



UNIVERSITAS INDONESIA

**NILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS
BERBASIS INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2005**

Disusun Oleh :

**ANANG SUJANA
NPM : 7005012509**

**PROGRAM PASCASARJANA
STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI
PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS
BERBASIS INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2005**

Disusun Oleh :

**ANANG SUJANA
NPM : 7005012509**

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INFORMATIKA KESEHATAN
Tesis, Juli 2008**

Anang Sujana

“Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas Berbasis Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor”

x + 172 halaman, 34 Tabel, 31 Gambar, 20 lampiran

ABSTRAK

Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi puskesmas yang dilakukan secara menyeluruh dari ketiga aspek yaitu aspek program, aspek manajemen dan aspek mutu/kualitas pelayanan.

Dalam tesis ini, penilaian kinerja puskesmas hanya dilakukan pada kinerja 6 program pelayanan upaya kesehatan wajib puskesmas (*basic six*) yaitu 1) Pelayanan KIA/KB dengan 7 indikator kinerja, 2) Pelayanan Pengobatan dengan 2 indikator kinerja, 3) Pelayanan Perbaikan Gizi dengan 7 Indikator kinerja, 4) Pelayanan P3M dengan 8 indikator kinerja, 5) Pelayanan Keselamatan Lingkungan dengan 3 indikator kinerja, 6) Pelayanan Promosi Kesehatan dengan 4 indikator kinerja. Total indikator kinerja semuanya ada 31 indikator yang didasarkan pada indikator SPM Bidang Kesehatan.

Metodologi yang digunakan dalam Tesis ini adalah metode *System Depelovment Life Cycle (SDLC)* yang terdiri dari : Perencanaan dan analysis sistem, design system, implementasi system dan perawatan system. Sedangkan manajemen database menggunakan konsep Data Base Manajemen System (DBMS), dimana untuk menilai apakah hasil pengembangan system berjalan dengan baik, maka dilakukan uji coba

prototype di Laboratorium Komputer Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Input data menggunakan laporan SP3 puskesmas berikut suplemennya dan diproses dengan menggunakan aplikasi program SI-PKP yang secara otomatis dapat menghasilkan output berupa informasi klasifikasi kinerja puskesmas yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik. PKP pada Tesis ini hanya dilakukan terhadap 20 UPTD Puskesmas (50%) dari total 40 UPTD Puskesmas yang ada di Kabupaten Bogor dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 7 UPTD Puskesmas (35%) masuk klasifikasi Baik (warna hijau), 6 UPTD Puskesmas (30%) masuk kategori cukup (warna kuning) dan 7 UPTD Puskesmas (35%) masuk klasifikasi kurang (warna merah).

Informasi yang dihasilkan tersebut kiranya dapat dijadikan dasar bagi manajemen untuk intervensi program atau *reward dan punishment*. Manajemen masih perlu juga melakukan pengembangan system ini, sehingga betul-betul dapat diaplikasikan dan memenuhi kebutuhan system secara keseluruhan.

Daftar bacaan : 51 (1992 : 2007)



**POST GRADUATE PROGRAM
STUDY PROGRAM OF PUBLIC HEALTH
HEALTH INFORMATICS**

Thesis, July 2008

Anang Sujana

"Information System Development on Performance Assessment of Mandatory Health Effort at Primary Health Care Based on Indicator of Minimize Service Standard (SPM) at Health Department in Bogor District"

x + 172 pages, 34 tables, 31 figures, 20 appendices

ABSTRACT

Performance Assessment at Primary Health Care (PKP) is an effort for doing assessment of job result or achievement at Primary Health Care which has been done by totally from three aspects including program, management and service quality aspect.

In this thesis, performance assessment at Primary Health Care is only done by performance of 6 service programs of mandatory health effort at Primary Health Care (basic six) such as 1) KIA/KB service by 7 performance indicators, 2) Medical service by 2 performance indicators, 3) Nutrition improvement by 7 performance indicators, 4) P3M service by 2 performance indicators, 5) Environment safety service by 8 performance indicators, 6) Health promotion service by 4 performance indicators. All of performance indicators are 31 indicators which based on indicator of minimize service standard at Health Department.

Methodologies which are used in this Thesis are System Development Life Cycle (SDLC) consisting: Planning and analysis system, design system, implementation system and care system. While database management used a Data Base Management System (DBMS) concept for assessing development result system has been run better, so it has been done by prototype test at Computer Laboratory of Public Health in Indonesia University.

Data Input used SP3 reports at Primary Health Care and their supplements and then they were processed by using SI-PKP program application of program which can spend output in the form of performance classification information at Primary Health Care which were presented in the form of tables and graphics. PKP on this thesis was only done to 20 UPTD at Primary Health Care (50%) from total of 40 UPTD at Primary Health Care in Bogor district by study result indicated that amount of 7 UPTD at Primary Health Care (35%) were a good classification (green color), 6 UPTD at Primary Health Care (30%) were medium category (yellow color) and 7 UPTD at Primary Health Care (35%) were less classification (red color).

From information above presumably can be made based on management for program intervention or reward and punishment. Management still needs to do this system development, so it can be implemented seriously and fulfill a requirement system as a whole.

References: 51 (1992 - 2007)



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI
PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS
BERBASIS INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2005**

**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Disusun Oleh :

**ANANG SUJANA
NPM : 7005012509**

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Panitia Sidang Ujian Tesis Magister Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, Juli 2008

Pembimbing I



Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso, SKM

Pembimbing II



Dr. Drs. Tris Eryando, MA

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

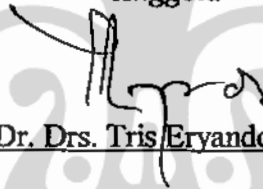
Depok, Juli 2008

Ketua



Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso, SKM

Anggota



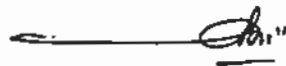
Dr. Drs. Tris Eryando, MA

Anggota



Ede Surya Darmawan, SKM, MDM

Anggota



Didik Supriono, SKM, M.Kes

Anggota



Rahmi Winandari, SKM, M.Kes

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama : Anang Sujana

NPM : 7005012509

Peminatan : Informatika Kesehatan

Tahun Akademik : 2005/2006

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak melakukan flagiat dalam penulisan Tesis dengan judul :

“PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS BERBASIS INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2005”

Apabila suatu hari nanti terbukti saya melakukan tindakan flagiat, maka saya bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan saya ini dibuat dengan sebenar-benarnya

Depok, Juni 2008



ANANG SUJANA

LEMBAR PERSEMBAHAN

*Barang Siapa Naik Mimbar Tanpa Persiapan,
Maka Akan Turun Tanpa Penghormatan
(Cicero)*

Karya Ini Kupersembahkan Untuk :

*Istriku(Winda) Dan Kedua Putriku Tersayang(Naura Dan Nanda)
Serta "Janin (7 Bln)" Yang Masih Berada Dalam Kandungan.
Semoga Engkau Kelak Menjadi Anak Yang Menghargai Ilmu*

*Tak Lupa Untuk Kedua Orang Tuaku,
Kakak dan Adiku Beserta Keluarga Besar di Sumedang*

Serta Ibu Mertuaku dan Keluarga Besar di Padang dan Jakarta

*Terima Kasih Atas Dukungan dan Doa-nya,
Semoga Allah SWT Melindungi Kita Semua. Amin...*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Robbul 'alamin, yang mana atas berkah dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Tesis ini.

Tesis ini disusun sebagai tugas akhir dalam rangka menyelesaikan perkuliahan pada Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Informatika Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Indonesia.

Judul yang diambil dalam Tesis ini adalah ***“Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas Berbasis Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2005 ”***. Judul ini diambil mengingat di Kabupaten Bogor – tempat penulis bekerja – sampai saat ini belum mempunyai sebuah metoda penilaian kinerja puskesmas secara sistematis, sehingga penulis bermaksud untuk mengembangkannya.

Penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu sehingga Tesis ini dapat diselesaikan. Semoga Allah SWT membalas segala amal baik Bapak/Ibu sekalian.

Dalam penulisan Tesis ini tentunya masih banyak kekurangan baik dari segi substansi maupun sistem informasi. Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik/masukan dari pembaca sehingga dapat dilakukan perbaikan pada di masa yang akan datang.

Bogor, Juli 2008

PENULIS

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

1. Nama : Anang Sujana
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Tempat/Tgl Lahir : Sumedang, 18 Oktober 1971
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
6. Alamat Rumah : Jl. Moh Noh Nur No. 32 Leuwiliang Bogor
7. Alamat Pekerjaan : Jl. Prada Samlawi No. 6 Rumpin Bogor

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 1984 : Lulus SDN Wado I Sumedang
2. Tahun 1987 : Lulus SMPN Wado Sumedang
3. Tahun 1990 : Lulus SPK Depkes RI Bogor
4. Tahun 2000 : Lulus S1 FKM UI Depok
5. Tahun 2008 : Lulus S2 PS IKM FKM UI Depok

C. Riwayat Pekerjaan

1. Tahun 1991-1998 : Pelaksana Perawat di Puskesmas Leuwiliang
2. Tahun 1999-2001 : Kaur TU KCD Kesehatan Leuwiliang
3. Tahun 2002-2003 : Kasubsi Yankes Dasar Dinkes Kab. Bogor
4. Tahun 2004 : Plh. Kasie Yankesdasruj Dinkes Kab. Bogor
5. Tahun 2005-2006 : Staf Bidang Progkes Dinkes Kab. Bogor
6. Tahun 2007- Skrg : Ka UPTD Puskesmas Wil Kec. Rumpin

DAFTAR ISI

	Hal
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
1. Masalah sistem informasi	7
2. Masalah kesehatan masyarakat	8
C. Pertanyaan Penelitian	9
D. Tujuan	10
1. Tujuan umum	10
2. Tujuan khusus	10
E. Manfaat penelitian	11
1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor	11
2. Bagi puskesmas	11
3. Bagi penulis	11
F. Ruang Lingkup Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Sistem Informasi	13
1. Pengertian sistem	13
2. Pengertian informasi	14
3. Pengertian sistem informasi	16
4. Pengertian sistem informasi kesehatan	19
5. Pengembangan sistem informasi	20
B. Pemrograman Borland Delphi 7	24
1. Pengertian Delphi	24
2. Kegunaan Delphi	25
3. Keunggulan Delphi	25
C. Puskesmas	26

1.	Pengertian puskesmas	26
2.	Visi puskesmas	27
3.	Misi puskesmas	28
4.	Tujuan puskesmas	28
5.	Fungsi puskesmas	29
6.	Upaya puskesmas	31
D.	Penilaian Kinerja	37
1.	Pengertian kinerja	37
2.	Pengertian standar dan indikator	38
3.	Pengertian penilaian kinerja puskesmas	39
4.	Ruang lingkup penilaian kinerja puskesmas	39
E.	Standar Pelayanan Minimal	41
1.	Pengertian SPM	41
2.	Indikator SPM	41
3.	Urusan wajib	42
4.	Urusan pilihan	46
BAB III	KERANGKA PIKIR	
A.	Kerangka Pikir	48
B.	Definisi Operasional	50
BAB IV	METODOLOGI PENGEMBANGAN SISTEM	
A.	Entitas	58
B.	Pengumpulan Data dan Informasi	60
1.	Metoda pengumpulan data	60
2.	Sumber informasi dan informan	62
C.	Analisis Data	63
D.	Tahap-Tahap Pengembangan Sistem	63
1.	Perencanaan sistem dan analisis kelayakan	63
2.	Analisis sistem	65
3.	Perancangan sistem	66
4.	Rancangan basis data	67
5.	Pembuatan prototype dan aplikasi program	67
6.	Perancangan teknologi dan sistem operasi	69
E.	Lokasi Pengembangan Sistem	69
BAB V	HASIL PENELITIAN	
A.	Gambaran Umum Kabupaten Bogor	70
1.	Kondisi geografi	70
2.	Kondisi demografi	74
B.	Gambaran Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor	78
1.	Struktur organisasi	78
2.	Visi, Misi, Strategi, Program dan Sub Program	78
3.	Sumber daya kesehatan	83

4. Gambaran kinerja puskesmas	88
C. Perencanaan Sistem	98
D. Kajian Analisis Sistem	99
1. Masalah input	99
2. Masalah proses	102
3. Masalah output	104
E. Masalah Kesehatan Masyarakat	104
F. Masalah Sistem Informasi	108
G. Analisis Kebutuhan Sistem Informasi	110
H. Alternatif Pemecahan Masalah	112
1. Pembuatan pemodelan	114
2. Design input	119
3. Design output	121
4. Design basis data	122
I. Pembuatan Prototype	126
1. Pembuatan interface	126
2. Penentuan hardware dan software	127
3. Tampilan aplikasi program	129
J. Uji Coba Prototype	137
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Pengembangan Sistem Informasi	138
B. Identifikasi Masalah Sistem Informasi	139
1. Masalah input	139
2. Masalah proses	141
3. Masalah output	141
C. Perbandingan Sistem	155
1. Keunggulan SI-PKP	156
2. Kelemahan SI-PKP	157
D. Keterbatasan Penelitian	159
E. Pembahasan Indikator Kinerja	160
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	168
B. Saran	170

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

<i>Nomor Tabel</i>		<i>Halaman</i>
Tabel 1.1	Pencapaian Indikator SPM Bidang Kesehatan Berdasarkan UKW Pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	5
Tabel 3.1	Variabel dan Definisi Operasional	50
Tabel 4.1	Pengelompokan Mekanisme Pengumpulan Data	61
Tabel 4.2	Komponen Uji Kelayakan Prototype	67
Tabel 5.1	Situasi Geografis Kecamatan di Kab. Bogor	72
Tabel 5.2	Jumlah Penduduk Menurut Umur dan Jenis Kelamin di Kab. Bogor Tahun 2005.....	75
Tabel 5.3	Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling Menurut Kecamatan di Kab. Bogor Tahun 2005	84
Tabel 5.4	Persebaran Tenaga Kesehatan Menurut Unit Kerja Puskesmas dan Dinas Kesehatan di Kab. Bogor Tahun 2005	86
Tabel 5.5	PAD dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kab. Bogor Tahun 2005	87
Tabel 5.6	Persentase Jumlah K4, Bumil Risti dan Linakes UPTD Puskesmas pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	88
Tabel 5.7	Cakupan UCI Desa pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	90
Tabel 5.8	Cakupan Kinerja Jumlah BGM Program Gizi UPTD Puskesmas pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	91
Tabel 5.9	Jumlah Kunjungan Pasien ke Puskesmas pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	93

Tabel 5.10	Cakupan Angka Bebas Jentik Program Kesling pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	94
Tabel 5.11	Cakupan Klasifikasi Pos Yandu Program Promosi Kesehatan pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	97
Tabel 5.12	Perencanaan Pengembangan SI-PKP pada Dinkes Kab. Bogor	98
Tabel 5.13	Jumlah Kunjungan Puskesmas Menurut Status Kunjungan Baru dan Lama pada 20 UPTD Puskesmas Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	100
Tabel 5.14	Cakupan Kinerja Program Linakes pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	104
Tabel 5.15	Hasil Wawancara Tentang Masalah Kesmas (kinerja puskesmas) pada Dinkes Kab. Bogor	107
Tabel 5.16	Hasil Wawancara Masalah SI-PKP pada Dinkes Kab. Bogor	108
Tabel 5.17	Hasil Wawancara Kebutuhan Informasi (PKP) pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	110
Tabel 5.18	Variabel Design Input PKP di Kab. Bogor	120
Tabel 5.19	Tabel Master SI-PKP	122
Tabel 5.20	Tabel Puskesmas SI-PKP	123
Tabel 5.21	Tabel Indikator SI-PKP	123
Tabel 5.22	Tabel Kunjungan SI-PKP	123
Tabel 5.23	Tabel Pelayanan SI-PKP	124
Tabel 5.24	Tabel Target SI-PKP	124
Tabel 5.25	Tabel Variabel Pelayanan SI-PKP	124
Tabel 5.26	Tabel User Name SI-PKP	124
Tabel 6.1	Analisa Masalah SI (Komponen Input) PKP	139

Tabel 6.2	Analisa Masalah SI (Komponen Proses) PKP	141
Tabel 6.3	Perbandingan Sistem PKP pada Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005	158
Tabel 6.4	Jenis dan Indikator Program Pelayanan Wajib Puskesmas	160



DAFTAR GAMBAR

<i>Nomor Gambar</i>		<i>Halaman</i>
Gambar 2.1	Transformasi Data Menjadi Informasi	16
Gambar 2.2	Siklus Informasi	16
Gambar 2.3	Komponen Siklus Informasi	18
Gambar 2.4	Tujuh Tahap SDLC	21
Gambar 3.1	Kerangka Pikir Sistem Informasi	49
Gambar 4.1	Entitas Pengembangan Sistem Penilaian Kinerja Puskesmas .	60
Gambar 5.1	Peta Wilayah Kab. Bogor	71
Gambar 5.2	Piramida Penduduk Kab. Bogor Tahun 2005	77
Gambar 5.3	Deskripsi Alur Sistem Pelaporan SP3 pada Dinkes Kab. Bogor	103
Gambar 5.4	DFD SI-PKP pada Dinkes Kab. Bogor	116
Gambar 5.5	Diagram Konteks SI-PKP Dinkes Kab. Bogor	117
Gambar 5.6	Diagram Level 0 Pengembangan SI-PKP Dinkes Kab. Bogor	118
Gambar 5.7	Diagram Level 1 Pengembangan SI-PKP Dinkes Kab. Bogor	119
Gambar 5.8	Relasi Antar Tabel SI-PKP Dinkes Kab. Bogor	125
Gambar 5.9	Struktur Design Interface SI-PKP pada Dinkes Kab. Bogor	127
Gambar 5.10	Interface Aplikasi Program SI-PKP	129
Gambar 5.11	Sub Menu Data Puskesmas SI-PKP	130

Gambar 5.12	Sub Menu Data Pelayanan SI-PKP	131
Gambar 5.13	Tabel Cakupan Indikator SI-PKP	132
Gambar 5.14	Grafik Cakupan Indikator Kinerja SI-PKP	133
Gambar 5.15	Rekap Cakupan Per Indikator SI-PKP	134
Gambar 5.16	Kupan Indikator Kinerja SI-PKP	134
Gambar 5.17	Rekap Klasifikasi Kinerja UPTD Puskesmas SI-PKP	135
Gambar 5.18	Grafik Klasifikasi Kinerja UPTD Puskesmas SI-PKP	136
Gambar 6.1	Rekapan Pencapaian Kinerja Program Basic Six Pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005	143
Gambar 6.2	Grafik Pencapaian Kinerja Program KIA/KB pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005	144
Gambar 6.3	Grafik Pencapaian Indikator Kinerja Pelayanan Pengobatan pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005	146
Gambar 6.4	Grafik Pencapaian Indikator Kinerja Pelayanan Perbaikan Gizi pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005	148
Gambar 6.5	Grafik Pencapaian Indikator Pelayanan Kinerja Program P3M UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005	150
Gambar 6.6	Grafik Pencapaian Indikator Program Kesling pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005	151
Gambar 6.7	Grafik Pencapaian Indikator Kinerja Program Promkes pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005	153

DAFTAR SINGKATAN



AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ASI	: Air Susu Ibu
Balita	: Bayi di Bawah Umur Lima Tahun
BB	: Berat Badan
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
Binkesmas	: Pembinaan Kesehatan Masyarakat
BPB	: Bulan Penimbangan Balita
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DBMS	: Data Base Manajemen System
Depkes	: Departemen Kesehatan
DFD	: Data Flow Diagram
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DTP	: Dengan Tempat Perawatan
ERD	: Entity Relationship Diagram
HIPO	: Hierarchical Input Proses Output
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Akut
JPKM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
KB	: Keluarga Bercana
Kesling	: Kesehatan Lingkungan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
LB	: Laporan Bulanan
Linakes	: Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan
LKPJ	: Laporan Keterangan Pertanggungjawaban
LPPD	: Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah
Menkes	: Menteri Kesehatan
Nakes	: Tenaga Kesehatan
OTDA	: Otonomi Daerah
P/I-MS	: Penyakit/Inspeksi-Menular Seksual
P2PKL	: Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan
Pelkes	: Pelayanan Kesehatan
Pemda	: Pemerintah Daerah
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKP	: Penilaian Kinerja Puskesmas
Pos Yandu	: Pos Pelayanan Terpadu

PP	: Peraturan Pemerintah
Progkes	: Program Kesehatan
Promkes	: Promosi Kesehatan
Puskesmas/PKM	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
RFT	: Release From Treatment
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Sarkes	: Sarana Kesehatan
SDLC	: System Development Lyfe Cycle
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIK	: Sistem Informasi Kesehatan
SI-PPK	: Sistem Informasi Penilaian Kinerja Puskesmas
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
TB	: Tinggi Badan
UKW	: Upaya Kesehatan Wajib
UU	: Undang-Undang
UPF	: Unit Pelaksana Fungsional
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Dinas
WHO	: World Health Organization
Yankes	: Pelayanan Kesehatan



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kab. Bogor
- Lampiran 2 Pedoman Wawancara Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bogor
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara Kepala Bidang Yankes Dinkes Kab. Bogor
- Lampiran 4 Pedoman Wawancara Kepala Bidang Progkes Dinkes Kab. Bogor
- Lampiran 5 Pedoman Wawancara Kepala Bidang Binkesmas Dinkes Kab. Bogor
- Lampiran 6 Pedoman Wawancara Kepala Bidang P2PKL Dinkes Kab. Bogor
- Lampiran 7 Pedoman Wawancara Kepala UPTD Puskesmas Dinkes Kab. Bogor
- Lampiran 8 Panduan Observasi
- Lampiran 10 Laporan Bulanan Penyakit (LB1)
- Lampiran 11 Laporan Bulanan KIA/KB (LB3 KIA/KB)
- Lampiran 12 Laporan Bulanan Gizi (LB3 Gizi)
- Lampiran 13 Laporan Bulanan P3M (LB3 P3M)
- Lampiran 14 Laporan Bulanan (LB4)
- Lampiran 15 Laporan Tahunan Puskesmas (LSD1)
- Lampiran 16 Data Lingkungan Kedinasan Puskesmas dan Pustu (LSD2)
- Lampiran 17 Data Jumlah dan Jenis Peralatan Puskesmas dan Pustu (LSD3)
- Lampiran 18 Daftar Ceklist Laporan Puskesmas
- Lampiran 19 Format PKP
- Lampiran 20 Buku Petunjuk (*Manual Operating*) Aplikasi SI-PKP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gambaran masyarakat Indonesia dimasa mendatang yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau sarana pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sesuai dengan "Visi Indonesia Sehat 2010" (Depkes RI, 1999).

Dengan diberlakukannya Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Pasal 13 ayat (1 butir (e) telah ditetapkan bahwa bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Penyelenggaraan urusan wajib oleh pemerintah daerah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggung jawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberian hak dan kewenangan daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh daerah (Depkes RI, 2004).

Tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa Daerah dalam penyelenggaraan otonomi dan untuk menghindari terjadinya kekosongan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat, Daerah Kabupaten dan Kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu termasuk didalamnya kewenangan bidang kesehatan. Hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor

25 tahun 2003 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom pada Pasal 2 ayat (4 butir (b) menyebutkan bahwa Pemerintah mempunyai kewenangan untuk menetapkan pedoman standar pelayanan minimal (SPM) yang wajib dilaksanakan oleh daerah (Depkes RI, 2004).

Pemerintah pusat mempunyai tanggung jawab secara nasional atas keberhasilan pelaksanaan otonomi, walaupun pelaksanaan operasionalnya diserahkan kepada pemerintah dan masyarakat daerah yang bersangkutan. PP Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom, menyebutkan bahwa, peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, melakukan standarisasi, supervisi, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan ke daerah, sehingga otonomi dapat berjalan dengan optimal. Untuk urusan lainnya, diserahkan kepada pemerintah daerah termasuk mengembangkan dan menerapkan standar/indikator kinerja (Depkes RI, 2003).

Untuk menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian urusan wajib bidang kesehatan di Kabupaten/Kota seiring dengan Lampiran Surat edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 100/756/OTDA tanggal 8 juli 2002 tentang Konsep Dasar Pelaksanaan Urusan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal (SPM), maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di daerah, maka dibuatlah Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Depkes RI, 2004). Dengan telah dikeluarkannya Kepmenkes Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang SPM, maka dalam pelaksanaannya jelas bahwa Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan

sesuai dengan SPM yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan Masyarakat.

Dalam rangka pemerataan, pengembangan dan pembinaan kesehatan masyarakat telah dibangun pusat kesehatan masyarakat yang lazim disebut puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan dasar. Puskesmas adalah unit organisasi fungsional di bidang pelayanan kesehatan dasar yang berfungsi sebagai : 1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan ; 2) pusat pemberdayaan masyarakat ; 3) pusat pelayanan kesehatan strata pertama (Depkes RI, 2004)

Guna optimalisasi peranan Puskesmas dan sebagai pedoman Pemerintah Kabupaten/Kota dalam penyelenggaraan Puskesmas maka telah dikeluarkan Kepmenkes Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Dalam kepmenkes tersebut, kedudukan puskesmas dalam Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan (UPTD) yang bertanggung jawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah kerjanya. Keberadaan puskesmas mempunyai arti penting dalam rangka mewujudkan Visi dan Misi pembangunan kesehatan (Depkes RI, 20004).

Demikian halnya dengan Kabupaten Bogor, dimana telah menetapkan visi pembangunan kesehatannya dengan “Visi Bogor Sehat mandiri 2008” dan telah menetapkan 5 (lima) misi untuk mewujudkan visi tersebut, yang mana salah satu misinya adalah “Memberikan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas, merata dan terjangkau berdasarkan segmen masyarakat” sehingga sangat jelas secara eksplisit disebutkan bahwa puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan dasar mempunyai arti yang penting dalam rangka mewujudkan “Visi Kabupaten Bogor Sehat

2008” hal ini juga sesuai dengan starteginya yaitu Pelayanan puskesmas yang efektif dan responsif. Sedangkan untuk menilai sejauh mana pelayanan yang diberikan berkualitas maka perlu dilakukan penilaian tentang kinerja puskesmas.

Jumlah Puskesmas di Kabupaten Bogor saat ini berjumlah 101 Puskesmas yang terdiri dari 40 Unit Pelaksana Teknis Dinas Puskesmas Kecamatan (UPTD) dan 61 Unit Pelaksana Fungsional Puskesmas (UPF) yang diantaranya terdapat 11 Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP). Untuk menambah aksesibilitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, juga terdapat Puskesmas Pembantu sebanyak 73 unit dan masih akan terus bertambah sehubungan dengan terus dilakukannya rencana pembangunan sarana pelayanan kesehatan yang baru (Profil Kesehatan Kab Bogor, 2006) .

Merujuk pada data Profil Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2006, jumlah kunjungan penduduk yang memanfaatkan sarana puskesmas pada tahun 2005 baik rawat jalan dan rawat inap (pada puskesmas DTP) sebanyak 2.291.045 kunjungan atau 88.10% dari total kunjungan ke sarana pelayanan kesehatan baik puskesmas dan jajarannya serta 2 Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan 6 Rumah Sakit Swasta yang berjumlah 2.600.400 kunjungan (baru & lama). Tentunya dari jumlah kunjungan tersebut perlu dinilai sejauh mana keberhasilan pencapaian program kerja puskesmas terhadap target kinerja program yang telah ditetapkan.

Sebagai gambaran pencapaian indikator SPM Bidang Kesehatan Upaya Kesehatan Wajib (UKW) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor pada tahun 2005 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1
Pencapaian Indikator SPM Bidang Kesehatan
Berdasarkan Upaya Kesehatan Wajib
Pada Dinas Kesehatan Kab. Bogor Tahun 2005

NO	INDIKATOR SPM UKW PUSKESMAS	PENCA PAIAN	TARGET
1	Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak		
	a. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4	70.49%	78%
	b. Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	51.23%	77%
	c. Persentase ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	7.73%	25%
	d. Persentase cakupan kunjungan neonatus	72.49%	65%
	e. Persentase cakupan kunjungan bayi	82.39%	65%
	f. Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani	0.90%	25%
2	Pelayanan Keluarga Berencana		
	a. Persentase cakupan peserta aktif KB	68.07%	60%
3	Pelayanan Imunisasi		
	a. Persentase desa / kelurahan UCI	46.01%	86%
4	Pelayanan Pengobatan / Perawatan		
	a. Persentase cakupan rawat jalan	24.82%	20%
	b. Persentase cakupan rawat inap	2.42%	2%
5	Pemantauan pertumbuhan balita		
	a. Persentase balita yang naik berat badannya (N/D)	68.67%	60%
	b. Persentase balita Bawah Garis Merah	4.10%	6%
6	Pelayanan Gizi		
	a. Persentase cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun	96.48%	80%
	b. Persentase ibu hamil mendapat 90 tablet Fe	73.59%	70%
	c. Persentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi BGM dari keluarga miskin	14.95%	90%
	d. Persentase balita gizi buruk mendapat perawatan	5.56%	100%
7	Penyelenggaraan Penyelidikan Epidemiologi KLB dan Gizi Buruk		
	a. Persentase desa / kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam	100.00%	70%
	b. Persentase kecamatan bebas rawan gizi	80.00%	60%

Tabel 1.1 (Lanjutan)
 Pencapaian Indikator SPM Bidang Kesehatan
 Berdasarkan Upaya Kesehatan Wajib
 Pada Dinas Kesehatan Kab. Bogor Tahun 2005

NO	INDIKATOR SPM UKW PUSKESMAS	PENCA PAIAN	TARGET
8	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio		
	a. Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	0.01%	> = 1
9	Pencegahan dan Pencegahan Penyakit TB Paru		
	a. Persentase kesembuhan penderita TBC BTA +	83.82%	> 85
10	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA		
	a. Persentase cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani	36.26%	90%
11	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS		
	a. Persentase klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS	100.00%	100%
	b. Persentase infeksi menular seksual yang diobati (Sifilis)	100.00%	100%
12	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)		
	a. Persentase penderita DBD yang ditangani	100.00%	>= 72
13	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare	100.00%	75%
	a. Persentase balita dengan diare yang ditangani		
14	Pelayanan kesehatan lingkungan		
	a. Persentase institusi yang dibina	49.57%	50%
15	Pelayanan pengendalian vektor		
	a. Persentase rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes	92.44%	95%
16	Pelayanan Hygiene sanitasi ditempat umum		
	a. Persentase tempat umum yang memenuhi syarat	39.06%	45%
17	Penyuluhan perilaku sehat		
	a. Persentase rumah tangga sehat	23.46%	30%
	b. Persentase bayi yang mendapat ASI Eksklusif	33.17%	40%
	c. Persentase Desa dengan garam beryodium baik	39.20%	65%
	d. Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri	14.03%	25%

Ket : Target adalah target SPM 2005 sesuai yang disampaikan ke Pemda Kab. Bogor

Sumber : Data SIK SPM Kab. Bogor tahun 2005

Tabel 1.1 memberikan informasi tentang pencapaian kinerja UKW berdasarkan indikator SPM Bidang Kesehatan pada tingkat Kabupaten. Namun apabila dibutuhkan informasi lebih spesifik kinerja per UPTD Puskesmas, informasi tersebut belum tersedia, sehingga memerlukan waktu untuk melakukan pengolahan lebih lanjut.

