



BUKU PANDUAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS TERPADU

BUKU PANDUAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS TERPADU

Disusun oleh :
Tim LANDASAN Fase II - KOMPAK

PENYUSUN DAN KONTRIBUTOR

- **Dr. Ferdinand Laihad, MScPH.** (UNICEF Indonesia)
- **Jana Fitria Kartika Sari, SKM, MKes.** (UNICEF Papua)
- **Dr. Ratih Dharmi Woelandaroe, MSc, MPH.** (UNICEF Papua)
- **Dr. Sudhir Khanal, MPH.** (UNICEF Papua)
- **Dr. Budhi Setiawan, MPH.** (UNICEF Indonesia)
- **Drg. Agnes Ang** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **I Kadek Hermanta, SKM, M.Si** (YSBH - Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Dra. Lusia Ang, Apt.** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Dr. Mariana Matassik, M.Kes.** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Dr. Yokelyn Suebu, M.Kes.** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Dr. Victor Eka Nugraha. M.Kes.** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat)
- **Eddy Sunandar, ST, M.Si.** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat)
- **Sriyana, SKM** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Johnny Hutahaean, SKM** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Ahmad Yuri** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Sutarman, SKM, MPH.** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Soemedi Hadiyanto, SKM, M.Kes.** (Balatkes – Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Pungut Sunarto** (Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura)
- **Kristanti, SKM, M.Si.** (Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura)
- **Dr. Budi Subianto, MPH.** (Konsultan UNICEF)
- **Yudhy Dharmawan, SKM, M.Kes.** (FKM Universitas Diponegoro)
- **Muhammad Afrianto, ST, M.Sc.** (UNICEF Papua)
- **Dr. Arte Pisceska, MPH** (KINERJA - RTI Papua)
- **Dr. Lanny Dimalouw** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua)
- **Dr. Siti Ramlah Saifoeddin** (Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat)
- **Julia Sagala, MPH** (BaKTI - Landasan)

PENGANTAR

Buku Panduan ini disusun berdasarkan Buku Pedoman Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas terbitan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat tahun 2006. Karena pengembangan pada modul Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) berlangsung sejak tahun 2015, Buku Panduan ini disiapkan untuk memberikan penjelasan lebih terperinci mengenai perubahan tersebut.

Salah satu hal yang ditekankan dalam buku ini ialah pengembangan modul kerja perencanaan yang terpadu dengan menggunakan pendekatan Integrated Micro-Planning (IMP) atau Perencanaan Mikro Terpadu.

IMP adalah suatu pendekatan perencanaan dan penganggaran dari program kesehatan dasar terintegrasi di tingkat Puskesmas yang memaksimalkan penggunaan semua sumber daya, baik tenaga, waktu, fasilitas dan biaya, untuk memastikan bahwa semua anggota masyarakat seluruh kampung terlayani secara rutin dan berkesinambungan.

Dengan penerapan pendekatan IMP di dalam instrumen PTP terbaru, bentuk terakhir instrumen perencanaan tersebut mendapat nama baru: Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu (PTP Terpadu).

Kami berharap buku panduan PTP Terpadu ini dapat digunakan sebagai salah satu pedoman dalam penyusunan perencanaan di Puskesmas yang lebih terpadu dan berbasis bukti. Buku ini dapat menjadi salah satu pegangan dalam penyusunan dan pembinaan Perencanaan Tingkat Puskesmas di daerah.

Dengan demikian, Puskesmas diharapkan mampu menyusun Rencana Kegiatan Tahunan (RKT) masing-masing secara optimal berdasarkan besaran masalah yang dihadapi dan kemampuan sumber daya yang tersedia. Selain itu, pelaksanaan RKT juga diharapkan dapat mengembangkan dan membina peran serta masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja masing-masing Puskesmas.

DAFTAR ISI

- 1** Penyusun & Kontributor
- 2** Pengantar
- 3** Daftar Isi
- 5** **BAB 1** : Pendahuluan
- 8** **BAB 2** : Gambaran Umum Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu
- 10** **BAB 3** : Perencanaan Terpadu Tingkat Puskesmas
- 23** **BAB 4** : Penggerakan dan Pelaksanaan
- 33** **BAB 5** : Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian
- 40** **BAB 6** : Pendampingan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu
- 45** **BAB 7** : Monitoring dan Evaluasi
- 47** **Lampiran-Lampiran**

DAFTAR GAMBAR

- 9** **Gbr. 1** - Siklus Perencanaan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- 10** **Gbr. 2** - Siklus Manajemen Puskesmas
- 13** **Gbr. 3** - Siklus Perencanaan dan Penganggaran Tahunan
- 13** **Gbr. 4** - Siklus Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas
- 38** **Gbr. 5** - Contoh Grafik Laba-Laba atau Diagram Radar untuk Pelayanan K1 - K4 PN, Bufar dan KB Aktif
- 46** **Gbr. 6** - Contoh Jadwal Monitoring dan Evaluasi

DAFTAR TABEL

- 11** **Tabel 1** - Tahapan Kegiatan Siklus Manajemen Puskesmas
- 16** **Tabel 2** - Identifikasi Masalah
- 21** **Tabel 3** - Matriks Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas
- 22** **Tabel 4** - Matriks Rencana Pelaksanaan Kegiatan
- 45** **Tabel 5** - Perbedaan dan Persamaan Monitoring dan Evaluasi

LAMPIRAN - LAMPIRAN

- 47** **Lampiran 1** - Checklist Pendampingan Perencanaan Tingkat Puskesmas
- 49** **Lampiran 2** - Laporan Tahapan Pendampingan Perencanaan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu
- 50** **Lampiran 3** - Kuisisioner Evaluasi PTP Terpadu Puskesmas
- 51** **Daftar Istilah**

1

PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat, atau lebih dikenal dengan sebutan Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerja masing-masing pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama.

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sehingga melaksanakan tugas dan fungsinya dengan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan. Kebijakan itu tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Agar Puskesmas dapat mengelola upaya kesehatan dengan baik dan berkesinambungan dalam mencapai tujuannya, Puskesmas harus menyusun rencana kegiatan untuk periode 5 (lima) tahun yang selanjutnya akan dibuat lebih terperinci dalam rencana tahunan Puskesmas, sesuai siklus perencanaan anggaran daerah. Semua rencana kegiatan, baik 5 (lima) tahunan maupun tahunan, selain mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan kabupaten/kota, juga harus disusun berdasarkan hasil analisis situasi saat itu (*evidence based*), dan prediksi situasi ke depan. Proses selanjutnya ialah pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kegiatan/program yang disusun, lalu melakukan pengawasan dan pengendalian, disusul upaya-upaya perbaikan dan peningkatan (*corrective action*), dan diakhiri dengan penilaian kinerja Puskesmas.

Upaya kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas terdiri dari Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang meliputi Upaya Kesehatan Esensial dan Upaya Kesehatan Pengembangan. Upaya Kesehatan Esensial meliputi Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu Anak dan Keluarga Berencana, Perbaikan Gizi Masyarakat, Kesehatan Lingkungan, dan Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular. Sedangkan Upaya Kesehatan Pengembangan mencakup upaya kesehatan yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat setempat, serta disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas.

Upaya Kesehatan Pengembangan ditetapkan bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan masukan warga melalui perwakilan warga dalam bentuk Badan Penyantun Puskesmas/Konsil Kesehatan Kecamatan (bagi yang sudah terbentuk).

Apabila Puskesmas belum mampu menyelenggarakan upaya tersebut, tetapi telah menjadi kebutuhan warga setempat, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota menjadi pihak yang

wajib menyelenggarakannya. Upaya Kesehatan Pengembangan, antara lain terdiri dari: Upaya Kesehatan Sekolah, Upaya Kesehatan Olah Raga, Upaya Kesehatan Kerja, Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut, Upaya Kesehatan Jiwa, Upaya Kesehatan Mata, Kesehatan Usia Lanjut, Pembinaan Pengobatan Tradisional, Perawatan Kesehatan Masyarakat, dan sebagainya.

Upaya laboratorium (medis dan kesehatan masyarakat) dan upaya pencatatan-pelaporan merupakan pelayanan penunjang dari setiap Upaya Kesehatan Esensial dan Upaya Kesehatan Pengembangan Puskesmas. Adapun perawatan kesehatan masyarakat merupakan bagian integral dari berbagai upaya pelayanan yang ada. Dengan demikian, pelayanan Puskesmas diharapkan bisa bersifat menyeluruh.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Esensial dan Upaya Kesehatan Pengembangan harus menerapkan azas penyelenggaraan Puskesmas secara terpadu, yaitu azas pertanggungjawaban wilayah, pemberdayaan masyarakat, keterpaduan, dan rujukan.

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas untuk menyelenggarakan Upaya Kesehatan Esensial dan Pengembangan tersebut, Puskesmas harus melaksanakan manajemen Puskesmas secara efektif dan efisien. Siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, dilaksanakan dalam rangka menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan secara bermutu. Rangkaian kerja ini harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerja dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus "*Plan-Do-Check-Action (P-D-C-A)*".

Perencanaan Tingkat Puskesmas disusun untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada di wilayah kerjanya, baik Upaya Kesehatan Esensial, Upaya Kesehatan Pengembangan maupun Upaya Kesehatan Penunjang. Perencanaan ini disusun untuk kebutuhan satu tahun agar Puskesmas mampu melaksanakannya secara efisien, efektif dan dapat dipertanggungjawabkan.

BOX 1

Pengertian Manajemen

Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) 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 hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti Puskesmas dapat memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.

Tujuan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu

Tujuan dari PTP Terpadu adalah:

1. Menyusun rencana 5 (lima) tahunan yang kemudian dirinci kedalam rencana tahunan;
2. Menggerakkan pelaksanaan upaya kesehatan secara efisien dan efektif;
3. Mengelola sumber daya secara efisien dan efektif;
4. Menyusun perencanaan dan penganggaran sesuai alur manajemen puskesmas dalam mengatasi permasalahan di kampung dengan memastikan semua anggota masyarakat dapat terlayani secara rutin
5. Terbentuknya semangat dan komitmen untuk bekerja secara tim, tidak terkotak-kotak, sehingga pelayanan kesehatan pada masyarakat dapat dilaksanakan dengan lebih efektif untuk mencapai cakupan dan kualitas pelayanan yang setinggi-tingginya.

Manfaat Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu

Manfaat dari Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu adalah sebagai berikut:

- a. Perencanaan dapat memberikan petunjuk untuk menyelenggarakan upaya kesehatan
- b. Secara efektif dan efisien demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- c. Perencanaan memudahkan pengawasan dan pertanggungjawaban.
- d. Perencanaan dapat mempertimbangkan hambatan, dukungan dan potensi yang ada.

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 yang perlu didukung oleh kabupaten maupun provinsi.

Dasar Hukum Pelaksanaan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu

Dasar hukum Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu:

1. 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).
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 No.1676)
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.44 Tahun 2016, tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1423)
4. Peraturan Menteri Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi No.8 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Desa.

2

GAMBARAN UMUM PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS TERPADU

PENGERTIAN

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

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 yang perlu didukung oleh Kabupaten maupun Provinsi.

KEDUDUKAN PTP TERPADU DALAM MANAJEMEN PUSKESMAS

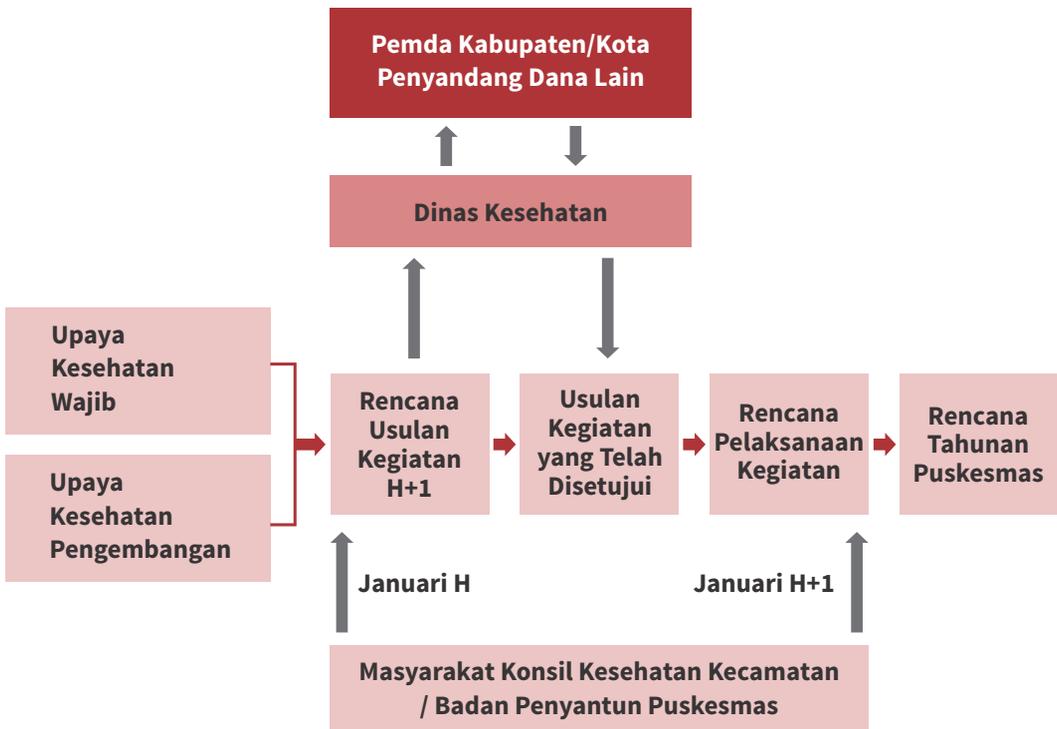
PTP Terpadu merupakan suatu alat untuk membantu secara teknis dan operasional dalam pelaksanaan manajemen Puskesmas agar rangkaian kegiatan berjalan lebih sistematis dan terukur untuk menghasilkan keluaran Puskesmas secara efektif dan efisien. Manajemen Puskesmas tersebut terdiri dari Perencanaan (P1), Penggerakan dan Pelaksanaan (P2), dan Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3). Seluruh kegiatan di atas merupakan satu kesatuan yang saling terkait dan berkesinambungan.

Dalam proses manajemen program di Puskesmas, perencanaan yang baik merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan pelaksanaan program. PTP merupakan alat bantu Puskesmas untuk melakukan rangkaian kegiatan manajemen puskesmas agar dilaksanakan secara sistematis dan terukur.

Perencanaan di sini berarti kegiatan perencanaan tingkat Puskesmas. Pelaksanaan-pengendalian adalah rangkaian kegiatan mulai dari pengorganisasian, penyelenggaraan, pemantauan (termasuk pemantauan wilayah setempat (PWS) dengan data dari SP2TP dalam forum Lokakarya Mini Puskesmas). Sedangkan pengawasan pertanggungjawaban adalah kegiatan pengawasan internal dan eksternal serta akuntabilitas petugas.

Penyusunan rencana kegiatan berupa Rencana Usulan Kegiatan (RUK) merupakan perencanaan kegiatan Puskesmas untuk tahun mendatang (H+1). Dalam PTP Terpadu rencana ini diwujudkan dalam perencanaan kebutuhan kegiatan Puskesmas (H+1) sesuai dengan kategori permasalahan lokal pada tingkat desa/kampung (BABA, BABU, BUBA, BUBU) dalam satu tahun. Sementara Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) diwujudkan dalam perencanaan kegiatan sesuai dengan skala prioritas berdasarkan alokasi dana yang tersedia dalam tahun berjalan.

GAMBAR 1
Siklus Perencanaan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota



3

PERENCANAAN TERPADU TINGKAT PUSKESMAS

RUANG LINGKUP

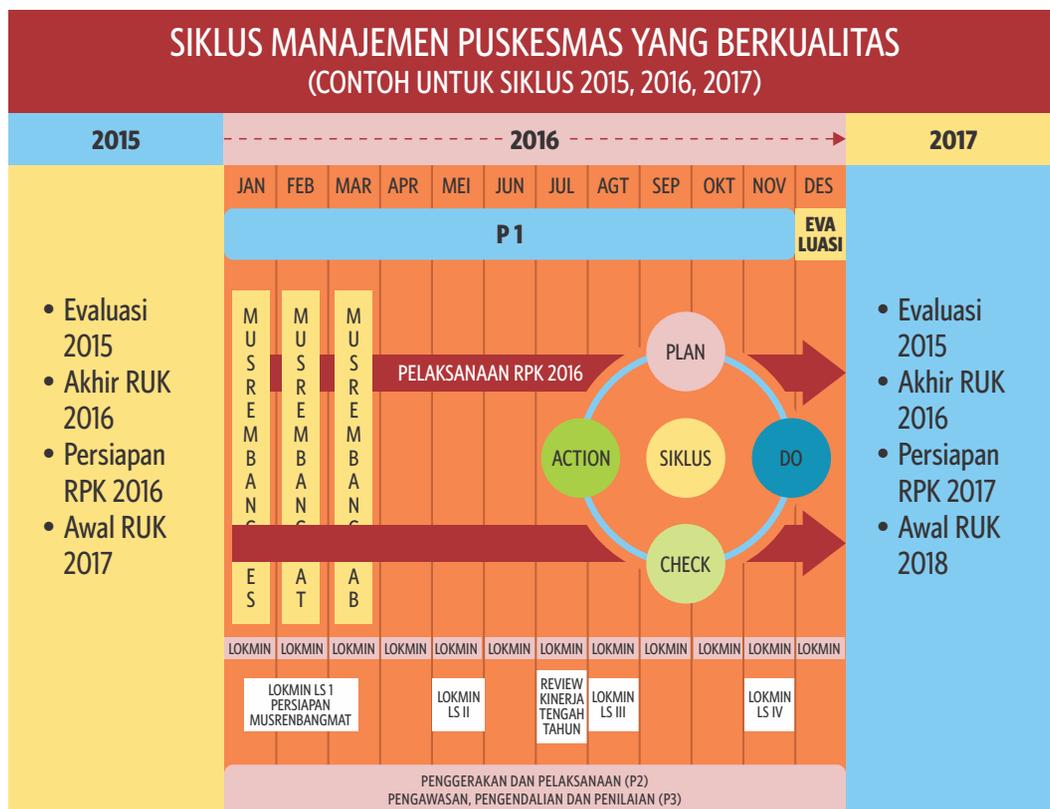
Perencanaan Tingkat Puskesmas mencakup semua kegiatan yang termasuk dalam Upaya Kesehatan Esensial, Upaya Kesehatan Pengembangan dan upaya kesehatan penunjang. Perencanaan ini disusun oleh Puskesmas sebagai Rencana Tahunan Puskesmas yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah, Pemerintah Pusat, serta sumber dana lainnya.

