, sehingga dapat diteliti kemungkinan pencegahan dan penanggulangan, serta program nantinya dapat dikembangkan.

Seluruh upaya yang dilakukan Puskesmas melalui program-program kesehatan berfokus pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Puskesmas dengan kewenangan wilayahnya harus mampu mengerahkan segala potensi sumber daya yang ada untuk mewujudkan masyarakat sehat. Saat ini pendekatan yang dilakukan memiliki target intervensi di keluarga, dengan 12 indikator pendekatan keluarga yang digunakan untuk menilai indeks kesehatan keluarga serta Standar Pelayanan Minimal (SPM). Pencapaian kesehatan masyarakat yang dapat dilihat dari indikator keluarga sehat mendukung tercapainya Standar Pelayanan Minimal (SPM). Sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah daerah mulai dari tingkat kabupaten/kota dan provinsi, SPM mewajibkan pencapaian ke 12 indikator kesehatan untuk seluruh masyarakatnya.

Puskesmas yang memiliki kewajiban pada pelayanan UKP dan UKM tetap memperhatikan intervensi individual sebagai bentuk intervensi spesifik. Dan penjangkauan individu tidak dilakukan hanya di dalam gedung, namun juga dengan penjangkauan di luar gedung dengan pendekatan keluarga, bukan hanya kunjungan keluarga.

Puskesmas yang baik harus mampu membuat warganya menjadi sehat. Bukanlah suatu kebanggaan jika Puskesmas ramai oleh pasien, tetapi menjadi kebanggaan jika di wilayah Puskesmas masyarakatnya sehat. Dan boleh menjadi kebanggaan jika yang datang ke Puskesmas adalah masyarakat sehat yang melakukan pemeriksaan rutin dan atau pasien yang melakukan kontrol pengobatannya.

Membentuk perilaku masyarakat sehat dilakukan oleh seluruh komponen masyarakat. Program kesehatan yang dikelola oleh Puskesmas, dengan kepemimpinan Kepala Puskesmas diharapkan mampu mewujudkan masyarakat sehat.

8

REFERENSI

1. Undang-undang Nomor 24 tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 40 tahun 1991 Tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1479/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan STP.
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 284/MENKES/SK/III/2004 tentang Buku KIA.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 949/2004 Tentang Pedoman Penyelenggaraan SKD KLB.
6. *International Health Regulation*, 2005
7. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
8. DCP2 (2008). Public health surveillance. The best weapon to avert epidemics. Disease Control Priority Project. www.dcp2.org/file/153/dcpp-surveillance.pdf
9. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 tahun 2010 Tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah Dan Upaya Penanggulangan.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1018 Tahun 2011 Tentang Strategi Adaptasi Perubahan Iklim Bidang Kesehatan.
12. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 Tentang ASI Eksklusif
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 035 Tahun 2012 Tentang Identifikasi Faktor Risiko Akibat Perubahan Iklim
14. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2013 Tentang KLB Keracunan Pangan
16. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pencegahan, Penularan HIV dari Ibu ke Anak
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 70 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Manajemen Balita Sakit Berbasis Masyarakat
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Upaya Perbaikan Gizi

20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45/2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan.
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 53 tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 68 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan Untuk Memberikan Informasi Atas Adanya Dugaan Kekerasan Terhadap Anak
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tahun 2014 Tentang Skrining Hipotiroid Kongenital
26. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor No 82 tahun 2014 Tentang Pengendalian Penyakit Menular
27. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual
28. Kementerian Kesehatan RI. 2004. Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas
30. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pemeriksaan Laboratorium Untuk Ibu Hamil, Bersalin, Dan Nifas Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dan Jaringan Pelayanannya
31. Peraturan Menteri LHK Nomor P.56 Tahun 2015 Tentang Pengelolaan LB3 di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
32. Kementerian Kesehatan RI. 2015. Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
33. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
34. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Keluarga Sehat.
35. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).
36. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
37. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
38. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas
39. Kementerian Kesehatan RI. 2019. Pedoman Desa Sehat Iklim. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

40. Kementerian Kesehatan RI. 2019. Pedoman Pengendalian Dampak Kesehatan Lingkungan Akibat Penggunaan Merkuri Pada Penambang Emas Skala Kecil dengan Metode Partisipatori (PESK) Bagi Petugas Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

9

LAMPIRAN

Penugasan Materi 2: Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas

PETUNJUK DISKUSI KELOMPOK

Waktu : 30 menit

1. Peserta dibagi menjadi 3 kelompok
2. Setiap kelompok mendiskusikan soal diskusi yang diberikan oleh fasilitator selama 15 menit.
3. Hasil diskusi dituliskan dalam *power point*
4. Fasilitator memilih 1 perwakilan kelompok untuk mempresentasikan hasil diskusi selama 10 menit (kelompok lain memberikan tanggapan)
5. Fasilitator memberikan umpan balik dan menyampaikan rangkuman diskusi selama 5 menit
6. Seluruh hasil diskusi kelompok dikumpulkan ke fasilitator dalam bentuk softcopy.

Soal Diskusi

1. Sebutkan jenis UKM esensial dan UKM pengembangan yang ada di Puskesmas masing-masing anggota kelompok, kemudian jawab pertanyaan berikut.
 - a. Adakah perbedaan jenis UKM yang dimiliki setiap Puskesmas masing-masing anggota kelompok.
 - b. Sebutkan latar belakang pemilihan jenis UKM dari masing-masing Puskesmas
2. Jelaskan prinsip kesinambungan pelayanan dalam siklus hidup dan penerapannya dalam Puskesmas Saudara (ambil salah satu Puskesmas anggota kelompok)
3. Jelaskan bentuk integrasi UKM dan UKP di Puskesmas Saudara (ambil salah satu Puskesmas anggota kelompok).
4. Sebutkan tahapan perencanaan program di Puskesmas
5. Jelaskan kegiatan yang dilakukan dari setiap tahapan perencanaan upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas Saudara (pilih salah satu Puskesmas anggota kelompok)

Penugasan Materi 2: Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas

PETUNJUK STUDI KASUS 1

1. Peserta dibagi menjadi 4 kelompok.
2. Kelompok ganjil (1 dan 3) mengerjakan soal kasus 1, dan kelompok genap (2 dan 4) mengerjakan soal kasus 2. Waktu diskusi masing-masing kelompok 15 menit.
3. Hasil diskusi dituliskan dalam *power point*
4. Fasilitator memilih 2 perwakilan kelompok untuk mempresentasikan hasil diskusi selama 10 menit (kelompok lain memberikan tanggapan)
5. Fasilitator memberikan umpan balik dan menyampaikan rangkuman diskusi selama 5 menit
7. Seluruh hasil diskusi kelompok dikumpulkan ke fasilitator dalam bentuk softcopy.

Waktu : 30 menit

Soal Kasus 1:

Diketahui data dasar Puskesmas Kecamatan X sebagai berikut:

Luas wilayah	320 km persegi
Jumlah desa	14
Jumlah sekolah di wilayah kerja	3 buah (1 SMP dan 2 SD)
Jumlah poskesdes	7
Jumlah posyandu	14
Jumlah penduduk	39.459 jiwa Laki-laki 24.225 jiwa Perempuan 25.234 jiwa Jumlah rumah tangga 9.423 Jumlah rumah tangga miskin 457
Mata pencaharian	Petani 43% Pegawai Negeri 5% Pegawai Swasta 5% Jasa 20% Wiraswasta 22% Lain-lain 5%
Tingkat pendidikan penduduk di atas 15 tahun	S1 4%; SMA 10%; SLTP 37%; SD 37% Tidak sekolah 12%

Tempat umum	Pasar
Industri kecil	Kerajinan Rumah Tangga
Sarana	Gedung Puskesmas kondisi baik
Prasarana	Instalasi air dan listrik berfungsi, kendaraan roda 4 berjumlah 2 buah (1 pusling dan 1 ambulans)
Alat, Obat, dan BHP	Tersedia
Tenaga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Umum 1 orang (merangkap sebagai kepala Puskesmas) 2. Bidan 10 orang (termasuk bidan desa) 3. Perawat 3 orang 4. Kesmas 2 orang (1 orang merangkap Kasubag TU) 5. Kesling 1 orang 6. Farmasi 1 orang 7. Ahli Teknologi Lab Medik 2 orang 8. Petugas Gizi 1 orang 9. Tukang bersih 1 orang 10. Administrasi 2 orang
Pembiayaan	BOK (setahun 85 juta rupiah) kapitasi (15000 peserta, nilai kapitasi Rp 6000) APBD (setahun 120 juta)

Diketahui rekapitulasi Indeks Keluarga Sehat Kecamatan X sebagai berikut:

REKAPITULASI INDEKS KELUARGA SEHAT TINGKAT KECAMATAN X

No	Indikator	Kelurahan A	Kelurahan B	Kelurahan C	Kelurahan D	% Cakupan Kecamatan X
A	B	C	G	K	N	P
1	Keluarga mengikuti program KB *)	88.3%	70.8%	83.5%	70.0%	79.5%
2	Persalinan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
3	Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap *)	100.0%	100.0%	87.0%	100.0%	93.5%
4	Bayi mendapatkan ASI Eksklusif	78.3%	85.7%	54.7%	94.7%	70.9%
5	Pertumbuhan Balita dipantau	94.0%	96.0%	72.9%	98.7%	86.2%
6	Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar	76.9%	30.0%	90.9%	04.3%	66.1%
7	Penderita hipertensi yang berobat teratur	10.4%	59.2%	04.2%	07.1%	13.7%
8	Penderita gangguan jiwa berat, diobati dan tidak ditelantarkan	00.0%	42.9%	23.1%	25.0%	25.9%
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok *)	41.8%	54.3%	46.9%	32.7%	44.9%
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	57.7%	37.7%	59.2%	33.5%	50.2%
11	Keluarga memiliki akses/menggunakan sarana air bersih	100.0%	99.6%	99.3%	98.3%	99.4%
12	Keluarga memiliki akses/menggunakan jamban keluarga	99.5%	99.6%	98.8%	99.4%	99.2%
Indeks Keluarga Sehat (IKS)		0.251	0.271	0.233	0.099	0.222
Σ Keluarga dengan IKS > 0,800		150	153	272	47	622
Σ Keluarga		598	565	1166	477	2806

Jumlah penduduk di Puskesmas Kecamatan X yaitu 39.459 jiwa dengan angka kelahiran kasar Kabupaten tersebut adalah 27/1.000 penduduk. Terdapat kasus kematian ibu dan bayi baru lahir terjadi di wilayah Puskesmas Kecamatan X. ibu meninggal 3 orang, dan bayi meninggal 17 orang. Kematian Ibu terjadi karena perdarahan 2 orang dan penyakit lain-lain 1 orang. Untuk kematian bayi terjadi karena Asfiksia 5 orang, BBLR 4 orang, Pnemonia 2 orang, Diare 3 orang dan lain-lain 3 orang. Sebagian besar Ibu bekerja mengikuti suami ke perkebunan.

Sejak bulan Juli terjadi cuaca buruk sehingga hasil perkebunan tidak memadai, rumah petani jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan. Kondisi rumah penduduk terbuat dari papan sederhana, dan sebagian besar tidak mempunyai jamban atau menggunakan jamban yang terletak di dekat sungai, dimana sungai tersebut juga dipakai untuk mengambil air untuk keperluan sehari-hari. Sebagian penduduk adalah perokok.

Berdasarkan informasi tersebut:

1. Tentukan sasaran program kesehatan untuk mencapai universal akses (100% ibu mendapatkan pelayanan), dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi
 - a. Berapa perkiraan jumlah ibu hamil di Kec. X yang harus mendapatkan pelayanan bila rumusnya adalah $1.10 \times \text{CBR} \times \text{jumlah penduduk}$
 - b. Berapa perkiraan jumlah ibu bersalin pada desa X tersebut, bila rumusnya adalah $1,05 \times \text{CBR} \times \text{jumlah penduduk}$

- c. Berapa perkiraan jumlah bayi pada desa X tersebut, bila rumusnya adalah $\text{CBR} \times \text{jumlah penduduk}$
 - d. Berapa prevalensi terjadinya komplikasi (anemi, perdarahan dll) bila sasaran ibu dengan komplikasi adalah 20% dari jumlah ibu hamil
2. Buatlah Rencana Usulan Kegiatan untuk mengatasi permasalahan kesehatan di Puskesmas Kecamatan X tersebut dengan membuat identifikasi masalah, menetapkan urutan prioritas masalah, membuat analisis penyebab masalah, dan membuat alternatif pemecahan masalah.

Soal Kasus 2:

1. Siapkan data kinerja Puskesmas yang diperlukan untuk membuat perencanaan (pilih salah satu Puskesmas dari anggota kelompok)
2. Buat RUK Puskesmas dari data yang telah disiapkan (poin 1), lengkap dengan identifikasi masalah, urutan prioritas masalah, analisis penyebab masalah, dan alternatif pemecahan masalah.

Penugasan Materi 3. Penyelenggaraan Surveilans Upaya Kesehatan Masyarakat

PETUNJUK DISKUSI KELOMPOK

1. Peserta dibagi menjadi 3 kelompok
2. Setiap kelompok mendiskusikan soal diskusi yang diberikan oleh fasilitator selama 15 Menit.
3. Hasil diskusi dituliskan dalam *power point*
4. Fasilitator memilih 1 perwakilan kelompok untuk mempresentasikan hasil diskusi selama 10 menit (kelompok lain memberikan tanggapan)
5. Fasilitator memberikan umpan balik dan menyampaikan rangkuman diskusi selama 5 menit
6. Seluruh hasil diskusi kelompok dikumpulkan ke fasilitator dalam bentuk softcopy.

Waktu: 30 menit

Soal Diskusi Kelompok

1. Berikan salah satu contoh kegiatan surveilans program kesehatan masyarakat di Puskesmas Saudara (pilih salah satu Puskesmas dari anggota kelompok), dan jelaskan
 - a. Bagaimana cara pengumpulan datanya
 - b. Bagaimana cara mengolah datanya
 - c. Bagaimana cara menganalisis datanya
 - d. Bagaimana cara melakukan pemantauan, pembinaan, pengawasan
 - e. Bagaimana cara diseminasi informasi hasil kegiatan surveilans
 - f. Siapa/pihak mana saja yang berperan dalam mendukung kegiatan program kesehatan masyarakat yang dilakukan surveilans (apa perannya).



Manajemen Pemberdayaan Masyarakat

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

i	DAFTAR ISI	.....	i
1	DESKRIPSI SINGKAT	.....	1
2	TUJUAN PEMBELAJARAN	.....	2
3	MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	.....	2
4	METODE	.....	3
5	MEDIA DAN ALAT	.....	3
6	LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN	.....	4
7	URAIAN MATERI	.....
	Materi Pokok 1	Konsep Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	6
	Materi Pokok 2	Manajemen Pemberdayaan Masyarakat di Puskesmas	13
8	DAFTAR PUSTAKA	.....	38
9	LAMPIRAN	.....	39

1

DESKRIPSI SINGKAT

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, tentang Puskesmas, ditetapkan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Hal ini sesuai dengan prinsip penyelenggaraan upaya kesehatan di puskesmas antara lain paradigma sehat serta mengupayakan kemandirian masyarakat. Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat, kewenangan puskesmas diantaranya adalah melaksanakan advokasi, KIE dan pemberdayaan masyarakat, menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan melalui kerjasama dengan sektor lain terkait; melaksanakan pembinaan teknis terhadap UKBM. Mengacu pada prinsip, fungsi serta tugas utama puskesmas, maka puskesmas mempunyai tanggung jawab untuk melakukan gerakan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, melaksanakan pembinaan UKBM, serta mengupayakan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan.

Selain itu, pelayanan promosi kesehatan merupakan upaya kesehatan esensial yang wajib diselenggarakan Puskesmas. Penyelenggaraan pelayanan promosi kesehatan di puskesmas, tentunya harus bertujuan untuk memberdayakan masyarakat dalam bidang kesehatan. Sasaran pemberdayaan masyarakat meliputi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat umum. Upaya pemberdayaan masyarakat secara individu, keluarga maupun kelompok, juga akan berhubungan atau terintegrasi dengan upaya kesehatan perorangan.

Upaya pembangunan kesehatan yang dilaksanakan puskesmas memerlukan dukungan seluruh lapisan masyarakat. Dukungan aktif masyarakat diwujudkan melalui pemberdayaan masyarakat. Wujud dukungan aktif masyarakat tersebut, dalam bentuk Forum Masyarakat Desa di tingkat desa ataupun Forum Masyarakat Kecamatan di tingkat kecamatan. Pengembangan UKBM, Gerakan Bebas Malaria, Gerakan Jumat Bersih, Gerakan Sayang Ibu dan Bayi, Gerakan Jantung Sehat, dll dalam wadah Desa Siaga Aktif. Adapun di tingkat kecamatan perlu adanya Forum Masyarakat Kecamatan yang dapat berbentuk Konsil Kesehatan Kecamatan atau Badan Penyantun Puskesmas atau Forum Kecamatan Sehat.

Berkaitan dengan hal itu, maka petugas puskesmas terutama Kepala Puskesmas, harus mempunyai kesamaan pemahaman tentang manajemen pemberdayaan masyarakat di Puskesmas. Pada materi inti 6 ini, ruang lingkup materi yang akan dibahas adalah konsep pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dan manajemen pemberdayaan masyarakat di puskesmas.

2 TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu melakukan pengelolaan manajemen pemberdayaan masyarakat di Puskesmas

B. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan
2. Melakukan manajemen pemberdayaan masyarakat di Puskesmas

3 MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

Materi Pokok 1. Konsep Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Sub materi pokok:

- a. Pengertian, tujuan, manfaat, prinsip dan unsur-unsur pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan
- b. Bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat

Materi Pokok 2. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat di Puskesmas

Sub materi pokok:

- a. Peran dan fungsi Petugas Puskesmas sebagai fasilitator dalam pemberdayaan Masyarakat
- b. Perencanaan, Pelaksanaan, Pemantuan dan Penilaian Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat

4 METODE

Metode pembelajaran meliputi:

- A. Curah pendapat
- B. Ceramah Tanya Jawab
- C. Diskusi Kelompok

5 MEDIA DAN ALAT BANTU

- A. Komputer/laptop
- B. Bahan Tayang
- C. LCD Projector
- D. Whiteboard
- E. Metaplan
- F. Spidol
- G. Flipchart
- H. Panduan diskusi kelompok
- I. Sticky Note

6

LANGKAH LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran mata pelatihan ini selama 2 jam pelajaran (T: 1, P: 1)

Langkah 1.

Pengkondisian (5 menit)

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran mata pelatihan ini dan materi pokok yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2.

Penyampaian dan pembahasan Konsep Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan (25 menit)

1. Fasilitator bertanya kepada peserta tentang pemahaman konsep pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dari pengertian, tujuan dan manfaat pemberdayaan masyarakat, prinsip dan unsur-unsur dan bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan yang diketahui.
2. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang Konsep Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan dengan menggunakan bahan tayang.
3. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penjelasan yang disampaikan.
4. Fasilitator merangkum hasil diskusi dengan para peserta dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 3

Penyampaian dan pembahasan tentang Manajemen Pemberdayaan Masyarakat di Puskesmas (50 menit).

1. Fasilitator bertanya kepada peserta tentang pemahaman peran dan fungsi petugas Puskesmas sebagai fasilitator Pemberdayaan Masyarakat yang diketahui.

2. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang peran dan fungsi petugas Puskesmas sebagai fasilitator Pemberdayaan Masyarakat dengan menggunakan bahan tayang. Lakukan diskusi tanya jawab untuk meningkatkan pengetahuan peserta.
3. Fasilitator menyampaikan penjelasan singkat tentang perencanaan (P1), pelaksanaan (P2) dan pemantauan penilaian (P3) dari kegiatan pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan bahan tayang.
4. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.
5. Fasilitator memberikan penugasan berupa diskusi kelompok kepada peserta untuk menyusun rencana kegiatan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian pemberdayaan masyarakat, melalui diskusi kelompok dengan menggunakan lembar tugas.
6. Fasilitator merangkum hasil diskusi kelompok, selanjutnya menyampaikan hal-hal penting dalam melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat.
7. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

Langkah 5

Penyampaian rangkuman tentang pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan di puskesmas (10 menit).

1. Fasilitator mengajak peserta untuk mengungkapkan kembali serta merangkum materi yang telah dibahas pada sesi ini, mengacu pada tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator menyampaikan beberapa hal penting tentang tugas dan tanggung jawab Kepala Puskesmas serta petugas puskesmas dalam penyelenggaraan kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di puskesmas.
3. Fasilitator menutup proses pembelajaran pada sesi ini, dengan mengucapkan terima kasih serta memberikan apresiasi kepada semua peserta yang telah berpartisipasi aktif sehingga tujuan pembelajaran pada sesi ini dapat tercapai.

7

URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1.

KONSEP PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN

Pemberdayaan masyarakat merupakan kegiatan penting dalam upaya promosi kesehatan, karena: 1) pemberdayaan masyarakat termasuk menjadi arah pembangunan kesehatan nasional yang telah ditetapkan dalam berbagai bentuk kebijakan. 2) pemberdayaan masyarakat tercantum dalam UU No. 36 tahun Tahun 2009 tentang Kesehatan; 3) pemberdayaan masyarakat dalam menerapkan perilaku sehat menjadi tujuan pembangunan kesehatan di Puskesmas (Permenkes 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas); 4) hasil kajian 70% sumberdaya pembangunan kesehatan secara nasional berasal dari kontribusi/partisipasi masyarakat; 5) pemberdayaan masyarakat/partisipasi masyarakat berazaskan gotong royong, merupakan budaya masyarakat Indonesia yang perlu dilestarikan; 6) perilaku masyarakat merupakan faktor penyebab utama terjadinya gangguan atau masalah kesehatan masyarakat, oleh sebab itu masyarakat sendirilah yang dapat menyelesaikan masalah tersebut dengan pendampingan /bimbingan pemerintah; 7) Pemerintah mempunyai keterbatasan sumberdaya dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat, tanpa keterlibatan masyarakat tujuan pembangunan kesehatan tidak akan tercapai. 8) potensi yang dimiliki masyarakat dalam pembangunan kesehatan sangat besar, diantaranya meliputi kepemimpinan, pengambilan keputusan, material, dana, tenaga, organisasi kemasyarakatan, teknologi tepat guna, sosial budaya yang mendukung upaya peningkatan status kesehatan masyarakat. Potensi tersebut perlu dimobilisasi dan dioptimalkan melalui proses pemberdayaan masyarakat.

Konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community –based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat). Tahap selanjutnya muncul istilah *community drivendevelopment* yang diterjemahkan sebagai pembangunan yang digerakkan masyarakat. Pembangunan yang digerakkan masyarakat didefinisikan sebagai kegiatan pembangunan yang diputuskan sendiri oleh warga komunitas dengan menggunakan sebanyak mungkin sumber daya setempat.

Dengan demikian pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan

masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat.

a. Pengertian, Tujuan, Manfaat, Prinsip dan Unsur-Unsur Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan

1) Pengertian

Dalam bidang kesehatan pemberdayaan masyarakat dapat diartikan sebagai penyediaan layanan kesehatan dasar yang mudah cepat, dan murah dengan memanfaatkan pengobatan “modern” dan atau pengobatan tradisional yang teruji kemanjuran dan keamanannya. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, juga menyangkut kemandirian masyarakat untuk mengorganisir lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LSM, PKK, Dasawisma, Posyandu, dan lain-lain) untuk menanggulangi faktor risiko penyakit dan menghimpun iuran kesehatan, termasuk meningkatkan kemampuan untuk memerangi kapitalistik medik yang lebih menekankan praktik-praktik kuratif dibanding preventif dan promotif. Karena itu pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, lebih menekankan pada upaya promotif, preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Pemberdayaan masyarakat merupakan sub sistim dalam Sistim Kesehatan Nasional, dan merupakan salah satu strategi promosi kesehatan. Pengertian pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan adalah adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan atau knowledge), dari tahu menjadi mau (aspek sikap atau attitude), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan atau practice).

Pemberdayaan masyarakat merupakan intervensi strategis dalam proses perubahan perilaku serta peningkatan peran serta masyarakat dalam pengembangan UKBM. Hasil upaya pemberdayaan masyarakat secara individu, kelompok dan masyarakat umum, adalah meningkatnya cakupan program kesehatan di puskesmas serta jumlah UKBM. Hal ini, merupakan indikator kinerja puskesmas, yang membawa pengaruh terhadap dukungan puskesmas terhadap pencapaian SPM Kabupaten/Kota.

Mengingat pentingnya pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut, maka Kepala Puskesmas beserta staf harus memahami

pengelolaan upaya pemberdayaan masyarakat dengan benar dan tepat sesuai dengan kondisi sosial budaya masyarakat setempat. Pihak puskesmas juga harus mampu berupaya menggerakkan stakeholders/mitra potensial, untuk berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat.

2) Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

a) Tujuan Umum

Secara umum tujuan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah meningkatkan individu, keluarga dan masyarakat agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat, dalam memelihara, mengatasi serta meningkatkan kesehatannya secara mandiri serta berperan aktif dalam upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (dari, oleh dan untuk masyarakat).

Melalui upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan individu, kelompok maupun masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan terkait dengan dirinya, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan sosial dalam pengambilan tindakan mencegah serta mengatasi permasalahan kesehatan yang ada di wilayahnya.

b) Tujuan khusus:

- Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan.
- Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan' gangguan kesehatan seperti perilaku tidak sehat, lingkungan tidak sehat, bencana, wabah, kegawatdaruratan, dan sebagainya.
- Meningkatnya peran aktif individu, keluarga dan masyarakat dalam upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat.
- Meningkatnya kemampuan individu, keluarga dan masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- Meningkatnya kemandirian masyarakat dalam pembiayaan kesehatan dengan menjadi anggota JKN.
- Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.
- Meningkatnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan melalui pengembangan Desa Siaga Aktif.
- Meningkatnya dukungan dan peran aktif para pemangku kepentingan dalam mewujudkan kesehatan masyarakat desa.

3) Manfaat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan

- a) Meningkatnya sumberdaya upaya promosi kesehatan di wilayah kerja puskesmas
- b) Meningkatnya peran serta masyarakat dalam pengembangan UKBM-UKBM di wilayah kerja puskesmas, seperti: Posyandu, Posyandu Lansia, Polindes, Poskesdes, Posbindu PTM, Dana Sehat, Donor Darah, Ambulan Desa, Kelompok Pengguna Air, Arisan Jamban, dll
- c) Meningkatnya dukungan kebijakan publik berwawasan kesehatan yang mendukung upaya kesehatan di puskesmas.
- d) Meningkatnya cakupan upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan yang diselenggarakan puskesmas.
- e) Meningkatnya kinerja puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat

4) Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat

Dalam pemberdayaan masyarakat dikenal istilah pengorganisasian masyarakat (*community organization*) dan pengembangan masyarakat (*community development*). Kedua istilah tersebut memiliki konsep dan isi yang sama. Keduanya berorientasi pada proses pemberdayaan masyarakat menuju tercapainya kemandirian melalui keterlibatan dan peran serta aktif dari keseluruhan anggota masyarakat. Selanjutnya ada 5 prinsip dasar pemberdayaan masyarakat yaitu:

- a) Menumbuh kembangkan kemampuan, peran serta masyarakat dan semangat gotong royong dalam pembangunan kesehatan.
- b) Melibatkan partisipasi masyarakat baik dalam perencanaan maupun pelaksanaan. Berbasis Masyarakat (*community based*), memberikan kesempatan mengemukakan pendapat dan memilih dan menetapkan keputusan bagi dirinya (*voice and choice*), keterbukaan (*openness*),
- c) kemitraan (*partnership*), kemandirian (*self reliance*). Dalam hal ini masyarakat sebagai subyek bukan obyek.
- d) Menggalang kemitraan dengan berbagai pihak untuk memaksimalkan sumberdaya, khususnya dalam dana, baik yang berasal dari pemerintah, swasta maupun sumber lainnya seperti penyandang dana dan tanggung jawab sosial perusahaan.
- e) Petugas harus lebih memfungsikan diri sebagai katalisator yang menghubungkan antara kepentingan pemerintah yang bersifat makro dan antara kepentingan masyarakat yang bersifat mikro.
- f) Mengakomodir kearifan lokal serta sesuai dengan sosial budaya masyarakat setempat, dan mengarahkan upaya pemberdayaan masyarakat pada peningkatan status kesehatan masyarakat.

5) Unsur – unsur Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan

- a) Penggerak Pemberdayaan : Pemerintah, masyarakat, dan swasta menjadi inisiator, motivator, dan fasilitator yang mempunyai kompetensi memadai dan dapat membangun komitmen dengan dukungan para pemimpin, baik formal maupun non formal.
- b) Sasaran pemberdayaan : Perorangan (tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, figur masyarakat, dan sebagainya), kelompok (organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, kelompok masyarakat), dan masyarakat luas serta pemerintah yang berperan sebagai agen perubahan untuk penerapan perilaku hidup sehat.
- c) Kegiatan hidup sehat : Kegiatan hidup sehat yang dilakukan sehari-hari oleh masyarakat, sehingga membentuk kebiasaan dan pola hidup, tumbuh dan berkembang, serta melembaga dan membudaya dalam kehidupan bermasyarakat.
- d) Sumber daya. Potensi yang dimiliki oleh masyarakat, swasta dan pemerintah yang meliputi : dana, sarana dan prasarana, budaya, metode, pedoman, dan media untuk terselenggaranya proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

b. Bentuk Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat

1) Pemberdayaan individu

- Sasaran kegiatan pemberdayaan individu yang dilakukan oleh petugas puskesmas adalah individu-individu yang datang memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas. Disamping itu, juga individu-individu yang menjadi sasaran kunjungan kegiatan puskesmas, misalnya saja : kunjungan pasien lansia (public health nursing), siswa sekolah dalam program UKS, dll.
- Tujuan dari upaya tersebut adalah memperkenalkan perilaku sehat kepada individu tersebut, serta memotivasi dan memampukannya untuk mempraktikkan perilaku sehat tersebut.
- Bentuk kegiatan pemberdayaan individu adalah melakukan komunikasi interpersonal melalui kegiatan di dalam gedung maupun di luar gedung puskesmas (kunjungan rumah). Pada saat melakukan kegiatan KIE, seyogyanya petugas puskesmas, menggunakan media KIE yang sesuai dengan metode KIE yang diterapkannya.
- Metode KIE dalam pemberdayaan individu: konsultasi, konseling, pemberian nasehat, bimbingan, dialog, demonstrasi, dll.
- Media KIE yang digunakan: lembar balik, leaflet, selebaran, poster, model, dll

2) Pemberdayaan keluarga

- Sasaran kegiatan pemberdayaan keluarga yang dilakukan oleh petugas puskesmas adalah keluarga-keluarga yang menjadi target cakupan program pelayanan kesehatan puskesmas. Disamping itu, juga keluarga-keluarga yang menjadi sasaran kunjungan kegiatan puskesmas, misalnya saja : keluarga yang mempunyai ibu hamil, keluarga yang mempunyai anak balita, keluarga yang anggotanya ada yang menderita penyakit menular, misalnya: TB, DBD, dll. Disamping itu, juga untuk keluarga-keluarga yang belum masuk katagori RT-Ber PHBS dan untuk mengetahui Indeks Keluarga Sehat yang menjadi pendekatan dalam pelaksanaan Program Indonesia Sehat.
- Tujuan dari upaya tersebut adalah memperkenalkan perilaku sehat kepada keluarga tersebut, serta memotivasi agar mau mempraktikan perilaku sehat tersebut. Perilaku tersebut, meliputi perilaku menjaga kesehatan, perilaku mencegah penyakit, perilaku mengatasi masalah kesehatan / perilaku pengobatan yang benar, dll
- Bentuk kegiatan pemberdayaan keluarga adalah melakukan kegiatan KIE melalui kunjungan rumah. Pada saat melakukan kegiatan KIE, petugas puskesmas harus menggunakan media KIE yang sesuai dengan metode KIE yang diterapkannya.
- Metode KIE dalam pemberdayaan keluarga : konsultasi, konseling, pemberian nasehat, bimbingan, dialog, demonstrasi, dll.
- Media KIE yang digunakan : lembar balik, leaflet, selebaran, poster, dll

3) Pemberdayaan kelompok

- Sasaran kegiatan pemberdayaan kelompok yang dilakukan oleh petugas puskesmas adalah kelompok –kelompok sasaran program pelayanan kesehatan puskesmas, misalnya saja : kelompok Ibu menyusui, kelompok lansia, kelompok ibu hamil, kelompok ibu yang punya anak balita, kelompok remaja putri, kelompok kader posyandu, kelompok kader jumantik, dll.
- Tujuan dari upaya tersebut adalah memperkenalkan perilaku sehat kepada kelompok tersebut, serta memotivasi agar mau mempraktikan perilaku sehat tersebut. Disamping, itu juga melakukan pendekatan serta memberdayakan kelompok kader tersebut agar tetap semangat dan mau berperan aktif dalam kegiatan promosi kesehatan.
- Bentuk kegiatan pemberdayaan kelompok adalah melakukan kegiatan KIE melalui komunikasi kelompok. Pada saat melakukan kegiatan KIE, seyogyanya petugas puskesmas, menggunakan media KIE yang sesuai dengan metode KIE yang diterapkannya.

- Metode KIE dalam pemberdayaan kelompok : diskusi kelompok, bimbingan, demonstrasi, dll.
- Media KIE yang digunakan : lembar balik, leaflet, selebaran, poster, model, film, dll

4) Pemberdayaan masyarakat

Sasaran kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh petugas puskesmas adalah tokoh masyarakat, kader serta

- kelompok-kelompok masyarakat yang ada di wilayah kerja puskesmas, misalnya: di Desa/Kelurahan, RW/Dusun, dll
- Tujuan dari upaya pemberdayaan masyarakat tersebut adalah membantu:
 - mengenali masalah kesehatan yang ada di lingkungannya,
 - menentukan prioritas masalah kesehatan yang akan diatasi.
 - mengenali penyebab terjadinya masalah kesehatan tersebut, baik dari aspek perilaku, maupun non-perilaku.
 - menemukan upaya mengatasi penyebab masalah kesehatan tersebut.
 - melakukan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut, dengan mengoptimalkan potensi yang dimiliki oleh masyarakat setempat.
 - mengembangkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
 - melakukan pengorganisasian dalam melaksanakan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan prioritas (pembentukan tim kerja, pembagian peran dan tanggung jawab, dana kegiatan, waktu pelaksanaan kegiatan, dll)
- Bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat, adalah penggerakan dan pengorganisasian masyarakat. Dalam kegiatan ini, peran petugas puskesmas adalah sebagai fasilitator, yang tugasnya adalah membantu, membimbing serta mendampingi masyarakat dalam melakukan kegiatannya. Adapun jenis kegiatan pemberdayaan masyarakat secara umum adalah menyelenggarakan pertemuan atau forum komunikasi, pengenalan masalah kesehatan, penentuan prioritas masalah kesehatan, survei mawas diri (SMD), musyawarah masyarakat desa (MMD), menyusun rencana kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan, pengorganisasian masyarakat serta pelaksanaan kegiatan sesuai rencana yang telah disusun tersebut
- Metode yang digunakan dalam pemberdayaan masyarakat adalah diskusi kelompok, survei mawas diri (SMD), musyawarah masyarakat desa, bimbingan teknis, pemutaran film, tinjauan lapangan, studi banding, forum komunikasi, KIE, dll.