Mengingat hal tersebut diatas, dan dengan pertimbangan pentingnya untuk mengetahui hasil kinerja puskesmas maka penulis menyusun sebuah proposal penelitian pengembangan sistem dalam bentuk tesis dengan judul *Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas Berdasarkan Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2005*. Diharapkan hasilnya dapat menjadi sebuah informasi yang *valid dan reliable* bagi pimpinan dalam rangka pengambilan keputusan.

B. Rumusan Masalah

1. Masalah Sistem Informasi

Berdasarkan uraian pada latar belakang tersebut diatas, dapat diketahui bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor saat ini belum mempunyai sebuah sistem informasi yang cepat dan akurat untuk menilai sejauh mana gambaran kinerja puskesmas atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dalam bentuk pencapaian indikator kinerja yang *valid dan reliable*. Informasi tersebut dapat disajikan baik dalam bentuk laporan, table atau grafik, sehingga manajemen dapat megambil keputusan intervensi apa yang dibutuhkan untuk mengatasi permasalahan tersebut.

2. Masalah Kesehatan Masyarakat

Dari sisi kesehatan masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor mempunyai permasalahan sebagai berikut :

- a. Permasalahan dalam hal sistem manajemen puskesmas yakni perencanaan (P1) yang diselenggarakan melalui mekanisme Perencanaan mikro (*micro planning*) yang kemudian menjadi perencanaan tingkat puskesmas atau melalui metoda Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT), sudah terlaksana dan terdokumentasi. Proses Penggerakan Pelaksanaan (P2) yang diselenggarakan melalui mekanisme Loka Karya mini (*mini workshop*) sudah terlaksana dan terdokumentasi. Namun kegiatan pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) yang diselenggarakan melalui mekanisme Stratifikasi Puskesmas (yang kemudian menjadi Penilaian Kinerja Puskesmas) belum pernah dilakukan lagi sejak Depkes tidak mewajibkan lagi kegiatan ini pada tahun 1996. Saat ini penilaian kinerja puskesmas di Kabupaten Bogor belum dilaksanakan secara komprehensif, yang dilakukan hanya penilaian kinerja program tertentu saja termasuk penilaian jumlah kunjungan dan jumlah pendapatan dari retribusi, mengingat puskesmas merupakan salah satu unit pendapatan asli daerah (PAD).
- b. Kegiatan yang dilaksanakan puskesmas kurang berorientasi pada masalah dan kebutuhan masyarakat setempat. Sehingga hampir setiap puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan yang sama padahal setiap puskesmas mempunyai sumber daya yang berbeda. Depkes telah menetapkan 2 (dua) upaya pelayanan kesehatan di puskesmas yaitu upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor memerlukan sebuah sistem penilaian kinerja puskesmas yang *aplicable* dan *user friendly* sehingga dapat memberikan gambaran mengenai kinerja puskesmas berdasarkan indikator pencapaian program yang *valid dan reliable*.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Indikator kinerja apa saja yang diperlukan untuk dapat dijadikan sebagai dasar penilaian kinerja upaya kesehatan wajib puskesmas di Kabupaten Bogor
2. Apakah data yang dibutuhkan untuk melakukan penilaian kinerja tersebut cukup tersedia?
3. Sumber dan jenis data apa saja yang diperlukan untuk melakukan penilaian kinerja tersebut?
4. Program kerja apa saja yang akan menjadi dasar penilaian kinerja puskesmas?
5. *Tools asesment* apa saja yang diperlukan untuk menilai kinerja sistem ?
6. Bagaimana pengolahan datanya sehingga dapat menghasilkan informasi yang *valid dan reliable*?
7. Seperti apakah design sistem yang akan dirancang?
8. Apakah perlu dikembangkan aplikasi program/*Prototyping*?
9. Apakah dibutuhkan ketersediaan sumber daya pengolah data (*Hardware/brainware*) dengan syarat-syarat tertentu?

D. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tersedianya sistem informasi penilaian kinerja puskesmas (SI-PKP) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang *aplicable dan user friendly* sehingga didapatkan informasi mengenai kinerja puskesmas berdasarkan upaya kesehatan wajib dengan menggunakan indikator standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang *valid dan reliable* sebagai dasar pengambilan keputusan bagi *stakeholders*.

2. Tujuan Khusus

- a. Tersedianya sistem dan metoda penilaian kinerja puskesmas pada Dinas Kesehatan Kab. Bogor.
- b. Didapatkannya gambaran kinerja upaya kesehatan wajib puskesmas di Kabupaten Bogor.
- c. Dapat diidentifikasinya permasalahan pada pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan wajib di puskesmas.
- d. Dapat diketahuinya pencapaian indikator kinerja upaya kesehatan wajib dalam bentuk table, grafik kinerja.
- e. Dapat diketahuinya tingkat kinerja puskesmas berdasarkan klasifikasi baik, cukup dan kurang.
- f. Tersedianya informasi yang dapat membantu programer pada Dinas Kesehatan untuk membuat perencanaan dan penganggaran kegiatan prioritas.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

- a. Tersedianya sistem informasi penilaian kinerja puskesmas
- b. Diketahui informasi tingkat kinerja puskesmas berdasarkan indikator kinerja setiap jenis pelayanan upaya kesehatan wajib sehingga dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran kegiatan.
- c. Dinas Kesehatan dapat menetapkan dan mendukung kebutuhan sumber daya puskesmas dan urgensi pembinaan dan pengawasan ke masing-masing puskesmas.

2. Bagi Puskesmas

- a. Puskesmas dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab, hambatan dan kendala serta upaya pemecahannya
- b. Puskesmas dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera sebagai program prioritas
- c. Sebagai masukan dalam menyusun P2KT puskesmas.

3. Bagi Penulis

- a. Mempermudah pelaksanaan kerja dalam rangka penilaian kinerja puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor khususnya di UPTD Puskesmas Wilayah Kecamatan Rumpin tempat penulis bekerja
- b. Proses dan hasil penelitian ini merupakan rentetan akhir dari proses belajar mengajar pada peminatan Informatika Kesehatan Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI.

F. Ruang Lingkup Penelitian

Pengembangan Sistem Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib Puskesmas Berdasarkan Indikator SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor dilaksanakan di Dinas Kesehatan dan UPTD Puskesmas di Kabupaten Bogor mulai bulan Maret - Desember 2007.

Ruang lingkup yang dilakukan oleh penulis dalam penelitian ini dibatasi hanya menilai kinerja upaya kesehatan wajib di puskesmas (data cakupan program) dengan menggunakan indikator SPM bidang kesehatan pada 20 UPTD Puskesmas Kecamatan di Kabupaten Bogor. Sumber data yang digunakan adalah data sekunder dari SP3 puskesmas tahun 2005 yang mencakup LB1, LB3, LB4, LSD1, LSD2, LSD3 dan suplemen laporan lainnya.

Sebagai supporting system, penulis menggunakan software Pemograman *Borland Delphi 7* dan untuk data base menggunakan program *Interbase Firebird 1.5 & IBExpert* serta untuk laporan menggunakan *Quick Report* yang sudah terintegrasi pada *Software Borland Borland Delphi 7*. Penelitian ini dilakukan dengan studi analisis sistem, studi dokumen, observasi dan wawancara.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sistem Informasi

1. Pengertian Sistem

Terdapat 2 kelompok pendekatan didalam mendefinisikan system, yaitu kelompok yang menekankan pada prosedur dan kelompok yang menekankan pada elemen atau komponennya. Pendekatan yang menekankan pada prosedur mendefinisikan sistem sebagai sebagai suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau menyelesaikan satu sasaran tertentu. Sedangkan pendekatan system yang lebih menekankan pada elemen atau komponen mendefinisikan system sebagai kumpulan elemen-elemen yang berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Kedua definisi ini adalah benar dan tidak bertentangan, yang berbeda adalah cara pendekatannya. (Tata Sutabri, 2003)

Pendekatan yang menekankan pada prosedur juga mendefinisikan sistem sebagai suatu urutan yang tepat dari tahapan-tahapan instruksi yang menerangkan apa yang harus dikerjakan, siapa yang mengerjakan, kapan dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya (Gerald, J., 1991). Sedangkan penganut pendekatan elemen adalah Davis (1985) yang mendefinisikan sistem sebagai bagian yang saling berkaitan yang beroperasi bersama untuk mencapai beberapa sasaran atau maksud. Sedangkan Lucas (1989) mendefinisikan sistem sebagai suatu komponen atau variabel yang terorganisir, saling berinteraksi, saling bergantung, satu sama lain dan terpadu.

Sedangkan World Health Organization (WHO) mendefinisikan sistem adalah *System a collection of components that work together to achieve a common objective* (WHO, 2000).

Sistem menurut Mc. Leod Jr (1996) didefinisikan sebagai sekelompok elemen-elemen yang terintegrasi dengan maksud yang sama untuk mencapai suatu tujuan. Secara lebih rinci dalam Webster's Dictionary mendefinisikan sistem adalah serangkaian atau tatanan yang saling berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan atau keseluruhan organik, serangkaian kenyataan, prinsip, aturan dan lain-lain yang diklasifikasikan dan diatur di dalam bentuk teratur dengan tujuan memperlihatkan suatu rencana logis yang menyatukan bagian-bagian yang berbeda (Pressman, 2002). Pengertian sistem ini dapat dinyatakan sebagai susunan seperangkat unsur yang saling berkaitan secara teratur, saling melengkapi karena satu maksud, tujuan atau sasaran. Didalam perkembangannya sistem diperlukan dalam berbagai kegiatan operasional suatu organisasi dimana dalam organisasi tersebut terdapat sejumlah komponen yang saling berhubungan yang dapat mendukung berjalannya sebuah sistem.

2. *Pengertian Informasi*

Pengertian informasi adalah merupakan proses lebih jauh dari data dan memiliki nilai tambah, yaitu terdiri dari data yang telah diambil, diolah atau digunakan untuk memberikan dukungan keterangan serta sebagai dasar bagi pengambil keputusan (Kumorotomo, 1998). Katagori informasi dikelompokkan menjadi tiga, yaitu 1). informasi strategis yang digunakan untuk mengambil keputusan jangka panjang, 2). informasi taktis yang dibutuhkan untuk pengambilan

keputusan jangka menengah dan 3). informasi teknis yang dibutuhkan untuk keperluan operasional sehari-hari (Leman, 1998).

Menurut pendapat Burch dan Grudnitski (1989), untuk menentukan apakah informasi yang didapatkan itu berkualitas, dapat dilihat pada tiga pokok, yaitu akurasi (kejelasan informasi yang diterima sesuai dengan tujuan), ketepatan waktu (informasi yang didapatkan harus tersedia tepat waktu), dan relevansi (informasi yang tersedia harus sesuai dengan permasalahan).

Tidak berbeda dengan pendapat tersebut di atas menurut Jogiyanto (2003) informasi yang bermanfaat harus memenuhi tiga kriteria, yaitu relevan (*relevance*), tepat waktu (*timeliness*) dan tepat nilainya atau akurat (*accurate*). Keluaran yang tidak memenuhi persyaratan tersebut tidak dapat dikatakan sebagai informasi yang bermanfaat tetapi merupakan sampah (*garbage*).

Informasi dan data dapat dibedakan pada maknanya. Informasi merupakan data yang sudah mengalami proses sehingga mempunyai makna, berdasarkan makna tersebut maka informasi dapat dimengerti dan dapat digunakan untuk menarik suatu kesimpulan atau bahkan mengambil keputusan (Kadir, 2003). Data sebagai bahan mentah harus melalui suatu proses transformasi sehingga menjadi suatu informasi, data dibuat menjadi bermakna adalah diperlukan tiga komponen siklus pengolahan data, yaitu komponen input (data), komponen proses dan komponen output (informasi) yang dapat digambarkan pada gambar 2.3 sebagai berikut (Jogiyanto, 2003):

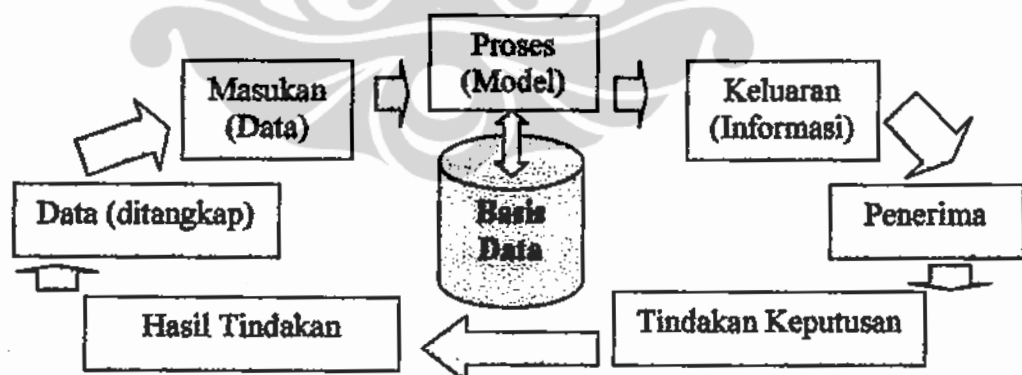
Gambar 2.1
Transformasi Data Menjadi Informasi



Sumber : Kadir, 2003

Data yang diperoleh disimpan disimpan (*storage*) dalam bentuk basis data (*database*) yang nantinya akan digunakan untuk menghasilkan informasi (Jogiyanto, 2003). Dalam siklus informasi dapat menggambarkan pengolahan data menjadi informasi dan pemakaian informasi untuk pengambilan keputusan, sehingga akhirnya dari tindakan hasil pengambilan keputusan tersebut dihasilkan data kembali, hal ini dijelaskan pada gambar 2.2 (Kadir, 2003).

Gambar 2.2
Siklus Informasi



Sumber : Kadir, 2003

3. Pengertian Sistem Informasi

Definisi sistem informasi menurut Turban (1997) merupakan kumpulan modul atau komponen yang dapat mengumpulkan, mengelola, memproses,

menyimpan, menganalisa dan mendistribusikan informasi untuk tujuan tertentu. Tujuan dibentuknya sistem informasi adalah untuk menyediakan dan mensistematisasikan informasi yang merefleksikan seluruh kejadian atau kegiatan yang diperlukan untuk mengendalikan operasi organisasi sedangkan kegiatannya adalah mengambil, mengolah, menyimpan dan menyampaikan informasi yang diperlukan untuk terjadinya komunikasi yang diperlukan dalam mengoperasikan seluruh aktifitas di dalam sebuah organisasi (Prahasta, 2001).

Dalam lingkup sistem informasi suatu informasi yang dihasilkan dapat memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Kadir, 2003):

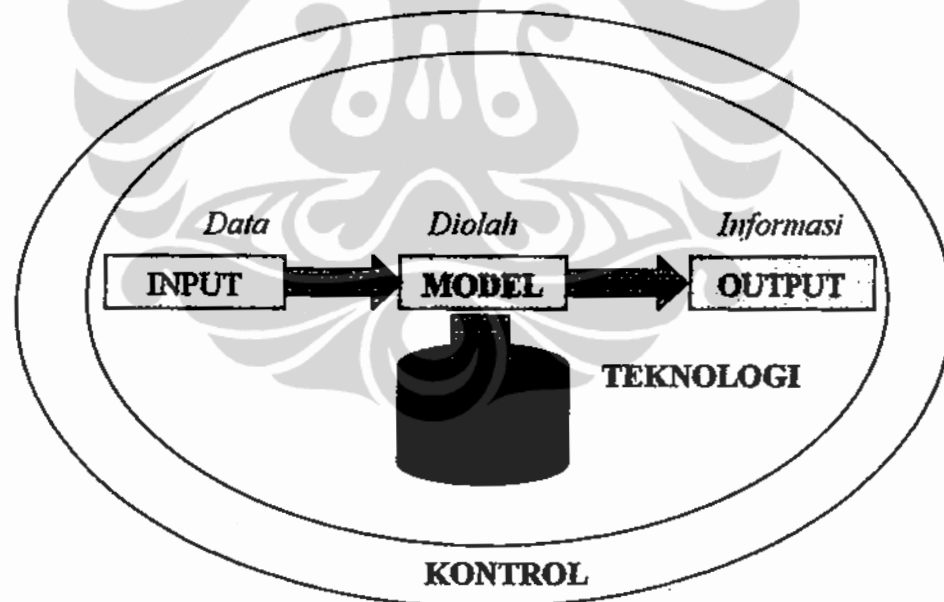
- a. Benar atau Salah; Informasi yang dihasilkan dikaitkan atau menyangkut hubungannya dengan realitas atau tidak.
- b. Baru; Informasi yang dihasilkan merupakan sesuatu yang baru sama sekali dan benar benar merupakan bahan baru bagi penerima informasi tersebut.
- c. Tambahan; Informasi yang ada dapat memberikan tambahan pada informasi yang telah ada.
- d. Korektif; Informasi dapat berupa informasi yang menjadi suatu koreksi atas informasi yang salah sebelumnya.
- e. Penegas; Informasi yang dihasilkan untuk mempertegas informasi yang telah ada, sehingga lebih meyakinkan kebenaran informasi tersebut.

Mengacu kepada tujuan dari sistem informasi, yaitu menghasilkan informasi yang berguna dengan memenuhi kriteria relevan, tepat waktu dan akurat. Maka informasi yang relevan dapat dicapai dengan komponen model,

informasi yang tepat waktu dapat dicapai dengan komponen teknologi dan informasi yang akurat dapat dicapai dengan komponen kontrol.

Dalam sistem informasi terdapat enam komponen yang harus ada dan membentuk satu kesatuan, yaitu 1). input atau masukan, 2) model, 3) output atau keluaran, 4) teknologi, 5) basis data, 6) kontrol atau pengendalian (Jogiyanto, 2003). Kesatuan dari komponen-komponen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.3
Komponen Sistem Informasi



Sumber: Jogiyanto, 2003

Dengan demikian sistem informasi dapat diidentifikasi sebagai suatu sistem yang dibuat oleh manusia yang terdiri dari komponen-komponen dalam organisasi untuk mencapai suatu tujuan, yaitu menyajikan informasi (Leman, 1998).

WHO (2000) mendefinisikan sistem informasi adalah *information system a system that provides information support to the decision making process at each level of an organization.*

4. Pengertian Sistem Informasi Kesehatan

Secara lebih spesifik, sistem informasi dikembangkan didalam dunia kesehatan dan dikenal dengan Sistem Informasi Kesehatan (SIK). Dimana WHO mendefinisikan SIK adalah *Health information system a system that integrates data collection, processing, reporting, and use of the information necessary for improving health service effectiveness and efficiency through better management at all levels of health services.*

SIK dan sistem kesehatan mempunyai hubungan yang sangat erat. SIK atau kadangkala disebut juga dengan sistem informasi manajemen kesehatan adalah suatu sistem yang menyediakan dukungan informasi bagi proses pengambilan keputusan di setiap jenjang administrasi kesehatan, baik ditingkat unit pelaksana upaya kesehatan, ditingkat Kab/Kota, ditingkat Provinsi dan di tingkat Pusat. (Depkes RI, 2002).

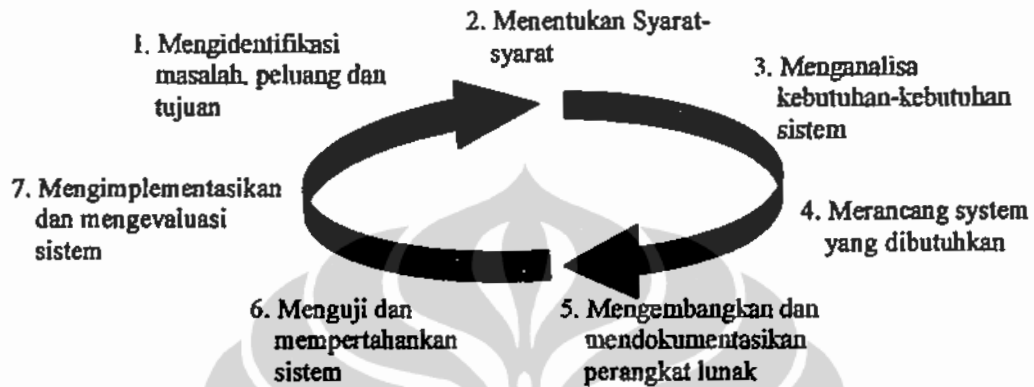
Sebagaimana sistem pada umumnya, SIK juga mempunyai komponen-komponen yang sangat terkait. Menurut literatur-literatur tentang SIK dan sistem informasi secara umum, pada hakikatnya SIK memiliki sejumlah unsur yang saling terkait dan terorganisasikan, yang dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori, yaitu : a. Proses informasi dan b. struktur manajemen informasi. Proses informasi terdiri atas unsur-unsur 1) mengidentifikasi kebutuhan informasi dan

data, 2) pengumpulan data dan pengiriman laporan, 3) pengolahan data, analisis data, penyajian dan penggunaan data dan informasi. Sedangkan struktur manajemen sistem informasi terdiri atas dua unsur, yaitu : 1) sumber daya informasi (mencakup SDM, *hardware*, *software*, dan dana), dan 2) perangkat pengaturan (mencakup struktur organisasi, standar, prosedur dan lain-lain). (Depkes RI, 2002)

5. *Pengembangan Sistem Informasi*

Dalam pengembangan sistem informasi terdapat dua bagian yang harus diperhatikan, yaitu pemecahan masalah dan pemenuhan kebutuhan pengguna. Pengembangan sistem (*system development*) adalah sebagai menyusun suatu sistem yang baru untuk menggantikan sistem yang lama secara keseluruhan atau memperbaiki sistem yang telah ada. Proses pengembangan sistem ini disebut sebagai siklus hidup pengembangan sistem (*System Development Life Cycle-SDLC*) (Jogiyanto, 2001), dengan metode ini pengembangan sistem dibagi ke dalam tahap-tahap yang memiliki keterkaitan antara satu dengan yang lainnya. Tahap-tahap tersebut harus dilalui secara berurutan dan akhir dari setiap tahap menghasilkan dokumentasi. Tahapan SDLC menurut Kendall et al (2003) terdiri dari 7 tahapan sebagai berikut :

**Gambar 2.4
Tujuh Tahap SDLC**



Sumber : Kendall et al, 2003

Keterangan dari gambar tersebut, yaitu :

a. Mengidentifikasi masalah, peluang dan tujuan

Pada tahap ini merupakan kegiatan perencanaan sistem, yaitu menentukan permasalahan-permasalahan apa yang terjadi dan apa yang menyebabkan sasaran pada sistem lama belum tercapai. Kemudian mengidentifikasi peluang pengembangan sistem termasuk fisibilitas secara teknis, ekonomis dan operasional bahwa peningkatan dapat dilakukan melalui penggunaan sistem informasi terkomputerisasi, selanjutnya pada tahap ini juga dilakukan identifikasi tujuan dari pengembangan sistem informasi.

b. Menentukan syarat-syarat informasi

Dalam fase ini lebih ditekankan untuk memahami informasi apa yang dibutuhkan pemakai agar bisa ditampilkan dalam pekerjaan. Juga harus mengetahui detil fungsi-fungsi dalam sistem termasuk mengetahui siapa saja yang terlibat (*who*), kegiatan apa saja yang ada (*what*), lingkungan kerja yang

mana (*where*), waktu yang diperlukan (*when*) serta bagaimana mekanisme atau prosedur yang berlaku (*how*).

c. Menganalisis kebutuhan sistem

Pada tahap analisis kebutuhan sistem ini dilakukan penguraian suatu sistem informasi yang utuh ke dalam komponen-komponennya untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi permasalahan-permasalahan, peluang-peluang, maupun hambatan-hambatan yang terjadi dan kebutuhan yang diharapkan sehingga dapat diusulkan perbaikan-perbaikannya. Sebagai kegiatan pokok pada tahapan ini adalah ; 1) memetakan seluruh data yang dibutuhkan sistem dengan menggunakan *data flow diagram* (DFD), 2) menganalisis struktur pembuatan keputusan dalam organisasi tersebut, 3) menyiapkan proposal sistem.

d. Merancang sistem yang direkomendasikan

Dalam tahap perancangan sistem ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang jelas dari rancang bangun yang lengkap. Terdapat dua bagian dalam perancangan sistem, yaitu rancangan sistem secara umum atau desain makro dan rancangan sistem secara terinci atau rancangan fisik. Kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini meliputi :

- 1) desain model dari sistem informasi yang akan dikembangkan, yaitu rancangan fisik yang digambarkan dari bagan alir sistem (*flow chart system*) dan rancangan model logis berupa diagram arus data (DFD).

- 2) desain output adalah keluaran dari sistem informasi yang dapat dilihat, dapat berupa tampilan di layar, kertas laporan dan lain sebagainya.
 - 3) desain input yang perlu didesain secara rinci dari input adalah bentuk dari dokumen dasar yang digunakan dan bentuk tampilan dari input di alat input. Kegiatan dari desain input ini adalah menentukan kebutuhan dari sistem yang baru dan menentukan bentuk, sumber, alat serta periode dari input.
 - 4) desain basis data ini adalah mengintegrasikan kumpulan dari data yang saling berhubungan antara satu dengan lainnya dan membuatnya tersedia untuk aplikasi yang bermacam-macam di dalam suatu organisasi, yang terdiri dari beberapa file yang diperlukan dalam suatu proses pengolahan data. Dalam tahap ini akan ditentukan kebutuhan file basis data untuk sistem yang baru dan tipe file, media file serta file kunci dari file.
 - 5) desain teknologi digunakan untuk menerima input, menjalankan model, menyimpan dan mengakses data, menghasilkan dan mengirimkan keluaran dan membantu pengendalian sistem secara keseluruhan. Teknologi ini perlu dirancang untuk menyesuaikan dengan sistem informasi yang akan digunakan dengan memperhatikan tiga hal pokok, yaitu perangkat keras, perangkat lunak dan teknis.
- e. Mengembangkan dan mendokumentasikan perangkat lunak

Tahap ini dilakukan untuk mengembangkan suatu perangkat lunak yang diperlukan, dalam kegiatannya diperlukan kerjasama antara penganalisis dan

pemrogram. Tahap ini dilakukan dengan menggunakan struktur diagram, *flowchart* dan teknik *hierarchical input/proses/output* (HIPO).

f. Menguji dan mempertahankan sistem

Rangkaian pengujian dijalankan dengan menggunakan data contoh serta data aktual untuk mencoba sistem (*feature*), kemudian dilakukan perbaikan-perbaikan yang diperlukan. Dalam tahap mempertahankan sistem dan dokumentasinya dilakukan secara rutin selama sistem tersebut dijalankan.

g. Implementasi dan evaluasi sistem

Aktivitas yang dilakukan dalam tahap ini adalah pelatihan dan pengembangan staf untuk menangani sistem serta dilakukan evaluasi untuk revisi dengan segera terhadap sistem untuk memastikan kesesuaian dengan kebutuhan.

B. Pemrograman Borland Delphi 7

1. Pengertian Delphi

Borland Delphi 7 adalah suatu bahasa pemrograman (*development language*) yang digunakan untuk merancang suatu aplikasi program (Irnawan, S.Kom, 2006). Delphi merupakan program aplikasi database dengan lingkungan pemrograman visual. Mengapa harus Delphi? Apa kelebihan dibandingkan dengan program aplikasi lainnya? Ada dua tipe jawaban untuk menjawab pertanyaan tersebut diatas, yaitu jawaban panjang dan jawaban singkat. Jawaban singkat adalah produktifitas. Memakai Delphi adalah cara yang paling sederhana untuk membangun aplikasi visual. Jawaban tersebut bagi sebagian orang kurang memuaskan, oleh sebab itu diperlukan jawaban lebih panjang.

Produktifitas dari pengembangan perangkat lunak dibagi menjadi 5 atribut penting, yaitu (Ir. Inge Martina, 2004):

- Kualitas dari lingkungan pengembangan visual.
- Kecepatan dari compiler dibandingkan dengan kompleksitasnya.
- Kekuatan dari bahasa pemrograman dibandingkan dengan kompleksitasnya.
- Fleksibilitas dari arsitektur data.
- Pola design dan pemakaian yang diwujudkan oleh frame work-nya.

2. Kegunaan Delphi :

- a. Untuk membuat aplikasi windows
- b. untuk merancang aplikasi program berbasis grafis
- c. untuk membuat program berbasis jaringan
- d. untuk merancang program .net (berbasis internet)

3. Keunggulan Delphi :

- a. IDE (*integrated development environment*) atau lingkungan pengembangan aplikasi sendiri adalah satu dari beberapa keunggulan delphi, didalamnya terdapat menu-menu yang memudahkan kita untuk membuat suatu proyek program.
- b. Proses kompilasi cepat, pada saat aplikasi yang kita buat dijalankan pada Delphi, maka secara otomatis akan dibaca sebagai sebuah program tanpa dijalankan terpisah.

- c. Mudah digunakan, source data Delphi yang merupakan turunan dari Pascal, sehingga tidak diperlukan suatu penyesuaian lagi.
- d. Bersifat multi purpose, artinya bahasa pemrograman Delphi dapat digunakan untuk mengembangkan berbagai keperluan pengembangan aplikasi.

