TESIS

EVALUASI DAN UPAYA PENINGKATAN KINERJA PUSKESMAS DI KABUPATEN PASURUAN

TKA ay
300
2

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

AGUNG BASUKI

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2005

EVALUASI DAN UPAYA PENINGKATAN KINERJA PUSKESMAS DI KABUPATEN PASURUAN

TESIS
Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Ilmu Administrasi dan Kebijakan Keschatan
Minat studi Manajemen Pelayanan Kesehatan
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh:
Agung Basuki
NIM. 090110233

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2005

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DISETUJUI

Pada tanggal, 1 September 2005

Oleh:

Pembimbing Ketua

Prof. Dr. S. Supriyanto, dr, MS

NIP. 130 675 544

Pembimbing

Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg, MS

NIP. 131 871 470

Ketua Program Studi AKK

Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg, MS

NIP. 131 871 470

Panitia Penguji Tesis

Ketua : Dr. Windhu Purnomo, dr, MS

Anggota : 1. Profesor Dr. dr. S. Supriyanto, MS .

2. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg, MS.

3. dr.Siswanto, MHP.

4. drg. Setya Haksama, M.Kes.

5. Sri Pudjiastuti, SKM, M.Kes

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia – Nya, sehingga penyusunan tesis "EVALUASI DAN UPAYA PENINGKATAN KINERJA PUSKESMAS DI KABUPATEN PASURUAN" dapat kami selesaikan. Hal ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya, dan semoga Allah melimpahkan berka kepada kita semua.

Terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada Prof. Dr. dr. Supriyanto, M.S. selaku pembimbing utama, ditengah kesibukanya beliau telah banyak memberikan pengarahan, saran, kritik serta bimbingan mulai dari persiapan proposal hingga akhir penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg, MS. selaku pembimbing dengan penuh perhatian dan kesabaran, telah memberikan bimbingan, dorongan, pengarahan, kritik dan saran sampai dengan selesainya penulisan tesis ini.

Disamping itu, terlaksananya penelitian sampai dengan penulisan tesis ini berkat bantuan dari segala pihak, maka pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Rektor Universitas Airlangga dan direktur Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan kepada saya menjadi mahasiswa pada program Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan.

2. Bapak Prof. Dr. dr. S. Supriyanto, MS, selaku ketua minat Manajemen Pelayanan Kesehatan, yang telah memberikan kesempatan menjadi mahasiswa dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
3. Bapak dr. H. Nanang M.Sc. selaku kepala dinas kesehatan Kabupaten Pasuruan, yang telah memberikan kesempatan dan ijin belajar di Pascasarjana Unair.
4. Bapak dan Ibu Penguji yang terdiri dari: Prof. Dr. dr. S. Supriyanto, MS, Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg. MS., Dr. Windhu Purnomo, dr. MS, dr. Siswanto MHP, Setya haksama, drg., M.Kes., Sri Pudjiastuti S.KM, M.Kes.
5. Bapak dan ibu seluruh dosen dan staf Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Pascasarjana Unair.
6. Seluruh teman – teman sejawat Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.
7. Seluruh teman – teman sesama mahasiswa Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan, khususnya untuk minat studi Manajemen Pelayanan Kesehatan angkatan 2001.
8. Seluruh karyawan dan karyawati Puskesmas Purwosari kabupaten Pasuruan.
9. Ibunda tercinta Azizah dan Ayahanda Tanurejo (almarhum), yang telah memberikan iringan doa dan kasih sayang yang tak putus, hingga kami mampu menyelesaikan penulisan tesis ini.
10. Istriku yang tercinta Hernik S Hariyati, dan kedua anakku tersayang Kakak Aisha Ayu Basuki dan Adik Moh. Erwinsyah Basuki yang penuh pengertian dan dorongan serta memberikan semangat selama menempuh pendidikan sampai dengan selesainya penyusunan tesis ini.

11. Mbak Ira, mas Ari, mas kukuh dan seluruh staf Administrasi Kebijakan Kesehatan, yang telah membantu dalam proses pendidikan selama ini.

RINGKASAN

Dalam peningkatan kinerja Puskesmas diperlukan konsep dan upaya disamping visi misi, tujuan untuk mencapai Indonesia sehat 2010 melalui kecamatan sehat 2010. Kinerja Puskesmas merupakan gambaran program dan kegiatan dalam kurun waktu 1 tahun yang meliputi kinerja *input*, kinerja proses, dan kinerja *output* bahkan kinerja *outcome*.

Tujuan penelitian ini mengevaluasi dan menyusun upaya peningkatan kinerja Puskesmas tahun 2003 di kabupaten Pasuruan, melalui upaya analisis tenaga, analisis manajemen Puskesmas, analisis hasil pencapaian program Puskesmas dan upaya *Focus Group Discussion.*

Pada penelitian ini metode yang digunakan *retrospective study*, data yang diambil adalah data sekunder melalui *form* Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) pada seluruh Puskesmas di Kabupaten Pasuruan, yaitu sebanyak 33 Puskesmas.

Data yang diperoleh diolah dan dianalisa secara diskriptif melalui tabulasi data lalu digunakan sebagai bahan kegiatan fokus grup diskusi dengan maksud menyusun upaya peningkatan kinerja Puskesmas di kabupaten Pasuruan.

Kondisi kinerja *input* menunjukkan bahwa tenaga Pukesmas di kabupaten Pasuruan setelah dihitung dengan menggunakan metode DSP atau *authorized staffing list* ternyata semua Puskesmas kelebihan tenaga hal ini ditunjukkan dengan adanya indikator dayaguna staf Puskesmas < 5 disamping itu keberadaan tenaga di Puskesmas spesifikasinya tidak merata di satu sisi banyak tenaga spesifikasi tertentu di sisi lain kurang tenaga dengan spesifikasi tertentu.

Kondisi kinerja proses menunjukkan bahwa proses perencanaan berjalan baik namun proses pelaksanaan dan proses penilaian relatif kurang, hal ini disebabkan karena kualitas manajemen di Puskesmas yang lemah.

Kondisi kinerja *output* menunjukkan bahwa masih kurangnya pencapaian program pokok di Pukesmas karena kurangnya sosialisasi program di Puskesmas serta kurangnya pelatihan dan pengembangan tenaga. Disamping itu pencapaian program pengembangan juga kurang hal ini disebabkan karena banyaknya program pengembangan, adanya tugas rangkap dari tenaga dan kualitas tenaga yang lemah.

Dari analisis kondisi *input*, proses, *output* selanjutnya dilakukan *Focus Group Discussion* dengan melibatkan kepala bagian perencanaan dan 7 kepala Puskesmas untuk mencari upaya peningkatan kinerja Puskesmas. Adapun rekomendasi dari kegiatan *Focuss Group Discussion* sebagaimana berikut:

a. Kelebihan tenaga dipergunakan untuk mengisi pos program yang tidak ada tenaganya, kelebihan tenaga dipergunakan untuk membantu tenaga yang lemah melalui pelatihan dan pengembangan tenaga.
b. Perekrutan tenaga sebaiknya dikaji dengan mata dan melibatkan Puskesmas tertentu.
c. Diharap seluruh Puskesmas melakukan proses manajemen Puskesmas baik itu perencanaan pelaksanaan dan penilaian.
d. Diharap Puskesmas meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor terkait.
e. Mengharap dinas membuat kebijakan pelaksanaan program khususnya pada program pengembangan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan Puskesmas.
f. Perlu pemberian reward bagi tenaga yang berhasil melaksanakan program.

SUMMARY

Evaluation of Public Health Center Improvement Efforts in Pasuruan Regency in the Year 2003

Agung Basuki

To accomplish "Healthy Indonesia 2010" through "Healthy Regency 2010", vision and mission of Public Health Centers (PHC) should be conceptually clear supported by serious efforts improving PHC performance. Public Health Center performance illustrates PHC programs and activities in one year time covering input, process, output and performance outcome.

The purpose of this research was to evaluate and formulate PHC performance improvement efforts in Pasuruan regency in 2003. The efforts were analysis of human resources, PHC management, PHC program achievement and focus group discussion.

This was a retrospective study using secondary data taken from PHC performance assessment form in all 33 PHCs of Pasuruan regency. Data was analyzed descriptively with tabulation, then it was brought to a focus group discussion, aiming to obtain PHC performance improvement efforts in Pasuruan regency.

Input performance condition stated that PHC personnel in Pasuruan regency, after being counted by authorized staffing list (ASL) method, was excessing far above necessity, confirmed by PHC staff efficiency indicator < 5. Besides, the PHC personnel had an uneven distribution, lots of personnel with spesific skill and lacked of personnel with certain skill.

Process performance condition revealed that planning process was good but implementation and evaluation process were relatively poor, caused by weak PHC management quality.

Output performance condition showed lack of program achievements in PHC because of few program socialization, insufficient training and minimal personnel development. The development programs was not optimal either, due to several development programs, dual duties borne by the same person and poor quality of personnel.

From the analysis of all input, process, and output conditions, a focus group discussion was held involving seven PHC Heads, and the recommendation was as follows: a) excess personnel to fill the vacant post or to train and develop weaker staff; b) recruitment should always involve PHC; c) all PHC should implement management process of planning and evaluating; d) interprogram and intersectoral coordination should be excellent; e) Regency Health Office should make a specific implementation policy for the development program in accordance with PHC needs and capability; and f) reward system for successful staff.

ABSTRACT

Evaluation of Public Health Center Improvement Efforts in Pasuruan Regency in the Year 2003

Agung Basuki

To accomplish "Healthy Indonesia 2010" through "Healthy Regency 2010", vision and mission of Public Health Centers (PHC) should be conceptually clear supported by serious efforts improving PHC performance. Public Health Center performance illustrates PHC programs and activities in one year time covering input, process, output and performance outcome. The purpose of this research was to evaluate and formulate PHC performance improvement efforts in Pasuruan regency in 2003. The efforts were analysis of human resources, PHC management, PHC program achievement and focus group discussion.

This was a retrospective study using secondary data taken from PHC performance assessment form in all 33 PHCs of Pasuruan regency. Data was analyzed descriptively with tabulation; then it was brought to a focus group discussion, aiming to obtain PHC performance improvement efforts in Pasuruan regency.

Input performance condition stated that PHC personnel in Pasuruan regency, after being counted by authorized staffing list (ASL) method, was excessing far above necessity, confirmed by PHC staff efficiency indicator < 5. Process performance condition revealed that planning process was good but implementation and evaluation process were relatively poor, caused by weak PHC management quality. Output performance condition showed lack of program achievements in PHC because of few program socialization, insufficient training and minimal personnel development. The development programs was not optimal either, due to several development programs, dual duties borne by the same person and poor quality of personnel.

A focus group discussion was held involving seven PHC Heads, and the recommendation was as follows: a) excess personnel to fill the vacant post or to train and develop weaker staff; b) recruitment should always involve PHC; c) all PHC should implement management process of planning and evaluating; d) interprogram and intersectoral coordination should be excellent; e) Regency Health Office should make a specific implementation policy for the development program in accordance with PHC needs and capability; and f) reward system for successful staff.

Key words: performance, improvement efforts, Public Health Center

DAFTAR ISI

Halaman

Judul..... i
Lembar Pengesahan..... ii
Panitia Penguji Tesis..... iii
Ucapan Terima Kasih..... iv
Ringkasan..... vii
Summary..... x
Abstract..... xi
Daftar Isi..... xii
Daftar Tabel..... xvi
Daftar Gambar xvii

BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang Masalah..... 1
1.2 Identifikasi Penyebab Masalah..... 5
1.3 Pembatasan Masalah..... 12
1.4 Rumusan Masalah..... 13
1.5 Tujuan Penelitian..... 13
1.6 Manfaat Penelitian..... 13

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... 15
2.1 Puskesmas..... 15
2.1.1 Pengertian Puskesmas..... 15
2.1.2 Visi Misi Puskesmas..... 16
2.1.3 Fungsi Puskesmas..... 17
2.1.4 Kedudukan Puskesmas..... 17
2.1.5 Struktur Organisasi Puskesmas..... 18

2.1.6 Upaya Puskesmas..... 19
2.2 Kinerja dan Akuntabilitas Kinerja..... 20
2.2.1 Prinsip prinsip pelaksanaan akuntabilitas..... 25
2.2.2 Kerangka Pengukuran kinerja..... 26

2.3 Evaluasi Kinerja..... 29
2.3.1 Pengertian evaluasi kinerja..... 29
2.3.2 Prosedur evaluasi..... 29
2.3.3 Standart yang digunakan..... 31
2.3.4 Model evaluasi..... 31
2.3.5 Apa yang dievaluasi..... 32
2.4 Penilaian Kinerja Puskesmas(PKP)..... 33
2.4.1 Pengertian PKP..... 33
2.4.2 Tujuan PKP..... 33
2.4.3 Manfaat PKP..... 34
2.4.4 Ruang lingkup PKP..... 35
2.4.5 Pelaksanaan PKP..... 37
2.4.5.1 Tahap pelaksanaan PKP..... 37
2.4.5.2 Waktu pelaksanaan PKP..... 41
2.4.5.3 Pembatasan PKP..... 42
2.4.5.4 Pedoman pengumpulan dan pengolahan data..... 42
2.4.5.5 Cara menghitung PKP..... 47
2.4.5.6 Penyajian dan analisis data PKP..... 49
2.4.5.7 Langkah langkah merumuskan masalah..... 49
2.4.5.8 Penyusunan perencanaan tingkat Puskesmas 51
2.4.5.9 Pelaksanaan Penggerakan Kegiatan..... 54
2.4.5.10 Penilaian Kegitan Puskesmas..... 55

2.5 Prosedur Penyusunan Rencana Kebutuhan SDM Kesehatan..... 56
2.6 Fokus Grup Diskusi..... 59
2.6.1 Pengertian FGD..... 59

2.6.2 Teknik Pengelolaan FGD..... 59
2.6.3 Tata Cara Pelaksanaan Fokus Grup Diskusi..... 59
2.6.4 Keuntungan FGD..... 59
2.6.5 Kerugian FGD..... 59

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL..... 63
3.1 Kerangka Konseptual 63

BAB 4 METODE PENELITIAN..... 65
4.1 Rancangan Penelitian..... 65
4.2 Unit Analisis..... 65
4.3 Kerangka Operasional..... 66
4.4 Variabel Penelitian..... 67
4.5 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel..... 69
4.6 Instrument Penelitian..... 85
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian..... 85
4.8 Pengumpulan Data..... 85
4.9 Cara Analisis Data..... 86

BAB 5 HASIL PENELITIAN..... 87
5.1 Gambaran umum lokasi penelitian..... 87
5.1.1 Kabupaten Pasuruan..... 87
5.1.2 Puskesmas di Kabupaten Pasuruan..... 87
5.2 Gambaran Kinerja Input Puskesmas 88
5.2.1 Ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan..... 89
5.2.2 Kunjungan Puskesmas..... 91
5.2.3 Dayaguna Staf Puskesmas..... 93
5.3 Gambaran Kinerja Proses Puskesmas..... 97
5.3.1 Kinerja Proses Perencanaan Puskesmas..... 97
5.3.2 Kinerja Proses Pelaksanaan Puskesmas..... 100
5.3.3 Kinerja Proses Penilaian Puskesmas..... 101

5.4 Gambaran Kinerja Output Puskesmas di Kabupaten Pasuruan..... 105
5.4.1 Kondisi Kinerja Output Pencapaian Program Pokok..... 105
5.4.2 Kondisi Kinerja Output Pencapaian Program Pengembangan... 107
5.5 Hasil FGD..... 113
5.6 Upaya Peningkatan Kinerja Puskesmas..... 119

BAB 6 PEMBAHASAN..... 123
6.1 Kinerja Input..... 123
6.1.1 Jumlah Tenaga..... 124
6.1.2 Spesifikasi Tenaga..... 124
6.2 Kinerja Proses..... 125
6.2.1 Kinerja Proses Perencanaan..... 125
6.2.2 Kinerja Proses Pelaksanaan..... 127
6.2.3 Kinerja Proses Penilaian..... 128
6.3 Kinerja Output..... 129
6.3.1 Pencapaian Program Pokok..... 129
6.3.2 Pencapaian Program Pengembangan..... 130

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN..... 132
7.1 Kesimpulan..... 132
7.2 Saran..... 133

DAFTAR PUSTAKA..... 136
LAMPIRAN Form Penilaian Kinerja Puskesmas..... 139

DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal
1.1	Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas se Kabupaten Pasuruan tahun 2002 dan tahun 2003	4
1.2	Pencapaian prgram Puskesmas dengan kategori	4
2.1	Program Puskesmas	38
2.2	Tahapan dan waktu pelaksanaan	41
4.1	Difinisi operasional dan cara pengukuran variabel	69
5.1	Data Ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003	89
5.2	Jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap Puskesmas di Kab. Pasuruan	92
5.3	Hasil Penghitungan Daya Guna Staf Puskesmas Berdasarkan DSP di Kab.Pasuruan tahun 2003	94
5.4	Hasil Penghitungan Jumlah Tenaga Puskesmas (N) dengan S = 5 Berdasarkan DSP di kabupaten Pasuruan tahun 2003	96
5.5	Kinerja Proses perencanaan Puskesmas Dalam Menyusun RUK di kabupaten Pasuruan tahun 2003	98
5.6	Kinerja Proses Perencanaan Puskesmas Dalam Menyusun RPK di kabupaten Pasuruan tahun 2003	99
5.7	Kinerja Proses Pelaksanaan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003	101
5.8	Kinerja Proses Penilaian Puskesmas di kabupaten Pasuruan tahun 2003	103
5.9	Hasil Pencapaian Program pokok Puskesmas di Kab. Pasuruan tahun 2003	105
5.10	Hasil pencapaian Program Pengembangan Puskesmas Kab. Pasuruan th.2003	108
5.11	Isu strategis , Telaah Peneliti dan Hasil FGD Kinerja Puskesmas di Kab. Pasuruan tahun 2003	114

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Hal
1.1	Identifikasi Penyebab Masalah	7
3.1	Kerangka Konseptual	63
4.1	Kerangka Operasional	66

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dengan diberlakukannya otonomi daerah seperti yang diamanatkan oleh Undang-Undang No.22 Tahun 1999 dan Undang-Undang No.25 Tahun 1999 yang telah dilaksanakan secara efektif sejak 1 Januari 2001, maka diharapkan kinerja berjalan lebih baik. Kedua Undang-undang tersebut telah mengantar kita kepada suatu perubahan yang substansial dalam sistem penyelenggaraan pemerintah. Sistem pemerintah yang selama ini berjalan secara sentralistik secara resmi sejak 1 Januari 2001 telah didesentraisasikan kepada kabupaten atau kota.

Dengan sistem yang baru ini sebagian besar kewenangan bidang pemerintahan telah dialihkan menjadi kewenangan daerah kecuali kewenangan bidang Politik Luar Negeri, Pertahanan Keamanan, Moneter Fiskal, Peradilan dan Agama serta kewenangan tertentu lainnya yang masih menjadi kewenganan pemerintah pusat. Bidang kesehatan termasuk kewenangan yang didesentralisasikan kedaerah, bahkan menjadi kewenangan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten atau Kota.

Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 lebih mempertegas lagi urusan kewenangan yang masih menjadi urusan pemerintah pusat maupun kewenangan propinsi sebagai daerah otonom. Dengan kebijakan desentralisasi ini peran pemerintah pusat selanjutnya akan lebih banyak sebagai *steering agent* sementara implementasinya banyak dilaksanakan oleh daerah. Oleh karena itu Pemerintah Pusat

Tesis Evaluasi Dan Upaya Peningkatan ... Agung Basuki

dituntut untuk lebih produktif menyusun pedoman, standar dan kriteria untuk menjadi acuan bagi daerah dalam melaksanakan kewenangan tersebut termasuk bidang kesehatan.

Disadari bahwa perubahan peradigma ini akan berdampak cukup luas serta dapat menimbulkan potensial problem khususnya dalam kaitan dengan kesehatan masyarakat maka kepada para penyelenggara negara baik ditingkat pusat maupun daerah dituntut perhatiannya untuk mengantisipasi proses desentralisasi kesehatan ini dengan sebaik baiknya (Menkes, 2001).

Dengan pertimbangan untuk menghadapai berbagai tantangan yang terkait dengan era globalisasi, permasalahan kesehatan khususnya di Puskesmas harus sejalan dengan tuntutan masyarakat. Hal tersebut menyebabkan konsep tentang Puskesmas dipandang perlu untuk disempurnakan sehingga dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif, efisien, merata, dan berkesinambungan diseluruh pelosok tanah air. Jadi secara umum tujuan penyelenggaraan Puskesmas diera desentralisasi adalah untuk mewujudkan Puskesmas yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, merata bermutu, terjangkau dan memenuhi kebutuhan masyarakat diwilayah kerjanya.

Namun pada kenyataan saat ini di Kabupaten Pasuruan masih belum optimal melakukan reformasi kesehatan Puskesmas. Bahkan ada kecenderungan menurunnya kinerja Puskesmas berdasarkan hasil penilaian kinerja Puskesmas pada tahun 2002 dan 2003.

Gambaran umum kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan dapat dilihat dari hasil penilaian kinerja Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2002 dan tahun 2003. Penilaian kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut:

Tabel 1.1 Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan Tahun 2002 dan tahun 2003

No	PUSKESMAS	PENCAPAIAN %			
		Tahun 2002		Tahun 2003	
1	Purwodadi	-	-	59, 73	Kurang
2	Nongkojajar	67, 41	Sedang	73, 68	Sedang
3	Sumberpitu	59, 75	Kurang	64, 43	Sedang
4	Puspo	67, 38	Sedang	67, 02	Sedang
5	Tosari	-	-	55, 03	Kurang
6	Lumbang	65,00	Sedang	77, 89	Baik
7	Pasrepan	73,00	Sedang	77, 87	Baik
8	Kejayan	65, 50	Sedang	74, 06	Sedang
9	Ambal ambil	67, 08	Sedang	64, 21	Sedang
10	Wonorejo	-	-	54, 36	Kurang
11	Purwosari	83, 06	Baik	77, 46	Baik
12	Karangrejo	63, 15	Sedang	43, 62	Kurang
13	Prigen	74, 67	Sedang	73, 51	Sedang
14	Bulukandang	74,00	Sedang	65, 44	Sedang
15	Sukorejo	-	-	49, 41	Kurang
16	Pandaan	-	-	56, 17	Kurang
17	Sebani	50, 93	Kurang	48, 42	Kurang
18	Gempol	78, 48	Baik	81, 33	Baik
19	Kepulungan	59, 81	Kurang	72, 57	Sedang
20	Beji	82, 22	Baik	73, 39	Sedang
21	Bangil	80,45	Baik	73, 04	Sedang
22	Raci	66, 76	Sedang	64, 51	Sedang
23	Rembang	69, 50	Sedang	76, 15	Baik
24	Kraton	69, 69	Sedang	75, 76	Baik
25	Ngempit	70,00	Sedang	71, 10	Sedang
26	Pohjentrek	69, 18	Sedang	82, 57	Baik
27	Gondang wetan	97, 55	Baik	77, 44	Baik
28	Rejoso	65, 10	Sedang	73, 31	Sedang
29	Winongan	60, 09	Sedang	73, 39	Sedang
30	Grati	76, 18	Baik	78, 77	Baik
31	Kedawung wetan	60, 09	Sedang	72, 98	Sedang
32	Lekok	79, 67	Baik	65, 15	Sedang
33	Nguling	83, 27	Baik	66, 48	Sedang

Sumber Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2003.

Keterangan :
Kurang : < 59,99 %

Sedang : 60-74,99 %
Baik : ≥ 75 %

Dari tabel 1.1 dapat dijelaskan bahwa hasil pencapaian Puskesmas di kabupaten Pasuruan tahun 2002 dan tahun 2003 dengan kategori kurang, sedang, dan baik seperti pada tabel berikut:

Tabel 1.2 Pencapaian Program Puskesmas tahun 2002 dan tahun 2003 Berdasarkan Kategori

Kategori	Tahun 2002		Tahun 2003	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kosong (tidak dikerjakan)	5	15,15	0	0,00
Kurang	3	9,09	7	21,21
Sedang	17	51,51	17	51,51
Baik	8	24,24	9	27,27
Total	**33**	**100,00**	**33**	**100,00**

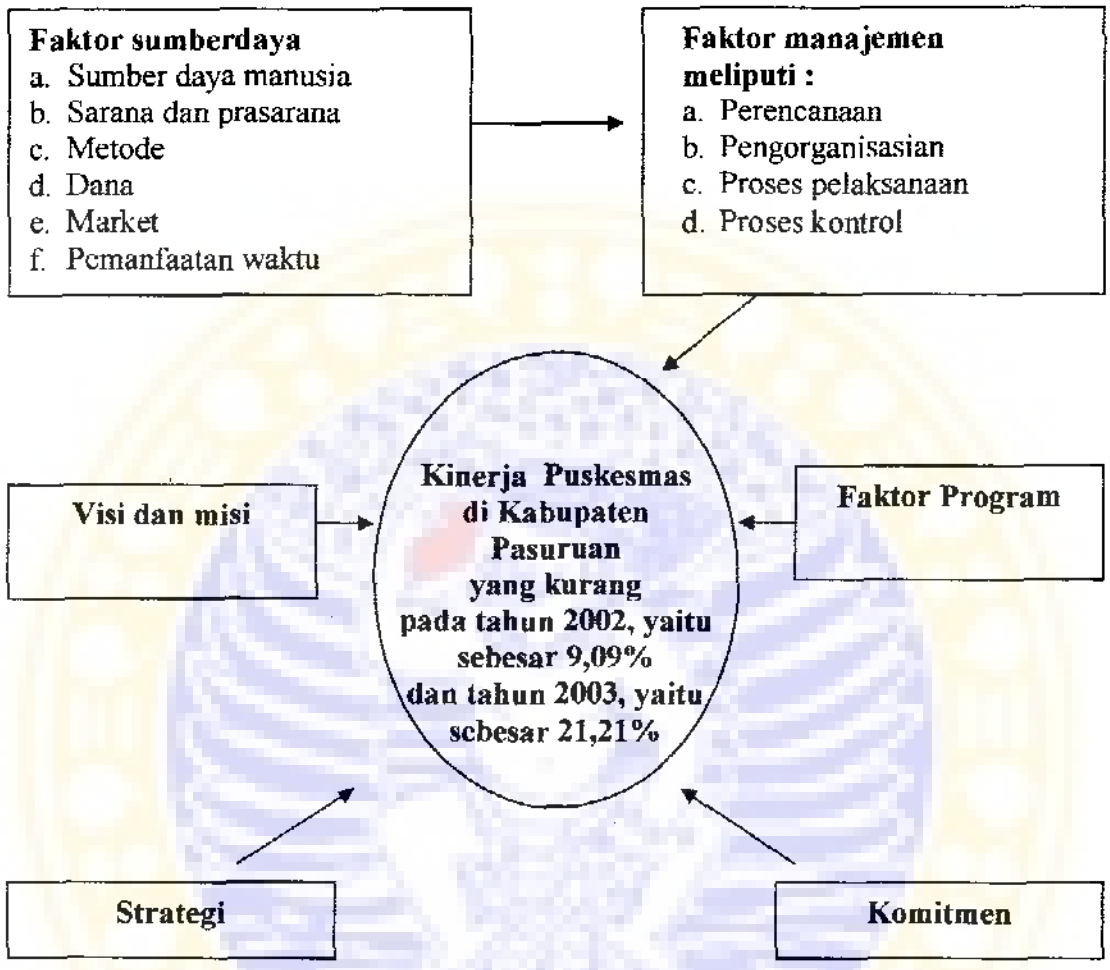
Berdasarkan Tabel 1.1 dan Tabel 1.2 dapat diketahui bahwa 21,21% pencapaian program Puskesmas masih kurang, sehingga perlu dikaji lebih lanjut. Masalah yang diajukan pada penelitian ini adalah kurangnya hasil pencapaian kinerja berdasarkan penilaian kinerja Puskesmas.