TAHAP PERENCANAAN

Perencanaan Tingkat Puskesmas disusun melalui 4 tahap yaitu:

1. Tahap persiapan
2. Tahap analisa situasi
3. Tahap penyusunan Rencana Usulan Kegiatan
4. Tahap penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan

GAMBAR 2 Siklus Manajemen Puskesmas



Penjelasan siklus manajemen yang berkualitas dijelaskan dalam **TABEL 1** di halaman berikutnya.

TABEL 1 Tahapan kegiatan siklus manajemen Puskesmas (contoh untuk siklus tahun 2015, 2016, dan 2017)

No	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
1.	Evaluasi kinerja Puskesmas tahun 2015 melalui Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP).	Desember 2015	Puskesmas	Dinas kesehatan Kab/Kota	Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas tahun 2015
2.	Persiapan penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) tahun 2016 berdasarkan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang telah disetujui dan dibandingkan dengan hasil kinerja Puskesmas tahun 2015.	Desember 2015	Puskesmas		Draft RPK tahun 2016
3.	Analisa situasi dan pelaksanaan Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) sebagai bahan penyusunan RUK tahun 2017 dan Rencana lima tahunan periode 2017 s.d 2021, dengan pendekatan <i>Top-Down</i> dan <i>Bottom-Up</i> .	Awal Januari 2016	Desa/Kelurahan	Pemangku kepentingan Tk. Desa/Kelurahan	<input type="checkbox"/> Hasil analisa situasi <input type="checkbox"/> Hasil SMD dan MMD <input type="checkbox"/> Usulan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat desa/kelurahan sesuai harapan rasional masyarakat desa/kelurahan
4.	Lokakarya Mini (Lokmin) Bulanan Pertama	Minggu Kedua Januari 2016	Puskesmas		<input type="checkbox"/> Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Januari tahun 2016 <input type="checkbox"/> Bahan Musrenbangdes tahun 2016 <input type="checkbox"/> Draft RUK tahun 2017 <input type="checkbox"/> Draft Rencana Lima Tahunan 2017 s.d 2021
5.	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa (Musrenbangdes)	Minggu keempat Januari 2016	Desa/Kelurahan	Pemangku kepentingan Tk. Desa/Kelurahan	<input type="checkbox"/> Penyesuaian draft RUK tahun 2017 dengan hasil Musrenbangdes <input type="checkbox"/> Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2017 s.d 2021 dengan hasil Musrenbangdes

No	Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksana	Pihak Terkait	Keluaran
6.	Lokmin Bulanan Kedua	Awal Minggu pertama Februari 2016	Puskesmas		<input type="checkbox"/> Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Februari tahun 2016 <input type="checkbox"/> Bahan Lokmin Triwulan Pertama
7.	Lokmin Triwulan Pertama	Akhir Minggu Pertama Februari 2016	Puskesmas	LS terkait dan tokoh masyarakat di Kecamatan	Bahan Musrenbangmat bidang kesehatan Tahun 2016
8.	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kecamatan (Musrenbangmat)	Minggu kedua Februari 2016	Kecamatan	Pemangku kepentingan Tk. Kecamatan	<input type="checkbox"/> Penyesuaian draft RUK tahun 2017 dengan hasil Musrenbangmat <input type="checkbox"/> Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2017 s. d 2021 dengan hasil Musrenbangmat
9.	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kabupaten/Kota (Musrenbangkab/kota)	Maret 2016	Kab./Kota	Pemangku kepentingan Tk. Kabupaten/Kota	<input type="checkbox"/> Penyesuaian draft RUK tahun 2017 dengan hasil Musrenbangkab <input type="checkbox"/> Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2017 s. d 2021 dengan hasil Musrenbangkab

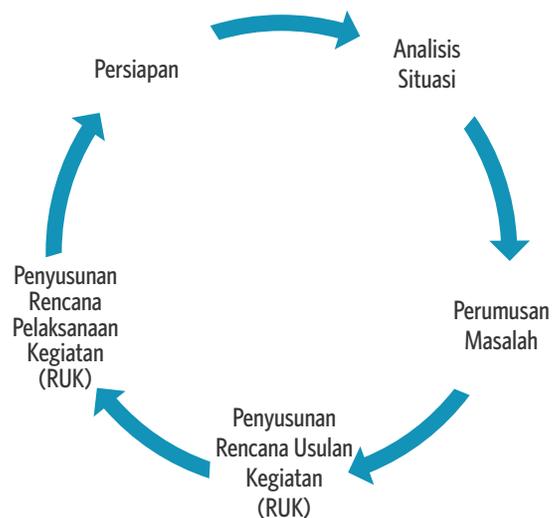
GAMBAR 3 Siklus Perencanaan dan Penganggaran Tahunan



Proses perencanaan Puskesmas mengikuti siklus perencanaan pembangunan daerah, dimulai dari tingkat desa /kelurahan /kampung melalui Musrembang desa /kelurahan/kampung, selanjutnya disusun pada Musrembang tingkat kecamatan/distrik, kemudian diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan kabupaten/kota akan mengusulkan perencanaan tersebut pada Musrembang tingkat Kabupaten/kota ke pemerintah daerah kabupaten/kota.

Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas ditunjukkan oleh diagram berikut dilakukan melalui lima tahap sebagai berikut:

GAMBAR 4 Siklus Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas



TAHAP PERSIAPAN

Tahap ini bertujuan mempersiapkan staf Puskesmas yang terlibat dalam proses penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas agar memperoleh kesamaan pandangan dan pengetahuan untuk melaksanakan tahap-tahap perencanaan.

Pada tahap ini Tim Puskesmas mempelajari hal-hal berikut ini:

- 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 dan menjadi tanggung jawab 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.

TAHAP ANALISA SITUASI

Tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan masalah yang dihadapi Puskesmas melalui proses analisa terhadap data yang dikumpulkan. Dalam tahap ini Tim Puskesmas melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Mengumpulkan data kinerja Puskesmas:
Puskesmas mengumpulkan dan mempelajari data kinerja dan gambaran status kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas di tahun (N-2) untuk setiap desa/kelurahan. Data diperoleh dari Sistem Informasi Puskesmas (SIP)
- b. Melakukan Analisa data
Hasil analisa data harus bisa menggambarkan:
 - 1) Kecenderungan pencapaian status kesehatan masyarakat dan hasil kinerja Puskesmas pada tahun (N-3) dan tahun (N-2). Status kesehatan keluarga dan masyarakat dapat dilihat dari hasil Indeks Keluarga Sehat yang diperoleh dari pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
 - 2) Hasil kinerja dan mutu penyelenggaraan kesehatan di tahun (N-2).
 - 3) Prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja Puskesmas di tahun N, baik prediksi untuk pencapaian target kinerja dan status kesehatan masyarakat maupun untuk kesenjangan pencapaian hasilnya, serta antisipasi terhadap kemungkinan penyebab dan hambatan nyata dan yang mungkin akan terjadi.
 - 4) Mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung kemungkinan terjadinya suatu perubahan signifikan, baik perubahan ke arah yang lebih baik dan perubahan ke arah lebih buruk, dan memanfaatkan pengalaman tersebut untuk mengadakan perbaikan pelayanan kesehatan.
 - 5) Ketersediaan dan kemampuan sumber daya Puskesmas.
- c. Analisis masalah dari sisi pandang masyarakat, dilakukan melalui Survey Mawas Diri (SMD) atau *Community Self Survey* (CSS).

Ada dua kelompok data yang dikumpulkan untuk dilakukan analisa situasi yaitu data umum dan data khusus. Kedua data ini diolah dengan menggunakan aplikasi yang di excel menggunakan dalam file “Form 1-12 PTP 2018”.

1. Data Umum:

- a) Data dasar Puskesmas (Format Puskesmas)
Nama Puskesmas, alamat Puskesmas, nomor registrasi Puskesmas, karakteristik wilayah kerja Puskesmas, kemampuan penyelenggaraan Puskesmas, angka kelahiran kasar (CBR), angka kematian bayi (AKB), tahun data dan jumlah kampung.
- b) Data Wilayah Kerja dan Fasilitas Pelayanan (Format F1)
Nama kampung/desa, kampung/desa tertinggal, kampung gondok endemik, luas wilayah, jumlah desa/dusun/RT/RW, jarak desa dengan Puskesmas, waktu tempuh ke Puskesmas, jumlah sekolah, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang ada termasuk Posyandu. Data ini dapat diperoleh di Kantor Kecamatan/Distrik atau Kampung/Desa.
- c) Data Sumber Daya
Data sumber daya Puskesmas (termasuk Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa), mencakup:
 - Ketenagaan (Format F2a)
 - Ketenagaan meliputi: Jumlah Tenaga Kesehatan, Non Kesehatan dan Status Kepegawaian, Standar Ketenagaan Minimal di Puskesmas dan Posisi Saat Ini, Standar Ketenagaan Minimal di Puskesmas Pembantu, Standar Ketenagaan Minimal di Polindes/Poskeskam.
 - Ketersediaan obat dan vaksin (Format F2b).
 - Keadaan peralatan kesehatan (Format F2c).
 - Pembiayaan Kesehatan (Format F2d)
 - Keadaan Sarana Prasarana Kesehatan (Format F2e)
- d) Data Peran Serta Masyarakat (Format F3)
Data ini mencakup jumlah Posyandu, kader, dukun bayi dan tokoh masyarakat.
- e) Data Penduduk dan Sasaran Program (Format F4)
Data penduduk dan sasaran program mencakup: jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin, kelompok umur (sesuai sasaran program dan SPM), di setiap desa/kampung. Data ini dapat diperoleh di kantor kampung/desa, kantor kecamatan, dan data estimasi sasaran di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.
- f) Data sekolah (Format F5)
Data sekolah dapat diperoleh dari dinas pendidikan setempat, mencakup jenis sekolah, jumlah siswa, klasifikasi sekolah UKS, jumlah dokter kecil, jumlah guru UKS/guru BP, dan lain-lain.

2. Data Khusus (hasil capaian kinerja Puskesmas)

- a) Data Kesehatan Lingkungan wilayah kerja Puskesmas (Format F6)
Data kesehatan lingkungan mencakup rumah sehat, tempat pembuatan makanan/minuman, tempat-tempat umum, tempat pembuangan sampah, sarana air bersih, jamban keluarga, sistem pembuangan air limbah, sarana air minum dan sanitasi.
- b) Status Kesehatan terdiri dari:
 1. Data kematian berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur (Format F7)

2. Data Kunjungan Kesakitan berdasarkan jenis kelamin dan jumlah kunjungan baru atau lama (Format F8)
 3. Pola Penyakit yaitu 10 penyakit terbesar yang ditemukan berdasarkan jenis kelamin (Format F9)
- c) Kejadian Luar Biasa (Format F10), dapat dilihat pada Laporan W1 (SIP).
- d) Cakupan Program Pelayanan Kesehatan 1 (satu) tahun terakhir di setiap kampung/desa, dapat dilihat dari Laporan Capaian Kinerja Puskesmas (Format F11a, F11b, F11c). Sedangkan format F11d adalah format untuk memantau capaian SPM, format F11e khusus disediakan untuk membantu Puskesmas dalam menentukan prioritas kampung berdasarkan kategori kampung sesuai masing-masing program.
(Catatan: Format 11a s.d 11e merupakan format pengembangan dari modul IMP yang telah dimodifikasi sesuai kebutuhan PTP Terpadu).
- e) Hasil survey (bila ada), dapat dilakukan sendiri oleh Puskesmas atau pihak lain (Format F12).

PERUMUSAN MASALAH

Perumusan masalah dilakukan berdasarkan hasil analisa data. Masalah adalah kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Tahapan ini menggunakan file kerja dalam excel “Tugas Diskusi Kelompok”, dilaksanakan melalui:

Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dilaksanakan dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut jenis upaya, target, pencapaian, dan masalah yang ditemukan. Tahapan ini terdapat dalam file “Tugas Diskusi Kelompok” pada kolom 2 sampai 7.

TABEL 2 Identifikasi Masalah

No	Upaya	Target	Pencapaian	Masalah
1.	UKM Esensial :			
	a. Promosi Kesehatan			
	b.			
2.	UKM Pengembangan			
	a. Promosi Kesehatan			
	b.			
3.	UKP			

Keterangan:

Masalah dirumuskan berdasarkan prinsip 5W1H (*What, Who, When, Where, Why, and How*). Apa masalahnya, siapa yang terkena masalahnya, kapan masalah itu terjadi, dimana masalah itu terjadi, kenapa dan bagaimana masalah itu terjadi).

Menetapkan Urutan Prioritas Masalah

Mengingat keterbatasan kemampuan dalam mengatasi masalah, ketaktersediaan teknologi yang memadai, atau adanya keterkaitan satu masalah dengan masalah lainnya, masalah prioritas perlu dipilih dan ditetapkan lewat kesepakatan Tim. Bila tidak dicapai kesepakatan, kriteria lain dapat digunakan. Penetapan urutan prioritas masalah dapat memanfaatkan berbagai macam metode seperti metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*) dan sebagainya. Tahapan ini terdapat pada “Tugas Diskusi Kelompok” pada kolom 7 sampai 12.

BOX 3

Metode USG dalam Menetapkan Urutan Prioritas

Urgency, Seriousness, Growth (USG) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan menetapkan skala nilai 1–5 atau 1–10 untuk melihat tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu. Isu dengan total skor tertinggi merupakan isu prioritas. Masing-masing elemen dalam USG dapat diuraikan sebagai berikut:

- *Urgency*. Seberapa mendesak isu tersebut, 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 untuk diselesaikan.
- *Seriousness*. Seberapa serius isu tersebut, dikaitkan dengan akibat dari penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dicatat bahwa dalam keadaan yang sama, masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah masalah yang lebih serius bila dibandingkan dengan masalah lain yang berdiri sendiri. *Seriousness* dilihat dari dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, dan membahayakan sistem atau tidak.
- *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 ialah: (1) hasil analisa situasi, (2) informasi tentang sumber daya yang dimiliki, (3) Dokumen tentang perundang-undangan, peraturan, serta kebijakan pemerintah yang berlaku

Contoh matriks pemecahan masalah dengan metode USG

Masalah	U	S	G	Total
Masalah A	5	3	3	11
Masalah B	4	4	4	12
Masalah C	3	5	5	13

Keterangan: berdasarkan skala likert 1-5 (5=sangat besar, 4=besar, 3=sedang, 2=kecil, 1=sangat kecil). Contoh di atas menunjukkan bahwa isu prioritas adalah Isu C.

Mencari Akar Penyebab Masalah

Setelah menentukan masalah prioritas, kerja selanjutnya ialah mencari akar penyebab masalah tersebut. Penyebab masalah dapat dikonfirmasi dengan data Puskesmas. Beberapa metode yang dapat dipergunakan dalam mencari akar penyebab masalah, salah satunya ialah Diagram sebab akibat Ishikawa (diagram tulang ikan/*fish bone*). Diagram sebab akibat digambarkan seperti contoh pada Formulir 1 terlampir, langkah-langkah penyusunannya meliputi:

- Tuliskan “masalah” pada bagian kepala ikan.
- Buat garis horizontal dengan anak panah menunjuk ke arah kepala ikan.
- Tetapkan kategori utama dari penyebab.
- Buat garis dengan anak panah menunjuk ke garis horizontal.
- Lakukan curah pendapat (*brainstorming*) dan fokuskan pada masing-masing kategori.
- Setelah dianggap cukup, lakukan cara yang sama untuk kategori utama yang lain.
- Untuk masing-masing kemungkinan penyebab, coba membuat daftar sub penyebab dan letakkan pada cabang yang lebih kecil.
- Setelah semua ide/pendapat dicatat, lakukan klarifikasi data untuk menghilangkan duplikasi, ketidaksesuaian dengan masalah, dan sebagainya.