B. Puskesmas

1. Pengertian puskesmas

Berdasarkan Kepmenkes 128/Menkes/SK/II 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, pengertian puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas (UPTD) kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

a. Unit pelaksana teknis

Sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota (UPTD), puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

b. Pembangunan kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal.

c. Pertanggungjawaban penyelenggaraan

Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di kabupaten/kota adalah dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan puskesmas bertanggungjawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

d. Wilayah kerja

Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan). Masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.

2. *Visi*

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya

Ada 4 indikator utama kecamatan sehat, yaitu : 1) lingkungan sehat ; 2) perilaku sehat ; 3) cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu ; 4) derajat kesehatan penduduk kecamatan.

3. Misi

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, misi tersebut adalah :

- a. menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya
- b. mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya
- c. memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
- d. memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

4. Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010.

5. Fungsi

Ada 3 fungsi puskesmas, yaitu :

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas selalu berupaya dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan kesehatan serta mendukung upaya pembangunan di bidang kesehatan. Disamping itu, puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan bagi masyarakat dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan.

b. Pusat pemberdayaan masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat.

c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas adalah :

1) Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan kesehatan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah rawat inap.

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta program kesehatan masyarakat lainnya.

6. Upaya

Upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh puskesmas dibagi menjadi dua golongan yaitu :

1. Upaya kesehatan wajib

Upaya kesehatan wajib adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di seluruh Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah :

a. Promosi Kesehatan (Promkes)

Promosi kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana cara untuk melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan bila perlu (Depkes RI, 1992).

Tujuan dari upaya ini adalah tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan serta dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Upaya promosi kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari suatu program. Setiap petugas yang berhubungan dengan masyarakat, dalam hal ini petugas puskesmas mempunyai tugas penyuluhan. Untuk dapat melaksanakan fungsinya dengan baik, setiap petugas puskesmas harus memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang teknis medis serta bidang penyuluhan.

b. Kesehatan Lingkungan (Kesling)

Upaya kesehatan lingkungan adalah upaya untuk meningkatkan kesehatan lingkungan melalui upaya sanitasi dasar, pengawasan mutu lingkungan dan tempau umum, termasuk pengendalian pencemaran lingkungan dengan meningkatkan peran serta masyarakat dan keterpaduan pengelolaan lingkungan melalui analisis dampak lingkungan (Depkes RI, 1992)

Tujuan dari upaya ini adalah berubahnya, terkendalinya atau hilangnya semua unsur fisik dan lingkungan yang terdapat di masyarakat yang dapat memberi pengaruh jelek terhadap kesehatan.

c. Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana (KIA/KB)

1) Kesehatan ibu dan anak

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menetek, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. (Depkes RI, 1992)

Tujuan dari upaya ini adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya menuju keluarga sejahtera serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia.

2) Keluarga berencana

Upaya keluarga berencana adalah upaya perencanaan kehamilan sehingga kehamilan hanya terjadi pada waktu yang diinginkan. Jarak antar kelahiran diperpanjang dan kelahiran selanjutnya dapat dicegah apabila jumlah anak telah mencapai jumlah yang dikehendaki, untuk membina kesehatan seluruh anggota keluarga dengan sebaik-baiknya menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) (Depkes RI, 1992).

Tujuan dari upaya ini adalah meningkatnya kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang mendasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian pertumbuhan penduduk.

d. Perbaikan Gizi

Upaya perbaikan gizi bertujuan menurunkan angka penyakit gizi kurang yang umumnya banyak diderita oleh masyarakat berpenghasilan rendah (di pedesaan dan perkotaan) terutama pada anak balita dan wanita.

Tujuan tersebut mendukung upaya penurunan angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian ibu (AKI). Program ini juga berusaha memperbaiki keadaan gizi masyarakat pada umumnya, melalui perbaikan pola konsumsi pangan yang makin beraneka ragam, seimbang dan bermutu gizi. Perbaikan pola konsumsi yang demikian juga diperlukan juga oleh kelompok-kelompok masyarakat yang mempunyai resiko tinggi terhadap beberapa penyakit, misalnya penyakit jantung dan pembuluh darah yang jumlahnya cenderung meningkat.

e. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P3M)

Pemberantasan penyakit menular itu sebenarnya menghilangkan atau merubah cara berpindahnya penyakit

menular dan/atau penyakit infeksi. Pemindahan penyakit atau penularan itu suatu cara bagaimana orang yang rawan dapat memperoleh penyakit atau infeksi dari orang lain atau hewan yang sakit (Depkes RI, 1992)

Cara-cara penularan tersebut adalah :

1) Penularan langsung dari manusia ke manusia.

Hal ini dapat terjadi karena tetesan-tetesan halus yang terhambur dari batuk, berludah atau bersin. Misalnya pada penyakit Tuberculose (TBC).

2) Penularan tidak langsung

a) Dengan perantara benda atau barang yang kotor (ada kumannya), biasanya air, makanan dan susu segar.

Tujuan dari upaya ini adalah :

- 1) Mencegah terjadinya penularan penyakit
- 2) Mengurangi terjadinya kesakitan
- 3) Mengurangi terjadinya kematian

f. Upaya Pengobatan

Upaya pengobatan adalah bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menghentikan proses perjalanan suatu penyakit pada seseorang, sehingga penderitaannya dapat hilang. Dalam melaksanakan upaya ini, terlebih dahulu dokter akan menegakan diagnosa sebagai bentuk prosedur kesehatan untuk mengenal penyakit yang ada pada manusia (Depkes RI, 1992).

2. Upaya kesehatan pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan dimasyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan masyarakat. Upaya kesehatan pengembangan dipilih berdasarkan upaya/program pokok puskesmas yang telah ada, yakni :

- a. Kesehatan Sekolah
- b. Kesehatan Olah Raga
- c. Perawatan Kesehatan Masyarakat
- d. Kesehatan Kerja
- e. Kesehatan Gigi dan Mulut
- f. Kesehatan Jiwa
- g. Kesehatan Mata
- h. Kesehatan Usia Lanjut
- i. Pembinaan Pengobatan tradisional

Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan dan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiganya merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan puskesmas.

C. Penilaian Kinerja Puskesmas

I. Pengertian kinerja

Prof. Dr. Payaman J. Simanjuntak dalam bukunya *Manajemen dan Evaluasi Kinerja* mendefinisikan kinerja sebagai tingkat pencapaian hasil atas pelaksanaan tugas tertentu (FEUI, 2005).

Sedangkan Yaslis Ilyas mendefinisikan kinerja adalah penampilan hasil karya personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personil yang memegang jabatan fungsional maupun struktural tetapi juga pada keseluruhan jajaran personil didalam organisasi. (Yaslis Ilyas, 1999).

Deskripsi dari kinerja menyangkut 3 komponen penting yaitu : tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memebrikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personil. Walaupun demikian, penentuan tujuan saja tidaklah cukup, sebab itu dibutuhkan ukuran apakah seorang personil telah mencapai kinerja yang diharapkan. Untuk itu kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan personil memegang peranan penting.

Penilaian kinerja harus dilakukan secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapain tujuan kinerja organisasi. Tindakan ini akan membuat personil untuk senantiasa berorientasi terhadap tujuan dan berperilaku kerja sesuai dan

searah dengan tujuan yang hendak dicapai. Dengan demikian jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan, ukuran operasional dan penilaian reguler mempunyai peran penting dalam merawat dan meningkatkan motivasi personil.

2. *Pengertian Standar dan Indikator*

a. Standar

Beberapa batasan tentang standar adalah sebagai berikut :

- Standar adalah kisaran variasi yang masih dapat diterima (*Clinical Practice Guideline, 1990*).
- Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu untuk dicapai berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan (*Donabedian, 1990*)

b. Indikator

Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan kemungkinan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu (*Depkes RI, 2004*).

Sedangkan menurut WHO, indikator adalah tingkat penampilan pelayanan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, dengan kata lain adalah variabel yang dapat diukur untuk mencapai standar (*Depkes RI, 1999*)

3. *Pengertian penilaian kinerja puskesmas*

Penilaian kinerja puskesmas adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja yang dilaksanakan oleh puskesmas yang selanjutnya oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikelompokkan menjadi 3 kelompok puskesmas yaitu :

- Kelompok I : Puskesmas dengan tingkat kinerja baik
Apabila tingkat pencapaian hasil $\geq 90\%$
 - Kelompok II : Puskesmas dengan tingkat kinerja cukup
Apabila tingkat pencapaian hasil antara $\geq 80\% - < 90\%$
 - Kelompok III : Puskesmas dengan tingkat kinerja kurang.
Apabila tingkat pencapaian hasil $< 80\%$
- (Depkes RI, 2006)

4. *Ruang lingkup penilaian kinerja puskesmas*

Ruang lingkup penilaian kinerja puskesmas meliputi penilaian pencapaian hasil (output) kegiatan program serta mutu pelayanan (outcome) dari kegiatan-kegiatan utama puskesmas yang telah ditetapkan ditingkat kabupaten/kota dan kegiatan-kegiatan pengembangan dalam rangka penerapan ketiga fungsi puskesmas yang diselenggarakan melalui pendekatan kesehatan masyarakat dengan tetap mengacu pada kebijakan dan strategi untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2010 (Depkes RI, 2006).

Diantara puskesmas dapat ditunjuk untuk mengembangkan suatu kegiatan upaya kesehatan inovasi yang mungkin tidak dilakukan oleh puskesmas lainnya.

Hasil kegiatan pengembangan tersebut tetap diperhitungkan sebagai nilai tambah dan diberi tanda tertentu pada variabel penilaiannya. Upaya kesehatan pengembangan dapat dijadikan kegiatan utama bila kegiatan tersebut merupakan kebutuhan daerah yang telah didukung oleh ketersediaan sumber daya sehingga kegiatan tersebut dapat lebih dikembangkan secara luas diseluruh puskesmas.

Secara garis besar lingkup penilaian kinerja puskesmas didasarkan pada upaya-upaya puskesmas dalam menyelenggarakan :

- a. Upaya kesehatan dasar sesuai dengan perencanaan nasional yang telah disusun bersama di tingkat Kabupaten/Kota.
- b. Pemberdayaan masyarakat dalam upaya mewujudkan kemampuan hidup sehat secara mandiri melalui pembinaan, bimbingan serta kemitraan dalam kegiatan kesehatan masyarakat dan upaya pembiayaan kesehatan secara mandiri.
- c. Pembangunan dan pengembangan kesehatan antara lain melalui implementasi pendekatan-pendekatan baru (*inovasi*) upaya kesehatan dasar dan upaya pemberdayaan masyarakat dalam melaksanakan pengembangan program inovatif di puskesmas
- d. Manajemen puskesmas dalam melaksanakan fungsi-fungsinya meliputi manajemen SDM dan manajemen pengembangan mutu pelayanan kesehatan yang komprehensif.
- e. Mutu dalam pelayanan kesehatan ditentukan :

- 1) proses pelayanan medis dan non medis yang diukur dengan kepatuhannya terhadap standar
- 2) outcome baik dalam aspek teknis dan non teknis yaitu aspek personal dari klien yang dilayani.

Belum semua kegiatan pelayanan di puskesmas dapat dinilai tingkat mutunya baik dalam aspek proses maupun outcomenya karena indikator dan mekanisme untuk penilaian belum tersedia/ditentukan.

D. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

1. Pengertian SPM

Pengertian Standar Pelayanan Minimal (SPM) menurut Kepmenkes RI No 1091/Menkes/SK/X/2004 tentang Juknis SPM Bidang Kesehatan di Kab/Kota adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (*benchmark*) (Depkes RI, 2004). Sedangkan pengertian SPM Bidang Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah (Depkes RI, 2003).

2. Indikator SPM

Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan.

3. *Urusan Wajib*

Urusan wajib adalah urusan yang sangat mendasar yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga negara antara lain perlindungan hak konstitusional, perlindungan kepentingan nasional, kesejahteraan masyarakat, ketentraman dan ketertiban umum dalam kerangka menjaga keutuhan NKRI dan pemenuhan komitmen nasional yang berhubungan dengan perjanjian dan konvensi internasional.

Urusan wajib dan SPM merupakan pelayanan yang langsung dirasakan oleh masyarakat, sehingga hal-hal yang berkaitan dengan manajemen dianggap sebagai faktor pendukung dalam melaksanakan urusan wajib (perencanaan, pembiayaan, pengorganisasian dsb) tidak dimasukkan dalam SPM.

Urusan wajib dan SPM harus menjadi prioritas tinggi bagi pemerintah daerah karena melindungi hak-hak konstitusional perorangan dan masyarakat untuk melindungi kepentingan nasional dan memenuhi komitmen nasional dan global serta merupakan penyebab utama angka kematian dan kesakitan.

Urusan wajib dan SPM selain harus berorientasi pada output yang langsung dirasakan oleh masyarakat juga harus dilaksanakan secara terus menerus (*sustainable*), terukur (*measurable*), dan dapat dikerjakan (*feasible*).

Adapun pelayanan kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaen/Kota menurut Kepmenkes No.1457/Menkes/SK/X/2003 adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan kesehatan ibu dan bayi, terdiri dari :
 1. Cakupan kunjungan ibu hamil K4;
 2. Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan lain yang memiliki kompetensi kebidanan;
 3. Ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk;
 4. Cakupan kunjungan neonatus ;
 5. Cakupan kunjungan bayi ;
 6. Cakupan bayi BBLR yang ditangani ;
- b. Pelayanan kesehatan anak prasekolah dan usia sekolah
 1. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah;
 2. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tanag terlatih/guru UKS/dokter kecil ;
 3. Cakupan pelayanan kesehatan remaja ;
- c. Pelayanan keluarga berencana
Cakupan peserta KB aktif
- d. Pelayanan imunisasi
Cakupan UCI desa
- e. Pelayanan pengobatan
 1. Cakupan rawat jalan
 2. Cakupan rawat inap
- f. Pelayanan kesehatan jiwa
Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum

- g. Pemantauan pertumbuhan balita
 - 1. Balita yang naik berat badannya
 - 2. Balita BGM
- h. Pelayanan gizi
 - 1. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun
 - 2. Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe
 - 3. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi BGM dan Gakin
 - 4. Balita gizi buruk mendapat perawatan
- i. Pelayanan obstetrik dan neonatal emergency dasar dan komprehensif
 - 1. Akses terhadap kesediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus ;
 - 2. Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang ditangani ;
 - 3. Neonatus resiko tinggi/komplikasi yang ditangani;
- j. Pelayanan gawat darurat

Sarana pelayanan kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat ;
- k. Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB dan gizi buruk
 - 1. Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani
 - 2. Kecamatan bebas rawan gizi
- l. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Polio

- AFP rate per 100.000 penduduk <15 tahun
- m. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Tb Paru
Kesembuhan penderita TBC BTA positif
 - n. Pencegahan dan pemberantasan penyakit ISPA
Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani
 - o. Pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV-AIDS
 1. Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS
 2. Infeksi menular seksual yang diobati
 - p. Pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD
Penderita DBD yang ditangani
 - q. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Diare
Balita dengan diare yang ditangani
 - r. Pelayanan kesehatan lingkungan
Institusi yang dibina
 - s. Pelayanan pengendalian vektor
Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes
 - t. Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum
Tempat umum yang memenuhi syarat
 - u. Penyuluhan perilaku sehat
 1. Rumah tangga sehat
 2. Bayi yang mendapat asi eksklusif
 3. Desa dengan garam beryodium yang baik

- 4. Pos yandu purnama
- v. Penyuluhan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat
Upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan
- w. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan
 - 1. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan
 - 2. Pengadaan obat esensial
 - 3. Pengadaan obat generik
- x. Pelayanan penggunaan obat generik
Penulisan resep obat generik
- y. Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan
Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar
- z. Penyelenggaraan pembiayaan untuk keluarga miskin dan masyarakat rentan
Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan

4. *Urusan Pilihan*

Urusan pilihan adalah urusan yang secara nyata ada didaerah dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi, kekhasan dan potensi unggulan daerah.

Diantara jenis pelayanan tersebut diatas, Kabupaten/Kota tertentu wajib menyelenggarakan jenis pelayanan sesuai kebutuhan antara lain :

- a) **Pelayanan kesehatan kerja**
Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal
- b) **Pelayanan kesehatan usia lanjut**
Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut
- c) **Pelayanan gizi**
Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium
- d) **Pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV AIDS**
Darah donor di skrining terhadap HIV-AIDS
- e) **Pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria**
Penderita malaria yang diobati
- f) **Pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta**
Penderita kusta yang selesai berobat
- g) **Pencegahan dan pemberantasan penyakit Filariasis**
Kasus filariasis yang ditangani

BAB III

KERANGKA PIKIR

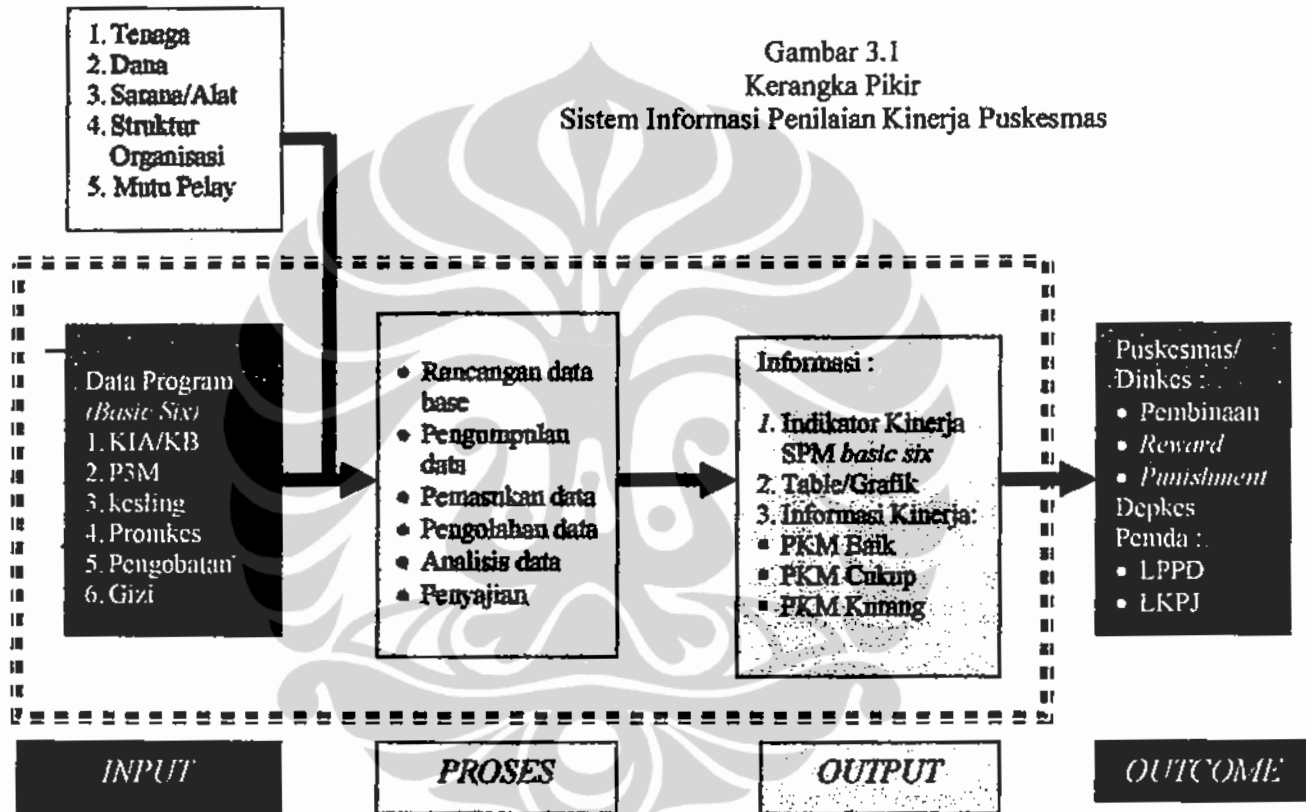
A. Kerangka Pikir

Berdasarkan uraian pada latar belakang dan landasan teoritis, selanjutnya akan dikembangkan menjadi kerangka pikir tentang Pengembangan Sistem Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas Berdasarkan Indikator SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor.

Sistem informasi yang akan dikembangkan ini merupakan sistem informasi untuk aplikasi kegiatan program kerja puskesmas pada upaya kesehatan wajib yaitu KIA/KB, P3M, Kesling, Pengobatan, Promosi Kesehatan dan Gizi atau dikenal juga dengan istilah "*basic six*", dengan indikator kinerja menggunakan indikator SPM bidang kesehatan. Aplikasi sistem dilaksanakan dengan sistem komputerisasi dengan rancangan basis data untuk lebih memudahkan entri data, pengolahan, analisa data serta penyajian hasil dengan software yang akan digunakan dalam aplikasi ini adalah *Aplikasi Pemrograman Borland Delphi 7*.

Keluaran dari sistem adalah pengelompokan prestasi kerja puskesmas ke dalam 3 kelompok yaitu baik, cukup dan kurang. Diharapkan dari keluaran ini, dapat ditindaklanjuti oleh manajemen dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dalam rangka pembinaan, reward dan punishment atas hasil kerja pimpinan dan seluruh staf puskesmas.

Melalui pendekatan sistem dan penetapan komponen input, proses dan output maka dapat dibuatlah kerangka pikir dari penelitian ini yang digambarkan sebagai berikut :



Keterangan :

- LPPD = Laporan Pertanggungjawaban Pemerintah Daerah
- LKPJ = Laporan Kinerja Pertanggungjawaban

Pada komponen input yang menyangkut tenaga, dana, sarana, dan struktur organisasi, bukanlah merupakan area penelitian namun hanya merupakan komponen penunjang/pendukung dalam pelaksanaan penelitian pengembangan sistem. Demikian juga halnya dengan komponen *outcome*, hal tersebut bukan merupakan area penelitian, disini penulis hanya ingin menggambarkan betapa pentingnya “informasi” hasil penilaian kinerja puskesmas sehingga dapat dijadikan

dasar untuk implementasi mekanisme pembinaan, reward dan punishment pada lingkup intern dan mekanisme politis dalam rangka penyusunan laporan LPPD dan LKPJ Pemerintah Daerah.

B. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
INPUT		
1	Data program KIA/KB	Data upaya dibidang pelayanan kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita. Serta data tentang upaya perencanaan kehamilan dengan menggunakan metoda tertentu sehingga kehamilan terjadi pada waktu yang diinginkan.
2	Data Program P2M	Data upaya pelayanan pencegahan penyakit (imunisasi) dan pemberantasan penyakit menular (DBD, Diare, Kusta dll) untuk menghilangkan atau merubah cara berpindahnya penyakit menular/infeksi.
3	Data Program Kesehatan Lingkungan	Data upaya penyehatan lingkungan pemukiman untuk meningkatkan kesehatan lingkungan pemukiman melalui upaya sanitasi dasar, pengawasan mutu lingkungan dan tempat umum termasuk pengendalian pencemaran lingkungan dengan meningkatkan peranserta masyarakat dan keterpaduan pengelolaan lingkungan.
4	Data Program Promosi Kesehatan	Data upaya penyuluhan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat (PHBS) pada berbagai tatanan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.
5	Data Program Pengobatan	Data upaya pelayanan pengobatan dasar yang diberikan kepada seseorang untuk menghilangkan penyakit atau gejala-gejalanya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan cara dan teknologi tertentu termasuk pemeriksaan penunjang/laboratorium.
6	Data Program Gizi	Data upaya dibidang pelayanan gizi yang dimaksudkan untuk melihat partisipasi masyarakat dalam kegiatan posyandu, menurunkan angka prevalensi KKP, prevalensi defisiensi Vit. A, gangguan akibat defisiensi yodium dan anemia gizi.

Tabel 3.1 (Lanjutan)
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
PROSES		
1	Rancangan Database	Rancangan susunan file-file yang mempunyai kaitan satu sama lain sehingga membentuk satu basis data yang dapat menghasilkan informasi yang diperlukan oleh pengguna.
2	Pengumpulan Data	Seluruh proses bagaimana data didapatkan yang terdiri dari mekanisme, format, sumber dan tenaga yang terlibat.
3	Pemasukan Data	Seluruh proses pemasukan data dari format yang tersedia kedalam sistem database yang telah dirancang.
4	Pengolahan Data	Proses perlakuan terhadap data yang telah dikumpulkan untuk kemudian ditransformasikan menjadi informasi
5	Analisis Data	Proses analisa hasil proses pengolahan data sehingga betul-betul sesuai dengan prosedur dan standar yang telah ditetapkan.
6	Penyajian Data	Bentuk penyajian hasil akhir pengolahan data menjadi informasi berupa grafik-grafik atau tabel.
OUTPUT		
1	Rancang Bangun Sistem Informasi Kinerja Puskesmas	Adalah hasil akhir dari proses perancangan data base yang terdiri dari file-file yang berisi informasi tentang kinerja puskesmas
2	Puskesmas Kategori Kinerja Baik	Kelompok kinerja puskesmas dengan skor nilai ≥ 90 dengan simbol warna hijau
3	Puskesmas Kategori Kinerja Cukup	Kelompok kinerja puskesmas dengan skor nilai $\geq 80 < 90\%$ dengan simbol warna kuning
4	Puskesmas Kategori Kinerja Kurang	Kelompok kinerja puskesmas dengan skor nilai < 80 dengan simbol warna merah
5	Tabel	Merupakan rekapan informasi atas hasil pengolahan data kinerja puskesmas
6	Grafik	Merupakan informasi pencapaian indikator kinerja <i>basic six</i> setiap UPTD Puskesmas setiap tahun dalam bentuk grafik.
INDIKATOR SPM BASIC SIX		
1	<i>Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak/Keluarga Berencana</i>	
a.	Cakupan Kunjungan Bumil K 4	Adalah jumlah cakupan bumil yang telah memperoleh pelayanan antenatal 4 kali sesuai dengan standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah kunjungan bumil K4}}{\text{Jumlah sasaran bumil}} \times 100\%$

Tabel 3.1 (Lanjutan)
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
b.	Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Bidan atau Tenaga Kesehatan (Linakes)	Adalah jumlah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh sasaran persalinan}} \times 100\%$
c.	Ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	Adalah jumlah bumil resti/komplikasi yang dirujuk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah bumil resti/komplikasi ditemukan}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bumil resti/komplikasi}} \times 100\%$
d.	Cakupan Kunjungan Neonatus	Adalah jumlah cakupan neonatus yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal, paling sedikit 2 kali, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah KN yang ditangani sesuai standar}}{\text{Jumlah seluruh bayi baru lahir}} \times 100\%$
e.	Cakupan Kunjungan Bayi	Adalah Jumlah cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi, paling sedikit 4 kali, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah bayi memperoleh pelkes sesuai standar}}{\text{Jumlah seluruh bayi lahir hidup}} \times 100\%$
f.	Cakupan BBLR yang ditangani	Adalah jumlah BBLR yang ditangani sesuai standar oleh dokter, bidan dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah BBLR ditangani sesuai standar}}{\text{Jumlah BBLR di wilayah kerja}} \times 100\%$
<i>Pelayanan Keluarga Berencana (KB)</i>		
j.	Cakupan Peserta KB Aktif	Adalah jumlah cakupan peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur (PUS) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah peserta KB aktif}}{\text{Jumlah PUS}} \times 100\%$

Tabel 3.1 (Lanjutan)
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
	<i>Pelayanan Imunisasi</i>	
k.	Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	Adalah jumlah cakupan desa/kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah balita yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Cara perhitungan: $\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan UCI}}{\text{Jumlah seluruh desa/kelurahan}} \times 100\%$
2	Pelayanan Pengobatan	
a.	Cakupan Rawat Jalan	Adalah jumlah cakupan kunjungan rawat jalan baru di sarana kesehatan pemerintah dan swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien baru rawat jalan di sarkes dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di satu wilayah dalam kurun waktu tertentu}} \times 100\%$
b.	Cakupan Rawat Inap	Adalah jumlah cakupan kunjungan rawat inap baru di sarana kesehatan pemerintah dan swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien baru rawat inap di sarkes dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di satu wilayah dalam kurun waktu tertentu}} \times 100\%$
3	Penyelenggaraan Perbaikan Gizi Masyarakat	
a.	Balita yang Naik Berat Badannya	Adalah jumlah balita yang ditimbang (D) di pos yandu maupun diluar pos yandu yang berat badannya naik di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah balita yang ditimbang di posyandu maupun diluar posyandu yang berat badannya naik}}{\text{Jumlah balita yang ditimbang di posyandu maupun diluar posyandu}} \times 100\%$
b.	Balita Bawah Garis Merah (BGM)	Adalah jumlah balita BGM yang ditemukan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah balita BGM}}{\text{Jumlah seluruh balita yang ditimbang}} \times 100\%$

Tabel 3.1 (Lanjutan)
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
	<i>Pelayanan Gizi</i>	
c.	Cakupan Balita Mendapat Kapsul Vitamin A 2 kali per Tahun	Adalah cakupan bayi 6-11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A satu kali dan anak umum 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi 2 kali per tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah balita yang mendapat kapsul vit A dosis tinggi}}{\text{Balita yang ada di satu wilayah kerja}} \times 100\%$
d.	Cakupan Ibu Hamil Mendapat 90 tablet Fe	Adalah jumlah bumil yang mendapat tablet Fe selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jml bumil mendapat 90 tablet Fe periode kehamilannya}}{\text{Jumlah bumil}} \times 100\%$
e.	Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Bayi BGM dari Gakin	Adalah jumlah pemberian MP ASI dengan porsi 100gram per hari selama 90 hari, Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah bayi BGM usi 6-11 bulan dari gakin yang mendapat MP ASI}}{\text{Jumlah seluruh bayi BGM usia 6 - 11 bulan dari Gakin}} \times 100\%$
f.	Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	Adalah jumlah balita gizi buruk yang ditangani di sarana pelayanan kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah balita gizi buruk yang dirawat disarana pelkes sesuai standar}}{\text{Jumlah balita gizi buruk yang ditemukan}} \times 100\%$
4	Penyelenggaraan Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular	
	<i>Penyelenggaraan Penyelidikan Epidemiologi Dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) Dan Gizi Buruk</i>	
a.	Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam	Adalah jumlah KLB yang ditangani < 24 jam pada suatu desa/kelurahan di satu wilayah kerja dalam periode waktu tertentu Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah KLB yang ditangani < 24 jam}}{\text{Jumlah KLB yang terjadi}} \times 100\%$