1.2 Identifikasi Penyebab Masalah

Beberapa faktor yang mungkin berpengaruh terhadap kurangnya kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2002 dan tahun 2003 adalah sebagai berikut:

1. Kurangnya pemahaman visi dan misi secara jelas dalam rangka meningkatkan kinerja.

2. Faktor manajemen yang lemah, meliputi:
   a. Perencanaan.
   b. Pengorganisasian.
   c. Proses pelaksanaan.
   d. Proses kontrol.
3. Faktor program, program pokok, program manajemen, program pengembangan.
4. Faktor sumber daya yang kurang, yang terdiri dari:
   a. Sumber daya manusia.
   b. Sarana dan prasarana.
   c. Metode.
   d. Dana.
   e. Market atau sasaran.
   f. Pemanfaatan waktu.
5. Tidak adanya strategi peningkatan kinerja.
6. Lemahnya komitmen manajemen.



Gambar 1.1 Identifikasi penyebab masalah

1.2.1 Visi Misi

Visi merupakan kondisi masa depan yang hendak diwujudkan, sedang misi merupakan jalan pilihan untuk menuju masa depan. Organisasi yang terdiri dari individu harus mempunyai visi dan misi oleh karena dapat mengefektifkan organisasi yaitu menjawab dan mengendalikan perubahan, sebagai pemusatan seluruh sumber organisasi, pengikat organisasi baik dalam kondisi bagus maupun sulit. *Shared*

mission, shared vision menjadikan karyawan berdaya untuk mengendalikan perilakunya sesuai dengan yang diharapkan didalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dan juga sebagai fokus usaha supaya tidak cerai berai (Setiawan, 2001). Ditingkat Kabupaten visi kesehatan sudah ada, namun pemahaman visi dan misi ditingkat *grass root* atau Puskesmas belum merata sampai pada seluruh staf Puskesmas, sehingga motivasi kerja yang dibangun melalui visi dan misi kesehatan belum optimal. Pada akhirnya apabila pemahaman yang kurang tentang visi dan misi kesehatan tidak dibenahi atau disosialisasikan ketingkat Puskesmas, maka akan menurunkan kinerja Puskesmas.

1.2.2 Strategi

Organisasi perusahaan sekarang dan dimasa depan termasuk disektor kesehatan mengahadapi lingkungan yang dinamis, yang mengalami perubahan pesat, sehingga memerlukan pertimbangan terbaik didalam membawa organisasi menuju kemasa depan. Pertimbangan terbaik hanya dapat dilakukan jika manajemen yang dilaksanakan dengan menggunakan strategi yang tepat dalam rangka meningkatkan kinerja dan mencapai hasil (Supriyono, 1998).

Strategi dirumuskan untuk menggalang berbagai sumber daya organisasi dan mengarahkannya kepencapaian visi organisasi melalui misi organisasi. Tanpa strategi yang tepat sumber daya organisasi akan terhambur konsumsinya, sehingga akan berakibat pada kegagalan organisasi dalam mewujudkan visinya (Setiawan, 2001)

ditingkat Kabupaten Pasuruan rencana strategi telah dijalankan sedangkan kecamatan atau Puskesmas strategi tidak dibuat.

1.2.3 Sumber daya

Sumber daya organisasi berfungsi sebagai masukan atau modal yang dipergunakan untuk mewujudkan visi misi dan tujuan organisasi, dipergunakan untuk menjalankan proses manajemen organisasi sebagai bahan menyusun strategi organisasi, untuk mengukur keberhasilan suatu organisasi, dan untuk mengevakuasi kinerja organisasi (Stoner, 1996).

Sumber daya manusia dibanding dengan sumber daya yang lain memiliki nilai yang lebih bahkan merupakan aktiva organisasi yang paling tinggi, sementara sumber daya yang lain mengalami depresiasi nilai selaras dengan penggunaannya dan dengan berlakunya waktu. Sumber daya manusia memiliki potensi untuk tumbuh dan berkembang selama dimanfaatkan oleh organisasi. Jika manajemen mau dan mampu menyediakan kesempatan bagi karyawan akan mencapai tingkat potensi optimum yang diperlukan untuk karyawan meningkatkan kinerja organisasi (Setiawan, 2001). Pada tingkat Puskesmas hampir semua sumberdaya yang tersedia terbatas adanya sehingga didalam rangka meningkatkan kinerja Puskesmas mengalami banyak kendala.

1.2.4 Proses manajemen

Proses manajemen adalah proses dimana sekelompok manusia yang bekerja bersama sama untuk mencapai tujuan organisasi (Terry,1986). Dalam proses

manajemen di Puskesmas kegiatan yang utama adalah (a) Perencanaan yaitu membuat Rencana Tahunan Kegiatan (RTK) dan pembuatan rencana kegiatan tahunan atau *Plan Of Action* (POA) dan (b) Pengorganisasian yaitu koordinasi kegiatan baik secara lintas program maupun lintas sektor, (c) Pelaksanaan yaitu lokakarya mini baik yang diadakan tiap bulan maupun tri bulan dan (d) Proses evaluasi atau kontrol yaitu evaluasi tiap bulan, tri bulan, tengah tahun dan bila perlu mengadakan perubahan perencanaan pada tengah tahun apabila pada evaluasi tengah tahun tidak berhasil. Kegiatan manajemen tersebut harus berjalan dengan baik dan terkendali karena menentukan berjalan tidaknya proses kegiatan sekaligus mutu kegiatan. Proses manajemen yang baik akan menghasilkan sesuatu yang baik pula atau sangat memerlukan kinerja organisasi (Terry, 1986). Di tingkat Kabupaten proses manajemen kesehatan berjalan relatif lebih baik dibanding dengan Puskesmas karena di tingkat Kabupaten didukung sumberdaya yang memadai. Sedangkan ditingkat Kecamatan proses manajemen kesehatan kurang didukung oleh sumber daya yang ada sehingga berpengaruh terhadap hasil kinerja di Puskesmas.

1.2.5 Faktor Program

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui Puskesmas yakni terwujudnya Kecamatan sehat menuju Indonesia Sehat, maka Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan program kesehatan (Depkes, 2004).

Program kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi 3 program yaitu:

1. Program Pokok Kesehatan

   Maksud Program Pokok Kesehatan adalah adalah program yang harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di seluruh wilayah Kabupaten atau Kota karena mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Yang termasuk program pokok adalah program promosi kesehatan, program kesehatan lingkungan, program kesehatan Ibu dan anak, program gizi, program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, program pengobatan dan program keluarga berencana.

2. Program Manajemen.

   Yang termasuk program manajemen adalah manajemen operasional dan manajemen sumberdaya.

3. Program Pengembangan Kesehatan.

   Maksud Program Pengembangan Kesehatan adalah program yang diselenggarakan oleh Puskesmas berdasarkan permasalahan kesehatan di masyarakat dan sesuai dengan kemampuan Puskesmas. Program Pengembangan terdari dari 16 program yaitu program UKS, program gigi dan mulut, program rawat inap, program laboratorium, program Usila, program kesehatan jiwa, program kesehatan olahraga, program kesehatan kerja, program kesehatan indera, program kesehatan matra, program upaya P2M, program upaya Gizi, program upaya penyehatan lingkungan, program pemeriksaan penunjang, program peningkatan mutu.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Pelaksanaan program Puskesmas Di Kabupaten Pasuruan, khususnya program pengembangan yang terdiri dari 16 program tersebut dilaksanakan semuanya oleh seluruh Puskesmas, yang seharusnya hanya dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan sesuai dengan kemampuan Puskesmas, hal ini kurang proporsional bila dilaksanakan oleh Puskesmas dengan tenaga yang terbatas.

1.2.6 Komitmen Manajemen

Dalam manajemen modern komitmen dari top manajemen dan staf sangat dominan pengaruhnya terhadap kinerja organisasi. Adanya komitmen mendorong terjadinya integrasi secara kelompok dan menyatukan ide untuk meningkatkan keberhasilan organisasi (Setiawan, 2001) Ditingkat Dinas Kabupaten pada umumnya komitmen yang dibangun relatif dapat dipertahankan sedangkan ditingkat kecamatan atau Puskesmas komitmen manajemen sulit dipertahankan karena sumberdaya manusia yang ada terbatas. Apabila komitmen yang ada di Puskesmas dibiarkan dalam kondisi yang kurang menguntungkan maka akan berpengaruh negatif terhadap kinerja Puskesmas.

1.3 Pembatasan Masalah

Kondisi Puskesmas masa akan datang akan berubah menjadi lebih baik atau lebih buruk tergantung kinerja Puskesmas itu sendiri . Jika akan lebih baik maka mau tidak Puskesmas harus berbenah diri menjadi pelayanan kesehatan yang siap bersaing dengan pelayanan yang lain. Untuk itu kinerja Puskesmas harus dibenahi, pembenahan yang efektif Puskesmas adalah pembenahan kinerja Puskesmas yaitu

mengeliminer penyebab masalah atau menghilangkan penyebab masalah atau merubah faktor penyebab masalah menjadi faktor pendorong keberhasilan program (Dinkes, 2001).

Dalam penelitian ini kami tidak membatasi masalah, seluruh program yang terdiri dari program pokok, program manajemen, program unggulan atau inovatif kami lakukan penelitian seluruhnya pada semua Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas maka rumusan masalah adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan program pokok Puskesmas di Kabupaten Pasuruan?
2. Bagaimana pelaksanaan program pengembangan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan?
3. Bagaimana pelaksanaan manajemen Puskesmas di Kabupaten Pasuruan?
4. Bagaimana pengaruh kondisi input dan proses terhadap kondisi output kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan?
5. Bagaimana upaya untuk meningkatkan kinerja Puskesmas berdasarkan hasil evaluasi.

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum

Mengevaluasi dan menyusun upaya peningkatan kinerja Puskesmas berdasarkan hasil evaluasi kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.

1.5.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pelaksanaan program pokok Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.
2. Mengidentifikasi pelaksanaan program pengembangan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.
3. Mengidentifikasi pelaksanaan manajemen Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.
4. Menganalisis kondisi kinerja input dan proses terhadap kondisi kinerja *output* Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.
5. Menyusun upaya untuk meningkatkan kinerja Puskesmas berdasarkan hasil evaluasi kinerja Puskesmas.

1.6 Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan Pemda Kabupaten Pasuruan.

   Sebagai bahan untuk pengambilan keputusan yang berkaitan dengan penghargaan personel Puskesmas, promosi, transfer, demosi.
2. Bagi Puskesmas

   Sebagai bahan masukan untuk mawas diri, dan lebih korektif terhadap Puskesmas dan lebih inovatif terhadap perkembangan pelayanan kesehatan di Puskesmas
3. Bagi Peneliti

   Memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelessaikan pendidikan magister manajemen pelayanan kesehatan program Pascasarjana Universitas Airlangga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Pengertian Puskesmas

Menurut Depkes (2004) pengertian Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

1. Unit Pelaksana Teknis.

   Menyelenggarakan sebagian tugas tehnis operasional dinas kesehatan kabupaten atau kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama.

2. Pembangunan Kesehatan.

   Menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pertanggungjawaban Penyelenggaraan.

   Bertanggung jawab untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan sesuai dengan kemampuannya.

4. Wilayah Kerja.

   Wilayah kerja Puskesmas adalah kecamatan.

2.1.2 Visi Misi Puskesmas

Visi Puskesmas yaitu tercapainya kecamatan sehat menuju terwujudnya Indonesia sehat dengan indikator keberhasilan lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu dan derajat kesehatan masyarakat kecamatan (Depkes, 2004).

Menurut Depkes (2004) misi Puskesmas adalah:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga masyarakat diwilayah kerjanya.
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Tujuan Puskesmas yaitu mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas (Depkes, 2004).

2.1.3 Fungsi Puskesmas

Menurut Depkes (2004), fungsi Puskesmas adalah:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang terdiri dari:
   a. Upaya menggerakkan dan memantau penyelenggara pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya.
   b. Melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaran setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.
2. Pusat pemberdayaan masyarakat yang terdiri dari:
   a. usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat.
   b. Berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan.
   c. Ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
3. Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang terdiri dari:
   a. Pelayanan kesehatan perorangan.
   b. Pelayanan kesehatan masyarakat.

2.1.4 Kedudukan Puskesmas

Menurut Depkes (2004), kedudukan Puskesmas meliputi:

1. Sistem kesehatan nasional sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama.
2. Sistem kesehatan kabupaten atau kota sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota.

3. Sistem pemerintah daerah sebagai unit struktural pemerintah daerah kabupaten atau kota bidang kesehatan di tingkat kecamatan.
4. Antar sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai mitra organisasi pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat, pembina untuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat.

2.1.5 Struktur Organisasi Puskesmas

Menurut Depkes (2004), struktur organisasi Puskesmas meliputi:

1. Unsur pimpinan Kepala Puskemas.
2. Unsur staf administrasi yaitu:
   a. Unit tata usaha yang terdiri dari perencanaan dan penilaian.
   b. Keuangan.
   c. Umum dan kepegawaian.
3. Unsur staf teknis yang terdiri dari:
   a. Unit pelaksana fungsional Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).
   b. Unit fungsional Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).
4. Unsur jaringan pelayanan yang terdiri dari:
   a. Unit Puskesmas pembantu.
   b. Unit Puskesmas keliling
   c. Unit bidan komunitas.
   d. Unit pembinaan pelayanan kesehatan oleh lembaga masyarakat, swasta dan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).

Menurut Depkes (2004), tata kerja Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Dengan kantor kecamatan yaitu bekoordinasi dengan kantor kecamatan melalui pertemuan berkala.
2. Dengan Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota yaitu secara teknis dan administratif, Puskesmas bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota.
3. Dengan jaringan pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu sebagai mitra, menjalin kerja sama, memantau kegiatan yang diselenggarakan.
4. Dengan jaringan pelayanan kesehatan rujukan dengan menjalin kerja sama yang erat dengan berbagai pelayanan kesehatan rujukan.
5. Dengan lintas sektor yaitu koordinasi dengan pelbagai lintas sektor terkait yang ada di tingkat Kecamatan.
6. Dengan masyarakat yang memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Diwujudkan melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP).

2.1.6 Upaya Puskesmas

Upaya Puskesmas terdiri dari upaya kesehatan wajib Puskesmas dan upaya kesehatan program unggulan. Upaya kesehatan wajib Puskesmas meliputi: promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan (Depkes, 2004).

Sedangkan program-program kesehatan unggulan meliputi:

1. Kebijakan kesehatan, pembiayaan kesehatan dan hukum kesehatan.
2. Perbaikan gizi.
3. Pemberantasan Penyakit Menular termasuk immunisasi.
4. Peningkatan perilaku hidup sehat dan kesehatan mental.
5. Lingkungan pemukiman, air dan udara sehat.
6. Kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.
7. Keselamatan dan kesehatan kerja.
8. Anti tembakau, anti alkohol dan anti madat.
9. Pengawasan obat, bahan berbahaya dan makanan.
10. Pencegahan dan ruda paksa, termasuk keselamatan lalu lintas.

Menurut Depkes (2004), azas penyelenggaraan Puskesmas terdiri dari:

1. Azas pertanggung jawaban wilayah.
2. Azas penberdayaan masyarakat.
3. Azas keterpaduan yang meliputi lintas program dan lintas sector.
4. Azas rujukan yang meliputi rujukan medik dan rujukan kesehatan masyarakat.

2.2 Kinerja dan Akuntabilitas Kinerja.

Kinerja menurut intsruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 tahun 1999 adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan atau program, kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi, dan visi organisasi (Depdiknas, 2002).

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruh jajaran person didalam organisas (Ilyas, 2001).

Deskripsi dari kinerja menyangkut tiga komponen penting yaitu: tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memberikan arah mempengaruhi bagaimana perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personel. Walau demikian, penentuan tujuan saja tidaklah cukup, sebab itu dibutuhkan ukuran apakah seorang personel telah mencapai kerja yang diharapkan. Untuk itu ukuran kuantitas dan kualitas standart kinerja. Untuk setiap tugas dan jabatan personel memegang peranan penting.

Aspek ketiga dari definisi kinerja adalah penilaian kinerja secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personel. Tindakan disini akan membuat personel untuk senantiasa berorientasi terhadap tujuan yang hendak dicapai. Dengan demikian jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan ukuran operasional, dengan penilaian reguler mempunyai peran penting dalam merawat dan meningkatkan motivasi personel.

Sedangkan akuntabilitas adalah kewajiban untuk memberikan pertanggung jawaban atau untuk menjawab dan menerangkan kinerja dan tindakan seseorang,

badan hukum, pimpinan kolektif suatu organisasi kepada pihak yang memilliki hak atau berkewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggung jawaban.

Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) adalah perwujudtan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggung jawaban secara periodik.

Sistem akuntabilitas kinerja adalah instrumen pertanggungjawaban yang pada pokoknya terdiri dari berbagai indikator dan mekanisme kegiatan pengukuran, penilaian, dan pelaporan kinerja secara menyeluruh dan terpadu untuk memenuhi kewajiban suatu intstansi dalam mempertanggung jawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi, serta misi organisasi.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) adalah media pertanggung jawaban yang berisi informasi mengenai kinerja instansi pemerintah, dan bermanfaat antara lain untuk:

a. Mendorong instansi pemerintah untuk menyelenggarakan tugas umum pemerintahan dan pembangunan secara baik dan benar *(good governance)* yang didasarkan pada peraturan perundang undangan yang berlaku, kebijakan yang transparan dan dapat dipertanggung jawabkan terhadap masyarakat.
b. Menjadikan instansi pemerintah yang akuntabel sehingga dapat beroperasi secara efisien, efektif, dan responsif terhadap aspirasi masyarakat dan lingkungannya.
c. Menjadi masukan dan umpan balik bagi pihak pihak yang berkepentingan dalam rangka meningkatkan kinerja instansi pemerintah.

d. Terpeliharanya kepercayaan masyarakat kepada pemerintah.

Sedangkan aspek yang menonjol didalam kinerja adalah perencanaan strategik yaitu suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu 1 sampai dengan 5 tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul. Rencana strategik mengandung visi, misi, tujuan, sasaran, kebijakan, program dan kegiatan yang realistis dengan mengantisipasi perkembangan masa depan.

Visi adalah pandangan jauh kedepan, kemana dan bagaimana instansi pemerintah harus dibawa dan berkarya agar tetap konsisten dan dapat eksis antisipatik, inovatif serta produktif. Visi merupakan gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan oleh instansi pemerintah.

Misi adalah suatu yang harus diemban atau dilaksanakan oleh instansi pemerintah, sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan organsasi dapat terlaksana dan berhasil dengan baik. Dengan pernyataan misi tersebut, diharapkan seluruh pegawai dan pihak berkepentingan dapat mengenal instansi pemerintah, dan mengetahui peran dan program programnya serta hasil yang akan diperoleh di waktu yang akan datang.

Tujuan merupakan sasaran penjabaran atau implementasi dari pernyataan misi. Tujuan adalah sesuatu yang akan dicapai atau dihasilkan pada jangka waktu 1 sampai dengan 5 tahun.

SURABAYA

Sasaran adalah penjabaran dari tujuan secara terukur, yaitu sesuatu yang akan dicapai atau dihasilkan secara nyata oleh instansi pemerintah dalam jangka waktu tahunan, semesteran, triwulan, atau bulanan.

Kebijakan pada dasarnya merupakan ketentuan yang telah disepakati pihak pihak terkait dan ditetapkan oleh yang berkewenangan untuk dijadikan pedoman, pegangan atau petunjuk bagi setiap usaha dan kegiatan aparatur pemerintah ataupun masyrakat agar tercapai kelancaran dan keterpaduan dalam upaya mencapai sasaran, tujuan, misi, dan visi organisasi.

Program adalah kumpulan kegiatan kegiatan nyata, sistematis dan terpadu yang dilaksanakan oleh satu atau beberapa instansi pemerintah ataupun dalam rangka kerja sama dengan masyarakat, atau yang merupakan partisipasi aktif masyarakat, guna mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan.

Kegiatan adalah tindakan nyata dalam jangka waktu tertentu yang dilakukan oleh instansi pemerintah dengan memanfaatkan sumber daya yang ada untuk mencapai sasaran dan tujuan tertentu sesuai dengan kebijakan dan program yang telah ditetapkan. Kegiatan dilakukan nyata juga oleh masyarakat sebagai respons terhadap kebijakan atau program yang dikembangkan instansi pemerintah untuk mencapai sasaran dan tujuan tertentu.

Indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan, degan memperhitungkan indikator masukan *(inputs)*, keluaran *(outputs)*, hasil *(outcomes)*, dan dampak *(impacts)*.

a. Indikator masukan *(inputs)* adalah segala sesuatu yang dibutuhkan agar pelaksanaan kegiatan yang berjalan untuk menghasilkan keluaran. Indikator ini dapat berupa dana, sumber daya manusia, informasi, kebijaksannan/peraturan perundang undangan, dan sebagainya.
b. Indikator keluaran *(outputs)* sesuatu yang diharapkan langsung dicapai dari suatu kegiatan yang dapat berupa fisik dan atau non fisik.
c. Indikator hasil *(outcomes)* adalah segala sesuatu yang mencerminkan berfungsinya keluaran kegiatan pada jangka menengah (efek langsung).
d. Indikator manfaat *(benefits)* adalah sesuatu yang terkait dengan tujuan akhir dari pelaksanaan kegiatan.
e. Indikator dampak *(impacts)* adalah pengaruh yang ditimbulkan baik positif maupun negatif pada setiap tingkatan indikator berdasarkan asumsi yang telah ditetapkan.

2.2.1 Prinsip prinsip Pelaksanaan Akuntabillitas.

Pelaksanaan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah harus memperhatikan antara lain prinsip prinsip sebagai berikut:

1. Harus ada komitmen dari pimpinan dan seluruh staf instansi pemerintah yang bersangkutan.
2. Harus merupakan suatu sistem yang dapat menjamin penggunaan sumber daya secara konsisten dengan peraturan perundang undangan dan kebijakan yang berlaku.

3. Harus dapat menunjukkan tingkat pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
4. Harus berorientasi pada pencapaian visi, misi, serta hasil dan manfaat yang diperoleh.
5. Harus jujur, obyektif transparan, dan inovatif sebagai katalisator perubahan manejemen instansi pemerintah dalam bentuk pemutakhiran metode dan teknik pengukuran kinerja dan penyusunan laporan akuntabilitas.

Disamping itu akuntabilitas kinerja harus pula menyajikan penjelasan tentang deviasi antara realisasi kegiatan dengan rencana serta keberhasilan dan kegagalan dalam pencapaian sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan.

Oleh karena itu, dalam pelaksanaan sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintah diperlukan pola pengukuran kinerja yang dimulai dari perencanaan strategik dan berakhir pada pengukuran kinerja atas kegiatan, program, dan kebijakan yang dilakukan dalam rangka pencapaian visi, misi, tujuan, dan sasaran yang telah ditentukan. Dalam rangka melaksanakan akuntabilitas ini, diperlukan pula perhatian dan komitmen menyangkut dari organisasi yang bertanggung jawab dibidang pengawasan dan penilaian akuntabilitas atas laporan akuntabilitas instansi pemerintah.

2.2.2 Kerangka Pengukuran Kinerja.

Dalam kerangka pengukuran kinerja dijelaskan penetapan capaian kinerja, dan formulir pengukuran kinerja yang digunakan untuk mengidentifikasikan indikator

kinerja dan nilai capaiannya sebagai dasar penilaian capaian kinerja, kegiatan atau program dan kebijakan.

1. Penetapan Indikator Kinerja.

   Penetapan indikator kinerja merupakan proses identifikasi dan klasifikasi indikator kinerja melalui sistem pengumpulan dan pengolahan data atau informasi untuk menentukan kinerja, kegiatan atau program dan kebijakan. Penetapan indikator kinerja tersebut didasarkan pada kelompok menurut masukan (*inputs*), keluatan *(outputs)*, hasil *(outcomes)*, manfaat *(benefits)*, dan dampak *(impacts)*. Dengan demikian, indikator tersebut dapat digunakan untuk evaluasi baik dalam tahap perencanaan *(ex-ante)*, tahap pelaksanaan *(ongoing)* ataupun tahapan setelah kegiatan selesai dan berfungsi *(expost)*. Perlu dicatat bahwa untuk indikator kinerja *inputs* dan *outputs* dapat dinilai sebelum kegiatan yang dilakukan selesai. Sedangkan untuk indikator *outcomes, benefits*, dan *impacts* akan diperoleh setelah kegiatan selesai, namun perlu diantisipasi sejak tahap perencanaan.

   Perlu pula diperhatikan bahwa indikator kinerja dapat dikaitkan dengan beberapa kategori pengukuran kinerja seperti kategori teknis atau operasional, kelembagaan, ekonomi, budaya, lingkungan dan atau kombinasi dua atau lebih kategori-kategori tersebut. Oleh karena itu indikator kinerja dapat dinyatakan dalam bentuk unit yang dihasilkan, waktu yang diperlukan, produktifitas, ketaatan, tingkat kesalahan, frekuensi dan sebagainya.

Penetapan indikator kinerja harus didasarkan pada perkiraan yang realistis dengan memperhatikan tujuan dan sasaran yang ditetapkan. Indikator kinerja hendaknya (1) spesifik dan jelas; (2) dapat diukur secara obyektif baik yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif; (3) dapat dicapai, penting dan harus berguna untuk menunjukkan pencapaian keluaran, hasil, manfaat, dan dampak; (4) harus cukup fleksibel dan sensitif terhadap perubahan; dan (5) efektif yaitu dapat dikumpulkan, diolah dan dianalisis datanya secara efisien dan ekonomis.

2. Penetapan Capaian Kerja.

Penetapan capaian kinerja dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai capaian indikator kinerja pelaksanaan kegiatan, program dan kebijakan yang telah ditetapkan oleh suatu instansi pemerintah. Pencapaian indikator kinerja tersebut tidak terlepas dari proses yang merupakan kegiatan mengolah *input* menjadi *output*, atau proses penyusunan kebijakan, program atau kegiatan yang dianggap penting dan berpengaruh terhadap pencapaian sasaran dan tujuan. Misalnya keterkaitan antara tingkat capaian kinerja *output* tertentu dengan proses pencapaian seperti kecepatan dan keakurasian, ketaatan pada peraturan perundang-undangan, dan keterlibatan kelompok target *(beneficiaries atau target group*). Dengan demikian sesungguhnya disamping kelompok indikator menurut *inputs, output, outcomes, benefits, dan impact*. Juga terdapat kelompok indikator *process*.

2.3 Evaluasi Kinerja.

2.3.1 Pengertian evaluasi kinerja

Evaluasi adalah suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan yang ingin diperoleh. (Umar Husein, 2002).

2.3.2 Prosedur evaluasi

Proses suatu evaluasi pada umumnya memiliki tahapan tahapan sendiri, walaupun tidak selalu sama tetapi yang lebih penting adalah bahwa prosesnya sejalan dengan fungsi evaluasi itu sendiri. Berikut tahapan evaluasi yang secara umum digunakan:

a. Menentukan apa yang akan dievaluasi.

   Dalam suatu organisasi, apa saja yang dapat dievaluasi, dapat mengacu pada program kerja organisasi. Biasanya diprioritaskan pada hal hal yang menjadi *key succes factors*-nya.

b. Merancang (*design*) kegiatan evaluasi.

   Sebelum evaluasi dilakukan, tentukan terlebih dahulu *design* evaluasinya agar data apa saja yang diperlukan , tahapan tahapan kerja apa saja yang dilalui, siapa saja yang akan dilibatkan, serta apa saja yang akan dihasilkan.

c. Pengumpulan data

Berdasarkan *design* yang telah disiapkan, pengumpulan data dapat dilakukan secara efektif dan efisien, yaitu sesuai dengan kaidah ilmiah yang berlaku dan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan.

d. Pengolahan dan analisis data

Setelah data terkumpul data tersebut diolah untuk dikelompokkan agar mudah dianalisis dengan menggunakan alat analisis yang sesuai, sehingga dapat menghasilkan fakta yang dapat dipercaya. Selanjutnya, dibandingkan antara fakta dan rencana yang menghasilkan *gap*. Besar *gap* akan disesuaikan dengan pola ukur tertentu sebagai hasil evaluasinya.

e. Pelaporan hasil evaluasi

Agar hasil evaluasi dapat dimanfaatkan bagi pihak yang berkepentingan, hendaknya hasil evaluasi didokumentasikan secara tertulis dan diinformasikan baik secara lisan maupun tulisan.

f. Tindak lanjut hasil evaluasi

Evaluasi merupakan salah satu bagian dari fungsi manajemen. Oleh karena itu, hasil evaluasi hendaknya dimanfaatkan oleh manajemen untuk mengambil keputusan dalam rangka mengatasi masalah manajemen.