Menetapkan Cara Pemecahan Masalah

Menetapkan cara pemecahan masalah dapat dilakukan dengan membuat kesepakatan di antara anggota Tim, didahului *brainstorming* (curah pendapat). Bila tidak terjadi kesepakatan, maka Tabel atau matriks cara pemecahan masalah di atas dapat digunakan. Langkah-langkah pemecahan masalah sebagai berikut:

- *Brainstorming* (curah pendapat). Dilaksanakan untuk membangkitkan ide/gagasan/pendapat tentang suatu topik atau masalah tertentu dari setiap anggota Tim dalam rentang waktu yang singkat dan bebas dari kritik.
- Kesepakatan di antara anggota Tim, berdasarkan hasil dari curah pendapat (*brainstorming*). Hasil kesepakatan dipergunakan sebagai bahan penyusunan Rencana Tahunan.

Hasil pembahasan akar penyebab masalah yang akan mengisi kolom 'penyebab permasalahan' dan 'cara pemecahan' dapat ditulis di file “Tugas Diskusi Kelompok” pada kolom 13 sampai 15. Untuk mencari alternatif pemecahan masalah atau kegiatan, bisa menggunakan salah satu referensi menu yang terdapat dalam file excel “Referensi Menu Intervensi”.

Tahap Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Penyusunan RUK dirumuskan setelah melalui tahapan Analisa Situsi dan Perumusan Masalah, bersama dengan pihak lintas sektor terkait dan didampingi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Penyusunan RUK terintegrasi ke dalam sistem perencanaan daerah dan dalam tataran target pencapaian akses, target kualitas pelayanan, target pencapaian output dan outcome, serta menghilangkan kondisi yang dapat menyebabkan kehilangan peluang dari sasaran program untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang seharusnya dapat dilaksanakan secara terintegrasi dalam satu pelaksanaan (*missed opportunity*).

Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK), dilaksanakan dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Menyusun RUK bertujuan untuk mempertahankan kegiatan yang sudah dicapai pada periode sebelumnya dan memperbaiki program yang masih bermasalah.
- b. Menyusun rencana kegiatan baru yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan di wilayah tersebut dan kemampuan Puskesmas.

Rencana Usulan Kegiatan disusun dalam bentuk matriks dengan memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik kesepakatan global, nasional, maupun daerah, dan sesuai dengan masalah yang ditemukan dari kajian data dan informasi yang tersedia di Puskesmas. Tahapan penyusunan RUK diawali dengan Hitung RUK untuk mengetahui rincian dan besaran dana yang dibutuhkan untuk setiap kegiatan. Tahapan ini dapat dikerjakan dalam file “RUK Puskesmas”

TABEL 3 Matriks Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Kebutuhan Sumber Daya	Mitra Kerja	Waktu Pelaksanaan	Kebutuhan Anggaran	Indikator Pekerja	Sumber Pembiayaan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
UKM Esensial												
1	KIA & KB											
2	Promkes											
3	Kesling											
4	Gizi											
5	Pencegahan & Pengendalian Penyakit											
UKM Pengembangan												
1	Kestrada											
UKP												
1	Rawat Jalan											
PELAYANAN KEFARMASIAN												
1	Dst,											
PELAYANAN PERKEMAS												
1	Dst,											
PELAYANAN LABORATORIUM												
1	Dst,											

RUK yang disusun perlu diperjuangkan untuk mendapatkan dukungan pembiayaan sesuai dengan sumber pembiayaan yang dicantumkan dalam RUK tersebut. Untuk memperoleh dukungan dana APBD, RUK Puskesmas perlu dijabarkan dalam bentuk RKA (Rencana Kegiatan Anggaran). Penjabaran ke dalam RKA sebaiknya menggunakan rincian yang telah dibuat lewat Hitung RUK yang terdapat dalam file “RUK Puskesmas”

Tahap Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Penyusunan RPK dilaksanakan melalui pendekatan keterpaduan lintas program dan sektor dalam lingkup siklus kehidupan. Keterpaduan penting untuk dilaksanakan mengingat

adanya keterbatasan sumber daya di Puskesmas. Keterpaduan dimaksudkan agar tidak akan terjadi missed opportunity, kegiatan Puskesmas dapat terselenggara secara efisien, efektif, bermutu, dan target prioritas yang ditetapkan pada perencanaan dapat tercapai.

Tahap penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan untuk upaya kesehatan Masyarakat Esensial dan Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan, upaya kesehatan perorangan, pelayanan Perkesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan laboratorium, semuanya dilaksanakan secara bersama, terpadu dan terintegrasi. Hal ini sesuai dengan azas penyelenggaraan Puskesmas yaitu keterpaduan.

Langkah-langkah penyusunan RPK dapat diringkas sebagai berikut:

1. Mempelajari alokasi kegiatan dan biaya yang sudah disetujui.
2. Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang diusulkan dan situasi pada saat penyusunan RPK.
3. Menyusun rancangan awal, rincian dan volume kegiatan yang akan dilaksanakan serta sumber daya pendukung menurut bulan dan lokasi pelaksanaan.
4. Mengadakan Lokakarya Mini Tahunan untuk membahas kesepakatan RPK.
5. Membuat RPK yang telah disusun dalam bentuk matriks.

TABEL 4 Matriks Rencana Pelaksanaan Kegiatan

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Volume Kegiatan	Jadwal	Rician 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 & Pengendalian Penyakit										
UKM Pengembangan											
1	Kestrads										
UKP											
1	Rawat Jalan										
PELAYANAN KEFARMASIAN											
1	Dst,										
PELAYANAN PERKEMAS											
1	Dst,										
PELAYANAN LABORATORIUM											
1	Dst,										

Penyusunan RPK dilakukan dengan cara *copy* file “RUK Puskesmas” pada *sheet* “Hitung RUK” ke file yang telah disiapkan dan file tersebut menjadi file 'RPK Puskesmas”.

Penggerakan dan Pelaksanaan program atau kegiatan merupakan kegiatan lanjutan dari Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK). Penggerakan pelaksanaan program atau kegiatan dapat dilakukan melalui berbagai cara, di antaranya adalah rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari setiap program sesuai penjadwalan pada RPK bulanan, maupun dilakukan melalui forum yang dibentuk khusus untuk itu. Forum yang dibentuk khusus untuk melakukan penggerakan pelaksanaan program dan kegiatan dinamakan forum Lokakarya Mini Puskesmas.

Dalam rangka penggerakan dan pelaksanaan program atau kegiatan, Kepala Puskesmas dapat melakukan pengorganisasian ulang petugas di Puskesmas dalam rangka penguatan dan pemantapan organisasi.

LOKAKARYA MINI BULANAN

Lokakarya mini bulanan bertujuan untuk menilai pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh para pelaksana program/kegiatan pada bulan atau periode sebelumnya, sekaligus memantau pelaksanaan rencana kegiatan Puskesmas yang akan datang. Dengan begitu, perencanaan ulang dapat dibuat lebih baik dan sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Disamping itu, kita ketahui bersama bahwa keberhasilan pelaksanaan kegiatan Puskesmas memerlukan keterpaduan lintas program dan sektor. Lokakarya mini bulanan dilaksanakan pada setiap awal bulan.

Keterpaduan lintas program adalah keterpaduan internal Puskesmas yang bertujuan agar seluruh petugas punya rasa memiliki dan motivasi tinggi dalam melaksanakan seluruh kegiatan Puskesmas secara terintegrasi. Seluruh komponen Puskesmas harus memiliki kesadaran bahwa Puskesmas merupakan satu sistem dan mereka adalah subsistem pembentuknya. Pengorganisasian internal sekaligus pemantauan kegiatan Puskesmas dilaksanakan melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas yang menghasilkan perencanaan ulang. Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas diselenggarakan dalam 2 (dua) tahap yaitu:

Lokakarya Mini Bulanan Pertama

Lokakarya Mini bulanan yang pertama merupakan lokakarya penggalangan Tim, diselenggarakan dalam rangka pengorganisasian untuk dapat terlaksananya RPK Puskesmas.

Pengorganisasian dilaksanakan dalam rangka penentuan penanggung jawab dan pelaksana setiap kegiatan dan satuan wilayah kerja. Seluruh program kerja dan wilayah kerja Puskesmas dibagikan habis kepada seluruh pegawai Puskesmas, dengan mempertimbangkan kemampuan masing-masing.

Langkah-langkah dan ketentuan penyelenggaraan Lokakarya Mini bulanan dapat dilihat pada **BOX 4** di bawah.

BOX 4

Langkah-langkah dan Ketentuan Penyelenggaraan Lokakarya Mini Bulanan

a. Persiapan

- 1) Kepala Puskesmas mempersiapkan
 - Bahan umpan balik hasil kinerja sekaligus dengan hasil analisisnya.
 - Informasi kebijakan 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 tanggung jawab semua petugas Puskesmas, berdasarkan hasil analisa beban kerjanya.
- 2) Pelaksana dan penanggungjawab program/kegiatan mempersiapkan
 - Laporan kinerja Puskesmas tahun sebelumnya.
 - Bahan penyusunan RUK tahun yang akan datang dan Rencana Lima Tahunan.
 - Usulan kegiatan untuk perbaikan atau peningkatan kinerja Puskesmas.
 - RPK bulanan setiap program/kegiatan.
- 3) Kepala sub-bagian tata usaha mempersiapkan
 - Usulan kebutuhan sumber daya 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 dan/atau bahan lain yang dianggap perlu untuk pelaksanaan forum).
 - Buku catatan/notulen rapat Dinas Kesehatan dan rapat lintas sektor kecamatan.
 - Petugas yang bertanggung jawab mengorganisir penyelenggaraan Lokakarya Mini.

b. Pelaksanaan

- 1) Masukan (input)
 - 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 setiap pegawai.
 - Pembagian tugas baru termasuk pembagian tanggung jawab daerah binaan (darbin).

- Penyusunan RPK tahun berjalan berdasarkan RUK yang telah ditetapkan.
- Penyusunan RPK bulanan berdasarkan RPK tahunan.
- Penyusunan RUK untuk tahun selanjutnya.
- Penyusunan Rencana Lima Tahunan untuk periode selanjutnya.

3) Luaran (output)

- Tersusunnya RPK tahunan berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan.
- Tersusunnya RPK bulanan.
- Kesepakatan bersama untuk pelaksanaan RPK bulanan.
- Matriks pembagian tugas dan daerah binaan.
- Bahan Musrenbangdes / Musrenbang kampung.
- 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 kebutuhan, ketersediaan waktu, dan kondisi Puskesmas setempat.

Di bawah ini adalah contoh susunan acara Lokakarya Mini bulanan pertama

- Pembukaan dilanjutkan dinamika kelompok
- Pengenalan kebijakan dan 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
- Penyusunan Rencana Lima Tahunan untuk periode selanjutnya

- Tempat

Disarankan agar Lokakarya Mini diselenggarakan di Puskesmas, apabila tidak memungkinkan dapat menggunakan tempat lain yang berdekatan dengan Puskesmas. Ruang yang dipakai hendaknya cukup untuk menampung semua peserta. Pengaturan ruangan sebaiknya menyerupai huruf “U”.

Lokakarya Mini Bulanan Rutin

Lokakarya Mini bulanan rutin diselenggarakan sebagai tindak lanjut dari Lokakarya Mini bulanan yang pertama. Lokakarya Mini bulanan rutin dilaksanakan untuk memantau pelaksanaan kegiatan Puskesmas yang dilakukan setiap bulan. Forum Lokakarya Mini bulanan rutin, juga sekaligus dapat digandengkan dengan pertemuan tinjauan manajemen, sesuai jadwal yang telah ditetapkan Tim audit internal.

Penanggungjawab penyelenggaraan Lokakarya Mini bulanan rutin adalah kepala Puskesmas, dalam pelaksanaannya dibantu staf Puskesmas dengan mengadakan rapat kerja seperti biasanya. Fokus utama Lokakarya Mini bulanan rutin ialah soal pentingnya kesinambungan arah dan kegiatan antara hal-hal yang direncanakan, integrasi antarprogram dalam menyelesaikan masalah prioritas Puskesmas yang ditetapkan setiap tahun, serta pelaksanaan dan hasilnya, agar kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan tersebut efektif dan efisien.

Langkah-langkah dan ketentuan penyelenggaraan Lokakarya Mini Bulanan rutin Puskesmas dapat dilihat pada **BOX 5** di bawah.

BOX 5

Langkah-langkah dan Ketentuan Penyelenggaraan Lokakarya Mini Bulanan Rutin Puskesmas

a. Persiapan

- 1) Kepala Puskesmas mempersiapkan
 - Umpan balik hasil kinerja bulan lalu dan capaian kumulatif selama bulan berjalan.
 - Informasi kebijakan 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 sub-bagian 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 dan/atau bahan lain yang dianggap perlu untuk pelaksanaan forum).
 - Buku catatan/notulen rapat Dinas Kesehatan dan rapat lintas sektor kecamatan.
 - Petugas yang bertanggung jawab dalam mengorganisir penyelenggaraan Lokakarya Mini.

b. Penyelenggaraan

1) Masukan (input)

- Laporan hasil kegiatan bulan sebelumnya.
- Dinas KabupaenKoa
- Rencana awal pelaksanaan program/kegiatan bulan berjalan.
- Informasi tentang hasil rapat di kabupaten/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 (SOP) yang telah disusun.
- Menyusun rencana tindak lanjut berupa rencana kerja pemecahan masalah berdasarkan daerah binaan yang disesuaikan dengan RPK. Jika tindak lanjut yang diputuskan tidak terakomodasi dalam RPK maka kegiatannya diinventarisasi dan dikomunikasikan pada Lokakarya tribulanan.
- Pada periode tengah tahun dapat dilakukan evaluasi tengah tahun (*midterm evaluation*) kinerja Puskesmas untuk enam bulan pertama terhadap target yang ditetapkan, dan bila memungkinkan RPK semester selanjutnya dapat disesuaikan dengan hasil evaluasi tersebut.
- Pembahasan RUK untuk tahun selanjutnya, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi terbaru.

3) Luaran (*output*)

- Rencana tindak lanjut berupa RPK bulan berikutnya.
- Komitmen untuk melaksanakan RPK yang telah disusun.
- Bahan yang akan disampaikan pada Lokakarya Mini Tribulanan.
- 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, kegiatan Lokakarya Mini bulanan harus melibatkan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Melalui forum ini Puskesmas dapat menyampaikan hal-hal yang perlu didukung oleh jejaring dalam

menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas, berdasarkan hasil analisa data Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Atau sebaliknya, bila terdapat masalah kondisi kesehatan pada keluarga yang menjadi peserta JKN di jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang perlu diintervensi oleh Puskesmas.

➤ Sehubungan dengan hal tersebut Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatannya dapat saling memberikan data keluarga peserta 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 ialah pekan pertama atau waktu lain yang dianggap tepat.

Prinsip yang harus dipegang ialah bahwa Lokakarya Mini bulanan rutin dilaksanakan dengan melibatkan seluruh pegawai Puskesmas, tanpa mengganggu aktivitas pelayanan serta dapat mencapai tujuan.

- Acara

Pada dasarnya susunan acara Lokakarya Mini bulanan rutin bersifat dinamis, dapat disusun sesuai kebutuhan, ketersediaan waktu, dan kondisi Puskesmas setempat. Jadwal Lokakarya Mini bulanan rutin dibuat sesuai contoh pada Formulir 8 terlampir. 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
- Pertemuan tinjauan manajemen, sesuai jadwal Tim audit internal
- Tempat seperti lokakarya mini bulanan pertama.

Salah satu bahan dalam Lokakarya Mini bulanan rutin ialah penyajian PWS Penyakit, PWS KIA, PWS Imunisasi, dan PWS Gizi, seperti contoh pada file excel PWS Penyakit, PWS KIA-Imunisasi, dan PWS Gizi.

LOKAKARYA MINI TRIBULANAN

Masalah kesehatan (termasuk kejadian kesakitan dan kematian) yang terjadi di masyarakat disebabkan oleh banyak faktor, dan seringkali penyebab utamanya berasal dari luar faktor kesehatan. Masalah kesehatan dapat disebabkan antara lain oleh faktor lingkungan (termasuk sosial-ekonomi-budaya), perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan, keadaan demografi dan faktor keturunan. Karena itu, untuk memecahkan masalah kesehatan dibutuhkan kerjasama antara sektor kesehatan dengan sektor-sektor lain yang terkait dengan penyebab terjadinya masalah kesehatan. Untuk menumbuhkan semangat kerjasama antarsektor yang terkait dalam pembangunan kesehatan diperlukan upaya penggalangan dan peningkatan kerjasama lintas sektoral, agar diperoleh hasil yang optimal.