Tabel 3.1 (Lanjutan)
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
b.	Desa/Kelurahan Bebas Rawan Gizi	Adalah jumlah Desa/Kelurahan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita < 15 % pada kurun waktu tertentu <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah Desa/Kelurahan dengan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang} < 15\% \times 100\%}{\text{Jumlah Desa/Kelurahan seluruhnya di Kecamatan tersebut}}$
<i>Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Tb Paru</i>		
c.	Kesembuhan Penderita TBC BTA Positif	Adalah jumlah penderita baru TBC BTA (+) yang sembuh diakhir pengobatan 85% di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan :</i> $\frac{\text{Jumlah penderita baru TBC BTA (+) yang Sembuh} \times 100\%}{\text{Jumlah penderita baru TBC BTA (+) yang diobati}}$
<i>Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Ispa</i>		
e.	Cakupan Balita Dengan Pneumonia Yang ditangani	Adalah jumlah balita dengan pneumonia yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan:</i> $\frac{\text{Jumlah kasus pneumonia yang ditangani} \times 100\%}{\text{Jumlah perkiraan kasus pneumonia pada balita}}$
<i>Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Menular Seksual</i>		
f.	Infeksi Menular Seksual yang Diobati	Adalah jumlah kasus infeksi menular seksual (IMS) yang ditemukan berdasarkan syndrome dan etiologi serta diobati sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan:</i> $\frac{\text{Jumlah kasus IMS yang diobati} \times 100\%}{\text{Jumlah kasus IMS pada waktu yang sama}}$
<i>Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit DBD</i>		
g.	Penderita DBD yang Ditangani	Adalah jumlah kasus DBD yang penanganannya sesuai dengan standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. <i>Cara perhitungan:</i> $\frac{\text{Jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai standar} \times 100\%}{\text{Jumlah penderita DBD dalam kurun waktu yang sama}}$

Tabel 3.1 (Lanjutan)
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
<i>Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Diare</i>		
h.	Balita Dengan Diare yang Ditangani	Adalah jumlah balita dengan diare yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan: $\frac{\text{Jumlah penderita balita diare yang ditangani sesuai standar}}{\text{Jumlah penderita balita diare yang dilayani pada waktu yang sama}} \times 100\%$
i.	Penderita kusta selesai (RFT) diobati	Adalah jumlah penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (RFT rate) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan: $\frac{\text{Jumlah penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar}}{\text{Jumlah penderita kusta yang ditemukan pada periode waktu tertentu}} \times 100\%$
5	PENYELENGGARAAN KESEHATAN LINGKUNGAN	
<i>Pelayanan Kesehatan Lingkungan</i>		
a.	Institusi yang Dibina	Adalah jumlah institusi yang dibina sesuai dengan standar kesehatan lingkungan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan: $\frac{\text{Jumlah institusi yang dibina dengan syarat Kesling}}{\text{Jumlah institusi yang ada}} \times 100\%$
<i>Pelayanan Pengendalian Vektor</i>		
b.	Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk	Adalah jumlah rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk Aedes di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan: $\frac{\text{Jml rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk Aedes}}{\text{Jumlah rumah bangunan yang diperiksa}} \times 100\%$
<i>Pelayanan Hygiene Sanitasi Di Tempat Umum</i>		
c.	Tempat umum yang memenuhi syarat	Adalah jumlah tempat umum yang diawasi yang memenuhi persyaratan hygiene sanitasi sesuai dengan standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan: $\frac{\text{Jumlah tempat umum yang diawasi yang memenuhi syarat hygiene sanitasi}}{\text{Jumlah tempat umum yang diawasi}} \times 100\%$

Tabel 3.1 (Lanjutan)
Variabel dan Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL
6	Penyelenggaraan Promosi Kesehatan	
	<i>Penyuluhan Perilaku Sehat</i>	
a.	Rumah Tangga Sehat	Adalah proporsi rumah tangga yang memenuhi 10 indikator yaitu : pertolongan linakes, balita diberi ASI eksklusif, mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, tidak merokok, melakukan aktivitas fisik setiap hari, makan sayur dan buah setiap hari, tersedia SAB, tersedia jamban, jumlah lantai dan penghuni yang sesuai, dan lantai rumah bukan dari tanah Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah rumah tangga sehat}}{\text{Jumlah rumah tangga yang disurvei}} \times 100\%$
b.	Bayi yang Mendapatkan ASI eksklusif	Adalah jumlah bayi yang hanya mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah bayi usia 0-6 bln yang mendapat hanya ASI saja}}{\text{Jumlah seluruh bayi usia 0-6 bln}} \times 100\%$
c.	Desa Dengan Garam Beryodium Baik	Adalah jumlah desa/kelurahan dengan 21 sampel garam konsumsi yang diperiksa hanya ditemukan tidak lebih dari satu sampel garam konsumsi dengan kandungan yodium kurang dari 30 ppm pada kurun waktu tertentu. Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan dengan garam beryodium baik}}{\text{Jumlah seluruh desa/kelurahan yang diperiksa}} \times 100\%$
d.	Posyandu Purnama	Adalah jumlah posyandu purnama yang ada disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu Cara perhitungan : $\frac{\text{Jumlah posyandu purnama}}{\text{Jumlah seluruh posyandu}} \times 100\%$

BAB IV

METODOLOGI PENGEMBANGAN SISTEM

Desain penelitian ini adalah riset operasional (*operational reseach*) dengan menggunakan pendekatan system untuk menyelesaikan masalah. Riset operasional adalah rangkaian proses untuk mengidentifikasi masalah dan mencari solusi terhadap masalah yang ditemukan pada sistem yang sedang berjalan. Pemecahan masalah dengan pendekatan system ini melalui beberapa tahapan yang disebut dengan *system development life cycle*, yang meliputi beberapa tahap yaitu mulai dari tahap perencanaan sistem dan studi kelayakan sampai uji coba program aplikasi atau *prototype*.

A. Entitas

Entitas sumber pada Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Puskesmas Berbasis SPM di Kabupaten Bogor ini adalah Puskesmas-puskesmas yang ada di Kabupaten Bogor. Sedangkan sumber data yang digunakan untuk setiap sistem adalah data pada Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) yang meliputi Laporan Bulanan Penyakit (LB1), Laporan Bulanan Gizi (LB3), Laporan Bulanan KIA/KB (LB3), Laporan Bulanan Pemberantasan Pencegahan Penyakit (LB3), Laporan Bulanan Kegiatan Puskesmas (LB4), Laporan Tahunan Puskesmas (LSD1), Laporan Jumlah dan Jenis Tenaga di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu (LSD2) dan Laporan Jenis dan Jumlah Peralatan Puskesmas dan Puskesmas

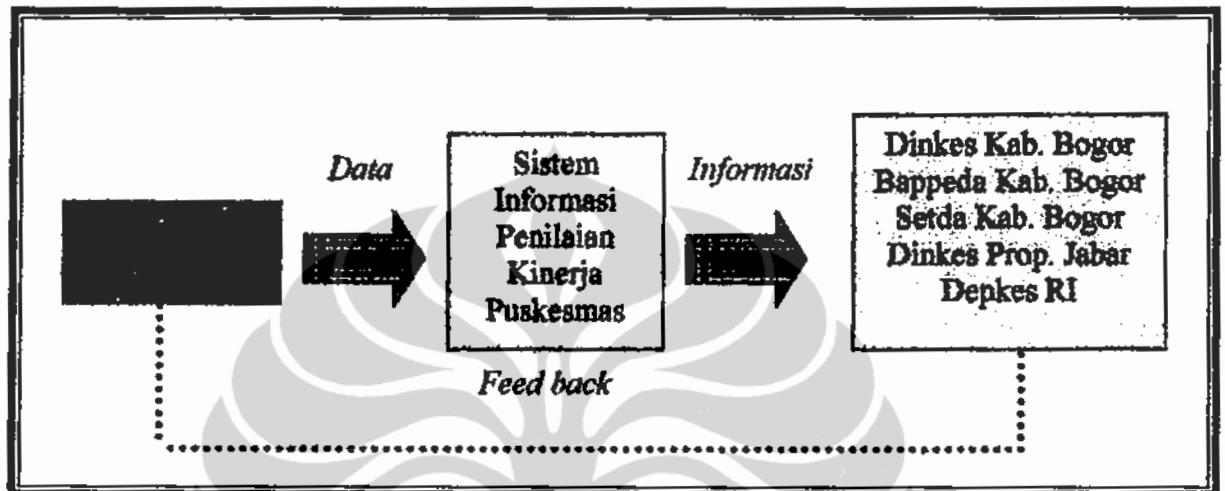
Pembantu (LSD3) yang dilaporkan oleh UPTD Puskesmas Kecamatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.

Selain data tersebut diatas, penulis juga melakukan pencarian data dari sumber lain seperti data dari BPS, SKRT, Susenas, SDKI, surkesda dan data/hasil survey lain yang dibutuhkan untuk mendukung hasil penelitian ini dimana tidak terdapat pada format laporan SP3 tersebut diatas.

Data tersebut, kemudian diolah dan dianalisis dengan menggunakan sistem ini sehingga menghasilkan informasi untuk pengambilan keputusan pada berbagai level manajemen seperti Puskesmas yang bersangkutan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, dan Badan Perencana Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Bogor, Sekretaris Daerah Kabupaten Bogor, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat bahkan Departemen Kesehatan RI.

Pada pengembangan sistem ini, entitas dapat digambarkan seperti terlihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 4.1
Entitas Pengembangan Sistem Penilaian Kinerja Puskesmas.



B. Pengumpulan Data Dan Informasi

1. Metode Pengumpulan Data

Metode yang akan digunakan untuk mendapatkan data dan informasi di dalam penelitian ini, antara lain dengan cara:

a. Studi dokumen

Dengan cara mengkaji dokumen-dokumen yang digunakan atau yang berkaitan dengan sistem pencatatan dan pelaporan di puskesmas, antara lain yang menjadi bahan kajian adalah kelengkapan dan ketepatan isi dokumen.

b. Observasi

Observasi dilakukan dengan tujuan untuk lebih mendalami proses mulai pengumpulan data, pengolahan data dan penyajian data. Selain hal tersebut, observasi juga dilakukan untuk lebih mengetahui kendala/hambatan dalam pengelolaan data termasuk kebutuhan sumber daya.

c. Wawancara

Melakukan wawancara dengan sumber informan untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam tentang permasalahan yang berhubungan dengan sistem informasi.

Dalam rangka pengumpulan data untuk kebutuhan sistem ini, maka dapat dikelompokkan seperti dalam tabel berikut :

Tabel 4.1
Pengelompokan Mekanisme Pengumpulan Data

Permasalahan	Metode	Substansi	Sumber Data/Informasi
Manajemen dan organisasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Studi dokumen ▪ Wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dasar hukum ▪ Struktur organisasi ▪ Sistem informasi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check List ▪ Kuesioner ▪ Dokumen
Kebutuhan informasi	Wawancara	Manfaat informasi bagi pemakai dan bagaimana pemenuhannya selama ini	Kuesioner
Format laporan dan variabel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Studi dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan dari sistem informasi yang ada ▪ Variabel yang terdapat dalam laporan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check list ▪ Format laporan SP3
Pengelolaan alur laporan dan umpan balik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengelola data Dinas ▪ Waktu pelaporan dan alurnya ▪ Umpan balik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check list ▪ Kuesioner
Input, Proses dan Output	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada input adalah kualitas dan kuantitas data, ketersediaan sumber daya 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check list ▪ Kuesioner

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada proses adalah mekanisme pengumpulan dan pengolahan data ▪ Pada output, yaitu laporan dan bentuk informasi yang dihasilkan 	
Peluang pengembangan sistem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi ▪ Wawancara 	Sumber daya manusia, penganggaran, material, manajemen dan teknologi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check list ▪ Kuesioner

2. Sumber Informasi atau Informan

Sumber informasi dalam proses Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas berbasis SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor adalah orang-orang yang secara kompeten dapat memberikan informasi, yaitu orang mengetahui dan dapat dimintai keterangan yang berkaitan dengan topik penelitian.

Walaupun dalam pemilihan informan ini tidak dilakukan secara acak, tetapi pemilihan atau penentuan informan ini tetap harus memenuhi kriteria kesesuaian (*appropriate*) dan kecukupan (*adequacy*). Berdasarkan pertimbangan tersebut maka informan penelitian adalah sebagai berikut :

- a. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bogor
- b. Kepala Bidang Program Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Bogor
- c. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Bogor

- d. Kepala Bidang Pembinaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kab. Bogor
- e. Kepala Bidang P2PKL Dinas Kesehatan Kab. Bogor
- f. Kepala Puskesmas sebagai sampel untuk mengetahui masukan tentang permasalahan data dan sistem informasi yang sedang berjalan sebagai bahan untuk pengembangan.

C. Analisis Data

Analisi data dilakukan terhadap hasil pengumpulan data dengan cara:

1. Mengumpulkan seluruh data dan informasi yang telah diperoleh dari berbagai sumber informasi (informan)
2. Membuat transkripsi data dan informasi hasil wawancara kedalam bentuk narasi
3. Melakukan pengelompokan data dan informasi ke dalam aspek-aspek yang terkait dengan kegiatan pengembangan sistem informasi
4. Melakukan interpretasi data berdasarkan teori-teori yang relevan
5. Kemudian melakukan identifikasi masalah untuk digunakan sebagai dasar pengembangan sistem informasi
6. Penarikan kesimpulan

D. Tahap-Tahap Pengembangan Sistem

1. Perencanaan Sistem dan Studi Kelayakan

Perencanaan pengembangan sistem informasi bertujuan untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan sistem informasi apa yang akan

dikembangkan, sasaran yang ingin dicapai, jangka waktu pelaksanaan, dan siapa yang akan melaksanakan.

Pada tahap ini, penulis melakukan analisis dan penilaian kelayakan pengembangan sistem informasi yang mencakup 3 hal yaitu :

a. Kelayakan operasional

Kelayakan perasional menyangkut apakah secara operasional sistem yang baru dirancang dapat dilaksanakan dengan sumber daya manusia (*brainware*) yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor?

b. Kelayakan teknis

Kelayakan teknis menyangkut apakah hardware/software yang akan dikembangkan tersedia dan dapat diaplikasikan di lapangan. Untuk itu dalam pemilihan spesifikasi hardware, penulis mengacu pada hardware dengan spesifikasi yang telah ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.

Demikian pula halnya dengan pemilihan software, penulis akan menggunakan software Borland Delphi 7 dengan pertimbangan software tersebut mempunyai keunggulan dalam pembuatan aplikasi program seperti telah penulis paparkan dalam BAB II.

c. Kelayakan ekonomis

Kelayakan ekonomis adalah menyangkut ketersediaan biaya untuk membuat dan menjalankan sistem yang baru serta keuntungan yang akan diperoleh dari sistem tersebut. Dimana menurut analisis penulis, dengan

tersedianya Aplikasi Sistem Informasi Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas Berbasis Indikator SPM Bidang Kesehatan ini, akan besar sekali manfaatnya bagi *stakeholders* sebagai informasi dalam kecepatan dan ketepatan pengambilan keputusan.

2. Analisis Sistem

Pada tahap ini dilakukan kegiatan analisis terhadap hambatan dan kendala yang mungkin ada pada komponen input, proses dan output kegiatan pengolahan data. Mengamati prosedur, sistem pencatatan data, aliran data dan permasalahan-permasalahan yang mungkin timbul.

Membuat bagan alir SP3 untuk mengetahui kelemahan sistem, data yang dihasilkan dan keluarannya dalam menghasilkan sumber data untuk laporan LB1, LB3 (KIA/KB, Gizi/P2M), LB4 serta LSD 1,2 dan3.

- a. Identifikasi penyebab masalah pada sistem yang telah ada berdasarkan :
 - i. Alur organisasi sistem pelaporan
 - ii. Diagram alir data
- b. Identifikasi kebutuhan informasi yang diperlukan dalam pengembangan sistem
- c. Pengkajian keluaran yang diharapkan sesuai kebutuhan informasi yang ditetapkan
- d. Pengkajian instrumen yang digunakan dalam menghasilkan keluaran yang diharapkan

- e. Pengkajian proses transformasi data dari instrumen yang digunakan menjadi keluaran yang diinginkan (proses manipulasi data menjadi informasi).

3. Perancangan Sistem

Pada perancangan sistem dapat menggambarkan bagaimana sistem dibentuk, tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan pengguna sistem dan memberikan gambaran yang jelas serta rancang bangun yang diinginkan.

Langkah-langkah yang harus diperhatikan pada tahap ini adalah :

- a. Pemodelan sistem dengan cara membuat aliran organisasi sistem, diagram konteks (*context diagram*), diagram arus data (*data flow diagram/DFD*), dan diagram hubungan antar entitas (*entity relationship diagram/ERD*) dengan tujuan untuk menjelaskan logika sistem yang akan berjalan.
- b. Pemodelan instrumen dan konversi yang dilakukan dengan cara :
 - 1) Mengkaji indikator tiap-tiap elemen (IPO)
 - 2) Membuat instrumen untuk pengumpulan data yang diperlukan sistem.
 - 3) Menetapkan prosedur konversi data menjadi informasi yang bermanfaat.
- c. Rancangan logik prosedur organisasi sistem terdiri dari :
 - 1) Menggambarkan hirarki dari elemen-elemen yang ada dalam sistem, berupa input-proses-output, yang dikenal dengan istilah *HIPO (hierarchy plus input-process-output)*.
 - 2) Merancang formulir untuk bahan masukan (form entry data dan keterangan perhitungan matematis terlampir)
 - 3) Merancang bentuk laporan yang diinginkan.
 - 4) Merancang tampilan interface untuk mengguna sistem.

4. Rancangan basis data

Perancangan basis data yang terdiri dari penentuan variable, pembuatan struktur data, kamus data, normalisasi data, penentuan hubungan antar tabel dan pembuatan kamus data.

5. Pembuatan prototype dan aplikasi program

Kegiatan dalam pembuatan prototype ini diawali dengan pembuatan struktur menu, pembuatan algoritma program, pembuatan formulir input data kemudian dilanjutkan dengan pembuatan system file serta pemrosesan dan pembuatan keluaran informasi. Selain itu juga direncanakan pelaksanaan uji coba *prototype*. Adapun tujuan dari uji coba ini adalah untuk menguji apakah sistem ini dapat berfungsi dengan baik dan dapat menghasilkan informasi yang direncanakan. Aplikasi program yang telah selesai dibuat, hanya akan diujicobakan di Laboratorium Komputer FKM UI, hal ini mengingat adanya keterbatasan waktu dan keterbatasan biaya.

Indikator keberhasilan uji coba *prototype* seperti dapat dilihat dalam tabel 4.3 :

Tabel 4.2
Komponen Uji Kelayakan *Prototype*

NO	KOMPONEN
A	Komponen Rancangan Input
1	Kendali Input Fasilitas untuk memvalidasi dan verifikasi pemasukan data
2	<i>User Acceptable</i> Para pengguna mudah menggunakan form-form input termasuk secara logika dan visualgrafik
3	Mekanisme Back up Data Memiliki perangkat direct entry sebagai pengganti dokumen sumber bila terjadi sistem locking

Tabel 4.2 (Lanjutan)
Komponen Uji Kelayakan *Prototype*

NO	KOMPONEN
B	Komponen Rancangan Sistem
1	Sistem Operasi Prosedur Prosedur pengolahan efisien dan efektif
2	<i>Software Reliable</i> Perangkat lunak memiliki konsistensi dan keandalan dalam melakukan aktivitas maksimum dengan hasil optimal
3	Fasilitas dan Fungsi Semua fasilitas dan fungsi baik fungsi logika, matematika, statistic, visual, otomatisasi dapat aktif dengan baik
4	<i>Modelling</i> Sistem perangkat lunak memiliki model yang fleksibel untuk problem case yang sesuai
5	Akurasi Waktu Konversi input ke output memiliki efisiensi dan efektifitas waktu sesuai baik dalam time running ataupun time responnya
C	Komponen Rancangan Database
1	Data Back Up Data memiliki mekanisme back up data yang aman
2	Database Sistem Sekuriti Prototype memiliki sistem keamanan dan pemulihan data bila terjadi hal-hal yang tidak terduga
3	Entitas dan Atribut Identitas jelas, deskripsi sesuai dengan isi, identitas file sesuai dengan program proses
4	Relational Database Relasi tabel rapi, respon query tepat dan akurat, primary key konsisten, cepat dan akurat
5	Data Flow Aliran data dari input ke database tepat dan akurat, tingkat error nol
6	Kapasitas Database Memuat data banyak tetapi ketepatan dan kecepatan akses efisien dan efektif
D	Komponen Rancangan Kendali
1	Kebijakan Pendukung Diaplikasikan untuk kepentingan yang sesuai dengan kebutuhan
2	Mekanisme recovery sistem Mampu melakukan recovery terhadap kerusakan sistematis bila terjadi bencana

Tabel 4.2 (Lanjutan)
Komponen Uji Kelayakan *Prototype*

NO	KOMPONEN
3	Sistem Simulasi Memunya fasilitas dan petunjuk bagi user
4	Sistem Kendali Akses Memunyai sistem sekuriti level akses user
E	Komponen Rancangan Platform Teknologi
1	Teknologi Sistem dapat diterima oleh teknologi minimum dan maksimum terkini
2	Konfigurasi Mudah untuk mendapatkan konfigurasi teknologi untuk merunning sistem serta prosedur konfigurasi sistem yang optimal
3	Kapacitas sistem Sistem memiliki size instalasi yang efisien dan efektif sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan teknologi
4	Respon Time dan Running Time Waktu yang diperlukan sistem secara keseluruhan untuk melakukan fungsi-fungsi fasilitas baik input, proses, output dan kendali dengan efektif dan efisien

Skala Penilaian: 0 – 25 = Failed ; 26 – 50 = Denied ; 51 – 75 = Modification ; 76 – 100 = Accept

6. Perancangan teknologi dan sistem operasi

Rancangan teknologi sistem ini adalah sebagai berikut:

- 1) Perangkat keras:
 - a) Komponen masukan: *keyboard, mouse, monitor*;
 - b) Komponen keluaran: cetakan (*printer*), tampilan monitor, *harddisk*
- 2) Perangkat lunak : Pemrograman Borland Delphi 7, Firebird 1.5, IBExfert
- 3) Teknologi komunikasi: jaringan local (LAN) dan web site.

E. Lokasi Pengembangan Sistem

Lokasi yang di pilih untuk pengembangan sistem informasi ini adalah di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Bogor

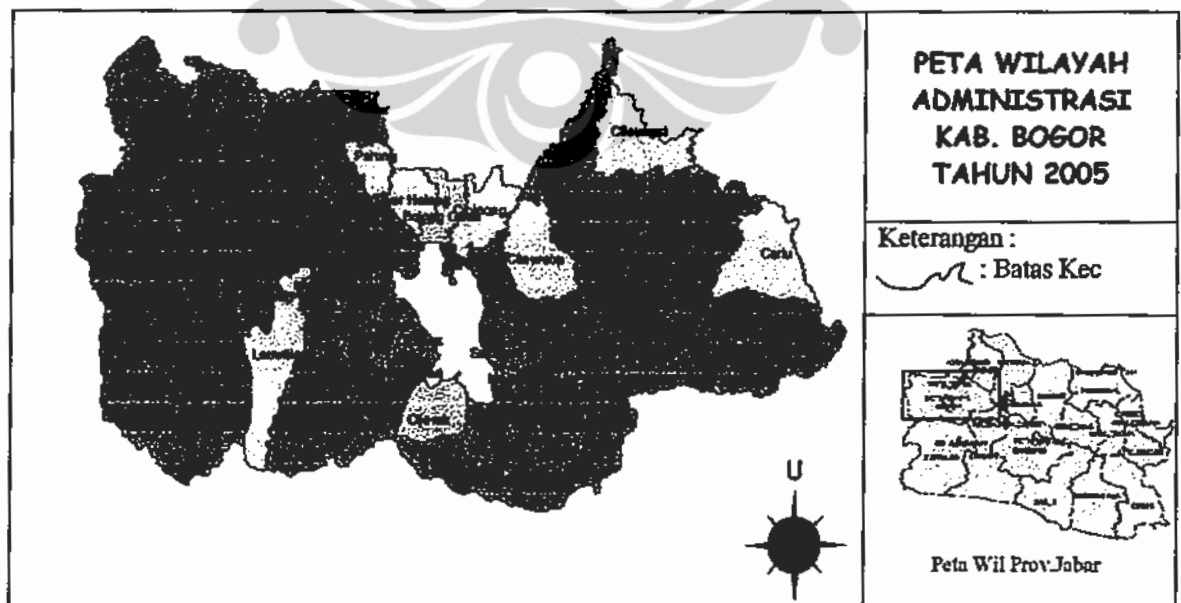
1. *Kondisi Geografi*

Kabupaten Bogor dilihat secara geografis terletak antara 6.19° - 6.47° derajat lintang selatan dan 106.21° - 107.13° bujur timur. Di sebelah utara berbatasan dengan wilayah DKI Jakarta, Kabupaten Tangerang dan Kabupaten Bekasi. Disebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Sukabumi, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Cianjur, Purwakarta dan Karawang. Sedangkan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Lebak, Pandeglang dan Serang. Luas wilayah Kabupaten Bogor sekitar 2.436,118 KM² terdiri dari 6 wilayah pembantu Bupati, 40 kecamatan dan 426 Desa / Kelurahan.

Topografi Kabupaten Bogor sangat bervariasi yaitu berupa daerah pegunungan di Bagian Selatan, hingga daerah dataran rendah di sebelah utara. Keberadaan sungai-sungai di wilayah Kabupaten Bogor posisinya membentang dan mengalir dari daerah pegunungan di bagian selatan ke arah utara. Komposisi pemanfaatan lahan di Kabupaten Bogor pada tahun 2000 menurut luas wilayah di atas yaitu untuk pertanian berupa lahan sawah 48.412 Ha, lahan untuk bangunan 41.128 Ha, kebun 67.680 Ha, padang rumput 820 Ha, kolam 2.323 Ha, hutan rakyat 16.288 Ha, hutan negara 44.587 Ha, perkebunan 26.505 Ha dan sisanya 69.354 Ha untuk penggunaan lain-lain.

Kabupaten Bogor dibagi menjadi 3 wilayah pembangunan yaitu wilayah pembangunan barat terdiri dari 13 kecamatan yaitu kecamatan Jasinga, Parung panjang, Tenjo, Cigudeg, Sukajaya, Nanggung, Leuwiliang, Cibungbulang, Ciampea, Pamijahan, Rumpin, Tenjolaya dan kecamatan Leuwisadeng. Wilayah Pembangunan Tengah terdiri dari 20 kecamatan yaitu Kecamatan Gunung Sindur, Parung, Ciseeng, Kemang, Rancabungur, Cibinong, Sukaraja, Bojong Gede, Dramaga, Cijeruk, Caringin, Ciawi, Megamendung, Cisarua, Citeureup, Babakan Madang, Ciomas, Tamansari, Tajurhalang, dan Kecamatan Cigombong. Wilayah Pembangunan Timur terdiri dari 7 kecamatan yaitu Kecamatan Gunung Putri, Cileungsi, Klapanunggal, Jonggol, Sukamakmur, Cariu dan Kecamatan Tanjung Sari.

Gambar 5.1
Peta Wilayah Administrasi Kabupaten Bogor Tahun 2005



Situasi geografis Kabupaten Bogor dapat kita lihat pada Tabel 5.1 dibawah ini :

Tabel 5.1
Situasi Geografis Kecamatan
Di Kabupaten Bogor Tahun 2005

No	Nama Kec	Luas Wilayah	Jml Desa/ Keturahan	Jumlah RT/RW	Jarak terjauh Ke PKM (Km)	Rata2 waktu tempuh ke PKM		Kondisi Keterjangkauan Desa		
						Roda2	Roda 4	Roda2	Roda 4	Jalan
1	Jasinga	117.711	15							
2	Cigudeg	123.095	15	486/174	25	3 jam	3 jam	V	V	V
3	Sukajaya	124.404	9		17					
4	Parung Panjang	63.165	11							
5	Tenjo	70.672	9							
6	Nanggung	74.234	10		17					
7	Leuwiliang	88.516	19	614/176	25	1 jam	1,5 jam	V	V	V
8	Rumpin	112.552	13	426/67	25	2 jam	3 jam	V	-	V
9	Cibungbulang	33.700	15	508/123	6,2	0,3 jm	1 jam	V	V	V
10	Pamijahan	63.574	15		6					
11	Ciampes	53.291	19	510/124	7	20	20	V	V	V
12	Ciomas	16.770	11	443/112	10	30 mnt	60 mnt	V	V	V
13	Taman Sari	32.349	8							
14	Damaga	23.530	10	291/67						
15	Cisarua	64.975	10	382/110	6	30mnt	30mnt	V	V	V
16	Megamendung	41.019	11	251/54	9,5	20 mnt	20 mnt	V	V	V
17	Ciawi	25.937	13	279/70	10					
18	Caringin	55.019	12	318/74	7	0,25 jm	0,5 jam	V	V	V
19	Cijeruk	58.937	18	488/131	22	45 mnt	1 jam	V	V	V
20	Kemang	23.719	9		8					
21	Rancabungur	23.258	6	164/42	3					
22	Parung	24.656	9	216/49	10	15 mnt	25 mnt	V	V	V

Tabel 5.1 (Lanjutan)
Situasi Geografis Kecamatan
Di Kabupaten Bogor Tahun 2005

No	Nama Kec	Luas Wilayah	Jml Desa/ Kelurahan	Jumlah RT/RW	Jarak terjauh ke PKM (Km)	Rata2 waktu tempuh ke PKM		Kondisi Keterjangkauan Desa		
						Roda2	Roda 4	Roda2	Roda 4	Jalan
23	Ciseeng	36.718	10	231/71	7	0,5 jam	1,5 jam,	V	V	V
24	Gunung Sindur	48.822	10		3,1					
25	Bojonggede	56.456	16	816/183	4	20 mnt	30 mnt	V	V	V
26	Cibinong	42.026	12	756/138	4	20 mnt	20 mnt	V	V	V
27	Sukaraja	43.923	13	359/86	13	18	10	V	V	V
28	Citeureup	68.033	14	373/93	6					
29	Bbk. Madang	52.749	9	199/50	10					
30	Gunung Putri	55.774	10	621/177	7	0,25 jm	0,33 jam	V	V	V
31	Cileungsi	73.751	12	405/118	15	0,5	0,5	V	V	V
32	Klapa Nunggal	91.093	9		25					
33	Jonggol	103.279	14							
34	Sukamakmur	168.656	10							
35	Cariu	279.748	20	309/153	17	15 mnt	20 mnt	V	V	V
Kabupaten Bogor		2.436,11 8	426							

Sumber : P2KT Puskesmas Kab. Bogor tahun 2005

Dari tabel 5.1 terlihat bahwa keterjangkauan penduduk terhadap Pusat Kesehatan Masyarakat secara umum cukup mudah, baik dengan menggunakan roda 2 maupun roda 4. Akan tetapi kendala yang ditemukan adalah infrastruktur jalan dan alat transportasi umum yang belum merata sehingga menghambat pemanfaatan Puskesmas dalam hal kunjungan atau rujukan. Apalagi kalau alat transportasi yang digunakan ojeg, maka biaya transportasi menjadi lebih besar dibanding biaya retribusi pelayanan kesehatan.

