



PEDOMAN KERJA PUSKESMAS KLASTER I MANAJEMEN

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
2024

ISBN

Kata Pengantar Menteri Kesehatan

2

Indonesia Emas 2045 adalah visi besar yang menekankan pada pembangunan berkelanjutan, kesejahteraan masyarakat, dan kualitas hidup yang lebih baik. Dalam konteks kesehatan, fokus utama adalah memastikan akses layanan kesehatan berkualitas bagi seluruh Masyarakat. Dalam rangka mendukung visi Indonesia Emas 2045, Kementerian Kesehatan mempersembahkan **Pedoman Kerja Puskesmas**.

Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer saat ini menjadi bagian penting dan paling dekat di masyarakat dimana fokus kita adalah menjaga orang tetap sehat, bukan mengobati orang yang sakit. Dengan Kesehatan yang terjaga, maka masyarakat akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan produktif.

Peran puskesmas menjadi sangat penting dalam mencegah permasalahan kesehatan dengan tanggung jawab untuk menggerakkan masyarakat dalam menjaga dan mempertahankan kesehatan mereka, serta melakukan pencegahan penyakit melalui skrining dini dan cakupan imunisasi yang lebih baik. Dengan demikian, Puskesmas menjadi garda terdepan dalam mencegah dan mengurangi beban penyakit di tengah masyarakat.

Pada bulan Agustus 2023, Kementerian Kesehatan secara resmi meluncurkan program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Program ini menyasar bahwa transformasi kesehatan dapat dilaksanakan dengan lebih cepat dan efektif. Melalui integrasi ini, seluruh Puskesmas diharapkan mampu meningkatkan layanan kesehatan yang lebih terkoordinasi, komprehensif, dan berfokus pada kebutuhan masyarakat.

Pedoman ini disusun sebagai acuan praktis bagi seluruh petugas kesehatan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu. Dengan adanya pedoman ini, diharapkan semua pihak dapat melaksanakan tugasnya dengan lebih terarah dan efisien dalam mengedepankan pelayanan yang berkualitas, terintegrasi, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Saya berharap buku ini dapat menjadi penyemangat bagi semua petugas di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu di semua wilayah baik desa, kota, perbatasan, maupun pegunungan.

Sebagai penutup, mari kita ingat bahwa setiap halaman dalam buku pedoman ini merupakan langkah kita bersama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Terima kasih atas dedikasi dan kerja keras semua pihak. Mari kita wujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik demi Indonesia yang lebih sehat.

Jakarta, Oktober 2024

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Budi Gunadi Sadikin



Budi Gunadi Sadikin
Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Kata Pengantar

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga **Pedoman Kerja Puskesmas** dapat terselesaikan. Pedoman ini digunakan sebagai panduan bagi Puskesmas dalam mengimplementasikan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) merupakan upaya untuk menata dan mengkoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup bagi perseorangan, keluarga dan masyarakat. ILP bertujuan untuk mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif pada setiap fase kehidupan secara komprehensif dan berkualitas bagi Masyarakat.

Pedoman Kerja ini diharapkan dapat mempermudah Puskesmas melaksanakan tugas dan fungsinya memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Pedoman ini terdiri dari lima buku berdasarkan Tata kelola Pelayanan Kesehatan primer di Puskesmas yang diselenggarakan secara terintegrasi melalui sistem klaster, yaitu:

1. Buku 1: Manajemen Puskesmas;
2. Buku 2: Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak;
3. Buku 3: Pelayanan Kesehatan Usia Dewasa dan Lansia;
4. Buku 4: Penanggulangan Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan;
5. Buku 5: Lintas Klaster.

Akhir kata, ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini dan dapat diterapkan sesuai tujuan penyusunannya.

Jakarta, Oktober 2024

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

dr. Maria Endang Sumiwi, MPH



Maria Endang Sumiwi
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

DAFTAR ISI

BAB A

Kebijakan Pelayanan Kesehatan Primer

1. Rencana Pembangunan Kesehatan Nasional
2. Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer

BAB B

Puskesmas dengan Wilayah Kerjanya

1. Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas
2. Cakupan Kewilayahan Puskesmas
3. Persyaratan Puskesmas
4. Kategori Puskesmas
5. Organisasi dan Tata Hubungan Kerja dan Tata Hubungan Kerja

BAB C

Manajemen Puskesmas

1. Manajemen Inti
2. Manajemen Sumber Daya Manusia
3. Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan
4. Manajemen Data dan Sistem Informasi
5. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan
6. Manajemen Keuangan dan Aset
7. Manajemen Ketatausahaan
8. Manajemen Jejaring

BAB D

Pemantauan Wilayah Setempat Puskesmas

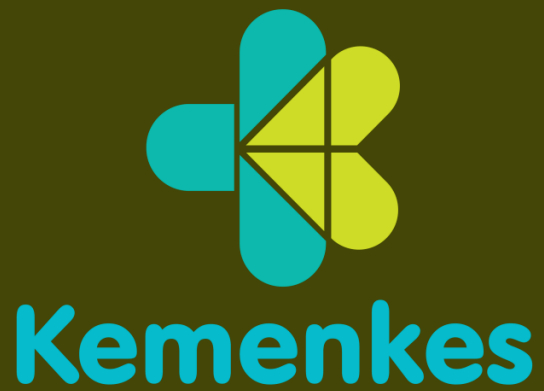
Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan, menyelenggarakan pelayanan kesehatan primer dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau patiatif dengan mengutamakan promotif dan preventif untuk mewujudkan wilayah kerja yang sehat dengan masyarakat yang berperilaku hidup sehat, mudah mengakses Pelayanan Kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat dan memiliki derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya, baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Kementerian Kesehatan menggulirkan transformasi sistem kesehatan. Terdapat 6 pilar transformasi sistem kesehatan sebagai penopang kesehatan Indonesia yaitu:

1. Transformasi pelayanan kesehatan primer;
2. Transformasi pelayanan kesehatan rujukan;
3. Transformasi sistem ketahanan kesehatan;
4. Transformasi sistem pembiayaan kesehatan;
5. Transformasi SDM kesehatan; dan
6. Transformasi teknologi kesehatan.

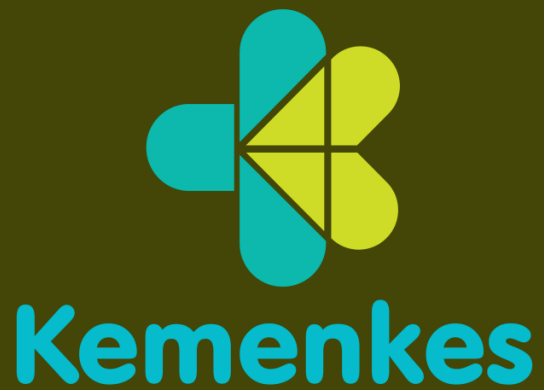
Transformasi pelayanan kesehatan primer dilaksanakan melalui edukasipenduduk, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan peningkatan kapasitas serta kapabilitas pelayanan kesehatan primer. Pilar prioritas pertama ini bertujuan menata kembali pelayanan kesehatan primer yang ada, sehingga mampu melayani seluruh penduduk Indonesia dengan pelayanan kesehatan yang lengkap dan berkualitas.

Penataan struktur layanan kesehatan primer tersebut membutuhkan pendekatan baru yang berorientasi pada kebutuhan layanan di setiap siklus kehidupan yang diberikan secara komprehensif dan terintegrasi antar tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Pendekatan baru ini disebut sebagai Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, melibatkan Puskesmas, unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan yang disebut juga sebagai Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Selanjutnya juga akan melibatkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan primer di wilayah kerjanya



BAB A

Kebijakan Pelayanan Kesehatan Primer



BAB A-1

**Rencana
Pembangunan
Kesehatan Nasional**

1. Rencana Pembangunan Kesehatan Nasional



Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005–2025, menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan upaya antar –program dan sektor, serta keberlanjutan dari upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Oleh karena itu, diperlukan penyusunan rencana pembangunan kesehatan yang berkesinambungan.

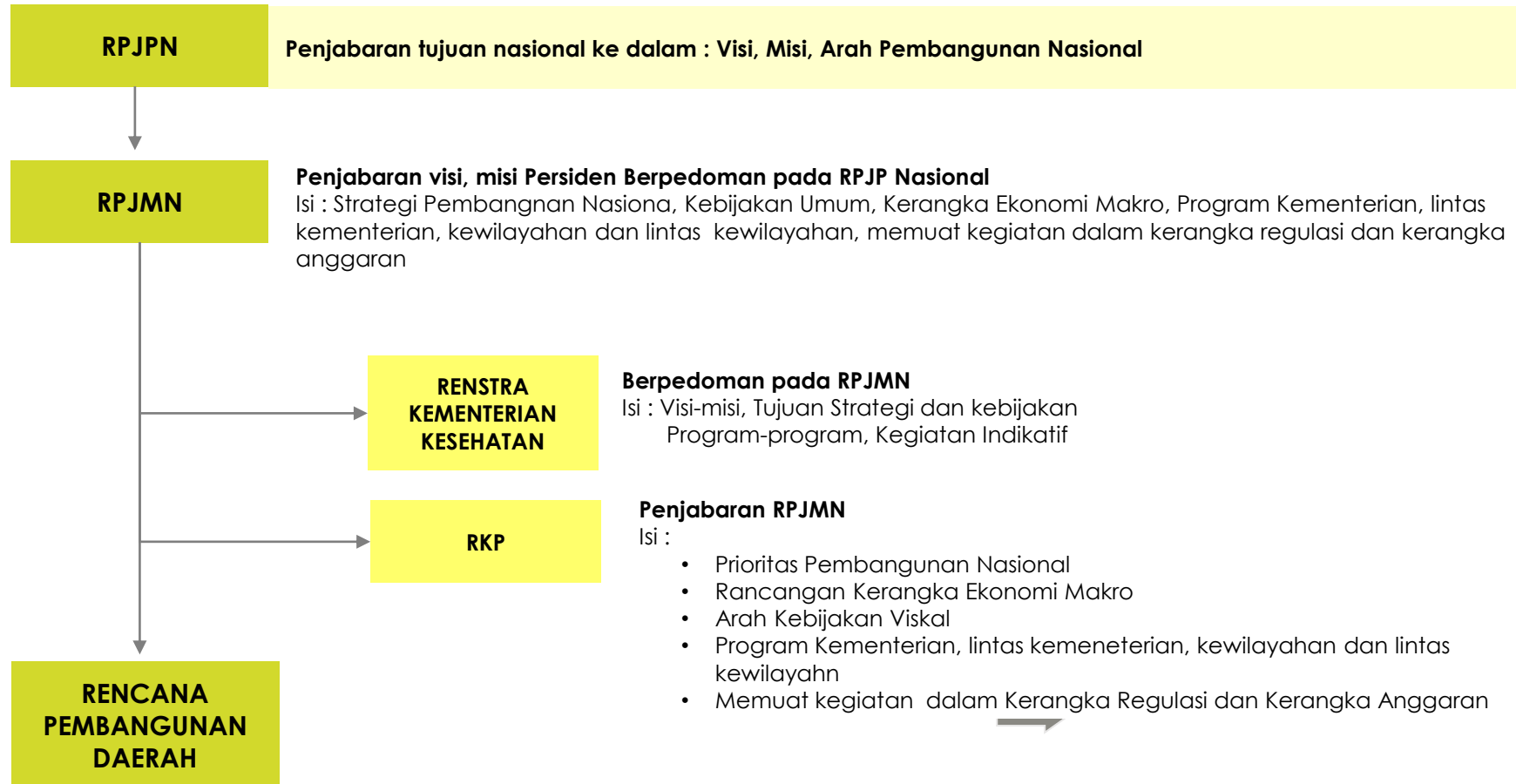


- **Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004** tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional telah mengamanatkan bahwa sistem perencanaan pembangunan nasional bertujuan untuk menjamin terciptanya integrasi, sinkronisasi, dan sinergi baik antardaerah, antarruang, antarwaktu, antarfungsi pemerintah maupun antara pusat dan daerah.
- Kementerian Kesehatan menyusun Renstra dengan berpedoman pada RPJM Nasional yang bersifat indikatif. Renstra ini memuat visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, program, dan kegiatan pembangunan sesuai dengan tugas dan fungsi Kementerian Kesehatan.

Upaya Kesehatan dalam bentuk pelayanan diselenggarakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan. Pelayanan Kesehatan primer dan pelayanan kesehatan lanjutan diselenggarakan berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dengan memperhatikan masukan dari pemerintah daerah dan/atau masyarakat

Sinkronisasi Rencana Pembangunan Nasional dan Rencana Pembangunan Daerah

9



Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) merupakan suatu dokumen perencanaan dan penganggaran kesehatan berbasis kinerja jangka menengah (5 tahunan)

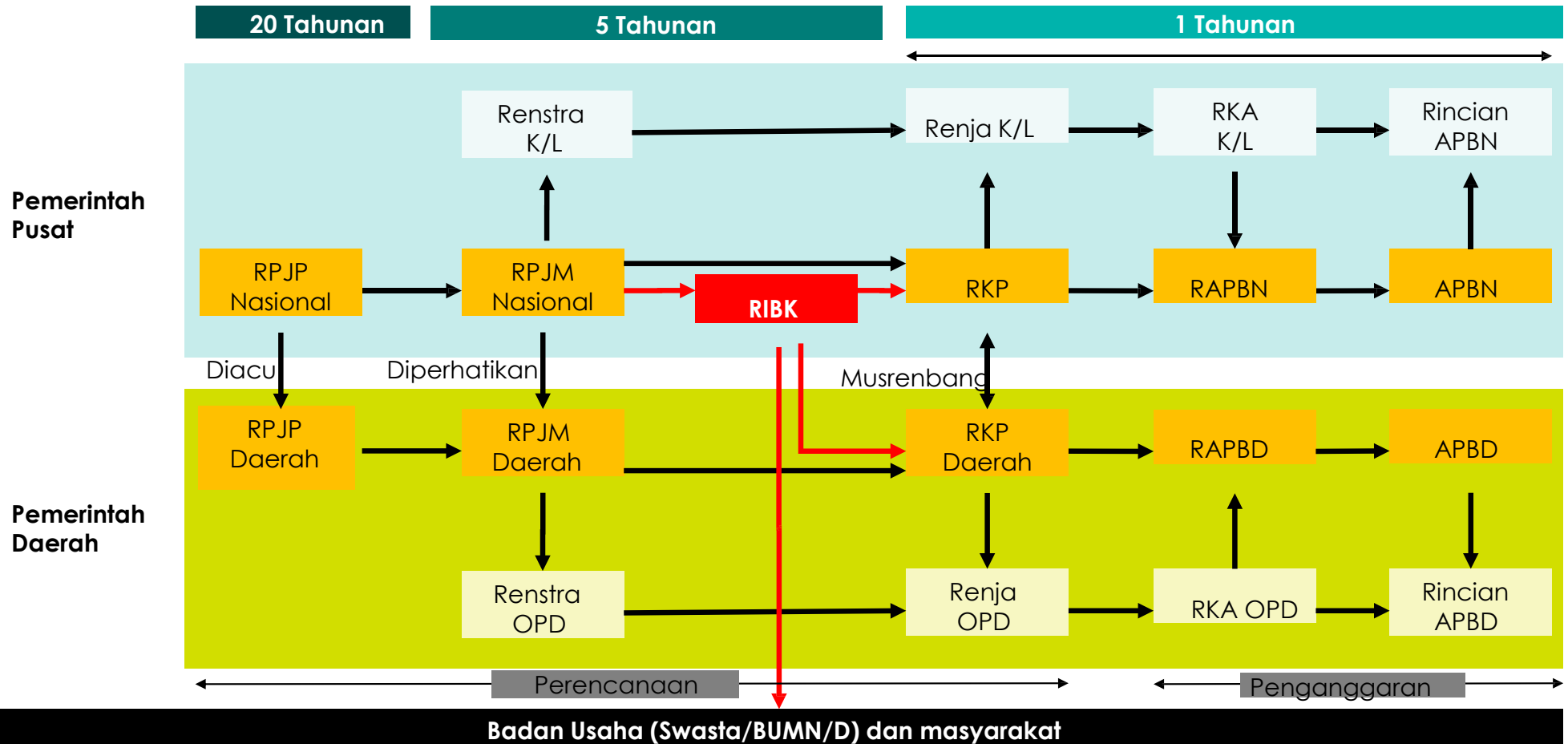
10

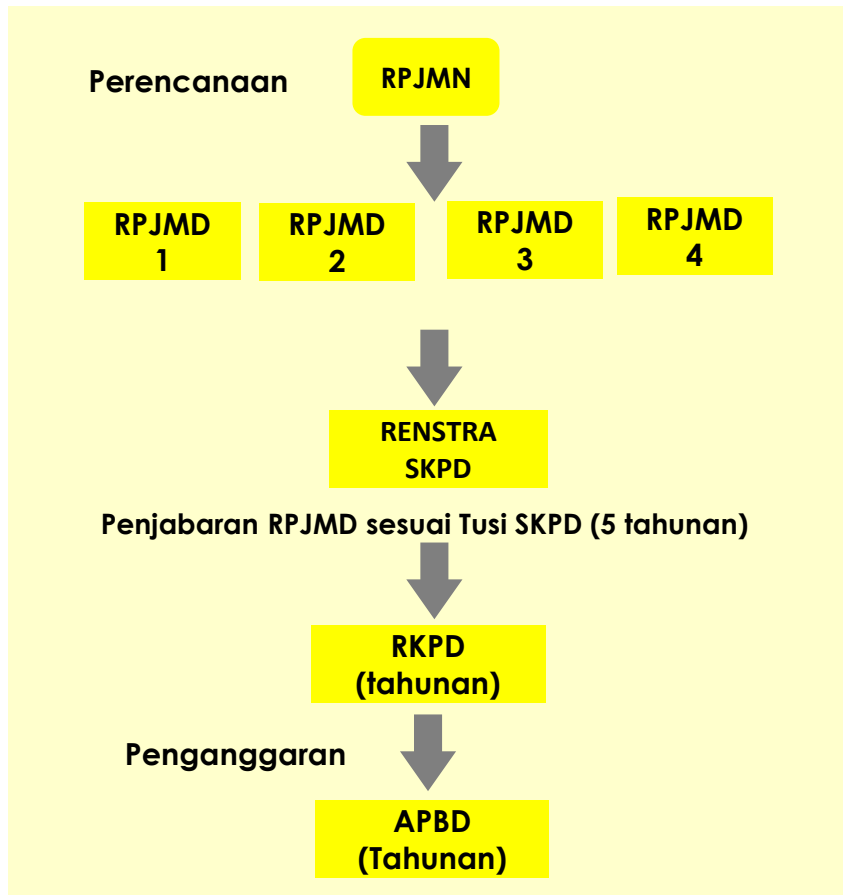


Gambar A1.1 Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK)

RIBK dapat Berperan Sebagai Panduan Dalam Penyusunan Muatan Rencana Pembangunan/Belanja Bidang Kesehatan K/L, Daerah, Swasta, Dll

11





Gambar A1.3 Skema Perencanaan dan Penganggaran

Renstra Dinas Kesehatan adalah :

1. Dokumen perencanaan Dinas Kesehatan selama 5 tahun
2. Dalam rangka pelaksanaan Urusan Pemerintah Wajib/Pilihan
3. Disusun sesuai Tupoksi Perangkat Daerah

Ditetapkan dengan
Perkada

UU No 23/2014 Pasal 272-273

Memuat :

1. Tujuan
2. Sasaran
3. Program
4. Kegiatan

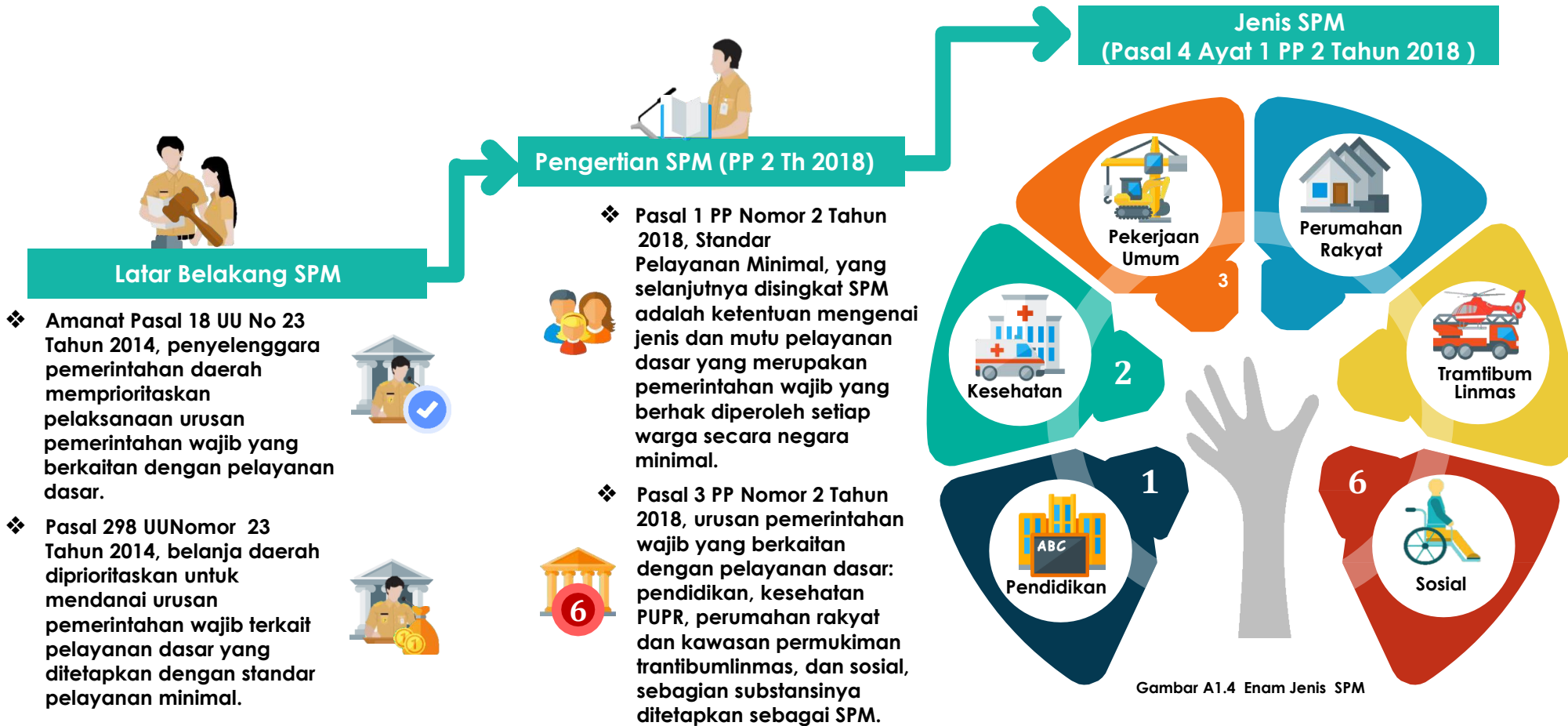
Diselaraskan dengan
pencapaian sasaran,
program, kegiatan renstra
kementerian kesehatan

Puskesmas menyusun Rencana lima tahunan Puskesmas harus mengacu pada Renstra dinas kesehatan kabupaten/Kota juga mengacu pada kebijakan kesehatan Nasional yang ditetapkan Kementerian Kesehatan,

Standar Pelayanan Minimal (SPM)

13

Latar Belakang, Pengertian, dan Jenis



Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan)

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar di Bidang Kesehatan yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal

SPM Kesehatan merupakan kinerja penyelenggaraan Pemerintah Daerah dalam urusan kesehatan yang menjadi penilaian kinerja daerah dalam memberikan Pelayanan Dasar kepada warga negara

Fungsi SPM Kesehatan:

1. Bagi Pemerintah Pusat

Sebagai bahan dalam perumusan kebijakan nasional, pemberian insentif, disinsentif, dan sanksi administrasi Kepala Daerah

2. Bagi Pemerintah Daerah

- a. Memfasilitasi Pemerintah Daerah untuk melakukan pelayanan publik yang tepat bagi masyarakat
- b. Sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan *Performance Based Budgeting*

3. Bagi Puskesmas

Memperkuat upaya promotif, sehingga diharapkan akan berdampak pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh JKN

4. Bagi masyarakat

Sebagai instrumen dalam melakukan kontrol terhadap kinerja pemerintah dalam pelayanan publik bidang kesehatan

SPM Kesehatan sebagaimana terdiri atas SPM Kesehatan daerah provinsi dan SPM Kesehatan daerah kabupaten/kota.

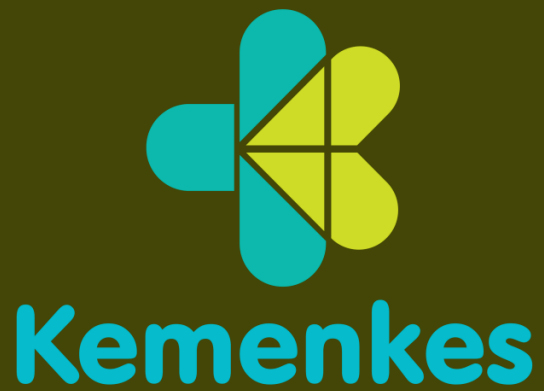
SPM Kesehatan terdiri atas:

1. SPM Kesehatan daerah provinsi

- a. Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi;
- b. Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa (KLB) provinsi.

2. SPM Kesehatan daerah kabupaten/kota

- a. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
- b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- d. Pelayanan kesehatan balita;
- e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis;
- l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (human immunodeficiency virus).

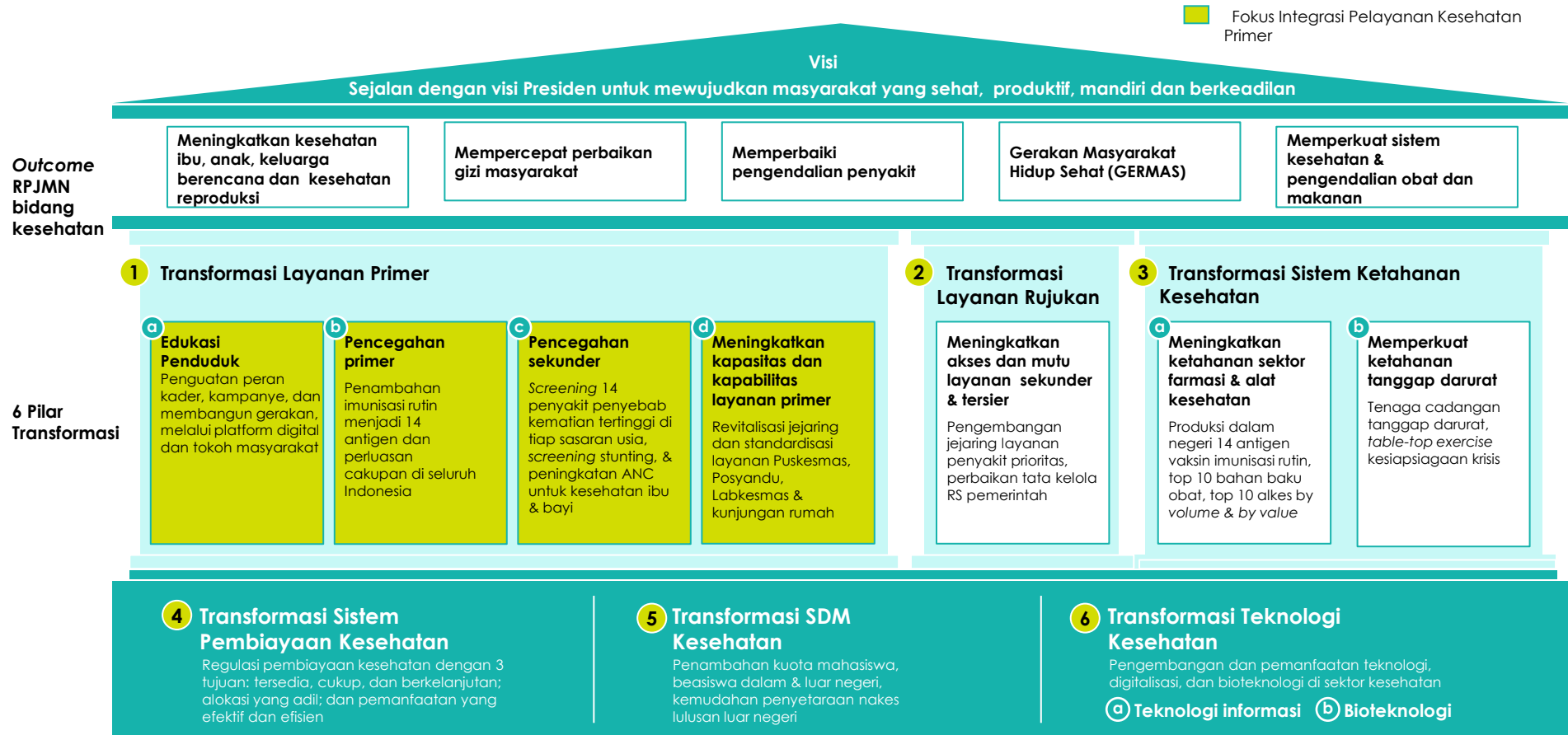


BAB A-2

**Integrasi Pelayanan
Kesehatan Primer (ILP)**

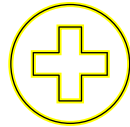
Kemenkes berkomitmen untuk mentransformasi sistem kesehatan Indonesia—salah satunya berfokus pada layanan primer

16

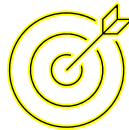


Gambar A2.1 Pilar Transformasi Sistem Kesehatan Indonesia

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer



Pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat sebagai kontak pertama yang diselenggarakan secara terintegrasi untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dalam setiap fase kehidupan yang ditujukan bagi individu, keluarga, dan masyarakat



Penerapan pelayanan kesehatan primer diselenggarakan secara **terintegrasi dengan tujuan :**

- a. pemenuhan kebutuhan kesehatan dalam setiap fase kehidupan;
- a. perbaikan determinan kesehatan atau faktor yang mempengaruhi kesehatan; dan
- b. penguatan kesehatan perseorangan, keluarga, dan masyarakat.

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer memfokuskan **pelayanan pada pendekatan berbasis siklus hidup**, bukan berbasis program dengan penerapan integrasi layanan guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif, responsif, dan terjangkau

Perluasan jangkauan pelayanan kesehatan primer untuk **mendekatkan akses pelayanan** dilakukan dengan mendayagunakan Pustu sebagai unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan dan Lembaga Kemasyarakatan Desa Posyandu di tingkat dusun/RT/RW

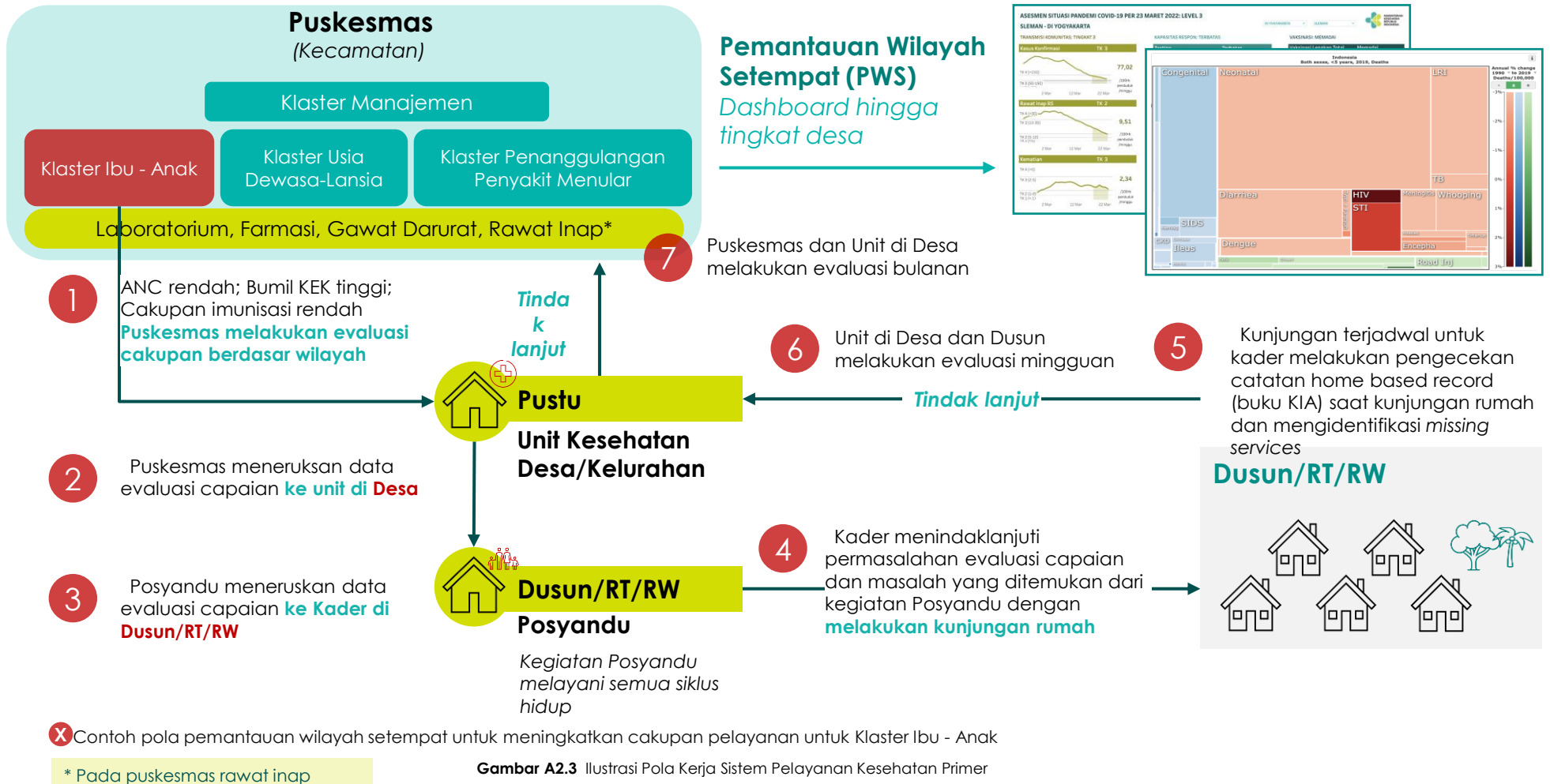
Melalui integrasi pelayanan kesehatan primer, **peran Puskesmas** sebagai penanggung jawab wilayah dalam kesehatan di wilayah kerjanya akan **semakin diperkuat dengan aktifnya PWS** tingkat desa/kelurahan oleh petugas kesehatan bersama kader

Petugas Puskesmas, Unit Pelayanan Kesehatan di Desa/kelurahan (Pustu), dan Kader harus **senantiasa memelihara dan meningkatkan kompetensinya** agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan paket pelayanan di setiap siklus kehidupan

Kementerian Kesehatan terus mendorong pelayanan posyandu terintegrasi untuk mendukung transformasi pelayanan primer



Ilustrasi Pola Kerja Sistem Pelayanan Kesehatan Primer



Upaya Standardisasi Layanan di Puskesmas, Pustu, Posyandu

20

Penguatan Struktur disertai Standardisasi Paket Pelayanan Kesehatan

Sasaran Masalah Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan		
	Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)
Ibu hamil, bersalin, nifas	1. ANC Terpadu (6x + USG oleh dokter) 2. Kelas ibu hamil 3. Pemberian Tambahan Asupan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) 4. Persalinan normal 5. Pelayanan Pasca Persalinan (nifas) 6. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA) 7. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut 8. Pengobatan	1. ANC Terpadu (K2,K3, K4, K6) 2. Kelas ibu hamil 3. Pemberian Tambahan Asupan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) 4. Pelayanan Pasca Persalinan (nifas) 5. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA) 6. Pengobatan sederhana	1. Kelas ibu hamil 2. Pemberian Tambahan Asupan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)
Bayi dan anak pra-sekolah	1. Pelayanan Neonatal Esensial 2. Kelas Ibu Balita 3. Pelayanan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 4. Pengambilan dan pengiriman sampel SHK 5. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan 6. Imunisasi Rutin Lengkap 7. Pemberian Vitamin A dan obat cacing 8. Pencegahan, deteksi dini, Tatalaksana dan rujukan balita <i>weight faltering, underweight</i>, gizi kurang, gizi buruk dan stunting 9. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) 10. Skrining kasus TBC 11. Skrining Talasemia 12. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA) 13. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut 14. Pengobatan	1. Pelayanan Neonatal Esensial 2. Kelas Ibu Balita 3. Pemantauan Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR) 4. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan 5. Imunisasi Rutin Lengkap 6. Pemberian Vitamin A dan obat cacing 7. Pencegahan, deteksi dini, tatalaksana dan rujukan balita <i>weight faltering, underweight</i>, gizi kurang, gizi buruk dan stunting 8. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) 9. Skrining kasus TBC 10. Skrining Talasemia 11. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA) 12. Pengobatan sederhana	1. Kelas Ibu Balita 2. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan 3. Imunisasi Rutin Lengkap 4. Pemberian Vitamin A dan obat cacing 5. Deteksi dini, Pendampingan serta rujukan balita <i>weight faltering, underweight</i>, gizi kurang, gizi buruk dan stunting 6. Skrining kasus TBC
Usia sekolah dan remaja	1. Skrining kesehatan (PTM & PM) 2. Vaksinasi / Imunisasi 3. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja 4. Fasilitas UKS 5. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA) 6. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut 7. Pengobatan	1. Skrining kesehatan 2. Vaksinasi / Imunisasi 3. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja 4. Pencegahan anemia 5. Pengobatan sederhana	1. KIE Kesehatan Remaja 2. Pencegahan anemia

Tabel A2.1 Upaya Standardisasi Layanan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas; Bayi dan Anak Pra-Sekolah; dan Usia Sekolah dan Remaja

Upaya Standardisasi Layanan di Puskesmas, Pustu, Posyandu

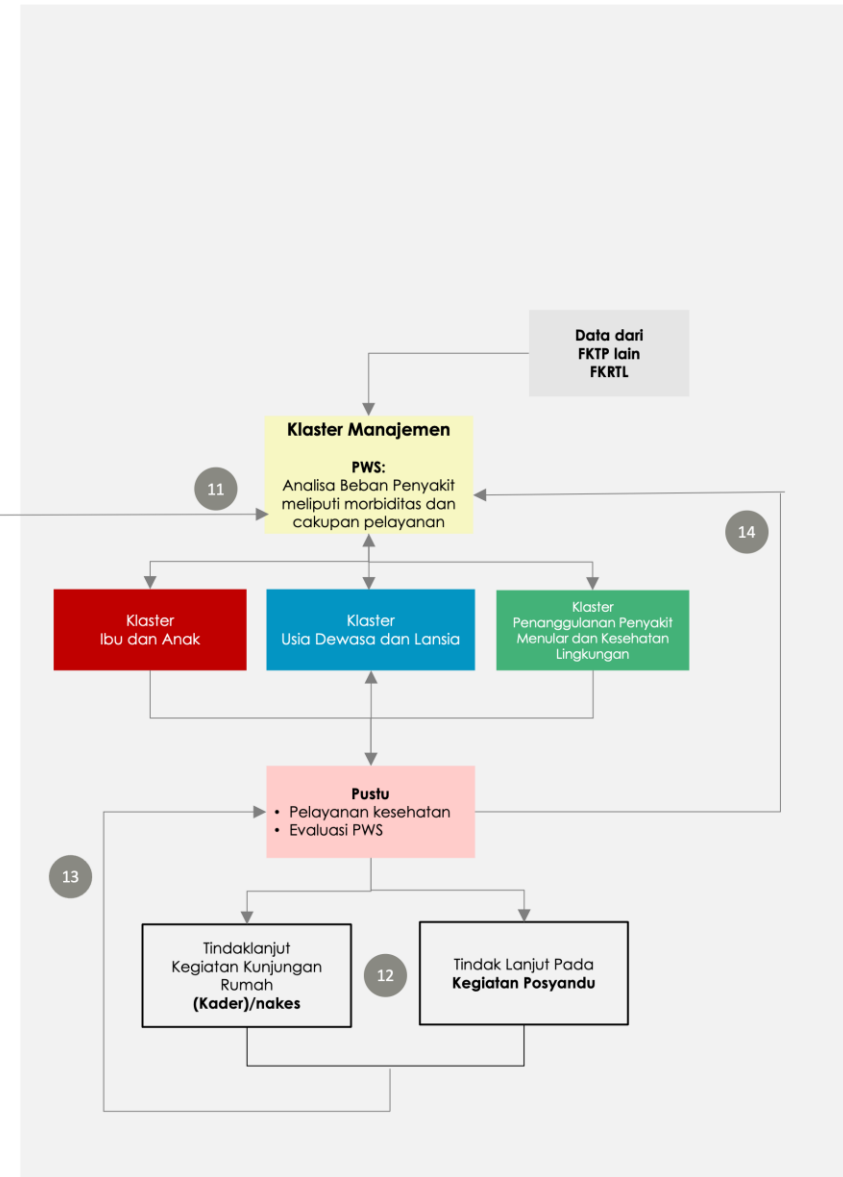
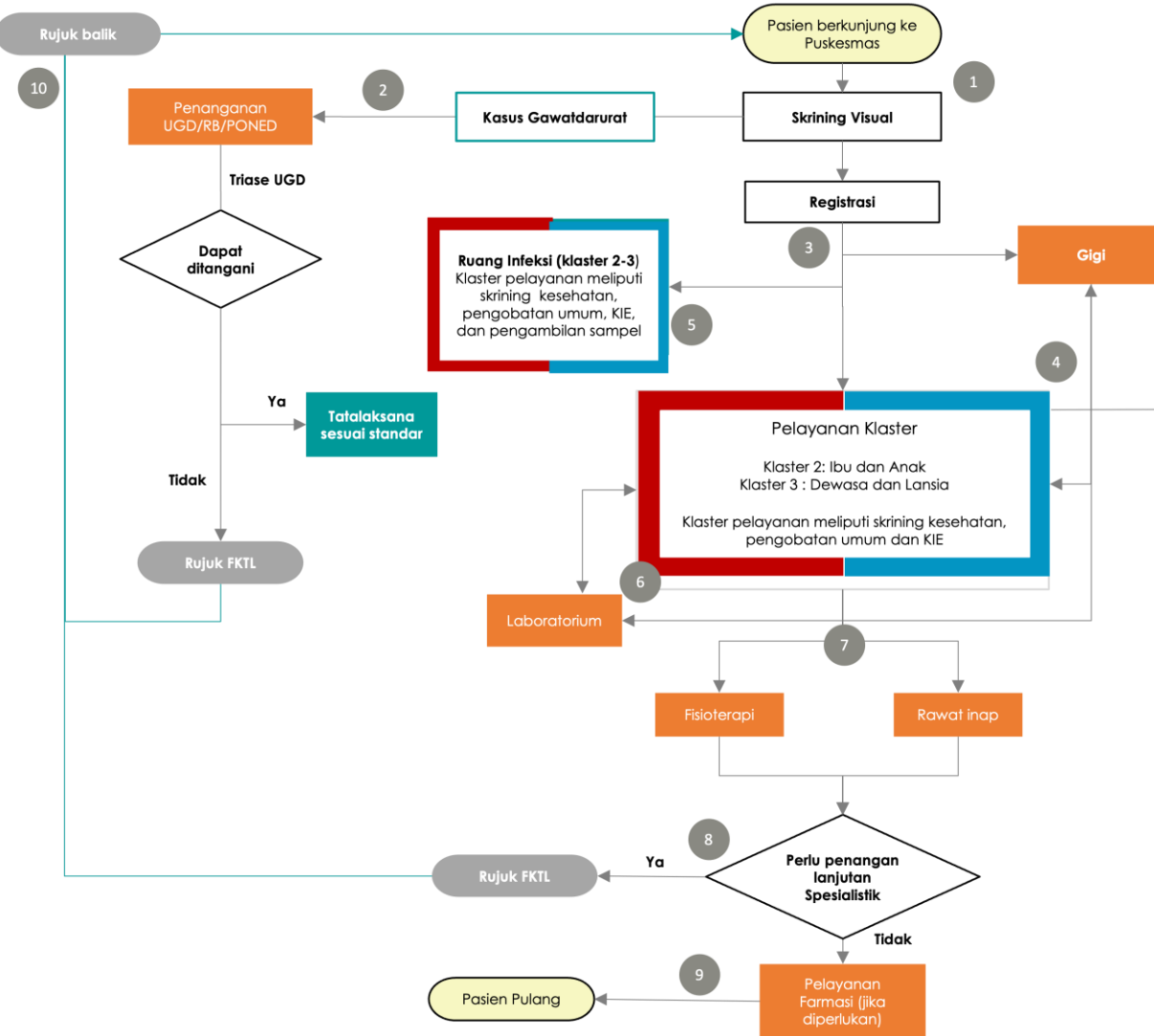
21

Penguatan Struktur disertai Standardisasi Paket Pelayanan Kesehatan

Sasaran Masalah Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan		
	Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)
Usia Dewasa dan Lansia	1. Skrining Obesitas 2. Skrining Hipertensi 3. Skrining DM 4. Skrining faktor risiko stroke 5. Skrining faktor risiko penyakit jantung 6. Skrining kanker (Kanker Leher Rahim, Kanker Payudara, Kanker Kolorektal, Kanker Paru) 7. Skrining PPOK 8. Skrining TBC 9. Skrining Indera Penglihatan 10. Skrining Malaria 11. Skrining Kebugaran 12. Skrining Talasemia 13. Skrining kasus kekerasan terhadap perempuan 14. Skrining masalah kesehatan jiwa 15. Pelayanan kesehatan reproduksi bagi calon pengantin 16. Skrining layak hamil bagi PUS 17. Pelayanan KB 18. Pelayanan Penyakit Akibat Kerja 19. Skrining Geriatri 20. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut 21. Pelayanan Pengobatan	1. Skrining Obesitas 2. Skrining Hipertensi 3. Skrining DM 4. Skrining kanker (Kanker payudara, Kanker Leher Rahim, Kanker Paru) 5. Skrining Talasemia 6. Skrining PPOK 7. Skrining TBC 8. Skrining Malaria 9. Skrining Indera Penglihatan 10. Skrining masalah kesehatan jiwa 11. Skrining layak hamil bagi PUS 12. Skrining kasus kekerasan terhadap perempuan 13. Pelayanan KB 14. Skrining Geriatri 15. Pengobatan sederhana	1. Skrining Obesitas 2. Skrining Hipertensi 3. Skrining DM 4. Skrining TBC 5. Skrining PPOK 6. Skrining Malaria 7. Skrining Indera Penglihatan 8. Skrining masalah kesehatan jiwa 9. Skrining layak hamil bagi PUS 10. Pelayanan KB 11. Skrining Geriatri
Pengendalian Penyakit Menular	1. Pencegahan, Kewaspadaan Dini, Respon 2. Pengawasan Kualitas Lingkungan		
Layanan lain	1. Laboratorium 2. Farmasi 3. Kegawatdaruratan 4. Rawat inap	1. Laboratorium dengan RDT	1. Laboratorium dengan RDT

Tabel A2.2 Upaya Standardisasi Layanan Usia Dewasa dan Lansia; Pengendalian Penyakit Menular; dan Layanan Lain

Alur Pelayanan Puskesmas

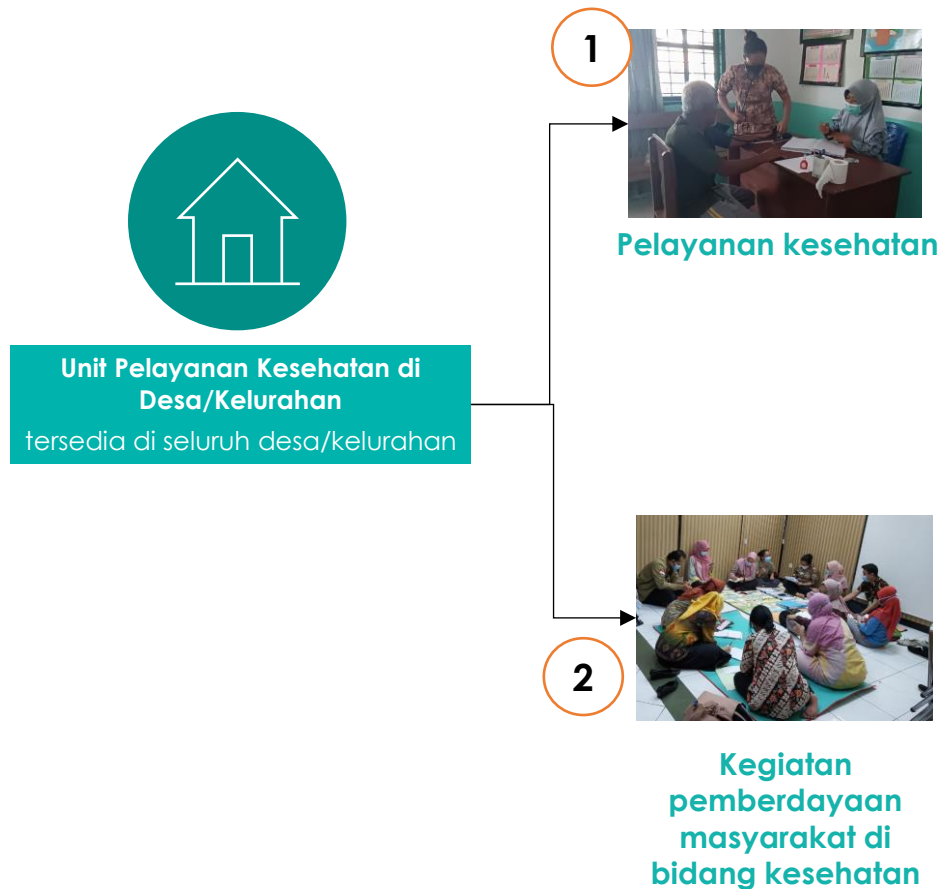


Gambar A2.4 Alur Pelayanan Puskesmas

Penjelasan Alur Pelayanan Puskesmas

1. Petugas melakukan skrining visual untuk mengkaji cepat apakah pasien datang dengan kondisi gawat darurat atau jika membutuhkan bantuan seperti kursi roda, penolong dll.
2. Petugas mengarahkan pasien dengan kondisi gawat darurat untuk mendapatkan penanganan segera.
3. Bila bukan termasuk kasus gawat darurat, petugas registrasi mengidentifikasi pasien berdasarkan usia dan keluhan. Pasien Ibu dan Anak diarahkan ke klaster 2, pasien dewasa dan lansia diarahkan ke klaster 3. Pasien klaster 2 dan 3 yang sudah diketahui memiliki riwayat infeksi dapat diarahkan ke ruangan infeksi (**masih bagian dari klaster 2 dan 3**). Pasien dengan keluhan gigi diarahkan ke ruangan gigi.
4. Pasien dengan keluhan gigi mendapatkan pelayanan gigi terlebih dahulu, lalu dilanjutkan dengan skrining dan pemeriksaan lain yang memungkinkan di klaster 2 atau 3 sesuai dengan standar. Sebaliknya pasien di klaster 2 dan 3 yang sudah selesai dilayani dan membutuhkan layanan gigi dapat melanjutkan skrining dan pemeriksaan gigi sesuai standar. **Apabila pelayanan tidak dapat diberikan secara lengkap pada saat kunjungan karena kondisi pasien atau hal lainnya, petugas melakukan penjadwalan pelayanan pada waktu dan tempat yang disepakati bersama pasien baik di kunjungan ulang Puskesmas, pustu maupun posyandu.**
5. Pasien yang diidentifikasi infeksi di ruang registrasi akan dilayani di ruangan infeksi dengan protokol infeksi yang standar. Ruang infeksi memberikan layanan lengkap seperti di klaster 2 dan klaster 3 dan pelayanan penunjangnya (*One Stop Services*).
6. Pasien dari klaster 2 dan 3 dan ruangan gigi dapat diarahkan ke laboratorium sesuai dengan kebutuhan dan akan kembali ke pemeriksa untuk mendapatkan rekomendasi tindak lanjut sesudah hasil pemeriksaan didapatkan.
7. Sesudah itu pasien dapat diarahkan ke ruangan fisioterapi atau rawat inap sesuai dengan rekomendasi pemeriksaan.
8. Bila pasien membutuhkan layanan spesialisik/rujukan lainnya, maka dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tindak Lanjut dan fasilitas lainnya (misalnya rujukan sosial dan hukum).
9. Bila pasien telah menyelesaikan seluruh pelayanan, maka dapat menuju pelayanan farmasi (jika ada resep dokter) dan pulang.
10. Pasien yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut diharapkan akan dirujuk kembali ke Puskesmas dan jaringannya untuk mendapatkan pemantauan.
11. Petugas klaster 2 dan 3 mencatat seluruh pelayanan yang dilakukan ke dalam sistem informasi dan melakukan analisis beban penyakit. Klaster 1 lalu melakukan konsolidasi permasalahan berdasarkan data klaster 2,3,4 dan Pustu untuk PWS tingkat puskesmas, lalu membuat prioritas masalah dan rencana tindak lanjut. Data untuk PWS juga dapat berasal dari faskes lainnya di wilayah kerja Puskesmas
12. Hasil PWS yang membutuhkan tindak lanjut di tingkat desa/kelurahan diinformasikan ke petugas di Pustu. Petugas Pustu bersama kader Posyandu menindaklanjuti hasil PWS dalam bentuk kegiatan di Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah.
13. Petugas Pustu dan kader Posyandu melakukan evaluasi hasil kunjungan rumah (hasil kunjungan rutin maupun tindak lanjut PWS) dan kegiatan Posyandu.
14. Hasil evaluasi rutin Pustu dilaporkan kembali ke Puskesmas secara berkala.

Peran Unit Pelayanan Kesehatan di Desa/Kelurahan dalam Integrasi Pelayanan Primer



Integrasi pelayanan Kesehatan primer pada Pustu dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan untuk seluruh sasaran siklus hidup dan memperkuat peran pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di desa/kelurahan.

1

Layanan Kesehatan dibuka setiap hari kerja, meliputi:

Pelayanan Dalam gedung

- Pelayanan pasien (nakes)
- Pelayanan kelas edukasi (kader)

Pelayanan Luar gedung

- Koordinasi Posyandu 1 X/ minggu, atau
- Pemberdayaan Masyarakat 1 X/ bulan, atau
- Kunjungan rumah, atau
- Keg lain sesuai dengan kondisi setempat

SDM / tenaga pelaksana

Minimal :

- 2 Tenaga Kesehatan (1 perawat dan 1 bidan), dan
- 2 Kader

Sarana, prasarana, dan alkes sesuai standar

Paket layanan terstandar sesuai siklus hidup:

- Skrining, edukasi kesehatan
- Pengobatan terbatas
- Laboratorium dengan PoCT¹
- Kunjungan rumah
- Pemantauan Wilayah Setempat

2

Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat di bidang Kesehatan

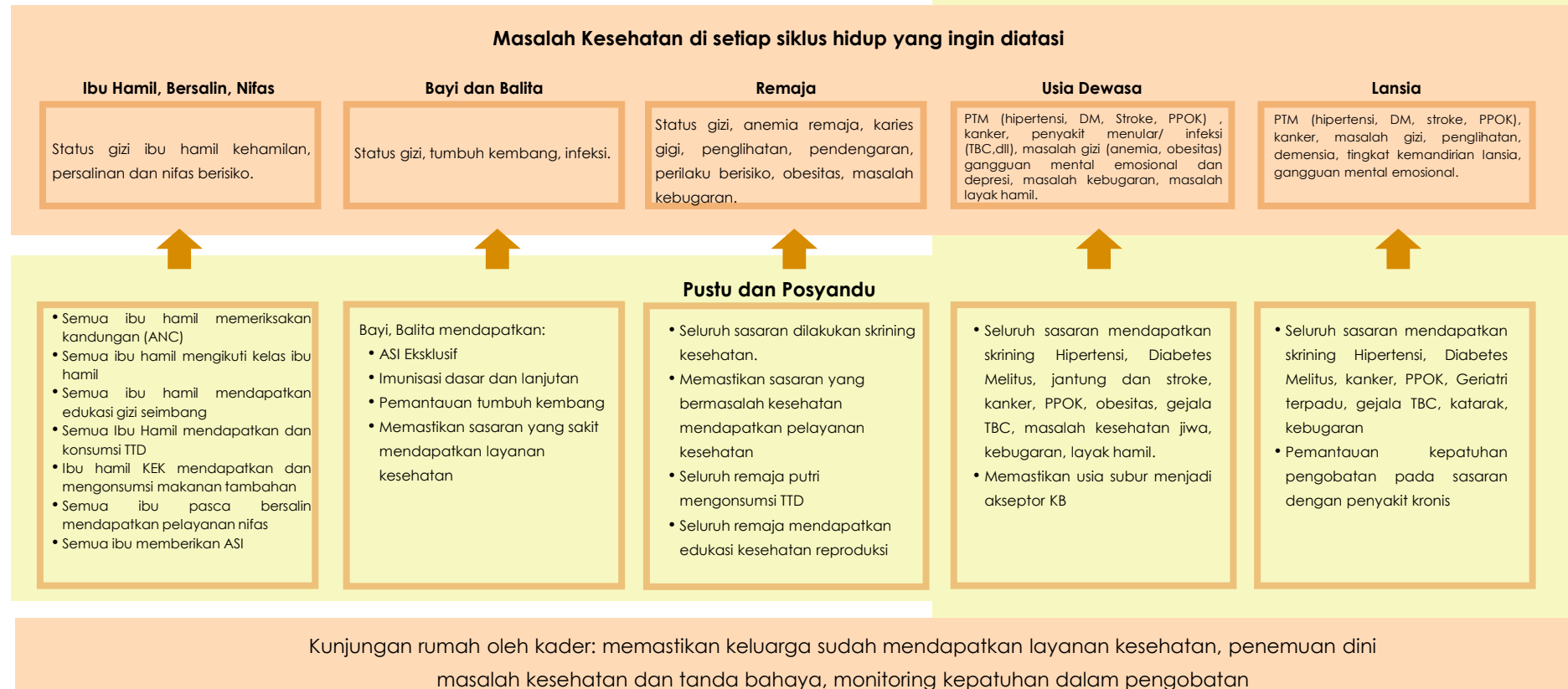
Menyelenggarakan kegiatan yang terencana dan Evaluasi Mingguan

SDM minimal 2 kader

Kegiatan partisipasi masyarakat di bidang kesehatan:

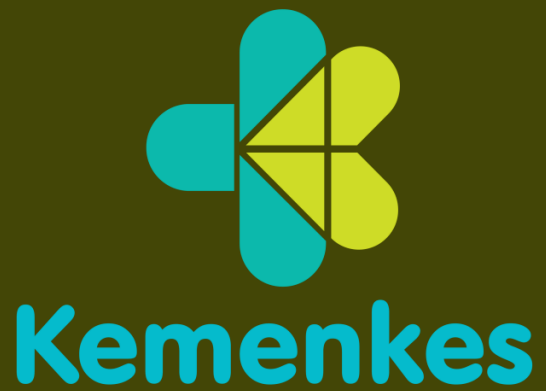
- Perencanaan desa & pemberdayaan masyarakat desa
- Manajemen kader Posyandu
- Pemantauan Wilayah Setempat

Pustu bertanggung jawab atas hasil status kesehatan masyarakat di desa/kelurahan



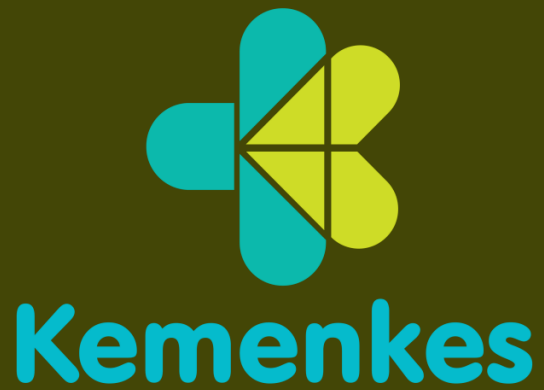
Daftar Pustaka

1. Undang-undang RI No 17/2023 tentang Kesehatan
2. Undang-undang RI No 23/2014 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang-undang RI No 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
4. Peraturan Pemerintah RI No 2/2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
5. Peraturan Pemerintah No 6/2018 tentang Pedoman Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah
6. Keputusan Menteri Kesehatan No HK.01.07/Menkes/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer



BAB B

**Puskesmas dan
Wilayah Kerjanya**



BAB B-1

**Tugas, Fungsi dan
Wewenang Puskesmas**

Puskesmas

Penyelenggaraan Puskesmas dilakukan sebagai upaya pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, dalam rangka mewujudkan wilayah kerja sehat

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya dengan mengintegrasikan dalam pelayanan klaster, yaitu klaster manajemen, klaster Ibu dan anak, klaster usia dewasa dan lanjut usia, klaster penanggulangan penyakit menular dan lintas klaster

RPMK (PMK 43/2019)

Tugas dan Fungsi Puskesmas:

1. Puskesmas menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.
2. Puskesmas bertugas mengoordinasikan sistem Jejaring Pelayanan kesehatan Primer dan sumber daya kesehatan di wilayah kerjanya.
3. Puskesmas berfungsi sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai Jejaring rumah sakit pendidikan.
4. Wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai Jejaring rumah sakit Pendidikan, dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Peran Puskesmas dalam mewujudkan wilayah kerja yang sehat melalui Masyarakat:

1. berperilaku hidup sehat;
2. kemudahan mengakses Pelayanan Kesehatan bermutu;
3. hidup dalam lingkungan sehat; dan
4. memiliki derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya, baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat

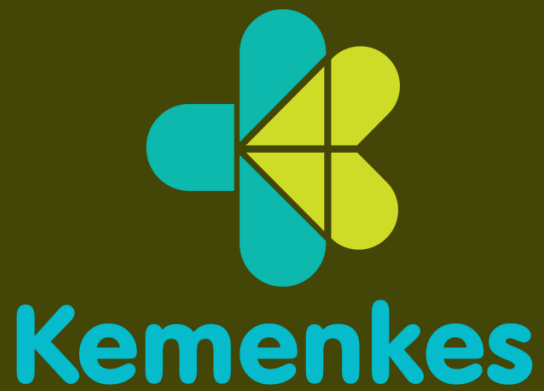
Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas

Wewenang Puskesmas, sebagai Penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat

- a. melakukan pemantauan wilayah setempat dan analisis masalah kesehatan masyarakat;
- b. menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat;
- c. melaksanakan sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit;
- d. melaksanakan kegiatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang ditujukan kepada masyarakat.
- e. melakukan komunikasi, informasi, edukasi dalam bidang kesehatan;
- f. melakukan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- g. menciptakan komunitas gaya hidup sehat;
- h. mengoordinasikan lembaga non pemerintah, swasta, FKTP lain dan jejaring di wilayah kerjanya dalam rangka mencapai wilayah kerja yang sehat
- i. menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait dalam rangka memperbaiki determinan kesehatan termasuk determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan ;
- j. memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat dan melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan, serta advokasi pembangunan berwawasan Kesehatan; dan
- k. memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan melalui pendekatan siklus hidup dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual;

Wewenang Puskesmas, sebagai Penyelenggara upaya kesehatan perseorangan :

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, dan bermutu yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya dengan membina hubungan tenaga medis dan tenaga kesehatan dengan pasien/klien yang erat dan setara;
- b. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja dalam upaya promotif dan preventif pada individu;
- c. melakukan komunikasi, informasi dan edukasi kepada individu dalam rangka mengatasi faktor risiko perilaku.
- d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama antar profesi;
- e. membentuk jejaring dukungan sosial dengan sektor lain dalam rangka mengatasi faktor risiko sosial yang memengaruhi kondisi Kesehatan perseorangan
- f. melaksanakan penyelenggaraan rekam medis;
- g. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis; dan
- h. melaksanakan rujukan dan rujuk balik untuk menjamin kesinambungan pelayanan (*continuum of care*) sesuai ketentuan perundangan-undangan.
- i. menerima rujukan horisontal dari FKTP maupun sektor lain



BAB B-2

**Cakupan Kewilayahan
Puskesmas**



Cakupan Kewilayahan Puskesmas

Wilayah Administratif

Wilayah yang dibentuk berdasarkan keputusan pemerintah atau otoritas resmi untuk tujuan administrasi dan pelayanan publik. Setiap Kecamatan mempunyai 1 puskesmas.

Wilayah Geografis

Letak suatu daerah pada bola bumi dibandingkan dengan posisi daerah lain. Hal ini berhubungan dengan musim, keragaman ketersediaan sumber daya alam, daerah rawan bencana.

Wilayah Demografis

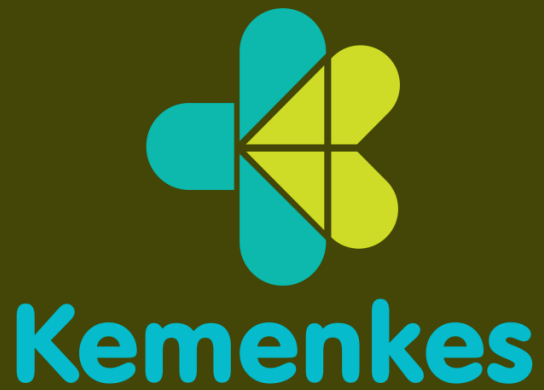
Berhubungan erat dengan jumlah penduduk, komposisi penduduk, kelahiran, kematian dan perpindahan penduduk yang terjadi.

Wilayah Epidemiologis

Wilayah dipandang dari penyebaran penyakit menular pada manusia dan faktor yang dapat mempengaruhi penyebaran itu.

Wilayah Sosioekonomi dan Budaya

Wilayah yang dilihat berdasarkan aktivitas ekonomi dan kesamaan ciri-ciri budaya yang dimiliki oleh masyarakat di suatu tempat



BAB B-3

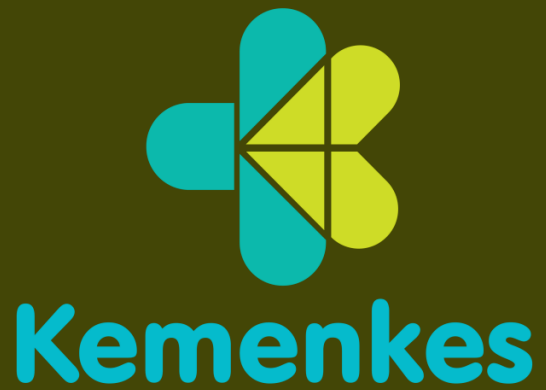
**Persyaratan
Puskesmas Puskesmas**

Persyaratan Puskesmas

Lokasi	Bangunan	Prasarana	Perbekalan Kesehatan	Sumber Daya Manusia
• Geografis; • Aksesibilitas jalur transportasi; kontur tanah; • Ketersediaan parkir; • Keamanan; • Ketersediaan utilitas publik; • Persetujuan lingkungan; dan • Tidak didirikan di area sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	• Persyaratan administratif, persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja serta persyaratan teknis bangunan; • Bangunan terdiri dari ruang kantor, ruang pelayanan, dan ruang pendukung; • Bangunan bersifat permanen dan terpisah dengan bangunan lain; dan • Bangunan didirikan dengan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, perlindungan keselamatan dan kesehatan, serta kemudahan dalam memberi pelayanan bagi semua orang termasuk yang berkebutuhan khusus/ penyandang disabilitas, anak-anak, dan lanjut usia	• Sistem penghawaan (ventilasi); • Sistem pencahayaan; • Sistem air bersih, sanitasi, dan hygiene; • Sistem kelistrikan; • Sistem komunikasi dan internet; • Sistem gas medik; • Sistem proteksi petir; • Sistem proteksi kebakaran; • Sistem evakuasi; • Sistem pengendalian kebisingan; • Sistem pengelolaan limbah padat domestik dan limbah medis/infeksius; • Sistem pengolahan air limbah; • Ambulans; • Mobil jenazah; dan • Kendaraan operasional.	• Jenis dan jumlah alat kesehatan sesuai kebutuhan pelayanan; • Memiliki izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; • Memenuhi standar mutu, keamanan, dan keselamatan; dan • Diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi pengujian dan pengkalibrasi yang berwenang. Catatan : Jenis dan jumlah alat kesehatan dapat berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, kebijakan, kebutuhan, kompetensi, dan kewenangan tenaga kesehatan Puskesmas, serta ketentuan peraturan perundang-undangan.	• Tenaga medis; • Tenaga kesehatan, • Tenaga penunjang

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang RI No 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang-undang RI No 23/2014 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang-undang RI No 1/2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
4. Undang-undang RI No 17/2023 tentang Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer
7. Permenkes RI No 6/2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan



BAB B-4

Kategori Puskesmas

Kategori Puskesmas

Puskesmas dibedakan berdasarkan karakteristik wilayah dan kemampuan layanan. Karakteristik Wilayah, dibedakan menjadi:

1. Puskesmas kawasan tidak terpencil;
 - a. Puskesmas Perkotaan
 - b. Puskesmas Perdesaan
2. Puskesmas kawasan terpencil; dan
3. Puskesmas kawasan sangat terpencil.

Pengkategorian Puskesmas ini ditetapkan oleh bupati/walikota, dikecualikan daerah khusus ditetapkan oleh kepala atau pimpinan daerah yang berwenang.

Untuk mengkategorikan puskesmas berdasarkan karakteristik wilayah kerja, digunakan perhitungan skor variabel dengan skor maksimal adalah 12

No	Variabel	Skor	
		Ya	Tidak
1	Berada di daerah pedalaman, pegunungan, atau pesisir	1	0
2	Berada di pulau kecil atau gugus pulau.	2	0
3	Berada di wilayah rawan bencana alam baik gempa, tanah longsor, maupun gunung api	1	0
4	Akses transportasi umum rutin (darat/air/udara) dari ibukota kabupaten 1 (satu) kali dalam 1 (satu) minggu	2	0
5	Jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten dengan menggunakan transportasi umum rutin (darat/air) memerlukan waktu lebih dari 6 jam	2	0
6	Transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca	1	0
7	Kesulitan pemenuhan bahan pokok	1	0
8	kondisi keamanan yang tidak stabil	2	0
TOTAL SKOR		12	
PERSENTASE			
HASIL KATEGORI PUSKESMAS			

$$\text{Hasil Penilaian} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh dari hasil perhitungan}}{\text{Jumlah nilai seluruh Kriteria}} \times 100\%$$

No	Jumlah Skor	Kategori Puskesmas
1	< 25 %	Puskesmas Tidak terpencil
2	25 % - 50 %	Puskesmas Terpencil
3	> 50 %	Puskesmas sangat terpencil

Tabel B4.1 Tabel Perhitungan Skor Variabel Maksimal

Kategori Puskesmas

Berdasarkan Kemampuan Layanan dibedakan menjadi:

1. Puskesmas non rawat inap
2. Puskesmas rawat inap

1. Puskesmas non rawat inap

- a. Terletak di Kawasan tidak terpencil, Kawasan terpencil dan Kawasan sangat terpencil
- b. Pelayanan Rawat jalan
- c. Perawatan di rumah (home care)
- d. Pelayanan Gawat Darurat
- e. Dapat menyelenggarakan rawat inap untuk persalinan normal, PONE
- f. Jam operasional ditetapkan oleh kepala daerah kabupaten/kota dengan tetap memperhatikan kepentingan pelayanan publik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

2. Puskesmas rawat inap

a. Ketentuan Umum

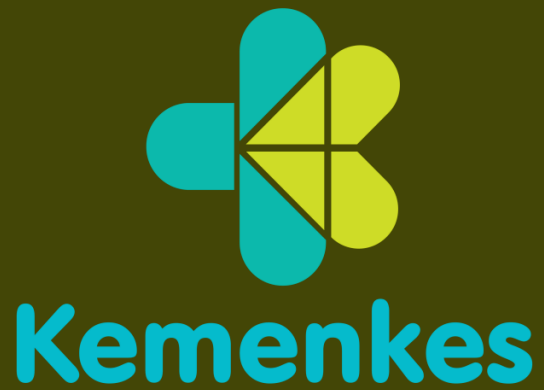
- 1) Jarak > 5 km dari RS dan/atau waktu tempuh > 120 menit
- 2) Peningkatan Puskesmas Rawat inap dilakukan secara bertahap.
- 3) Lokasi strategis, mudah dijangkau dari Puskesmas non rawat inap dan FKTP di sekitarnya
- 4) Untuk kasus dengan rawat inap paling lama 5 hari. Jika memerlukan rawat > 5 hari harus dirujuk ke RS secara terencana
- 5) Dilengkapi dengan Sumber daya untuk pendukung pelayanan
- 6) Memiliki Jumlah TT paling banyak 10 (sepuluh) TT, memberikan pelayanan 24 jam dan 7 hari dalam satu minggu
- 7) Pelayanan Kegawatdaruratan mengacu pada ketentuan perundang-undangan yang berlaku

b. Fungsi

Sebagai fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan rawat inap setingkat kewenangan fasilitas kesehatan tingkat pertama serta kewenangan tambahan yang diberikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. Kegiatan

- 1) Pelayanan rawat inap secara tuntas, sesuai SPO dan standar pelayanan
- 2) Pelayanan Gawat Darurat, merawat sementara sebelum dirujuk sesuai SPO dan standar pelayanan
- 3) Observasi penderita dalam rangka diagnostic
- 4) Pelayanan persalinan normal atau persalinan dengan penyulit, sesuai pedoman dan ketentuan perundang-undangan
- 5) Puskesmas Kawasan perdesaan, terpencil dan sangat terpencil yang jauh dari rujukan dapat diberi kewenangan tambahan sesuai pedoman dan ketentuan perundang-undangan

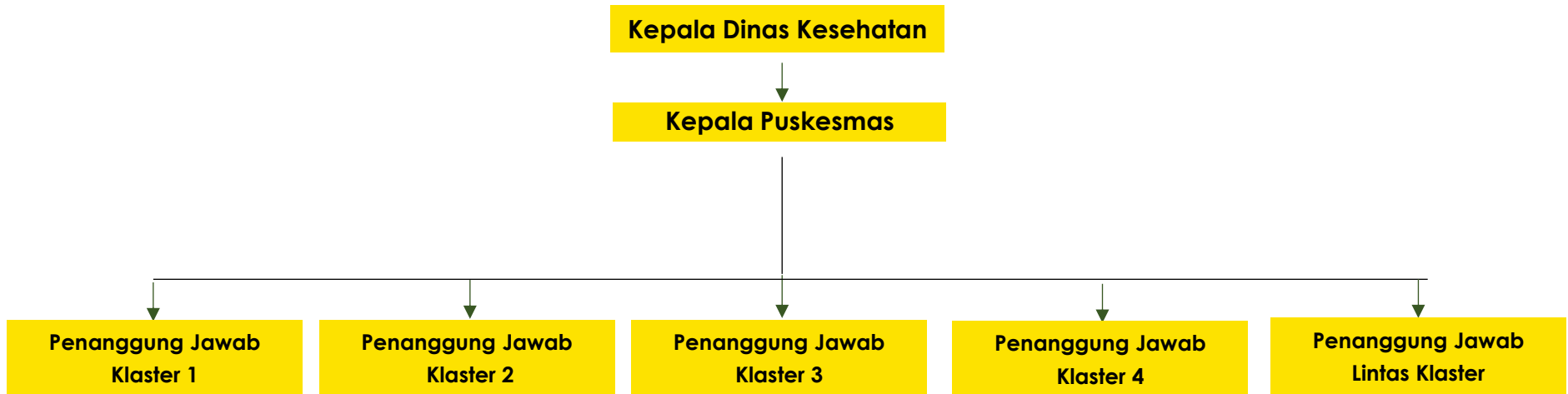


BAB B-5

Organisasi dan Tata Hubungan

Organisasi Dan Tata Hubungan

- 1 Puskesmas merupakan unit organisasi bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja secara profesional.
- 2 Berkedudukan sebagai unit pelaksana teknis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3 Puskesmas adalah Penanggung Jawab Kesehatan di wilayah kerjanya, sehingga semua fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun Fasilitas Kesehatan Penunjang wajib melaporkan kegiatan pelayanannya kepada Puskesmas



Struktur Organisasi dan Tata Hubungan Puskesmas

41

Penataan organisasi dan sumber daya Puskesmas berdasarkan klaster



1. Kepala Puskesmas

Lingkup Pelayanan Kegiatan	Persyaratan Jabatan
1. mengoordinasikan sumber daya kesehatan; 2. mengoordinasikan jejaring pelayanan kesehatan primer di wilayah kerja Puskesmas; 3. bertanggung jawab atas seluruh penyelenggaraan kegiatan di Puskesmas; 4. melakukan pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan di satuan kerjanya; 5. bertanggung jawab atas pengelolaan keuangan di puskesmas; 6. bertanggung jawab atas pengelolaan bangunan, prasarana dan peralatan; 7. memantau wilayah kerja puskesmas; 8. melaporkan situasi wilayah kerja puskesmas; dan 9. membentuk tim sesuai dengan kebutuhan di puskesmas.	1. berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil; 2. memiliki pendidikan bidang kedokteran atau kedokteran gigi atau sarjana S-1 (strata satu) atau D-4 (diploma empat) bidang kesehatan; 3. pernah atau sedang menduduki jabatan fungsional bidang kesehatan paling sedikit 5 (lima) tahun; dan 4. pernah bekerja di Puskesmas paling sedikit 3 (tiga) tahun. 5. memiliki kompetensi manajerial dan 6. Memiliki kompetensi dalam mengoordinasikan sumber daya kesehatan dan jejaring pelayanan kesehatan primer di wilayah kerja puskesmas 7. Dalam hal di Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil tidak tersedia tenaga sesuai dengan persyaratan diatas, Kepala Puskesmas dapat dijabat oleh pejabat fungsional tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan paling rendah diploma tiga dengan masa kerja lebih dari 3 (tiga) tahun.