Untuk memelihara kerjasama lintas sektor perlu dilakukan upaya penggalangan dan pemantauan pelaksanaan kerjasama melalui suatu forum Lokakarya Mini yang diselenggarakan setiap tiga bulan atau Lokakarya Mini Tribulanan. Lokakarya Mini tribulanan bertujuan untuk menginformasikan dan mengidentifikasi capaian hasil kegiatan tiga bulan sebelumnya, membahas dan memecahkan masalah dan hambatan yang dihadapi oleh lintas sektor pada kegiatan tribulan sebelumnya, dan menganalisa serta memutuskan Rencana Tindak Lanjut (RTL) dengan memasukkan umpan balik dari masyarakat dan sasaran program. Lokakarya Mini bulanan tetap dilaksanakan jika pada bulan yang bersamaan ada Lokakarya Mini tribulanan, dengan Lokakarya Mini bulanan mempersiapkan bahan untuk pelaksanaan Lokakarya Mini tribulanan.

Kegiatan Lokakarya Mini tribulanan lintas sektor dilaksanakan dalam dua tahap yaitu Lokakarya Mini tribulanan pertama dan Lokakarya Mini tribulanan rutin. Di bawah ini adalah uraian kedua Lokakarya Mini tersebut.

Lokakarya Mini Tribulanan Pertama

Lokakarya Mini tribulanan yang pertama merupakan lokakarya penggalangan Tim, diselenggarakan dalam rangka pengorganisasian untuk dapat melaksanakan rencana kegiatan sektoral yang terkait dengan pembangunan kesehatan. Pada tahap ini, Puskesmas mendiskusikan usulan yang akan disampaikan dalam Musrenbang Kecamatan yang memerlukan dukungan dari lintas sektor terkait. Dengan demikian, pada saat Musrenbang Kecamatan semua pihak sudah mengetahui dan dapat mendukung program kesehatan di tingkat kecamatan.

Pengorganisasian dilaksanakan untuk penentuan penanggungjawab dan pelaksana setiap kegiatan dan satuan wilayah kerja. Seluruh program dan wilayah kerja kecamatan dibagikan habis kepada seluruh sektor terkait, dengan mempertimbangkan kewenangan dan bidang masing-masing pihak.

Langkah-langkah lokakarya mini tribulanan yang pertama dapat dilihat pada **BOX 6** berikut ini.

BOX 6**Ketentuan dan Langkah-Langkah Lokakarya Mini Tribunal Pertama****a. Masukan (input)**

- 1) Kebijakan program dan konsep baru tentang Puskesmas.
- 2) Data capaian Puskesmas periode sebelumnya.
- 3) Kebijakan dan rencana kegiatan masing-masing sektor yang berhubungan dengan kesehatan.
- 4) Dukungan yang diperlukan dari lintas sektor untuk menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di kecamatan.
- 5) Nama calon anggota Tim dari masing-masing sektor berdasarkan pemetaan peran masing-masing sektor.

b. Proses

- 1) Penggalangan Tim, dilakukan melalui dinamika kelompok.
- 2) Menginformasikan dan mengidentifikasi capaian Puskesmas periode sebelumnya berdasarkan wilayah kerja.
- 3) Inventarisasi peran dari masing-masing sektor dalam pembangunan kesehatan.
- 4) Menganalisis dan memutuskan kegiatan berdasarkan masalah dan rencana kegiatan yang sudah ada di masing-masing sektor.
- 5) Menganalisis sumber daya masing-masing sektor yang memungkinkan untuk digunakan dalam tindak lanjut penyelesaian masalah kesehatan.

c. Luaran (output)

- 1) Rencana kegiatan masing-masing sektor yang terintegrasi.
- 2) Komitmen bersama untuk menindaklanjuti hasil Lokakarya Mini dalam bentuk penandatanganan kesepakatan.
- 3) Usulan bidang kesehatan yang telah disepakati bersama untuk dibawa pada tingkat Musrenbang kecamatan.

Salah satu bahan dalam Lokakarya Mini tribunal pertama ialah Penyajian Peta Permasalahan Kesehatan Per Kampung. Bahan ini bisa diperoleh dalam file excel Form 1-12 PTP-T 2018 pada sheet F11e.

Lokakarya Mini Tribunal Rutin

Sebagaimana Lokakarya Mini bulanan Puskesmas, Lokakarya Mini tribunal rutin merupakan tindak lanjut dari penggalangan kerjasama lintas sektoral yang telah dilakukan dan selanjutnya dilakukan setiap tiga bulan secara rutin. Penyelenggaraan Lokakarya Mini tribunal rutin dilakukan oleh Camat dan Puskesmas dibantu sektor terkait di kecamatan.

Tahapan Lokakarya Mini tribunal rutin dapat dilihat pada **BOX 7** di halaman berikutnya.

a. Masukan (*input*)

- 1) Laporan kegiatan pelaksanaan program kesehatan dan dukungan sektor terkait.
- 2) Inventarisasi masalah/hambatan dari masing-masing sektor dalam pelaksanaan program kesehatan.
- 3) Pemberian informasi baru.

b. Proses

- 1) Analisa hambatan dan masalah pelaksanaan program kesehatan.
- 2) Analisa hambatan dan masalah dukungan dari masing-masing sektor.
- 3) Merumuskan cara penyelesaian masalah.
- 4) Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan dan menyepakati kegiatan berikutnya.

c. Luaran (*output*)

- 1) Rencana pelaksanaan kegiatan berikutnya.
- 2) Kesepakatan bersama untuk menjalankan rencana.

Setelah dipahami tujuan dari Lokakarya Mini tribulanan dan tahapan kegiatannya, selanjutnya ditentukan materi yang akan dibahas, dengan ketentuan penyelenggaraan sebagai berikut:

1. Persiapan

Sebelum pelaksanaan Lokakarya, perlu diadakan persiapan yang meliputi:

Advokasi kepada Camat, agar bersedia untuk :

- a) Mempersiapkan tempat untuk penyelenggaraan Lokakarya Mini.
- b) Memimpin lokakarya dengan melakukan koordinasi, komunikasi dan penyampaian informasi kepada semua sektor yang terlibat.

Puskesmas melaksanakan

- a) Pembuatan visualisasi hasil-hasil kegiatan dalam bentuk yang mudah dipahami oleh sektor atau pihak lain, antara lain dalam bentuk Pemantauan Wilayah Setempat (PWS).
- b) Persiapan alat-alat tulis kantor.
- c) Persiapan catatan hasil kesepakatan yang lalu dan instruksi/surat-surat yang berhubungan dengan peran serta masyarakat yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan.
- d) Penugasan seorang staf untuk membuat notulen Lokakarya Mini.
- e) Pembuatan surat undangan Lokakarya Mini untuk ditandatangani Camat.

Peran sektor terkait

- a) Usulan kontribusi kegiatan masing-masing sektor yang mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.
- b) Menyepakati hasil Lokakarya Mini.

2. Peserta

Lokakarya mini tribulanan lintas sektor dipimpin oleh Camat, adapun peserta lokakarya mini tribulanan adalah sebagai berikut:

- a) Dinas kesehatan kabupaten/kota.
- b) Tim Penggerak PKK kecamatan/distrik.
- c) Puskesmas di wilayah 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 lintas sektor yang pertama diselenggarakan pada tribulan pertama tahun anggaran berjalan. Sedangkan untuk selanjutnya dilaksanakan setiap tribulan. Waktu penyelenggaraan disesuaikan dengan kondisi setempat. Yang perlu dijadikan pertimbangan ialah kesanggupan seluruh peserta menghadiri Lokakarya.

4. Tempat

Tempat penyelenggaraan Lokakarya Mini tribulanan lintas sektor ialah di kecamatan/distrik atau tempat lain yang dianggap sesuai.

5. Acara

Jadwal acara Lokakarya Mini tribulanan pertama dan Lokakarya Mini tribulanan rutin dibuat sesuai contoh pada Formulir 9 dan Formulir 10 terlampir.

5

PENGAWASAN, PENGENDALIAN DAN PENILAIAN

Manajemen perencanaan yang telah ditetapkan sebagai Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) perlu pengawasan dan pengendalian agar target output dari setiap kegiatan dapat dicapai secara optimal. Hal-hal yang menjadi faktor penghambat pencapaian target output yang ditemukan pada proses pengawasan dan pengendalian dapat segera diatasi melalui penyesuaian dalam perencanaan selanjutnya. Selain melalui forum Lokakarya Mini, pengawasan dan pengendalian secara internal dapat dilaksanakan melalui kegiatan monitoring rutin, dengan berpedoman pada NSPK masing-masing program. Hasil pengawasan dan pengendalian akan dinilai di dalam proses penilaian kinerja Puskesmas, yang merupakan instrumen/tools untuk menilai pelaksanaan proses manajemen Puskesmas secara keseluruhan.

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. Sementara pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar Puskesmas, antara lain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, institusi selain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat.

Pengawasan yang dilakukan mencakup aspek administratif, sumber daya, pencapaian kinerja program, dan teknis pelayanan. Apabila ditemukan ketidaksesuaian dengan rencana, standar, peraturan perundangan atau 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 membandingkan capaian dengan target yang ditetapkan sebelumnya. Jika terdapat ketidaksesuaian, harus dilakukan upaya perbaikan (*corrective action*). Kegiatan pengendalian ini harus dilakukan secara berkelanjutan. Pengendalian dapat dilakukan secara berjenjang oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Puskesmas, maupun penanggung jawab program.

Lebih lengkapnya, tujuan pengawasan dan pengendalian adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui sejauh mana pelaksanaan pelayanan kesehatan, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja, apakah sumber daya telah tersedia dan digunakan sesuai ketentuan secara efektif dan efisien.

2. Mengetahui kendala atau 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 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 berkelanjutan dan rutin.

PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis, dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien penyediaan pelayanan Puskesmas; juga untuk mengukur pencapaian sasaran sebagai penilaian hasil kerja atau prestasi Puskesmas. Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan oleh Puskesmas, dan hasilnya kemudian diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Tujuan pelaksanaan penilaian kinerja adalah agar Puskesmas:

1. Mendapatkan gambaran mengenai 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 analisa masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja.
4. Melengkapi dokumen untuk persyaratan akreditasi Puskesmas.
5. Dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.

Adapun aspek penilaian meliputi hasil pencapaian pelaksanaan pelayanan kesehatan dan manajemen Puskesmas. Berdasarkan hasil verifikasi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menetapkan Puskesmas ke dalam kelompoknya sesuai dengan pencapaian kinerja Puskesmas. Selengkapnya, Ruang lingkup dan tahap pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas dapat dilihat dalam **BOX 8** di halaman berikutnya.

Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas

- a. Pencapaian cakupan pelayanan kesehatan meliputi:
- 1) UKM esensial 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 sumber daya dan adanya prioritas masalah kesehatan.
 - 3) UKP 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 sumber daya termasuk manajemen sarana, prasarana, alat, obat, sumber daya manusia dan lain-lain
 - 3) Manajemen keuangan dan Barang Milik Negara/Daerah
 - 4) Manajemen pemberdayaan masyarakat
 - 5) Manajemen data dan informasi
 - 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, dengan 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 tiga tahun sekali.

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 dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama Puskesmas. Contoh periode waktu penilaian ialah Januari sampai 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 kerja Puskesmas.
- 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 pemecahan dengan mempertimbangkan kecenderungan timbulnya masalah (ancaman) ataupun kecenderungan untuk perbaikan (peluang).
- 7) 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 pemecahan disampaikan kepada 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 terintegrasi 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 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.

Penyajian

Pengelompokan Puskesmas berdasarkan hasil penilaian kerjanya ditetapkan setelah ada verifikasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap hasil penilaian kinerja

Puskesmas yang telah disampaikan (format penilaian kerja seperti contoh pada Formulir 12 terlampir). Berdasarkan hasil penilaian kerjanya, 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:

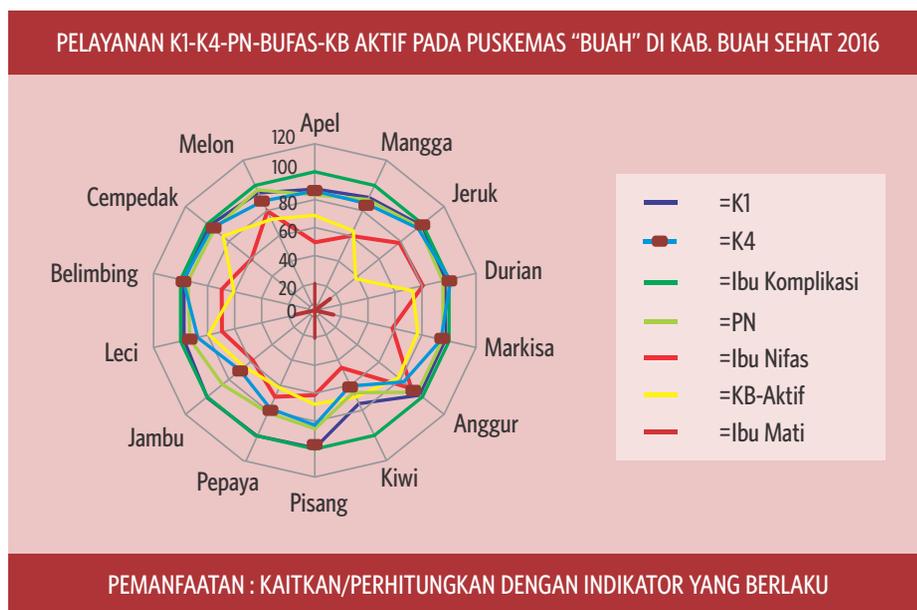
- 1) Cakupan hasil pelayanan kesehatan dengan tingkat pencapaian hasil $\leq 80\%$.
- 2) Cakupan hasil manajemen dengan tingkat pencapaian hasil < 5,5.

Untuk memudahkan melihat pencapaian hasil kinerja pelaksanaan suatu program atau antar program terkait pada setiap desa/kelurahan di wilayah kerja Puskesmas, 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.

Grafik sarang laba-laba atau diagram radar terdapat dalam file excel “Form 1-12 PTP-P 2018” pada *sheet* “G Laba-Laba” (lihat GAMBAR 5).

GAMBAR 5 pada halaman tersebut adalah contoh penggunaan grafik sarang laba-laba atau diagram radar untuk program Kesehatan Ibu-Anak dan Keluarga Berencana (KIA-KB).

GAMBAR 5. 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, kita dapat melihat bahwa:

- 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 karena seluruh ibu hamil di wilayah Puskesmas memeriksakan kehamilan dan bersalin hanya di Puskesmas tersebut. Puskesmas merupakan satu-satunya fasilitas pelayanan yang ada di wilayah tersebut. Dengan demikian, penanggungjawab program harus “bijak” di dalam menentukan besaran target indikator berdasarkan analisis hasil pencatatannya.
- b. Kita menganggap bahwa data yang dimasukkan pada grafik laba-laba atau diagram radar merupakan hasil rekapitulasi semua ibu yang dilayani di Puskesmas, klinik, Bidan dan lainnya, serta SIP telah berfungsi dengan baik, maka gambar dalam diagram radar di atas 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 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 di seluruh desa.
 - 3) Persalinan Nakes (PN) di seluruh desa di wilayah kerja Puskesmas “Buah” sama atau lebih tinggi dari K4. Dengan begitu, dapat disimpulkan bahwa:

- Kemungkinan pertama, minat masyarakat/ibu bersalin untuk ditolong oleh Nakes cukup baik/baik, karena sekalipun beberapa persen ibu hamil tidak tercakup dalam K4, tetapi mendapatkan layanan PN.
 - Kemungkinan kedua, 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. Inilah manfaat dari dilakukannya 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 dan 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 sehingga diperlukan peninjauan ulang terhadap data.
 - 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.

Grafik sarang laba-laba atau diagram radar dapat digunakan untuk menganalisa kinerja Puskesmas dalam hal pencapaian kinerja program, dimana data yang satu dengan data terkait lainnya dapat dimanfaatkan untuk menyimpulkan kersasionalan kinerja Puskesmas.

6

PENDAMPINGAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS TERPADU

Dinas Kesehatan provinsi melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya sebagai pembina Dinas Kesehatan kabupaten/kota secara terpadu serta melakukan identifikasi dan analisa masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di tingkat provinsi.

Dinas Kesehatan kabupaten/kota sebagai Pembina Puskesmas perlu melakukan pendampingan kepada Puskesmas agar dapat menyelenggarakan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu secara baik dan benar. Dengan begitu Dinas Kesehatan kabupaten/kota akan mampu meningkatkan kinerja dan mutu Puskesmas, mempercepat tercapainya Akreditasi Puskesmas, dan menjalin koordinasi yang optimal antara Puskesmas, pemangku kepentingan terkait, dan Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

Dinas Kesehatan kabupaten/kota melakukan pendampingan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu kepada Puskesmas di wilayah binaannya bersama Dinas Kesehatan Provinsi pada awal pendampingan, maksimal satu bulan setelah pelatihan, dan dilanjutkan pendampingan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai kebutuhan Puskesmas (format *checklist* dan laporan lihat Lampiran 1 dan 2).