2.3.3 Standar yang digunakan

Menurut *committee on standard for educational evaluation* ada tiga aspek utama yang terdapat pada standart untuk evaluasi, yaitu:

a. *Utility* (manfaat)

Hasil evaluasi hendaknya bermanfaat bagi manajemen untuk mengambil keputusan atas program yang sedang berjalan.

b. *Accuracy* (akurat)

Informasi atas hasil evaluasi hendaklah memiliki tingkat ketetapan tinggi.

c. *Feasibility* (layak)

Hendaknya proses evaluasi yang dirancang dapat dilaksanakan secara layak, baik dan benar, tidak hanya dari aspek teknis tetapi juga aspek legal dan etis.

2.3.4 Model evaluasi

Ada beberapa model yang dapat dipakai dalam melakukan evaluasi, salah satunya adalah model UCLA yang dikemukakan oleh Alkin, dimana membagi evaluasi kedalam lima macam yaitu:

a. *System assessment.*

Yaitu evaluasi yang memberikan informasi tentang keadaan atau posisi suatu sistem.

b. *Program planning.*

Yaitu evaluasi yang membantu pemilihan aktifitas dalam program tertentu yang mungkin akan berhasil memenuhi kebutuhannya.

c. *Program implementation.*

Yaitu evaluasi yang menyiapkan informasi apakah program sudah diperkenalkan kepada kelompok tertentu yang tepat seperti yang direncanakan.

d. *Program improvement.*

Yaitu evaluasi yang memberikan informasi tentang bagaimana program berfungsi, bagaimana program bekerja, bagaimana mengantisipasi masalah masalah yang mungkin dapat mengganggu pelaksanaan kegiatan.

e. *Program certification.*

Yaitu evaluasi yang memberikan informasi mengenai nilai atau manfaat program.

2.3.5 Apa yang dievaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standard tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya serta bagaimana tindak lanjut atas perbedaan itu. Jadi, tampak jelas bahwa untuk melakukan evaluasi dibutuhkan tolak ukur tertentu sebagai acuan seperti misalnya yang terdapat pada suatu program kerja.

Evaluasi kinerja dilakukan untuk penilaian atas keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kegiatan, program dan kebijakan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan misi dan visi instansi pemerintah. Evaluasi kinerja mencakup penetapan indikator kinerja dan penetapan capaian indikator kinerja.

Selanjutnya dilakukan dengan cara menghitung nilai capaian kinerja dari pelaksanaan kegiatan, program dan kebijakan yang telah ditetapkan. Kemudian, untuk menilai pertanggung jawaban pencapaian tujuan dan sasaran yang ditetapkan berdasarkan hasil perencanaan strategik masing masing instansi pemerintah, dilakukan pula analisis pencapaian kinerja dengan menginteprctasikan lebih lanjut hasil pengukuran kinerja yang menggambarkan keberhasilan atau kegagalan instansi pemerintah dalam melaksanakan misinya.

2.4 Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)

2.4.1 Pengertian

Penilaian kinerja Puskesmas adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian terhadap kinerja Puskesmas dengan melakukan penilaian sendiri selama satu tahun kalender (Dinkes, 2002).

2.4.2 Tujuan PKP

1. Tercapainya tingkat kinerja Puskesmas yang berkualitas secara optimal dalam rangka mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan tingkat kabupaten atau kota.
2. Mendapatkan gambaran pencapaian hasil kegiatan dan mutu pelayanan Puskesmas.
3. Mendapatkan gambaran manajemen yang dilakukan Puskesmas.

4. Sebagai informasi bahan analisis kinerja Puskesmas dalam rangka mencari permasalahan dan pemecahannya sebagai bahan masukan untuk perencanaan tahun yang akan datang bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota.

2.4.3 Manfaat PKP

Penilaian kinerja Puskesmas yang dilaksanakan oleh Puskesmas mempunyai beberapa manfaat sebagai berikut:

1. Sebagai instrument mawas diri Puskesmas, dimana Puskesmas menilai sendiri apa yang telah dicapai dan memperbaiki atau meningkatkan untuk masa yang akan datang.
2. Sebagai bahan untuk mengidentifikasi dan menganalisis masalah Puskesmas, mencari penyebab dan pemecahannya serta hambatan yang terjadi diwilayah kerja Puskesmas.
3. Untuk menentukan tingkat urgensi suatu kegiatan yang dilaksanakan berdasarkan prioritas yang ada baik oleh Puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota.
4. Untuk menetapkan dan mendukung kebutuhan sumber daya Puskesmas dan menentukan tingkat urgensi pembinaan untuk masing masing Puskesmas.

2.4.4 Ruang lingkup PKP

Ruang lingkup dari penilaian kinerja Puskesmas meliputi penilaian pencapaian hasil cakupan serta mutu pelayanan dari kegiatan pokok Puskesmas, kegiatan manajemen Puskesmas, dan kegiatan pengembangan dalam rangka menerapkan ketiga fungsi Puskesmas yang diselenggarakan melalui pendekatan kesehatan masyarakat dengan mengacu pada kebijakan dan strategi untuk mewujudkan visi Indonesia Sehat 2010.

Sesuai dengan UU No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan di Daerah, maka daerah kabupaten atau kota dapat menetapkan dan mengembangkan jenis program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang sudah diukur dengan kemampuan sumberdaya termasuk ketersediaan dan kompetensi tenaga pelaksananya, dengan tetap memperhatikan arahan dan kebijakan tingkat pusat dan tingkat propinsi, yang dilandasi oleh kepentingan daerah, nasional, regional maupun konsensus global.

Diantara Puskesmas mungkin dapat ditunjuk untuk mengembangkan suatu kegiatan upaya kesehatan pengembangan tertentu yang mungkin saat itu belum dilaksanakan secara menyeluruh di semua Puskesmas. Dalam pengembangan kegiatan tersebut hasil kegiatan yang dilakukan Puskesmas merupakan nilai tambah dalam penilaian kinerja yang harus diperhitungkan.

Upaya kesehatan pengembangan dapat dijadikan kegiatan utama bila kegiatan tersebut merupakan kebutuhan daerah yang telah didukung dengan kemampuan sumberdaya di daerah yang bersangkutan dan memungkinkan dikembangkan secara lebih luas di seluruh Puskesmas dalam suatu wilayah kabupaten atau kota, sehingga

pencapaian hasil dari kegiatan tersebut sudah harus diperhitungkan untuk seluruh Puskesmas.

Dengan pendekatan demikian maka penilaian atas keberhasilan pelaksanaan kegiatan Puskesmas dilakukan terhadap semua program pokok Puskesmas, program manajemen dan program inovasi, dimana di dalam masing masing program terdapat beberapa kegiatan. Apabila di suatu Puskesmas mengerjakan suatu program pengembangan tertentu tetapi belum dilaksanakan di seluruh kabupaten atau kota, sedangkan program tersebut mempunyai arti yang tinggi dalam pembangunan kesehatan masyarakat, maka dinas kesehatan kabupaten atau kota berkewajiban mengembangkan program tersebut untuk dikerjakan di seluruh Puskesmas di kabupaten atau kota dengan mencukupi semua sarana dan kebutuhan untuk menjalankan program tersebut melalui pemerintah daerah.

Secara garis besar lingkup Penilaian Kinerja Puskesmas tersebut akan didasarkan pada berbagai upaya Puskesmas yang meliputi:

1. Upaya Pelayanan Kesehatan Dasar sesuai dengan perencanaan rasional yang telah disusun bersama di tingkat Kabupaten atau Kota.
2. Pengembangan dan Pembangunan Kesehatan antara lain melalui implementasi pendekatan baru (inovasi) upaya kesehatan dasar dan upaya pemberdayaan masyarakat.
3. Manajemen Puskesmas dalam menunjang pelaksanaan fungsinya, meliputi manajemen operasional dan manajemen sumberdaya serta maanjemen proses pengembangan mutu pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Sedangkan mutu dalam pelayanan kesehatan ditentukan oleh:

1. Proses pelayanan medis dan non medis yang diukur kepatuhannya terhadap standart pelayanan.
2. *Out come* baik dalam aspek teknis maupn non tehnis yaitu aspek personal dari petugas dan pasien yang dilayani.

2.4.5 Pelaksanaan PKP

2.4.5.1 Tahap Pelaksanaan PKP

Pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas ada dua tahap yaitu:

1. Pra Penilaian.
   a. Pengumpulan data hasil kegiatan.
      1) Pengumpulan data hasil pencapaian kegiatan dilakukan oleh Puskesmas.
      2) Tahun kegiatan yang diperhitungkan adalah hasil kegiatan bulan.
      3) Januari sampai denga Desember tahun sebelumnya.
      4) Data dapat diperoleh dari register dan catatan lain yang berlaku di Puskesmas tidak terbatas dari laporan SP2TP saja.
   b. Pengolahan data.
      1) Hasil cakupan (*out put*) dan hasil mutu (*out come*) dari kegiatan yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan di Puskesmas dihitung dengan membandingkan hasil tersebut dengan target standart yang disepakati.
      2) Penilaian akhir tingkat kelompok variabel diperhitungkan dengan bobot masing-masing variabel sebagai berikut:

Tabel 2.1 Program Puskesmas

No	Uraian	Target Pencapaian	
		Angka	Persen
I	PROGRAM POKOK		
	1. Promosi Kesehatan.	900	100
	2. Upaya Penyehatan Lingkungan.	700	100
	3. Upaya Perbaikan Gizi.	800	100
	4. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak.	1300	100
	5. Keluarga Berencana.	500	100
	6. Pemberantasan Penyakit Menular.	1000	100
	7. Pengobatan.	800	100
II	PROGRAM PENGEMBANGAN		
	1. Upaya Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja.	200	100
	2. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut	200	100
	3. Upaya Pemberantasan Penyakit Menular.	50	100
	4. Upaya Perbaikan Gizi	100	100
	5. Upaya Penyehatan Lingkungan	50	100
	6. Upaya Pelayanan Rawat Inap	200	100
	7. Laboratorium	50	100
	8. Upaya Kesehatan Usila	100	100
	9. Upaya Kesehatan Olah Raga	50	100
	10. Pemberdayaan Masyarakat	300	100
	11. Pemeriksaan Penunjang	50	100
	12. Upaya Kesehatan Kerja	50	100
	13. Upaya Kesehatan Jiwa	100	100
	14. Upaya Kesehatan Indera	50	100
	15. Upaya Kesehatan Mata	100	100
	16. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan.	350	100

Sumber: Dinas kesehatan Kab. Pasuruan

c. Analisis hasil dan langkah pemecahan.

1) Mengidentifikasi masalah, kendala atau hambatan dan penyebab serta latar belakangnya dengan cara mengisi dalam formulir analisis data dengan mencantumkan kesenjangan hasil kegiatan lainnya yang terkait, input sumber daya pendukungnya, lingkungan sosial dan fisik yang mempengaruhi serta pelaksanaannya.

2) Mencari alternatif dalam upaya penanggulangan atau pemecahan masalahnya.

3) Merumuskan langkah pemecahan masalah dengan memperhatikan arahan dan rencana pengembangan wilayah kabupaten atau kota.

4) Merumuskan bentuk rencana usulan kegiatan tahun depan, sebagai bagian dari kegiatan perencanaan Puskesmas.

2. Pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas

a. Di Tingkat Puskesmas.

1) Penilaian dilakukan oleh Puskesmas sendiri dalam rangka mawas diri mengukur keberhasilan kinerjanya.

2) Masing masing penanggung jawab kegiatan melakukan pengumpulan data pencapaian dengan memperhitungkan cakupan hasil (*out put*) kegiatan dan hasil mutunya (*out come*) bila hal tersebut memungkinkan. Membentuk tim kecil Puskesmas untuk melakukan komplikasi hasil pencapaian.

3) Hasil yang telah dicapai dilakukan analisis masalah, identifikasi masalah, mencari penyebab dan latar belakang mengenali faktor pendukung dan penghambat.

4) Tim kecil Puskesmas menyusun rencana pemecahannya dengan mempertimbangkan ancaman ataupun peluang dengan metode analisis sederhana maupun dengan data yang ada.

5) Hasil perhitungan, analisis data dan usulan rencana pemecahannya dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota.

b. Penilaian Tingkat Kabupaten atau Kota.

Langkah kegiatan yang dilakukan di tingkat kabupaten atau kota:

1) Menerima rujukan konsultasi dari Puskesmas dalam melakukan perhitungan, analisis data dan pemecahan masalah.

2) Melaksanakan pembinaan sepanjang tahun berdasarkan prioritas permasalahan yang ada di Puskesmas.

3) Setelah menerima laporan hasil penilaian dari Puskesmas maka dilakukan verifikasi ke Puskesmas.

4) Memberikan umpan balik ke Puskesmas.

5) Verifikasi terhadap perencanaan yang diajukan Puskesmas berdasarkan kesepakatan bersama dengan Puskesmas.

2.4.5.2 Waktu Pelaksanaan

Tabel 2.2 Tahapan Dan Waktu Pelaksanaan

	Tahap	Kegiatan	Waktu
A 1	Tingkat Puskesmas Pra penilaian kinerja	Pemantauan hasil kegiatan & mini lokakarya.	Januari sampai Desember Tahun lalu.
2	Pelaksanaan penilaian kinerja.	a. Pengumpulan & pengolahan data. b. Konsultasi ke Dinkes. c. Laporan hasil penilaian. d. Menerima umpan balik. e. Penyajian hasil.	Januari tahun berjalan Februari s/d Maret tahun berjalan
3	Pasca penilaian kinerja.	Analisis masalah sampai tersusunnya perencanaan tingkat Puskesmas.	Minggu IV Maret tahun berjalan April sampai Mei tahun berjalan
B 1	Tingkat Kabupaten Pra penilaian kinerja.	Pemantauan hasil kegiatan dan pelaksanaan pembinaan dalam rangka mendorong pencapaian cakupan hasil kegiatan Puskesmas secara periodik.	Januari sampai Desember tahun lalu
2	Pelaksanaan penilaian kinerja	a. Konsultasi dari Puskesmas. b. Terima laporan dari Puskesmas. c. Verifikasi ke Puskesmas. d. Memberi umpan balik. e. Penyajian hasil akhir semua Puskesmas.	Januari sampai Februari tahun berjalan Februari Maret April sampai Mei
3	Pasca penilaian kinerja.	Analisis masalah sampai tersusunnya perencanaan dinas	Mei sampai Juni

Sumber: Dinas kesehatan kab. Pasuruan

2.4.5.3 Pembatasan Penilaian

Jenis kegiatan Puskesmas pada pedoman umum penilaian kinerja Puskesmas ini merupakan jenis kegiatan dari pada standar pelayanan minimal suatu Puskesmas di era desentrilisasi dalam bentuk daftar menu yang dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan sumberdaya setempat. Hasilnya dinilai berdasarkan rencana yang telah disusun sebelumnya. Di dalam pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas, kegiatan yang dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas, baik di dalam maupun di luar gedung. Hasil kegiatan Puskesmas yang dilakukan tenaga Puskesmas di luar wilayah kerja Puskesmas tidak diperhitungkan.

Untuk beberapa jenis kegiatan tertentu Puskesmas mungkin mendapat bantuan teknologi ataupun tenaga dari Puskesmas lain atau tingkat kabupaten atau kota (misalnya dalam situasi emergensi, kejadian luar biasa atau KLB, pelayanan kesehatan di daerah terpencil, perbatasan) maka peran perbantuan dapat diabaikan sehingga hasilnya dapat diperhitungkan sebagai hasil kegiatan Puskesmas. Sedangkan situasi atau kondisi tertentu (bencana alam, gangguan kamtibnas), maka hasil kegiatan diperhitungkan secara proporsional sesuai yang dikerjakan oleh Puskesmas .

2.4.5.4 Pedoman pengumpulan dan pengolahan data

Pengolahan data merupakan proses kegiatan yang merubah data menjadi informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk mengambil kesimpulan dan keputusan. Untuk itu diperlukan langkah pengolahan data yang meliputi:

A. Petunjuk umum

1. Target Puskesmas (target sasaran).

   Merupakan tolak ukur yang merupakan angka nominal atau persentase yang akan dicapai Puskesmas pada akhir tahun. Penetapan besar target setiap kegiatan yang akan dicapai masing masing Puskesmas sifatnya spesifik dan merupakan hasil kesepakatan antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas pada awal perencanaan kegiatan Puskesmas yang bersangkutan. Untuk kegiatan yang merupakan komitmen global atau nasional, maka target nasional perlu dijabarkan kedalam target propinsi atau kabupaten atau kota atau Puskesmas secara tepat.

2. Penetapan target Puskesmas memperhitungkan:

   a. Besarnya masalah yang dihadapi dimasing masing daerah atau Puskesmas.
   b. Keberhasilan tahun lalu dalam menangani masalah yang bersangkutan.
   c. Kendala kendala maupun masalah dalam dalam penanganannya.
   d. Ketersediaan sumberdaya termasuk tenaga pada tahun yang akan datang.
   e. Lingkungan fisik (faktor kesulitan geografis, iklim, transportasi, dan lain-lain) dan non fisik (sosial budaya, tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat dan lain-lain).
   f. Sasaran Puskesmas yang sebenarnya, Puskesmas tidak dibebani untuk target sasaran, misalnya kelompok elit, kelompok masyarakat yang tidak mungkin dijangkau karena kendala geografis atau transportasi.

Data sasaran nyata dapat diperoleh dari survei yang dilakukan oleh Puskesmas maka diharapkan. Puskesmas merencanakan kegiatan pendataan sasaran secara periodik dalam perencanaan tingkat Puskesmas.

B. Pengumpulan data

1. Cara pengumpulan data.

Pengumpulan data dilakukan oleh Puskesmas pada awal Januari tahun berjalan, sedang data yang dikumpulkan adalah hasil kegiatan tahun sebelumnya dengan cara:

a. Mencari data pencapaian hasil kegiatan dan mutu pelayanan kesehatan.
b. Meneliti keberadaan data.
c. Melakukan tabuasi dan kompikasi data.
d. Mengisikan kolom kolom format perhitungan secara benar.

Proses pengumpulan data dilakukan masing-masing penanggung jawab kegiatan di Puskesmas dengan mendapat bimbingan Kepala Puskesmas. Data yang dikumpulkan harus benar, secara lengkap dan valid. Pengumpulan data dilakukan secara rutin dan selalu dibahas dalam forum lokakarya mini bulanan Puskesmas maupun lintas sektor. Pengumpulan data sebagai bahan verifikasi data dan pembinaan oleh Dinas Kesehatan dilaksanakan penanggung jawab program melalui Sistim Pencatatana dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) dan data lain dari Puskesmas yang berlaku.

2. Jenis data yang dikumpulkan

Data yang dikumpulkan adalah hasil kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas yang terdiri atas:

a. Data pencapaian hasil kegiatan dan mutu pelayanan Puskesmas (program pokok dan program inovatif yang dilaksanakan oleh Puskesmas).
b. Data tentang manajemen Puskesmas.
c. Data sumber daya yang dimiliki Puskesmas.
d. Data lingkungan Puskesmas yang mempengaruhi kinerja Puskesmas termasuk data umum mengenai wilayah kerja Puskesmas.

Data suatu kondisi atau keadaan dimasyarakat yang tidak sepenuhnya peran Puskesmas menentukan keberhasilannya, tidak diperhitungkan dalam penilaian Kinerja Puskesmas misalnya:

a. Ketersediaan sarana air bersih dan jumlah pemakai air bersih.
b. Sumberdaya yang tersedia di Puskesmas.
c. Kondisi lingkungan fisik non fisik (sosial, dll).

3. Sumber data.

Sumber data adalah data tahun sebelumnya meliputi:

a. Catatan hasil kegiatan Puskesmas termasuk register.
b. Catatan pelaksanaan manajemen.
c. Informasi wilayah kerja Puskesmas.

Sumber data bukan dari laporan yang dikirimkan Puskesmas ke Dinas Kesehatan. Sedangkan untuk kepentingan verifikasi penilaian kinerja oleh

Dinas Kesehatan digunakan laporan hasil kinerja Puskesmas, laporan SP2TP, laporan lain yang berkaitan dan supervisi langsung ke Puskesmas.

C. Pengolahan data.

Kegiatan pengolahan data merupakan kelanjutan dari pengumpulan data, dimana data yang terkumpul dimasukkan kedalam format pengolahan data yang tersedia:

1. Meneliti kelengkapan dan kebenaran data yang dikumpulkan (*cleaning* dan *editing*).
2. Kegiatan penghitungan khususnya untuk mendapatkan nilai hasil pencapaian tiap kegiatan atau upaya pelayanan yang dilakukan Puskesmas (*calculating*).
3. Kegiatan memasukkan data kedalam format sehingga dapat dilakukan tabulasi yang akan menjadi suatu informasi yang berguna dalam pengambilan kesimpulan dan keputusan (*tabulating*).

Pelaksanaan pengolahan data di Puskesmas dilakukan oleh Kepala Puskesmas bersama tim penanggung jawab masing-masing program. Sedangkan ditingkat kabupaten atau kota dilakukan tim yang ditugaskan Kepala Dinas, hasil pengolahan dari kabupaten atau kota diumpanbalikkan ke Puskesmas.

D. Waktu pengolahan data

Pengolahan data dilakukan:

1. Di Puskesmas pada bulan Januari tahun berjalan, dilakukan oleh Kepala Puskesmas bersama staf penanggung jawab masing-masing program.

2. Hasil penilaian sendiri oleh Puskesmas diserahkan ke Dinas Kesehatan pada akhir bulan Januari.
3. Dinas kesehatan menerima laporan hasil penilaian kinerja Puskesmas pada awal bulan Februari.
4. Pembinaan dan verifikasi oleh Dinas Kesehatan ke Puskesmas dan Puskesmas melakukan identifikasi permasalahan dari hasil penilaianyang dilakukan.
5. Penyampaian umpan balik oleh Dinas Kesehatn kepada Puskesmas bulan Maret, selanjutnya Puskesmas melakukan analisis permasalahan yang teridentifikasi dan mencari solusinya.
6. Puskesmas menyusun perencanaan tingkat puskesmas berdasarkan prioritas selanjutnya menyerahkan perencanaan tingkat Puskesmas ke Dinas Kesehatan untuk diajukan kebutuhan anggarannya.

E. Metode pengolahan data

Untuk perhitungan penilaian kinerja Puskesmas ini sebaiknya proses pengolahan data sudah dimulai sejak awal Agustus pada saat data dikumpulkan. Untuk menghitung hasil cakupan, maka angka target (T) yang disepakati merupakan denominator terhadap hasil realisasi kegiatan (n). Dalam proses untuk mendapatkan informasi tentang hasil dengan menghitung n/T x 100%.

2.4.5.5 Cara Menghitung kinerja Puskesmas

Kinerja Puskesmas dapat dihitung dengan cara:

1. Nilai hasil realisasi tiap sub atau sub sub variabel kegiatan yang dilakukan Puskesmas menghitung realisasi hasil kegiatan tiap sub atau sub sub variabel dengan rumus n%, selanjutnya hasil perhitungan dikalikan bobot dari masing masing sub atau sub sub variabel (n% x bobot).
2. Nilai akhir tiap upaya pelayanan atau variabel dilakukan dengan menjumlah nilai hasil realisasi tiap sub atau sub sub variabel . Nilai ini merupaka hasil pencapaian upaya pelayanan atau variabel.
3. Nilai kinerja tiap upaya pelayanan atau variabel (h).

   Dilakukan dengan membagi hasil nilai upaya pelayanan atau variabel dengan 1000 dikalikan dengan proporsi variabel (h/1000 x proporsi variabel).
4. Nilai akhir kinerja Puskesmas (K).

   Jumlah setiap variabel dari semua program pokok (KP), manajemen (KM) dan program inovatif (KI) yang dilaksanakan dalam lembaran rekapitulasi dibagi 10000 selanjutnya dikalikan 100% $\left(K = \frac{(kp + km + ki)}{10.000} \times 100\%\right)$
5. Kategori Penilaian.

   Baik apabila hasil pencapaian $\geq$ 75 %.

   Sedang apabila hasil pencapaian 60-74,99 %.

   Kurang apabila hasil pencapaian $\leq$ 59,99 %.

2.4.5.6 Penyajian dan Analisis Data

A. Penyajian hasil kegiatan

Hasil pencapaian kinerja Puskesmas dapat disajikan dengan berbagai penampilan:

1. Bagan *gant chart*
2. Grafik sarang laba laba
3. *Pie chart*

Yang penting mudah melihat pencapaian dan memberikan gambaran kepada masing masing penanggung jawab dan pelaksana di Puskesmas tentang pencapaian yang telah dilakukan serta memacu untuk peningkatan kinerja dimasa yang akan datang.

B. Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan untuk mengambil kesimpulan dari data yang sudah diolah, yang selanjutnya akan menjadi bahan pertimbangan atau masukan bagi perencanaan atau tindak lanjut lain yang diperlukan Puskesmas atau dari analisis data tersebut akan menjadi informasi untuk menentukan permasalahan yang ada di Puskesmas dalam rangka membuat perencanaan tahun berikutnya.

2.4.5.7 Langkah langkah merumuskan masalah

1. Identifikasi masalah.

a. Dapat diperoleh dari hasil penilaian kinerja Puskesmas.

b. Masing masing penanggung jawab memberikan masukan (*Brain storming*).

c. Daftar identifikasi kesenjangan pencapaian sub atau sub sub variabel.

d. Merumuskan masalah dengan memperhatikan 4 W, 1 H.

2. Menentukan prioritas.

Beberapa tehnik untuk melakukan kegiatan ini, antara lain:

a. *Multiple criteria utility assessment.*

b. CARL.

c. USG.

3. Mencari faktor penyebab masalah.

a. Membuat *flow chart* pelayanan.

b. Mencari akar penyebab masalah, tehnik yang dapat digunakan: *ishikawa* atau *modified ishikawa, pareto*, dll.

c. Menetukan penyebab masalah yang paling mungkin.

4. Mencari pemecahan masalah.

a. Dari penyebab masalah yang paling mungkin dicari alternatif yang paling mungkin dikerjakan oleh Puskesmas, dengan mempertimbangkan tenaga, dana, waktu pelaksanaan, dan lain lain yang dimiliki Puskesmas.

b. Menentukan pemecahan masalah yang terpilih.

5. Menyusun penerapan kegiatan.

2.4.5.8 Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)

Penyusunan perencanaan tingkat Puskesmas merupakan tindak lanjut dari penilaian kinerja Puskesmas.

1. Pengertian PTP

   Perencanaan tingkat Puskesmas (PTP) adalah suatu proses kegiatan yang sistematis untuk menyusun kegiatan yang akan dilaksanakan oleh Puskesmas pada tahun berikutnya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan (Supriyanto, 1999).

2. Tujuan PTP

   a. Umum

      Meningkatkan kemampuan manajemen Puskesmas dalam mengelola kegiatan dalam upaya peningkatan fungsi Puskesmas sebagai pusat pengembangan pembinaan dan pelaksanaan upaya kesehatan di wilayah kerjanya.

   b. Khusus

      Dapat disusunnya rencana usulan kegiatan dan rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas yang akan dilaksanakan tahun berikutnya dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan diwilayah kerjanya.

3. Ruang lingkup PTP

   Perencanaan kegiatan meliputi semua kegiatan yang tercakup dalam upaya kesehatan pokok Puskesmas. Kegiatan yang diusulkan termasuk kegiatan diluar gedung Puskesmas dengan tetap mempertimbangkan sumber daya yang ada.

Tahapan dan langkah langkah perencanaan tingkat Puskesmas

Pada prinsipnya PTP dilaksanakan dalam empat tahap yaitu:

a. Tahap persiapan

Tahap persiapan adalah membentuk tim perencanaan tingkat Puskesmas, menyiapkan informasi situasi program (kegiatan, hasil, bahan lain yang diperlukan) serta informasi kebijakan kesehatan yang diperlukan dalam perencanaan

Bahan yang dibutuhkan dalam tahap persiapan:

1) Pedoman kerja Puskesmas kesatu cetakan 1998.
2) Hasil perencanaan tingkat Puskesmas.
3) Hasil lokakarya mini Puskesmas.
4) Hasil kegiatan tahun lalu (Januari sampai Desember).
5) Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas.
6) Petunjuk perencanaan lain misalnya dari Dinas Kesehatan Tingkat II (penekanan prioritas program).
7) Format daftar usulan kegiatan (DUK).

b. Tahap analisis situasi.