- Media yang digunakan: film, slide presentasi, leaflet, buku saku/buku pedoman, instrumen kegiatan SMD, termasuk format-format pengolahan dan analisa data, dll

POKOK BAHASAN 2.

MANAJEMEN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI PUSKESMAS

a. Peran Dan Fungsi Petugas Puskesmas Sebagai Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat

1) Peran

Kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dapat diartikan sebagai suatu proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan atau *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek sikap atau *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan atau *practice*) oleh Fasilitator baik pemerintah atau dari suatu lembaga pemberdayaan.

Fasilitator pemberdayaan masyarakat bisa disebut sebagai “agen perubahan” (*change agent*), yaitu seseorang yang atas nama pemerintah atau lembaga pemberdayaan masyarakat berkewajiban untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh (calon) penerima manfaat dalam mengadopsi inovasi. Karena itu, fasilitator haruslah profesional, memiliki kualifikasi tertentu baik yang menyangkut kepribadian, pengetahuan, sikap, dan keterampilan memfasilitasi pemberdayaan masyarakat. Untuk itu seorang Kepala/Pimpinan Puskesmas harus lebih dulu memahami dan sekaligus mampu memerankan dan menjalankan fungsi fasilitasi pemberdayaan masyarakat dengan baik agar kinerja Puskesmas meningkat.

Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat di bidang Kesehatan mempunyai peran sebagai :

a) Katalisator (*Catalyst*)

Fasilitator hendaknya dapat menjadi media yang subur bagi tumbuh kembang individu yang sedang dibimbingnya untuk mencapai harapan (pengetahuan/kemampuan) untuk melaksanakan tupoksinya. Hal ini dapat dimungkinkan jika fasilitator yang bersangkutan menguasai isi materi yang difasilitasinya dengan menggunakan model-model fasilitasi yang sesuai, sehingga akan menimbulkan sikap positif bagi pihak yang difasilitasinya.

b) Pemberi Bantuan dalam Proses (*Process Helper*)

Fasilitator hendaknya dapat membantu saat pihak yang difasilitasi mengalami kesulitan dalam proses penyelesaian tugas. Perbantuan diberikan terutama pada individu yang mengalami kesulitan dalam proses mengaplikasikan materi atau juklak/juknis yang telah diterimanya berkaitan dengan pelaksanaan tupoksinya.

c) Penghubung dengan Sumber Daya (*Resource Linker*)

Fasilitator yang baik hendaknya dapat membantu pihak yang dibimbing untuk dihubungkan dengan sumber-sumber yang tepat manakali yang bersangkutan mengalami kesulitan/keterbatasan sumber daya saat melaksanakan tupoksinya. Bentuk dari peran ini diantaranya fasilitator harus mampu berkomunikasi secara efektif dalam advokasi. Advokasi yang dilakukan dalam rangka menghubungkan provider dengan pihak pemangku kepentingan (*stakeholder*) untuk memperoleh dukungan sumber daya yang dibutuhkan.

d) Pemberi Solusi (*Solution Giver*)

Fasilitator jika diperlukan harus memberikan solusi, manakala pihak yang dibimbingnya menemukan kendala dalam pelaksanaan tupoksinya. Walaupun demikian solusi yang disodorkan hendaknya berupa alternatif-alternatif yang dihasilkan berdasarkan kesepakatan bersama.

e) Pemantau dan *Evaluator*

Fasilitator harus melakukan kegiatan pemantauan dan evaluator dengan melakukan pembinaan monitoring dan evaluasi secara berkala dan berkesinambungan.

2) Fungsi

Dalam menjalankan perannya, fasilitator pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan berfungsi sebagai berikut :

a) Melakukan pembinaan

Bila kegiatan masyarakat dalam bidang kesehatan sudah berjalan maka secara berkala dapat dilaksanakan telaah mawas diri oleh tokoh masyarakat bersama kader. Kegiatan pembinaan dilakukan dengan mengkaji berfungsinya kepemimpinan, berfungsinya pengorganisasian dan berfungsinya pendanaan masyarakat dalam masyarakat dalam upaya kesehatan. Dengan telaah wawas diri ini, dapat ditemukan kelemahan dan kekuatan upaya masyarakat tersebut, sehingga dapat

dilakukan peningkatan kegiatan-kegiatannya. Pembinaan merupakan langkah untuk memelihara kelancaran dan kelestarian kegiatan program kesehatan.

Tujuan pembinaan adalah : (1) Terpeliharanya kelancaran pelaksanaan kegiatan oleh masyarakat; (2) Meningkatnya hasil kegiatan oleh masyarakat; (3) Dikenalnya masalah oleh masyarakat sendiri.

Tempat, waktu dan kesempatan untuk melaksanakan kegiatan pembinaan dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan setempat.

b) Melakukan advokasi

Advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik melalui macam-macam bentuk komunikasi persuasif. Advokasi kesehatan juga dapat diartikan suatu rangkaian komunikasi strategis yang dirancang secara sistimatis dan dilaksanakan dalam kurun waktu tertentu, baik oleh individu maupun kelompok agar pembuat keputusan membuat suatu kebijakan publik yang menguntungkan masyarakat.

Sebagai fasilitator tentunya harus dapat membantu provider dilapangan untuk melakukan advokasi sehingga mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholders*).

c) Melakukan Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan (*monitoring*) adalah mengumpulkan informasi untuk kebutuhan operasional manajemen, dan untuk selanjutnya hasil pekerjaan monitoring dipakai sebagai dasar dasar evaluasi. Oleh karena itu pekerjaan monitoring dan evaluasi saling berhubungan satu sama lain.

Evaluasi atau penilaian berarti suatu tindakan untuk menentukan nilai sesuatu. Dalam arti luas, evaluasi adalah suatu proses dalam merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternatif-alternatif keputusan.

Sebagai fasilitator tentunya mempunyai kewajiban untuk melakukan kegiatan pemantauan dan evaluasi, sehingga selama kurun waktu tertentu dapat diketahui hambatan-hambatan yang terjadi serta pencapaian yang telah dihasilkan.

d) Menggalang Komunikasi

Komunikasi merupakan proses penyampaian pesan, pendapat, perasaan atau berita kepada orang lain. Komunikasi dapat pula diartikan sebagai proses pertukaran pendapat, pemikiran atau informasi melalui ucapan, tulisan maupun tanda-tanda. Dengan demikian maka komunikasi dapat mencakup segala bentuk interaksi dengan orang lain yang berupa percakapan biasa, melakukan kemitraan dengan pihak terkait (*stakeholder*) maupun advokasi.

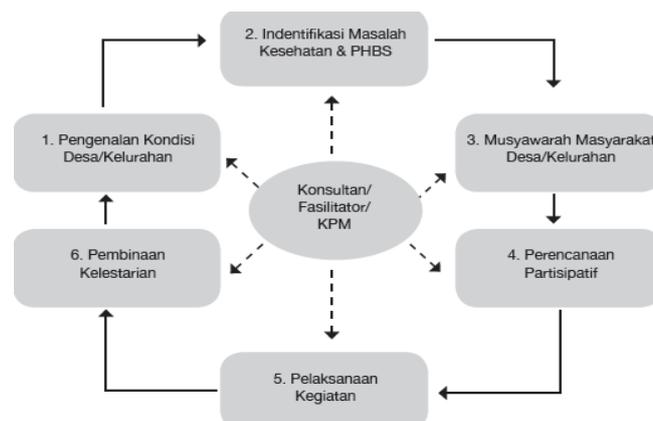
Sebagai fasilitator harus dapat menggalang komunikasi dengan berbagai pihak dan lapisan masyarakat, baik lintas program maupun lintas sektor, baik secara formal maupun informal.

e) Memberi Kesempatan Konsultasi

Konsultasi merupakan media berbagi yang sangat berguna, dengan memberikan kesempatan konsultasi fasilitator dapat memberikan masukan sesuai dengan peran dan fungsinya. Bila terjadi masalah yang sangat spesifik yang dialami provider di lapangan, fasilitator dapat memberikan saran, pembinaan, dan sebagainya.

3) Fasilitasi Siklus Pemecahan Masalah Kesehatan yang dihadapi Masyarakat

Fasilitator pemberdayaan masyarakat berperan penting dalam memfasilitasi masyarakat memecahkan masalah kesehatannya secara mandiri. Dalam kegiatan fasilitasi perlu kerjasama yang baik dengan Kader Pemberdaya Masyarakat yang diantaranya juga terdapat Kader Kesehatan serta perlu mendapatkan dukungan dari Kepala Desa/Lurah dan BPD, Perangkat Desa/Kelurahan, serta lembaga kemasyarakatan yang ada. Langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam fasilitasi siklus pemecahan masalah kesehatan, yaitu :



Sirkulasi Pemecahan masalah kesehatan oleh masyarakat
Upaya pemecahan suatu masalah dilestarikan dan masalah berikutnya dipecahkan, dst

Penjelasan Gambar:

1. Pengenalan Kondisi Desa/Kelurahan

Pengenalan kondisi Desa/Kelurahan oleh KPM/Kader kesehatan, lembaga kemasyarakatan yang ada dan perangkat Desa/Kelurahan dilakukan dengan mengkaji data Profil Desa/Kelurahan dan hasil analisis situasi perkembangan desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang sudah dapat dan belum dapat dipenuhi oleh desa atau kelurahan yang bersangkutan.

2. Identifikasi Masalah Kesehatan dan PHBS/Keluarga Sehat

Dengan mengkaji Profil/Monografi Desa/Kelurahan dan hasil analisis situasi, maka dapat diidentifikasi :

- a) Masalah-masalah kesehatan yang masih dihadapi masyarakat dan urutan prioritas penanganannya.
- b) Hal-hal yang menyebabkan terjadinya masalah-masalah kesehatan, baik dari sisi teknis kesehatan maupun dari sisi perilaku masyarakat.
- c) Potensi yang dimiliki Desa/Kelurahan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut.
- d) UKBM-UKBM apa saja yang sudah ada (jika ada) dan atau harus diaktifkan kembali/dibentuk baru dalam rangka mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut.
- e) Bantuan/dukungan yang diharapkan : apa bentuknya, berapa banyak, dari mana kemungkinan didapat (sumber), dan bilamana dibutuhkan.

3. Musyawarah Desa/Kelurahan

Bila dirasakan perlu, Musyawarah Masyarakat Desa/Kelurahan dapat dilakukan secara berjenjang dengan terlebih dulu menyelenggarakan Musyawarah Dusun atau Rukun Warga (RW). Musyawarah Desa/Kelurahan ini bertujuan :

- a) Menyosialisasikan tentang adanya masalah-masalah kesehatan yang masih dihadapi masyarakat dan program pengembangan Desa dan Kelurahan menjadi Desa Siaga.
- b) Mencapai kesepakatan tentang urutan prioritas masalah-masalah kesehatan yang hendak ditangani.
- c) Mencapai kesepakatan tentang UKBM-UKBM yang hendak dibentuk baru atau diaktifkan kembali.
- d) Memantapkan data/data Keluarga Sehat/informasi tentang potensi Desa/Kelurahan serta bantuan/dukungan yang diperlukan dan alternatif sumber-sumber bantuan/dukungan tersebut.
- e) Menggalang semangat dan partisipasi warga Desa/Kelurahan untuk mendukung pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.

4. Perencanaan Partisipatif

Setelah diperolehnya kesepakatan dari warga Desa/Kelurahan, KPM dan lembaga kemasyarakatan yang ada mengadakan pertemuan-pertemuan secara intensif guna menyusun rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif untuk dimasukkan ke dalam Rencana Pembangunan Desa/Kelurahan.

Rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif mencakup:

- a) UKBM-UKBM yang akan dibentuk baru atau diaktifkan kembali, berikut jadwal pembentukan/pengaktifannya kembali.
- b) Sarana-sarana yang akan dibangun baru atau direhabilitasi (misalnya Poskesdes, Polindes, Sarana Air Bersih, Sarana Jamban Keluarga, dan lain-lain), berikut jadwal pembangunannya.
- c) Kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan dan membutuhkan biaya operasional, berikut jadwal pelaksanaannya.

Hal-hal yang dapat dilaksanakan dengan swadaya masyarakat dan atau bantuan dari donatur (misalnya swasta), disatukan dalam dokumen tersendiri. Sedangkan hal-hal yang memerlukan dukungan Pemerintah dimasukkan ke dalam dokumen Musrenbang Desa/Kelurahan untuk diteruskan ke Musrenbang selanjutnya.

5. Pelaksanaan Kegiatan

- a) Sementara menunggu proses Musrenbang selesai dan ditetapkannya alokasi dana Pemerintah, KPM/Kader kesehatan dan lembaga kemasyarakatan yang ada dapat memulai kegiatan dengan membentuk UKBM-UKBM yang diperlukan, menetapkan kader-kader pelaksanaannya, dan melaksanakan kegiatan-kegiatan swadaya atau yang sudah diperoleh dananya dari donatur. Juga pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang tidak memerlukan biaya operasional seperti misalnya penyuluhan kesehatan melalui Dasa Wisma, pertemuan Rukun Tetangga, pertemuan Rukun Warga/Dusun, atau forum-forum kegiatan kemasyarakatan dan keagamaan.
- b) Kegiatan-kegiatan tersebut dilaksanakan secara swakelola oleh masyarakat dengan didampingi Perangkat Pemerintahan serta dibantu oleh para KPM/Kader Kesehatan dan Fasilitator. Pelaksanaan kegiatan meliputi pemilihan dan penetapan tim pengelola kegiatan (para kader pelaksana UKBM atau pihak lain), pengajuan dan pencairan dana, pengerahan tenaga kerja (khususnya untuk pembangunan sarana), pengadaan barang dan jasa, serta pelaksanaan kegiatan yang diusulkan.

- c) Tim pelaksana kegiatan bertanggung jawab mengenai realisasi fisik, keuangan, dan administrasi kegiatan yang dilakukan, sesuai dengan rencana.
- d) Apabila dibutuhkan barang/jasa berupa bahan, alat dan tenaga teknis kesehatan yang tidak dapat disediakan/dilakukan sendiri oleh masyarakat, maka Dinas Kesehatan melalui Puskesmas dapat membantu masyarakat untuk menyediakan barang/jasa tersebut.
- e) Pencatatan dan pelaporan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis dari Kementerian Dalam Negeri.
- f) Pelatihan teknis, termasuk kursus-kursus penyegar, bagi para kader pelaksanaan UKBM menjadi tanggung jawab Puskesmas, Dinas Kesehatan kabupaten/Kota dengan dibantu oleh Dinas Kesehatan Provinsi untuk melaksanakannya, dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan.

6. Pembinaan, Pemantapan , Pelestarian dan Perluasan

Tujuan dari tahap ini adalah agar kegiatan yang sudah dilaksanakan dibina atau dipelihara kelestariannya serta terus ditingkatkan kualitasnya. Perlu diingat bahwa motivasi masyarakat akan menurun bersama waktu, oleh karena itu motivasi masyarakat harus tetap dijaga agar tidak menurun. Ada beberapa upaya yang dapat dilakukan oleh petugas puskesmas bersama dengan masyarakat yaitu:

- Menyelenggarakan lomba, serta memberikan penghargaan yang bernilai.
- Mengajak tamu atau desa lain untuk berkunjung, dan pihak puskesmas memberikan apresiasi.
- Memberikan stimulan dana untuk mendukung kegiatan UKBM
- Melakukan kegiatan penyegaran atau berbagai jenis keterampilan, melalui kegiatan forum komunikasi desa, sehingga kegiatan forum komunikasi tersebut menjadi hidup.

Pembinaan secara rutin dan terus menerus dari pihak Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan anggota Tim Desa dan Kelurahan Siaga Aktif tingkat Kecamatan atau Tingkat Kabupaten diharapkan dapat mengembangkan kegiatan untuk memantapkan dan membina pengetahuan, sikap, keterampilan dan motivasi Pengurus UKBM atau Tim Desa/ Kelurahan Siaga Aktif dan masyarakat.

b. Perencanaan, Pelaksanaan, Pemantauan, dan Penilaian Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat

Pengelolaan kegiatan pemberdayaan masyarakat memerlukan pentahapan kegiatan yang dapat disinergikan dengan pengelolaan kegiatan di Puskesmas secara umum. Untuk menyusun pengelolaan kegiatan pemberdayaan masyarakat diperlukan:

1) Perencanaan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat

Tahapan dalam menyusun perencanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat meliputi:

a) Tahap persiapan

Kegiatan pada tahap ini merupakan kegiatan internal puskesmas, meliputi:

i. Peningkatan kapasitas petugas Puskesmas

Sebelum menyusun perencanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat, Kepala Puskesmas bersama petugas pengelola program kesehatan di puskesmas menyelenggarakan pertemuan untuk:

- Menyamakan pemahaman tentang upaya pemberdayaan masyarakat beserta langkah-langkah kegiatannya.
- Meningkatkan kemampuan melakukan komunikasi informasi dan edukasi (KIE) melalui metode dan teknik yang tepat.
- Meningkatkan kemampuan membuat, memilih serta menggunakan berbagai jenis media KIE.
- Meningkatkan kemampuan membangun hubungan antar manusia yang baik, termasuk teknik bekerja sama dengan masyarakat.

ii. Penyiapan data umum maupun data kesehatan yang layak untuk dilakukan analisis.

iii. Melakukan analisis situasi , meliputi: analisis data umum dan data kesehatan serta faktor-faktor terkait yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan.

Data umum:

- Jumlah desa dan kelurahan yang ada di kecamatan.
- Jumlah penduduk berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin
- Jumlah rumah tangga
- Data tentang geografi
- Data pendidikan, status ekonomi (mata pencaharian, dll), sosial budaya (kepercayaan, adat budaya, dll) yang mendukung dan menghambat upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Data kesehatan:

- Data/Profil Keluarga Sehat (KS) bagi Puskesmas yang telah melakukan pendataan KS.
- Cakupan program promosi kesehatan
- Cakupan program kesehatan lingkungan
- Cakupan program Kesehatan Ibu dan Anak serta KB
- Cakupan program gizi masyarakat
- Cakupan program penanggulangan penyakit
- Cakupan program pengobatan dan penanggulangan kegawat daruratan.
- Angka kesakitan dan kesakitan akibat penyakit menular
- Angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular.
- Angka kematian ibu dan anak
- Angka kesakitan dan kematian akibat Kejadian Luar Biasa dan bencana
- Data perilaku kesehatan masyarakat yang terkait dengan sakit : pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, pencarian pengobatan, pemulihan kesehatan.
- Data perilaku kesehatan masyarakat yang terkait dengan lingkungan: penggunaan jamban, air bersih, rumah sehat, lingkungan sehat, buang sampah, pembuangan limbah, pembersihan sarang nyamuk, dll
- Data perilaku kesehatan masyarakat terkait dengan upaya peningkatan gizi masyarakat: penggunaan garam beryodium, tinggi serat rendah lemak, menu aneka ragam makanan, cara mengolah makanan, kebersihan makanan, dll.
- Keberadaan dan kegiatan Forum Masyarakat Kecamatan, Forum Masyarakat Desa/Kelurahan
- Jumlah dan jenis UKBM serta jumlah kader aktif
- Dukungan dana atau sumberdaya lain yang mendukung upaya pemberdayaan masyarakat, melalui kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- Peran serta masyarakat serta organisasi kemasyarakatan dalam upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
- Kebijakan publik berwawasan kesehatan yang mendukung upaya pemberdayaan masyarakat atau kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

iv. Pengolahan data

Petugas puskesmas mengolah data tersebut, dan hasilnya dipergunakan sebagai bahan untuk melakukan advokasi terhadap

sasaran tersier yang ada di wilayah kecamatan, seperti Camat, Kepala Desa/Lurah. Selanjutnya juga digunakan sebagai bahan melakukan pendekatan kemitraan kepada sektor lain, organisasi kemasyarakatan (ormas), tokoh masyarakat, donatur atau pihak-pihak lain yang terkait. Dukungan dan kemitraan tersebut sangat diperlukan dalam melakukan upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.

Catatan: apabila data-data tersebut diatas, sudah ada di puskesmas, maka staf puskesmas hanya tinggal mengolah data tersebut, menjadi suatu informasi yang dapat digunakan sebagai dasar melakukan advokasi, kemitraan serta mencari dukungan terhadap upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan kepada berbagai pihak potensial lainnya.

b) Penyusunan rencana kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Setelah Kepala Puskesmas beserta petugas pengelola pemberdayaan masyarakat, memahami ruang lingkup kegiatan pemberdayaan masyarakat barulah menyusun perencanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut, meliputi penetapan:

- Jenis kegiatan
- Tujuan
- Sasaran
- Tempat/ lokasi
- Metode
- Media yang digunakan
- Petugas pelaksana
- Dana
- Waktu

Matrik Rencana Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat

Nama program :

Jenis kegiatan	Tujuan	Sasaran	Tempat/ Lokasi	Metode	Petugas pelaksana	Media	Dana	Waktu	Hasil Kegiatan
1. Tahap persiapan									
2. Kegiatan pemberdayaan masyarakat di Tingkat Kecamatan									
3. Kegiatan pemberdayaan masyarakat di Tingkat Desa/ Kelurahan									

Setelah rencana kegiatan pemberdayaan masyarakat tersusun, maka petugas puskesmas bersama dengan berbagai pihak terkait/masyarakat melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun tersebut.

Melalui proses pemberdayaan masyarakat maka pengorganisasian kegiatan dari untuk dan oleh masyarakat akan mampu menyelesaikan ketidakberdayaan dan mengembangkan potensinya dalam mengontrol perilaku dan kesehatan lingkungannya dan memulai untuk menentukan sendiri upaya-upaya strategis di masa depan, memperkuat kekuatan berbasis komunitas. Jadi pengorganisasian masyarakat mempunyai tujuan untuk membangun dan menjaga keberlanjutan kelompok-kelompok kesehatan/UKBM seperti Posyandu, Polindes, Poskesdes, Posyandu Lansia, Posbindu PTM, Pos UKK, dan lain-lainnya. Oleh karena itu peran Puskesmas tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau, tapi juga memberikan pencerdasan melalui upaya pemberdayaan masyarakat.

2) Pelaksanaan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat.

Kegiatan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan memperhatikan siklus pemecahan masalah kesehatan oleh masyarakat, hal ini akan memunculkan kemandirian masyarakat untuk menyelesaikan persoalan kesehatan sesuai dengan potensi masyarakat yang tentunya juga harus didukung oleh upaya/pelayanan kesehatan masyarakat dari Puskesmas. Kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dapat dilaksanakan:

a) Kegiatan pemberdayaan masyarakat tingkat Kecamatan.

i. Melakukan advokasi kepada Camat, selaku pimpinan wilayah.

Hasil analisis situasi yang sudah dikerjakan oleh petugas puskesmas, selanjutnya diolah menjadi informasi yang dapat digunakan sebagai materi atau bahan dasar melakukan advokasi, kemitraan serta mencari dukungan terhadap upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan kepada berbagai pihak potensial lainnya.

Kepala Puskesmas beserta staf menyelenggarakan pertemuan kemitraan dalam rangka mobilisasi potensi mitra untuk mendukung pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat, termasuk melakukan advokasi kepada Camat.

Pelaksanaan kegiatan advokasi tersebut dapat dilakukan dengan berkunjung ke kantornya atau rumahnya untuk memperoleh dukungan dengan menyampaikan:

- Hasil analisa serta berbagai penemuan masalah kesehatan yang sudah dibuat oleh staf Puskesmas,
- Target cakupan program puskesmas yang harus dicapai, beserta permasalahannya.
- Pentingnya melakukan upaya mengatasi masalah kesehatan melalui pertemuan kemitraan dengan lintas sektor, tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan, donatur, serta berbagai pihak terkait lainnya. Tujuan pertemuan kemitraan tersebut untuk membangun komitmen serta mendapatkan dukungan terhadap upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
- Usulan rencana kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, serta mengusulkan agar lintas sektor terkait, Organisasi kemasyarakatan, TP.PKK, Tokoh Masyarakat dan Agama, semua Kepala Desa dan Kelurahan dan perwakilan Kader Kesehatan dari setiap desa dan kelurahan terlibat dalam kegiatan ini.
- Usulan untuk melakukan pendekatan terhadap pimpinan sektor terkait untuk memperoleh dukungan yang diperlukan.
- Usulan agar pada Pertemuan atau Loka Karya Kemitraan Tingkat Kecamatan, dibahas kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dalam rangka peningkatan status kesehatan masyarakat.

ii. Lokakarya tingkat kecamatan

Kegiatan ini merupakan pertemuan kemitraan untuk menumbuhkan komitmen dan tekad-bersama untuk lakukan upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan termasuk pengembangan UKBM /Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di semua wilayah desa di kecamatan, serta terbentuknya sebuah Tim Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan atau Forum Masyarakat Kecamatan. Tim ini bisa juga menggunakan Tim yang sudah ada.

Lokakarya diselenggarakan di tingkat kecamatan yang diikuti oleh peserta sektor terkait tingkat kecamatan, para Kepala Desa dan kelurahan, para Tokoh Masyarakat dan Pemuda dan perwakilan kader kesehatan dari setiap desa dan kelurahan.

Tujuan lokakarya adalah :

- Menyamakan pemahaman tentang pentingnya meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan

status kesehatan masyarakat, termasuk dalam pengembangan UKBM/ Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- Menyamakan persepsi tentang masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat yang ada di kecamatan tersebut
- Mengidentifikasi secara bersama permasalahan dalam upaya promosi kesehatan dan berbagai hambatan yang dihadapi (kesiapan pelayanan Poskesdes, kegiatan UKBM-UKBM, keterlibatan Kader dan Tokoh Masyarakat, keadaan geografi, sosial budaya setempat, dan masalah perilaku sehat penduduk, dll).
- Menentukan kegiatan terkait dengan upaya pemberdayaan masyarakat /pengembangan UKBM serta desa-desa yang akan diberdayakan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, dll.
- Menyusun rencana aksi atau program kerja kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Pelaksanaan lokakarya

- Lokakarya dibuka dan dipimpin oleh Camat sebagai Ketua Tim Pemberdayaan Masyarakat atau Forum Masyarakat Kecamatan.
- Perkenalan setiap peserta lokakarya
- Curah pendapat dan diskusi kelompok tentang masalah kesehatan yang dirasakan masyarakat, penyebabnya serta hal-hal yang positif dan sumber-daya yang ada dilapangan yang dapat dimanfaatkan dalam pemecahan masalah kesehatan.
- Penyajian data hasil analisis situasi dan masalah kesehatan serta peran aktif masyarakat dalam pengembangan UKBM/Desa Siaga Aktif berdasarkan catatan atau hasil anailisa yang telah dibuat oleh Puskesmas.
- Diskusi untuk menentukan Rencana Aksi/ Program Kerja Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan/ pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- Presentasi Rencana Aksi/ Program Kerja tersebut dan dibangun komitmen agar semua peserta Lokakarya terlibat dan berperan aktif dalam melaksanakan rencana aksi ini.

Rencana Aksi meliputi :

- Forum Masyarakat Desa /Kelurahan melakukan tindak lanjut di tingkat desa/kelurahan berdasarkan hasil lokakarya.
- Meneliti lebih lanjut masalah kesehatan yang ada di wilayah kerjanya termasuk masalah perilaku masyarakat yang menjadi penyebab terjadinya masalah kesehatan, juga melihat peran serta

masyarakat dalam kegiatan Desa-Kelurahan Siaga Aktif, menurut tahapan pratama, madya, purnama atau mandiri.

- Menyelenggarakan pertemuan untuk membahas langkah–langkah kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam upaya mengatasi masalah kesehatan masyarakat termasuk pengembangan dan peningkatan status Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- Melaksanakan pertemuan tingkat desa/ kelurahan untuk menyamakan pemahaman tentang masalah kesehatan dan upaya mengatasinya melalui pengembangan UKBM/Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- Menyelenggarakan pertemuan sosialisasi kepada pemuka masyarakat yang tidak sempat mengikuti Pertemuan atau Loka Karya Pemberdayaan Masyarakat Tingkat Kecamatan untuk memperoleh dukungan dan kemitraan dalam melaksanakan kegiatan pengembangan UKBM dan peningkatan kualitas Desa/ Kelurahan Siaga Aktif serta upaya pemberdayaan masyarakat di tingkat desa dan kelurahan, RK/RW/Kampung/Dusun, Dukuh, dst.
- Menyelenggarakan orientasi atau pelatihan bagi para pemuka / tokoh masyarakat, kader kesehatan (Tim Penggerak PKK, Gerakan Pramuka, Ormas/LSM) di desa/ kelurahan sesuai dengan permasalahan yang dijumpai di masing-masing desa /kelurahan
- Pemantauan dan evaluasi kegiatan pemberdayaan masyarakat di Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.

Forum Masyarakat Kecamatan seyogyanya terdiri dari:

- Camat dan staf
- Kepala Puskesmas dan staf
- Lintas Sektor terkait tingkat kecamatan (Urusan Pembangunan Desa, Petugas Lapangan KB, Petugas Penyuluh Pertanian, Petugas Urusan Agama, Petugas Statistik, UPT Pendidikan, dll)
- Tim Penggerak PKK
- Kwartir Ranting Gerakan Pramuka
- Ormas/LSM yang peduli kesehatan
- Tokoh masyarakat, Tokoh agama, Tokoh pemuda
- Swasta dan Dunia usaha, dll.

Peran Forum Masyarakat Kecamatan / Forum Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Kecamatan diantaranya adalah :

- Menganalisis permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat, menetapkan urutan prioritas masalah serta melakukan identifikasi penyebab masalah terutama yang berkaitan dengan perilaku.

- Menganalisis dan melakukan pemetaan tentang katagori Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang ada di wilayah kecamatan.
- Mengkoordinir sumber daya (tenaga, dana, sarana) dari lintas sektor terkait untuk kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat di desa.
- Memfasilitasi pelaksanaan kegiatan pemecahan masalah dalam peningkatan cakupan program di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- Melaksanakan pembinaan dan pelatihan kegiatan pemberdayaan masyarakat terkait pengembangan dan peningkatan katagori Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yang diputuskan oleh Tim.
- Memantau dan mengevaluasi UKBM atau kegiatan pemberdayaan masyarakat.
- Melakukan pengorganisasian dan pembagian tugas Tim Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Kecamatan, yang ditetapkan melalui kesepakatan bersama sesuai dengan fungsi sektoralnya.
- Masing-masing anggota tim melaksanakan peran sesuai dengan tugas dan fungsinya atau tugas yang disepakati pada lokakarya yang tercantum dalam Rencana Aksi/ Program Kerja.

b) Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat di Tingkat Desa/Kelurahan

Dalam pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat di tingkat Desa/Kelurahan, sebaiknya dapat melaksanakan empat kali pertemuan di tingkat Desa/Kelurahan, yaitu:

i. Pertemuan Tingkat Desa dan Kelurahan Pertama

- Pertemuan tingkat desa dan kelurahan pertama diikuti oleh peserta yang terdiri dari para Ketua RW/RT, Kepala Dusun/Dukuh, Kelompok PKK RW/RT, Ketua TP.PKK Desa dan Kelurahan, Kader Posyandu, Pemuka atau Tokoh Masyarakat, Tokoh adat, Tokoh agama, Tokoh Pemuda, dll.
- Pertemuan dibuka dan dipimpin oleh Kepala Desa atau Lurah sebagai pimpinan wilayah di desa dan kelurahan.
- Pertemuan ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang masalah kesehatan keluarga/masyarakat yang ada di desa dan kelurahan, menetapkan prioritas masalah kesehatan serta penyebab terjadinya masalah tersebut (termasuk dari faktor perilaku). Selanjutnya merumuskan upaya mengatasi masalah tersebut serta sumberdaya yang dapat dimanfaatkan.
- Pada pertemuan tersebut juga dibahas tentang cakupan Indikator Keluarga Sehat (IKS) yang mencerminkan perilaku keluarga berserta permasalahan kesehatan dan upaya peningkatan kualitasnya. Upaya tersebut tertuang dalam rencana aksi/

program kerja upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

ii. Pelaksanaan Pertemuan Tingkat Desa dan Kelurahan Pertama

- Pembukaan serta sambutan Kepala Desa dan Kelurahan
- Perkenalan peserta pertemuan
- Curah pendapat dilanjutkan dengan diskusi kelompok untuk menyamakan persepsi tentang masalah kesehatan misalnya tentang kesehatan ibu selanjutnya menetapkan penyebab masalah (perilaku dan non perilaku), menetapkan prioritas masalah kesehatan ibu yang akan diintervensi melalui pemberdayaan masyarakat dalam upaya promosi kesehatan. Selanjutnya, dibahas juga potensi yang ada di desa dan kelurahan untuk mengembangkan UKBM dengan P4K yang benar.
- Penyajian data tambahan tentang masalah kesehatan oleh Bidan Desa terkait dengan hasil diskusi kelompok dan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- Menggalang kesepakatan tentang upaya mengatasi masalah kesehatan serta hambatan melalui pengembangan dan pembinaan UKBM.
- Kesepakatan untuk mengenali masalah kesehatan prioritas, lebih dalam lagi disetiap kampung/dusun/dukuh dengan melakukan Survei Mawas Diri (SMD).
- Diskusi, untuk menentukan rencana kegiatan SMD dan pelaksanaannya di tiap RW/RT/dusun/dukuh, yang mencakup petugas pelaksana SMD, jadwal, data yang perlu dikumpulkan serta penyusunan kuesioner/cara pengumpulan data yang akan digunakan dalam SMD.
- Menyepakati Pembentukan Forum Pemberdayaan Masyarakat Dalam Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Desa dan Kelurahan, dapat membentuk Forum yang baru, atau menggunakan Forum Masyarakat Desa yang ada.
- Forum Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan atau Forum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Desa dan Kelurahan atau Forum Masyarakat Desa, terdiri dari: Kepala Desa dan Lurah beserta jajarannya, Ketua Tim Pembina (TP) PKK Desa dan Kelurahan, Pembina Pramuka di gugus depan, Tokoh masyarakat, Tokoh agama, tokoh pemuda, Kader, Ormas/LSM di tingkat desa dan kelurahan, Swasta/Dunia Usaha, Bidan Desa

iii. Pertemuan Tingkat Desa dan Kelurahan Kedua

- Pertemuan tingkat desa dan kelurahan yang kedua ini diikuti oleh para ketua RW/RT, Kepala Dusun/Dukuh, Kelompok PKK RW/RT, TP. PKK Desa dan Kelurahan, Kader Posyandu, Pemuka atau Tokoh Masyarakat, Tokoh adat, Tokoh agama, Tokoh Pemuda, dll.
- Pertemuan dibuka dan dipimpin oleh Kepala Desa atau Lurah sebagai pimpinan wilayah di desa dan kelurahan.
- Pertemuan ini bertujuan untuk mempersiapkan pelaksanaan SMD di Desa dan Kelurahan. Membangun kesepakatan masalah kesehatan apa yang menjadi prioritas untuk diatasi. Menyusun kuesioner atau instrumen SMD. Menyamakan pemahaman tentang cara melakukan SMD. Melakukan pembagian tugas pelaksanaan SMD. Menetapkan waktu pelaksanaan SMD. Menyamakan pemahaman tentang cara melakukan pengolahan data hasil SMD.