2. *Kondisi Demografi*

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Bogor tahun 2005 jumlah penduduk di Kabupaten Bogor adalah 3.960.827 jiwa dibanding tahun 2004 mengalami kenaikan sebesar 5,9 % yaitu 3.727.892 jiwa dan naik 8,9% dari tahun 2003 sebesar 3.606.283 jiwa.

Perkembangan distribusi penduduk menurut umur dan jenis kelamin di Kabupaten Bogor tahun 2005 dapat dilihat pada halaman berikut. :

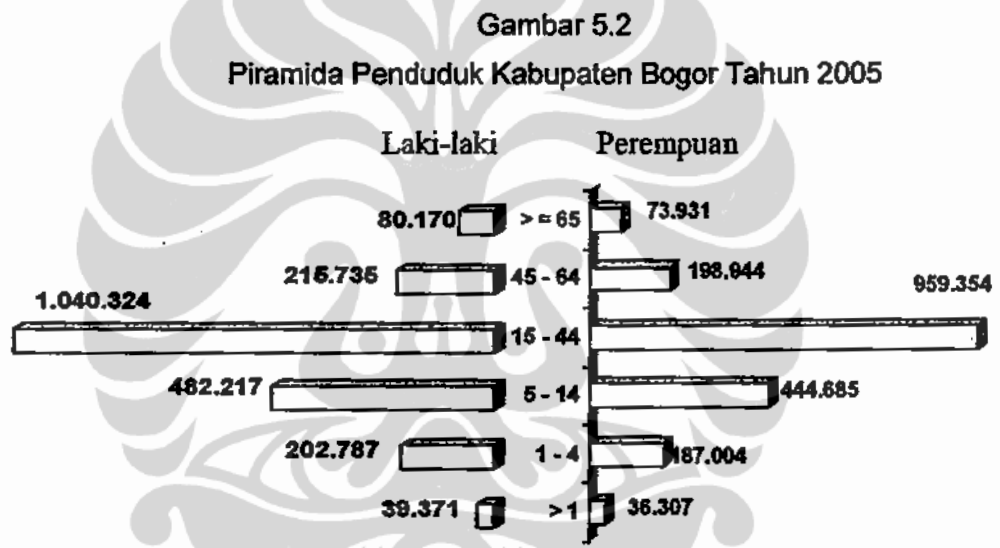


Tabel 5.2 (Lanjutan)
Jumlah Penduduk Menurut Umur Dan Jenis Kelamin
Kabupaten Bogor Tahun 2005

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
21	RANCABUNGUR		45.447	451	2.327	5.533	11.836	2.475	921	23.843	416	2.146	5.102	11.007	2.283	850	21.803
22	PARUNG		84.358	839	4.319	10.271	22.157	4.595	1.707	43.887	773	3.983	9.471	20.433	4.237	1.574	40.471
23	CISEENG		82.880	824	4.243	10.090	21.769	4.514	1.678	43.118	759	3.913	9.305	20.074	4.182	1.548	39.762
24	GN. SINDUR		77.028	786	3.944	9.378	20.232	4.195	1.559	40.073	706	3.637	8.848	18.657	3.869	1.437	38.855
25	BOJONGGEDE		244.086	2.427	12.497	28.718	64.113	13.285	4.941	126.990	2.238	11.525	27.405	59.123	12.261	4.556	117.106
26	CIBINONG		244.718	2.433	12.529	28.793	64.276	13.329	4.953	127.313	2.243	11.554	27.475	59.273	12.292	4.588	117.404
27	SUKARAJA		142.108	1.412	7.276	17.301	37.325	7.740	2.877	73.931	1.302	6.710	15.955	34.420	7.138	2.653	68.177
28	CITEUREUP		188.378	1.674	8.621	20.499	44.225	9.171	3.408	87.598	1.543	7.950	18.904	40.783	8.457	3.142	80.780
29	BBK. MADANG		83.185	827	4.280	10.129	21.851	4.531	1.684	43.282	763	3.928	9.340	20.151	4.179	1.553	38.913
30	GUNUNG PUTRI		189.887	1.987	10.234	24.395	52.501	10.887	4.046	103.891	1.832	9.437	22.441	48.415	10.040	3.731	95.897
31	CILEUNGI		157.768	1.589	8.198	19.208	41.436	8.593	3.072	82.078	1.447	7.561	17.713	38.213	7.924	2.833	75.690
32	KLAPANUNGGAL		66.238	658	3.270	8.065	17.398	3.608	1.462	34.460	607	3.015	7.437	18.044	3.328	1.348	31.778
33	JONGGOL		99.689	991	5.104	12.137	26.183	5.430	2.018	51.863	914	4.706	11.183	24.145	5.007	1.861	47.826
34	SUKAMAKMUR		69.285	689	3.547	8.435	18.196	3.774	1.403	36.045	635	3.271	7.779	16.781	3.480	1.294	33.240
35	CARIU		95.819	954	4.906	11.668	25.167	5.219	1.938	49.849	880	4.524	10.758	23.209	4.812	1.787	45.970
	TOTAL		3.960.827	39.371	202.787	482.217	1.040.324	215.736	80.170	2.080.603	36.307	187.004	444.685	959.354	198.944	73.931	1.900.224

Sumber: BPS KAB. BOGOR tahun 2005

Bila dianalisa lebih lanjut, terlihat bahwa jumlah penduduk laki-laki dan perempuan berdasarkan umur mempunyai pola yang mirip, dimana bagian terbesar berada pada kelompok umur 15 – 44 tahun dan kemudian menurun kembali jumlahnya sampai pada kelompok umur ≥ 65 tahun. Hal tersebut dapat digambarkan pada piramida penduduk Kabupaten Bogor tahun 2005 sebagai berikut :



Sumber : BPS tahun 2005

Tingginya jumlah penduduk pada umur 15- 44 yang tergambar pada piramida menunjukkan bahwa piramida penduduk Kabupaten Bogor tergolong pada Piramida Usia produktif.

Dilihat dari piramida di atas proporsi penduduk laki-laki terbanyak tahun 2005 terdapat pada kelompok umur 15 – 44 tahun yaitu 50,49% (1.040.324 jiwa dari total 2.060.603 penduduk laki-laki), sedangkan proporsi penduduk laki-laki terendah terdapat pada kelompok umur < 1 tahun yaitu 1,91% (39.371 jiwa dari total 2.060.603 penduduk laki-laki).

Penduduk perempuan, proporsi terbanyak terdapat pada kelompok umur 15 – 44 tahun dengan 50.49 % (959.354 jiwa dari jumlah penduduk perempuan 1.900.224 penduduk perempuan), sedangkan proporsi penduduk perempuan terkecil terdapat pada kelompok umur < 1 tahun yaitu 1,91% (36.307 jiwa dari total 1.900.224 penduduk perempuan).

B. Gambaran Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

Pembangunan Kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan selama ini, telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan. Arah pembangunan nasional yang telah dilaksanakan dalam dasawarsa terakhir ini, menuntut reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Reformasi dibidang kesehatan dimulai dengan dicanangkannya Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.

Mengacu pada hal tersebut di atas bahwa arah dan kebijakan Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Bogor adalah bagaimana mewujudkan Kabupaten Bogor Sehat Mandiri 2008. Untuk mencapai Kondisi tersebut tentunya diperlukan suatu Visi, Misi maupun Strategi yang harus dilaksanakan.

1. *Struktur Organisasi (terlampir)*
2. *Visi, Misi, Strategi, Prgogram dan Sub Program*

- a. *Visi*

Reformasi dibidang kesehatan telah menetapkan Visi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Bogor yaitu **KABUPATEN BOGOR SEHAT MANDIRI 2008** (melalui peran dinas kesehatan sebagai *Koordinator, Fasilitator dan Regulator* yang handal dalam pembangunan kesehatan)

KOORDINATOR dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor Dinas Kesehatan mempunyai peran dalam mengkoordinir penyelenggaraan upaya kesehatan baik oleh aparat kesehatan sendiri maupun sektor lain.

FASILITATOR dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor Dinas Kesehatan mempunyai peran dalam mengarahkan dan memberikan bimbingan secara teknis terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan.

REGULATOR dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor Dinas Kesehatan mempunyai peran dalam perumusan kebijakan dan mengatur penyelenggaraan upaya kesehatan baik oleh pemerintah maupun swasta.

Visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan di Kabupaten Bogor ini adalah masyarakat Kabupaten Bogor yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup sehat, mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sedangkan Visi Mandiri dapat diartikan bahwa setiap penduduk dapat / mampu berpikir, bersikap dan bertindak secara kreatif dan inovatif dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi atas kehendak dan dorongan diri sendiri bahkan diharapkan mampu mempengaruhi lingkungan untuk bersikap dan berperilaku hidup sehat.

b. Misi

Untuk mewujudkan Visi Kabupaten Bogor Sehat Mandiri 2008 ditetapkan lima Misi pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor yaitu :

- 1) Mendorong Pembangunan kabupaten berwawasan kesehatan
- 2) Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas, merata dan terjangkau berdasarkan segmen masyarakat.
- 4) Menggerakkan dan mengkoordinir sumber daya kesehatan.
- 5) Mendorong kemandirian masyarakat.

c. Strategi

Strategi yang dipergunakan dalam rangka menyelenggarakan misi tersebut untuk mencapai Kabupaten Bogor Sehat Mandiri 2008 adalah sebagai berikut :

1) Manajemen Kesehatan Yang Akuntabel

Suatu manajemen berdasarkan pengorganisasian yang efektif dan efisien yang secara komprehensif berorientasi kepada *input, proses, output dan outcome*, yang produktif dan mampu memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat. Proses perencanaan yang berdasarkan fakta (*evidence based*), pergerakan, pemantauan dan evaluasi yang terarah dan terukur dengan merujuk pada indikator yang telah ditetapkan, sehingga dibutuhkan pula sistem informasi yang efektif. Senantiasa bersifat transparan dan akuntabel dalam semangat otonomi daerah yang bertanggung jawab.

2) Pelayanan Puskesmas *Efektif Dan Responsif*

Senantiasa mampu menampilkan kinerjanya dalam bentuk pencapaian cakupan program yang bermakna sehingga terjadi perubahan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Selain itu tanggap (*respon*) terhadap berbagai masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya sehingga masyarakat terhindar dari resiko kejadian luar biasa. Hal ini dapat dicapai jika upaya surveilans dilakukan secara efektif, terarah dan berkesinambungan dalam wilayah kerjanya.

3) Pelayanan Rumah Sakit *Proaktif Dan Sensitif*

Rumah Sakit diharapkan lebih tanggap terhadap masalah kesehatan masyarakat dan secara proaktif menanggulangi masalah kesehatan tersebut bukan hanya di dalam rumah sakitnya saja. Rumah Sakit mampu bekerjasama dengan unit pelayanan kesehatan lainnya dalam memberikan rujukan pengetahuan dan teknologi. Selain itu Rumah Sakit dituntut untuk lebih sensitif terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat yang bermutu dan bertanggung jawab tanpa mengabaikan hak pasien. Perkembangan pelayanan Rumah Sakit tetap mempertimbangkan kondisi perekonomian masyarakat dengan demikian tetap tidak mengabaikan fungsinya sebagai sarana pelayanan kesehatan yang berorientasi sosial dan jasa.

4) Akselerasi Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat

Percepatan terhadap pencapaian cakupan program khususnya program-program prioritas dalam rangka mencapai tujuan akhir pembangunan kesehatan, melalui kegiatan-kegiatan inovatif sesuai kondisi wilayah.

5) Pengembangan Peran Serta Masyarakat Dan Swasta

Masyarakat sebagai sasaran dan pelaku pembangunan kesehatan, mempunyai peran penting dalam menentukan keberhasilan upaya kesehatan. Peran serta yang diharapkan adalah penggerakan kesadaran dan kemauan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Masyarakat diharapkan mempunyai kesadaran bahwa kesehatan adalah hak azasi setiap orang yang harus selalu dijaga dan dipelihara, walaupun mereka sakit akan dengan mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga diharapkan pula tumbuh kesadaran akan perlunya pembiayaan kesehatan terutama dikala sehat. Disamping itu kemitraan perlu terus ditumbuhkan dikalangan kelompok masyarakat untuk menjadi motivator pembangunan kesehatan.

d. Program Dan Sub Program

Program dan kegiatan kesehatan di Kabupaten Bogor sebagai berikut :

- 1) Program Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
 - a) Peningkatan promosi kesehatan dan PSM
 - b) Peningkatan Kesehatan Lingkungan
- 2) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan
 - a) Peningkatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
 - b) Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
 - c) Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak
- 3) Program Perbaikan Gizi
 - a) Penanggulangan dan Pencegahan Anemia Gizi Ibu Hamil.
 - b) Penanggulangan dan Pencegahan Marasmus Kwasiorkor dan KEP Balita

e. Efektivitas Manajemen

- 1) Restrukturisasi Organisasi
- 2) Peningkatan dan Pengembangan Manajemen dan SDM
- 3) Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan (SIK)
- 4) Peningkatan Kerangka Kerja Peraturan Daerah
- 5) Mobilisasi sumber dana
- 6) Peningkatan Akuntabilitas Publik

3. *Sumber Daya Kesehatan*

a. *Sarana Kesehatan*

Jumlah sarana kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini :

Tabel 5.3
Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Keliling
Menurut Kecamatan, Di Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	KECAMATAN	JUMLAH PUSKESMAS	PUSKESMAS TANPA PERAWATAN	PUSKESMAS DTP	JUMLAH TT PUSKESMAS	JML PUSKESMAS PEMBANTU	JML PUSKESMAS KELILING		RASIO PUSTU/ PUSKESMAS	RASIO PUSKESMAS / PENDUDUK
							RODA 4	PERAHU BERMOTOR		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1	JASINGA	3	2	1	10	2	1	0	0,67	3,31
2	CIGUDEG	3	3	0	0	3	1	0	1,00	2,77
3	SUKAJAYA	2	2	0	0	1	0	0	0,50	3,58
4	PARUNG	2	1	1	10	4	1	0	2,00	2,05
5	TENJO	2	2	0	0	1	0	0	0,50	3,28
6	NANGGUNG	2	2	0	0	3	0	0	1,50	2,51
7	LEUWI LIANG	2	1	1(Persepan RS)	50	3	0	0	1,50	1,85
8	LEUWISADENG	2	2	0	0	2	0	0	1,00	2,97
9	RUMPIN	3	2	1	10	3	0	0	1,00	2,49
10	CIBUNGBULANG	3	2	1	10	2	1	0	0,67	2,49
11	PAMLIJAHAN	3	3	0	0	3	0	0	1,00	2,27
12	CIAMPEA	4	4	0	0	1	0	0	0,25	2,99
13	TENJOLAYA	1	1	0	0	2	0	0	2,00	1,89
14	CIOMAS	4	4	0	0	1	1	0	0,25	3,26
15	TAMANSARI	3	3	0	0	1	1	0	0,33	3,66
16	DARMAGA	4	4	0	0	1	1	0	0,25	4,15
17	CISARUA	2	2	0	0	3	1	0	1,50	1,88
18	MEGAMENDUNG	2	2	0	0	2	1	0	1,00	2,21
19	CIAWI	3	3	0	0	1	1	0	0,33	3,24
20	CARINGIN	3	3	0	0	1	1	0	0,33	2,82
21	CIGOMBONG	2	1	1	10	2	1	0	1,00	2,55
22	CIJERUK	2	2	0	0	0	0	0	0,00	2,82

Tabel 5.3 (Lanjutan)
 Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Keliling
 Menurut Kecamatan di Kabupaten Bogor

NO	KECAMATAN	JUMLAH PUSKESMAS	PUSKESMAS TANPA PERAWATAN	PUSKESMAS DTP	JUMLAH TT PUSKESMAS	JML PUSKESMAS PEMBANTU	JML PUSKESMAS KELILING		RASIO PUSTU/ PUSKESMAS	RASIO PUSKESMAS / PENDUDUK
							RODA 4	PERAHU		
23	KEMANG	2	2	0	0	2	1	0	1,00	2,52
24	RANCABUNGUR	2	2	0	0	1	2	0	0,50	4,33
25	PARUNG	2	1	1	10	0	0	0	0,00	2,19
26	CISEENG	2	2	0	0	1	1	0	0,50	2,31
27	GUNUNG SINDUR	2	2	0	0	3	1	0	1,50	2,56
28	BOJONG GEDE	3	3	0	0	0	1	0	0,00	1,74
29	TAJURHALANG	1	1	0	0	1	0	0	1,00	1,28
30	CIBINONG	4	4	0	0	6	1	0	1,50	1,57
31	SUKARAJA	3	1	2	20	2	2	0	0,67	2,10
32	CITEUREUP	3	2	1	10	3	2	0	1,00	1,70
33	BABAKAN	3	3	0	0	2	0	0	0,67	3,50
34	MADANG	4	4	0	0	1	0	0	0,25	1,93
35	GUNUNG PUTRI	3	3	0	0	4	0	0	1,33	1,73
36	CILEUNGI	3	3	0	0	2	1	0	1,00	2,70
37	KLAPANUNGGAL	2	2	0	0	1	0	0	0,33	2,94
38	JONGGOL	3	2	1 (Perstapan RS)	50	1	0	0	0,50	2,74
39	SUKAMAKMUR	2	2	0	0	1	0	0	1,00	4,23
40	CARIU	2	2	0	0	2	0	0	4,00	2,04
40	TANJUNGSARI	1	1	0	0	4	1	0		
JUMLAH		101	90	11	190	78	25	0	0,77	105,16

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

b. Tenaga Kesehatan

Selanjutnya, jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang ada di puskesmas dan dinas kesehatan di kabupaten Bogor pada tahun 2005 adalah seperti terlihat pada Tabel di bawah ini:

Tabel 5.4
Perebaran Tenaga Kesehatan Menurut Unit Kerja Puskesmas Dan Dinas Kesehatan
Di Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	UNIT KERJA	TENAGA KESEHATAN																	
		MEDIS		PERAWAT		BIDAN		FARMASI		GIZI		TEKNSI/MEDIS		SANITASI		KESMAS		JML	%
		JML	%	JML	%	JML	%	JML	%	JML	%	JML	%	JML	%	JML	%		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	PUSKESMAS (termasuk PUSTU)	255	18,74	416	30,57	510	37,47	12	0,88	39	2,87	54	3,97	54	3,97	21	1,54	1361	93,80
2	DINKES KAB	15	16,67	12	13,33	5	5,56	8	8,89	5	5,56		0,00	13	14,44	32	35,56	90	6,20
JUM LAH		270	35,40	428	43,90	515	43,03	20	9,77	44	8,42	54	3,97	67	18,41	53	37,10	1451	100

Sumber : Subbag Kepawalan Dinkes
Kab. Bogor

Keterangan:

Medis : Dokter, Dokter Gigi, Dr/Drg Spesialis

Perawat

& bidan : termasuk lulusan DIII dan S1

Farmasi : Apoteker, Asisten Apoteker

Gizi

Teknisi
Medis

Sanitasi

Kesmas

: Lulusan DI, DIII Gizi (SPAG dan AKZI) dan DIV

: Analis, TEM dan Penata Rontgen, Penata Anestesi, Fisioterapi

: Lulusan SPPH, APK, dan DIII Kesehatan Lingkungan

: SKM, MPH, dll

c. Pembiayaan Kesehatan

Dinas kesehatan dalam rangka melaksanakan kegiatan mendapatkan alokasi dana sebesar 50 % dari target setoran retribusi dengan perincian puskesmas mendapatkan alokasi dana sebesar 40 % sedangkan 10% persennya dialokasikan untuk operasional dinas kesehatan. Sebagai gambaran, target retribusi puskesmas pada tahun 2005 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.5
PAD dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	URAIAN	TARGET	REALISASI
A	PENDAPATAN		
I.	JUMLAH PENDAPATAN DAERAH DARI PUSKESMAS DAN DINAS KESEHATAN :		
	1. DINAS KESEHATAN	1.255.498.000	1.362.681.050
	2. PUSKESMAS	7.025.272.000	7.061.289.000
	SUB JUMLAH	8.280.770.000	8.423.970.050

Sumber : Subag Keuangan Dinkes Kab. Bogor

4. Gambaran Kinerja Puskesmas.

Untuk menilai kinerja puskesmas secara komprehensif menurut indikator kinerja program, saat ini di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor belum tersedia sistem yang terintegrasi antara berbagai bidang. Sehingga apabila "stakeholders" membutuhkan informasi tersebut, maka informasi yang didapatkan hanyalah "informasi parsial" berupa pencapaian kinerja program-program per bidang.

Berikut ini penulis akan menggambarkan beberapa cakupan program yang dicapai pada UPTD Puskesmas di Kabupaten Bogor. Tidak semua cakupan program digambarkan disini, tapi hanya beberapa saja sesuai dengan indikator jenis pelayanan karena secara detail akan dijelaskan pada aplikasi program.

a. Cakupan Kinerja Program KIA/KB

Tabel dibawah ini menunjukkan persentase jumlah linakes menurut UPTD Puskesmas di Kabupaten Bogor.

Tabel 5.6
Persentase Jumlah K4, Bumil Risti dan Linakes UPTD Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

UPTD PUSKESMAS	IBU HAMIL						IBU BERSALIN		
	JUMLAH	K4	%	JML RISTI DITEKSI	RISTI DIRUJUK	%	JUMLAH	DITOLONG NAKES	%
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
JASINGA	2.438	1.205	49,4	127	127	5,21	2.386	1.059	44,4
CIGUDEG	2.811	2.045	70,3	246	246	8,45	2.848	1.035	36,3
SUKAJAYA	1.502	807	53,7	130	130	8,66	1.470	473	32,2
PARUNG PANJANG	2.621	1.584	60,4	303	303	11,56	2.565	1.001	39,0
TENJO	1.643	782	47,6	68	68	4,14	1.608	587	36,5
NANGGUNG	2.143	1.382	64,5	394	394	18,39	2.097	805	38,4
LEUWI LIANG	2.905	3.765	129,6	253	253	8,71	2.843	2.271	79,9
LEUWISADENG	1.814	601	33,13	22	11	50	1.776	339	19,09
RUMPIN	3.247	2.323	71,5	343	343	10,56	3.177	863	27,2
CIBUNGBULANG	3.239	2.139	66,0	210	210	6,48	3.170	1.117	35,2
PAMIJAHAN	3.559	2.872	80,7	164	164	4,61	3.483	2.061	59,2
CIAMPEA	3.598	3.925	109,1	73	73	2,03	3.520	2.392	68,0
TENJOLAYA	1.420	564	39,72	23	7	30,44	1.390	244	18,91
CIOMAS	3.300	2.325	70,5	171	171	5,18	3.229	1.852	57,4
TAMANSARI	2.204	1.476	67,0	87	87	3,95	2.157	807	37,4
DARMAGA	2.595	2.164	83,4	279	279	10,75	2.540	1.356	53,4
CISARUA	2.868	2.130	74,3	188	188	6,56	2.806	1.436	51,2
MEGAMENDUNG	2.436	2.077	85,3	104	104	4,27	2.383	1.142	47,9
CIAWI	2.489	1.921	77,2	280	280	11,25	2.436	1.461	60,0

b. Cakupan Kinerja Program P3M/Imunisasi

Tabel 5.7
Cakupan UCI Desa pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS UPTD	JUMLAH DESAKEL	DESAKEL UCI	% DESAKEL UCI
1	2	3	4	5	6
1	JASINGA	JASINGA	15	4	26,67
2	CIGUDEG	CIGUDEG	15	4	26,67
3	SUKAJAYA	SUKAJAYA	9	6	66,67
4	PARUNG PANJANG	PARUNG PANJANG	11	2	18,18
5	TENJO	TENJO	9	2	22,22
6	NANGGUNG	NANGGUNG	10	2	20,00
7	LEUWI LIANG	LEUWI LIANG	11	10	90,91
8	LEUWISADENG	LEUWISADENG	8	4	50,00
9	RUMPIN	RUMPIN	13	4	30,77
10	CIBUNGBULANG	CIBUNGBULANG	15	6	40,00
11	PAMIJAHAN	PAMIJAHAN	15	8	53,33
12	CIAMPEA	CIAMPEA	6	5	83,33
13	TENJOLAYA	TENJOLAYA	13	8	61,54
14	CIOMAS	CIOMAS	11	5	45,45
15	TAMANSARI	TAMANSARI	8	1	12,50
16	DARMAGA	DARMAGA	10	4	40,00
17	CISARUA	CISARUA	10	5	50,00
18	MEGAMENDUNG	MEGAMENDUNG	11	3	27,27
19	CIAWI	CIAWI	13	9	69,23
20	CARINGIN	CARINGIN	12	3	25,00
21	CIGOMBONG	CIGOMBONG	9	3	33,33
22	CIJERUK	CIJERUK	9	2	22,22
23	KEMANG	KEMANG	9	6	66,67
24	RANCABUNGUR	RANCABUNGUR	6	3	16,67
25	PARUNG	PARUNG	9	3	33,33
26	CISEENG	CISEENG	10	0	0,00
27	GUNUNG SINDUR	GUNUNG SINDUR	10	2	20,00
28	BOJONG GEDE	BOJONG GEDE	7	7	100,00
29	TAJURHALANG	TAJURHALANG	9	8	88,89

Tabel 5.6 (Lanjutan)
 Persentase Jumlah K4, Bumil Risti dan Linakes UPTD Puskesmas
 Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

UPTD PUSKESMAS	IBU HAMIL						IBU BERSALIN		
	JUMLAH	K4	%	JML RISTI DITEKSI	RISTI DIRUJUK	%	JUMLAH	DITOLONG NAKES	%
CARINGIN	2.859	1.500	52,5	27	27	0,94	2.797	1.047	37,4
CIGOMBONG	2.114	2.168	102,6	220	220	10,41	2.069	400	19,33
CIJERUK	1.909	389	20,38	24	6	25%	1.868	1.694	90,7
KEMANG	2.138	1.576	73,7	55	55	2,57	2.092	1.370	65,5
RANCABUNGUR	1.244	763	61,3	103	103	8,28	1.217	471	38,7
PARUNG	2.456	1.454	59,2	381	381	15,51	2.403	1.560	64,9
CISEENG	2.326	1.183	50,9	83	83	3,57	2.277	977	42,9
GUNUNG SINDUR	2.100	1.784	85,0	61	61	2,90	2.055	1.446	70,4
BOJONG GEDE	4.648	5.551	119,4	1070	1070	23,02	4.548	4.651	102,3
TAJURHALANG	2.097	1005	47,93	116	22	18,97	2.052	857	41,76
CIBINONG	6.863	5.008	73,0	744	744	10,84	6.716	3.998	59,5
SUKARAJA	3.851	2.730	70,9	159	159	4,13	3.768	2.338	62,0
CITEUREUP	4.752	4.127	86,8	334	334	7,03	4.650	3.559	76,5
BABAKAN MADANG	2.309	1.219	52,8	122	122	5,28	2.280	659	29,2
GUNUNG PUTRI	5.803	4.693	80,9	705	705	12,15	5.679	3.732	65,7
CILEUNGI	4.657	2.957	63,5	259	259	5,56	4.557	2.662	58,4
KLAPANUNGGAL	1.994	1.518	76,1	216	216	10,83	1.951	907	46,5
JONGGOL	2.746	1.977	72,0	163	163	5,94	2.687	1.169	43,5
SUKAMAKMUR	1.966	1.171	59,6	283	283	14,39	1.924	533	27,7
CARIU	1.271	1.482	116,6	128	128	10,07	1.244	826	66,4
TANJUNGSARI	1.316	357	27,13	15	3	20,00	1.288	206	15,99
JUMLAH	110.353	77.783	70,5	8533	8533	7,73	107.988	55.317	51,2

Sumber : Laporan LB3 KIA Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005

Tabel 5.7 (Lanjutan)
Cakupan UCI Desa pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS UPTD	JUMLAH DESAKEL	DESAKEL UCI	% DESAKEL UCI
30	CIBINONG	CIBINONG	12	5	41,67
31	SUKARAJA	SUKARAJA	13	13	100,00
32	CITEUREUP	CITEUREUP	14	12	85,71
33	BABAKAN MADANG	BABAKAN MADANG	9	3	33,33
34	GUNUNG PUTRI	GUNUNG PUTRI	10	6	60,00
35	CILEUNGS	CILEUNGS	12	9	75,00
36	KLAPANUNGGAL	KLAPANUNGGAL	9	4	44,44
37	JONGGOL	JONGGOL	14	7	50,00
38	SUKAMAKMUR	SUKAMAKMUR	10	4	40,00
39	CARIU	CARIU	10	0	0,00
40	TANJUNGSARI	TANJUNGSARI	10	4	40,00
KABUPATEN BOGOR			426	196	51,29