Lingkup Kegiatan Dan Kompetensi Petugas Puskesmas

43

2. Kepala Tata Usaha

Lingkup Pelayanan Kegiatan	Kompetensi Petugas
1. Penanggung jawab klaster manajemen 2. Ketata usahaan : kepegawaian, keuangan 3. Manajemen Puskesmas 4. Komunikasi dalam Pelayanan Publik	1. Tenaga Kesehatan 2. Pendidikan minimal D3 3. Memahami administrasi keuangan dan system informasi kesehatan.

RPMK 43 Psl 54

3. Klaster manajemen

Lingkup Pelayanan Kegiatan	Kompetensi Petugas
1. Manajemen Inti Puskesmas 2. Manajemen Ketatausahaan 3. Manajemen Sumber Daya Manusia 4. Manajemen Sarana, Prasarana dan perbekalan kesehatan 5. Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 6. Manajemen mutu pelayanan 7. Manajemen keuangan dan asset/BMD 8. Manajemen Jejaring Puskesmas	1. Manajemen data dan sistem informasi 2. Manajemen Keuangan 3. Manajemen Aset 4. Manajemen Sumber Daya (SDM, Sarpras, obat dan BMHP) 5. Manajemen Program/klaster 6. Mengoordinir manajemen Puskesmas 7. Mengoordinir manajemen Mutu 8. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat

KMK 2015/2023

Lingkup Kegiatan Dan Kompetensi Petugas Puskesmas

4. Klaster Ibu dan Anak

Lingkup Pelayanan Kegiatan	Kompetensi PJ dan Anggota
1. Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi ibu hamil, bersalin, nifas 2. Menyelenggarakan pelayanan bagi Kesehatan anak balita dan anak prasekolah 3. Menyelenggarakan pelayanan bagi Kesehatan anak usia sekolah dan remaja	1. Mampu memberikan pelayanan, seperti: 2. ANC 3. ibu hamil 4. persalinan normal dan nifas. 5. Neonatal esensial 6. Pelayanan gizi bagi ibu dan anak 7. SDIDTK 8. Imunisasi 9. Skrining penyakit 10. Skrining Kesehatan jiwa 11. MTBS 12. Pengobatan umum 13. Kesehatan gigi dan mulut 14. Komunikasi Antar Pribadi (KAP) 15. Gadar Matneo 16. Perkesmas 17. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak

5. Klaster Usia Dewasa dan Lansia

Lingkup Pelayanan Kegiatan	Kompetensi Petugas
1. Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi usia dewasa 2. Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan bagi lanjut usia	Mampu memberikan pelayanan, seperti: 1. Skrining penyakit menular 2. Skrining penyakit tidak menular 3. Skrining Kesehatan jiwa 4. Skrining kebugaran jasmani 5. Skrining layak hamil 6. Skrining geriatri 7. Kespro bagi catin 8. KB 9. Pelayanan gizi bagi usia dewasa dan lansia 10. Pengobatan umum 11. Kesehatan gigi dan mulut 12. Kesehatan kerja 13. Komunikasi Antar Pribadi (KAP) 14. Perkesmas 15. Skrining Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak

6. Penanggulangan Penyakit

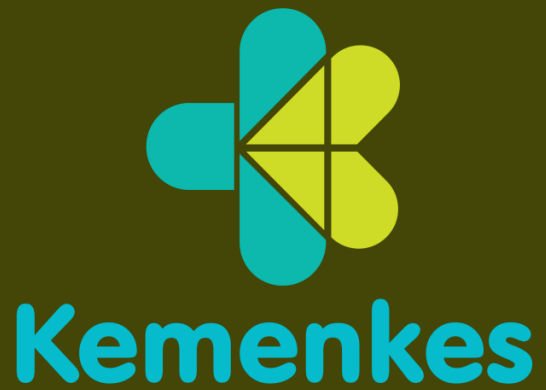
Lingkup Pelayanan Kegiatan	Kompetensi Petugas
1. Pencegahan, Kewaspadaan Dini dan Respon 2. Pengawasan kualitas Lingkungan	Mampu melakukan: 1. Surveilans 2. Penemuan kasus 3. Penyelidikan epidemiologi 4. Pengendalian vector 5. <i>Outbreak Respon Immunization (ORI)</i> 6. Pelayanan Kesehatan lingkungan 7. Komunikasi Antar Pribadi (KAP)

7. Lintas Klaster

Lingkup Pelayanan Kegiatan	Kompetensi Petugas
1. Pelayanan gawat darurat 2. Pelayanan rawat inap 3. Pelayanan kefarmasian 4. Pelayanan Laboratorium 5. Promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 6. Penanggulangan Krisis Kesehatan 7. Pelayanan Gigi dan Mulut	Mampu melakukan pelayanan: 1. Kegawatdaruratan 2. Rawat inap 3. Kefarmasian 4. Pemeriksaan laboratorium specimen manusia, sampel vector dan reservoir serta sampel Lingkungan 5. Promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 6. Penanggulangan Krisis Kesehatan 7. Pelayanan Gigi dan Mulut

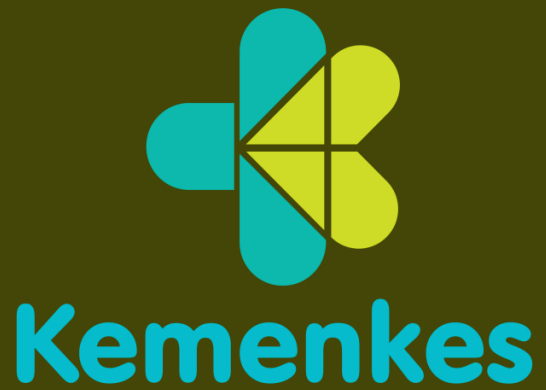
Daftar Pustaka

1. Undang-undang RI No 17/2023 tentang Kesehatan
2. Undang-undang RI No 23/2014 tentang Pemerintah Daerah
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer



BAB C

Manajemen Puskesmas



BAB C-1

Manajemen Inti

Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya. (UU no 17 tahun 2023)

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Dimana dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota.

Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan pendekatan *Primary Health Care (PHC)* **melalui 3 (tiga) strategi utama** yaitu integrasi pelayanan kesehatan primer perorangan dan masyarakat, pemberdayaan individu dan masyarakat, serta kebijakan dan aksi multi sector. Prinsip integrasi upaya pelayanan kesehatan tersebut akan diimplementasikan melalui klaster-klaster sesuai siklus hidup di dalam masyarakat.

Untuk melaksanakan upaya kesehatan baik upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama **dibutuhkan manajemen Puskesmas yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan** agar menghasilkan kinerja Puskesmas yang efektif dan efisien;

Klasifikasi kegiatan di Puskesmas terdiri dari:

1. Manajemen, terdiri dari klaster 1 dan lintas klaster
2. Pelayanan Kesehatan, terdiri dari klaster 2, klaster 3, klaster 4 dan lintas klaster

Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan tidak lagi dipisahkan, tetapi terintegrasi dalam klaster pelayanan Kesehatan
Program kesehatan dilaksanakan terintegrasi sesuai dengan sasaran

Siklus Manajemen Puskesmas

Planning

1

Organizing

2

Actuating

3

Controlling

4

Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (Planning, Organizing, Actuating, Controlling) untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien. (George R. Terry, 1977)

Efektif berarti proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu berdasarkan hasil analisis situasi yang tepat yang didukung data dan informasi yang akurat (*evidence based*)

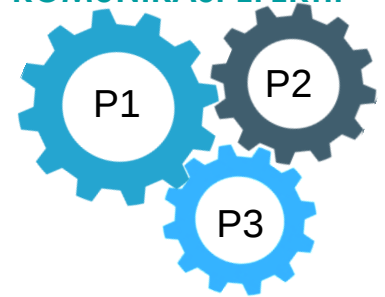
Efisien jika proses pencapaian target kinerja dapat dilakukan melalui upaya sesuai standar dengan baik dan benar dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia



Siklus Manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan **rangkaian kegiatan rutin** berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus "Plan-Do-Check-Action (P-D-C-A)".

Semua kegiatan Terintegrasi melalui pelaksanaan Manajemen Puskesmas

POLA KEPEMIMPINAN & KOMUNIKASI EFEKTIF





Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas, Puskesmas harus menyelenggarakan manajemen Puskesmas (perencanaan, penggerakan dan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja Puskesmas) secara efektif dan efisien. Siklus Manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam siklus **"Plan-Do-Check_Action (P-D-C-A)"** dan **Plan-Do-Study-Action (PDSA)"**

Siklus Manajemen Puskesmas terdiri dari Perencanaan (P1), Penggerakan dan Pelaksanaan (P2) dan Pengawasan Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3). Siklus manajemen ini terintegrasi dengan manajemen sumber daya, sarana dan alat kesehatan, keuangan dan aset, data dan informasi, ketatausahaan, mutu pelayanan serta penyelenggaraan pelayanan setiap klaster

Siklus manajemen Puskesmas harus disesuaikan dengan siklus manajemen di tingkat kabupaten/kota.



Gambar C1.1 Siklus Manajemen Puskesmas

A. Perencanaan Puskesmas (P1)

55

RENCANA LIMA TAHUNAN

- Rencana lima tahunan puskesmas mengacu kepada Rencana Strategis Dinas kesehatan Kabupaten/Kota, Data dan informasi hasil analisis kinerja dan gambaran kesehatan wilayah Puskesmas selama 4 tahun sebelumnya dan juga kebijakan baik Pemerintah Daerah maupun Pemerintah Pusat.
- **Penyusunan dan perubahan** rencana lima tahunan puskesmas **disesuaikan dengan kebijakan pemerintah daerah masing-masing.**

RENCANA TAHUNAN

- Rencana tahunan Puskesmas disusun mengacu pada rencana lima tahunan Puskesmas, hasil analisis kinerja Puskesmas, hasil analisis risiko pelayanan masing-masing kluster dan kebijakan baik Pemerintah Daerah maupun Pemerintah Pusat.
- **Penyusunan** rencana tahunan puskesmas **disesuaikan dengan kebijakan pemerintah daerah masing-masing**
- Rencana tahunan puskesmas terdiri dari : Rencana Usulan Kegiatan (RUK), Rencana Kerja Anggaran (RKA), dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
- Untuk **Puskesmas BLUD** penyusunan rencana tahunan terdiri dari : Rencana Usulan Kegiatan (RUK), Rencana Kerja Anggaran (RKA) Rencana Bisnis Anggaran (RBA), dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Tahapan Perencanaan Puskesmas (P1)

56



01

Persiapan

02

Analisis situasi

03

Perumusan masalah

04

Penyusunan perencanaan puskesmas

1. Persiapan

a. Menyusun tim manajemen Puskesmas



Tim Manajemen Puskesmas dibentuk oleh Kepala Puskesmas dengan anggota tim terdiri dari :



- a. Penanggung Jawab Klaster
- b. Pengelola keuangan
- c. Koordinator masing –masing klaster

Uraian Tugas Tim Manajemen Puskesmas :

1. Mempelajari dokumen dan kebijakan terkait penyelenggaraan pelayanan Puskesmas (Renstra Dinas Kesehatan Kab/Kota, SPM Daerah, Indikator dan target Puskesmas, data PIS PK dan kebijakan terbaru)
2. Mengumpulkan data sesuai dengan kebutuhan
3. Melakukan analisis data kinerja dan analisis situasi
4. Menyusun dan melakukan pendampingan perumusan masalah
5. Menyusun dan mengkompilasi dokumen perencanaan
6. Melakukan komunikasi dan koordinasi
7. Melaporkan hasil kegiatan pada Kepala Puskesmas

SOP – SOP Yang perlu diperhatikan oleh tim manajemen

:

1. SOP penyusunan rencana lima tahunan
2. SOP penyusunan RUK
3. SOP penyusunan RPK
4. SOP Penyusunan RKA
5. SOP penyusunan RBA
6. SOP perubahan Rencana Pelaksanaan Kegiatan



Perencanaan Lima Tahunan Puskesmas

b. Mempelajari dokumen dan kebijakan terkait pelayanan Puskesmas



- 1) Renstra Dinas kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota
- 2) SPM,
- 3) Target program
- 4) Melakukan Sosialisasi terkait Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor HK/01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dan Petunjuk Teknis Manajemen Puskesmas



c. Penyusunan target kinerja Puskesmas

Tim perencanaan puskesmas menyusun target kinerja masing-masing klaster, Bersama PJ Klaster. Penetapan target kinerja berdasarkan klaster dengan sasaran klaster sebagai berikut :

- a. Klaster Ibu, anak dan remaja
 - 1) Ibu hamil, bersalin, nifas
 - 2) Balita dan anak pra sekolah
 - 3) Anak usia sekolah dan remaja
- b. Klaster Usia dewasa dan Lansia
 - 1) Usia dewasa
 - 2) Lanjut usia
- c. Klaster penanggulangan penyakit, dengan sasaran semua kelompok usia

Kepala puskesmas menetapkan SK target kinerja masing-masing klaster pada bulan Januari tahun berjalan.

2. Analisis situasi

a. Pengumpulan Data Kinerja Puskesmas

Mengumpulkan data 4 tahun sebelumnya (N-5 sampai dengan N-2) sesuai dengan indikator kinerja yang ditetapkan, antara lain:

1. Data dasar :

Sasaran klaster sebagai berikut :

a) Klaster Ibu, anak dan remaja

i. Ibu hamil, bersalin, nifas

ii. Balita dan anak pra sekolah

iii. Anak usia sekolah dan remaja

b) Klaster Usia dewasa dan Lansia

i. Usia dewasa

ii. Lanjut usia

c) Klaster penanggulangan penyakit, dengan sasaran semua kelompok usia

2. Data hasil kinerja pelayanan dari klaster ibu dan anak, klaster usia dewasa dan lansia, klaster penanggulangan penyakit menular .

3. Data kebutuhan masyarakat terkait kesehatan (Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), keluhan/saran masyarakat, dan Survei Kebutuhan Pelayanan Kesehatan/SKPK)

4. Data kinerja klaster manajemen.

5. Data pengelolaan anggaran

b. Analisis Data

Jenis analisis data yang dapat digunakan:

1) Analisis Deskriptif

Menggambarkan/menjelaskan data yang terdapat dalam tabel sesuai karakteristik data yang ditampilkan, termasuk nilai rata-rata, nilai minimal dan maksimal, serta nilai kuartil

2) Analisis Komparatif

Menjelaskan data dengan membandingkan karakteristik data wilayah yang satu dengan wilayah lainnya atau membandingkan dengan target/standar tertentu, antar jenis kelamin, antar kelompok umur, antar sumber data

3) Analisis Hubungan Antar Variabel

Analisis yang menjelaskan hubungan/ keterkaitan variabel dalam dan atau antar program yang secara logika memiliki hubungan

Analisis dapat dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Data yang ada diterjemahkan menjadi informasi (4W + 1 H) yang dapat difahami oleh semua pihak yang terlibat dalam penyusunan perencanaan Puskesmas

Hasil analisis harus dapat menggambarkan :

1) Pencapaian status kesehatan masyarakat dan hasil kinerja Puskesmas

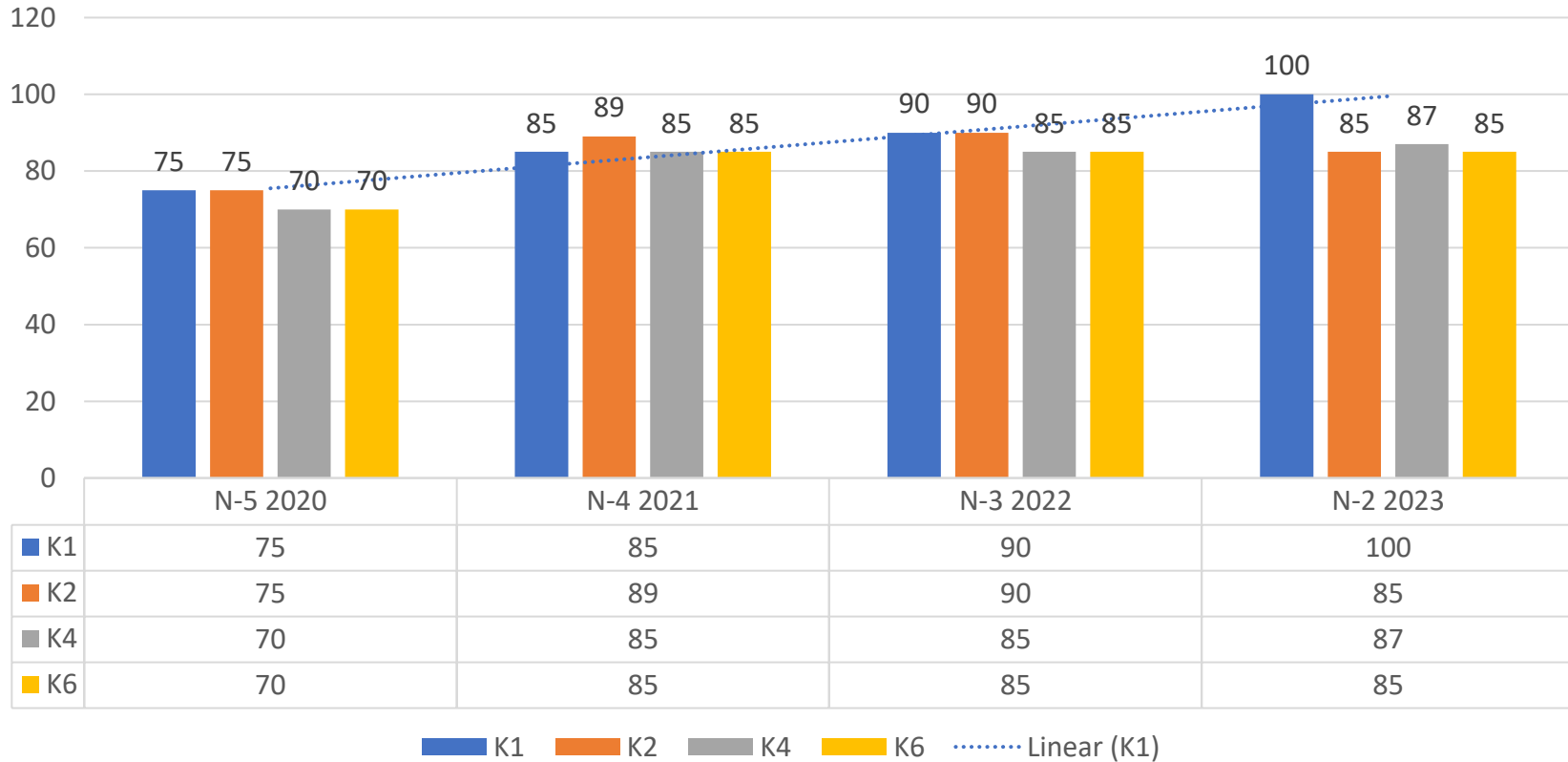
2) Ketersediaan dan kemampuan sumberdaya Puskesmas

3) Prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja untuk periode kedepan

4) Identifikasi faktor yang mendukung kemungkinan terjadinya perubahan, baik perubahan ke arah yang lebih baik dan perubahan ke arah yang buruk

Contoh Analisis Data berdasarkan waktu Untuk Perencanaan 5 Tahunan

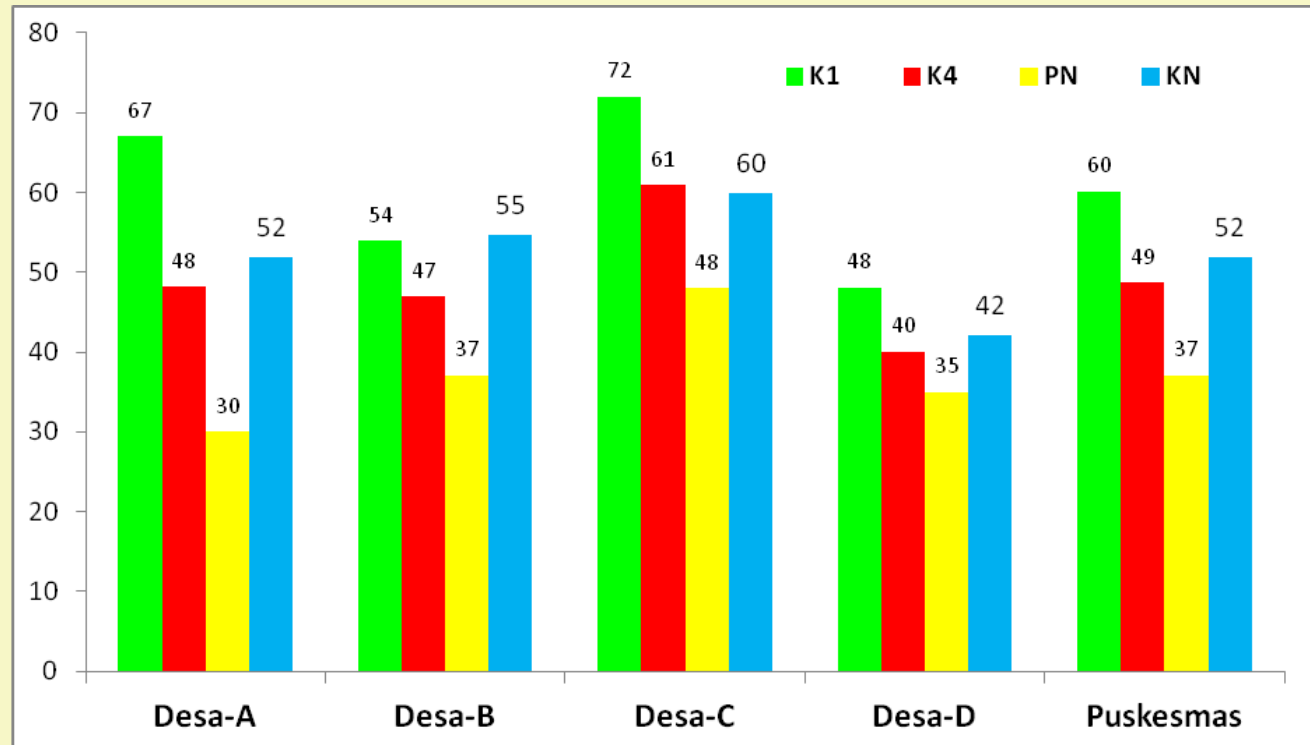
KUNJUNGAN ANC IBU HAMIL DI KECAMATAN X



Analisis Data

Dari tahun 2020 sd 2023 didapatkan
Kunjungan ANC K1 semakin meningkat
Kunjungan ANC K6 meningkat setiap tahun

Contoh Analisis Data



Gambar C1.3 Contoh Garfik analisis Komparatif Membandingkan Hasil Kegiatan pada beberapa Desa

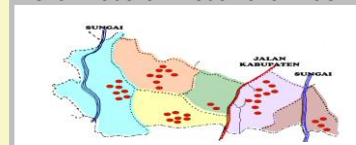
Contoh Analisis Data



Peta dasar wilayah



Peta masalah Kesehatan Ibu



Peta masalah gizi kurang

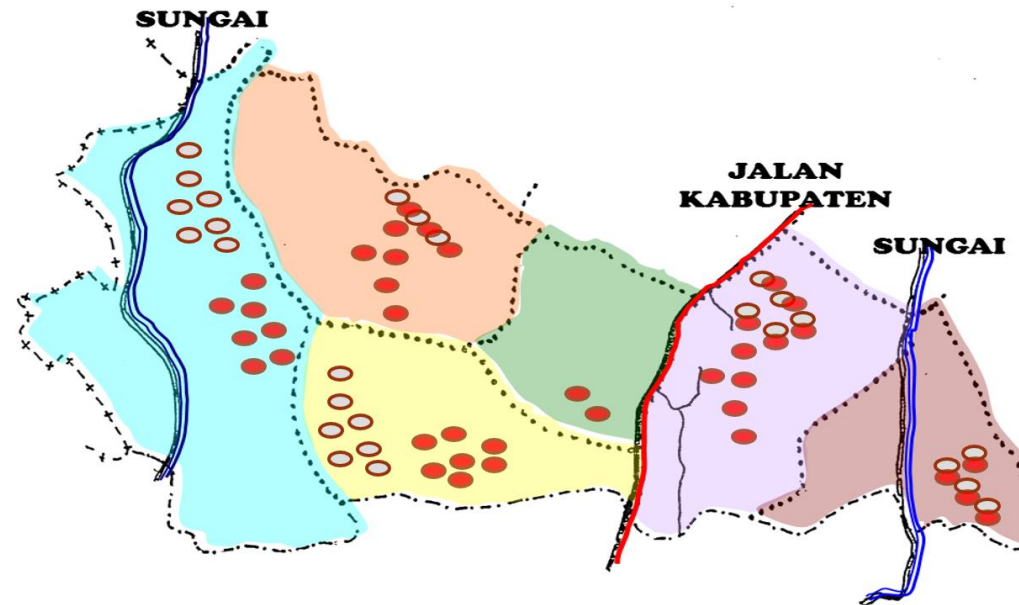


Peta masalah kecacangan



Peta masalah KLB Diare

Contoh Analisis data berdasar tempat kejadian



Gambar C1.4 Peta gabungan masalah kesehatan

Perumusan Masalah

1

IDENTIFIKASI MASALAH

Identifikasi masalah dilaksanakan dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut jenis klaster, target, pencapaian, dan masalah yang ditemukan .

2

MENETAPKAN PRIORITAS MASALAH

Penetapan prioritas masalah dari masing – masing klaster dapat menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*), 3H1P (*High Risk, High Vol, High Cost dan Problem Prone*)

3

MENCARI AKAR PENYEBAB MASALAH

Beberapa metode yang dapat dipergunakan dalam mencari akar penyebab masalah yaitu : Diagram Tulang Ikan (*Fish Bone*), Pohon Masalah (*Problem Tree*) dan Metode 5 Why

4

MENETAPKAN CARA PEMECAHAN MASALAH

Menetapkan cara pemecahan masalah dilakukan dengan metode curah pendapat (*Brainstorming*).

1

IDENTIFIKASI MASALAH

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET				CAPAIAN				KESENJANGAN				MASALAH
		N-1	N-2	N-3	N-4	N-1	N-2	N-3	N-4	N-1	N-2	N-3	N-4	
I	KLASTER 1													
1	Persentase kalibrasi alat kesehatan	100%	100%	100%	100%	70%	70%	70%	70%	30%	30%	30%	30%	Belum terpenuhinya kalibrasi alat kesehatan dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%
II	KLASTER 2													
1	Cakupan Kunjungan ibu Hamil K6	100%	100%	100%	100%	97%	96%	95%	93%	3%	4%	5%	7%	Belum tercapainya cakupan kunjungan ibu hamil K6 dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 95%
III	KLASTER 3													
1	Cakupan Pelayanan Skrining Kesehatan Pada Usia Produktif	100%	100%	100%	100%	80%	70%	75%	80%	20%	30%	25%	20%	Belum tercapainya cakupan pelayanan skrining kesehatan pada usia produktif dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%
IV	KLASTER 4													
1	Persentase Tempat Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi standar	100%	100%	100%	100%	80%	70%	75%	80%	20%	30%	25%	20%	Belum tercapainya persentase Tempat Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi standar dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%
V	KLASTER 5													
1	persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis	100%	100%	100%	100%	75%	75%	80%	75%	25%	25%	20%	25%	Belum tercapainya persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%

Tabel C1.1 Identifikasi Masalah

2

MENETAPKAN PRIORITAS MASALAH

NO	MASALAH	U	S	G	TOTAL
KLASTER 1					
1	Belum terpenuhinya kalibrasi alat kesehatan dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	4	3	4	11
2	Belum terpenuhinya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	5	5	5	15
KLASTER 2					
1	Belum tercapainya cakupan kunjungan ibu hamil K6 dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 95%	4	4	4	12
2	Masih terdapat Balita Stunting dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata 35%	5	5	5	15

Tabel C1.2 :

Contoh Penetapan Prioritas Masalah klaster dengan metode USG

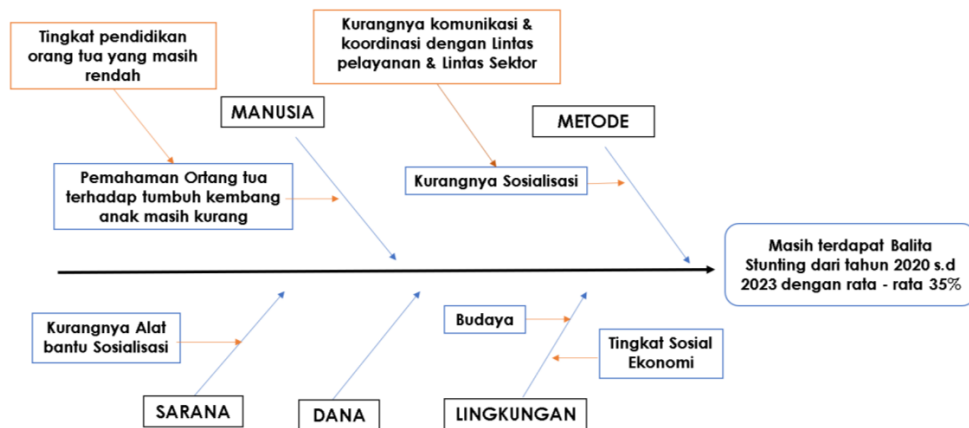
NO	MASALAH	HIGH RISK	HIGH VOL	HIGH COST	PROBLEM PRONE	TOTAL
KLASTER 3						
1	Belum tercapainya cakupan pelayanan skrining kesehatan pada usia produktif dari tahun 2020 s.2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%	10	10	10	10	40
2	Belum tercapainya cakupan Pelayanan Obesitas sesuai standar dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	8	7	7	9	31
LINTAS KLASTER						
1	Belum tercapainya persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%	10	10	10	10	40
2	Belum tercapainya persentase waktu tunggu resep obat non racik pasien usia 15 - 50 th kurang dari sama dengan 15 menit dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 72%	7	6	6	6	25

Tabel C1.3 :

Contoh Penetapan Prioritas Masalah klaster dengan metode 3H1P

3

MENCARI AKAR PENYEBAB MASALAH



Gambar C1.5 Diagram Ishikawa

MASALAH	Cakupan Pelayanan Ibu hamil masih rendah dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata 76%
Why 1	Cakupan pelayanan Ibu hamil belum tercapai karena ibu hamil tidak datang di layanan kesehatan
Why 2	Ibu Hamil tidak datang ke layanan kesehatan karena tidak tahu pentingnya pemeriksaan selama kehamilan
Why 3	Ibu hamil tidak tahu pentingnya pemeriksaan selama kehamilan karena tidak adanya penyuluhan dari tenaga kesehatan
Why 4	Tenaga kesehatan tidak bisa melakukan penyuluhan di semua wilayah kerja untuk melakukan penyuluhan kesehatan ibu hamil
Why 5	Tenaga kesehatan terbatas

Tabel C1.4 Metode Five Why

3

MENETAPKAN CARA PEMECAHAN MASALAH

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Alternatif Pemecahan Masalah	Pemecahan Masalah Terpilih	Ket
Masih terdapat Balita Stunting dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata 35%	kurangnya pengetahuan orang tua terkait tumbuh kembang balita	penyuluhan	penyuluhan	
		konseling	konseling	
		kunjungan rumah	kunjungan rumah	
	kurangnya sosialisasi	komunikasi dan koordinasi dengan lintas pelayanan dan sektor terkait		

Tabel C1.5 Menetapkan Cara Pemecahan Masalah

Penyusunan Perencanaan Puskesmas

Penyusunan dokumen perencanaan lima tahunan puskesmas yang didalamnya terdapat indikator pencapaian kinerja lima tahunan puskesmas.

Ruang lingkup penyusunan perencanaan lima tahunan puskesmas yaitu:

- Penyusunan matriks indikator kinerja lima tahunan puskesmas
- Kerangka penulisan dokumen perencanaan lima tahunan puskesmas

a. Penyusunan matriks indikator kinerja lima tahunan Puskesmas

Contoh matriks indikator kinerja lima tahunan Puskesmas tiap tiap klaster

NO	STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN	KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	DESNIS OPERASIONAL	CARA PERHITUNGAN	TARGET					KEBUTUHAN ANGGARAN	SUMBER PEMBIAYAAN	KET
						2024	2025	2026	2027	2028			
KLASTER 1													
1	Penguatan Sumber Daya Puskesmas	Pemenuhan kompetensi SDM	Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM	Cakupan pemenuhan kompetensi SDM Puskesmas sesuai dengan syarat kompetensi yang telah ditetapkan	$\frac{\text{Jumlah pemenuhan kompetensi SDM Puskesmas pada kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah SDM Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun}} \times 100\%$	100%	100%	100%	100%	100%			
		Kalibrasi Alat Kesehatan	Persentase Kalibrasi alat kesehatan	Cakupan pelaksanaan kalibrasi alat kesehatan dalam kurun waktu satu tahun	$\frac{\text{Jumlah alat yang dikalibrasi pada kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah Alat Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun}} \times 100\%$	100%	100%	100%	100%	100%	500,000,000	APBD	
2	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Pelaksanaan pengukuran INM	Persentase pengukuran INM	Cakupan pelaksanaan pengukuran dan analisis INM setiap bulan dalam kurun waktu satu tahun	$\frac{\text{Jumlah pelaksanaan pengukuran dan analisis INM setiap bulan}}{\text{Jumlah pelaksanaan pengukuran dan analisis INM waktu satu tahun}} \times 100\%$	100%	100%	100%	100%	100%			
KLASTER 2													
1	Pencegahan AKI dan AKB	Pemantauan Ibu hamil	Cakupan Kunjungan ibu Hamil K6	Cakupan kunjungan Ibu Hamil K6 adalah Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar minimal 6 (enam) kali selama kehamilannya disuatu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal K6 di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun}} \times 100\%$	100%	100%	100%	100%	100%			

Tabel C1.6 Matriks Indikator Kinerja lima Tahunan Puskesmas klaster manajemen

b. Kerangka Penulisan Dokumen Perencanaan lima tahunan

RENCANA STRATEGIS UPTD PUSKESMAS... .. TAHUN 2024 – 2028

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan
- C. Sasaran
- D. Dasar Hukum
- E. Ruang Lingkup

BAB II GAMBARAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN PUSKESMAS

- A. Penyelenggaraan Kluster 1
- B. Penyelenggaraan Kluster 2
- C. Penyelenggaraan Kluster 3
- D. Penyelenggaraan Kluster 4
- E. Penyelenggaraan Kluster 5

BAB III ANALISIS SITUASI, PERMASALAHAN DAN ISU STRATEGIS

- A. Analisis Situasi
- B. Permasalahan
 - a. Identifikasi Masalah
 - b. Penetapan Prioritas Masalah
 - c. Mencari Akar Masalah
 - d. Menetapkan Cara Pemecahan Masalah
- C. Isu strategis

BAB IV STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN

BAB V RENCANA KEGIATAN DAN PENDANAAN

BAB VI KINERJA PENYELENGGARAAN PELAYANAN PUSKESMAS

BAB VII PENUTUP

Penyusunan Perencanaan Tahunan Puskesmas

RENCANA TAHUNAN	Penyusunan rencana tahunan puskesmas disesuaikan dengan kebijakan pemerintah daerah masing-masing Rencana tahunan puskesmas terdiri dari : Rencana Usulan Kegiatan (RUK), Rencana Kerja Anggaran (RKA), dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Untuk Puskesmas BLUD penyusunan rencana tahunan terdiri dari : Rencana Usulan Kegiatan (RUK), Rencana Kerja Anggaran (RKA) Rencana Bisnis Anggaran (RBA), dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
RENCANA BULANAN	Rencana bulanan puskesmas disusun mengacu pada rencana tahunan puskesmas yang sudah disahkan oleh Pemerintah Daerah. Rencana bulanan puskesmas disusun dalam bentuk Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Bulanan. Untuk Puskesmas BLUD rencana bulanan puskesmas disusun dalam bentuk Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Bulanan
RENCANA PERUBAHAN /PERBAIKAN	Rencana perubahan atau perbaikan disusun berdasarkan hasil analisis kinerja bulanan, adanya kejadian luar biasa dan adanya kebijakan baik dari Pemerintah Daerah maupun Pemerintah Pusat. Penyusunan rencana perubahan atau perbaikan puskesmas disesuaikan dengan kebijakan pemerintah daerah masing-masing

Perencanaan Tahunan Puskesmas

1. Persiapan
2. Analisis Situasi
3. Perumusan Masalah
4. Penyusunan Dokumen Perencanaan

1. Persiapan

- a. Membentuk Tim Perencanaan Puskesmas;
- b. Melakukan Sosialisasi terkait Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor HK/01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dan Petunjuk Teknis Manajemen Puskesmas
- c. Mempelajari dokumen-dokumen terkait (Renstra, Rencana lima tahunan dikes Prop, Kab/Kota, SPM, Target program)
- d. Tim perencanaan puskesmas menyusun target kinerja masing-masing klaster
- e. Kepala puskesmas menetapkan SK target kinerja masing-masing klaster pada bulan Januari tahun berjalan

2. Analisis Situasi

- a. Mengumpulkan data 4 tahun sebelumnya masyarakat. Data yang dianalisis adalah data 2 tahun sebelum tahun anggaran yang akan direncanakan **(N-2)** sesuai dengan indikator kinerja yang ditetapkan, antara lain:
 - 1) Data dasar :.
 - 2) Data hasil kinerja pelayanan dari klaster ibu dan anak, klaster usia dewasa dan lansia, klaster penanggulangan penyakit menular .
 - 3) Data kebutuhan masyarakat terkait kesehatan (Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), keluhan/saran masyarakat, dan Survei Kebutuhan Pelayanan Kesehatan/SKPK)
 - 4) Data kinerja klaster manajemen.
 - 5) Data pengelolaan anggaran
 - 6) Dashboard pemantauan wilayah setempat
- b. Menganalisis data yang telah terkumpul melalui:
 - 1) Analisis deskriptif
 - 2) Analisis komparatif
 - 3) Analisis hubungan yaitu menganalisis dengan menghubungkan antara variabel,
- c. Mengubah data menjadi informasi
- d. Analisis data dilakukan setiap bulan, dibahas dalam lokakarya mini bulanan. Hasil analisis segera diintervensi, bila diperlukan dilakukan revisi RPK Bulanan

3. Perumusan Masalah

a. Identifikasi Masalah

- 1) Membuat matriks daftar identifikasi masalah.
- 2) Identifikasi isu atau masalah untuk rencana tahunan memperhatikan ketercapaian target indikator kinerja kegiatan tahunan yang merupakan turunan dari indikator kinerja outcome yang sudah ditetapkan di dalam rencana lima tahunan puskesmas. Hal yang perlu diperhatikan adalah:
 - a) Tim melakukan identifikasi masalah dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut sistem klaster yaitu Klaster Manajemen, Klaster Ibu dan Anak, Klaster Usia Dewasa dan Lansia, dan Klaster Penanggulangan Penyakit Menular, Lintas Klaster;
 - b) Menetapkan permasalahan mengacu pada kesenjangan capaian indikator kinerja tahunan.
 - c) Menghitung kesenjangan berdasarkan dari jumlah sasaran yang disepakati bersama dinkes kabupaten/kota.

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET		CAPAIAN		KESENJANGAN		MASALAH
		N-1	N-2	N-1	N-2	N-1	N-2	
I	KLASTER 1							
1	Pemenuhan sarana,prasaran dan alat kesehatan sesuai standar	100%	100%	70%	70%	30%	30%	Belum terpenuhinya sarana,prasaran dan alat kesehatan sesuai standar dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%
II	KLASTER 2							
1	Cakupan Kunjungan ibu Hamil K6	100%	100%	97%	96%	3%	4%	Belum tercapainya cakupan kunjungan ibu hamil K6 dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 95%
III	KLASTER 3							
1	Cakupan Pelayanan Skrining Kesehatan Pada Usia Produktif	100%	100%	80%	70%	20%	30%	Belum tercapainya cakupan pelayanan skrining kesehatan pada usia produktif dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%
IV	KLASTER 4							
1	Persentase Tempat Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi standar	100%	100%	80%	70%	20%	30%	Belum tercapainya persentase Tempat Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi standar dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%
V	KLASTER 5							
1	persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis	100%	100%	75%	75%	25%	25%	Belum tercapainya persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%

Tabel C1.7 : Contoh Identifikasi Masalah klaster

3. Perumusan Masalah

b. Menetapkan Prioritas Masalah

Penetapan prioritas masalah dari masing – masing klaster dapat menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*), 3H1P (*High Risk, High Vol, High Cost dan Problem Prone*)

NO	MASALAH	U	S	G	TOTAL
KLASTER 1					
1	Belum terpenuhinya sarana,prasaran dan alat kesehatan sesuai standar dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	4	3	4	11
2	Belum terpenuhinya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	5	5	5	15
KLASTER 2					
1	Belum tercapainya cakupan kunjungan ibu hamil K6 dari tahun 2022 s.d 20233 dengan rata rata capaian sebesar 95%	4	4	4	12
2	Masih terdapat Balita Stunting dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata 35%	5	5	5	15

Tabel C1.8 :

Contoh Penetapan Prioritas Masalah klaster dengan metode USG

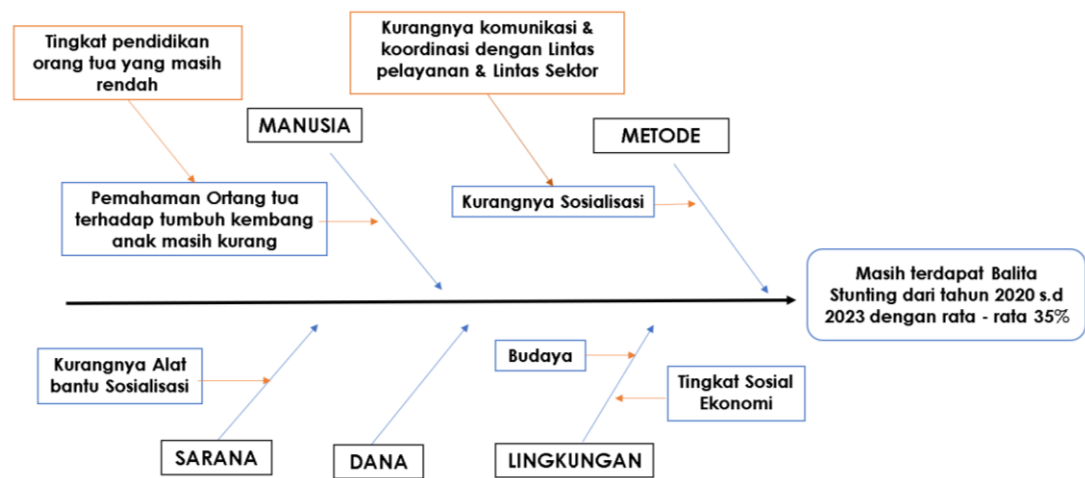
NO	MASALAH	HIGH RISK	HIGH VOL	HIGH COST	PROBLEM PRONE	TOTAL
KLASTER 3						
1	Belum tercapainya cakupan pelayanan skrining kesehatan pada usia produktif dari tahun 2022 s.d 20233 dengan rata - rata capaian sebesar 76%	10	10	10	10	40
2	Belum tercapainya cakupan Pelayanan Obesitas sesuai standar dari tahun 2022 s.d 20233 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	8	7	7	9	31
LINTAS KLASTER						
1	Belum tercapainya persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%	10	10	10	10	40
2	Belum tercapainya persentase waktu tunggu resep obat non racik pasien usia 15 - 50 th kurang dari sama dengan 15 menit dari tahun 2022 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 72%	7	6	6	6	25

Tabel C1.9 :

Contoh Penetapan Prioritas Masalah klaster dengan metode 3H1P

3. Perumusan Masalah

c. Mencari akar penyebab masalah



Gambar C1.6 Diagram Ishikawa

Masalah	Cakupan Pelayanan Ibu hamil masih rendah dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata 76%
Why 1	Cakupan pelayanan Ibu hamil belum tercapai karena ibu hamil tidak datang di layanan kesehatan
Why 2	Ibu Hamil tidak datang ke layanan kesehatan karena tidak tahu pentingnya pemeriksaan selama kehamilan
Why 3	Ibu hamil tidak tahu pentingnya pemeriksaan selama kehmilan karena tidak adanya penyuluhan dari tenaga kesehatan
Why 4	Tenaga kesehatan tidak bisa melakukan penyuluhan di semua wilayah kerja untuk melakukan penyuluhan kesehatan ibu hamil
Why 5	Tenaga kesehatan terbatas

Tabel C1.10 Metode Five Why

3. Perumusan Masalah

d. Menetapkan Cara Pemecahan Masalah, Inovasi dan Target Indikator

Cara pemecahan masalah dilakukan dengan metode Curah Pendapat (*Brainstorming*). Kemudian menyusun matriks solusi masalah.

- 1) Letakkan penyebab masalah pada diagram fishbone ke kolom penyebab.
- 2) Beberapa alternatif pemecahan masalah dapat diisikan ke dalam kolom alternatif solusi.
- 3) Kolom solusi berisikan solusi terpilih adalah hasil kesepakatan yang telah mempertimbangkan sumber daya dan kesanggupan puskesmas melaksanakannya.
- 4) Kolom inovasi dapat ditambahkan jika ada usulan kegiatan yang belum pernah dilaksanakan sebelumnya atau merupakan terobosan baru.
- 5) Kemudian tetapkan kegiatan dan indikator output serta indikator outcome dari solusi yang terpilih.

Contoh Matriks

Klaster 2: Ibu dan Anak

No	Penyebab	Alternatif Solusi	Solusi	Inovasi (Kegiatan Baru)	Kegiatan	Indikator
1	Belum ada kerjasama dengan jejaring untuk mencapai cakupan pelayanan Kesehatan ibu dan anak	1. Melakukan pertemuan koordinasi sekaligus evaluasi pelaporan dengan seluruh jejaring. 2. Melakukan advokasi kepada lintas sektor agar mendukung kegiatan jejaring puskesmas	Melakukan pertemuan koordinasi sekaligus evaluasi pelaporan dengan seluruh jejaring.	Membuat media komunikasi jejaring berbasis teknologi	1. Pertemuan koordinasi terkait pencapaian cakupan layanan 2. Membuat grup whatsapp jejaring	1. Indikator outcome: peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil (SPM) 2. Indikator output (indikator langsung hasil dari kegiatan): Dokumen kesepakatan tentang peningkatan cakupan layanan dengan institusi jejaring

4. Penyusunan Dokumen Perencanaan

Dokumen Perencanaan Tahunan memuat RUK, RAB, RKA/DPA, RPK tahunan dan RPK bulanan termasuk RPK bulanan revisi serta kerangka acuan kegiatan (KAK).

a. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

1. Penyusunan melibatkan semua unsur yang ada di puskesmas
2. Perencanaan telah terdiri atas semua program dan disusun secara terintegrasi
3. Kegiatan operasional rutin perlu dituliskan untuk dapat dialokasikan anggarannya
4. proses penyusunan RUK telah selesai dilaksanakan di puskesmas pada akhir bulan Januari tahun sebelumnya N-1
5. RUK yang sudah disusun diserahkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota untuk direviu dan diberikan masukan sebagai acuan penyusunan RPK tahunan
6. Dinas kesehatan mengirimkan umpan balik penyusunan RUK kepada Puskesmas paling lambat minggu pertama Oktober

Rencana Usulan Kegiatan Puskesmas

RENCANA USULAN KEGIATAN PUSKESMAS
TAHUN

NO	KLASTER	JENIS UPAYA	KEGIATAN	TUJUAN KEGIATAN	SASARAN	TARGET	PJ	KEBUTUHAN SUMBER DAYA	RINCIAN ANGGARAN	SUMBER ANGGARAN	LINTAS SEKTOR	INDIKATOR OUTPUT	INDIKATOR OUTCOME
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Klaster 1: Manajemen	Pelaksanaan Manajemen Puskesmas	Pertemuan penyusunan Perencanaan	Menyusun rencana Puskesmas N+1	120 Pegawai Puskesmas	45 pegawai puskesmas 90 % hadir	Ka. TU	Data, Laptop/PC Narsum ATK	Konsumsi 45 Org x Rp 15,000 Nara 6 Org x Rp 200,000 Sumber	BOK	Dinkes PKK	% dokumen perencanaan	Tersusunnya dokumen perencanaan
2	Klaster 2: Ibu, Anak, dan Remaja	UKM-Promotif	Pelaksanaan kelas Ibu hamil dan pasangan	Melakukan edukasi kepada ibu hamil dan pasangannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan	50 ibu hamil dan 50 pasangan	50 ibu hamil dan 50 pasangan	PJ KIA	Dokter umum Narasumber: dr spesialis Obsgyn, instruktur senam bumil Ruangn Aula	Konsumsi 110 Orang Nara 3 Orang Rp 200,000 Sumber	BOK	RS PKK	% partisipasi ibu hamil dan pasangannya	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi
		UKM-Preventif	Skrining Bumil Risti	Melakukan penapisan pada ibu hamil dengan risiko	50 ibu hamil	50 ibu hamil	PJ Klaster 2	Dokter umum, bidan perawat	Non Budgeter	JKN	PKK Kader Kesehatan	% ibu hamil yang diskriming	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi
		UKP - Kuratif	Pelayanan Kesehatan pada Ibu hamil di dalam gedung	Memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada ibu hamil	70 ibu hamil	70 ibu hamil	PJ Klaster 2	Dokter umum, bidan perawat	Paket Obat, BMHP Rp	JKN	-	% ibu hamil yang dilayani	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi
		UKP - Kuratif	Pertolongan Persalinan di Faskes	Memberikan pertolongan persalinan sesuai standar	70 ibu hamil	70 ibu hamil	PJ Klaster 2	Dokter umum, bidan perawat	Paket Obat, BMHP Rp	JKN	-	% ibu hamil yang ditolong persalinan di Faskes	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi

Rencana Usulan Kegiatan Puskesmas

RENCANA USULAN KEGIATAN PUSKESMAS
TAHUN

NO	KLASTER	JENIS UPAYA	KEGIATAN	TUJUAN KEGIATAN	SASARAN	TARGET	PJ	KEBUTUHAN SUMBER DAYA	RINCIAN ANGGARAN	SUMBER ANGGARAN	LINTAS SEKTOR	INDIKATOR OUTPUT	INDIKATOR OUTCOME
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

1. Diisi nomor urut kegiatan
2. Diisi dengan jenis klaster (klaster 1, 2, 3, 4 dan lintas klaster)
3. Diisi dengan jenis upaya: UKM/UKP-Promotif/preventif/kuratif/rehabilitative. Contoh UKM-Preventif; UKP-Kuratif
4. Diisi dengan kegiatan yang direncanakan
5. Diisi dengan tujuan kegiatan
6. Diisi jumlah populasi sasaran kegiatan
7. Diisi dengan jumlah target yang merupakan seluruh atau bagian dari populasi sasaran kegiatan
8. Diisi dengan nama orang yang bertanggung jawab pada kegiatan tersebut
9. Diisi dengan jenis SDM, sarana prasarana dan obat dan alkes yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut
10. Diisi dengan volume kebutuhan anggaran yang terdiri dari konsumsi, honor, transport dll, dikali dengan jumlah anggaran sesuai satuan harga sesuai dengan peraturan yang berlaku dan jumlah untuk setiap kebutuhan anggaran.
11. Diisi dengan sumber anggaran yang bisa dipergunakan untuk kegiatan tersebut (BOK, APBD, JKN, BLUD, dll)
12. Diisi dengan jenis *stake holder* yang dilibatkan
13. Diisi dengan variabel indikator yang dapat menghitung langsung capaian cakupan kegiatan
14. Diisi dengan indicator yang sesuai dengan rencana kegiatan klaster

b. Penyusunan Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA)

RKA adalah dokumen anggaran yang memuat rencana kegiatan dalam bahasa anggaran.

RKA disusun dengan sumber keuangan yang didasarkan pada rencana penerimaan pendapatan puskesmas, meliputi:

1. Dana alokasi khusus (DAK) kesehatan (APBN);
2. Dana JKN yang terdiri dari dana kapitasi dan dana non kapitasi;
3. Belanja langsung dan tidak langsung dari APBD provinsi (misalnya dalam bentuk hibah);
4. APBD kabupaten/kota untuk operasional Puskesmas;
5. Corporate social responsibility (CSR);
6. Sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

Untuk Puskesmas yang belum menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD),

RKA dibuatkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dengan alur sebagai berikut:

1. Puskesmas menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan menyerahkan ke dinas kesehatan (dinkes) kabupaten/kota;
2. Dinkes kabupaten/kota melakukan telaah/reviu dari RUK yang diserahkan puskesmas;
3. RUK akan diterjemahkan oleh puskesmas menjadi Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) tahunan berdasarkan masukan dari dinas kesehatan kab/kota;
4. Dana yang telah disetujui oleh pemerintah daerah akan dibuat menjadi RKA puskesmas oleh dinkes kabupaten/kota.
5. RKA puskesmas akan diserahkan oleh dinkes kabupaten/kota kepada puskesmas untuk dilaksanakan.

Pada Puskesmas yang telah menjadi BLUD, alur pembuatan RKA adalah sebagai berikut:

1. Penanggung jawab klaster bersama tim perencanaan puskesmas membuat RKA sesuai dengan RUK yang telah disusun. RKA yang dibuat adalah RKA rutin dengan dana dari APBD dan RKA dari dana hasil BLUD;
2. Kepala puskesmas melakukan telaah dan diskusi dengan penanggung jawab klaster dan tim perencanaan terkait RKA tersebut;
3. Kepala puskesmas bersama bendahara melakukan penyesuaian RKA dari dana APBD sesuai dengan plafon yang diberikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota;
4. RKA dari dana APBD diserahkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota untuk meminta persetujuan, dan RKA dari dana hasil BLUD diserahkan ke dinkes sebagai laporan;
 - Dinkes kabupaten/kota melakukan desk reviu (telaah) dengan puskesmas terkait RKA dana APBD dan melakukan revisi bila diperlukan;
 - Dinkes kabupaten/kota merekap RKA dana APBD dari puskesmas;
 - Dinkes kabupaten/kota meminta Puskesmas untuk melakukan input RKA ke Sistem Informasi Pembangunan Daerah (SIPD);
 - Dinkes kabupaten/kota dan puskesmas menunggu Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) untuk pembiayaan kegiatan dari dana APBD;
 - RKA dana hasil BLUD yang dilaporkan ke dinkes dapat langsung dipergunakan puskesmas untuk kegiatan puskesmas.

Indikator							Tolak Ukur Kinerja				Target Kinerja		
Capaian Program							Masyarakat dapat merasakan Pelayanan Kesehatan yang bermutu				Meningkat		
Masukan							Dana DAK Tahun 2022				Rp	553.621.177	
Keluaran							Cakupan Pelayanan Manageman dan Administrasi BOK serta Upaya Kesehatan Promotif dan				Terlaksana		
Hasil							Peningkatan Pelayanan Manajemen dan Administrasi serta Kegiatan BOK				100%		
Kelompok Sasaran Kegiatan : Masyarakat Wilayah Kerja Puskesmas Mekar Baru Kota Tanjungpinang													
Rincian Anggaran Belanja Langsung													
Menurut Program dan Per Kegiatan Satuan Kerja Perangkat Daerah													
Kode Rekening							Uraian			Rincian Perhitungan			Jumlah
										Volume	Satuan	Harga Satuan	(Rp)
1							3	4			6 = (3x5)		
5.							BELANJA DAERAH						553.621.177
5.	1.						Belanja Langsung						553.621.177
5.	1.	02.					Belanja Pegawai						24.000.000
5.	1.	02.	02.				Honorarium PNS						24.000.000
5.	1.	02.	02.	01,	0014		Honorarium Jasa Tenaga Pendukung						24.000.000
							- Honorarium Tenaga Administrasi Keuangan						24.000.000
5.	1.	02.					Belanja Barang dan Jasa						529.621.177
5.	1.	02.	01.				Belanja Jasa Kantor						400.000
5.	1.	02.	01.	01,	0026		- Publikasi						400.000
5.	1.	02.	01.				Belanja Cetak dan Penggandaan						7.961.177
5.	1.	02.	01.	01,	0026		Belanja Cetak						7.961.177
							- Belanja Cetak Leaflet						3.300.000
							- Belanja Penggandaan						4.661.177
5.	1.	02.	01.				Belanja Makanan dan Minuman						39.460.000
5.	1.	02.	01.	01,	56		Belanja Makanan dan Minuman Kegiatan						39.460.000
							Nasi Kotak						29.500.000
							Snack						9.960.000
5.	1.	02.	04.				Belanja Transportasi/ Akomodasi						481.800.000
5.	1.	02.	04.	01,	0003		Belanja Transportasi dan Akomodasi						481.800.000
							Transportasi dan Akomodasi						481.800.000

Tabel C1.11 Contoh RKA (Rencana Kerja Anggaran)

c. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Tahunan

Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) disusun berdasarkan persetujuan dinas kesehatan kabupaten/kota atas RUK yang sudah diajukan oleh puskesmas. Penetapan RPK tahunan dilaksanakan pada bulan Januari tahun berjalan, dan dilakukan pembagian habis tugas dalam forum lokakarya mini bulanan yang pertama. Rangkaian kegiatan penyusunan RPK yaitu:

- 1) Mempelajari alokasi kegiatan dan biaya yang sudah disetujui sehingga alokasi yang diterima tidak selalu sesuai dengan yang diusulkan, dapat terjadi perubahan sasaran kegiatan, pengurangan atau penambahan anggaran dari RUK yang disampaikan ke Dinas Kesehatan.
- 2) Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan 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 bulanan pertama untuk membahas kesepakatan RPK
- 5) Mengintegrasikan RPK ke dalam sistem perencanaan di daerah melalui Musyawarah Perencanaan Pengembangan Kecamatan.

Contoh Rencana Pelaksanaan Kegiatan Tahunan

RENCANA PELAKSANAAN KEGIATAN TAHUNAN PUSKESMAS TAHUN

NO	KLASTER	JENIS UPAYA	KEGIATAN	TUJUAN KEGIATAN	SASARAN	TARGET	PJ	WAKTU	KEBUTUHAN SUMBER DAYA	RINCIAN ANGGARAN	SUMBER ANGGARAN	LINTAS SEKTOR	INDIKATOR OUTPUT	INDIKATOR OUTCOME
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Klaster 1: Manajemen	Manajemen Inti	Pertemuan penyusunan Perencanaan tahunan Puskesmas	Menyusun rencana Puskesmas N+1	120 Pegawai Puskesmas	45 pegawai puskesmas 90 % hadir	Ka. TU	Minggu ke 1 Bulan Januari	Data, Laptop/PC Narsum ATK	Konsumsi 45 Org x 2 kali x 1 tahun x Rp 15,000 Nara Sumber 2 org x 6 Jam x 1 tahun x Rp 200,000	BOK	Dinkes PKK	% dokumen perencanaan	Tersusunnya dokumen perencanaan tahunan 100 %
2	Klaster 2: Ibu, Anak, dan Remaja	UKM-Promotif	Pelaksanaan kelas Ibu hamil dan pasangan	Melakukan edukasi kepada ibu hamil dan pasangannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan	50 ibu hamil dan 50 pasangan	50 ibu hamil dan 50 pasangan	PJ KIA	Setiap minggu ke 2 setiap bulan	Dokter umum Narasumber: dr spesialis Obsgyn, instruktur senam bumil Ruangan Aula	Konsumsi 100 org x 2 kali x 12 bulan x Rp 15,000 Nara Sumber 3 org x 2 kali x 12 bulan x Rp 200,000	BOK	RS PKK	% partisipasi ibu hamil dan pasangannya	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi
		UKM-Preventif	Skrining Bumil Risti	Menskrining ibu hamil dengan penyulitrisiko	Melakukan penapisan pada ibu hamil dengan risiko	50 ibu hamil	50 ibu hamil	Setiap hari	Bidan perawat dokter umum	Non Budgeter	JKN	PKK Kader Kesehatan	% ibu hamil yang diskriming	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi
		UKP-Kuratif	Pelayanan Kesehatan pada Ibu hamil sesuai standar	Melakukan pelayanan Kesehatan pada ibu hamil sesuai standar	50 ibu hamil	50 ibu hamil	PJ KIA	Setiap hari	Bidan, dokter	Non Budgeter	APBD	RS	% ibu hamil yang dilayani	Persentase Pelayanan Kesehatan pada Ibu hamil sesuai standart

d. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Bulanan

RPK tahunan dirinci menjadi RPK bulanan bersama dengan target pencapaiannya serta direncanakan kegiatan pengawasan dan pengendaliannya.

RENCANA PELAKSANAANKEGIATAN BULANAN PUSKESMAS
BULAN TAHUN

NO	KLASTER	JENIS UPAYA	KEGIATAN	TUJUAN KEGIATAN	SASARAN	TARGET	PJ	WAKTU	LOKAS KEGIATAN	KEBUTUHAN SUMBER DAYA	RINCIAN ANGGARAN	SUMBER ANGGARAN	LINTAS SEKTOR	INDIKATOR OUTPUT	INDIKATOR OUTCOME
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Klaster 1: Manajemen	Manajemen Inti	Pertemuan penyusunan Perencanaan tahunan Puskesmas	Menyusun rencana Puskesmas N+1	120 Pegawai Puskesmas	45 pegawai puskesmas 90 % hadir	Ka. TU	Minggu ke 1 Bulan Januari 2022	Puskesmas	Data, Laptop/PC Narsum ATK	Konsumsi 45 Org x 2 kali x Rp 15,000 Nara Sumber 2 org x 6 Jam x Rp 200,000	BOK	Dinkes PKK	% dokumen perencanaan	Tersusunnya dokumen perencanaan tahunan 100 %
2	Klaster 2: Ibu, Anak, dan Remaja	UKM-Promotif	Pelaksanaan kelas Ibu hamil dan pasangan	Melakukan edukasi kepada ibu hamil dan pasangannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan	50 ibu hamil dan 50 pasangan	50 ibu hamil dan 50 pasangan	PJ KIA	Setiap minggu ke 2 setiap bulan	Puskesmas Balai Desa A	Dokter umum Narasumber: dr spesialis Obsgyn, instruktur senam bumil Ruangan Aula	Konsumsi 100 org x 2 kali x Rp 15,000 Nara Sumber 3 org x 2 kali x Rp 200,000	BOK	RS PKK	% partisipasi ibu hamil dan pasangannya	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi
		UKM-Preventif	Skринing Bumil Risti	Menskrining ibu hamil dengan penyulit/risiko	Melakukan penapisan pada ibu hamil dengan risiko	50 ibu hamil	50 ibu hamil	Setiap hari	Puskesmas Pustu	Bidan perawat dokter umum	Non Budgeter	JKN	PKK Kader Kesehatan	% ibu hamil yang diskrining	Menurunnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi
		UKP-Kuratif/ rehabilitatif	Pelayanan Kesehatan pada Ibu hamil sesuai standar	Melakukan pelayanan kesehatan pada ibu hamil sesuai standar	50 ibu hamil	50 ibu hamil	PJ KIA	Setiap hari	Puskesmas Pustu	Bidan, dokter	Non Budgeter	APBD	RS	% ibu hamil yang dilayani	Persentase Pelayanan Kesehatan pada Ibu hamil sesuai standart

Tabel Contoh Rencana Pelaksanaan Kegiatan Bulanan

f. Kerangka Penulisan Dokumen Perencanaan tahunan Puskesmas

RENCANA USULAN KEGIATAN PUSKESMAS (RUK) UPTD PUSKESMAS TAHUN 2024

BAB 1 PENDAHULUAN

- A Latar Belakang
- B Tujuan
- C Sasaran
- D Dasar Hukum
- E Ruang Lingkup

BAB II ANALISIS SITUASI

BAB III PERUMUSAN MASALAH

- A Identifikasi Masalah
- B Penetapan Prioritas Masalah
- C Mencari Akar Masalah
- D Menetapkan Cara Pemecahan Masalah

BAB IV RENCANA USULAN KEGIATAN

BAB V PENUTUP

Musrenbang (Musyawarah Perencanaan Pembangunan)

Time Frame Perencanaan Tahunan



- Perencanaan pembangunan Daerah bertujuan untuk mewujudkan pembangunan Daerah dalam rangka peningkatan dan pemerataan pendapatan masyarakat, kesempatan kerja, lapangan berusaha, meningkatkan akses dan kualitas pelayanan publik dan daya saing Daerah.
- Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya menyusun rencana pembangunan Daerah dengan prinsip sebagai berikut :
 - a. merupakan satu kesatuan dalam sistem perencanaan pembangunan nasional;
 - b. dilakukan pemerintah Daerah bersama para pemangku kepentingan berdasarkan peran dan kewenangan masing-masing;
 - c. mengintegrasikan rencana tata ruang dengan rencana pembangunan Daerah;

Siklus Perencanaan dan Penganggaran



Musrenbang

Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) merupakan agenda tahunan dimana masyarakat saling bertemu mendiskusikan masalah yang mereka hadapi, mengusulkannya dalam bentuk usulan sesuai dengan kamus usulan dari masing-masing Perangkat Daerah yang nantinya usulan tersebut diputuskan dan bentuk prioritas desa dan kecamatan. Ketika prioritas telah tersusun, kemudian diusulkan kepada pemerintah di level yang lebih tinggi, dan melalui Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Penelitian dan Pengembangan (Bappeda-Litbang) usulan masyarakat kemudian dikategorikan berdasarkan urusan dan alokasi anggaran, yang nantinya akan diusulkan dalam musrenbang kabupaten.

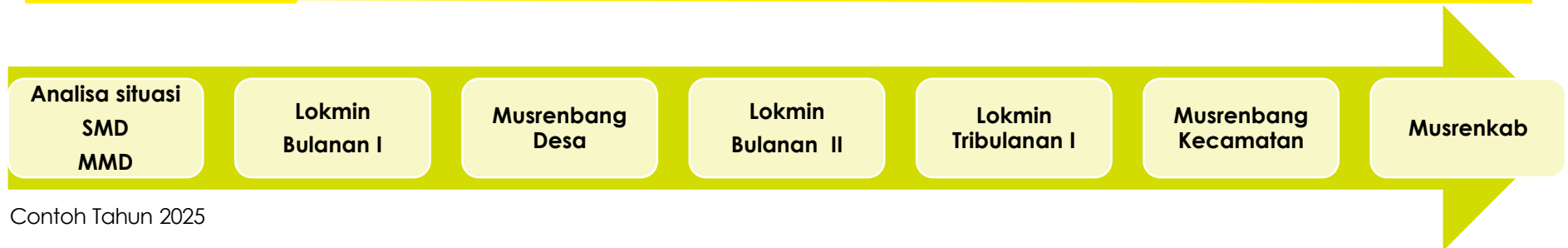
Musrenbang Kecamatan merupakan forum musyawarah antar para pemangku kepentingan untuk membahas dan menyepakati langkah-langkah penanganan program kegiatan prioritas yang tercantum dalam Daftar Usulan Rencana Kegiatan Pembangunan Desa yang diintegrasikan dengan prioritas pembangunan daerah kabupaten di wilayah kecamatan ..

Tujuan Musrenbang Kecamatan diselenggarakan untuk:

1. Membahas dan menyepakati usulan rencana kegiatan pembangunan desa/kelurahan yang menjadi kegiatan prioritas pembangunan di wilayah kecamatan yang bersangkutan.
2. Membahas dan menyepakati kegiatan prioritas pembangunan di wilayah kecamatan yang belum tercakup dalam prioritas kegiatan pembangunan desa.
3. Menyepakati pengelompokan kegiatan prioritas pembangunan di wilayah kecamatan berdasarkan tugas dan fungsi SKPD kabupaten

Peserta Musrenbang kecamatan terdiri atas para kepala desa, delegasi musrenbang desa, pimpinan dan anggota DPRD kabupaten asal daerah pemilihan kecamatan bersangkutan, perwakilan SKPD, tokoh masyarakat, keterwakilan perempuan dan kelompok masyarakat rentan termarginalkan dan pemangku kepentingan lainnya skala kecamatan.

Tahapan Puskesmas dalam pelaksanaan Musrenbang



Contoh Tahun 2025

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Pihak Terkait	Keluaran
1.	Analisa situasi pelaksanaan SMD Pelaksanaan MMD	Awal Januari 2025	Pemangku kepentingan Tk. Desa/ Kelurahan	1. Hasil analisis situasi 2. Hasil SMD dan MMD 3. Usulan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat desa/kelurahan sesuai harapan rasional masyarakat desa/kelurahan sebagai bahan penyusunan RUK tahun 2026 dan Rencana Lima Tahunan Periode 2025 s.d 2029
2.	Lokmin Bulanan Pertama	Minggu Kedua Januari 2025	Pegawai Puskesmas Faskes di wilayah kerja Puskesmas	1. Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Januari tahun 2024 2. Bahan Musrenbangdes tahun 2025 3. Draft RUK tahun 2026 4. Draft Rencana Lima Tahunan 2025 s.d 2029
3.	Musrenbang Desa	Minggu keempat Januari 2025	Pemangku kepentingan Tk. Desa/ Kelurahan	Hasil Musrenbangdes digunakan untuk : 1. Penyesuaian draft RUK tahun 2026. 2. Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2025 s.d 2029
4.	Lokmin Bulanan Kedua	Awal Minggu pertama Februari 2025	Pegawai Puskesmas Faskes di wilayah kerja Puskesmas	1. Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Februari tahun 2025 2. Bahan Lokmin Lintas Sektor Pertama
5.	Lokmin Tribulanan Pertama	Akhir Minggu Pertama Februari 2025	LS terkait dan tokoh masyarakat di Kecamatan	Bahan Musrenbangmat bidang kesehatan
6.	Musrenbang Kecamatan	Minggu kedua Februari 2025	Pemangku kepentingan Tk. Kecamatan	Hasil Musrenbangmat digunakan untuk : 1. Penyesuaian draft RUK tahun 2026 2. Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2025 s.d 2029
7	Musrenbang Kabupaten	Maret 2025	Pemangku kepentingan Tk. Kab/kota	Hasil Musrenbangkab digunakan untuk : 1. Penyesuaian Draft RUK tahun 2026 dengan hasil Musrenbangkab 2. Penyesuaian draft Rencana Lima Tahunan 2025 s.d 2029 dengan hasil Musrenbangkab

b. Penggerakan Pelaksanaan (P2)

Penggerakan dan pelaksanaan kegiatan Puskesmas dapat dilakukan melalui:

1. Apel Pagi
2. Rapat dan Pertemuan
3. Sarasehan, pertemuan warga
4. Lokakarya Mini Bulanan dan Lokakarya Mini Triwulanan

Bulanan

LOKAKARYA MINI BULANAN

- Setiap bulan sekali
- Dihadiri seluruh staf internal Puskesmas
- Peserta : Kepala Puskesmas, Seluruh pegawai Puskesmas, termasuk pegawai yang bertugas di Pustu dan Poskesdes, Jejaring Fasyankes di wilker Puskesmas.
- Agenda:
 - Menilai pencapaian & hambatan yang dijumpai pada bulan atau periode yang lalu
 - Pemantauan pelaksanaan rencana yang akan datang
 - Melakukan evaluasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)

Tribulanan

LOKAKARYA MINI TRIWULANAN

- Setiap 3 bulan sekali
- Dihadiri internal Puskesmas dan LS terkait
- Peserta : Camat, Kepala Puskesmas, Pegawai Puskesmas, Perwakilan Dinkes Kab/Kota, Tim penggerak PKK kecamatan. Perwakilan Puskesmas di wilayah kecamatan/distrik, Staf kecamatan, LS di kecamatan, a.l pertanian, agama, pendidikan, BKKBN, sosial (sesuai dengan LS yang ada di kecamatan), Lembaga/organisasi kemasyarakatan lain bila perlu.
- Agenda:
 - Menggalang dan meningkatkan kerja sama antar sektor terkait dalam pembangunan kesehatan
 - Menginformasikan & mengidentifikasi capaian hasil kegiatan tribulanan sebelumnya, membahas & memecahkan masalah serta hambatan oleh LS
 - Menyusun RTL dan kesepakatan/komitmen Lintas Sektor untuk menjalankan RTL secara bersama-sama

Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
Lokmin Puskesmas I	Lokmin Puskesmas II	Lokmin Puskesmas III	Lokmin Puskesmas IV	Lokmin Puskesmas V	Lokmin Puskesmas VI	Lokmin Puskesmas VII	Lokmin Puskesmas VIII	Lokmin Puskesmas IX	Lokmin Puskesmas X	Lokmin Puskesmas XI	Lokmin Puskesmas XII
	Lokmin Lint Sektor Pertama			Lokmin Lint Sektor II			Lokmin Lint Sektor III			Lokmin Lint Sektor IV	

Lokakarya Mini Bulanan Pertama

Lokakarya Mini Bulanan Pertama merupakan lokakarya penggalangan tim Puskesmas dilaksanakan pada bulan Januari sebelum pelaksanaan Musrenbangdes.

Hal-hal yang dibahas dalam lokmin bulanan pertama terdiri dari:

- 1) Pengenalan kebijakan baru;
- 2) Penerapan Integrasi pelayanan Kesehatan primer : Pengenalan paket layanan tiap kluster dan pelayanan Kesehatan menurut klaster
- 3) Kegiatan bulanan puskesmas;
- 4) Analisa beban kerja;
- 5) Pembagian tugas dan daerah binaan;
- 6) Penyusunan RPK tahunan;
- 7) Penyusunan RPK bulanan;
- 8) Penyusunan bahan musrenbangdes;
- 9) Penyusunan draft RUK untuk tahun selanjutnya;
- 10) Kesepakatan dan komitmen untuk melaksanakan RPK bulanan.