PANDUAN PENDAMPINGAN PUSKESMAS

I. Pendampingan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu

a. Output atau Hasil Pendampingan

- i. Dokumen RUK dan RPK Draf Final dalam bentuk Word dan dilampiri File RUK dan RPK Excel.
- ii. Presentasi Dokumen RUK dalam bentuk Power Point untuk dipresentasikan pada waktu konsultasi RUK kepada stakeholder (Isi adalah rangkuman dokumen RUK)
- iii. SK Tim Penyusun Perencanaan Tingkat Puskesmas

b. Proses

i. Persiapan

1. Persiapan Dinas Kesehatan

- a. Dinas Kesehatan membuat Tim Fasilitasi Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu
- b. Penguatan Tim Fasilitasi PTP terpadu Dinkes Kabupaten
- c. Mengirim surat ke Puskesmas untuk Jadwal Pendampingan serta meminta draft Dokumen RUK, SK Tim PTP Puskesmas
- d. Masing-masing bidang di Dinas Kesehatan mempelajari Draft RUK Puskesmas dan siap untuk memberikan masukan secara tertulis
- e. Dinas menyelenggarakan pertemuan untuk membahas RUK Puskesmas dan hasil akan dikompilasi Tim untuk dikomunikasikan kepada Puskesmas

2. Persiapan Puskesmas

a. Membentuk Tim Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas beserta SK dari Kepala Puskesmas, minimal dengan susunan sebagai berikut:

- i. Ketua
- ii. Sekretaris
- iii. Anggota:
 - a. KIA-KB
 - b. Promkes
 - c. Pencegahan dan pengendalian penyakit
 - d. Gizi
 - e. Kesehatan Lingkungan

b. Puskesmas melakukan Sosialisasi Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu kepada semua petugas Puskesmas.

c. Puskesmas menyelenggarakan pertemuan untuk menyusun Draft RUK sesuai dengan langkah-langkah yang sudah ditetapkan secara partisipatif.

d. Puskesmas menyerahkan dokumen ke Dinas Kesehatan Kabupaten maksimal dua hari sebelum pelaksanaan pendampingan.

ii. Kunjungan Dinas Kesehatan ke Puskesmas

1. Kegiatan pada hari kunjungan sesuai jadwal yang sudah disepakati. Apabila Puskesmas telah melakukan kegiatan persiapan di Puskesmas. Waktu yang diperlukan maksimal 2 hari.

- a. Kepala Puskesmas mempresentasikan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu
- b. Komentar dan masukan dari peserta Pertemuan
- c. Masukan dari Tim Pendamping
- d. Finalisasi Dokumen
- e. Persiapan untuk Konsultasi Publik RUK kepada *stakeholder* terkait
 - Jadwal
 - Undangan/Peserta
 - Tempat
 - Sebaiknya penyelenggara adalah Distrik/Kecamatan dan bila tidak mungkin diselenggarakan oleh Puskesmas
 - Panitia adalah tim PTP Terpadu Puskesmas

2. Kegiatan pada hari Kunjungan lapangan, apabila Puskesmas belum membuat/memperbaiki dokumen dan belum menyerahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten. Waktu yang diperlukan maksimal 3 hari.

- a. Pembukaan oleh Kepala Puskesmas dan arahan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- b. Pembagian Kelompok sesuai upaya kesehatan, minimal 5 kelompok.
- c. Setiap Kelompok mendiskusikan setiap bagian sesuai upaya kesehatan masing-masing
 - i. Format isian 1-12 terutama format 11 sesuai bagian masing-masing
 - ii. Tugas diskusi kelompok 1 tentang analisis data Puskesmas sesuai bagian masing-masing
- d. Hasil poin c di atas menjadi bahan tugas diskusi kelompok 2-6 (tentang identifikasi masalah sampai menetapkan cara pemecahan masalah).

- e. Tim PTP Terpadu Puskesmas memandu semua staf Puskesmas untuk menyelesaikan tugas diskusi kelompok 2-6
- f. Tim PTP Puskesmas memandu kelompok berdasarkan upaya kesehatan untuk membuat tabel RUK
- g. Kepala Puskesmas/Tim PTP Terpadu Puskesmas mempresentasikan Perencanaan Tingkat Puskesmas beserta masukan dari Tim Pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- h. Finalisasi Dokumen
- i. Persiapan untuk Konsultasi Publik RUK kepada stakeholder terkait
 - Jadwal
 - Undangan/Peserta
 - Tempat
 - Sebaiknya penyelenggaraan adalah Distrik dan bila tidak mungkin adalah Puskesmas sendiri
 - Panitia adalah Tim PTP Puskesmas

II. Pendampingan Konsultasi Publik RUK kepada Stakeholder Terkait

- a. Output atau hasil kegiatan
 - i. Dokumen Evaluasi dan usulan dari Peserta
 - ii. Kesepakatan antara peserta dan Puskesmas
 - iii. Dokumen RUK Final untuk diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten, tanda tangan Kepala Puskesmas
- b. Persiapan
 - i. Internal Puskesmas

Dokumen yang harus di perbanyak dan diberikan kepada peserta pertemuan konsultasi publik kepada *stakeholder* terkait :

 - a. Draft Dokumen RUK
 - b. Presentasi Dokumen RUK dalam bentuk power point (bila memungkinkan)
 - ii. Puskesmas dan Distrik

Konsultasi Puskesmas kepada distrik untuk :

 - a. Undangan
 - b. Tempat
 - c. Jadwal dan Waktu
 - d. Peserta
 - e. Kepala Distrik/Kecamatan membuka dan menutup acara
- c. Proses
 - i. Jadwal Acara
 1. Pembukaan oleh Kepala Distrik/Kecamatan
 2. Presentasi RUK oleh Kepala Puskesmas
 3. Komentar–Tanggapan–Usulan Peserta
 - Moderator akan membuka sesi
 - Notulen mencatat sesuai dengan form di bawah (lihat Lampiran 2)
 - Moderator dan Notulen membacakan hasil setiap sesi dan membuat dokumen kesepakatan.

4. Penandatanganan Kesepakatan Konsultasi Publik
5. Penutup

ii. Finalisasi Dokumen RUK berdasarkan hasil Konsultasi Publik

d. Pembiayaan

Disarankan di masukkan sebagai bagian dari Lokakarya Mini tribulanan lintas sektor atau dimasukkan di anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten.

DUKUNGAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA DALAM PROSES PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMASTERPADU

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab atas kelancaran dan keberhasilan proses dan kegiatan perencanaan kesehatan di kabupaten/kota dan di tingkat lebih rendah, termasuk mengawasi penyusunan dan mengakomodir hasil perencanaan tingkat Puskesmas (PTP) terpadu yang tidak dapat dilaksanakan sendiri oleh Puskesmas. Demikian pula, perencanaan tingkat Puskesmas juga harus dapat mengakomodir hasil perencanaan di tingkat desa dan kecamatan.

Dukungan yang perlu diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam proses perencanaan tingkat Puskesmas secara terpadu adalah sebagai berikut:

- 1) Mengusulkan penerbitan Surat Edaran Bupati/Walikota tentang Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu (PTP Terpadu) yang kemudian diinformasikan kepada semua Puskesmas dan semua instansi kesehatan maupun non-kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- 2) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menerbitkan surat edaran Kepala Dinas Kesehatan yang mengharuskan semua Puskesmas untuk menggunakan PTP Terpadu dalam proses perencanaan di tingkat Puskesmas.
- 3) Dukungan teknis selama proses perencanaan di tingkat Puskesmas.
- 4) Dukungan monitoring dan supervisi pada waktu pelaksanaan kegiatan.
- 5) Kegiatan yang diusulkan Puskesmas namun tidak dapat diselenggarakan sendiri oleh Puskesmas dimasukkan ke dalam perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten dan atau Provinsi.
- 6) Dukungan advokasi bagi penyelenggaraan proses perencanaan, pembahasan dan persetujuan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang tepat waktu sehingga realisasi anggaran juga tepat waktu dan Puskesmas dapat melaksanakan kegiatan sesuai jadwal dan sepanjang sisa waktu dalam tahun anggaran.
- 7) Dukungan perhatian berupa monitoring pada saat pelaksanaan kegiatan dan pemberian penghargaan kepada Puskesmas yang telah merencanakan PTP Terpadu dengan baik dan konsisten dalam penggunaannya serta pelaksanaan kegiatannya. Perhatian dan penghargaan juga diberikan kepada instansi non- kesehatan yang telah berperan aktif dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar.
- 8) Membentuk Tim Perencanaan Kesehatan Tingkat Kabupaten/Kota yang beranggotakan lintas sektor agar kerja sama lintas sektor dapat ditingkatkan.

- 9) Menyusun petunjuk teknis tata cara penyusunan PTP Terpadu yang meliputi:
 - a. Kebijakan pembangunan kesehatan tahunan tingkat kabupaten/kota, termasuk prioritasnya di kabupaten/kota bersangkutan
 - b. Target cakupan tahunan untuk setiap program dan Puskesmas, termasuk untuk pelayanan kesehatan swadaya masyarakat
 - c. Ketentuan mengenai sumber daya tingkat Puskesmas, termasuk tenaga, peralatan dan pembiayaannya
- 10) Dukungan supervisi dan bimbingan teknis yang meliputi:
 - a. Pelaksanaan secara terpadu dengan melibatkan sektor non-kesehatan yang terkait
 - b. Pelatihan bagi staf Puskesmas dalam pengenalan pedoman PTP Terpadu dan berbagai kebijakan pelaksanaan pembangunan kesehatan di kabupaten/kota
 - c. Bimbingan teknis kepada staf Puskesmas dalam penyusunan PTP Terpadu, termasuk dalam:
 - Penjelasan penggunaan petunjuk teknis penyusunan PTP Terpadu sebagai masukan untuk rencana usulan kegiatan (RUK) Puskesmas yang sedang disusun dan saran perbaikan/umpan balik yang diperlukan
 - Memastikan penyusunan PTP Terpadu oleh setiap Puskesmas dapat diselesaikan tepat waktu
- 11) Menyusun rencana tahunan kesehatan kabupaten/kota melalui proses:
 - a. Penyusunan Pra-Rencana Tahunan Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan hasil supervisi dan bimbingan teknis penyusunan RUK Puskesmas
 - b. Pembahasan perencanaan kesehatan Kabupaten/Kota dengan membahas RUK Puskesmas
 - c. Penyusunan rancangan Rencana Tahunan Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan Pra Rencana Tahunan Kesehatan Kabupaten/Kota dan hasil konsultasi RUK Puskesmas. Rancangan Rencana Tahunan ini dibahas dalam Pra-Rakorbang Kabupaten/Kota yang melibatkan pula sektor non-kesehatan terkait.
 - d. Penyusunan dan penyampaian Rencana Tahunan Kesehatan Kabupaten/Kota kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk dibahas dalam Rakorbang Tingkat Kabupaten/Kota.
- 12) Menyusun Rencana Operasional, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Disusun secara terpadu dengan pembiayaan dari berbagai sumber (DAU, DAK, APBD).
 - b. Disusun dengan memperhatikan RUK Puskesmas yang sudah dimasukkan ke dalam Rencana Tahunan Kesehatan Kabupaten/Kota dengan melibatkan Puskesmas dalam penyusunannya, sehingga dapat dipastikan alokasi kegiatan dan sumber pembiayaan untuk setiap Puskesmas telah dimasukkan ke dalam Rencana Operasional.

7

MONITORING DAN EVALUASI

MONITORING

Monitoring adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan menurut tujuan program. Memantau perubahan yang fokus pada proses dan keluaran

- Monitoring melibatkan perhitungan atas apa yang dilakukan
- Monitoring melibatkan pengamatan atas kualitas dari layanan yang diberikan

Monitoring dilaksanakan minimal 2 kali setahun dan dapat dilaksanakan lebih sesuai kebutuhan. Monitoring dilaksanakan setelah pendampingan pertama pasca pelatihan

Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu dan sebaiknya dilaksanakan bersamaan pada saat:

- a) Konsultasi publik Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas kepada *stakeholder* terkait
- b) Musrembang Distrik/Kecamatan

EVALUASI

Evaluasi adalah penggunaan metode penelitian sosial untuk secara sistematis menginvestigasi efektifitas program. Menilai kontribusi program terhadap perubahan (*goal/objectif*) dan menilai kebutuhan perbaikan, kelanjutan atau perluasan program (rekomendasi)

- Evaluasi memerlukan desain studi/penelitian
- Evaluasi terkadang membutuhkan kelompok kontrol atau kelompok pembanding

TABEL 5 Perbedaan dan Persamaan Monitoring dan Evaluasi

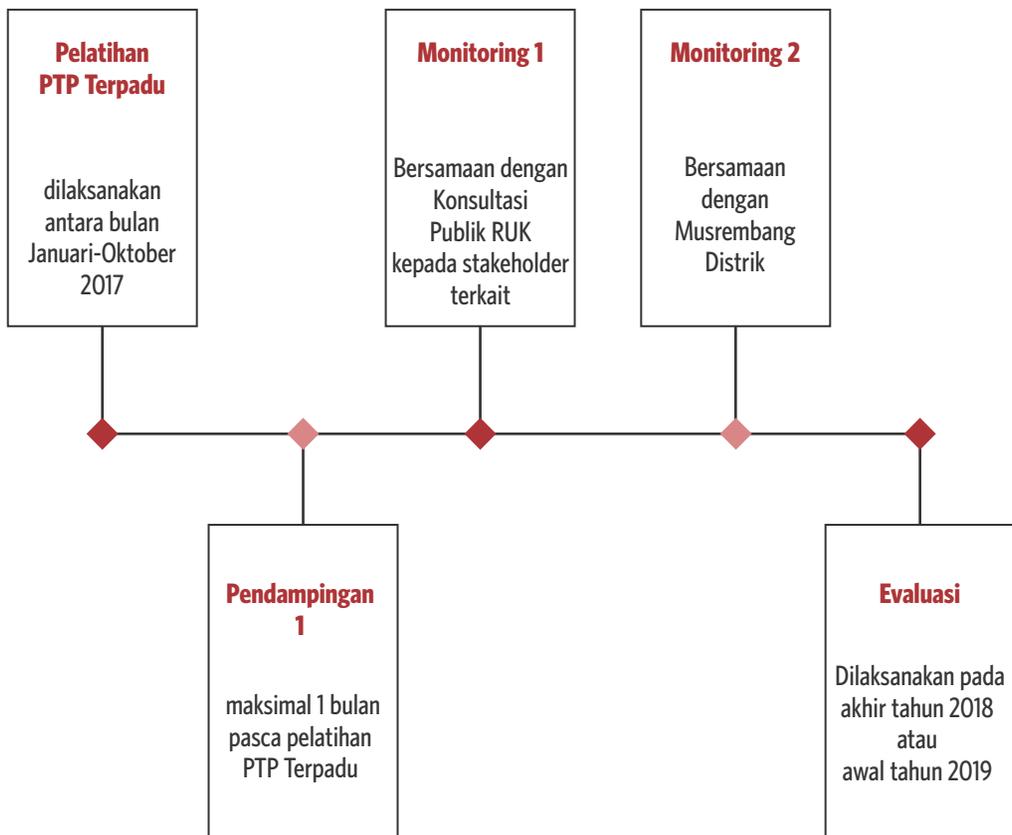
Kapan	Monitoring	Evaluasi
Kapan ?	Terus menerus	Akhir setelah program
Apa yang diukur ?	Output dan proses; sering focus input, kegiatan, kondisi/asumsi	Dampak jangka panjang, kelangsungan
Siapa yang terlibat ?	Umumnya orang dalam	Orang luar dan dalam
Sumber Informasi ?	Sistem rutin, survey kecil, dokumen internal/laporan	Dokumen eksternal dan internal, laporan asesmen dampak, riset evaluasi
Pengguna ?	Manager dan staf	Manager, staf, donor, klien, <i>stakeholder</i> , organisasi lain
Penggunaan hasil ?	Koreksi minor program (<i>feedback</i>)	Koreksi mayor program, perubahan kebijakan, strategi, masa mendatang, termasuk penghentian program (<i>feedback</i>)

- Evaluasi melibatkan pengukuran seiring dengan berjalannya waktu
- Evaluasi melibatkan studi/penelitian khusus

Kaitan antara Monitoring dan Evaluasi adalah evaluasi memerlukan hasil monitoring dan digunakan untuk kontribusi program. Monitoring bersifat spesifik program, sedangkan Evaluasi tidak hanya dipengaruhi oleh program itu sendiri, melainkan juga variabel-variabel dari luar program. Tujuan dari Evaluasi adalah menilai efektifitas dan *cost effectiveness*.

Evaluasi sebaiknya dilaksanakan minimal 1 (satu) kali setahun pada akhir tahun berjalan atau pada awal tahun berikutnya agar bisa mengevaluasi kegiatan yang sudah dilaksanakan pada tahun tersebut.