Sumber : Laporan Bulanan LB3 P3M Puskesmas Tahun 2005

c. Cakupan Kinerja Program Gizi

Tabel 5.8
Cakupan Kinerja Jumlah BGM Program Gizi UPTD Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS / UPTD	BALITA						
			YG ADA (S)	DITIMBANG (D)		JML BB NAIK		JML BGM	
				N	%	N	%	N	%
1	JASINGA	JASINGA	10.100	7.310	72,4	4.789	65,5	1252	17,1
2	CIGUDEG	CIGUDEG	12.059	12.613	104,6	11.183	88,7	106	0,8
3	SUKAJAYA	SUKAJAYA	6.224	5.143	82,6	2.120	41,2	96	1,9
4	PARUNG PANJANG	PARUNG PANJANG	10.860	6.612	60,9	3.341	50,5	244	3,7
5	TENJO	TENJO	6.808	4.170	61,3	3.676	88,2	411	9,9
6	NANGGUNG	NANGGUNG	8.878	6.964	78,4	4.734	68,0	236	3,4
7	LEUWI LIANG	LEUWI LIANG	12.036	9.758	81,1	7.692	78,8	486	5,0
8	LEUWISADENG	LEUWISADENG	7.517	3.261	43,4	2.065	63,3	787	24,1
9	RUMPIN	RUMPIN	13.451	12.948	96,3	9.872	76,2	273	2,1
10	CIBUNGBULANG	CIBUNGBULANG	13.420	10.543	78,6	7.895	74,9	743	7,0
11	PAMIJAHAN	PAMIJAHAN	14.746	11.324	76,8	9.393	82,9	149	1,3

Tabel 5.8 (Lanjutan)
Cakupan Kinerja Jumlah BGM Program Gizi UPTD Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS / UPTD	BALITA						
			YG ADA	DITIMBANG (D)		JML BB NAIK		JML BGM	
				(S)	N	%	N	%	N
13	TENJOLAYA	TENJOLAYA	5.884	2.709	46,0	2.803	103,5	15	0,6
14	CIOMAS	CIOMAS	13.871	9.689	70,9	6.240	64,4	556	5,7
15	TAMANSARI	TAMANSARI	9.133	5.290	57,9	3.333	63,0	69	1,3
16	DARMAGA	DARMAGA	10.752	9.034	84,0	6.872	76,1	438	4,8
17	CISARUA	CISARUA	11.880	9.831	82,8	6.979	71,0	224	2,3
18	MEGAMENDUNG	MEGAMENDUNG	10.091	6.471	64,1	3.100	47,9	141	2,2
19	CIAWI	CIAWI	10.311	9.272	89,9	6.923	74,7	207	2,2
20	CARINGIN	CARINGIN	11.842	8.038	67,9	4.421	55,0	1309	16,3
21	CIGOMBONG	CIGOMBONG	8.757	3.526	40,3	3.077	87,3	27	0,8
22	CIJERUK	CIJERUK	7.909	8.482	107,2	6.678	78,7	146	1,7
23	KEMANG	KEMANG	8.858	6.350	71,7	3.952	62,2	122	1,9
24	RANCABUNGUR	RANCABUNGUR	5.154	3.260	63,3	1.730	53,1	285	8,7
25	PARUNG	PARUNG	10.173	7.328	72,0	4.693	64,0	430	5,9
26	CISEENG	CISEENG	9.638	6.989	72,5	4.221	60,4	411	5,9
27	GUNUNG SINDUR	GUNUNG SINDUR	8.701	6.952	79,9	5.337	76,8	250	3,6
28	BOJONG GEDE	BOJONG GEDE	19.255	17.570	91,2	12.085	68,8	420	2,4
29	TAJURHALANG	TAJURHALANG	8.688	2.774	31,9	1.488	53,6	40	1,4
30	CIBINONG	CIBINONG	28.432	18.788	66,1	9.157	48,7	380	2,0
31	SUKARAJA	SUKARAJA	15.952	12.962	81,3	9.201	71,0	283	2,2
32	CITEUREUP	CITEUREUP	19.888	17.391	88,3	11.936	68,6	606	3,5
33	BABAKAN MADANG	BABAKAN MADANG	9.568	6.823	71,3	4.469	65,5	207	3,0
34	GUNUNG PUTRI	GUNUNG PUTRI	24.040	20.439	85,0	13.758	67,3	559	2,7
35	CILEUNGI	CILEUNGI	19.295	11.773	61,0	6.704	56,9	364	3,1
36	KLAPANUNGGAL	KLAPANUNGGAL	8.259	4.445	53,8	2.505	56,4	131	2,9
37	JONGGOL	JONGGOL	11.377	8.661	76,1	5.111	59,0	350	4,0
38	SUKAMAKMUR	SUKAMAKMUR	8.143	5.207	63,9	4.041	77,6	118	2,3
39	CARIU	CARIU	5.266	4.605	87,4	3.240	70,4	502	10,9
40	TANJUNGSARI	TANJUNGSARI	5.454	1.884	34,5	1.459	77,4	468	24,8
	KABUPATEN BOGOR		457.175	341.760	74,75	234.780	68,70	14.023	4,10

Sumber : Lap. LB.3 Gizi puskesmas Dinkes Kab.
Bogor Tahun 2005

d. Cakupan Program Pengobatan

Tabel 5.9
Jumlah Kunjungan Pasien Ke Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	NAMA UPTD PUSKESMAS	KUNJUNGAN PUSKESMAS		
		RAWAT JALAN	RAWAT INAP	JUMLAH
1	2	3	4	5
1	JASINGA	49.242	1.459	50.701
2	CIGUDEG	28.194		28.194
3	SUKAJAYA	19.392		19.392
4	PARUNG PANJANG	53.470	418	53.888
5	TENJO	27.627		27.627
6	NANGGUNG	26.840		26.840
7	LEUWI LIANG	92.100	2.075	94.175
8	LEUWISADENG	12.765		12.765
9	RUMPIN	41.755	596	42.351
10	CIBUNGBULANG	99.075	2.307	101.382
11	PAMIJAHAN	41.852		41.852
12	CIAMPEA	62.077		62.077
13	TENJOLAYA	6.069		6.069
14	CIOMAS	74.023		74.023
15	TAMANSARI	46.727		46.727
16	DARMAGA	105.501		105.501
17	CISARUA	50.363		50.363
18	MEGAMENDUNG	22.805		22.805
19	CIAWI	92.653		92.653
20	CARINGIN	35.304		35.304
21	CIGOMBONG	32.544	470	33.014
22	CIJERUK	54.623		54.623
23	KEMANG	34.348		34.348
24	RANCABUNGUR	31.243		31.243
25	PARUNG	73.121	1.230	74.351
26	CISEENG	41.457		41.457
27	GUNUNG SINDUR	30.557		30.557
28	BOJONG GEDE	88.608		88.608
29	TAJURHALANG	8.249		8.249
30	CIBINONG	165.644		165.644
31	SUKARAJA	149.577	747	150.324
32	CITEUREUP	133.670	1.014	134.684

Tabel 5.9 (Lanjutan)
Jumlah Kunjungan Pasien Ke Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	NAMA UPTD PUSKESMAS	KUNJUNGAN PUSKESMAS		
		RAWAT JALAN	RAWAT INAP	JUMLAH
33	BABAKAN MADANG	66.309		66.309
34	GUNUNG PUTRI	65.600		65.600
35	CILEUNGI	72.931		72.931
36	KLAPANUNGGAL	37.443		37.443
37	JONGGOL	55.318	923	56.241
38	SUKAMAKMUR	15.170		15.170
39	CARIU	47.599		47.599
40	TANJUNGSARI	87.961		87.961
JUMLAH TOTAL KUNJUNGAN PUSKESMAS		2.279.806	11.239	2.291.045

Sumber : Laporan Bulanan LB4 Puskesmas
Dinkes KAb. Bogor Tahun 2005

e. Cakupan Program Kesehatan Lingkungan

Tabel 5.10
Cakupan Angka Bebas Jentik Program Kesehatan Lingkungan
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	UPTD PUSKESMAS	JML RUMAH/ BANGUNAN YANG ADA	RUMAH/ BANGUNAN DIPERIKSA		RUMAH/BANGUNAN BEBAS JENTIK	
			JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	3	4	5	6	7	8
1	JASINGA	9.991	350	3,50	320	91,43
2	CIGUDEG	14.288	200	1,40	180	90,00
3	SUKAJAYA	10.390	-	-	-	0,00
4	PARUNG PANJANG	11.512	-	-	-	0,00
5	TENJO	9.720	-	-	-	0,00
6	NANGGUNG	11.760	100	0,85	90	90,00
7	LEUWI LIANG	24.738	950	3,84	890	93,68

Tabel 5.10 (Lanjutan)
Cakupan Angka Bebas Jentik Program Kesehatan Lingkungan
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	UPTD PUSKESMAS	JML RUMAH/ BANGUNAN YANG ADA	RUMAH/ BANGUNAN DIPERIKSA		RUMAH/BANGUNAN BEBAS JENTIK	
			JUMLAH	%	JUMLAH	%
8	LEUWISADENG	-	-	-	-	0,00
9	RUMPIN	13.009	50	0,38	40	80,00
10	CIBUNGBULANG	17.892	950	5,31	890	93,68
11	PAMIJAHAN	19.805	-	-	-	0,00
12	CIAMPEA	25.136	900	3,58	840	93,33
13	TENJOLAYA	-	-	-	-	0,00
14	CIOMAS	22.093	2.950	13,35	2.700	91,53
15	TAMANSARI	14.340	200	1,39	180	90,00
16	DARMAGA	18.301	350	1,91	320	91,43
17	CISARUA	13.459	450	3,34	423	94,00
18	MEGAMENDUNG	12.041	250	2,08	230	92,00
19	CIAWI	12.815	1.000	7,80	940	94,00
20	CARINGIN	15.358	150	0,98	130	86,67
21	CIGOMBONG	-	-	-	-	0,00
22	CIJERUK	22.313	150	0,67	140	93,33
23	KEMANG	14.358	900	6,27	840	93,33
24	RANCABUNGUR	7.530	250	3,32	230	92,00
25	PARUNG	12.820	800	6,24	750	93,75
26	CISEENG	10.279	250	2,43	230	92,00
27	GUNUNG SINDUR	13.650	100	0,73	90	90,00

Tabel 5.10 (Lanjutan)
Cakupan Angka Bebas Jentik Program Kesehatan Lingkungan
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	UPTD PUSKESMAS	JML RUMAH/ BANGUNAN YANG ADA	RUMAH/ BANGUNAN DIPERIKSA		RUMAH/BANGUNAN BEBAS JENTIK	
			JUMLAH	%	JUMLAH	%
28	BOJONG GEDE	35.478	1.500	4,23	1.400	93,33
29	TAJURHALANG	-	-	-	-	0,00
30	CIBINONG	32.058	7.350	22,93	6.900	93,88
31	SUKARAJA	20.810	2.400	11,53	2.200	91,67
32	CITEUREUP	43.410	2.300	5,30	2.100	91,30
33	BABAKAN MADANG	13.530	750	5,54	700	93,33
34	GUNUNG PUTRI	25.198	2.950	11,71	2.700	91,53
35	CILEUNGI	25.471	1.450	5,69	1.300	89,66
36	KLAPANUNGGAL	11.159	300	2,69	280	93,33
37	JONGGOL	18.509	50	0,27	40	80,00
38	SUKAMAKMUR	12.349	50	0,40	30	60,00
39	CARIU	20.049	-	-	-	0,00
40	TANJUNGSARI	-	-	-	-	0,00
JUMLAH KAB BOGOR		615.619	30.400	4,94	28.103	92,44

Sumber :Suplemen Laporan Program Kesling Dinkes Kab.
Bogor Tahun 2005



f. Cakupan Program Promosi Kesehatan

Tabel 5.11
Cakupan Klasifikasi Pos Yandu Pada Program Promosi Kesehatan
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

UPTD PUSKESMAS	JML DESA	JUMLAH POSYANDU											PROSEN TASE PURNAMA + MANDIRI
		PRATAMA		MADYA		PURNAMA		MANDIRI		JML	%	PURNAMA + MANDIRI	
		JML	%	JML	%	JML	%	JML	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
JASINGA	15	14	14,00	85	85,00	1	1,00	0	0,00	100	2,46	1	1,00
CIGUDEG	15	10	8,71	98	85,96	6	5,26	0	0,00	114	2,80	6	5,26
SUKAJAYA	9	16	20,51	54	69,23	7	8,97	1	1,28	78	1,92	8	10,26
PARUNG PANJANG	11	35	40,70	38	44,19	12	13,95	1	1,16	86	2,11	13	15,12
TENJO	9	45	60,81	29	39,19	0	0,00	0	0,00	74	1,82	0	0,00
NANGGUNG	10	0	0,00	81	98,78	0	0,00	1	1,22	82	2,02	1	1,22
LEUWI LIANG	11	26	22,61	74	64,35	15	13,04	0	0,00	115	2,83	15	13,04
LEUWISADENG	8	51	78,46	14	21,54	0	0,00	0	0,00	65	1,60	0	0,00
RUMPIN	13	31	24,41	96	75,59	0	0,00	0	0,00	127	3,12	0	0,00
CIBUNGBULANG	15	47	38,21	73	59,35	3	2,44	0	0,00	123	3,02	3	2,44
PAMIJAHAN	15	16	12,80	109	87,20	0	0,00	0	0,00	125	3,07	0	0,00
CIAMPEA	13	84	63,64	44	33,33	4	3,03	0	0,00	132	3,24	4	3,03
TENJOLAYA	6	10	19,61	41	80,39	0	0,00	0	0,00	51	1,25	0	0,00
CIOMAS	11	50	41,67	36	30,00	34	28,33	0	0,00	120	2,95	34	28,33
TAMANSARI	8	26	26,53	72	73,47	0	0,00	0	0,00	98	2,41	0	0,00
DARMAGA	10	14	16,67	47	55,95	23	27,38	0	0,00	84	2,06	23	27,38
CISARUA	10	27	20,77	86	66,15	10	7,69	7	5,38	130	3,19	17	13,08
MEGAMENDUNG	11	60	51,28	56	47,86	1	0,85	0	0,00	117	2,88	1	0,85
CIAWI	13	21	16,67	61	48,41	42	33,33	2	1,59	126	3,10	44	34,92
CARINGIN	12	38	30,89	65	52,85	20	16,26	0	0,00	123	3,02	20	16,26
CIGOMBONG	11	41	42,71	50	52,08	4	4,17	1	1,04	96	2,36	5	5,21
CIJERUK	7	31	56,36	24	43,64	0	0,00	0	0,00	55	1,35	0	0,00
KEMANG	9	29	38,16	0	0,00	46	60,53	1	1,32	76	1,87	47	61,84
RANCABUNGUR	6	0	0,00	42	97,67	1	2,33	0	0,00	43	1,06	1	2,33
PARUNG	9	60	69,77	24	27,91	2	2,33	0	0,00	86	2,11	2	2,33
CISEENG	10	12	12,63	63	66,32	18	18,95	2	2,11	95	2,33	20	21,05
GLUNJUNG SINDUR	10	0	0,00	73	97,33	0	0,00	2	2,67	75	1,84	2	2,67
BOJONG GEDE	11	41	23,56	65	37,36	67	38,51	1	0,57	174	4,28	68	39,08
TAJURHALANG	5	28	45,16	25	40,32	9	14,52	0	0,00	62	1,52	9	14,52
CIBINONG	12	57	32,02	95	53,37	26	14,61	0	0,00	178	4,37	26	14,61
SUKARAJA	13	98	70,00	17	12,14	25	17,86	0	0,00	140	3,44	25	17,86
CITEUREUP	14	43	31,16	33	23,91	55	39,86	7	5,07	138	3,39	62	44,93

Tabel 5.11
Cakupan Klasifikasi Pos Yandu Pada Program Promosi Kesehatan
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
BABAKAN MADANG	9	49	62,82	25	32,05	4	5,13	0	0,00	78	1,92	4	5,13
GUNUNG PUTRI	10	77	42,78	58	32,22	38	21,11	7	3,89	180	4,42	45	25,00
CILEUNGI	12	3	1,57	158	82,72	28	14,66	2	1,05	191	4,69	30	15,71
KLAPANUNGGAL	9	13	26,53	17	34,69	14	28,57	5	10,20	49	1,20	19	38,78
JONGGOL	14	0	0,00	104	91,23	10	8,77	0	0,00	114	2,80	10	8,77
SUKAMAKMUR	10	48	82,76	9	15,52	1	1,72	0	0,00	58	1,43	1	1,72
CARIU	10	52	83,87	6	9,68	4	6,45	0	0,00	62	1,52	4	6,45
TANJUNGSARI	10	44	89,80	4	8,16	1	2,04	0	0,00	49	1,20	1	2,04
JUMLAH	426	1347	33,10	2151	52,86	531	13,05	40	0,98	4069	100,00	571	14,03

Sumber Bidang Progres Dinkes Kab. Bogor Tahun 2005

C. Perencanaan Sistem

Pada tahap ini penulis melakukan identifikasi terhadap tujuan pengembangan sistem yang akan dicapai dan outputnya. Selain hal tersebut penulis juga melakukan analisis berdasarkan kelayakan ekonomi, kelayakan teknis dan kelayakan organisasi baik yang dilakukan dengan observasi atau hasil wawancara dengan informan.

Sebagai hasil penelitian dalam tahap perencanaan dapat dilihat pada tabel 5.12 :

Tabel 5.12
Perencanaan Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

URAIAN KEGIATAN	HASIL
Peluang pengembangan sistem	Ada hanya belum terintegrasi
Sasaran sistem	Puskesmas dan Dinas Kesehatan
Studi kelayakan :	
a. Kelayakan ekonomi	Adanya dukungan dari pimpinan dalam hal dana pelaksanaan kegiatan
b. Kelayakan teknis	Tersedianya tenaga dan sarana yang memadai untuk dilakukan pengembangan sistem
c. Kelayakan organisasi	Tersedianya organisasi dan tata kerja yang sudah terbentuk sebagai pelaksana kegiatan ini

D. Kajian Analisis Sistem

Dari penjelasan tersebut diatas dan sebagai hasil kajian penulis melalui observasi langsung terhadap sistem penilaian kinerja puskesmas melalui pendekatan sistem (*system approach*) yaitu *input, proses dan output* maka dapat diuraikan permasalahan sebagai berikut :

1. Masalah Input

a. Struktur Organisasi

Dilihat dari struktur organisasi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, memang secara ekspilist tidak ada bagian yang secara khusus mengelola sistem informasi kesehatan, berbeda halnya dengan yang ada pada dinas kesehatan lain seperti Dinas Kesehatan Kota Bogor dimana terdapat seksi khusus yang menangani sistem informasi yaitu Seksi KIE dan SIK. Sehingga kegiatan sistem informasi hanya merupakan salah satu tupoksi dari Seksi Penyusunan Program Kesehatan akibatnya sistem infomasi kesehatan khususnya penilaian kinerja puskesmas belum mendapatkan perhatian yang serius mengingat tupoksi yang lainnya pada seksi tersebut sangat urgent misalnya fungsi perencanaan.

b. Man

Dari sisi sumber daya manusia (SDM), secara kualitas dan kuantitas masih perlu ditingkatkan baik pada Dinas Kesehatan maupun di puskesmas, khususnya orang-orang yang mengelola data/pengelola program. Masih banyak terdapat kelemahan pemahaman secara substansif terhadap “isi data” yang dilaporkan oleh puskesmas, misalnya laporan LB1, LB3, LB4 dan lainnya. Banyak sekali laporan di puskesmas tidak di “*back up*” dengan pencatatan (*recording/log book*) yang baik.

Sebagai contoh, laporan LB4 Kunjungan Puskesmas tahun 2005 terdapat perbedaan jumlah kunjungan yang tercantum dengan jumlah kunjungan seharusnya seperti terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.13
Jumlah Kunjungan Puskesmas Menurut Status Kunjungan Baru dan Lama
Pada 20 UPTD Puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	NAMA UPTD PUSKESMAS	JUMLAH KUNJUNGAN	STATUS KUNJUNGAN		JUMLAH SEHARUSNYA	GAP
			BARU	LAMA		
1	JASINGA	49.242	16.686	33.051	49.737	-495
2	CIGUDEG	28.194	11.704	14.963	26.667	1.527
3	SUKAJAYA	19.392	11.361	8.033	19.394	-2
4	PARUNGPANJANG	59.389	20.846	37.815	59.661	728
5	TENJO	27.627	12.449	13.948	26.397	1.230
6	NANGGUNG	26.840	22.813	4.027	26.840	0
7	LEUWILIANG	92.100	51.589	40.511	92.100	0
8	RUMPIN	32.682	16.380	13.102	29.482	3.200
9	CIBUNGBULANG	71.067	33.573	37.494	71.067	0
10	PAMIJAHAN	69.480	28.416	37.549	65.965	3.515
11	CIAMPEA	57.573	28.888	24.504	53.392	4.181
12	C I O M A S	68.360	27.841	41.096	68.937	-557
13	TAMAN SARI	28.423	17.023	11.035	28.058	365
14	DARMAGA	89.086	45.161	43.300	88.461	625
15	CISARUA	48.481	31.213	19.059	50.272	-1.791
16	MEGAMENDUNG	62.943	36.268	26.608	62.876	67
17	C I A W I	88.099	27.667	40.120	67.787	312
18	CARINGIN	26.924	9.786	16.949	26.735	189
19	CIJERUK	92.873	30.951	61.923	92.874	-1
20	KEMANG	17.839	7.322	10.495	17.817	22

Sumber Laporan Bulanan LB4 Dinkes Kab. Bogor tahun 2005

Dari data diatas dapat dilihat bahwa dari 20 UPTD Puskesmas, yang jumlah kunjungannya benar hanya ada 3 UPTD Puskesmas (15%), sedangkan 17 UPTD lainnya (85%) ada perbedaan jumlah.

Kalau SDM untuk pengolahan data, pada dinas kesehatan tidak ada masalah namun pada tingkat puskesmas masih banyak SDM di puskesmas yang belum bisa mengoperasikan komputer, *komputer hanya dipakai sebagai pengolah kata.*

c. Money

Dari sisi keuangan/anggaran, sampai dengan saat ini pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor belum mempunyai anggaran khusus buat pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas dari sumber manapun. Walaupun sebetulnya kegiatan tersebut bisa diintegrasikan dengan kegiatan lain, misalnya monitoring puskesmas.

d. Material

Berbicara mengenai material/alat, maka dalam konteks ini penulis akan lebih spesifik berbicara tentang sarana komputer. Pada tingkat dinas kesehatan, sarana kerja komputer tidak ada masalah, di setiap bidang semuanya sudah mempunyai sarana tersebut. Lebih khusus lagi pada Seksi Penyusunan Program Kesehatan, terdapat 6 buah komputer dekstop, yang dibagi untuk tupoksi perencanaan 3 buah dan untuk tupoksi informasi kesehatan 3 buah plus laptop masing-masing 1 buah.

Demikian juga halnya di puskesmas, seluruh UPTD Puskesmas sudah mempunyai minimal satu paket komputer dan printer, baik alokasi dari APBD II atau dari PHLN (PHP II).

e. Methode

Metode penilaian kinerja puskesmas sendiri sebetulnya sudah ada, yaitu berdasarkan buku penilaian kinerja puskesmas yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan tahun 2003 yang kemudian direvisi pada tahun 2006, namun sayang buku tersebut belum dijadikan sebagai pedoman penilaian kinerja puskesmas bahkan sampai dengan sekarang.

2. Masalah Proses

Dalam pelaksanaan pengolahan data, sering kali terjadi keterlambatan penyampaian laporan dari puskesmas. Padahal berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dimana sudah ditentukan bahwa paling lambat laporan masuk tanggal 5 setiap bulannya. Hal ini tentu akan menghambat dalam proses pengolahan data.

Hal lain yang menjadi masalah adalah banyaknya suplemen laporan yang harus dilaporkan oleh puskesmas setiap bulannya, selain laporan pokok yaitu LB1, LB3 dan LB4.

Sedangkan untuk penilaian kinerja puskesmas secara komprehensif belum dilakukan, yang ada hanyalah penilaian kinerja program yang dilakukan oleh setiap bidang sesuai dengan tupoksi program pada bidang tersebut. Namun untuk penilaian kinerja pada tingkat Dinas Kesehatan sudah dilakukan berdasarkan indikator kinerja SPM seperti yang penulis cantumkan pada latar belakang tesis ini.

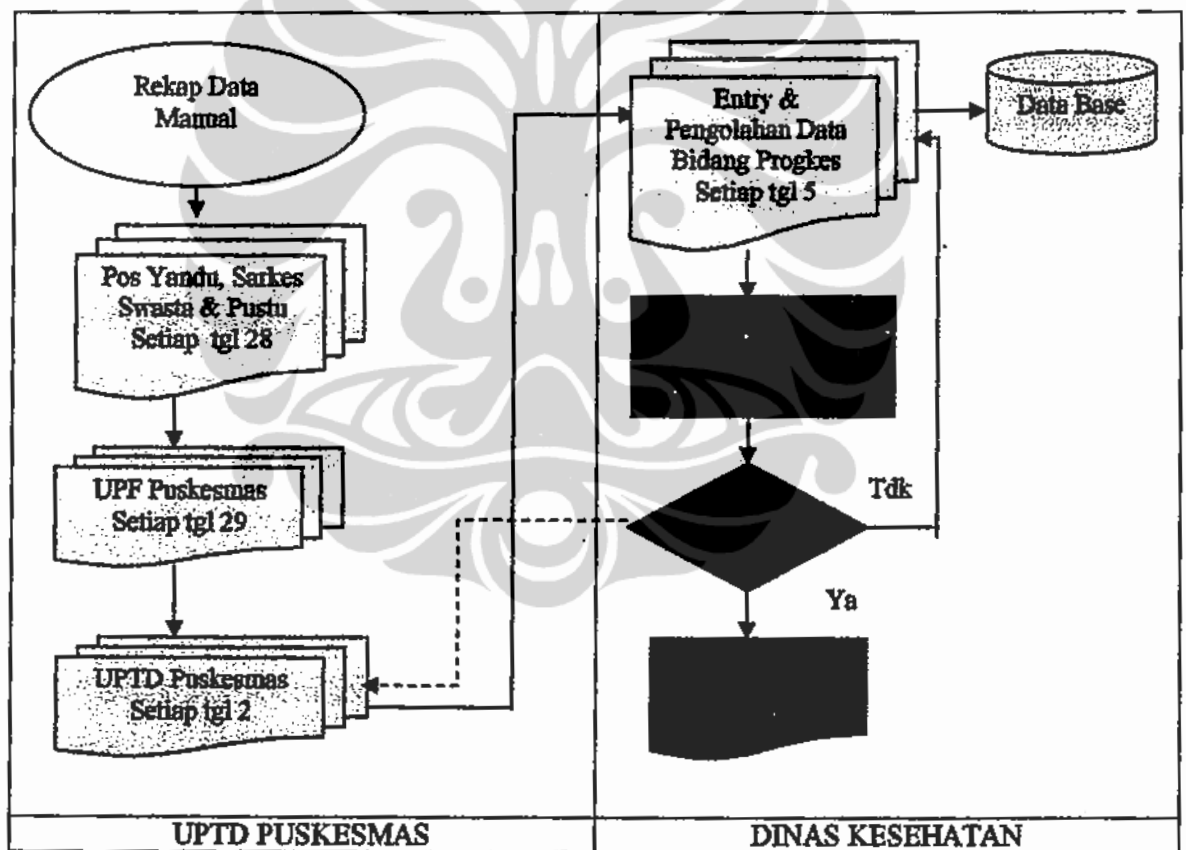
Proses alur sistem pencatatan dan pelaporan yang selama ini berlangsung di mulai dari entitas sumber (pos yandu, pustu & puskesmas) berupa laporan bulanan SP3 Puskesmas yang terdiri dari : LB1, LB3 (KIA/KB, Gizi dan P3M) serta LB4. Selain format laporan tersebut, juga dilaporkan pula suplemen-suplemen laporan bulanan/triwulanan untuk kebutuhan data yang tidak didapat pada laporan bulanan SP3 puskesmas. Sedangkan untuk laporan sarana kesehatan dan tenaga dilaporkan setahun sekali dalam format laporan LSD1, LSD2 dan LSD3.

Kemudian data tersebut di-entry dan diolah oleh Bidang Program Kesehatan (Progkes) khususnya Seksi Penyusunan Program Kesehatan dengan menggunakan *software* Aplikasi Program SP3. Selanjutnya, hasil entry data disebarluaskan kepada bidang-bidang di lingkungan Dinas Kesehatan untuk dilakukan analisis yang kemudian

dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan serta diumpun balikan ke puskesmas-puskesmas pada saat rapat dinas kepala UPTD puskesmas setiap bulan

Adapun alur sistem pencatatan dan pelaporan serta pengolahan data dan umpan balik dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 5.3
Deskripsi Alur Sistem Pelaporan SP3
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2005



Untuk seluruh pengolahan data, khususnya SP3 puskesmas sudah menggunakan aplikasi program yang dibuat oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Namun untuk mengolah data menjadi kinerja program belum menggunakan aplikasi program khusus.

3. Masalah Output

Seperti yang sudah penulis kemukakan diatas, bahwa pada output masalahnya adalah tidak adanya cakupan hasil penilaian kinerja puskesmas sebagai hasil dari pengolahan data yang komprehensif, yang ada hanyalah cakupan kinerja program pada masing-masing bidang.

Cakupan kinerja program tersebut, senantiasa diumpantbalikkan ke masing-masing UPTD Puskesmas pada pertemuan rutin (rapat dinas) sebulan sekali. Namun berdasarkan analisis penulis, hasil umpan balik tersebut belum dimanfaatkan secara optimal oleh beberapa puskesmas sebagai dasar rencana kegiatan bulan selanjutnya. Hal ini dapat dilihat pada puskesmas dimana kinerja programnya kurang baik, ternyata dari bulan ke bulan tidak ada perbaikan yang bermakna.