Survei Mawas Diri (SMD)

• **Pengertian SMD**

SMD adalah kegiatan pengenalan masalah kesehatan serta potensi sumber daya yang terkait dengan pengembangan Desa Siaga Aktif. Disebut SMD karena para kader, para tokoh dan pemuda di desa itu sendiri yang mengumpulkan data di wilayah tempat tinggalnya.

• **Tujuan SMD**

- Masyarakat mengenali permasalahan kesehatan, serta kegiatan UKBM yang telah dilaksanakan di desanya sendiri.
- Mengenali potensi di desa yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan.
- Timbulnya kesadaran masyarakat untuk mengatasi permasalahan kesehatan dengan mendayagunakan potensi yang ada.

• **Pelaksana SMD**

SMD dilaksanakan oleh sekelompok warga masyarakat yang telah ditunjuk dalam pertemuan tingkat desa, atau ditentukan kemudian yang diketuai oleh Ketua RW/RT/Dusun/Dukuh, Ketua Kelompok PKK RW/RT atau Ketua Kelompok Dasawisma. Informasi tentang masalah kesehatan di desa dapat diperoleh sebanyak mungkin dari Kepala Rumah Tangga (KRT) dan hasil observasi lapangan di desa tersebut.

- **Waktu pelaksanaan SMD**

Waktu SMD dilaksanakan sesuai dengan hasil kesepakatan pertemuan tingkat desa. Penentuan waktu hendaknya juga dikaitkan dengan kapan akan diselenggarakannya Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) untuk membahas hasil SDM tersebut.

- **Cara pelaksanaan SMD**

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah untuk wawancara atau diskusi dengan kepala/anggota keluarga sekaligus melakukan pengamatan (observasi) terhadap rumah/tempat-tempat umum dan lingkungannya.

Pelaksanaan SMD dilakukan secara bertahap dan terus menerus yang terfokus sesuai masing-masing program.

Cara tambahan lainnya adalah melakukan Diskusi Kelompok Terarah yang menghadirkan perwakilan masyarakat melalui kelompok Dasawisma.

- **Data yang perlu dikumpulkan pada SMD adalah:**

- Data non-perilaku yang menyebabkan masalah kesehatan
- Data tentang faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya masalah tersebut meliputi perilaku (Pengetahuan, sikap dan kebiasaan/perilaku serta alasan kebiasaan/budaya/mitos)
- Data tentang peran serta masyarakat yang terkait dengan bidang kesehatan
- Data tentang adanya kebijakan publik berwawasan kesehatan
- Data spesifik lainnya yang merupakan faktor risiko terjadinya masalah kesehatan maupun potensi lokal yang dapat mendukung upaya mengatasi masalah kesehatan di wilayah setempat.

- **Pengolahan data hasil SMD**

Kelompok pelaksana SMD, dengan bimbingan bidan di desa dan petugas Puskesmas, mengolah hasil data SMD secara sederhana, sehingga diketahui berbagai masalah kesehatan termasuk penyebabnya yang ada di desa tersebut, serta status Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Hasil SMD memberi gambaran berbagai masalah, penyebab masalah dan faktor yang mempengaruhinya, serta daftar potensi di desa yang dapat didayagunakan dalam mengatasi masalah yang ada di desa. Hasil SMD selanjutnya dibahas di Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).

iv. **Pertemuan Tingkat Desa dan Kelurahan Ketiga**

- Pertemuan tingkat desa dan kelurahan ketiga diikuti oleh peserta yang terdiri dari para ketua RW/RT, Kepala Dusun/Dukuh, Ketua Kelompok PKK RW/RT, Ketua TP.PKK Desa dan Kelurahan, Kader Posyandu/UKBM lainnya, Pemuka atau Tokoh Masyarakat, Tokoh adat, Tokoh agama, Tokoh Pemuda, dll.
- Pertemuan dibuka dan dipimpin oleh Kepala Desa dan Lurah sebagai pimpinan di wilayah desa dan kelurahan.
- Pertemuan ini bertujuan untuk menyampaikan hasil SMD serta menyusun rencana aksi untuk mengatasi permasalahan yang ada. Melakukan pengorganisasian masyarakat dalam intervensi pelaksanaan kegiatan yang ada dalam rencana aksi tersebut. Membahas sumberdaya yang diperlukan untuk melaksanakan rencana aksi tersebut. Membahas rencana kegiatan advokasi kepada kecamatan untuk meminta dukungan sumberdaya yang tidak bisa diatasi oleh Tim Desa dan Kelurahan.
- Pertemuan ketiga ini sering disebut dengan pertemuan Musyawarah Masyarakat Desa/ Kelurahan.

Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

• **Pengertian MMD**

MMD adalah pertemuan perwakilan warga desa, Tim Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Desa dan Tim Desa dan Kelurahan Desa Siaga Aktif Tingkat Kecamatan. Pertemuan ini membahas hasil SMD dan merencanakan pemecahan masalah kesehatan serta langkah-langkah kegiatan yang disesuaikan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

• **Tujuan Musyawarah Masyarakat Desa :**

- Masyarakat mengenal masalah kesehatan serta status desa kelurahan siaga di wilayahnya
- Masyarakat menyepakati prioritas masalah yang akan dipecahkan
- Masyarakat menyepakati langkah-langkah pemecahan masalah dengan mendayagunakan potensi yang ada dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- Masyarakat menyusun rencana pemecahan masalah kesehatan dan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif sesuai dengan hasil SMD.
- Masyarakat berperan aktif dalam pemecahan masalah melalui pengorganisasian pelaksanaan kegiatan. Kegiatan yang

dilakukan adalah pembagian peran dan tanggung jawab warga masyarakat setempat dalam mengatasi masalah kesehatan.

- **Tempat dan waktu pelaksanaan MMD**

MMD dilaksanakan di Balai Desa atau tempat pertemuan lain yang ada di desa. MMD dilaksanakan segera setelah SMD dilaksanakan.

- **Pelaksanaan MMD :**

- Pembukaan dilakukan oleh kepala desa dengan menguraikan tujuan MMD dan menghimbau seluruh peserta agar aktif mengemukakan pendapat dan pengalaman sehingga membantu pemecahan masalah yang dihadapi bersama
- Perkenalan peserta yang dipimpin oleh kader pemberdayaan masyarakat untuk menimbulkan suasana keakraban
- Penyajian hasil SMD oleh Ketua Tim pelaksana SMD atau kader dari masing-masing RW/RT/Dusun/Dukuh.
- Perumusan dan penentuan prioritas masalah berdasarkan hasil SMD.
- Menggali dan mengenali potensi yang ada di masyarakat untuk memecahkan masalah yang dihadapi dan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- Ada fasilitasi teknis dari petugas kesehatan dan sektor terkait di tingkat desa, kecamatan atau kabupaten
- Penyusunan rencana kerja pemecahan masalah kesehatan serta langkah-langkah pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- Pengorganisasian masyarakat, dilakukan dengan jalan menyusun seksi-seksi beserta tupoksinya yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana kerja yang telah disusun. Bila perlu setiap seksi juga bisa mengembangkan rencana kegiatan masing-masing yang mengacu pada rencana kerja yang telah disepakati sebelumnya.
- Pernyataan tekad bersama untuk melaksanakan kegiatan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- **Rencana kerja meliputi :**

- Kegiatan apa yang akan dilaksanakan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
- Dimana tempatnya
- Siapa yang akan melaksanakan kegiatan ini
- Kapan dan berapa lama kegiatan ini berlangsung
- Bagaimana cara memantaunya
- Sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan ini (potensi yang ada di desa)

- Siapa yang perlu dilibatkan
- Target yang ingin dicapai baik jumlah maupun kualitasnya
- **Pelaksanaan Kegiatan**
 - Sosialisasi rencana kerja pemecahan masalah kesehatan oleh Tim Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Desa ke seluruh warga desa dengan memanfaatkan pertemuan rutin yang sudah ada di desa dan kelurahan.
 - Semua pihak seksi melakukan kegiatan sesuai tugas yang disepakati dalam rencana kerja pemecahan masalah.

v. Pertemuan Tingkat Desa dan Kelurahan Keempat

- Pertemuan tingkat desa dan kelurahan keempat juga diikuti oleh peserta yang terdiri dari para ketua RW/RT, Kepala Dusun/Dukuh, Ketua Kelompok PKK RW/RT, atau Ketua Kelompok Dasawisma, Ketua TP.PKK Desa dan Kelurahan, Kader Posyandu, Pemuka atau Tokoh Masyarakat, Tokoh adat, Tokoh agama, Tokoh Pemuda, dll.
- Pertemuan dibuka dan dipimpin oleh Kepala Desa dan Lurah sebagai pimpinan wilayah desa dan kelurahan.
- Pertemuan ini bertujuan untuk menyampaikan hasil kegiatan sesuai rencana yang telah ditetapkan dalam pertemuan ketiga. Pada pertemuan ini setiap seksi menyajikan atau mengekspose kegiatan yang telah dilakukan beserta hambatan atau permasalahannya. Selanjutnya, permasalahan yang ada dibahas, dan upayakan untuk penyelesaiannya melalui penyusunan rencana tindak lanjut.
- Selain itu, pada pertemuan ini juga bisa dibahas upaya mengatasi masalah kesehatan prioritas lainnya yang belum diatasi. Pertemuan ini merupakan pertemuan pemantauan dan penilaian serta tindak lanjut.

3) Pemantauan dan Penilaian Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat

Pemantauan dan penilaian dari pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu fungsi manajemen pemberdayaan masyarakat yang harus dilaksanakan. Pemantauan untuk mengetahui proses pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat berdasarkan rencana kegiatan yang sudah dijadwalkan dan disepakati, ada/tidak hambatan/permasalahan. Penilaian untuk mengetahui pencapaian hasil dari kegiatan pemberdayaan masyarakat disesuaikan dengan maksud dan tujuan dilakukannya kegiatan pemberdayaan masyarakat.

a) Manfaat pemantauan dan penilaian kegiatan pemberdayaan masyarakat di Puskesmas

(1) Pemantauan

Bagi pengelola lintas program kesehatan di puskesmas adalah agar proses pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat dapat berjalan baik mengarah pada tujuan yang telah ditetapkan. Apabila ada permasalahan atau hambatan yang ditemukan dapat segera ditemukan dan diatasi, bila perlu bisa dilakukan revisi atau penyempurnaan perencanaan. Selain itu, untuk menghindari pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat oleh lintas program di puskesmas tumpang tindih, sehingga upaya kesehatan masyarakat di puskesmas dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

Bagi Kepala Puskesmas adalah selaku penanggung jawab kinerja puskesmas bisa mendapatkan informasi yang *up to date* tentang kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dilaksanakan di puskesmas. Hasil pemantauan dapat dipergunakan sebagai acuan untuk memberikan arahan dan melakukan pengawasan agar upaya kesehatan masyarakat dapat berjalan dengan baik dan bila ada permasalahan dapat segera diatasi atau dicarikan jalan keluarnya.

(2) Penilaian

Bagi pengelola lintas program kesehatan di puskesmas serta Kepala Puskesmas adalah dapat mengetahui pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap peningkatan sumberdaya dalam upaya kesehatan di puskesmas yang berdampak pada peningkatan cakupan program kesehatan di puskesmas.

Hasil penilaian upaya promosi kesehatan bisa digunakan sebagai dasar atau acuan dalam menyusun perencanaan kegiatan di puskesmas pada tahun berikutnya yang berbasis evidensi.

Kepala puskesmas dapat menilai kemajuan dan tingkat keberhasilan kegiatan pemberdayaan masyarakat di puskesmas, efektivitas dan efisiensi upaya kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan di puskesmas serta menganalisis kekuatan upaya promosi kesehatan Keluarga Sehat dalam mempercepat proses perubahan perilaku masyarakat dan petugas menuju Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dan mencapai Indeks Keluarga Sehat yang sesuai standar.

b) Metode Pemantauan dan Penilaian Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat di Puskesmas

(1) Pemantauan

- Menganalisa laporan tribulanan kegiatan pemberdayaan masyarakat /data sekunder
- Wawancara mendalam (*indepth individual interview*) dengan petugas kesehatan (Bidan di Puskesmas Pembantu/ Polindes/ Poskesdes) atau dengan kader, tokoh masyarakat yang ada di lapangan.
- *Focus group discussion (FGD/Diskusi kelompok Terarah* dengan petugas/fasilitator pemberdayaan masyarakat dan masyarakat sasaran
- Observasi pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat di lapangan
- Rapat kerja, Lokakarya Mini, meninjau kegiatan di lapangan untuk mengetahui progres pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh lintas program beserta temuan permasalahannya.

(2) Penilaian

- Melakukan kajian terhadap adanya peningkatan cakupan program termasuk PHBS di RT dan Profil Keluarga Sehat, peran serta masyarakat melalui peningkatan jumlah dan keaktifan UKBM yang ada di Desa/Kelurahan. Termasuk jumlah gerakan kemasyarakatan untuk hidup sehat dan kebijakan publik berwawasan kesehatan yang ditetapkan oleh Camat, Kepala di Desa/Lurah, RW/RT
- Temu kerja dengan pengelola upaya kesehatan masyarakat di puskesmas, yang berasal dari lintas program maupun lintas sektor atau jejaring kemitraan promosi kesehatan di puskesmas.

c) Ruang lingkup substansi pemantauan dan penilaian kegiatan pemberdayaan masyarakat di puskesmas, mengacu pada ruang lingkup upaya kesehatan masyarakat yang diselenggarakan puskesmas, yaitu:

(1) Pemantauan

- i. Analisis situasi tentang masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja puskesmas hingga penetapan masalah kesehatan prioritas.
- ii. Kajian perilaku dan non perilaku (lingkungan, kebijakan dan potensi masyarakat) tentang masalah kesehatan yang dilakukan oleh lintas program di puskesmas.
- iii. Penyusunan perencanaan pemberdayaan masyarakat yang dibuat oleh lintas program puskesmas, yang mengakomodir hasil kajian perilaku dan dan non perilaku yang dibuat berdasarkan strategi

- promosi kesehatan puskesmas (advokasi, pemberdayaan masyarakat dan kemitraan).
- iv. Lokakarya mini di puskesmas yang membahas upaya kesehatan masyarakat yang terintegrasi secara lintas program maupun lintas sektor.
 - v. Pengembangan jejaring kemitraan dengan individu, kelompok, serta berbagai pihak potensial dalam pelaksanaan program kesehatan di puskesmas.
 - vi. Pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh lintas program maupun lintas sektor/ jejaring kemitraan yang terintegrasi dengan puskesmas yang diawali dengan SMD dan dilanjutkan dengan MMD.
 - vii. Peningkatan kapasitas dan peran serta organisasi kemasyarakatan, kader, tokoh masyarakat, tokoh agama, dll dalam upaya kesehatan masyarakat untuk membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat dan meningkatkan peran serta masyarakat.
 - viii. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang kesehatan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat, melalui kegiatan di dalam dan di luar gedung puskesmas dalam upaya meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan serta meningkatkan status kesehatannya.
 - ix. Advokasi kesehatan pada pengambil keputusan di tingkat kecamatan untuk mendapatkan dukungan kebijakan publik berwawasan kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan termasuk penanganan kejadian luar biasa, dengan mengoptimalkan potensi dan peran jejaring kemitraan.
 - x. Penggerakan dan pengorganisasian peran serta masyarakat, melalui upaya pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan dan peningkatan kualitas Desa/ Kelurahan Siaga Aktif, peningkatan pencapaian PHBS dan Indeks Keluarga Sehat yang ada di wilayah kerja puskesmas.
 - xi. Pengembangan berbagai jenis upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) di tingkat Desa/Kelurahan dalam mengatasi masalah kesehatan serta meningkatkan status kesehatan masyarakat yang ada di wilayah Desa/Kelurahan.
- (2) Penilaian
- i. Indeks Keluarga Sehat
 - ii. Cakupan PHBS
 - iii. Jumlah UKBM di wilayah kerja puskesmas
 - iv. Jumlah UKBM yang aktif dalam pelayanan kesehatan dasar.
 - v. Jumlah kebijakan publik berwawasan kesehatan

- vi. Jumlah mitra yang berperan aktif dalam pemberdayaan masyarakat
- vii. Jumlah sumber dana kegiatan pemberdayaan masyarakat
- viii. Persentase peningkatan dana kegiatan pemberdayaan masyarakat
- ix. Jumlah gerakan kemasyarakatan untuk hidup sehat
 - x. Cakupan pengobatan penyakit tidak menular dan penyakit menular
 - xi. Cakupan Rumah Sehat
 - xii. Cakupan kepesertaan KB
 - xiii. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap
 - xiv. Cakupan pengobatan penderita TB –BTA Positif
 - xv. Persentase jumlah kunjungan sasaran UKBM seperti: Posyandu, Pokesdes, Posbindu PTM, Posyandu Lansia, Polindes, STBM, dll.

8

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI, Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat, UNICEF, Jakarta, 1999.
2. Penerapan Promosi Kesehatan dalam Pemberdayaan Keluarga, Depkes RI, 2000.
3. Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI, 2005
4. Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, Pusat Promosi Kesehatan, Kemenkes, 2014.
5. Modul Promosi Kesehatan bagi Petugas Puskesmas, 2015
6. Permenkes Nomor 8 tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

9 LAMPIRAN

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK

Tujuan:

Setelah mengikuti diskusi kelompok, peserta mampu melakukan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian kegiatan pemberdayaan masyarakat di Puskesmas.

Petunjuk:

1. Peserta dibagi menjadi 5 kelompok kecil yang terdiri dari 5-6 orang peserta
2. Pelatih/fasilitator membagikan topik diskusi ke masing-masing kelompok
3. Pelatih/fasilitator meminta setiap peserta di dalam kelompok kecil aktif berdiskusi terkait topik yang diberikan selama 15 menit
4. Perwakilan setiap kelompok kecil menyampaikan/mempresentasikan hasil diskusi kelompoknya
5. Masing-masing kelompok menanggapi, memberi masukan, dan karifikasi tentang manajemen pemberdayaan masyarakat di Puskesmas yang disajikan oleh kelompok lain.
6. Pelatih/fasilitator memberikan penegasan, klarifikasi hal-hal penting tentang Manajemen Pemberdayaan Masyarakat di Puskesmas.

Waktu : 1 x 45 menit = 45 menit



Manajemen Mutu

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	.....	i
1	: DESKRIPSI SINGKAT	1
2	: TUJUAN PEMBELAJARAN	2
3	: MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	2
4	: METODE	3
5	: MEDIA DAN ALAT BANTU	3
6	: LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN	3
7	: URAIAN MATERI	6
	Pokok Bahasan 1 : Implementasi Manajemen Mutu di Puskesmas	6
	Pokok Bahasan 2 : Konsep Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di Puskesmas	17
8	: RANGKUMAN	19
9	: REFERENSI	20
10	: LAMPIRAN	21

1

Deskripsi Singkat

Untuk meningkatkan layanan kesehatan kepada masyarakat oleh Puskesmas, telah dilakukan berbagai upaya peningkatan mutu dan kinerja antara lain dengan pembakuan dan pengembangan sistem manajemen mutu dan upaya perbaikan kinerja yang berkesinambungan baik dalam pelayanan klinis, manajemen, dan penyelenggaraan upaya-upaya kesehatan di Puskesmas, yang sudah mulai dikembangkan sejak 25 tahun yang lalu.

Dengan adanya UU Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, dan UU 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, maka semakin mendorong Puskesmas untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat secara merata dan bermutu. Untuk menjamin agar terselenggaranya pelayanan publik di bidang kesehatan yang merata maka pemerintah telah menerapkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana diamanatkan dalam undang-undang No. 40 tahun 2004 tentang SJSN, yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang kesehatan berdasarkan UU no 24 tahun 2011.

Untuk menjamin mutu penyelenggaraan pelayanan tersebut, maka pemerintah telah mengeluarkan Permenkes no. 46 tahun 2015 tentang Akreditasi FKTP. Melalui akreditasi FKTP ini diharapkan adanya proses perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan berkesinambungan di FKTP. Penyelenggaraan akreditasi ini dilaksanakan oleh badan independen yang saat ini dilaksanakan oleh Komisi Akreditasi FKTP.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 pasal 57 ayat (1) mewajibkan Puskesmas untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali. Akreditasi juga merupakan salah satu persyaratan kredensial fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS, sebagaimana diatur dalam pasal 6 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya telah direvisi dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 tahun 2015 pasal 41

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien mengamanatkan bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas

pelayanan kesehatan semua fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan tindakan yang responsif dan komprehensif terkait kejadian yang tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Hasil Belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami tentang manajemen mutu di puskesmas.

B. Indikator Hasil Belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menjelaskan:

1. Manajemen mutu di puskesmas
2. Konsep keselamatan pasien dan manajemen risiko di Puskesmas

3

MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

Materi Pokok 1. Manajemen Mutu di Puskesmas

Sub Materi Pokok:

- a. Pengorganisasian mutu
- b. Indikator mutu
- c. Peningkatan mutu berkesinambungan

Materi Pokok 2. Konsep Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di Puskesmas

4 METODE

Metode pembelajaran meliputi:

- A. Ceramah tanya jawab
- B. Curah pendapat
- C. Diskusi kelompok

5 MEDIA DAN ALAT BANTU

- A. Bahan tayang
- B. Komputer/ laptop
- C. LCD projector
- D. Whiteboard
- E. Flipchart
- F. Spidol
- G. Panduan diskusi kelompok

6 LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran mata pelatihan ini selama 2 jam pelajaran (T: 1, P: 1)

Langkah 1.

Pengkondisian (5 menit)

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan. Menciptakan suasana nyaman

dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.

2. Sampaikan tujuan pembelajaran mata pelatihan ini dan materi pokok yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2.

Penyampaian dan pembahasan Manajemen Mutu di Puskesmas (20 menit)

1. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang Manajemen Mutu di Puskesmas dengan menggunakan bahan tayang.
2. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penjelasan yang disampaikan.
3. Fasilitator merangkum hasil diskusi dengan para peserta dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 3.

Penyampaian dan pembahasan Konsep Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di Puskesmas (20 menit)

1. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang Konsep Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko dengan menggunakan bahan tayang.
2. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penjelasan yang disampaikan.
3. Fasilitator merangkum hasil diskusi dengan para peserta dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 4.

Diskusi Kelompok (35 menit)

1. Fasilitator memberikan penugasan berupa diskusi kelompok kepada peserta untuk menyusun indikator mutu pelayanan Puskesmas dan membuat profil indikatornya di tempat kerja masing-masing melalui diskusi kelompok dengan menggunakan lembar tugas.
2. Fasilitator merangkum hasil diskusi kelompok, selanjutnya menyampaikan hal-hal penting dalam kegiatan manajemen mutu di puskesmas.
3. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

Langkah 5.

Penyampaian rangkuman tentang Manajemen Mutu di Puskesmas (10 menit)

1. Fasilitator mengajak peserta untuk mengungkapkan kembali serta merangkum materi yang telah dibahas pada sesi ini, mengacu pada tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator menyampaikan beberapa hal penting tentang tugas dan tanggung jawab Kepala Puskesmas serta petugas puskesmas terkait manajemen mutu di puskesmas.
3. Fasilitator menutup proses pembelajaran pada sesi ini, dengan mengucapkan terima kasih serta memberikan apresiasi kepada semua peserta yang telah berpartisipasi aktif sehingga tujuan pembelajaran pada sesi ini dapat tercapai.

7

URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1. IMPLEMENTASI MANAJEMEN MUTU DI PUSKESMAS

Peningkatan mutu penyelenggaraan pelayanan secara berkesinambungan di Puskesmas bertujuan untuk meningkatkan hasil/keluaran/output dengan memperbaiki kapasitas organisasi secara menyeluruh, dan menurunkan atau mengendalikan variabilitas yang terdapat dalam proses untuk mencapai hasil/keluaran/output yang diinginkan secara konsisten. Peningkatan mutu pelayanan secara berkesinambungan (CQI) lebih berfokus pada perbaikan proses dimana orang bekerja dan tidak hanya perbaikan kekurangan pada individu yang bekerja, mengakui peran pelanggan internal dan eksternal serta berbasis pada data dalam menganalisis dan memperbaiki proses. Upaya peningkatan mutu berkesinambungan merupakan jawaban atas segala perubahan dan tantangan yang dihadapi organisasi pelayanan kesehatan.

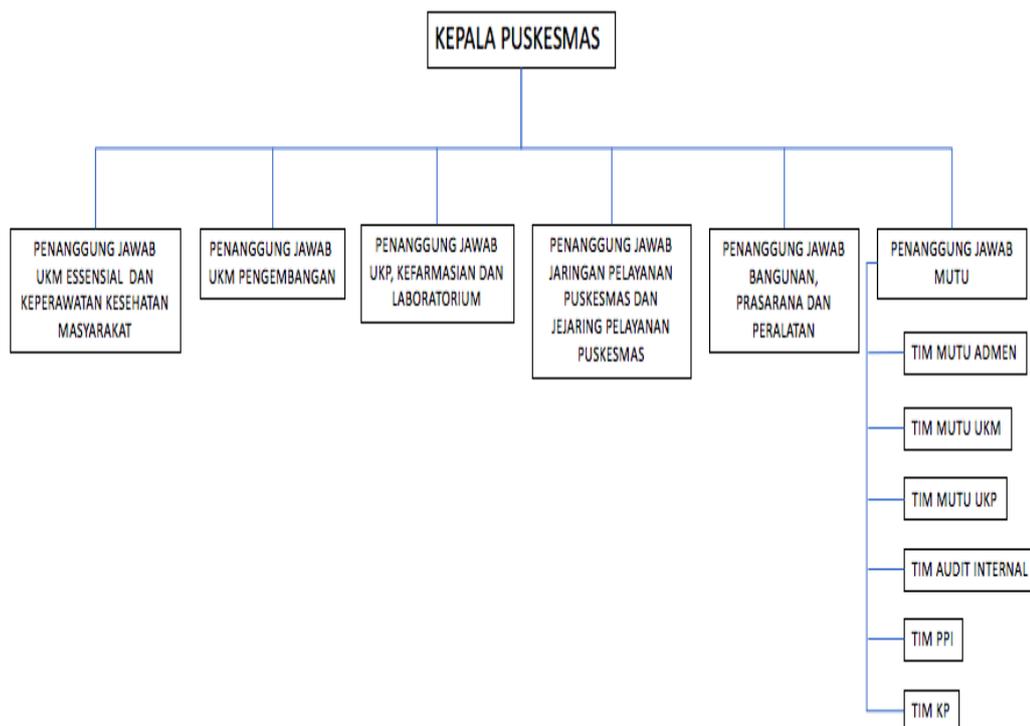
a. Pengorganisasian Mutu

Pengorganisasian (organizing) dalam manajemen adalah proses mengatur tugas, wewenang dan tanggung jawab setiap individu dalam manajemen. Menjadi satu kesatuan untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan. Fungsi pengorganisasian bukan hanya mengatur orang tetapi semua sumber daya yang dimiliki dalam rangka mencapai visi dan misi organisasi. Salah satu tujuan Pembangunan Kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas adalah untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang mampu menjangkau Pelayanan Kesehatan yang bermutu. Untuk dapat mewujudkan itu maka Puskesmas harus memiliki organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel salah satunya adalah dengan menunjuk penanggungjawab atas penyelenggaraan kegiatan di Puskesmas.

Sesuai dengan Permenkes 43 tahun 2019 tentang Puskesmas khususnya pada pasal 46 ayat (1) huruf e menyebutkan bahwa penanggung jawab sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (2) huruf c paling sedikit terdiri atas penanggungjawab mutu. Ini lah yang menjadi landasan bagi Puskesmas untuk menunjuk penanggungjawab mutu dan memasukkannya ke dalam struktur organisasi Puskesmas.

Agar dapat menjalankan tugasnya dengan baik, maka Penanggungjawab harus dilengkapi dengan uraian tugas, dan tanggung jawab sebagai penanggungjawab mutu di Puskesmas. Penanggung jawab dan tim mutu melaksanakan tugas sesuai dengan uraian tugas dan tanggung jawab yang telah ditetapkan oleh Kepala Puskesmas. Berikut adalah struktur Pengorganisasian Mutu di Puskesmas:

Gambar 1. Struktur Organisasi Mutu di Puskesmas



Berdasarkan struktur diatas bahwa penanggung jawab mutu berada dibawah kepala puskesmas dengan keanggotaan terdiri dari koordinator mutu admen, koordinator mutu ukm, koordinator mutu UKP, koordinator audit internal, koordinator PPI, koordinator keselamatan pasien dan koordinator manajemen risiko serta dapat ditambahkan juga koordinator K3. Seluruh koordinator akan berkoordinasi dengan PJ mutu untuk melakukan pengelolaan mutu di Puskesmas.

Untuk dapat menunjuk PJ mutu maka sekurang-kurangnya memenuhi persyaratan minimal kompetensi sebagai berikut:

- 1) Pendidikan minimal D3 Kesehatan
- 2) Pengalaman bekerja di Puskesmas minimal 2 tahun
- 3) Telah mengikuti pelatihan/workshop/sosialisasi tentang standar akreditasi Puskesmas

- 4) Telah mengikuti pelatihan/ workshop/ sosialisasi terkait mutu di FKTP
- 5) Mampu berkomunikasi dengan baik

Adapun uraian tugas berdasarkan tata hubungan kerja dalam pelaksanaan upaya peningkatan mutu di Puskesmas sebagai berikut:

- 1) Uraian dalam melaksanakan tugas peningkatan mutu di puskesmas antara lain sebagai berikut:
 - a) Menyusun program kerja
 - b) Melakukan koordinasi pemilihan prioritas program
 - c) Melakukan kompilasi data dan informasi mutu pelayanan
 - d) Memfasilitasi penyusunan profil indikator mutu
 - e) Melakukan analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas puskesmas, INM serta indikator seluruh unit
 - f) Membantu dan melakukan koordinasi dengan pj pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/ indikator mutu
 - g) Memberikan masukan dan pertimbangan terkait aspek mutu pelayanan di puskesmas
 - h) Mengusulkan pelatihan peningkatan mutu layanan dan manajemen data
 - i) Mendukung implementasi budaya mutu di puskesmas
 - j) Melakukan pengkajian standar mutu pelayanan
- 2) Uraian dalam melaksanakan tugas meningkatkan keselamatan pasien di Puskesmas antara lain:
 - a) Menyusun pedoman dan atau program kerja terkait dengan keselamatan pasien
 - b) Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien
 - c) Mengusulkan pelatihan keselamatan pasien
 - d) Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA)
 - e) Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala puskesmas dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien
 - f) Mengirim laporan insiden secara kontinu melalui e-reporting sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - g) Menyusun laporan kegiatan kepada kepala puskesmas
- 3) Uraian dalam melaksanakan tugas dalam pelaksanaan Manajemen Risiko di Puskesmas antara lain:
 - a) Menyusun pedoman dan atau program kerja manajemen risiko puskesmas

- b) Melakukan koordinasi dengan komite dan unit kerja lainnya yang terkait mengenai program manajemen risiko
 - c) Melakukan pendampingan penyusunan daftar risiko unit kerja
 - d) Membuat daftar risiko puskesmas
 - e) Melakukan pemantauan terhadap kegiatan yang direncanakan terkait daftar risiko
 - f) Menyusun failure mode effect analysis (fmea);
 - g) Menyusun rancangan laporan pelaksanaan program manajemen risiko
 - h) Mengusulkan pelatihan atau workshop manajemen risiko
- 4) Uraian dalam melaksanakan tugas dalam pelaksanaan PPI di puskesmas antara lain:
- a) Menyusun pedoman dan atau program kerja PPI Puskesmas
 - b) Melakukan koordinasi dengan unit pelayanan lainnya yang terkait mengenai program PPI
 - c) Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan PPI di Puskesmas
 - d) Melakukan pemantauan terhadap kepatuhan pelaksanaan PPI di Puskesmas
 - e) Menyusun rancangan laporan pelaksanaan program ppi bersama pj/tim PPI
 - f) Mengusulkan pelatihan atau workshop PPI
- 5) Uraian dalam melaksanakan tugas dalam pelaksanaan Audit Internal di puskesmas antara lain:
- a) Menyusun Program Kerja Audit Internal Bersama Tim Audit Internal Puskesmas
 - b) Melakukan Koordinasi Pelaksanaan Audit Internal
 - c) Melakukan Pemantauan Terhadap Pelaksanaan Audit Internal
 - d) Melakukan Pendampingan Penyusunan Tindaklanjut Hasil Audit Internal Bersama Tim Audit Internal
 - e) Menyusun Rancangan Laporan Pelaksanaan Audit Internal
 - f) Mengusulkan Pelatihan atau sosialisasi terkait Audit Internal
- 6) Uraian dalam melaksanakan tugas dalam pelaksanaan K3 di puskesmas antara lain:
- a) Menyusun Program Kerja K3 bersama tim K3 Puskesmas
 - b) Melakukan Koordinasi Pelaksanaan K3 di Puskesmas
 - c) Melakukan Pemantauan Terhadap Pelaksanaan K3 di Puskesmas
 - d) Menyusun Rancangan Laporan Pelaksanaan K3 di Puskesmas
 - e) Mengusulkan Pelatihan Terkait K3 di Puskesmas

b. Indikator Mutu

Indikator mutu merupakan tolok ukur yang digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan dengan menggunakan standar penilaian yang telah ditentukan.

Tujuan Indikator mutu adalah :

- 1) Untuk menilai apakah upaya yang telah dilakukan dapat meningkatkan keluaran pelayanan kesehatan
- 2) Memberikan umpan balik kepada fasyankes, kepentingan transparansi publik,
- 3) Untuk pembelajaran menggunakan praktik terbaik yang diperoleh melalui proses kaji banding.