Penyelenggaraan lokmin bulanan harus tercatat dalam notulen.

Notulen lokmin bulanan paling sedikit harus mencantumkan:

- 1) Tanggal dan waktu dilaksanakan lokmin
- 2) Pemimpin lokmin
- 3) Peserta lokmin
- 4) Permasalahan yang dibahas dalam lokmin
- 5) Usulan pemecahan masalah
- 6) Kesimpulan
- 7) Rencana tindak lanjut
- 8) Dokumentasi (foto kegiatan, daftar hadir)

Lokakarya Mini Bulanan Rutin

Diselenggarakan sebagai:

- tindak lanjut dari lokakarya mini Bulanan pertama.
- untuk memantau pelaksanaan kegiatan puskesmas yang dilakukan setiap bulan secara teratur.
- Sebagai bentuk kesinambungan antara kegiatan dengan hal-hal yang telah direncanakan, integrasi kegiatan dalam menyelesaikan masalah puskesmas, pelaksanaan serta hasil yang telah dicapai.

Hal-hal yang dibahas dalam lokakarya mini bulanan rutin terdiri dari:

- 1) Inventarisasi laporan (pelaksanaan dan hambatan kegiatan) bulan lalu;
- 2) Pembahasan data dashboard PWS, Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) dan Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS)
- 3) Isu/permasalahan kegiatan masing-masing Klaster
Jika ada hasil indikator yg belum tercapai, segera dilakukan intervensi, perlu digerakkan koord Pustu dan Posyandu
- 4) Analisa pemecahan masalah;
- 5) Penyusunan kegiatan bulan berikutnya;
- 6) Penyusunan bahan untuk lokakarya mini triwulanan;
- 7) Pembagian tugas bulan berikutnya;
- 8) Pemantauan RTL (Rencana Tindak Lanjut) lokakarya mini bulanan sebelumnya;
- 9) Kesepakatan untuk melaksanakan RPK bulan berikutnya.

Lintas Mini Triwulanan Pertama

Lokakarya Mini Triwulanan Pertama merupakan lokakarya penggalangan tim untuk mendukung rencana kegiatan sektoral yang terkait dengan pembangunan kesehatan.

Hal – hal yang perlu dibicarakan :

1. Kebijakan program dan konsep baru tentang Puskesmas
2. Data capaian Puskesmas periode sebelumnya;
3. Masalah kesehatan yang tidak mampu ditangani sendiri oleh Puskesmas dan memerlukan bantuan/dukungan dari lintas sector, Kebijakan dan rencana kegiatan dari masing-masing sektor yang berhubungan dengan kesehatan;
4. Menganalisis dan memutuskan kegiatan berdasarkan masalah dan rencana kegiatan yang sudah ada di masing-masing sektor;
5. Menyepakati usulan kegiatan bidang kesehatan yang akan dibawa ke musrenbang kecamatan;
6. Rekomendasi kontribusi dari masing-masing lintas sektor untuk mendukung penyelesaian masalah kesehatan yang dibutuhkan Puskesmas.
7. Dalam lokakarya mini tribulanan pertama juga akan diidentifikasi nama calon anggota tim yang mewakili masing-masing sector
8. Luaran :
 1. Rencana kegiatan masing sektor yang terintegrasi
 2. Komitmen bersama untuk menindaklanjuti hasil lokmin dalam penandatanganan kesepakatan
 3. Usulan bidang kesehatan yang disepakati untuk dibawa pada Musrenbang Kecamatan

Lokakarya Mini Triwulanan Rutin

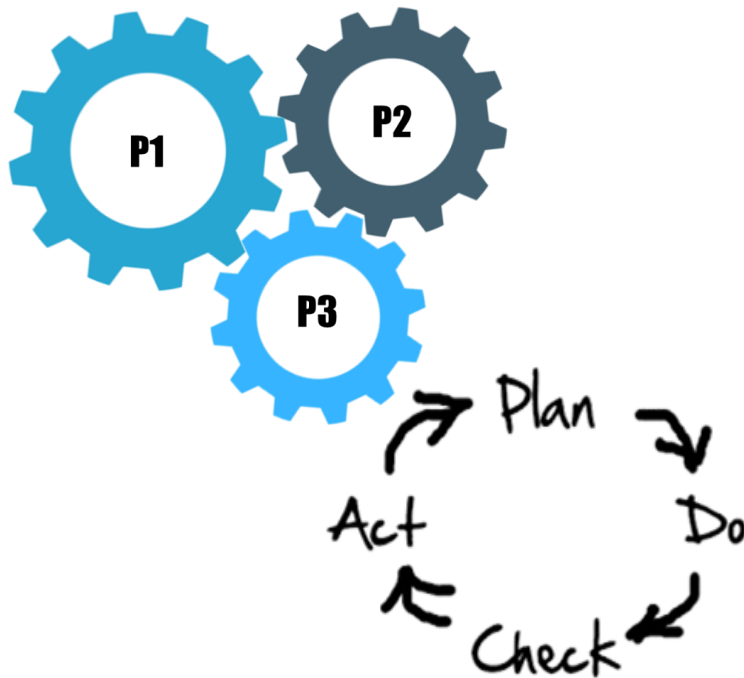
Lokakarya mini triwulanan rutin merupakan tindak lanjut dari penggalangan kerjasama lintas sektoral yang telah dilakukan dan selanjutnya dilakukan tiap triwulan secara rutin.

Hal-hal yang dibahas dalam Lokakarya mini Lintas sector anatar lain :

1. Laporan kegiatan pelaksanaan program kesehatan dan dukungan dari lintas sektor terkait.
2. Inventarisasi masalah/hambatan dari masing-masing sektor dalam pelaksanaan program kesehatan.
3. Merumuskan cara penyelesaian masalah.
4. Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan
5. Menyepakati kontribusi dari masing-masing lintas sektor dalam mendukung penyelesaian masalah
6. Menyepakati kegiatan berikutnya.
7. Luaran :
 1. Rencana pelaksanaan kegiatan berikutnya
 2. Kesepakatan bersama untuk menindaklanjuti rencana

Catatan :

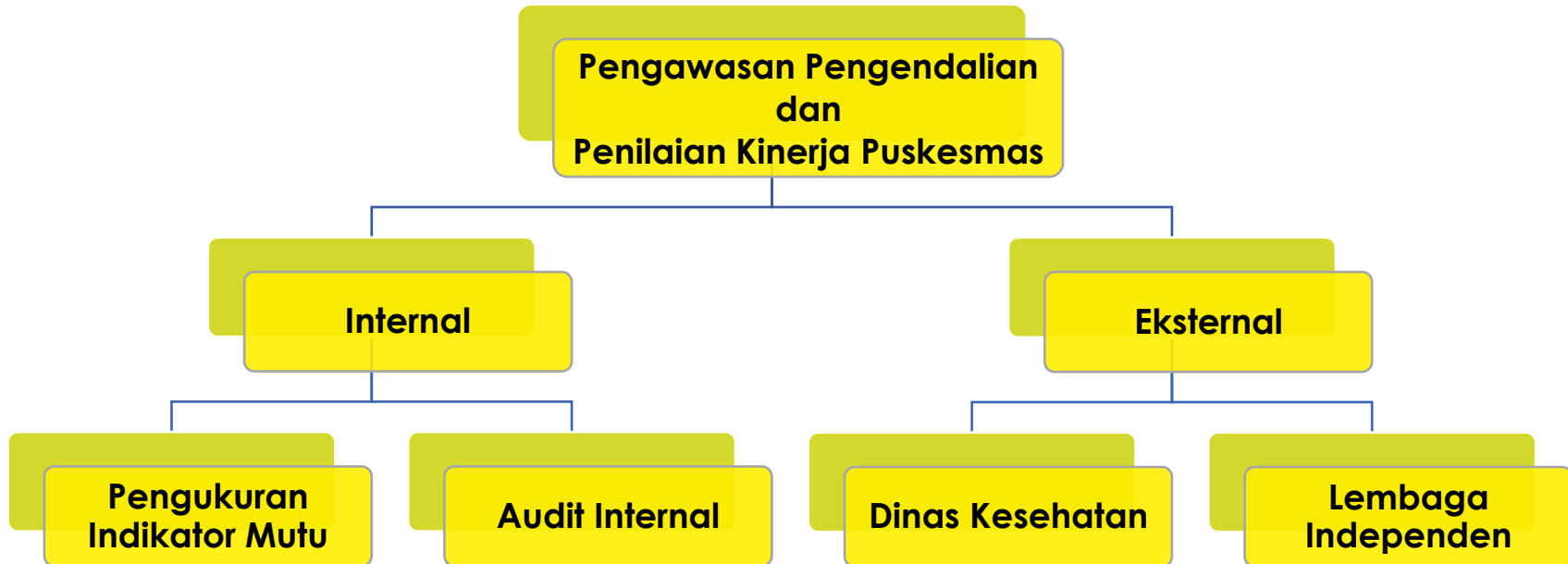
Sebelum pelaksanaan Lokmin Triwulanan , PJ Klaster melakukan pertemuan dengan jejaring untuk menampung/mengidentifikasi jika ada permasalahan yang perlu ditangani/diintervensi



Tujuan dari pengawasan dan pengendalian adalah:

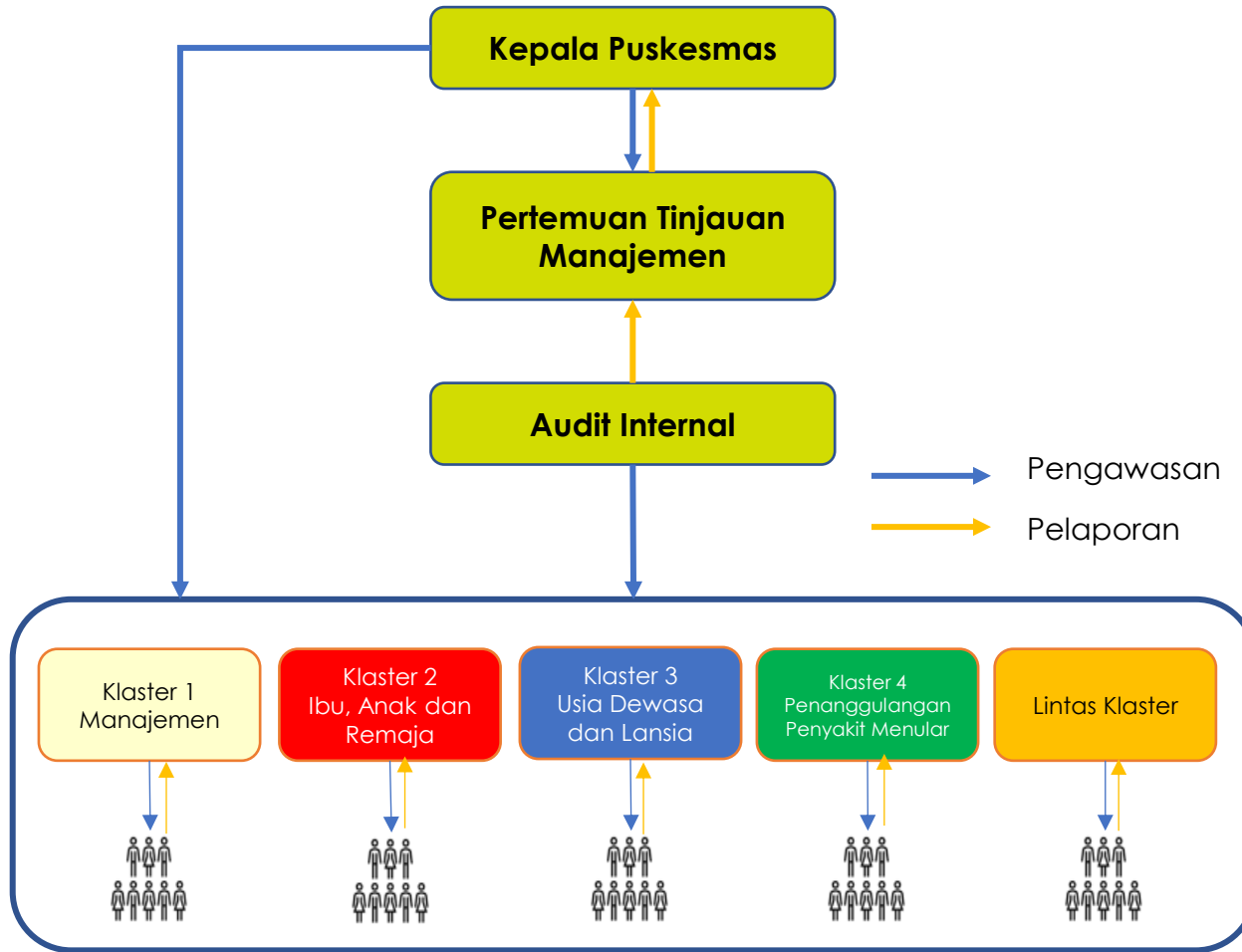
1. Untuk mengetahui kesesuaian pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan standar atau rencana kerja.
2. Untuk mengetahui optimalisasi pemanfaatan sumber daya puskesmas secara efektif dan efisien.
3. Untuk mengetahui adanya kendala/tantangan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan sehingga dapat ditetapkan pemecahan masalah sedini mungkin.
4. Untuk mengetahui adanya penyimpangan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan sehingga dapat segera dilakukan klarifikasi.
5. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan untuk perbaikan pelaksanaan kegiatan atau program terkait, baik yang sedang berjalan maupun pengembangannya di masa mendatang.
6. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan lingkungan yang harus ditindaklanjuti dengan penyesuaian kegiatan.
7. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja program/kegiatan kepada pihak yang berkepentingan secara berkesinambungan dari waktu ke waktu.

Pengawasan Kinerja Puskesmas



Pengawasan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan untuk memantau, mengukur dan bila perlu melakukan perbaikan atas pelaksanaan pekerjaan sehingga apa yang telah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang diinginkan.

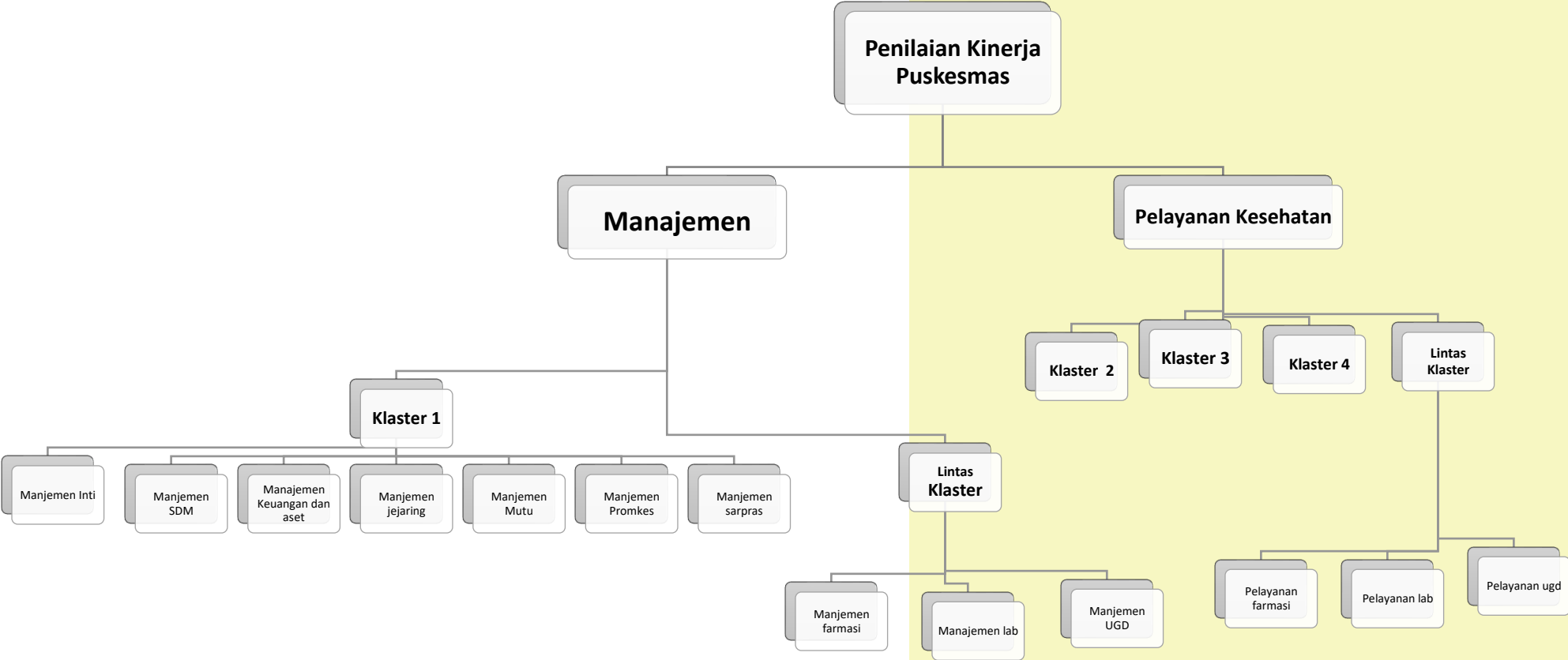
Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (corrective action). Kegiatan pengendalian ini harus dilakukan secara terus menerus. Pengendalian dapat dilakukan secara berjenjang oleh Dinas kesehatan kabupaten/kota, Kepala Puskesmas, maupun penanggung jawab program.



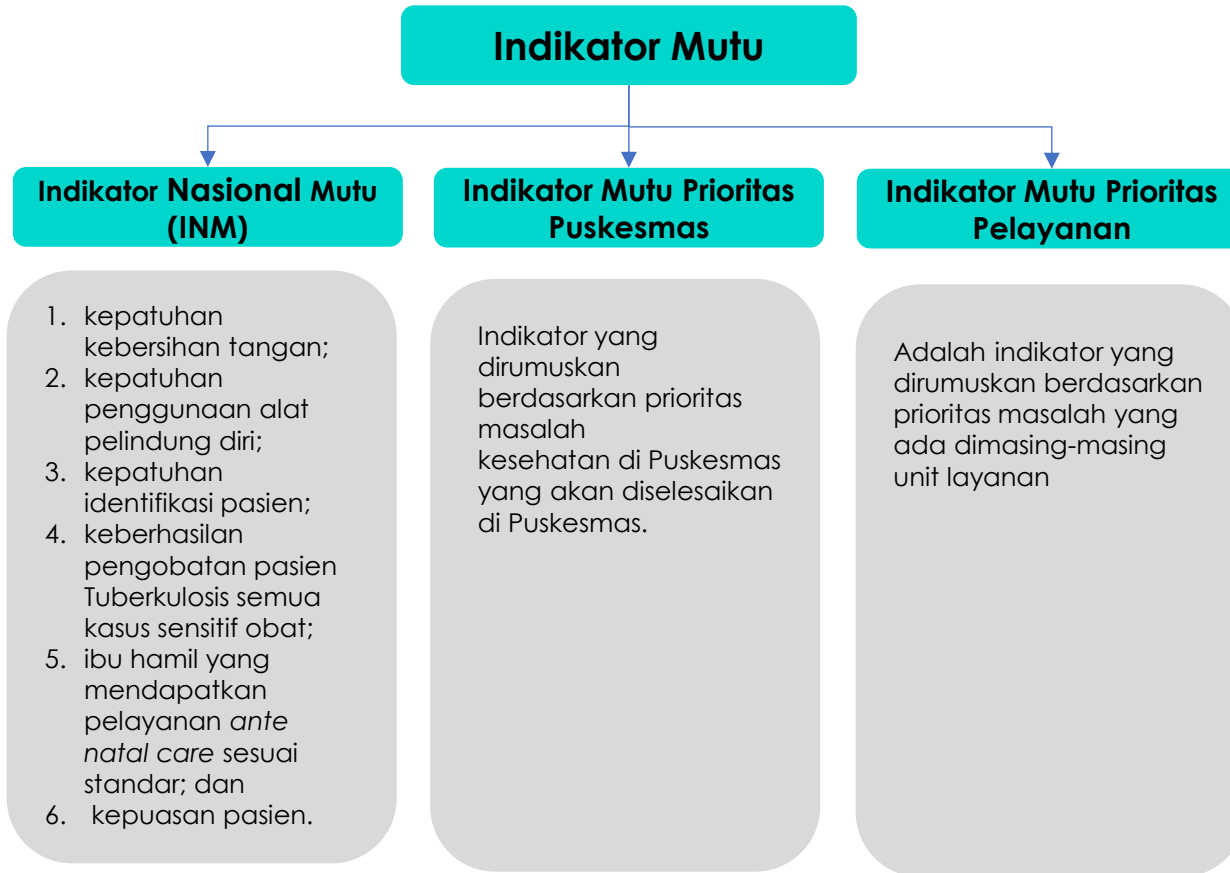
MEKANISME PENGAWASAN

1. Kepala puskesmas secara langsung mengawasi kinerja dari penanggung jawab masing-masing klaster
2. Rapat tinjauan manajemen merupakan forum pertemuan yang dihadiri oleh Kepala Puskesmas dan seluruh staf puskesmas dengan tujuan mengevaluasi hasil kegiatan dari masing – masing penanggung jawab klaster dan hasil evaluasi dari tim audit internal.
3. Tim Audit internal melakukan audit ke masing-masing klaster dan bertanggung jawab secara langsung kepada Kepala Puskesmas yang pelaporannya pada rapat tinjauan manajemen.
4. Penanggung jawab masing-masing klaster mengawasi kinerja dari anggota tim masing-masing klaster
5. Masing-masing anggota klaster melaporkan kegiatan kinerja kepada penanggung jawab klaster dengan pengawasan dari audit internal.

Ruang Lingkup Penilaian Kinerja Puskesmas



Indikator Mutu



Pengukuran Indikator Mutu merupakan bagian dari penilaian kinerja Puskesmas, pengukuran dilakukan melalui kegiatan pengumpulan data, validasi data, analisis data, dan pelaporan dan komunikasi yang dilakukan secara berkala sesuai dengan Indikator mutu yang telah ditetapkan (Bulanan, Triwulanan, Semesteran dan Tahunan) Pengawasan dilakukan sebagai respon dari pelaporan tersebut Ada 2 mekanisme pelaporan yaitu :

1. Pelaporan Internal
 - a. Bulanan
 - 1) Laporan kepada Tim Mutu
 - 2) Laporan kepada Kepala Puskesmas
 - b. Triwulanan
Laporan kepada Dinas kesehatan
2. Pelaporan Eksternal
Laporan melalui website kepada Kemenkes

Contoh Indikator Klaster 1

(disusun berdasarkan kegiatan di klaster 1 dan manajemen lintas klaster)

Manajemen		Jumlah Indikator Usulan SPM
Manajemen Inti	1. Perencanaan 5 tahunan 2. Perencanaan Tahunan 3. Lokakarya Mini Bulanan 4. Lokakarya Mini Tri Bulanan 5. Laporan Penilaian Kinerja Puskesmas	
Manajemen Sumber Daya	6. Kompetensi SDM 7. Kecukupan Sarana Prasarana 8. Laporan Keuangan BLUD 9. Kecukupa Obat dan BMHP	
Manajemen Mutu	10. Audit Internal dan RTM 11. Manajemen Risiko 12. Pencegahana dan Pengendalian Infeksi 13. Kepuasan pelanggan	

Contoh Indikator Manajemen Lintas Klaster

Manajemen	Indikator Kinerja	Jumlah Indikator Usulan SPM
Manajemen Farmasi	1. Pengadaan Obat dan BMH 2. Pemakaian Obat Rasional 3. Kecukupan Obat dan BMHP 4. Ketersediaan SK dan SOP	
Manajemen kesgilit	1. SK dan SOP 2. Kecukupan sarana, obat dan Alkes di Kesgilit	
Manajemen UGD	1. Kecukupan sarana, obat dan Alkes di UGD 2. SK dan SOP	
Laboratorium	1. Ketersediaan SK dan SOP 2. Pencatatan dan pelaporan	

2. Indikator ILP

Terdapat 12 Standar pelayanan minimal (SPM) Kesehatan yang dikelompokkan ke dalam 3 Klaster

Klaster	Standar Pelayanan Minimal (SPM)	Jumlah Indikator Usulan SPM
Klaster 2 (Ibu dan Anak)	1. Pelayanan kesehatan ibu hamil 2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin 3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir 4. Pelayanan kesehatan balita 5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	14
Klaster 3 (Usia Dewasa & Lansia)	6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif 7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut 8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi 9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	23
Klaster 2 & 3	10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat 11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberculosi 12. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau human immunodeficiency virus;	7

Catatan: Untuk saat ini, belum ada SPM yang menjelaskan untuk Klaster 4

2. Indikator ILP

Terdapat 12 Standar pelayanan minimal (SPM) Kesehatan yang dikelompokkan ke dalam 3 Klaster

Klaster	Standar Pelayanan Minimal (SPM)	Jumlah Indikator Usulan SPM
Klaster 2 (Ibu dan Anak)	1. Pelayanan kesehatan ibu hamil 2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin 3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir 4. Pelayanan kesehatan balita 5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	14
Klaster 3 (Usia Dewasa & Lansia)	6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif 7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut 8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi 9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	23
Klaster 2 & 3	10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat 11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberculosis 12. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau human immunodeficiency virus;	7

Catatan: Untuk saat ini, belum ada SPM yang menjelaskan untuk Klaster 4

Dari 5 Indikator SPM pada Klaster 2, terdapat 14 Indikator Usulan untuk Pemantauan ILP (1/2)

● Tersedia
 ● Tidak Tersedia

SPM					
	SPM	Usulan Indikator	SSP ¹	ASIK ²	Justifikasi Indikator
Klaster 2 (Ibu dan Anak)	Pelayanan kesehatan Ibu Hamil	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC 6 (K6)	●	N/A	Sesuai SPM
	Pelayanan kesehatan Ibu Bersalin	Persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	●	N/A	Sesuai SPM
	Non-SPM	Ibu nifas mendapat pelayanan nifas lengkap 4 kali (KF4)	●	N/A	54% kematian ibu terjadi pada masa nifas (data analisis MPDN)
	Pelayanan kesehatan Bayi Baru Lahir	Bayi baru lahir mendapat pelayanan Kunjungan Neonatal lengkap 3 kali (KN lengkap)	●	N/A	Sesuai SPM
	Non-SPM	Bayi baru lahir mendapatkan skrining kesehatan	●	N/A	Skrining prioritas meliputi skrining Hipotiroid Kongenital dan Penyakit Jantung Bawaan
	Pelayanan kesehatan Balita	Bayi kurang dari 0-6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif	●	●	Sesuai SPM
		Bayi yang mendapatkan imunisasi lengkap	●	●	Sesuai SPM
		Anak usia 12 – 23 bulan yang mendapatkan imunisasi baduta lengkap	●	●	Sesuai SPM

¹: SatuSehat Platform
²: Aplikasi Sehat Indonesiaku

xx : Tidak termasuk dalam indikator SPM

Dari 5 Indikator SPM pada Klaster 2, terdapat 14 Indikator Usulan untuk Pemantauan ILP (2/2)

 Tersedia  Tidak Tersedia

Klaster 2 (Ibu dan Anak)	SPM				
	SPM	Usulan Indikator	SSP ¹	ASIK ²	Justifikasi Indikator
	Pelayanan kesehatan Balita	Balita mendapat vitamin A			Sesuai SPM
		Balita yang diukur berat badan dan tinggi badan			Sesuai SPM
	Pelayanan kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar	Anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar			Sesuai SPM
		Anak usia sekolah yang mendapatkan skrining kesehatan	N/A		Sesuai SPM
		Remaja Putri mendapat Skrining Anemia			Sesuai SPM
		Remaja Putri mendapat Tablet Tambah Darah			Sesuai SPM

¹: SatuSehat Platform
²: Aplikasi Sehat Indonesiaku

Dari 4 Indikator SPM pada Klaster 3, terdapat 23 Indikator Usulan untuk Pemantauan ILP (1/3)

 Tersedia  Tidak Tersedia

**Klaster 3
(Usia Dewasa
& Lansia)**

SPM					
	SPM	Usulan Indikator	SSP ¹	ASIK ²	Justifikasi Indikator
Pelayanan kesehatan pada Usia Produktif ³		Usia dewasa yang dilakukan skrining kolesterol			
		Usia dewasa yang dilakukan skrining obesitas			Sesuai SPM
		Usia dewasa yang dilakukan skrining Hipertensi			Sesuai SPM
		Usia dewasa yang dilakukan skrining DM			Sesuai SPM
		Usia dewasa yang dilakukan skrining kanker Payudara			Sesuai SPM
		Usia dewasa yang dilakukan skrining kanker Serviks			Sesuai SPM
		Usia dewasa yang dilakukan skrining PPOK			Sesuai SPM
		Usia dewasa penderita dislipidemia yang mendapatkan pelayanan dislipidemia sesuai standar			
		Pasangan Usia Subur (PUS) yang mendapat pelayanan KB ⁴			Sesuai SPM
		Wanita Usia Subur (WUS) yang memiliki status imunisasi T2+			Sesuai SPM

1: SatuSehat Platform
2: Aplikasi Sehat Indonesiaku
3: Usia produktif : 15 - 49 tahun
4: Usia dewasa ≥18 tahun

Dari 4 Indikator SPM pada Klaster 3, terdapat 23 Indikator Usulan untuk Pemantauan ILP (2/3)

 Tersedia  Tidak Tersedia

SPM					
	SPM	Usulan Indikator	SSP ¹	ASIK ²	Justifikasi Indikator
Klaster 3 (Usia Dewasa & Lansia)	Pelayanan kesehatan pada Usia Produktif ³	Usia dewasa yang dilakukan skrining Indera			Sesuai SPM
		Usia dewasa yang dilakukan skrining kesehatan jiwa			Sesuai SPM
		Calon pengantin yang mendapat pelayanan kesehatan			Sesuai SPM
	Pelayanan kesehatan pada Usia Lanjut	Lanjut usia yang dilakukan skrining obesitas			Sesuai SPM
		Lanjut usia yang dilakukan skrining hipertensi			Sesuai SPM
		Lanjut usia yang dilakukan skrining DM			Sesuai SPM
		Lanjut usia yang dilakukan skrining kolesterol			Sesuai SPM
		Lanjut usia penderita dislipidemia yang mendapatkan pelayanan dislipidemia sesuai standar			Tidak sesuai
		Lanjut usia mendapat skrining geriatri			Sesuai SPM

1: SatuSehat Platform
2: Aplikasi Sehat Indonesiaku
3: Usia produktif : 15 - 49 tahun
4: Usia dewasa ≥18 tahun

Dari 4 Indikator SPM pada Klaster 3, terdapat 23 Indikator Usulan untuk Pemantauan ILP (3/3)

 Tersedia  Tidak Tersedia

SPM					
	SPM	Usulan Indikator	SSP ¹	ASIK ²	Justifikasi Indikator
Klaster 3 (Usia Dewasa & Lansia)	Pelayanan kesehatan Penderita Hipertensi	Usia dewasa penderita hipertensi yang mendapat pelayanan hipertensi sesuai standar		N/A	Sesuai SPM
		Lanjut usia penderita hipertensi yang mendapat pelayanan hipertensi sesuai standar		N/A	Sesuai SPM
	Pelayanan kesehatan Penderita Diabetes Melitus	Usia dewasa penderita DM yang mendapat pelayanan sesuai standar		N/A	Sesuai SPM
		Lanjut usia penderita DM yang mendapat pelayanan sesuai standar		N/A	Sesuai SPM

¹: SatuSehat Platform
²: Aplikasi Sehat Indonesiaku

Dari 3 Indikator SPM pada Klaster 2 dan 3 , tetap terdapat 7 Indikator Usulan untuk Pemantauan ILP

● Tersedia
● Tidak Tersedia

SPM					
	SPM	Usulan Indikator	SSP ¹	ASIK ²	Justifikasi Indikator
Klaster 2 & 3	Pelayanan kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)	Jumlah orang terduga (suspek) ODGJ yang mendapatkan pelayanan	●	N/A	Sesuai SPM
	Pelayanan kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis	Jumlah orang terduga (suspek) TB yang mendapatkan pelayanan	●	N/A	Sesuai SPM
		Jumlah orang yang dilakukan skrining TBC	●	N/A	Tidak sesuai
		Jumlah orang yang mendapatkan pelayanan TBC	●	N/A	Tidak sesuai
	Pelayanan kesehatan Penderita HIV	Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	●	N/A	Sesuai SPM
		Jumlah orang yang dilakukan skrining HIV	●	N/A	Tidak sesuai
		jumlah orang penderita HIV yang mendapatkan pelayanan	●	N/A	Tidak sesuai

¹: SatuSehat Platform
²: Aplikasi Sehat Indonesiaiku

Saat ini tidak terdapat SPM pada Kluster 4 sehingga diusulkan 7 Indikator Usulan untuk Pemantauan ILP

● Tersedia
 ● Tidak Tersedia

Non SPM					
	SPM	Usulan Indikator	SSP ¹	ASIK ²	Justifikasi Indikator
Kluster 4 (Penanggung langan Penyakit Menular)	Non-SPM	Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	●	●	Merupakan indikator SDGs 6 terkait <i>Population using safely managed sanitation services</i>
		Jumlah kasus yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi	●	●	Penyelidikan Epidemiologi salah satu aktivitas kunci dalam pengendalian penyakit menular
		Penurunan kasus penyakit Campak	●	N/A	Merupakan penyakit dengan target eliminasi
		Penurunan kasus penyakit Malaria	●	N/A	
		Penurunan kasus penyakit Rabies	●	N/A	
		Penurunan kasus penyakit Tetanus Neonatorum	●	N/A	
		1. Kelengkapan laporan SKDR ≥90% 2. Ketepatan laporan SKDR ≥80%; 3. Respons Sinyal Kewaspadaan (Alert System) < 24 jam minimal 80%. (usulan Dit SKK)	●	N/A	

¹: SatuSehat Platform
²: Aplikasi Sehat Indonesiaiku

Contoh Indikator Pelayanan Kesehatan di Lintas Klaster

Manajemen	Indikator Kinerja	Jumlah Indikator Usulan SPM
Manajemen Farmasi	1. Cakupan konseling farmasi 2. Cakupan penyuluhan obat pada pasien rawat inap	
Manajemen kesgilut	1. Cakupan pelayanan Kesehatan pada kluster 2 2. Cakupan pelayanan Kesehatan pada kluster 3	
Manajemen UGD	1. Cakupan pelayanan UGD yang dapat ditangani tanpa dirujuk	
Laboratorium	1. Cakupan pemeriksaan laboratorium	

Contoh form pengawasan internal

No	Tanggal	Klaster	Kegiatan/program	Unsur Pengawasan (5M)	Hasil Pengawasan	Rencana Tindak Lanjut	Evaluasi RTL
		2	ANC	- Dilaksanakan oleh nakes sesuai SOP - Standar ANC terpenuhi lengkap sesuai SOP - Alat dan vaksin yang dibawa sesuai yang direncanakan	- Pelayanan oleh nakes sesuai SOP - Nakes tidak melakukan penapisan status imunisasi T pada bumil sebelum pemberian imunisasi Td - Alat dan vaksin yang dibawa sesuai perencanaan dan mencukupi kebutuhan di Posyandu.	Melakukan pelatihan dan penyegaran di Puskesmas terhadap Nakes dalam melakukan skrining status imunisasi	Telah/belum dilaksanakan
			Lokakarya mini bulanan	- Diikuti oleh seluruh nakes puskesmas - Bahan evaluasi/RPK bulanan - Dilaksanakan rutin tiap bulan - Ada notulensi yang lengkap - Penggunaan dana untuk lokmin bulanan	- Nakes di pustu tidak ikut - Tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan - Rutin dilaksanakan tiap bulan - Notulensi lengkap - Dana tersedia untuk lokmin bulanan	Penyelenggaraan lokmin memperhatikan pelaksanaan pelayanan di pustu agar nakes pustu dapat ikut dalam lokmin.	Telah/belum dilaksanakan

Contoh form pengawasan eksternal oleh dinas kesehatan

No	Tanggal	Klaster	Kegiatan/program	Unsur Pengawasan (5M)	Hasil Pengawasan	Rencana Tindak Lanjut	Evaluasi RTL
		Manajemen	Lokakarya mini triwulanan	• Pelibatan camat, pemdes, dan lintas sektor lainnya • Bahan musrenbangmat • Dilaksanakannya rutin tiap tiga bulan • Penggunaan dana untuk lokmin bulanan	• Camat membuka kegiatan dan tidak mengikuti hingga kegiatan selesai • Bahan musrenbangmat telah siap • Merupakan triwulanan pertama • Dana lokmin triwulanan tersedia berupa transport dan konsumsi	Dilakukan advokasi kepada camat bahwa lokmin triwulanan memerlukan keterlibatan camat terutama dalam sesi diskusi dan kesepakatan peran lintas sektor, terlebih untuk lokmin triwulanan pertama untuk persiapan musrenbangmat.	Telah/belum dilaksanakan
			Manajemen alat	• Pegawai yang bertanggung jawab terhadap pencatatan alkes • Penggunaan aplikasi ASPAK • SOP pencatatan	• Terdapat SK kepala puskesmas terhadap penanggung jawab alkes • PJ belum begitu memahami penggunaan aplikasi terutama identifikasi nama- nama alkes	Diperlukan orientasi/refreshing terkait pencatatan dalam ASPAK oleh dinas kesehatan	Telah/belum dilaksanakan

- **Pengendalian Kinerja Puskesmas**

- Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan.
- Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (*corrective action*). Pengendalian dapat dilakukan dengan siklus *PDCA* (*Plan, Do, Check, Action*).

Contoh format pengendalian

NO	PLAN			DO	CHECK/STUDY	ACTION
	MASALAH	ANALISA	RTL . PERBAIKAN			
1	Penilaian Kinerja di Puskesmas h 2022 sudah dibuat tapi belum dikirim ke Dinas Kesehatan Kab/Kota	Masih ada perbaikan dan perubahan dari klaster dari tahun sebelumnya juga belum pernah ada feedback dari Dinas Kesehatan Kab/Kota.	Akan mengirimkan Penilaian Kinerja tahun 2022 setelah perbaikan selesai.	Mengirimkan Penilaian Kinerja tahun 2022 setelah Perbaikan	Sudah dikirimkan penilaian kinerja Tahun 2022	Laporan Penilaian Kinerja sudah Terkirim.

Contoh Form Pengawasan Internal

112

No	Tanggal	Klaster	Kegiatan/program	Unsur Pengawasan (5M)	Hasil Pengawasan	Rencana Tindak Lanjut	Evaluasi RTL
			ANC	- Dilaksanakan oleh nakes sesuai SOP - Standar ANC terpenuhi lengkap sesuai SOP - Alat dan vaksin yang dibawa sesuai yang direncanakan	- Pelayanan oleh nakes sesuai SOP - Nakes tidak melakukan penapisan status imunisasi T pada bumil sebelum pemberian imunisasi Td - Alat dan vaksin yang dibawa sesuai perencanaan dan mencukupi kebutuhan di Posyandu.	Melakukan pelatihan dan penyegaran di Puskesmas terhadap Nakes dalam melakukan skrining status imunisasi	Telah/belum dilaksanakan
			Lokakarya mini bulanan	- Diikuti oleh seluruh nakes puskesmas - Bahan evaluasi/RPK bulanan - Dilaksanakan rutin tiap bulan - Ada notulensi yang lengkap - Penggunaan dana untuk lokmin bulanan	- Nakes di pustu tidak ikut - Tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan - Rutin dilaksanakan tiap bulan - Notulensi lengkap - Dana tersedia untuk lokmin bulanan	Penyelenggaraan lokmin memperhatikan pelaksanaan pelayanan di pustu agar nakes pustu dapat ikut dalam lokmin.	Telah/belum dilaksanakan

Contoh form pengawasan eksternal oleh dinas kesehatan

113

No	Tanggal	Klaster	Kegiatan/program	Unsur Pengawasan (5M)	Hasil Pengawasan	Rencana Tindak Lanjut	Evaluasi RTL
		Manajemen	Lokakarya mini triwulanan	• Pelibatan camat, pemdes, dan lintas sektor lainnya • Bahan musrenbangmat • Dilaksanakan rutin tiap tiga bulan • Penggunaan dana untuk lokmin bulanan	• Camat membuka kegiatan dan tidak mengikuti hingga kegiatan selesai • Bahan musrenbangmat telah siap • Merupakan triwulanan pertama • Dana lokmin triwulanan tersedia berupa transport dan konsumsi	Dilakukan advokasi kepada camat bahwa lokmin triwulanan memerlukan keterlibatan camat terutama dalam sesi diskusi dan kesepakatan peran lintas sektor, terlebih untuk lokmin triwulanan pertama untuk persiapan musrenbangmat.	Telah/belum dilaksanakan
			Manajemen alat	• Pegawai yang bertanggung jawab terhadap pencatatan alkes • Penggunaan aplikasi ASPAK • SOP pencatatan	• Terdapat SK kepala puskesmas terhadap penanggung jawab alkes • PJ belum begitu memahami penggunaan aplikasi terutama identifikasi nama-nama alkes • Terdapat SOP pencatatan namun pencatatan belum tertib dilakukan	Diperlukan orientasi/refreshing terkait pencatatan dalam ASPAK oleh dinas kesehatan	Telah/belum dilaksanakan

Pengendalian Kinerja Puskesmas

- Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan.
- Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (*corrective action*). Pengendalian dapat dilakukan dengan siklus PDCA (*Plan, Do, Check, Action*).

Contoh siklus PDCA untuk pengawasan dan pengendalian

NO	PLAN			DO	CHECK/STUDY	ACTION
	MASALAH	ANALISA	RTL . PERBAIKAN			
1	Penilaian Kinerja di Puskesmas h 2022 sudah dibuat tapi belum dikirim ke Dinas Kesehatan Kab/Kota	Masih ada perbaikan dan perubahan dari klaster dari tahun sebelumnya juga belum pernah ada feedback dari Dinas Kesehatan Kab/Kota.	Akan mengirimkan Penilaian Kinerja tahun 2022 setelah perbaikan selesai.	Mengirimkan Penilaian Kinerja tahun 2022 setelah Perbaikan	Sudah dikirimkan penilaian kinerja Tahun 2022	Laporan Penilaian Kinerja sudah Terkirim.

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis, dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien cakupan pelayanan kesehatan serta cakupan manajemen puskesmas sebagai penilaian hasil kerja/prestasi puskesmas. Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan oleh puskesmas untuk kemudian hasil penilaian akan diverifikasi dan diberikan *feedback* oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Stratifikasi Puskesmas adalah upaya untuk melakukan penilaian prestasi kerja Puskesmas dengan mengelompokkan Puskesmas dalam 3 strata yaitu:

1. Strata Puskesmas dengan prestasi kerja baik
2. Strata Puskesmas dengan prestasi kerja cukup
3. Strata Puskesmas dengan prestasi kerja kurang

Stratifikasi Puskesmas dinilai dari pencapaian Cakupan kegiatan lima klaster

Tujuan dari Penilaian Kinerja Puskesmas adalah:

1. Mendapatkan gambaran tingkat kinerja puskesmas pada akhir tahun kegiatan;
2. Melakukan identifikasi dan analisis masalah kesehatan di wilayah kerja puskesmas berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja;
3. Menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya;
4. Mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang.

Tahapan Penilaian Kinerja Puskesmas

1. Membuat daftar indikator penilaian kinerja
2. Indikator kinerja dibuat berdasarkan kluster
 - a. Integrasikan SPM,, Renstra Dinkes, indikator Mutu Nasional, target surveilans dalam 1 dokumen indikator kinerja kemudian akan ditetapkan dalam Renstra Puskesmas atau Rencana 5 tahunan
 - b. Menetapkan definisi operasional masing-masing indikator
 - c. Indikator terdiri : Kluster 1 sd 5
 - d. Masing-masing kluster diklasifikasikan promotif dan Preventif serta kuratif dan rehabilitatif.
 - e. Menyediakan variabel-variabel dalam indikator tersebut pada dashboard PWS untuk memudahkan pengumpulan dan analisis data
3. Membuat format rekapitulasi data capaian kinerja
4. Analisis Data hasil kinerja
5. Penyajian hasil penilaian hasil kinerja

Tahapan Persiapan Penilaian Kinerja Puskesmas

1. Pembentukan Tim Penilai Kinerja (Penanggungjawab Kluster, Program dan petugas pengawas kinerja Puskesmas, tim rekapitulasi data hasil kinerja, dan tim mutu)
2. Pengumpulan data pencapaian 1 tahun. Data diperoleh dari Sistem Informasi Puskesmas (dashboard SIMPUS TERINTEGRASI), yang mencakup pencatatan hasil surveilans dan capaian pelayanan dari setiap kluster Puskesmas dan jaringannya; survei lapangan; laporan lintas sektor terkait; dan laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
3. Analisis terhadap hasil yang telah dicapai dibandingkan dengan target yang ditetapkan.
4. Mencari penyebab, faktor-faktor pendukung maupun faktor penghambat pencapaian program serta menyusun rencana pemecahannya
5. Hasil analisa dan tindak lanjut rencana pemecahannya, dijadikan dasar dalam penyusunan RUK

Ruang lingkup dan tahap pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas sebagai berikut:

1. Pencapaian cakupan pelayanan kesehatan klaster 1, klaster 2, klaster 3, klaster 4 dan lintas klaster
2. Pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam penyelenggaraan kegiatan, meliputi:
 - a. Proses penyusunan perencanaan, penggerakkan pelaksanaan, dan pelaksanaan penilaian kinerja;
 - b. Manajemen sumber daya termasuk manajemen sarana, pra sarana, alat, obat, sumber daya manusia, dan lain-lain;
 - c. Manajemen keuangan dan Barang Milik Negara/ Daerah;
 - d. Manajemen pemberdayaan masyarakat;
 - e. Manajemen data dan informasi;
 - f. Manajemen program, termasuk Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga; dan
 - g. Mutu pelayanan Puskesmas.

Contoh Tabel Penilaian Cakupan Manajemen (Kaster 1)

No	Jenis Variabel	Skala				Nilai Hasil
		Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
A.	Manajemen Inti					8.5
1	Mempunyai Rencana Lima Tahunan	Tidak Punya	-	-	Punya	10
2	Ada RUK, disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	Tidak menyusun	Ya, beberapa ada analisis dan perumusan	Ya, sebagian ada analisa dan perumusan	Ya, seluruhnya ada analisa dan perumusan	7
B	Manajemen Arsip					10
1	Ada SOP Pengelolaan Arsip	Tidak ada	Ada dilaksanakan < 50 %	Ada Dilaksanakan 50 – 99 %	Ada Dilaksanakan 100 %	10
C.	Manajemen Sumber Daya Manusia					10
1	Ada pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga puskesmas	Tidak ada			Ada	10
2	Ada Rencana Pengembangan Pegawai	Tidak Ada			Ada	10

Contoh Tabel Penilaian Cakupan Manajemen (Klaster 1)
Lanjutan

No	Jenis Variabel	Skala				Nilai Hasil
		Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
C	Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan					8.5
1	Dilakukan pemeliharaan alat kesehatan	<20 %	20-40 %	41-60%	>60 %	10
2	Dilakukan Pegisian ASPAK	<20 %	20-40 %	41-60%	>60 %	7
E.	Manajemen Data dan Informasi Digital					10
1	Ketersediaan RME	Tidak Ada			Ada	10
2	Adanya Web site Puskesmas	Tidak ada			Ada	
F	Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan					10
1	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat	Buruk	Cukup	Baik	Sangat Baik	10
2	Pelaporan Indeks Keselamatan Pasien	Tidak Ada	Ada Pelaporan saja	Ada Pelaporan, Investigasi dan analisis	Ada pelaporan, investigasi, analisis dan tindak lanjut	10

Contoh Tabel Penilaian Cakupan Manajemen (Klaster 1)
Lanjutan

No	Jenis Variabel	Skala				Nilai Hasil
		Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
H.	Manajemen Keuangan dan Aset BMD					10
1	Ketepatan waktu membuat laporan bulanan keuangan per bulan	Tidak tepat waktu			Tepat Waktu	10
2	Penyerapan Anggaran	Realisasi anggaran < 85 %			Realisasi Anggaran > 85 %	10
I	Manajemen Jejaring					10
1	Terlaksananya pertemuan rutin bulanan	< 6 kali/tahun	> 6 kali / tahun	> 10 kali/tahun	100 %	10

Contoh Tabel Penilaian Cakupan Manajemen (Lintas Klaster)

No	Jenis Variabel	Skala				Nilai Hasil
		Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
A.	Manajemen Kefarmasian					10
1	Tersedianya Fornas	Tidak ada			Ada	10
2	Tersedianya SOP Pengadaan Obat dan Vaksin	Tidak ada			Ada	10
B	Manajemen Laboratorium					7
1	Pelaksanaan PMI	1 kali / tahun	2 kali / tahun	3 kali / tahun	4 kali / tahun	10
2	Pelaksanaan PME	1 kali / tahun	2 kali / tahun	3 kali / tahun	4 kali / tahun	4

Tabel Rekapitulasi Penilaian Kinerja Puskesmas Klaster 1 dan Lintas Klaster Manajemen

No	Jenis manajemen	Nilai
	Klaster 1	9.6
A	Manajemen Inti Puskesmas	8.5
B	Manajemen Arsip	10
C	Manajemen Sumber Daya Manusia	10
D	Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan	8.5
E	Manajemen Mutu Pelayanan	10
F	Manajemen Keuangan dan Aset/BMD	10
G	Manajemen Sistem Informasi Digital	10
H	Manajemen Jejaring	10
	Lintas Klaster	8.5
A	Manajemen kefarmasian	10
B	Manajemen Laboratorium	7
Cakupan Manajemen		9.05

Contoh Tabel Penilaian Kinerja Pelayanan Kesehatan (Klaster 2,3 dan 4)

No	Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Satuan sasran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencap aian absolut	Cakupan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
KLASTER 2								96.9 %
1	Kesehatan Ibu	Persentase Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar	100 %	Ibu Hamil	392	392	392	100 %
		Cakupan Komplikasi Kebidanan yang tertangani	100 %	Ibu Hamil	392	78	78	86.7 %
2	Kesehatan Anak	Cakupan kunjungan bayi	100 %	Balita	167	167	167	100 %
		Cakupan pelayanan Neonatus Pertama	100 %	Neonatu r	356	356	356	100 %
KLASTER 3								100 %
1	Pelayanan Kesehatn pada Usia Produktif	Usia dewasa yang dilakukan skrining kolesterol	100 %		23.121	23.121	23.121	100,00
		Usia dewasa yang dilakukan skrining obesitas	100 %		23.121	23.121	23.121	100,00
2	Pelayanan kesehatan pada Usia Lanjut	Lanjut usia yang dilakukan skrining obesitas	100 %		23.486	23.486	23.486	100,00
		Lanjut usia yang dilakukan skrining hipertensi	100 %		2.224	2.224	2.224	100,00

Contoh Tabel Penilaian Cakupan Klaster

No	Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Satuan	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian absolut	Cakupan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
KLASTER 4								82.9 %
1	TB	Persentase Orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar	100 %	Pasien	322	322	145	45%
		Persentase kasus TBC yang harus ditemuakn dan diobati	100 %	pasien	15	15	12	86.7 %
2	DBD	Angka kejadian DBD (IR)	< 185/100 rb pdd	Pasien	75	75	2	100 %
		Angka Kematian (CFR)	< 1 %	Pasien	< 1 %	0	0	100 %
LINTAS KLASTER								100 %
1	Kefarmasian	Penggunaan Antibiotika pada Ispa Non Pneumonia Jika ≤ 20% Maka Persentase Capaian 100%		%	≤ 20	0		100,00
		Penggunaan Antibiotika pada Diare Non Spesifik Jika ≤8% Maka Persentase Capaian 100%		%	≤ 8	0		100,00
2	Laboratorium	Tepat Identifikasi pasien dalam proses pemeriksaan laboratorium		Sampel	23486	23486		100,00
		Waktu Tunggu Layanan Pemeriksaan Laboratorium Ibu Hamil ≤ 2 Jam		Pasien	2224	2224		100,00

Tabel Rekapitulasi Penilaian Kinerja Puskesmas Klaster 2, 3, 4 dan Lintas Klaster

No	Jenis manajemen	Nilai
	Klaster 2	96.9 %
	Klaster 3	100 %
	Klaster 4	82.9 %
	Lintas Klaster	100 %
Cakupan Pelayanan Klaster		94.95 %

Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas

	Kategori		Cakupan Hasil Manajemen		
			Baik > 8.4	Cukup 5.5 – 8.4	Kurang < 5.5
Cakupan Pelayanan Kesehatan	Baik	> 90 %	Baik	Cukup	Kurang
	Cukup	81 – 90 %	Cukup	Cukup	Kurang
	Kurang	< 81 %	Kurang	Kurang	Kurang

Contoh Feed Back PKP oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Hasil Verifikasi Penilaian Kinerja Puskesmas ABCD

Sehubungan dengan laporan Penilaian Kinerja Puskesmas ABCD tahun 2022, kami sampaikan hasil verifikasi sebagai berikut:

Maka hasil penilaian kinerja puskesmas ABCD tahun 2022 masuk dalam kategori puskesmas dengan tingkat kinerja ~~Baik~~Cukup/~~Kurang~~.

Kami sampaikan ucapan selamat untuk Puskesmas ABCD atas kinerjanya selama tahun 2022. Untuk pencapaian yang lebih baik di tahun 2023, ada beberapa rekomendasi yang ingin kami sampaikan sebagai berikut:

No	Klaster	Hasil verifikasi	Rekomendasi
1.	Ibu, Anak, dan Remaja	Persentase ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar masih rendah (72%).	Dilakukan penyegaran bagi semua bidan Puskesmas ABCD (termasuk bidan yang berada di Posyandu Prima) agar semua ibu hamil mendapat pelayanan antenatal sesuai standar dan target dapat tercapai.
2.	Usia Produktif dan Lanjut Usia	Pelayanan kesehatan lansia masih rendah (63,8%)	Dilakukan inovasi agar lansia dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan, mungkin melalui antar-jemput yang difasilitasi puskesmas ke posyandu prima, atau kunjungan rumah bagi yang tidak memungkinkan untuk datang ke puskesmas atau posyandu.
3.	Dst		

Demikian kami sampaikan, untuk dapat ditindaklanjuti , atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

BAB I : PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

I.2 Tujuan

BAB II : MATRIKS PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

II.1 Matriks Penilaian Klaster I dan Antar Klaster

II.2 Matriks Penilaian Klaster 2

II.3 Matriks Penilaian Klaster 3

II.4 Matriks Penilaian Klaster 4

BAB III : HASIL PENILAIAN KINERJA

III.1 Hasil Penilaian Klaster 1 dan antar klaster

IV.2 Hasil Penilaian Klaster 2,3 dan 4

BAB IV : RENCANA TINDAK LANJUT

Pencatatan dan Pelaporan yang baik bermanfaat untuk

1. Penilaian kinerja Puskesmas
2. Efektifitas kegiatan manajemen dan pelayanan Kesehatan sesuai kluster
Menyusun Rencana Tindak Lanjut dengan Menyusun rekomendasi untuk perbaikan layanan berdasarkan analisis data.
3. Pengambilan Keputusan Data yang akurat membantu pengambilan keputusan yang lebih baik dalam perencanaan dan pengelolaan kesehatan.
4. Peningkatan Layanan: Memungkinkan Puskesmas untuk mengidentifikasi masalah dan meningkatkan kualitas pelayanan.
5. Peningkatan Akuntabilitas: Menjamin transparansi dan akuntabilitas dalam penggunaan sumber daya kesehatan.
6. Dengan sistem pencatatan dan pelaporan yang baik, Puskesmas dapat berfungsi lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat

Pencatatan dan pelaporan di Puskesmas

Pencatatan dan pelaporan di Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah bagian penting dalam Manajemen Puskesmas

Unsur data pencatatan dan pelaporan

Pencatatan

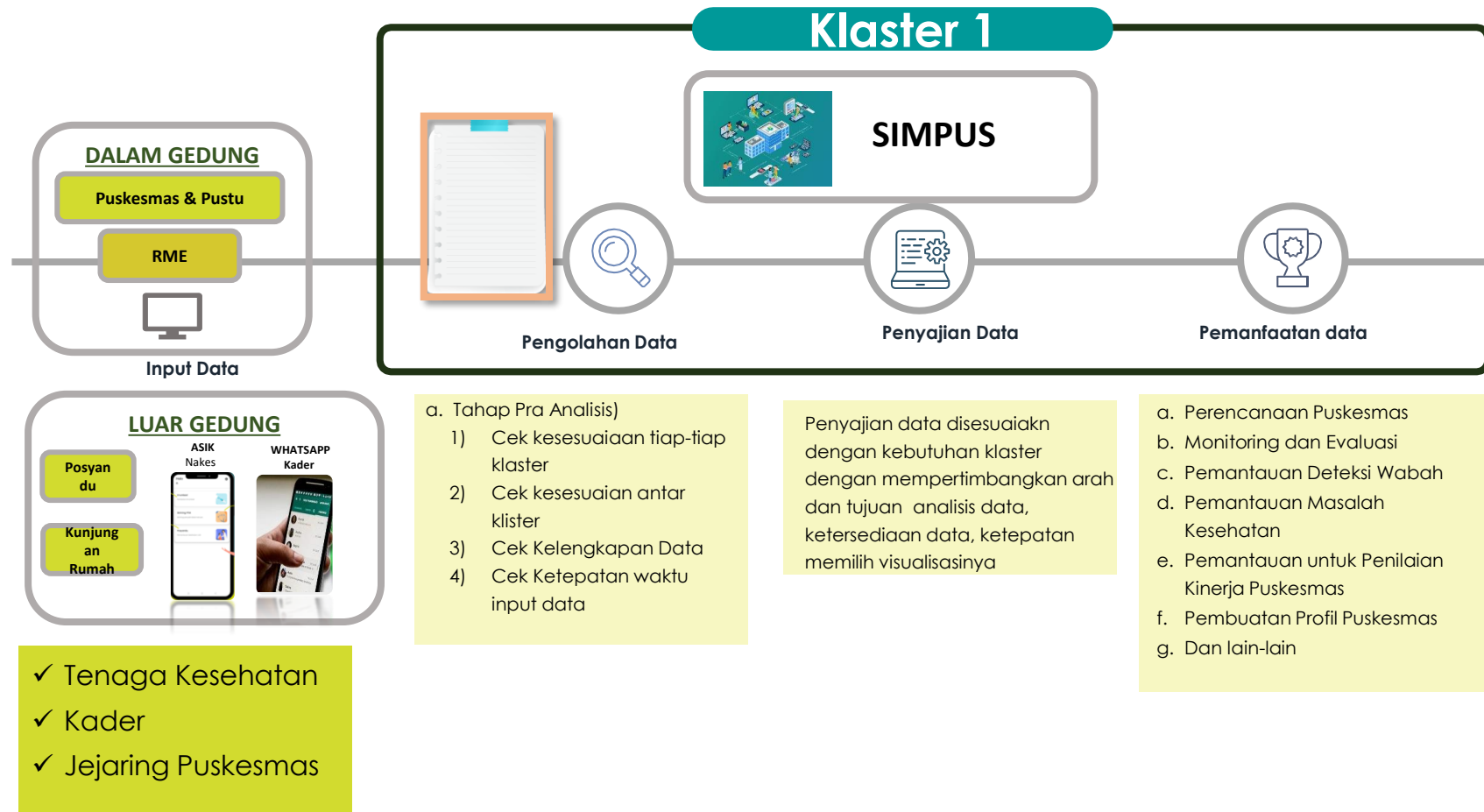
1. **Data Dasar** : data demografi, geografi, sumber daya puskesmas
2. **Data Pasien**: Mencakup informasi demografis, riwayat kesehatan, dan keluhan saat kunjungan.
3. **Rekam Medis**: Dokumen yang berisi detail pemeriksaan, diagnosis, dan tindakan medis yang dilakukan.
4. **Cakupan Pelayanan Kesehatan**
5. **Cakupan Kegiatan Manajemen**
6. **Obat dan Tindakan**: Pencatatan obat yang diberikan, dosis, serta prosedur yang dilakukan.
7. **Kegiatan di luar Gedung** : Pencatatan aktivitas kesehatan masyarakat, seperti imunisasi, penyuluhan, dan pemeriksaan kesehatan.
8. **Data Surveillance**

Dan data lain sesuai kebutuhan

Pelaporan

1. **Laporan Rutin**
2. **Laporan Penilaian Kinerja Puskesmas yang disampaikan kepada Dinas Kesehatan kabupaten/Kota sesuai waktu yang ditentukan .**
3. **Laporan Epidemiologi**: data morbiditas dan mortalitas . Menginformasikan tentang kasus penyakit menular dan tidak menular di wilayah kerja Puskesmas dan kasus kematian.

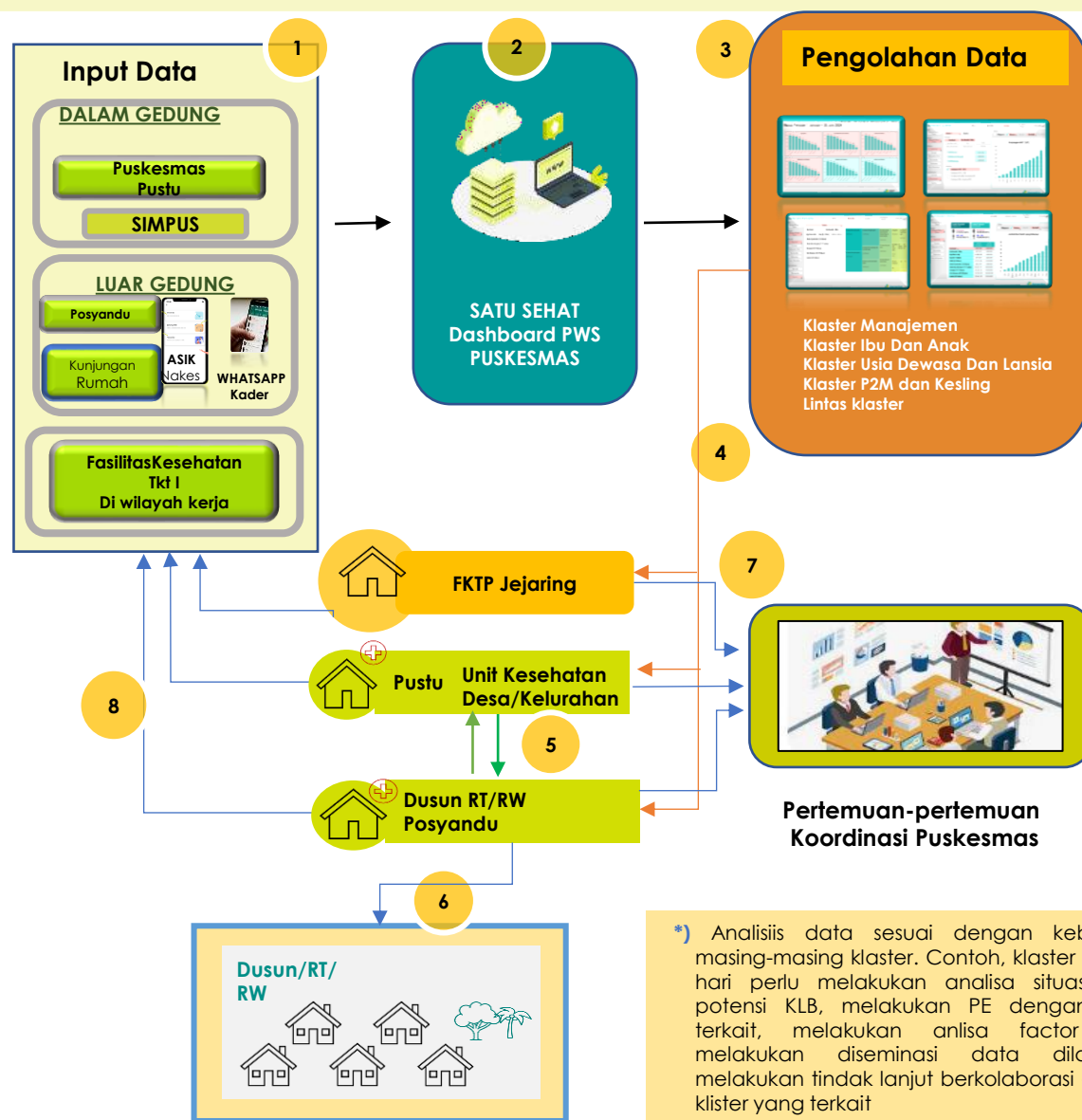
Pencatatan dan Pelaporan di klaster 1



Pemeliharaan Sistem

Penanggung Jawab manajemen data Puskesmas adalah PJ klaster 1, atau ditunjuk seorang petugas sebagai koordinator Manajemen Data Puskesmas

Alur Pengelolaan Data PWS



*) Analisis data sesuai dengan kebutuhan masing-masing klaster. Contoh, klaster 4 setiap hari perlu melakukan analisa situasi kasus potensi KLB, melakukan analisa PE dengan pihak terkait, melakukan analisa factor risiko, melakukan diseminasi data dilanjutkan melakukan tindak lanjut berkolaborasi dengan klaster yang terkait

1. Input Data

- Tenaga Kesehatan (klaster 1,2,3,4 dan Lintas klaster) menginput hasil pelayanan Puskesmas dan Pustu ke dalam SIMPUS
- Tenaga Kesehatan mencatat hasil layanan luar gedung dengan ASIK (Aplikasi Sehat IndonesiaKu)
- Kader mencatat hasil layanan luar gedung melalui ASIK dan Whatsapp

2. Petugas data klaster 1 melakukan klarifikasi data (ketepatan waktu dan kelengkapan data)

3. Pengolahan Data

- Petugas data klaster 1, 2, 3, 4 dan lintas klaster melakukan pengolahan dan analisis data*)
- Petugas klaster 1 melakukan konsolidasi data, diseminasi data sesuai kebutuhan

4. Umpun balik

Petugas data klaster 1 memberikan umpan balik kepada jejaring (sesuai dengan kasus yang ditemukan)

5. Melakukan Tindak lanjut

- Jejaring merencanakan tindak lanjut penanganan masalah.
- Apabila diperlukan dilakukan koordinasi dengan petugas Pustu atau Puskesmas

6. Melaksanakan Tindak lanjut penanganan Masalah

7. Rapat Koordinasi

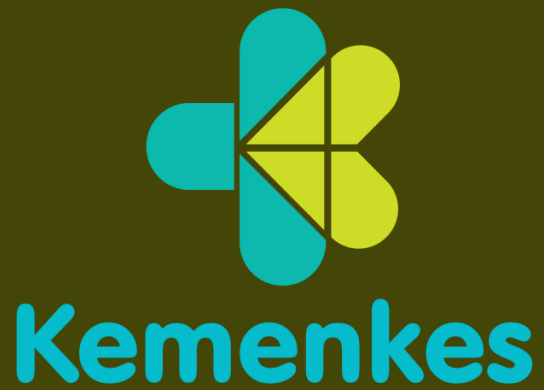
Jejaring melakukan pemaparan hasil tindak lanjut pada pertemuan koordinasi kesehatan (misal pada koordinasi mingguan, minilokakarya, dll)

8. Pelaporan

Jejaring melaporkan hasil tindak lanjut ke Puskesmas

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang RI No 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang-undang RI No 23/2014 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang-undang RI No 1/2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
4. Undang-undang RI No 17/2023 tentang Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer
7. Permenkes RI No 6/2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan



BAB C-2

Manajemen Arsip

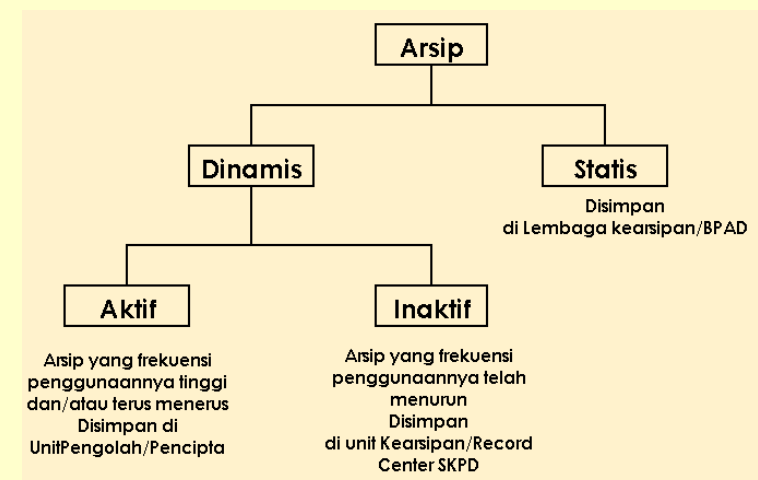
a. Pengelolaan Arsip

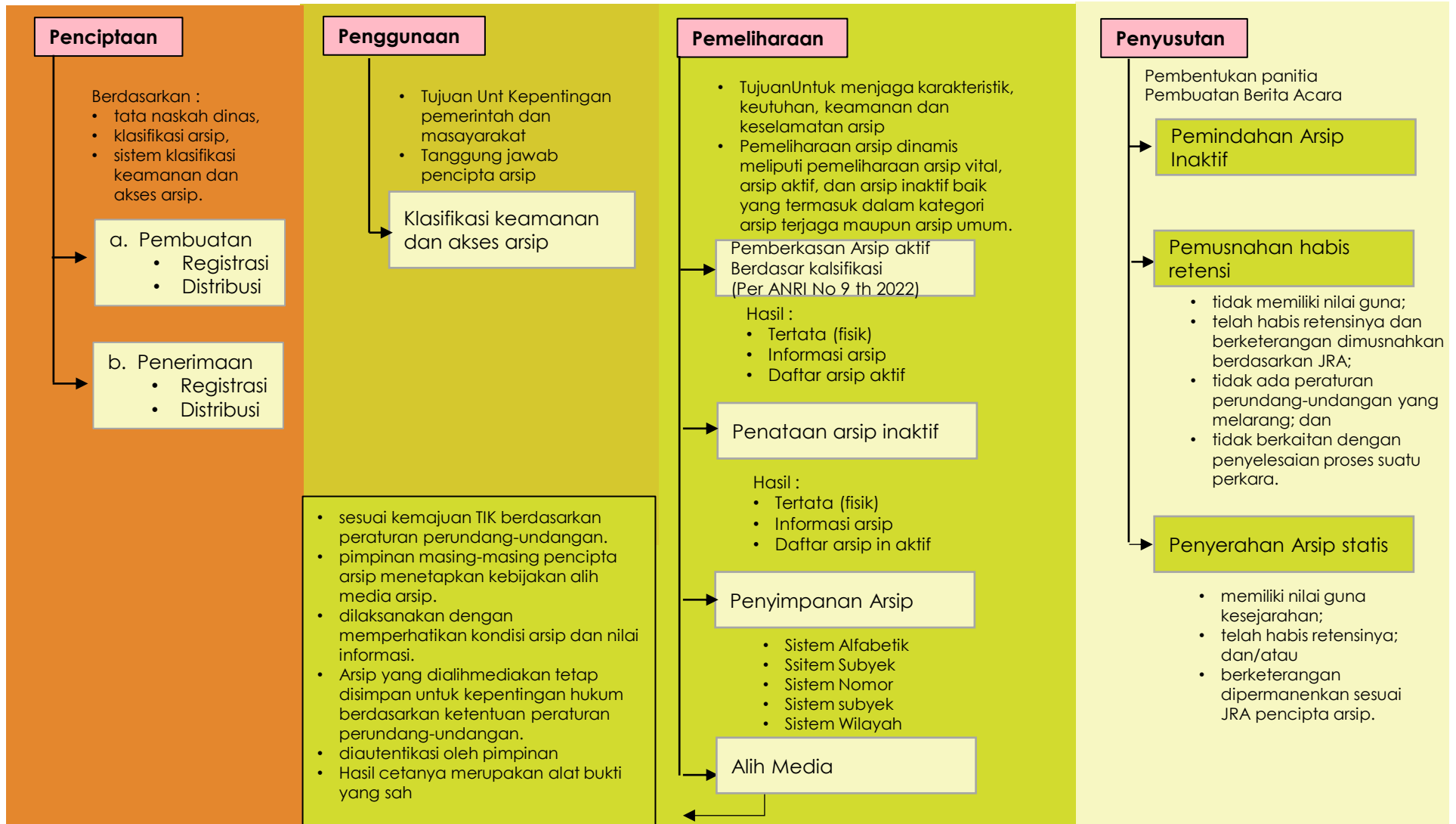
Definisi :

1. Kearsipan adalah hal-hal yang berkenaan dengan arsip.
2. Arsip adalah rekaman kegiatan atau peristiwa dalam berbagai bentuk dan media sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang dibuat dan diterima oleh lembaga negara, pemerintahan daerah, lembaga pendidikan, perusahaan, organisasi politik, organisasi kemasyarakatan, dan perseorangan dalam pelaksanaan kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara (UU 43/2012 ttg Arsip)
3. Arsip dinamis adalah arsip yang digunakan secara langsung dalam kegiatan pencipta arsip dan disimpan selama jangka waktu tertentu.
4. Arsip statis adalah arsip yang dihasilkan oleh pencipta arsip karena memiliki nilai guna kesejarahan, telah habis retensinya, dan berketerangan dipermanenkan yang telah diverifikasi baik secara langsung maupun tidak langsung oleh Arsip Nasional Republik Indonesia dan/atau lembaga kearsipan.
5. Arsip aktif adalah arsip yang frekuensi penggunaannya tinggi dan/atau terus menerus.
6. Arsip inaktif adalah arsip yang frekuensi penggunaannya telah menurun.
7. Arsip vital adalah arsip yang keberadaannya merupakan persyaratan dasar bagi kelangsungan operasional pencipta arsip, tidak dapat diperbarui, dan tidak tergantikan apabila rusak atau hilang.
8. Klasifikasi Arsip adalah pola pengaturan arsip secara berjenjang dari hasil pelaksanaan fungsi dan tugas instansi menjadi beberapa kategori unit informasi kearsipan.

Penyelenggaraan kearsipan bertujuan untuk:

1. menjamin terciptanya arsip dari kegiatan yang dilakukan oleh lembaga negara, pemerintahan daerah, lembaga pendidikan, perusahaan, organisasi politik, organisasi kemasyarakatan, dan perseorangan, serta ANRI sebagai penyelenggara kearsipan nasional;
2. menjamin ketersediaan arsip yang autentik dan terpercaya sebagai alat bukti yang sah;
3. menjamin terwujudnya pengelolaan arsip yang andal dan pemanfaatan arsip sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. menjamin perlindungan kepentingan negara dan hak-hak keperdataan rakyat melalui pengelolaan dan pemanfaatan arsip yang autentik dan terpercaya;
5. mendinamiskan penyelenggaraan kearsipan nasional sebagai suatu sistem yang komprehensif dan terpadu;
6. menjamin keselamatan dan keamanan arsip sebagai bukti pertanggungjawaban dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara;
7. menjamin keselamatan aset nasional dalam bidang ekonomi, sosial, politik, budaya, pertahanan, serta keamanan sebagai identitas dan jati diri bangsa; dan
8. meningkatkan kualitas pelayanan publik dalam pengelolaan dan pemanfaatan arsip yang autentik dan terpercaya.