E. Masalah Kesehatan Masyarakat

Secara substantif, masalah kesehatan yang ada di Kabupaten Bogor adalah masih tingginya angka penyakit/angka kematian baik yang disebabkan oleh pelayanan kesehatan, prilaku dan lingkungan. Sehingga mengakibatkan banyaknya indikator kinerja program yang masih dibawah target-target yang telah ditetapkan. Sebagai contoh dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.14
Cakupan Kinerja Program Persalinan Yang Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS UPTD	PERKIRAAN	PERTOLONGAN	PERSEN
			JUMLAH	PERSALINAN	
			PERSALINAN	JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6
1	JASINGA	JASINGA	2.386	1.059	44,4
2	CIGUDEG	CIGUDEG	2.848	1.035	36,3

3	SUKAJAYA	SUKAJAYA	1.470	473	32,2
4	PARUNG PANJANG	PARUNG PANJANG	2.565	1.001	39,0
5	TENJO	TENJO	1.608	587	36,5
6	NANGGUNG	NANGGUNG	2.097	805	38,4
7	LEUWI LIANG	LEUWI LIANG	2.843	2.271	79,9
8	LEUWISADENG	LEUWISADENG	1.776	339	19,09
9	RUMPIN	RUMPIN	3.177	863	27,2
10	CIBUNGBULANG	CIBUNGBULANG	3.170	1.117	35,2
11	PAMIJAHAN	PAMIJAHAN	3.483	2.061	59,2
12	CIAMPEA	CIAMPEA	3.520	2.392	68,0
13	TENJOLAYA	TENJOLAYA	1.390	244	18,91
14	CIOMAS	CIOMAS	3.229	1.852	57,4
15	TAMANSARI	TAMANSARI	2.157	807	37,4
16	DARMAGA	DARMAGA	2.540	1.356	53,4
17	CISARUA	CISARUA	2.806	1.436	51,2
18	MEGAMENDUNG	MEGAMENDUNG	2.383	1.142	47,9
19	CIAWI	CIAWI	2.436	1.461	60,0
20	CARINGIN	CARINGIN	2.797	1.047	37,4
21	CIGOMBONG	CIGOMBONG	2.069	400	19,39
22	CIJERUK	CIJERUK	1.868	1.694	90,7
23	KEMANG	KEMANG	2.092	1.370	65,5
24	RANCABUNGUR	RANCABUNGUR	1.217	471	38,7
25	PARUNG	PARUNG	2.403	1.560	64,9
26	CISEENG	CISEENG	2.277	977	42,9
27	GUNUNG SINDUR	GUNUNG SINDUR	2.055	1.446	70,4
28	BOJONG GEDE	BOJONG GEDE	4.548	4.651	102,3
29	TAJURHALANG	TAJURHALANG	2.052	857	41,76
30	CIBINONG	CIBINONG	6.716	3.998	59,5
31	SUKARAJA	SUKARAJA	3.768	2.338	62,0
32	CITEUREUP	CITEUREUP	4.650	3.559	76,5
33	BABAKAN MADANG	BABAKAN MADANG	2.260	659	29,2
34	GUNUNG PUTRI	GUNUNG PUTRI	5.679	3.732	65,7
35	CILEUNGI	CILEUNGI	4.557	2.662	58,4
36	KLAPANUNGGAL	KLAPANUNGGAL	1.951	907	46,5
37	JONGGOL	JONGGOL	2.687	1.169	43,5
38	SUKAMAKMUR	SUKAMAKMUR	1.924	533	27,7
39	CARIU	CARIU	1.244	826	66,4
40	TANJUNGSARI	TANJUNGSARI	1.288	206	15,99
KABUPATEN			107.988	55.317	51,2

Sumber LB3 KLA/KB Dinkes Kab. Bogor tahun 2005

Dari tabel 5.14 dapat dilihat, bahwa pencapaian kinerja program persalinan oleh tenaga kesehatan (Linakes) di Kabupaten Bogor masih dibawah target yang sudah ditetapkan yaitu sebesar 75 %. Hal ini tentu sangat berpengaruh terhadap angka kematian ibu (AKI) dimana pada tahun 2005 terdapat 50 orang dan angka kematian bayi (AKB) sebanyak 566 bayi.

Tentunya, untuk menilai kinerja sebuah UPTD Puskesmas tidak bisa didasarkan atas satu indikator kinerja saja, tapi harus mempertimbangkan pula indikator kinerja yang lainnya yang kemudian keseluruhan indikator kinerja tersebut digabungkan dan dicari nilai reratanya. Setelah didapat nilai rerata, baru kemudian di bandingkan dengan nilai standar kinerja yang telah ditetapkan.

Proses seperti tersebut diataslah yang saat ini belum terjadi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor. Sehingga untuk menilai sebuah kinerja UPTD Puskesmas hanya didasarkan pada pencapaian kinerja program-program tertentu saja, padahal Departemen Kesehatan sudah menentukan indikator pelayanan program melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Sedangkan sebagai acuan dalam menilai kinerja puskesmas Departemen Kesehatan sudah mengeluarkan buku pedoman penilaian kinerja puskesmas.

Berdasarkan hasil wawancara yang penulis lakukan terhadap beberapa informan, hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.15
 Hasil Wawancara tentang Masalah Kesehatan Masyarakat (Kinerja Puskesmas)
 Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

WHO	WHAT	WHEN	WHERE	WHY
<i>Informan 1</i>	Masih rendahnya pencapaian kinerja program	Tahun 2005	Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi linsek dan linprog belum optimal ▪ Pembiayaan kesehatan blm optimal ▪ Kualitas pelayanan belum optimal
<i>Informan 2</i>	Masih rendahnya utilisasi puskesmas	Tahun 2005	Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kualitas pelayanan belum optimal
<i>Informan 3</i>	Masih rendahnya kinerja program KIA/KB dan Gizi	Tahun 2005	Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kualitas pelayanan belum optimal
<i>Informan 4</i>	Masih rendahnya kinerja program P3M dan Kesling	Tahun 2005	Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kualitas pelayanan belum optimal
<i>Informan 5</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masih tingginya permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh lingkungan, perilaku dan yankes ▪ Alokasi anggaran kegiatan belum proporsional 	Tahun 2005	Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kualitas pelayanan belum optimal ▪ Alokasi anggaran untuk fisik lebih diprioritaskan
<i>Informan 6</i>	Masih rendahnya pencapaian kinerja program	Tahun 2005	Pusk Parung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kualitas dan kuantitas tenaga, dana, sarana/alat kurang ▪ Bintek dari Dinkes kurang
<i>Informan 7</i>	Masih rendahnya pencapaian kinerja program	Tahun 2005	Pusk Cibungbulang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kualitas dan kuantitas tenaga, dana, sarana/alat kurang ▪ Bintek dari Dinkes kurang

F. Masalah Sistem Informasi

Saat ini - seperti telah dikemukakan sebelumnya - bahwa pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor belum ada sebuah sistem informasi yang terintegrasi pada setiap bidang untuk menilai sebuah kinerja UPTD Puskesmas. Sehingga menilai kinerja puskesmas selalu didasarkan pada indikator kinerja program pada masing-masing bidang.

Padahal, seharusnya Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor mempunyai sebuah sistem informasi yang cepat dan akurat untuk menilai sebuah kinerja puskesmas. Mengingat, penilaian kinerja puskesmas merupakan siklus dalam fungsi manajemen yaitu P3 (pengawasan, penilaian dan pengendalian). Sehingga hasil penilaian kinerja tersebut dapat dijadikan dasar dalam siklus perencanaan tahun berikutnya.

Hal tersebut juga dapat dilihat pada tabel dibawah ini sebagai hasil resume hasil wawancara penulis dengan beberapa informan..

Tabel 5.16
Hasil Wawancara Masalah Sistem Informasi Penilaian Kinerja Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

WHO	WHAT	WHEN	WHERE	WHY
<i>Informan 1</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belum tersedia informasi kinerja puskesmas yang komprehensif ▪ Informasi yang tersedia belum dimanfaatkan dengan optimal 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data belum akurat, valid dan reliable ▪ Informasi hanya berupa kinerja masing-masing program
<i>Informan 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kegiatan pelayanan di puskesmas belum akurat 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data belum akurat, valid dan reliable ▪ Informasi belum dipahami sebagai hal yang penting
<i>Informan 3</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kegiatan program KIA/KB dan program Gizi belum akurat 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data belum akurat, valid dan reliable ▪ Informasi belum dipahami sebagai hal yang penting

<i>Informan 4</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kegiatan program P3M dan Kesling belum akurat 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	
<i>Infroman 5</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perencanaan dan penganggaran berdasarkan data dan fakta belum optimal ▪ Informasi yang tersedia seringkali tidak <i>valid dan reliable</i> 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data belum akurat, valid dan reliable ▪ Informasi belum dipahami sebagai hal yang penting
<i>Informan 6</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masih lemahnya data base pelayanan puskesmas ▪ Belum ada informasi tentang kinerja puskesmas secara komprehensif ▪ Capaian target keuangan tidak dijadikan dasar penilaian kinerja puskesmas 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terlalu banyak kegiatan adm yang harus dilakukan oleh puskesmas ▪ Komputer baru digunakan sebagai pengolah kata ▪ PKP harus mempertimbangkan sumber daya setiap puskesmas ▪ Retribusi Puskesmas dijadikan sebagai sumber PAD
<i>Infroman 7</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masih lemahnya data base pelayanan puskesmas ▪ Belum ada informasi tentang kinerja puskesmas secara komprehensif ▪ Capaian target keuangan tidak dijadikan dasar penilaian kinerja puskesmas 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terlalu banyak kegiatan adm yang harus dilakukan oleh puskesmas ▪ Komputer baru digunakan sebagai pengolah kata ▪ PKP harus mempertimbangkan sumber daya setiap puskesmas ▪ Retribusi Puskesmas dijadikan sebagai sumber PAD



Berdasarkan hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor memerlukan sebuah *tool* sistem informasi kesehatan yang dapat menggambarkan secara utuh kinerja sebuah puskesmas.

G. Analisis Kebutuhan Sistem Informasi

Untuk identifikasi kebutuhan informasi dalam rangka pengembangan sistem, maka penulis melakukan wawancara secara mendalam dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, Kepala Bidang Yankes, Kepala Bidang Binkesmas, Kepala Bidang Progkes dan Kepala Bidang P2PKL serta Kepala Puskesmas Cibungbulang dan Parung sebagai pengguna dari sistem informasi yang akan dikembangkan.

Informasi yang didapatkan dari informan tersebut diatas, kemudian dijadikan dasar oleh penulis untuk menentukan kebutuhan sistem informasi yang sesungguhnya sehingga dapat dimanfaatkan secara optimal. Berikut hasil wawancara dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.17
Hasil Wawancara Kebutuhan Sistem Informasi (PKP)
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

WHO	WHAT	WHEN	WHERE	WHY
<i>Informan 1</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kinerja puskesmas secara komprehensif dan <i>up to date</i> berdasarkan indikator kinerja yang <i>valid dan reliable</i> ▪ Tersedia <i>tool data processing</i> yang cepat dan akurat 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi yang ada hanya cakupan program masing-masing bidang ▪ Belum tersedia aplikasi program untuk mengolah data
<i>Informan 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kinerja puskesmas secara komprehensif dan <i>up to date</i> berdasarkan indikator kinerja program 	Setiap tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi yang ada hanya cakupan program masing-masing bidang ▪ Belum tersedia aplikasi program

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tersedia <i>tool data processing</i> yang cepat dan akurat 			untuk mengolah data
<i>Infroman 3</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kinerja puskesmas secara komprehensif dan up to date berdasarkan indikator kinerja program ▪ Tersedia <i>tool data processing</i> yang cepat dan akurat 	Setip tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi yang ada hanya cakupan program masing-masing bidang ▪ Belum tersedia aplikasi program untuk mengolah data
<i>Infroman 4</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kinerja puskesmas secara komprehensif dan up to date berdasarkan indikator kinerja program ▪ Tersedia <i>tool data processing</i> yang cepat dan akurat 	Setip tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi yang ada hanya cakupan program masing-masing bidang ▪ Belum tersedia aplikasi program untuk mengolah data
<i>Infroman 5</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kinerja puskesmas secara komprehensif dan up to date berdasarkan indikator kinerja program ▪ Tersedia <i>tool data processing</i> yang cepat dan akurat 	Setip tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi yang ada hanya cakupan program masing-masing bidang ▪ Belum tersedia aplikasi program untuk mengolah data
<i>Infroman 6</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kinerja puskesmas secara komprehensif dan up to date berdasarkan indikator kinerja program ▪ Tersedia <i>tool data processing</i> yang cepat dan akurat 	Setip tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi yang ada hanya cakupan program masing-masing bidang ▪ Belum tersedia aplikasi program untuk mengolah data ▪ Pemenuhan tenaga pengolah data yang <i>qualified</i>
<i>Infroman 7</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kinerja puskesmas secara komprehensif dan up to date berdasarkan indikator kinerja program 	Setip tahun	Dinkes Kab. Bogor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi yang ada hanya cakupan program masing-masing bidang ▪ Belum tersedia aplikasi program

	▪ Tersedia <i>tool data processing</i> yang cepat dan akurat			untuk mengolah data ▪ Pemenuhan tenaga pengolah data yang <i>qualified</i>
--	--	--	--	---

H. Alternatif Pemecahan Masalah

Berdasarkan hasil analisis kebutuhan sistem seperti tersebut diatas, termasuk didalamnya hasil observasi dan wawancara yang penulis lakukan, maka dapat disimpulkan bahwa kebutuhan sistem informasi Penilaian Kinerja Puskesmas yang dapat dikembangkan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor adalah sebagai berikut :

▪ Kelayakan Ekonomis

Sistem yang akan dikembangkan tentunya membutuhkan *tools*, baik berupa *hardware*, *software* serta *brainware*. Hardware atau perangkat keras yaitu berupa komputer dimana alat tersebut sudah tersedia secara memadai khususnya pada tingkat dinas kesehatan sebagai entitas proses serta entitas pengguna informasi. Pada entitas sumber yaitu puskesmas, memang belum semua puskesmas mempunyai komputer (Hanya 40 UPTD Puskesmas) , akan tetapi laporan-laporan (SP3) masih bisa dibuat secara manual. Untuk instrumen pelaporan, juga sudah tersedia format laporan yang sudah baku yaitu laporan LB1, LB3, LB4 dan laporan suplemen lainnya.

Dari segi biaya, tidak memerlukan biaya yang besar/khusus karena kegiatan ini dapat dilaksanakan secara rutin dan terintegrasi dengan kegiatan lainnya. Kecuali manajemen akan mengembangkan lebih lanjut untuk menilai kinerja program pilihan/pengembangan serta aspek mutu dan manajemen puskesmas.

Dari segi pemanfaatan, informasi yang dihasilkan dapat dimanfaatkan dengan optimal untuk kebutuhan sistem seperti perencanaan, monitoring serta penilaian kinerja program.

- Kelayakan Teknis

Ditinjau dari sisi teknis, baik sarana atau tenaga, menurut hemat penulis sudah tidak ada masalah. Hal ini didasarkan pada hasil kajian penulis terhadap kedua hal tersebut.

Seperti penulis sudah kemukakan diatas, sarana yang ada pada tiap-tiap bidang khususnya sarana pengolah data (komputer) sudah sangat memadai hanya tinggal pemanfaatannya ada lebih dioptimalkan, sehingga komputer tidak hanya digunakan untuk pengolahan kata semata.

Demikian juga halnya dengan SDM yang ada, dengan tersedianya tenaga yang *expert* dibidangnya baik di bidang teknologi informasi atau bidang kesehatan masyarakat, maka tidak ada alasan untuk menjadi masalah dalam aplikasi sistem informasi khususnya pada tingkat dinas kesehatan. Paling yang harus mendapat perhatian khusus adalah substansi laporan dari puskesmas (tenaga pengelola program), sehingga didapatkan data yang *valid dan reliable*.

- Kelayakan Organisasi

Ditinjau dari sudut pengorganisasian, baik pada tingkat puskesmas atau dinas kesehatan, pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas tidak akan menemui hambatan yang berarti mengingat saat ini sudah tersedia pengorganisasian yang memadai.

Pada tingkat puskesmas, sudah ada pengelola program SP3 yang secara rutin setiap bulan melaporkan seluruh pelaksanaan kegiatan di puskesmas. Sedangkan pada tingkat dinas kesehatan, walaupun tidak ada seksi khusus yang menangani sistem informasi kesehatan, tapi dilihat dari tupoksi, tugas ini sudah dilakukan pada seksi penyusunan program kesehatan.

Sebagai hasil analisis terhadap kebutuhan sistem informasi penilaian kinerja puskesmas yang penulis lakukan pada Dinas Kesehatan Kabupaten , maka dapat disimpulkan bahwa sistem yang dibutuhkan adalah sistem *otomasi* yang dapat menyajikan informasi secara cepat dan akurat sehingga didapatkan informasi yang *komprehensif* tentang kinerja sebuah puskesmas, bukan hanya menggambarkan sebuah kinerja program semata.

Agar dapat dilakukan proses pengolahan data serta penyajian informasi yang cepat dan akurat tersebut, maka penulis mengembangkan sebuah aplikasi program yang secara otomatis dapat menyajikan informasi sesuai kebutuhan. Hal ini selain dapat mengurangi beban kerja pengolahan data juga informasi yang dihasilkan sudah berupa tabulasi data dan grafik sehingga memudahkan *user* dalam menganalisis informasi tersebut. Penulis juga merencanakan, nantinya informasi ini selain dapat diintegrasikan dengan jaringan *LAN (local area network)* juga dapat diakses melalui jaringan internet misalnya pada www.dinkeskabupatenbogor.go.id.

Untuk menghasilkan *otomasi* seperti tersebut diatas, maka sistem yang digunakan adalah *RDBMS (relationship database management system)* dengan aplikasi program *Borland Delphi 7*.

1. Pembuatan pemodelan

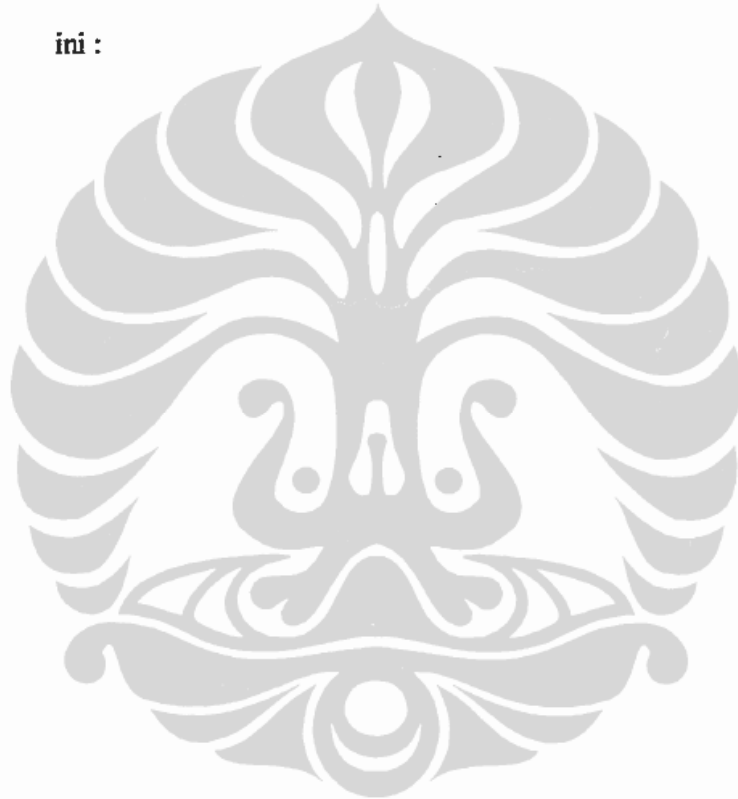
Pembuatan pemodelan bertujuan untuk menggambarkan transformasi data yang dibutuhkan secara logik sehingga menjadi sebuah sistem informasi penilaian kinerja puskesmas.

a. Bagan alir data (*data flow diagram/DFD*)

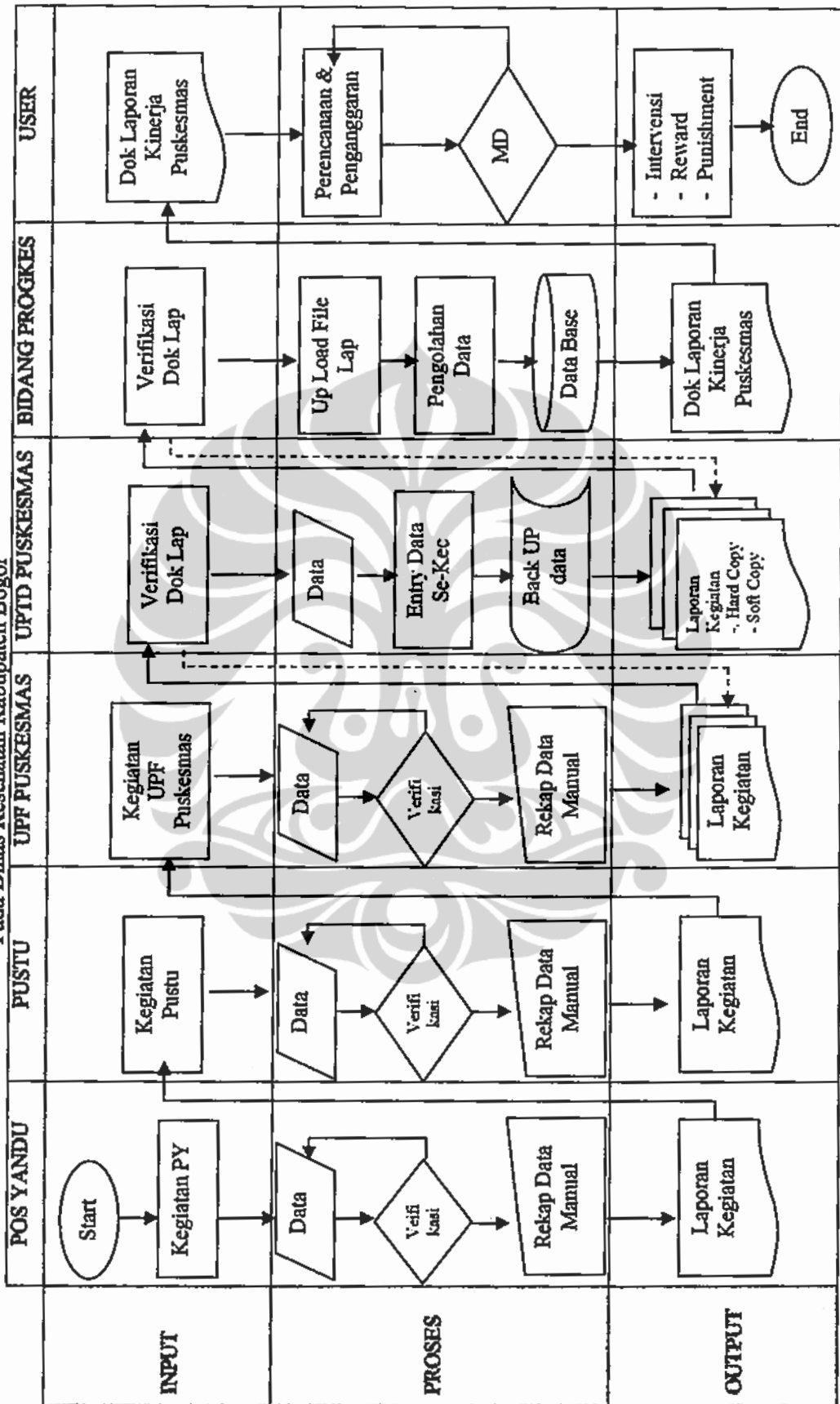
Data flow diagram (DFD) menggambarkan alur pengumpulan data mulai dari pelayanan dari tingkat pos yandu dan puskesmas setiap tanggal 28. Kemudian data tersebut di rekap di tingkat UPF puskesmas dan dilaporkan pada UPTD Puskesmas tingkat kecamatan setiap tanggal 2. Setelah itu di rekap

kembali menjadi laporan UPTD Puskesmas tingkat kecamatan, kemudian data tersebut dikirim ke dinas kesehatan maksimal setiap tanggal 5.

DFD untuk sistem informasi pelaporan SP3 puskesmas berikut suplemen-nya sampai dapat dilakukan PKP, dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

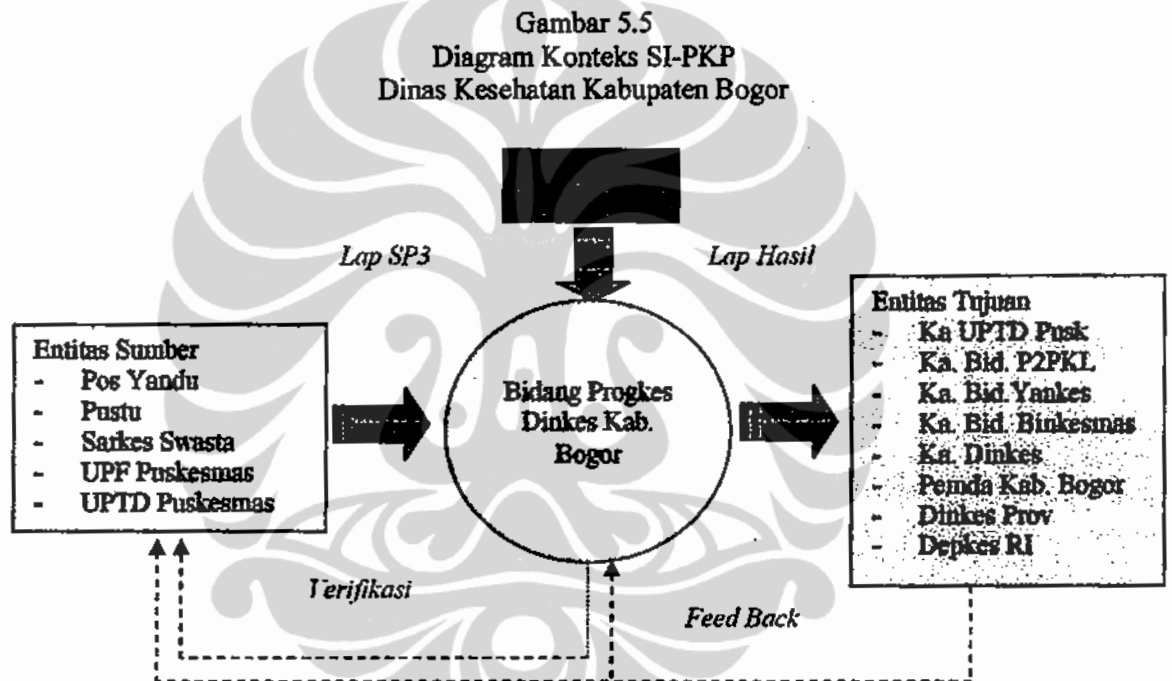


Gambar 5.4
Data Flow Diagram Sistem Informasi Penilaian Kinerja Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor



b. Diagram konteks

Diagram konteks dimaksudkan untuk menggambarkan sumber data yaitu mulai dari pos yandu, pustu, sarkes swasta, dan puskesmas sebagai entitas sumber. Kemudian data tersebut diproses/diolah menjadi dengan SI-PKP oleh bidang progkes untuk selanjutnya digunakan oleh entitas tujuan.

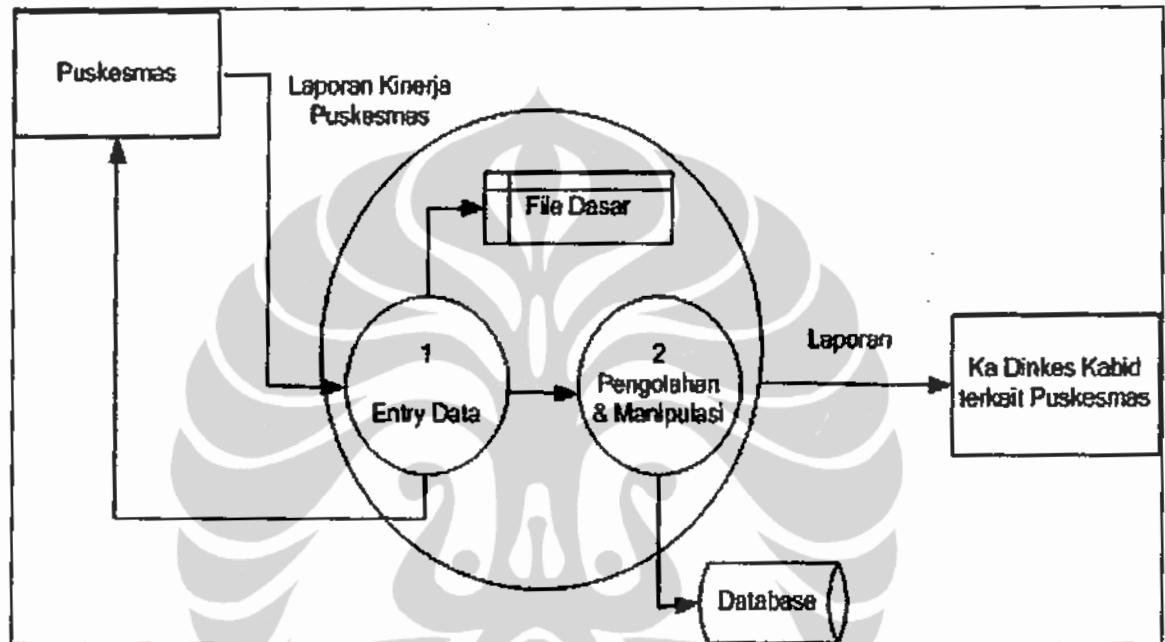


c. Diagram detail

1) Diagram level 0

Untuk menggambarkan secara lebih terinci tahapan proses atau alur yang terjadi pada diagram konteks, maka dibuat diagram detail yang dimulai dengan diagram level 0. Pada diagram ini digambarkan tentang data/laporan SP3 sebagai sumber data untuk dientry menjadi file data dasar, kemudian diolah dan dimanipulasi dan disimpan didalam data base. Hasil pengolahan tersebut menjadi informasi penilaian kinerja puskesmas.