Indikator mutu digunakan sebagai dasar dalam memantau upaya perbaikan dan peningkatan mutu secara berkesinambungan di Puskesmas. Untuk menyusun indikator mutu perlu diperhatikan hal-hal antara lain:

- 1) Ada kejelasan tujuan dan latar belakang dari tiap-tiap indikator, mengapa indikator tersebut penting dan dapat menunjukkan tingkat kinerja organisasi/bagian/unit kerja
- 2) Kejelasan terminologi/definisi operasional yang digunakan
- 3) Kapan pengumpulan data (kapan indikator harus di update), kapan harus dianalisis, cara analisis, dan interpertasinya
- 4) Kejelasan numerator dan denominator
- 5) Dari mana data diperoleh (sistem informasi atau pelaporan untuk mendukung perolehan data)
- 6) Target, kejelasan penentuan target dari indikator tersebut

Indikator mutu yang harus dipantau di Puskesmas dalam rangka upaya perbaikan dan peningkatan mutu yang berkesinambungan terdiri dari:

- 1) Indikator Mutu Prioritas Tingkat Puskesmas (IMPP)
Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja yang akan dilakukan perbaikan. Upaya perbaikannya harus didukung KMP, UKM dan UKPP
- 2) Indikator mutu pelayanan Puskesmas:
 - a) Indikator Mutu Nasional
 - b) Indikator Mutu Prioritas Pelayanan Puskesmas
Indikator mutu masing-masing unit kerja/ pelayanan yang capaiannya tidak tercapai/ potensial untuk di tingkatkan.
 - c) Indikator Sasaran Keselamatan Pengguna layanan (SKP)
Indikator Sasaran Keselamatan Pengguna layanan (SKP) untuk masing-masing sasaran yang terdiri atas identifikasi pengguna

layanan, komunikasi efektif, pengelolaan obat dengan kewaspadaan tinggi, upaya untuk memastikan benar pengguna layanan, benar prosedur, dan benar sisi pada pengguna layanan yang menjalani tindakan medis, kebersihan tangan, dan proses untuk mengurangi risiko jatuh

d) Indikator Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Indikator mutu terkait dengan proses pencegahan dan pengendalian infeksi dikaitkan dengan penerapan kewaspadaan isolasi meliputi: kajian risiko pada pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan klinis, kebersihan tangan, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), Peralatan perawatan pengguna layanan, pengelolaan linen, pengelolaan limbah infeksius dan benda tajam, asuhan klinis yang berisiko infeksi, pengelolaan makanan secara higienis, penyuntikkan yang aman, risiko infeksi pada saat pembongkaran, konstruksi dan renovasi bangunan, penanganan *outbreak* infeksi, upaya pengendalian infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan, kegiatan edukasi PPI, serta perbaikan dan penggunaan anti mikroba secara bijak

Setiap Pelayanan wajib menerapkan program perbaikan mutu Puskesmas dan keselamatan pasien di masing-masing layanannya. Pemilihan tingkat ukuran yang akan diterapkan oleh setiap pelayanan dipengaruhi oleh:

- 1) prioritas Puskesmas dalam pengukuran dan perbaikan yang terkait pelayanan yang bersangkutan
- 2) hasil evaluasi terhadap layanan, yang berasal dari berbagai sumber, termasuk survei dan keluhan pasien
- 3) sejauh manakah layanan yang diberikan itu sudah efisien dan efektif dari segi pembiayaan, dll

Proses pengukuran mutu dilakukan melalui beberapa tahap sebagai berikut :

I. Langkah I : Penetapan Indikator Mutu

Tahapan berikutnya setelah ditetapkan indikator mutu terpilih yang akan diukur di Puskesmas maka tahapan berikutnya adalah menuangkan indikator ke dalam profil indikator. Adapun isi dari profil indikator terdiri dari:

Judul	Judul singkat yang spesifik mengenai indikator apa yang akan diukur tanpa menyebutkan satuan pengukuran.
Dasar Pemikiran	Dasar pemilihan indikator, yang berasal dari ketentuan peraturan, literatur, data, analisis situasi.
Dimensi Mutu	Prinsip atau tujuan prioritas dalam memberikan pelayanan, meliputi efektif (<i>effective</i>), keselamatan pasien (<i>safe</i>), berorientasi kepada pasien (<i>people-centred</i>), tepat-waktu (<i>timely</i>), efisien (<i>efficient</i>), adil (<i>Equitable</i>) dan terintegrasi (<i>Integrated</i>)
Tujuan	Hasil yang ingin dicapai dengan melakukan indikator mutu
DO	Batasan pengertian yang dijadikan pedoman dalam melakukan pengukuran indikator untuk menghindari kerancuan
Tipe Indikator	Input, Proses, Output, Outcome
Satuan Pengukuran	Standar atau dasar ukuran yang digunakan
Numerator	Jumlah subjek atau kondisi yang ingin diukur dalam populasi atau sampel yang memiliki karakteristik tertentu
Denominator	Semua peluang yang ingin diukur dalam populasi atau sampel
Target Pencapaian	Sasaran yang telah ditetapkan untuk dicapai

Kriteria	Inklusi, Eksklusi
Formula	Rumus untuk menghasilkan nilai indikator
Desain Pengumpulan Data	Retrospektif, Survei harian
Sumber Data	Asal data yang diukur (Data Primer, Data Sekunder)
Besar Sampel	Jumlah data yang harus dikumpulkan agar pengukuran menjadi representatif. Menyesuaikan kaidah statistik.
Frekuensi Pengumpulan Data	Kekerapan pengumpulan data.
Periode Pelaporan Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melaporkan data
Periode Analisa Data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan analisis data
Penyajian Data	Cara menampilkan data
Instrumen Pengambilan Data	Alat atau tools atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data.
Penanggung Jawab	Petugas yang bertanggung jawab untuk mengakomodir upaya pencapaian target yang ditetapkan.

- II. Langkah Kedua: Pengumpulan Data
- III. Langkah ketiga : Validasi Data
- IV. Langkah Keempat: Analisis Data

c. Peningkatan Mutu Berkesinambungan

Continuous Quality Improvement adalah suatu siklus atau proses yang terstruktur untuk melakukan system dan proses kinerja di organisasi. Intervensi untuk melakukan perbaikan mutu adalah :

1. Fokus pada pelanggan
2. Melakukan perubahan penampilan, sikap, perilaku, citra individu pemberi pelayanan: pengembangan sikap kepribadian, tata busana, perbaikan penampilan fisik, komunikasi, perilaku asertif, dsb
3. Mengelola pengalaman pasien
4. Mengubah Sistem Pelayanan
5. Mengubah sistem organisasi
6. Mengubah lingkungan organisasi

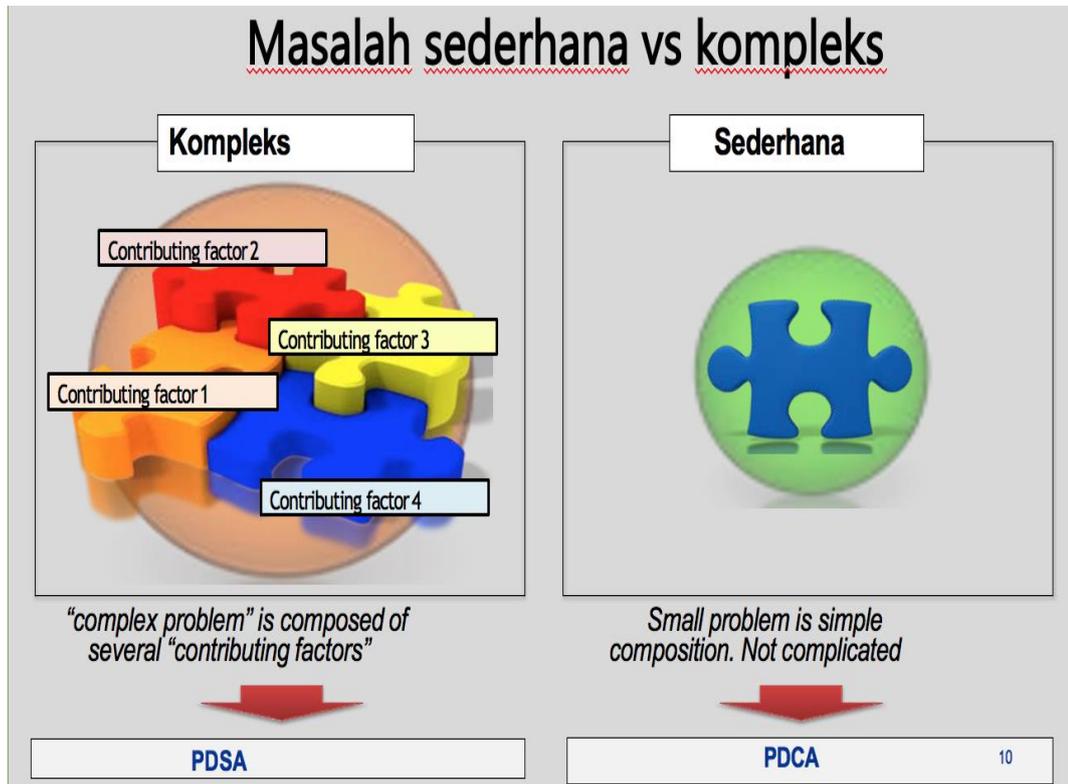
Upaya ini dilakukan untuk mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada pada pelayanan di FKTP, dengan mengenal dan memahami proses pelayanan maka diharapkan proses pelayanan akan sesuai dengan standar. Upaya ini membutuhkan partisipasi seluruh komponen dalam menganalisis dan meningkatkan proses pelayanan secara terus menerus dengan memperbaiki proses yang digunakan.

Prinsip mendasar dalam melakukan perbaikan mutu yaitu :

1. Suatu masalah akan lebih mudah dipecahkan bila dipikirkan dan dilakukan oleh sekelompok orang secara bersama, jika saling percaya, menghargai, memperhatikan, dan membantu
2. Orang yang mengerjakan pekerjaan pasti lebih memahami dan tahu benar ttg pekerjaannya
3. Keterlibatan bersama akan menciptakan suasana kerja yang nyaman, lebih produktif, dan membuka kesempatan berkreasi, berinovasi, dinamis dan efisien
4. Kegiatan bersama dalam kelompok yang berorientasi pada peningkatan mutu akan menumbuhkan rasa tanggung jawab terhadap peningkatan mutu

Variasi pelayanan yang diberikan kepada masyarakat menimbulkan ketidakpuasan sehingga muncul masalah-masalah mutu termasuk masalah mutu di Puskesmas.

Saat ini Puskesmas terus melakukan upaya peningkatan mutu dengan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki dan tentunya mengacu pada metode peningkatan yang berkesinambungan yang biasanya menggunakan metode PDC/SA. Pemilihan metode PDC/SA tergantung pada kompleksitas masalah yang bisa pada gambar di bawah ini.



	PDSA	PDCA
<u>Masalah</u>	Masalah kompleks	Masalah sederhana
<u>Periode waktu</u>	Perlu ujicoba, membutuhkan waktu cukup lama (maksimum 6 bulan)	Waktu singkat (Few minutes – less than one month)
<u>Proses pelaksanaan</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi masalah 2) Kumpulkan data/bukti 3) Analisis masalah: sebab 4) Rencana ujicoba 5) Ujicoba 6) Pelajari hasilnya 7) Tindak lanjut ke unit kerja lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi masalah 2) Analisis masalah 3) Rencana solusi 4) Kerjakan 5) Cek hasilnya 6) Lakukan untuk seterusnya
<u>Penanggung jawab</u>	Seluruh karyawan	<u>Seluruh karyawan</u>

Key question is..."can you come up with the solutions immediately?"

Untuk mencapai berjalannya peningkatan mutu berkesinambungan (*continuous quality improvement*) di Puskesmas, dalam mengatasi masalah sederhana maka diterapkan metode PDCA (*Plan-Do-Check-Action*).

1) Perencanaan (*Plan*)

Perencanaan artinya merencanakan tujuan dan proses yang dibutuhkan untuk menentukan hasil yang sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

Pada tahapan ini difokuskan pada upaya peningkatan secara spesifik melalui langkah-langkah berikut.

- a) Identifikasi hasil atas penyelenggaraan upaya-upaya kesehatan dan manajemen Puskesmas, sesuai dengan standar, indikator dan target yang telah ditetapkan berdasarkan dimensi mutu
- b) Mendeskripsikan proses penyelenggaraan upaya-upaya kesehatan dan manajemen di Puskesmas yang berjalan saat ini
- c) Pengumpulan data dan analisis, untuk menetapkan kesenjangan/masalah
- d) Identifikasi akar penyebab masalah dan latar belakangnya
- e) Identifikasi adanya peluang untuk peningkatan mutu
- f) Mencari dan memilih penyelesaian masalah

2) Pelaksanaan (*Do*)

Pelaksanaan artinya melakukan perencanaan proses yang telah ditetapkan sebelumnya. Melakukan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya sesegera mungkin, semakin menunda pekerjaan, semakin banyak waktu terbuang. Dalam langkah ini, tim melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dan memantau proses pelaksanaannya.

3) Periksa (*Check*)

Periksa artinya melakukan evaluasi terhadap sasaran dan proses serta melaporkan apa saja hasil yang sudah dicapai. Kita mengecek kembali apa yang sudah kita kerjakan, sudahkah sesuai dengan standar yang ada atau masih ada kekurangan. Memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi dan melaporkan hasilnya. Pelajari efek perubahan yg terjadi terhadap kondisi yang ada, selanjutnya kumpulkan data baru dan bandingkan dengan data sebelumnya, kemudian lihat efek perubahan, dan atas perbaikan yang diperoleh direplikasikan. Dalam tahapan ini selalu upayakan sesuatu yang berbeda menuju perbaikan dan peningkatan mutu.

4) Aksi (*Action*)

Apabila upaya yang dilaksanakan dinyatakan berhasil/sukses, maka standarisasikan perubahan tersebut, selanjutnya upayakan langkah-langkah perbaikan/peningkatan mutu serata terus menerus berkesinambungan. Bila dinyatakan kurang berhasil, harus dicari jalan lain dengan melakukan identifikasi ulang atas masalah ataupun upaya yang dilaksanakan.

Apabila Puskesmas telah melaksanakan tahapan manajemen mutu secara berkesinambungan (P1-P2-P3) maka dapat dikatakan bahwa Puskesmas tersebut melaksanakan siklus PDCA untuk perbaikan mutu karena pelaksanaan P1-P2-P3 yang berkesinambungan pada dasarnya seiring dengan konsep siklus PDCA.

Berikut adalah metode peningkatan mutu berkelanjutan untuk masalah mutu yang bersifat kompleks.

1) Metode PDSA (*Plan Do Study dan Action*)

Konsep perbaikan mutu ini dikenal dengan siklus Deming dengan berbagai model yang dapat dilakukan oleh FKTP untuk melakukan perubahan positif dari pelayanan yang seperti biasa menjadi pelayanan yang bermutu dengan strategi membangun budaya mutu. Salah satu model perbaikan mutu untuk FKTP yang sudah memiliki tolak ukur keberhasilan dari pelayanan dengan menetapkan indikator dapat menggunakan model berikut yaitu :

U *understand quality improvement needs* : memahami kebutuhan perbaikan

S *state the quality problem* : Menyatakan masalah kualitas yang ada

E *evaluate the root cause* : mengevaluasi akar penyebab masalah

P *Plan the solution* : merencanakan solusi masalah

D *Do or implemented the solutinon melaksanakan atau menerapkan solusi terhadap masalah*

S *study the solution* : mempelajari hasil-hasil solusi masalah

A *Act to standardize the solution bertindak untuk menstandarisasikan solusi masalah*

2) METODE POCQI (*Point Of Care Continuous Quality Improvement*)

The Point of Care Quality Improvement or POCQI didesain untuk meningkatkan kapasitas fasilitas pelayanan Kesehatan oleh tim untuk meningkatkan mutunya dengan dukungan dari kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Siklus ini mencakup :

- a) identifikasi area yang berpeluang untuk perbaikan
- b) mendefinisikan masalah dalam area tersebut

- c) menguraikan urutan kegiatan (proses) yang terjadi saat ini di area tersebut
- d) menetapkan hasil yang diinginkan dari proses dan persyaratan yang dibutuhkan untuk mencapainya
- e) memilih langkah-langkah spesifik dalam proses belajar
- f) mengumpulkan dan menganalisis data tentang proses, dan
- g) tindakan perbaikan, serta
- h) pemantauan hasil tindakan tersebut

POKOK BAHASAN 2.

KONSEP KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO DI PUSKESMAS

Pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, bergantung dan mempengaruhi. Mutu pelayanan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan, semakin tinggi nilai kepuasan pelanggan maka dapat dijadikan tolak ukur mutu pelayanan yang diberikan. Upaya peningkatan mutu bukan hanya untuk meningkatkan kepuasan pasien namun juga untuk menjamin keselamatan pasien. Sehingga upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko tidak dapat dipisahkan dan harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib mengupayakan keselamatan pasien dengan tujuan menyediakan sistem asuhan yang lebih aman dengan ciri-ciri yaitu assesment risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan dampak tindak lanjutnya, implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera, dan mencegah terjadinya cedera.

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

- **SKP.1 MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR**
Fasilitas pelayanan Kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien
- **SKP.2 MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF**
Fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif.

- **SKP.3 MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI**
Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.
- **SKP.4 MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR**
Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.
- **SKP.5 MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN**
Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
- **SKP.6 MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH**
Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Hubungan mutu dan keselamatan pasien serta manajemen risiko dapat dilihat pada dimensi mutu menurut IOM (2001) bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu berdasarkan efektifitas, efisiensi, berfokus pada pelanggan, tepat waktu, keadilan, keselamatan pasien dan terpadu. Hal tersebut menunjukkan bahwa antara mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko tidak dapat dipisahkan, ini juga sesuai dengan yang disampaikan oleh Tjahjono (2018) . Upaya keselamatan pasien dan manajemen risiko merupakan salah satu bentuk dari upaya peningkatan mutu.

8

RANGKUMAN

Telah diuraikan dalam modul manajemen mutu dan konsep keselamatan pasien dan manajemen risiko di Puskesmas, dengan uraian tentang pengorganisasian mutu, indikator mutu dan peningkatan mutu berkesinambungan di Puskesmas. Dengan mekanisme sebagaimana disebutkan, diharapkan bahwa upaya perbaikan dan peningkatan mutu yang berkesinambungan akan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien dengan menerapkan *TQM/TQS*. Diuraikan juga konsep keselamatan pasien dan manajemen risiko di Puskesmas yang berhubungan dengan manajemen mutu di Puskesmas.

9

REFERENSI

1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
2. Peraturan Menteri Kesehatan no 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 99 Tahun 2015 tentang JKN
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas
5. Standar Akreditasi Puskesmas, tahun 2015
6. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Djoko Wijono

10

LAMPIRAN

PANDUAN DISKUSI KELOMPOK

Tujuan :

Setelah mengikuti diskusi kelompok, peserta mampu menyusun indikator mutu pelayanan di puskesmas.

Petunjuk:

1. Peserta dibagi menjadi beberapa 5 kelompok kecil (@kelompok terdiri dari 6 peserta) peserta yang dari puskesmas yang sama agar bisa dijadikan satu kelompok.
2. Fasilitator meminta masing- masing kelompok untuk menyusun indikator mutu pelayanan Puskesmas dan membuat profil indikatornya di puskesmas masing- masing selama 15 menit.
3. Fasilitator meminta minimal 3 kelompok untuk mengirimkan 1 orang perwakilan untuk menyampaikan/mempresentasikan hasil diskusi kelompoknya. (5 menit untuk setiap kelompok)
4. Fasilitator meminta kelompok lain untuk menanggapi, memberi masukan, dan klarifikasi tentang hasil diskusi yang disajikan selama 5 menit.
5. Fasilitator memberikan penegasan, klarifikasi hal hal penting tentang penyusunan indikator mutu di puskesmas selama 10 menit

Waktu: 45 menit



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Manajemen Puskesmas

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

1	: DESKRIPSI SINGKAT	2
2	: TUJUAN PEMBELAJARAN	2
3	: MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK	3
4	: METODE	3
5	: MEDIA DAN ALAT BANTU	4
6	: LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN	4
7	: URAIAN MATERI	6
	Pokok Bahasan 1 : Siklus Manajemen Puskesmas	6
	Pokok Bahasan 2 : Perencanaan Puskesmas.....	10
	Pokok Bahasan 3: Penggerakkan dan Pelaksanaan	29
	Pokok Bahasan 4: Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas.....	46
8	: REFERENSI	60
9	: LAMPIRAN	61

1

DESKRIPSI SINGKAT

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam rangka melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Agar upaya kesehatan terselenggara secara optimal, maka Puskesmas harus melaksanakan manajemen yang baik. Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara efektif dan efisien, terdiri dari perencanaan, penggerakkan dan pelaksanaan, serta pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja. Seluruh kegiatan diatas merupakan satu kesatuan yang saling terkait dan berkesinambungan.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

A. HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu melakukan manajemen puskesmas dengan pendekatan keluarga.

B. INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta dapat melakukan perencanaan puskesmas, penggerakan dan pelaksanaan, pengendalian dan penilaian kinerja puskesmas.

3

MATERI POKOK & SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

Materi Pokok 1. Kebijakan Manajemen Puskesmas

Sub Materi Pokok:

- a. Pengertian manajemen Puskesmas
- b. Siklus manajemen Puskesmas
- c. Tahapan manajemen Puskesmas
- d. Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap manajemen Puskesmas

Materi Pokok 2. Perencanaan Puskesmas

Sub Materi Pokok:

- a. Analisa situasi
- b. Perumusan masalah
- c. Penyusunan perencanaan (RUK, RPK dan RKA)

Materi Pokok 3. Penggerakkan dan Pelaksanaan

Sub Materi Pokok

- a. Lokakarya Mini Bulanan
- b. Lokakarya Mini Tribulanan

Materi Pokok 4. Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Puskesmas:

Sub Materi Pokok:

- a. Pengawasan dan Pengendalian
- b. Penilaian Kinerja Puskesmas

4

METODE

Materi ini disampaikan dengan menggunakan berbagai metode yaitu

1. Curah pendapat
2. Ceramah tanya jawab (CTJ)
3. Latihan
4. Bermain peran / roleplay

5. PKL
6. Diskusi kelompok

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

1. Bahan tayangan (Slide power point)
2. Komputer/laptop
3. LCD Projector
4. Sound System
5. Flip chart
6. Spidol (ATK)
7. Modul
8. Panduan diskusi kelompok
9. Panduan Latihan
10. Panduan bermain peran
11. Panduan PKL

6

LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah 1.

Pengkondisian (10 menit)

1. Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran, metode yang digunakan, mengapa modul/materi ini diperlukan dalam pelatihan Manajemen Puskesmas, serta keterkaitan dengan materi sebelumnya.
2. Fasilitator memberi kesempatan kepada peserta yang sudah mempunyai pengalaman dalam melaksanakan manajemen Puskesmas untuk menyampaikan pengalamannya.
3. Peserta lain diminta untuk memberi tanggapan.

Langkah 2.

Membahas Pokok Bahasan (170 menit)

1. Fasilitator menyampaikan rangkuman isi Pokok Bahasan 1 sampai dengan pokok bahasan 4 modul Manajemen Umum Puskesmas.
2. Selanjutnya fasilitator mempersilahkan peserta untuk menanggapi uraian tersebut.
3. Fasilitator memberikan komentar serta memberikan kesimpulan.

Langkah 3. Mempraktikkan manajemen Umum Puskesmas (900 menit)

1. Fasilitator menjelaskan tentang langkah-langkah atau petunjuk diskusi kelompok.
2. Fasilitator membagi peserta ke dalam kelompok. Kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusinya.
3. Fasilitator memberikan komentar dan menyimpulkan hasil diskusi tersebut.

Langkah 4 Rangkuman (45 menit)

Fasilitator menyampaikan rangkuman secara keseluruhan dan melakukan dialog dengan peserta bagaimana selanjutnya agar Puskesmas dapat melaksanakan manajemen umum Puskesmas dengan baik.

7

URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1. KONSEP MANAJEMEN PUSKESMAS

a. Pengertian Manajemen Puskesmas

Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumberdaya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.

b. Siklus Manajemen Puskesmas

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas, Puskesmas harus menyelenggarakan manajemen Puskesmas (perencanaan, penggerakkan dan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja Puskesmas) secara efektif dan efisien. Siklus Manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus "*Plan-Do-Check-Action* (P-D-S/C-A)". Manajemen Puskesmas akan mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada (sumberdaya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi Puskesmas, dan mutu) didalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya. Siklus manajemen Puskesmas harus disesuaikan dengan siklus manajemen di tingkat kabupaten/kota.

Untuk menjamin bahwa siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas berjalan secara efektif dan efisien, ditetapkan Tim Manajemen Puskesmas yang juga dapat berfungsi sebagai penanggungjawab mutu di Puskesmas. Tim terdiri atas penanggungjawab upaya kesehatan di Puskesmas dan didukung sepenuhnya oleh jajaran pelaksanaanya masing-masing.

c. Tahapan Manajemen Puskesmas

Tahapan siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas dikaitkan dengan tahapan siklus manajemen di tingkat kabupaten/kota terdiri dari:

Contoh siklus tahun 2020, 2021 dan 2022:

No	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
1.	Evaluasi kinerja Puskesmas tahun 2020 melalui Penilaian Kinerja Puskesmas.	Desember 2020	Puskesmas	Dinkes Kab/Kota	Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas tahun 2020
2.	Persiapan Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) tahun 2021 berdasarkan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang telah disetujui dan dibandingkan dengan hasil kinerja Puskesmas tahun 2020	Desember 2020	Puskesmas		Draft RPK tahun 2021.
3.	Analisa situasi dan pelaksanaan Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) sebagai bahan penyusunan RUK tahun 2022 dan Rencana Lima Tahunan Periode 2022 s.d 2026 dengan pendekatan Top-Down dan Bottom-Up.	Awal Januari 2021	Desa/ Kelurahan	Pemangku kepentingan Tk. Desa/ Kelurahan	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil analisa situasi • Hasil SMD dan MMD • Usulan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat desa/kelurahan sesuai harapan rasional masyarakat desa/ kelurahan
4.	Lokakarya Mini (Lokmin) Bulanan Pertama	Minggu Kedua Januari 2021	Puskesmas		<ul style="list-style-type: none"> • Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan

No	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
					Januari tahun 2021 <ul style="list-style-type: none"> • Bahan Musrenbangdes tahun 2021 • Draft RUK tahun 2022 • Draft Rencana Lima Tahunan 2022 s.d 2021
5.	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa (Musrenbangdes)	Minggu keempat Januari 2021	Desa/Kelurahan	Pemangku kepentingan Tk. Desa/ Kelurahan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian draft RUK tahun 2022 dengan hasil Musrenbangdes. • Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2022 s.d 2026 dengan hasil Musrenbangdes.
6.	Lokmin Bulanan Kedua	Awal Minggu pertama Februari 2021	Puskesmas		<ul style="list-style-type: none"> • Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Februari tahun 2021 • Bahan Lokmin Triwulan Pertama
7.	Lokmin Triwulan Pertama	Akhir Minggu Pertama Februari 2021	Puskesmas	LS terkait dan tokoh masyarakat di Kecamatan	Bahan Musrenbangmat bidang kesehatan
8.	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kecamatan (Musrenbangmat)	Minggu kedua Februari 2021	Kecamatan	Pemangku kepentingan Tk. Kecamatan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian draft RUK tahun 2022 dengan hasil Musrenbangmat

No	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
					<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2022 s.d 2026 dengan hasil Musrenbangmat.
9.	Musrenbangkab	Maret 2021	Kab/Kota	Pemangku kepentingan Tk. Kab/kota	<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian Draft RUK tahun 2022 dengan hasil Musrenbangkab • Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2022 s.d 2026 dengan hasil Musrenbangkab.

Keterangan:

- Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas di *feedback* oleh Dinkes Kab/Kota.
- Setiap bulannya, tetap memperhatikan persiapan pelaksanaan RPK bulan berjalan dan hasil pelaksanaan dari RPK bulan lalu.
- Proses penyusunan RUK tahun 2017 dapat disesuaikan dengan perkembangan kebijakan.

d. Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap Manajemen Puskesmas

Sesuai dengan pengertiannya, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota. Oleh karena itu keberhasilan penyelenggaraan Puskesmas, untuk menyelesaikan masalah prioritas kesehatan, tidak lepas dari tanggung jawab dinas kesehatan kabupaten/kota. Dukungan dinas kesehatan kabupaten/kota dalam pelaksanaan manajemen Puskesmas sebagai berikut:

- a. melakukan pembinaan secara terpadu, terintegrasi lintas program, dan berkesinambungan, dengan menggunakan indikator pembinaan program.
- b. meningkatkan kerjasama lintas sektor dalam proses manajemen Puskesmas.
- c. menyelenggarakan pelatihan manajemen Puskesmas.

- d. melakukan pengumpulan hasil penilaian kinerja Puskesmas, menganalisis hasil, melakukan evaluasi dan memberi feedback terhadap hasil Penilaian Kinerja Puskesmas.
- e. Bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah kesehatan yang tidak bisa diselesaikan di tingkat Puskesmas.
- f. memberi dukungan sumber daya dalam kelancaran pelaksanaan seluruh proses manajemen di Puskesmas, sesuai usulan Puskesmas.
- g. melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota agar proses perencanaan, pembahasan, dan persetujuan terhadap rencana usulan kegiatan dapat diselenggarakan tepat waktu, sehingga realisasi anggaran dapat tepat waktu dan selanjutnya Puskesmas dapat melaksanakan kegiatan sesuai jadwal.

POKOK BAHASAN 2.

PERENCANAAN PUSKESMAS

Perencanaan Puskesmas menurut periode dibagi 2 :

1. Perencanaan Lima Tahunan
2. Perencanaan Tahunan

Perencanaan Perencanaan Lima Tahunan Puskesmas mengacu kepada Rencana Strategis Dinas kesehatan Kabupaten Kota, Data dan informasi hasil kinerja dan gambaran kesehatan wilayah Puskesmas selama 4 tahun sebelumnya dan juga mengacu kepada kebijakan kesehatan nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Rencana Perencanaan Lima Tahunan Puskesmas dapat ditelaah kembali bila ada perubahan kebijakan mendasar atau kondisi yang memaksa dirubahnya alokasi anggaran untuk menjaga kestabilan kondisi kesehatan masyarakat. Perubahan tersebut dapat dilakukan dengan melakukan *mid term evaluation* dengan berdasarkan kebijakan kepala daerah.

a. Persiapan

Tahap ini mempersiapkan staf Puskesmas yang terlibat dalam proses penyusunan Rencana Puskesmas (Rencana Lima Tahunan dan Rencana Tahunan) agar memperoleh kesamaan pandangan dan pengetahuan untuk melaksanakan tahap perencanaan. Tahap ini dilakukan dengan cara:

1. Kepala Puskesmas membentuk Tim Manajemen Puskesmas yang anggotanya terdiri dari Tim Pembina Wilayah, Tim Pembina Keluarga, Tim Akreditasi Puskesmas dan Tim Sistem Informasi Puskesmas.

2. Kepala Puskesmas menjelaskan tentang Pedoman Manajemen Puskesmas kepada tim agar dapat memahami pedoman tersebut demi keberhasilan penyusunan Rencana Puskesmas.
3. Dalam penyusunan Rencana Lima Tahunan, Tim mempelajari:
 - a) Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota, yang merupakan turunan dari Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan provinsi dan Rencana Lima Tahunan Kementerian Kesehatan.
 - b) Standar Pelayanan Minimal tingkat kabupaten/kota.
 - c) Target yang disepakati bersama dinas kesehatan kabupaten/kota, yang menjadi tanggungjawab Puskesmas.
 - d) Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
 - e) Penguatan Manajemen Puskesmas Melalui Pendekatan Keluarga.
 - f) NSPK lainnya yang dianggap perlu untuk diketahui oleh tim di dalam penyusunan perencanaan Puskesmas.
4. Dalam penyusunan Rencana Tahunan, Tim mempelajari:
 - a) Rencana Lima Tahunan Puskesmas
 - b) Penjabaran tahunan rencana capaian target Standar Pelayanan Minimal tingkat kabupaten/kota.
 - c) Target yang disepakati bersama Dinas kesehatan kabupaten kota, yang menjadi tanggungjawab Puskesmas.
 - d) Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
 - e) Penguatan Manajemen Puskesmas Melalui Pendekatan Keluarga.
 - f) NSPK lainnya yang dianggap perlu untuk diketahui oleh tim di dalam penyusunan perencanaan Puskesmas.

Adapun dokumen yang perlu disiapkan untuk penyusunan perencanaan adalah:

1. Rencana Lima Tahunan antara lain
 - a) Kebijakan dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan
 - b) Data dan informasi hasil kinerja 4 tahun sebelumnya (N-5 sd N-2, N=tahun pertama rencana 5 tahunan) dengan hasil analisis kecenderungan permasalahan kesehatan.
 - c) Daftar Identifikasi isu dan permasalahan pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen berdasarkan hasil analisis data
 - d) Identifikasi kebutuhan, harapan dan potensi masyarakat
 - e) Ketersediaan dan kebutuhan sumberdaya dan pengelolaannya
 - f) Tingkat mutu dan harapan peningkatan mutu
 - g) Prediksi situasi dan kondisi masyarakat serta antisipasi perkembangan zaman dan teknologi
 - h) Target capaian kinerja 5 tahun ke depan
 - i) Dokumen lain yang relevan

2. Rencana tahunan Puskesmas

- a) Kebijakan dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan
- b) Data Puskesmas meliputi : Data PIS PK, Data Penilaian Kinerja Puskesmas, Data Hasil SPM dan data lainnya.
- c) Data dan informasi hasil kinerja 1 tahun (N-2, N = tahun perencanaan tahunan) sebelumnya dengan hasil analisis kecenderungan permasalahan kesehatan.
- d) Daftar Identifikasi isu dan permasalahan pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen berdasarkan hasil analisis data
- e) Identifikasi kebutuhan, harapan dan potensi masyarakat
- f) Ketersediaan dan kebutuhan sumberdaya dan pengelolaannya
- g) Tingkat mutu dan harapan peningkatan mutu
- h) Target capaian kinerja 1 tahun ke depan
- i) Dokumen lainnya yang relevan

b. Pengumpulan Data Kinerja Puskesmas dan Analisa Data

Dalam penyusunan Rencana Lima Tahunan, Puskesmas mengumpulkan dan mempelajari data kinerja dan gambaran status kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas dalam 4 tahun kebelakang yang dimulai dari tahun N-5 sampai dengan tahun N-2 untuk setiap desa/kelurahan. Tahun N menunjukkan tahun yang akan disusun, sehingga sebagai contoh untuk menyusun Rencana Lima Tahunan periode tahun 2022 s.d 2021 maka data kinerja akhir tahun yang dikumpulkan dan dipelajari adalah data tahun 2012 s.d 2020.

Sedangkan untuk penyusunan Rencana Tahunan, Puskesmas mengumpulkan dan mempelajari data kinerja dan gambaran status kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas di tahun N-2 untuk setiap desa/kelurahan. Tahun N menunjukkan tahun yang akan disusun, sehingga sebagai contoh untuk menyusun Rencana Tahun 2022 maka data kinerja yang dikumpulkan dan dianalisis adalah data tahun 2020.

Sumber utama data kinerja Puskesmas adalah catatan hasil kegiatan Puskesmas yang terekam dalam Sistem Informasi Puskesmas (SIP), data Profil Kesehatan Keluarga, catatan hasil kegiatan inovatif, maupun hasil pengumpulan data lainnya seperti hasil survei kepuasan pelanggan untuk menilai mutu pelayanan Puskesmas.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format yang telah disepakati dalam Sistem Informasi Puskesmas. Pengumpulan data dilakukan secara rutin oleh petugas atau pengelola program yang bersangkutan. Data yang diperoleh diperbaharui setiap bulan, sehingga pada akhir tahun diperoleh data yang baru.

Data yang sudah diperoleh kemudian diolah untuk menjamin keakuratan dan kualitas data. Data yang sudah diolah kemudian dianalisa untuk mendapatkan suatu rumusan atau kesimpulan, yang digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan, termasuk untuk dasar penyusunan perencanaan Puskesmas. Analisa masalah juga harus dilaksanakan dari sisi pandang masyarakat, yang dilakukan melalui Survei Mawas Diri (SMD). Pelaksanaan pengolahan dan analisa data di tingkat Puskesmas dilakukan oleh Kepala Puskesmas bersama Tim Kecil Puskesmas.