Pengelolaan arsip secara konvensional memiliki banyak kelemahan. Memerlukan ruang penyimpanan yang cukup luas karena arsip selalu bertambah, mudah mengalami kerusakan dan kehilangan dokumen, pencarian kembali dokumen memerlukan waktu yang lama, distribusi dokumen antar unit organisasi dan antar pegawai kurang efektif.

Untuk mewujudkan tata kelola arsip yang baik, pemanfaatan teknologi informasi tidak dapat dihindarkan lagi. Dalam Undang-Undang No. 43 Tahun 2009 tentang Kearsipan disebutkan bahwa, pencipta arsip atau lembaga kearsipan dapat membuat arsip dalam berbagai bentuk atau melakukan alih media antara lain media elektronik.

Arsip elektronik adalah sistem atau tata cara pengumpulan informasi berupa dokumen yang direkam dan disimpan menggunakan teknologi komputer berbentuk dokumen elektronik (Document Management System/ e-documents) dengan tujuan agar dokumen mudah dilihat, dikelola, ditemukan dan dipergunakan kembali.

Keuntungan Arsip Elektronik

1. Penghematan investasi berupa ruang kearsipan

Mengalihkan pengolahan arsip secara elektronik, tidak memerlukan penambahan ruang, ketika jumlah arsip semakin banyak.

2. Penghematan investasi berupa kertas, tinta cetak (printer & fotocopy)

Penyebaran distribusi arsip elektronik tidak lagi memerlukan kertas dan tinta, cukup dengan mengkopi pada disk atau media lainnya, walaupun pada saat tertentu kertas tetap masih dibutuhkan.

3. Efisiensi waktu akses

Kemudahan menemukan arsip secara elektronik semudah menginput data kode arsip pada arsip manual.

4. Penghematan SDM

Pengelolaan arsip elektronik tidak memerlukan SDM sebanyak pengelolaan arsip manual, dan dapat dilakukan secara cepat

5. Memperkecil kemungkinan kehancuran data

Dengan arsip elektronik kita akan mudah melakukan Back-up data, kerusakan data bisa dihindari

Dokumen adalah surat yang tertulis atau tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan

Jenis dokumen berdasarkan sumber :

1. Dokumen Internal:

- a. Surat Menyurat Internal: Mengelola komunikasi antar departemen dan staf melalui surat, memo, dan email. Ini termasuk pelacakan dan arsip surat keluar dan masuk.
- b. Kebijakan dan Prosedur: Penyusunan, distribusi, dan pemeliharaan dokumen kebijakan dan prosedur internal untuk memastikan semua staf memahami dan mengikuti peraturan yang berlaku.
- c. Laporan Kinerja: Pengelolaan laporan rutin tentang kegiatan, capaian, dan evaluasi kinerja Puskesmas.

2. Dokumen Eksternal:

- a. Surat Menyurat Eksternal: Mengelola komunikasi dengan pihak eksternal seperti dinas kesehatan, rumah sakit, LSM, dan masyarakat. Ini termasuk pengarsipan surat resmi dan laporan eksternal.
- b. Dokumen Kerjasama dan MOU: Penyimpanan dan pengelolaan dokumen-dokumen perjanjian kerjasama dengan mitra eksternal.
- c. Laporan Kepatuhan: Pengelolaan dokumen yang berhubungan dengan regulasi dan kepatuhan terhadap standar kesehatan dan hukum yang berlaku.
- d. Dalam dokumentasi akreditasi termasuk peraturan, pedoman yang diterbitkan di luar Puskesmas

Puskesmas mengenal 4 dokumen akreditasi : Dokumen akreditasi

1. Dokumen Induk

Dokumen asli dan telah disahkan oleh Kepala FKTP.

2. Dokumen terkendali

Dokumen yang didistribusikan kepada sekretariat/ tiap unit/ pelaksana, terdaftar dalam Daftar Distribusi Dokumen Terkendali, dan menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan dapat ditarik bila ada perubahan (revisi). Dokumen ini harus ada tanda/stempel "TERKENDALI".

3. Dokumen tidak terkendali

Dokumen yang didistribusikan untuk kebutuhan eksternal atau atas permintaan pihak di luar FKTP digunakan untuk keperluan insidental, tidak dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan memiliki tanda/stempel "TIDAK TERKENDALI". Yang berhak mengeluarkan dokumen ini adalah Penanggung jawab Manaje

4. Dokumen Kadaluwarsa

Dokumen yang dinyatakan sudah tidak berlaku oleh karena telah mengalami perubahan/revisi sehingga tidak dapat lagi menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan. Dokumen ini harus ada tanda/stempel "KEDALUWARSA". Dokumen induk diidentifikasi dan dokumen sisanya dimusnahkan

Arsip Keuangan adalah arsip yang berkaitan dengan pengelolaan keuangan yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pertanggungjawaban.

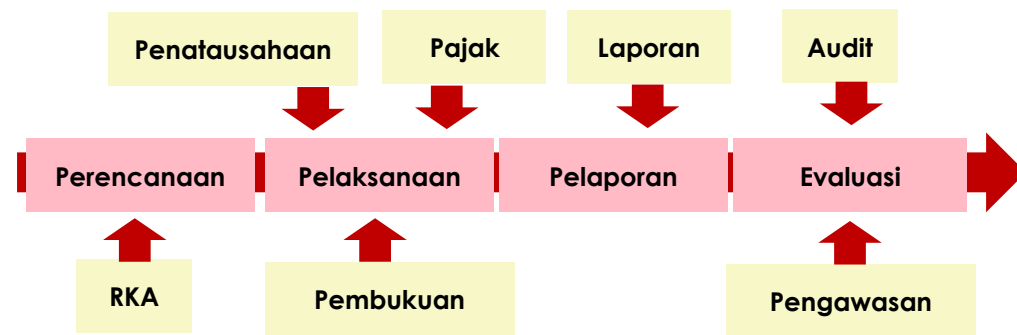
Pengelolaan arsip keuangan adalah aspek krusial dalam memastikan transparansi dan akuntabilitas keuangan Puskesmas. Ini mencakup:

- 1) Pengarsipan Bukti Transaksi: Menyimpan semua bukti transaksi keuangan seperti kuitansi, faktur, dan nota. Bukti-bukti ini perlu diklasifikasikan dan disimpan dengan baik.
- 2) Pembukuan dan Laporan Keuangan: Menyusun dan mengarsipkan laporan keuangan berkala seperti laporan kas, laporan anggaran, dan laporan pengeluaran. Laporan ini harus mudah diakses untuk audit dan evaluasi.

Sistem Keuangan Digital: Menggunakan perangkat lunak akuntansi untuk mencatat dan mengelola transaksi keuangan. Sistem ini harus mendukung fitur seperti pelacakan pengeluaran, anggaran, dan pembuatan laporan keuangan otomatis.

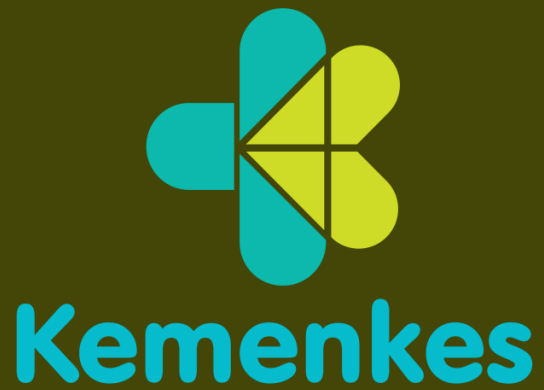
Keamanan dan Kepatuhan: Menjaga kerahasiaan dan keamanan data keuangan, serta memastikan kepatuhan terhadap regulasi keuangan dan audit.

Secara sederhana garis mekanisme proses manajemen keuangan dapat digambarkan sebagai berikut



DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang RI No 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang-undang RI No 23/2014 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang-undang RI No 1/2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
4. Undang-undang RI No 17/2023 tentang Kesehatan
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer
6. Peraturan Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2022 tentang Klasifikasi Arsip Di Lingkungan Arsip Nasional Republik Indonesia



BAB C-3

**Manajemen Sumber
Daya Manusia**

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan adalah individu yang bekerja di bidang kesehatan, baik dengan pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis pekerjaan tertentu memerlukan kewenangan khusus dalam upaya kesehatan (UU No. 17 Tahun 2023).

Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan merupakan serangkaian proses yang melibatkan:

- Perencanaan - Menyusun strategi untuk memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan.
- Pengorganisasian - Mengatur struktur dan sumber daya agar dapat berfungsi secara efektif.
- Pelaksanaan - Melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai rencana.
- Pemantauan - Melakukan pengawasan, pengendalian, dan penilaian terhadap ketersediaan SDM Kesehatan.

Proses ini bertujuan untuk memastikan ketersediaan SDM Kesehatan yang mencakup jumlah, jenis kompetensi, dan distribusi yang merata di fasilitas pelayanan kesehatan, guna mencapai tujuan keberlangsungan pembangunan kesehatan.

Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan baik dalam jumlah, jenis maupun kompetensinya secara merata

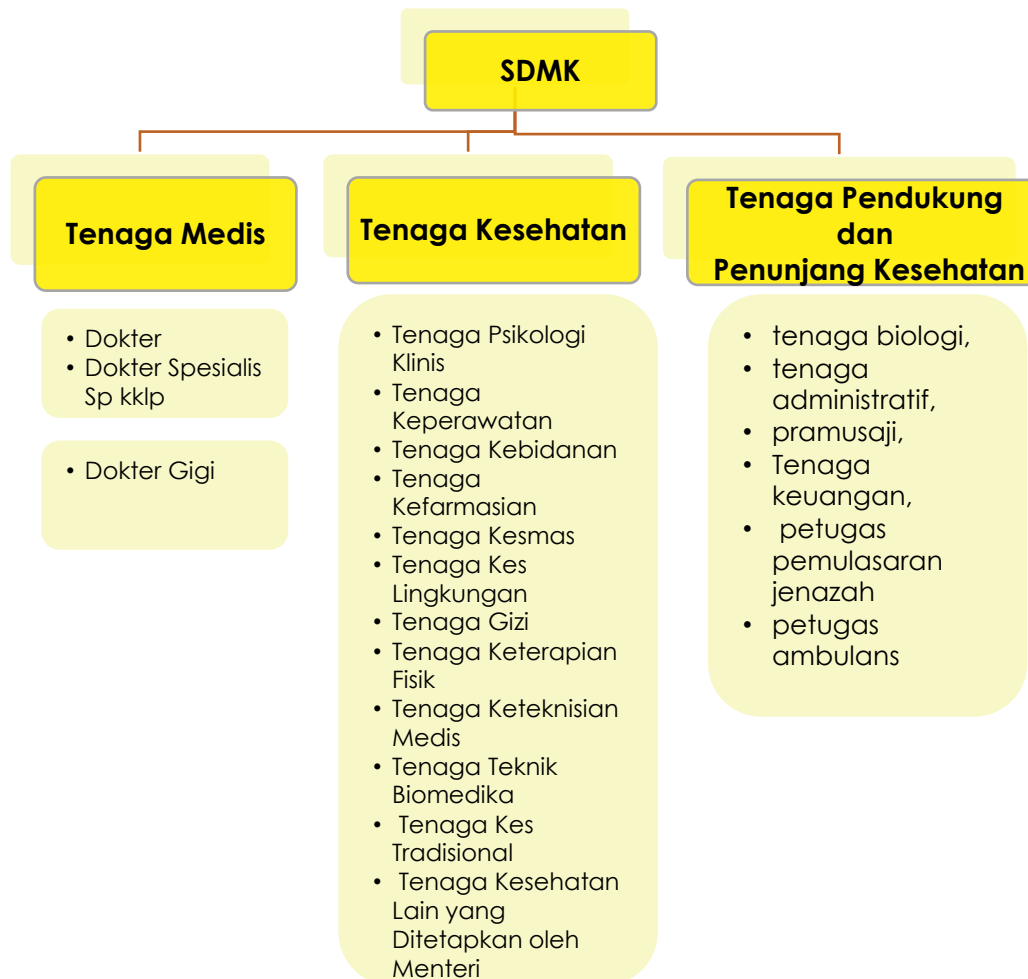
Pada Sub Bab ini akan dibahas tentang

- a. Kriteria Kompetensi SDM Puskesmas
- b. Perencanaan Kebutuhan SDM
 - 1) Perhitungan Kebutuhan SDM Kesehatan berdasarkan standar Ketenagaan Minimal
 - 2) Perencanaan Kebutuhan SDM melalui perhitungan Analisis Beban Kerja (ABK)
- c. Pengembangan SDM Puskesmas
- d. Pengorganisasian SDM
- e. Pemantauan dan Penilaian Kinerja SDM Puskesmas

Sumber Daya Manusia Kesehatan

142

(UU 17/2023; pasal 197 - pasal 119)



SDMK terdiri atas (1) Tenaga Medis, (2) Tenaga Kesehatan, dan (3) Tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan atau institusi lain di bidang Kesehatan (UU 17/2023; pasal 197 dan pasal 200)

Tenaga Medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan. (UU No.17 Tahun 2023).

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan. (UU No.17 Tahun 2023).

Tenaga pendukung atau penunjang kesehatan dapat diadakan sesuai dengan kebutuhan, antara lain tenaga biologi, tenaga administratif, teknologi informasi, pramusaji, tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, tenaga kebersihan dan petugas ambulans. Atau tenaga lain yang ditetapkan pemerintah. (UU No.17/2023)

a. Kriteria Kompetensi SDM Puskesmas

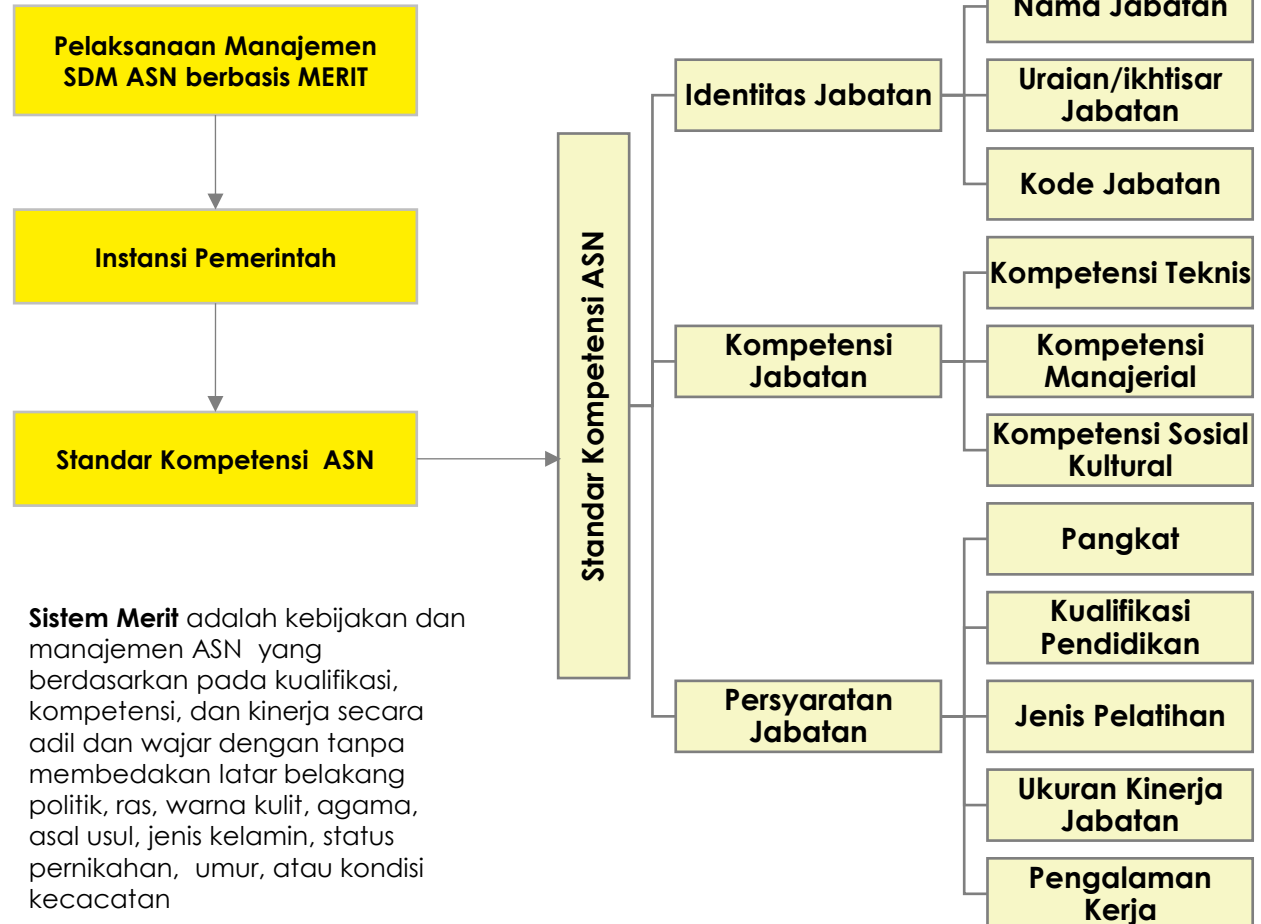
143

Standar Kompetensi Jabatan Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Standar Kompetensi ASN adalah deskripsi pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang diperlukan seorang Aparatur Sipil Negara dalam melaksanakan tugas jabatan.)

Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah profesi bagi pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang bekerja pada instansi pemerintah (Permenpan RB no 38/2017)

Non-Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Non-ASN adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, melaksanakan tugas dan fungsi instansi pemerintah, diangkat oleh pejabat yang berwenang sebagai pegawai pada instansi pemerintah berdasarkan surat keputusan/perjanjian kerja/kontrak kerja untuk jangka waktu tertentu dan dibiayai dari APBN

(Permenpan RB no 38/2017)



Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis adalah kemampuan dan pengetahuan khusus yang dimiliki seseorang dalam bidang tertentu yang relevan dengan pekerjaan atau profesinya. Ini mencakup pemahaman mendalam tentang proses, metode, dan alat yang digunakan dalam bidang tersebut, serta kemampuan untuk mengaplikasikan pengetahuan tersebut secara praktis untuk menyelesaikan tugas dan tantangan yang terkait.

- JPT (Jabatan Pimpinan Tinggi)
- JA (Jabatan Administratif)
- JF (Jabatan Fungsional)

Kompetensi Manajerial

1. Integritas
2. Kerjasama
3. Komunikasi
4. Orientasi pada hasil
5. Pelayanan public
6. Pengembangan Diri dan Orang Lain
7. Mengelola Perubahan
8. Pengambilan Keputusan



Kompetensi Sosial Kultural

Sosial Kultural adalah pengetahuan, keterampilan, dan sikap/perilaku yang dapat diamati, diukur, dan dikembangkan terkait dengan pengalaman berinteraksi dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya, perilaku, wawasan kebangsaan, etika, nilai-nilai, moral, emosi dan prinsip, yang harus dipenuhi oleh setiap pemegang Jabatan untuk memperoleh hasil kerja sesuai dengan peran, fungsi dan Jabatan.

b. Perencanaan Kebutuhan SDMK

145

Perencanaan kebutuhan SDMK adalah proses sistematis dalam upaya menetapkan, jumlah, dan kualifikasi SDMK yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan (UU no 33/2015)

Perencanaan Kebutuhan SDMK bertujuan untuk menghasilkan rencana kebutuhan SDMK yang tepat meliputi jenis, jumlah, dan kualifikasi sesuai kebutuhan organisasi berdasarkan metode perencanaan yang sesuai dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan

Perencanaan kebutuhan SDMK disusun secara periodik dengan jangka waktu 1 (satu) tahun untuk perencanaan kebutuhan jangka pendek (tahunan) dan jangka waktu 5 (lima) atau 10 (sepuluh) tahun untuk perencanaan kebutuhan jangka menengah.

Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDMK Kesehatan dilakukan dengan dua pendekatan:

- 1) Perencanaan dari atas (*Top Down Planning*) yakni Pusat menetapkan kebijakan, menyusun pedoman, sosialisasi, pelatihan, TOT, dan lokakarya secara berjenjang. Dengan pendekatan ini maka diharapkan kebijakan penyusunan perencanaan kebutuhan SDMK dapat terimplementasikan oleh pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota;
- 2) Perencanaan dari bawah (*Bottom Up Planning*), yakni Perencanaan kebutuhan SDMK dimulai dari institusi kesehatan kabupaten/kota yang dilaksanakan oleh suatu tim perencana yang dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan pejabat yang berwenang pemerintah daerah kabupaten/kota. Pemanfaatan hasil perencanaan kebutuhan SDMK diadvokasikan kepada para pemangku kepentingan di tiap jenjang administrasi pemerintahan.

Seperti konsep perencanaan pada umumnya, perencanaan kebutuhan SDMK merupakan penetapan langkah-langkah sebagai jawaban atas 6 (enam) buah pertanyaan yang lazim dikenal sebagai 5W + 1 H, yaitu:

- 1) tindakan apa yang harus dikerjakan (WHAT)
- 2) apakah sebabnya tindakan itu dikerjakan (WHY)
- 3) dimanakah tindakan itu akan dilakukan (WHERE)
- 4) bilamana tindakan itu dikerjakan (WHEN)
- 5) siapa yang akan mengerjakan tindakan itu (WHO)
- 6) bagaimana pelaksanaannya (HOW)

Metode perencanaan SDMK dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Metode berdasarkan Institusi, yang digunakan adalah:
 - a) Standar Ketenagaan Minimal.
 - b) Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK Kes);
- 2) Metode berdasarkan Wilayah

Metode yang digunakan adalah Metode "Ratio Penduduk" yakni Rasio Tenaga Kesehatan terhadap Jumlah Penduduk di suatu wilayah

a) Perhitungan Kebutuhan SDM Kesehatan Berdasarkan Standar Ketenagaan Minimal

Metode Standar Ketenagaan Minimal menghasilkan:

- 1) Ketersediaan, kebutuhan, dan kesenjangan Jenis dan Jumlah SDM di puskesmas.
- 2) Rekapitulasi ketersediaan, kebutuhan, dan kesenjangan jenis dan jumlah SDM di puskesmas dilakukan oleh kabupaten/kota dan selanjutnya dilakukan rekapitulasi oleh Provinsi (secara berjenjang)

Perhitungan standar jumlah SDM di dilakukan berdasarkan

- 1) Rasio penduduk puskesmas tidak terpencil 1:30.000, puskesmas kawasan terpencil 1:17.000, dan puskesmas kawasan sangat terpencil 1:10.000.
- 2) Range standar jumlah SDM puskesmas mengacu pada penambahan jam kerja pada puskesmas yang buka layanan pada sore hari untuk mengakomodir permintaan dari masyarakat kelompok pekerja maupun remaja yang dapat mengakses puskesmas setelah jam kerja/sekolah dengan asumsi penambahan jam pelayanan 30% dari jam pelayanan biasa.
- 3) Jumlah maksimal SDM puskesmas dihitung berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK).

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Tidak Terpencil		Terpencil		Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap
1	Dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer/dokter dengan kompetensi kedokteran keluarga layanan primer	1	1	1*	1*	1*	1*
2	Dokter	3-4	3-4	2	2	1	1
3	Dokter Gigi dan/atau terapis gigi dan mulut	1-2	1-2	1	1	1	1
4	Perawat vokasi dan/atau ners	7-9	8-10	5-7	6-8	3-4	4-5
5	Bidan vokasi dan/atau bidan profesi	6-8	7-8	5-6	5-6	3-4	3-4
6	Tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku	2	2	1-2	1-2	1-2	1-2
7	Epidemiologi kesehatan	2	2	1	1	1	1
8	Tenaga sanitasi lingkungan	1	1	1	1	1	1
9	Nutrisi	2	2	1-2	1-2	1	1
10	Apoteker dan/atau tenaga vokasi farmasi	2	2	1-2	1-2	1	1
11	Tenaga teknologi laboratorium medik	2-3	2-3	2	2	1-2	1-2
12	Psikologi Klinis	1	1	1	1	1	1
13	Fisioterapis	1	1	1	1	1	1
	Non Kesehatan	1	1	1	1	1	1
15	Tenaga sistem informasi kesehatan						
16	Tenaga administrasi keuangan	1	1	1	1	1	1
17	Tenaga Ketatausahaan (kepegawaian, barang registrasi)	3	3	3	3	3	3
18	Pekarya (tenaga kebersihan, tenaga keamanan, sopir)	3	3	3	3	3	3
	Jumlah	39-46	41-47	30-36	31-37	24-28	25-29

Tabel Standar Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Puskesmas

Metode ABK Kesehatan adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDMK berdasarkan pada beban kerja yang dilaksanakan oleh setiap jenis SDMK pada tiap fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

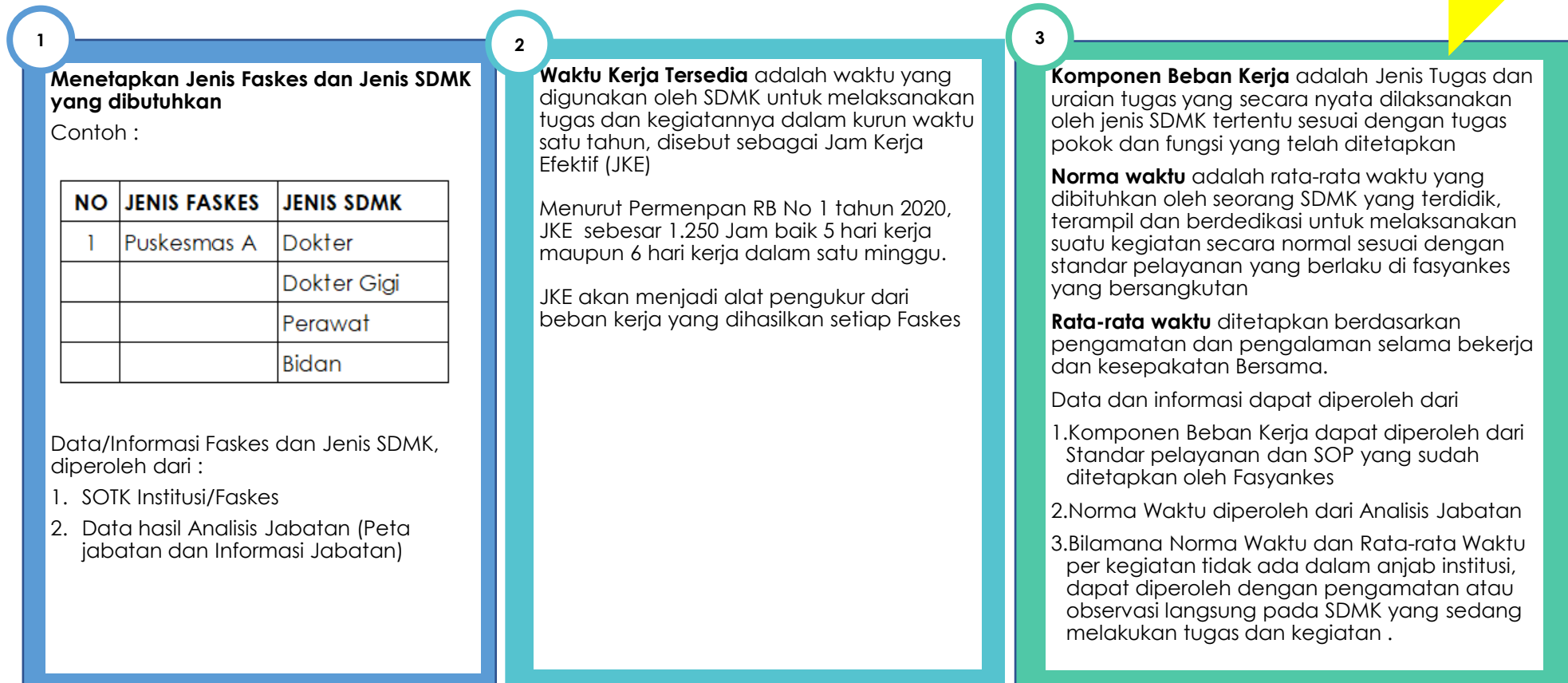
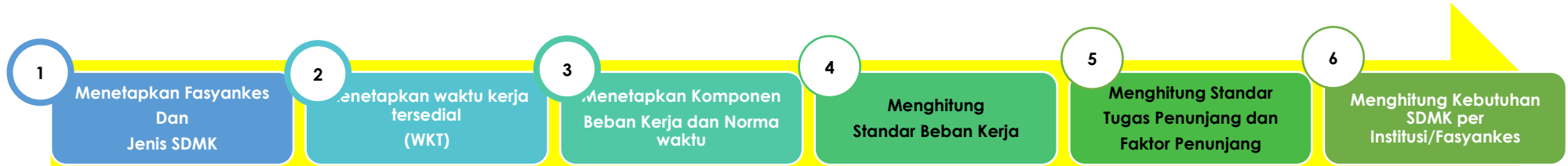
Metode ini digunakan untuk menghitung semua jenis SDMK, untuk menghasilkan ketersediaan, kebutuhan, dan kesenjangan jenis dan jumlah SDM kesehatan di Puskesmas saat ini.

Langkah-Langkah Metode ABK Kesehatan sebagai berikut:

- i. Menetapkan Fasyankes dan Jenis SDMK
- ii. Menetapkan Waktu Kerja Tersedia (WKT)
- iii. Menetapkan Komponen Beban Kerja (tugas Pokok dan Tugas Penunjang) dan Norma Waktu
- iv. Menghitung Standar Beban Kerja
- v. Menghitung Standar Kegiatan Penunjang
- vi. Menghitung Kebutuhan SDMK Per Institusi / Fasyankes

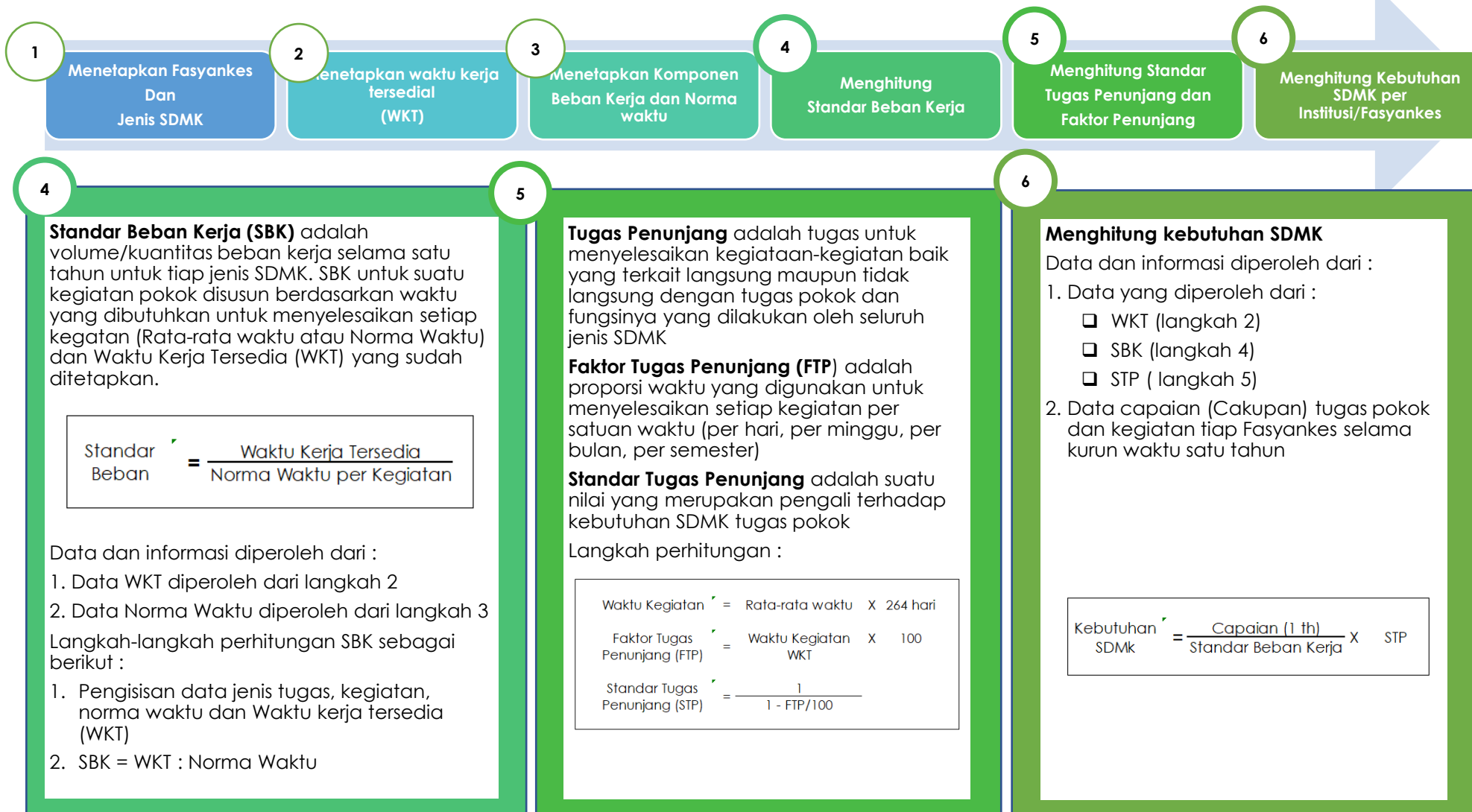
Perhitungan Kebutuhan SDM berdasarkan Analisa Beban Kerja

149



Perhitungan Kebutuhan SDM berdasarkan Analisa Beban Kerja

150



Contoh :

**Rekapitulasi Kebutuhan SDMK berdasarkan ABK Kesehatan
Di Puskesmas A tahun 2024**

No	Jenis SDMK	Jumlah SDMK Saat Ini	Jumlah SDMK seharusnya	Kesenjangan SDMK	Keadaan
1	2	3	4	5	6
1	Dokter Umum	1	1	0	Sesuai
2	Perawat	3	5	-2	Kurang
3	Bidan	4	6	-2	Kurang
4	Tenaga Kesling	1	1	0	Sesuai
5	Tenaga Gizi	1	1	0	Sesuai
6	Tenaga Teknis Kefarmasian	1	1	0	Sesuai
7	Tenaga Kesehatan Masyarakat	1	1	0	Sesuai
8	Tenaga Keteknisan Medis	1	1	0	Sesuai
9	Tenaga Laboratorium	1	1	0	Sesuai
10	Tenaga Administrasi Tata Usaha	1	1	0	Sesuai
Puskesmas		15	19	-4	Kurang

c. Pengembangan SDM Puskesmas

Kinerja Puskesmas dalam pelayanan publik yang menyelenggarakan fungsi UKM dan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya sangat dipengaruhi oleh ketersediaan SDM kesehatan yang kompeten, sehingga perlu diatur pengembangan SDM. (UU no 20/2023)

Pengembangan SDM adalah suatu kegiatan untuk meningkatkan kapasitas SDM agar bisa menjadi sumber daya yang berkualitas baik dari segi pengetahuan, keterampilan bekerja, tingkat profesionalisme yang tinggi dalam bekerja agar bisa meningkatkan kemampuan untuk mencapai tujuan-tujuan perusahaan dengan baik.

Pengembangan SDM bertujuan untuk:

- 1) Memutakhirkan keahlian seorang individu sejalan dengan perubahan teknologi, memastikan bahwa setiap individu dapat secara efektif menggunakan teknologi-teknologi baru.
- 2) Mengurangi waktu belajar seorang individu baru untuk menjadi kompeten dalam pekerjaan.
- 3) Membantu memecahkan persoalan operasional.
- 4) Mengorientasikan setiap individu terhadap organisasi.
- 5) Memberikan kemampuan yang lebih tinggi dalam melaksanakan tugas dalam bekerja.
- 6) Meningkatkan tingkat profesionalisme para SDM

Penyusunan pengembangan kompetensi pegawai dengan mempertimbangkan :

- 1) Kebijakan baru organisasi
- 2) Program prioritas organisasi
- 3) Kesenjangan kompetensi antara sarat jabatan dan profil kompetensi individu
- 4) Kesenjangan kinerja antara target kinerja jabatan dan hasil penilaian kinerja pegawai

Hasil kajian akan menghasilkan **daftar gap kompetensi** pegawai, sebagai bahan penyusunan pembiayaan. Pengembangan kompetensi dapat dibiayai dari dana kapitasi maupun BOK. Hal ini berdasarkan Permenkes 21/2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP milik Pemda, dana kapitasi dapat digunakan untuk Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan, dalam rangka meningkatkan kemampuan kapasitas SDM petugas di FKTP milik pemerintah daerah.

Kegiatan pengembangan kompetensi SDM ada 3 tahap:

- 1) Perencanaan pengembangan SDM
- 2) Pelaksanaan pengembangan SDM

Setiap Pegawai ASN wajib melakukan pengembangan kompetensi melalui pembelajaran secara terus menerus agar tetap relevan dengan tuntutan organisasi. Pembelajaran dilaksanakan melalui sistem pembelajaran terintegrasi. UU 20/2023

Sistem pembelajaran terintegrasi merupakan pendekatan yang secara komprehensif menempatkan proses pembelajaran Pegawai ASN:

- a) terintegrasi dengan pekerjaan;
- b) sebagai bagian penting dan saling terkait dengan komponen Manajemen ASN; dan
- c) terhubung dengan Pegawai ASN lain lintas Instansi Pemerintah maupun dengan pihak terkait.

Penyusunan kebutuhan dan rencana Pengembangan Kompetensi dilaksanakan melalui tahapan:

- a) inventarisasi jenis Kompetensi yang perlu dikembangkan dari setiap PNS;
- b) verifikasi rencana Pengembangan Kompetensi; dan
- c) validasi kebutuhan dan rencana Pengembangan Kompetensi.

Kebutuhan dan Rencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh PPK.

Data yang diperlukan dalam tahapan ini meliputi:

a) Inventarisasi

Untuk menetapkan jenis kompetensi yang perlu dikembangkan dan jalur pengembangan kompetensi, diperlukan data-data sbb:

- i. Profil PNS;
- ii. Data Hasil Analisis Kesenjangan Kompetensi; dan
- iii. Data Hasil Analisis Kesenjangan Kinerja.

Dalam melaksanakan inventarisasi harus memperhatikan:

- i. dokumen perencanaan 5 (lima) tahunan Instansi Pemerintah;
- ii. Standar Kompetensi Jabatan.)

b) Verifikasi rencana Pengembangan Kompetensi;

Data yang diperlukan dalam tahap verifikasi:

- i. kesesuaian jenis Kompetensi yang akan dikembangkan;
- ii. kesesuaian jalur Pengembangan Kompetensi;
- iii. pemenuhan 20 (dua puluh) Jam Pelajaran Pengembangan Kompetensi pertahun;
- iv. ketersediaan anggaran; dan
- v. rencana pelaksanaan Pengembangan Kompetensi.

Dalam melaksanakan verifikasi harus memperhatikan:

- i. dokumen perencanaan 5 (lima) tahunan Instansi Pemerintah;
- ii. Standar Kompetensi Jabatan
- iii. Manajemen talenta

c) Validasi kebutuhan dan rencana Pengembangan Kompetensi

Validasi merupakan kegiatan pengesahan kebutuhan dan rencana Pengembangan Kompetensi tingkat instansi. PPK melakukan validasi terhadap kebutuhan dan rencana yang diusulkan oleh Pejabat yang berwenang

Validasi dilakukan terhadap kebutuhan dan rencana Pengembangan Kompetensi untuk anggaran tahun berikutnya

(Per LAN No 10/2018)

2) Pelaksanaan pengembangan SDM

154

Pengembangan kompetensi dapat dilaksanakan melalui **pendidikan dan pelatihan**.

Bentuk Pengembangan melalui pembelajaran tatap muka:

- i. pelatihan struktural kepemimpinan;
- ii. pelatihan manajerial;
- iii. pelatihan teknis;
- iv. pelatihan fungsional;
- v. pelatihan sosial kultural;
- vi. seminar/konferensi/sarasehan;
- vii. *workshop* atau lokakarya;
- viii. kursus;
- ix. penataran;
- x. bimbingan teknis;
- xi. sosialisasi; dan/atau
- xii. jalur Pengembangan Kompetensi dalam bentuk pelatihan klasikal lainnya.

Bentuk Pengembangan Kompetensi melalui kegiatan yang menekankan pada proses **pembelajaran praktik kerja** dan/atau pembelajaran di luar kelas, dilakukan paling sedikit melalui jalur:

- i. *coaching*;
- ii. *mentoring*;
- iii. *e-learning*;
- iv. pelatihan jarak jauh;
- v. detasering (*secondment*);
- vi. pembelajaran alam terbuka (*outbond*);
- vii. patok banding (*benchmarking*);
- viii. pertukaran antara PNS dengan pegawai swasta/badan usaha milik negara/badan usaha milik daerah;
- ix. belajar mandiri (*self development*);
- x. komunitas belajar (*community of practices*);
- xi. bimbingan di tempat kerja;l. magang/praktik kerja; dan
- xii. jalur Pengembangan Kompetensi dalam bentuk pelatihan nonklasikal lainnya.

3) Evaluasi

Evaluasi pengembangan kompetensi SDM di Puskesmas dilakukan melalui penilaian terhadap

- a) kesesuaian antara perencanaan dengan pelaksanaan pengembangan kompetensi,
- b) kesesuaian antara pengembangan kompetensi dengan peningkatan kinerja.
- c) Evaluasi pasca pengembangan kompetensi dapat dilakukan 3-6 bulan setelah kegiatan.

Evaluasi juga dapat dilakukan melalui kegiatan uji kompetensi secara berkala. Pelaksanaan uji kompetensi yang digunakan sebagai dasar pengembangan kompetensi dan penyelenggaraan manajemen karier dilakukan secara berkala setiap 2 (dua) tahun untuk setiap pegawai. Untuk uji kompetensi Jabatan fungsional dilakukan menyesuaikan kebutuhan kenaikan jenjang jabatan.

d. Pengorganisasian

Salah satu tugas Kepala Puskesmas adalah fungsi pengorganisasian, yang merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personil, finansial, materil dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama. Kepala Puskesmas wajib menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugastugas pokok, wewenang dan pendelegasian wewenang wewenang kepada staf. Enam langkah penting dalam menyusun fungsi pengorganisasian yaitu:

- 1) Melakukan sosialisasi tujuan organisasi supaya dipahami oleh staf.
- 2) Membagi habis pekerjaan dalam bentuk kegiatan-kegiatan pokok untuk mencapai tujuan.
- 3) Mengelompokkan kegiatan pokok dalam suatu kegiatan yang praktis ke dalam elemen kegiatan.
- 4) Menetapkan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh staf & menyediakan fasilitas pendukung yang diperlukan untuk melaksanakan tugasnya.
- 5) Penugasan personel yang dipandang mampu melaksanakan tugas.
- 6) Mendelegasikan wewenang.

e. Pemantauan dan Penilaian Kinerja SDM Puskesmas

Penilaian Kinerja SDM Puskesmas adalah proses menilai hasil karya tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kegiatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan dalam suatu organisasi melalui instrument penilaian kinerja

Prinsip Penilaian Kinerja

1) Tujuan Penilaian Kinerja

Menjamin Obyektivitas pembinaan PNS yang didasarkan pada :

- a) Sistem Prestasi
- b) Sistem Karier

2) Dasar Penilaian Kinerja

- a) berdasarkan perencanaan kinerja pada tingkat individu, unit kerja dan Organisasi
- b) Memperhatikan target, capaian, hasil dan manfaat perilaku

3) Prinsip Penilaian Kinerja

- a) Obyektif
- b) Terukur
- c) Akuntabel
- d) Partisipatif
- e) Transparan

SKP
Sasaran Kinerja
Pegawai



Perilaku

Memperhatikan

- a. Renstra
- b. Perjanjian Kinerja
- c. Organisasi dan Tatakerja
- d. Uraian Jabatan dan/atau
- e. SKP Atasan Langsung

Disusun Oleh

- a. PNS
- b. Pejabat Penilai Kinerja
PNS dan/atau
- c. Pengelola Kinerja

Disepakati Oleh

- a. PNS
- b. Pejabat Penilai
Kinerja Puskesmas

SKP memuat :

Kinerja Utama

Penjabaran Kinerja Utama
atasan langsung

Kinerja Tambahan

Berupa Tugas tambahan
bersifat strategis

Indikator Kinerja Individu

Memperhatikan Kriteria :

Spesifik, Terukur, Realistik, memiliki batas waktu pencapaian dan
menyesuaikan kondisi internal dan eksternal organisasi

Target :

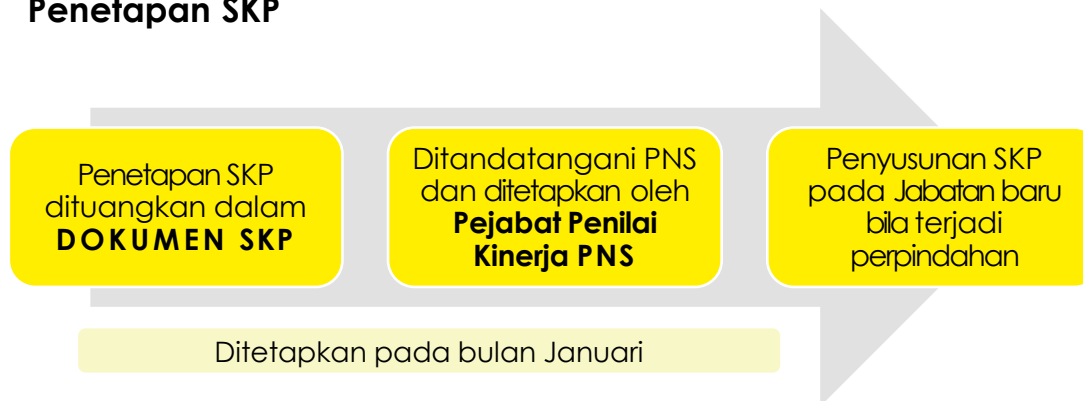
Meliputi aspek : Kuantitas, Kualitas, Waktu dan/atau biaya

Penyusunan SKP

158

Jenis Jabatan	Berdasarkan	Memperhatikan	Disetujui
JA	SKP Atasan Langsung	1. OTK 2. Uraian Jabatan	Atasan Langsung
JF	1. SKP Atasan Langsung 2. Organisasi/Unit Kerja	1. Rencana Kerja Tahunan 2. Perjanjian Kinerja 3. OTK 4. Uraian Jabatan 5. Butir-butir kegiatan JF	Atasan Langsung
JF Rangkap	Membuat 2 SKP 1. SKP JA/JF dan 2. SKP JF		Atasan Langsung

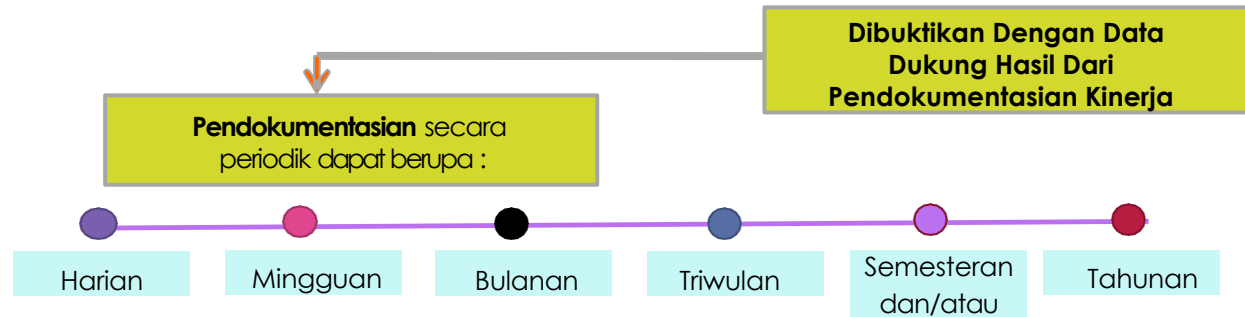
Penetapan SKP



Perilaku Kerja



Pelaksanaan Kinerja



Pemantauan Kinerja



Pejabat Penilai Kinerja dapat dibantu Pengelola Kinerja

OLEH



Paling kurang 1 kali dalam 1 semester / tahun

WAKTU



Mengamati Capaian Kinerja melalui dokumentasi dalam sistem informasi non-elektronik dan elektronik

CARA



Mengetahui Kemajuan Kinerja PNS agar tidak terjadi keterlamabatan/penyimpangan

TUJUAN

Pembinaan Kinerja

Bimbingan Kinerja

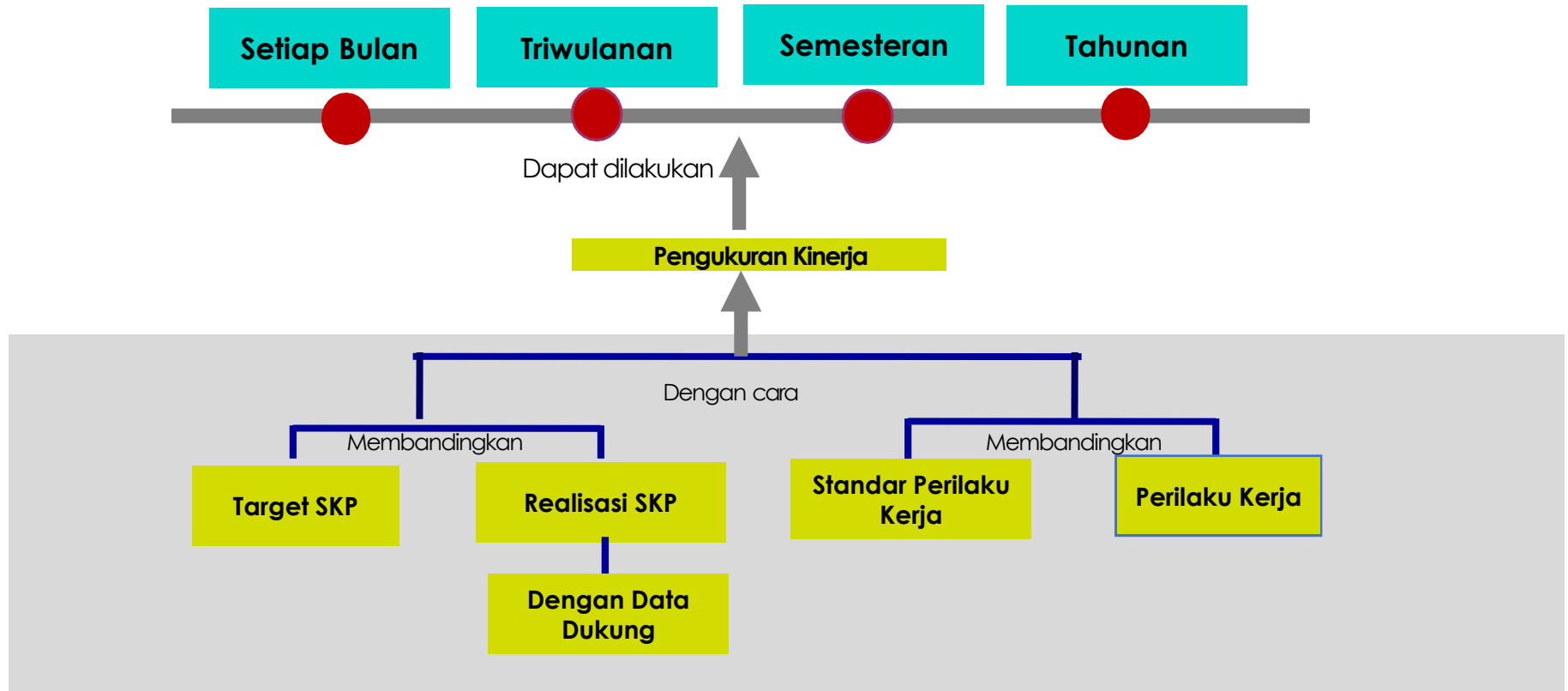
Diberikan pejabat penilai secara individu/kelompok dan wajib membuat rekaman proses bimbingan dan penilaian kompetensi PNS

Konseling Kinerja

Diberikan terhadap PNS yang memiliki permasalahan pada perilaku yang dapat mempengaruhi pencapaian target kinerja dilaksanakan secara individual

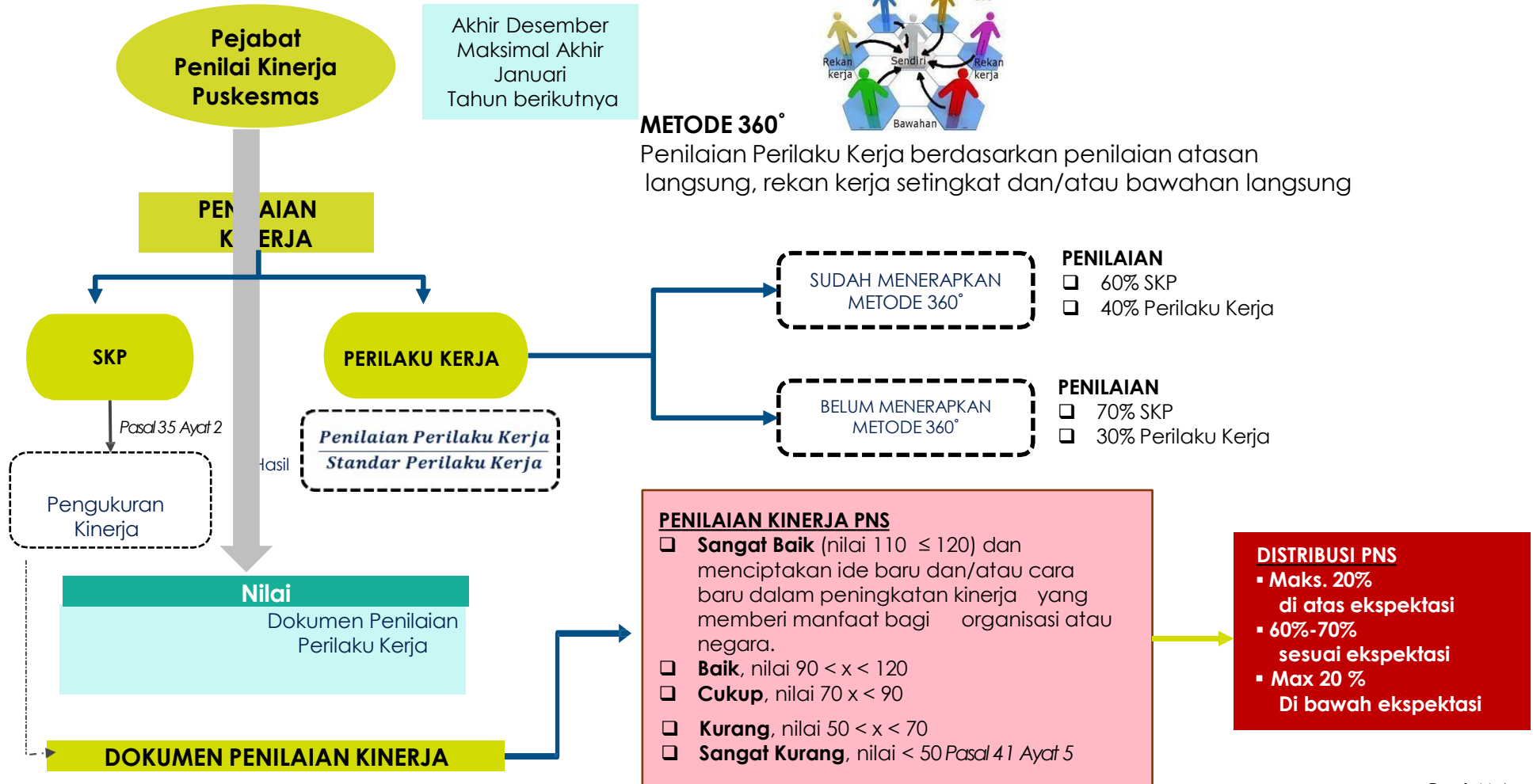
Pengukuran Kinerja

161



Penilaian Kinerja

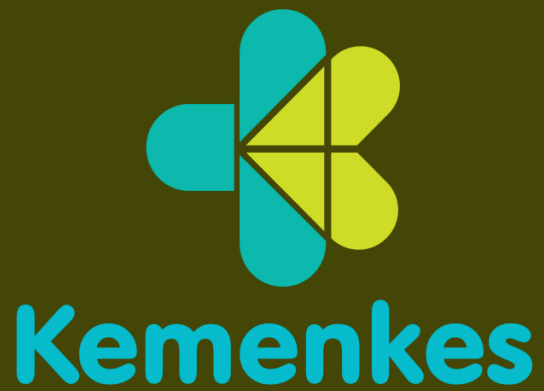
162



Pasal 41 Ayat 8

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang RI No 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang-undang RI No 23/2014 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang-undang RI No 1/2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
4. Undang-undang RI No 20/2023 tentang Aparatur Sipil Negara
5. Undang-undang RI No 17/2023 tentang Kesehatan
6. Peraturan Pemerintah No 30 /2019 tentang Penilaian Kinerja Pegawai Negeri Sipil
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 33/2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI No 857/Menkes/SK/IX/2009 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 33/2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan



BAB C-4

**Manajemen Sarana,
Prasarana dan
Perbekalan Kesehatan**

Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan

Manajemen sarana, prasarana dan perbekalan kesehatan meliputi :

- a. perencanaan kebutuhan,
- b. pemenuhan,
- c. pemeliharaan dan
- d. pencatatan

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan salah satunya Puskesmas.

Sedangkan prasarana adalah salah satu alat penunjang bagi terselenggaranya kegiatan pelayanan kesehatan di sarana kesehatan. Yang dimaksud perbekalan kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang diperlukan untuk upaya kesehatan

Pembahasan pada buku satu meliputi Sarana, prasarana dan alat kesehatan saja. Obat, Reagen dan vaksin dibahas di buku lintas klaster

Manajemen Sarana , Prasarana dan Alat kesehatan terdiri dari

- a. Perencanaan SPA
 - 1) Perencanaan Kebutuhan
 - 2) Pengisian Komdat
- b. Penerimaan Alat
 - 1) Tahapan Penerimaan Alat
 - 2) Uji Fungsi
- c. Pemeliharaan SPA
 - 1) Pemeliharaan SPA
 - 2) Persiapan dan Penjadwalan
 - 3) Kegiatan Pemeliharaan
 - 4) Operasional/penggunaan
 - 5) Pembersihan dan sterilisasi
 - 6) Penyimpanan
 - 7) Pembuatan Jadwal Kalibrasi
 - 8) Perbaikan
- d. Pencatatan dan Pelaporan SPA
 - 1) Tahap Pengisian ASPAK
 - 2) Dokumentasi Pengelolaan ASPAK
- e. Evaluasi Pengelolaan SPA
- f. Pengusulan dan Pemusnahan Alkes yang Rusak
 - 1) Pengusulan data alkes yang sudah tidak berfungsi
 - 2) Pengusulan Pemusnahan alkes yang tidak berfungsi

Pengertian

a. Pedoman manajemen SPA di Puskesmas

Pengelolaan SPA yang memberi acuan, langkah dan tindakan yang diperlukan dalam pengelolaan SPA

b. Penilaian teknologi

Analisa untuk menentukan jenis dan teknologi peralatan medis yang dipilih di antara beberapa pilihan teknologi peralatan medis

c. Perencanaan

Proses melakukan identifikasi kebutuhan SPA

d. Pengadaan

Proses pengadaan/pembelanjaan alat sesuai dengan persyaratan yang ditentukan

e. Penerimaan

Proses menerima barang dari penyedia

f. Pemeliharaan

Suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk menjaga peralatan medis bermutu, aman dan laik pakai

g. Kalibrasi

Tindakan untuk memastikan hubungan antara besaran yang ditunjukkan oleh suatu alat ukur atau system pengukuran atau besaran yang diabadikan pada suatu bahan ukur dengan besaran yang sebenarnya dari besaran yang diukur

h. Penghapusan

Tindakan menghapus barang milik negara dari daftar barang dengan menerbitkan surat keputusan dari pejabat yang berwenang untuk membebaskan pengguna atau Kuasa Pengguna Barang dan atau Pengelola barang dari tanggung jawab administrasi dan fisik barang di bawah penguasaannya

a. Perencanaan SPA

1) Perencanaan Kebutuhan SPA

a) Perencanaan dan Penilaian Kebutuhan

Penilaian Kebutuhan	Perencanaan	Penganggaran	Prioritas Pemenuhan Kebutuhan
Penilaian Kebutuhan adalah proses untuk menentukan dan mengatasi kesenjangan antara situasi dan kondisi saat ini dengan situasi atau kondisi yang diinginkan Penggantian peralatan medis dilakukan karena faktor: - Perkembangan teknologi - Kesesuaian terhadap standard keselamatan/regulasi - Biaya pemeliharaan yang tinggi (batas biaya pemeliharaan) - Ketersediaan suku cadang - Kesesuaian dengan Pelayanan kesehatan	Tim melakukan penilaian kebutuhan dengan memperhatikan hal sbb : - Inventori Alat Kesehatan - Jenis - Spesifikasi - Jumlah - Harga - Tahun pengadaan kondisi Alat kesehatan - Kualitas Alat kesehatan - Frekuensi kerusakan - Lama perbaikan - Suku cadang - Biaya pemeliharaan - Kinerja Alat Kesehatan - Data pemanfaatan - Kapasitas alat sesuai spesifikasi	Anggaran bisa bersumber pada : - Pendapatan Nasional bukan Pajak - Pendapatan Puskesmas (BLU) - APBN (DAK dan BOK) - APBD - Anggaran lain (bantuan hibah, sponsor)	Jika terjadi kendala dalam pemenuhan kebutuhan, maka perencanaan difokuskan pada peralatan medis sesuai prioritas, Kriteria pemenuhan Alkes : - Tingkat utilitas Merupakan tingkat penggunaan atau pemakaian alat kesehatan pada pelayanan - Pemenuhan pelayanan - Pengembangan pelayanan - Adanya rencana pengembangan pelayanan

Program Perencanaan dan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan

Kepala Puskesmas dibantu dengan staf teknis dan staf penanggung jawab SPA menyusun program rencana kerja dapat dibagi menjadi 2 program, yaitu:

Program rencana kebutuhan dan pemenuhan SPA dalam mendukung kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dalam jangka Panjang 5 tahunan disusun berdasarkan rencana strategi (Renstra)

Program rencana kebutuhan dan pemenuhan SPA dalam mendukung kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas jangka pendek disusun berdasarkan program jangka Panjang yang disusun

Program secara tahunan berisi rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dan disusun secara rinci yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan organisasi atau satuan kerja

Isi dalam suatu program adalah:

- 1) Pendahuluan
- 2) Latar Belakang
- 3) Tujuan Umum dan Khusus
- 4) Kegiatan pokok dan Rinci Kegiatan
- 5) Cara melaksanakan kegiatan
- 6) Sasaran

Tim menyusun usulan Perecanaan Pengadaan SPA, menggunakan tabel sebagai berikut :

NO	JENIS SPA	JUMLAH	KEBUTUHAN STANDAR	KEKURANGAN
1	2	3	4	5

Tabel Usulan berdasarkan kebutuhan

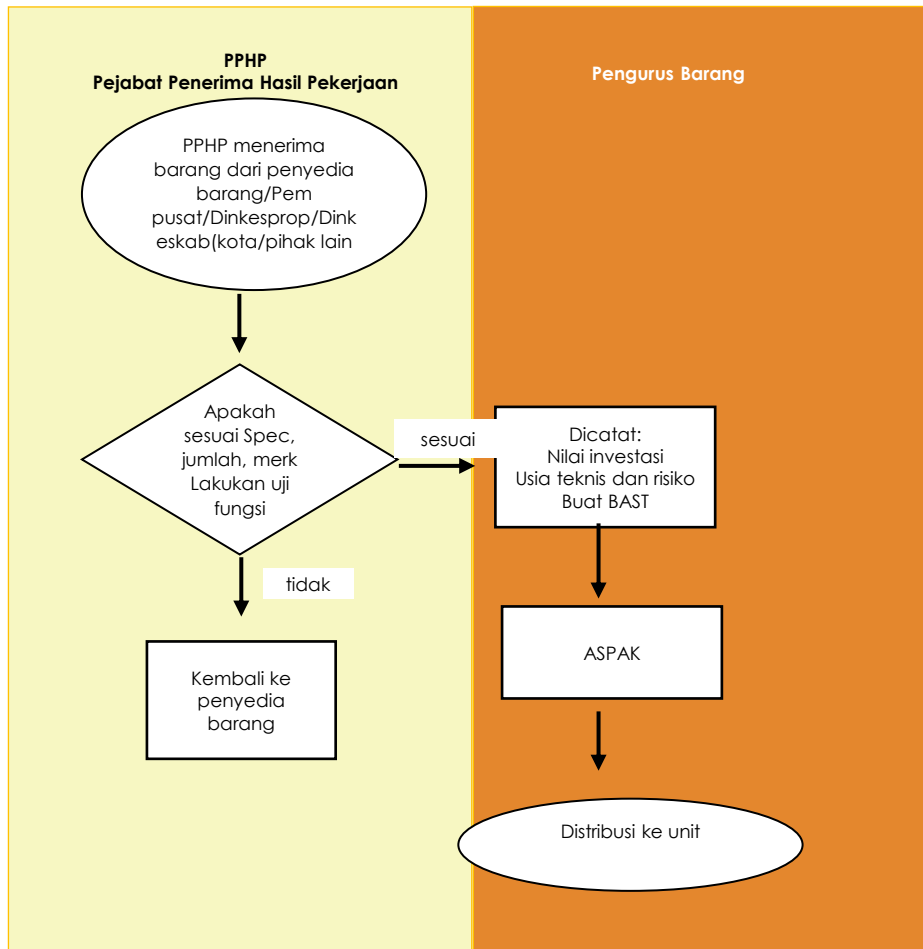
NO	JENIS SPA	JUMLAH	KAPASITAS LAYANAN		KEBUTUHAN LAYANAN	KEKURANGAN
			ALAT	JUMLAH		
1	2	3	4	5	7	8

Tabel Usulan Perencanaan Berdasarkan Beban Kapasitas SPA

NO	JENIS SPA	JUMLAH	KONDISI			KEBUTUHAN	KEKURANGAN
			RUSAK RINGAN	RUSAK SEDANG	RUSAK BERAT		
1	2	3	4	5	6	7	8

Tabel berdasar kondisi SPA

b. Penerimaan



Fungsi penerimaan peralatan kesehatan di puskesmas adalah menerima peralatan yang menyangkut aspek-aspek pemeriksaan agar berfungsi dengan baik sebelum digunakan dalam rangka menjamin tersedianya peralatan kesehatan yang bermutu, aman dan laik pakai serta diadministrasikan dengan baik dan benar.

a. Penerimaan dan pemeriksaan

Suatu rangkaian kegiatan dalam menerima peralatan puskesmas dari penyedia barang, pengadaan sendiri, Pemerintah Pusat, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan pihak lainnya. Alat yang diterima harus diperiksa kelengkapannya baik jenis, jumlah dan kondisinya serta sesuai dengan dokumen yang menyertainya (spesifikasi).

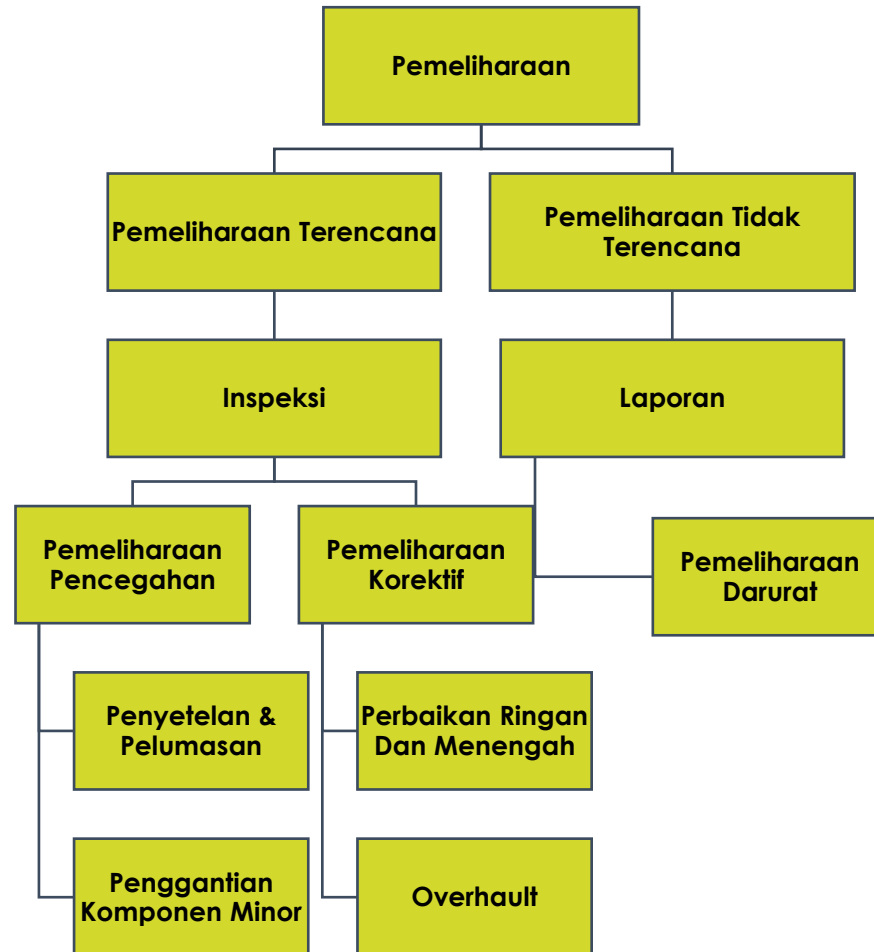
b. Kegiatan penerimaan dan pemeriksaan alat

- 1) Kepala puskesmas menunjuk staf untuk penerimaan dan menyiapkan tempat penyimpanan.
- 2) Alat yang baru diterima langsung diperiksa oleh staf yang ditunjuk.
- 3) Pemeriksaan dilakukan dengan memeriksa dokumen pengiriman barang (Surat Bukti Barang Keluar yang dilengkapi dengan spesifikasi dan harga).
- 4) Staf yang ditunjuk memeriksa atau meneliti surat pengantar, jenis dan jumlah alat, kemasan, jumlah harga dan lainlain.
- 5) Staf yang ditunjuk memeriksa keadaan alat, untuk memastikan bahwa alat dalam keadaan baik, yang dipastikan dengan melakukan uji fungsi dan uji coba oleh penyedia disaksikan oleh pengguna. Jika dalam keadaan rusak, penerima barang boleh menolak.
- 6) Jika dalam keadaan baik, maka barang diterima, selanjutnya diberikan kepada pengurus barang untuk dikelola sebagai barang inventaris dan dicatatkan di ASPAK, dilanjutkan didistribusikan sesuai dengan kebutuhan.

c. Pemeliharaan SPA

Konsep membangun pemeliharaan peralatan sarana, prasarana dan alat kesehatan

Input	Proses	Output	Outcome
1. Kebijakan/Regulasi 2. Man (SDM) 3. Money 4. Methode 5. Materiil 6. Machine 7. Institusi penguji/Kalibrasi (BPFK) 8. Institusi Pemeliharaan SPA 9. Suku Cadang	1. Data inventaris 2. Program kerja 3. Jadwal kegiatan 4. Inspection 5. Pemeliharaan SPA a. Terencana b. Tidak terencana 6. Kalibrasi	Menguatnya system pemeliharaan SPA di Fasyankes	1. Alat laik pakai (aman digunakan, akurat dan handal) 2. Efisien, efektif Utility meningkat



Pemeliharaan:

1) Pemeliharaan terencana

Pemeliharaan Terencana adalah pemeliharaan yang sudah terjadwal sesuai dengan jenis kegiatannya seperti;

a. Kegiatan inspeksi

yaitu kegiatan mengecek Alat kesehatan sebelum dioperasikan atau digunakan kepada kepada pasien.

b. Kegiatan pemeliharaan preventif.

Dimana kegiatan ini Alat kesehatan harus di bersihkan, diberikan pelumasan, penyetelan, penggantian komponen yang minor dan tidak sampai melakukan perbaikan dan *overhaul*,

c. Kegiatan pemeliharaan korektif

Kegiatan pemeliharaan dengan melakukan kebersihan dengan penggantian komponen yang besar sehingga dapat dinyatakan kegiatan perbaikan sampai *overhaul*.

2) Pemeliharaan Tidak terencana

Pemeliharaan tidak terencana adalah kegiatan pemeliharaan yang tidak terjadwal akibat sarana, prasarana dan alat kesehatan yang sedang digunakan mengalami kerusakan akibat pemeliharaan, pencegahan/ preventif tidak berjalan dengan baik. Jenis kegiatan pemeliharaan darurat ini harus diminimalisir agar prinsip efisiensi dan efektifitas dapat diwujudkan.

Pembuatan jadwal Pemeliharaan

Pemeliharaan preventif adalah kegiatan pemeliharaan yang dilakukan secara terjadwal dan terencana dilakukan tergantung hasil assessment kebutuhan pemeliharaan setiap alat minimal 2 kali dalam setahun setiap alat

Contoh jadwal pemeliharaan

[illegible]

Kegiatan Pemeliharaan

Konsep membangun pemeliharaan peralatan sarana, prasarana dan alat kesehatan

Persiapan operasional	Pemanasan	Pengemasan dan penyimpanan
Langkah-langkah yang dilakukan terhadap suatu Alat Kesehatan sebelum digunakan untuk tindakan pelayanan, dengan mempersiapkan assesori, maupun bahan operasional agar alat siap dioperasikan. Persiapan ini dilakukan sebelum alat dihubungkan dengan catu daya.	Langkah-langkah yang dilakukan oleh pengguna terhadap Alat Kesehatan, sebelum melakukan pelayanan. 1. Menghubungkan Alat dengan catu daya 2. Memberikan waktu yang cukup agar komponen Alat yang perlu aliran listrik/pemanasan terpenuhi 3. Melakukan pengecekan fungsi tombol, selector, indikator, alarm, system pergerakan dan pengereman. 4. Pelaksanaan 5. Langkah-langkah yang harus dilakukan terhadap alat selama melakukan pelayanan, agar tercapai hasil yang optimal. Tata cara pengoperasian yang harus tersedia pada setiap Alat Kesehatan dan dipahami dengan baik oleh pengguna alat.	1. Langkah-langkah ini dilakukan terhadap Alat Kesehatan setelah selesai melakukan pelayanan, agar Alat Kesehatan selalu siap untuk pelayanan. 2. Pengguna alat wajib mencatat beban kerja alat setiap hari pemakaian. 3. Dokumentasikan oleh penanggung jawab Alat Kesehatan

Operasional/Penggunaan yang benar

Untuk menjamin operasional/penggunaan alat dengan benar perlu dibuat standar prosedur operasional. Untuk alat dengan kompleksitas tinggi diperlukan pelatihan

Pembersihan dan sterilisasi

Pelaksanaan pembersihan dan sterilisasi bertujuan agar mencegah terjadinya infeksi dan penularan suatu alat kesehatan kepada pasien ataupun pengguna(user) serta memelihara alat agar tetap terjaga kebersihannya dan siap pakai.

Pembersihan dan sterilisasi adalah mutlak harus dilakukan bila suatu peralatan kesehatan selesai dipergunakan, apakah itu yang bersifat hanya pembersihan saja ataupun pensterilan melalui alat tertentu.

Untuk menjadi perhatian bagi tenaga pembersih peralatan kesehatan harus pakai alat pelindung diri(APD) seperti sarung tangan tebal, penutup mulut, pelindung mata, dll. Hal ini untuk mencegah terjadinya penularan penyakit terhadap pengguna atau tenaga pembersih tersebut. Untuk tata cara sterilisasi dapat mengacu pada pedoman pencegahan infeksi (PI) yang ada, serta dituangkan kedalam Standar Operasional Prosedur (SOP).