Tahap analisis situasi adalah untuk memahami permasalahan operasional Puskesmas yang perlu ditanggulangi, kegiatan tahap ini adalah pengidentifikasi masalah, penamaan dan penetapan prioritas masalah.

c. Tahap penyusunan usulan kegiatan.

Tahap penyusunan adalah tersusunnya rencana dan prioritas rencana penyelesaian masalah. Langkah-langkah menyusun usulan kegiatan adalah sebagai berikut:

1) Analis masalah dan pemecahannya.
   a) Identifikasi masalah.
   b) Menentukan prioritas masalah.
   c) Merumuskan masalah.
   d) Mencari penyebab masalah.
   e) Menentukan penyebab paling mungkin.
   f) Mencari alternatif pemecahan masalah.
   g) Menetapkan pemecahan masalah.
2) Penyusunan usulan kegiatan.
   a) Menyusun kegiatan tahun yang akan datang.
   b) Menyusun kebutuhan sumber daya.
   c) Merekap usulan kegiatan dan sumber daya yang dibutuhkan dalam format RUK Puskesmas.
3) Penyusunan perencanaan kegiatan (RPK).
   a) Menyusun jadwal kegiatan.
   b) Menganalisis hambatan potensial.

d. Tahap penyusunan pelaksanaan kegiatan.

2.4.5.9 Pelaksanaan Penggerakan Kegiatan

Setelah penyusunan perencanaan, Puskesmas melakukan pelaksanaan kegiatan.

1. Pengertian.

   Pelaksanaan penggerakan kegiatan adalah penggalangan kerjasama tim dengan melakukan pemantauan kegiatan dan melaksanakan koordinasi lintas program tiap bulan dan koordinasi lintas sektor tiap tiga bulan (Supriyanto, 1999).

2. Tujuan.

   Agar rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) di Puskesmas dapat terlaksana sesuai dengan apa yang diharapkan dan tepat waktu, serta dikerjakan secara lintas program melalui tim kerja di Puskesmas.

3. Ruang lingkup.

   Penggalangan tim adalah koordinasi bulanan di internal Puskesmas dan koordinasi tri bulan yang merupakan pertemuan lintas sektoral.

4. Maksud koordinasi.

   Koordinasi adalah proses komunikasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi kegiatan pada unit kerja Puskesmas dengan mekanisme kerjasama tim agar tujuan Puskesmas dapat tercapai secara efektif dan efisien.

2.4.10 Penilaian Kegitan Puskesmas

1. Pengertian

   Penilaian atau evaluasi kegiatan adalah prosedur atau cara membandingkan informasi tentang pelaksanaan kegiatan suatu program atau hasil keja program kegiatan program dengan suatu kriteria yang telah ditetapkan (Supriyanto, 1999).

2. Macam penilaian

   a. Penilaian formatif adalah suatu evaluasi yang dilakukan pada saat pelaksanaan program dengan tujuan untuk mengubah atau memperbaiaki program. Penilaian ini lebih dikenal dengan pengawasan dan pengendalian (wasdal).

   b. Penilaian sumatif adalah duatu evaluasi yang dilakukan untuk melihat hasil keseluruhan suatu kegiatan atau program.

3. Tujuan

   Sebagai alat untuk memperbaiki perencanaan yang didalamnya termasuk sumberdaya Puskesmas, pelaksanaan suatu program, juga untuk mengetahui hambatan dan penunjang keberhasilan suatu program.

2.5 Prosedur Penyusunan Rencana Kebutuhan SDM Kesehatan

2.5.1 Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan di Tingkat Institusi

Menurut Depkes tahun 2004 perencanaan kebutuhan SDM kesehatan ditingkat institusi ini bisa dihitung dengan menggunakan metode daftar susunan pegawai (DSP) (*Authorized Staffing List*), atau WISN (*Work Load Indikator Staff Need*).

2.5.1.1 Prosedur penghitungan kebutuhan SDM berdasarkan SDM kesehatan dengan menggunakan metode daftar susunan pegawai (DSP) (*Authorized Staffing List*).

Metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan DSP ini bisa digunakan di berbagai unit kerja seperti Puskesmas, rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya. Cara menghitung kebutuhan tenaga dengan DSP adalah menghitung produktivitas Puskesmas secara kolektif dengan menggunakan rumus (Depkes, 2004):

$$S = \frac{O}{300 \times N}$$

Keterangan:

S : Dayaguna staf/hari, minimal 5.

N : Jumlah staf

O : Out put Puskesmas (kunjungan Puskesmas)

Apabila S < 5 maka dua alternatif yang perlu ditempuh:

1. Memindahkan tenaga yang berlebihan.
2. Meningkatkan out put Puskesmas.

Bagi Puskesmas yang jumlah kunjungannya tinggi, tetapi jumlah tenaganya lebih kecil dibandingkan dengan jumlah tenaga yang ada maka apabila tidak dapat diangkat sebagai PNS daerah, dapat diatasi kekurangan tenaganya dengan sistim kontrak yang dananya berasal dari Pemda setempat atau oleh lembaga lainnya.

Menghitung kebutuhan SDM dapat juga dilaksanakan dengan mempergunakan *time study* untuk menghitung kapasitas kerja maupun uraian tugas staf Puskesmas.

Kebutuhan tenaga dapat dihitung dengan rumus:

$$n = \frac{N \times K}{T}$$

Keterangan :

n : Jumlah SDM yang dibutuhkan

N : Jumlah beban kerja

K : Kapasitas kerja/menit

T : Jumlah kerja per hari = 360 menit = 6 x 60 menit.

2.5.1.2 Prosedur perhitungan kebutuhan SDM kesehatan dengan menggunakan metode WISN (*Work Load Indikator Staff Need* atau kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan indikator beban kerja)

Metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM kesehatan pada tiap unit kerja difasilitas pelayanan kesehatan. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realitis.

Adapun langkah peerhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah yaitu:

1. Menetapkan waktu kerja tersedia.
2. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM.

3. Menyusun standar beban kerja.
4. Menyusun standar kelonggaran.
5. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja.

Pada dasarnya metode WISN ini dapat digunakan dirumah sakit, Puskesmas dan sarana kesehatan lainnya, atau bahkan dapat digunakan untuk kebutuhan tenaga di kantor Dinas Keschatan.

2.5.1.3 Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk bencana

Bencana biasanya terjadi secara tidak terduga dan dapat mengakibatkan jatuhnya korban dalam jumlah besar, diikuti dengan rusaknya infra struktur. Pada banyak kejadian bencana diikuti dengan terjadi pengungsian penduduk. Pada kejadian bencana diperlukan ada tindakan pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat untuk mengurangi jumlah korban.

Oleh karena itu kebutuhan SDM untuk penanggulangan masalah kesehatan di daerah bencana memperhatikan hal hal sebagai berikut:

1. Waktu untuk bereaksi yang singkat untuk memberikan pertolongan.
2. Kecepatan dan ketepatan dalam bertindak untuk mengupayakan pertolongan terhadap korban bencana sehingga jumlah korban dapat diminimalkan.
3. Kondisi penduduk di daerah bencana (geografi, populasi, ekonomi, sosbud dan sebagainya).
4. Ketersediaan fasilitas kesehatan.
5. Kemampuan sumber daya setempat.

Pada penelitian ini yang digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga Puskesmas adalah daftar susunan pegawai (DSP)

2.6 *Focus Gorup Discussion* (FGD)

2.6.1 Pengertian

Focus Gorup Discussion (FGD) atau diskusi kelompok terarah merupakan sarana untuk melakukan sosialisasi hasil analisis data. Pelaksanaannya merupakan satu bentuk diskusi kelompok yang dihadiri oleh kurang lebih 6-12 orang peserta dan satu orang moderator, dimana kelompok tersebut membicarakan satu topik tertentu secara bebas dan spontan.

FGD merupakan metode kualitatif dimana tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi tentang konsep, persepsi, dan ide dari kelompok yang berdiskusi tersebut. Aktivitas FGD bukan sekedar tanya jawab saja melainkan ada proses pngembangan ide dari butir pertanyaan yang diajukan. Umumnya FGD dipandu oleh seorang moderator selama proses pelaksanaannya sehingga diskusi tetap terarah dan tidak menyimpang dari topik yang telah ditentukan. Teknik FGD sering digunakan oleh para pengambil keputusan untuk mendukung pendapat pencatat keputusan karena relatif murah dan cepat dibandingkan metode kualitatif lainnya (Qomarudin,1998).

2.6.2 Teknik Pengelolaan FGD

Teknik yang dapat digunakan pada saat pelaksaan FGD perlu diketahui agar jawaban yang diperoleh lebih maksimal. Teknik pelaksanaan FGD antara lain adalah sebagai berikut:

a. Klasifikasi atau elaborasi, yaitu setelah peserta menjawab pertanyaan maka moderator atau fasilitator diharapkan mengulangi jawaban dalam bentuk pertanyaan untuk mendapatkan jawaban lebih lanjut.
b. Reorientasi, yaitu fasilitator menggunakan jawaban dari seorang peserta untuk ditanyakan kepada peserta lain. Hal ini dimaksudkan agar FGD lebih hidup dan menarik.
c. Usahakan agar ahli atau orang lain yang berpengaruh tidak hadir. Hal ini dimaksudkan agar kebebasan peserta untuk mengeluarkan pendapat tidak dibatasi oleh pengaruh yang dimiliki oleh orang atau ahli tersebut.
d. Fasilitator berusaha mengontrol pelaksanaan diskusi agar tidak ada peserta yang dominan atau mungkin peserta yang diam. Diharapkan semua peserta yang hadir turut berpartisipasi aktif menjawab pertanyaan.
e. Penggunaan alat bantu atau foto diperbolehkan untuk membantu penjelasan topik yang dibicarakan (Qomaruddin, 1998).

2.6.3 Tata Cara Pelaksanaan Fokus Grup Diskusi

1. Pengaturan tempat duduk yang sedemikian rupa sehingga peserta diharapkan mengeluarkan pendapat dan saling mendengar dengan peserta lain dan moderator.
2. Tempat pelaksanaan FGD seharusnya netral, artinya FGD tidak dilakukan ditempat dimana menjadi area penelitian.
3. Adanya notulen atau pencatat yang bertindak sebagai pengamat selama berlangsungnya FGD dan sekaligus mencatat hasil diskusi.
4. Tersedianya alat bantu diskusi.

2.6.4 Keuntungan FGD

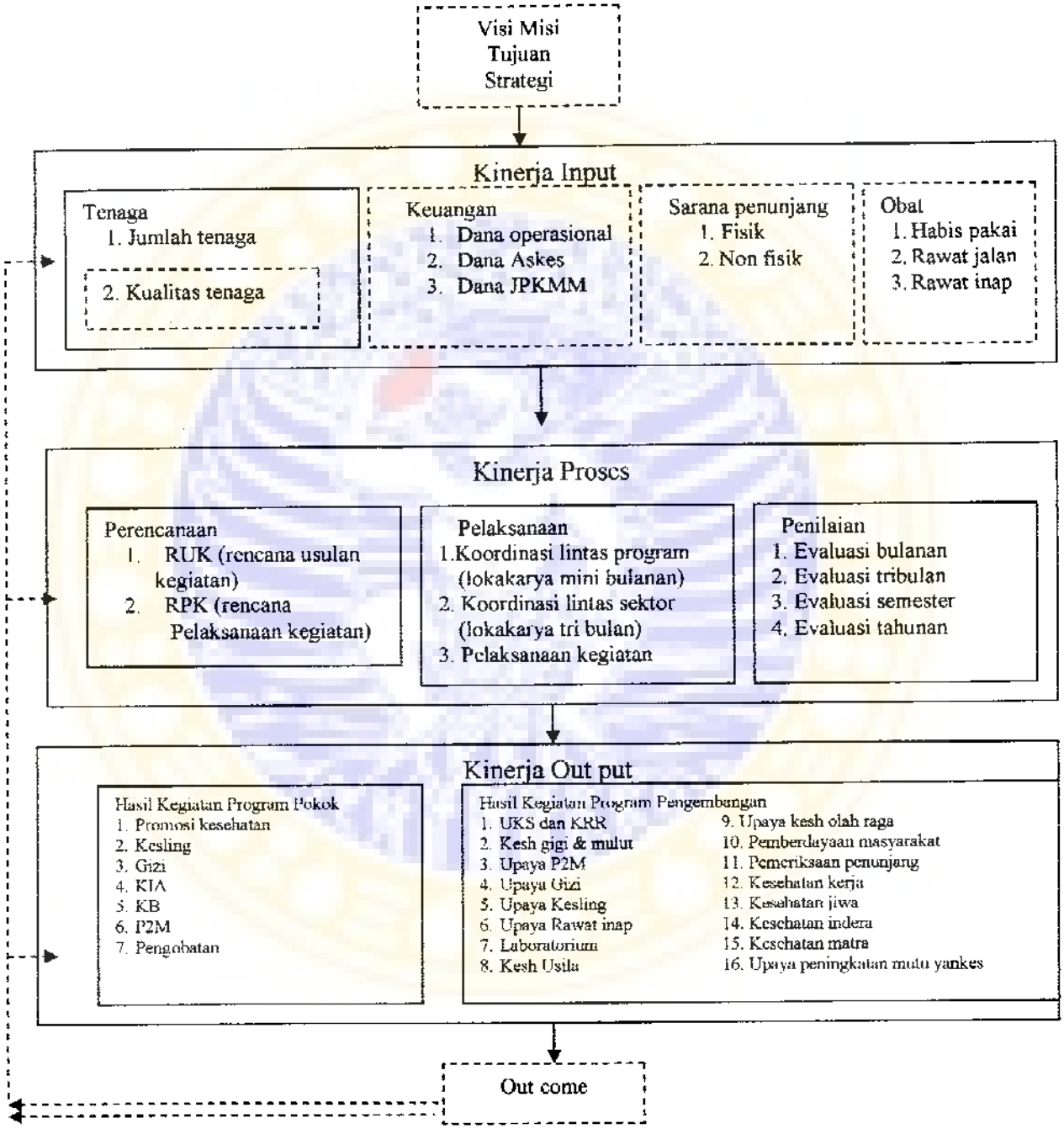
1. Menghasilkan informasi, ide atau saran yang lebih luas (*sinergisme*).
2. Dapat memacu peserta untuk memberikan ide baru setelah mendengar komentar dari peserta yang lain (*snowballing*).
3. Mendorong partisipasi peserta dalam memberikan masukan (*stimulation*).
4. Individu peserta merasa aman dan bebas mengutarakan pikiran dan perasaan (*security*).
5. Individu peserta tidak harus menjawab setiap pertanyaan dan diharapkan jawaban yang lebih berarti dan dilakukan secara spontan.

2.6.5 Kerugian FGD

1. Membutuhkan seorang moderator yang cakap dalam memimpin diskusi.
2. Kesulitan menginterpretasikan data.
3. Hasilnya kurang bagus apabila dilakukan dengan tergesa-gesa sehingga kurang valid bila digunakan untuk membuat keputusan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual

Dasar teori atau konsep dasar yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori sistem kinerja yang didapat dari kombinasi teori perencanaan Puskesmas, Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas, Pelaksanaan Kinerja dan Akuntabilitas Kinerja di institusi pemerintah

Konsep dasar ini menjelaskan bahwa untuk meningkatkan kinerja di Puskesmas, maka diperlukan pemahaman terhadap suatu visi dan misi Puskesmas, tujuan organisasi Puskesmas, strategi dalam rangka peningkatan kinerja program dan kegiatan Puskesmas. Kinerja program dan kegiatan Puskesmas mencakup tiga komponen yaitu komponen kinerja input, kinerja proses dan kinerja out put. Komponen kinerja input meliputi sumber daya manusia, sumber dana, sarana dan prasarana Puskesmas, promosi Puskesmas, Geografis Puskesmas, metode Puskesmas. Komponen kinerja proses meliputi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian sedangkan komponen kinerja out put meliputi hasil pencapaian program pokok dan hasil pencapaian program pengembangan Puskesmas.

Pada prinsipnya kinerja Puskesmas akan baik bila komponen input, komponen proses dan komponen output diperbaiki.

Pada operasional Penelitian nantinya dibatasi pada input tenaga Puskesmas, karena faktor sumber daya manusia merupakan faktor utama dalam kinerja, sedangkan pada proses dan out put keduanya tidak dibatasi karena merupakan hal terpenting dalam kinerja.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian

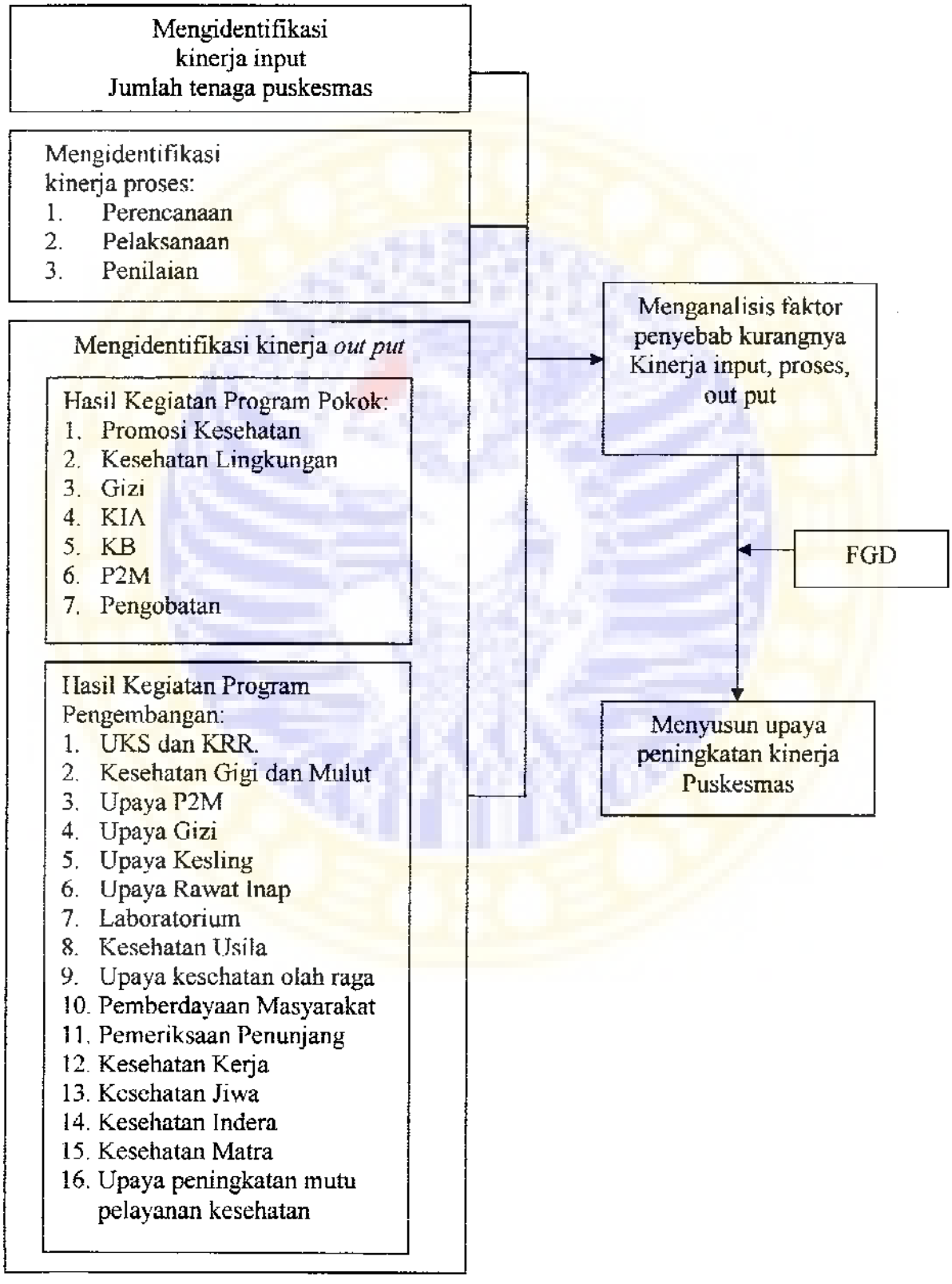
Penelitian ini menggunakan rancang bangun *Evaluation Research* kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003, penelitian ini dikerjakan dalam waktu kurang lebih 1 bulan.

4.2 Unit analisis

Unit analisis pada penelitian ini adalah seluruh Puskesmas di Kabupaten Pasuruan, yang meliputi 33 Puskesmas, yaitu:

1. Puskesmas Purwodadi	12. Puskesmas Karangrejo	23. Puskesmas Rembang
2. Puskesmas Nongkojajar	13. Puskesmas Prigen	24. Puskesmas Kraton
3. Puskesmas Sumberpitu	14. Puskesmas Bl kandang	25. Puskesmas Ngempit
4. Puskesmas Puspo	15. Puskesmas Sukorejo	26. Puskesmas Pohjentrek
5. Puskesmas Tosari	16. Puskesmas Pandaan	27. Puskesmas Gdng wetan
6. Puskesmas Lumbang	17. Puskesmas Sebani	28. Puskesmas Rejoso
7. Puskesmas Pasrepan	18. Puskesmas Gempol	29. Puskesmas Winongan
8. Puskesmas Kejayan	19. Puskesmas Kepulungan	30. Puskesmas Grati
9. Puskesmas Ambal ambil	20. Puskesmas Beji	31. Puskesmas Kdwg wetan
10. Puskesmas Wonorejo	21. Puskesmas Bangil	32. Puskesmas Lekok
11. Puskesmas Purwosari	22. Puskesmas Raci	33. Puskesmas Nguling

4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional

4.4 Variabel penelitian

4.4.1 Klasifikasi variabel

A. Kinerja input

Jumlah tenaga Puskesmas

B. Kinerja proses:

1. Perencanaan
2. Pelaksanaan
3. Penilaian

C. Kinerja out put

1. Hasil pencapaian program pokok
   a. Promosi kesehatan
   b. Kesehatan lingkungan
   c. Gizi
   d. KIA
   e. KB
   f. P2M
   g. Pengobatan
2. Hasil pencapaian program pengembangan
   a. Upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja
   b. Upaya kesehatan gigi & mulut
   c. Upaya P2M
   d. Upaya perbaikan gizi

e. Upaya penyehatan lingkungan

f. Upaya Pelayanan rawat inap

g. Laboratorium

h. Upaya kesehatan Usila

i. Upaya kesehatan olah raga

j. Pemberdayaan masyarakat

k. Pemeriksaan penunjang

l. Upaya kesehatan kerja

m. Upaya kesehatan jiwa

n. Upaya kesehatan indera

o. Upaya kesehatan matra

p. Upaya peningkatan mutu

4.5 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel

Tabel 4.1 Definisi Operasinal dan Cara Pengukuran Variabel:

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
1.	Kinerja	Hasil kegiatan suatu program yang dilaksanakan dalam kurun waktu 1 tahun oleh Puskesmas yang meliputi kinerja input, kinerja proses, kinerja output.	Standar kebutuhan tenaga dengan DSP
2.	Kinerja Input	Segala sesuatu yang dibutuhkan agar pelaksanaan berjalan, dalam penelitian ini berupa tenaga yang mengacu pada daftar susunan tenaga (DSP).	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
3.	Kinerja Proses	Sesuatu yang digunakan untuk menjalankan program yaitu perencanaan, pelaksanaan dan penilaian Puskesmas.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
4.	Kinerja Output	Hasil kegiatan program pokok dan program pengembangan di Puskesmas.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
5.	Evaluasi	Proses tentang sejauh mana suatu kegiatan atau program telah dicapai dengan membandingkan standart atau pedoman yang telah ditentukan yaitu Pedoman Penilaian kinerja Puskesmas.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
6.	Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)	Upaya untuk melakukan penilaian terhadapkinerja Puskesmas dengan melakukan penilaian sendiri selama 1 tahun kalender dengan menggunakan Pedoman yang telah ditentukan oleh dinas kesehatan	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
7.	Program	Kumpulan dari kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
8.	Kegiatan	Tindakan nyata dalam jangka waktu 1 tahun yang dilakukan oleh Puskesmas	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
9.	Program pokok	Program yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas, yang terdiri dari program promosi, program kesehatan lingkungan, program KIA, program Gizi, program KB, program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M), program pengobatan.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
10.	Program Pengembangan	Program pilihan yang dilaksanakan oleh Puskesmas, dan dilakukan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki Puskesmas, yang terdiri dari program Upaya kesehatan anak usia sekolah, program upaya kesehatan gigi, Program upaya P2M, program upaya Gizi, program upaya penyehatan lingkungan, program upaya rawat inap, program laboratorium, program upaya kesehatan usila, program upaya olahraga, program pemberdayaan masyarakat, program pemeriksaan penunjang, program upaya kesehatan kerja, program kesehatan jiwa, program kesehatan indera, program kesehatan matra, program upaya peningkatan mutu.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
11.	Puskesmas	Sarana kesehatan di wilayah kecamatan yang telah ditentukan oleh pemerintah daerah tingkat kabupaten.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
12.	Kode Puskesmas	Pemberian tanda berupa angka numerik sebagai pengganti nama Puskesmas. Kode: 1. Puskesmas Purwodadi 2. Puskesmas Nongkojajar 3. Puskesmas Sumberpitu 4. Puskesmas Puspo 5. Puskesmas Tosari 6. Puskesmas Lumbang 7. Puskesmas Pasrepan 8. Puskesmas Kejayan 9. Puskesmas Ambal ambil 10. Puskesmas Wonorejo 11. Puskesmas Purwosari 12. Puskesmas Karangrejo 13. Puskesmas Prigen 14. Puskesmas Bl kandang 15. Puskesmas Sukorejo 16. Puskesmas Pandaan 17. Puskesmas Sebani 18. Puskesmas Gempol	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