Analisis data dapat dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Data yang tersedia diterjemahkan menjadi informasi (4W +1H) yang dapat difahami oleh semua pihak yang akan terlibat dalam penyusunan perencanaan Puskesmas

Hasil analisis harus dapat menggambarkan:

1. Pencapaian status kesehatan masyarakat dan hasil kinerja Puskesmas;
2. Ketersediaan dan kemampuan sumberdaya Puskesmas;
3. Prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja Puskesmas untuk periode kedepan; dan
4. Identifikasi faktor yang mendukung kemungkinan terjadinya perubahan, baik perubahan ke arah yang lebih baik dan perubahan ke arah yang buruk.

c. Perumusan Masalah

1. Identifikasi masalah

Dari hasil pengumpulan dan analisa data, diketahui pencapaian kinerja Puskesmas dan diidentifikasi masalah yang ditemui. Untuk mempermudah dalam melakukan identifikasi masalah, dapat dilaksanakan dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut jenis upaya, target, pencapaian, dan masalah yang ditemukan.

Contoh : Tabel identifikasi masalah

No	Upaya	Target	Pencapaian	Masalah
1				

Keterangan :

- ❖ Target diisi berdasarkan hasil penentuan target Puskesmas. Beberapa metode penentuan target yang dapat dilakukan di Puskesmas adalah sebagai berikut:
 1. Berdasarkan target pencapaian Standar Pelayanan Minimal tingkat Kabupaten/Kota.
 2. Ditentukan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 3. Ditentukan sendiri oleh Puskesmas sesuai dengan ketersediaan sumber daya yang tersedia di Puskesmas.

4. Berdasarkan perkiraan secara matematis terhadap kemungkinan pencapaian program.
 5. Berdasarkan prestasi terbaik yang pernah dicapai Puskesmas yang bersangkutan.
- ❖ Pencapaian diisi jumlah pencapaian, yang merupakan rekapitulasi pencapaian diseluruh kelurahan/desa. Kesenjangan antara pencapaian dan target, merupakan masalah. Kemungkinan teridentifikasi beberapa masalah.
 - ❖ Perumusan masalah mencakup: Apa masalahnya, Siapa yang terkena masalah, Kapan masalah itu terjadi, Dimana terjadinya, Kenapa Masalah itu terjadi dan Bagaimana Masalah itu terjadi (What, Who, When, Where, Why, How). Contoh Rumusan Masalah:

”Masih tingginya angka kematian balita akibat diare yaitu sebesar 20% di desa A, wilayah Puskesmas X, pada tahun 2006”

2. Menetapkan urutan prioritas masalah

Mengingat adanya keterbatasan kemampuan dalam mengatasi masalah, ketidaktersediaan teknologi yang memadai atau adanya keterkaitan satu masalah dengan masalah lainnya, maka perlu dipilih masalah prioritas dengan jalan kesepakatan tim. Bila tidak dicapai kesepakatan dapat ditempuh dengan menggunakan kriteria lain. Dalam penetapan urutan prioritas masalah dapat mempergunakan berbagai macam metode seperti metode USG (Urgency, Seriousness, Growth) dan sebagainya. Penggunaan alat atau metode diserahkan pada masing masing Puskesmas.

Contoh Metode USG :

Urgency, Seriousness, Growth (USG) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menentukan skala nilai 1 – 5 atau 1 – 10. Isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas. Untuk lebih jelasnya, dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Urgency

Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi. Urgency dilihat dari tersedianya waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.

b) Seriousness

Seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah

penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri. Seriousness dilihat dari dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, dan membahayakan sistem atau tidak.

c) Growth

Seberapa kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan. Data atau informasi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan metode USG, yakni sebagai berikut:

- 1) Hasil analisa situasi
- 2) Informasi tentang sumber daya yang dimiliki
- 3) Dokumen tentang perundang-undangan, peraturan, serta kebijakan pemerintah yang berlaku.

Masalah	U	S	G	TOTAL
Masalah A	5	3	3	11
Masalah B	4	4	4	12
Masalah C	3	5	5	13

3. Mencari akar penyebab masalah

Setelah ditentukan masalah yang menjadi prioritas, selanjutnya dicari akar penyebab dari masalah tersebut. Penyebab masalah agar dikonfirmasi dengan data di Puskesmas. Beberapa metode yang dapat dipergunakan dalam mencari akar penyebab masalah yaitu:

- a) Diagram sebab akibat (Diagram Ishikawa) atau sering juga disebut diagram tulang ikan.
- b) Pohon Masalah (*problem tree*).

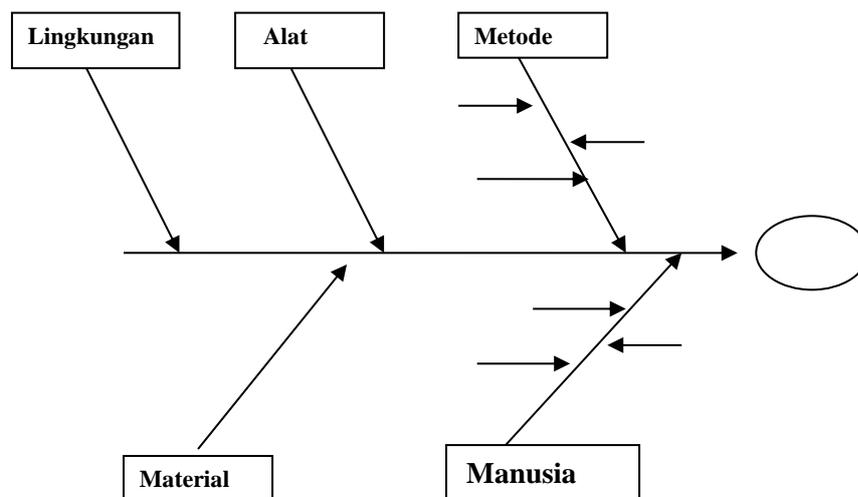
Contoh penggunaan Diagram Ishikawa

Masalah : **"Cakupan persalinan tenaga kesehatan rendah (misal 40 %)"**

Langkah langkah:

- a) Tuliskan "masalah" pada bagian kepala ikan.
- b) Buat garis horizontal dengan anak panah menunjuk kearah kepala ikan.
- c) Tetapkan kategori utama dari penyebab.
- d) Buat garis dengan anak panah menunjuk ke garis horizontal.

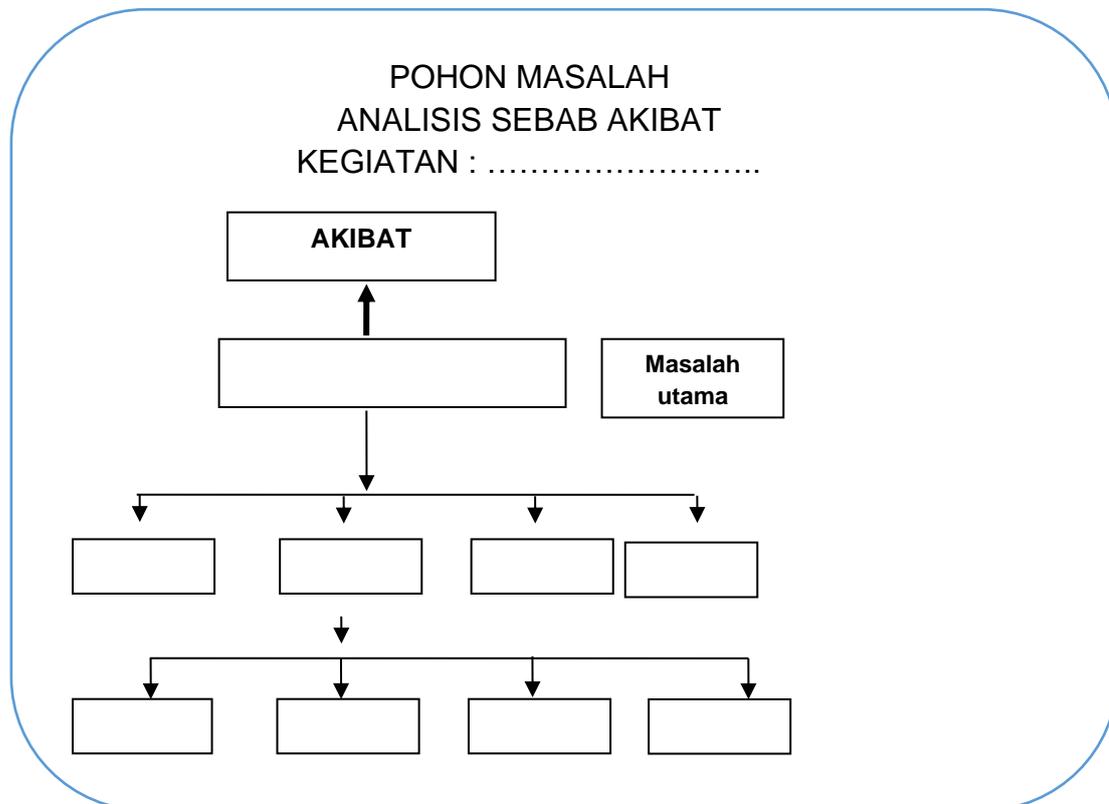
- e) Lakukan brainstorming (curah pendapat) dan fokuskan pada masing-masing kategori.
- f) Setelah dianggap cukup, dengan cara yang sama lakukan untuk kategori utama yang lain.
- g) Untuk masing-masing kemungkinan penyebab, coba membuat daftar sub penyebab dan letakkan pada cabang yang lebih kecil.
- h) Setelah semua ide/pendapat dicatat, lakukan klarifikasi data untuk menghilangkan duplikasi ketidaksesuaian dengan masalah, dll.



Contoh Penggunaan Pohon masalah (Problem Trees)

Langkah langkah:

- a) Tuliskan masalah pada kotak dipuncak pohon masalah.
- b) Buat garis vertikal menuju kotak tersebut.
- c) Tetapkan kategori utama dari penyebab dan tuliskan pada kotak dibawahnya dengan arah panah menuju kekotak masalah.
- d) Lakukan brainstorming dan fokuskan pada masing masing kategori.
- e) Setelah dianggap cukup, dengan cara yang sama lakukan untuk kategori utama yang lain.
- f) Untuk masing-masing kemungkinan penyebab, coba membuat daftar sub penyebab dan letakkan pada kotak yang ada dibawahnya.
- g) Setelah semua pendapat tercatat, lakukan klarifikasi data untuk menghilangkan duplikasi, ketidaksesuaian dengan masalah, dll.
- h) Buatlah kesimpulan dari hasil menentukan akar masalah tersebut.



CATATAN:

Untuk mengidentifikasi penyebab masalah, baik menggunakan diagram Ishikawa maupun pohon masalah, kemungkinan penyebab masalah dapat ditelusuri dari:

1. Input (sumber daya): manusia/ tenaga, jenis dan jumlah obat/ sarana/ fasilitas, prosedur kerja, dana dan lain-lain.
2. Proses (pelaksanaan kegiatan): frekuensi, penggunaan metode/prosedur, kepatuhan terhadap standar pelayanan, supervisi/pembinaan dll.
3. Lingkungan: kebijakan, *political will*.

4. Menetapkan cara-cara pemecahan masalah

Untuk menetapkan cara pemecahan masalah dapat dilakukan kesepakatan di antara anggota tim dengan didahului *brainstorming* (curah pendapat). Bila tidak terjadi kesepakatan dapat digunakan tabel cara pemecahan masalah.

Langkah-langkah pemecahan masalah sebagai berikut:

a) *Brainstorming* (curah pendapat).

Dilaksanakan untuk membangkitkan ide/gagasan/pendapat tentang suatu topik atau masalah tertentu dari setiap anggota tim dalam periode waktu yang singkat dan bebas dari kritik.

Langkah-langkah:

- 1) Tetapkan suatu topik/masalah se jelas mungkin.
 - 2) Beri waktu beberapa saat kepada anggota untuk memahami dan memikirkannya.
 - 3) Tetapkan waktu yang akan digunakan untuk curah pendapat, misalnya 30-45 menit.
 - 4) Anggota tim menyampaikan ide.
 - 5) Apabila terdapat beberapa anggota yang mendominasi, gunakan curah pendapat terstruktur sehingga seluruh anggota mempunyai kesempatan yang sama. Bila yang dipilih secara terstruktur, anggota yang tidak menyampaikan pendapat pada gilirannya harus mengucapkan "Pass" dan kesempatan diberikan pada anggota berikutnya.
 - 6) Beri dorongan/rangsangan agar anggota berani memberikan/mengajukan pendapat.
 - 7) Selama brainstorming berjalan, tidak dibenarkan menanggapi pendapat anggota yang sedang berbicara. Bila ini terjadi, pimpinan sidang harus segera menegur.
 - 8) Tuliskan setiap ide/gagasan tersebut pada flipchart sehingga dapat dilihat oleh seluruh anggota.
 - 9) Teruskan brainstorming sampai waktu yang telah ditetapkan habis.
 - 10) Lakukan klarifikasi, hilangkan sesuatu yang menyimpang dari topik atau duplikasi yang terjadi.
 - 11) Buat list pendek yang berhubungan dengan topik yang dibahas.
- b) Kesepakatan di antara anggota tim, berdasarkan hasil dari curah pendapat (*brainstorming*). Hasil kesepakatan dipergunakan sebagai bahan perencanaan Puskesmas.
- c) Bila tidak terjadi kesepakatan, digunakan metode Tabel cara pemecahan masalah sebagai berikut:

Contoh:

Tabel Cara Pemecahan Masalah

No	Prioritas Masalah	Penyebab masalah	Alternatif pemecahan masalah	Pemecahan masalah terpilih	Ket
1					
2					

Cara pengisian tabel, sebagai berikut :

1. Prioritas masalah: ditulis sesuai dengan hasil urutan prioritas masalah.
2. Penyebab masalah: ditulis berdasarkan hasil mencari akar penyebab masalah.
3. Alternatif pemecahan masalah: diperoleh berdasarkan hasil brainstorming anggota tim, tentang alternatif pemecahan masalah yang diusulkan, ada beberapa alternatif.
4. Pemecahan masalah terpilih: dapat di peroleh melalui hasil kesepakatan anggota tim atau menggunakan matriks USG, metode MCUA dan lain-lain.

d. Penyusunan Rencana Lima Tahunan

Berdasarkan kesepakatan cara pemecahan masalah dapat dikembangkan program kegiatan dan ditentukan target yang akan dicapai. Pengawasan dan pengendalian untuk pencapaian target Rencana Lima Tahunan dilakukan setiap tahun, dan pada tengah periode lima tahunan dilakukan evaluasi periode tengah lima tahun (Midterm evaluation), untuk menyesuaikan target akhir Rencana Lima Tahunan. Hal ini perlu dilakukan untuk mengakomodir perubahan kebijakan ataupun kebijakan yang baru, hasil analisis trend pencapaian program, kemungkinan penambahan sumberdaya dan kemungkinan masalah kesehatan yang baru. Rincian pelaksanaan kegiatan dalam mencapai target prioritas yang telah ditetapkan pada perencanaan lima tahunan akan disusun dalam perencanaan tahunan Puskesmas.

Contoh Tabel Rencana Lima Tahunan :

No	Upaya Kesehatan	Tujuan	Indikator Kinerja	Cara Perhitungan	Target					Rincian Kegiatan	Kebutuhan Anggaran
					1	2	3	4	5		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)					(7)	(8)
UKM ESENSIAL											
1.	KIA & KB	Meningkatnya kesehatan ibu	Cakupan K4		80	90	90	90	90	Pelatihan P4K untuk bidan	
2.	Promkes	Meningkatnya PHBS di masyarakat	Rumah Tangga Sehat		60	65	70	75	80	Penyuluhan PHBS	
3.	Kesling		SAB yang memenuhi syarat		50	55	60	65	70	Inspeksi sanitasi SAB	
4.	Gizi		Balita naik berat badannya		70	75	80	85	90	Revitalisasi Posyandu	
5.	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit		Penderita TB Paru BTA pos yg diobati		70	85	100	100	100	P2 TB Paru dg strategi DOTS	
UKM PENGEMBANGAN											
1.	Kestrad, dst										
UKP											
1.	Rawat Jalan		Kunjungan rawat jalan umum		50	60	70	80	80	Pengembangan SOP pelayanan dan service excellent	
PELAYANAN KEFARMASIAN											
1.	Dst										
PELAYANAN PERKESMAS											
1.	Dst										
PELAYANAN LABORATORIUM											
1.	Dst										

Keterangan Tabel:

1. Matriks tersebut diatas merupakan indikator kegiatan prioritas yang dilakukan Puskesmas di dalam menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya untuk lima tahun ke depan. Target indikator prioritas pada contoh formulir diatas dapat ditambah berdasarkan hasil perumusan prioritas masalah Puskesmas di wilayah kerjanya.
2. Matriks diatas dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
3. Kolom (2). Upaya Kesehatan diisi dengan UKM, UKP, pelayanan kefarmasian, keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium yang dilaksanakan di Puskesmas.
4. Kolom (3). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap upaya kesehatan.
5. Kolom (4). Indikator Kinerja diisi dengan indikator pencapaian upaya kesehatan. Indikator kinerja ditentukan berdasarkan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas, dimana pencapaiannya dapat didukung oleh beberapa upaya yang dilaksanakan Puskesmas, sehingga tidak setiap upaya harus mempunyai indikator sendiri, mengingat prinsip integrasi program dalam pendekatan siklus kehidupan.
6. Kolom (5). Cara Perhitungan diisi dengan cara perhitungan masing-masing target indikator kinerja yang telah ditetapkan.
7. Kolom (6). Target diisi dengan target pencapaian setiap indikator kinerja yang telah ditetapkan.
8. Kolom (7). Rincian Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai target yang telah ditetapkan. Rincian kegiatan akan menjadi bahan dalam penyusunan Rencana Tahunan Puskesmas.
9. Kolom (8). Kebutuhan anggaran diisi dengan perkiraan anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah dirumuskan.

e. Penyusunan Rencana Tahunan

1. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)
Pengusulan rencana usulan kegiatan meliputi:
 - a) Kegiatan tahunan yang akan datang yang meliputi kegiatan rutin, sarana/prasarana, operasional, dan program hasil analisa masalah.
 - b) Kebutuhan sumberdaya berdasarkan ketersediaan yang ada pada tahun sekarang.
 - c) Rekapitulasi rencana usulan kegiatan dan sumberdaya yang dibutuhkan kedalam format RUK Puskesmas.

RUK disusun dalam bentuk matriks, dengan memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik kesepakatan global, nasional, maupun daerah sesuai dengan masalah yang ada sebagai hasil dari kajian data dan informasi yang tersedia di Puskesmas.

Tabel Formulir Rencana Usulan Kegiatan

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Kebutuhan Sumber Daya	Mitra Kerja	Waktu Pelaksanaan	Kebutuhan Anggaran	Indikator Kinerja	Sumber Pembiayaan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
UKM ESENSIAL												
1.	KIA dan KB											
2.	Promkes											
3.	Kesling											
4.	Gizi											
5.	Pencegahan dan Pengendalian Peny.											
UKM PENGEMBANGAN												
1.	Kestradi											
UKP												
1.	Rawat Jalan											
PELAYANAN KEFARMASIAN												
1.	Dst											
PELAYANAN PERKESMAS												
1.	Dst											
PELAYANAN LABORATORIUM												
1.	Dst											

Keterangan Tabel :

1. Matriks tersebut diatas merupakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas. Target indikator Kegiatan pada contoh formulir diatas selanjutnya dapat ditambah berdasarkan masalah prioritas kesehatan diwilayah kerja Puskesmas berdasarkan hasil analisa dan mengacu pada rencana lima tahunan Puskesmas.
2. Matriks diatas dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
3. Kolom (2). Upaya Kesehatan diisi dengan UKM, UKP, pelayanan kefarmasian, keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium yang dilaksanakan di Puskesmas.
4. Kolom (3). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai target yang telah ditetapkan.
5. Kolom (4). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap kegiatan yang dilaksanakan.
6. Kolom (5). Sasaran adalah jumlah populasi atau area di wilayah kerja yang akan dicakup dalam kegiatan.
7. Kolom (6). Target sasaran adalah jumlah dari sasaran/area yang akan diberikan pelayanan oleh Puskesmas, dihitung berdasarkan factor koreksi kondisi geografis, jumlah sumberdaya, target indikator kinerja, dan pencapaian terdahulu.
8. Kolom (7). Penanggungjawab diisi Penanggungjawab kegiatan di Puskesmas.
9. Kolom (8). Kebutuhan sumberdaya diisi sumberdaya yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan kegiatan, diluar pembiayaan (Man, Method, Material, Machine).
10. Kolom (9). Mitra kerja diisi unit lintas sektor yang harus terlibat untuk mendukung pelaksanaan kegiatan.
11. Kolom (10). Waktu Pelaksanaan diisi periode pelaksanaan kegiatan dalam satu tahun.
12. Kolom (11). Kebutuhan anggaran diisi dengan perkiraan anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah dirumuskan.
13. Kolom (12). Indikator Kinerja diisi dengan indikator kinerja yang didukung oleh pelaksanaan kegiatan tersebut.
14. Kolom (13) Sumber Pembiayaan dapat berasal dari pemerintah, swasta, JKN, masyarakat atau sumber pendanaan lain yang sah.

2. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan

Tahap penyusunan RPK dilaksanakan melalui pendekatan keterpaduan lintas program dan lintas sektor dalam lingkup siklus kehidupan. Keterpaduan penting untuk dilaksanakan mengingat adanya keterbatasan sumberdaya di Puskesmas. Dengan keterpaduan tidak akan terjadi *missed opportunity*, kegiatan Puskesmas dapat terselenggara secara efisien, efektif, bermutu, dan target prioritas yang ditetapkan pada perencanaan lima tahunan dapat tercapai.

Penyusunan RPK terintegrasi kedalam sistem perencanaan di daerah, dengan tahapan:

- a) Mempelajari alokasi kegiatan dan biaya yang sudah disetujui.
- b) Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan RUK yang diusulkan dan situasi pada saat penyusunan RPK.
- c) Menyusun rancangan awal, rincian dan volume kegiatan yang akan dilaksanakan serta sumberdaya pendukung menurut bulan dan lokasi pelaksanaan.
- d) Mengadakan Lokakarya Mini Bulanan Pertama untuk membahas kesepakatan RPK.
- e) Membuat RPK tahunan yang telah disusun dalam bentuk matriks.
- f) RPK dirinci menjadi RPK bulanan bersama dengan target pencapaiannya, dan direncanakan kegiatan pengawasan dan pengendaliannya.
- g) RPK dimungkinkan untuk dirubah/disesuaikan dengan kebutuhan saat itu apabila dalam hasil analisis pengawasan dan pengendalian kegiatan bulanan dijumpai kondisi tertentu (bencana alam, konflik, Kejadian Luar Biasa, perubahan kebijakan mendesak, dll) yang harus dituangkan kedalam RPK. Perubahan RPK dilakukan dengan pendampingan dinas kesehatan kab/kota, dan tidak mengubah pagu anggaran yang ada.
- h) Untuk semua kegiatan yang akan dilaksanakan, agar dapat dipertanggungjawabkan dengan baik, perlu didukung dokumen yang relevan. Dengan tuntunan dokumen yang dibuat, dipastikan bahwa kegiatan yang dimaksud dapat diselesaikan, sehingga sasaran dan tujuan akan tercapai. Dokumen tersebut antara lain berupa:
 - 1) Peraturan/Keputusan Kepala Puskesmas;
 - 2) Kerangka Acuan Kegiatan;
 - 3) Standar Operasional Prosedur; dan
 - 4) Dokumen lain yang dibutuhkan.

Pada Puskesmas yang telah melaksanakan pola pengelolaan keuangan BLUD, format untuk formulir perencanaan lima tahunan Puskesmas dan perencanaan tahunan Puskesmas, disesuaikan dengan peraturan pola pengelolaan BLUD yang berlaku.

FORMULIR RENCANA PELAKSANAAN KEGIATAN (RPK) TAHUNAN PUSKESMAS

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Volume Kegiatan	Jadwal	Rincian Pelaksanaan	Lokasi Pelaksanaan	Biaya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
UKM ESENSIAL											
1.	KIA & KB										
2.	Promkes										
3.	Kesling										
4.	Gizi										
5.	Pencegahan dan Pengendalian Peny.										
UKM PENGEMBANGAN											
1.	Kestrat										
UKP											
1.	Rawat Jalan										
PELAYANAN KEFARMASIAN											
1.	Dst										
PELAYANAN PERKESMAS											
1.	Dst										
PELAYANAN LABORATORIUM											
1.	Dst										

Keterangan Tabel:

1. Matriks tersebut diatas merupakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas. Target Indikator kegiatan pada contoh formulir diatas selanjutnya dapat ditambah berdasarkan dengan masalah prioritas kesehatan diwilayah kerja Puskesmas sesuai RUK Puskesmas yang telah disetujui.
2. Matriks tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
3. Kolom (2). Upaya Kesehatan diisi dengan UKM, UKP, pelayanan kefarmasian, keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium yang dilaksanakan di Puskesmas.
4. Kolom (3). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai target yang telah ditetapkan.
5. Kolom (4). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap kegiatan yang dilaksanakan.
6. Kolom (5). Sasaran adalah jumlah populasi atau area di wilayah kerja yang akan dicakup dalam kegiatan.
7. Kolom (6). Target sasaran adalah jumlah dari sasaran/area yang akan diberikan pelayanan oleh Puskesmas, dihitung berdasarkan factor koreksi kondisi geografis, jumlah sumberdaya, target indikator kinerja, dan pencapaian terdahulu.
8. Kolom (7). Penanggungjawab diisi Penanggungjawab kegiatan di Puskesmas.
9. Kolom (8). Volume kegiatan diisi jumlah pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
10. Kolom (9). Jadwal diisi dengan waktu pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
11. Kolom (10). Rincian Pelaksanaan diisi rincian kegiatan dalam 1 (satu) tahun yang disesuaikan dengan jadwal kegiatan.
12. Kolom (11). Lokasi Pelaksanaan diisi lokasi pelaksanaan kegiatan.
13. Kolom (12). Biaya diisi anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah dirumuskan.

FORMULIR RENCANA PELAKSANAAN KEGIATAN (RPK) BULANAN PUSKESMAS

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Volume Kegiatan	Jadwal	Rincian Pelaksanaan	Lokasi Pelaksanaan	Biaya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

Keterangan Tabel:

1. Matriks tersebut diatas dibuat dan diisi oleh masing-masing penanggungjawab program/kegiatan berdasarkan RPK Puskesmas yang telah disusun.
2. Matriks tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
3. Kolom (2). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang ada pada RPK Puskesmas
4. Kolom (3). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap kegiatan yang dilaksanakan.
5. Kolom (4). Sasaran adalah jumlah populasi atau area di wilayah kerja yang akan dicakup dalam kegiatan.
6. Kolom (5). Target sasaran adalah jumlah dari sasaran/area yang akan diberikan pelayanan oleh Puskesmas, dihitung berdasarkan faktor koreksi kondisi geografis, jumlah sumberdaya, target indikator kinerja, dan pencapaian terdahulu.
7. Kolom (6). Penanggungjawab diisi Penanggungjawab kegiatan di Puskesmas.
8. Kolom (7). Volume kegiatan diisi jumlah pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
9. Kolom (8). Jadwal diisi dengan waktu pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
10. Kolom (9). Rincian Pelaksanaan diisi rincian kegiatan tanggal dan bulan pelaksanaannya dalam 1 (satu) tahun yang disesuaikan dengan jadwal kegiatan.
11. Kolom (10). Lokasi Pelaksanaan diisi lokasi pelaksanaan kegiatan.
12. Kolom (11). Biaya diisi anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah dirumuskan.

POKOK BAHASAN 3. PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN

a. Lokakarya Mini Bulanan

1. Tujuan Lokakarya Mini Bulanan

1) Tujuan Umum

Terselenggaranya lokakarya mini bulanan ~~internal Puskesmas~~ dalam rangka pemantauan hasil kerja petugas Puskesmas dengan cara membandingkan rencana pelaksanaan kegiatan bulan lalu dari setiap petugas dengan hasil kegiatannya dan membandingkan cakupan

kegiatan dari daerah binaan dengan targetnya serta tersusunnya rencana pelaksanaan kegiatan bulan berikutnya.

2) Tujuan Khusus

- 1) Diketuainya hasil kegiatan Puskesmas bulan lalu.
- 2) Disampaikannya hasil rapat dari kabupaten/kota/kecamatan dan berbagai kebijakan serta program.
- 3) Diketuainya hambatan/masalah dalam pelaksanaan kegiatan bulan lalu.
- 4) Dirumuskannya cara pemecahan masalah.
- 5) Disusunnya rencana pelaksanaan kegiatan bulan baru.

2. Tahapan Lokakarya Mini Bulanan

Ada 2 tahapan lokakarya mini bulanan yaitu:

a) Lokakarya Mini Bulanan Yang Pertama

1) Pengertian dan tujuan

Lokakarya Mini Bulanan yang pertama merupakan Lokakarya penggalangan tim diselenggarakan dalam rangka pengorganisasian untuk dapat terlaksananya rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas (RPK). Pengorganisasian dilaksanakan sebagai penentuan penanggung jawab dan pelaksana setiap kegiatan serta untuk satuan wilayah kerja. Seluruh program kerja dan wilayah kerja Puskesmas dilakukan pembagian habis kepada seluruh petugas Puskesmas, dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya.

2) Langkah-langkah dan ketentuan penyelenggaraan lokakarya mini bulanan yang pertama adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

1) Kepala Puskesmas mempersiapkan:

- Bahan umpan balik hasil kinerja sekaligus dengan hasil analisisnya;
- Informasi kebijakan baru dan atau program baru yang harus dilaksanakan di Puskesmas.
- Tata cara penyusunan RPK tahunan.
- Tata cara penyusunan Rencana Lima Tahunan dan RUK.
- Penjabaran uraian peran, tugas dan tanggungjawab dari semua petugas Puskesmas, berdasarkan hasil analisa beban kerjanya.

2) Pelaksana dan penanggungjawab program/kegiatan mempersiapkan:

- Laporan kinerja Puskesmas tahun lalu;
- Bahan penyusunan RUK tahun yang akan datang dan Rencana Lima Tahunan;
- Usulan kegiatan untuk perbaikan/peningkatan kinerja Puskesmas.
- RPK bulanan setiap program/kegiatan.

3) Kepala subbag tata usaha mempersiapkan:

- Usulan kebutuhan sumberdaya yang diperlukan Puskesmas.
- Surat undangan, dengan kejelasan tempat penyelenggaraan, hari, tanggal dan jam, serta acara.
- Tempat pelaksanaan.
- Alat tulis dan perlengkapan yang dibutuhkan (*white board*, spidol, kertas lembar balik, laptop/komputer, proyektor/*infocus* dan atau bahan lain yang dianggap perlu untuk pelaksanaan forum).
- Buku catatan/notulen rapat dinas kesehatan dan rapat lintas sektor kecamatan.
- Petugas yang bertanggungjawab dalam mengorganisir penyelenggaraan lokakarya mini.

b. Pelaksanaan

1) Masukan:

- Uraian tugas setiap pegawai Puskesmas;
- Data capaian Puskesmas tahun sebelumnya;
- Informasi tentang kebijakan, program dan konsep baru berkaitan dengan Puskesmas;
- Informasi tentang tatacara penyusunan RPK tahunan dan RPK bulanan Puskesmas.

2) Proses

- Penggalangan tim dalam bentuk dinamika kelompok tentang peran, tanggung jawab dan kewenangan setiap pegawai Puskesmas;
- Inventarisasi kegiatan Puskesmas termasuk kegiatan lapangan/daerah binaan;
- Analisis beban kerja tiap pegawai;
- Pembagian tugas baru termasuk pembagian tanggungjawab daerah binaan (darbin);

- Penyusunan RPK tahun berjalan berdasarkan RUK yang telah ditetapkan;
- Penyusunan RPK bulanan berdasarkan RPK tahunan;
- Penyusunan RUK untuk tahun selanjutnya; dan atau
- Penyusunan Rencana Lima Tahunan untuk periode selanjutnya

3) Luaran

- Tersusunnya RPK tahunan berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan;
- Tersusunnya RPK bulanan;
- Kesepakatan bersama untuk pelaksanaan RPK bulanan;
- Matriks pembagian tugas dan darbin;
- Bahan Musrenbangdes;
- Draft RUK untuk tahun selanjutnya;
- Draft Rencana Lima Tahunan (dalam siklus lima tahunan).

4) Ketentuan penyelenggaraan

- Pengarah: Kepala Puskesmas
- Peserta:
Seluruh pegawai Puskesmas, termasuk pegawai yang bertugas di Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan Desa.
- Waktu:
Waktu pelaksanaan lokakarya mini bulanan pertama disesuaikan dengan jadwal sistem perencanaan pembangunan daerah. Diharapkan lokakarya mini bulanan pertama dilaksanakan sebelum pelaksanaan Musrenbangdes.
- Acara
Pada dasarnya susunan acara lokakarya mini bulanan pertama bersifat dinamis, dapat disusun sesuai dengan kebutuhan, ketersediaan waktu dan kondisi Puskesmas setempat. Sebagai contoh susunan acara lokakarya mini bulanan pertama adalah sebagai berikut:
 - Pembukaan dilanjutkan dinamika kelompok;
 - Pengenalan kebijakan maupun program baru;
 - Kegiatan bulanan Puskesmas;
 - Analisa beban kerja;
 - Pembagian tugas dan daerah binaan;
 - Penyusunan RPK tahunan;
 - Penyusunan RPK bulanan;
 - Penyusunan bahan Musrenbangdes;

- Penyusunan draft RUK untuk tahun selanjutnya;
- Kesepakatan untuk melaksanakan RPK bulanan; dan atau
- Penyusunan Rencana Lima Tahunan untuk periode selanjutnya.
- Tempat:
Diupayakan agar lokakarya mini dapat diselenggarakan di Puskesmas, apabila tidak memungkinkan dapat menggunakan tempat lain yang lokasinya berdekatan dengan Puskesmas. Ruang yang dipakai hendaknya cukup untuk menampung semua peserta. Pengaturan tempat sebaiknya seperti huruf “U”.

b) Lokakarya Mini Bulanan Rutin

1) Pengertian dan tujuan

Lokakarya mini bulanan rutin ini diselenggarakan sebagai tindak lanjut dari lokakarya mini bulanan yang pertama. Lokakarya mini bulanan rutin ini dilaksanakan untuk memantau pelaksanaan kegiatan Puskesmas, yang dilakukan setiap bulan secara teratur. Pada forum Lokakarya mini bulanan rutin, dapat sekaligus dilaksanakan pertemuan tinjauan manajemen, sesuai jadwal yang telah ditetapkan tim audit internal. Penanggung jawab penyelenggaraan lokakarya mini bulanan adalah kepala Puskesmas, yang dalam pelaksanaannya dibantu staf Puskesmas dengan mengadakan rapat kerja seperti biasanya. Fokus utama lokakarya mini bulanan rutin adalah ditekankan kepada masalah pentingnya kesinambungan arah dan kegiatan antara hal-hal yang direncanakan, integrasi antar program dalam menyelesaikan masalah prioritas Puskesmas yang telah ditetapkan pada tiap tahunnya, pelaksanaan serta hasilnya, agar kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan tersebut dapat berhasil guna dan berdaya guna.