Membuat Jadwal Kalibrasiterilisasi

Menyusun daftar SPA yang wajib dikalibrasi dan dokumen kalibrasi sudah habis masa berlaku, segera menyusun jadwal dan mengajukan ke Sisterlab melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Perbaikan

Petugas puskesmas mengidentifikasi peralatan kesehatan yang rusak dicatat dalam buku bantu.

Tindakan puskesmas terhadap alat yang rusak adalah:

1) Alat yang masih dapat diperbaiki

Apabila alat yang rusak masih dapat diperbaiki, dipertimbangkan apakah :

a) Alat dapat diperbaiki oleh puskesmas.

Kerusakan ringan untuk alat – alat tertentu dapat diperbaiki oleh puskesmas dengan system swakelola sesuai aturan yang berlaku

b) Alat tidak dapat diperbaiki oleh puskesmas.

Alat tersebut dapat dibedakan:

i. Alat kecil (*Portable*):

Puskesmas mengirim alat tersebut ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan surat pengantar permintaan bantuan perbaikan. Apabila sudah diperbaiki, alat tersebut dikembalikan kembali ke puskesmas.

ii. Alat besar :

Untuk alat yang besar, seperti kursi gigi (dental unit), meja operasi, dan lain-lain, yang sulit dibawa ke kabupaten, puskesmas dapat langsung menghubungi atau mengirim surat ke dinas kesehatan kabupaten/kota untuk meminta bantuan teknisi datang ke puskesmas memperbaiki alat tersebut.

2) Alat rusak berat yang tidak bisa diperbaiki

Apabila ada alat yang rusak dan tidak dapat diperbaiki(pernyataan dari teknisi) maka puskesmas melakukan pencatatan kedalam buku bantu alat yang rusak (contoh form terlampir). Tindakan selanjutnya membuat harus diminimalisir agar prinsip efisiensi dan efektifitas dapat diwujudkan.

Alur pengisian ASPAK

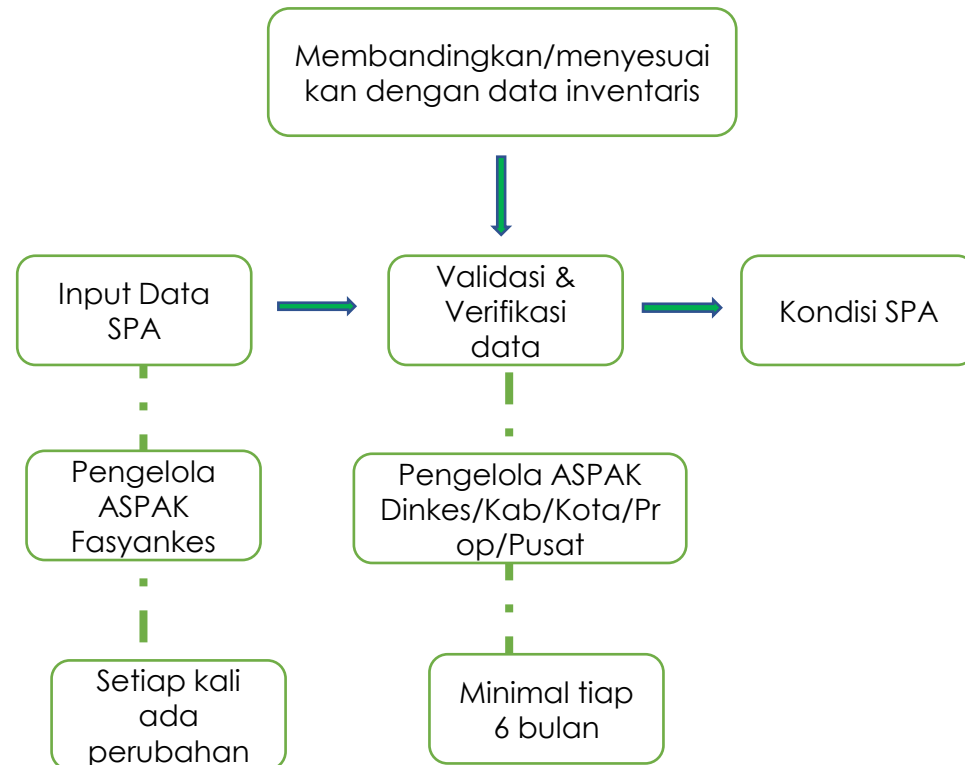


Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 31/2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan adalah suatu aplikasi berbasis Web yang menghimpun Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Tujuan pengelolaan Sarana, Prasarana dan Alat kesehatan :

Tujuan :

1. Tersedianya data dan informasi SPA di fasilitas kesehatan seluruh Indonesia
2. Terciptanya pemetaan SPA di Fasyankes
3. Supporting untuk perencanaan SPA



Aplikasi sarana, prasarana dan alat kesehatan (ASPAK)

Dengan pengisian ASPAK diharapkan dapat memetakan kondisi sarana, prasarana dan alat kesehatan yang sesungguhnya (*up to date*), sehingga segala keputusan ataupun kebijakan yang diambil kedepannya dapat sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan demi terciptanya pelayanan kesehatan yang sesuai standard dan kebutuhan masyarakat khususnya.

ASPAK berisi data yang harus diisi oleh Puskesmas

1. Data Umum (alamat, telp, propinsi, Kab/kota, jenis puskesmas, status akreditasi)
2. Data Gedung (Luas, tahun pendirian, tahun renovasi, perizinan /IMB/IPB/SLF/SLO, dll)
3. Data sarana (data dan kondisi Gedung)
4. Data prasarana (pengelolaan limbah, sumber listrik, sumber air, dll)
5. Data peralatan kesehatan (nama alat, merk, tipe, no seri, harga, kondisi peralatan, distributor, dll)
6. SDM (nama, tanggal dan tahun lahir, Pendidikan, uraian tugas)
7. Instrumen penilaian terhadap organisasi dan pengelola peralatan kesehatan
8. Laporan lainnya (kejadian yang tidak diinginkan misal kegagalan suatu alat kesehatan atau kurang memadainya peralatan sehingga mengganggu pelayanan)

Tugas dan fungsi dalam penggunaan ASPAK

1. Dinas Kesehatan

- a. Memonitor dan mengevaluasi proses penginputan ASPAK oleh fasyankes di wilayah kerjanya
- b. Mendorong dan menghimbau agar faskes menginput ASPAK sesuai dengan kondisi
- c. Memvalidasi data ASPAK
- d. Memetakan pelayanan kesehatan di fasyankes dengan melihat kondisi SPA dan SDM yang ada
- e. Menganalisa kebutuhan pelayanan kesehatan (khususnya SPA) agar sesuai dengan standar dan kebutuhan masyarakat khususnya

2. Puskesmas

- a. Mengisi seluruh data yang ada di ASPAK
- b. Menganalisa dan merencanakan usulan kebutuhan pelayanan kesehatan melalui data ASPAK
- c. Menginput atau mengganti data ASPAK setiap ada perubahan
- d. Menjaga validitas data yang ada

Monitoring dan evaluasi pengelolaan SPA dilakukan melalui:

- a) Kesesuaian rencana kerja pelaksanaan Inventarisasi dengan pelaksanaan Inventarisasi;
- b) Kesesuaian lembar kerja Inventarisasi dengan laporan hasil Inventarisasi.

Dalam hal hasil monitoring dan evaluasi ditemukan ketidaksesuaian, Pengelola Barang menyampaikan kepada Pengguna Barang untuk ditindaklanjuti. menyampaikan kepada Kuasa Pengguna Barang untuk ditindaklanjuti.

(Permendagri Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Pembukuan, Inventarisasi, Dan Pelaporan Barang Milik Daerah)

f. Pengusulan Pemusnahan Alkes yang Rusak

Pemusnahan

Pemusnahan BMD dilakukan dalam hal BMD:

1. tidak dapat digunakan,
2. tidak dapat dimanfaatkan, dan/atau
3. tidak dapat dipindahtangankan; atau
4. terdapat alasan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemusnahan dilakukan oleh Pengguna Barang & Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Gubernur

Dituangkan dalam berita acara dan dilaporkan kepada Gubernur.

Pemusnahan dilakukan dengan cara:

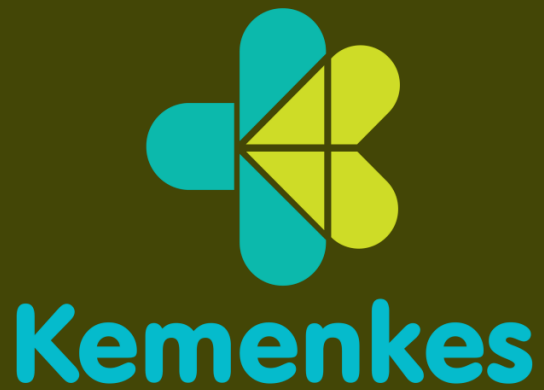
1. dibakar;
2. dihancurkan;
3. ditimbun;
4. ditenggelamkan; atau
5. cara lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Prosedur pemusnahan

1. Pengurus Barang/Pengguna menyiapkan dokumen pengajuan usulan pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah
2. Pejabat Penatausahaan Pengguna Barang menyiapkan usulan pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah;
3. Pengguna Barang/Kuasa Pengguna Barang mengajukan usul pemusnahan dan penghapusan BMD
4. Pengurus Barang Pengelola meneliti dokumen usulan pemusnahan dari pengguna barang, sebagai bahan pertimbangan oleh pejabat penatausahaan barang dalam pengaturan pelaksanaan pemusnahan BMD
5. Pejabat Penatausahaan Barang memberikan pertimbangan kepada pengelola barang untuk mengatur pelaksanaan pemusnahan BMD
6. Pengelola Barang mengatur pelaksanaan pemusnahan BMD
7. Gubernur selaku pemegang kekuasaan pengelolaan BMD menyetujui usul pemusnahan BMD sesuai batas kewenangannya;

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang RI No 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang-undang RI No 23/2014 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang-undang RI No 1/2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
4. Undang-undang RI No 17/2023 tentang Kesehatan
5. Permendagri Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Pembukuan, Inventarisasi, Dan Pelaporan Barang Milik Daerah
6. Peraturan Menteri Kesehatan No 31/2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan



BAB C-5

Manajemen Mutu Pelayanan

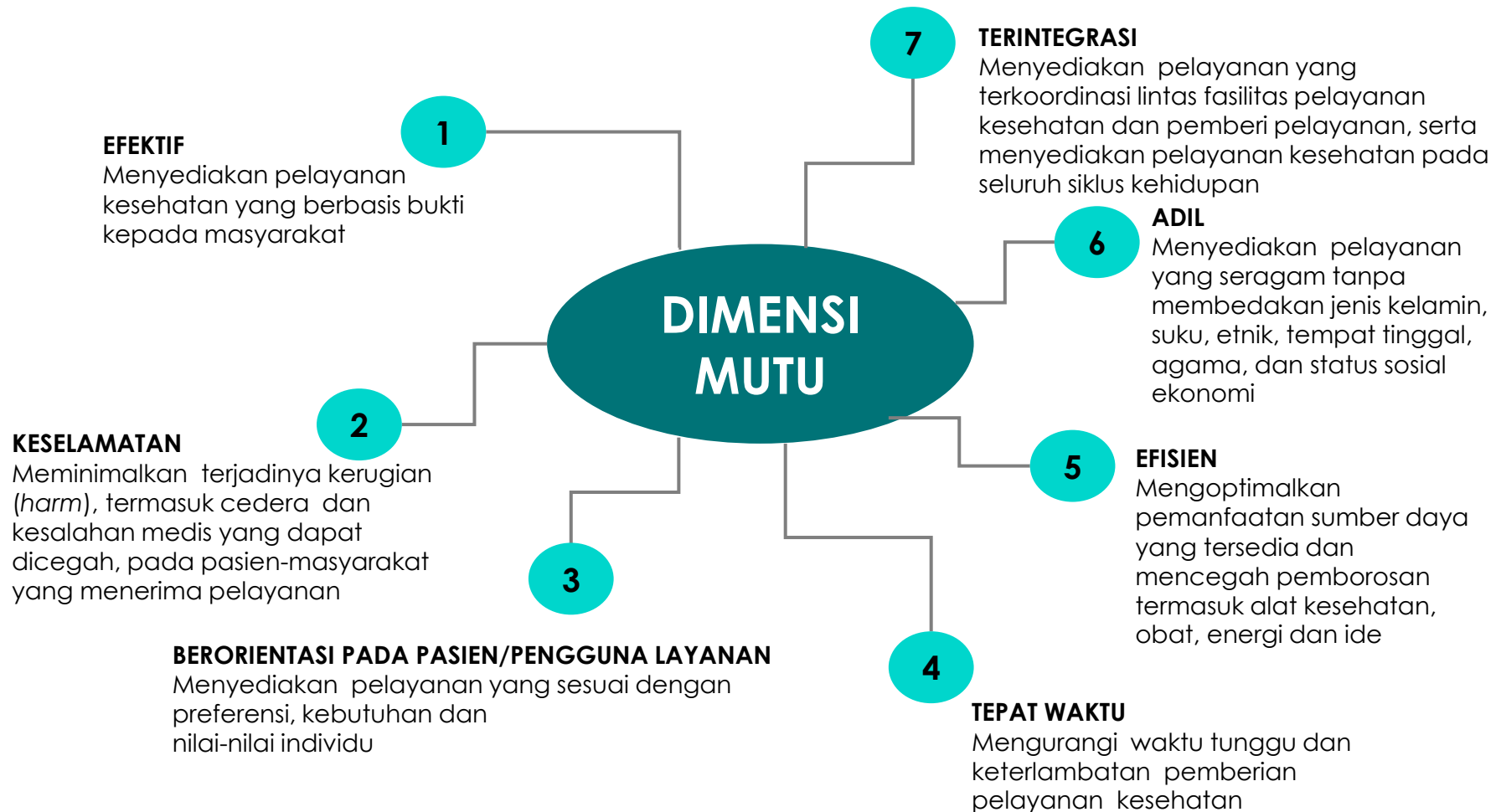
Peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan merupakan serangkaian upaya Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan standar dan mengutamakan keselamatan Pasien

Tujuan Mutu Pelayanan Kesehatan

- 1 Memenuhi hak Pasien untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang bermutu dan memberikan kepuasan kepada Pasien
- 2 Mendorong Fasilitas Pelayanan Kesehatan mewujudkan budaya mutu melalui tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik
- 3 Meningkatkan perlindungan bagi Sumber Daya Manusia Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan masyarakat

Tujuh Dimensi Mutu Who

182



Pengorganisasian manajemen mutu didalam Struktur Organisasi Puskesmas berada di bawah Penanggung Jawab Klaster 1 Manajemen yang dipimpin oleh **Koordinator Manajemen Mutu**.

Di bawah koordinator manajemen mutu terdapat :

1. Tim Manajemen Risiko
2. Tim Keselamatan Pasien
3. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
4. Tim Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
5. Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)
6. Tim Audit Internal

Uraian Tugas Koordinator Manajemen Mutu

1. Menyusun program mutu yang meliputi mutu pelayanan, manajemen risiko, keselamatan pasien, PPI, manajemen fasilitas dan keselamatan, kesehatan dan keselamatan kerja (K3), audit internal dan tinjauan manajemen serta budaya mutu dan keselamatan
2. Melaksanakan program mutu
3. Melaksanakan pengukuran dan pelaporan indikator mutu
4. Melakukan pemantauan dan evaluasi
5. melakukan komunikasi dan koordinasi internal dan eksternal
6. Membuat pelaporan kinerja program mutu

Tim Manajemen Risiko terdiri dari :

- Kepala Puskesmas
- Penanggung Jawab Klaster I
- Koordinator Manajemen Mutu
- Pemilik Risiko

Kepala Puskesmas	Penanggung Jawab Klaster I Dan Koordinator Manajemen Mutu	Pemilik Risiko
- Menetapkan arah kebijakan umum dan pedoman manajemen risiko - Menetapkan profil risiko beserta rencana mitigasinya - Menetapkan selera risiko dan kriteria risiko yang berlaku di Fasyankes - Melakukan reviu/peninjauan ulang dan evaluasi terhadap penerapan manajemen risiko - Memastikan proses manajemen risiko berjalan efektif - Menangani risiko lintas klaster	- Menyusun rancangan regulasi dan program manajemen risiko - Melakukan pemetaan area risiko dan merekap data risiko seluruh area - Mengkoordinir pelaksanaan manajemen risiko - Melakukan monitoring dan evaluasi pengelolaan risiko - Melaporkan kegiatan manajemen risiko kepada Kepala Puskesmas	- Membuat daftar risiko - Membuat profil risiko unit dan rencana penanganannya berdasarkan sasaran unit/bagian di Fasyankes - Melaporkan pengelolaan risiko secara berjenjang kepada pimpinan di atasnya hingga ke pimpinan Fasyankes - Melakukan pemantauan dan evaluasi efektivitas penerapan manajemen risiko unit/bagian di Fasyankes

Tim Keselamatan Pasien terdiri dari :

- a. Ketua Tim
- b. Anggota yang terdiri : penanggung jawab klaster 1 sampai dengan klaster 5

Ketua Tim	Anggota
1. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi regulasi (kebijakan dan SPO) penyelenggaraan keselamatan pasien 2. Menyusun, memantau dan mengevaluasi program kerja keselamatan pasien 3. Memimpin pertemuan rutin tim keselamatan pasien 4. Melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien secara eksternal 5. Memimpin investigasi jika terjadi insiden keselamatan pasien 6. Melakukan komunikasi dan koordinasi dengan lintas klaster yang berkaitan dengan penyelenggaraan keselamatan pasien 7. Menyusun dan melaporkan kegiatan program kerja keselamatan pasien pada Kepala Puskesmas	1. Bersama ketua tim melaksanakan program keselamatan pasien. 2. Mengakomodir pelaporan insiden keselamatan pasien secara internal 3. Bersama ketua tim melakukan investigasi insiden keselamatan pasien. 4. Bersama ketua tim menyusun dan melaporkan kegiatan program kerja keselamatan pasien pada Kepala Puskesmas

Uraian Tugas Dan Tanggung Jawab Tim PPI

186

Tim PPI terdiri dari :

- a. Ketua Tim
- b. Anggota yang terdiri : penanggung jawab klaster 1 sampai dengan klaster 5

Ketua Tim	Anggota
1. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi regulasi (kebijakan dan SPO) penyelenggaraan PPI 2. Menyusun, memantau dan mengevaluasi program kerja PPI 3. Memimpin pertemuan rutin tim PPI 4. Melakukan komunikasi dan koordinasi dengan lintas klaster yang berkaitan dengan penyelenggaraan PPI 5. Melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program kerja PPI secara berkala 6. Melakukan koordinasi dan menyusun serta melaksanakan penanggulangan infeksi jika terjadi KLB 7. Menyusun dan melaporkan kegiatan program kerja PPI pada Kepala Puskesmas	1. Bersama ketua tim melaksanakan program PPI. 2. Berkoordinasi dengan unit dan petugas lain dalam penerapan PPI. 3. Membantu semua petugas untuk memahami PPI 4. Turut memonitor cara kerja pegawai puskesmas dalam penerapan PPI. 5. Memberikan masukan terhadap pedoman maupun kebijakan terkait PPI. 6. Melaksanakan tugas lain yang diberikan Ketua Tim PPI.

Sumber : DRAFT PEDOMAN PPI DI FASYANKES

Uraian Tugas Dan Tanggung Jawab Tim MFK

187

Tim MFK terdiri dari :

- a. Ketua Tim
- b. Anggota yang terdiri : penanggung jawab klaster 1 sampai dengan klaster 5

Ketua Tim	Anggota
1. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi regulasi (kebijakan dan SPO) penyelenggaraan MFK 2. Menyusun, memantau dan mengevaluasi program kerja MFK 3. Memimpin pertemuan rutin tim MFK 4. Melakukan komunikasi dan koordinasi dengan lintas klaster yang berkaitan dengan penyelenggaraan MFK 5. Menyusun dan melaporkan kegiatan program kerja MFK pada Kepala Puskesmas	1. Bersama ketua tim menyusun dan melaksanakan program MFK. 2. Bersama ketua tim menyusun dan melaporkan kegiatan program kerja MFK pada Kepala Puskesmas

Uraian Tugas Dan Tanggung Jawab Tim K3

188

Tim K3 terdiri dari :

- a. Ketua Tim
- b. Anggota yang terdiri : penanggung jawab klaster 1 sampai dengan klaster 5

Ketua Tim	Anggota
1. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi regulasi (kebijakan dan SPO) penyelenggaraan K3 2. Menyusun, memantau dan mengevaluasi program kerja K3 3. Memimpin pertemuan rutin tim K3 4. Melakukan komunikasi dan koordinasi dengan lintas klaster yang berkaitan dengan penyelenggaraan K3 5. Menyusun dan melaporkan kegiatan program kerja K3 pada Kepala Puskesmas	1. Bersama ketua tim menyusun dan melaksanakan program K3 2. Bersama ketua tim menyusun dan melaporkan kegiatan program kerja K3 pada Kepala Puskesmas

Uraian Tugas Dan Tanggung Jawab Tim Audit Internal

189

Tim Audit Internal terdiri dari :

Catatan : Satu tim audit disesuaikan dengan kebutuhan Fasilitas kesehatan

Uraian Tugas Tim Audit	Kompetensi Tim Audit
1. Memahami prosedur, metoda, dan perangkat audit. Tim audit internal harus memahami Standar Operasional Prosedur (SOP) audit internal, memahami metoda-metoda yang digunakan dalam pelaksanaan audit, dan mampu menyusun dan memahami perangkat audit yang akan digunakan 2. Menyusun rencana audit dan instrumen audit 3. Menginformasikan rencana audit kepada unit kerja yang akan diaudit 4. Melakukan audit sesuai dengan jadwal 5. Mengukur tingkat kesesuaian antara fakta yang diperoleh dengan standar/ kriteria audit secara objektif 6. Menyepakati tindak lanjut dengan pihak yang diaudit 7. Menyampaikan hasil audit internal kepada Kepala Puskesmas	1. Merupakan seorang tenaga kesehatan dengan minimal pendidikan Diploma 3. 2. Berpengalaman bekerja minimal 2 (dua) tahun di Puskesmas 3. Diutamakan sudah mengikuti workshop audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen

PENYELENGGARAAN MANAJEMEN RISIKO DI PUSKESMAS DILAKSANAKAN SESUAI DENGAN KETENTUAN PERATURAN PERUNDANGAN –UNDANGAN YANG BERLAKU

1. Pengertian



Risiko adalah kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang berdampak negatif terhadap pencapaian sasaran organisasi



Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan Risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola Risiko dan potensinya



Manajemen Risiko terintegrasi adalah proses identifikasi, analisis, evaluasi dan pengelolaan semua risiko yang potensial dan diterapkan terhadap semua unit/bagian/program/kegiatan mulai dari penyusunan rencana strategis, penyusunan dan pelaksanaan program dan anggaran, pertanggungjawaban dan monitoring dan evaluasi serta pelapora

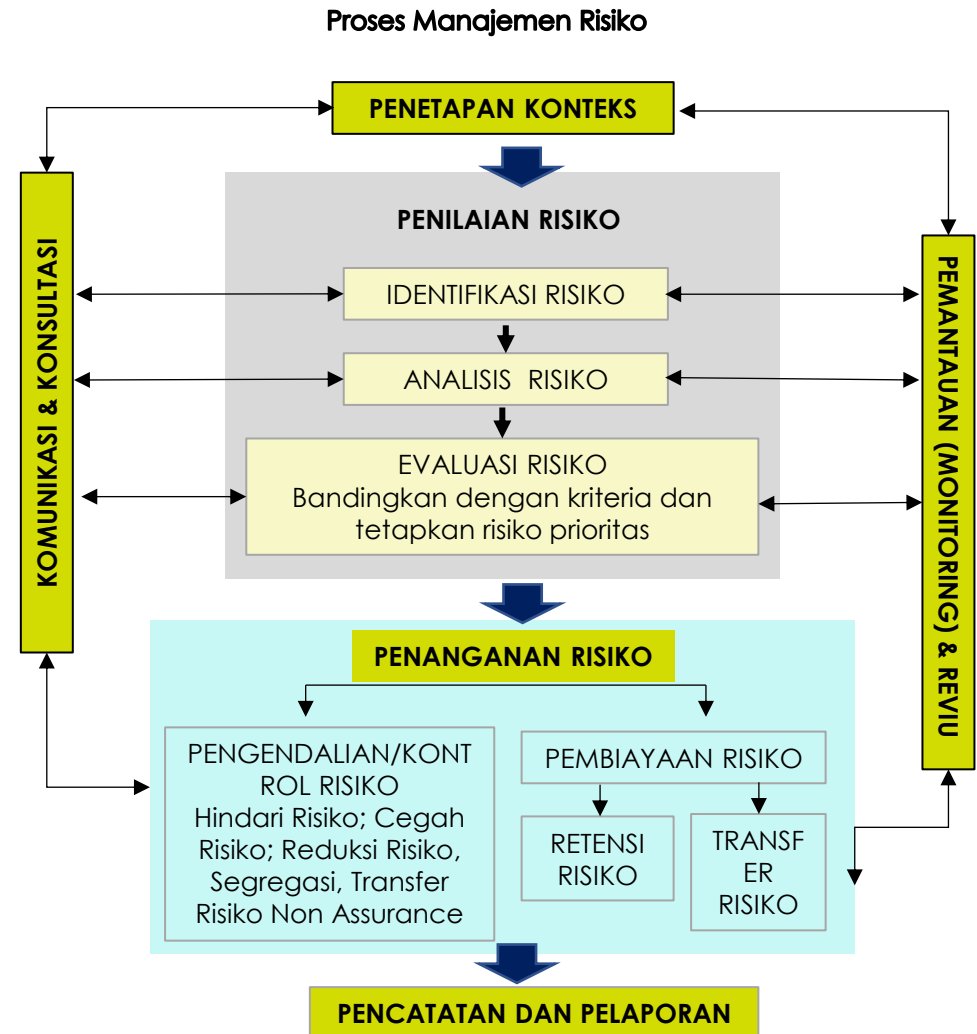
A. MANAJEMEN RESIKO

191

2. Tujuan

- 1 Mengantisipasi dan menangani segala bentuk Risiko secara efektif dan efisien
- 2 Meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi
- 3 Memberikan dasar pada setiap pengambilan keputusan dan perencanaan
- 4 Meningkatkan pencapaian tujuan dan peningkatan kinerja

Sumber : Permenkes No.25 Th. 2019



3. Komunikasi & Konsultasi

Komunikasi proses interaktif dalam pertukaran informasi dan pendapat mengenai risiko dan pengelolaannya. Proses secara internal dalam organisasi (bagian, unit) dan eksternal

Konsultasi : proses komunikasi antara organisasi dengan pemangku kepentingan, mengenai isu tertentu, terkait pengambilan keputusan termasuk penerapan manajemen risiko

Komunikasi dan konsultasi dilakukan disetiap tahap Proses Manajemen Risiko

Bentuk Komunikasi & Konsultasi:

1. Lokakarya Mini
2. Pembinaan
3. Rapat Tinjauan Manajemen
4. *Focus Group Discussion* (FGD)
5. Sistem Informasi
6. Pelaporan

Contoh Rencana Komunikasi Dan Konsultasi Internal Dan Eksternal

No	Kegiatan Komunikasi dan Konsultasi	Tujuan	Media Komunikasi dan Konsultasi	Tempat dan waktu	Penanggung Jawab
1	Pembahasan register risiko	Memperoleh masukan dalam penyusunan register risiko	Lokmin bulan Desember	Aula Puskesmas Kasih, 4 Desember 2023	Tim Manajemen Risiko
2	Pelaporan Penanganan Risiko ke Dinkes Kab	Menyampaikan upaya penanganan risiko yang sudah dilakukan selama th. 2023	Surat Elektronik (Email)	Puskesmas Kasih, 30 Desember 2023	Tim Manajemen Risiko

4. Penetapan Konteks

Tiga Hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Penetapan Konteks :

1. Konteks Eksternal

Konteks eksternal merupakan situasi dari luar yang dapat mempengaruhi cara fasilitas kesehatan dalam mengelola risiko

CONTOH PENETAPAN KONTEKS EKSTERNAL

No	Konteks Eksternal	Pengaruh terhadap proses manajemen risiko
1	Kebijakan Pemerintah Pusat dan Daerah	Rencana penanganan risiko
2	Sosial ekonomi	Rencana penanganan dan pengendalian risiko

2. Konteks Internal

Konteks internal merupakan situasi dari dalam yang dapat mempengaruhi cara fasilitas kesehatan dalam mengelola risiko

CONTOH PENETAPAN KONTEKS INTERNAL

No	Konteks Internal	Pengaruh terhadap proses manajemen risiko
1	Kompetensi SDM Puskesmas	Penilaian, penanganan dan pengendalian risiko
2	Keuangan Puskesmas	Rencana penanganan, pembiayaan dan pengendalian risiko

A. MANAJEMEN RESIKO

194

4. Penetapan Konteks (Lanjutan)

3. Kriteria Risiko



5. Penilaian Risiko

Penilaian risiko terdiri dari proses : **identifikasi risiko, analisis risiko dan evaluasi risiko**

1. Identifikasi Risiko

- a. **Risiko Klinis** terkait Keselamatan Pasien
- b. **Risiko Non Klinis** diluar keselamatan pasien, seperti : risiko PPI, risiko K3, risiko MFK, risiko keuangan, dll

2. Analisis Risiko

Proses analisa pada potensi risiko dengan mempertimbangkan frekuensi & dampak risiko

Analisis Risiko menggunakan :

- a. Risiko Klinis menggunakan Matriks Grading Risiko
- b. Risiko Non Klinis menggunakan Matrik Analisis Risiko Non Klinis

3. Evaluasi Risiko

Evaluasi risiko adalah proses membandingkan antara hasil analisa risiko dengan grading / kriteria / kelompok risiko sesuai yang ditetapkan untuk menentukan apakah risiko dapat diterima / ditoleransi.

Tujuan Evaluasi adalah membantu dalam pengambilan keputusan.

Evaluasi Risiko adalah membandingkan antara biaya dan keuntungan

6. Kategori Risiko

No	Kategori Risiko	Definisi
1	Risiko Keuangan	Risiko yang disebabkan oleh segala sesuatu yang menimbulkan tekanan terhadap pendapatan dan belanja Puskesmas Misalnya: Risiko kenaikan biaya pengadaan BMHP
2	Risiko Strategi	Risiko yang disebabkan oleh adanya penetapan kebijakan baik internal maupun eksternal yang berdampak langsung kepada Puskesmas Misalnya: waktu pelayanan Puskesmas
3	Risiko Operasional	Risiko yang disebabkan oleh : a. Ketidacukupan dan/atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia, dan kegagalan sistem pelayanan Puskesmas b. Adanya keadaan eksternal yang mempengaruhi operasional Puskesmas (klinis dan non klinis)
4	Risiko Kepatuhan	Risiko yang disebabkan oleh Puskesmas atau pihak eksternal yang tidak mematuhi dan/ atau tidak melaksanakan peraturan perundang-undang dan ketentuan lain yang berlaku Misalnya: Puskesmas tidak patuh terhadap regulasi eksternal
5	Risiko Reputasional	Risiko yang disebabkan oleh menurunnya kepercayaan publik/masyarakat yang bersumber dari persepsi negatif tentang Puskesmas Misalnya: Kesalahpahaman antara pelanggan dan petugas sehingga menyebabkan citra Puskesmas menjadi kurang baik

A. MANAJEMEN RESIKO

197

7. Analisis Risiko Klinis

Probabilitas

LEVEL	FREKUENSI	KEJADIAN AKTUAL
1	Sangat jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2 - 5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi 1 – 2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat sering	Terjadi dalam mingguan/bulanan

Dampak

LEVEL	DESKRIPSI	CONTOH DESKRIPSI
1	Insinificant	Tidak ada cedera
2	Minor	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual secara semi permanen/reversible/tidak berhubungan dengan penyakit
4	Major	Cedera luas Kehilangan fungsi utama permanen (motorik,sensorik,psikologis, intelektual), permanen/irreversible/tidak berhubungan dengan penyakit
5	Cathastropic	Kematian yg tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Matriks Grading Risiko

Frekuensi/ Likelihood	Potencial Consequences				
	Insignif ant 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastrophic 5
Sangat Sering Terjadi (Tiap mgg /bln) 5	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Sering terjadi (Bebrp x /thn) 4	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Mungkin terjadi (1-2 thn/x) 3	Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Jarang terjadi (>2-5 thn/x) 2	Low	Low	Moderate	High	Extreme
Sangat jarang sekali (>5 thn/x) 1	Low	Low	Moderate	High	Extreme

Can be manage by procedure (Tindak lanjuti sesuai SPO)	Clinical Manager / Lead Clinician should assess the consequences againts cost of treating the risk (Manajer analisa dampak yg akan timbul terkait cost)	Detailed review & urgent treatment should be undertaken by senior management (Analisa detail & urget (RCA) oleh Manajemen senior)	Immediate review & action required at Board level. Director must be informed (Analisa segera (RCA) di BOD. Dirut di informasikan
--	---	---	--

8. Analisis Risiko Non Klinis

Kemungkinan (Probabilitas)

LEVEL KEMUNGKINAN (PROBABILITAS)	KRITERIA KEMUNGKINAN (PROBABILITAS)
Hampir Tidak Terjadi (1)	Peristiwa hanya timbul pada kondisi yang luar biasa Persentase 0 – 10%
Jarang Terjadi (2)	Peristiwa diharapkan tidak terjadi Persentase > 10 – 30%
Kadang Terjadi (3)	Peristiwa kadang – kadang bisa terjadi Persentase > 30 – 50%
Sering Terjadi (4)	Peristiwa sangat mungkin terjadi pada sebagian kondisi Persentase > 50 -90 % kegiatan dalam 1 periode
Hampir Pasti Terjadi (5)	Peristiwa selalu terjadi hampir pada setiap kondisi Persentase >90% dalam 1 periode

Matriks Analisis Risiko Non Klinis

Matriks Analisis Risiko (5x5)			DAMPAK				
			1	2	3	4	5
			Sangat Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat Tinggi
PROBABILITAS	5	Hampir Pasti Terjadi	5	10	15	20	25
	4	Sering Terjadi	4	8	12	16	20
	3	Mungkin Terjadi	3	6	9	12	15
	2	Jarang Terjadi	2	4	6	8	10
	1	Hampir Tidak Terjadi	1	2	3	4	5

Dampak (Konsekuensi)

LEVEL DAMPAK	AREA DAMPAK
Sangat Rendah (1)	Tidak berdampak pada pencapaian tujuan secara umum, agak mengganggu pelayanan, dampak dapat diatasi dengan kegiatan rutin, kerugian material kurang & tdk mempengaruhi stakeholder
Rendah (2)	Mengganggu pencapaian tujuan tapi tdk signifikan, cukup mengganggu pelayanan, berpengaruh pada efisiensi & efektifitas aspek program kerugian material kurang & sedikit mempengaruhi stakeholder
Sedang (3)	Mengganggu capaian tujuan & pelayanan secara signifikan, mengganggu administrasi program & menimbulkan kerugian cukup besar
Tinggi (4)	Sebagian tujuan gagal dilaksanakan, pelayanan terganggu >2hr <1 minggu, mengancam fungsi program yg efektif, kerugian besar dr sisi keuangan & non keuangan
Sangat Tinggi (5)	Sebagian besar tujuan gagal dilaksanakan, pelayanan terganggu >1 minggu, mengancam program & stakeholder, kerugian sangat besar dr sisi keuangan & non keuangan

A. MANAJEMEN RESIKO

199

8. Analisis Risiko Non Klinis (Lanjutan)

Matriks Kriteria Risiko

KRITERIA RISIKO			
Level	Zone	Peringkat Risiko	Tindakan
5	> 15	Sangat Tinggi	Diperlukan Tindakan segera untuk mengelola Risikonya
4	10 sd 14	Tinggi	Diperlukan Tindakan untuk mengelola Risikonya
3	5 sd 9	Sedang	Disarankan diambil tindakan jika tersedia sumber dayanya
2	3 sd 4	Rendah	Tidak diperlukan tindakan Buat Rencana darurat (contingency plan) dan terus lakukan monitoring
1	1 sd 2	Sangat Rendah	Tidak perlu tindakan Monitoring

Kategori Dampak Risiko

Skor	Derajat (tingkat)	Dampak Keuangan	Tuntutan Ganti Rugi	Penundaan Pelayanan	Dampak pada Kesehatan dan Keselamatan	Reputasi	Dampak pada pihak terkait
1	Sangat rendah	≤ 3% anggaran	≤ Rp 1.000.000	≤ 1 hari kerja	Luka kecil pada orang atau beberapa orang	Diketahui oleh seisi kantor	Hanya berdampak pada satu pihak
2	Rendah	> 3 - 5% anggaran	> Rp 1.000.000 – Rp 5.000.000	> 1 - 2 hari kerja	Luka kecil berarti pada orang atau beberapa orang	Dimuat oleh media massa lokal namun cepat dilupakan masyarakat	Berdampak pada 2 - 3 pihak
3	Sedang	> 5 - 8% anggaran	> Rp 5.000.000 - Rp 25.000.000	> 2 - 3 hari kerja	Luka berarti pada orang atau beberapa orang	Dimuat oleh media massa lokal & media sosial namun cepat dilupakan masyarakat	Berdampak pada 3 - 4 pihak
4	Tinggi	> 8 - 12% anggaran	> Rp 25.000.000 - Rp 50.000.000	> 3 - 5 hari kerja	Luka serius pada orang atau beberapa orang	Dimuat di media nasional dan media online dan diingat sementara oleh masyarakat	Berdampak pada 4-5 pihak
5	Sangat Tinggi	> 12% anggaran	> Rp 50.000.000	> 5 hari kerja	Luka berganda atau kematian atau cacat permanen	Dimuat oleh media nasional/ internasional dan media sosial/media online diingat lama oleh masyarakat	Berdampak pada lebih dari 5 pihak

9. Profil risiko

Hasil evaluasi risiko : Daftar prioritas risiko berdasarkan hasil identifikasi risiko dan analisis risiko serta pertimbangan selera risiko menjadi masukan bagi proses penentuan rencana tindak lanjut (kegiatan pengendalian)

Daftar prioritas risiko dituangkan dalam profil risiko:

Skor Kontrolibilitas (Pengendalian)	Keterangan
1	Easy = Mudah dikontrol
2	Moderat Easy = Agak mudah dikontrol
3	Moderat Difficult = Agak sulit dikontrol
4	Difficult = Sulit dikontrol

9. Profil risiko

Hasil evaluasi risiko : Daftar prioritas risiko berdasarkan hasil identifikasi risiko dan analisis risiko serta pertimbangan selera risiko menjadi masukan bagi proses penentuan rencana tindak lanjut (kegiatan pengendalian)

Daftar prioritas risiko dituangkan dalam profil risiko

Berikut contoh table profil risiko

Unit/Bagian :

NO	KATEGORI RISIKO	PERNYATAAN RISIKO	AKAR MASALAH (PENYEBAB UTAMA RISIKO)	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	CONTROLLABILITY (Pengendalian)	SCORING	RANGKING
1	2	3	4	5	6	7	8	9

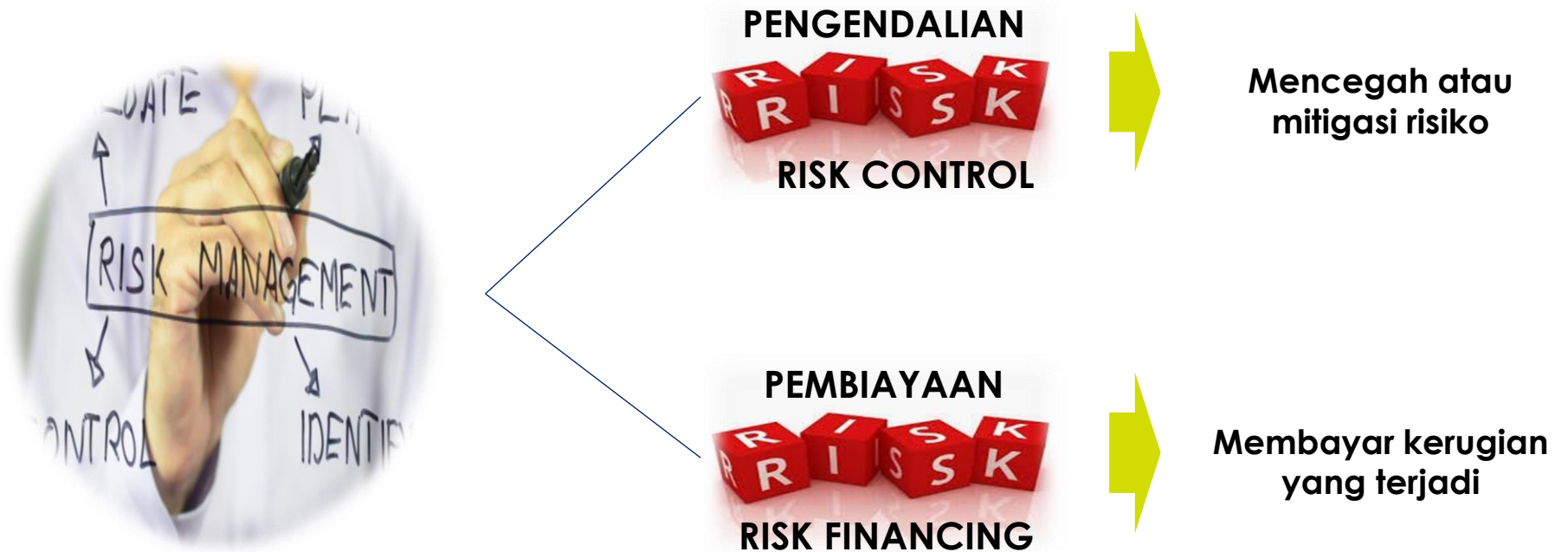
Ket Kolom:

- (1) Diisi nomor
- (2) Diisi dengan kategori risiko operasional, kebijakan, keuangan, kepatuhan, kecurangan (fraud) dan legal
- (3) Diisi pernyataan risiko yang menggambarkan peristiwa atau kejadian yang menggambarkan tidak tercapainya program/kegiatan
- (4) Diisi dengan akar masalah atau penyebab terjadinya risiko
- (5) Diisi dengan Skor dampak (1-5), tergantung tingkatan dampak
- (6) Diisi dengan Skor probabilitas (1-5), tergantung tingkatan kemungkinan (P)
- (7) Diisi dengan Skor controllability (1-4), yaitu 1. easy mudah untuk dikontrol, 2. Moderate easy agak mudah dikontrol, 3. Moderate difficult agak sulit dikontrol, 4. Difficult sulit untuk dikontrol
- (8) Diisi dengan hasil perkalian dari kolom (5)x(6)x(7)
- (9) Diisi dengan hasil perbandingan

A. MANAJEMEN RESIKO

202

10. Penanganan Risiko



11. Pengendalian



RISK CONTROL

1

HINDARI RISIKO

- Menghindari kegiatan yang berisiko yg menimbulkan banyak risiko dari pada peluang
- Satu-satunya teknik kontrol risiko yg menghilangkan kerugian dgn tidak terlibat dalam risiko tersebut
- Tidak berdampak pada finansial dan tidak perlu mitigasi

2

CEGAH KERUGIAN

Reduksi/eliminasi potensial kerugian (inspeksi fasilitas, pelaporan nilai kritis, hand hygiene, survei kepuasan,dll)

3

REDUKSI KERUGIAN

Mitigasi dampak saat pertama kejadian dan reduksi kerugian selanjutnya

4

SEGREGASI (MEMISAHKAN)

Membagi pelayanan/kegiatan untuk mengurangi risiko kerugian dalam satu kejadian

5

CONTRACTUAL TRANSFER

Mereduksi kerugian dengan membuat Kontrak dan Pergeseran Tanggung Jawab Hukum kerugian dari satu pihak ke pihak lain

12. Pembiayaan



RISK FINANCING

RISK RETENTION

(Menerima Risiko)

Keputusan untuk menerima risiko
Risiko yg dapat diterima : level rendah dan sangat rendah

RISK TRANSFER

(Transfer Risiko)

Tindakan untuk memindahkan konsekuensi risiko ke pihak ketiga

12. Pemantauan (Monitoring) & Reviu



Pemantauan (monitoring) & Reviu

memastikan bahwa Manajemen Risiko dan usulan perbaikan telah dilaksanakan sesuai rencana penanganan risiko

Pelaksanaan monitoring & reviu :

1. Pengendalian rutin penanganan risiko dengan cara membandingkan kinerja aktual dengan kinerja yg diharapkan
2. monitoring efektivitas semua langkah dalam proses penanganan risiko berdasarkan laporan pelaksanaan tahap sebelumnya guna memastikan bahwa prioritas penanganan Risiko masih selaras dengan perubahan di dalam lingkungan kerja
3. monitoring dan reviu secara berkala **minimal 6 bulan**

Keluaran pelaksanaan pemantauan (monitoring) & reviu → **Laporan hasil pemantauan (monitoring) & reviu** : Pelaporan kelemahan yang masih ada tanpa meninggalkan hal-hal positif yang telah dicapai

11. Pencatatan & Pelaporan



Laporan Profil Risiko : merupakan kumpulan risiko kunci (utama) yang disusun pada masing-masing unit pada saat penyusunan rencana kerja dan anggaran

Laporan Proses Manajemen Risiko : di masing-masing unit kerja yang memuat informasi mengenai risiko kunci (utama) yang dikelola, rencana mitigasi / pengelolaan, dan realisasi mitigasi / pengelolaan Risiko yang telah dijalankan

Laporan Pemantauan & Reviu : proses manajemen risiko di masing-masing unit kerja

B. INDIKATOR MUTU

206

1. Indikator Nasional Mutu

2. Indikator Mutu Prioritas Puskesmas

3. Indikator Mutu Prioritas Pelayanan

Profil Indikator Mutu

Judul	Judul singkat yang spesifik mengenai indikator apa yang akan diukur tanpa menyebutkan satuan pengukuran.
Dasar Pemikiran	Dasar pemilihan indikator, yang berasal dari ketentuan peraturan, literatur, data, analisis situasi.
Dimensi Mutu	Prinsip atau tujuan prioritas dalam memberikan pelayanan, meliputi efektif (effective), keselamatan pasien (safe), berorientasi kepada pasien (people-centred), tepat-waktu (timely), efisien (efficient), adil (Equitable) dan terintegrasi (Integrated)
Tujuan	Hasil yang ingin dicapai dengan melakukan indikator mutu
DO	Batasan pengertian yang dijadikan pedoman dalam melakukan pengukuran indikator untuk menghindari kerancuan
Tipe Indikator	Input, Proses, Output, Outcome
Satuan Pengukuran	Standar atau dasar ukuran yang digunakan
Numerator	Jumlah subjek atau kondisi yang ingin diukur dalam populasi atau sampel yang memiliki karakteristik tertentu
Denominator	Semua peluang yang ingin diukur dalam populasi atau sampel
Target Pencapaian	Sasaran yang telah ditetapkan untuk dicapai

B. INDIKATOR MUTU

207

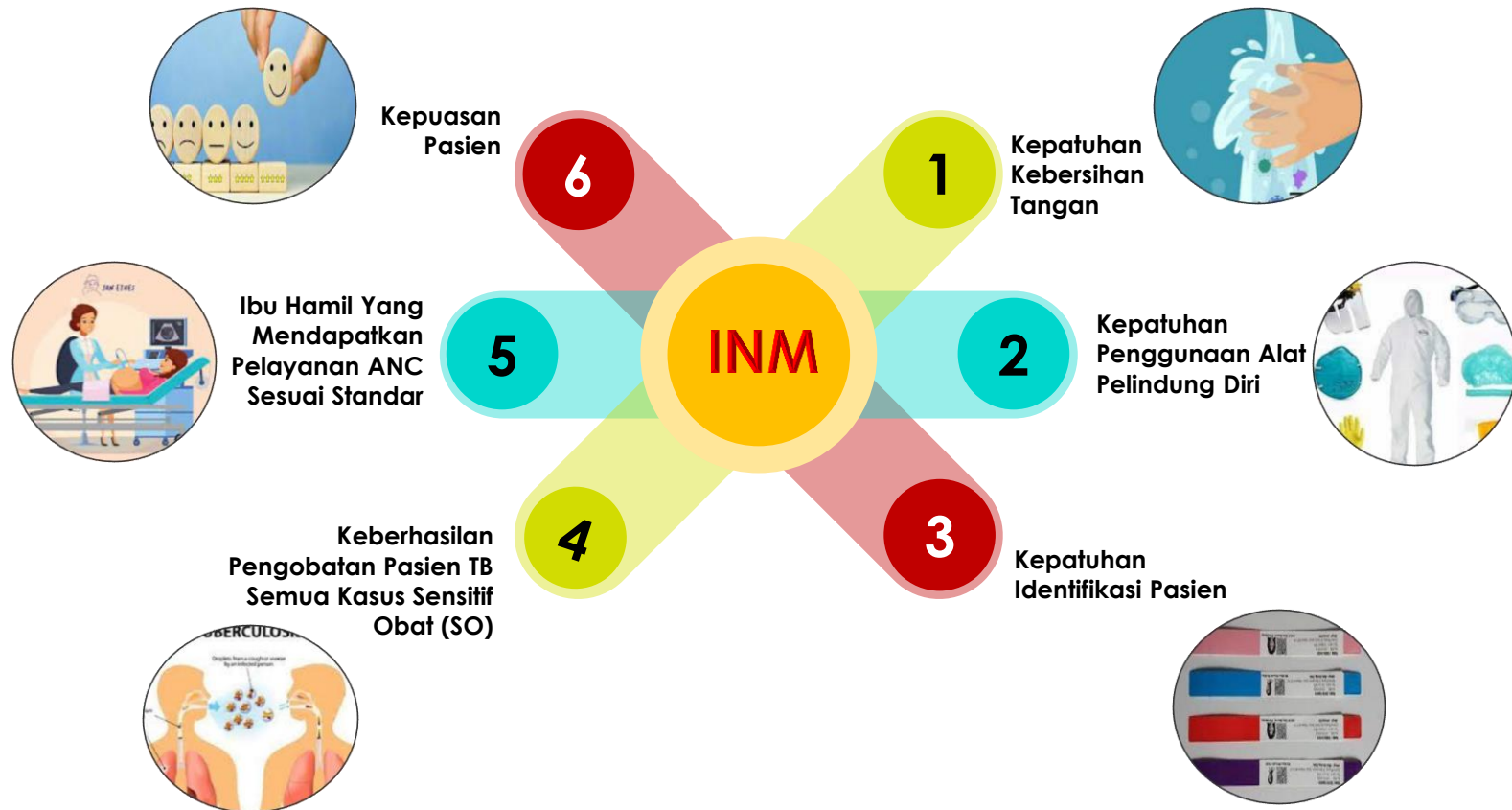
Profil Indikator Mutu (Lanjutan)

Kriteria	Inklusi, Eksklusi
Formula	Rumus untuk menghasilkan nilai indikator
Desain Pengumpulan Data	Retrospektif , Survei harian
Sumber Data	Asal data yang diukur (Data Primer, Data Sekunder)
Instrumen Pengambilan Data	Alat atau tools atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data
Besar Sampel	Jumlah data yang harus dikumpulkan agar pengukuran menjadi refresentatif. Menyesuaikan kaidah statistik.
Cara Pengambilan Sampel	Cara memilih sampel dari populasi untuk mengumpulkan informasi /data yang menggambarkan sifat atau ciri yang dimiliki populasi. Secara umum: Probability Sampling dan Non Probability Sampling
Periode Pengumpulan data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan pengumpulan data, contohnya tiap bulan.
Penyajian Data	Cara menampilkan data, Contoh; tabel, runchart, grafik.
Periode analisis dan pelaporan data	Kurun waktu yang ditetapkan untuk melakukan analisis dan pelaporan data , contoh: setiap bulan dan setiap triwulan.
Penanggung Jawab	Petugas yang bertanggung jawab untuk mengkoordinir upaya pencapaian target yang ditetapkan.

B. INDIKATOR MUTU

208

1. Indikator Nasional Mutu



Sumber : PMK 30 TH.2022

(1). Kepatuhan Kebersihan Tangan

NUMERATOR

Jumlah tindakan
kebersihan tangan
yang dilakukan

DENUMERATOR

Jumlah total peluang
kebersihan tangan
yang seharusnya
dilakukan dalam
periode observasi

INKLUSI

Seluruh peluang yang
dimiliki oleh pemberi
pelayanan terindikasi harus
melakukan kebersihan
tangan

EKSKLUSI

Tidak ada

FORMULA

Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan

Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya
dilakukan dalam periode observasi

x 100 %

Sumber : PMK 30 TH.2022

(1). Kepatuhan Kebersihan Tangan

Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	H=Hasil observasi/pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan
Besaran Sampel dan Teknik Sampling	• Minimal 200 peluang per unit • Non-probability Sampling – Consecutive sampling
Pelaporan dan Analisa	▪ Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan ▪ Analisis dilakukan setiap bulan/ triwulan/tahunan

Target: $\geq 85\%$

(2). Kepatuhan Penggunaan APD

NUMERATOR

Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi

DENUMERATOR

Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi

INKLUSI

Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD

EKSKLUSI

Tidak ada

FORMULA

Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi

Jumlah petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi

x 100 %

(2). Kepatuhan Penggunaan APD

Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi/pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan
Besaran Sampel dan Teknik Sampling	▪ total sampel jika jumlah populasi ≤ 30 ▪ Rumus Slovin jika jumlah populasi > 30 ▪ Non Probability Sampling – Consecutive Sampling
Pelaporan dan Analisa	▪ Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan ▪ Analisis dilakukan setiap bulan/ triwulan/tahunan

Target: 100%

(3). Kepatuhan Identifikasi Pasien

NUMERATOR

Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi

DENUMERATOR

Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi

INKLUSI

Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan

EKSKLUSI

Tidak ada

FORMULA

Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi

Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi

x 100 %

(3). Kepatuhan Identifikasi Pasien

Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	hasil observasi/pengamatan menggunakan formulir pengumpulan data/aplikasi pelaporan
Besaran Sampel dan Teknik Sampling	▪ total sampel jika jumlah populasi ≤ 30 ▪ Rumus Slovin jika jumlah populasi > 30 ▪ Non Probability Sampling – Consecutive Sampling
Pelaporan dan Analisa	▪ Pelaporan dilakukan setiap bulan/triwulan/tahunan ▪ Analisis dilakukan setiap bulan/ triwulan/tahunan

Target: 100%

(4). Keberhasilan Pengobatan TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)

NUMERATOR

Jumlah semua pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas

DENUMERATOR

Jumlah semua kasus TB SO yang diobati pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas

INKLUSI

Semua pasien TB SO yang dinyatakan sembuh dan menjalani pengobatan secara lengkap di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan

EKSKLUSI

1. Pasien TB pindahan yang tidak dilengkapi dengan TB.09 dan hasil pengobatan pasien TB pindahan dengan TB.10
2. Pasien TB dengan hasil positif pada bulan ke 5 atau bulan ke 6
3. Pasien TB meninggal sebelum berakhir masa

FORMULA

Jumlah semua pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas

Jumlah semua kasus TB SO yang diobati pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas

x 100 %

(4). Keberhasilan Pengobatan Tb Semua Kasus Sensitif Obat (SO)

Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Formulir TB/Sistem Informasi TB (SITB)
Besaran Sampel dan Teknik Sampling	Total Sampel
Pelaporan dan Analisa	▪ Pelaporan dilakukan setiap bulan ▪ Analisis dilakukan setiap triwulan/semesteran/tahunan

Target: 90%

(5). Ibu Hamil Yang Mendapatkan ANC Sesuai Standar

NUMERATOR

Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan

DENUMERATOR

Jumlah seluruh ibu hamil yang telah bersalin yang mendapatkan pelayanan ANC di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan

INKLUSI

Seluruh ibu hamil yang telah bersalin di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan

EKSKLUSI

1. Ibu hamil dengan K1 bukan di trimester 1
2. Ibu hamil yang pindah domisili (*drop out*)
3. Ibu hamil yang tidak menyelesaikan masa kehamilan (*abortus*)
4. Ibu hamil pindahan yang tidak memiliki catatan riwayat kehamilan lengkap
5. Ibu hamil meninggal sebelum bersalin
6. Ibu hamil yang bersalin sebelum menyelesaikan K4 (*premature*)

FORMULA

Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan

Jumlah seluruh ibu hamil yang telah bersalin yang mendapatkan pelayanan ANC di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan

x 100 %

(5). Ibu Hamil Yang Mendapatkan ANC Sesuai Standar

Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	1. Kohort Ibu, Kartu Ibu, PWS KIA, Buku Register Ibu 2. e-Kohort
Besaran Sampel dan Teknik Sampling	Total Sampel
Pelaporan dan Analisa	▪ Pelaporan dilakukan setiap bulan ▪ Analisis dilakukan setiap triwulan/semesteran/tahunan

Target: 100%

(6). Kepuasan Pasien



(6). Kepuasan Pasien

Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Data primer dengan lembar kuesioner survei kepuasan pasien
Besaran Sampel dan Teknik Sampling	▪ Tabel Sampel Krejcie and Morgan ▪ Stratified Random Sampling (berdasarkan unit pelayanan)
Pelaporan dan Analisa	▪ Pelaporan dilakukan setiap 6 bulan/ semesteran ▪ Analisis dilakukan setiap 6 bulan/tahunan

Target: 76.61%

2. Indikator Mutu Prioritas Puskesmas

Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas

3. Indikator Mutu Prioritas Pelayanan

Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di unit masing-masing pelayanan klaster

Catatan : penetapan prioritas masalah dapat menggunakan metode USG atau 3H +1P

1

**Pencatatan/Input
Data**

2

Pelaporan Data

Kapan Dilakukan:

- Indikator baru
- Perubahan Kamus Indikator

3

Validasi Data

Tujuan :

Untuk Menjamin
Data Akurat/Sahih

Petugas :

Validator (Tim Data
& Informasi)

4

**Analisa dan
Penyajian Data**

Analisis Data :

Untuk Melihat Capaian
Target & Kesenjangan
Serta Mengetahui
Masalahnya



Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di Puskesmas Dilaksanakan Sesuai Dengan Ketentuan Peraturan Perundangan –Undangn Yang Berlaku

6 SASARAN KESELAMATAN PASIEN

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif
3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
4. Memastikan pasien, lokasi, dan prosedur, pembedahan yang benar
5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

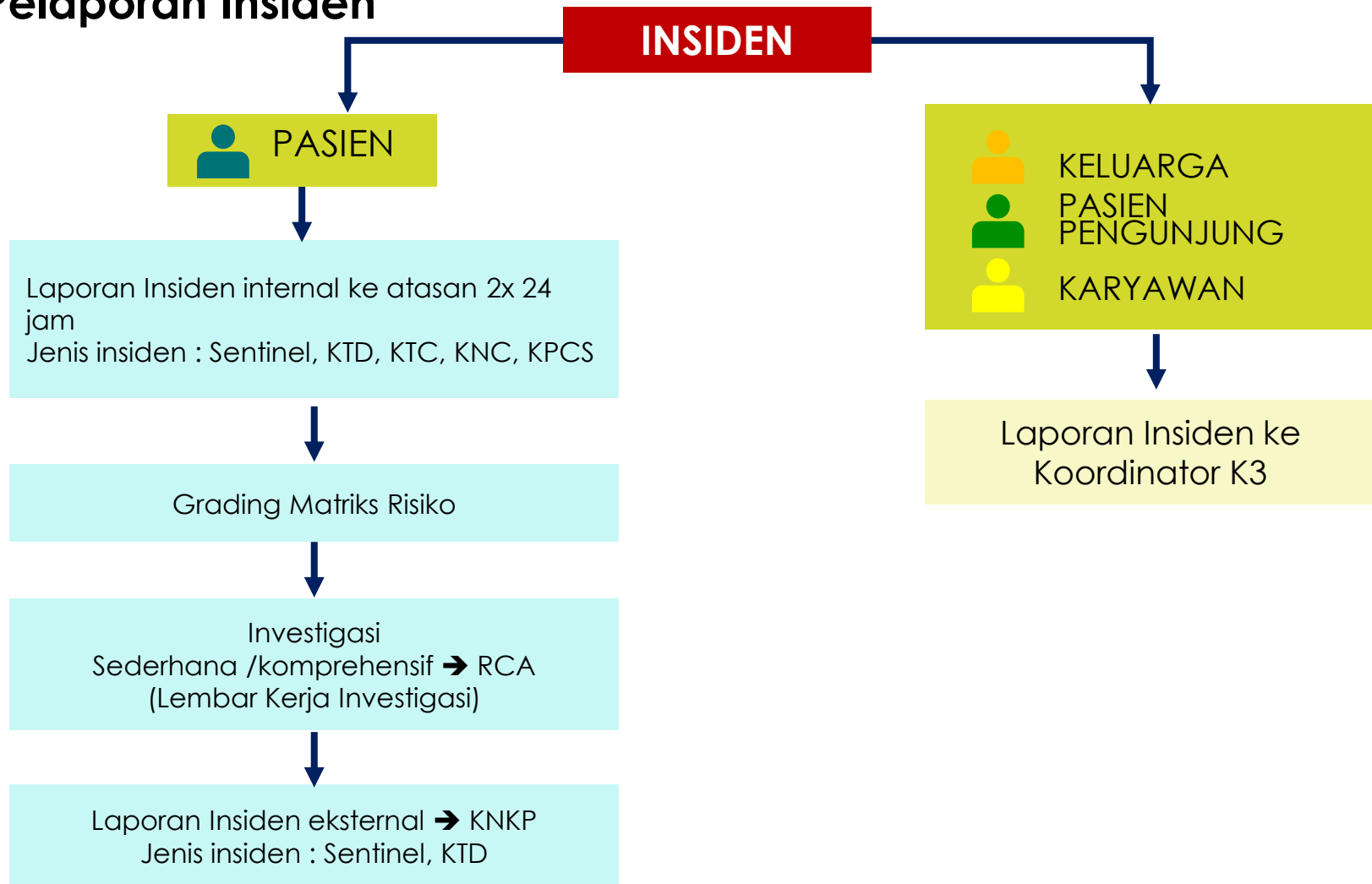
PROGRAM KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS

1. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien
2. Pengelolaan Insiden
3. Pelaporan Insiden

C. KESELAMATAN PASIEN

224

Alur Pelaporan Insiden



Sumber : paparan IKP

Jenis Insiden

1. Kondisi Potensial Cedera Signifikan

Kondisi yang tidak berhubungan dengan proses penyakit pasien yang dapat berpotensi menyebabkan terjadinya kejadian sentinel atau cedera yang signifikan;

Contoh :

Lantai licin, karena basah belum kering setelah di pel

2. Kejadian Nyaris Cedera

Insiden yang belum terpapar pada pasien

Contoh :

Pemberian tetes mata kloramfenikol tertukar dengan tetes telinga kloramfenikol tapi ketahuan

3. Kejadian Tidak Cedera

Insiden yang sudah terpapar kepada pasien tapi tidak menimbulkan cedera

Contoh :

Pasien menerima obat yang sebenarnya kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara cepat lalu segera diberikan anti dotum)

4. Kejadian Tidak Diharapkan

Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien

Contoh :

Efek samping Obat

5. Kejadian Sentinel

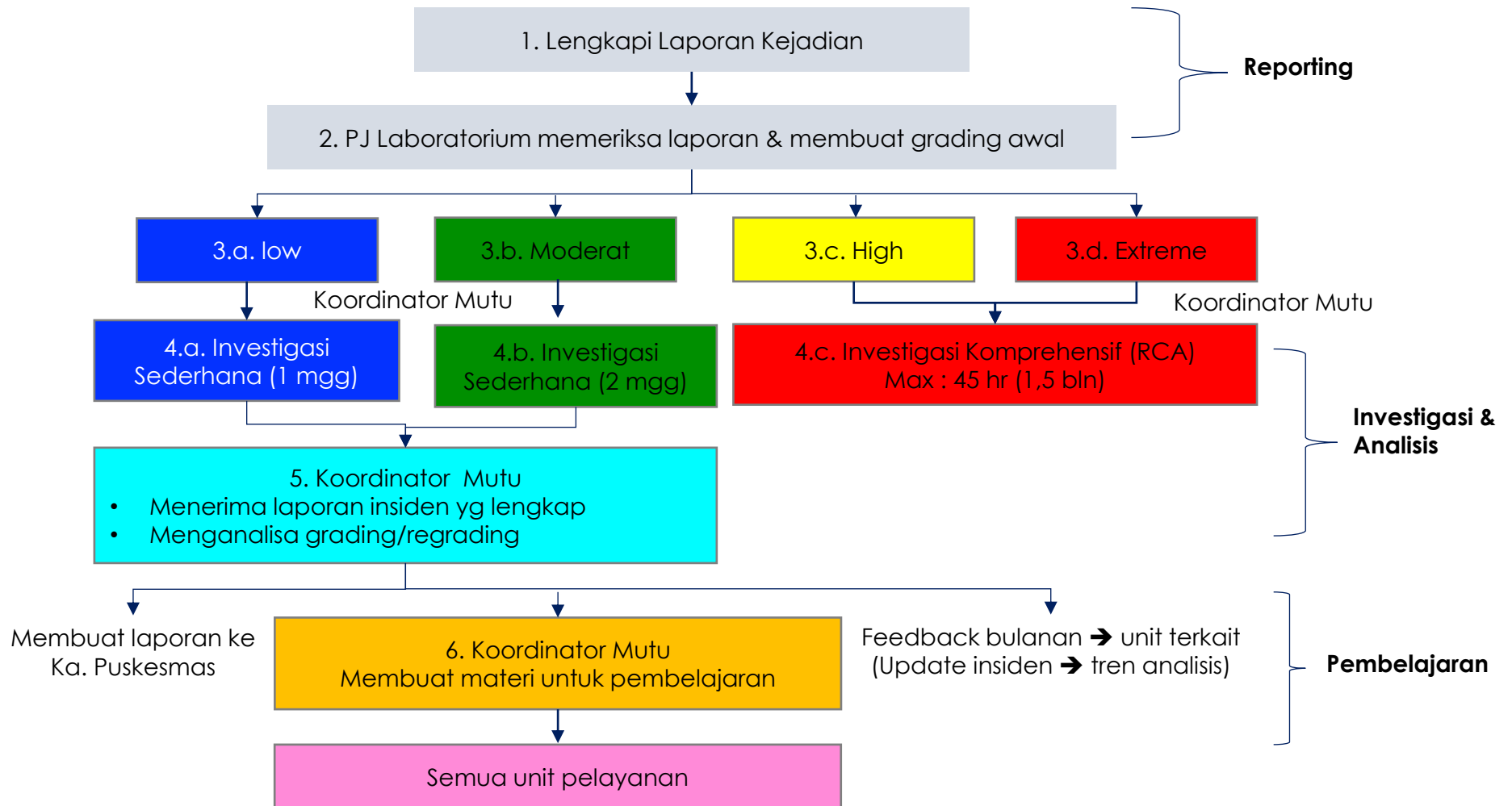
Suatu kejadian tidak diinginkan yang menyebabkan kematian atau cedera serius

Contoh :

Pasien meninggal dunia pada saat dilakukan tindakan hecting

C. KESELAMATAN PASIEN

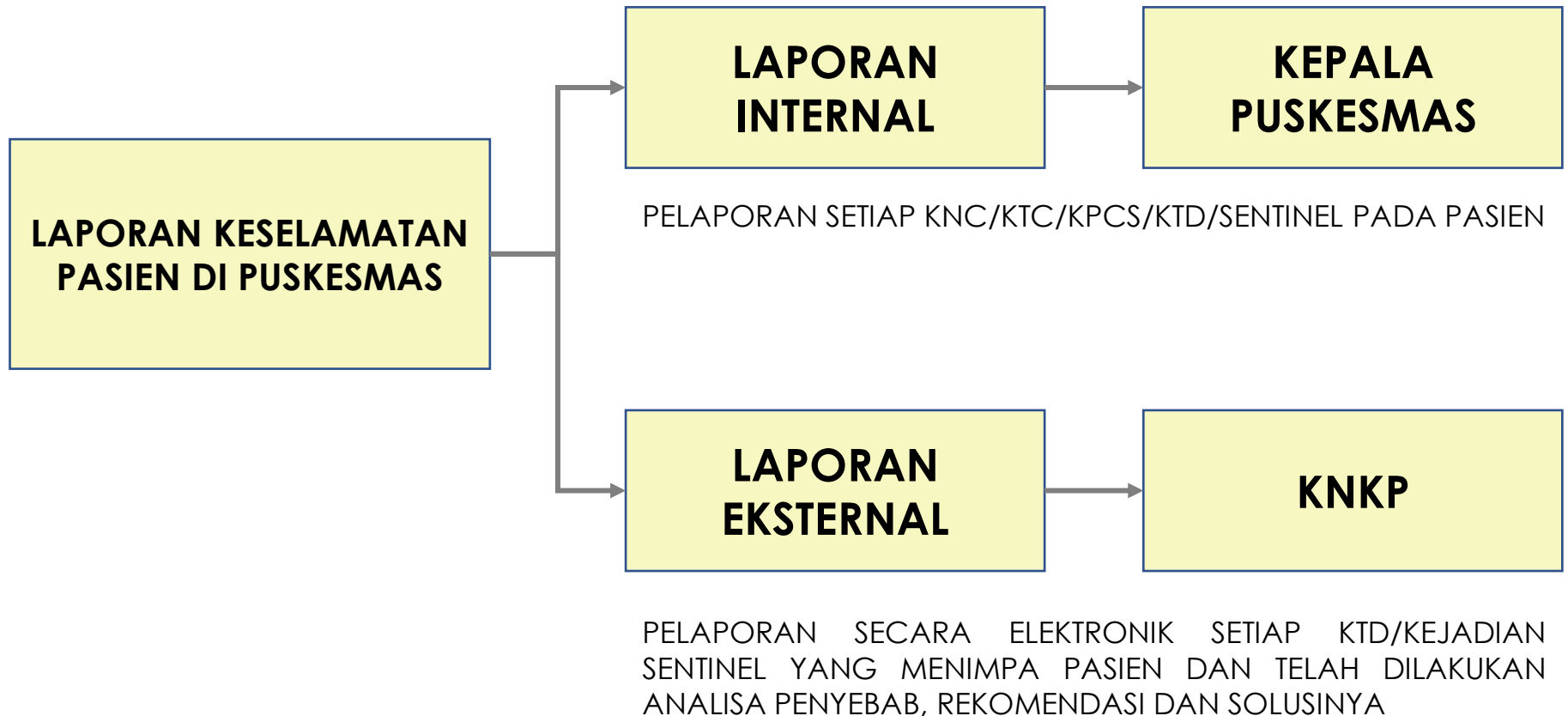
Alur Investigasi Risiko



C. KESELAMATAN PASIEN

227

Laporan Insiden Keselamatan

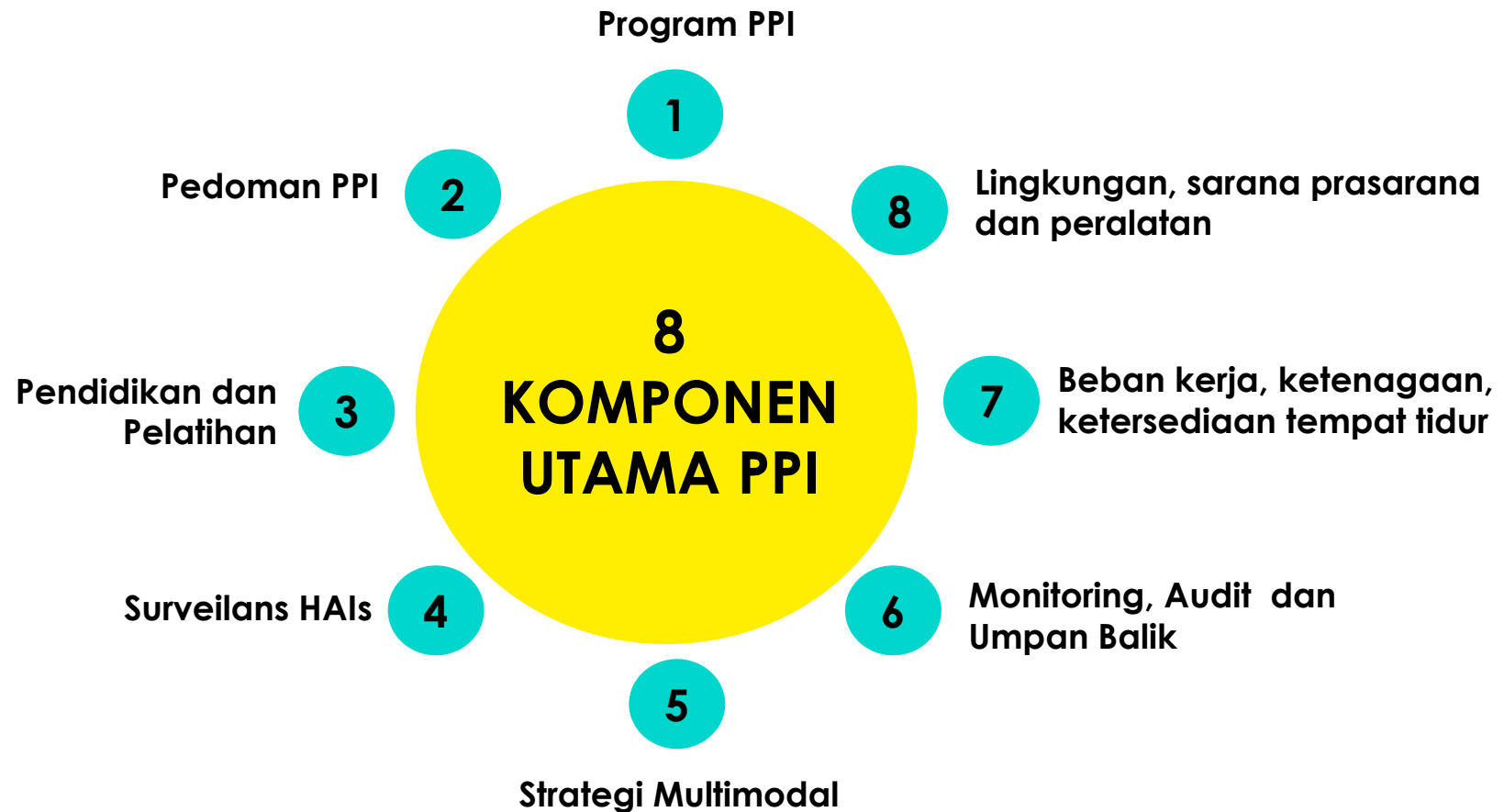


Sumber : paparan IKP

D. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

228

Penyelenggaraan PPI di Puskesmas Dilaksanakan Sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundangan-Undangan Yang Berlaku



Kewaspadaan Isolasi



11 komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, alat pelindung diri (apd), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal punksi yang aman. (pmk 27/2017)



5 jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi terdiri dari: kontak, droplet, udara, common vehicle (makanan, air, obat, alat, peralatan) & vektor (lalat, nyamuk, tikus)

Infection Control Risk Assessment (ICRA)

ICRA merupakan sistem pengontrolan pengendalian infeksi yang terukur dengan melihat kontinuitas dan probabilitas aplikasi pengendalian infeksi di lapangan, berdasarkan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan

Langkah – Langkah Pengkajian Icra

1. IDENTIFIKASI RISIKO

Beratnya dampak potensial, sering munculnya kejadian risiko

2. ANALISI RISIKO

Mengapa terjadi, seberapa sering terjadi, siapa yang berkontribusi, dimana kejadiannya dan apa dampak serta biaya untuk mencegahnya

3. KONTROL RISIKO

Strategi pengurangan risiko/ mengeliminasi kemungkinan risiko yg akan jadi masalah

4. MONITORING RISIKO

Memastikan rencana pengurangan risiko dilaksanakan → umpan balik perbaikan

Pencatatan & Pelaporan

- **Laporan Hasil Pemantauan**
- **Laporan Hasil Surveillance**
- **Laporan Hasil ICRA**
- **Laporan Hasil Diklat/Penyuluhan**

Bentuk laporan kegiatan PPI mengikuti hasil pencatatan, analisis data dan pelaporan yang telah dilakukan pada kegiatan surveilans, audit, ICRA, serta kegiatan PPI lainnya

Periode pelaporan per periode disesuaikan dengan kebijakan Puskesmas

Penyelenggaraan MFK di Puskesmas Dilaksanakan Sesuai Dengan Ketentuan Peraturan Perundangan – Undangan Yang Berlaku

Sarana (bangunan), prasarana, peralatan, keselamatan dan keamanan lingkungan dikelola dalam **Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)** Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.