		19. Puskesmas Kepulungan 20. Puskesmas Beji 21. Puskesmas Bangil 22. Puskesmas Raci 23. Puskesmas Rembang 24. Puskesmas Kraton 25. Puskesmas Ngempit 26. Puskesmas Pohjentrek 27. Puskesmas Gdng wetan 28. Puskesmas Rejoso 29. Puskesmas Winongan 30. Puskesmas Grati 31. Puskesmas Kdwg wetan 32. Puskesmas Lekok 33. Puskesmas Nguling	
13.	Daftar Susunan Pegawai (DSP)	Susunan Pegawai di Puskesmas	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
14.	Jumlah Kunjungan	Pengunjung yang berobat ke Puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap di beri tanda (O).	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
15.	Jumlah Staf	Tenaga Puskemas baik PNS, PTT maupun kontrak dan diberi tanda (N)	Standar Nilai Pedoman PKP
16.	Daya Guna Staf	Standar kegunaan staf Puskesmas yang diberi tanda S, dihitung dengan rumus S=(O/300xN)	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
17.	Perencanaan	Salah satu proses manajemen yang digunakan oleh Puskesmas untuk menyusun rencana meliputi sebagai berikut: 1. Menyusun RUK sesuai standar a. membentuk tim penyusun lintas program dipimpin oleh kepala Puskesmas. b. Orientasi proses penyusunan. c. Mempelajari petunjuk dari kabupaten atau kota. d. Pengumpulan data umum dan lingkungan e. Pengumpulan data pencapaian kegiatan tahun sebelumnya.	Standar nilai pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		f. Analisis masalah dan alternatif pemecahan masalah (*team based problem solving*) g. Penyusunan RUK (dilengkapi inventaris, kebutuhan, tambahan, usulan pembiayaan). 2. Menyusun RPK sesuai standar, meliputi: a. Rencana kegiatan bulanan (dinamis). b. Rencana pembiayaan bulanan c. Petugas pelaksana kegiatan.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
18.	Pelaksanaan	Proses pelaksanaanl kegiatan Puskesmas yang meliputi: 1. Menyelenggarakan pertemuan lokakarya mini bulanan di Puskesmas dilakukan 12 kali dalam 1 tahun 2. Menyelenggarakan pertemuan lokakarya mini tribulan di Puskesmas dilakukan 4 kali dalam 1 tahun	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
19.	Penilaian	Proses evaluasi pelaksanaan kegiatan dan hasil kegiatan puskesmas yang meliputi : 1. Melakukan penilaian kinerja Puskesmas (tahun lalu) 2. Melakukan analisis data sesuai pedoman 3. Melakukan penyajian informasi hasil analisis 4. Melakukan identifikasi permasalahan yang ada dan prioritas masalah 5. Monitoring pencapaian bulanan 6. Monitoring pencapaian tribulan 7. Melakukan evaluasi tengah tahunan 8. Melakukan replaning hasil evaluasi tengah tahun	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
20.	Promosi Kesehatan	Salah satu program pokok di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Kampanye Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. 1.1 Pengkajian PHBS yang dilakukan di Puskesmas. a. Jumlah rumah tangga b. Jumlah institusi pendidikan. c. Jumlah institusi kesehatan d. Jumlah tempat umum. e. Jumlah tempat kerja 1.2 Intervensi atau penyuluhan yang dilakukan Puskesmas pada: a. Rumah tangga b. Institusi pendidikan. c. Institusi kesehatan d. Tempat-tempat umum. e. Tempat kerja 2. Kampanye Pemberdayaan Masyarakat.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
21	Upaya penyehatan lingkungan	Salah satu program pokok di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Pengawasan dan pengendalian kualitas air Jumlah sample air bersih meliputi: Jumlah sample air bersih yang memenuhi syarat dan jumlah sampel air bersih yang memenuhi syarat untuk diminum. 2. Pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemukiman. a. Jumlah TPS/TPA diperiksa 2 kali/tahun dengan tindak lanjut penyemprotan berdasarkan pengukuran kepadatan lalat b. Jumlah TTU diperiksa dan ditindak lanjuti dengan clorisasi 2 kali / tahun c. Jumlah TPM yang diperiksa 2 kali/tahun dan ditindak lanjuti	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		3. Kursus penyehatan lingkungan pemukiman. a. Jumlah penjamah makanan yang mengikuti kursus dalam setahun b. Jumlah pengusaha/penanggung jawab TPM yang dibina dalam setahun	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
22.	Upaya Perbaikan Gizi	Salah satu program pokok di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Pelayanan gizi pada masyarakat a. Jumlah bayi 6-11 bulan yang mendapat Vit A 100.000 IU 1 kali b. Jumlah anak balita (1-4 thn) yang mendapat Vit A 200.000 IU 2 kali / tahun c. Jumlah ibu hamil dengan LILA < 23,5 cm Yng mendapatkan PMT pemulihan d. Jumlah balita gizi buruk yang mendapatkan PMT pemulihan e. Jumlah balita garis merah mendapat perawatan sesuai standart 2. Pemantau status gizi a. Balita ditimbang D / S b. Balita di bawah garis merah yang ditangani secara adekurat 3. Peningkatan mutu pelayanan a. Tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur pelayanan KEK/Anemis. b. Tingkat kelengkapan alat dalam pelayanan KEK / Anemis.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
23.	Kesehatan Ibu dan Anak	Salah satu program pokok di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Kesehatan maternal a. Jumlah K1 b. Jumlah K4 (1-1-2) c. Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan murni d. Jumlah Ibu Nifas yang memperoleh pelayanan standart	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		e. Jumlah kematian maternal yang diaudit f. Angka kesinambungan pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh Nakes (PN/K4x 100%). 2. Upaya kesehatan balita dan anak pra sekolah: a. Jumlah KN2 b. Jumlah Kematian perinatal yang diaudit c. Jumlah yang dideteksi dan stimulasi tumbuh kembangnya meliputi bayi,anak balita dan anak sekolah. 3. Peningkatan mutu pelayanan a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan ANC b. Tingkat kelengkapan alat kesehatan untuk ANC	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
24.	Keluarga Berencana	Salah satu program pokok di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Pelayanan pada akseptor a. Jumlah aksseptor baru semua metode meliptuti jumlah akseptor baru MKJP dan Jumlah akseptor baru non MJK. b. Jumlah akseptor aktif semua metode yang memperolehh pengayoman medis meliputi Jumlah akseptor aktif MKJP dan Jumlah akseptor aktif non MJK c. Jumlah kasus kegagalan semua metode yang ditangani d. Jumlah kasus efek samping semua metode yang ditangani e. Jumlah kasus komplikasi semua metode yang ditangani 2. Peningkatan mutu pelayanan a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan kontrasepsi.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		b. Tingkat kelengkapan alat dalam pelayanan kontrasepsi	
25.	Pemberantasa Penyakit Menular	Salah satu program pokok di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut : 1. Pelayanan imunisasi, meliputi DPT -1, HB -3, Campak, Polio 4, DT pada murid SD / MI kelas 1, TT pada murid SD / MI kelas II s/d III, angka kesinambungan pelayanan imunisasi bayi (D1-P4), tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan perjenis imunisasi, tingkat kelengkapan prasarana medis. 2. Pengamatan epidomologi a. Sensus harian penyakit potensi wabah b. Grafik minimum-maksimum mingguan penyakit potensi wabah c. Monitoring mingguan penyakit potensial wabah d. Tindak lanjut penanggulangan KLB (PE) e. Pemantauan wilayah setempat (Immunisasi, KIA, Gizi) 3. Pemberantasan penyakit a. Diare, meliputi tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan diare dan tingkat kelengkapan alat pelayanan diare b. Batuk dan kesulitan bernafas meliputi: jumlah pneumonia balita yang ditemukan dan jumlah kasus pneumonia balita yang meninggal. c. Demam berdarah dengue (DBD) meliputi: Jumlah rumah yang dilakukan pemeriksaan jentik berkala(PJB), jumlah fogging yang dilakukan (dibanding kasus DBD), tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur penanganan DBD, tingkat kelengkapan alat pelayanan DBD	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		d. TB Paru meliputi: jumlah pengambilan & fiksasi sputum tersangka penderita TB, jumlah penderita baru BTA ppositif yang ditemukan, jumlah penderita baru BTA positif yang diobati dengan DOTS, jumlah penderita BTA positif yang konversi, tingkat kelangsungan pengobatan TB paru, tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan TB paru, tingkat kelengkapan alat pelayanan TB paru.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
26	Pengobatan	Salah satu program pokok di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Kunjungan rawat jalan a. Jumlah kunjungan kasus baru b. Jumlah kunjungan kasus lama c. Visit rate (jumlah kunjungan / jumlah penduduk) 2. Pemeriksaan laboratorium sederhana a. Darah b. Urine c. Feces termasuk telur cacing d. Tes kehamilan e. Jumlah pemeriksaan BTA f. Jumlah pengambilan persediaan darah malaria g. Jumlah pemeriksaan sediaan darah malaria h. Tingkat kebenaran hasil pemeriksaan BTA i. Tingkat kebenaran hasil pemeriksaan sediaan darah malaria 3. Penanganan kasus adalah Jumlah kasus GD yang ditemukan. a. Jumlah kasus GD yang ditangani di Puskesmas b. Jumlah kasus GD yang ditemukan yang dirujuk ke RS antara lain: Maternal, Neonatal, Bayi, Anak	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

		balita, Kasus kecelakaan (lalu lintas), penyakit potensial KLB 4. Peningkatan mutu pelayanan a. Tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur pelayanan pengobatan b. Tingkat kelengkapan alat dalam pelayanan pengobatan.	
27.	Upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Jumlah murid yang dilakukan penjaringan kesehatannya a. Murid kelas 1 SD / MI b. Murid kelas 1 SLTP / MTs c. Murid kelas 1 SMA / MA 2. Frekuensi pembinaan kesehatan di sekolah 3. Frekuensi penyuluhan KRR / WUS di sekolah dan di luar sekolah. 4. Jumlah konseling remaja	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
28.	Upaya kesehatan gigi dan mulut	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Upaya pembinaan / pengembangan kesehatan gigi a. Frekuensi penyuluhan kesehatan gigi dimurid TK. b. Demo sikat gigi massal di SD/MI. 2. Pelayanan kesehatan gigi a. Jumlah perawatan gigi yang ditangani meliputi: Jumlah bumil dapat perawatan gigi, Jumlah balita dapat perawatan gigi, Jumlah murid TK /APRAS dapat perawatan gigi, Jumlah murid SMP/MI dapat perawatan gigi b. Jumlah murid SD/MI yang mendapat pelayanan kesehatan gigi paripurna Rasio gigi cepat yang ditambal terhadap gigi yang dicabut	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		3. Peningkatan mutu pelayanan a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan gigi b. Tingkat kelengkapan alat untuk pelayanan gigi.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
29.	P2M	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit menular a. ABER (Annual Blood Examine Rate) b. Jumlah penderita diberi pengobatan malaria c. Jumlah follow up pengobatan Angka kessakitan malaria (annual parasit insidens), CFR (case fatality rate). 2. Kusta a. Pemeriksaan tersangka kusta b. Pengobatan c. R.F.C (Rilief From Control] d. R.F.T (Rilief From Treatment) 3. PMS (Penyakit Menular Sexual) a. U.P (penggunaan disemua sarkes) b. Pennanggulangan PMS terpadu 4. Frambosia a. Pemeriksaan teersangka frambosia b. Pengobatan 5. Peningkatan mutu pelayanan a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan malaria b. Tingkat kelengkapan alat untuk pelayanan malaria	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
30	Upaya Perbaikan Gizi	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Pemberian zat besi dan Vit A pada sasaran a. Pada remaja putri (16 tablet) b. Pada balita (syrup) c. Bumil mendapat Fe 90 tab dan Bufas yang mendapat vit A 2. Pemberian kapsul iodium pada daerah gondok endemik a. Anak SD b. Wanita Usia Subur 3. a. Pemantau pola konsumsi terhadap 20 KK (perdesa 4x/tahun) b. Rumah tangga yang menkonsumsi garam beryodium c. Bayi yang mendapat ASI exklusif 4. Jumlah kunjungan pojok gizi Pencapaian upaya perbaikan gizi.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
31.	Upaya penyehatan lingkungan	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Upaya pengawasan kualitas lingkungan a. Frekuensi penyuluhan pada POKMAR b. Jumlah rujukan sampel limbah industri 2. Pengendalian vektor a. Jumlah rumah yang diberi abatisasi b. Jumlah tempat perindukan malaria yang ditindak lanjuti dengan cara: diberi larvaciding, biological, penyemprotan (*spraying*).	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
32.	Upaya Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas dengan TT	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut:	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		1. Orang - hari rawat setahun 2. BOR 3. Hari rawat rata-rata (ALOS) Kematian kasus setelah dirawat >48 jam (nilai negative) 4. Jumlah kasus Pneumonia ditangani sendiri khusus Puskesmas TT. Pencapaian upaya pelayanan rawat inap di Puskesmas dengan TT (h) Proporsi upaya pelayanan rawat inap di Puskesmas dengan TT Kinerja upaya pelayanan rawat inap di Puskesmas dengan TT = h/1000 x proporsi program	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
33.	Laboratorium	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Golongan darah 2. BTA, untuk Kusta 3. VDRL 4. Gula Darah 5. Pemeriksaan trombosit pada kasus tersangka DBD 6. Pemeriksaan PCV/hematokrit pada kasus tersangka DBD 7. Jumlah kasus yang dirujuk.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
34.	Upaya Kesehatan Usia Lanjut	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Jumlah kelompok usia lanjut yang dibina sesuia standardt 2. Frekuensi pembinaan kelompok USILA 3. Jumlah USILA yang mendapatkan pelayanan kesehatan di posyandu USILA.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
35.	Upaya Kesehatan Olah Raga	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: Pemeriksaan kesegaran jasmani yang dilakukan: a. Pada murid SD b. Pada murid SLTP c. Pada murid SLTA	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
36.	Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kemandirian Hidup Sehat	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Bina kesehatan tradisional a. Jumlah Batra yang dibina b. Frekuensi pembinaan Batra 2. JPKM a. Jumlah GAKIN memiliki kartu JPKM b. Jumlah kunjungan GAKIN memanfaatkan kartu JPKM	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
37.	Pemeriksaan Penunjang	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Pemeriksaan USG 2. Pemeriksaan Radiologis 3. Pemeriksaan EKG 4. Pemeriksaan lainnya	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
38.	Upaya Kesehatan Kerja	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Frekuensi penyuluhan UKK yang dilakukan a. Pada kelompok pengusaha b. Pada kelompok pekerja 2. Jumlah kader yang diberi pelatihan ketrampilan P3K.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
39.	Upaya Kesehatan Jiwa atau mental.	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: - Jumlah kasus mental yang ditemukan - Jumlah kasus mental yang dirujuk 1. Jumlah kasus mental yang ditangani Puskesmas 2. Frekuensi penyuluhan kesehatan mental (NAPZA)	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
40.	Upaya Kesehatan Indera	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Upaya pencegahan kebutaan a. Jumlah orang yang diperiksa matanya (visus, katarak) b. Frekuensi penyuluhan operasi katarak 2. Upaya pencegahan ganggua pendengaran jumlah orang yang diperiksa keschatan telinga 3. Peningkatan mutu pelayanan a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan mata. b. Tingkat kelengkapan alat untuk pelayanan mata.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
41.	Upaya Kesehatan Matra	Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Jumlah calon jemaah haji yang diperiksa. 2. Jumlah haji yang dilacak. 3. Jumlah calon transmigran yang diperiksa.	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		Salah satu program pengembangan di Puskesmas yang kegiatannya meliputi sebagai berikut: 1. Tingkat pengetahuan provider a. Penatalaksanaan pemeriksaan ANC b. Penatalaksanaan pelayanan imunisasi c. Penatalaksanaan pelayanan Diare d. Penatalaksanaan pelayanan batuk dan kesulitan bernafas e. Penatalaksanaan DBD f. Penatalaksanaan Malaria g. Penatalaksanaan kesehatan bayi h. Penatalaksanaan balita kurang energi kronis/anemia i. Pelayanan kontrasepsi j. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut 2. Tingkat kepuasan petugas a. Fasilitas kerja b. Hubungan dengan atasan c. Hubungan dengan teman sekerja d. Tugas yang dibebankan e. Hasil yang dicapai 3. Pengetahuan konsumen a. Penatalaksanaan pemeriksaan ANC b. Penatalaksanaan pelayanan imunisasi c. Penatalaksanaan pelayanan Diare d. Penatalaksanaan pelayanan batuk dan kesulitan bernafas e. Penatalaksanaan DBD f. Penatalaksanaan Malaria g. Penatalaksanaan kesehatan bayi h. Penatalaksanaan balita kurang energi kronis/anemia I. Pelayanan kontrasepsi j. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP

No	Variabel	Definisi Operasional/Indikator	Cara Pengukuran
		4. Tingkat pengetahuan konsumen a. Informasi b. Fasilitas c. Aksesibilitas d. Keamanan pelayanan e. Kenyamanan	Menggunakan Standar Nilai Pedoman PKP
42.	FGD	Diskusi yang dilakukan oleh sekelompok orang dalam rangka mencari data atau solusi	

4.6 Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah *form* PKP Puksesmas di Kabupaten Pasuruan pada tahun 2003.

4.7 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian adalah Kabupaten Pasuruan meliputi seluruh Puskesmas yang berada di Kabupaten Pasuruan. Penelitian dilakukan dalam kurun waktu 1 bulan mulai Juni sampai dengan Juli 2004

4.8 Pengumpulan data.

4.8.1 Tehnik pengambilan data

1. Data diambil dengan menggunakan *form* Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) di Kabupaten Pasuruan.
2. Data yang diambil sudah diklarifikasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan.
3. Data yang diambil diolah sesuai dengan tujuan penelitian.

4.8.2 Besar data

Besarnya data adalah seluruh data kinerja Puskesmas yang tercantum pada penilaian kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.

4.9 Cara analisis data

Data yang terkumpul dilakukan editing, koding, dan tabulasi data. Kemudian dikelompokkan menurut variabel yang diteliti setelah itu didiskusikan dan dianalisis berdasarkan kategori kondisi kinerja dengan ketentuan sebagaimana berikut:

a. Kategori Baik bila pencapaian ≥ 75 %.
b. Kategori Sedang bila pencapaian 60% - 74,99%.
c. Kategori Kurang bila pencapaian ≤ 59,99%.

Kategori kurang dimasukkan dalam isu strategis, dan tahap berikutnya menyusun upaya untuk peningkatan kinerja melalui proses *Focus Group Discussion* (FGD).

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Kabupaten Pasuruan

Secara geografis Kabupaten Pasuruan terletak antara 112°33'55" hingga 113°05'37" Bujur Timur dan antara 7°32'34" hingga 7°57'20" Lintang Selatan. Sedangkan secara administratif berbatasan dengan Kabupaten Sidoarjo di sebelah utara, Kabupaten Probolinggo di sebelah timur, Kabupaten Malang di sebelah selatan, Kabupaten Mojokerto di sebelah barat.

Letak geografis Kabupaten Pasuruan sangat strategis dimana posisinya terletak pada jalur regional yang juga jalur utama perekonomian Surabaya-Malang dan Surabaya – Banyuwangi.

Luas wilayah Kabupaten Pasuruan 1.474,015 km² dengan jumlah penduduk sebanyak 1.425.122 jiwa (Data Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan, 2002) yang tersebar di 24 wilayah Kecamatan.

5.1.2 Puskesmas di Kabupaten Pasuruan

Tingkat kesehatan masyarakat Kabupaten Pasuruan secara tidak langsung ditentukan antara lain dukungan sarana dan prasarana kesehatan yang memadai. Dengan 33 Puskesmas, 72 Puskesmas Pembantu, 235 Polindes dan 1.668 Posyandu yang tersebar di 24 Kecamatan..

Potensi yang dimiliki Puskesmas di Kabupaten Pasuruan adalah tersedianya Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas.

Potensi lain yang dimiliki oleh Puskesmas di Kabupaten Pasuruan adalah kawasan yang sangat luas dan spesifik yang ke depan sangat potensial untuk dikembangkan menjadi Puskesmas Unggulan di kawasan tertentu yaitu:

1. Puskesmas kawasan jalan raya yang meliputi: Puskesmas Purwosari, Puskesmas Purwodadi, Puskesmas Sukorejo.
2. Puskesmas kawasan industri yang meliputi: Puskesmas Gempol, Puskesmas Pandaan, Puskesmas Bangil, Puskesmas Raci, Puskesmas Rembang, Puskesmas Beji.
3. Puskesmas kawasan pesantren yang meliputi: Puskesmas Ngempit, Puskesmas Kraton, Puskesmas Kejayan, Puskesmas Wonorejo.
4. Puskesmas kawasan pariwisata dan pegunungan yang meliputi: Puskesmas Prigen, Puskesmas Nongkojajar, Puskesmas Winongan, Puskesmas Tosari.
5. Puskesmas kawasan pantai yang meliputi: Puskesmas lekok, Puskesmas Nguling,
6. Puskesmas kawasan Pertanian yang meliputi: Puskesmas Gondangwetan, Puskesmas Pohjentrek, Puskesmas Grati, Puskesmas Kedawung Wetan.

5.2 Gambaran Kinerja Input Puskesmas di Kabupaten Pasuruan

5.2.1 Ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan

Keberadaan tenaga berkualitas sangat menentukan keberhasilan kinerja Puskesmas. Berikut ini gambaran tenaga Puskesmas di kabupaten Pasuruan:

Tabel 5.1 Data tenaga Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003

No	Status PKM	Puskesmas	Dokter umum		Dokter gigi		SKM	Apo-teker	Diploma 3				Bidan di Pusk
			PNS	PTT	PNS	PTT			Kes ling	Gizi	kepera-watan	Bidan	
1	P	Purwodadi	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	4
2	N	Nongkojajar	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
3	N	Sumberpitu	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	N	Puspo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
5	N	Tosari	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
6	N	Lumbang	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
7	N	Pasrepan	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8	N	Kejayan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
9	N	Ambal ambil	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10	N	Wonorejo	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
11	P	Purwosari	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	4
12	N	Karangrejo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	P	Prigen	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
14	N	Bulukandang	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
15	P	Sukorejo	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
16	P	Pandaan	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	6
17	N	Sebani	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
18	P	Gempol	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
19	N	Kepulungan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
20	P	Beji	2	0	1	0	0	0	0	0	1	2	5
21	N	Bangil	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	4
22	N	Raci	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	3
23	N	Rembang	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
24	N	Kraton	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	2
25	P	Ngempit	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1
26	N	Pohjentrek	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
27	P	Gondangwetan	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2
28	N	Rejoso	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
29	N	Winongan	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2
30	P	Grati	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1
31	N	Kedawung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
32	P	Lekok	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
33	P	Nguling	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Jumlah			**28**	**18**	**17**	**8**	**1**	**0**	**7**	**6**	**11**	**5**	**69**

Lanjutan Tabel 5.1 Data tenaga Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003

No	Status PKM	Puskesmas	Bidan di desa	Perawat umum	Perawat gigi	Sanitarian	Pelaks gizi	Asist Apot	Laborat		Lain lain	Jml tenaga PKM
									Analis	Non Analis		
1	P	Purwodadi	9	5	0	1	0	0	1	0	11	27
2	N	Nongkojajar	2	4	0	0	0	0	0	1	9	16
3	N	Sumberpitu	3	1	0	0	0	0	0	0	3	7
4	N	Puspo	2	3	1	0	0	0	0	0	5	11
5	N	Tosari	3	3	1	0	0	0	0	0	6	13
6	N	Lumbang	4	5	0	0	0	0	0	1	10	20
7	N	Pasrepan	7	4	0	0	0	0	0	0	9	20
8	N	Kejayan	10	4	1	1	0	1	1	0	6	24
9	N	Ambal ambil	3	2	0	1	0	0	0	0	7	13
10	N	Wonorejo	12	4	1	1	0	0	0	0	9	27
11	P	Purwosari	7	5	1	0	0	1	1	0	12	37
12	N	Karangrejo	3	1	0	0	0	0	0	0	1	5
13	P	Prigen	4	8	0	0	0	0	0	0	7	19
14	N	Bulukandang	4	2	1	0	0	0	0	0	7	14
15	P	Sukorejo	12	3	1	1	0	0	0	0	17	34
16	P	Pandaan	5	6	0	0	0	1	1	0	14	27
17	N	Sebani	4	4	0	0	0	0	0	0	3	11
18	P	Gempol	4	5	0	1	0	1	1	0	10	22
19	N	Kepulungan	2	4	0	1	0	0	0	0	6	13
20	P	Beji	7	4	1	1	1	1	1	0	17	33
21	N	Bangil	0	3	0	0	0	1	1	1	9	15
22	N	Raci	3	2	0	0	0	0	0	0	5	10
23	N	Rembang	12	7	0	1	0	0	0	0	11	31
24	N	Kraton	8	3	0	0	0	0	1	0	7	19
25	P	Ngempit	10	2	1	1	1	0	0	0	10	25
26	N	Pohjentrek	7	3	1	1	0	1	1	0	7	21
27	P	Gondangwetan	13	6	1	0	0	0	0	0	14	34
28	N	Rejoso	10	3	0	1	1	0	0	1	10	26
29	N	Winongan	12	1	1	1	0	0	1	0	9	25
30	P	Grati	5	3	0	0	1	0	0	0	21	30
31	N	Kedawung	5	1	0	1	0	0	0	0	8	15
32	P	Lekok	7	4	1	1	0	0	0	0	1	14
33	P	Nguling	9	4	1	1	1	1	0	0	8	25
Jumlah			**208**	**119**	**14**	**16**	**5**	**8**	**10**	**4**	**289**	**683**

Keterangan :
P : Puskesmas perawatan
N : Puskesmas non keperawatan

Dari tabel 5.1 keberadaan tenaga Puskesmas di Kabupaten Pasuruan kurang merata spesifikasinya, keberadaan tenaga yang kurang pada tenaga gizi yang terdapat sebanyak 11 orang yaitu 6 orang tenaga diploma 3 dan pelaksana gizi, tenaga pengelolah obat 8 orang, laboratorium 14 orang. Sedangkan tenaga yang berlebih di perawat sebanyak 119 perawat.

5.2.2 Kunjungan Puskesmas

Seberapa jauh produktifitas Puskesmas dapat dilihat dari kunjungan Puskesmas, baik kunjungan rawat jalan maupun rawat inap. Kunjungan Puskesmas di kabupaten Pasuruan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 5.2 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap Puskesmas di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

No	Puskesmas	Jumlah Kunjungan
1	Purwodadi	47.777
2	Nongkojajar	7.120
3	Sumberpitu	3.863
4	Puspo	11.829
5	Tosari	5.728
6	Lumbang	3.351
7	Pasrepan	18.769
8	Kejayan	10.940
9	Ambal ambil	7.304
10	Wonorejo	6.904
11	Purwosari	38.977
12	Karangrejo	5.930
13	Prigen	17.627
14	Bulukandang	10.694
15	Sukorejo	32.933
16	Pandaan	24.672
17	Sebani	9.260
18	Gempol	23.086
19	Kepulungan	7.435
20	Beji	44.137
21	Bangil	16.851
22	Raci	19.448
23	Rembang	10.586
24	Kraton	18.993
25	Ngempit	10.875
26	Pohjentrek	15.016
27	Gondang wetan	26.429
28	Rejoso	11.087
29	Winongan	13.575
30	Grati	35.219
31	Kedawung wetan	3.973
32	Lekok	10.668
33	Nguling	11.159

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan

Berdasarkan tabel 5.2 diatas dapat diketahui bahwa Puskesmas yang memiliki jumlah kunjungan pasien rawat jalan dan pasien rawat inap yang terbanyak adalah Puskesmas Purwodadi, sedangkan Puskesmas yang memiliki jumlah kunjungan pasien paling sedikit adalah Puskesmas Nongkojajar.

5.2.3 Dayaguna staf Puskesmas

Untuk mengetahui kecukupan tenaga Puskesmas diperlukan penghitungan daya guna staf Puskesmas dengan menggunakan metode daftar susunan pegawai (DSP), dengan rumus S = O/(Nx300) yang dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 5.3 Hasil Penghitungan Daya Guna Staf Puskesmas Berdasarkan DSP di Kabupaten Pasuruan tahun 2003

Kode Pkm	Jumlah Kunjungan Puskesmas (O)	Jml staf (N)	Daya guna staf (S)	Keterangan
1	47.777	36	4,42	Tenaga lebih
2	7.120	19	1,25	Tenaga lebih
3	3.863	9	1,43	Tenaga lebih
4	11.829	14	2,82	Tenaga lebih
5	5.728	16	1,20	Tenaga lebih
6	3.351	23	0,48	Tenaga lebih
7	18.769	22	2,84	Tenaga lebih
8	10.940	27	1,35	Tenaga lebih
9	7.304	15	1,62	Tenaga lebih
10	6.904	31	0,74	Tenaga lebih
11	38.977	37	3,51	Tenaga lebih
12	5.930	6	3,29	Tenaga lebih
13	17.627	24	2,45	Tenaga lebih
14	10.694	18	1,98	Tenaga lebih
15	32.933	39	2,81	Tenaga lebih
16	24.672	38	2,16	Tenaga lebih
17	9.260	13	2,37	Tenaga lebih
18	23.086	29	2,65	Tenaga lebih
19	7.435	17	1,46	Tenaga lebih
20	44.137	44	3,34	Tenaga lebih
21	16.851	23	2,44	Tenaga lebih
22	19.448	18	3,60	Tenaga lebih
23	10.586	35	1,01	Tenaga lebih
24	18.993	26	2,44	Tenaga lebih
25	10.875	30	1,21	Tenaga lebih
26	15.016	24	2,09	Tenaga lebih
27	26.429	41	2,15	Tenaga lebih
28	11.087	32	1,15	Tenaga lebih
29	13.575	31	1,46	Tenaga lebih
30	35.219	37	3,17	Tenaga lebih
31	3.973	17	0,78	Tenaga lebih
32	10.668	20	1,78	Tenaga lebih
33	11.159	32	1,16	Tenaga lebih

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Dari tabel 5.3 dapat diketahui kecukupan tenaga Puskesmas di kabupaten Pasuruan lebih dari kebutuhan berdasarkan penghitungan metode DSP, karena dayaguna staf kurang dari 5, kelebihan tenaga tersebut terdapat pada semua Puskesmas di kabupaten Pasuruan (100%).