2) Pelaksanaan lokakarya mini bulanan rutin

Pelaksanaan lokakarya mini bulanan rutin Puskesmas adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

1) Kepala Puskesmas mempersiapkan:

- Umpan balik hasil kinerja bulan lalu dan capaian kumulatif selama bulan berjalan.
- Informasi kebijakan baru dan atau program baru yang harus dilaksanakan di Puskesmas.
- Rencana tindakan untuk perbaikan dan peningkatan kinerja bulan yang akan datang.

- Bahan Musrenbangcam (khusus untuk lokakarya mini bulan ke dua).
- 2) Pelaksana dan penanggungjawab program/kegiatan mempersiapkan:
- Laporan hasil kinerja, analisis masalah dan rancangan tindak lanjut pemecahan masalahnya.
 - Bahan untuk pembahasan usulan kesehatan dari seluruh desa/kelurahan dan usulan kegiatan Puskesmas yang akan dibahas untuk keterpaduannya bersama lintas sektor terkait.
 - RPK bulanan setiap program/kegiatan.
- 3) Kepala subbag tata usaha mempersiapkan:
- Surat undangan, dengan kejelasan tempat penyelenggaraan, hari, tanggal dan jam, serta acara.
 - Tempat pelaksanaan.
 - Alat tulis dan perlengkapan yang dibutuhkan (*white board*, spidol, kertas lembar balik, laptop/komputer, proyektor/*infocus* dan atau bahan lain yang dianggap perlu untuk pelaksanaan forum).
 - Buku catatan/notulen rapat dinas kesehatan dan rapat lintas sektor kecamatan.
 - Petugas yang bertanggungjawab dalam mengorganisir penyelenggaraan lokakarya mini.
- b. Penyelenggaraan
- 1) Masukan:
- Laporan hasil kegiatan bulan lalu;
 - Rencana awal pelaksanaan program/kegiatan bulan ini;
 - Informasi tentang hasil rapat dikabupaten/kota, informasi tentang hasil rapat di kecamatan, informasi tentang kebijakan, program dan konsep baru.
 - Hasil pelaksanaan audit internal dalam rangka pelaksanaan akreditasi, sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan oleh tim audit internal.
- 2) Proses:
- Melakukan analisis capaian kinerja bulanan Puskesmas dan hasil pelaksanaan audit internal.
 - Memetakan masalah dan penyebab masalah yang dikaitkan dengan kepatuhan terhadap standar operasional prosedur yang telah disusun.

- Menyusun rencana tindak lanjut berupa rencana kerja pemecahan masalah berdasarkan daerah binaan yang disesuaikan dengan RPK yang ada. Jika tindak lanjut yang diputuskan tidak terakomodir oleh RPK maka kegiatannya diinventarisir dan dikomunikasikan pada lokakarya tribulanan.
- Pada periode tengah tahun, dapat dilakukan evaluasi tengah tahun (midterm evaluation) kinerja Puskesmas dalam 6 (enam) bulan pertama terhadap target yang ditetapkan, dan bila memungkinkan, RPK semester selanjutnya dapat disesuaikan dengan hasil evaluasi.
- Pembahasan RUK untuk tahun selanjutnya, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi terkini.

3) Luaran

- Rencana tindak lanjut yang berupa RPK bulan berikutnya;
- Komitmen untuk melaksanakan RPK yang telah disusun;
- Bahan yang akan disampaikan pada lokakarya mini tribulanan; dan atau
- Rekomendasi pertemuan tinjauan manajemen.

4) Ketentuan penyelenggaraan:

- Pengarah: Kepala Puskesmas. Pada saat pembahasan hasil audit internal pada pertemuan tinjauan manajemen, pimpinan forum diserahkan kepada ketua tim audit internal.
- Peserta:
 - Seluruh pegawai Puskesmas, termasuk pegawai yang bertugas di Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan Desa.
 - Sesuai dengan kewenangan Puskesmas dalam mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya, maka kegiatan lokakarya mini bulanan harus melibatkan jejaring fasilitas pelayanan di wilayah kerja Puskesmas. Melalui forum tersebut, Puskesmas dapat menyampaikan hal-hal yang perlu didukung oleh jejaring didalam menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dari hasil analisa data Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, atau sebaliknya, bila terdapat masalah kondisi kesehatan keluarga yang menjadi kepesertaan JKN di jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang perlu dilakukan intervensi oleh

Puskesmas. Sehubungan dengan hal tersebut maka Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatannya dapat saling memberikan data keluarga kepesertaan JKN yang membutuhkan intervensi karena kepesertaan penduduk yang ada di wilayah kerja Puskesmas dapat tercatat pada jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

- Waktu
Waktu pelaksanaan lokakarya mini bulanan rutin disesuaikan dengan kondisi dan situasi Puskesmas. Waktu ideal adalah minggu pertama atau waktu lain yang dianggap tepat.

Prinsip yang harus dipegang adalah bahwa lokakarya mini bulanan rutin dilaksanakan dengan melibatkan seluruh pegawai Puskesmas, tanpa mengganggu aktivitas pelayanan serta dapat tercapai tujuan.

- Acara
Pada dasarnya susunan acara lokakarya mini bulanan rutin bersifat dinamis, dapat disusun sesuai dengan kebutuhan, ketersediaan waktu dan kondisi Puskesmas setempat. Sebagai contoh susunan acara lokakarya mini bulanan rutin adalah sebagai berikut:
 - Pembukaan;
 - Pengenalan program baru (apabila ada);
 - Inventarisasi hasil kegiatan (termasuk hambatan) bulan lalu;
 - Analisa pemecahan masalah dan pemecahannya;
 - Penyusunan kegiatan bulan berikutnya;
 - Penyusunan bahan untuk lokakarya mini tribulanan;
 - Pembagian tugas bulan berikutnya;
 - Kesepakatan untuk melaksanakan RPK bulan berikutnya; dan atau
 - Pertemuan tinjauan manajemen, sesuai jadwal tim audit internal.
- Tempat seperti lokakarya mini bulanan pertama.

b. Lokakarya Mini Tribulanan

1. Tujuan Lokakarya Mini Tribulanan

a) Tujuan Umum

Terselenggaranya lokakarya mini tribulanan dalam rangka mengkaji hasil kegiatan kerjasama lintas sektor, menindaklanjuti masalah yang

ditemui dalam pelaksanaan kegiatan, dan memperoleh dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas.

b) Tujuan Khusus

- 1) Dibahas dan dipecahkan secara bersama lintas sektoral masalah dan hambatan yang dihadapi.
- 2) Diperolehnya dukungan lintas sektor dalam rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas.

2. Tahapan Kegiatan Lokakarya Mini Tribunalan

Lokakarya mini tribunalan dilaksanakan dalam dua tahap yaitu:

a) Lokakarya Mini Tribunalan yang pertama

Lokakarya mini tribunalan yang pertama merupakan lokakarya penggalangan tim, diselenggarakan dalam rangka pengorganisasian.

Pengorganisasian dilaksanakan sebagai penentuan penanggung jawab dan pelaksana setiap kegiatan serta untuk satuan wilayah kerja. Seluruh program kerja dan wilayah kerja kecamatan dilakukan pembagian habis kepada seluruh sektor terkait, dengan mempertimbangkan kewenangan dan bidang yang dimilikinya.

b) Lokakarya mini tribunalan rutin

Sebagaimana lokakarya bulanan Puskesmas, maka lokakarya mini tribunalan rutin merupakan tindak lanjut dari Lokakarya penggalangan kerjasama lintas sektor yang telah dilakukan dan selanjutnya dilakukan tiap tribulan secara tetap.

3. Pelaksanaan Lokakarya Mini tribunalan yang Pertama dan Tribunalan Rutin

a) Pelaksanaan Lokakarya mini tribunalan yang pertama

1) Masukan

- a. Kebijakan program dan konsep baru tentang Puskesmas.
- b. Data capaian Puskesmas periode sebelumnya.
- c. Kebijakan dan rencana kegiatan dari masing-masing sektor yang berhubungan dengan kesehatan.
- d. Dukungan yang diperlukan dari lintas sektor untuk menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di kecamatan.
- e. Nama calon anggota tim dari masing-masing sektor berdasarkan pemetaan peran masing-masing sektor.

2) Proses

- a. Penggalangan tim yang dilakukan melalui dinamika kelompok.
- b. Menginformasikan dan mengidentifikasi capaian Puskesmas periode sebelumnya berdasarkan wilayah kerja.

- c. Inventarisasi peran dari masing-masing sektor dalam pembangunan kesehatan.
 - d. Menganalisis dan memutuskan kegiatan berdasarkan masalah dan rencana kegiatan yang sudah ada di masing-masing sektor.
 - e. Menganalisis sumberdaya masing-masing sektor yang memungkinkan untuk digunakan dalam tindak lanjut penyelesaian masalah kesehatan.
- 3) Luaran
- a. Rencana kegiatan masing-masing sektor yang terintegrasi.
 - b. Komitmen bersama untuk menindaklanjuti hasil lokakarya mini dalam bentuk penandatanganan kesepakatan.
 - c. Usulan bidang kesehatan yang telah disepakati bersama untuk dibawa pada tingkat Musrenbang kecamatan.
- b) Pelaksanaan Lokakarya Mini Tribulanan Rutin
- Penyelenggaraan dilakukan oleh Camat dan Puskesmas dibantu sektor terkait di kecamatan. Lokakarya mini tribulanan rutin dilaksanakan sebagai berikut:
- 1) Masukan
 - a. Laporan kegiatan pelaksanaan program kesehatan dan dukungan sektor terkait.
 - b. Inventarisasi masalah/hambatan dari masing-masing sektor dalam pelaksanaan program kesehatan.
 - c. Pemberian informasi baru.
 - 2) Proses
 - a. Analisis hambatan dan masalah pelaksanaan program kesehatan.
 - b. Analisis hambatan dan masalah dukungan dari masing-masing sektor.
 - c. Merumuskan cara menyelesaikan masalah.
 - d. Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan dan menyepakati kegiatan berikutnya.
 - 3) Luaran
 - a. Rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas berikutnya
 - b. Kesepakatan bersama untuk menjalankan rencana
- c) Penyelenggaraan Lokakarya Mini Tribulanan
- 1) Persiapan

Sebelum lokakarya dilaksanakan perlu diadakan persiapan yang meliputi:

 - a. Advokasi kepada Camat, agar bersedia untuk:

- (1) Mempersiapkan tempat untuk penyelenggaraan lokakarya mini.
 - (2) Memimpin lokakarya dengan melakukan koordinasi, komunikasi dan penyampaian informasi kepada semua sektor yang terlibat.
- b. Puskesmas melaksanakan:
- (1) Pembuatan visualisasi hasil-hasil kegiatan dalam bentuk yang mudah dipahami oleh sektor, antara lain dalam bentuk PWS.
 - (2) Persiapan alat-alat tulis kantor.
 - (3) Persiapan catatan hasil kesepakatan yang lalu dan instruksi/surat-surat yang berhubungan dengan peran serta masyarakat yang berkaitan dengan sektor kesehatan.
 - (4) Penugasan salah seorang staf untuk membuat notulen lokakarya.
 - (5) Pembuatan surat-surat undangan lokakarya untuk ditandatangani Camat.
- c. Peran sektor terkait:
- (1) Usulan kontribusi kegiatan masing-masing sektor yang mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.
 - (2) Menyepakati hasil lokakarya mini.
- 2) Peserta
- Lokakarya mini tribulanan dipimpin oleh camat, adapun peserta lokakarya mini tribulanan adalah sebagai berikut:
- a. Dinas kesehatan Kabupaten/ kota
 - b. Tim Penggerak PKK Kecamatan/distrik
 - c. Puskesmas diwilayah kecamatan/distrik
 - d. Staf kecamatan antara lain sekretaris camat, unit lain yang terkait.
 - e. Lintas sektor di kecamatan antara lain pertanian, agama, pendidikan, BKKBN, sosial (sesuai dengan lintas sektor yang ada di kecamatan/distrik).
 - f. Lembaga/Organisasi kemasyarakatan, antara lain Tim Penggerak PKK kecamatan/distrik.
- 3) Waktu
- Lokakarya mini tribulanan yang pertama diselenggarakan pada tribulan pertama tahun anggaran berjalan. Sedangkan untuk selanjutnya dilaksanakan setiap tribulan. Adapun waktu penyelenggaraan disesuaikan dengan kondisi setempat.

Yang perlu dijadikan pertimbangan adalah diupayakan agar seluruh peserta dapat menghadiri lokakarya.

4) Tempat

Tempat penyelenggaraan lokakarya mini tribulanan adalah di kecamatan atau di tempat lain yang dianggap sesuai.

5) Acara

Lokakarya ini diselenggarakan dalam waktu lebih kurang 4 jam. Secara umum jadwal acara lokakarya mini tribulanan yang pertama adalah sebagai berikut:

- Pembukaan oleh camat
Kemungkinan Puskesmas harus mempersiapkan bahan sambutan camat.
- Dinamika kelompok
Pada lokakarya mini tribulanan yang pertama, perlu dilakukan dinamisasi atau bina suasana dalam rangka menggalang tim agar termotivasi untuk saling membantu kerjasama dalam program yang bermanfaat bagi masyarakat di wilayah kecamatan.
- Penyampaian kegiatan masing-masing sektor dalam mengembangkan peran serta masyarakat, termasuk dibidang kesehatan.
- Inventarisasi peran bantu masing-masing sektor. Setiap perwakilan sektor menyampaikan apa saja bentuk peran bantu untuk mendukung upaya kesehatan, apakah dalam bentuk : keterlibatan tenaga, fasilitas (sarana, pergerakan/pemberdayaan masyarakat, kegiatan yang dapat diintegrasikan dll). Hasil inventarisasi sebaiknya dituliskan dipapan tulis/kertas flipchart. Dapat digunakan matriks berikut :

No	Sektor/ Unit	Penanggung jawab	Bentuk Keterlibatan dalam Hal :

- Apabila sudah sepakat dengan peran/keterlibatan tersebut, kemudian camat memimpin untuk pembagian peran dan tanggung jawab masing-masing sektor. Bisa berupa tanggung jawab untuk program tertentu dan atau untuk lokasi tertentu.

- Merumuskan rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas yang perlu dukungan sektor lain, sehingga jelas program/upaya kesehatan apa, sektor apa saja yang terlibat, apa peran dan tanggung jawab, dimana, kapan.
- Camat memimpin untuk mencapai kesepakatan tentang rencana pelaksanaan kegiatan tersebut serta kesepakatan untuk melaksanakannya, kemudian menutup acara lokakarya mini tribulanan.

Sedangkan untuk pelaksanaan Lokakarya Mini Tribulanan Rutin secara umum jadwal kegiatannya adalah sebagai berikut:

- Pembukaan oleh Camat.
- Penyampaian laporan kegiatan masing-masing sektor berdasarkan rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas yang dirumuskan terdahulu.
- Kepala Puskesmas memfasilitasi identifikasi masalah hambatan yang dihadapi masing-masing sektor. Kemudian dilakukan analisis masalah dan hambatan tersebut.
- Kepala Puskesmas dan camat memfasilitasi pemecahan masalah yang harus dilakukan.
- Kepala Puskesmas dan camat memfasilitasi penyusunan rencana tribulan berikutnya.

Contoh susunan acara penyelenggaraan Lokakarya Mini Bulanan yang pertama:

JAM	ACARA	PENGARAH
09.30 - 10.00	Pembukaan	Kepala Puskesmas
10.30 - 11.15	Dinamika Kelompok	Kepala Puskesmas + staf
11.15 - 12.15	Pengenalan kebijakan dan program baru	Kepala Puskesmas + staf
1.15 - 13.15	Istirahat	
13.15 - 14.00	Paparan RPK Tahunan Puskesmas	Kepala Puskesmas/staf
14.00 - 15.45	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analisa beban kerja ❖ Pembagian tugas dan daerah binaan ❖ Penyusunan RPK Bulan Berikutnya ❖ Penyusunan bahan Musrenbangdes ❖ Penyusunan RUK untuk tahun selanjutnya 	Kepala Puskesmas + staf
15.45 - 16.00	Kesepakatan untuk melaksanakan rencana kerja baru	Kepala Puskesmas
16.00 - 16.15	Penutupan	Kepala Puskesmas

Contoh susunan acara pada Lokakarya Mini Bulanan Rutin

JAM	ACARA	PENGARAH
10.00 - 10.30	Pembukaan	Kepala Puskesmas
10.30 - 11.15	Pengenalan program Baru	Kepala Puskesmas + staf
11.15 - 12.15	Inventarisasi kegiatan bulan lalu	Pimpinan rapat
12.15 - 13.15	Istirahat	
13.15 - 14.00	Analisa masalah dan pemecahan	Pimpinan rapat
14.00 - 15.30	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Penyusunan RPK Bulan berikutnya dan pembagian tugas bulan yang akan datang. ✦ Penyusunan bahan untuk lokakarya mini tribulanan 	Pimpinan rapat
15.30 - 15.45	Kesepakatan untuk melaksanakan rencana kerja baru	Kepala Puskesmas
15.45 - 16.00	Penutupan	Kepala Puskesmas

Contoh susunan acara pada Lokakarya Mini Tribulanan yang Pertama

JAM	ACARA	PENGARAH
09.00 – 09.15	Pembukaan	Camat
09.15 – 10.00	Dinamika kelompok	Tim
10.00 – 10.15	Istirahat	
10.15 – 11.15	Kegiatan masing-masing sektor dalam mengembangkan peran serta masyarakat	Camat
11.15 – 12.15	Inventarisasi peran bantu masing-masing sektor	Sektor terkait
12.15 – 13.00	Istirahat	
13.00 – 13.45	Analisa hambatan dan masalah dalam peran bantu masing-masing sektor	Sektor terkait
13.45 – 14.15	Pembagian masing-masing sektor	Camat
14.15 – 14.45	Perumusan rencana kerja masing-masing dalam 3 bulan yang akan datang	Sektor terkait
14.45 – 15.00	Kesepakatan dan penutupan	Camat

Contoh susunan acara pada Lokakarya Mini Tribulanan rutin

JAM	ACARA	PENGARAH
09.00 – 09.15	Pembukaan	Camat
09.15 – 10.00	Dinamika kelompok	Tim
10.00 – 10.15	Istirahat	
10.15 – 11.15	Kegiatan masing-masing sektor dalam mengembangkan peran serta masyarakat	Camat
11.15 – 12.15	Inventarisasi peran bantu masing- masing sektor	Sektor terkait
12.15 – 13.00	Istirahat	
13.00 – 13.45	Analisa hambatan dan masalah dalam peran bantu masing-masing sektor	Sektor terkait
13.45 – 14.15	Pembagian masing-masing sektor	Camat
14.15 – 14.45	Perumusan rencana kerja masing- masing dalam 3 bulan yang akan datang	Sektor terkait
14.45 – 15.00	Kesepakatan dan penutupan	Camat

POKOK BAHASAN 4. PENGAWASAN, PENGENDALIAN, DAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

a. Pengawasan dan Pengendalian

Pengawasan Puskesmas dibedakan menjadi dua, yaitu pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh Puskesmas sendiri, baik oleh Kepala Puskesmas, tim audit internal maupun setiap penanggung jawab dan pengelola/pelaksana program. Adapun pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar Puskesmas antara lain dinas kesehatan kabupaten/kota, institusi lain selain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat.

Pengawasan yang dilakukan mencakup aspek administratif, sumber daya, pencapaian kinerja program, dan teknis pelayanan. Apabila ditemukan adanya ketidaksesuaian baik terhadap rencana, standar, peraturan perundangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pengawasan dilakukan melalui kegiatan supervisi yang dapat dilakukan secara terjadwal atau sewaktu-waktu.

Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (corrective action). Kegiatan pengendalian ini harus dilakukan secara terus menerus. Pengendalian dapat dilakukan secara berjenjang oleh Dinas kesehatan kabupaten/kota, Kepala Puskesmas, maupun penanggung jawab program.

Tujuan dari pengawasan dan pengendalian adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui sejauh mana pelaksanaan pelayanan kesehatan, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja, apakah sumber daya telah ada dan digunakan sesuai dengan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien.
2. Mengetahui adanya kendala, hambatan/tantangan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, sehingga dapat ditetapkan pemecahan masalah sedini mungkin.
3. Mengetahui adanya penyimpangan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan sehingga dapat segera dilakukan klarifikasi.
4. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya penyimpangan dan penyebabnya, sehingga dapat mengambil keputusan untuk melakukan koreksi pada pelaksanaan kegiatan atau program terkait,

baik yang sedang berjalan maupun pengembangannya di masa mendatang.

5. Memberikan informasi/laporan kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan-perubahan lingkungan yang harus ditindaklanjuti dengan penyesuaian kegiatan.
6. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja program/kegiatan kepada pihak yang berkepentingan, secara kontinyu dan dari waktu ke waktu.

Kepala Puskesmas perlu menciptakan sistem pengawasan dan pengendalian mulai dari struktur jenjang pengawasan dan pengendalian dan mekanismenya.

Mekanisme Pengawasan dan Pengendalian merupakan suatu alur yang mengatur jalannya kegiatan pengawasan pengendalian, menentukan siapa yang melakukan pengawasan dan pengendalian, dan siapa objectnya. Bila terdapat temuan, langsung dijalankan proses perbaikan yang berkesinambungan.

b. Penilaian Kinerja Puskesmas

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan Puskesmas disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan oleh Puskesmas dan kemudian hasil penilaiannya akan diverifikasi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Tujuan dilaksanakannya penilaian kinerja adalah agar Puskesmas:

1. Mendapatkan gambaran tingkat kinerja Puskesmas (hasil cakupan kegiatan, mutu kegiatan, dan manajemen Puskesmas) pada akhir tahun kegiatan.
2. Mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang.
3. Dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja.
4. Mengetahui dan sekaligus dapat melengkapi dokumen untuk persyaratan akreditasi Puskesmas.
5. Dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.

Untuk dapat melakukan penilaian kinerja, Puskesmas memiliki indikator dan target capaian kinerja. Indikator dan target capaian kinerja tercantum dalam

rencana lima tahunan Puskesmas dan mengacu pada Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Indikator Kinerja Puskesmas terintegrasi dan mencerminkan indikator keberhasilan pembangunan kesehatan secara nasional dan daerah.

Indikator kinerja Puskesmas memuat indikator Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota, Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga dan upaya pelayanan kesehatan Masyarakat dan Perorangan serta administrasi manajemen.

Tabel Indikator Kinerja Puskesmas

No	Layanan	Indikator Kinerja	Cara Perhitungan	Target	Keterangan
1	UKM				
2	UKP				
3	Administasi Manajemen				

Adapun aspek penilaian meliputi hasil pencapaian pelaksanaan pelayanan kesehatan dan manajemen Puskesmas. Berdasarkan hasil verifikasi, dinas kesehatan kabupaten/kota menetapkan Puskesmas kedalam kelompoknya sesuai dengan pencapaian kinerjanya.

Ruang lingkup dan tahap pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas sebagai berikut:

1. Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas
 - a) Pencapaian cakupan pelayanan kesehatan meliputi:
 - 1) UKM esensial yang berupa pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, pelayanan gizi, dan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.
 - 2) UKM pengembangan, dilaksanakan setelah Puskesmas mampu melaksanakan UKM esensial secara optimal, mengingat keterbatasan sumberdaya dan adanya prioritas masalah kesehatan.
 - 3) UKP, yang berupa rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care*; dan/atau rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.
 - b) Pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam penyelenggaraan kegiatan, meliputi:

- 1) Proses penyusunan perencanaan, penggerakkan pelaksanaan dan pelaksanaan penilaian kinerja;
- 2) Manajemen sumberdaya termasuk manajemen sarana, prasarana, alat, obat, sumberdaya manusia dan lain-lain;
- 3) Manajemen keuangan dan Barang Milik Negara/Daerah
- 4) Manajemen pemberdayaan masyarakat;
- 5) Manajemen data dan informasi; dan
- 6) Manajemen program, termasuk Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
- 7) Mutu pelayanan Puskesmas, meliputi:
 - Penilaian input pelayanan berdasarkan standar yang ditetapkan.
 - Penilaian proses pelayanan dengan menilai tingkat kepatuhannya terhadap standar pelayanan yang telah ditetapkan.
 - Penilaian output pelayanan berdasarkan upaya kesehatan yang diselenggarakan, dimana masing-masing program/kegiatan mempunyai indikator mutu sendiri yang disebut Standar Mutu Pelayanan (SMP). Sebagai contoh: Angka *Drop Out* Pengobatan pada pengobatan TB Paru.
 - Penilaian *outcome* pelayanan antara lain melalui pengukuran tingkat kepuasan pengguna jasa pelayanan Puskesmas dan pencapaian target indikator *outcome* pelayanan.

Selanjutnya dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas, Puskesmas wajib diakreditasi oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.

2. Pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas

a) Di tingkat Puskesmas

- 1) Kepala Puskesmas membentuk tim kecil Puskesmas untuk melakukan kompilasi hasil pencapaian.
- 2) Masing-masing penanggung jawab kegiatan melakukan pengumpulan data pencapaian, dengan memperhitungkan cakupan hasil (output) kegiatan dan mutu bila hal tersebut memungkinkan.
- 3) Hasil kegiatan yang diperhitungkan adalah hasil kegiatan pada periode waktu tertentu. Penetapan periode waktu penilaian ini dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota bersama Puskesmas. Sebagai contoh periode waktu penilaian adalah bulan Januari sampai dengan bulan Desember.
- 4) Data untuk menghitung hasil kegiatan diperoleh dari Sistem Informasi Puskesmas, yang mencakup pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya; survei lapangan; laporan lintas sektor terkait; dan laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.

- 5) Penanggung jawab kegiatan melakukan analisis terhadap hasil yang telah dicapai dibandingkan dengan target yang ditetapkan, identifikasi kendala/hambatan, mencari penyebab dan latar belakangnya, mengenali faktor-faktor pendukung dan penghambat.
 - 6) Bersama-sama tim kecil Puskesmas, menyusun rencana pemecahannya dengan mempertimbangkan kecenderungan timbulnya masalah (ancaman) ataupun kecenderungan untuk perbaikan (peluang).
 - 7) Dari hasil analisa dan tindak lanjut rencana pemecahannya, dijadikan dasar dalam penyusunan Rencana Usulan Kegiatan untuk tahun $(n+2)$. n adalah tahun berjalan.
 - 8) Hasil perhitungan, analisis data dan usulan rencana pemecahannya disampaikan ke dinas kesehatan kabupaten/kota yang selanjutnya akan diberi umpan balik oleh dinas kesehatan.
- b) Di tingkat kabupaten/kota:
- 1) Menerima rujukan/konsultasi dari Puskesmas dalam melakukan perhitungan hasil kegiatan, menganalisis data dan membuat pemecahan masalah.
 - 2) Memantau dan melakukan pembinaan secara integrasi lintas program sepanjang tahun pelaksanaan kegiatan Puskesmas berdasarkan urutan prioritas masalah.
 - 3) Melakukan verifikasi hasil penilaian kinerja Puskesmas dan menetapkan kelompok peringkat kinerja Puskesmas.
 - 4) Melakukan verifikasi analisis data dan pemecahan masalah yang telah dibuat Puskesmas dan mendampingi Puskesmas dalam pembuatan rencana usulan kegiatan.
 - 5) Mengirim umpan balik ke Puskesmas dalam bentuk penetapan kelompok tingkat kinerja Puskesmas.
 - 6) Penetapan target dan dukungan sumber daya masing-masing Puskesmas berdasarkan evaluasi hasil kinerja Puskesmas dan rencana usulan kegiatan tahun depan.

3. Penyajian

Pengelompokan Puskesmas berdasarkan hasil penilaian kinerjanya ditetapkan, setelah ada verifikasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota, terhadap hasil penilaian kinerja Puskesmas yang telah disampaikan. Berdasarkan hasil penilaian kinerjanya, Puskesmas dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu:

a) Kelompok I: Puskesmas dengan tingkat kinerja baik:

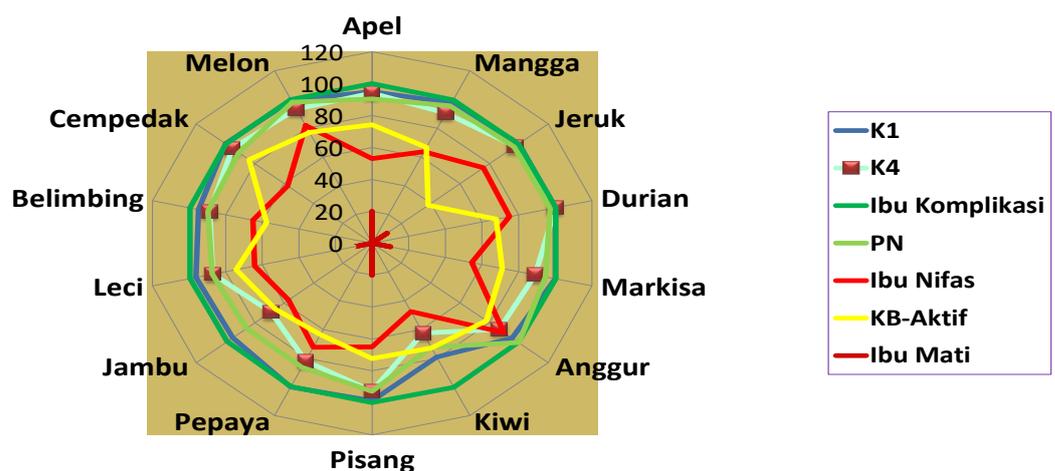
- 1) Cakupan hasil pelayanan kesehatan dengan tingkat pencapaian hasil $> 91\%$.
- 2) Cakupan hasil manajemen dengan tingkat pencapaian hasil $\geq 8,5$.

- b) Kelompok II: Puskesmas dengan tingkat kinerja cukup:
 - 1) Cakupan hasil pelayanan kesehatan dengan tingkat pencapaian hasil 81 - 90%.
 - 2) Cakupan hasil manajemen dengan tingkat pencapaian hasil 5,5 – 8,4.
- c) Kelompok III: Puskesmas dengan tingkat kinerja kurang:
 - 1) Cakupan hasil pelayanan kesehatan dengan tingkat pencapaian hasil $\leq 80\%$.
 - 2) Cakupan hasil manajemen dengan tingkat pencapaian hasil $< 5,5$.

Untuk memudahkan dalam melihat pencapaian hasil kinerja pelaksanaan suatu program atau antar program terkait pada setiap desa/kelurahan di wilayah kerja Puskesmas, maka hasil cakupan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh program tersebut dapat disajikan dalam bentuk gambaran “**grafik sarang laba-laba atau diagram radar**“. Dengan grafik sarang laba-laba atau diagram radar diharapkan dapat lebih mudah diketahui tingkat kesenjangan pencapaian dan ketidakserasian antara hasil cakupan kegiatan pada setiap desa/kelurahan di wilayah kerja Puskesmas. Penyajian grafik tersebut sebaiknya dibuat secara periodik bulanan atau triwulan, sehingga dapat digunakan sebagai bahan pemantauan dan identifikasi masalah sedini mungkin.

Berikut contoh penggunaan grafik sarang laba-laba atau diagram radar untuk program kesehatan ibu-anak dan keluarga berencana (KIA-KB)

PELAYANAN K1-K4-PN-BUFAS-KB AKTIF PADA PUSKESMAS “BUAH” DI KAB. BUAH SEHAT TAHUN 2016



PEMANFAATAN: KAITKAN/PERHITUNGKAN DENGAN INDIKATOR YG BERLAKU

Contoh Grafik Laba-Laba atau Diagram Radar untuk Pelayanan K1-K4-PN-Ibu Nifas–KB Aktif pada Puskesmas “Buah” di Kab. Buah Sehat tahun 2016

Dari grafik sarang laba-laba atau diagram radar diatas, dapat dilihat:

- a. Program sudah membuat target yang “logis”, terlihat pada K1-PN dimana besaran capaian targetnya tidak sama, misalnya K1 95% maka PN tidak mungkin dipaksakan sama 95% karena ada kemungkinan dapat terjadi abortus. Tetapi K1 bisa saja sama dengan PN, mungkin dikarenakan seluruh ibu hamil diwilayah Puskesmas memeriksakan kehamilannya dan bersalin hanya di Puskesmas tersebut. Puskesmas merupakan satu-satunya fasilitas pelayanan yang ada pada wilayah tersebut. Dengan demikian, penanggungjawab program harus “bijak” di dalam menentukan besaran target indikator berdasarkan analisis hasil pencatatannya.
- b. Kita menganggap bahwa data yang di masukan pada grafik laba-laba atau diagram radar merupakan hasil rekapan semua ibu yang dilayani di Puskesmas, klinik, Bidan dan lainnya serta SIP telah berfungsi dengan baik, maka gambar dalam diagram radar diatas dapat dijelaskan sebagai berikut:
 - 1) Pencapaian target K1: Hampir di semua desa pada Puskesmas “Buah”, tercapai 100% kecuali pada Desa Kiwi, yang hanya tercapai 89% dari target sasaran yang ditetapkan program.
 - 2) Hampir di semua desa di wilayah kerja Puskesmas “Buah” tidak mampu mencapai target pelayanan K4, kecuali pada Desa Apel, sehingga dapat dikatakan KIA kurang berhasil menjaga kesinambungan pelayanan ANC pada seluruh desa.
 - 3) Persalinan Nakes (PN) pada seluruh desa di wilayah kerja Puskesmas “Buah”, sama atau lebih tinggi dari K4. Hal ini dapat disimpulkan:
 - Kemungkinan pertama, minat masyarakat/ibu bersalin untuk ditolong oleh Nakes cukup baik/baik, karena sekalipun beberapa (%) ibu hamil tidak tercakup dalam K4, tetapi mendapatkan layanan PN.
 - Kemungkinan kedua, apakah mungkin pada beberapa persalinan, pertolongan bukan murni PN tetapi kemitraan Bidan Dukun yang dikhawatirkan pelaksanaannya belum sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kondisi demikian perlu ditelusuri Puskesmas dengan melihat cakupan layanan berikutnya untuk desa bersangkutan, seperti: Cakupan KN1, HB0, ASI Eksklusif, KN3, KF3, dan KB Pasca Nifas, yang harus dicari melalui evaluasi program Kesehatan Keluarga. Puskesmas akan mendapatkan informasi terkait ibu hamil yang tidak mendapat K4 tetapi ditolong Nakes. Ini manfaatnya dilakukan telusur tindak-lanjut dari pendataan keluarga.

- 4) Temuan dan layanan ibu Komplikasi tercapai 100%.
- 5) Hasil pelayanan Nifas, dapat digunakan untuk mengontrol pencapaian PN yang tinggi yang dapat terlihat hampir 100% pada semua desa, tetapi kunjungan Nifas pada umumnya rendah kecuali pada Desa Anggur yang dapat mendekati persentase pelayanan PN dan Desa Melon yang dapat mencapai 80%. Pada desa-desa lainnya, sangat jelas terjadi kesenjangan (*gap*) capaian target layanan Nifas. Hal ini dapat dijadikan alasan untuk meragukan temuan PN yang tinggi serta perlu dilakukan review ulang datanya.
- 6) Hasil pelayanan KB aktif juga dapat dikaitkan dengan kinerja layanan KIA dalam satu tahun. Jumlah sasaran untuk layanan KB minimal adalah ibu pasca melahirkan di tahun itu serta sasaran PUS lainnya pada masa interval.