PROGRAM MANAJEMEN FASILITAS DAN KESALAMATAN (MFK), MELIPUTI :

1

Manajemen Keselamatan Dan Keamanan Fasilitas

Manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas dirancang untuk mencegah terjadinya cedera pada pengguna layanan, pengunjung, petugas dan masyarakat

Contoh : pemasangan cctv, tanda pengenal petugas, pasien dan pendamping pasien, kode darurat merah dan biru, dll

Sumber : KMK 165 TH.2023

2

Manajemen Bahan Berbahaya Beracun (B3) Dan Limbah B3

Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan, dan penggunaan bahan berbahaya beracun (B3), pengendalian dan pembuangan limbah B3 dilakukan berdasarkan perencanaan dan ketentuan peraturan perundang-undangan

3 Manajemen Kedaruratan Dan Bencana

Manajemen kedaruratan dan bencana adalah tanggap terhadap wabah, bencana dan keadaan kegawatdaruratan akibat bencana. Manajemen kedaruratan dan bencana direncanakan dan efektif .

4 Manajemen Pengamanan Kebakaran

Manajemen pengamanan kebakaran secara umum meliputi pencegahan terjadinya kebakaran dengan melakukan identifikasi area berisiko bahaya kebakaran dan ledakan, penyimpanan dan pengelolaan bahan-bahan yang mudah terbakar, penyediaan proteksi kebakaran aktif dan pasif .

5 Manajemen Alat Kesehatan

Manajemen alat kesehatan ini berguna untuk mengurangi risiko ketidaktersediaan dan kegagalan fungsi alat kesehatan. Alat kesehatan harus dipilih, dipelihara, dan digunakan sesuai dengan ketentuan.

6 Manajemen Utilitas

Manajemen sistem utilitas meliputi sistem listrik, sistem air, sistem gas medik, dan sistem pendukung lainnya, seperti generator (genset), serta perpipaan air.

7 Pendidikan Mfk

Puskesmas menyusun dan melaksanakan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) bagi petugas .

F. KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3)

233

Penyelenggaraan K3 di Puskesmas dilaksanakan sesuai Dengan Ketentuan Peraturan Perundangan–Undangan yang berlaku.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut K3 di Fasyankes adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi sumber daya manusia fasilitas pelayanan kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan agar sehat, selamat, dan bebas dari gangguan kesehatan dan pengaruh buruk yang diakibatkan dari pekerjaan, lingkungan, dan aktivitas kerja

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut SMK3 di Fasyankes adalah bagian dari sistem manajemen Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktivitas proses kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman

SMK3 DI PUSKESMAS

1. penetapan kebijakan K3 di Puskesmas
2. perencanaan K3 di Puskesmas
3. pelaksanaan rencana K3 di Puskesmas
4. pemantauan dan evaluasi kinerja K3 di Puskesmas
5. peninjauan dan peningkatan kinerja K3 Puskesmas.

STANDAR K3 DI PUSKESMAS

1. pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko K3 di Puskesmas
2. Penerapan kewaspadaan standar
3. Penerapan prinsip ergonomi
4. Pemeriksaan kesehatan berkala
5. Pemberian imunisasi
6. Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di Puskesmas
7. Pengelolaan sarana dan prasarana Puskesmas dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja
8. Pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja
9. Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana, termasuk kebakaran
10. Pengelolaan. bahan berbahaya dan beracun dan limbah bahan berbahaya dan beracun
11. Pengelolaan limbah domestik

G. AUDIT INTERNAL DAN TINJAUAN MANAJEMEN

Pengertian Audit Internal

Audit merupakan kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang faktual dan signifikan melalui interaksi secara sistematis, objektif, dan terdokumentasi

Tahapan Audit Internal

1. Penyusunan rencana program audit internal
2. Pengumpulan Data
3. Analisis data audit, perumusan masalah, prioritas masalah dan rencana tindak lanjut audit
4. Pelaporan dan tindak lanjut audit

Teknik Audit Internal

1. Pengumpulan Data
2. Wawancara
3. Observasi
4. Telusur Dokumen
5. Telusur
6. Simulasi

G. AUDIT INTERNAL DAN TINJAUAN MANAJEMEN

Dasar Penetapan Audit Plan

Dalam menyusun rencana audit perlu ada dasar penyusunan yang dapat diambil dari data PKP, Monev, hasil indentifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, KLB atau kejadian lainnya terkait regulasi

Metode pentapan masalah yang akan diaudit dapat menggunakan metode USG atau 3H + 1P

PKP

MONEV

IDENTIFIKASI
HARBUT

KLB ATAU KEJADIAN
LAINNYA TERKAIT
REGULASI

PELAYANAN	HIGH RISK	HIGH COST	HIGH VOL	PROBLEM PRONE	TOTAL
PENDAFTARAN	2	3	2	4	11
FARMASI	5	5	5	5	20

NO	MASALAH	U	S	G	TOTAL
1.	Masalah A	5	3	3	11
2.	Masalah B	4	4	4	12
3.	Masalah C	3	5	5	13

Menyusun Rencana Audit

Unit yang diaudit	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ag s	Spt	Okt	Nov	Des
Klaster 2												
1. PROMKES					7 PENDATAAN PHBS TIM : SUSI,SITA,SARI							
2. KIA					15 PENANGANA N BUMIL RESTI TIM : DIAN, DINA, DESI					15 PENANGA NAN BUMIL RESTI TIM : DIAN, DINA, DESI		

No	Unit/ sasaran audit	Tujuan	Audit or	Kegiatan/ proses yang diaudit	Standar/kri teria yang digunakan	Metode	Instrum en	Tangg al audit I	Tangga l audit II
1	Klaster 2 pelaya nan KIA	Melihat penanga nan Bumil Resti	Dian Dina Desi	Penanga nan Bumil Resti	SOP Penatalaks anaan Pelayanan Bumil Resti	- Wawa nca ra observasi	- Daftar tilik SOP - Daftar Per tan ya an	15 MEI 2024	15 OKTOBE R 2024

Sumber : Pedoman AITM di FKTP 2021

G. AUDIT INTERNAL DAN TINJAUAN MANAJEMEN

237

CONTOH

RENCANA PROGRAM AUDIT INTERNAL PUSKESMAS

TAHUN.....

- Latar Belakang: (deskripsikan latar belakang)
- Tujuan audit:
- Lingkup audit:
 - Klaster 1
 - Klaster 2
 - Klaster 3
 - Klaster 4
 - Klaster 5
- Objek audit:
 - Pemenuhan sumber daya terhadap standar sumber daya
 - Kepatuhan proses pelayanan terhadap SOP
 - Capaian kinerja pelayanan
 - Kesesuaian terhadap standar akreditasi
- Jadwal dan alokasi waktu
- Metoda audit:
 - Observasi, wawancara, dan melihat dokumen dan rekaman yang ada
- Kriteria audit:
 - Indikator kinerja
- Instrumen audit:
 - Panduan observasi
 - Check list
 - Instrumen akreditasi sesuai pelayanan yang akan diaudit

Contoh Form Instrumen Audit

No	Kriteria Audit	Daftar Pertanyaan	Observasi	Telusur Dokumen	Fakta Lapangan	Temuan Audit	Rekomendasi Audit
1							

Contoh 1. form temuan audit dan rencana tindak lanjut:

Form Ringkasan Temuan Audit dan Rencana Tindak Lanjut								
Unit Yang Diperiksa: Tanggal pemeriksaan:						No dok:: Status revisi: Tgl berlaku: Halaman:		
No	Uraian Ketidaksesuaian	Bukti bukti objektif	Ketdk sesuaian thd standar/insr	Standar / Kriteria yang digunakan	Analisis	Tindakan perbaikan	Tindakan pencegahan	Target Waktu penyelesaian
Disiapkan oleh Auditor Disetujui oleh Auditee								

G. AUDIT INTERNAL DAN TINJAUAN MANAJEMEN

238

Lampiran 3: Temuan Audit dan Rencana Tindak Lanjut

Proses	Klaster 2	KIA	KIA
Kriteria Audit	Penanganan Bumil Resti	IA	
Bagian I : Detail Ketidaksesuaian			
Uraian Ketidaksesuaian	Bukti – Bukti Obyektif	Metode Audit	
Perencanaan belum dilakukan berdasarkan masukan dari sasaran dan lintas sector Capaian kinerja K1 dan K4 belum sesuai dengan standar yang ditetapkan	(jelaskan bukti/fakta-fakta yang mendukung)	Wawancara Periksa dokumen/rekaman	
Bagian 2: Rencana tindak lanjut dari analisis akar permasalahan, tindakan koreksi dan perbaikan dengan waktu penyelesaian (Dapat menggunakan formulir tindakan perbaikan atau pencegahan)			
Analisis Akar Permasalahan (Bagaimana/Mengapa hal ini bisa terjadi?) (lakukan analisis sehingga ditemukan akar masalahnya.....)			
Tindakan perbaikan dan waktu penyelesaian :			
(sebutkan tindakan perbaikan yang akan dilakukan sesuai dengan akar masalah, dan jelaskan kapan akan diselesaikan)			
Tindakan pencegahan supaya tidak terulang :			
(jelaskan upaya pencegahan agar masalah tidak terjadi lagi)			
Unit kerja:	Auditor	Audit	
	Tanggal:		
Bagian 3: Verifikasi auditor tentang rencana tindak lanjut			

LAPORAN AUDIT

- I. Latar belakang
- II. Tujuan audit
- III. Lingkup audit
- IV. Objek audit
- V. Standar/kriteria yang digunakan
- VI. Auditor
- VII. Proses audit
- VIII. Hasil dan analisis hasil audit
- IX. Rekomendasi dan batas waktu penyelesaian yang disepakati bersama

Sumber : Pedoman AITM di FKTP 2021

Pertemuan Tinjauan Manajemen

Pertemuan Tinjauan Manajemen adalah pertemuan yang dilakukan oleh pengelola manajemen di Puskesmas dan **dipimpin oleh Koordinator Manajemen Mutu**.

Pertemuan ini dilaksanakan secara periodik 1 tahun 2 kali untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu dan kinerja pelayanan/ penyelenggaraan kegiatan di Puskesmas dengan maksud untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan, dan efektifitas dari sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan/ penyelenggaraan kegiatan.

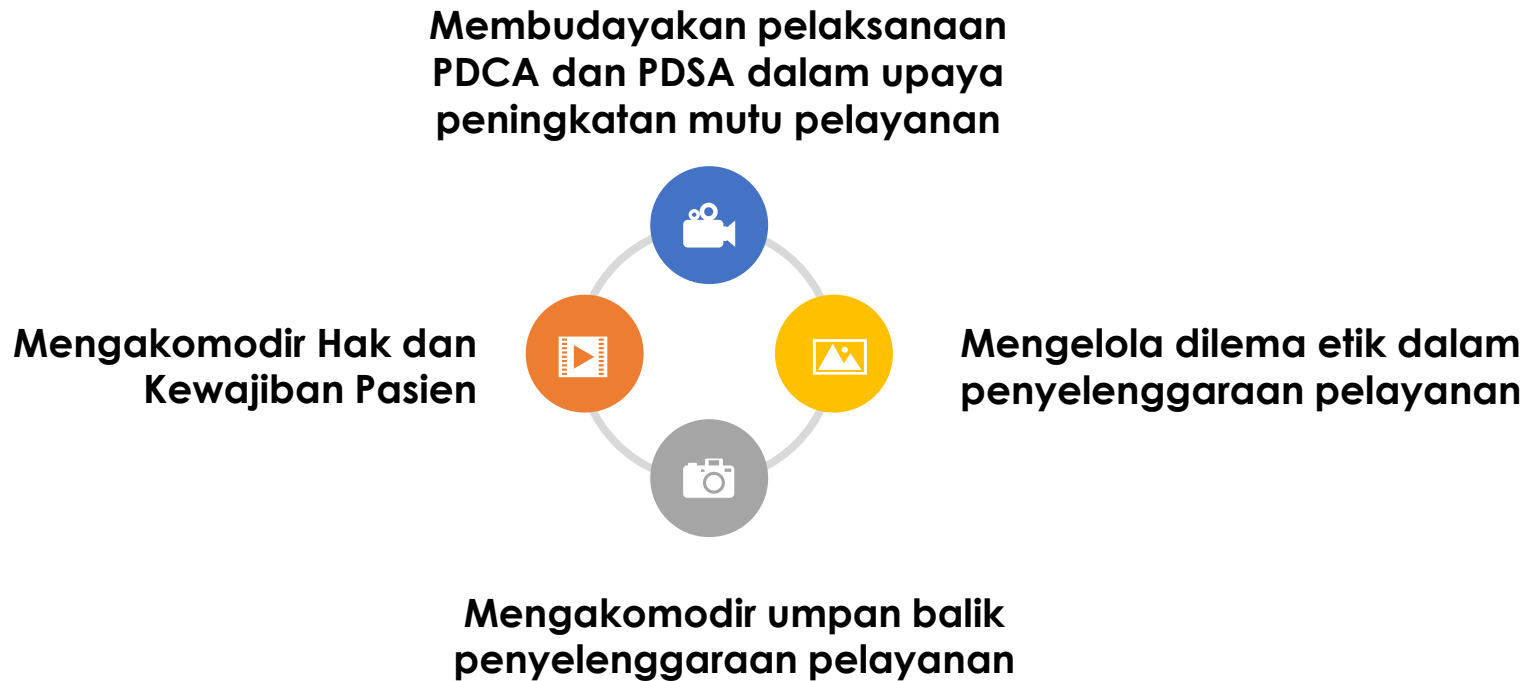
Agenda Pertemuan Tinjauan Manajemen

1. Pembahasan hasil pertemuan sebelumnya
2. Pembahasan hasil audit internal
3. Pembahasan hasil survei kepuasan pelanggan
4. Pembahasan hasil penilaian kinerja
5. Pembahasan hambatan dan masalah dalam penyelenggaraan mutu dan pelayanan di masing –masing klaster yang saling keterkaitan
6. Menyusun rencana perbaikan atau perubahan

H. BUDAYA MUTU DAN KESELAMATAN

240

Puskesmas Mewujudkan Budaya Mutu Melalui Tata Kelola Organisasi Dan Tata Kelola Klinis Yang Baik
Bentuk pelaksanaan budaya mutu di Puskesmas adalah sebagai berikut :



Teori Edward W. Deming dalam Pemecahan Masalah

PDSA

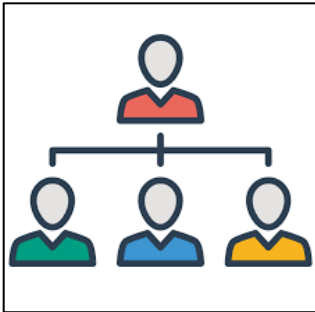


Perbedaan antara PDCA dengan PDSA

UNSUR	PDSA	PDCA
Masalah	Masalah kompleks adalah yang terdiri dari banyak faktor penyebab	Masalah sederhana adalah masalah yang satu penyebab
Fokus	Pembelajaran dan peningkatan mutu	Perubahan dan kepatuhan terhadap standar
Periode Waktu	Perlu uji coba Membutuhkan waktu cukup lama, (maksimum 6 bulan)	Waktu singkat (<i>Few minute_less than one month</i>)
Proses Pelaksanaan	1. Identifikasi masalah 2. Kumpulkan data bukti 3. Analisa masalah-sebab 4. Rencana Ujicoba 5. Ujicoba 6. Pelajari hasilnya 7. Tindak lanjut ke unit kerja lainnya	1. Identifikasi masalah 2. Analisa masalah 3. Rencana solusi 4. Kerjakan 5. Cek hasilnya 6. Lakukan untuk seterusnya

242

ORGANISASI MUTU



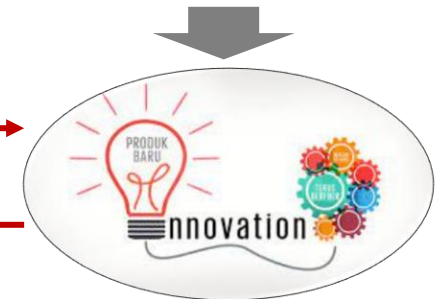
RENCANA KERJA MUTU



- PENYUSUNAN DAN TINDAKLANJUT PPS
- PELAPORAN & PENCAPAIAN INM
- PELAPORAN IKP DAN TINDAKLANJUTNYA
- HASIL AUDIT INTERNAL
- HASIL RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN, DLL



PENINGKATAN KINERJA MUTU



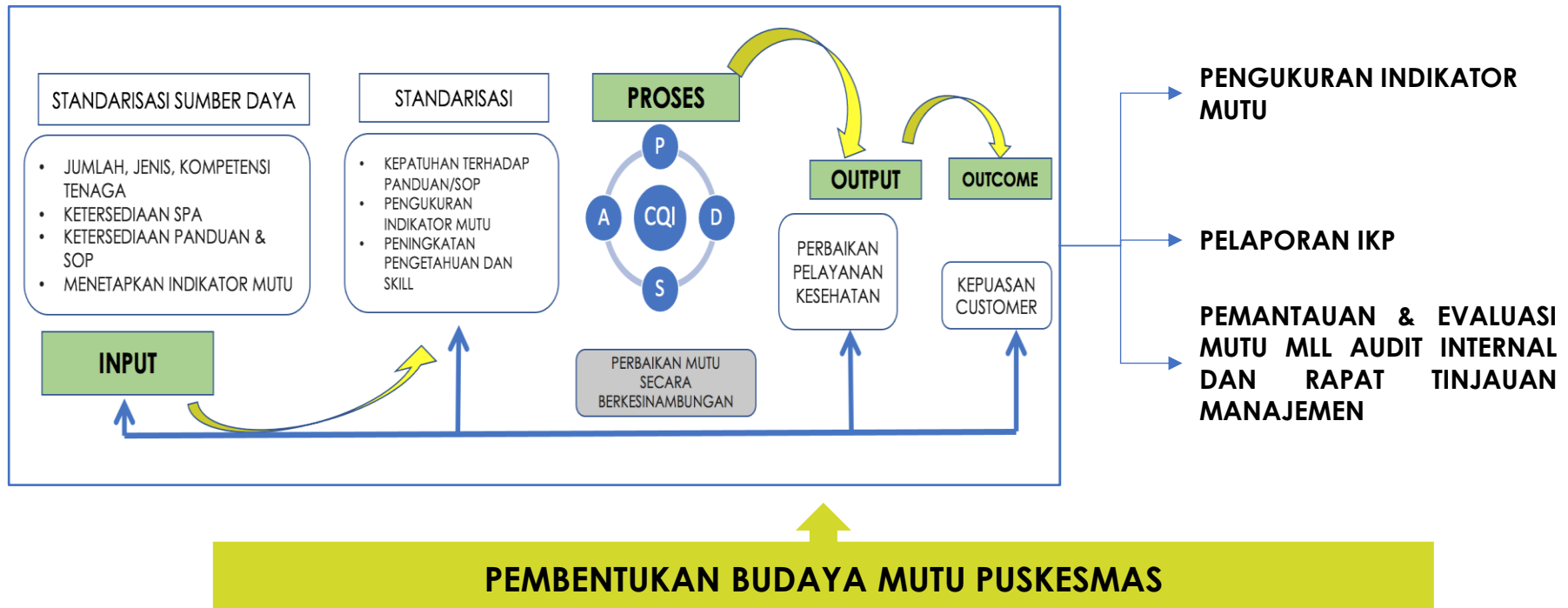
H. BUDAYA MUTU DAN KESELAMATAN

243

Membangun Budaya Mutu Di Puskesmas Untuk Peningkatan Mutu Secara Berkesinambungan Melalui Penerapan Tata Kelola Mutu

PENERAPAN TATA KELOLA MUTU

TOOLS DALAM MEMANTAU MUTU



Akreditasi **Pusat Kesehatan Masyarakat**, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah **pengakuan** terhadap **mutu pelayanan** pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah, **setelah dilakukan penilaian** bahwa pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi **telah memenuhi standar akreditasi**

Tujuan Akreditasi Puskesmas

1. Meningkatkan perlindungan bagi SDM Kesehatan
2. Meningkatkan & menjamin mutu pelayanan & keselamatan bagi pasien & masyarakat
3. Mendukung program pemerintah dibidang kesehatan
4. Meningkatkan tata kelola organisasi & tata kelola pelayanan

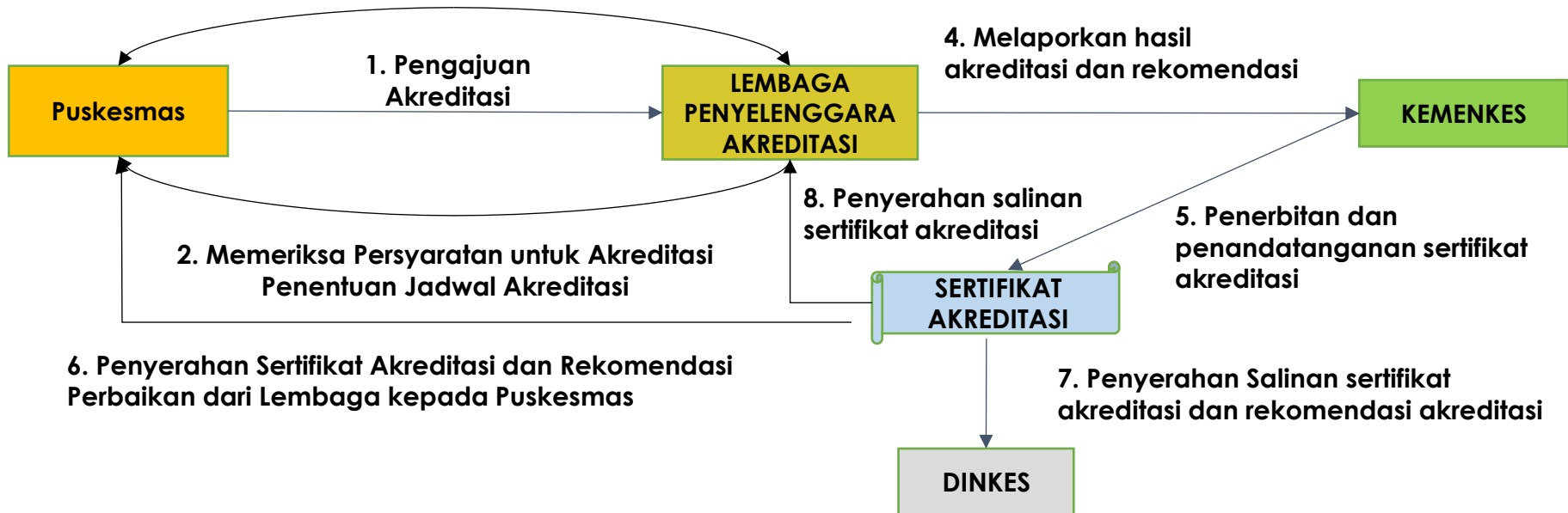
Penyelenggaraan Akreditasi Puskesmas

- Akreditasi Puskesmas Wajib
- Dilakukan paling lambat 2 tahun setelah memperoleh izin berusaha
- Dilakukan secara berkala setiap 5 tahun sekali
- Menggunakan standar akreditasi Puskesmas yang ditetapkan oleh Menkes
- Survei akreditasi dilaksanakan oleh lembaga penyelenggara akreditasi (LPA) yang ditetapkan oleh Menkes

Alur Penyelenggaraan Akreditasi Puskesmas

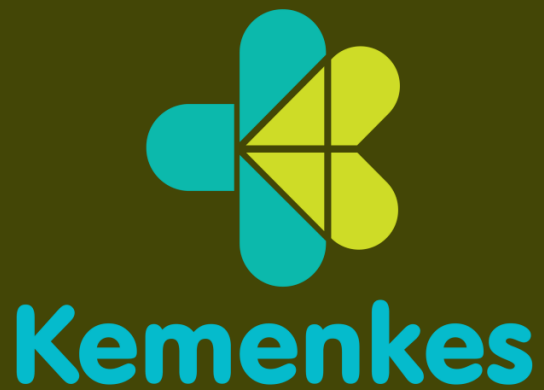
3. Penilaian Akreditasi

- Secara online : Pemeriksaan, telusur dan klarifikasi dokumen
- Secara offline : telusur dan kunjungan lapangan



Daftar Pustaka

1. UU Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan
2. KMK Nomor 165 tahun 2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas
3. PMK Nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah
4. PMK Nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko terintegrasi di lingkungan Kementerian Kesehatan
5. PMK nomor 52 tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja
6. PMK Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di fasilitas Pelayanan Kesehatan
7. PMK Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan



BAB C-6

**Manajemen
Keuangan dan Aset**



Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya.

Puskesmas merupakan salah satu UPTD Dinas Kesehatan, untuk melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan penunjang tertentu, dalam tata kelola keuangan wajib mengikuti peraturan yang ditetapkan.

A. TATA KELOLA KEUANGAN

250

1) Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah



GambarHubungan antara SKPKD, SKPD dan UPTD

Pasal 6 UU No 17 tahun 2003

dinyatakan Presiden selaku Kepala Pemerintahan memegang kekuasaan pengelolaan keuangan negara sebagai bagian dari kekuasaan pemerintah.

Berdasarkan ketentuan tersebut, pemegang kekuasaan pengelola keuangan daerah adalah kepala daerah yang karena jabatannya mempunyai kewenangan menyelenggarakan keseluruhan pengelolaan keuangan daerah.

Pada gambar Diilustrasikan pelimpahan kekuasaan pengelola keuangan daerah (PKD) dari kepala daerah kepada sekretaris daerah, PPKD dan kepala SKPD

1) Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah (Lanjutan)

Pemegang Kekuasaan Pengelola Keuangan Daerah

GUBERNUR

- Pemegang kekuasaan pengelola keuangan daerah
- Mewakili pemerintah provinsi dalam kepemilikan kekayaan daerah yang dipisahkan

Mempunyai kewenangan menetapkan :

- Kebijakan pelaksanaan APBD
- Kebijakan pengelolaan barang daerah
- Kuasa pengguna anggaran/pengguna barang
- Bendahara penerimaan dan/atau bendahara pengeluaran
- Pejabat yang melakukan penerimaan daerah
- Pejabat yang mengelola utang dan piutang daerah
- Pejabat yang mengelola barang milik daerah
- Pejabat yang menguji tagihan dan memerintahkan pembayaran

Melimpahkan sebagian atau seluruh kekuasaannya kepada:

- SEKDA selaku coordinator pengelola keuangan daerah
- Kepala SKPKD selaku PPKD
- Kepala SKPD selaku pejabat pengguna anggaran/pengguna barang

Koordinator Pengelolaan Keuangan Daerah

SEKRETARIS DAERAH

Membantu Gubernur menyusun kebijakan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan urusan Pemprov termasuk pengelolaan keuangan daerah

Mempunyai tugas koordinasi di bidang:

- Penyusunan dan pelaksanaan kebijakan pengelolaan APBD dan barang daerah
- Penyusunan rancangan RAPBD dan RPAPBD
- Penyusunan Raperda APBD, PAPBD, pertanggungjawaban pelaksanaan APBD
- Tugas-tugas pejabat perencana daerah, PPKD dan pejabat pengawas Keuangan daerah
- Penyusunan pelaporan keuangan daerah dalam rangka pertanggungjawaban pelaksanaan APBD
- Memimpin TAPD
- Menyiapkan domlak APBD dan pengelolaan barang daerah
- Memberikan persetujuan pengesahan DPA-SKPD/DPPA-SKPD

Melaksanakan tugas-tugas koordinasi pengelolaan keuangan daerah lainnya berdasarkan kuasa yang dilimpahkan oleh Gubernur

Bertanggung jawab atas pelaksanaan tugas kepada Gubernurna anggaran/pengguna barang

1) Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah (Lanjutan)

Pejabat Pengelola Keuangan Daerah

- Menyusun dan melaksanakan kebijakan pengelolaan keuangan daerah
- Menyusun RAPBD dan RPAPBD
- Melaksanakan pemungutan PATDA yang ditetapkan PERDA
- Melaksanakan fungsi BUD (Bendahara Umum Daerah)
- Menyusun laporan keuangan daerah
- Melaksanakan tugas lainnya berdasarkan kuasa yang dilimpahkan oleh Gubernur

Dalam melaksanakan fungsinya selaku BUD, PPKD berwenang:

- Menyusun kebijakan dan pedoman pelaksanaan APBD
- Mengesahkan DPA-SKPD/DPPA-SKPD
- Melakukan pengendalian pelaksanaan APBD
- Memberikan juknislak system penerimaan dan pengeluaran kasda
- Melaksanakan pemungutan pajak daerah
- Menetapkan SPD
- Menyiapkan pelaksanaan pinjaman dan pemberian pinjaman atas nama Pemprov
- Melaksanakan system akuntansi daan pelaporan keuangan daerah
- Melaksanakn kebijakan dan pedoman pengelolaan serta penghapusan barang milik daerah
- Menunjuk pejabat di lingkungan SKPD selaku kuasa BUD
- Bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada gubernur melalui SEKDA

PPKD melimpahkan kepada pejabat lainnya di lingkungan SKPKD menyusun RAPBD/RPAPBD dan melakukan dallak APBD, menyiapkan pelaksanaan pinjaman dan pemberian jaminan atas nama Pemprov, melaksanakan system akuntani dan pelaporan keuangan daerah, menyajikan informasi keuangan daerah dan melaksanakan kebijakan pengelolaan barang milik daerah

Kuasa BUD (Bendahara Umum Daerah)

Mempunyai tugas:

- Menyiapkan anggaran kas
- Menyiapkan SPD
- Menrbitkan SP2D
- Menyimpan seluruh bukti asli kepemilikan daerah
- Memantau pelaksanaan penerimaan dan pengeluaran APBD oleh Bank dan/atau Lembaga keuangan lainnya yang ditunjuk
- Mengusahakan dan mengatur dana yang diperlukan dalam pelaksanaan APBD
- Menyimpan uang daerah
- Melaksanakan penempatan uang daerah dan mengelola/menatausahakan investasi daerah
- Melaksanakan pemberian pinjaman atas bnama pemeerintah daerah
- Melakukan pengelolaan utang dan piutang daerah
- Melakukan penagihan piutang daerah

Bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada BUD

1) Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah (Lanjutan)

Pejabat Pengguna Anggaran/Pengguna Barang

Mempunyai tugas :

- Menyusun RKA-SKPD dan DPA-SKPD
- Melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban belanja
- Melaksanakan anggaran SKPD
- Menguji tagihan dan memerintahkan pembayaran
- Melaksanakan pemungutan penerimaan bukan pajak
- Mengadakan ikatan/perjanjian kerjasama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang ditetapkan
- Menandatangani SPM
- Mengelola utang dan piutang yang menjadi tanggung jawab SKPD
- Mengelola barang milik daerah/kekayaan daerah yang menjadi tanggung jawab SKPD yang dipimpinnya
- Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan SKPD
- Mengawasi pelaksanaan anggaran SKPD
- Melaksanakan tugas-tugas pengguna anggaran/pengguna barang lainnya berdasarkan kuasa yang dilimpahkan Gubernur

Bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada kepada KDH melalui SEKDA

Kuasa Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Barang

- a. Pejabat pengguna anggaran/pengguna barang dalam melaksanakan tugas-tugas dapat melimpahkan sebagian kewenangannya kepada kepala unit kerja pada SKPD selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang
- b. Pelimpahan sebagian kewenangan berdasarkan pertimbangan tingkatan daerah, besaran SKPD, besaran jumlah uang yang dikelola, beban kerja, lokasi, kompetensi dan/atau rentang kendali dan pertimbangan obyektif lainnya
- c. Pelimpahan sebagian kewenangan meliputi :
 - Melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban anggaran belanja
 - Melaksanakan anggaran unit kerja yang dipimpinnya
 - Melakukan pengujian atas tagihan dan memerintahkan pembayaran
 - Mengadakan ikatan/perjanjian kerja sama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang telah ditetapkan.
 - Menandatangani SPM-LS dan SPM-TU
 - Mengawasi pelaksanaan anggaran unit kerja yang dipimpinnya
 - Melaksanakan tugas-tugas kuasa pengguna anggaran lainnya berdasarkan kuasa yang dilimpahkan oleh pejabat pengguna anggaran
- d. Pelimpahan sebagian kewenangan ditetapkan oleh Gubernur atas usul SKPD
- e. Kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada pengguna anggaran/pengguna barang

1) Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah (Lanjutan)

Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan SKPD

- a. Pejabat pengguna anggaran/pengguna barang dan kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang dalam melaksanakan program dan kegiatan menunjuk pejabat pada unit kerja SKPD selaku PPTK berdasarkan pertimbangan kompetensi jabatan, anggaran kegiatan, beban kerja, lokasi, dan/atau rentang kendali dan pertimbangan obyektif lainnya
- b. PPTK yang ditunjuk oleh pejabat pengguna anggaran/pengguna barang bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada pengguna anggaran/pengguna barang
- c. PPTK yang ditunjuk oleh kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.

Tugas PPTK :

Mengendalikan pelaksanaan kegiatan
Melaporkan perkembangan pelaksanaan kegiatan
Menyiapkan dokumen anggaran atas beban pengeluaran pelaksanaan kegiatan mencakup dokumen administrasi yang terkait dengan persyaratan pembayaran yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan

Pejabat Penatausahaan Keuangan SKPD PPK-SKPD

Untuk melaksanakan anggaran yang dimuat dalam DPA-SKPD, kepala SKPD menetapkan pejabat yang melaksanakan fungsi tatausaha keuangan pada SKPD sebagai PPK-SKPD. PPK-SKPD mempunyai tugas :

- a. Meneliti kelengkapan SPP-LS pengadaan barang dan jasa yang disampaikan oleh bendahara pengeluaran dan dikerahui/disetujui oleh PPTK
 - b. Meneliti kelengkapan SPP-UP, SPP-GU, SPP-TU dan SPP-LS gaji dan tunjangan PNS serta penghasilan lainnya yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang diajukan oleh bendahara pengeluaran
 - c. Melakukan verifikasi SPP
 - d. Menyiapkan SPM
 - e. Melakukan verifikasi harian atas penerimaan
 - f. Melaksanakan akuntansi SKPD
 - g. Menyiapkan laporan keuangan SKPD
- PPK-SKPD tidak boleh merangkap sebagai pejabat yang bertugas melakukan pemungutan penerimaan negara/daerah, bendahara dan/atau PPTK

A. TATA KELOLA KEUANGAN

255

1) Struktur Organisasi Pengelola Keuangan Daerah (Lanjutan)

Penetapan pejabat-pejabat terkait pelaksana APBD

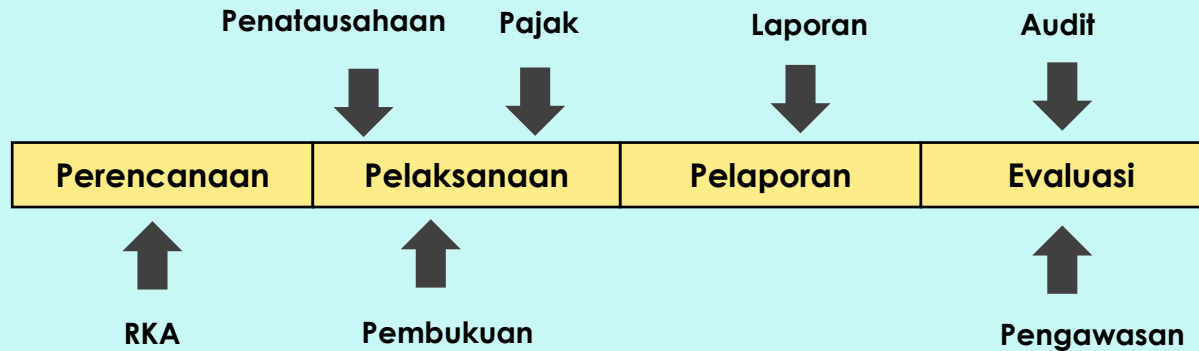
Pejabat	Ditetapkan oleh
PPKD	Gubernur
Kuasa BUD	Gubernur
Pengguna Anggaran	Gubernur
Kuasa Pengguna Anggaran	Gubernur
Bendahara Penerima, Bendahara Penerimaan	Gubernur
Bendahara Penerima Pembantu Bendahara Pengeluaran Pembantu	Gubernur
PPK-SKPD	Pengguna Anggaran
PPTK	Pengguna Anggaran
Pembantu Bendahara Penerima	Pengguna Anggaran
Pembantu Bendahara Pengeluaran	Pengguna Anggaran

A. TATA KELOLA KEUANGAN

256

2) Tata Kelola Keuangan Puskesmas

Secara sederhana garis mekanisme proses manajemen keuangan dapat digambarkan seperti gambar di bawah



Sumber: PP No 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Pembangunan Daerah.

Gambar Mekanisme Manajemen Keuangan UPTD

Pengelolaan keuangan UPTD dilaksanakan pada proses pelaksanaan dan pelaporan, khususnya terkait dengan aktivitas penatausahaan, pembukuan, perhitungan pajak dan pelaporan keuangan.

Sumber : diolah dari PP 18 tahun 2016 yang diubah menjadi PP 72 tahun 2019 tentang Perangkat Daerah

A. TATA KELOLA KEUANGAN

257

Pengelolaan Keuangan

Puskesmas

Pengelolaan keuangan Puskesmas terdiri dari:

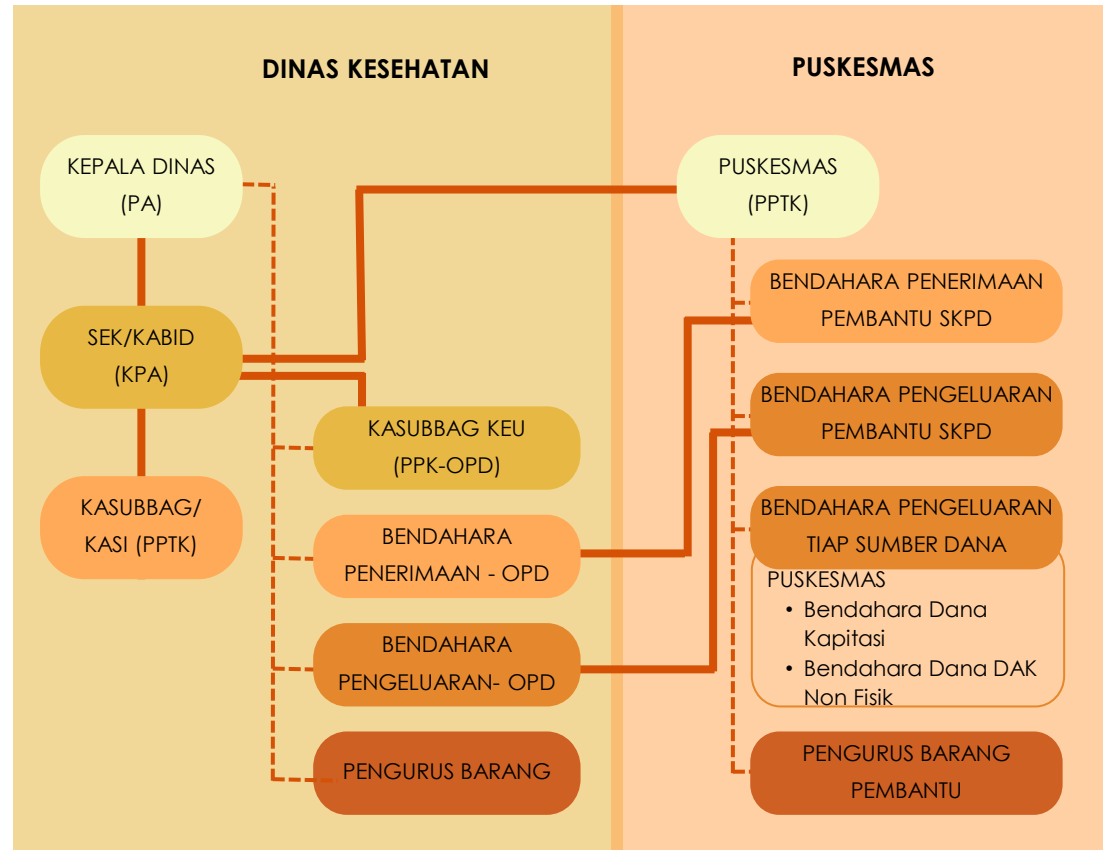
- kepala UPTD (bertindak sebagai Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK))
- bendahara.

Sumber pendanaan untuk kebutuhan belanja Puskesmas:

- APBD
- dana DAK Non Fisik,
- dana kapitasi,
- dana lainnya yang sah)

Sehingga perlu adanya pembukuan tersendiri untuk masing-masing sumber dana, sehingga bendahara pengeluaran Puskesmas dibedakan berdasarkan jenis sumber-sumber pendanaan tersebut. Namun demikian, dalam praktiknya memungkinkan posisi berbagai bendahara pengeluaran tersebut dirangkap oleh satu atau beberapa personal tergantung ketersediaan SDM di instansi masing-masing.

Bendahara penerimaan maupun bendahara pengeluaran ditetapkan oleh Kepala Dinas kesehatan Kota/Kabupaten melalui usulan kepala Puskesmas.



GambarHubungan Pengelola Keuangan antara Dinas Kesehatan dengan Puskesmas

Puskesmas bertanggung jawab kepada kepala dinas kesehatan. Namun Puskesmas berkoordinasi dengan bidang-bidang yang ada di dinas kesehatan, karena program yang dijalankan Puskesmas ada pada berbagai bidang di dinas kesehatan

Tugas dan Peran Pengelola Keuangan puskesmas

Secara garis besar tugas dari pengelola Keuangan puskesmas adalah mengelola semua kegiatan keuangan puskesmas: mulai dari perencanaan, penyusunan laporan dan mempertanggungjawabkan secara internal maupun eksternal. Rincian tugas tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Mengelola dan memverifikasi dana secara akuntabel dan transparan.
- 2) Membuat mengumumkan dan melaporkan terkait penggunaan dana.
- 3) Menyusun rencana keuangan dan rencana pengambilan dana berdasarkan format baku sesuai aturan
- 4) Melakukan pembukuan semua transaksi keuangan
- 5) Menyusun laporan baik internal maupun eksternal
- 6) Mempertanggungjawabkan semua pengelolaan keuangan kepada pihak internal maupun eksternal termasuk auditor.

Untuk memenuhi tugas tersebut, peran dan tanggung jawab dari masing-masing pengelola keuangan puskesmas adalah sebagai berikut:

Kepala Puskesmas :

1. Menyusun serta mengajukan usulan rencana kegiatan dan pendanaan UPTD kepada Dinas kesehatan
2. Memverifikasi dan mengesahkan daftar penggunaan uang sehari-hari yang diajukan oleh bendahara.
3. Melakukan pengecekan atas ketersediaan dana yang ada pada UPTD sebelum melaksanakan kegiatan
4. Melaksanakan kegiatan serta mengelola dana secara bertanggung jawab dan transparan sesuai dengan petunjuk teknis penggunaan masing-masing sumber dana.
5. Melakukan pemeriksaan secara berkala atas penatausahaan keuangan UPTD.
6. Memverifikasi dan menetapkan laporan periodik penerimaan dan pengeluaran dana yang disusun oleh bendahara
7. Mengumumkan laporan periodik penerimaan dan pengeluaran dana di papan pengumuman serta mengirimkannya kepada pihak terkait yang diatur oleh peraturan perundangan-undangan

Bendahara :

1. Membantu Kepala Puskesmas dalam menyusun usulan rencana kegiatan dan pendanaan Puskesmas.
2. Menyiapkan daftar penggunaan uang mengacu pada rencana pelaksanaan kegiatan yang dikelolanya untuk mendapatkan persetujuan dari Kepala Puskesmas.
3. Melakukan pengecekan atas penerimaan dana dalam rekening bank bendahara.
4. Melakukan verifikasi atas bukti-bukti transaksi penerimaan dan pengeluaran kebutuhan belanja Puskesmas dengan mengacu pada ketersediaan plafon anggaran dan kesesuaian peruntukan dana yang diatur dalam petunjuk teknis penggunaan masing-masing sumber dana.
5. Melakukan penyetoran/pembayaran atas dasar dokumen sumber yang ditentukan.
6. Menghitung, memungut, dan menyetor pajak sesuai regulasi yang berlaku
7. Membukukan seluruh transaksi penerimaan dan pengeluaran dalam buku penerimaan dan pengeluaran kas bendahara penerimaan atau buku kas umum, buku pembantu kas, buku pembantu bank, dan buku pembantu bendahara pengeluaran.
8. Menyimpan bukti transaksi di tempat yang aman dan mudah dicari.
9. Menyusun SPJ serta laporan periodik penerimaan dan pengeluaran dana yang dikelolanya.
10. Bendahara Puskesmas Diangkat oleh Kepala Daerah dan diusulkan oleh kepala Puskesmas

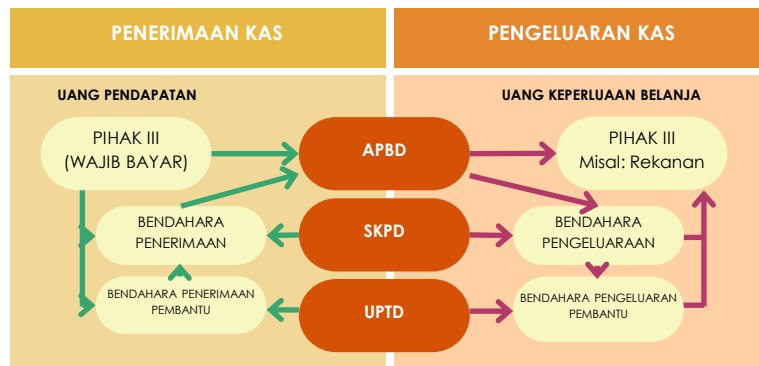
Penatausahaan Keuangan

a) Ketentuan Umum Penatausahaan Keuangan

Penatausahaan adalah pelaksanaan prosedur penerimaan kas dan pengeluaran kas beserta pembukuan dan pertanggungjawabannya.

Dua aktivitas penatausahaan :

- Aktivitas penatausahaan **penerimaan kas** : dana yang dikelola adalah pendapatan UPTD (bukan bersumber dari pemerintah), seperti Retribusi Layanan Kesehatan Puskesmas; setelah dana tersebut diterima UPTD, ditindaklanjuti dengan penyetoran penerimaan tersebut ke Rekening Kas daerah
- Aktivitas penatausahaan **pengeluaran kas** : dana yang dikelola adalah dana kebutuhan belanja UPTD (bersumber dari pemerintah), seperti Dana Operasional UPTD dari Dinas Kesehatan, Dana DAK Non Fisik, dan Dana Kapitasi; setelah dana tersebut diterima UPTD ditindaklanjuti dengan pengeluarann/pembayaran dana tersebut untuk kegiatan UPTD.



GambarAlur Penerimaan dan Pengeluaran Kas

b) Kaidah Umum Penatausahaan Keuangan daerah

Terdapat beberapa kaidah yang berlaku umum bagi seluruh unit instansi pemerintah dalam mengelolan keuangan daerah, sebagai berikut :

- Keuangan Negara dikelola secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, efisien, ekonomis, efektif, transparan, dan bertanggung jawab dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan. (Pasal 3 (1) : UU 17/2003)
- Semua penerimaan yang menjadi hak dan pengeluaran yang menjadi kewajiban daerah dalam tahun anggaran yang bersangkutan harus dimasukkan dalam APBD. (Pasal 3 (6) : UU 17/2003)
- Penerimaan kementerian negara/lembaga/satuan kerja perangkat daerah tidak boleh digunakan langsung untuk membiayai pengeluaran. (Pasal 16 (3) : UU 1/2004)
- Setiap bendahara sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) bertanggung jawab secara pribadi atas kerugian keuangan negara yang berada dalam pengurusannya. (Pasal 35 (1) : UU 1/2004)
- Pejabat yang menandatangani dan atau mengesahkan dokumen yang berkaitan dengan surat bukti yang menjadi dasar penerimaan dan atau pengeluaran atas pelaksanaan APBD bertanggungjawab atas kebenaran material dan akibat yang timbul dari penggunaan surat bukti dimaksud. (Pasal 184 : Permendagri 13/2006)

Aturan umum pengelolaan keuangan daerah tersebut ditetapkan dalam rangka menjaga keamanan, akuntabilitas, serta tanggung jawab penggunaan keuangan daerah. Sehingga pada prinsipnya seluruh penerimaan kas yang diterima oleh unit/instansi pemerintah harus terlebih dahulu masuk ke dalam kantong APBD. Secara garis besar, aturan umum ini dapat digambarkan sebagai berikut:

A. TATA KELOLA KEUANGAN

260

c) Penatausahaan Penerimaan Kas

Penatausahaan Penerimaan Kasdi UPTD meliputi rangkaian prosedur dari mulai pendapatan UPTD diterima sampai dengan dipertanggungjawabkan oleh pengelola keuangan UPTD beserta dokumen-dokumen yang dibutuhkan

NO	LANGKAH	DOKUMEN
1	Bendahara Penerimaan Pembantu Menerima pembayaran sejumlah uang tunai (untuk Puskesmas setelah wajib retribusi selesai mendapatkan pelayanan kesehatan, untuk iuran sekolah setiap awal bulan)	Surat Ketetapan Retribusi atau Dokumen Lain Yang Dipersamakan(Karcis, kartu, dll)
2	Bendahara penerimaan pembantu memverifikasi kesesuaian jumlah uang yang diterimanya dengan dokumen SKRD atau dokumen lain yang dipersamakan	
3	Bendahara penerimaan pembantu memberikan surat tanda bukti pembayaran/bukti lain yang sah kepada wajib retribusi	Tanda Bukti Pembayaran yang Sah
4	Bendahara Penerimaan Pembantu menyetorkan uang pendapatan UPTD ke rekening kas daerah paling lambat 1 hari setelah pendapatan diterima	Surat tanda Setoran (STS)
5	Bendahara Penerimaan Pembantu melakukan pencatatan atas uang yang diterima dan disetor dalam Buku Penerimaan dan Penyetoran	Buku Penerimaan dan Penyetoran Bendahara Penerimaan Pembantu
6	Bendahara penerimaan pembantu melakukan penutupan Buku Penerimaan dan Penyetoran, melakukan perhitungan total penerimaan, total penyetoran dan sisa kas yang dipegang olehnya.	Buku Penerimaan dan Penyetoran yang telah ditutup
7	Bendahara penerimaan pembantu menyiapkan register STS dan bukti-bukti penerimaan yang sah dan lengkap.	- Register STS - Bukti-bukti penerimaan yang sah
8	Bendahara penerimaan pembantu menyampaikan pertanggungjawaban berupa Buku Penerimaan dan Penyetoran yang telah dilakukan penutupan pada akhir bulan dan difandatangani oleh Kepala UPTD kepada bendahara penerimaan paling lambat pada tanggal 5 bulan berikutnya.	- Buku Penerimaan dan Penyetoran yang telah ditutup - Register STS - Bukti-bukti penerimaan yang sah

Pertanggungjawaban atas Pendapatan UPTD

Bendahara penerimaan pembantu UPTD mempunyai kewajiban untuk menyampaikan laporan pertanggung jawaban penerimaan kepada bendahara penerimaan dinas kesehatan. Laporan pertanggung jawaban tersebut harus diserahkan paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya dalam bentuk buku penerimaan dan penyetoran yang telah dilakukan penutupan pada akhir bulan, dilampiri dengan:

1. Register STS. (Surat Tanda Setoran)
2. Bukti penerimaan yang sah dan lengkap.

Langkah-langkah dalam membuat dan menyampaikan pertanggung jawaban bendahara penerimaan pembantu adalah sebagai berikut:

1. Bendahara penerimaan pembantu melakukan penutupan buku penerimaan dan penyetoran, melakukan perhitungan total penerimaan, total penyetoran dan sisa kas yang dipegang olehnya.
2. Bendahara penerimaan pembantu menyiapkan register STS dan bukti-bukti penerimaan yang sah dan lengkap.
3. Bendahara penerimaan pembantu menyampaikan buku penerimaan dan penyetoran yang telah dilakukan penutupan dilampiri dengan register STS dan bukti penerimaan yang sah dan lengkap kepada bendahara penerimaan OPD, paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.

d) Penatausahaan Pengeluaran Kas

Penatausahaan Pengeluaran Kas : Rangkaian prosedur dari mulai usulan kebutuhan belanja Puskesmas, penerimaan dana kebutuhan belanja Puskesmas, sampai dengan pertanggungjawaban seluruh dana kebutuhan belanja oleh pengelola keuangan Puskesmas

i. Pengelolaan dan penatausahaan keuangan Puskesmas mengacu pada peraturan perundang-undangan pengelolaan keuangan negara, yaitu :

- UU No 17 tahun 2003 ttg keuangan negara
- UU No 1 tahun 2004 ttg perbendaharaan negara
- UU No 15 tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelola dan Tanggung Jawab Keuangan Negara

ii. Penatausahaan Dana Alokasi Khusus (DAK Non Fisik) mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis DAK Non Fisik yang juga diterbitkan setiap tahun

iii. Penatausahaan Dana Kapitasi-BPJS mengacu pada:

- Perpres 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN, yang telah diubah menjadi PP No 46 tahun 2021
- Permenkes 19 tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN
- SE-Mendagri 900 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan, dan Penatausahaan **Dana Kapitasi**

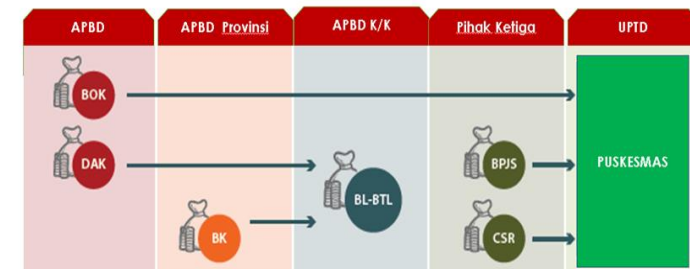
Sumber pendanaan Puskesmas :

1) APBN (BOK dan DAK)

2) APBD

Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah tentang Tata Cara Penatausahaan dan Penyusunan Laporan Pertanggungjawaban Bendahara serta Cara Penyampaiannya.

Sumber pendanaan APBN tetap mengikuti mekanisme APBD.



Sumber : PMK 28 th 2014 ttg Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional

Dana APBD untuk UPTD diberikan melalui OPD dimana UPTD berada,

1. Belanja langsung
2. Tidak langsung.

Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan,

1. DAK bersifat fisik
2. DAK nonfisik (Dana Alokasi Khusus Non Fisik)

e) Prosedur Pengeluaran Belanja

Serangkaian langkah-langkah tindakan atau kegiatan yang dimulai dari penyampaian rencana kebutuhan belanja UPTD, penerimaan dana kebutuhan UPTD, pelaksanaan belanja, sampai dengan pertanggungjawabannya.

Buku dan Dokumen yang Dibutuhkan untuk Pembukuan

- i. Buku Kas Umum (BKU);
- ii. Buku Pembantu BKU sesuai dengan kebutuhan seperti:
 - Buku Pembantu Kas Tunai;
 - Buku Pembantu Bank;
 - Buku Pembantu Panjar;
 - Buku Pembantu Pajak;
- iii. Dokumen-dokumen berupa:
 - SP2D TU/LS (Khusus Bendahara Penerimaan Pembantu DPA-Dinas Kesehatan/Pendidikan)
 - Bukti transaksi yang sah dan lengkap
 - Dokumen-dokumen pendukung lainnya sebagaimana yang diatur dalam peraturan yang berlaku

f) Penatausahaan Perpajakan dan Potongan Pihak Ke-3

Bendahara Pemerintah adalah pemotong PPh Pasal 21, 23, dan sekaligus pemungut PPh Pasal 22 dan Pemungut PPN atas setiap belanja yang menggunakan dana APBN/APBD.

Beberapa alasan terkait arti penting pajak bagi UPTD:

- i. Bendahara UPTD adalah bendahara pemerintah sehingga wajib memungut, menyetor dan melaporkan PPh 22 dan PPN (UU 7/2021 tentang pajak penghasilan)
- ii. Dalam UU 18/2000 dan UU 36/2008 dinyatakan secara jelas bahwa Bendahara UPTD merupakan bendahara pemerintah yang memiliki kewajiban memungut, menyetor dan melaporkan PPh 22 dan PPN

Pelaporan & Pertanggungjawaban

Pelaporan Keuangan Terpadu

- i. Laporan Keuangan Terpadu (LKT): laporan yang mencatat semua jenis penerimaan dari berbagai sumber dana dan semua jenis pengeluaran yang dilakukan
- ii. Laporan Keuangan Terpadu (LKT) merupakan salah satu bagian penting dari tata kelola UPTD, yaitu transparansi dan akuntabilitas manajemen UPTD
- iii. Prinsip Laporan Keuangan Terpadu:
 - Mencatat Semua Pengeluaran kegiatan di UPTD
 - Pencatatan disertai dengan bukti yang sah
 - Mencatat kesesuaian antara anggaran dan realisasi
 - Sederhana
- iv. Laporan Keuangan Terpadu sebaiknya dibuat dalam kurun waktu triwulanan (3 Bulanan)

Manfaat Pelaporan:

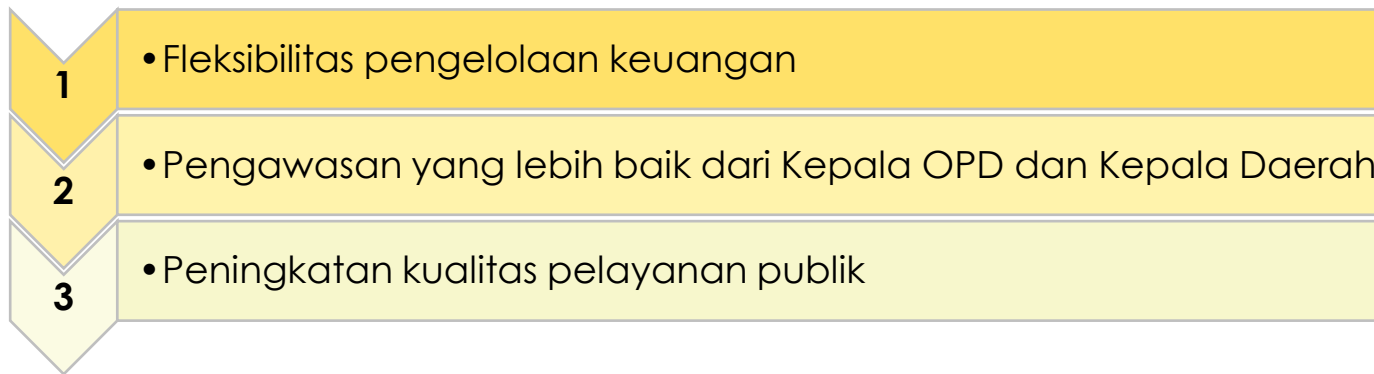
- i. Alat kontrol antara RKA dengan Realisasi Pengeluaran yang telah dilaksanakan
- ii. Alat ukur kinerja bagi UPTD
- iii. Menghindari pembiayaan ganda pada sumber pendanaan untuk satu jenis pengeluaran yang sama
- iv. Sebagai acuan dalam penyusunan rencana kerja pada periode selanjutnya agar tetap mengacu pada rencana strategis yang telah dibuat dalam jangka menengah
- v. Sarana pertanggungjawaban manajemen UPTD dalam melaksanakan kinerjanya pada satu periode

Definisi Operasional

BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

Pasal 1 Angka 1 Permendagri 79/2018

Faktor Pendorong Pengelolaan BLUD



PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya

Latar belakang penerapan BLUD Puskesmas

1. Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan berkualitas yang semakin tinggi
2. Diperlukan sarana, prasarana, alat kesehatan dan sumber daya manusia yang memadai d
3. Meningkatkan pelayanan prima
4. Pemanfaatan anggaran dari berbagai sumber agar lebih maksimal
5. Memperkuat pelaksanaan Manajemen Puskesmas agar mampu berkompetisi dan berdaya saing

Tujuan BLUD (Pasal 2 Ayat (1) Permendagri 79/2018)

Memberikan layanan umum scr lebih efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggungjawab dgn memperhatikan asas keadilan, kepatutan dan manfaat sejalan dengan praktek bisnis yg sehat, yg pengelolaannya dilakukan berdasarkan kewenangan yg didelegasikan oleh KDH

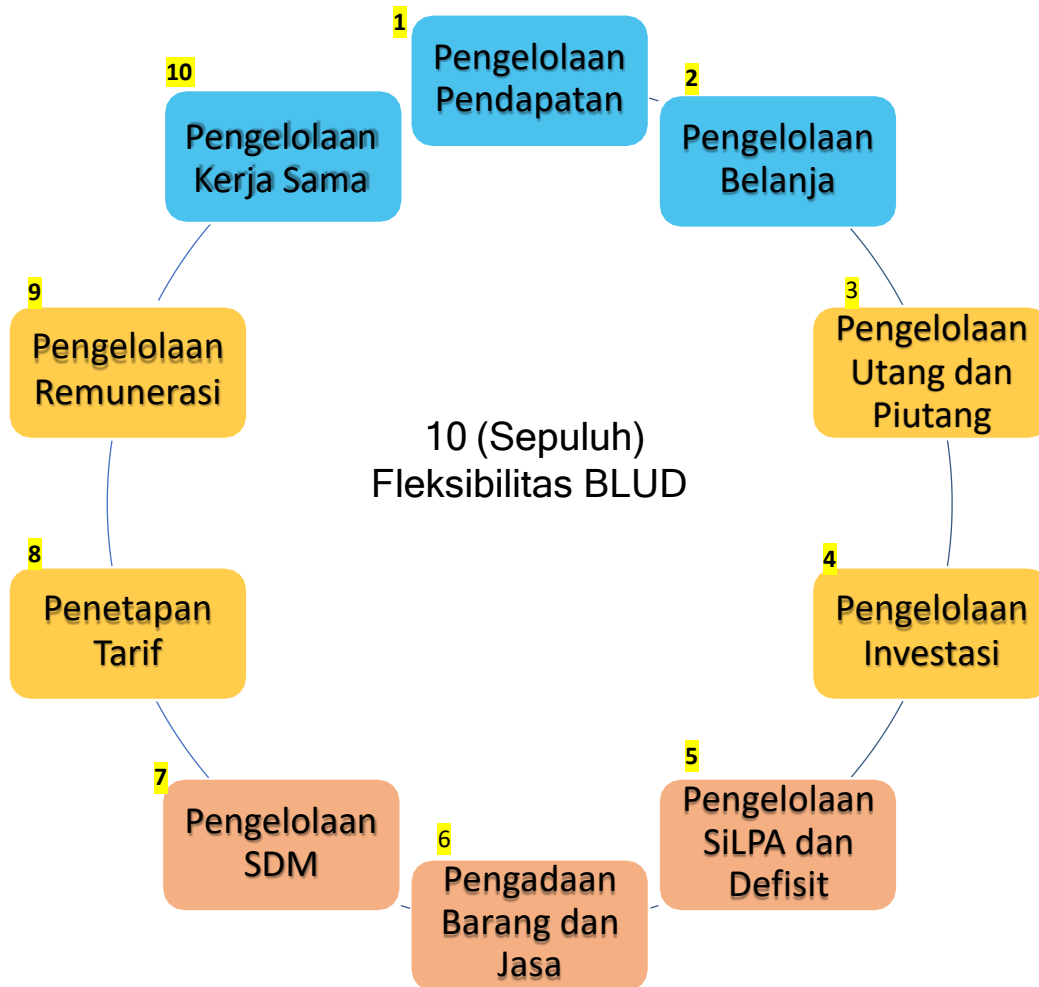
Asas BLUD (Pasal 2 Ayat (2), Ayat (3), Ayat (4) dan Ayat (5) Permendagri 79/2018)

1. Kepala Daerah bertanggung jawab atas kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum
2. Pejabat Pengelola BLUD bertanggung jawab atas pelaksanaan pemberian layanan umum terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan.
3. BLUD merupakan kekayaan daerah yang tidak dipisahkan dari pemerintah daerah
4. BLUD merupakan bagian dari pengelolaan keuangan daerah

B. TATA KELOLA KEUANGAN BLUD

266

Fleksibilitas BLUD



Fleksibilitas (Pasal 1 Angka 2 PMDN 79/2018)

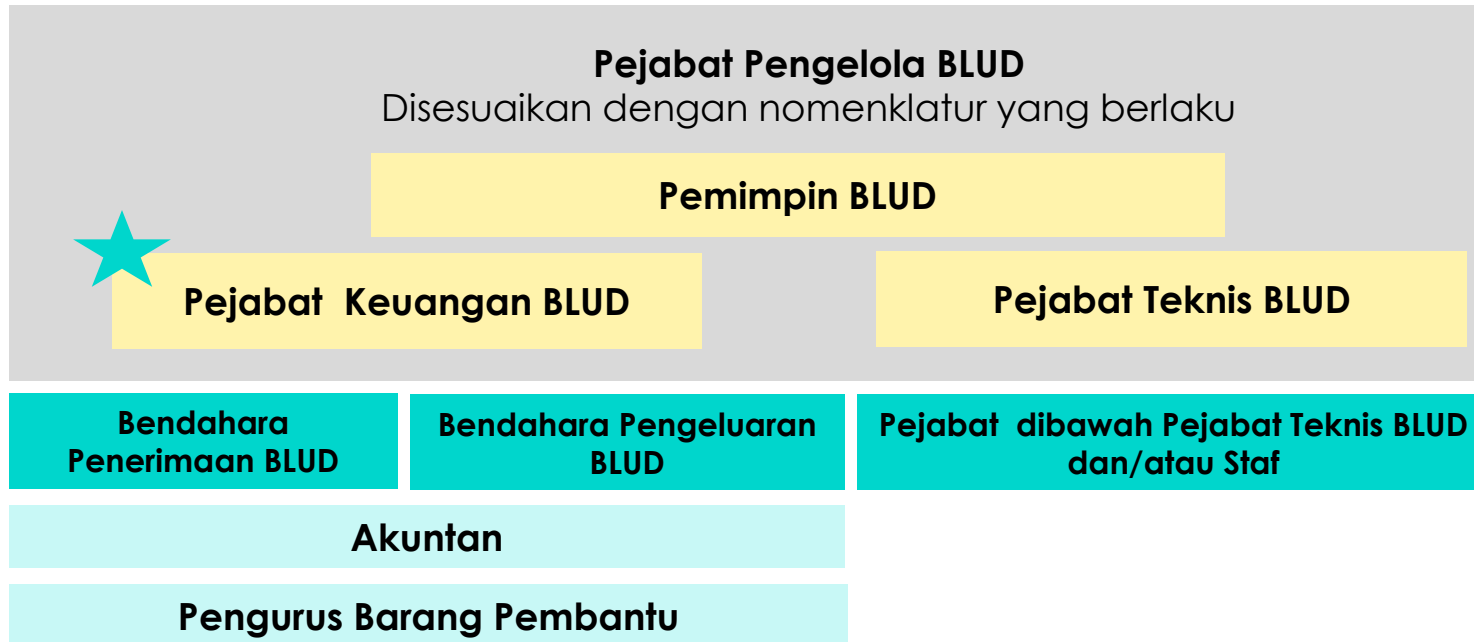
Keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan **praktek bisnis yang sehat** untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan masyarakat

Praktik Bisnis Yang Sehat (Pasal 1 Angka 3 PMDN 79/2018)

Penyelenggara fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing

B. TATA KELOLA KEUANGAN BLUD

1. Sumber Daya Manusia Pengelola Keuangan BLUD



- Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh kepala daerah
- Pemimpin bertanggungjawab kepada kepala daerah
- Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggungjawab kepada pemimpin



Pejabat Keuangan dalam melaksanakan tugas mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan dan dibantu oleh Bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran. Ketiganya harus dijabat oleh PNS, diangkat dan diberhentikan oleh kepala daerah

2. Tugas Pejabat Pengelola Keuangan BLUD

Pemimpin mempunyai tugas:

1. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
2. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh kepala daerah;
3. menyusun Renstra;
4. menyiapkan RBA;
5. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada kepala daerah sesuai dengan ketentuan;
6. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
7. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada kepala daerah; dan
8. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah sesuai dengan kewenangannya.

Bertindak selaku KPA/KPB

Tugas KPA:

1. Melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban anggaran belanja
2. Melaksanakan anggaran unit SKPD yang dipimpinnya
3. Melakukan pengujian atas tagihan dan memerintahkan pembayaran
4. Mengadakan ikatan/perjanjian kerja sama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang telah ditetapkan
5. Melaksanakan pemungutan retribusi daerah
6. Mengawasi pelaksanaan anggaran yang menjadi tanggung jawabnya
7. Melaksanakan tugas KPA lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Tugas KPA pada BLUD dengan status UOBK:

1. menyusun RKA-Unit Organisasi Bersifat Khusus
2. menyusun DPA-Unit Organisasi Bersifat Khusus
3. Melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban anggaran belanja dan/atau pengeluaran pembayaran
4. Melaksanakan anggaran unit organisasi yang bersifat khusus yang dipimpinnya
5. Melakukan pengujian atas tagihan dan memerintahkan pembayaran
6. Melakukan pemungutan retribusi daerah
7. Mengadakan ikatan/perjanjian kerja sama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang telah ditetapkan
8. Menandatangani SPM
9. Mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawab SKPD yang dipimpinnya
10. Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit organisasi bersifat khusus yang dipimpinnya
11. Mengawasi pelaksanaan anggaran pada unit organisasi bersifat khusus yang dipimpinnya
12. Menetapkan PPTK dan PPK-unit SKPD
13. Menetapkan pejabat lainnya dalam unit organisasi bersifat khusus yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah
14. Melaksanakan tugas lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Berfungsi Sebagai Penanggung Jawab Umum Operasional Dan Keuangan

3. Tugas Pejabat Pengelola Keuangan BLUD

Pejabat keuangan mempunyai tugas:

- merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
- mengoordinasikan penyusunan RBA;
- menyiapkan DPA;
- melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
- menyelenggarakan pengelolaan kas;
- melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
- menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada dibawah penguasaannya;
- Menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
- tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.

Berfungsi Sebagai Penanggung Jawab Keuangan BLUD

Dibantu oleh Bendahara Penerimaan dan Pengeluaran

Pejabat teknis mempunyai tugas:

- Menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional
- Dan pelayanan di bidangnya
- Melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan
- sesuai dengan RBA
- Memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional
- dan pelayanan di bidangnya
- Tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau
- Pemimpin sesuai dengan kewenangannya

Berfungsi Sebagai Penanggung Jawab Teknis Operasi Dan Pelayanan Bidangnya

Terkait dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas SDM dan Sumber Daya lainnya

4. Pembina dan Pengawas BLUD

Pembina dan Pengawas BLUD terdiri atas:

- a. Pembina teknis dan pembina keuangan;
- b. Satuan pengawas internal; dan
- c. Dewan Pengawas.

5. Tahapan Penerapan BLUD

UPTD yang akan menerapkan BLUD wajib memenuhi persyaratan yang meliputi:

Substantif

- Penyediaan barang dan/atau jasa layanan Umum
- Pengelolaan Dana khusus dalam rangka meningkatkan ekonomi dan/atau layanan kepada masyarakat
- Pengelolaan wilayah/Kawasan tertentu untuk tujuan meningkatkan perekonomian masyarakat atau layanan umum

Teknis

- Karakteristik tugas dan fungsi dalam memberikan pelayanan lebih layak apabila dikelola dengan menerapkan BLUD, sehingga dapat meningkatkan pencapaian target keberhasilan
- Berpotensi meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dan kinerja keuangan apabila dikelola dengan menerapkan BLUD

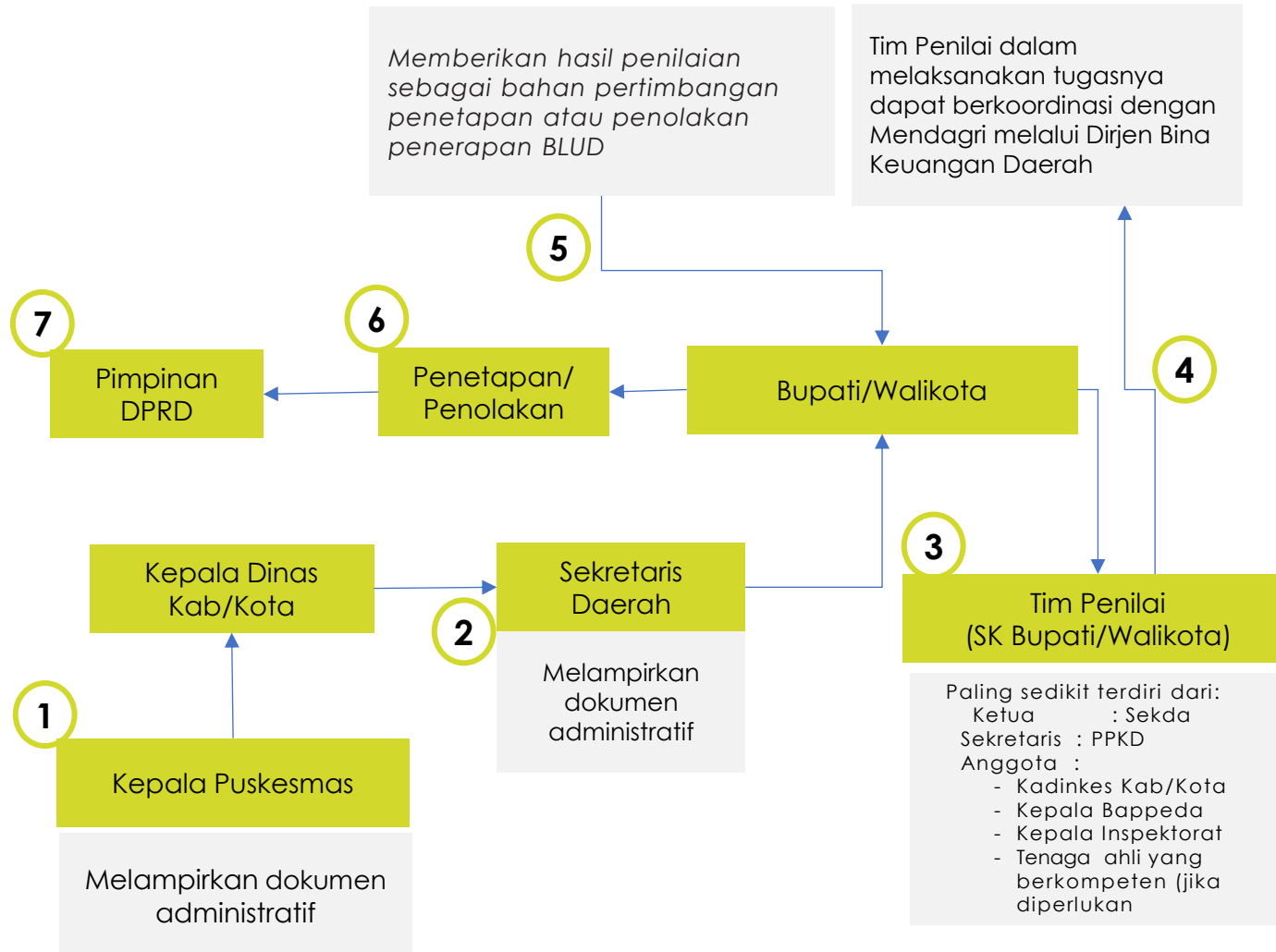
Administratif

- Surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja
- Pola Tata kelola
- Rencana Strategis
- Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- Laporan Keuangan atau prognosis/proyeksi keuangan
- Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk di audit oleh pemeriksa eksternal pemerintah

B. TATA KELOLA KEUANGAN BLUD

272

6. Proses Permohonan, Penilaian Dan Penetapan BLUD



Keterangan

1. Kepala puskesmas yang akan menerapkan BLUD mengajukan permohonan penerapan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan melampirkan dokumen persyaratan administratif)
2. Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota mengajukan permohonan kepada kepala daerah melalui sekretaris daerah.
3. Kepala daerah melakukan penilaian terhadap permohonan penerapan BLUD. Dalam melakukan penilaian, kepala daerah membentuk tim penilai yang ditetapkan dengan keputusan kepala daerah.
4. Tim penilai bertugas untuk menilai permohonan penerapan BLUD paling lama 3 (tiga) bulan sejak ditetapkannya SK tim penilai oleh bupati/walikota. Tim penilai dalam melaksanakan tugasnya dapat berkoordinasi dengan Menteri melalui Direktur Jenderal Bina Keuangan Daerah.
5. Hasil penilaian oleh tim penilai disampaikan kepada kepala daerah sebagai bahan pertimbangan penetapan atau penolakan penerapan BLUD.
6. Penerapan BLUD ditetapkan dengan keputusan kepala daerah berdasarkan hasil penilaian.
7. Keputusan kepala daerah disampaikan kepada pimpinan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah paling lama 1(satu) bulan sejak tanggal ditetapkan.