Tabel 5.4 Hasil Penghitungan Jumlah Tenaga Puskesmas (N) Dengan S=5, Berdasarkan DSP di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode Pkm	Jumlah Kunjungan Puskesmas (O)	Jml staf (N)yg seharusnya	Jml staf (N)yg ada	Keterangan
1	47.777	32	36	Tenaga lebih
2	7.120	5	19	Tenaga lebih
3	3.863	3	9	Tenaga lebih
4	11.829	8	14	Tenaga lebih
5	5.728	4	16	Tenaga lebih
6	3.351	3	23	Tenaga lebih
7	18.769	13	22	Tenaga lebih
8	10.940	7	27	Tenaga lebih
9	7.304	5	15	Tenaga lebih
10	6.904	5	31	Tenaga lebih
11	38.977	26	37	Tenaga lebih
12	5.930	4	6	Tenaga lebih
13	17.627	12	24	Tenaga lebih
14	10.694	7	18	Tenaga lebih
15	32.933	22	39	Tenaga lebih
16	24.672	17	38	Tenaga lebih
17	9.260	6	13	Tenaga lebih
18	23.086	15	29	Tenaga lebih
19	7.435	5	17	Tenaga lebih
20	44.137	29	44	Tenaga lebih
21	16.851	11	23	Tenaga lebih
22	19.448	13	18	Tenaga lebih
23	10.586	7	35	Tenaga lebih
24	18.993	13	26	Tenaga lebih
25	10.875	7	30	Tenaga lebih
26	15.016	10	24	Tenaga lebih
27	26.429	18	41	Tenaga lebih
28	11.087	7	32	Tenaga lebih
29	13.575	9	31	Tenaga lebih
30	35.219	24	37	Tenaga lebih
31	3.973	3	17	Tenaga lebih
32	10.668	7	20	Tenaga lebih
33	11.159	8	32	Tenaga lebih

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

5.3 Gambaran Kinerja proses Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003

5.3.1 Kinerja proses perencanaan Puskesmas

Kinerja proses perencanaan yang meliputi Rencana usulan kegiatan (RUK) dan rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) Puskesmas di kabupaten Pasuruan sebagaimana digambarkan pada tabel berikut:

Tabel 5.5 Kinerja Proses Perencanaan Puskesmas Dalam Menyusun RUK di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode PKM	Membentuk Tim	Orientasi Proses Penyusunan	Pengumpulan Data	Analisis masalah dan Alternatif Pemecahan Masalah	Penyusunan RUK	Rata-rata Pencapaian
1	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100	100
8	100	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100	100
11	100	100	100	100	100	100
12	100	100	100	100	100	100
13	100	100	100	100	100	100
14	100	100	100	100	100	100
15	100	100	100	100	100	100
16	100	100	100	100	100	100
17	100	100	100	100	100	100
18	100	100	100	100	100	100
19	100	100	100	100	100	100
20	100	100	100	100	100	100
21	100	100	100	100	100	100
22	100	100	100	100	100	100
23	100	100	100	100	100	100
24	100	100	100	100	100	100
25	100	100	100	100	100	100
26	100	100	100	100	100	100
27	100	100	100	100	100	100
28	100	100	100	100	100	100
29	100	100	100	100	100	100
30	100	100	100	100	100	100
31	100	100	100	100	100	100
32	100	100	100	100	100	100
33	100	100	100	100	100	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa 32 Puskesmas telah melaksanakan proses perencanaan RUK, hanya satu Puskesmas yang tidak melaksanakan proses perencanaan RUK. Hal ini disebabkan oleh penempatan dokter baru pada satu Puskesmas tersebut.

Tabel 5.6 Kinerja Proses Perencanaan Puskesmas Dalam Menyusun RPK di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode PKM	Rencana Kegiatan Bulanan	Rencana Pembiayaan Bulanan	Rata-Rata
1	100	100	100
2	100	100	100
3	100	100	100
4	100	100	100
5	100	100	100
6	100	100	100
7	100	100	100
8	100	100	100
9	100	100	100
10	100	100	100
11	100	100	100
12	100	100	100
13	100	100	100
14	100	100	100
15	100	100	100
16	100	100	100
17	100	100	100
18	100	100	100
19	100	100	100
20	100	100	100
21	100	100	100
22	100	100	100
23	100	100	100
24	100	100	100
25	100	100	100
26	100	100	100
27	100	100	100
28	100	100	100
29	100	100	100
30	100	100	100
31	100	100	100
32	100	100	100
33	100	100	100

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa 32 Puskesmas telah melaksanakan proses perencanaan RPK, hanya satu Puskesmas yang tidak melaksanakan proses perencanaan RPK. Hal ini disebabkan oleh penempatan dokter baru pada satu Puskesmas tersebut.

5.3.2Kinerja Proses Pelaksanaan Puskesmas

Gambaran kondisi kinerja proses pelaksanaan Puskesmas di kabupaten Pasuruan sebagaimana pada tabel berikut ini:

Tabel 5.7 Kinerja Proses Pelaksanaan Puskesmas Di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode PKM	Pertemuan Lokakarya Mini Bulanan	Pertemuan Lokakarya Mini Tribulanan	Rata-Rata
1	100	75	87,5
2	100	50	75,0
3	75	50	62,5
4	100	100	100,0
5	50	50	50,0
6	100	50	75,0
7	100	75	87,5
8	100	50	75,5
9	100	100	100,0
10	50	50	50,0
11	100	100	100,0
12	0	0	0,0
13	100	100	100,0
14	10	50	75,0
15	100	100	100,0
16	75	50	62,5
17	50	50	50,0
18	100	50	75,0
19	75	50	62,5
20	100	50	75,0
21	100	100	100,0
22	75	50	62,5
23	100	100	100,0
24	100	50	75,0
25	100	100	100,0
26	100	100	100,0
27	100	100	100,0
28	100	75	87,5
29	75	50	62,5
30	100	100	100,0
31	75	50	62,5
32	75	50	62,5
33	75	50	62,5

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Dari tabel 5.6 dapat diketahui bahwa Puskesmas yang melaksanakan lokakarya mini bulanan dengan kategori baik adalah sebanyak 29 Puskesmas atau 87,87% dan Puskesmas yang melaksanakan lokakarya mini dengan kategori kurang 4 Puskesmas (12,12%)

Sedangkan untuk peyelenggaraan pertemuan lokakarya mini tribulan, terdapat 14 Puskesmas atau sebesar 42,42% yang pencapaiannya dengan kategori baik. Sebanyak 19 Puskesmas atau sebesar 57,57% pencapaiannya dengan kategori kurang.

Kondisi pencapaian rata-rata kinerja proses pelaksanaan Puskesmas dengan kategori baik 21 puskesmas (63,63 %), dengan kategori sedang 8 Puskesmas (24,24%), dengan kategori kurang 4 puskesmas (12,12%).

5.3.3 Kinerja proses Penilaian Puskesmas

Proses penilaian puskesmas merupakan salah satu faktor utama keberhasilan suatu program, gambaran kondisi proses penilaian Puskesmas di kabupaten pasuruan sebagaimana pada tabel berikut:

Tabel 5.8 Kinerja Proses Penilaian Puskesmas di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode PKM	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	100	100	100	100	100	75	0	0	71,8
2	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
3	100	100	100	100	75	50	0	0	65,6
4	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
5	100	100	100	100	50	50	0	0	65,5
6	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
7	100	100	100	100	100	75	0	0	71,8
8	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
9	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
10	100	100	100	100	50	50	0	0	62,5
11	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
13	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
14	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
15	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
16	100	100	100	100	75	50	0	0	65,6
17	100	100	100	100	50	50	0	0	62,0
18	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
19	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
20	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
21	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
22	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
23	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
24	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
25	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
26	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
27	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
28	100	100	100	100	100	75	0	0	71,8
29	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
30	100	100	100	100	100	100	0	0	75,0
31	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
32	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7
33	100	100	100	100	100	50	0	0	68,7

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan

Keterangan
A : Melakukan Penilaian Kinerja Puskesmas (Evaluasi Tahunan)
B : Melakukan Analisis Data Sesuai Pedoman
C : Melakukan Penyajian Informasi Hasil Analisis
D : Melakukan indentifikasi masalah dan menentukan prioritas masalah
E : Monitoring Pencapaian Bulanan
F : Monitoring Pencapaian Tri bulan
G : Melakukan evaluasi tengah tahun/semester
H : Melakukan replaning hasil evaluasi tengah tahun
I : Rata-rata kondisi kinerja proses penilaian

Dari tabel 5.8 menunjukan bahwa kinerja proses penilaian Puskesmas tahun 2003 di Kabupaten Pasuruan menunjukkan bahwa hampir semua Puskesmas belum melaksanakan proses penilaian secara baik.

Pada evaluasi bulanan atau monitoring bulanan yang pelaksanaannya dengan kategori baik sebanyak 29 Puskesmas (87,87%), yang pencapaian masuk kategori kurang sebanyak 4 puskesmas (12,12%)

Pada evaluasi tribulan atau monitoring tribulan yang pelaksanaan masuk kategori baik sebanyak 14 puskesmas (42,42%), yang pencapaiannya masuk kategori kurang sebanyak 19 Puskesmas (57,57%)

Pada pelaksanaan evaluasi tengah tahun dan replaning hasil evaluasi tengah tahun tidak dilakukan, jadi semua Puskesmas masuk pada kategori kurang (100%).

Pada evaluasi tahunan atau melaksanakan penilaian kinerja Puskesmas,pelaksanaan analisis data, penyajian informasi hasil analisis data, pelaksanaan identifikasi masalah dan penentuan prioritas masalah, yang pencapaian dengan kategori baik 32 Puskesmas (96,96%), yang pencapaiannya kategori kurang 1 Puskesmas (3,03%).

5.4 Gambaran Kinerja Out Put Puskesmas di Kabupaten Pasuruan

5.4.1 Kondisi kinerja output Pencapaian Program Pokok

Tabel 5.9 Hasil Pencapaian Program Pokok Puskesmas di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode PKM	Promkes	Peny. Lingk	Gizi	KIA	KB	P2M	Pengobatan
1	99,02	63,33	76,36	54,93	40,54	66,71	25,30
2	103,92	65,71	76,69	62,62	83,81	51,76	61,15
3	53,50	24,50	91,77	85,47	54,94	47,90	43,48
4	79,91	28,81	78,36	46,37	33,24	79,09	59,85
5	30,25	10,00	73,81	51,54	19,83	66,42	54,55
6	147,83	34,00	80,77	65,31	84,00	83,78	60,00
7	75,99	56,37	82,22	72,60	52,20	78,75	78,76
8	105,53	60,00	89,38	76,92	37,11	98,70	64,19
9	77,50	9,00	87,8	45,30	36,14	67,42	58,39
10	0,00	40,00	76,40	60,09	32,55	75,53	52,32
11	75,25	71,78	97,92	80,35	79,16	64,69	59,53
12	79,17	74,97	5,46	69,26	32,76	37,89	123,77
13	94,59	78,61	73,25	98,84	65,04	41,02	46,16
14	57,00	16,67	66,29	58,19	79,33	69,28	75,54
15	30,00	75,00	63,88	44,68	42,48	50,90	10,00
16	80,79	57,21	53,75	0,00	0,00	63,12	77,37
17	46,46	31,33	56,91	56,81	23,51	67,02	4,12
18	89,04	24,64	88,77	93,03	61,96	93,49	84,54
19	107,77	89,62	90,38	81,38	60,53	50,86	45,94
20	78,24	39,25	72,55	85,27	52,52	69,16	73,84
21	70,94	44,07	67,28	78,35	65,42	69,57	73,75
22	99,10	39,39	52,62	63,57	33,27	63,21	61,82
23	75,02	33,61	111,69	80,66	84,14	79,07	69,06
24	84,78	91,76	97,45	76,38	33,70	71,34	65,65
25	42,75	64,20	71,31	58,08	60,96	84,88	79,77
26	90,22	94,17	87,84	84,52	73,73	79,13	67,83
27	59,75	86,63	85,30	63,60	47,41	77,83	86,48
28	105,53	71,53	72,70	65,18	14,79	83,78	70,55
29	53,36	41,35	82,37	83,21	74,94	84,09	64,38
30	87,59	56,29	82,22	72,60	52,20	78,50	78,76
31	62,93	51,05	69,84	84,25	42,32	83,68	57,25
32	53,11	10,04	75,09	83,58	66,38	79,09	63,24
33	70,00	31,85	98,16	83,57	66,38	79,09	57,76

Sumber : Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan

Berdasarkan Tabel 5.9 dapat diketahui bahwa pencapaian program promosi Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari10 Puskesmas(30,30%)pada kategori kurang, 3 Puskesmas (9,09%) kategori sedang, dan 20 Puskesmas (60,60%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Penyehatan Lingkungan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 20 Puskesmas (60,60%) pada kategori kurang, 7 Puskesmas (21,21%) kategori sedang, dan 6 Puskesmas (18,18%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Penyehatan Lingkungan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 5 Puskesmas (15,15%) pada kategori kurang, 8 Puskesmas (24,24%) kategori sedang, dan 20 Puskesmas (60,60%) pada kategori baik.

Pencapaian program Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 9 Puskesmas (27,27%) pada kategori kurang, 9 Puskesmas (27,27%) kategori sedang, dan 15 Puskesmas (45,45%) pada kategori baik.

Pencapaian program Keluarga Berencana Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 19 Puskesmas (57,57%) pada kategori kurang, 9 Puskesmas (27,27%) kategori sedang, dan 5 Puskesmas (15,15%) pada kategori baik.

Pencapaian program Pemberantasan Penyakit Menular Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 6 Puskesmas (18,18%) pada kategori kurang, 11 Puskesmas (33,33%) kategori sedang, dan 16 Puskesmas (48,48%) pada kategori baik.

Sedangkan pencapaian program Pengobatan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 13 Puskesmas (39,39%) pada kategori kurang, 12 Puskesmas (36,36%) kategori sedang, dan 8 Puskesmas (24,24%) pada kategori baik.

5.4.2 Kondisi kinerja output Pencapaian Program Pengembangan

Kondisi kinerja output pencapaian program pengembangan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.10 Hasil Pencapaian Program Pengembangan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode PKM	UKS	Gigi & Mulut	P2M	Gizi	Kesling	Rawat Inap	Lab	USILA
1	50,67	37,47	28,06	13,68	0,00	0,00	0,00	54,06
2	66,33	72,64	19,88	13,37	2,62	4,92	19,66	45,04
3	29,00	10,00	55,00	49,62	70,00	15,00	60,00	95,84
4	51,00	79,06	80,00	50,63	70,00	0,00	0,00	67,00
5	60,42	40,78	7,44	59,90	30,00	60,00	10,00	92,46
6	72,50	125,51	11,78	50,62	11,54	0,00	0,00	100,00
7	54,96	81,82	69,26	92,92	55,00	97,18	45,68	76,25
8	63,53	85,30	71,26	56,18	25,00	60,00	51,74	81,36
9	39,00	49,48	20,40	77,67	76,24	60,00	9,00	75,53
10	12,21	53,10	45,00	41,58	50,00	0,00	15,04	111,50
11	90,00	98,08	50,00	76,98	31,24	95,36	73,72	113,33
12	0,00	32,03	23,42	0,00	15,00	60,00	0,00	70,59
13	90,00	101,44	19,88	56,83	76,08	10,84	14,66	84,67
14	90,00	81,20	27,00	36,41	80,00	0,00	0,00	81,87
15	22,09	43,19	22,58	60,00	55,00	0,00	0,00	35,00
16	52,67	83,70	29,72	40,61	0,00	51,80	70,76	0,00
17	30,90	0,00	15,84	10,08	55,00	0,00	27,00	75,71
18	37,21	72,52	59,94	63,95	81,26	60,00	26,94	87,87
19	34,42	96,25	18,34	57,25	50,00	60,00	0,00	98,43
20	6,32	69,93	61,16	84,20	68,10	90,66	39,00	72,29
21	75,00	112,00	28,06	46,37	31,24	0,00	63,74	22,56
22	50,00	44,67	32,50	12,64	0,00	60,00	0,20	66,04
23	53,98	21,86	60,25	55,70	61,66	60,00	45,48	44,47
24	39,72	14,58	21,26	44,17	15,00	60,00	38,32	82,18
25	0,00	96,00	10,00	60,96	40,00	66,00	63,74	100,01
26	63,09	104,89	58,72	64,03	58,42	0,00	45,92	47,96
27	93,86	90,04	55,06	79,76	55,76	54,71	53,28	68,15
28	26,38	71,00	36,68	2,14	17,78	60,00	0,00	98,64
29	63,43	64,89	61,68	96,42	38,34	60,00	46,90	81,25
30	54,96	81,82	69,26	81,70	55,00	97,18	45,68	76,25
31	72,38	60,49	55,26	69,39	70,00	60,00	57,56	80,27
32	78,07	55,35	0,00	0,00	0,00	65,06	27,32	104,58
33	21,42	37,59	37,40	72,80	26,52	26,85	16,50	99,97

Sumber Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan

Lanjutan Tabel 5.10 Hasil Pencapaian Program Pengembangan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan Tahun 2003

Kode PKM	Olah Raga	Pemb. Masy.	Pemeriksaan Penunjang	Kesh. Kerja	Kesh Jiwa	Kesh. Indra	Kesh. Matra	Mutu yankes
1	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	1,40	70,00	0,00
2	0,00	111,74	0,00	50,00	75,00	17,64	67,00	85,00
3	0,00	75,81	100	0,00	100,00	0,00	76,00	49,16
4	0,00	93,33	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	85,14
5	0,00	39,06	0,00	0,00	50,00	0,00	70,00	68,75
6	0,00	50,00	0,00	0,00	50,00	0,00	65,00	85,00
7	0,00	93,75	0,00	50,00	62,50	14,84	88,00	90,25
8	0,00	93,09	0,00	123,66	100,00	0,04	70,00	3,00
9	0,00	52,46	0,00	25,00	50,00	0,00	70,00	73,33
10	0,00	50,24	0,00	0,00	50,00	0,00	88,00	0,00
11	0,00	48,21	25,00	56,26	100,00	62,72	70,00	0,00
12	0,00	12,50	25,00	12,50	75,00	10,28	58,00	51,40
13	0,00	93,75	0,00	50,00	50,81	20,00	70,00	0,00
14	50,00	84,82	0,00	0,00	75,00	41,40	40,00	82,00
15	0,00	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	78,81	0,00
16	0,00	41,67	0,00	100,00	91,67	14,92	59,28	27,00
17	0,00	29,17	0,00	0,00	50,00	24,00	0,00	67,53
18	0,00	100,00	0,00	100,00	50,00	16,78	70,00	83,69
19	0,00	50,00	0,00	50,00	75,00	38,42	70,00	3,00
20	0,00	56,37	0,00	41,66	62,50	48,68	70,00	72,75
21	0,00	93,75	0,00	56,66	61,51	60,62	70,00	85,00
22	0,00	87,90	0,00	0,00	0,00	3,78	0,00	50,00
23	60,00	70,44	0,00	68,88	92,86	41,98	82,07	48,87
24	0,00	88,14	0,00	27,28	50,00	14,42	70,00	72,40
25	0,00	37,50	25,00	62,50	47,79	28,82	70,00	80,25
26	0,00	88,32	0,00	50,00	100,00	22,84	70,00	73,03
27	100	37,50	60,00	12,50	100,00	20,18	70,00	85,00
28	0,00	93,09	60,00	123,66	100,00	0,00	70,00	62,50
29	0,00	108,49	0,00	0,00	45,83	28,00	88,00	57,75
30	0,00	93,75	0,00	50,00	62,50	14,84	88,00	90,25
31	0,00	80,53	60,00	55,00	75,00	70,10	88,00	80,50
32	0,00	56,25	0,00	25,00	50,00	0,56	70,00	47,84
33	0,00	8,98	0,00	66,66	0,00	52,00	70,00	72,75

Sumber:Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan

Berdasarkan Tabel 5.9 diatas dapat diketahui bahwa pencapaian program Upaya kesehatan anak dan remaja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 20 Puskesmas (60,60%) pada kategori kurang, 7 Puskesmas (21,21%) kategori sedang, dan 6 Puskesmas (18,18%) pada kategori baik.

Pencapaian program upaya kesehatan gigi dan mulut Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 13 Puskesmas (39,39%) pada kategori kurang, 6 Puskesmas (18,18%) kategori sedang dan 14 Puskesmas (42,42%) pada kategori baik.

Pencapaian program Pemberantasan Penyakit Menular Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 26 Puskesmas (78,78%) pada kategori kurang, 6 Puskesmas (18,18%) kategori sedang, dan 1 Puskesmas (3,03%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Perbaikan Gizi Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 19 Puskesmas (57,57%) pada kategori kurang, 7 Puskesmas (21,21%) kategori sedang, dan 7 Puskesmas (21,21%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Penyehatan Lingkungan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 24 Puskesmas (72,72%) pada kategori kurang, 5 Puskesmas (21,21%) kategori sedang, dan 4 Puskesmas (12,12%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Pelayanan Rawat Inap Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 16 Puskesmas (48,48%) pada kategori kurang, 13 Puskesmas (39,39%) kategori sedang, dan 4 Puskesmas (12,12%) pada kategori baik.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Pencapaian program Labratorium Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 28 Puskesmas (84,84%) pada kategori kurang, 5 Puskesmas (15,15%) kategori sedang, dan tidak ada Puskesmas pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Kesehatan Usila Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 7 Puskesmas (21,21%) pada kategori kurang, 5 Puskesmas (15,15%) kategori sedang, dan 21 Puskesmas (63,63%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Kesehatan Olahraga Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 31 Puskesmas (93,93%) pada kategori kurang, 1 Puskesmas (3,03%) kategori sedang, dan 1 Puskesmas (3,03%) pada kategori baik.

Pencapaian program Pemberdayaan Masyarakat dalam Kemandirian Hidup Sehat Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 16 Puskesmas (48,48%) pada kategori kurang, 1 Puskesmas (3,03%) kategori sedang, dan 16 Puskesmas (48,48%) pada kategori baik.

Pencapaian program Pemeriksan Penunjang Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 28 Puskesmas (84,84%) pada kategori kurang, 4 Puskesmas (12,12%) kategori sedang, dan 1 Puskesmas (3,035) pada kategori baik.

Pencapaian program Keschatan Kerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 26 Puskesmas (78,78%) pada kategori kurang, 3 Puskesmas (9,09%) kategori sedang, dan 4 Puskesmas (12,12%) pada kategori baik.

SURABAYA

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Pencapaian program Upaya Penyehatan Lingkungan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 16 Puskesmas (48,48%) pada kategori kurang, 4 Puskesmas (12,12%) kategori sedang, dan 13 Puskesmas (39,39%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Kesehatan Indera Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 30 Puskesmas (90,90%) pada kategori kurang, 3 Puskesmas (9,09%) kategori sedang, dan tidak ada Puskesmas pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Kesehatan Matra Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 5 Puskesmas (15,15%) pada kategori kurang, 19 Puskesmas (57,57%) kategori sedang, dan 9 Puskesmas (27,27%) pada kategori baik.

Pencapaian program Upaya Peningkatan mutu Yankes Puskesmas di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 14 Puskesmas (42,42%) pada kategori kurang, 8 Puskesmas (24,24%) kategori sedang, dan 11 Puskesmas (33,33%) pada kategori baik.

5.5 Hasil FGD

FGD dilakukan untuk menyusun upaya peningkatan kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan berdasarkan hasil evaluasi kinerja Puskesmas tahun 2003. FGD dilaksanakan pada hari Sabtu tanggal 23 Juli 2005 di Pasuruan Peserta yang hadir pada saat FGD adalah:

1. Kepala bagian perencanaan Dinas Kesehatan.
2. Kepala Puskesmas Karangrejo.
3. Puskesmas Sumberpitu.
4. Puskesmas Pandaan.
5. Puskesmas Kejayankepala.
6. Kepala Puskesmas Lekok.
7. Kepala Puskesmas Rembang.
8. Kepala Puskesmas Beji.

Hasil FGD dan telaah yang dibuat oleh peneliti dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini:

Tabel 5.11 Isu Strategis, Telaah Peniliti dan Hasil FGD Kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003

No	Isu Strategis	Telaah Peneliti	Hasil FGD
I	**Kinerja Input**		
1	Daya guna staf Puskesmas < 5 sebesar 100% (tabel 5.3, tabel 5.4)	a. Efisiensi tenaga Puskesmas b. Meningkatkan kunjungan Puskesmas c. Memanfaatkan tenaga untuk kegiatan lain: pemasaran Puskesmas, tenaga siaga bencana atau darurat, tenaga Puskesmas keliling.	a. Kebutuhan tenaga yang ada di Puskesmas bukan hanya berdasarkan jumlah kunjungan tetapi juga macam-macam program, apalagi sekarang ada standar pelayanan minimal (SPM) yang membutuhkan banyak tenaga karena banyaknya program dan kegiatan tersebut. b. Kondisi kualitas tenaga yang lemah di Puskesmas dapat ditutupi dengan kelebihan yang ada disamping juga ada upaya peningkatan kualitas dari Puskesmas itu sendiri. c. Perlu kajian kebutuhan tenaga yang lebih dalam dengan membentuk tim didinas dengan melibatkan sebagian Puskesmas. d. Kelebihan tenaga bisa dimanfaatkan untuk membantu program yang lemah. e. Perlu pembinaan dan pelatihan tenaga Puskesmas untuk

			peningkatan kualitas tenaga.
2	Spesifikasi tenaga tidak merata a. Tenaga yang sedikit: gizi, apoteker b. Tenaga yang banyak: perawat (tabel 5.1).	a. Melakukan pelatihan dan pengembangan tenaga untuk dijadikan tenaga yang memerlukan spesifikasi tertentu b. Memperbaiki pola perekrutan tenaga dipergunakan untuk tenaga lain misalnya di perawatan, UGD, Puskesmas keliling dan tenaga siaga bencana atau darurat.	a. Spesifikasi tenaga kurang karena stok terbatas, dinas berharap Puskesmas mempunyai kreatifitas dalam mengelola tenaga yang ada khususnya yang lebih dapat dipergunakan untuk mengisi pos program yang tidak ada tenaganya. b. Perlu pelatihan tenaga tertentu untuk mengisi pos atau program lain bila tenaganya pada program tersebut tidak ada. c. Melibatkan Puskesmas dalam perekrutan tenaga Puskesmas jangan langsung diberi saja
II	**Kinerja Proses**		
I	Kinerja proses perencanaan		
	Ada 1 Puskesmas yang tidak melaksanakan RUK dan RPK (tabel 5.5)	a. Diperlukan kajian penempatan kepala Puskesmas yang tepat b. Tenaga baru yang diangkat menjadi kepala Puskesmas seyogyanya dimagangkan dulu dalam rangka pembelajaran manajemen Puskesmas	Dinas berharap Puskesmas membuat RUK dan RPK sesuai dengan ketentuan yang ada pada pedoman Puskesmas, serta membuat jadwal lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini tribulan untuk dilaporkan kedinas kesehatan.