Dengan grafik sarang laba-laba atau diagram radar dapat digunakan untuk menganalisis kinerja Puskesmas dalam capaian kinerja program, dimana data yang satu dengan data lain yang terkait dapat dimanfaatkan untuk menyimpulkan kerasionalan kerjanya.

FORMULIR FORMAT PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

A. PENILAIAN CAKUPAN KEGIATAN

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Satuan	Target Sasaran	Pencapaian	Cakupan	
						Variabel	Sub Variabel
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
UHKM ESENSIAL							
1.	KIA dan KB	Pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan	Ibu bersalin			X	
2.	Promkes	Penyuluhan PHBS pada: 1. Keluarga 2. Sekolah 3. Tempat-tempat umum 4. Fasilitas kesehatan				X	
							X
							X
							X
3.	Kesling	Inspeksi sanitasi sarana air bersih	Sarana			X	
4.	Gizi	Pemberian tablet besi pada ibu hamil	Ibu hamil			X	
5.	Pencegahan dan Pengendalian Peny.	Penemuan tersangka penderita kusta	Orang			X	
UHKM PENGEMBANGAN							
1.	Kestrad	Pembinaan TOGA di keluarga	Keluarga			X	

UKP							
1.	Rawat Jalan	Kunjungan rawat jalan:	Orang				X
		1. Rawat jalan umum					X
		2. Rawat jalan gigi mulut					X
PELAYANAN PERKESMAS							
1.	Dst						
PELAYANAN KEFARMASIAN							
1.	Dst						
PELAYANAN LABORATORIUM							
1.	Dst						

Keterangan:

1. Matriks tersebut diatas merupakan beberapa contoh kegiatan yang dilakukan Puskesmas. Kegiatan selanjutnya sesuai RPK Puskesmas.
2. Matriks tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
3. Kolom (2). Upaya Kesehatan diisi dengan UKM, UKP, pelayanan kefarmasian, keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium yang dilaksanakan di Puskesmas. Diisi sesuai dengan RPK Puskesmas
4. Kolom (3). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai target yang telah ditetapkan.
5. Kolom (4). Satuan diisi dengan satuan kegiatan, seperti orang, ibu hamil, bayi, balita, dan lainnya sesuai dengan NSPK masing-masing program.
6. Kolom (5). Target sasaran adalah jumlah dari sasaran/area yang akan diberikan pelayanan oleh Puskesmas, dihitung berdasarkan faktor koreksi kondisi geografis, jumlah sumberdaya, target indikator kinerja, dan pencapaian terdahulu.

7. Kolom (6). Pencapaian diisi pencapaian kegiatan dari target sasaran yang telah ditentukan.
8. Kolom (7). Cakupan, diperoleh dengan menghitung pencapaian hasil kegiatan (kolom 6) dibagi dengan target sasaran (kolom 5). Cakupan dihitung reratanya dari hasil masing-masing variabel, sedangkan tiap variabel dihitung dari rerata sub variabel. Penetapan kelompok variabel dan sub variabel dilaksanakan oleh Puskesmas bersama dengan dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan mengacu pada NSPK program.

B. PENILAIAN MANAJEMEN PUSKESMAS

No	Jenis Variabel	SKALA				NILAI HASIL
		NILAI 0	NILAI 4	NILAI 7	NILAI 10	
(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)
A. Manajemen Umum Puskesmas						
1.	Mempunyai Rencana Lima Tahunan	Tidak punya			Punya	
2.	Ada RUK, disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	Tidak menyusun	Ya, beberapa ada analisa dan perumusan	Ya, sebagian ada analisa dan perumusan	Ya, seluruhnya ada analisa dan perumusan	
3.	Menyusun RPK secara terinci dan lengkap	Tidak menyusun	Ya, terinci sebagian kecil	Ya, terinci sebagian besar	Ya, terinci semuanya	
4.	Melaksanakan mini lokakarya bulanan	Tidak melaksanakan	< 5 kali/tahun	5-8 kali/tahun	9-12 kali/tahun	
5.	Melaksanakan mini lokakarya tribulanan	Tidak melaksanakan	< 2 kali/tahun	2-3 kali/tahun	4 kali/tahun	
6.	Membuat Penilaian Kinerja di tahun sebelumnya, mengirimkan ke dinas kesehatan kab/kota, dan mendapat feedback dari dinas kesehatan kab/kota	Tidak membuat	Membuat tetapi tidak mengirimkan	Membuat dan mengirimkan tetapi tidak mendapat feedback	Membuat, mengirimkan, dan mendapat feedback dari dinas kesehatan kab/kota	
B. Manajemen Sumberdaya						
7.	Dilakukan inventarisasi	Tidak dilakukan			Dilakukan	

No	Jenis Variabel	SKALA				NILAI HASIL
		NILAI 0	NILAI 4	NILAI 7	NILAI 10	
(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)
	peralatan di Puskesmas					
8.	Ada daftar inventaris sarana di Puskesmas	Tidak ada			Ada	
9.	Mencatat penerimaan dan pengeluaran obat di setiap unit pelayanan	Tidak dilakukan	Ya, beberapa unit	Ya, sebagian besar unit	Ya, seluruh unit	
10	Ada struktur organisasi	Tidak ada			Ada	
11	Ada pembagian tugas dan tanggungjawab tenaga Puskesmas	Tidak ada			Ada	
12	Dilakukan evaluasi kinerja tenaga Puskesmas	Tidak dilaksanakan			Dilaksanakan	
C. Manajemen Keuangan dan BMN/BMD						
13	Dst					
D. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat						
14	Dst					
E. Manajemen Data dan Informasi						
15	Ditetapkan tim Sistem Informasi Puskesmas	Tidak ditetapkan			Ditetapkan	
F. Manajemen Program						
16	Perencanaan program disusun berdasarkan		Ya, beberapa ada analisa dan	Ya, sebagian ada analisa	Ya, seluruhnya ada analisa dan	

Keterangan:

1. Matriks tersebut diatas merupakan contoh jenis variabel penilaian manajemen Puskesmas. Penentuan variabel penilaian dan standar nilai pada setiap skala mengikuti NSPK program yang berlaku dan atau hasil koordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.
2. Matriks tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
3. Standar nilai pada setiap skala pada manajemen mutu sesuai standar mutu pelayanan yang ditetapkan oleh program dana atau hasil koordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota.
4. Point (G). Manajemen Mutu, diisi dengan indikator prioritas Puskesmas yang tercantum dalam Rencana Lima Tahunan Puskesmas.
5. Cara perhitungan:
Mengisi pada kolom (6) sesuai dengan hasil penilaian di Puskesmas. Hasil akhir adalah rata-rata dari penjumlahan seluruh variabel penilaian. Hasil akhir dikelompokkan menjadi: (1). Baik, dengan nilai rata-rata $\geq 8,5$; (2). Sedang, dengan nilai rata-rata 5,5-8,4; dan (3). Kurang dengan nilai rata-rata $< 5,5$.

8

REFERENSI

1. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. UU Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
3. UU Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
4. Permenkes Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Praktik Mandiri Dokter Gigi.
5. Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
6. Permenkes Nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
7. Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
8. Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat

9 LAMPIRAN

Penugasan Materi Manajemen Umum Puskesmas ini mengacu kepada tujuan pembelajaran yang terdapat pada setiap pokok bahasan

Materi Pokok 2: Perencanaan Puskesmas

Sub Materi Pokok:

1. Analisa situasi
2. Perumusan masalah
3. Penyusunan perencanaan (RUK, RPK dan RKA)

Materi Pokok 3: Penggerakkan dan Pelaksanaan:

Sub Materi Pokok

1. Lokakarya Mini Bulanan
2. Lokakarya Mini Tribulanan

Materi Pokok 4: Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Puskesmas:

Sub Materi Pokok:

1. Pengawasan dan Pengendalian
2. Penilaian Kinerja Puskesmas

PENUGASAN 1 : PERENCANAAN

Hasil Belajar Materi Pokok 2: Perencanaan Puskesmas

Peserta mampu melakukan

1. Analisa situasi
2. Perumusan masalah
3. Penyusunan perencanaan (RUK, RPK dan RKA)

Penugasan 1.1.1. Analisis Situasi

Fasilitator

1. Membuat kelompok dengan mengelompokkan peserta sesuai asal instansi
2. Meminta peserta mempersiapkan data-data Puskesmas
3. Menjelaskan penugasan
4. Memfasilitasi proses presentasi peserta

Peserta

1. Mempersiapkan data-data yang berasal dari unit kerja
2. Data-data yang disiapkan :
 - a. Data PIS PK
 - b. Data SPM
 - c. Data Penilaian Kinerja Puskesmas
 - d. Profil Puskesmas
 - e. Data Surveilans
3. Mengerjakan analisis data dengan cara :
 - a. Membuat analisis deskriptif untuk masing-masing data
 - b. Analisis komparatif
 - c. Analisis hubungan antar data
4. Menyajikan hasil penugasan dalam dokumen makalah dan bahan tayang berisi rekapitulasi hasil analisis data
5. Melakukan presentasi hasil analisis data sesuai dengan kelompok yang ditentukan oleh fasilitator

Penugasan 1.1.2 Simulasi dan Analisis Data Hasil SMD dan MMD

Fasilitator

1. Membuat kelompok dengan mengelompokkan peserta sebanyak 2 kelompok SMD dan MMD
2. Meminta setiap kelompok untuk mempelajari SMD dan MMD serta Langkah persiapannya
3. Meminta setiap kelompok untuk mempersiapkan skenario simulasi untuk SMD dan MMD
4. Meminta setiap kelompok untuk membuat Penyajian Hasil SMD dan MMD
5. Meminta setiap kelompok untuk menyusun analisis hasil SMD dan MMD

6. Meminta setiap kelompok untuk melakukan simulasi SMD dan MMD
7. Melakukan fasilitasi dan klarifikasi hasil penugasan yang dibuat peserta

Peserta

1. Mempelajari SMD dan MMD serta Langkah persiapannya
2. Membuat skenario simulasi untuk SMD dan MMD
3. Membuat Penyajian Hasil SMD dan MMD
4. Menyusun analisis hasil SMD dan MMD
5. Melakukan simulasi SMD dan MMD

Penugasan 2.2.1 Menyusun identifikasi permasalahan

Fasilitator

1. Meminta peserta merumuskan permasalahan dengan format 4w 1H (What, Who, Where, When, How) bersumber dari hasil analisis data
2. Memberi penjelasan tentang cara menyusun identifikasi permasalahan
3. Penentuan masalah dilihat dari kesenjangan antara cakupan dan target, keluhan dan kebutuhan masyarakat serta aspek-aspek yang lain.
4. Meminta peserta mempersiapkan hasil rekapitulasi analisis data
5. Meminta peserta untuk mempresetasikan hasil penugasan

Peserta

1. Peserta berdiskusi untuk menentukan cara penentuan identifikasi masalah
2. Peserta menyusun daftar identifikasi masalah
3. Daftar permasalahan berasal dari upaya pelayanan kesehatan (UKM dan UKP) maupun dari Administrasi dan Manajemen
4. Meminta peserta untuk menuliskan hasil penugasan pada makalah dan bahan tayang
5. Mempresetasikan hasil penugasan

Penugasan 1.2.2 Menyusun daftar prioritas masalah

Fasilitator

1. Memberi penjelasan tentang cara menentukan prioritas masalah
2. Penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG (Urgency, Seriousness dan Growth)
3. Meminta peserta berdiskusi dengan kelompok untuk menentukan nilai USG
4. Meminta peserta menyusun daftar Prioritas masalah
5. Meminta peserta untuk mempresetasikan hasil penugasan

Peserta

1. Peserta mempersiapkan daftar identifikasi masalah
2. Peserta berdiskusi untuk menentukan nilai USG

3. Peserta menyusun matriks USG dan menyusun daftar masalah dan nilai USG
4. Peserta menyusun daftar masalah sesuai prioritas
5. Mempresentasikan hasil penugasan

Penugasan 1.2.3 Melakukan identifikasi penyebab permasalahan dengan metode Fish Bone atau Problem Trees

Fasilitator

1. Memberi penjelasan tentang cara menentukan penyebab permasalahan dengan metode fish bone atau problem trees
2. Meminta peserta mempersiapkan daftar prioritas masalah
3. Meminta peserta menyusun diagram fish bone/ problem trees dari hasil prioritas masalah, diusahakan agar ada pembahasan untuk masing-masing permasalahan di UKM, UKP dan Administrasi Manajemen
4. Meminta peserta untuk mempresentasikan hasil penugasan

Peserta

1. Peserta mempersiapkan daftar prioritas masalah
2. Peserta menyusun Diagram Fish bone/Problem Trees berdasarkan daftar prioritas masalah
3. Mempresentasikan hasil penugasan

Penugasan 1.2.4 Menyusun matriks penyelesaian permasalahan

Fasilitator

1. Memberi penjelasan tentang cara membuat matriks penyelesaian permasalahan
2. Meminta peserta mempersiapkan matriks fish bone/problem trees sebagai dasar menyusun penyelesaian masalah
3. Meminta peserta menyusun matriks penyelesaian permasalahan dari UKM, UKP dan Administrasi Manajemen
4. Meminta peserta untuk mempresentasikan hasil penugasan

Peserta

1. Peserta mempersiapkan Diagram Fish bone/Problem Trees sebagai dasar penyusunan matriks penyelesaian masalah
2. Peserta berdiskusi untuk menentukan kegiatan-kegiatan sebagai penyelesaian masalah
3. Peserta menyusun matriks penyelesaian masalah
4. mempresentasikan hasil penugasan

Penugasan 1.3.1 Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Fasilitator

1. Memberi penjelasan tentang cara menyusun Rencana Usulan Kegiatan
2. Meminta peserta mempersiapkan matriks penyelesaian masalah sebagai dasar penyusunan Rencana Usulan Kegiatan
3. Meminta peserta menyusun matriks RUK
4. Meminta peserta untuk mempresentasikan hasil penugasan

Peserta

1. Peserta mempersiapkan matriks penyelesaian masalah sebagai dasar penyusunan RUK
2. Peserta menyusun Matriks RUK
3. Peserta mempresentasikan hasil penugasan

Penugasan 1.3.2 Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RPK)

Fasilitator

1. Memberi penjelasan tentang cara menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan
2. Meminta peserta menyusun matriks RPK
3. Meminta peserta untuk mempresentasikan hasil penugasan

Peserta

1. Peserta mempersiapkan matriks penyelesaian masalah sebagai dasar penyusunan RPK
2. Peserta menyusun Matriks RPK
3. Peserta mempresentasikan hasil penugasan

Penugasan 1.3.3 Menyusun Rencana Kegiatan Anggaran (RKA)

Fasilitator

1. Memberi penjelasan tentang cara menyusun Rencana Kegiatan Anggaran
2. Meminta peserta menyusun matriks RKA
3. Meminta peserta untuk mempresentasikan hasil penugasan

Peserta

1. Peserta mempersiapkan matriks penyelesaian masalah sebagai dasar penyusunan RKA
2. Peserta menyusun Matriks RKA
3. Peserta mempresentasikan hasil penugasan

PENUGASAN 2 : PENGGERAKAN PELAKSANAAN

Hasil Belajar Peserta mampu melakukan simulasi

1. Lokakarya Mini Bulanan
2. Lokakarya Mini Tribulanan

Fasilitator

1. Menjelaskan prinsip Penggerakan Pelaksanaan pada Manajemen Puskesmas
2. Menjelaskan langkah penyelenggaraan Lokakarya Mini
3. Mengelompokkan peserta menjadi 4 kelompok
 - a. Kelompok 1 : Lokakarya Mini Bulanan Pertama
 - b. Kelompok 2 : Lokakarya Mini Tribulanan Pertama
 - c. Kelompok 3 : Lokakarya Mini Bulanan Rutin
 - d. Kelompok 4 : Lokakarya Mini Tribulanan Rutin
4. Meminta peserta membuat persiapan lokakarya mini : surat, jadwal, Kerangka Acuan
5. Meminta peserta membuat skenario simulasi lokakarya mini
6. Melakukan fasilitasi dan klarifikasi hasil simulasi

Peserta

1. Melakukan diskusi dengan kelompok tentang lokakarya mini yang ditugaskan
2. Membuat persiapan lokakarya mini
3. Membuat scenario simulasi
4. Membagi peran dan berlatih
5. Melakukan simulasi
6. Diskusi dan klarifikasi

PENUGASAN 3

PENGAWASAN PENGENDALIAN DAN PENILAIAN

Hasil Belajar : Peserta mampu :

1. Menyusun alur Pengawasan dan format Pengendalian
2. Melakukan Penilaian Kinerja Puskesmas

Penugasan 3.1.1 Pengawasan

Fasilitator

1. Menjelaskan konsep pengawasan pada penyelenggaraan manajemen Puskesmas
2. Menjelaskan mekanisme pengawasan di Puskesmas
3. Mengelompokkan peserta sesuai dengan instansi asal
4. Meminta peserta untuk membuat alur pengawasan di Puskesmas

Penugasan 3.1.2 Pengendalian

Fasilitator

1. Menjelaskan konsep pengendalian pada penyelenggaraan manajemen Puskesmas
2. Menjelaskan cara membuat format pengendalian kegiatan di Puskesmas
3. Mengelompokkan peserta sesuai dengan instansi asal
4. Meminta peserta untuk membuat format pengendalian kegiatan di Puskesmas

Penugasan 3.2.1 Indikator Kinerja Puskesmas

Fasilitator

1. Menjelaskan prinsip dan cara penyusunan indikator penilaian kinerja Puskesmas
2. Mengelompokkan peserta sesuai dengan instansi asal
3. Meminta peserta untuk menyusun daftar indikator kinerja Puskesmas dan target 5 tahun
4. Meminta peserta mempresentasikan

Penugasan 4.2.1 Penilaian Kinerja Puskesmas

Fasilitator

1. Menjelaskan Prinsip dan cara penilaian kinerja Puskesmas
2. Menjelaskan cara penyajian dalam bentuk diagram laba-laba dan diagram lainnya
3. Menjelaskan cara melakukan interpretasi hasil penilaian kinerja Puskesmas

4. Meminta Peserta mempersiapkan data PKP Puskesmas
5. Meminta peserta melakukan penilaian kinerja puskesmas dan status penilaian Puskesmas

CONTOH DATA PUSKESMAS

Kasus 1: Puskesmas Pulo Kapuk, di Kabupaten X dengan profil tahun 2016 sebagai berikut :

Puskesmas Pulo Kapuk terletak pada Kecamatan Pulo Kapuk, memiliki 4 kelurahan (Kelurahan Mawar, Melati, Angrek dan Kamboja). Di Kelurahan Mawar dan Melati ada masing-masing satu Puskesmas Pembantu dengan tenaga perawat, sedang di Angrek ada satu praktek bidan.

Data Dasar

Luas wilayah	295 km persegi	
Jumlah kelurahan	4	
Jumlah RW/RT	32 RW	115 RT
Jumlah sekolah di wilayah kerja	3 buah	1 SD, 1 SMP, 1 SMA
Jumlah Pustu	2	
Jumlah posyandu	32	
Jumlah Kader	150 orang Kader aktif 99 orang Kader terlatih 100 orang	
Jumlah penduduk	9.038 Jiwa Laki-laki 4500 jiwa Perempuan 4.538 jiwa	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah keluarga 1.529 • Jumlah Penduduk usia \geq 15 tahun = 4067 Jiwa
Mata pencaharian	<ul style="list-style-type: none"> • Swasta (dagang, jasa, sektor swasta lain) 50 % • PNS 10% • Petani 35% • Lain-lain 5% 	
Tingkat pendidikan penduduk di atas 15 tahun	<ul style="list-style-type: none"> • S1/S2 2,4%, • SMA 25% • SLTP 17,73% • SD 33% • Tidak sekolah 0,92% 	

Tempat-tempat umum	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar • Tempat wisata • Penginapan
---------------------------	--

Sumber Daya

Sarana	Gedung Puskesmas kondisi baik
Prasarana	Instalasi air, listrik berfungsi, kendaraan roda 4 sejumlah 2 buah, 1 dalam kondisi baik, 1 rusak ringan
Alat, Obat dan BHP	Beberapa alat di R. Periksa umum dan KIA, KB, Imunisasi kurang lengkap dan ada yang tidak berfungsi dengan baik, alat laboratorium tidak lengkap
Tenaga	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter Umum 2 orang (1 orang sebagai kepala Puskesmas) • Dokter Gigi 1 orang • Bidan 3 orang (termasuk bidan desa) • Perawat 3 orang (perawat gigi 1 orang) • Tenaga Gizi 1 orang • Ahli Teknologi Lab Medik 1 orang • Tenaga Kesling 1 orang • Asisten Apoteker 1 orang • Tata usaha 1 orang • Pekarya 2 orang • Tenaga sukarelawan 3 orang
Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none"> - BOK (setahun 75 juta rupiah) - kapitasi (5600 peserta, nilai kapitasi Rp 5500), PBI 450 orang - APBD (setahun 100 juta)

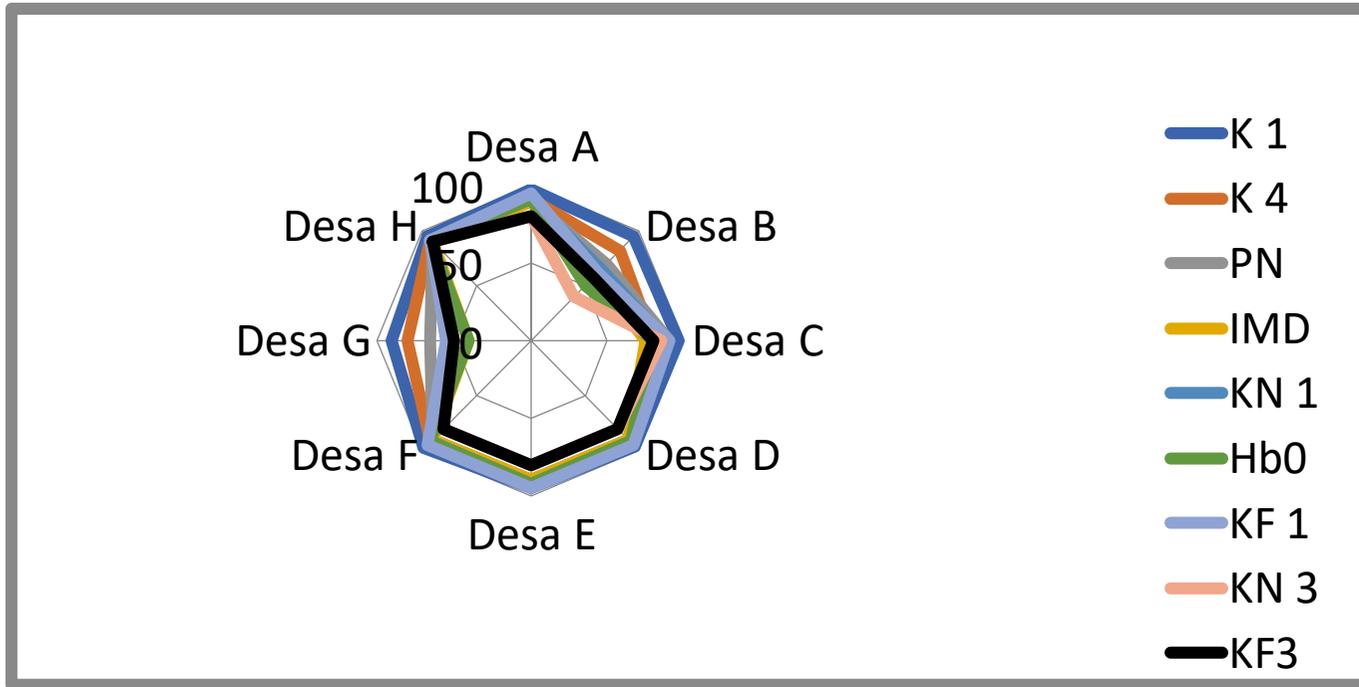
REKAPITULASI DATA PROFIL KESEHATAN KELUARGA DARI KECAMATAN PULOKAPUK

INDIKATOR	KEL MAWAR	KEL MELATI	KEL ANGGREK	KEL KAMBOJA	Σ KLG BERNILAI 1	TOTAL KLG - Σ N	Cakupan Indikator
Keluarga mengikuti program KB	32,6	50,9	32,2	20,9	492	1335	36,9%
Ibu melakukan persalinan di faskes	40,6	38,5	63,6	11,8	70	211	33,2%
Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap	43,1	31,4	80	10,5	76	214	35,5%
Bayi mendapatkan ASI eksklusif	49,3	40,5	76,9	21,4	110	250	44%
Balita dipantau pertumbuhannya	71,8	57,1	92,3	35,2	327	520	62,9%
Penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	5,7	6,5	40	0	17	177	9,6%
Penderita Hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	33,3	23,5	58,8	11,8	72	279	25,8%
Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan	0	0	0	0	0	159	0%
Anggota keluarga tidak ada yang merokok	35,7	26,1	29,3	34,5	484	1529	31,7%
Keluarga sudah menjadi anggota JKN	43,2	29,4	35,7	34,0	611	1529	40%
Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	91,6	84,4	96,4	85,3	1368	1529	89,5%
Keluarga mempunyai akses dan menggunakan jamban sehat	91,4	80,6	84,3	77,2	1271	1529	83,2%
INDEKS KELUARGA SEHAT	0,150	0,094	0,079	0,071			0,129

Jumlah Keluarga yang memiliki IKS > 0,800 ada 197 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di Kecamatan Pulokapuk adalah 1529 keluarga. Dengan demikian IKS Kecamatan Pulokapuk adalah 197/1529, yaitu sebesar 0,129.

SEKEDAR SEBAGAI LATIHAN, BERIKUT DITAMPILKAN DATA 6 KELUARGA DARI PENDUDUK KEL. MAWAR

No	Indikator	Klg A	Klg B	Klg C	Klg D	Klg E	Klg F	∑ Klg Bernilai "1"	Total Klg- N	Kel. MW
1	Keluarga mengikuti program KB	Y	Y	N	T	T	T	150	460	32,6
2	Ibu persalinan di faskes	N	N	N	N	N	N	26	64	40,6
3	Bayi imunisasi dasar lengkap	N	N	N	N	N	N	28	65	43,1
4	Bayi mendapatkan ASI eksklusif	N	N	N	N	N	N	37	75	49,3
5	Balita dipantau pertumbuhannya	Y	Y	N	N	N	N	122	170	71,8
6	Penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	N	N	N	N	N	N	3	53	5,7
7	Penderita Hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	N	N	N	N	N	N	36	108	33,3
8	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan	N	N	N	N	N	N	0	49	0
9	Anggota keluarga tidak merokok	Y	T	Y	T	T	T	188	526	35,7
10	Keluarga menjadi anggota JKN	T	T	T	Y	Y	T	227	526	43,2
11	Keluarga akses sarana air bersih	Y	Y	Y	Y	Y	Y	482	526	91,6
12	Keluarga akses jamban sehat	Y	Y	Y	Y	Y	Y	481	526	91,4
Indeks Keluarga Sehat		0,833	0,667	0,750	0,600	0,600	0,400			0,150



DATA HASIL CAKUPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

No	Program	Target	2019	2020	Kinerja
1.	PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL	100%	96.4%	99.6%	Blm Tercapai
2.	PELAYANAN KESEHATAN IBU BERSALIN	100%	93.1%	99.9%	Blm Tercapai
3.	PELAYANAN KESEHATAN BBL	100%	77.3%	98.8%	Blm Tercapai
4	ASI EKSLUSIF	100%	61.8%	63%	Blm Tercapai
5.	PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA PENDIDIKAN	100%	90.8%	95.7%	Blm Tercapai
6.	PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA LANJUT	100%	7.3%	41,6%	Blm Tercapai
7.	PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA PRODUKTIF	100%	%	1.8%	Blm Tercapai
8.	PELAYANAN KESEHATAN PADA HIPERTENSI	100%	%	24.8%	Blm Tercapai
9.	PELAYANAN KESEHATAN PADA DM	100%	%	%	Blm Tercapai
10	PELAYANAN KESEHATAN PADA ODGJ	100%	%	%	Blm Tercapai
11	PELAYANAN KESEHATAN PADA TB	100%		52.3%	Blm tercapai
12	PELAYANAN KESEHATAN PADA HIV	100%			Blm tercapai

Data Cakupan Kinerja Puskesmas

NO	UPAYA PELAYANAN	KEGIATAN	DEFINISI OPERASIONAL	TARGET	CAKUPAN
	Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil			
		a. pelayanan kesehatan ibu hamil	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4	100	100.0
		b. Pelayanan Ibu hamil risiko tinggi	Cakupan Ibu hamil risiko tinggi yang ditangani	100	100.0
		c. Pelayanan rujukan ibu hamil risiko tinggi	Cakupan Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk	100	76,7
		Pelayanan Kesehatan Bayi			
		a. Pelayanan Kunjungan Neonatus (KN1)	Cakupan Kunjungan Neonatus (KN1)	100	100.87
			Angka Kelangsungan Hidup Bayi	0.987	100.0
			Angka Kematian Neonatal per 1.000 Kelahiran Hidup	0	97.36
			Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup	0	100.0
		Pelayanan Kesehatan Balita			
		a. Pelayanan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah	Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah	100	100.0
			Angka Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup	0	100.0
		Pelayanan Kesehatan Remaja			
		a. Semua warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	Cakupan warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100	53.0
		Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut			

	a. Pelayanan Posyandu Lansia	Cakupan desa dengan posyandu lansia aktif	100	99.68
	b. Semua warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	Cakupan warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100	73.03
	Pelayanan Pencegahan dan pengendalian Penyakit TB Paru	Angka Penemuan Kasus TBC BTA Positif (CDR/Case Detection Rate)	51.00	47.14
		Angka Kesembuhan Penderita TBC BTA Positif (CR/Cure Rate)	100	52,5
		Cakupan orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar.	100.0	100.0
	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian penyakit HIV-AIDS	Prevalensi HIV pada Penduduk Usia Dewasa	0.05	38.46
		Proporsi Penduduk Usia 15 - 24 Tahun yang Memiliki Pengetahuan Komprehensif tentang HIV/AIDS	68.92	100.0
		Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar	12.13	91.50
	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Pneumonia	Cakupan Penemuan Penderita Pneumonia Balita	88.16	100.0
	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diare	Cakupan Penemuan Penderita Diare	90.70	100.0
		Cakupan Penderita diare Yang ditangani	100.0	100.0
		CFR (Angka Kematian Diare)	0.0001	100.0

	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Malaria	Angka Penemuan Kasus Malaria per 1.000 Penduduk	0.009	100.0
	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	Inciden Rate DBD (Demam Berdarah Dengue) per 100.000 Penduduk	25.12	31.78
		CFR atau Angka Kematian DBD (Demam Berdarah Dengue)	0.50	100.0
		Penderita DBD (Demam Berdarah Dengue) yang Ditangani	100.0	100.0
		Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes	96.8	100.0
	Pelayanan imunisasi	Cakupan Desa atau Kelurahan Universal Child Immunisation (UCI)	97.232	100.0
		Cakupan desa/kelurahan Universal Mother Immunisation (UMI)	93.92	100.0
		Proporsi anak umur 1 tahun diimunisasi campak	96.15	100.0
		Cakupan anak sekolah pada anak SD/ sederajat mendapat pelayanan imunisasi (BIAS)	98.86	98.41
	Pelayanan Penanggulangan KBL/Wabah	Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	100.0	100.0
	Pelayanan kesehatan haji	Cakupan pembinaan & pelayanan kesehatan haji sesuai standart	100.0	100.0
	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa	Cakupan desa melaksanakan Posbindu	42.90	90.98
		Cakupan penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	15.60	90.94

			Cakupan penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100	65.04
			Cakupan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100.0	100.0
		Pelayanan Gizi	Prevalensi Gizi Kurang pada Anak Balita (0-60 bulan)	0.10	100.0
			Prevalensi Gizi Buruk pada Anak Balita (0-60 bulan)	0.35	68.5
			Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	100.0	100.0
			Cakupan bayi umur < 6 bulan mendapat ASI Eksklusif	82.17	71.69
			Cakupan Balita yang datang dan ditimbang (D/S)	88.50	100.0
			Cakupan Balita Bawah Garis merah (BGM)	0.43	100.00
			Cakupan Keluarga Sadar Gizi	85.02	100.0
			Prosentase Kecamatan rawan gizi	0	100
			Cakupan bayi (6-11 bulan) mendapat kapsul Vitamin A 1 kali	100.0	100.0
			Cakupan balita (12-59 bulan) mendapat kapsul Vitamin A 2 kali	100.0	100.0
			Cakupan Ibu Nifas mendapat kapsul Vitamin A	100	99,0
			Cakupan ibu hamil mendapat tablet Fe 90	100	100.0



Problematika PIS-PK

PELATIHAN
MANAJEMEN PUSKESMAS

Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI		i
1 : DESKRIPSI SINGKAT		1
2 : TUJUAN PEMBELAJARAN		1
3 : MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK		2
4 : METODE		3
5 : MEDIA DAN ALAT BANTU		3
6 : LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN		3
7 : URAIAN MATERI		5
	Potensi Permasalahan yang dihadapi	
Pokok Bahasan 1 : Masing- masing Puskesmas pada Tahapan PIS PK		5
Pokok Bahasan 2 : Cara Melakukan Perbaikan untuk Mengatasi Permasalahan		14
8 : Daftar Pustaka.....		17

1

DESKRIPSI SINGKAT

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang ditetapkan melalui Permenkes Nomor 39 tahun 2016 telah diimplementasikan sejak 2016 pada 470 Puskesmas di 9 provinsi dan 64 kab/kota lokus prioritas MDGs, sebelum dilaksanakan di seluruh kabupaten/kota pada tahun 2017. Saat ini hampir seluruh Puskesmas telah melaksanakan tiap tahapan kegiatan PIS-PK namun cakupan seluruh keluarga (*total coverage*) belum seluruhnya tercapai dan *terentry* pada aplikasi keluarga sehat (KS) secara online. Berdasarkan data di aplikasi KS versi 2.0 sampai dengan Desember 2020 49.733.971 keluarga telah dikunjungi dan diintervensi, yaitu mencakup 75,51% dari total 65.864.607 keluarga berdasarkan e-monev STBM. Diantara keluarga yang telah dikunjungi tersebut, baru 17,3% keluarga sehat, hal ini dapat menunjukkan bahwa intervensi lanjut hasil kunjungan keluarga belum dilakukan secara optimal.

Tujuan pelaksanaan pendekatan keluarga adalah untuk meningkatkan kemandirian keluarga dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal. Untuk pencapaian tujuan tersebut diperlukan penyelenggaraan PIS-PK yang baik pada setiap tahapan mulai dari persiapan, kunjungan keluarga dan intervensi awal, analisis IKS awal, intervensi lanjut dan analisis perubahan IKS. Pada pelaksanaannya, Puskesmas dapat menjumpai kendala-kendala yang akan mempengaruhi tujuan pencapaian tersebut. Puskesmas perlu mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan tersebut agar pelaksanaan PISPK mencapai tujuan. Materi ini akan membahas hal-hal yang berkaitan dengan problematika pada pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas.