7. Struktur Anggaran BLUD

Berdasarkan Pasal 50 sd 57 Permendagri No 79/2018, terdapat 3 (tiga) bagian akun besar:

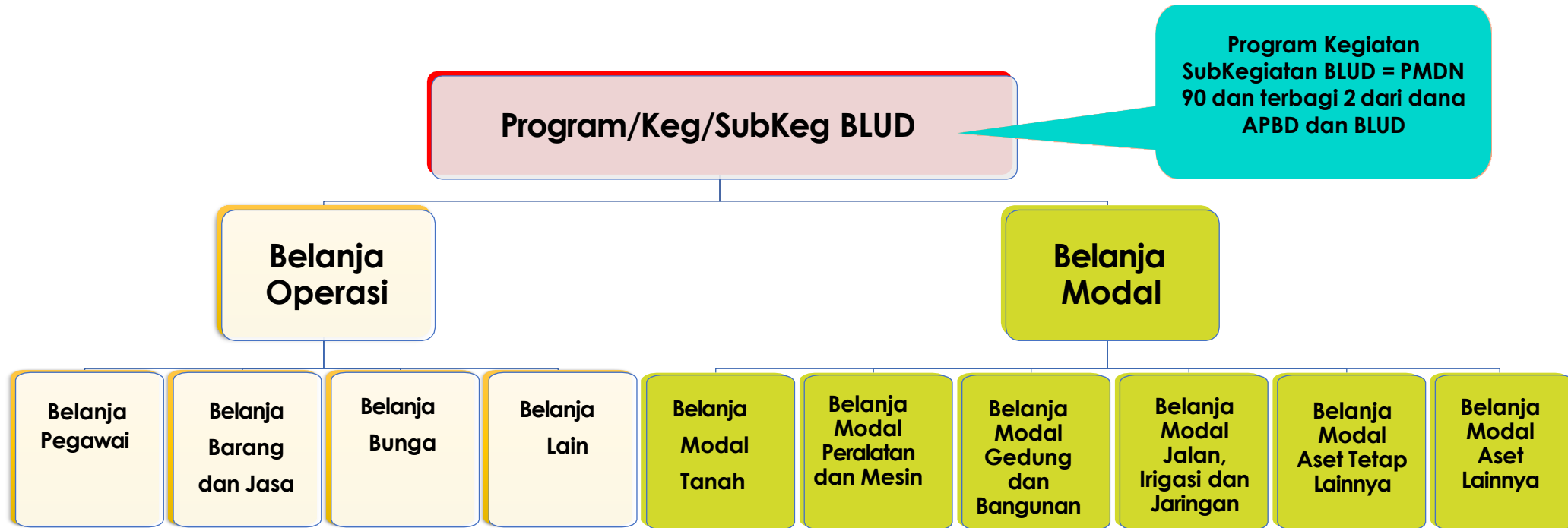
- a. Pendapatan BLUD
- b. Belanja BLUD
- c. Pembiayaan BLUD



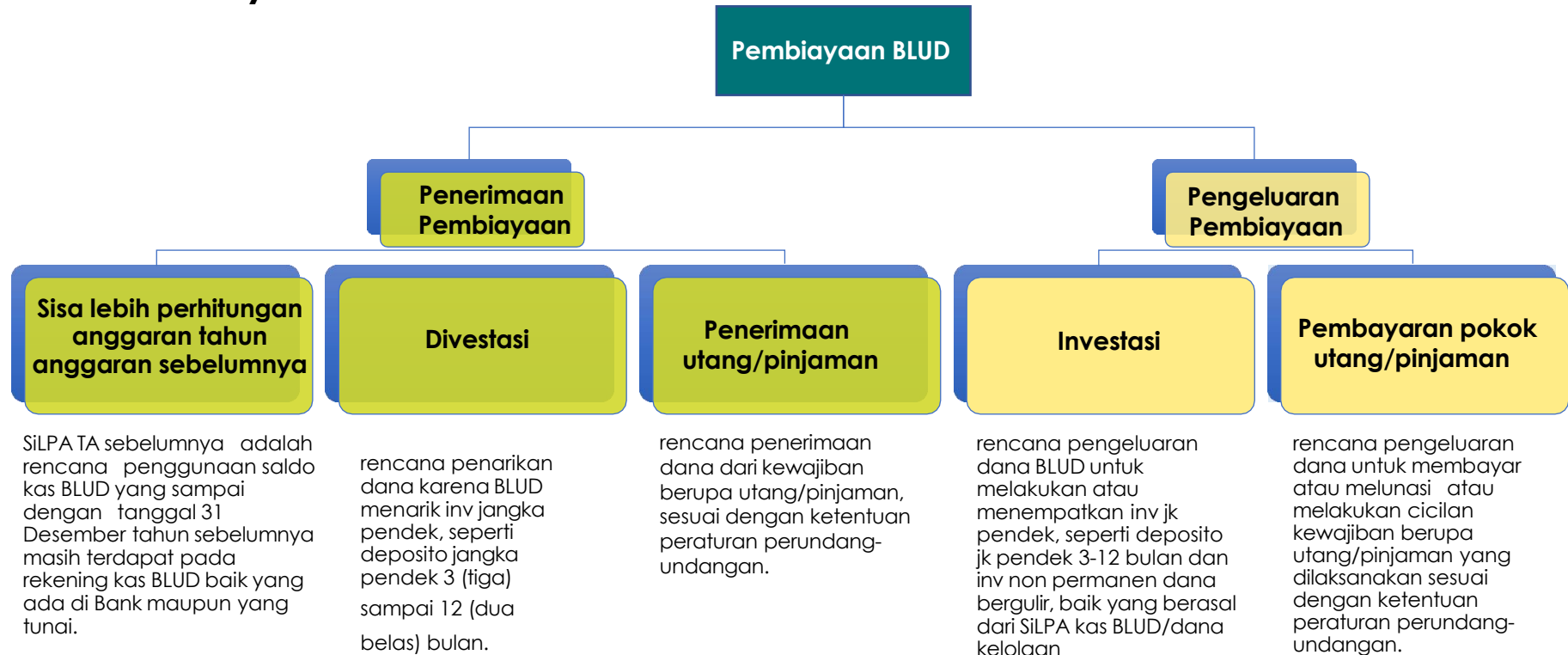
B. TATA KELOLA KEUANGAN BLUD

274

8. Belanja BLUD



9. Pembiayaan BLUD



Berdasarkan pasal 95 PMDN 79/2018, SiLPA TA sebelumnya harus dianggarkan di RBA dapat berdasarkan proyeksi dan/atau catatan historis tahun-tahun sebelumnya agar bisa digunakan pada awal TA yang berkenaan.

10. Perencanaan dan Penganggaran BLUD

Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra. disusun berdasarkan pada

- Anggaran Berbasis Kinerja
- Standar Satuan Harga
- Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.

Komponen RBA

Sumber: Pasal 58 s.d Pasal 64 Permendagri 79/2018,

Ringkasan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan

Berisi Ringkasan dari Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan

Rincian anggaran Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan

Berisi rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan belanja dan pembiayaan

Perkiraan Harga

Merupakan estimasi harga jual produk barang/jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti yang tercermin dari tarif layanan

Besaran Persentase ambang Batas

Merupakan besaran presentasi perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD

Perkiraan Maju

Merupakan perhitungan ebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya

Standar Pelayanan Minimal

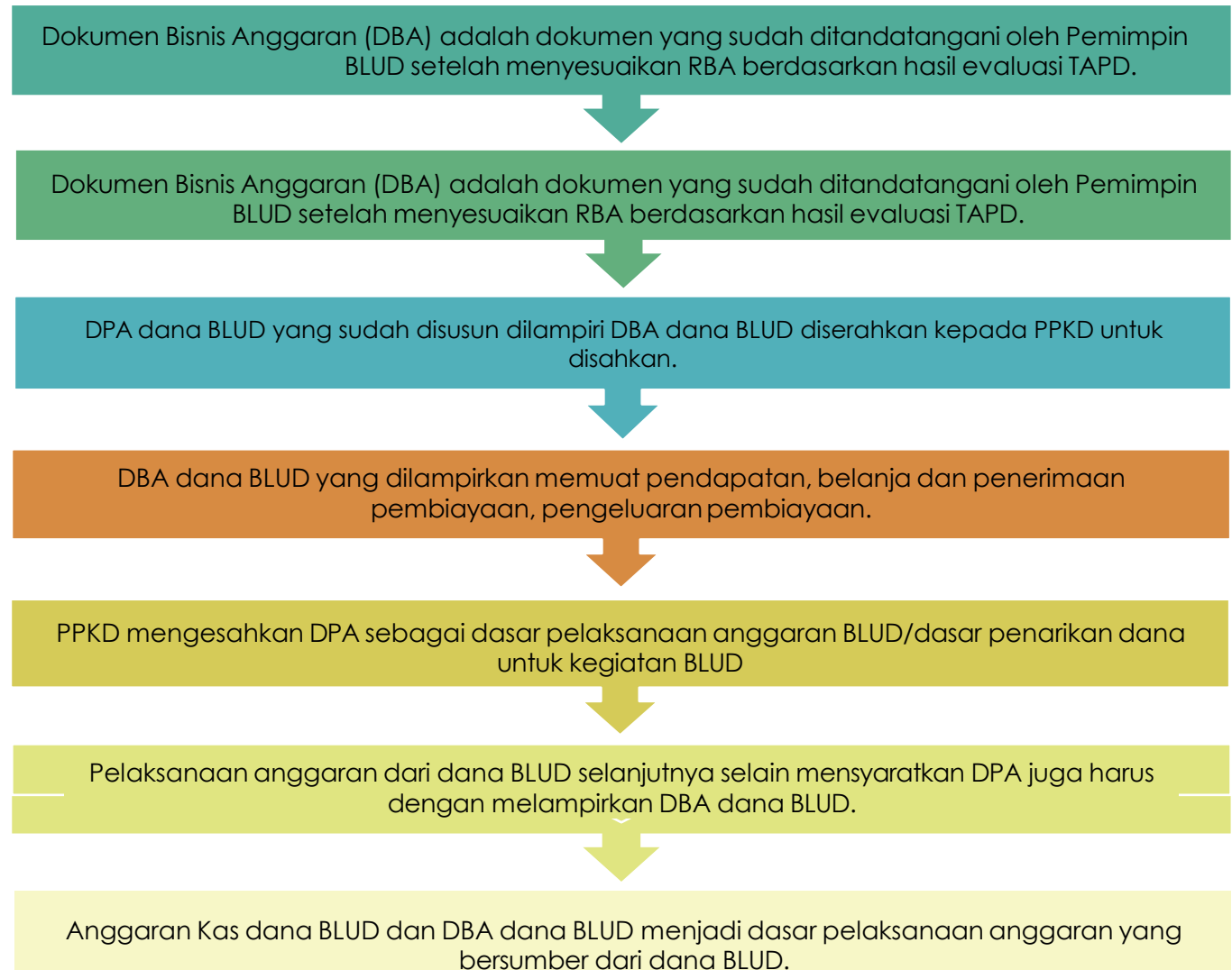
Standar Pelayanan minimal BLUD yang bersangkutan

B. TATA KELOLA KEUANGAN BLUD

11. Penyusunan DPA dan DBA dari dana BLUD

- BLUD menyusun DPA berdasarkan Perda tentang APBD untuk diajukan kepada PPKD
- DPA terdiri dari DPA pendapatan, DPA belanja, dan DPA pembiayaan, yang menyerupai RKA BLUD.

*Berdasarkan Pasal 65
s.d Pasal 73
Permendagri 79/2018*



12. Pengelolaan Rekening di BLUD

1. Rekening kas BLUD dipegang oleh Pejabat Keuangan.
2. Pada mekanisme ini semua penerimaan dan pengeluaran kas BLUD bermuara di Rekening kas BLUD dipegang oleh Pejabat Keuangan ini.
3. Bendahara Penerimaan BLUD dan Bendahara Pengeluaran BLUD dapat memiliki rekening bank tersendiri baik keduanya atau salah satunya.
4. Bendahara Penerimaan BLUD dalam batas waktu yang ditentukan (untuk Pemda diatur paling lama 1 hari kecuali keadaan geografis kurang mendukung) menyetor penerimaan yang diterimanya secara tunai ke rekening kas BLUD.
5. Pendapatan secara non tunai dilakukan dengan cara menyetor atau transfer langsung ke Rekening kas BLUD.

13. Penatausahaan Pendapatan BLUD

1. Pembukuan atas pendapatan secara tunai
2. Pembukuan atas pendapatan melalui rekening Bank Bendahara Penerimaan BLUD
3. Pembukuan atas pendapatan melalui rekening Kas BLUD

14. Pengelolaan Belanja di BLUD

1. Bendahara pengeluaran BLUD mengajukan Surat Permintaan Pencairan Dana (S-PPD) dalam rangka melaksanakan belanja kepada Pemimpin BLUD melalui Pejabat Keuangan
2. Dalam hal ini bendahara pengeluaran BLUD menyusun S-PPD yang dapat berupa:
 - a. Uang Persediaan (UP), dipergunakan untuk mengisi uang persediaan (UP) tiap-tiap BLUD. Pengajuan Surat PPD-UP hanya dilakukan sekali dalam setahun, selanjutnya untuk mengisi saldo uang persediaan akan menggunakan Surat PPD-GU.
 - b. Ganti Uang (GU), yang dipergunakan untuk mengganti UP yang sudah terpakai.
 - c. Langsung (LS), yang dipergunakan untuk pembayaran langsung pada pihak ketiga dengan jumlah yang telah ditetapkan
3. Pejabat Keuangan melakukan verifikasi S-PPD dan menyiapkan Surat Otorisasi Pencairan Dana (S-OPD)
4. S-OPD dibedakan menjadi 3 (tiga) sesuai dengan jenis S-PPD-nya, yaitu S-OPD UP, GU, dan LS.
5. Penerbitan S-OPD ditandatangani Pemimpin BLUD dan diserahkan kepada Pejabat Keuangan untuk diterbitkan Surat Pencairan Dana (S-PD) sesuai jenisnya, yaitu S-PD UP, GU, dan LS.
6. Pejabat Keuangan menandatangani S-PD dan menyerahkan kepada Bank untuk dilakukan pencairan

15. Penatausahaan Belanja BLUD

Pembukuan Belanja BLUD dilakukan oleh bendahara pengeluaran BLUD menggunakan:

1. Buku Kas Umum (BKU) Pengeluaran BLUD
2. Buku Pembantu BKU Pengeluaran BLUD sesuai dengan kebutuhan seperti :
 - Buku Pembantu Kas Tunai;
 - Buku Pembantu Simpanan/Bank;
 - Buku Pembantu Setara Kas;
 - Buku Pembantu Panjar;
 - Buku Pembantu Pajak;
 - Buku Pembantu Rincian Obyek Belanja.

Pembukuan Belanja dari dana APBD yang sudah dilakukan bendahara pengeluaran pembantu SKPD juga dilakukan bendahara pengeluaran BLUD menggunakan:

1. Buku Kas Umum (BKU) Pengeluaran APBD
2. Buku Pembantu BKU Pengeluaran APBD sesuai dengan kebutuhan seperti :
 - Buku Pembantu Kas Tunai;
 - Buku Pembantu Simpanan/Bank;
 - Buku Pembantu Panjar;
 - Buku Pembantu Pajak;
 - Buku Pembantu Rincian Obyek Belanja.

16. Penatausahaan di pejabat Keuangan BLUD

Pembukuan Pejabat Keuangan BLUD dilakukan dalam rangka pembukuan untuk mengendalikan rekening kas BLUD yang dilakukan dengan menggunakan Buku Kas Umum Pejabat Keuangan BLUD.

Pembukuan Pejabat Keuangan BLUD meliputi pencatatan atas :

1. Penerimaan pendapatan BLUD (diluar pendapatan APBD) yang diterima dari:
 - a. Bendahara Penerimaan BLUD secara tunai maupun pindah buku/transfer dari rekening bank Bendahara Penerimaan BLUD
 - b. Pembayar Pendapatan BLUD secara tunai maupun pindah buku/transfer dari rekening Pembayar Pendapatan BLUD
2. Penerimaan Pembiayaan BLUD
3. Pengeluaran Belanja BLUD baik untuk mekanisme UP/GU maupun LS
4. Pengeluaran Pembiayaan BLUD

17. Pertanggungjawaban Pendapatan dan Belanja BLUD

Bendahara Penerimaan

1. Bendahara penerimaan BLUD wajib mempertanggungjawabkan pengelolaan uang yang menjadi tanggungjawabnya kepada Pemimpin BLUD melalui Pejabat Keuangan BLUD paling lambat pada tanggal 5 bulan berikutnya.
2. Pertanggungjawaban dituangkan dalam Laporan pertanggungjawaban (LPJ) bendahara penerimaan BLUD yang memuat informasi tentang rekapitulasi penerimaan, penyetoran dan saldo kas yang ada di bendahara Penerimaan BLUD
3. LPJ tersebut dilampiri dengan
 - a. BKU Penerimaan yang telah ditutup pada akhir bulan berkenaan;
 - b. Register STS; dan
 - c. Bukti penerimaan yang sah dan lengkap.

Bendahara Pengeluaran

1. Bendahara pengeluaran BLUD wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pengelolaan uang yang terdapat dalam kewenangannya.
2. Pertanggungjawaban tersebut terdiri atas :
 - a. pertanggungjawaban penggunaan UP/GU
 - b. pertanggungjawaban bulanan

18. Pelaporan Keuangan BLUD

- Pada dasarnya konsep akuntansi BLUD sama dengan Pemda, hanya tidak perlu akun resipokal (RK SKPD & RK PPKD)
- Basis Kas pengakuan realisasi atas pendapatan, belanja, dan pembiayaan dalam LRA
- Basis akrual untuk pengakuan pendapatan, beban, aset, utang, dan ekuitas dalam pelaporan finansial berbasis akrual yaitu LO, Neraca dan LPE
- Pengaturan secara khusus mengacu PSAP 13 tentang Penyajian Laporan Keuangan Badan Layanan Umum

7 (tujuh) laporan keuangan BLUD yang diminta PSAP 13

1	LRA	: Lapoaran Realisasi Anggaran
2	LP SAL	: Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih
3	NERACA	
4	LO	: Laporan Operasional
5	LAK	: Laporan Arus Kas
6	LPE	: Laporan Perubahan Ekuitas
7	CALK	: Catatan Arus Laporan Keuangan

BLU merupakan instansi di lingkungan pemerintah pusat/**daerah** yang mengelola kekayaan negara/**daerah** yang tidak dipisahkan. Sebagai instansi pemerintah, BLU menerapkan pernyataan standar ini dalam menyusun laporan keuangan. (Par 5 PSAP13)



Pasal 99 ayat (7) Permendagri 79/2018

Laporan keuangan diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan = **BPK RI**

1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 56 Tahun 2019 tentang Pedoman Nomenklatur dan Unit Kerja Sekretariat Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.
10. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 445/9873/SJ dan Nomor 445/9874/SJ tentang Modul Penyusunan Dokumen Administratif Penerapan Badan Layanan Umum Daerah Puskesmas.
11. Kemenkes, 2022. Buku Saku Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas

Pengelolaan Barang Milik Pemerintah, Negara/Daerah dilaksanakan berdasarkan asas fungsional, kepastian hukum, transparansi, efisiensi, akuntabilitas dan kepastian nilai (Peraturan Pemerintah No 27 Tahun 2014 Psl 3). Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah meliputi:

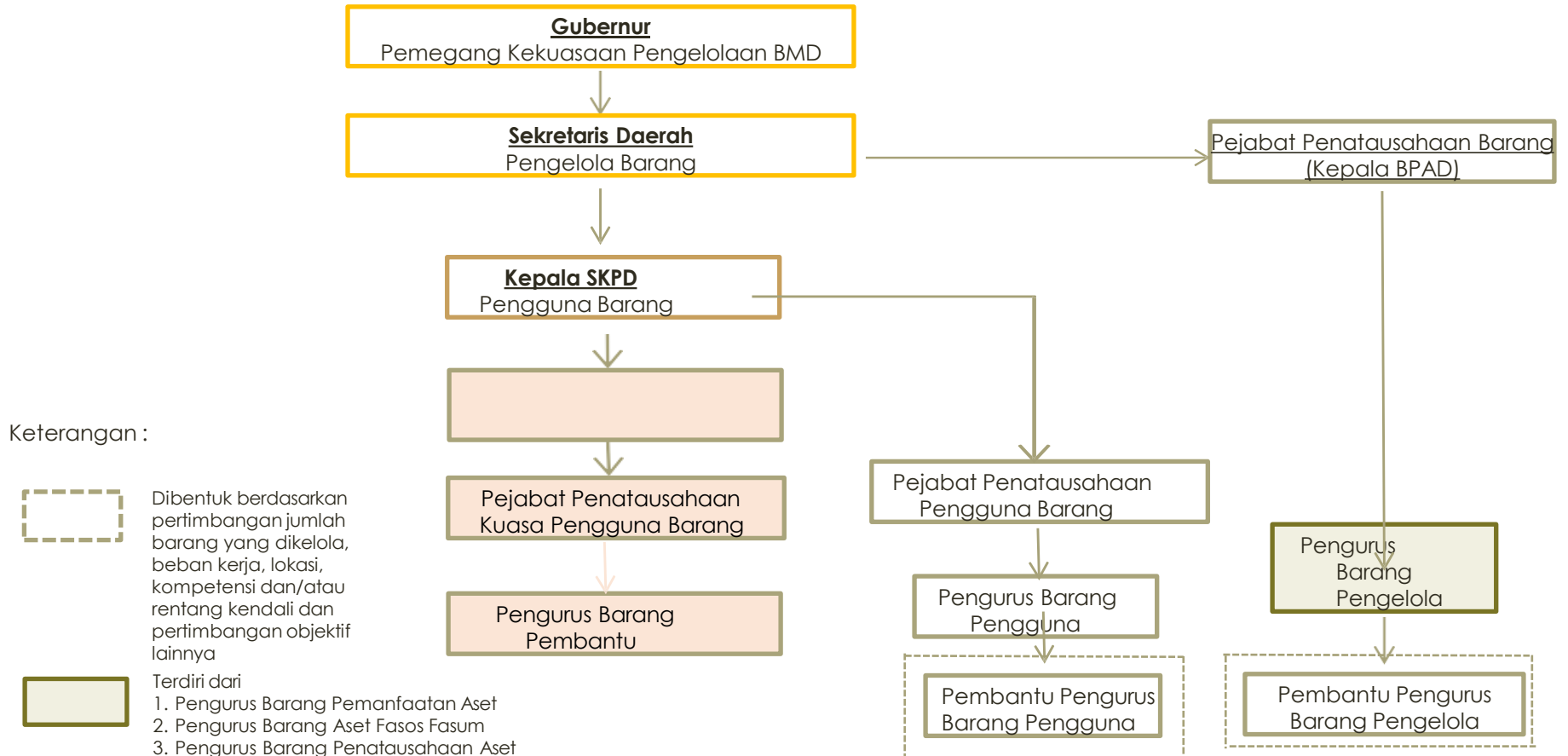
1. Perencanaan kebutuhan dan penganggaran
2. Pengadaan
3. Penggunaan
4. Pemanfaatan
5. Pengamanan dan pemeliharaan
6. Penilaian
7. Pemindahtanganan
8. Pemusnahan
9. Penghapusan
10. Penata Usahaan
11. Pembinaan, Pengawasan dan Pengendalian

Barang Milik Negara/Daerah meliputi:

- a. barang yang dibeli/diperoleh atas beban APBD; dan
- b. barang yang berasal dari perolehan lainnya yang sah:
 - barang yang diperoleh dari **hibah/sumbangan atau yang sejenis;**
 - barang yang diperoleh sebagai **pelaksanaan dari perjanjian/kontrak;**
 - barang yang diperoleh **sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;** atau
 - barang yang diperoleh berdasarkan **putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap.**

C. PENGELOLAAN ASET/BMD

Struktur Pejabat Penatausahaan BMD



C. PENGELOLAAN ASET/BMD

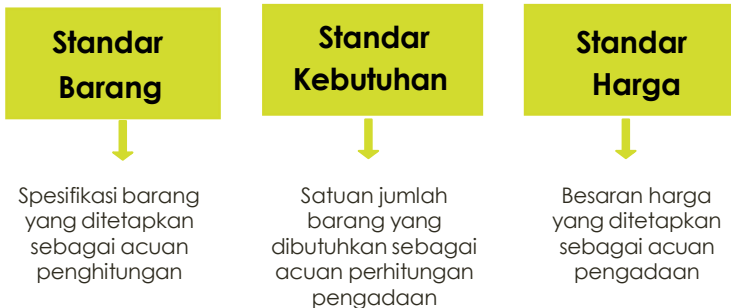
1. Perencanaan Kebutuhan

Perencanaan kebutuhan adalah kegiatan merumuskan rincian kebutuhan Barang Milik Negara/Daerah untuk menghubungkan pengadaan barang yang telah lalu dengan keadaan yang sedang berjalan sebagai dasar dalam melakukan tindakan yang akan datang

Dokumen RKBMD

- adalah dokumen perencanaan kebutuhan barang milik daerah untuk periode 1 (satu) tahun.
- dilaksanakan setiap tahun setelah rencana kerja (Renja) Perangkat Daerah ditetapkan

Disusun dengan berpedoman kepada



Prinsip Penyusunan Perencanaan Kebutuhan

Disesuaikan dengan kebutuhan pelaksanaan Tugas dan Fungsi SKPD dalam pengusulan penyediaan anggaran untuk **kebutuhan baru (new initiative)** dan **angka dasar (baseline)** serta penyusunan rencana kerja dan anggaran



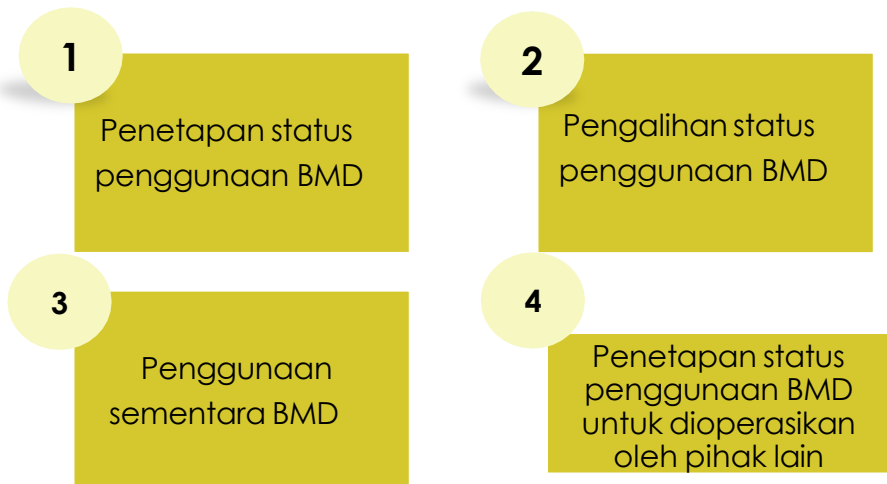
2. Pengadaan

- Pengadaan Barang Milik Daerah dilaksanakan berdasarkan prinsip efisien, efektif, transparan dan terbuka, bersaing, adil, dan akuntabel
- Pengguna barang wajib menyampaikan laporan hasil pengadaan Barang Milik Daerah kepada Gubernur melalui Pengelolaan Barang milik daerah untuk ditetapkan status penggunaannya
- Barang Milik Daerah yang dibeli atau diperoleh atas beban APBD dilengkapi dokumen pengadaan

3. Penggunaan

Gubernur menetapkan status penggunaan barang milik daerah dan dapat mendelegasikan penetapan status penggunaan selain tanah dan/atau bangunan dengan **kondisi tertentu** kepada Pengelola Barang Penetapan status penggunaan BMD **dilaksanakan secara tahunan.**

Penggunaan BMD meliputi :



C. PENGELOLAAN ASET/BMD

4) Pemanfaatan

a. Pemanfaatan dilaksanakan oleh:

- 1) Pengelola Barang dengan persetujuan Kepala Daerah
Tanah dan atau bangunan yang dalam pengelola
Pengelola Barang
- 2) Pengguna Barang dengan persetujuan Pengelola Barang:
Sebagian tanah dan atau bangunan yang masih digunakan Pengguna Barang Selain tanah dan bangunan

b. Pemanfaatan BMD dilakukan:

- 1) Berdasarkan pertimbangan teknis kepentingan daerah dan umum
- 2) Tidak mengganggu pelaksanaan tugas & fungsi penyelenggaraan Pemda

Catatan

- Biaya pemeliharaan dan pengamanan menjadi beban mitra pemanfaatan
- Biaya persiapan sampai penunjukan mitra menjadi beban APBD
- Pendapatan dari pemanfaatan disetor seluruhnya ke RKUD
- Pendapatan dari BMD BLUD disetor seluruhnya ke rekening BLUD
- BMD obyek pemanfaatan dilarang dijaminkan atau digadaikan
- BMD obyek retribusi tidak dapat dikenakan sebagai obyek pemanfaatan

Pemanfaatan terdiri dari 5 bentuk

Sewa

Pemanfaatan oleh pihak lain dalam jangka waktu tertentu dan menerima imbalan uang tunai

Pinjam Pakai

Penyerahan penggunaan Barang antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah atau antar pemerintah daerah dalam jangka waktu tertentu tanpa menerima imbalan dan setelah jangka waktu tersebut berakhir diserahkan kembali kepada Gubernur

KSP

Pendayagunaan barang milik daerah oleh pihak lain dalam jangka waktu tertentu dalam rangka peningkatan pendapatan daerah atau sumber pembiayaan lainnya

BGS/BSG

BGS (Bangun Guna Serah)

Pemanfaatan berupa tanah oleh pihak lain dengan cara mendirikan bangunan dan/atau sarana berikut fasilitasnya, kemudian didayagunakan oleh pihak lain tersebut dalam jangka waktu tertentu yang telah disepakati, untuk selanjutnya diserahkan kembali tanah beserta bangunan dan/atau sarana berikut fasilitasnya setelah berakhirnya jangka waktu

BSG (Bangun Serah Guna)

Pemanfaatan berupa tanah oleh pihak lain dengan cara mendirikan bangunan dan/atau sarana berikut fasilitasnya, dan setelah selesai pembangunannya diserahkan untuk didayagunakan oleh pihak lain tersebut dalam jangka waktu tertentu yang disepakati

KSPI

Kerjasama antara pemerintah dan badan usaha untuk kegiatan penyediaan infrastruktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan

5) Pengamanan dan Pemeliharaan

- Pengelola Barang, Pengguna Barang dan/atau Kuasa Pengguna Barang wajib melakukan pengamanan BMD yang berada dalam penguasaannya.
- Pengamanan BMD, meliputi:
 1. Pengamanan fisik;
 2. Pengamanan administrasi;
 3. Pengamanan hukum.
- Bukti Kepemilikan BMD wajib disimpan dengan tertib dan aman

FISIK	ADMINISTRASI	HUKUM
Memasang tanda letak tanah dengan membangun pagar batas	Menghimpun, mencatat, menyimpan, dan menata-usahkan dokumen bukti kepemilikan	Tanah yang belum memiliki sertifikat
Memasang tanda kepemilikan tanah	Melakukan langkah-langkah: 1. Melengkapi bukti kepemilikan &/menyimpan sertifikat tanah;	Tanah yang sudah bersertifikat namun belum atas nama Pemerintah
Melakukan penjagaan	2. Membuat kartu identitas barang;	
	3. Melaksanakan inventarisasi/sensus BMD sekali dalam 5 tahun serta melaporkan hasilnya	

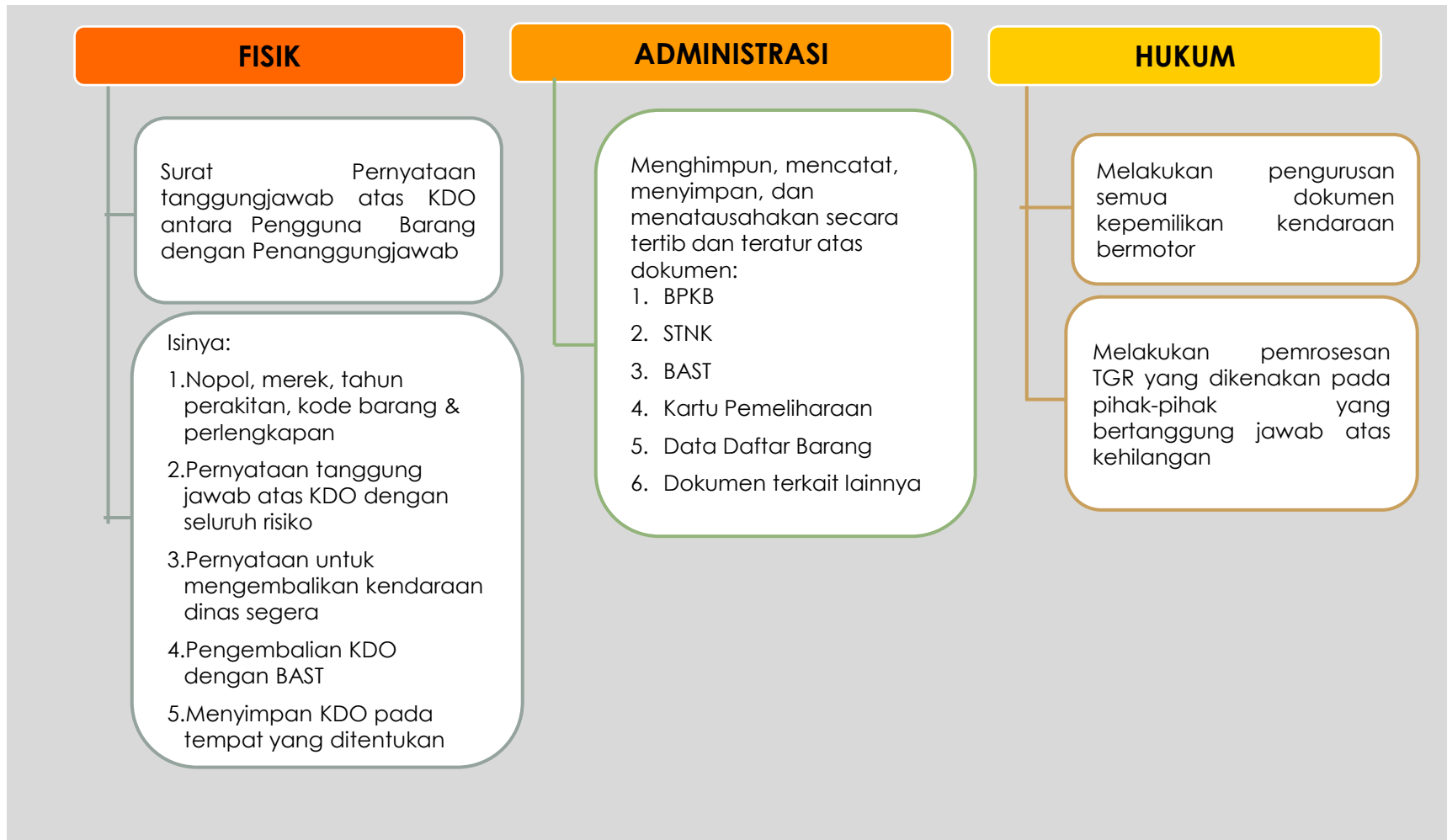
GambarPengamanan Tanah



Gambar: Pengamanan Gedung/Bangunan

C. PENGELOLAAN ASET/BMD

291



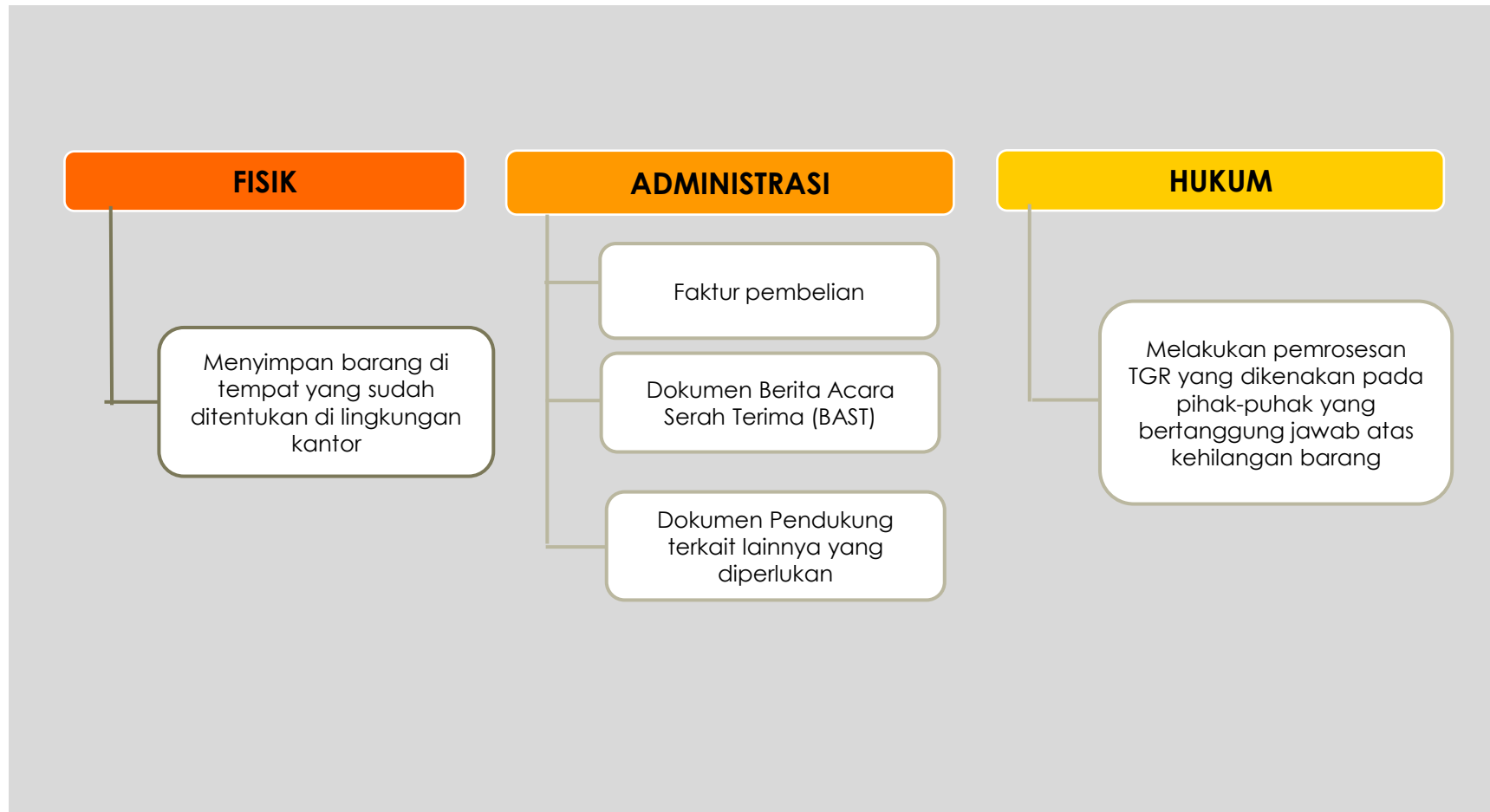
Gambar Pengamanan Kendaraan Dinas/KDO

C. PENGELOLAAN ASET/BMD

292



Gambar: Pengamanan Persediaan



GambarPengamanan selain Tanah/Gedung Bnagunan/KDO/Persediaan

6. Penilaian

Penilaian BMD dilakukan dalam rangka penyusunan neraca Pemda, Pemanfaatan, atau Pemindahtanganan, kecuali dalam hal untuk:

- Pemanfaatan dalam bentuk Pinjam Pakai; atau
- Pemindahtanganan dalam bentuk Hibah.

Penilaian BMD berupa tanah dan/atau bangunan dalam rangka Pemanfaatan atau Pemindahtanganan dilakukan oleh:

- Penilai Pemerintah; atau
- Penilai Publik yang ditetapkan oleh Kepala Daerah

Penilaian BMD untuk mendapatkan nilai wajar.

Penilaian BMD selain tanah dan/atau bangunan dilakukan oleh tim yang ditetapkan oleh Kepala Daerah, dan dapat melibatkan Penilai yang ditetapkan Kepala Daerah.

7. Pemindahtanganan

BMD yang tidak diperlukan bagi penyelenggaraan tugas pemerintahan dapat dipindahtanggankan, dengan cara:

Penjualan	Tukar Menukar	Hibah	Penyertaan Modal Pemerintah Pusat/Daerah
Pengalihan kepemilikan BMD kepada pihak lain dengan menerima penggantian dala	Pengalihan kepemilikan BMD yang dilakukan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah, antar pemerintah daerah, atau antara pemerintah daerah dengan pihak lain, dengan menerima penggantian utama dalam bentuk barang, paling sedikit dengan nilai seimbang	Pengalihan kepemilikan BMD dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, antar pemerintah daerah, atau dari pemerintah daerah kepada pihak lain, tanpa memperoleh penggantian	Pengalihan kepemilikan BMD yang semula merupakan kekayaan yang tidak dipisahkan menjadi kekayaan yang dipisahkan untuk diperhitungkan sebagai modal/saham daerah pada badan usaha milik negara, badan usaha milik daerah, atau badan hukum lainnya yang dimiliki negara

8. Pemusnahan

Pemusnahan BMD dilakukan dalam hal BMD:

1. tidak dapat digunakan,
2. tidak dapat dimanfaatkan, dan/atau
3. tidak dapat dipindahtangankan; atau
4. terdapat alasan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemusnahan dilakukan oleh Pengguna Barang & Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Kepala Daerah

Dituangkan dalam berita acara dan dilaporkan kepada Kepala Daerah.

Prosedur Pemusnahan

1. Pengurus barang pengguna **menyiapkan dokumen** pengajuan usulan pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah
2. Pejabat penatausahaan pengguna barang **menyiapkan usulan** pemusnahan dan penghapusan Barang milik daerah;
3. Pengguna barang/kuasa pengguna barang **mengajukan usul** pemusnahan dan penghapusan bmd
4. Pengurus barang pengelola **meneliti dokumen** usulan pemusnahan dari pengguna barang, sebagai bahan pertimbangan oleh pejabat penatausahaan barang dalam pengaturan pelaksanaan pemusnahan bmd
5. Pejabat penatausahaan barang **memberikan pertimbangan** kepada pengelola barang untuk Mengatur pelaksanaan pemusnahan BMD
6. Pengelola barang **mengatur pelaksanaan** pemusnahan bmd

9. Penghapusan

Penghapusan Barang Milik Daerah meliputi:

- a. Penghapusan dari Daftar Barang Pengguna dan/atau Daftar Barang Kuasa Pengguna;
- b. Penghapusan dari Daftar Barang Pengelola; dan
- c. Penghapusan dari Daftar Barang Milik Daerah.

Kepala Daerah dapat mendelegasikan persetujuan Penghapusan BMD berupa **barang persediaan** kepada Pengelola Barang.

Pelaksanaan penghapusan **dilaporkan kepada Kepala Daerah**.

Penghapusan dari Daftar BMD dilakukan dalam hal terjadi penghapusan dari Daftar Barang Pengelola/Pengguna /Daftar Barang Kuasa Pengguna yang disebabkan karena:

1. pemindahtanganan atas BMD;
2. putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap dan sudah tidak ada upaya hukum lainnya;
3. menjalankan ketentuan undang-undang;
4. pemusnahan; atau
5. sebab lain: hilang karena kecurian, terbakar, susut, menguap, mencair, kadaluwarsa, mati, dan *force majeure*

Penghapusan dari Daftar Barang Pengelola/Pengguna/Daftar Barang Kuasa Pengguna apabila BMD sudah tidak berada dalam penguasaan Pengelola/ Pengguna Barang/Kuasa Pengguna Barang.

BMD sudah tidak berada dalam penguasaannya disebabkan karena:

1. penyerahan barang milik daerah;
2. pengalihan status penggunaan barang milik daerah;
3. pemindahtanganan atas BMD;
4. putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap dan sudah tidak ada upaya hukum lainnya;
5. menjalankan ketentuan peraturan perundang-undangan;
6. pemusnahan; atau
7. sebab lain.

10. Penatausahaan

Penatausahaan meliputi:

Pembukuan

- Pengelola Barang, Pengguna Barang/Kuasa Pengguna Barang harus melakukan pendaftaran dan pencatatan BMD kedalam Daftar Barang Pengelola /Daftar Barang Pengguna/Daftar Barang Kuasa Pengguna

Inventarisasi

- Pengguna Barang melakukan Inventarisasi BMD paling sedikit 1 (satu) kali dalam 5 (lima) tahun, kecuali Persediaan dan KDP setiap tahun
- Pengguna Barang lapor ke Pengelola Barang maksimal 3 bulan setelah Inventarisasi

Pelaporan

- Kuasa Pengguna Barang menyusun Laporan Barang Kuasa Pengguna Semesteran dan Tahunan (LBKP S/T)
- Pengguna Barang menyusun Laporan Barang Pengguna Semesteran dan Tahunan (LBP S/T) dari menghimpun LBKP S/T sebagai bahan Neraca SKPD untuk disampaikan ke Pengelola Barang

Media Pembukuan

1. Daftar Barang
Pengelola/Pengguna/Kuasa Pengguna Barang
2. Didukung:
 - Kartu Inventaris Barang (KIB) A untuk Tanah
 - KIB B untuk Peralatan dan Mesin
 - KIB C untuk Gedung dan Bangunan
 - KIB D untuk Jalan, Irigasi dan Jaringan
 - KIB E untuk Aset Tetap Lainnya
 - KIB F untuk Konstruksi Dalam Pengerjaan
3. Buku Inventaris

11. Pengawasan dan Pengendalian

Pengguna Barang melakukan pemantauan dan **penertiban**; dan/ atau (Penggunaan, Pemanfaatan, Pemindahtanganan, Penatausahaan, pemeliharaan, dan pengamanan Barang Milik Negara/ Daerah yang berada di dalam penguasaannya.)

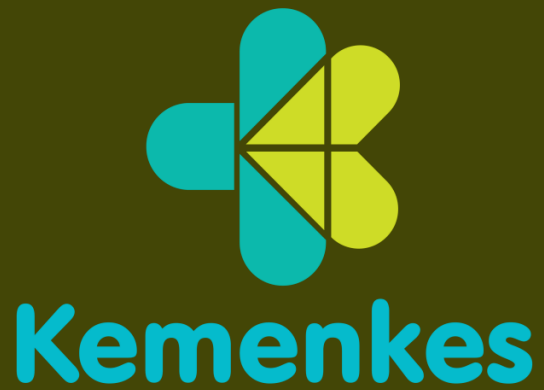
Pengguna Barang dan Kuasa Pengguna Barang dapat meminta aparat pengawasan intern Pemerintah untuk melakukan audit tindak lanjut hasil pemantauan dan penertiban

Pengelola Barang melakukan pemantauan dan **investigasi** atas pelaksanaan Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah, dalam rangka penertiban Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemantauan dan investigasi dapat ditindaklanjuti oleh Pengelola Barang dengan meminta aparat pengawasan intern Pemerintah untuk melakukan audit atas pelaksanaan Penggunaan, Pemanfaatan, dan Pemindahtanganan Barang Milik Negara/ Daerah.

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan pengawasan dan pengendalian atas Barang Milik Daerah diatur dengan Peraturan Menteri

1. UU Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan
2. UU No 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah
3. UU No 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
4. UU No 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
5. UU No 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara
6. PP 12 /2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daaerah
7. PP Nomor 71 tahun 2010 tentang Standar akuntansi pemerintahan
8. PP 23/2005 DIUBAH DENGAN PP 74/2012 TENTANG Pengelolaan Keuangan BLUD
9. PP No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
10. Permendagri 79/2018 tentang BLUD
11. PMK No 19 tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah



BAB C-7

**Manajemen Sistem
Informasi Digital**



Sistem Informasi Kesehatan adalah sistem yang mengintegrasikan berbagai tahapan pemrosesan, pelaporan, dan penggunaan informasi yang diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan Kesehatan serta mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan Kesehatan. (UU No 17 thn 2023 tentang Kesehatan)

Sistem Informasi Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya. (Permenkes 31/2019, ttg Sistem Informasi Puskesmas)

Manajemen data dan informasi merupakan suatu pengelola sistem informasi, terdiri dari pencatatan dan pelaporan secara tepat waktu, dan analisis data dan penyajian data untuk digunakan sebagai perencanaan kegiatan dan intervensi

Setiap Puskesmas wajib menyelenggarakan Sistem Informasi Puskesmas, yang merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan kabupaten/kota, dan terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional

Pengaturan Sistem Informasi Puskesmas bertujuan untuk:

- 1) mewujudkan penyelenggaraan Sistem Informasi Puskesmas yang terintegrasi;
- 2) menjamin ketersediaan data dan informasi yang berkualitas, berkesinambungan, dan mudah diakses; dan
- 3) meningkatkan kualitas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya melalui penguatan manajemen Puskesmas.

Sistem Informasi Kesehatan di Puskesmas paling sedikit mencakup:

- 1) rekam medik;
- 2) pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya;
- 3) pencatatan dan pelaporan keuangan Puskesmas dan jaringannya;
- 4) pencatatan dan pelaporan alat kesehatan Puskesmas dan jaringannya;
- 5) survei lapangan;
- 6) laporan lintas sektor terkait; dan
- 7) laporan jejaring Puskesmas di wilayah kerjanya

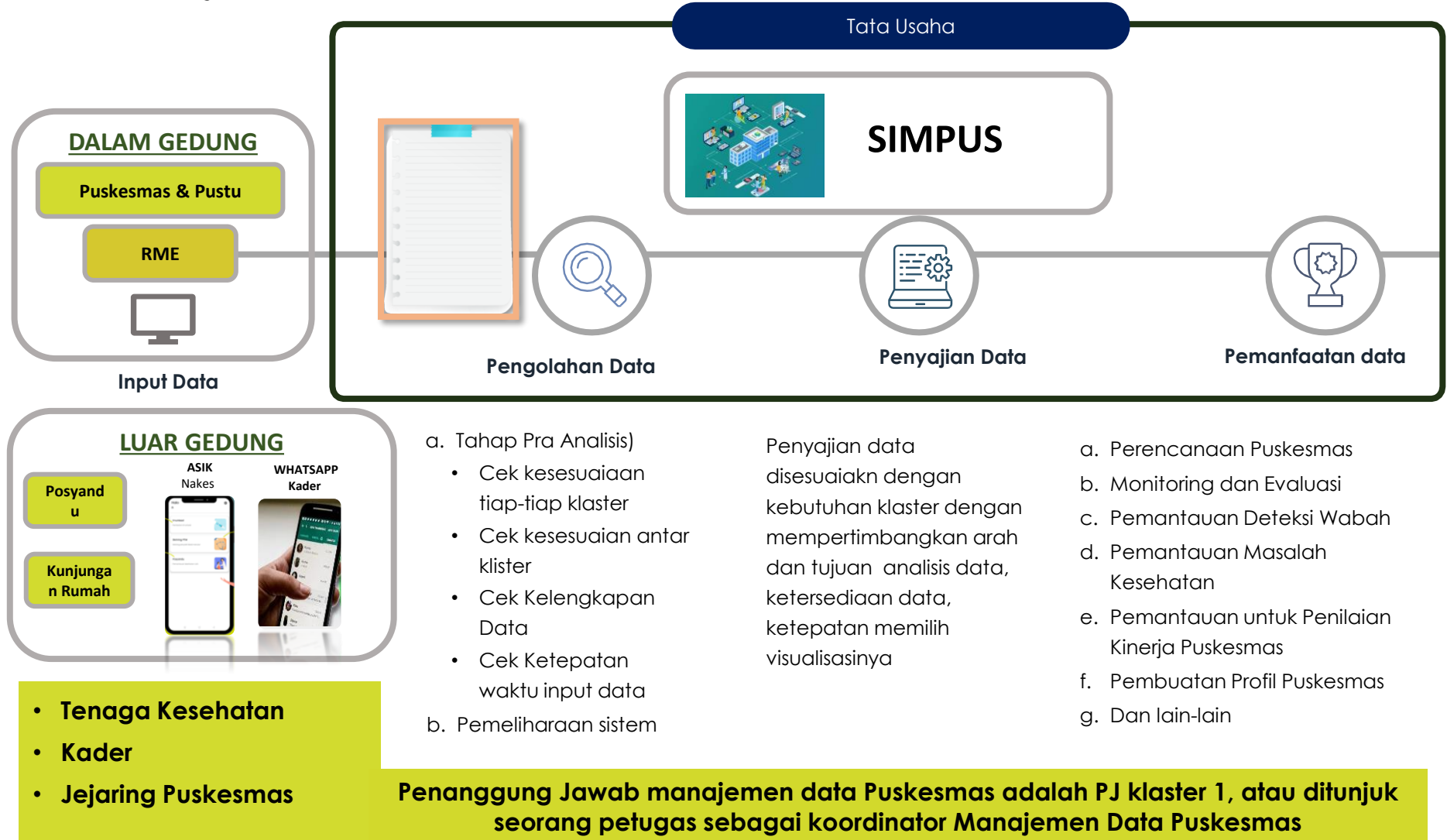
Data dan informasi dari penyelenggaraan Sistem Informasi Puskesmas harus dimanfaatkan Puskesmas untuk:

- 1) mendukung manajemen Puskesmas, yang meliputi perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja Puskesmas;
- 2) pemantauan untuk deteksi wabah;
- 3) pemantauan masalah kesehatan;
- 4) penyusunan profil Puskesmas; dan
- 5) pelaporan data program kesehatan yang diselenggarakan melalui komunikasi data.

A. SISTEM INFORMASI KESEHATAN

303

Manajemen Data Puskesmas



B. TELEKESEHATAN

304



Telekesehatan adalah pemberian dan fasilitasi layanan Kesehatan, termasuk Kesehatan masyarakat, layanan informasi Kesehatan, dan layanan mandiri, melalui telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital. (UU No. 17 tahun 2023 tentang kesehatan)

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi bertujuan untuk memperluas akses dan meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan. Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dapat dilaksanakan melalui Telekesehatan untuk pemberian pelayanan klinis (melalui Telemedisin) dan non klinis. Pemberian pelayanan nonklinis dapat berupa antara lain:

- 1) TeleKIE;
- 2) Administrasi Kesehatan; dan
- 3) layanan lain sesuai dengan perkembangan teknologi dan/atau keilmuan

Telekesehatan dilakukan oleh Puskesmas yang mengembangkan aplikasi sendiri atau Penyelenggara Sistem Elektronik yang terdaftar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dengan persyaratan yang meliputi, Infrastruktur, Layanan, dan Sumber daya manusia."

Setiap penyelenggara Telekesehatan harus memenuhi persyaratan:

Sumber daya manusia

- 1) tenaga Medis;
 - 2) tenaga Kesehatan; dan
 - 3) tenaga pendukung atau penunjang kesehatan
- Jenis pelayanan Non Klinis dan Klinis (wajib memiliki STR dan SIP bagi Named dan Nakes.
 - Wajib memiliki kompetensi sesuai bidangnya dan teknologi informasi dan komunikasi, dibuktikan dengan sertifikat sesuai kompetensi yang dikeluarkan oleh Lembaga pelatihan yang terakreditasi

Sarana dan prasarana

- 1) Sarana berupa bangunan atau ruang.
- 2) Prasarana berupa listrik, jaringan internet dan sarana pendukung untuk layanan jarak jauh yang memanfaatkan teknologi informasi harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan, dan laik pakai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, yang diatur dengan keputusan menteri

Peralatan

alat kesehatan maupun alat non kesehatan yang menunjang Pelayanan layanan kesehatan jarak jauh yang memanfaatkan teknologi informasi

Aplikasi

Perangkat lunak yang harus memenuhi persyaratan:

- 1) keamanan dan keselamatan data;
- 2) interoperabilitas dengan sistem informasi lainnya;
- 3) skalabilitas;
- 4) aksesibilitas; dan
- 5) pemeliharaan aplikasi.

Catatan :

Seluruh bentuk pelayanan Telekesehatan harus memperhatikan keamanan data dan informasi dari Pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku

B. TELEKESEHATAN

306

Sistem komunikasi, informasi, konsultasi dan interaktif merupakan bentuk dasar dari perkembangan telekesehatan, telemedisin dan e-kesehatan (Indian Medical Council, 2020). Sistem tersebut diadopsi oleh Indonesia menjadi pelayanan teleradiologi, teleelektrokardiografi, teleultrasonografi, telekonsultasi klinis dan pelayanan lain berbasis tele

Sistem Komunikasi	Sistem Informasi	Sistem Konsultasi	Sistem Interaktif
1. Video meliputi fasilitas telemedis, aplikasi, videochat, skype/face time 2. Audio meliputi telepon, aplikasi panggilan lainnya 3. Teks meliputi aplikasi perangkat gawai, website, platform chat (WhatsApp, Facebook Masenger), asinkron (e-mail, Fax)	1. Video/audio/teks media informasi yang relevant tentang diagnosis, pengobatan dan kesehatan Pendidikan serta konseling 2. Asinkronisasi media informasi yang relevan untuk keluhan pasien, data tambahan, laporan laboratorium atau pemeriksaan radiologi yang dapat diakses sesuai kebutuhan	1. Pasien dapat berkonsultasi dengan tim medis/kesehatan tentang diagnosis dan pengobatannya, kondisi kesehatan atau untuk edukasi kesehatan serta penyuluhan 2. Pasien dapat menggunakan layanan untuk konsultasi rawat jalan	1. Layanan telekesehatan dapat menghubungkan pasien ke tim medis kesehatan 2. Layanan telekesehatan dapat menghubungkan tim administrasi ke tim medis/kesehatan 3. Tim medis/kesehatan dapat menggunakan layanan telekesehatan untuk berdiskusi masalah perawatan pasien 4. Tim administrasi dapat memfasilitasi sesi konsultasi untuk pasien dengan tim medis/kesehatan untuk melakukan anamnesis dan menjelaskan saran terkait kondisi yang dialami pasien

C. TELEMEDICINE

307



Telemedicine adalah pemberian pelayanan kesehatan jarak jauh oleh profesional kesehatan dengan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi, meliputi pertukaran informasi diagnosis, pengobatan, pencegahan penyakit dan cedera, penelitian dan evaluasi, dan pendidikan berkelanjutan penyedia layanan kesehatan untuk kepentingan peningkatan kesehatan individu dan masyarakat. (Permenkes No 20/2019)


**BERITA NEGARA
REPUBLIK INDONESIA**
No.890, 2019 KEMENKES. Telemedicine. Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Penyelenggaraan.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 20 TAHUN 2019
TENTANG
PENYELENGGARAAN PELAYANAN *TELEMEDICINE* ANTAR FASILITAS
PELAYANAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka mendekatkan pelayanan kesehatan spesialistik dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan terutama daerah terpencil, dilakukan berbagai upaya salah satunya melalui penggunaan teknologi informasi bidang kesehatan berupa pelayanan konsultasi antar fasilitas pelayanan kesehatan melalui *telemedicine*;

b. bahwa untuk mewujudkan pelayanan *telemedicine* yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien, diperlukan pengaturan secara khusus mengenai pelayanan *telemedicine* antar fasilitas pelayanan kesehatan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 19 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat

www.peraturan.go.id

Penyelenggaraan Telemedisine

Penyelenggaraan Telemedisin	Luaran layanan Telemedisin	Persyaratan yang harus dipenuhi
Antar Fasyankes	Penegakan diagnosis Penatalaksanaan klinis Pencegahan penyakit atau cedera	a. Penyelenggaraan Telemedisin dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya b. Faskes penyelenggara Telemedsini harus memenuhi persyaratan : a. Infrastruktur b. Jenis layanan c. SDM d. Standar klinis.
Fasyankes dengan masyarakat	Penegakan diagnosis Penatalaksanaan klinis Pencegahan penyakit atau cedera	

Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dapat menyelenggarakan Telemedisin terdiri atas

- 1) Rumah Sakit;
- 2) Puskesmas;
- 3) Klinik
- 4) Praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan;
- 5) Laboratorium Kesehatan; dan
- 6) Apotek.

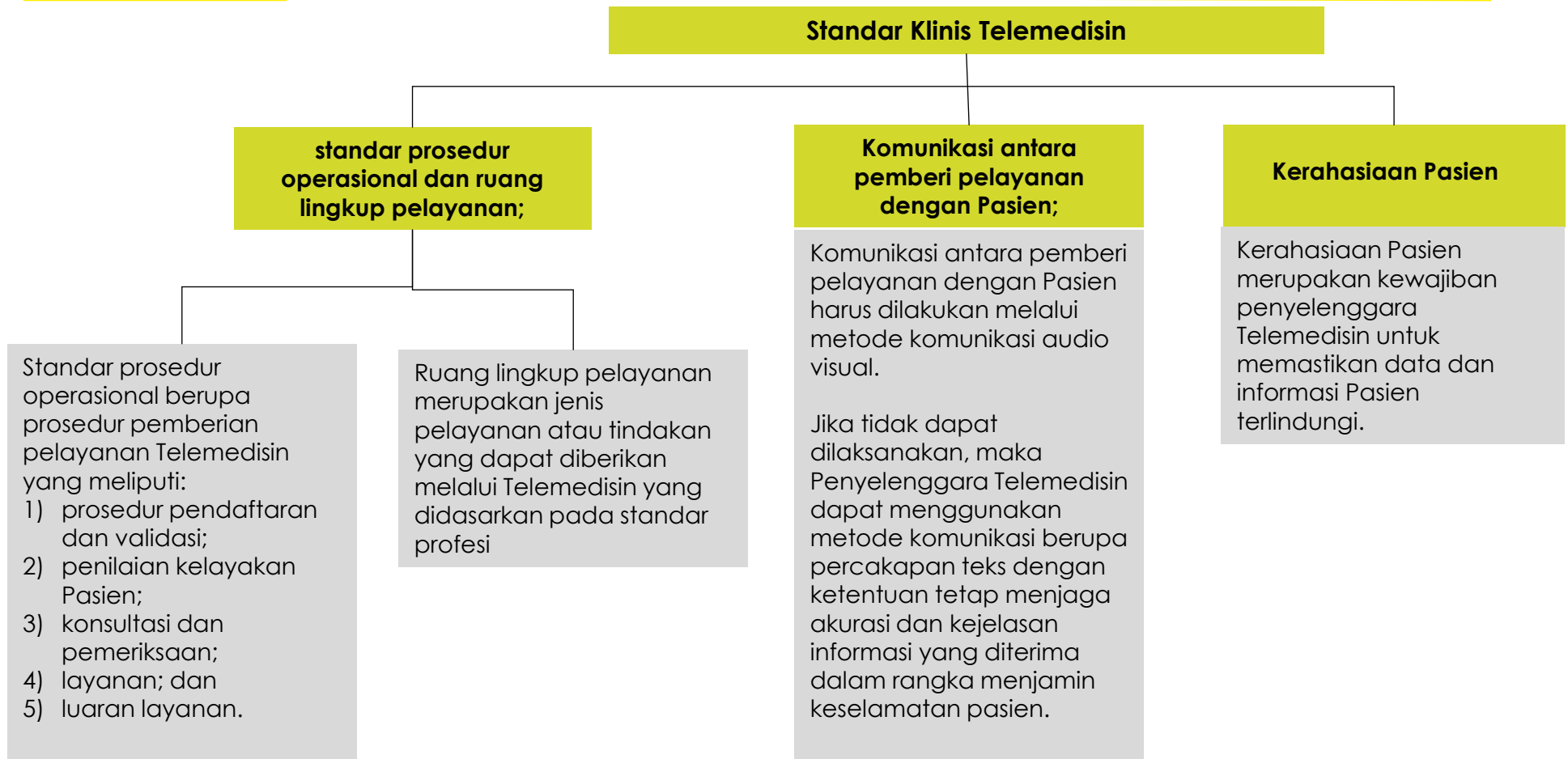
Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Telemedisin harus:

- 1) menyediakan informasi layanan Telemedisin dan ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan; dan
- 2) memastikan akurasi dan kelengkapan data pengguna dan pemberi layanan melalui verifikasi dan validasi.

Layanan Telemedisin merupakan layanan yang terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan.

Adapun jenis pelayanan Telemedisin meliputi:

- 1) **Telekonsultasi** merupakan pelayanan konsultasi klinis jarak jauh untuk membantu menegakkan diagnosis dan/atau memberikan pertimbangan/saran tata laksana.
- 2) **Telefarmasi** diselenggarakan antara lain dalam bentuk pengkajian resep, pelayanan informasi obat, konseling tentang obat, dispensing, monitoring efek samping obat (MESO), dan rekonsiliasi obat
- 3) **Telemonitoring** diselenggarakan antara lain dalam bentuk mengukur kadar oksigen, detak jantung, tekanan darah dan suhu tubuh.
- 4) **Pelayanan Telemedisin lainnya** sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi merupakan pelayanan telemedisin yang diberikan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan



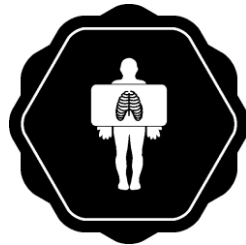
C. TELEMEDICINE

311

Jenis Pelayanan Telemedicine



TELE EKG



TELE
RADIOLOGI



TELE USG



KONSULTASI
KLINIS



TELEMEDICINE
TELE LAINNYA
(SESUAI PERKEMBANGAN
IPTEK)

Menggunakan transmisi elektronik image/gambar dari semua modalitas Radiologi/EKG/USG Obstetrik beserta data pendukung dari Fasyankes Peminta Konsultasi ke Fasyankes Pemberi Konsultasi, untuk mendapatkan Expertise dalam hal penegakan diagnosis.

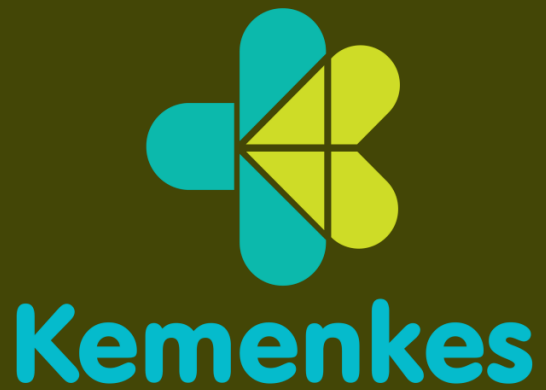
**Tele Konsultasi Klinis dilakukan secara tertulis, suara, dan/atau video.*

Biaya Dan Pendanaan

1. Biaya dibebankan kepada Fasyankes Peminta Konsultasi
2. Besaran biaya peserta JKN (ditetapkan Menteri Kesehatan)
3. Besaran biaya pasien Non JKN Kesepakatan antar Fasyankes (sesuai ketetapan Menkes)
4. Pengajuan Klaim pelayanan melalui aplikasi

Pendanaan Pemerintah dan Pemerintah Daerah sesuai kewenangan masing-masing: APBN, APBD, dan Sumber lain yang tidak mengikat

1. UU Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan
2. Undang-undang (UU) Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi
3. Undang-undang (UU) Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
4. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
5. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 39 Tahun 2019 tentang Satu Data Indonesia
6. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 95 Tahun 2018 tentang Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik
7. PMK Nomor 31 tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas
8. KMK Nomor 2015 tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer



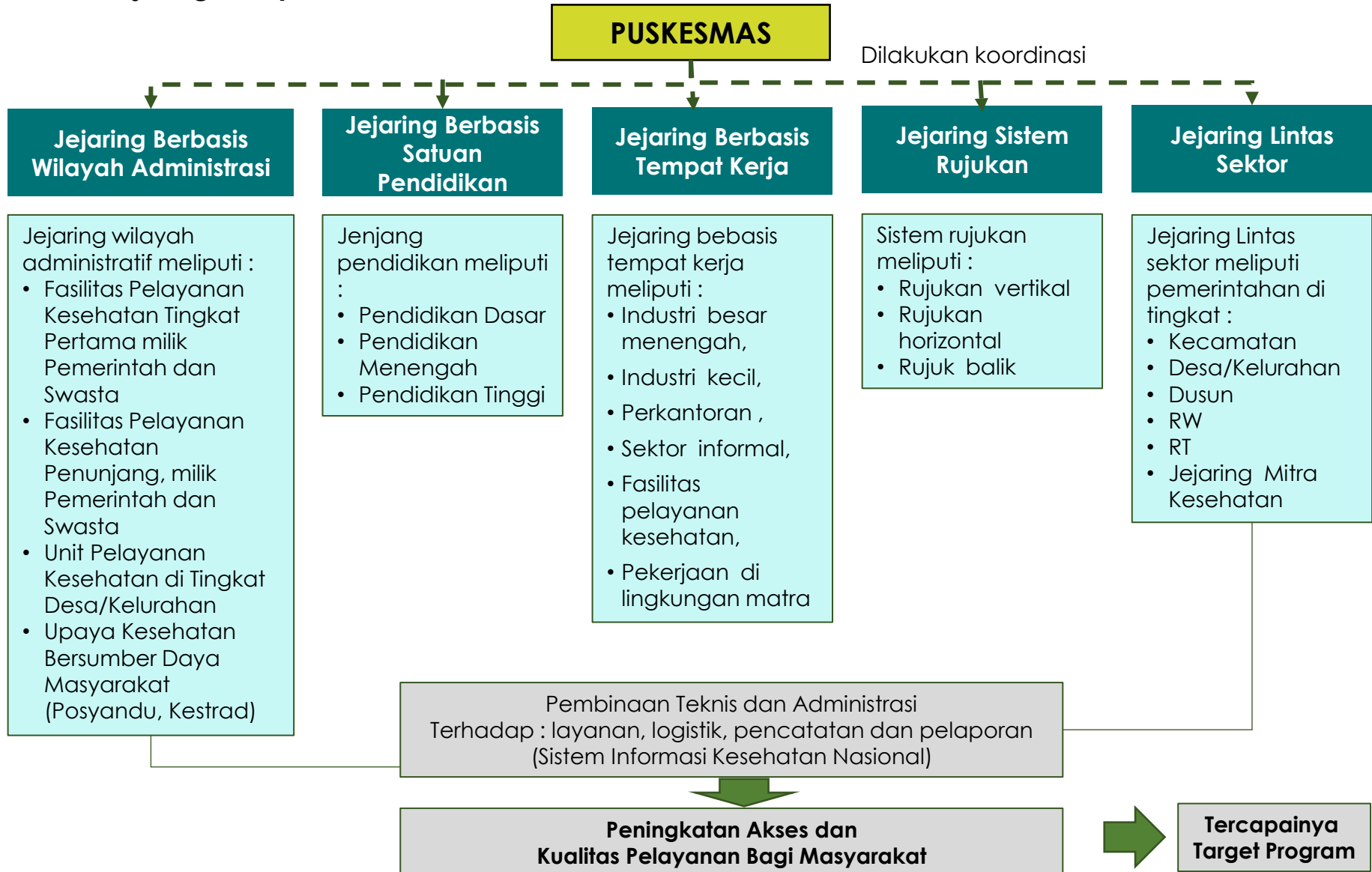
BAB C-8

Manajemen Jejaring

Dalam penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas tidak lepas dengan adanya peran dari jejaring, adapun jejaring Puskemsas dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan adalah sebagai berikut :



Sistem Jejaring Pelayanan Kesehatan Primer



Manajemen Jejaring didalam struktur organisasi Puskesmas berada dibawah Klaster Manajemen dan dipimpin oleh Koordinator Manajemen Jejaring.

Uraian Tugas Koordinator Manajemen Jejaring

- a. Menyusun rencana kegiatan manajemen jejaring
- b. Melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun
- c. Melakukan pembinaan baik secara administratif maupun teknis jejaring Puskesmas
- d. Menyusun rancangan kerjasama, melaksanakan dan memantau serta mengevaluasi pelaksanaan kerjasama dengan jejaring terkait dalam penyelenggaraan pelayanan Puskesmas
- e. Melakukan komunikasi dan koordinasi dengan lintas klaster
- f. Menyusun dan melaporkan kegiatan manajemen jejaring pada Penanggung Jawab Klaster 1 dan Kepala Puskesmas

Manajemen sistem jejaring Puskesmas mengikuti manajemen Puskesmas dan terintegrasi dalam P1-P2-P3 Puskesmas. Tahapan pelaksanaan kegiatan manajemen jejaring sebagai berikut :

- a. Melakukan pendataan Jejaring Puskesmas di wilayah kerja
- b. Menyusun Indikator Kinerja
- c. Menyusun Rencana Kegiatan Manajemen Jejaring
- d. Melaksanakan kegiatan
- e. Pemantuan, Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Tahapan kegiatan

a. Melakukan pendataan Jejaring Puskesmas di wilayah kerja

No	Jenis Jejaring	Penanggung Jawab		Ket
		Nama	No HP	
1	Klinik Pratama Asih	Meily	0821467098	
2	Desa Cijati			
	a. Dusun Cigangsa			
	b. RW 01			

TabelContoh form Identifikasi jejaring

b. Menyusun indikator Kinerja

Penyusunan indikator kinerja manajemen jejaring disesuaikan dengan Renstra, Visi dan Misi Puskesmas, analisis masalah dan kebijakan baik pemerintah pusat maupun daerah.