2	Kinerja proses pelaksanaan		
	a. Kurangnya pelaksanaan lokakarya mini bulanan di Puskesmas (tabel 5.6) b. Kurangnya pelaksanaan lokakarya mini tribulan di Puskesmas (tabel 5.6)	a. Ada sebagian Puskesmas yang tidak membuat jadwal lokakarya mini bulanan dan tribulan b. Kurangnya supervisi oleh dinas ke Puskesmas c. Kurangnya koordinasi lintas program terkait dan lintas sektor terkait	a. Biasanya rapat lokakarya mini tribulan Puskesmas mengikuti jadwal rapat di kecamatan. Bila kecamatan tidak mengundang rapat, Puskesmas juga tidak melaksanakan lokakarya mini tribulan, untuk itu sebaiknya Puskesmas membuat jadwal sendiri untuk rapat koordinasi tiap tribulan. b. Perlu pembinaan hubungan yang baik antar petugas dalam rangka menjaga kekompakan Pukesmas untuk bergotong royong mengerjakan program, karena tidak semua pemegang program mumpuni.
3	Kinerja proses penilaian		
	a. Kurangnya monitoring pencapaian bulanan. b. Kurangnya monitoring pencapaian tribulan. c. Tidak adanya evaluasi tengah tahun dari Puskesmas.	a. Peningkatan koordinasi lintas program dan lintas sektor terkait b. Perlu peningkatan manajemen Puskesmas khususnya proses penilaian dalam bentuk pelatihan dan pengembangan kepala Puskesmas	a. Perlu peningkatan komunikasi atau koordinasi antar pemegang program maupun antar sektor terkait. b. Evaluasi semester dianggap tidak penting karena sudah melakukan evaluasi bulanan dan tribulan, sehingga pelaksanaan evaluasi

	d. Tidak adanya replaning tengah tahun dari Puskesmas.	dan tenaga perencanaan di Puskesmas yang kinerjanya kurang	semester dan replaning evaluasi semester tidak dilaksanakan. c. Perlu supervisi internal Puskesmas secara terus menerus untuk memantau kinerja staf. d. Puskesmas dibantu dinas diharap menghitung kebutuhan tenaga dengan merujuk pedoman perencanaan kebutuhan tenaga yang ada. e. Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan lintas sektor f. Melakukan penjadwalan kegiatan dengan baik
III	**Kinerja Out Put**		
1	Pencapaian program pokok Puskesmas kurang (tabel 5.8)	a. Peningkatan pemahaman program pada pelaksana melalui pelatihan dan pengembangan b. Peningkatan sosialisasi program khususnya pada jenis program, jenis kegiatan, target dan beban kerja dalam satu tahun pelaksanaan program c. Perlu adanya konsultasi kedinas kesehatan perihal program yang sulit dilaksanakan oleh Puskesmas	a. Faktor input manajemen Puskesmas disamping dipengaruhi oleh kondisi SDM yang ada juga dipengaruhi oleh faktor keuangan, promosi Puskesmas sarana dan prasarana di Puskesmas b. Perlu sosialisasi program sedini mungkin. c. Sosialisasi program lebih dini terutama mengenai target program d. Perlu perbaikan manajemen Puskesmas dengan cara melakukan kursus kilat atau pelatihan bagi Puskesmas yang

			pelaksanaan programnya kurang.
2	Pencapaian program pengembangan kurang (Tabel 5.9)	a. Diperlukan kebijakan tertentu oleh dinas kesehatan agar program pengembangan dikerjakan oleh Puskesmas sesuai dengan kemampuan Puskesmas karena sifat dari program pengembangan tidak wajib dikerjakan b. Diperlukan pelatihan dan pengembangan tenaga tertentu dimana pelaksana program yang tidak sesuai dengan spesifikasinya c. Peningkatan sosialisasi program lebih dini agar pemahaman program khususnya pada beban kerja atau target pencapaian program diketahui lebih awal d. Konsultasi kedinas kesehatan tingkat kabupaten apabila didapat program yang sulit dilaksanakan oleh Puskesmas	a. Diharapkan Puskesmas memanfaatkan peluang yang ada diwilayah untuk berkembang, supaya tidak tergantung oleh dinas saja. b. Program pengembangandipilih 1 atau 2 saja supaya fokus dan hasilnya baik.

5.6 Upaya Peningkatan Kinerja Puskesmas

Berdasarkan hasil FGD, telaah yang dilakukan peneliti dan teori yang mendukung maka dapat disusun suatu upaya untuk meningkatkan kinerja Puskesmas di Kabupaten Pasuruan berdasarkan hasil evaluasi kinerja Puskesmas antara lain:

1. Isu strategis yang berupa kelebihan staf tenaga dengan indikator daya guna staf Puskesmas < 5 dapat diatasi dengan:
   a. Kelebihan tenaga dipergunakan untuk menutup kualitas tenaga yang lemah.
   b. Kelebihan tenaga digunakan untuk pelayanan standar minimal.
   c. Untuk mengisi pos program yang tidak ada tenaganya.
   d. Perbaikan pencatan dan pelaporan kunjungan Puskesmas.
   e. Perlu penghitungan kebutuhan tenaga.
2. Isu strategis yang berupa Spesifikasi tenaga tidak merata. Terdapat kekurangan tenaga apoteker dan gizi. Sedangkan untuk tenaga perawat jumlahnya terlalu banyak. Untuk mengatasi jumlah tenaga yang sedikit dapat dilakukan beberapa hal antara lain:
   a. Perekrutan tenaga yang melibatkan Puskesmas tertentu.
   b. Pelatihan dan pengembangan tenaga.

   Sedangkan untuk tenaga yang terlalu banyak dapat dilakukan:
   a. Tenaga yang menumpuk dengan spesifikasi tertentu dipindah untuk mengisi pos program yang tidak ada tenaganya.
   b. Perlu kajian kebutuhan tenaga dalam perekrutan tenaga.

3. Isu strategis pada kinerja proses perencanaan yaitu ada 1 Puskesmas yang tidak melaksanakan RUK dan RPK. Untuk mengatasi hal tersebut dapat dilakukan beberapa hal antara lain:
   a. Diharap seluruh Puskesmas membuat RUK dan RPK sesuai dengan ketentuan yang ada.
   b. Perlu perbaikan penempatan kepala puskesmas, dengan melalui magang pada Puskesmas lain untuk pembelajaran manajemen Puskesmas.
4. Isu strategis yang terdapat pada kinerja proses yaitu kurangnya pelaksanaan lokakarya mini bulanan dan tribulanan di Puskesmas. Untuk mengatasi hal tersebut dapat dilakukan beberapa hal antara lain:
   a. Perlu pemahaman koordinasi melalui pembinaan atau pelatihan pada Puskesmas tertentu.
   b. Dinas diharapkan melakukan supervisi ke Puskesmas untuk memantau lokakarya mini bulanan maupun lokakarya mini tribulan.
   c. Puskesmas membuat jadwal lokakarya mini tribulan sendiri.
   d. Melakukan komunikasi dan hubungan baik dengan lintas sektor untuk peningkatan koordinasi.
5. Isu Strategis yang terdapat pada Kinerja proses penilaian yaitu kurangnya monitoring pencapaian bulanan, monitoring pencapaian tribulanan, tidak adanya evaluasi tengah tahunan dari Puskesmas dan tidak adanya *replanning* tengah tahun dari Puskesmas.

Kurangnya monitoring pencapaian bulanan dan tribulanan dapat diatasi dengan cara:

a. Membuat jadwal monitoring pencapaian bulanan dan tribulan melalui lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini tribulan.
b. Peningkatan koordinasi antar program di Puskesmas dan peningkatan koordinasi antar sektor di tingkat kecamatan.

Tidak adanya evaluasi tengah tahunan dari Puskesmas dapat diatasi dengan cara Peningkatan manajemen Puskesmas, baik perencanaan, pelaksanaan atau penggerakan pelaksanaan, maupun penilaian Puskesmas.

Sedangkan tidak adanya replaning dapat diatasi dengan cara melaksanakan evaluasi tengah tahun dan melakukan replaning sebagai tindak lanjut dari evaluasi tengah tahun.

6. Isu Strategis yang terdapat pada kinerja output yaitu pencapaian program pokok Puskesmas kurang dan pencapaian program pengembangan kurang. Pencapaian program pokok Puskesmas yang masih kurang dapat diatasi melalui beberapa cara antara lain:
   a. Peningkatan sosialisasi program.
   b. Pelatihan dan pengembangan tenaga.
   c. Meningkatkan pemahaman program pokok dan program pengembangan.
   d. Pembinaan hubungan baik antar petugas dalam rangka bergotong royong mengerjakan program.
   e. Perlu pemberian reward bagi tenaga yang berhasil melaksanakan program.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Sedangkan untuk mengatasi kurangnya pencapaian program pengembangan dapat dilakukan beberapa hal antara lain:

a. Pembinaan dan pelatihan program tertentu kepada Puskesmas yang tenaganya berlebih pada spesifikasi tertentu.
b. Melaksanakan program pengembangan tertentu saja sesuai dengan kebutuhan Puskesmas dengan terlebih dahulu konsultasi dinas dan dinas menyetujui.
c. Perlu pemberian *reward* bagi tenaga yang berhasil melaksanakan program.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Kinerja input Puskesmas

6.1.1 Jumlah Tenaga

Kebutuhan tenaga di Puskesmas kabupaten Pasuruan, setelah dihitung dengan metode Daftar Susunan Pegawai (DSP) atau "*Authorized Staffing List*" ternyata jumlah tenaga di semua Puskesmas melebihi standar. Hal ini ditunjukkan pada tabel 5.3 dan tabel 5.4 dimana daya guna staf < 5. Menurut Depkes (2004) standar daya guna staf Puskesmas sama dengan 5, bila kurang dari 5 berarti kelebihan tenaga dan bila lebih dari 5 artinya kekurangan tenaga Puskesmas.

Penghitungan kebutuhan tenaga di Puskesmas tidak hanya dilakukan dengan metode DSP, tetapi juga dapat dengan menggunakan metode *time study* dimana kebutuhan tenaga dihitung berdasarkan jumlah beban kerja, kapasitas kerja/menit, dan jumlah kerja per hari (Depkes, 2004).

Penghitungan lain kebutuhan tenaga dapat menggunakan metode WISN (*Work load indikator staff need*) dimana penghitungan ini meliputi penetapan waktu kerja yang tersedia, penetapan unit kerja dan kategori SDM, standar beban kerja, standar kelonggaran dan penghitungan kebutuhan tenaga per unit kerja (Depkes, 2004).

Penyebab utama kelebihan tenaga di Puskesmas karena Puskesmas belum pernah menghitung daya guna staf sehingga jumlah tenaga tidak terukur. Penyebab

lain adalah faktor pencatatan kunjungan rawat jalan dan rawat inap tidak tepat dan juga pelayanan lain Puskesmas misalnya Posyandu, pelayanan Puskesmas keliling tidak dicatat atau dilaporkan dengan benar, sehingga jumlah kunjungan tidak semuanya tercatat sehingga berpengaruh terhadap penghitungan kebutuhan tenaga.

Pemecahan dari kelebihan tenaga di Puskesmas dapat berupa pemanfaatan tenaga untuk kegiatan lain dalam lingkup Puskesmas misalnya sebagai tenaga pemasaran Puskesmas supaya Puskesmas lebih dekat dengan masyarakat dan memudahkan penyampaian program dan informasi. Dapat juga kelebihan tenaga dipergunakan untuk tenaga siaga atau darurat mengingat wilayah Kabupaten Pasuruan rawan bencana misalnya banjir, longsor. Kelebihan tenaga dapat digunakan untuk tenaga Puskesmas keliling yang tentunya melalui pelatihan dan pengembangan tenaga lebih dulu. Kelebihan kebutuhan jumlah tenaga dapat juga untuk menutup kualitas tenaga yang lemah di Puskesmas seperti pada rekomendasi FGD pada tabel 5.11.

Solusi lain dari kelebihan tenaga adalah efisiensi tenaga artinya bahwa tenaga Puskesmas bisa dipindahkan ke institusi lain, dan dapat juga berupa pemberhentian tenaga yang tidak produktif meskipun mempunyai risiko yang tinggi pada terhadap dampak kepegawaian.

6.1.2 Spesifikasi tenaga

Dari data ketenagaan yang didapat, spesifikasi tenaga di Puskesmas tidak merata (tabel 5.1), penyebab yang memungkinkan menurut hasil FGD adalah sistem

perencanaan dan perekrutan tenaga yang tidak tepat atau memang stok tenaga dengan kualifikasi atau spesifikasi tertentu terbatas adanya.

Menurut Handoko (2001), sistem perencanaan dan perekrutan Sumber Daya Manusia (SDM) yang tepat dapat mengantisipasi kebutuhan tenaga dalam jangka pendek maupun jangka panjang, bila hal ini tidak dilakukan maka institusi harus siap melakukan pelatihan dan pengembangan yang lebih baik.

Solusi dari spesifikasi tenaga yang tidak merata di Puskesmas adalah menggeser tenaga yang berlebih pada spesifikasi tertentu ke tenaga yang kurang pada spesifikasi tertentu dengan terlebih dulu melakukan pelatihan dan peningkatan ketrampilan dan pengembanga sesuai dengan kebutuhan tenaga yang diinginkan.

6.2 Kinerja Proses

6.2.1 Kinerja Proses Perencanaan

Dari tabel 5.5 kondisi proses perencanaan Puskesmas tahun 2003 di Kabupaten Pasuruan pada tahun 2003 adalah baik, hanya ada 1 Puskesmas yang tidak melaksanakan, namun demikian kualitas perencanaan masih perlu ditingkatkan. Kegagalan pada proses perencanaan berakibat fatal pada proses selanjutnya, baik itu proses pelaksanaan maupun proses penilaian.

Penyebab Puskesmas yang tidak membuat perencanaan RUK maupun RPK tersebut adalah penempatan tenaga baru sebagai kepala Puskesmas sehingga kurang memahami manajemen di Puskesmas

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Solusinya dapat berupa dimagangkan dalam rangka pembelajaran manajemen Puskesmas.

Pada penyusunan rencana usulan kegiatan (RUK) menurut Supriyanto 1999, ada tiga kegiatan yang diperlukan, pertama identifikasi penyebab masalah, kedua perumusan pendekatan pemecahan masalah, dan yang ketiga penyusunan RUK

Beberapa pertimbangan sebelum menyusun RUK yaitu memperhatikan komponen input atau komponen sumberdaya seperti seberapa besar kekuatan sumberdaya manusia, teknologi atau cata untuk mengatasi masalah, informasi masalah apa dimana kapan dan bagaimana masalah tersebut. Di samping itu harus mempertimbangkan kekuatan pendorong ataupun kekuatan penghambat yang akan mempengaruhi situasi program

Pada penyusunan pelaksanaan kegiatan (RPK) menurut Supriyanto 1999, Puskesmas hendaknya memperhatikan dengan baik pelaksanaan lokakarya mini di *intern* Puskesmas dan lokakarya mini tribulan di *ekstern* Puskesmas. RPK berisi rencana kegiatan bulanan, rencana pembiayaan bulanan, jadwal pelaksanaan kegiatan dengan pertimbangan berapa tenaga yang dibutuhkan serta pembagian tugas dan tanggung jawab para pelaksana program. Penyusunan RPK atau yang biasa yang disebut POA (*Plan Of Action*) disusun setelah Puskesmas mengetahuim alokasi sumberdana yang ada (APBN, APBD, JPKMM).

6.2.2 Kinerja Proses Pelaksanaan

Dari gambaran kondisi proses pelaksanaan di Puskesmas seperti pada tabel 5.6 didapat kurangnya lokakarya mini bulanan maupun kurangnya lokakarya mini tribulan.

Penyebab kurangnya pelaksanaan lokakarya mini baik bulanan maupun tribulan yang pertama adalah pemahaman yang kurang tentang pentingnya pelaksanaan lokakarya mini (FGD, tabel 5.11).

Penyebab yang kedua adalah sebagian Puskesmas ada yang tidak membuat jadwal bulanan maupun tribulan. Khususnya pada lokakarya mini tribulan Puskesmas mengikuti jadwal rapat dinas kecamatan sehingga apabila kecamatan tidak melaksanakan rapat dinas maka rapat Puskesmas juga tidak melaksanakan lokakarya mini tribulan. Penyebab lain dari kurangnya lokakarya mini adalah kurangnya supervisi dinas ke Puskesmas.

Solusi untuk memperbaiki kekurangan pada proses pelaksanaan adalah peningkatan koordinasi baik secara lintas program maupun lintas sektor, dimana faktor komunikasi menjadi kunci keberhasilan.

Menurut Supriyanto (1999) koordinasi mencakup komunikasi, integrasi, sinkronisasi, simplikasi, dan mekanisme. Komunikasi yang efektif menentukan keberhasilan koordinasi, yang ditandai dengan tepat waktu, cepat, jumlah cukup. Sementara integrasi merupakan penyatuan atau keterpaduan beberapa program atau kegiatan menjadi satu program atau kegiatan besar, indikator integrasi adanya SOP *(standard operating procedur).* Sinkronisasi ditunjukkan dengan adanya pembagian

tugas yang jelas sehingga tidak saling tumpang tidih kegiatan dan bahkan bisa meniadakan kegiatan yang tidak perlu. Simplifikasi merupakan penyederhanaan program supaya kegiatan lebih realistik mencapai sasaran dan tujuan. Mekanisme merupakan aturan atau prosedur yang dibuat seefisien mungkin untuk menangani kejadian, bisa formal maupun nonformal

Solusi lain untuk peningkatan proses pelaksanaan adalah adanya supervisi dari dinas ke Puskesmas.

6.2.3 Kinerja Proses Penilaian

Dari gambaran kinerja proses penilaian seperti pada tabel 5.7 kurangnya *monitoring* bulanan maupun tribulan dan tidak adanya evaluasi tengah tahun maupun replaning tengah tahun.

Penyebab penyebab kurangnya *monitoring* bulanan maupun tribulan pertama Puskesmas tidak membuat jadwal *monitoring* pencapaian bulanan dan tribulan (FGD, tabel 5.11), kedua kurangnya koordinasi lintas program dan lintas sektor, ketiga Puskesmas tidak menerapkan budaya disiplin kerja dalam melaksanakan program.

Solusi dari kurangnya *monitoring* adalah Puskesmas membuat jadwal *monitoring* pencapaian bulanan dan *monitoring* tribulan melalui lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini tribulan, peningkatan koordinasi antar program di lingkungan Puskesmas dan antar sektor di lingkungan kecamatan, peningkatan manajemen Puskesmas kepada kepala Pukesmas dan pelatihan evaluasi pada tim perencana di Puskesmas

Penyebab tidak dilaksanakannya evaluasi tengah tahun dan *replaning* pasca evaluasi tengah tahun Puskesmas menganggap tidak perlu karena sudah melakukan evaluasi bulanan dan tribulan.

Solusi dari persepsi yang salah tentang evaluasi tengah tahun dan *replaning* adalah peningkatan pemahaman tentang evaluasi tengah tahun dan *replaning*. Menurut pedoman PKP evaluasi tengah tahun sangat penting karena ada tindak lanjut replaning yaitu Puskesmas bisa melakukan perubahan perencanaan untuk menyesuaikan dengan kondisi yang ada dilapangan terhadap pelaksanaan program dan kegiatan. Menurut Setiawan 2001, pada manajemen modern penilaian integral dengan perencanaan sehingga bisa merperbaiki perencanaan yang keliru. Menurut Supriyanto (1999) penilaian ada 2 macam yaitu yang pertama penilaian formatif yang dilakukan pada tahap pelaksanaan program dengan tujuan untuk memperbaiki program dan yang kedua penilaian sumatif yang digunakan untuk melihat hasil program yang telah selesai.

Solusi lain adalah Puskesmas membuat jadwal evaluasi tengah tahun dan *replaning* serta adanya supervisi dari dinas kesehatan ke Puskesmas.

6.3 Kinerja output

6.3.1 Hasil Pencapaian Program pokok

Program pokok Puskesmas yang meliputi: program promosi kesehatan, program upaya penyehatan lingkungan, program upaya perbaikan gizi, program kesehatan ibu dan anak, program keluarga berencana, program pemberantasan

penyakit menular, program pengobatan memberi kontribusi terbesar terhadap hasil capaian kinerja Puskesmas sebesar 6000 point atau 60% dari keseluruhan program Puskesmas.

Program pokok Puskesmas wajib dikerjakan oleh seluruh Puskesmas, karena itu program pokok ini hendaknya menjadi titik atau fokus perhatian program, sehingga diperlukan pengelolaan seoptimal mungkin.

Pencapaian program pokok Puskesmas di kabupaten Pasuruan masih kurang yang digambarkan pada tabel 5.8.

Penyebab pencapaian program pokok yang kurang diantaranya adalah pertama kurangnya sosialisasi program pokok pada pelaksana di Puskesmas, kedua kurangnya pemahaman program oleh tenaga pelaksana, kurangnya tenaga spesifikasi tertentu khususnya pada program gizi adanya rangkap tugas pada Puskesmas tertentu.

Solusi dari penyebab di atas adalah pertama peningkatan sosialisasi program, kedua pelatihan dan pengembangan tenaga, peningkatan pembinaan tenaga di *intern* Puskesmas, pembinaan hubungan baik antar petugas, perlu konsultasi ke dinas perihal program yang sulit dilaksanakan di Puskesmas, pemberian *reward* bagi tenaga yang berhasil melaksanakan program.

6.3.2 Hasil Pencapaian Program Pengembangan

Program pengembangan Puskesmas mencakup 16 program yang secara teoritis dilaksanakan sesuai dengan kemampuan Puskesmas, tetapi kenyataan di lapangan dikerjakan semua oleh Puskesmas.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

Gambaran pencapaian program pengembangan Puskesmas di Kabupaten Pasuruan kurang yang dapat dilihat pada tabel 5.9.

Penyebab kurangnya pencapaian program pengembangan yang pertama adalah banyaknya program pengembangan di Puskesmas, yang kedua kurangnya tenaga spesifikasi tertentu, ketiga adanya rangkap tugas pada Puskesmas tertentu, yang keempat kurangnya pemahaman program pengembangan oleh tenaga pelaksana.

Solusi dari penyebab diperlukan kebijakan tertentu oleh dinas kesehatan tingkat kabupaten agar Puskesmas melaksanakan program pengembangan yang sesuai dengan kemampuannya, disamping itu diperlukan peningkatan sosialisasi program pengembangan, diperlukan pembinaan tentang hubungan baik antar petugas dalam rangka kerja sama atau bergotong-royong melaksanakan program dan juga perlunya konsultasi ke dinas kesehatan kabupaten, yang terakhir pemberian *reward* bagi tenaga yang berhasil melaksanakan program.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian diatas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Kinerja input
   a. Jumlah tenaga Puskesmas di semua Kabupaten Pasuruan melebihi standar, berdasarkan penghitungan daya guna staf < 5 (100%). Sehingga perlu upaya memanfaatkan tenaga dalam rangka peningkatan kinerja Puskesmas.
   b. Spesifikasi tenaga Puskesmas tidak merata, sehingga perlu upaya pelatihan dan pengembangan tenaga untuk mengisi pos program yang kosong.
2. Kinerja proses
   a. Kinerja proses perencanaan pada umumnya baik, namun demikian perlu peningkatan kualitas perencanaan.
   b. Kinerja proses pelaksanaan kurang, karena sebagian Puskesmas tidak melaksanakan lokakarya mini baik bulanan maupun tribulan dan juga tidak membuat jadwal pelaksanaan lokakarya mini, disamping penyebab lain kurang paham maksud koordinasi, dan kurangnya supervisi dinas ke Puskesmas.

c. Kinerja proses penilaian kurang, karena kurang paham tentang penilaian kinerja terutama persepsi yang salah tentang evaluasi tengah tahun dan *replanning*.

3. Kinerja output

a. Hasil pencapaian program pokok masih ada yang kurang, karena ada sebagian program yang tenaganya terbatas disamping sosialisasi program yang kurang dini.

b. Hasil pencapaian program pengembangan kurang, karena banyaknya program pengembangan sehingga memerlukan spesifikasi tenaga yang banyak pula, untuk itu perlu *redesign* kinerja *out put* khususnya program pengembangan.

c. Faktor faktor penyebab rendahnya out put diantaranya adalah banyaknya program pengembangan, proses kinerja yang kurang dan kualitas tenaga Puskesmas yang rendah.

7.2 Saran

1. Terhadap Puskesmas

a. Kinerja input

1. Puskesmas diharapkan menghitung kebutuhan tenaga baik dengan cara DSP maupun cara yang lain supaya daya guna tenaga di Puskesmas berjalan efisien dan efektif.

2. Puskesmas melakukan *job discription* terhadap tenaga yang ada sehingga tidak terjadi tumpang tindih tenaga di Puskesmas.

b. Kinerja proses

1. Puskesmas diharapkan menyusun RUK dan RPK dengan merujuk pada pedoman Puskesmas yang sesuai dengan program dan kegiatan Puskesmas
2. Puskesmas diharapkan membuat jadwal lokakarya mini baik bulanan maupun tribulan dan diserahkan kepada dinas kesehatan kabupaten
3. Puskesmas diharapkan membuat replaning sebagai tindak lanjut dari evaluasi tengah tahun bila diperlukan

c. Kinerja output

1. Puskesmas diharapkan melaksanakan program pokok seoptimal mungkin karena program ini menjadi fokus perhatian program.
2. Puskesmas hendaknya memilih program pengembangan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya yang terlebih dulu berkonsultasi dengan dinas

2. Terhadap Dinas Kesehatan

a. Kinerja input

1. Dinas melakukan kajian ketenagaan secara menyeluruh terhadap kebutuhan tenaga Puskesmas yang sesuai dengan program kerja Puskesmas dan kebutuhan kedinasan.
2. Dinas diharapkan membuat kebijakan tertentu perihal pemanfaatan tenaga yang memudahkan Puskesmas mengembangkan kreatifitas program, bila di Puskesmas terdapat spesifikasi tenaga yang banyak

b. Kinerja proses

1. Diharapkan dinas melakukan supervisi perihal pelaksanaan lokakarya mini bulanan dan tribulan.
2. Diharapkan dinas melakukan pelatihan dan pengembangan tenaga untuk peningkatan manajemen Puskesmas.

c. Kinerja output

1. Diharapkan dinas melakukan sosialisasi program lebih dini kepada jajaran Puskesmas.
2. Diharapkan dinas membuat *redesign* atau kebijakan pelaksanaan program pengembangan yang fleksibel sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan Puskesmas.