2

TUJUAN PEMBELAJARAN

Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu memahami identifikasi permasalahan dalam pelaksanaan PIS-PK dan merumuskan cara melakukan perbaikannya.

Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu menjelaskan potensi permasalahan yang dihadapi Puskesmas pada tahapan PIS-PK dan menjelaskan cara melakukan perbaikan untuk mengatasi permasalahan.



MATERI POKOK DAN SUB MATERI POKOK

Dalam modul ini akan dibahas materi pokok dan sub materi pokok sebagai berikut:

1. Potensi permasalahan yang dihadapi masing-masing Puskesmas pada Pelaksanaan PIS-PK
 - a. Persiapan kunjungan keluarga
 - b. Kunjungan keluarga dan intervensi awal
 - c. Analisis data PIS-PK
 - d. Integrasi dengan data program
 - e. Intervensi lanjut terintegrasi dan upaya mendukung capaian program dan SPM
 - f. Analisis perubahan termasuk update data
 - g. Monitoring dan evaluasi
2. Cara melakukan perbaikan untuk mengatasi permasalahan.
 - a. Identifikasi masalah
 - b. Mencari akar penyebab masalah
 - c. Menentukan pemecahan masalah yang mengedepankan keterpaduan PIS-PK, SPM dan Germas

4

METODE

1. Curah pendapat
2. Ceramah tanya jawab (CTJ)

5

MEDIA DAN ALAT BANTU

1. Bahan tayangan (Slide power point)
2. Komputer
3. LCD Projector
4. Sound System
5. Flip chart
6. Spidol (ATK)
7. Modul

6

LANGKAH – LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran mata pelatihan ini.

Langkah 1. Pengkondisian

- Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
- Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran, materi pokok yang akan disampaikan, metode yang digunakan, mengapa modul/materi ini diperlukan dalam pelatihan Manajemen Puskesmas. Penyampaian disertai dengan penanyangan bahan tayang

Langkah 2. Penyampaian Materi

- Fasilitator menyampaikan materi sesuai dengan urutan materi pokok yaitu terkait potensi-potensi permasalahan yang dihadapi masing-masing Puskesmas pada

pelaksanaan PIS-PK yaitu potensi masalah yang kemungkinan dapat ditemukan pada saat:

- Persiapan kunjungan keluarga
 - Kunjungan keluarga dan intervensi awal
 - Analisis data PIS-PK
 - Integrasi dengan data program
 - Intervensi lanjut terintegrasi dan upaya mendukung capaian program dan SPM
 - Analisis perubahan termasuk update data
 - Monitoring dan evaluasi
- Fasilitator menyampaikan materi pokok kedua terkait cara melakukan perbaikan untuk mengatasi permasalahan secara garis besar, dengan melakukan identifikasi masalah, mencari akar penyebab masalah, menentukan pemecahan masalah yang mengedepankan keterpaduan PIS-PK, SPM dan Germas.
 - Pada saat penyampaian materi fasilitator dapat sekaligus berdiskusi tanya jawab dengan peserta pelatihan terkait contoh-contoh potensi masalah maupun upaya-upaya perbaikan yang dapat dilakukan di masing-masing Puskesmas

Langkah 3. Diskusi Tanya Jawab

Jika dalam pembahasan materi pelatihan masih dirasakan belum cukup maka:

- Fasilitator dapat memberikan kesempatan bagi peserta untuk bertanya dan sharing pengalaman atau memberikan pertanyaan terkait materi yang telah disampaikan kepada peserta yang dinilai kurang aktif.
- Fasilitator membahas bersama jawaban terhadap pertanyaan yang diajukan
- Fasilitator memberikan apresiasi kepada peserta yang telah berpartisipasi

Langkah 4 Rangkuman

Fasilitator merangkum inti materi atau menyimpulkan hasil pembelajaran dan mengingatkan kembali referensi-referensi yang dapat digunakan atau pun materi lain yang relevan dan berguna dalam mengatasi problematika PISPK

7

URAIAN MATERI

MATERI POKOK 1: POTENSI PERMASALAHAN YANG DIHADAPI MASING-MASING PUSKESMAS PADA TAHAPAN PIS-PK

Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga mendukung pelaksanaan Deklarasi Astana dalam Global Conference on Primary Health Care dimana salah satu visinya adalah mengenai *Primary Health Care and Health Service* yang harus berkualitas, aman, komprehensif, terintegrasi, dapat diakses, tersedia dan terjangkau untuk seluruh masyarakat di mana pun berada. Tujuan arah kebijakan kesehatan adalah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi, dengan sasaran strategis pada upaya peningkatan kesehatan ibu anak KIA dan reproduksi, upaya percepatan perbaikan gizi masyarakat, peningkatan pengendalian penyakit, pembudayaan perilaku hidup sehat melalui Germas, dan penguatan sistem kesehatan dan pengawasan obat dan makanan, dengan harapan terwujud perubahan perilaku masyarakat untuk hidup sehat sehingga diperoleh SDM yang unggul. Begitu pentingnya pendekatan keluarga dalam mencapai harapan tersebut, sehingga dalam RPJMN ditetapkan indikator jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan PIS-PK dengan cakupan 100% intervensi keluarga.

Dalam rangka penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, ditetapkan 12 (dua belas) indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program keluarga berencana (KB);
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan;
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap;
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif;
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan;
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar;
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur;
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan;
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok;
10. Keluarga sudah menjadi anggota jaminan kesehatan nasional (JKN);
11. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat;
12. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih.

Sejak ditetapkan Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), tahun 2020 merupakan tahun kelima implementasi di lapangan. Keberlangsungan pelaksanaan PIS-PK dalam lima tahun ke depan tertuang dalam target indikator RPJMN setiap tahunnya dan diharapkan pada akhir RPJMN tahun 2024 sudah dapat dipenuhi oleh seluruh kabupaten/kota. Untuk memenuhi indikator RPJMN tersebut, maka kegiatan kunjungan keluarga harus sudah dilakukan pada seluruh keluarga (*total coverage*) di masing-masing kabupaten/kota dan telah dilakukan intervensi terhadap masalah kesehatan yang ditemukan.

Evaluasi telah dilaksanakan untuk memastikan PIS-PK dapat dilakukan sesuai regulasi yang ada serta untuk memantau kemajuan implementasi PIS-PK. Seluruh kegiatan Puskesmas dilakukan melalui manajemen Puskesmas yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan penggerakan, pengawasan-pengendalian-penilaian. Tidak terkecuali pada pelaksanaan kegiatan pendekatan keluarga dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga ini. Dengan keterbatasan sumber daya di Puskesmas dan untuk menjamin pelayanan kesehatan diberikan secara komprehensif maka kegiatan PIS-PK dilakukan secara terintegrasi antar program. Pelaksanaan integrasi ini diharapkan menjadi suatu upaya semua pihak bertanggungjawab terhadap terlaksananya PIS-PK. Monitoring dan evaluasi PIS-PK dilakukan secara berjenjang sesuai dengan pola pembagian penanggungjawab bina wilayah (Pj Binwil) pada setiap tingkatan pemerintahan.

Dengan melakukan evaluasi pelaksanaan, kita dapat melihat potensi permasalahan yang dapat terjadi pada pelaksanaan kegiatan PIS-PK:

1. Persiapan Kunjungan Keluarga

Puskesmas perlu melakukan beberapa langkah persiapan agar dapat berjalan dengan baik, efektif dan efisien diantaranya:

- a. Melakukan sosialisasi internal dan sosialisasi eksternal. Sosialisasi internal dilakukan karena pendekatan keluarga bukan hanya tugas pekerjaan dari para pembina keluarga. Masalah kesehatan yang dijumpai di keluarga dan bantuan teknis profesional yang diperlukan dalam pemecahannya merupakan tanggung jawab para petugas pengelola program di Puskesmas. Kepala Puskesmas dan pembina keluarga yang telah memperoleh pelatihan wajib mensosialisasikan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga kepada semua tenaga di Puskesmas, agar semua nakes di Puskesmas memiliki pemahaman yang sama tentang PIS-PK. Sosialisasi eksternal dapat dilakukan kepada camat, ketua RT/RW, lurah/kepala desa, ketua-ketua organisasi kemasyarakatan seperti PKK, pemuka-pemuka masyarakat dan lintas sektor lainnya agar pelaksanaan pendekatan keluarga, termasuk kunjungan keluarga mendapat dukungan dari masyarakat.

- b. Melakukan inventarisasi jumlah keluarga di wilayah kerja Puskesmas dengan cara berkoordinasi dengan kelurahan, kecamatan, dan/atau dinas kependudukan dan catatan sipil. Puskesmas memiliki data baik kesehatan individu maupun berdasarkan wilayah. Selain itu pada umumnya Puskesmas memiliki data kependudukan. Data dan informasi tersebut dapat digunakan untuk melakukan pemetaan target sasaran, pembagian wilayah binaan, perencanaan sumber daya pelaksanaan, perencanaan strategi intervensi yang tepat, dan lain sebagainya.
- c. Menyiapkan instrumen kunjungan keluarga (pendataan dan intervensi awal), antara lain yaitu formulir profil kesehatan keluarga (prokesga) yang tercetak atau elektronik (aplikasi) khususnya terkait username dan password oleh admin untuk surveyor dan lembaran media KIE berupa paket informasi keluarga (pinkesga). Selain itu Tim Pembina Keluarga juga membawa alat kesehatan minimal berupa tensi meter untuk kepentingan pengukuran tekanan darah. Alat kesehatan yang tepat dan terkalibrasi baik dapat menurunkan kesalahan hasil pengukuran.
- d. Melakukan koordinasi dengan kader, ketua RT dan RW dan kepala desa. Bekerja sama dengan perangkat desa atau kader kesehatan desa memudahkan sosialisasi ke masyarakat, memastikan masyarakat untuk kooperatif, memudahkan janji temu dengan keluarga, melakukan tindak lanjut lingkup masyarakat. Pendampingan oleh kader pada saat kunjungan keluarga dapat dilakukan untuk memastikan seluruh anggota keluarga berada ditempat
- e. Membagi wilayah binaan
Masing masing Puskesmas membagi penanggungjawab daerah binaan untuk memudahkan pemantauan kesehatan anggota keluarga di wilayahnya. Selain itu penanggungjawab daerah binaan lebih memahami kondisi masing masing keluarga termasuk kondisi kesehatannya, lebih mudah untuk melakukan koordinasi, dan lebih memahami dalam pendekatan untuk advokasi kesehatan.
Dengan dilakukannya pembagian wilayah binaan dan penanggungjawabnya, kepala Puskesmas dapat lebih mudah untuk melakukan koordinasi pemantauan kesehatan masyarakat.
- f. Menetapkan tim pembina keluarga
Kepala Puskesmas perlu melakukan analisis kebutuhan SDM pelaksana kunjungan keluarga sesuai dengan target cakupan keluarga secara total coverage. Tim Pembina keluarga ditetapkan melalui surat penetapan kepala Puskesmas sebagai landasan pelaksanaan tugas. Penugasan anggota tim pelaksana kunjungan keluarga yang mempertimbangkan kondisi masing masing anggota keluarga yang akan didatangi dapat dimanfaatkan untuk

sekaligus memberikan intervensi yang dibutuhkan. Melakukan integrasi dengan kegiatan lain, mengirimkan tim Pembina yang dibutuhkan oleh keluarga yang dikunjungi berdasarkan pemetaan kondisi kesehatan dapat menjadikan kegiatan terlaksana secara efektif

- g. Membuat janji kunjungan/temu sekaligus menginformasikan untuk penyiapan dokumen yang diperlukan misalnya Kartu Keluarga, KTP, buku KIA, kartu akseptor/Kartu Peserta Keluarga Berencana, kartu pemantauan pengobatan TB, maupun kartu pemantauan pengobatan lainnya dan kartu kepesertaan JKN. Hal tersebut dapat mempermudah dan mempersingkat waktu kunjungan keluarga yang dilakukan oleh tim Pembina keluarga. Selain itu Puskesmas dapat merencanakan kebutuhan penyiapan alat pelindung diri yang dibutuhkan, jumlah prokesga dan pinkesga yang harus disiapkan, memprediksi target harian kunjungan keluarga dan lain-lain.

Hal-hal yang dapat menyebabkan tidak terlaksananya tahap persiapan kunjungan keluarga antara lain kurangnya pemahaman kepala Puskesmas dan petugas Puskesmas perlunya persiapan, kurangnya komitmen dan dukungan dari lintas sektor (camat dan kepala desa/lurah serta jajarannya, kader) dan tidak adanya perencanaan untuk kebutuhan peralatan dan logistik/instrumen yang diperlukan pada saat kunjungan keluarga.

Jika diperhatikan maka masing-masing kegiatan jika tidak terlaksana dapat menyebabkan tujuan kegiatan tidak tercapai. Tidak dilakukannya sosialisasi internal secara optimal dapat berakibat pemahaman tim pembina keluarga yang melakukan kunjungan keluarga tidak melakukan kegiatan sesuai pedoman sehingga data/informasi yang diperoleh tidak tepat. Disamping itu, pengelola program di Puskesmas dapat mengalami mispersepsi/tidak memahami konsep PIS-PK sebagai bentuk skrining awal sehingga membenturkan capaian PIS-PK dengan capaian program. Tidak adanya koordinasi dengan perangkat desa dapat berpotensi hilangnya dukungan masyarakat dalam mengatasi permasalahan kesehatan.

Tidak dilaksanakannya persiapan yang matang dapat mengakibatkan kunjungan tim Pembina Keluarga harus dilakukan berkali-kali sampai seluruh informasi kesehatan tiap anggota keluarga diperoleh secara lengkap. Hal ini dapat menyebabkan target capaian keluarga tidak sesuai dengan yang telah ditetapkan. Pembina keluarga harus dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang terjadi pada penyelenggaraan kunjungan keluarga di Puskesmas masing-masing.

2. Kunjungan keluarga dan intervensi awal

a. Melakukan pencatatan status kesehatan keluarga (pendataan prokesga)

Pada saat kunjungan lapangan, tim pembina keluarga melakukan penggalian informasi dengan alat bantu pencatatan berupa formulir Prokesga untuk seluruh anggota keluarga. Pertanyaan-pertanyaan yang terdapat di dalam formulir Prokesga perlu dimengerti dan diingat dengan baik sehingga pada saat kunjungan keluarga Tim Pembina Keluarga dapat menggali informasi lebih lancar tanpa berulang-ulang melihat pertanyaan dan terkesan seperti pendataan survei.

Selain itu pembina keluarga juga melakukan pemeriksaan dan pengamatan lingkungan pada ketersediaan air bersih dan jamban serta melakukan pengukuran tekanan darah. Hal ini harus benar-benar dilakukan untuk mendapatkan data yang sesuai dan valid.

b. Melakukan intervensi awal

Saat kunjungan awal pendataan dapat sekaligus memberikan intervensi awal pada masalah kesehatan yang sudah terlihat berupa edukasi atau penyuluhan dengan menggunakan panduan lembar media KIE dalam Pinkesga. Pengiriman anggota Tim yang tepat kompetensinya dapat menjadikan kunjungan lebih bermanfaat. Sebagai contoh pada saat kunjungan keluarga yang salah satu anggota keluarganya adalah ibu hamil, maka kehadiran tim Pembina Kunjungan yang juga seorang bidan dapat sekaligus memberikan manfaat pemeriksaan kehamilan. Begitu pula dengan Pinkesga. Proses wawancara, edukasi dan observasi yang lancar dapat mengefektifkan kunjungan sehingga target cakupan kunjungan keluarga yang direncanakan pada waktu tersebut dapat tercapai dengan baik.

Proses wawancara, edukasi dan observasi yang lancar dapat mengefektifkan kunjungan sehingga target cakupan kunjungan keluarga yang direncanakan pada waktu tersebut dapat tercapai dengan baik.

Potensi masalah yang dapat terjadi pada tahap ini antara lain adalah *probing* yang kurang dalam dapat menghasilkan data yang tidak valid, pemahaman yang kurang akan definisi operasional indikator keluarga sehat dan cara menginput data ke Prokesga atau aplikasi Keluarga Sehat dan tenaga kesehatan Puskesmas hanya mengumpulkan informasi tanpa memberikan edukasi kesehatan yang merupakan intervensi awal. Hal ini dapat menyebabkan data hasil kunjungan tidak menggambarkan dengan tepat profil kesehatan keluarga. Selain itu, kunjungan keluarga yang tidak disertai dengan pemberian edukasi akan menyebabkan keluarga tidak mengetahui masalah kesehatan yang dimiliki dan bagaimana cara mengatasinya.

3. Analisis data PIS-PK

Hasil kunjungan keluarga harus segera diinput oleh tim data Puskesmas ke aplikasi Keluarga Sehat dan diinformasikan kepada masing masing penanggungjawab program. *Raw data* hasil kunjungan keluarga (berupa data individu *by name by address*) diunduh oleh Puskesmas dari Aplikasi KS untuk dianalisis. *Raw data* dari aplikasi Keluarga Sehat diunduh oleh admin Puskesmas setelah terlebih dulu menyetujui form persetujuan pengunduhan. Data kunjungan keluarga tersebut dapat dianalisis baik secara offline maupun dengan menggunakan alat bantu analisis online yang berupa crosstabulasi pada aplikasi Keluarga Sehat tersebut. Validitas data dapat mempengaruhi proses analisis data, sehingga sebelum melakukan analisis perlu dilakukan *cleaning data*. Kemampuan menggunakan alat bantu analisis juga mempengaruhi hasil analisis data PISP, terlebih lagi jika menggunakan alat bantu untuk dapat melakukan penggabungan data PISP dengan data data lain yang dimiliki Puskesmas. Ketajaman analisis akan mempengaruhi ketepatan dalam identifikasi masalah, penentuan akar penyebab masalah, hingga penetapan rencana kegiatan yang terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektor termasuk jejaring Puskesmas. Hasil. Tampilan yang baik, jelas dan menarik dari hasil pengolahan dan analisis data dapat menjadi bahan yang baik untuk advokasi lintas sektor pada lokakarya mini tibulanan.

Potensi masalah yang dapat terjadi dalam tahapan analisis hasil sebagai contoh, antara lain:

- a. Data keluarga tidak lengkap karena tidak semua anggota keluarga hadir pada saat kunjungan keluarga.
- b. Tidak dilakukan *cleaning data* sebelum melakukan analisis
- c. Pemahaman yang berbeda terkait definisi operasional dan penahaman terkait fitur dapat mempengaruhi validitas data.
- d. Masalah pada aplikasi:
 - Pengguna tak dapat menggunakan fitur yang ada di aplikasi KS seperti: tidak bisa edit tahun aktif, tidak bisa entri data, tidak bisa isi target surveyor, tidak bisa isi target sasaran wilayah
 - Data wilayah puskesmas tidak sesuai (kode wilayah, alamat, dan wilayah kerja)
 - Data hasil kunjungan belum seluruhnya diinput dalam aplikasi akibat keterbatasan sumber daya atau masalah jaringan internet
 - Data hasil kunjungan yang telah diinput tidak tampil dan tergabung dalam data aplikasi PIS-PK.
 - Entri data sudah dilakukan namun nilai IKS Wilayah, nilai persentase cakupan 12 indikator tidak muncul/tidak *up to date*
 - Pengunduhan *raw data* yang dibatasi oleh kewenangan admin serta dipengaruhi oleh kapasitas jaringan internet di masing masing Puskesmas dalam kecepatan pengunduhan.

- e. Kemampuan analisis dan pengoperasian alat bantu analisis yang kurang mumpuni, dapat menghasilkan perencanaan kegiatan dan target sasaran yang tidak tepat sehingga perbaikan masalah kesehatan tidak terjadi. Belum semua Puskesmas mendapatkan pelatihan KS maupun manajemen Puskesmas,

Masalah di atas menjadi penyebab belum seluruh Puskesmas mampu memanfaatkan data hasil kunjungan keluarga untuk perencanaan Puskesmas.

4. Integrasi dengan data program

Puskesmas tidak hanya memiliki data kunjungan keluarga yang diambil dari raw data aplikasi Keluarga Sehat saja, namun berbagai data lain seperti data program, data kunjungan, data demografi dsb. Data hasil kunjungan keluarga, termasuk *raw data* PIS-PK dapat dianalisis bersama dengan data program lainnya, misalnya DM, kondisi gizi balita, dan data terkait COVID-19 yang sekarang banyak dimiliki Puskesmas. Keterkaitan antara variable penyakit dapat dianalisis untuk melihat adanya hubungan antara satu variable dengan variable lainnya yang berpengaruh dalam permasalahan kesehatan yang ditemukan. Adanya keterkaitan antar program menjadi salah satu alasan penting untuk melakukan integrasi kegiatan.

Raw data PIS-PK terdiri dari 5 blok yang datanya dapat diolah menjadi basis data kelompok rentan. Untuk data kelompok rentan seperti Lansia, balita dan ibu hamil dapat diperoleh dari blok IV anggota rumah tangga, sedangkan komorbid (hipertensi dan TB Paru) dan pemberat (merokok) diperoleh dari blok V keterangan survei individu.

Sebagai contoh integrasi kegiatan lintas program misal: pada saat Puskesmas menemukan anggota keluarganya suspek TB pada kunjungan keluarga, intervensi masing masing program dilakukan secara terintegrasi antara petugas Perkesmas, petugas TB, petugas Kesling dan ppetugas Gizi.

Dengan demikian data dapat dimanfaatkan Puskesmas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, peningkatan cakupan program melalui pendekatan wilayah, peningkatan status kesehatan dan untuk pencegahan dan pengendalian COVID-19.

Dalam integrasi data ini diperlukan kerjasama lintas program di Puskesmas untuk saling memberikan terbuka dan memudahkan akses data, memiliki pemahaman terhadap definisi operasional baik untuk indikator PISPK maupun indikator capaian masing masing program, melakukan analisis dan penetapan tindak lanjut terintegrasi sehingga dapat memecahkan masalah secara komprehensif. Tidak adanya integrasi dan analisi data berpotensi tidak tepatnya kegiatan yang direncanakan, atau tidak tepatnya sasaran yang ditargetkan, sehingga tujuan utama tidak tercapai. Disamping itu, untuk integrasi antara data PIS-PK dengan

data program tidak bisa disinkronisasikan jika data program tidak menggunakan kode unik yaitu Nomor Induk Kependudukan (NIK).

5. Intervensi lanjut terintegrasi dan upaya mendukung capaian program dan SPM

Hasil capaian indikator dan capaian IKS dapat kita gunakan sebagai tolak ukur strategi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan individu maupun komunitas. Dengan pemanfaatan raw data yang dapat menunjukan individu *by name by address*, Puskesmas dapat menentukan sasaran intervensi lanjut dengan lebih tepat. Kerjasama lintas program dapat dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan pada target sasaran yang sama. Tanpa adanya integrasi, sasaran individu atau kelompok tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dalam satu waktu.

Dalam melakukan intervensi lanjut, diperlukan perbaikan strategi dan inovasi agar segera meningkatkan cakupan seluruh indikator PISPK. Masing masing Puskesmas memiliki kondisi yang berbeda beda dari segi permasalahan kesehatan, kebiasaan masyarakat, geografis, dukungan lintas sektor, dan lain-lain. Oleh karena itu dalam mengatasi permasalahan tersebut, masing-masing Puskesmas dapat melaksanakan intervensi lanjut yang berbeda-beda pula. Inilah mengapa tidak ada contoh pelaksanaan intervensi lanjut yang dibakukan. Puskesmas harus mampu melakukan analisis yang tepat dalam mengatasi kondisi permasalahan di wilayah kerja masing masing.

IKS juga dapat menjadi tolok ukur implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) oleh masyarakat dan dukungan dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang menjadi kinerja pemerintah daerah. Dengan terdapatnya kesamaan indikator target antara PISPK dengan SPM, tercapainya indikator PISPK akan mendukung pencapaian SPM. Sebagai contoh, pencapaian indikator ibu bersalin di fasyankes mendukung pencapaian 100% pelayanan ibu bersalin dalam SPM. Kegiatan kunjungan keluarga tidak hanya melihat kondisi keluarga dari 12 indikator PISK yang dipantau saja, namun juga sekaligus melihat kondisi kesehatan lain yang dimiliki oleh anggota keluarga yang dikunjungi, sehingga dapat melakukan tracing penyakit lain yang berhubungan dengan pelayanan dalam SPM dan sekaligus melakukan pendekatan untuk meningkatkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat oleh masyarakat.

Dari uraian di atas dapat kita identifikasi contoh potensi masalah yang dapat timbul pada tahapan ini. Sebagai contoh, kurangnya pemahaman dan kerjasama lintas program atau terkotak-kotaknya pemberian pelayanan kesehatan, dapat menyebabkan tidak komprehensif dan tidak terintegrasinya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Hal ini dapat menyebabkan upaya peningkatan kesehatan masyarakat yang dilakukan kurang efektif dan efisien.

Kurangnya pemahaman pemegang kebijakan di daerah berpengaruh kepada komitmen daerah dalam pencapaian tujuan awal kegiatan padahal tidak semua permasalahan kesehatan dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan. Kurangnya dukungan dan komitmen lintas sektor, atau kurang tajamnya analisa intervensi lanjut dapat mengakibatkan tidak tepat dan tidak optimalnya intervensi lanjut yang diberikan untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

6. Analisis perubahan termasuk update data

Pasca intervensi lanjut, Puskesmas melakukan analisis perubahan status kesehatan masyarakat berdasarkan hasil intervensi tersebut. Perubahan umur, kondisi kehamilan, kondisi hamil, perubahan perilaku dsb, dapat juga mempengaruhi jumlah sasaran indikator. Berdasarkan hal tersebut, Puskesmas melakukan updating data jika ada perubahan data. Dengan adanya updating data kesehatan masing masing anggota keluarga dapat mempengaruhi capaian cakupan masing-masing indikator dan dapat mengkoreksi indeks keluarga sehat. Input perubahan data dilakukan oleh petugas admin ataupun petugas surveyor PISPK. Analisis dilakukan oleh masing masing program maupun oleh tim Pembina keluarga untuk menentukan perencanaan tindak lanjut yang lebih tepat untuk dimasukkan kedalam manajemen Puskesmas

Untuk hal tersebut diperlukan kemampuan analisis petugas Puskesmas dan pemahaman petugas input data terhadap definisi dan fitur dalam aplikasi yang diperlukan untuk proses updating data. Tidak adanya pembiayaan honor petugas input data perlu diantisipasi oleh Kepala Puskesmas agar proses updating data tidak terganggu. Masing-masing Puskesmas dapat saja memiliki potensi masalah lain terkait analisis perubahan dan updating data ini, oleh karena itu, peserta latih perlu mencermati dan mengidentifikasi potensi masalah-masalah yang ada di masing masing Puskesmas tempat bertugas.

7. Monitoring dan evaluasi

Monitoring dan evaluasi harus dilaksanakan untuk memastikan PIS-PK dapat dilakukan sesuai regulasi dan perencanaan pencapaian target yang sudah ditetapkan. Monitoring dan evaluasi PIS-PK dilakukan secara berjenjang sesuai dengan pola pembagian penanggungjawab bina wilayah (PJ Binwil) pada setiap level pemerintahan. Dengan monitoring dan evaluasi dapat dilihat kemajuan implementasi PIS-PK, hambatan dan tantangan yang dihadapi, dapat dilakukan analisis pemecahan masalah yang sesuai dengan kondisi sumber daya dan masyarakat di masing masing Puskesmas.

MATERI POKOK 2: CARA MELAKUKAN PERBAIKAN UNTUK MENGATASI PERMASALAHAN

Masing-masing Puskesmas memiliki kondisi umum, geografis, sosial budaya, dan kondisi lain yang berbeda-beda. Termasuk perbedaan permasalahan yang muncul pada pelaksanaan PIS-PK. Demikian juga solusi yang dapat diambil untuk pemecahan masalah yang sama dapat berbeda-beda tergantung kondisi masing-masing Puskesmas. Oleh karena itu pemecahan terhadap satu masalah tidak dapat disamaratakan atau dibakukan untuk seluruh Puskesmas. Masing-masing Puskesmas perlu melakukan antara lain:

- a. Identifikasi masalah
- b. Mencari akar penyebab masalah
- c. Menentukan pemecahan masalah yang mengedepankan keterpaduan PIS-PK, SPM dan Germas

Penting diperhatikan adalah bagaimana petugas Puskesmas memahami pola pikir dalam mengidentifikasi masalah, mencari akar penyebab masalah serta dapat menentukan pemecahan masalah yang tepat sesuai dengan kemampuan sumber daya yang dimiliki Puskesmas.

a. Melakukan identifikasi masalah

Masalah dapat terjadi akibat adanya ketidaksesuaian antara ekspektasi dengan realita atau tidak terlaksananya perencanaan atau adanya gap antara target dan capaian.

Dalam mengidentifikasi masalah tersebut Puskesmas perlu mengetahui apa target dan indikator, hal atau upaya atau standar atau perencanaan lain yang telah ditetapkan sebelumnya. Setelah itu Puskesmas perlu mengetahui bagaimana proses dan hasil pelaksanaannya, sehingga dapat diketahui adanya ketidaksesuaian yang terjadi selama proses-proses tersebut. Berdasarkan hal tersebut dapat dilakukan perumusan mencakup : ada tidaknya masalahnya, apa masalahnya, siapa yang terkena masalah, kapan masalah itu terjadi, dimana terjadinya, kenapa masalah itu terjadi dan bagaimana masalah itu terjadi (*What, Who, When, Where, Why, How*)

Sebagai contoh adanya permasalahan tidak tercapainya target cakupan kunjungan keluarga di desa X pada bulan Februari tahun 2020, atau tidak tercapainya target salah satu indikator di kabupaten X pada periode waktu yang telah ditetapkan, dsb.

b. Mencari akar penyebab masalah

Dari hasil identifikasi masalah yang telah dilakukan, peserta mencari akar penyebab dari permasalahan tersebut. Untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah, peserta dapat menggunakan analisis SWOT, diagram Ishikawa, pohon

masalah, atau metode analisis lain yang lebih dikuasai. Beberapa kemungkinan penyebab masalah dapat ditelusuri dari segi:

1. Input (sumber daya): manusia/tenaga, jenis dan jumlah obat/ sarana/ fasilitas, prosedur kerja, dana dan lain-lain.
2. Proses (pelaksanaan kegiatan): frekuensi, penggunaan metode/prosedur, kepatuhan terhadap standar pelayanan, supervisi/pembinaan dll.
3. Lingkungan: kebijakan, *political will*, kondisi geografis

Kemungkinan-kemungkinan tersebut dapat digali dengan melakukan brainstorming dengan fokus pada masing-masing kategori. Lakukan pencatatan terkait kemungkinan penyebab masalah pada masing masing kategori. Peserta dapat menggali lebih banyak penyebab dari masing masing permasalahan yang ditemui dari berbagai kategori. Meskipun permasalahan yang ditemukan sama namun akar penyebab masalah dapat saja berbeda-beda untuk masing-masing Puskesmas.

Sebagai contoh pada permasalahan tidak tercapainya target cakupan kunjungan keluarga di desa X pada bulan Februari tahun 2020, dengan melakukan brainstorming peserta menggali kemungkinan penyebab tidak tercapainya target cakupan kunjungan tersebut berdasarkan kategori misalnya apakah karena jumlah tim pembina keluarga tidak cukup untuk mengejar target capaian kunjungan keluarga, apakah target yang ditetapkan terlalu tinggi, apakah kunjungan pada keluarga yang sama perlu dilakukan berkali kali, apakah kunjungan tidak dapat dilakukan karena lokasi yang sulit akses, dan sebagainya. Untuk masing masing kemungkinan penyebab tersebut digali lebih dalam sub-sub penyebab yang mengakibatkannya. Mengapa kunjungan perlu dilakukan berkali kali? apakah karena sebelumnya tidak ada informasi ke keluarga? Mengapa tidak ada informasi apakah karena tidak melibatkan kader atau tidak dilakukan sosialisasi? Mengapat tidak melibatkan kader? Mengapa tidak dilakukan sosialisasi? Dsb.

Setelah semua dicatat di bawah masing masing kategori lakukan klarifikasi data untuk menghilangkan duplikasi dan ketidaksesuaian masalah atau menyimpang dari topik. Selanjutnya dibuat kesimpulan dari hasil menentukan akar masalah tersebut.

c. Menentukan pemecahan masalah yang mengedepankan keterpaduan PIS-PK, SPM dan Germas

Penetapan cara pemecahan masalah dapat dilakukan kesepakatan diantara petugas Puskesmas dengan didahului brainstorming dimana masing masing peserta mengemukakan pendapatnya masing-masing. Seperti pada materi Manajemen Umum disampaikan bahwa bila tidak terjadi kesepakatan dalam

menentukan pemecahan masalah secara brainstorming maka dapat digunakan tabel cara pemecahan masalah.

Peserta harus mengingat bahwa PISPK ini berkaitan dengan SPM dan Germas. Dimana upaya pemecahan masalah PISPK didorong melalui upaya Germas dalam mengubah perilaku sehat masyarakat melalui PHBS, melalui keterlibatan kader, juga keterlibatan Organisasi Perangkat Daerah (OPD). Keterkaitan SPM dan PISPK dapat dilihat dari indikator yang beririsan. Namun karena dalam PISPK, petugas Puskesmas melakukan kunjungan keluarga maka pada saat kunjungan petugas tidak saja melihat status kesehatan yang berkaitan dengan indikator PISPK namun sekaligus melihat kondisi kesehatan lainnya termasuk penyakit yang dipantau melalui SPM. Ketercapaian SPM dipengaruhi oleh jumlah penduduk yang menjadi denominator atau pembagi dalam penghitungan capaian kinerja.

Kegiatan kunjungan keluarga yang dilaksanakan pada PISPK dapat memberikan gambaran jumlah total keluarga yang real atau nyata jika semua keluarga telah mendapatkan kunjungan dan terdata dengan baik. Karena target sasaran SPM adalah 100% masyarakat mendapatkan 12 pelayanan dasar maka dengan pelaksanaan dan pencapaian PISPK akan memastikan tercapaian tujuan SPM. Oleh karena itu data capaian PISPK dapat dijadikan salah satu bahan advokasi untuk memperoleh dukungan pemerintah daerah dalam memecahkan masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.

Sebagai contoh Puskesmas dapat menggunakan data capaian indikator PISPK dalam melakukan advokasi kepada lintas sektor (OPD) untuk penegakkan disiplin KTR dalam rangka menekan angka perokok. Contoh lain dalam mengatasi rendahnya indikator pemantauan tumbuh kembang, Puskesmas dapat melakukan advokasi kepada pemerintah daerah untuk menggerakkan kader kesehatan dalam melakukan pemantauan kesehatan warga melalui UKBM/Posyandu.

Hal tersebut di atas hanya beberapa contoh saja, Puskesmas didorong untuk dapat menggali lebih dalam berdasarkan permasalahan yang ditemukan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki. Hal yang perlu diperhatikan bahwa pemecahan masalah PISPK ini harus dimasukkan dalam manajemen Puskesmas secara keseluruhan.

8

REFERENSI

1. Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
2. Permenkes Nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
3. Permenkes Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
4. Modul Manajemen Umum