Indikator kinerja tersebut dituangkan dalam kamus indikator yang nantinya akan menjadi bagian dari indikator kinerja Klaster 1 serta dilakukan validasi bagi indikator kinerja yang baru.

Contoh Indikator Kinerja Manajemen Jejaring

1. Persentase pembinaan jejaring fasyankes Puskesmas
2. Persentase pembinaan UKBM
3. Persentase penyelenggaraan rujukan vertikal

Tahapan kegiatan

b. Menyusun indikator Kinerja (lanjutan)

Judul	Persentase pembinaan jejaring fasyankes Puskesmas
Dasar Pemikiran	Data : 3 Klinik Pratama, 4 TPMD, 2 TPMDG, 3 Poskesdes Analisis masalah : capaian target pelayanan klaster 2 s.d 5 tidak tercapai karena tidak ada integrasi pelaporan dari fasyankes di wilayah kerja Puskesmas
Tujuan	Melakukan pembinaan administratif dan teknis pada Fasyankes di wilayah kerja
Definisi Operasional	Cakupan pelaksanaan pembinaan baik administrative maupun teknis pada jejaring fasyankes di wilayah kerja Puskesmas minimal 2 kali dalam kurun waktu 1 tahun
Tipe Indikator	Output
Satuan Pengukuran	Persentasi
Numerator	Jumlah jejaring Fasyankes yang dilakukan pembinaan 2 kali/th
Denominator	Jumlah jejaring Fasyankes di wilayah kerja
Target Pencapaian	100%
Kriteria	Inklusi : Jejaring Fasyankes di wilayah kerja yang dilakukan pembinaan 2 kali/th Eksklusi : -Jejaring Fasyankes di wilayah kerja yang dilakukan pembinaan 1 kali/th -Jejaring Fasyankes di wilayah kerja yang tidak dilakukan pembinaan

Formula	$\frac{\text{Jumlah jejaring Fasyankes yang dilakukan pembinaan 2 kali/th}}{\text{Jumlah jejaring Fasyankes di wilayah kerja}} \times 100\%$
Desain Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan Pembinaan Jejaring Fasyankes
Besar Sampel	Total populasi menjadi total sampel
Cara Pengambilan Sampel	-
Periode Pengumpulan data	Bulanan
Penyajian Data	Tabel, Grafik
Periode analisis dan pelaporan data	Bulanan, semesteran dan tahunan
Penanggung Jawab	Koordinator Manajemen Jejaring

TabelContoh Profil Indikator Kinerja Jejaring

Tahapan kegiatan

c. Menyusun Rencana Kegiatan Manajemen Jejaring

Penyusunan rencana kegiatan manajemen jejaring disesuaikan dengan penyusunan perencanaan Puskesmas (lihat Pembahasan P1 Manajemen Inti)

NO	PELAYANAN	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	TARGET SASARAN	PENANGGUNG JAWAB	KEBUTUHAN SUMBER DAYA			MITRA KERJA	WAKTU PELAKSANAAN	KEBUTUHAN ANGGARAN		INDIKATOR KINERJA	SUMBER PEMBIAYAAN
							MAN	MATHERIAL	METHODE			RINCIAN	TOTAL		
1	2	3	4	5	6	7	8			9	10	11		12	13
Klaster 1															
1	Kepegawaian	Pemenuhan Kompetensi SDM	Memenuhi syarat kompetensi jabatan maupuh fungsional pegawai Puskesmas	10 Pegawai (ASN & P3K)	10 Pegawai (ASN & P3K)	Pj. Klaster 1	Pj. Klaster 2 - 5, Koordinator Pustu	Hasil analisis kompetensi	Pendataan, Pengusulan	Dinkes Kab/Kota	Jan - Des	10 org x 2.500.000	25.000.000	100 % Cakupan pemenuhan kompetensi dan kualifikasi SDM Puskesmas sesuai dengan syarat yang telah ditetapkan	BLUD
2	Manajemen Mutu	Pengukuran, analisis dan pelaporan Indikator Mutu	Mengetahui capaian dan masalah dari indikator mutu	6 INM, 12 IMPL, 6 IMPP	6 INM, 12 IMPL, 6 IMPP	Pj. Klaster 1 dan Koordinator Manajemen Mutu	Pj. Klaster 2 - 5, Koordinator Pustu	data INM, IMPL, IMPP	pengukuran, analisis, pelaporan	Dinkes Kab/Kota	Jan - Des			100% Cakupan pelaporan INM, IMPL dan IMPP mencapai target yang telah ditetapkan	
3	Manajemen Jejaring	Pmbinaan Jejaring Fasyankes	Melakukan pembinaan administratif dan teknis pada Fasyankes di wilayah kerja	3 Klinik Pratama, 4 TPMDG, 2 TPMDG, 3 Poskesdes	3 Klinik Pratama, 4 TPMDG, 2 TPMDG, 3 Poskesdes	Pj. Klaster 1 dan Koordinator Manajemen Jejaring	Pj. Klaster 2 - 5, Koordinator Pustu	data jejaring, form pembinaan	pendataan, tanya jawab	Dinkes Kab/Kota	Jan - Des	12 fasyankes x 2 kali x 4 orang x 25.000	2.400.000	100 % Jejaring Fasyankes di wilayah kerja dilakukan pembinaan administratif dan teknis	

TabelContoh RUK Manajemen Jejaring

Tahapan kegiatan

d. Menyusun Rencana Kegiatan Manajemen Jejaring

Pada pelaksanaan kegiatan hal yang perlu diperhatikan adalah :

1. Kegiatan harus sesuai dengan perencanaan tahunan dan bulanan serta KAK
2. Kegiatan dilaksanakan sesuai dengan SOP, contoh : SOP Pembinaan Jejaring
3. Kegiatan dilaporkan dengan menggunakan format yang disusun sesuai dengan kebutuhan masing – masing Puskesmas

e. Pemantuan, Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan manajemen jejaring dapat dilaksanakan melalui :

- a. Pertemuan pembinaan Penanggung Jawab Klaster 1
- b. Pertemuan lokakarya mini bulanan dan triwulanan

Penilaian kinerja manajemen jejaring dilakukan sesuai dengan ketentuan penilaian kinerja Puskesmas pada P3 di manajemen inti .

Bentuk Koordinasi Puskesmas dengan Jejaring berdasar wilayah administrasi

No	Jenis Jejaring	Peran Jejaring	Peran Klaster
1	Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	1. Menyerahkan pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari FKTP Ke Puskesmas 2. Melakukan rujukan ke Puskesmas 3. Menghadiri pertemuan	1. Dukungan kebutuhan supply logistik program kepada FKTP 2. Menerima rujukan dari FKTP 3. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini Puskesmas 4. Melakukan Pembinaan
2	Fasilitas pelayanan Penunjang	1. Melayani Rujukan Resep 2. Melayani Rujuan Laboratorium 3. Melayani rujukan kacamata 4. Menghadiri pertemuan	1. penyediaan obat program rujuk balik yang tidak tersedia di Puskesmas; 2. Melakukan rujukan resep; 3. Melakukan rujukan pemeriksaan laboratorium; 4. Melakukan rujukan pembuatan kaca mata; dan 5. pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini Puskesmas
3	Unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan	1. Rujukan pasien 2. Menyerahkan pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan disampaikan kepada Puskesmas; 3. Menghadiri pertemuan	1. pembinaan penyelenggaraan kesehatan; 2. Rujuk balik pasien; 3. pertemuan koordinasi secara rutin melalui forum lokakarya mini Puskesmas
4	UKBM (Posyandu, kestrad/Asman TOGA)	1. Rujukan pasien; 2. Pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari posyandu ke Puskesmas pembantu dan Puskesmas; 3. Menghadiri pertemuan	1. Pendampingan pelayanan kesehatan di posyandu; 2. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini Puskesmas 3. Melakukan edukasi pada kelompok AsmanTOGA, agar kader bisa memberikan edukasi kepada masyarakat dimeja penyuluhan posyandu, sehingga masyarakat mampu,melakukan Asman dan mampu melakukan edukasi ke orang terdekat (keluarga/peer group)

Bentuk Koordinasi Puskesmas dengan Jejaring berbasis satuan Pendidikan

No	Jenis Jejaring	Peran Jejaring	Peran Klaster
1	Sekolah, madrasah dan pesantren	1. Merujuk pasien; 2. pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari sekolah, madrasah, dan pesantren ke Puskesmas; 3. Menghadiri pertemuan	1. Melayani rujukan 2. Pemberian pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat; 3. Pembinaan penyelenggaraan program kesehatan; 4. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini Lintas Sektor
2	Perguruan tinggi	1. Merujuk pasien; 2. pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari sekolah, madrasah, dan pesantren ke Puskesmas; 3. Menghadiri pertemuan	1. Melayani Rujukan 2. Pembinaan penyelenggaraan program kesehatan; 3. Dukungan kebutuhan supply logistik program kepada FKTP di perguruan tinggi; 4. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini lintas sektor

Bentuk Koordinasi Puskesmas dengan Jejaring berdasar tempat kerja

No	Jenis jejaring	Peran Jejaring	Peran Klaster
1	Sektor Formal	1. Merujuk pasien; 2. pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari sekolah, madrasah, dan pesantren ke Puskesmas; 3. Menghadiri pertemuan	1. Melayani rujukan 2. Pemberian pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat; 3. Pembinaan penyelenggaraan program kesehatan; 4. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini Lintas Sektor
2	Sektor informal	1. Merujuk pasien; 2. pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari sekolah, madrasah, dan pesantren ke Puskesmas; 3. Menghadiri pertemuan	1. Melayani rujukan 2. Pemberian pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat; 3. Pembinaan penyelenggaraan program kesehatan; 4. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini Lintas Sektor

Bentuk Koordinasi Puskesmas dengan Jejaring sistem rujukan

No	Struktur Klaster	Peran Jejaring	Peran Klaster
1	Fasilitas pelayanan kesehatan untuk rujukan vertikal, horizontal, dan rujuk balik	1. program rujuk balik; 2. pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari/ke puskesmas; 3. Menghadiri pertemuan	1. Melakukan rujukan pasien; 2. pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini lintas sektor
2	Fasilitas pelayanan kesehatan untuk dinas kesehatan kabupaten/kota	1. Umpan Balik pencatatan dan pelaporan 2. Menghadiri pertemuan	1. Rujukan berdasarkan hasil analisis data pemantauan wilayah setempat; 2. Pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari puskesmas; dan 3. pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini lintas sektor

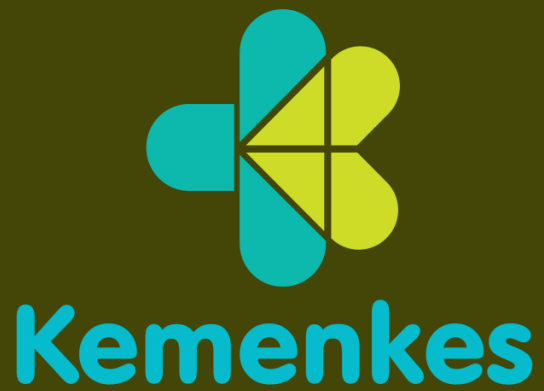
Bentuk Koordinasi Puskesmas dengan Jejaring Lintas Sektor

No	Struktur Klaster	Peran Jejaring	Peran Klaster
1	Pemerintah kecamatan, kelurahan, desa, dusun, rukun tetangga, rukun warga,	1. Mendukung kegiatan layanan Integrasi Layanan Primer 2. Menghadiri pertemuan	1. Sinkronisasi perencanaan puskesmas dengan perencanaan daerah; 2. Pelibatan jejaring pemerintah kecamatan, kelurahan, desa, dusun, rukun tetangga, rukun warga dalam kegiatan puskesmas; dan 3. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini lintas sektor
2	Jejaring mitra kesehatan	1. Kolaborasi kegiatan 2. Menghadiri pertemuan	1. Sinkronisasi perencanaan puskesmas dengan kegiatan mitra; 2. Pembinaan penyelenggaraan program kesehatan; 3. Pencatatan dan pelaporan data secara terintegrasi dan rutin dari jejaring mitra kesehatan ke puskesmas; dan 4. Pertemuan koordinasi rutin melalui forum lokakarya mini lintas sektor

Peran/Dukungan Klaster pada sistem Jejaring

No	Struktur Klaster	Peran Klaster
1	Klaster 1 Klaster Manajemen	1. Manajemen sarana, prasarana, dan alat kesehatan 2. Manajemen sumber daya manusia 3. Manajemen obat, reagen, dan BMHP 4. Manajemen keuangan 5. Manajemen administratif puskesmas 6. Manajemen mutu pelayanan kesehatan 7. Manajemen jejaring puskesmas 8. Manajemen sistem informasi
2	Klaster 2 Klaster Ibu dan Anak	1. memberikan dukungan pelayanan secara komprehensif untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan ibu dan anak 2. Pembinaan dan Pengawasan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak secara terintegrasi 3. pemantauan situasi kesehatan wilayah kerja yang meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak sampai tingkat desa/kelurahan dan dusun/RT/RW.
3	Klaster 3 Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia	1. memberikan pelayanan secara komprehensif untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan usia dewasa dan lanjut usia 2. Pembinaan dan Pengawasan Pelayanan Kesehatan usia dewasa dan lanjut usia secara terintegrasi 3. pemantauan situasi kesehatan wilayah kerja yang meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan kesehatan usia dewasa dan lanjut usia sampai tingkat desa/kelurahan dan dusun/RT/RW.
4	Klaster 4 Klaster Penanggulangan Penyakit Menular	1. memberikan pelayanan secara komprehensif untuk memenuhi kebutuhan pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular 2. Pembinaan dan Pengawasan Pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular secara terintegrasi 3. pemantauan situasi kesehatan wilayah kerja yang meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular usia sampai tingkat desa/kelurahan dan dusun/RT/RW.
5	Lintas Klaster	1. memberikan pelayanan secara komprehensif untuk memenuhi kebutuhan pelayanan Lintas Klaster 2. Pembinaan dan Pengawasan Pelayanan Pelayanan Lintas Klaster secara terintegrasi

1. UU Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan
2. KMK Nomor 2015 tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer



BAB D

**Pemantauan Wilayah
Setempat (PWS)
Puskesmas**

Definisi Operasional:

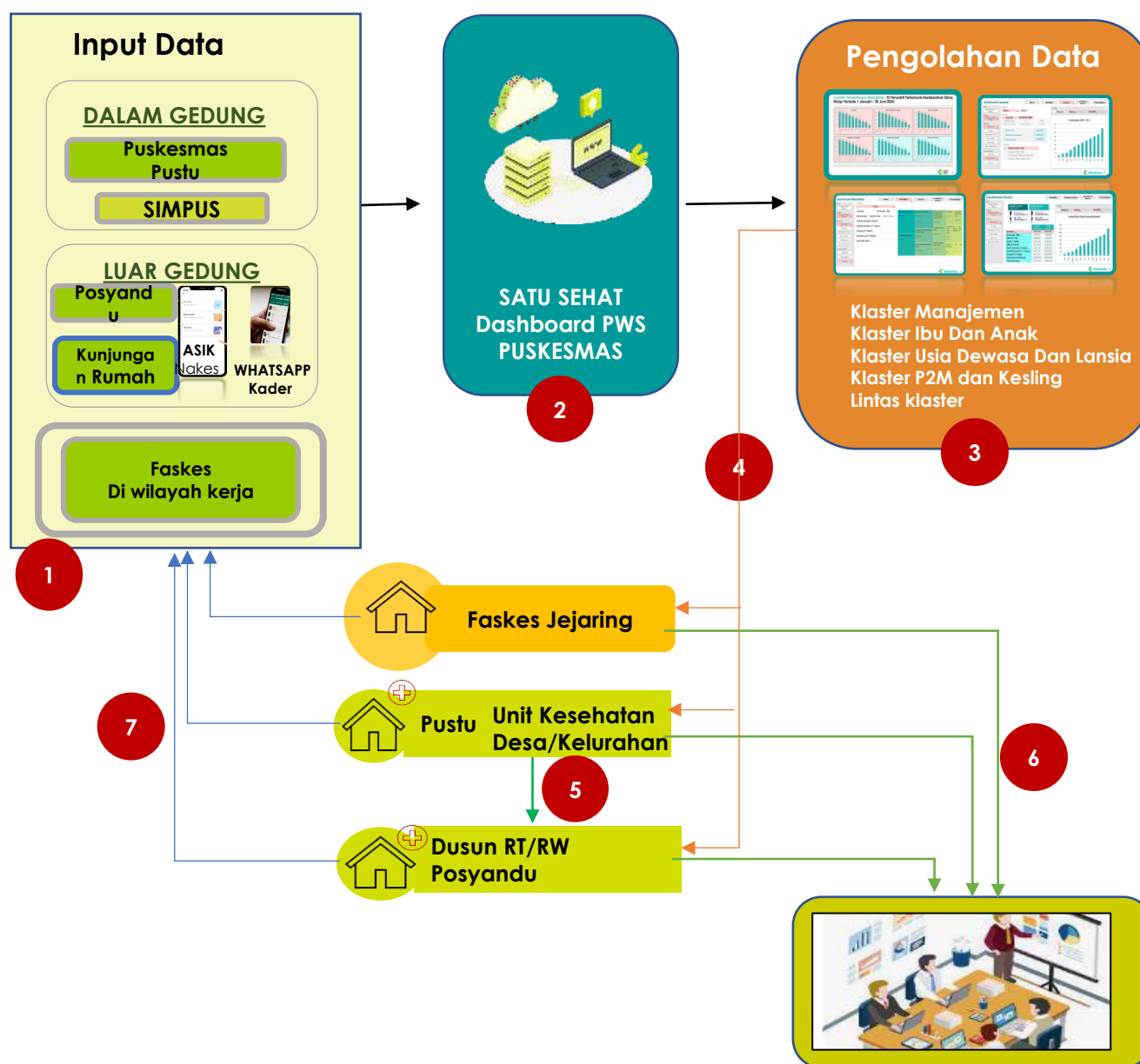
Pemantauan Wilayah Setempat merupakan alat manajemen pencatatan dan pelaporan guna memantau situasi kesehatan di suatu wilayah baik di tingkat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan di masing-masing daerah yang dilakukan secara berkelanjutan, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerjanya

Kegunaan PWS adalah:

- a. Memantau Morbiditas dan Cakupan pelayanan
- b. Monitoring dan Evaluasi
- c. Pemantauan Deteksi Wabah
- d. Pemantauan Masalah Kesehatan
- e. Pemantauan untuk Penilaian Kinerja Puskesmas
- f. Perencanaan Puskesmas
- g. Pembuatan Profil Puskesmas

ALUR PENGELOLAAN DATA PWS

329



1. Input Data

- Tenaga Kesehatan (kluster 1,2,3,4 dan 5) menginput hasil pelayanan Puskesmas dan Pustu ke dalam SIMPUS
- Tenaga Kesehatan mencatat hasil layanan luar gedung dengan ASIK (Aplikasi Sehat IndonesiaKu)
- Kader mencatat hasil layanan luar gedung melalui ASIK dan Whatsapp

2. Petugas data kluster 1 melakukan klarifikasi data (ketepatan waktu dan kelengkapan data)

3. Pengolahan Data

- Petugas data kluster 1, 2, 3, 4 dan 5 melakukan pengolahan dan analisis data*)
- Petugas kluster 1 melakukan konsolidasi data, diseminasi data sesuai kebutuhan

4. Umpan balik

Petugas data kluster 1 memberikan umpan balik kepada jejaring (sesuai dengan kasus yang ada)

5. Melakukan Tindak lanjut

- Jejaring merencanakan tindak lanjut penanganan masalah.
- Apabila diperlukan dilakukan koordinasi dengan petugas Pustu atau Puskesmas
- Melaksanakan Tindak lanjut penanganan masalah

6. Rapat Koordinasi

Jejaring melakukan pemaparan hasil tindak lanjut pada pertemuan koordinasi kesehatan (misal pada koordinasi mingguan, minilokakarya, dll)

7. Pelaporan

Jejaring melaporkan hasil tindak lanjut ke dalam SIMPUS

*) Analisis data sesuai dengan kebutuhan masing-masing kluster. Contoh, kluster 4 setiap hari perlu melakukan analisa situasi kasus potensi KLB, melakukan PE dengan pihak terkait, melakukan analisa factor risiko, melakukan diseminasi data dilanjutkan melakukan tindak lanjut berkolaborasi dengan kluster yang terkait

Melalui Dashboard PWS diperoleh data, antara lain :

a. Dashboard Utama

- 1) Data kunjungan layanan ke Puskesmas dan Pustu
- 2) Data kunjungan layanan Posyandu dan Kunjungan Rumah
- 3) Data beban morbiditas penyakit berdasarkan wilayah kerja Puskesmas dan Pustu
- 4) Data capaian indikator sesuai program

b. Klaster Manajemen

- 1) Data SDM berdasarkan karakteristik tertentu seperti jumlah, jenis ketenagaan, masa tugas, status kepegawaian dan lainnya
- 2) Data ketersediaan logistik, perbekalan kesehatan seperti data inventarisasi alat kesehatan, infrastruktur, dan bahan pendukung lain
- 3) Data inventarisasi obat
- 4) Data perencanaan & manajemen mutu program
- 5) Data keuangan

c. Klaster Ibu dan Anak

- 1) Continuum of Care Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di wilayah Puskesmas dan Pustu
- 2) Cakupan imunisasi dasar lengkap dan imunisasi baduta lengkap
- 3) Pemantauan pertumbuhan balita
- 4) Total kunjungan remaja yang datang untuk mendapat pelayanan kesehatan
- 5) Jumlah remaja putri mengonsumsi tablet tambah darah

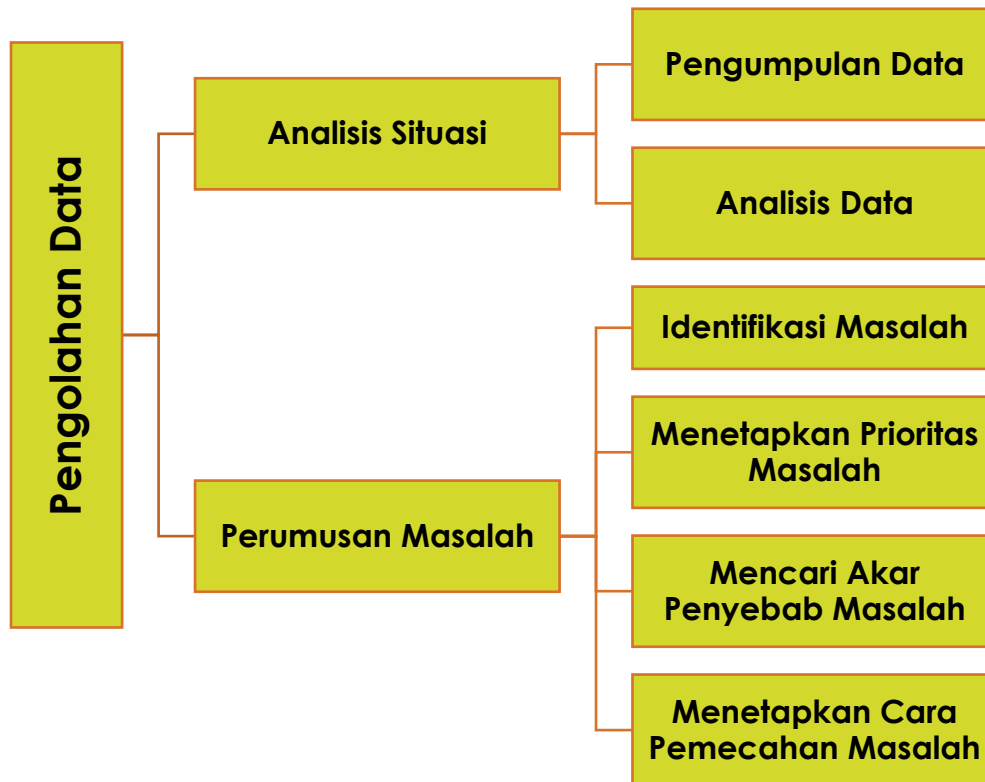
d. Klaster Usia Dewasa dan Lansia

- 1) Data pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) pada usia dewasa dan lansia
- 2) Data pengendalian masalah kejiwaan dan Napza pada usia dewasa dan lansia
- 3) Data layanan kesehatan reproduksi pada usia dewasa

e. Klaster Penanggulangan Penyakit Menular

- 1) Skrining TB di wilayah Puskesmas/Pustu
- 2) Investigasi kontak di wilayah Puskesmas/Pustu
- 3) Hasil investigasi kontak di wilayah Puskesmas/Pustu

Koordinator Data melakukan analisis data secara periodik (Mingguan, Bulanan, Triwulanan, Tahunan)



Pengumpulan Data

Data diperoleh dari PWS Dashboard Satu sehat

Dari hasil PWS diketahui cakupan pelayanan dan morbiditas serta masalah kesehatan lainnya yang perlu mendapatkan perhatian.

Analisis Data

Analisis data yang dapat digunakan :

1) Analisis Deskriptif

Menggambarkan/menjelaskan data yang terdapat dalam tabel sesuai karakteristik data yang ditampilkan, termasuk nilai rata-rata, nilai minimal dan maksimal, serta nilai kuartil

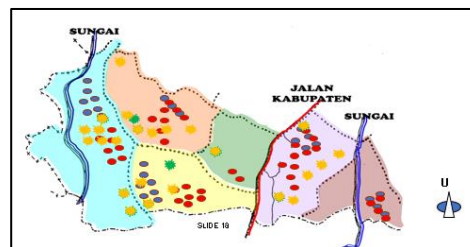
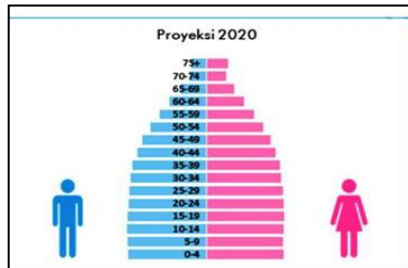
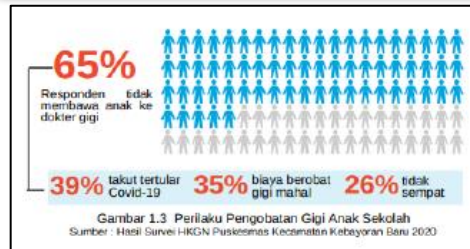
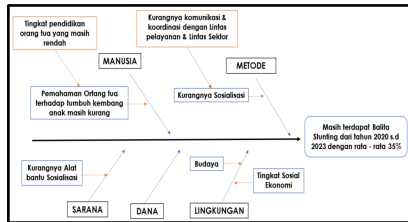
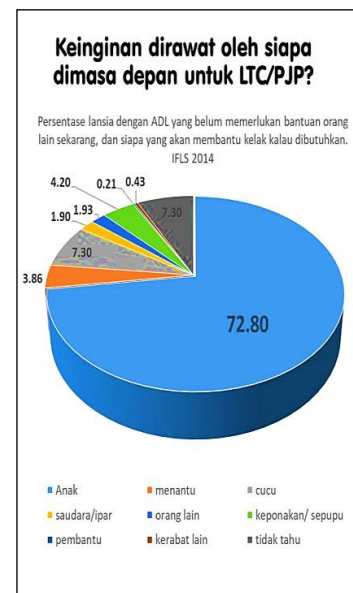
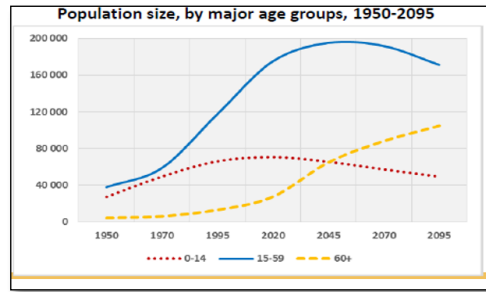
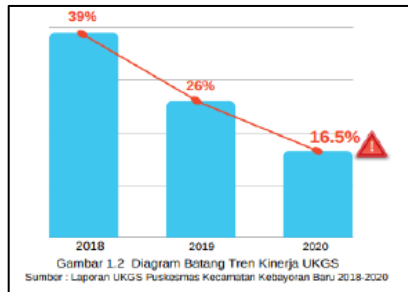
2) Analisis Komparatif

Menjelaskan data dengan membandingkan karakteristik data wilayah yang satu dengan wilayah lainnya atau membandingkan dengan target/standar tertentu, antar jenis kelamin, antar kelompok umur, antar sumber data

3) Analisis Hubungan Antar Variabel

Analisis yang menjelaskan hubungan/keterkaitan variabel dalam dan atau antar program yang secara logika memiliki hubungan

Contoh visualisasi penyajian data :



Hasil analisis data disajikan secara sederhana dengan cara visualisasi dalam bentuk tabel, grafik batang, diagram Pie, pemetaan dan sebagainya. Tujuan penyajian data dalam bentuk grafik antara lain agar menarik dan pembaca dapat melihat secara cepat informasi yang ingin disampaikan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penyajian grafik adalah :

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

Penyajian data dapat dikelompokkan dalam 3 variable yaitu :

1. Penyajian menurut variable tempat
2. Penyajian menurut variable waktu
3. Penyajian menurut variable orang

01

IDENTIFIKASI MASALAH

Identifikasi masalah dilaksanakan dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut jenis klaster, target, pencapaian, dan masalah yang ditemukan.

02

MENETAPKAN PRIORITAS MASALAH

Penetapan prioritas masalah dari masing – masing klaster dapat menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*), 3H1P (*High Risk, High Vol, High Cost dan Problem Prone*)

03

MENCARI AKAR PENYEBAB MASALAH

Beberapa metode yang dapat dipergunakan dalam mencari akar penyebab masalah yaitu : Diagram Tulang Ikan (*Fish Bone*), Pohon Masalah (*Problem Tree*) dan Metode 5 Why

04

MENETAPKAN CARA PEMECAHAN MASALAH

Menetapkan cara pemecahan masalah dilakukan dengan metode curah pendapat (*Brainstorming*).



1. Identifikasi Masalah

334

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET				CAPAIAN				KESENJANGAN				MASALAH
		N-1	N-2	N-3	N-4	N-1	N-2	N-3	N-4	N-1	N-2	N-3	N-4	
I	KLASTER 1													
1	Persentase kalibrasi alat kesehatan	100%	100%	100%	100%	70%	70%	70%	70%	30%	30%	30%	30%	Belum terpenuhinya kalibrasi alat kesehatan dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%
II	KLASTER 2													
1	Cakupan Kunjungan ibu Hamil K6	100%	100%	100%	100%	97%	96%	95%	93%	3%	4%	5%	7%	Belum tercapainya cakupan kunjungan ibu hamil K6 dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 95%
III	KLASTER 3													
1	Cakupan Pelayanan Skrining Kesehatan Pada Usia Produktif	100%	100%	100%	100%	80%	70%	75%	80%	20%	30%	25%	20%	Belum tercapainya cakupan pelayanan skrining kesehatan pada usia produktif dari tahun 2020 s.2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%
IV	KLASTER 4													
1	Persentase Tempat Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi standar	100%	100%	100%	100%	80%	70%	75%	80%	20%	30%	25%	20%	Belum tercapainya persentase Tempat Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi standar dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%
V	KLASTER 5													
1	persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis	100%	100%	100%	100%	75%	75%	80%	75%	25%	25%	20%	25%	Belum tercapainya persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%

2. Menetapkan Prioritas Masalah

335

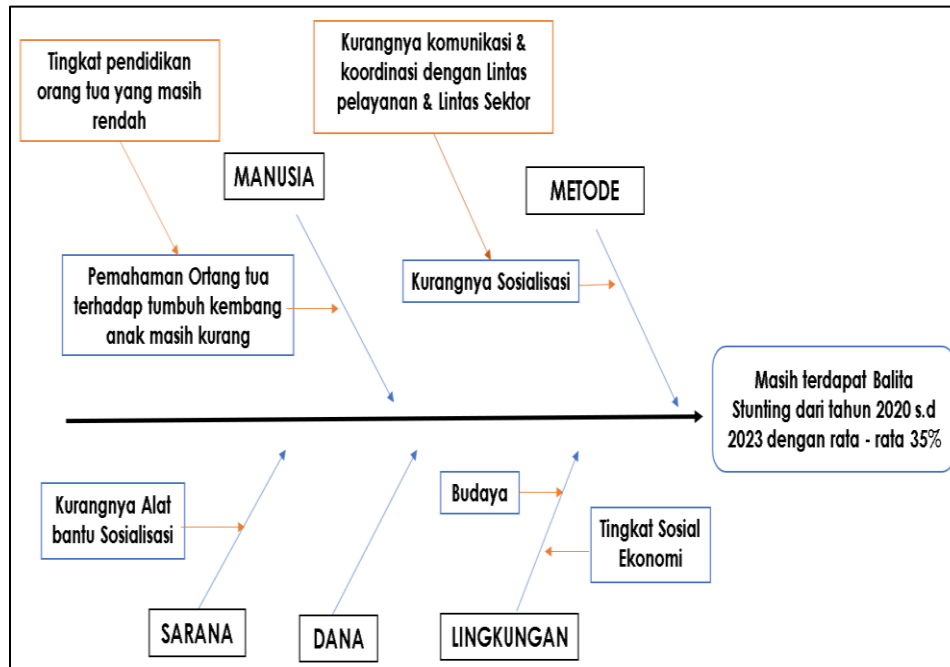
NO	MASALAH	U	S	G	TOTAL
KLASTER 1					
1	Belum terpenuhinya kalibrasi alat kesehatan dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	4	3	4	11
2	Belum terpenuhinya kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	5	5	5	15
KLASTER 2					
1	Belum tercapainya cakupan kunjungan ibu hamil K6 dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 95%	4	4	4	12
2	Masih terdapat Balita Stunting dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata 35%	5	5	5	15

NO	MASALAH	HIGH RISK	HIGH VOL	HIGH COST	PROBLEM PRONE	TOTAL
KLASTER 3						
1	Belum tercapainya cakupan pelayanan skrining kesehatan pada usia produktif dari tahun 2020 s.2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%	10	10	10	10	40
2	Belum tercapainya cakupan Pelayanan Obesitas sesuai standar dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 70%	8	7	7	9	31
LINTAS KLASTER						
1	Belum tercapainya persentase kelengkapan pengisian Rekam Medis dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 76%	10	10	10	10	40
2	Belum tercapainya persentase waktu tunggu resep obat non racik pasien usia 15 - 50 th kurang dari sama dengan 15 menit dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata capaian sebesar 72%	7	6	6	6	25

3. Mencari Akar Penyebab Masalah

336

Menetapkan akar penyebab masalah, antara lain dapat digunakan diagram Ishikawa, Metode Five Why dan Pohon masalah



Gambar Diagram Ishikawa

MASALAH	Cakupan Pelayanan Ibu hamil masih rendah dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata 76%
Why 1	Cakupan pelayanan Ibu hamil belum tercapai karena ibu hamil tidak datang di layanan kesehatan
Why 2	Ibu Hamil tidak datang ke layanan kesehatan karena tidak tahu pentingnya pemeriksaan selama kehamilan
Why 3	Ibu hamil tidak tahu pentingnya pemeriksaan selama kehamilan karena tidak adanya penyuluhan dari tenaga kesehatan
Why 4	Tenaga kesehatan tidak bisa melakukan penyuluhan di semua wilayah kerja untuk melakukan penyuluhan kesehatan ibu hamil
Why 5	Tenaga kesehatan terbatas

GambarMetode Five Why

4. Menetapkan Cara Pemecahan Masalah

337

PRIORITAS MASALAH	PENYEBAB MASALAH	ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH	PEMECAHAN MASALAH TERPILIH	KET
Masih terdapat Balita Stunting dari tahun 2020 s.d 2023 dengan rata - rata 35%	kurangnya pengetahuan orang tua terkait tumbuh kembang balita	penyuluhan	penyuluhan	
		konseling	konseling	
		kunjungan rumah	kunjungan rumah	
	kurangnya sosialisasi	komunikasi dan koordinasi dengan lintas pelayanan dan sektor terkait		

Tabel Menetapkan cara pemecahan masalah

4. Menetapkan Cara Pemecahan Masalah

338

Pemecahan Masalah

UNSUR	PDSA	PDCA
Masalah	Masalah kompleks adalah yang terdiri dari banyak faktor penyebab	Masalah sederhana adalah masalah yang satu penyebab
Fokus	Pembelajaran dan peningkatan mutu	Perubahan dan kepatuhan terhadap standar
Periode Waktu	Perlu uji coba Membutuhkan waktu cukup lama, (maksimum 6 bulan)	Waktu singkat (Few minute_less than one month)
Proses Pelaksanaan	1. Identifikasi masalah 2. Kumpulkan data bukti 3. Analisa masalah-sebab 4. Rencana Ujicoba 5. Ujicoba 6. Pelajari hasilnya 7. Tindak lanjut ke unit kerja lainnya	1. Identifikasi masalah 2. Analisa masalah 3. Rencana solusi 4. Kerjakan 5. Cek hasilnya 6. Lakukan untuk seterusnya

Salah satu Teknik pemecahan masalah yang dikenal adalah siklus Deming. Siklus ini dikenal dengan nama siklus PDCA terdiri atas empat komponen utama *plan-do-check-action*. PDCA menekankan pada pelaksanaan perubahan dan kepatuhan terhadap standar. Siklus ini kemudian saat tahap ketiga check adalah melihat kembali hasil dari perubahan yang dilakukan, berkembang menjadi *study* yaitu membandingkan data hasil pengamatan untuk dapat memperkirakan pembelajaran yang diperoleh sebagai proses perbaikan



4. Menetapkan Cara Pemecahan Masalah

339

Rencana Tindak Lanjut

NO	AKAR PENYEBAB	CARA PENANGGULANGAN	SASARAN		BATAS WAKTU	TEMPAT	PENANGGUNG JAWAB	BIAYA
	WHY	HOW	WHAT		WHEN	WHERE	WHO	HOW MUCH
1	Belum ada alat ukur yang praktis dan sensitif alat ukur tidak sesuai standar WHO	Membuat design alat ukur panjang badan yang praktis dan sesuai dengan ketelitian 0,1 cm	Akan dibuat alat ukur panjang badan yang praktis dan sesuai dengan ketelitian 0,1 cm	Menurunkan prevalensi Kasus Balita Stunting dengan Program Taman Safari (Temukan Masalah Pertumbuhan pada Semua Balita dengan Faktor Risiko Stunting) di Wilayah Kecamatan Biru	15 - 22 Juli 2024	Puskesmas Biru	Aminah	Rp 1.000.000
2	Media informasi berupa media cetak dan berbahan kertas	Membuat aplikasi skrining Risiko Balita Stunting	Akan dibuat aplikasi skrining Risiko Balita dengan aplikasi SKRIBA		15 - 22 Juli 2024	Puskesmas Biru	Candra	Rp 2.000.000
3	Kolaborasi pelayanan lintas program dan lintas klaster belum optimal	Membuat layanan stunting terintegrasi di dalam gedung	Akan dibuat layanan stunting terintegrasi dalam gedung		16 - 23 Juli 2024	Puskesmas Biru	Kasih	0
4	Kurangnya pengetahuan dan keterampilan kader dalam pengukuran Panjang Badan Balita	Melakukan penyuluhan dan pembinaan tentang stunting kepada kader	Akan dilakukan penyuluhan dan pembinaan kader tentang stunting		17 - 2 Juli 2024	Puskesmas Biru	Karyosih	0
5	Kurangnya sosialisasi petugas kepada keluarga tentang stunting	Melakukan sosialisasi kepada keluarga dan kader kesehatan pada saat kunjungan Bayi Baru Lahir	Akan dilakukan sosialisasi kepada keluarga dan kader kesehatan pada saat kunjungan Bayi Baru Lahir		16 - 27 Juli 2024	Wilayah kelurahan kuning, hijau, Ungu	Anngun	0
		Membentuk suatu kelas yang terdiri dari 10 - 12 orang sasaran ibu hamil dan ibu yang sedang menyusui, KP PM&A dan KP Ibu	Akan dibentuk suatu kelas yang terdiri dari 10 - 12 orang sasaran ibu hamil dan ibu yang sedang menyusui, KP PM&A dan KP Ibu		16 - 26 Juli 2024	Wilayah kelurahan kuning, hijau, Ungu	Aisah	0

Tabel Contoh Rencana Tindak Lanjut

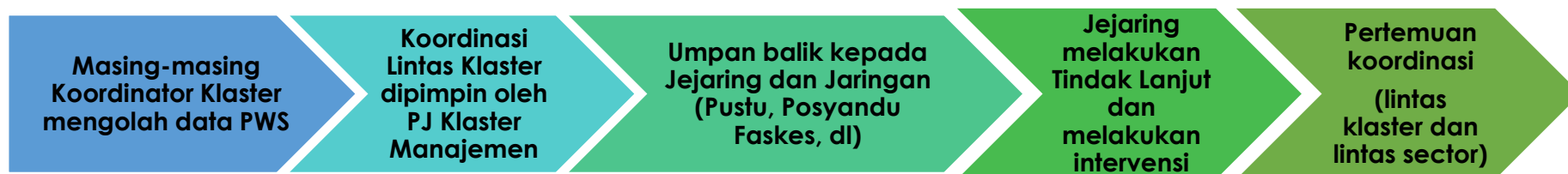
Rencana tindak lanjut harus memenuhi factor 5W 1H/2H :

1	Why	Apa yang menjadi penyebab masalah (akar masalah)
2	How	Bagaimana cara penanggulangannya
3	What	Apa yang menjadi tujuan kegiatan untuk menyelesaikan masalah
4	When	Batas waktu pelaksanaan tindak lanjut
5	Where	Dimana Tindak lanjut akan dilaksanakan
6	Who	Harus ditetapkan penanggung jawab kegiatan
7	How much	Berapa biaya yang akan digunakan

Setiap kegiatan tindak lanjut sebaiknya menggunakan prinsip P-D-C-A

UMPAN BALIK DAN RENCANA TINDAK LANJUT

340



Pelembagaan PWS

Pengelola PWS harus ditetapkan di setiap jenjang, disertai penetapan tugas pokok dan fungsinya
 Penanggung Jawab PWS di Puskesmas adalah PJ dari kluster Manajemen



Kluster 1

- Melakukan input data
- Bertanggung jawab memelihara sarana dan prasarana
- Melakukan pemantauan ketepatan, kelengkapan pengisian data PWS
- Memastikan pelaksanaan tindak lanjut pada Lokakarya mini Puskesmas dan Sektoral serta koordinasi lainnya
- Menggunakan data PWS untuk perencanaan, profil dll.,



Kluster 2, 3, 4,5

- Melakukan input data
- Melakukan pemantauan PWS
- Secara periodik (Harian, Mingguan, Bulanan, Tahunan) melakukan pengolahan Data
- Memberikan umpan balik sesuai dengan situasi yang ditemukan
- Melakukan Tindak lanjut permasalahan yang ditemukan



Pustu

- Melakukan input data
- Melakukan pemantauan PWS
- Melakukan umpan balik kepada Posyandu, kader
- Merencanakan tindak lanjut dan Melaksanakan Tindak Lanjut permasalahan kesehatan di wilayahnya
- memaparkan dalam lokakarya mini Puskesmas



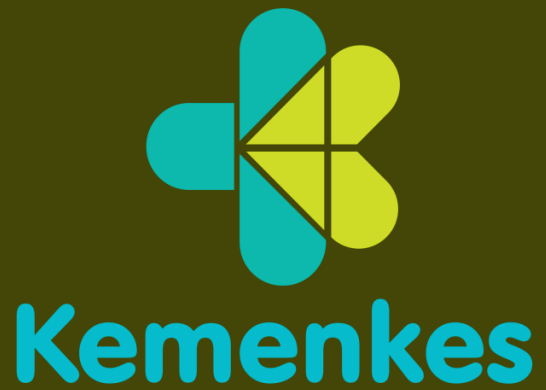
Posyandu

- Melakukan input data melalui ASIK dan WhatsApp
- Melakukan koordinasi dengan koordinator kader di Pustu,
- Merencanakan Tindak lanjut dan melaksanakan Tindak lanjut
- Melakukan tindak lanjut permasalahan kesehatan di wilayahnya



Faskes (Jejaring)

- Melakukan input data ke dalam RME
- Merencanakan tindak lanjut permasalahan yang ditemukan
- koordinasi dengan Puskesmas
- Melaporkan tindak lanjut permasalahan dalam forum koordinasi Puskesmas



BAB

Promosi Kesehatan

DAFTAR ISI

Pengantar

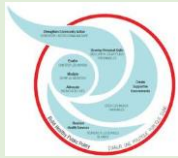
1. Pengertian
2. Sasaran Promosi Kesehatan
3. Sumber Daya Promosi Kesehatan

Siklus manajemen Puskesmas pada Pengelolaan Promosi Kesehatan Terintegrasi

1. Perencanaan
2. Penggerakan dan Pelaksanaan
 - a. Promosi Kesehatan Dalam Gedung
 - b. Promosi Kesehatan Luar Gedung
3. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja

Promosi Kesehatan

Pengertian



Proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal

Tujuan Umum Promosi Kesehatan



Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat untuk menerapkan perilaku sehat, mendukung peningkatan kualitas hidup masyarakat

Tujuan Khusus Promosi Kesehatan



1. Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat dalam peningkatan kualitas hidup masyarakat
2. Meningkatkan peran penentu kebijakan dalam tindakan nyata memberikan dukungan kebijakan dan sumber daya
3. Meningkatkan dukungan peran serta mitra potensial dalam melakukan intervensi promosi Kesehatan
4. Meningkatkan literasi Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas, untuk menciptakan perilaku sehat secara mandiri di Masyarakat
5. Menyamakan pemahaman tentang peran tenaga kesehatan dalam melakukan intervensi promosi kesehatan

Sasaran Promosi Kesehatan



PRIMER

Yang diharapkan berperilaku sehat secara mandiri

- Pasien,
- Individu,
- keluarga (rumah tangga), dan
- Kelompok Masyarakat.



SEKUNDER

Yang mempunyai potensi melakukan intervensi

- Tenaga Kesehatan
- Kader
- Toma dan Toga (Agama, Adat dan lainnya),
- organisasi kemasyarakatan
- media massa



TERSIER

Yang mampu memberi dukungan kebijakan & sumberdaya

- Pejabat kebijakan public
- Pemerintah Pusat
- Gubernur
- Bupati dan Camat
- Kepala Desa termasuk RW dan RT



Sumberdaya Promosi Kesehatan di Puskesmas

Peralatan

- Komputer desain
- Alat pemutar film (LCD, LED)
- Monitor mobile
- Alat Permainan Edukatif (APE)
- Alat peraga anatomi (phantom dll)
- Food model
- Kamera Photo
- Kamera Video
- Tripot
- Flipcharts & Stands
- Amplifier & wireless microphone
- *Megaphone/Public Address System*
- dll

Tenaga

- **Tenaga Promosi Kesehatan** dengan kompetensi Ilmu Perubahan Perilaku kesehatan
- **Tenaga Kesehatan lain**, yang mendapatkan pelatihan Promosi Kesehatan

Anggaran

- Anggaran bersumber dari APBN, APBD dan sumber lainnya yang sah sesuai peraturan perundangan yang mendukung upaya promotif dan preventif

Media

- Media edukasi: Poster, Leaflet, Flayer, Lembar balik, ular tangga, brosur, spanduk dll
- Media edukasi digital: e-poster, e-leaflet, e-Flyer, e-lembar balik, e-ular tangga, e-brosur, dll
- Gimmick: kipas, tumbler, gelas minum, dll
- Film, Video, jingle

Promkes dalam Gedung dan Luar Gedung

Advokasi dan Dukungan Kebijakan

Dewasa

Pernikahan

Masa Kehamilan

Masalah Kesehatan

Remaja

Bayi

Anak-anak

Membangun Kemitraan

Pemberdayaan dan Peningkatan Peran Masyarakat

Data, Sarana, Sumber Daya dan Tenaga Promosi Kesehatan

Metode dan Media KIE untuk (Kampanye dan Penyebarluasan Informasi untuk meningkatkan literasi kesehatan)

1. Meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat

2. Memperkuat gerakan masyarakat

3. Menciptakan lingkungan yang kondusif

4. Mengembangkan Kebijakan yang berwawasan sehat

5. Mereorientasi pelayanan kesehatan

*Ottawa Charter



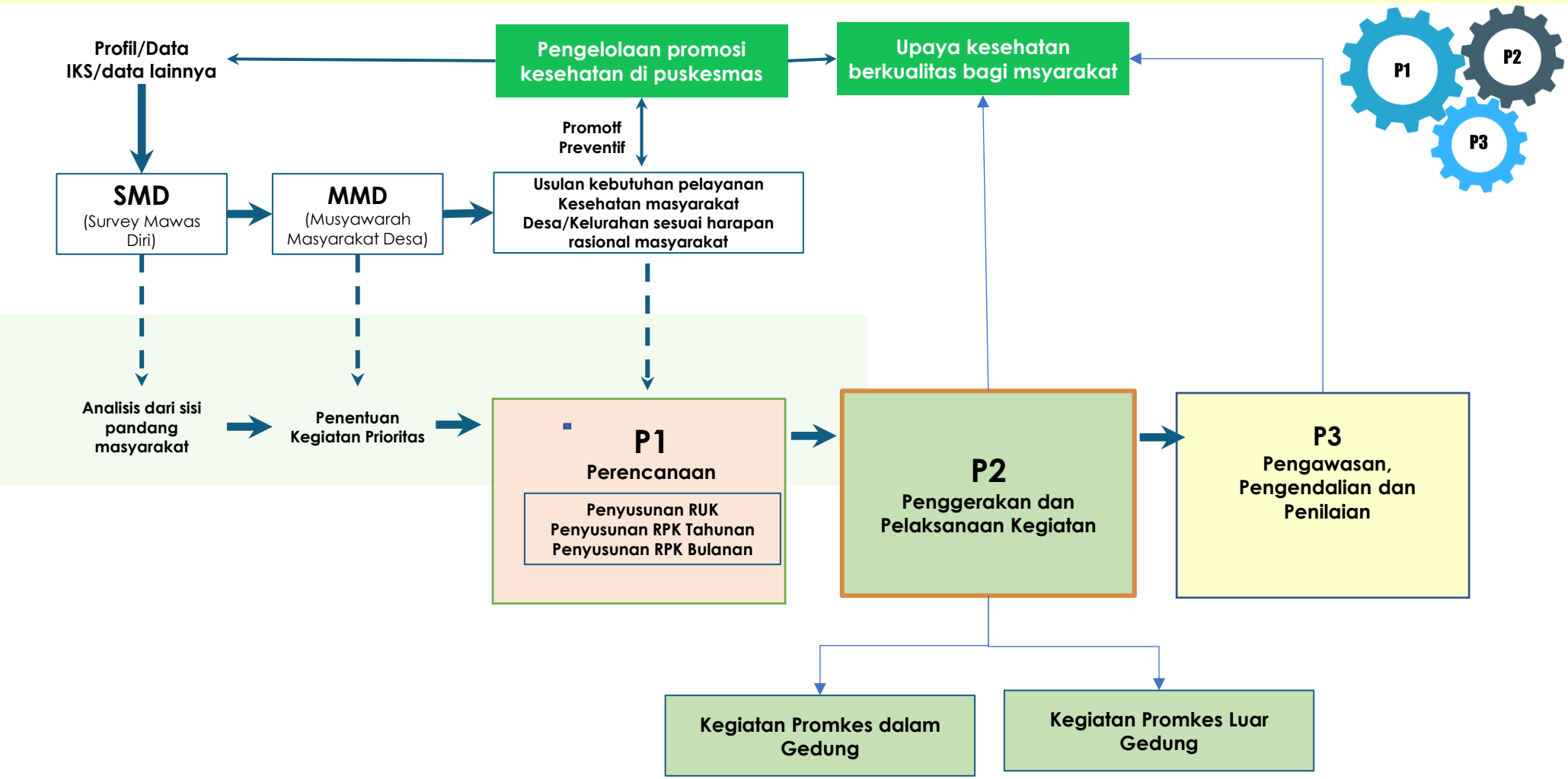
PEMBUDAYAAN PERILAKU BERSIH dan SEHAT (PHBS)

Turunnya: AKI, AKN, AKB dan Stunting PM PTM



Posyandu aktif

Siklus Manajemen pada Pengelolaan Promosi Kesehatan Terintegrasi



Bagan Siklus Manajemen Puskesmas

P1: Perencanaan

Langkah-langkah Perencanaan Promosi kesehatan adalah:

- A. Persiapan,
- B. Analisis situasi,
- C. Perumusan masalah
- D. penyusunan perencanaan puskesmas

A. Persiapan

Persiapan Perencanaan Promosi kesehatan:

- 1. Pembentukan tim dan
- 2. Pembagian tugas berupa uraian tugas kepada tim promosi kesehatan, baik dari klaster 1, 2, 3, 4 dan lintas klaster. Karena promosi kesehatan harus dikerjakan secara terintegrasi

B. Analisis Situasi

1

Memperoleh informasi mengenai keadaan dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi Puskesmas

- Analisis data sekunder
- Analisis data primer hasil SMD
- Analisis kualitatif sisi pandang masyarakat
- Masukan masyarakat

C. Perumusan Masalah

2

Identifikasi Masalah di Puskesmas

Identifikasi seluruh jenis masalah Kesehatan ditemukan

- Identifikasi jenis masalah
- Pengelompokan jenis masalah
- Tabulasi berdasarkan urgensi penyelesaian

3

Penetapan Masalah Prioritas

- Susun daftar masalah yang ditemukan
- Lakukan penentuan prioritas masalah dengan pisau analisis
- Tetapkan masalah prioritas

4

Identifikasi Penyebab Masalah: Masalah Perilaku & Non Perilaku

- Temukan masalah prioritas
- Identifikasi penyebab
- Kelompokkan penyebab masalah dalam kategori masalah terkait perilaku dan non perilaku

5

Identifikasi Sasaran Intervensi (Primer, Sekunder, Tersier)

- Berdasarkan daftar penyebab masalah
- Kelompokkan masalah per jenis sasaran (primer, skunder, tersier)

6

Identifikasi Kegiatan Pokok Promkes (Strategi Promkes

- Identifikasi kegiatan promkes
- Kegiatan intervensi disesuaikan jenis sasaran
- Jenis kegiatan, terkait dengan strategi: pemberdayaan, advokasi, kemitraan, dan KIE

7

Identifikasi Mitra Potensial /Pelaksana Kegiatan/Pembentukan Tim Kerja

- Identifikasi mitra masyarakat : Dunia Usaha, Ormas, LSM, media, akademisi
- Identifikasi Komunitas sehat: Paguyuban seni, kelompok olahraga, Orari dll
- Identifikasi mitra Pemerintah

D. Penyusunan Perencanaan Promosi Kesehatan

8

Menyusun Rencana Usulan Kegiatan Promkes (RUK)

- Susun kegiatan dalam satu matrik (form)
- Tentukan tujuan dan sasaran per masing-masing kegiatan
- Hitung sumberdaya yang diperlukan
- Tentukan estimasi waktu pelaksanaan

Contoh Identifikasi Penyebab Masalah Kesehatan

Prioritas masalah 1. Tingginya angka stunting (24%) di desa... puskesmas...tahun 2024

No.	Sasaran	Perilaku Saat ini	Perilaku yang diharapkan	Penyebab Masalah	
				Perilaku	Non perilaku
1	Sasaran Primer	Masih rendahnya ASI Eksklusif	Asi Eksklusif 100%	- Ibu belum memahami cara pemberian ASI Eksklusif - Pemberian ASI dilarang suami	Ibu bekerja di tempat yang jauh dari rumah
		Pemberian MP ASI tidak mencukupi protein hewani	MP ASI mencukupi kadar gizi protein hewani	ibu belum memahami cara pembuatan MP ASI dengan cukup gizi dan higienis	Kemampuan keluarga untuk menyediakan MP ASI yang memenuhi gizi masih kurang
2	Sasaran Sekunder	Kader belum secara rutin melaksanakan kunjungan rumah terhadap keluarga yang berisiko stunting	Seluruh KK yang berisiko dilakukan kunjungan rumah setiap bulan	- Belum ada peta masalah Kesehatan berdasarkan prioritas yang harus mendapat perhatian kader - Kader belum mempunyai keterampilan tentang terkait pencegahan stunting	Keluarga sulit dikunjungi sibuk bekerja
		Tenaga Kesehatan belum optimal melaksanakan pendampingan bagi kader thd pencegahan stunting	Seluruh tenaga Kesehatan melaksanakan pendampingan thd pencegahan stunting kepada kader sesuai dengan program masing-masing	Tenaga Kesehatan sibuk melayani pasien di dalam Gedung puskesmas	Belum ada pengaturan nakes yang ditugasi pendampingan kader
3	Sasaran Tersier	koordinasi secara konvergensi thd pencegahan stunting dilaksanakan kades belum maksimal	Kades melakukan koordinasi kepada lintas sector terkait secara optimal dan berkelanjutan	Belum dipahami faktor penyebab stunting di desa	Belum ada Tim Koordinasi Desa pencegahan stunting

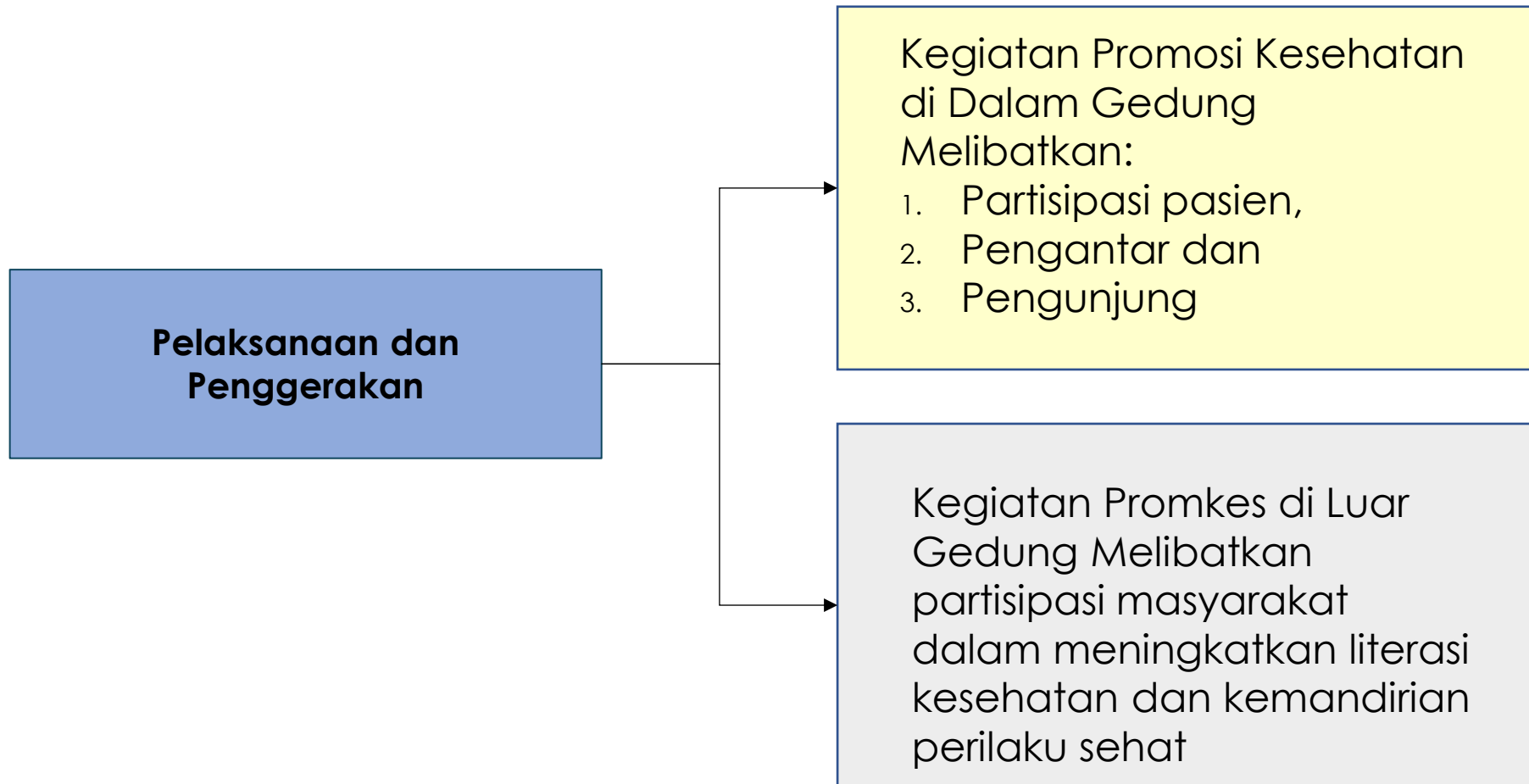
Contoh Identifikasi Kegiatan Pokok Promosi Kesehatan

No	Masalah Prioritas	Penyebab Masalah	Upaya Mengatasi masalah	Kegiatan Pokok Promkes
1	Tinggi Balita Stunting	Pemahaman mendalam ASI Eksklusif bagi sasaran primer rendah	konseling Asi Eksklusif bagi ibu hamil dan suami	- pembuatan media KIE terkait stunting - Konseling pada saat kunjungan ke Puskesmas/Posyandu - Penyebaran informasi melalui berbagai media
		Pembuatan MP ASI belum sesuai standar gizi	Demo pembuatan MP ASI sesuai standar	- Demo Pembuatan MP ASI di Posyandu - Kolaborasi dengan dinas pertanian dalam penyediaan pangan beragam - Kerjasama dengan PKK dan dunia usaha dalam penyediaan dan pengolahan MP-ASI
		- Belum tersedianya peta keluarga berisiko stunting - Kader belum mendapat keterampilan terkait pencegahan stunting	- Pendampingan Nakes bagi kader dlm pembuatan peta masalah desa - Nakes melaksanakan pelatihan kader terkait keterampilan pencegahan stunting	- Pendampingan/Fasilitasi Posyandu - Pelatihan Kader
		Kepala puskesmas membuat jadwal pendampingan bagi nakes ke desa	Rapat koordinasi puskesmas	Membahas Permasalahan Stunting dalam Lokmin bulanan
		- Belum dipahami penyebab stunting di desa - Belum adanya TIM Koordinasi stunting Desa	- sosialisasi kepada stakeholder desa - SMD, MMD thd permasalahan stunting desa - Adanya peraturan desa terkait stunting	- Sosialisasi bagi Stakeholder/lintas sektor di desa - Fasilitas SMD, MMD, permasalahan stunting di desa - Advokasi di desa pembentukan Perdes ttg stunting - Penggalangan kemitraan Pencegahan stunting Desa

Contoh RUK Promosi Kesehatan

NO	KLASTER	JENIS UPAYA	KEGIATAN	TUJUAN KEGIATAN	SASARAN	TARGET	PJ	KEBUTUHAN SUMBER DAYA	RINCIAN ANGGARAN	SUMBER ANGGARAN	LINTAS SEKTOR	INDIKATOR OUTPUT	INDIKATOR OUTCOME
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I	Klaster 1: Manajemen	Pelaksanaan Promosi Kesehatan	Pembuatan Media KIE terkait Stunting	Tersedianya KIE terkait Stunting	100 lembar poster	100 lembar poster	PJ PROMKES	Laptop/PC	Cetak 1000 lbr x Rp. 20.000 poster	BLUD	Dinkes	100 % tersedia poster	Tersedianya media KIE

P2: Pelaksanaan dan Penggerakan



KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN DALAM GEDUNG

Peran Setiap Klaster dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan

1. Klaster 1

- a. Mengkoordinir Perencanaan, pelaksanaan dan Evaluasi kegiatan Promosi kesehatan
- b. Penyediaan media KIE:
 - 1) Media cetak
 - 2) Media elektronik
 - 3) Website Puskesmas (www.promkes.go.id)

- ## 2. Klaster 2, 3, 4 dan lintas klaster Pelaksanaan KIE
- a. Konseling
 - b. Penyuluhan kelompok

Petugas Manajemen Promosi Kesehatan menyediakan:

1. **Materi konseling**, sesuai tema pemeriksaan kesehatan yang dilakukan petugas pada masing-masing klaster, sesuai dengan masalah yang dihadapi, serta Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
2. **Materi penyuluhan kelompok, contoh :**
 - a. Menyusun skrip/materi penyuluhan
 - b. Mendampingi/melakukan penyuluhan kelompok
 - c. Pemutaran film/video edukasi
 - d. Demonstrasi (memasak, peragaan model alat Kesehatan, phantom/manikin model, food model)
3. **Menyiapkan Media Promosi Kesehatan, contoh :**
 - a. Media lembar balik (flashcards)
 - b. Poster
 - c. Brosur
 - d. Flyer
 - e. Gimmick
 - f. Food model
 - g. Standing banner
 - h. flipchart
 - i. Film dan video edukasi
 - j. Laptop
 - k. LCD Projector
 - l. Alat peraga Kesehatan lain,
 - m. Media Isi Piringku

Penyediaan media KIE pada lokasi pelayanan

Lokasi Pelayanan	Jenis Informasi	Jenis Media
Loket Pendaftaran	1. Alur pelayanan puskesmas 2. Jenis pelayanan kesehatan 3. Daftar Retribusi (tarip pelayanan) 4. Denah ruang pelayanan 5. Informasi masalah kesehatan yang menjadi isu pada saat itu atau isu penting sesuai masing-masing wilayah 6. Peraturan kesehatan seperti dilarang merokok, dilarang meludah sembarangan, membuang sampah pada tempatnya.	1. Poster, 2. Leaflet/Flyer 3. booklet, 4. standing banner
Kasir	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	Leaflet/flyer
Ruang Pelayanan	Materi edukasi pelayanan skrining, pemeriksaan dan pengobatan sesuai siklus hidup seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, Kanker, TBC, dll	1. Poster, 2. Brosur, 3. Rollbanner 4. Leaflet/flyer 5. Lembar balik
Ruang Konseling	Materi dibuat berdasarkan kondisi/masalah kesehatan sesuai siklus hidup seperti ibu hamil, ibu balita, remaja, Pasangan Usia Subur, Lansia.	1. Poster, 2. Leaflet/Flyer 3. booklet, 4. standing banner 5. Lembar balik

Penyediaan media KIE:

Lokasi Pelayanan	Jenis Informasi	Jenis Media
Ruang tunggu	Materi dibuat berdasarkan kondisi/masalah kesehatan sesuai siklus hidup seperti ibu hamil, ibu balita, remaja, Pasangan Usia Subur, Lansia.	1. Poster, 2. Leaflet/Flyer 3. booklet, 4. standing banner • .
Ruang Rawat Inap	Materi dibuat berdasarkan kondisi/masalah kesehatan sesuai siklus hidup seperti ibu hamil, ibu balita, remaja, Pasangan Usia Subur, Lansia.	1. Poster, 2. Leaflet/Flyer 3. booklet, 4. standing banner
Ruang IGD	Penanganan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien (triase IGD) SOP	Poster
Ruang Laboratorium	Pentingnya kesadaran untuk melakukan pemeriksaan laboratorium sesuai kebutuhan siklus hidup	1. Poster, 2. Leaflet/Flyer 3. booklet, 4. standing banner
Ruang farmasi	Informasi tentang penggunaan obat, penyimpanan obat, efek samping obat	1. Poster, 2. Leaflet/Flyer 3. Standing banner

Penyediaan media KIE:

Lokasi Pelayanan	Jenis Informasi	Jenis Media
Halaman Taman	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	1. Poster, 2. Baliho, 3. Spanduk, 4. Mural
Kantin	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, (khususnya tentang pola makan, isi piringku dan konsumsi Gula Garam Lemak)	1. Poster, 2. Baliho, 3. Spanduk, 4. Mural
Tempat Ibadah	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	leaflet/flyer

Kegiatan Promosi kesehatan Klaster 2, 3, 4 dan Lintas klaster

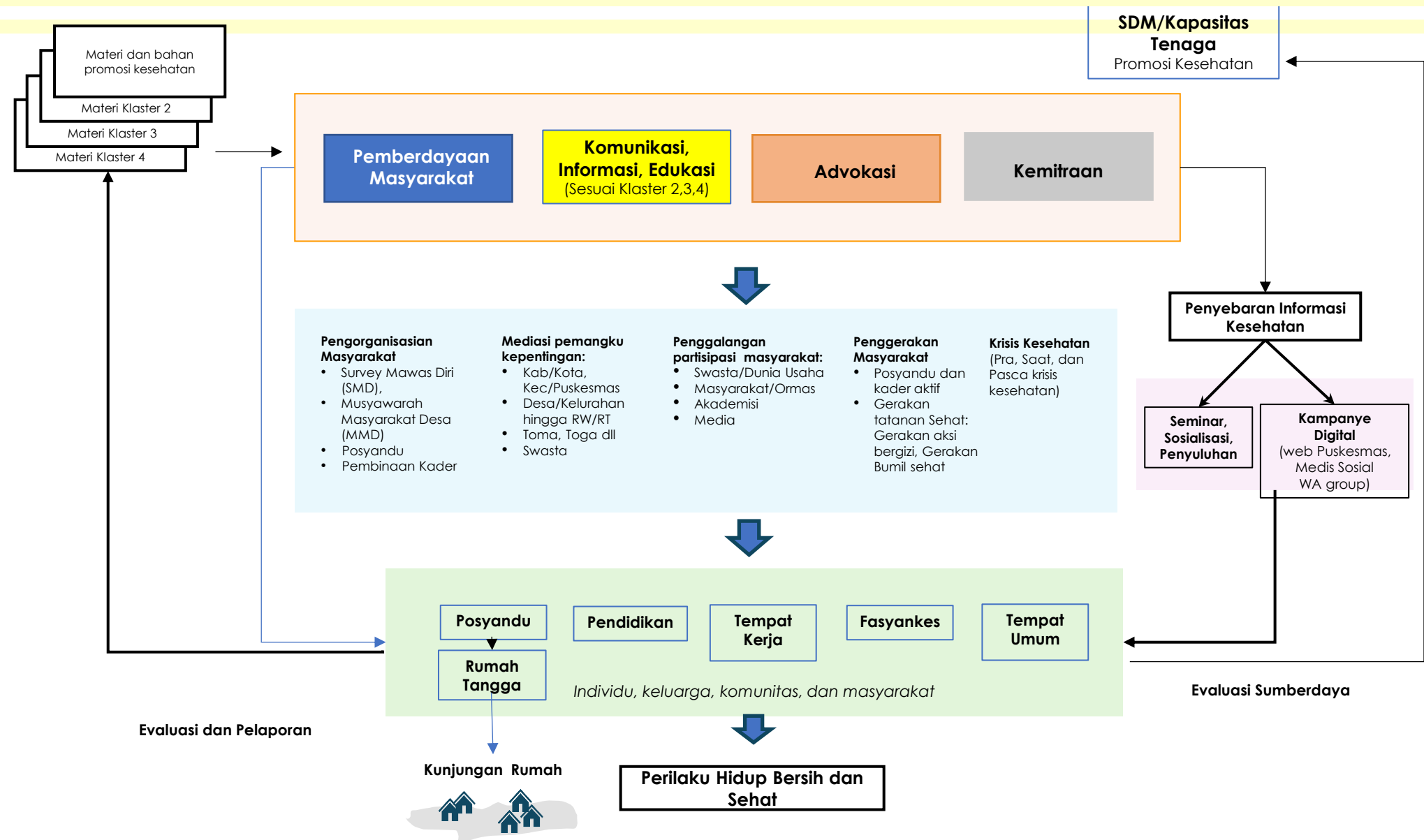
Kegiatan Promosi kesehatan di dalam Gedung dilakukan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi oleh masing-masing PJ Klaster

Prinsip pelaksanaan promosi kesehatan dalam Gedung:

Tujuan	1. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien, untuk mewujudkan perilaku mandiri dalam proses penyembuhan 2. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien, untuk menjaga dan mempertahankan Kesehatan.	
Sasaran	IndividuPasien Pasien	Kelompok a. Pengantar b. Pendamping pasien
Metode	1. Konseling 2. Penyuluhan	
Pelaksana	Petugas klaster	
Media yang digunakan	1. Media lembar balik (flashcards) 2. Poster 3. Brosur 4. Flyer 5. Gimmick 6. Food model	7. Food model 8. Standing banner 9. flipchart 10. Film dan video edukasi 11. Laptop 12. LCD Projector 13. Alat peraga Keseh

KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN LUAR GEDUNG

Promosi Kesehatan Luar Gedung



Kegiatan Promosi Kesehatan di Luar gedung

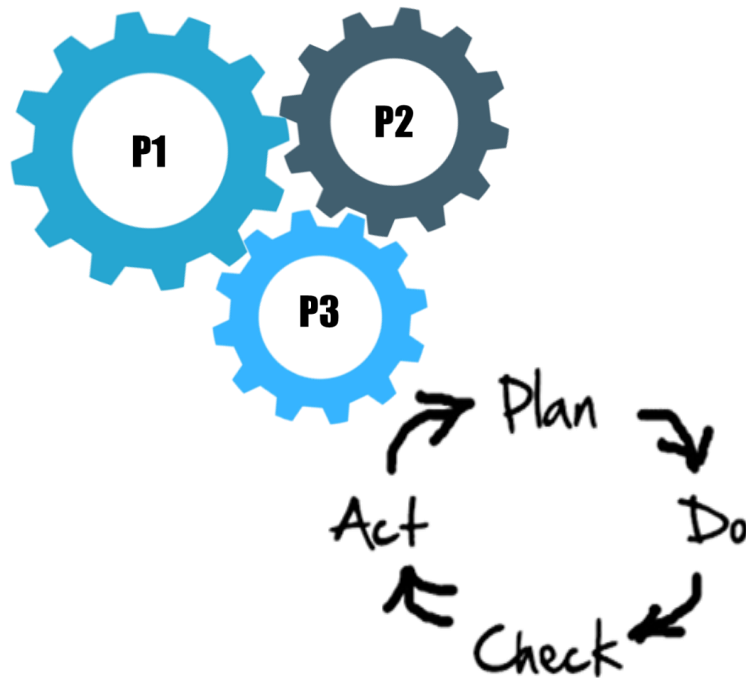
1. Pemberdayaan Masyarakat
2. Mediasi/Advokasi Pemangku Kepentingan
3. Penggalangan Partisipasi Masyarakat
4. Gerakan Masyarakat
5. Promosi Kesehatan Dalam Krisis Kesehatan
6. Penyebaran Informasi



Promosi kesehatan di luar gedung adalah promosi kesehatan yang dilakukan petugas puskesmas di luar gedung puskesmas.

Promosi kesehatan dilakukan untuk masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas.

Pelaksanaan promosi kesehatan di luar gedung Puskesmas yang dilakukan oleh Puskesmas sebagai suatu upaya untuk meningkatkan PHBS melalui pengorganisasian masyarakat.



Tujuan dari pengawasan dan pengendalian adalah:

1. Untuk mengetahui kesesuaian pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan standar atau rencana kerja.
2. Untuk mengetahui optimalisasi pemanfaatan sumber daya puskesmas secara efektif dan efisien.
3. Untuk mengetahui adanya kendala/tantangan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan sehingga dapat ditetapkan pemecahan masalah sedini mungkin.
4. Untuk mengetahui adanya penyimpangan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan sehingga dapat segera dilakukan klarifikasi.
5. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan untuk perbaikan pelaksanaan kegiatan atau program terkait, baik yang sedang berjalan maupun pengembangannya di masa mendatang.
6. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan lingkungan yang harus ditindaklanjuti dengan penyesuaian kegiatan.
7. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja program/kegiatan kepada pihak yang berkepentingan secara berkesinambungan dari waktu ke waktu.



Kemenkes