GAMBAR 6 Contoh Jadwal Monitoring dan Evaluasi



LAMPIRAN-LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

CHECKLIST PENDAMPINGAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS TERPADU

Puskesmas : _____

Kabupaten : _____

No	URAIAN	YA	TIDAK	KETERANGAN	RTL
1	Sosialisasi PTP terpadu kepada petugas puskesmas yang lainnya				
2	Pembentukan Tim PTP terpadu Puskesmas				
3	SK Tim PTP Terpadu Puskesmas				
4	Puskesmas melaksanakan Pertemuan koordinasi untuk mengumpulkan data-data yang diperlukan untuk mengisi form PTP terpadu				
5	Tim PTP Terpadu Puskesmas Mengisi form PTP terpadu				
	1. Data Dasar Puskesmas				
	2. Format F1				
	3. Format F2a				
	4. Format F2b				
	5. Format F2c				
	6. Format F2d				
	7. Format F2e				
	8. Format F3				
	9. Format F4				
	10. Format F5				
	11. Format F6				
	12. Format F7				
	13. Format F8				
	14. Format F9				
	15. Format F10				
	16. Format 11a				
	17. Format 11b				
	18. Format 11c				
	19. Format 11d				
	20. Format 11e				
	21. Format 12				
	22. G laba-laba				
	23. PKP				
	24. Logistik				

No	URAIAN	YA	TIDAK	KETERANGAN	RTL
6	Menganalisa Data Puskesmas				
7	Identifikasi masalah di tiap kampung				
8	Menentukan prioritas masalah yang akan ditindak lanjuti				
9	Merumuskan masalah				
10	Menentukan akar permasalahan				
11	Membuat rencana tindak lanjut dari masalah yang ditemukan di kampung				
12	Melaksanakan rencana tindak lanjut yang dapat diselesaikan oleh Puskesmas				
13	Mengusulkan rencana tindak lanjut yang diselesaikan oleh Dinas Kesehatan kabupaten dan sektor lain				
14	Dokumen RUK dan RPK Draf Final				
15	Puskesmas melakukan konsultasi Publik tentang RUK kepada <i>stakeholder</i> terkait				
16	Dokumen Evaluasi dan usulan dari peserta konsultasi publik				
17	Dokumen RUK Final yang sudah disepakati dan ditanda tangani pada saat konsultasi publik				
18	Puskesmas menyerahkan Dokumen RUK Final yang sudah disepakati kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/kota				

Rekomendasi:

A. Rencana tindak lanjut yang diselesaikan di Puskesmas

- _____
- _____
- _____

B. Rencana tindak lanjut yang Usulan yang perlu ditindak lanjuti:

- _____
- _____
- _____

LAMPIRAN 2

Laporan Tahapan Pendampingan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu (Dilaporkan setiap selesai satu tahap pendampingan)

Nama Pendamping	
Tanggal	
Lokasi	Puskesmas : _____ Kabupaten: _____
Peserta	Laki-lakiorang Perempuanorang
Nama Pendamping dan Materi yang diberikan	1..... 1..... 2..... 2..... 3..... 3.....
Proses	1. Siapa saja yang peserta yang terlibat (jabatan dan instansi, misalnya: Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab KIA Puskesmas Wonthy). Sebagai gantinya, dapat dilampirkan daftar hadir pertemuan.
	2. Apa saja yang dilakukan selama pendampingan (point-point tahapan yang dilakukan) • • • • •
	3. Bagaimana keterlibatan (hadir dan aktif dalam diskusi) peserta dalam masa pendampingan
	4. Apa saja kendala selama pendampingan? (Point-point) • • • • •
	5 Menurut penilaian tim pendamping, apakah peserta sudah dapat membuat sendiri (tanpa didampingi) dokumen-dokumen perencanaan sesuai dengan standard yang diajarkan?
	6 Daftar Dokumen Hasil Pendampingan

LAMPIRAN 3

KUESIONER EVALUASI PTP TERPADU PUSKESMAS

1 NAMA EVALUATOR :
 2 TANGGAL EVALUASI :
 3 PUSKESMAS YANG DIEVALUASI :

4 EVALUASI CAKUPAN PEALAYAN KESEHATAN

UPAYA KESEHATAN	KEGIATAN	SATUAN	TARGET	PENCA PAIAN	KESEN JANGAN	KETERANGAN
UKM ESENSIAL						
1 KIA dan KB	1 Kunjungan Ibu Hamil K4	%				
	2 Pertolongan persalinan oleh Nakes di Fasilitas Kesehatan (PF)	%				
	3 Kunjungan Bayi	%				
	4 Pelayanan ibu nifas KF 3	%				
	5 Pelayanan Neonatal (KN Lengkap)	%				
	6 Pelayanan Anak Balita	%				
	7 Peserta KB aktif	%				
	8 Anak usia pendidikan dasar kelas 1 dan 7 yg mendapat pelayanan skrining kesehatan	%				
2 Promosi Kesehatan	1 Rumah Tangga yg dilakukan Pengkajian dan Pembinaan PHBS di Tatanan Rumah Tangga	%				
	2 Rumah Tangga yang Ber PHBS	%				
	3 Desa Siaga Aktif	%				
3 Kesehatan Lingkungan	1 Rumah Sehat	%				
	2 TPM memenuhi syarat	%				
	3 TTU yang memenuhi syarat	%				
	4 TPA yang memenuhi syarat	%				
	5 Keluarga Pemakai Air Bersih	%				
	6 Keluarga Pemakai Jamban	%				
	7 Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat	%				
	8 Kampung telah melaksanakan STBM	%				
	9 Kampung telah melaksanakan STBM	%				
4 Gizi	1 Balita 6-59 Bln Mendapat Kapsul Vit. A Dosis Tinggi	%				
	2 Kasus Gizi Buruk	Kasus				
	3 Balita Ditimbang Berat Badannya (D/S)	%				
5 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	1 Kasus Penyakit DBD (Suspek)	Kasus				
	2 Penemuan Penderita Diare Balita	%				
	3 Imunisasi HB 0 - 7 hari	%				
	4 Imunisasi DPTHB-HIB 1	%				
	5 Imunisasi Campak	%				
	6 Penemuan Pasien baru TB BTA Positif	%				
	7 Penderita TB dapat OAT	%				
	8 Yang dilakukan Tes HIV	%				
	9 Pengunjung usia 15-59 th mendapat pelayanan skrining kesehatan	%				
	10 Pengunjung berusia 60 th ke atas mendapat pelayanan skrining kesehatan minimal 1 kali dalam kurun waktu satu tahun	%				
	11 Penderita hipertensi yg mendapatkan pelayanan	%				
	12 Penyandang DM yang mendapatkan pelayanan	%				
	13 ODGJ berat (psikotik) yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa promotif preventif sesuai standar	%				

DAFTAR ISTILAH

KESEHATAN LINGKUNGAN	
Depot air sehat	Depot air minum isi ulang yang memenuhi syarat kesehatan air minum, secara fisik, kimia, dan biologis.
Desa/Kelurahan melaksanakan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)	Desa/kelurahan yang telah melaksanakan STBM sesuai Permenkes No. 3 Tahun 2014, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Minimal telah ada intervensi melalui pemucuan di salah satu dusun dalam desa/kelurahan tersebut • Ada warga yang bertanggungjawab melanjutkan aksi intervensi STBM seperti yang disebutkan pada point pertama, baik individu ataupun bentuk kelompok masyarakat • Sebagai respon dari aksi intervensi STBM, kelompok masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen perubahan perilaku pilar STBM yang telah disepakati bersama
Desa/Kelurahan STBM	Desa/kelurahan yang telah mencapai 5 (lima) pilar STBM yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Stop buang air besar sembarangan adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit • Cuci tangan pakai sabun adalah perilaku cuci tangan dengan menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun • Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga adalah melakukan kegiatan mengelola air minum dan makanan di rumah tangga untuk memperbaiki dan menjaga kualitas air dari sumber air yang akan digunakan untuk air minum serta untuk menerapkan prinsip mengurangi, memakai ulang dan melakukan daur ulang • Pengamanan sampah rumah tangga adalah melakukan kegiatan pengolahan sampah di rumah tangga dengan mengedepankan prinsip mengurangi, memakai ulang dan melakukan daur ulang. • Pengamanan limbah cair rumah tangga adalah melakukan kegiatan pengolahan limbah cair di rumah tangga yang berasal dari sisa kegiatan mencuci, kamar mandi dan dapur yang memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan yang mampu memutus mata rantai penularan penyakit
Desa/Kelurahan SBS	Desa/kelurahan SBS (Stop Buang air besar Sembarangan) adalah: <ul style="list-style-type: none"> • Semua warga telah buang air besar (BAB) hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat (termasuk di sekolah). • Tidak terlihat tinja/kotoran manusia di lingkungan sekitar. • Ada penerapan sanksi, peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat. • Ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% kepala keluarga (KK) mempunyai jamban sehat. • Ada upaya atau strategi yang jelas untuk dapat mencapai sanitasi total.

KESEHATAN LINGKUNGAN	
Diare	Buang air besar (BAB) dengan konsistensi lembek atau cair dengan frekuensi lebih sering daripada biasanya dalam satu hari (frekuensi BAB 3 kali atau lebih dalam satu hari) (Kemenkes, 2015).
Inspeksi kesehatan lingkungan	Kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma, dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat (Permenkes No 13 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan pelayanan kesehatan lingkungan di puskesmas).
Inspeksi sanitasi kualitas air	Suatu upaya analisis yang dilakukan secara terus-menerus dan sistematis untuk melihat risiko kesehatan melalui beberapa kegiatan, yaitu pengumpulan data penyakit yang disebabkan oleh air, jumlah sarana air minum dan sanitasi, dll.
Jamban sehat	Sarana sanitasi dasar yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mengakibatkan terjadinya penyebaran langsung bahan-bahan yang berbahaya bagi manusia akibat pembuangan kotoran manusia • Dapat mencegah vector pembawa untuk penyebar penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya. • Jenis jamban yang masuk kategori sehat yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Jamban leher angsa atau plesengan dengan lubang cubluk atau septik tank • Jamban cemplung dengan penutup • Jamban dengan septik tank komunal atau <i>system sewer</i>
Kepala keluarga (KK) menggunakan sarana sanitasi yang sehat	Kepala keluarga (KK) yang menggunakan sarana sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Mencegah kontaminasi ke badan air • Mencegah kontak antara manusia dan tinja • Membuat tinja tersebut tidak dapat dihindangi serangga serta binatang lainnya • Mencegah bau yang tidak sedap • Konstruksi dudukannya dibuat dengan baik, aman dan mudah dibersihkan
Sarana sanitasi (SS)	Sarana sanitasi yang masih berfungsi. Jumlah sarana sanitasi dapat dihitung dengan menjumlahkan jamban berdasarkan tipenya seperti leher angsa, pelengsengan ataupun cemplung.
Kampung telah melaksanakan STBM	Kampung yang telah melakukan pemicuan serta melakukan pendampingan untuk mendorong perubahan perilaku hygiene dan sanitasi (5 pilar).
Kampung sudah SBS (Stop Buang air besar Sembarangan)	Kampung/desa yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban sehat. Dalam hal ini, telah tercapai perubahan perilaku kolektif terkait pilar 1 dari 5 pilar STBM.

Pilar ke-3 STBM

Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga (PAMMRT) adalah melakukan kegiatan mengelola air minum dan makanan di rumah tangga untuk memperbaiki dan menjaga kualitas air dari sumber air yang akan digunakan untuk air minum serta untuk menerapkan prinsip hygiene sanitasi pangan dalam proses pengelolaan makanan di rumah tangga (Permenkes No 3 Tahun 2014).

Rumah sehat

Sarana atau tempat berlindung dan bernaung serta tempat untuk beristirahat sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik, rohani maupun sosial budaya (Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 829/Menkes/SK/VII/1999)

Syarat kesehatan rumah tinggal yang sehat diantaranya:

a. Bahan bangunan

Bahan bangunan yang digunakan tidak terbuat dari material yang bisa melepaskan zat-zat yang berbahaya bagi kesehatan dengan kriteria debu total tidak melebihi 150 µgm³, asbes bebas tidak lebih dari 0,5 fiber/m³/4 jam, dan timah hitam tidak lebih dari 300 mg/kg. Bahan bangunan ini juga tidak terbuat dari material yang bisa menjadi tempat perkembangbiakan organisme-organisme patogen.

b. Komponen dan penataan ruangan

Komponen-komponen rumah esensial memiliki ciri-ciri meliputi lantai bersifat kedap air dan mudah dibersihkan, dinding di ruang tidur dan ruang keluarga harus dilengkapi dengan lubang ventilasi agar sirkulasi udara dapat berjalan lancar serta dinding di kamar mandi dan tempat cuci esensial bersifat kedap air dan gampang dibersihkan. Begitu pun langit-langit yang mesti mudah dibersihkan dan tidak rawan menimbulkan kecelakaan.

c. Rumah yang dilengkapi dengan bambu setinggi 10 meter harus didukung dengan penangkal petir. Ruangan-ruangan di dalam rumah juga perlu ditata sedemikian rupa supaya bisa berfungsi sebagaimana mestinya. Ruangan dapur sebaiknya disertai dengan sarana pembuangan asap.

d. Pencahayaan

Dua macam pencahayaan yang mendukung keberadaan rumah di antaranya adalah pencahayaan alami dari sinar matahari dan pencahayaan buatan dari lampu. Kedua pencahayaan ini harus bisa menerangi seluruh bagian ruangan dengan minimal intensitas cahaya sekitar 60 lux dan tidak bersifat menyilaukan mata.

e. Kualitas udara

Ketentuan kualitas udara di rumah yang baik antara lain suhu berkisar antara 18-30 derajat Celcius, kelembaban sekitar 40-70%, konsentrasi gas SO₂ kurang dari 0,1 ppm/24 jam, sirkulasi udara lancar, konsentrasi gas CO maksimal 100 ppm/8jam dan konsentrasi gas formaldehyde paling tinggi 120 mg/m³.

f. Ventilasi

Ukuran luas penghawaan atau ventilasi alamiah yang permanen setidaknya 10% dari total luas lantai di masing-masing ruangan.

KESEHATAN LINGKUNGAN

g. Binatang penular penyakit

Rumah seharusnya bebas dari binatang penular penyakit yang bersarang di dalamnya. Sebagai contoh binatang penular penyakit adalah tikus, kecoak, lalat, kelabang, dll.

h. Air

Air di dalam rumah harus senantiasa tersedia dengan kapasitas minimal 60 liter/hari/orang. Kualitas air yang bersih penting untuk memenuhi semua persyaratan kesehatan air bersih dan air minum sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

i. Sarana penyimpanan

Rumah sehat adalah rumah yang memiliki sarana penyimpanan makanan yang aman, bersih dan higienis.

j. Limbah

Limbah cair yang berasal dari rumah harus dikelola dengan baik supaya tidak mencemari sumber air, tidak menimbulkan bau, dan tidak mencemari permukaan tanah. Begitu pula dengan pengelolaan limbah penting dikerjakan dengan sebaik-baiknya sehingga tidak menimbulkan bau dan tidak mencemari lingkungan di sekitarnya.

Rumah tangga yang ber PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

Rumah tangga yang melaksanakan 10 PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) yang terdiri dari:

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
2. Memberi bayi ASI eksklusif
3. Menimbang balita setiap bulan
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan air bersih mengalir dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu
8. Makan buah dan sayur setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok

Sarana air bersih (SAB)

Fasilitas yang dibangun dan dapat menghasilkan air bersih seperti sumur gali (SGI), sumur pompa tangan (SPT), sumur pompa listrik (SPL), sumur bor, penampung air hujan (PAH), hidran umum (HU), sambungan rumah (SR) atau perlindungan mata air (PMA). Jumlah SAB di setiap kampung dihitung jumlahnya yang masih berfungsi.

Saluran pembuangan air limbah (SPAL)

Bangunan yang digunakan untuk mengumpulkan air buangan sisa pemakaian dari kran/hidran umum, sarana cuci tangan, kamar mandi, dapur, dll sehingga air limbah tersebut dapat tersimpan atau meresap ke dalam tanah dan tidak menyebabkan penyebaran penyakit serta tidak mengotori lingkungan sekitarnya. SPAL tidak menyalurkan air kotor dari jamban.

KESEHATAN LINGKUNGAN

Sarana sanitasi (SS)

Tempat yang aman dan nyaman untuk digunakan sebagai tempat buang air besar dan yang efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit. Yang termasuk sarana sanitasi ini memiliki penyebutan yang berbeda yaitu jamban keluarga, MCK, WC ataupun toilet.

Sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)

Pendekatan untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi meliputi 5 pilar yaitu tidak buang air besar (BAB) sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar, mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan.

Sanitasi tempat-tempat umum (TTU)

Suatu usaha untuk mengawasi dan mencegah kerugian akibat dari tempat-tempat umum terutama yang erat hubungannya dengan timbulnya/menularnya suatu penyakit.

Sumber air minum (SAM)

Sumber air minum terlindung adalah air leding, kran umum, air hujan atau mata air dan sumur tertutup yang jaraknya lebih dari 10 meter dari pembuangan kotoran (septik tank/cubluk) dan pembuangan sampah. Sumber air minum terlindung tidak termasuk air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tanki, air sumur dan mata air yang tidak terlindung.

Tempat pembuangan akhir (TPA)

Tempat untuk menimbun sampah dan merupakan bentuk terakhir perlakuan sampah. TPA dapat berbentuk tempat pembuangan dalam (di mana pembuang sampah membawa sampah di tempat produksi) begitupun tempat yang digunakan oleh produsen.