3. Terhadap Pemerintah Daerah

a. Meningkatkan sarana dan prasarana Puskesmas untuk kepuasan pelayanan masyarakat.

b. Mengalokasikan anggaran Puskesmas sesuai kebutuhan Puskesmas untuk pelaksanaan program dan kegiatan

c. Membantu dan mendorong tenaga di Puskesmas untuk pengembangan SDM, terutama untuk peningkatan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi

DAFTAR PUSTAKA

Azwar, A (1987) *Metodologi Penelitian*, Jakarta, Binarupa Aksara

Clemmer, J (2003), *High Performance Organization Structure and Characteristic* [Internet], bersumber dari <www.clemer.net/exceprts/high performance.shtml> [diakses tanggal 4 April 2003]

Damayanti, NA dan Pudjiraharjo, WJ (2002) *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair, Surabaya

Departemen Kesehatan RI, (2004) *Sistem Kesehatan Nasional*

Departemen Kesehatan RI, (2004) *Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kab / Kota Serta Rumah Sakit*

Departemen Kesehatan RI, (2004) *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*

Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, (2002), *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, Surabaya

Direktur Kesehatan Khusus (2000), *Reformasi Puskesmas Masa Depan*. Jakarta Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan

Departemen Pendidikan Nasional (2002), *Pelaksanaan Akuntabilitas Kinerja Di Lingkungan Departemen Pendidikan Nasional*, Departemen Pendidikan Nasional Biro Hukum dan Organisasi

Gibson, JL Ivanceivien, JM. Dan Donelly.JH (1997) *Organisasi Perilaku Struktur Proses*, Alih Bahasa Oleh : Nunuk A. Jakarta Binarupa Aksara

Handoko Hani .T (2001), *Manajemen Personalia Dan Sumber Daya Manusia*, BPFE Yogyakarta

Hudson, M (2003), *How To Spot a High Performance Organization*, [Internet], bersumber dari <www.bcentral.com/articles/hr/101.asp> [diakses tanggal 4 April 2003]

Hunt, M (2003), *Using Vision and Values To Create a High Performance Organization*, [Internet], bersumber dari <www.fed.org/onlinemag/oct96/lead.html> [diakses tanggal 4 April 2003]

Ilyas Yaslis, (2001) *Kinerja Teori Penilaian Dan Penelitian*, PKM UI Depok Jakarta

Mathis, R.L, (2000), *Human Resource Management*, Edisi Bahasa Indonesia Salemba Empat Jakarta

Mafeo,G & Allen,D (2003), *Developing a Model of High Performance Organizations*, [Internet], bersumber dari <www.rh.edu/~gmaffeo/hpo4.html >[diakses tanggal 4 April 2003]

McLeod, Jr (2001), *Management Information System*, Edisi Bahasa Indonesia, Penerbit Prenhallindo, Jakarta

Murray,CJL & Frenk,J. (2000), *A Framework for Assesing the Performance of Health System*, Bulletin of the work health organization

Muljono, IM (2002), *Kinerja dan Manajemen Strategik*, Pasca Sarjana Unair, Surabaya

Porter,ME (1995), *Competitive Strategi*, Edisi Bahasa Indonesia , Penerbit Erlangga Jakarta

Pierce, Gerald (2002), *Building an Elite Performance Organization*, Journal Business Performance and Management Vol 1 number 1 primiere issue, April 2002

Rais, S (1996), *Analisis Jabatan Untuk Meningkatkan Efektivitas Kinerja*, Airlangga University Press, Surabaya

R.Schermerhon,Jr John (1987), *Improving Health Care Productivity Through High Performance Management Development*, Journal Health Care Manage Rev 1987 12 (4) 49-55

Rochmah,TN & Wulandari,RD (2002), *Teknik Penulisan Ilmiah*, Pasca Sarjana Unair Surabaya

Setyawan,J & Mulyadi (2001), *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*, Salemba Empat, Jakarta

Stoner, JF (1996) *Manajemen*, alih Bahasa oleh Alexander, S, PT Prenhallindo. Jakarta,

Supriyanto, S (2000) *Metodologi Riset* , Pasca Sarjana , Universitas Airlangga Surabaya

Supriyanto,S (2002) *Stategi Pemasaran Pelayanan Kesehatan*, FKM Universitas Airlangga, Surabaya

Supriyanto,S (1999) *Perencanaan Tingkat Puskesmas*, FKM Universitas Airlangga, Surabaya

Supriyono, R.A (1998) *Manajemen Strategi Dan Kebikjaksanaan Bisnis*, BPFE Yogyakarta

Steers R.M (1991), *Motivation And Work Behavior*,Mc Graw-Hill, Singapore

Smith, DM (1995), *Increasing Employee Productivity Job Satisfaction an Organization* ,Commitment, Article Submitted on November 22,1993, was revised and accepted for publication July 3, 1995

Schinnar, AP & Gould, EK.(1990), *Organizational Determinants Of Efficiensy and Effectiveness in Mental Health Partial Care Program*, Journal of Health Services Research 25:2 (June 1990)

Terry,G.R (1986), *Asas Asas Manajemen*, alih Bahasa oleh Winardi

Tjosvold,D.(1986), *The Dynamic Of Interdependence In Organization*, Journal of Human Relation Volume 39, Number 6, 1986 pp 517-540

Tjiptono,F (2001), *Total Quality Management*,Edisi Revisi, Penerbit Adi, Jakarta

Wolinsky, FD (1980) *The Sociology Of Health*, Boston, Toronto, Little Brown and Company

Yudoyono, B (2003), *Otonomi Daerah*, Pustaka Sinar Harapan Jakarta

Zainudin, M (1996) *Metodologi Penelitian*, Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga, Surabaya

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jml	n	%		
1	Promosi kesehatan	1.Kampanye PHBS						
		1.1 Pengkajian PHBs yang dilakukan di Puskesmas						
		a. Jumlah rumah tangga	RT				40	
		b. Jumlah institusi pendidikan (sekolah, madrasah)	Institusi				50	
		c. Jumlah institusi kesehatan (RS, BP, Pustu, Polindes, dll)	Institusi				50	
		d. Jumlah tempat tempat umum (tempat ibadah, ponpes,dll)	TTU				50	
		e. Jumlah tempat kerja (pabrik dan home industri)	buah				60	
		1.2 Intervensi atau penyuluhan yang dilakukan Puskesmas pada						
		a. Rumah tangga	Kali				80	
		b. Institusi pendidikan (sekolah, madrasah)	Kali				90	
		c. Institusi kesehatan (RS, BP, Pustu, Polindes, dll)	Kali				90	
		d. Jumlah tempat tempat umum (tempat ibadah,warung, ponpess, dll)	Kali				100	
		e. Jumlah tempat kerja (pabrik dan home industri)	Kali				110	
		2.Kampanye pemberdayaan masyarakat						
		Jumlah promosi kesehatan kepada kelompok masyarakat di / ke	kali				300	
		- Posyandu						
		- Pos obat desa						
		- TOGA						
		- Saka bakti husada						
		- Lain lain						
		Pencapaian promosi kesehatan (h)					1000	
		Proporsi promosi kesehatan	900					
		Kinerja promosi kesehatan = h/1000 x promosi program						
2	Upaya penyehatan	1. Pengawasan dan pengendalian kualitas air						
	lingkungan	Jumlah sample air bersih	sampel				400	
		Jumlah sample air bersih yang memenuhi syarat						
		Sampel air bersih yang memenuhi syarat untuk diminum						
		2. Pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemu-						
		kiman						
		a. Jumlah TPS/TPA diperiksa 2 kali/tahun dengan tindak lanjut penyemprotan berdasarkan pengukuran kepadatan lalat	TPS/TPA				150	
		b. Jumlah TTU diperiksa dan ditindak lanjuti dengan clorisasi 2 kali / tahun	TTU				150	
		c. Jumlah TPM yang diperiksa 2 kali/tahun dan ditindak lanjuti	TPM				100	
		3.Kursus Penyehatan lingkungan pemukiman						
		a. Jumlah penjamah makanan yang mengikuti kursus dalam setahun	Orang					
		b. Jumlah pengusaha/penanggung jawab TPM yang dibina dalam setahun	Orang				100	
		Pencapaian upaya penyehatan lingkungan (h)					1000	h
		Proporsi upaya penyehatan lingkungan	700					
		Kinerja upaya penyehatan lingkungan =h/1000xproporsi program						

ADLN – Perpustakaan Universitas Airlangga

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jml	n	%		
3	Upaya Perbaikan	1. Pelayanan gizi pada masyarakat						
	Gizi	a. Jumlah bayi 6-11 bulan yang mendapat Vit A 100.000 iU 1 kali	Bayi				150	
		b. Jumlah anak balita (1-4 thn) yang mendapat Vit A 200.000 IU 2 kali / tahun	Balita				150	
		c. Jumlah ibu hamil dengan LILA < 23,5 cm Yng mendapatkan PMT pemulihan	Bumil				100	
		d. Jumlah balita gizi buruk yang mendapatkan PMT pemulihan	Balita				150	
		e. Jumlah balita garis merah mendapat perawatan sesuai standart	Balita				100	
		2. Pemantau status gizi	Balita				250	
		a. Balita ditimbang D / S						
		b. Balita di bawah garis merah yang ditangani secara adekurat						
		3. Peningkatan mutu pelayanan						
		a. Tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur pelayanan KEK/ Anemis	%	100			100	
		b. Tingkat kelengkapan alat dalam pelayanan KEK / Anemis	%	100			100	
		Pencapaian upaya perbaikan gizi (h)					1000	
		Proporsi upaya perbaikan gizi		800				
		Kinerja upaya perbaikan gizi = h/1000 x proporsi program						
4	Kesehatan Ibu dan	1. Kesehatan maternal						
	Anak	a. Jumlah K1	Bumil					40
		b. Jumlah K4 (1-1-2)	Bumil					100
		c. Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan murni	Bumil					140
		d. Jumlah Ibu Nifas yang memperoleh pelayanan standart	Bufas					40
		e. Jumlah kematian maternal yang diaudit	Orang					80
		f. Angka kesinambungan pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh Nakes (PN/K4x 100%)	%	100				100
		2. Upaya kesehatan balita dan anak praa sekolah						
		a. Jumlah KN2	Neonatus					120
		b. Jumlah Kematian perinatal yang diaudit	Neonatus					80
		c. Jumlah yang dideteksi dan stimulasi tumbuh kembangnya	Anak					100
		- Bayi						
		- Anak Balita						
		- Anak Sekolah						
		3. Peningkatan mutu pelayanan						
		a.Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan ANC	%	100				100
		b. Tingkat kelengkapan alat kesehatan untuk ANC	%	100				100

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

		Pencapaian kesehatan ibu dan anak (h)					1000	
		Proporsi kesehatan ibu dan anak	1300					
		Kinerja kesehatan ibu dan anak = h/1000 x proporsi program						
5	Keluarga Berencana	1. Pelayanan pada akseptor						
		a. Jumlah aksseptor baru semua metode	Akseptor				400	
		- Jumlah akseptor baru MKJP						
		- Jumlah akseptor baru non MJK						
		b. Jumlah akseptor aktif semua metode yang memperoleh pengayonan medis	Akseptor				200	
		- Jumlah akseptor aktif MKJP						
		c. Jumlah kasus kegagalan semua metode yang ditangani	orang				60	
		d. Jumlah kasus efek samping semua metode yang ditangani	orang				60	
		e. Jumlah kasus komplikasi semua metode yang ditangani	orang				80	
		2. Peningkatan mutu pelayanan						
		a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan kontrasepsi	%	100			100	
		b. Tingkat kelengkapan alat dalam pelayanan kontrasepsi	%	100			100	
		Pencapian keluarga berencana (h)					1000	h
		Proporsi keluarga berencana	1300					
		Kinerja keluarga berencana = h/1000 x proporsi program						
6	Pemberantasan	1. Pelayanan Imunisasi						
	Penyakit Menular	a. DPT -1	Bayi				20	
		b. HB -3	Bayi				20	
		c. Campak	Bayi				30	
		d. Polio 4	Bayi				30	
		e. DT pada murid SD / MI kelas 1	Murid				20	
		f. TT pada murid SD / MI kelas II s/d III	Murid				20	
		g. Angka kesinambungan pelayanan imunisasi bayi (D1-P4)	%	100			50	
		h. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan perjenis imunisasi	%	100			25	
		I. Tingkat kelengkapan prasarana medis	%	100			25	
		2. Pengamatan epidomologi						
		a. Sensus harian penyakit potensi wabah	hari				50	
		b. Grafik minimum-maksimum mingguan penyakit potensi wabah	%				50	
		c. Monitoring mingguan penyakit potensial wabah	%	52			50	
		d. Tindak lanjut penanggulangan KLB (PE)	%				100	
		e. Pemantauan wilayah setempat	%				50	
		- Immunisasi						
		- KIA						
		- Gizi						
		3. Pemberantasan penyakit						
		a. Diare						
		* Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan diare	%	100			25	
		* Tingkat kelengkapan alat pelayanan diare	%	100			25	
		b. Batuk dan kesulitan bernafas						

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

		- Jumlah pneumonia balita yang ditemukan						
		- Jumlah kasus pneumonia balita yang meninggal						
		* Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan ISPA	%	100			25	
		* Tingkat kelengkapan alat pelayanan ISPA	%	100			25	
		c. Demam berdarah dengue (DBD)						
		* Jumlah rumah yang dilakukan pemeriksaan jentik berkala(PJB)	rumah				70	
		* Jumlah fogging yang dilakukan (dibanding kasus DBD)	kali				70	
		* Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur penanganan DBD	%	100			25	
		* Tingkat kelengkapan alat pelayanan DBD	%	100			25	
		d. TB Paru						
		* Jumlah pengambilan & fiksasi sputum tersangka penderita TB	sputum				30	
		jumlah penderita baru BTA ppositif yang ditemukan						
		* Jumlah penderita baru BTA positif yang diobati dengan DOTS	penderita				30	
		* Jumlah penderita BTA positif yang konversi	penderita				30	
		* Tingkat kelangsungan pengobatan TB paru	penderita				30	
		* Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan TB paru	penderita				25	
		* Tingkat kelengkapan alat pelayanan TB paru	%				25	
		Pencapaian pemberantasan penyakit menular (h)					1000	h
		Proporsi pemberantasan penyakit menular	1000					
		Kinerja pemberantasan penyakit menular =h/1000xproporsi program						
7	Pengobatan							
		1. Kunjungan rawat jalan						
		a. Jumlah kunjungan kasus baru	Kunjungan				70	
		b. Jumlah kunjungan kasus lama	Kunjungan				70	
		c. Visit rate (jumlah kunjungan / jumlah penduduk)	%				80	
		2. Pemeriksaan laboratorium sederhana						
		a. Darah	specimen				30	
		b. Urine	specimen				30	
		c. Feces termasuk telur cacing	specimen				30	
		d. Tes kehamilan	specimen				30	
		e. Jumlah pemeriksaan BTA	specimen				30	
		f. Jumlah pengambilan persediaan darah malaria	specimen				15	
		g. Jumlah pemeriksaan sediaan darah malaria	specimen				15	
		h. Tingkat kebenaran hasil pemeriksaan BTA	%				50	
		I. Tingkat kebenaran hasil pemeriksaan sediaan darah malaria	%				50	
		3. Penanganan kasus						
		Jumlah kasus GD yang ditemukan.....kasus						
		a. Jumlah kasus GD yang ditangani di Puskesmas	kasus				200	
		b. Jumlah kasus GD yang ditemukan yang dirujuk ke RS	kasus				100	
		* Maternal						
		* Neonatal						
		* Bayi						
		* Anak balita						
		* Kasus kecelakaan (lalu lintas)						
		* Penyakit potensial KLB						

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

		4. Peningkatan mutu pelayanan						
		a. Tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur pelayanan pengobatan	%	100			100	
		b. Tingkat kelengkapan alat dalam pelayanan pengobatan	%	100			100	
		Pencapaian pengobatan (h)					2000	h
		Proporsi pengobatan	800					
		Kinerja pengobatan = h/1000xproporsi program						

Form P2 KP bidang Manajemen Puskesmas di Kabupaten Pasuruan tahun 2003

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jml	n	%		
1	Perencanaan							
		Menyusun rencana						
		a. Menyusun RUK sesuai standart	%	100			250	
		* Membentuk tim penyusun lintas program dipimpin kepala Puskesmas	tim	ada				
		* Orientasi proses penyusunan	kegiatan	ada				
		* Mempelajari petunjuk dari Kabupaten / Kota	kegiatan	ada				
		* Pengumpulan data umum dan lingkungan	kegiatan	ada				
		* Pengumpulan data pencapaian kegiatan tahun sebelumnya	kegiatan	ada				
		* Analisis masalah dan alternatif pemecahan masalah *(team based problem solving)*	kegiatan	ada				
		* Penyusunan RUK (dilengkapi inventaris, kebutuhan, tambahan, usulan pembiayaan)	kegiatan	ada				
		b. Menyusun RPK sesuai standart	%	100			250	
		* Rencana kegiatan bulanan (Dinamis)	daftar	ada				
		* Rencana pembiayaan bulanan	daftar	ada				
		* Menyusun pelaksana jadwal kegiatan	daftar	ada				
2	Pelaksanaan	Memantau proses pelaksanaan dan hasil kegiatan Puskesmas						
		a. Menyelenggarakan pertemuan lokakarya mini bulanan di Puskesmas	kali	12			100	
		b. Menyelenggarakan pertemuan lokakarya mini tribulan di Puskesmas	kali	2			100	
3	Penilaian	Evaluasi hasil pelaksanaan	%	100				
		a. Melakukan penilaian kinerja Puskesmas (evaluasi tahunan)	notulen	ada				
		b. Melakukan analisis data sesuai pedoman	notulen	ada				
		c. Melakukan penyajian informasi hasil analisis	visualisasi	ada				
		d. Melakukan identifikasi masalah dan menentukan prioritas masalah	notulen	ada				
		e. Menyusun jadwal kegiatan	jadwal	ada				
		f. Monitoring pencapaian bulanan						
		g. Monitoring pencapaian tri bulan						
		h. Melakukan evaluasi tengah tahunan/semester	kegiatan	ada				
		i. Melakukan replaning hasil evaluasi tengah tahun	rencana	ada				
		Pencapaian manajemen operasional (h)					1000	h
		Proporsi manajemen operasional	1200					
		Kinerja manajemen operasional = h/1000xproporsi program						

Form Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas (PPKP) Program Pengembangan di kabupaten Pasuruan tahun 2003

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Uraian/Satuan	Jml	n	%		
1	Upaya kesehatan							
	anak usia sekolah							
	dan remaja							
		1. Jumlah murid yang dilakukan penjaringan kesehatannya						
		a. Murid kelas 1 SD / MI	murid				100	
		b. Murid kelas 1 SLTP / MTs	murid				150	
		c. Murid kelas 1 SMA / MA	murid				200	
		2. Frekuensi pembinaan kesehatan disekolah						
		a. Di SD / MI	kali				50	
		b. Di SLTP/MTs...../.....kali	kali				75	
		c. Di SMU/MA...../.....kali	kali				75	
		3. Frekuensi penyuluhan KRR / WUS						
		a. Di sekolah	kali				50	
		b. Di luar sekolah	kali				100	
		4. Jumlah konseling remaja	kali				200	
		Pencapaian upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja (h)					1000	
		Proporsi upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja	200					
		Kinerja upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja						
		= h/1000 x proporsi program						
2	Upaya kesehatan							
	gigi dan mulut							
		1. Upaya pembinaan / pengembangan kesehatan gigi						
		a. Frekuensi penyuluhan kesehatan gigi dimurid TK	kali				100	
		b. Demo sikat gigi massal di SD/MI (2 kali setahun)	kali				200	
		2. Pelayanan kesehatan gigi	kasus				200	
		a. Jumlah perawatan gigi yang ditangani						
		- Jumlah bumil dapat perawatan gigi .....orang						
		- Jumlah balita dapat perawatan gigi .....orang						
		- Jumlah murid TK /APRAS dapat perawatan gigi.....orang						
		- Jumlah murid SD/MI dapat perawatan gigi.....orang						
		b. Jumlah murid SD/MI yang mendapat pelayanan kesehatan gigi paripurna	murid				200	
		c. Rasio gigi cepat yang ditambal terhadap gigi yang dicabut.....	%				100	
		3. Peningkatan mutu pelayanan						
		a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan gigi	%				100	
		b. Tingkat kelengkapan alat untuk pelayanan gigi	%				100	
		Penncapaian upaya kesehatan gigi dan mulut (h)					1000	h
		Proporsi upaya kesehatan gigi dan mulut	200					
		Kinerja upaya kesehatan gigi dan mulut = h/1000 x proporsi program						

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jml	n	%		
3	P2M	**1. Upaya pencegahan & penanggulangan malaria**						
		a. ABER (Annual Blood Examine Rate)					200	
		b. Jumlah penderita diberi pengobatan malaria	penderita				200	
		c. Jumlah Follow up pengobatan	TL	400				
		Angka kesakitan malaria (Annual parasit insidens).....%						
		CFR (Case Fatality Rate).....%						
		2. Penyakit kusta						
		a. Pemeriksaan tersangka kusta	%				50	
		b. Pengobatan	%				50	
		c. R.F.C (Relief From Control)	%				50	
		d. R.F.T (Relief From Treatment)	%				50	
		3. PMS (Penyakit Menular Sexual)						
		a. U.P (penggunaan disemua sarkes)	%				50	
		b. Pennanggulangan PMS terpadu	%				50	
		4. Frambosia						
		a. Pemeriksaan teersangka frambosia	%				50	
		b. Pengobatan	%				50	
		5. Peningkatan mutu pelayanan						
		a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan malaria	%				100	
		b. Tingkat kelengkapan alat untuk pelayanan malaria	%				100	
		Pencapaian pemberantasan penyakit menular(h)					1000	h
		Proporsi pemberantasan penyakit menular	50					
		Kinerja pemberantasan penyakit menular =h/1000 x propporsi program						
4	Upaya Perbaikan							
	Gizi	1. Pemberian zat besi dan Vit A pada sasaran	orang				250	
		a. Pada remaja putri (16 tablet) ..... Orang						
		b. Pada balita (syrup) ..... Balita						
		c. Bumil yang mendapat Vit A ..... Orang						
		- Bufas yang mendapat Vit . A ..... Orang						
		2. Pemberian kapsul iodium pada daerah gondok endemik					250	
		a. Anak SD ..... murid						
		b. Wanita Usia Subur ..... Wanita						
		3. Pemantau pola konsumsi terhadap 20 KK (perdesa 4x/tahun)	kali				100	
		a. Rumah tangga yang menkonsumsi garam beryodium	RT				100	
		b. Bayi yang mendapat ASI exklusif	Bayi				100	
		4. Jumlah kunjungan pojok gizi	kali				250	
		Pencapaian upaya perbaikan gizi					1000	h
		Proporsi upaya perbaikan gizi	100					
		Kinerja upaya perbaikan gizi = h/1000 x proporsi program						

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jml	n	%		
5	Upaya Penyehatan							
	Lingkungan	1. Upaya pengawasan kualitas lingkungan						
		a. Frekuensi penyuluhan pada POKMAR	kali				250	
		b. Jumlah rujukan sampel limbah industri	sampel				250	
		2. Pengendalian vektor						
		a. Jumlah rumah yang diberi abatisasi	rumah				250	
		- massal.....rumah						
		- selektif.....rumah						
		- tempat perindukan vektor malaria yang diawasi.....lokasi						
		b. Jumlah tempat perindukan malaria yang ditindak lanjuti	TL				250	
		- Diberi larvaciding... .....tempat						
		- Diberi biological .....tempat						
		- Diberi penyemprotan (spraying).....tempat						
		Pencapaian upaya penyehatan lingkungan					1000	
		Proporsi upaya penyehatan lingkungan						
		Kinerja upaya penyehatan lingkungan = h/1000 x proporsi program						
6	Upaya Pelayanan							
	Rawat Inap di Pus-							
	kesmas dengan TT							
		1. Orang - hari rawat setahun	penderita				200	
		2. BOR	%				200	
		3. Hari rawat rata-rata (ALOS)	hari				200	
		Kematian kasus setelah dirawat >48 jam (nilai negative)	kasus				0	
		4. Jumlah kasus Pneumonia ditangani sendiri khusus Puskesmas TT	kasus				400	
		Pencapaian upaya pelayanan rawat inap di Puskesmas dengan TT (h)					1000	
		Proporsi upaya pelayanan rawat inap di Puskesmas dengan TT	200					
		Kinerja upaya pelayanan rawat inap di Puskesmas dengan TT						
		= h/1000 x proporsi program						
7	Laboratorium							
		1. Golongan darah	specimen				150	
		2. BTA, untuk Kusta	specimen				150	
		3. VDRL	specimen				150	
		4. Gula Darah	specimen				150	
		5. Pemeriksaan trombosit pada kasus tersangka DBD	specimen				150	
		6. Pemeriksaan PCV/hematokrit pada kasus tersangka DBD	specimen				150	
		7. Jumlah kasus yang dirujuk	specimen				100	
		Pencapaian laboratorium					1000	h
		Proporsi laboratorium	50					
		Kinerja laboratorium =h/1000 x proporsi program						

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jmt	n	%		
8	Upaya Kesehatan							
	Usia Lanjut							
		1. Jumlah kelompok usia lanjut yang dibina sesuia standardt	kelompok				350	
		2. Frekuensi pembinaan kelompok USILA	kali				350	
		3. Jumlah USILA yang mendapatkan pelayanan kesehatan						
		di posyandu USILA	orang				300	
		Pencapaian upaya kesehatan USILA					1000	h
		Proporsi upaya kesehatan USILA	100					
		Kinerja upaya kesehatan USILA =h/1000 x proporsi program						
9	Upaya Kesehatan							
	Olahraga							
		Pemeriksaan kesegaran jasmani yang dilakukan	5 % jml penduduk				500	
		a. Pada murid SD .....orang						
		b. Pada murid SLTP .....orang						
		c. Pada murid SLTA.....orang						
		d. Pada masyarakat.....orang						
		Pencapaian upaya kesehatan olah raga					1000	h
		Proporsi upaya kesehatan olah raga	50					
		Kinerja upaya kesehatan olah raga = h/1000 x proporsi program						
10	Pemberdayaan							
	Masyarakat Dalam							
	Kemandirian Hidup							
	Sehat	1. Bina kesehatan tradisional						
		a. Jumlah Batra yang dibina	kelompok				250	
		b. Frekuensi pembinaan Batra	kali				250	
		2. JPKM						
		a. Jumlah GAKIN memiliki kartu JPKM	gakin				250	
		b. Jumlah kunjungan GAKIN memanfaatkan kartu JPKM	ju				250	
		Pencapaian pemberdayaan masyarakat dalam kemandirian hidup						
		sehat (h)					1000	
		Proporsi pemberdayaan masyarakat dalam kemandirian hidup sehat	300					
		kinerja pemberdayaan masyarakat dalam kemandirian hidup sehat						
		= h/1000 x proporsi program						
11	Pemeriksaan							
	Penunjang							
		1. Pemeriksaan USG	kali				250	
		2. Pemeriksaan Radiologis	kali				250	
		3. Pemeriksaan EKG	kali				250	
		4. Pemeriksaan lainnya	kali				250	
		Pencapaian pemeriksaan penunjang (h)					1000	h
		Proporsi pemeriksaan penunjang	50					
		kinerja pemeriksaan penunjang = h/1000 x proporsi program						

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jml	n	%		
12	Upaya kesehatan							
	kerja							
		1. Frekuensi penyuluhan UKK yang dilakukan	kali				500	
		a. Pada kelompok pengusaha ..... Kelompok						
		b. Pada kelompok pekerja..... Kelompok						
		2. Jumlah kader yang diberi pelatihan ketrampilan P3K	orang					
							500	
		Pencapaian upaya kesehatan kerja (h)					1000	h
		Proporsi upaya kesehatan kerja	50					
		Kinerja upaya kesehatan kerja = h/1000 x proporsi program						
13	Upaya kesehatan							
	jiwa / mental							
		- Jumlah kasus mental yang ditemukan.....kasus						
		- Jumlah kasus mental yang dirujuk .....kasus						
		1. Jumlah kasus mental yang ditangani Puskesmas	orang				500	
		2. Frekuensi penyuluhan kesehatan mental (NAPZA) dll	kali				500	
		Pencapaian upaya kesehatan jiwa/mental					1000	h
		Proporsi upaya kesehatan jiwa / mental	100					
		Kinerja upaya kesehatan jiwa / mental = h/1000 x proporsi program						
14	Upaya kesehatan							
	indera							
		1. Upaya pencegahan kebutaan						
		a. Jumlah orang yang diperiksa matanya (visus, katarak)	orang				200	
		b. Frekuensi penyuluhan operasi katarak	kali				400	
		2. Upaya pencegahan gangguan pendengaran					200	
		Jumlah orang yang diperiksa kesehatan telinga	orang					
		3. Peningkatan mutu pelayanan						
		a. Tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan mata	%				100	
		b. Tingkat kelengkapan alat untuk pelayanan mata	%				100	
		Pencapaian upaya kesehatan indera					1000	h
		Proporsi upaya kesehatan indera	50					
		Kinerja upaya kesehatan indera = h/1000 x proporsi program						

No	Program	Kegiatan	Target		Realisasi		Bobot	Nilai
			Satuan	Jml	n	%		
15	Upaya kesehatan							
	matra							
		1. Jumlah calon jemaah haji yang diperiksa	orang				300	
		2. Jumlah haji yang dilacak	orang				400	
		3. Jumlah calon transmigran yang diperiksa	orang				300	
		Pencapaian upaya kesehatan matra					1000	h
		Proporsi upaya kesehatan matra	100					
		Kinerja upaya kesehatan matra = h/1000 x proporsi program						
16	Upaya peningkatan							
	mutu pelayanan							
	kesehatan	1. Tingkat pengetahuan provider						
		a. Penatalaksanaan pemeriksaan ANC	%	100			10	
		b. Penatalaksanaan pelayanan imunisasi	%	100			10	
		c. Penatalaksanaan pelayanan Diare	%	100			10	
		d. Penatalaksanaan pelayanan batuk dan kesulitan bernafas	%	100			10	
		e. Penatalaksanaan DBD	%	100			10	
		f. Penatalaksanaan Malaria	%	100			10	
		g. Penatalaksanaan kesehatan bayi	%	100			10	
		h. Penatalaksanaan balita kurang energi kronis/anemia	%	100			10	
		i. Pelayanan kontrasepsi	%	100			10	
		j. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut	%	100			10	
		2. Tingkat kepuasan petugas						
		a. Fasilitas kerja	%	100			20	
		b. Hubungan dengan atasan	%	100			20	
		c. Hubungan dengan teman sekerja	%	100			20	
		d. Tugas yang dibebankan	%	100			20	
		e. Hasil yang dicapai	%	100				
		3. Pengetahuan konsumen						
		a. Penatalaksanaan pemeriksaan ANC	%	100			10	
		b. Penatalaksanaan pelayanan imunisasi	%	100			10	
		c. Penatalaksanaan pelayanan Diare	%	100			10	
		d. Penatalaksanaan pelayanan batuk dan kesulitan bernafas	%	100			10	
		e. Penatalaksanaan DBD	%	100			10	
		f. Penatalaksanaan Malaria	%	100			10	
		g. Penatalaksanaan kesehatan bayi	%	100			10	
		h. Penatalaksanaan balita kurang energi kronis/anemia	%	100			10	
		i. Pelayanan kontrasepsi	%	100			10	
		j. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut	%	100			10	
		4. Tingkat pengetahuan konsumen						
		a. Informasi	%	100			20	
		b. Fasilitas	%	100			20	
		c. Aksesibilitas	%	100			20	
		d. Keamanan pelayanan	%	100			20	
		e. Kenyamanan	100%				20	
		Pencapaian upaya peningkatan mutu YANKES (h)					400	h
		Proporsi upaya peningkatan mutu YANKES	350					
		Kinerja upaya peningkatan mutu YANKES = h/1000 x proporsi program						