Tempat pengolahan makanan (TPM)

Tempat di mana makanan diolah, tempat pengolahan ini sering disebut dapur. Contoh: restoran, rumah makan, kantin, dll (Permenkes 1098/Menkes/SK/VII/2001 tentang Hygiene rumah makan dan restoran)
Syarat tempat pengolahan makanan antara lain:

1. Lantai

Permukaan lantai harus rata, lantai harus dibuat dari bahan yang kuat dan tahan lama akan kerusakan dan korosi bila terkena air, garam, basa, asam atau bahan kimia lainnya, kedap air, tidak ada genangan air, mudah dibersihkan, tidak licin, lantai ruang pengolahan mempunyai kelandaian yang cukup kearah saluran pembuangan. Lantai hendaknya dalam keadaan bersih dan terpelihara sebelum dan sesudah melakukan kegiatan.

2. Dinding

Dinding pada tempat pengolahan harus kedap air sekurang-kurangnya satu meter di atas permukaan lantai. Permukaan dinding bagian dalam harus rata, berwarna terang, halus, kuat dan kokoh, tahan lama, tahan garam, tahan asam, tahan basa, dan bahan kimia lainnya serta mudah dibersihkan. Dinding tidak dalam keadaan rusak dan lembab.

3. Atap

Atap pada pengolahan masakan harus dibuat dari bahan yang kedap air dan tidak bocor, tidak mudah terbakar atau tahan lama serta konstruksinya bebas tikus.

KESEHATAN LINGKUNGAN

4. Langit-langit

Langit-langit harus terbuat dari bahan yang tahan debu, tahan lama, kedap air dan mudah dibersihkan. Luas langit-langit harus menutupi permukaan bawah atap dan rata, konstruksi bebas tikus dan sekurang-kurangnya 2,4 meter dari permukaan lantai. Permukaan langit-langit bagian dalam harus rata dan berwarna terang, kedap air, mudah dibersihkan dan dalam keadaan bersih.

5. Pencahayaan

Pencahayaan sebaiknya tidak menyilaukan dan tersebar merata sehingga sedapat mungkin tidak menimbulkan bayangan nyata. Intensitas pencahayaan/penerangan setiap ruangan harus cukup untuk melakukan pekerjaan pengolahan makanan secara efektif dan kegiatan pembersih ruangan.

6. Penghawaan/Ventilasi

Penghawaan harus cukup sehingga tidak menimbulkan bau yang tidak sedap. Ventilasi yang cukup dapat mencegah udara dalam ruangan menjadi panas, mencegah terjadinya kondensasi uap air atau lemak pada lantai, dinding atau langit dan membuang asap, bau dan pencemaran lain dari ruangan. Luas ventilasi ini minimal 10% dari luas lantai ruangan.

Tempat-tempat umum (TTU)

Suatu tempat di mana orang banyak berkumpul untuk melakukan kegiatan baik secara insidental maupun secara terus-menerus. Contoh: kantor pemerintahan/swasta (perkantoran, sekolah/ perguruan tinggi, rumah ibadah, hotel dan tempat penginapan lain, pasar, kolam renang dan permandian umum lain, sarana ibadah, salon dan pangkas rambut, dll).

KESEHATAN IBU DAN ANAK

Angka kelahiran kasar/ Crude Birth Rate (CBR)

Angka yang menunjukkan banyaknya kelahiran bayi setiap 1,000 penduduk dalam tahun tertentu.

Angka kematian bayi

Jumlah kematian bayi usia di bawah 1 tahun (0-11 bulan) per 1,000 kelahiran hidup dalam tahun tertentu.

Anak balita

Jumlah seluruh anak usia 12-59 bulan 29 hari, dihitung dengan menggunakan rumus: ***jumlah balita – jumlah bayi***

Balita

Seluruh anak usia 0-59 bulan 29 hari, dihitung dari rumus:
Perkiraan balita = 10% x jumlah penduduk

Balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A

Seluruh bayi balita yang mendapat vitamin A (vitamin A biru untuk bayi usia 6-11 bulan dan vitamin A merah untuk anak balita usia 12-59 bulan), diberikan setahun 2 kali pada bulan Februari dan Agustus dibagi dengan jumlah seluruh bayi balita. Bayi balita yang mendapat vitamin A pada bulan Januari sampai Juni dicatat sebagai cakupan bulan Februari, dan bayi balita yang mendapat vitamin A pada bulan Juli sampai Desember dicatat sebagai cakupan vitamin A bulan Agustus.

KESEHATAN IBU DAN ANAK

Balita ditimbang berat badan	Jumlah seluruh balita yang datang ditimbang. Cakupan D/S adalah Jumlah seluruh balita yang datang ditimbang dibagi seluruh balita yang ada di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.
Balita gizi buruk mendapat perawatan	Balita gizi buruk yang ditangani di sarana pelayanan kesehatan sesuai tata laksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan adalah jumlah Balita gizi buruk yang mendapat perawatan dibagi jumlah seluruh Balita gizi buruk dikalikan 100.
Batita	Jumlah penduduk yang berusia <3 tahun (0-2 tahun) atau penduduk yang belum merayakan ulang tahunnya yang ketiga (0-35 bulan).
Bayi	Jumlah seluruh anak usia 0-11 bulan 29 hari dihitung dari: <i>CBR x jumlah penduduk</i>
Bayi dapat kelambu	Bayi yang telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap menerima kelambu berinsektisida.
Pn (pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan)	Ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cakupan Pn adalah Jumlah persalinan dibagi jumlah seluruh persalinan pada kurun waktu tertentu dikalikan 100.
Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	Desa/kelurahan di mana 80% dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap pada satu kurun waktu tertentu. Cakupan UCI adalah Jumlah Desa/Kelurahan yang 80% dari sasaran bayinya mendapatkan imunisasi dasar lengkap dibagi jumlah seluruh Desa/Kelurahan kurun dalam waktu tertentu di wilayah puskesmas dikalikan 100.
Gizi buruk	Status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score < -3 dan atau dengan tanda-tanda klinis (<i>marasmus, kwashiorkor, dan marasmus kwashiorkor</i>). Kasus gizi buruk adalah jumlah penderita dengan gizi buruk. Cakupan Gizi Buruk Balita adalah jumlah kasus gizi buruk pada Balita dibagi jumlah Balita pada kurun waktu tertentu dikalikan 100.
Gizi buruk	Status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score < -3 dan atau dengan tanda-tanda klinis (<i>marasmus, kwashiorkor, dan marasmus kwashiorkor</i>). Kasus gizi buruk adalah jumlah penderita dengan gizi buruk. Cakupan Gizi Buruk Balita adalah jumlah kasus gizi buruk pada Balita dibagi jumlah Balita pada kurun waktu tertentu dikalikan 100.
Ibu hamil	Wanita yang mengandung sampai usia kehamilan kurang lebih 40-42 minggu. Dengan perkiraan jumlah ibu hamil adalah 1,1 dikalikan jumlah bayi.

KESEHATAN IBU DAN ANAK	
Ibu hamil dapat kelambu	Pembagian kelambu berinsektisida kepada sasaran ibu hamil melalui kegiatan rutin antenatal care (ANC).
Ibu melahirkan	Semua wanita yang mengalami proses kelahiran bayi yang dikandung dengan usia kehamilan cukup bulan tanpa memperhitungkan cara kelahiran. Perkiraan jumlah ibu melahirkan adalah 1,05 dikali jumlah bayi.
Ibu nifas	Ibu yang telah melahirkan 6 jam pasca persalinan sampai dengan 42 hari. Perkiraan jumlah ibu nifas adalah 1,05 dikali jumlah bayi.
Neonatal dengan komplikasi yang ditangani	Neonatal dengan komplikasi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan. Cakupan neonatal dengan komplikasi yang ditangani adalah jumlah neonatal dengan komplikasi yang ditangani dibagi jumlah neonatal dengan komplikasi dikalikan 100.
Pf (pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan)	Ibu hamil mendapat layanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan publik maupun swasta. Cakupan Pf adalah Jumlah persalinan difasilitas dibagi jumlah seluruh persalinan pada kurun waktu tertentu dikali 100.
Peserta KB aktif	Pasangan usia subur (PUS) yang pada saat ini masih menggunakan salah satu cara atau metode alat kontrasepsi. Cakupan Peserta KB aktif adalah jumlah peserta KB dibagi jumlah PUS pada kurun waktu tertentu dikali 100.
K1 (Kunjungan Bumil K1)	Pemeriksaan kehamilan pada trimester ke-1 oleh tenaga kesehatan terlatih yang terdiri dari paket 10T yaitu: a. Timbang – tinggi badan f. Tes HIV AIDS & IMS b. Tinggi fundus g. Tes lingkaran lengan (LiLa) c. Tekanan darah h. Tablet tambah darah d. Tes hemoglobin (hb) i. Tetanus toksoid e. Tes malaria j. Temu wicara Cakupan K1 adalah jumlah K1 dibagi jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.
K4 (Kunjungan Bumil K4)	Pelayanan antenatal/kehamilan sesuai standar paling sedikit 4 kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah: a. Minimal satu kali pada triwulan pertama b. Satu kali pada triwulan kedua c. Dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan Cakupan K4 adalah jumlah K4 dibagi jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.

KESEHATAN IBU DAN ANAK

Kematian anak balita (12-59 bulan)

Kematian anak balita yang terjadi setelah usia 1 tahun sampai sebelum mencapai usia 5 tahun.

Kematian ibu

Kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah melahirkan, tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan diakibatkan oleh insiden dan kecelakaan.

Kematian neonatus (0-28 hari)

Kematian bayi yang lahir hidup dalam rentang waktu 28 hari sejak kelahiran.

Kematian post-natal (29 hari -11 bulan)

Kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berhubungan dengan pengaruh lingkungan luar.

Kn1

Kunjungan tenaga kesehatan pada bayi baru lahir dalam waktu 48 jam setelah persalinan.

Pelayanan Kn1 meliputi 5 pelayanan utama yaitu:

- a. Inisiasi menyusui dini (IMD)
- b. Perawatan tali pusat
- c. Pemberian injeksi vitamin K1
- d. Pemberian salep mata
- e. Pemberian imunisasi HB-0

Cakupan Kn1 adalah jumlah Kn1 dibagi jumlah bayi lahir hidup dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.

Komplikasi kebidanan yang ditangani

Ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (polindes, puskesmas, PONE, rumah bersalin, RSIA/RSB, RSUD PONEK).

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani adalah jumlah komplikasi kebidanan yang ditangani dibagi jumlah komplikasi kebidanan pada kurun waktu tertentu dikalikan 100.

Kunjungan bayi

Bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (1 kali pada umur 29 hari-3 bulan, 1 kali pada umur 3-6 bulan, 1 kali pada umur 6-9 bulan, 1 kali pada umur 9-11 bulan).

Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/ HB1-3, Polio 1-4, Campak), stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) bayi dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi. Penyuluhan perawatan kesehatan bayi meliputi: konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan, perawatan dan tanda bahaya bayi sakit (sesuai MTBS), pemantauan pertumbuhan dan pemberian vitamin A kapsul biru pada usia 6-11 bulan.

KESEHATAN IBU DAN ANAK

	<p>Cakupan Kunjungan Bayi adalah jumlah Bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi dengan jumlah sasaran bayi dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.</p>
Lahir mati	Kelahiran seorang bayi dari kandungan yang berumur paling sedikit 28 minggu tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan.
Neonatus	Bayi berumur 0-29 hari
Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	<p>Neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Neonatus dengan komplikasi seperti asfiksia, icterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsi, trauma lahir, BBLD (berat badan lahir rendah <2500gram), sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital, dll.</p> <p>Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani dibagi dengan jumlah perkiraan bayi dengan komplikasi (15% x jumlah bayi) dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.</p>
Pasangan usia subur (PUS)	Pasangan suami istri yang hidup bersama, dengan istrinya berusia 15-49 tahun dan masih haid atau pasangan suami istri yang berumur <15 tahun dan sudah haid atau istri sudah berumur 50 tahun tetapi masih haid.
Pelayanan anak balita	<p>Anak balita (12-59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan setiap bulan, minimal 8x dalam setahun yang tercatat di kohor anak balita dan pra sekolah, buku KIA/KMS atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya.</p> <p>Cakupan Pelayanan anak balita adalah jumlah Anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dibagi jumlah anak balita dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.</p>
Pelayanan ibu nifas (KF1)	<p>Pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan sesuai standar.</p> <p>Cakupan KF1 adalah jumlah ibu nifas KF1 dibagi jumlah ibu nifas dalam kurun waktu tertentu dikali 100.</p>
Pelayanan ibu nifas (KF3)	<p>Pelayanan kepada ibu pada masa 7 hari sampai dengan 42 hari pasca persalinan sesuai standar, termasuk pemberian vitamin A 2 kali serta persiapan dan/atau pemasangan KB pasca persalinan.</p> <p>Cakupan KF3 adalah jumlah ibu nifas KF3 dibagi jumlah ibu nifas dalam kurun waktu tertentu dikali 100.</p>
Pelayanan neonatal (KN Lengkap)	<p>Pelayanan kepada neonatus 6 jam sampai dengan 28 hari sesuai standar, sedikitnya 3 kali (pada 6-24 jam setelah lahir, pada 3-7 hari dan pada 28 hari setelah lahir yang dilakukan di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah).</p> <p>Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi (bila tidak diberikan pada saat lahir),</p>

KESEHATAN IBU DAN ANAK

	<p>pemberian imunisasi hepatitis B1 (bila tidak diberikan pada saat lahir), manajemen terpadu bayi muda.</p> <p>Cakupan KN Lengkap adalah jumlah KN Lengkap dibagi jumlah bayi dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.</p>
Pemberian makanan pendamping ASI (MP – ASI) pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin	<p>Pemberian makanan pendamping ASI pada usia 6-24 bulan dari keluarga miskin selama 90 hari. MP-ASI yang diberikan adalah MP-ASI pabrikan berupa bubuk instan untuk bayi usia 6-11 bulan dan biskuit untuk anak usia 12-24 bulan.</p> <p>Cakupan Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin adalah jumlah Pemberian makanan pendamping ASI pada usia 6-24 bulan dari keluarga miskin selama 90 hari di bagi jumlah anak usia 6-24 bulan keluarga miskin dikalikan 100 (catatan: tergantung ketersediaan data anak usia 6-24 bulan keluarga miskin).</p>
Perkiraan jumlah bayi yang bertahan hidup (<i>surviving infant</i>)	<p>Jumlah bayi baru lahir hidup dikalikan angka kematian bayi (AKB). Sasaran ini digunakan untuk menghitung imunisasi yang diberikan pada bayi usia 2-11 bulan.</p>
Posyandu aktif	<p>Posyandu yang melayani balita setiap bulan dengan 5 kader aktif. Jumlah balita yang dilayani setiap Posyandu minimal 1000.</p>
Puskesmas	<p>Unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.</p>
Angka Kematian bayi (AKB)	<p>Jumlah kematian bayi usia di bawah 1 tahun dibagi jumlah kelahiran hidup dikalikan 1.000.</p>
<i>Surviving infant</i>	<p>Jumlah bayi yang bertahan hidup setelah kelahiran sampai usia 11 bulan 29 hari.</p>
Wanita usia subur (WUS)	<p>Semua wanita yang telah memasuki usia antara 15-49 tahun tanpa memperhitungkan status pernikahannya.</p>

PENGENDALIAN PENYAKIT (MENULAR DAN TIDAK MENULAR)

Angka kesembuhan (<i>cure rate</i>)	Jumlah pasien yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan hasil pemeriksaan apusan dahak ulang (<i>follow up</i>) dengan hasil negatif pada akhir pengobatan (akhir bulan ke-6 pengobatan) dan pada satu pemeriksaan sebelumnya (akhir bulan ke-5 pengobatan) di suatu wilayah selama periode tertentu dibagi dengan jumlah penderita TB paru BTA (+) yang diobati di wilayah dan periode waktu yang sama dikalikan 100%.
Annual Parasite Incidence (API)	Jumlah kasus positif malaria per 1000 penduduk berisiko di suatu daerah dalam kurun waktu satu tahun. Kriteria objektif yang digunakan sebagai berikut: a. Dinyatakan baik, bila kurang dari atau sama dengan 5% b. Dinyatakan buruk, bila lebih dari 5%
Antiretroviral Therapy (ART)	Pengobatan HIV yang terdiri dari kombinasi 3 regimen
Demam Berdarah Dengue (DBD)	Demam 2-7 hari disertai manifestasi perdarahan, jumlah trombosit <200.000/mm ³ , adanya tanda-tanda kebocoran plasma (peningkatan hematocrit >20% dari nilai normal, dan atau efusi pleura, dan atau ascites, dan atau hypoproteinemia/hypoalbuminemia).
DO pengobatan TB	Pasien TB yang tidak mengkonsumsi Obat Anti Tuberculosis (OAT) selama 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.
DPTHB Hib vaksin	Gabungan 5 vaksin yaitu Difteri, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B dan Haemofilus Influenza B. <ul style="list-style-type: none"> • Difteri merupakan penyakit dari basil Difteri yang bisa menyebabkan kerusakan jantung dan saraf • Pertussis yaitu penyakit Batuk Rajan yang sangat menular. Penyakit ini sering juga disebut dengan batuk 100 hari • Tetanus disebabkan oleh jenis bakteri yang disebut dengan Clostridium tetani, ditandai dengan kekakuan otot; gejala penyakit Tetanus hampir sama dengan gejala penyakit Epilepsi • Hepatitis B merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus Hepatitis B atau lebih dikenal dengan penyakit kuning. Penyakit ini sangatlah berbahaya karena bisa menyebabkan kerusakan pada hati • Haemofilus Influenza B merupakan virus yang menyebabkan penyakit Meningitis dan Pneumonia yang dapat berakibat pada kematian.
HIV (+)	Seseorang yang terinfeksi virus <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV), berpotensi menularkannya walaupun tampak sehat dan tidak menunjukkan gejala penyakit apapun.
Imunisasi	Suatu proses untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh dengan cara memasukkan vaksin yakni virus atau bakteri yang sudah dilemahkan, dibunuh atau bagian-bagian dari bakteri (virus) yang telah dimodifikasi.

PENGENDALIAN PENYAKIT (MENULAR DAN TIDAK MENULAR)

Imunisasi dasar pada bayi	Upaya pencegahan penyakit dengan cara pemberian beberapa vaksin imunisasi dasar yang harus diberikan pada bayi melalui oral maupun dengan cara penyuntikan. Ada beberapa imunisasi dasar yang diberikan pada bayi menurut jenis dan waktu pemberian yaitu HBO, BCG, DPTHB Hib, Polio, Campak.
Indeks pemakaian vaksin	Rata-rata jumlah dosis yang diberikan untuk setiap ampul/vaksin.
Kambuh TB	Pasien Tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan Tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).
Kasus AFP (Penduduk < 15 tahun)	Semua penduduk berumur <15 tahun dengan kelumpuhan (<i>paralysis/paresis</i>) yang memiliki gejala yang sifatnya layuh (<i>flaccid</i>), terjadi secara mendadak (<i>acute</i>) dan bukan disebabkan ruda paksa.
Kasus baru BTA positif	Pasien TB BTA positif yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
Kelambu massal	Pembagian kelambu berinsektisida secara massal.
Kinerja diagnosa Malaria (%)	Persentase pemeriksaan laboratorium, baik menggunakan mikroskop ataupun RDT dibagi jumlah yang diduga Malaria.
Kinerja distribusi kelambu (%)	Jumlah total kelambu yang ada di penduduk baik dari kelambu ibu hamil, bayi lengkap imunisasi maupun kelambu yang didistribusi secara massal dibagi sepertiga jumlah penduduk, dengan kriteria objektif sebagai berikut: a. Dinyatakan baik, bila lebih dari 95% b. Dinyatakan buruk, bila kurang dari 95%
Kinerja distribusi kelambu (%)	Jumlah total kelambu yang ada di penduduk baik dari kelambu ibu hamil, bayi lengkap imunisasi maupun kelambu yang didistribusi secara massal dibagi sepertiga jumlah penduduk, dengan kriteria objektif sebagai berikut: a. Dinyatakan baik, bila lebih dari 95% b. Dinyatakan buruk, bila kurang dari 95%
Kinerja pengobatan (%)	Cakupan pengobatan menggunakan ACT dibagi jumlah total seluruh positif Malaria, baik umum maupun bumil positif dengan kriteria objektif sebagai berikut: a. Dinyatakan baik, bila lebih dari 95% b. Dinyatakan buruk, bila kurang dari 95%
PD3I	Penyakit-penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu Difteri, Pertussis, Tetanus Neonatorum, Campak, Polio dan Hepatitis B.
Penderita dapat OAT	Pasien baru tuberkulosis BTA positif yang mendapatkan pengobatan dengan obat anti tuberkulosis.

<p>Pneumonia</p>	<p>Penyakit radang paru yang mempunyai gejala batuk, nafas cepat serta demam. Dikategorikan nafas cepat bila:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. > 60x/menit pada usia 0-2 bulan b. > 50x/menit pada usia 2-11 bulan c. > 40x/menit pada usia 1-5 tahun <p>Dikategorikan demam bila suhu badan >37,50C</p> <p>Balita yang terserang Pneumonia dan tidak segera diobati dengan tepat sangat mudah meninggal.</p> <p>Cakupan penemuan Pnemonia Balita adalah jumlah penemuan kasus pneumonia balita dibagi jumlah perkiraan kasus pnemunia balita dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100.</p> <p>Perkiraan penemuan Pneumonia balita setahun adalah 2,8 % dikali jumlah balita.</p>
<p>Success Rate (SR)</p>	<p>Jumlah pasien BTA positif (+) baru yang dapat pengobatan lengkap dan sembuh dibagi dengan jumlah pasien BTA (+) baru yang diobati, dikalikan 100%.</p>
<p>TB BTA +</p>	<p>Penemuan pasien TB melalui pemeriksaan dahak sewaktu–pagi–sewaktu (SPS) dengan hasil pemeriksaan mikroskopis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif (+) b. Terdapat 1 spesimen dahak SPS dengan hasil BTA positif (+) dan foto Toraks dada menunjukkan gambaran Tuberculosis. c. Terdapat 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya dengan hasil BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian <i>antibiotic non OAT</i>. <p>Cakupan Penemuan TB BTA+ adalah jumlah penemuan TB BTA+ dibagi perkiraan TB BTA+ dikalkani 100.</p> <p>Perkiraan Penemuan TB BTA+ adalah 383 per 100,000 penduduk.</p>
<p>Tes HIV</p>	<p>Tes darah yang dilakukan untuk memastikan seseorang terinfeksi HIC atau tidak. Terjadinya infeksi HIV ini dapat dideteksi dengan mengetes adanya zat anti atau disebut antibody terhadap HIV di dalam darah seseorang.</p> <p>Cakupan Test HIV adalah jumlah yang di test HIV dibagi jumlah perkiraan penduduk yang di test HIV dikalikan 100.</p> <p>Perkiraan penduduk yang di test HIV adalah $2,3\% \times \text{Jmh Pddk} \times 30\% \times 40$ (angka "40" untuk menemukan 1 Pos maka harus diperiksa 40).</p>
<p>Vaksin HB-0</p>	<p>Imunisasi Hepatitis B yang diberikan pada bayi baru lahir sampai umur 7 hari yang harus diupayakak untuk dapat diberikan pada 6 jam pertama setelah bayi lahir agar terbentuknya perlindungan yang optimal terhadap penyakit Hepatitis B.</p>
<p>Vaksin Polio</p>	<p>Suspensi virus <i>Poliomyelitis</i> yang sudah dilemahkan. Vaksin Polio terbukti 90% efektif untuk mencegah infeksi Polio pada anak. Polio adalah penyakit yang bisa menyebabkan kelumpuhan pada anak.</p>

KESEHATAN

Buffer Stock	Jumlah obat/vaksin cadangan yang diperlukan untuk menghindari terjadinya kekosongan obat/vaksin.
Desa Gondok Endemic	Suatu daerah yang terdapat 5% – 10% penduduknya mengidap penyakit gondok.
Desa Siaga	<p>Desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa siaga adalah suatu konsep peran serta dan pemberdayaan masyarakat di tingkat desa disertai dengan pengembangan kesiagaan dan kesiapan masyarakat untuk memelihara kesehatannya secara mandiri.</p> <p>Kriteria sebagai desa siaga adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> Memiliki 1 orang tenaga bidan yang menetap di desa tersebut dan sekurang-kurangnya 2 orang kader desa. Memiliki minimal 1 bangunan pos kesehatan desa (Poskesdes) beserta peralatan dan perlengkapannya. Poskesdes tersebut dikembangkan oleh masyarakat, dikenal dengan istilah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan melaksanakan kegiatan-kegiatan minimal: <ul style="list-style-type: none"> pengamatan epidemiologis penyakit menular dan yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa serta faktor-faktor risikonya. penanggulangan penyakit menular dan yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa serta kekurangan gizi. kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan. pelayanan kesehatan dasar sesuai dengan kompetensinya. kegiatan pengembangan seperti promosi kesehatan, keluarga sadar gizi, PHBS, penyehatan lingkungan, dll.
Desa tertinggal	Kawasan pedesaan yang ketersediaan sarana dan prasarana dasar wilayahnya kurang/tidak ada (tertinggal) sehingga menghambat pertumbuhan/perkembangan kehidupan masyarakatnya dalam bidang ekonomi (kemiskinan) dan bidang pendidikan (keterbelakangan).
Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan epidemiologi <24 jam	<p>Desa/kelurahan yang mengalami kejadian luar biasa (KLB) yang ditangani <24 jam oleh kabupaten/kota terhadap kejadian luar biasa (KLB) periode/kurun waktu tertentu.</p> <p>Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan epidemiologi < 24 jam adalah jumlah KLB yang dilakukan epidemiologi < 24 jam dibagi jumlah KLB dikalikan 100.</p>
Anak usia pendidikan dasar kelas 1 dan 7 yang mendapat pelayanan skrining kesehatan	<p>Anak sekolah kelas 1 sekolah dasar dan kelas 1 sekolah menengah tingkat pertama (kelas 7) yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di sekolah pada awal tahun ajaran baru pada satu wilayah kerja dan pada kurun waktu tertentu.</p> <p>Cakupan Anak usia pendidikan dasar kelas 1 dan 7 yang mendapat pelayanan skrining kesehatan adalah jumlah Anak usia pendidikan dasar kelas 1 dan 7 yang mendapat pelayanan skrining kesehatan dibagi jumlah Anak usia pendidikan dasar kelas 1 dan 7 dikalikan 100.</p>

<p>Orang dengan gangguan jiwa berat (psikotik) yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa promotif preventif sesuai standar</p>	<p>Orang dengan gangguan jiwa berat (ODGJ) yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa promotif preventif yang bertujuan meningkatkan kesehatan jiwa penderita gangguan jiwa berat dan mencegah terjadinya kekambuhan dan pemasungan. Pelayanan kesehatan jiwa pada ODGJ berat diberikan oleh perawat dan dokter puskesmas di wilayah kerjanya.</p> <p>Pelayanan kesehatan jiwa pada ODGJ berat meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Edukasi dan evaluasi tentang tanda dan gejala gangguan jiwa, kepatuhan minum obat dan informasi lain terkait obat, mencegah tindakan pemasungan, kebersihan diri, sosialisasi, kegiatan rumah tangga dan aktivitas bekerja sederhana Tindakan kebersihan diri ODGJ berat. Dalam melakukan pelayanan promotif dan preventif diperlukan penyediaan materi KIE dan buku kerja sederhana <p>Cakupan orang dengan gangguan jiwa berat (psikotik) yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa promotif preventif sesuai standar adalah jumlah ODGJ yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa promotif preventif sesuai standar dibagi jumlah ODGJ dikali 100.</p> <p>Perkiraan penderita ODGJ di satu wilayah adalah 1,2 dibagi 1000 dikalikan jumlah penduduk.</p>
<p>Penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar</p>	<p>Penduduk usia >18 tahun dengan hipertensi (sistolik >140 mmHg dan diastolik >90 mmHg) yang mendapat layanan kesehatan di fasilitas kesehatan sesuai standar di suatu wilayah tertentu dan pada periode tertentu.</p> <p>Cakupan penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah jumlah penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah penderita hipertensi dikalikan 100.</p> <p>Perkiraan penderita hipertensi disuatu wilayah adalah 3,2% dikalikan jumlah penduduk usia 18 tahun ke atas.</p>
<p>Pengunjung usia 15-59 tahun mendapat pelayanan skrining kesehatan</p>	<p>Setiap warga negara usia 15-59 tahun yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan skrining kesehatan usia 15-59 tahun sesuai standar adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelayanan skrining kesehatan usia 15-59 tahun diberikan sesuai kewenangan oleh dokter, bidan, perawat, tenaga gizi, dan petugas pelaksana posbindu PTM terlatih. Pelayanan skrining yang dilakukan di puskesmas dan jaringannya serta fasilitas kesehatan lainnya yang bekerjasama dengan pemerintah daerah. Pelayanan skrining kesehatan usia 15-59 tahun yang dilakukan minimal satu tahun sekali. Pelayanan skrining kesehatan usia 15-59 tahun meliputi: <ul style="list-style-type: none"> Deteksi kemungkinan obesitas dilakukan dengan memeriksa tinggi badan dan berat badan serta lingkar perut. Deteksi hipertensi dengan memeriksa tekanan darah sebagai pencegahan primer. Deteksi kemungkinan diabetes mellitus menggunakan tes cepat gula darah.

- Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku.
- Pemeriksaan ketajaman penglihatan.
- Pemeriksaan ketajaman pendengaran.
- Deteksi dini kanker dilakukan melalui pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan IVA khusus untuk wanita usia 30-59 tahun.

Cakupan Pengunjung usia 15-59 tahun mendapat pelayanan skrining kesehatan adalah jumlah pengunjung usia 15-59 tahun mendapat pelayanan skrining kesehatan dibagi pengunjung usia 15-59 tahun dikalikan 100.

Pengunjung berusia 60 tahun ke atas mendapat pelayanan skrining kesehatan minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun

Penduduk usia >60 tahun yang mendapat layanan skrining kesehatan sesuai standar minimal satu kali di fasilitas pelayanan kesehatan pada satu wilayah kerjanya minimal 1 kali dalam kurun waktu satu tahun.

Pelayanan skrining kesehatan warga negara usia 60 tahun ke atas sesuai standaryaitu:

- a. Dilakukan sesuai kewenangan oleh dokter, bidan, perawat, tenaga gizi, kader posyandu lansia.
- b. Pelayanan diberikan di puskesmas dan jaringannya, fasilitas pelayanan kesehatan lainnya maupun pada kelompok lansia, bekerjasama dengan pemerintah daerah.
- c. Dilakukan minimal sekali setahun.
- d. Ruang lingkup skrining kesehatan sebagai berikut:
 - Deteksi hipertensi dengan mengukur tekanan darah.
 - Deteksi diabetes mellitus dengan pemeriksaan kadar gula darah.
 - Deteksi kadar kolesterol dalam darah.
 - Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku, termasuk kepikinan menggunakan Mini cog atau *Mini Mental Status Examination* (MMSE/Test mental mini atau *Abbreviated Mental Test* (AMT) dan *Geriatric Depression Scale* (GDS).

Cakupan Pengunjung berusia 60 tahun ke atas yang mendapat pelayanan skrining kesehatan minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun adalah jumlah Pengunjung berusia 60 tahun ke atas mendapat pelayanan skrining kesehatan minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun dibagi jumlah Pengunjung berusia 60 tahun ke atas dikalikan 100.

Penyandang *Diabetes Mellitus* (DM) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

Penderita *Diabetes Mellitus* yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di mana pemerintah kabupaten/kota mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan sesuai standar kepada seluruh penyandang *Diabetes Mellitus* sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya.

- Pelayanan kesehatan penyandang DM diberikan sesuai kewenangan oleh dokter, perawat, tenaga gizi.
- Pelayanan kesehatan diberikan kepada penyandang DM di FKTP sesuai standar yang meliputi 4 pilar penatalaksanaan yaitu
 - Edukasi
 - Aktivitas fisik

	<ul style="list-style-type: none"> □ Terapi nutrisi medis □ Intervensi farmakologi • Setiap penyandang DM yang mendapatkan pelayanan sesuai standar termasuk pemeriksaan HbA1C. <p>Cakupan Penyandang diabetes mellitus (DM) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah jumlah penyandang diabetes mellitus (DM) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar jumlah penderita DM dikalikan 100.</p> <p>Perkiraan penderita DM adalah 2,3% dikalikan penduduk usia 15 tahun ke atas.</p>
Kader dilatih/terlatih	Anggota dari kelompok masyarakat yang telah dilatih untuk suatu tugas pelayanan kesehatan tertentu di kelompok masyarakat tersebut. Ada beberapa macam jenis kader di tingkat desa/kampung seperti kader posyandu, kader MTBS-M, kader promosi kesehatan, kader/juru malaria, kader desa siaga, dll.
Penjaringan kesehatan siswa SD & setingkat	Pelayanan siswa sekolah dasar dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/dokter kecil) melalui penjaringan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
	Cakupan Penjaringan kesehatan siswa SD & setingkat adalah jumlah anak sekolah kelas 1 SD dan kelas 1 SMP yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di sekolah pada awal tahun ajaran baru pada satu wilayah kerja dan pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah keseluruhan anak sekolah kelas 1 SD dan kelas 1 SMP dikalikan 100.
Posyandu aktif	1 Posyandu di satu wilayah kerja tertentu dengan melayani kurang lebih 100 balita dengan kurang lebih 5 kader aktif dengan memiliki jadwal pelayanan dan berfungsi aktif.
Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas)	Unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya yaitu di tingkat kecamatan/distrik.
Upaya kesehatan	Upaya/kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan baik di dalam gedung maupun luar gedung; baik yang dilakukan untuk individu maupun untuk kelompok masyarakat yang ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
Wastage rate (pemborosan)	Jumlah penggunaan bahan lebih besar dibandingkan dengan jumlah kebutuhan bahan termasuk <i>buffer stock</i> .



Program LANDASAN Fase II



Australian Government



KOMPAK

Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan
Kemitraan Pemerintah Australia - Indonesia