Gambar 5.6
Diagram Level 0
Pengembangan SI-PKP Dinas Kesehatan Kab. Bogor

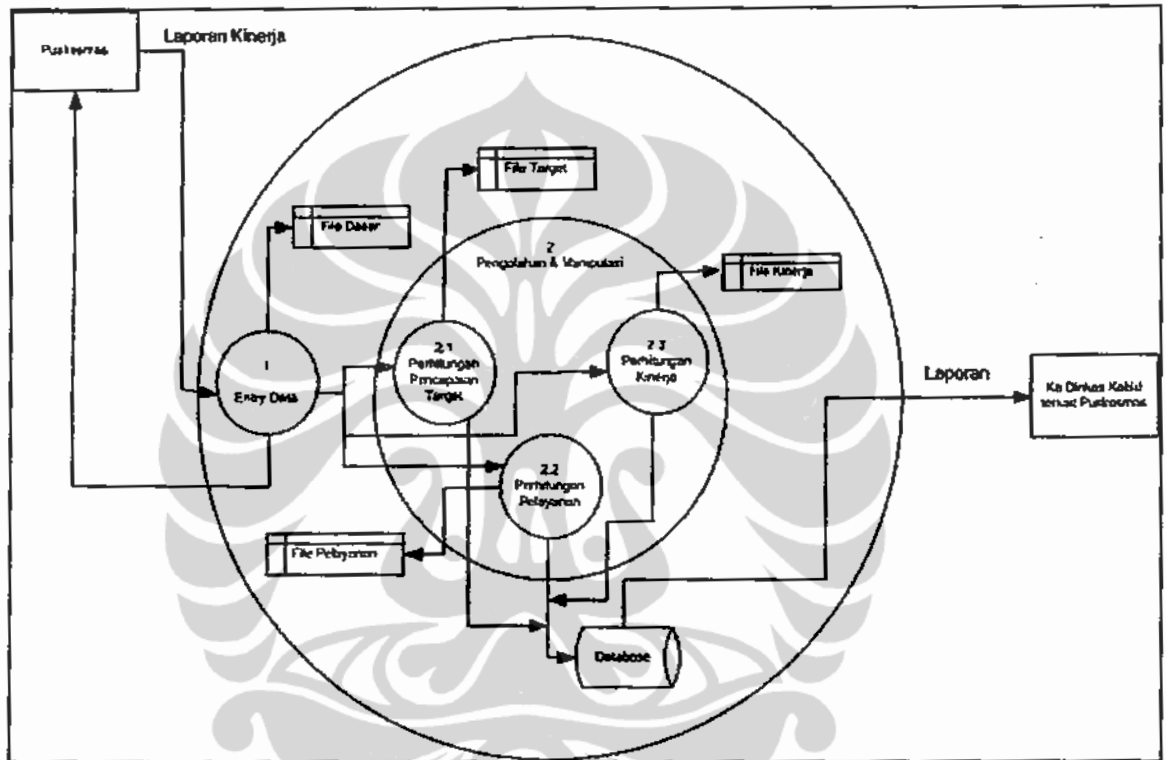


2) Diagram level 1

Berdasarkan analisis kebutuhan informasi pada tahap kajian analisis sistem, maka dilakukan pemrosesan data secara matematis dengan manipulasi bahasa pemrograman, sehingga didapatkan angka persentase setiap rincian indikator, persentase setiap indikator kinerja program basic six dan perhitungan total kinerja puskesmas.

Selanjutnya, tahapan proses tersebut dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 5.7
Diagram Level 1
Pengembangan SI-PKP Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor



2. Design input

Design input dibuat berdasarkan output/informasi yang diinginkan. Dengan demikian data yang menjadi bahan masukan pada design input adalah data pelayanan yang menjadi variable indikator kinerja program basic six terdiri dari 31 variabel indikator kinerja sebagaimana terlihat pada Tabel 5.19.

Selain input data pelayanan tersebut diatas, dirancang pula data input puskesmas yang bertujuan untuk memberikan gambaran umum tentang UPTD Puskesmas seperti alamat puskesmas, jumlah penduduk, jumlah desa dan lain-lain.

Tabel 5.18
Variabel Design Input Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Bogor

NO	JENIS PELAYANAN UKW	JENIS INDIKATOR KINERJA	SUMBER DATA
I	Pelayanan KIA/KB		
		1 Cakupan Kunjungan Bumil K4	LB3 KIA/KB
		2 Cakupan Linakes	LB3 KIA/KB
		3 Cakupan Bumil Resti Dirujuk	LB3 KIA/KB
		4 Cakupan Kunjungan Neonatus	LB3 KIA/KB
		5 Cakupan Kunjungan Bayi	LB3 KIA/KB
		6 Cakupan BBLR yang Ditangani	LB3 KIA/KB
		7 Cakupan Peserta KB Aktif	LB3 KIA/KB
II	Pelayanan Pengobatan		
		1 Cakupan Rawat Jalan	Laporan Bulanan LB4
		2 Cakupan Rawat Inap	Laporan Bulanan LB4
III	Pelayanan Perbaikan Gizi		
		1 Cakupan Balita yang Naik Berat Badannya	LB3 GIZI
		2 Cakupan Balita BGM	LB3 GIZI
		3 Cakupan Balita Mendapat Vitamin A 2 Kali Setahun	LB3 GIZI
		4 Cakupan Bumil Mendapat 90 Tablet Fe	LB3 GIZI
		5 Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI Pada Bayi BGM Dari Gakin	Lap Suplemen Gizi Pemberian Makanan PASI bayi BGM
		6 Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	Lap Suplemen Gizi Balita Gizi buruk
		7 Cakupan Desa Bebas Rawan Gizi	Lap Suplemen Gizi Hasil BPB
IV	Pelayanan P3M		
		1 Cakupan Desa/Kelurahan Mengalami KLB yang Ditangani < 24 Jam	Lap W1 Puskesmas
		2 Cakupan Desa/Kelurahan UCI	LB3 P3M
		3 Cakupan Kesembuhan Penderita TBC BTA +	LB3 P3M
		4 Cakupan Balita Pneumonia yang Ditangani	LB3 P3M
		5 Cakupan Infeksi Menular Seksual yang Diobati	LB3 P3MLB1
		6 Cakupan Penderita DBD yang Ditangani	LB3 P3MLB1
		7 Cakupan Balita Diare yang Ditangani	LB3 P3MLB1

Tabel 5.18 (Lanjutan)
Variabel Design Input Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Bogor

NO	JENIS PELAYANAN UKW		JENIS INDIKATOR KINERJA	SUMBER DATA
		8	Cakupan Penderita Kusta Selesai Berobat	LB3 P3M/LB1
V	Pelayanan Kesehatan Lingkungan			
		1	Cakupan Institusi yang Dibina	Laporan Bulanan LB4
		2	Cakupan Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes	Laporan Suplemen Hasil Pemeriksaan ABJ
		3	Cakupan Tempat Umum yang memenuhi Syarat	Laporan Bulanan LB4
VI	Pelayanan Promosi Kesehatan			
		1	Cakupan Rumah Tangga Sehat	LB4/Lap Hasil Survey PHBS
		2	Cakupan Bayi yang Mendapatkan ASI Eksklusif	Lap suplemen Program KIA/KB
		3	Cakupan Desa/Kelurahan Dengan Garam Beryodium Baik	Lap suplemen Program Gizi
		4	Cakupan Posyandu Purnama	Lap Suplemen Program Promkes
JUMLAH VARIABEL KINERJA SELURUHNYA 31 VARIABEL				

3. Design output

Design output terdiri dari tiga bentuk penyajian yaitu : 1) tabel, 2) grafik, 3) Rekapitan laporan kinerja puskesmas.

Penyajian output dalam bentuk tabel bertujuan untuk menjelaskan hasil pengolahan data berupa rekapitan pencapaian kinerja program basic six dan variabel-variabel-nya per UPTD puskesmas. Kemudian dari tabel tersebut, dilakukan pemrosesan data untuk disajikan dalam bentuk grafik per indikator kinerja setiap jenis pelayanan program.

Sebagai bentuk laporan akhir dari seluruh pemrosesan data, maka dibuat rekapitan data baik dalam bentuk tabel atau grafik yang menggambarkan nilai kinerja setiap UPTD Puskesmas setelah dibandingkan dengan standar kinerja yang telah

ditentukan. Penulis juga membuat notifikasi warna untuk setiap tingkatan kinerja seperti warna merah untuk kinerja kurang, warna kuning untuk kinerja cukup dan warna hijau untuk kinerja baik.

4. Design basis data

Setiap variable data dalam bentuk field input dari form penilaian kinerja puskesmas disusun menjadi sebuah data base untuk selanjutnya dilakukan normalisasi sehingga tidak terjadi duplikasi. Kemudian disusun lagi berdasarkan kelompok-kelompok data dan didefinisikan ke dalam bentuk kamus data.

a. Kamus data

Kamus data dibuat dengan tujuan untuk mendefinisikan susunan data yang sesuai untuk penyimpanan dan aliran data sebagai alat penghubung antara sistem dengan user. Kamus data juga berfungsi menghindari penggunaan kata yang sama. Kamus data dalam aplikasi program ini terdiri dari :

1) Tabel master pelayanan

Tabel 5.19
Tabel Master Pelayanan SI-PKP

TABEL MASTER PELAYANAN			
Field	Type	Size	Keterangan
id_puskesmas	Varchar	10	Nomor identitas puskesmas
id_pelayanan	Integer		Nomor identitas jenis pelayanan
id_indikator	Integer		Nomor identitas indikator kinerja
numerator	Integer		Pembilang
denominator	Integer		Pembagi
target	float		Target kinerja per indikator
pencapaian	float		Nilai pencapaian terhadap target kinerja
sub_var	float		Persentase perhitungan setiap indikator kinerja
ket	Varchar	35	Penjelasan terhadap indikator
tahun	Integer		Tahun penilaian kinerja

2) Tabel puskesmas

Tabel 5.20
Tabel Puskesmas SI-PKP

Tabel PUSKESMAS			
Field	Type	Size	Keterangan
kode	Varchar	10	Kode masing-masing puskesmas
nama	Varchar	50	Nama puskesmas
alamat	Varchar	100	Alamat puskesmas
kode_pos	Varchar	10	Kode POS kecamatan
telp	Varchar	20	Nomor telepon puskesmas
desa	Varchar	10	Alamat desa lokasi puskesmas
kec	Varchar	15	Alamat kecamatan lokasi puskesmas
kab	Varchar	15	Lokasi puskesmas di Kabupaten
jum_UPF	Integer		Jumlah puskesmas UPF
jum_pp	Integer		Jumlah puskesmas pembantu
jum_penduduk	Integer		Jumlah penduduk se kecamatan
jum_des_wilker	Integer		Jumlah desa wilayah kerja se kecamatan

3) Tabel indikator

Tabel 5.21
Tabel Indikator SI-PKP

Tabel INDIKATOR			
Field	Type	Size	Keterangan
No_id	Integer		Nomor identitas sebagai primary key (otomatis)
Indikator	Varchar	80	Jenis indikator kinerja
No_pelayanan	Integer		Nomor jenis pelayanan

4) Tabel kunjungan

Tabel 5.22
Tabel Kunjungan SI-PKP

Tabel KUNJUNGAN			
Field	Type	Size	Keterangan
Id_puskesmas	Varchar	10	Nomor identitas puskesmas
jum_kunjungan	Integer		Jumlah kunjungan puskesmas per tahun
tahun	Integer		Tahun kunjungan puskesmas

5) Tabel pelayanan

Tabel 5.23
Tabel Pelayanan SI-PKP

Tabel PELAYANAN			
Field	Type	Size	Keterangan
no_id	Integer		Nomor identitas jenis pelayanan
pelayanan	Varchar	30	Jenis pelayanan kinerja program

6) Tabel target

Tabel 5.24
Tabel Target SI-PKP

Tabel TARGET			
Field	Type	Size	Keterangan
id_pelayanan	Integer		Nomor identitas pelayanan
id_indikator	Integer		Nomor identitas indikator kinerja
target	Float		Target kinerja per indikator
tahun	Integer		Tahun target ditetapkan

7) Tabel variabel pelayanan

Tabel 5.25
Tabel Variabel Pelayanan SI-PKP

Tabel VARIABEL PELAYANAN			
Field	Type	Size	Keterangan
ID_puskesmas	Varchar	10	Nomor identitas puskesmas
id_pelayanan	Integer		Nomor identitas jenis pelayanan
tahun	Integer		Tahun penilaian kinerja
Variabel	Float		Variabel kinerja puskesmas

8) Tabel user name

Tabel 5.26
Tabel User Name SI-PKP

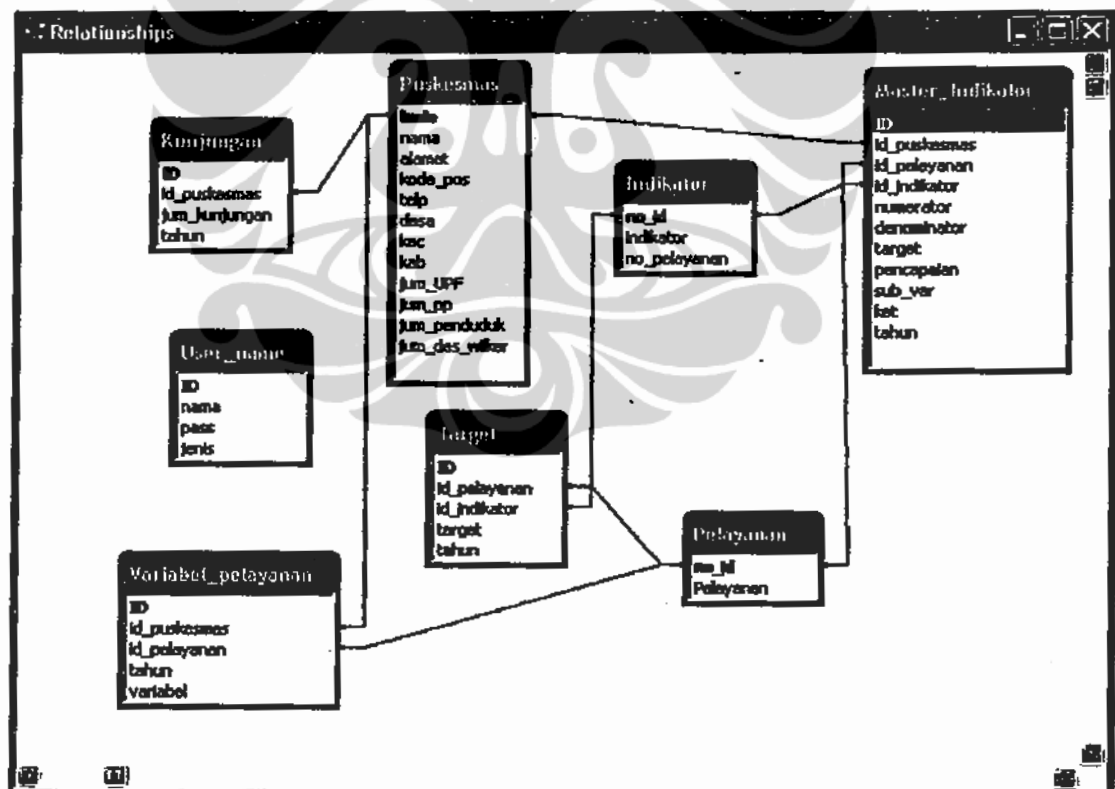
Tabel USER NAME			
Field	Type	Size	Keterangan
nama	Varchar	10	Nama pengguna
pass	Varchar	10	Pasword
jenis	Varchar	10	Jenis pengguna

b. Relationship table

Relationship table merupakan gambaran pola hubungan antar tabel yang dihasilkan dari kamus data. Relationship table ini menunjukkan item-item data atau filed dari masing-masing tabel.

Secara lebih terinci bagaimana pola hubungan antar tabel tersebut dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 5.8
Relasi Antar Tabel
SI-PKP Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor



I. Pembuatan *Prototype*

Penyusunan *prototype* SI-PKP merupakan langkah lanjutan dari tahap pemodelan sebagai landasan dalam pembuatan aplikasi program SI-PKP.

Pembuatan *prototype* dimulai dengan membuat *design interface* (antar muka), memilih teknologi yang digunakan seperti aplikasi program (software) dan hardware serta sistem kendali yang digunakan.

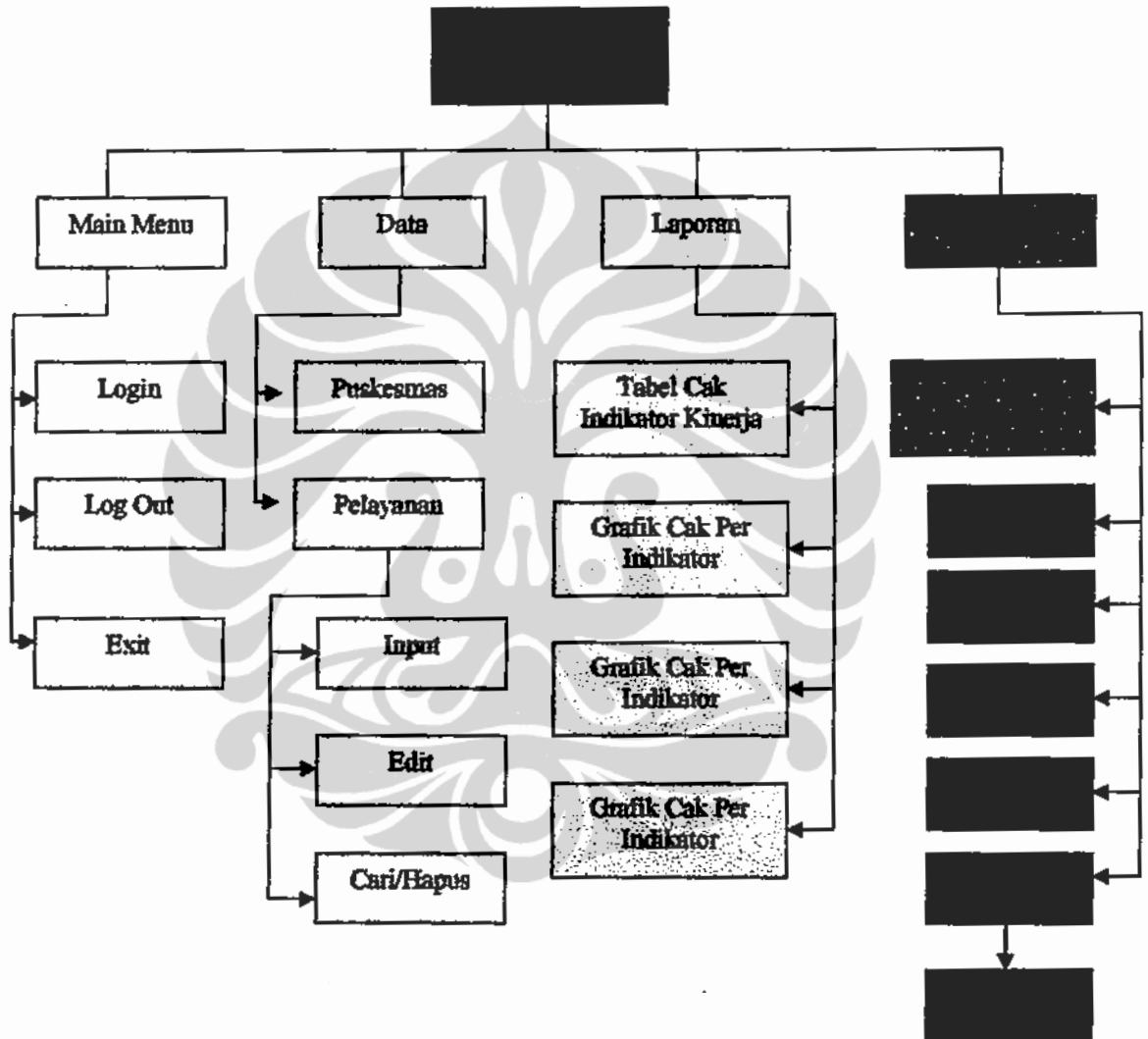
1. Pembuatan *interface*

Design interface dibuat sesederhana mungkin namun menarik bagi user sehingga memudahkan untuk mengenal isi dari aplikasi program secara keseluruhan, baik untuk entry data, edit data, membuka aplikasi laporan. Yang penting harus diperhatikan adalah aspek keamanan dan keandalan dari aplikasi program. *Design interface* sedapat mungkin bisa menggambarkan seluruh isi dari aplikasi program, sehingga user bisa memahami isi aplikasi program dengan hanya melihat *design interface*.

Struktur *design interface* dalam sebuah aplikasi program biasanya merupakan menu utama (*main menu*) untuk masuk kedalam menu didalamnya. Dalam *main menu* terdapat menu *login* sebagai menu dialog bagi user untuk memasukan *user name* dan *password*. Setelah memasukan nama user name dan password dengan benar, maka semua menu dalam aplikasi program tersebut akan aktif. Disinilah pentingnya fungsi keamanan sebuah aplikasi program. Menu yang aktif setelah masuk kedalam menu Login adalah menu data, laporan dan *tools*.

Selanjutnya Struktur *design interface* dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 5.9
Struktur Design Interface SI-PKP
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor



2. Penentuan software dan hardware

a. Penentuan software

Penentuan Software yang digunakan adalah software yang sudah *familiar* dan dipahami oleh tenaga yang akan menggunakan aplikasi program tersebut. Selain itu software tersebut juga harus mudah didapatkan dan dipahami khususnya bahasa

pemrogramannya serta cukup handal untuk digunakan dalam pengolahan data dan penyajian informasi.

Software yang digunakan untuk aplikasi program pengembangan SI-PKP oleh penulis adalah *Borland Borland Delphi 7*. Pertimbangan penulis menggunakan *software* ini, selain mudah digunakan dan cukup familiar juga adanya Staf pada Bidang Program Kesehatan Dinkes Kab. Bogor yang *expert* dalam menggunakan *software* ini dibanding dengan menggunakan *software* yang lain, khususnya dalam penggunaan bahasa pemrogramannya.

Keunggulan dari *software* ini, juga mudah digabungkan dengan aplikasi program yang lain sehingga untuk pengembangan yang lebih lanjut dapat dibuat dengan baik. Untuk basis data penulis menggunakan aplikasi *Paradox 7* dan penyajian laporan menggunakan *Quick Report* yang sudah terintegrasi dengan *Borland Borland Delphi 7*.

b. Penentuan *Hardware*

Kebutuhan spesifikasi minimal *hardware* dalam mendukung aplikasi program SI-PKP ini adalah :

1. Prosesor Pentium 233 MHZ
2. Ms Windows 98
3. Memory SDRAM 64 MB
4. CD ROM
5. HDD 20 GB, FDD 1,44 MD
6. Printer Ink Jet
7. Monitor SVGA

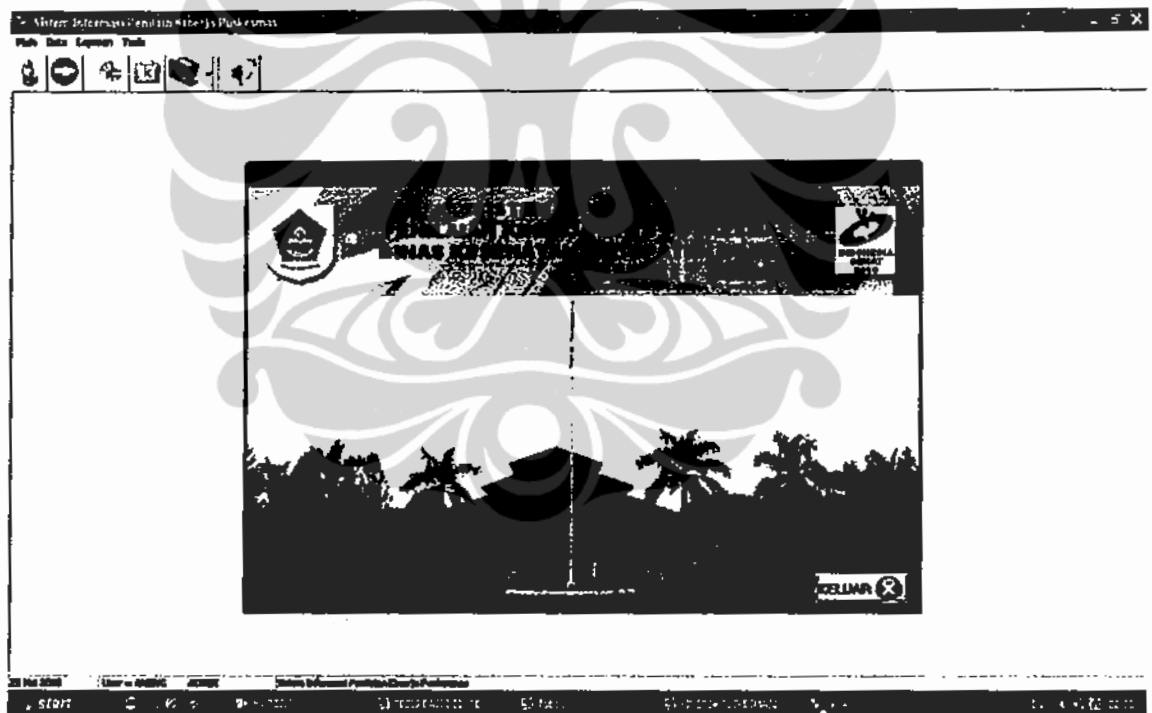
3. Tampilan Aplikasi Program

a. Interface

Aplikasi program yang telah di-install dapat dibuka dengan meng-klik pada *short cut* yang ada di *Dekstop* atau membukanya pada *program file*.

Tampilan *interface* dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 5.10
Interface Aplikasi Program SI-PKP
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor



Untuk dapat mengoperasikan aplikasi program ini, si pengguna harus masuk dulu ke menu utama untuk *entry* dulu *user name* dan *password* pada sub menu *Login*. Tanpa melakukan langkah tersebut, maka semua fungsi dalam aplikasi ini tidak akan dapat dioperasikan.

Selain hal tersebut juga user harus menentukan terlebih dahulu tahun dan target kinerja saat penilaian kinerja ini dilaksanakan. Kedua fungsi tersebut terdapat dalam menu *Tools*.

b. Menu Data

Menu data ini berfungsi untuk entry data puskesmas dan data pelayanan.

Selanjutnya kedua sub menu tersebut dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 5.11
Sub Menu Data Puskesmas SI-PKP

The screenshot displays a software window titled "Data Puskesmas" with a menu bar containing "Input Data" and "Edit / Out Data". The form contains the following fields and values:

Kode	123456789
Nama	UPTD PUSK. JONGGA
Alamat	JL. LETIAN SOUTURO 8
Kode Pos	10000
No. Telp	0820 98888
Desa	JONGGA
Kecamatan	JONGGA
Kabupaten	BOSONI
Jumlah UPF	0
Jumlah Puskesmas	2
Jumlah Pustu	
Jumlah Desa/RT	15

Buttons at the bottom right include "Clear", "Simpan", and "Batal". The window also features a logo on the left and a "KEMHARI" logo on the right.

Sub menu data puskesmas tersebut merupakan form isian data umum UPTD Puskesmas yang terdiri dari : kode, nama, Alamat, Kode Pos, No. Telepon, Lokasi Desa, Lokasi Kecamatan, Lokasi Kabupaten, Jumlah UPF Puskesmas, Jumlah Pustu dan Jumlah Desa Wilayah Kerja.

Pada sub menu data puskesmas terdapat juga fungsi untuk mencari dan mengedit apabila terjadi kesalahan pada saat entry data seperti nama puskesmas, alamat dan lain-lain

Selanjutnya untuk sub menu data pelayanan dapat dilihat pada gambar sebagai berikut :

Gambar 5.12
Sub Menu Data Pelayanan SI-PKP

INDIKATOR	KONS. NUMERATOR	DENOMINATOR	TARGET	PENCAPAIAN	SUB UPTD	RET
0- Cakupan Kunjungan Rutin KIA	2	1.289	2.426	66,86	43,47	67,83
1- Cakupan Ulatas	2	1.399	2.398	79,60	43,24	64,23
2- Cakupan Rapid Risk Check	2	137	487	29,80	26,88	89,43
3- Cakupan Kunjungan Rutin KIA	2	1.348	2.374	69,80	45,32	69,28
4- Cakupan Kunjungan Sesi	2	2.164	2.884	62,89	32,59	147,89
5- Cakupan BMLA yang Dilengkapi	2	97	119	29,66	49,31	153,21
6- Cakupan Promosi KE.MAM	2	9.332	14.723	61,89	61,05	98,19

Pada sub menu data pelayanan terdapat tiga fungsi aplikasi yaitu untuk entry data, edit dan mencari/menghapus data yang sudah di-entry.

Saat entry data, maka operator cukup mengisi kolom numerator dan denomenator saja, karena untuk kolom lainnya seperti kolom indikator, target dan lainnya harus dientry pada saat mulai aplikasi program ini dimana fungsi tersebut terdapat dalam menu *Tools*.

Pada sub menu ini, entry data dilakukan per UPTD Puskesmas dan jenis pelayanan program basic six.

c. Menu Laporan

Pada menu laporan terdapat empat informasi yang disajikan yaitu terdiri dari :

1) Tabel cakupan indikator kinerja

Tabel ini memberikan informasi tentang persentase cakupan indikator kinerja setiap indikator kinerja, yang kemudian dari masing-masing indikator kinerja tersebut dijumlahkan menjadi persentase jenis pelayanan program basic six pada setiap UPTD Puskesmas (metodologi perhitungan terlampir).

Selanjutnya tabel tersebut dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 5.13
Tabel Cakupan Indikator Kinerja SI-PKP

TABEL PERMBAHAN PERCAPAIAN INDIKATOR SPN
PROGRAM LAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT PUSKESMAS (BASIC SIX)
DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR TAHUN 2005

KODE PUSKESMAS : PUSKESMAS
NAMA PUSKESMAS : UPTD PUSKESMAS
ALAMAT : JL. PONDIA SANGAJAH NO 2
KODE POS : 1622
NO. TELEPON : 021 762549
GCSA : ELANGSI
KECAMATAN : BUNDAWI
KABUPATEN : BOGOR
JUMLAH EPF PUSKESMAS : 3
JUMLAH PUSKESMAS POKOK : 3
JUMLAH PUSKESMAS : 11328
JUMLAH DESA/DESAKRAHAN : 13
JUMLAH BAWAHAN : 61.205
TANGGAL : 2005

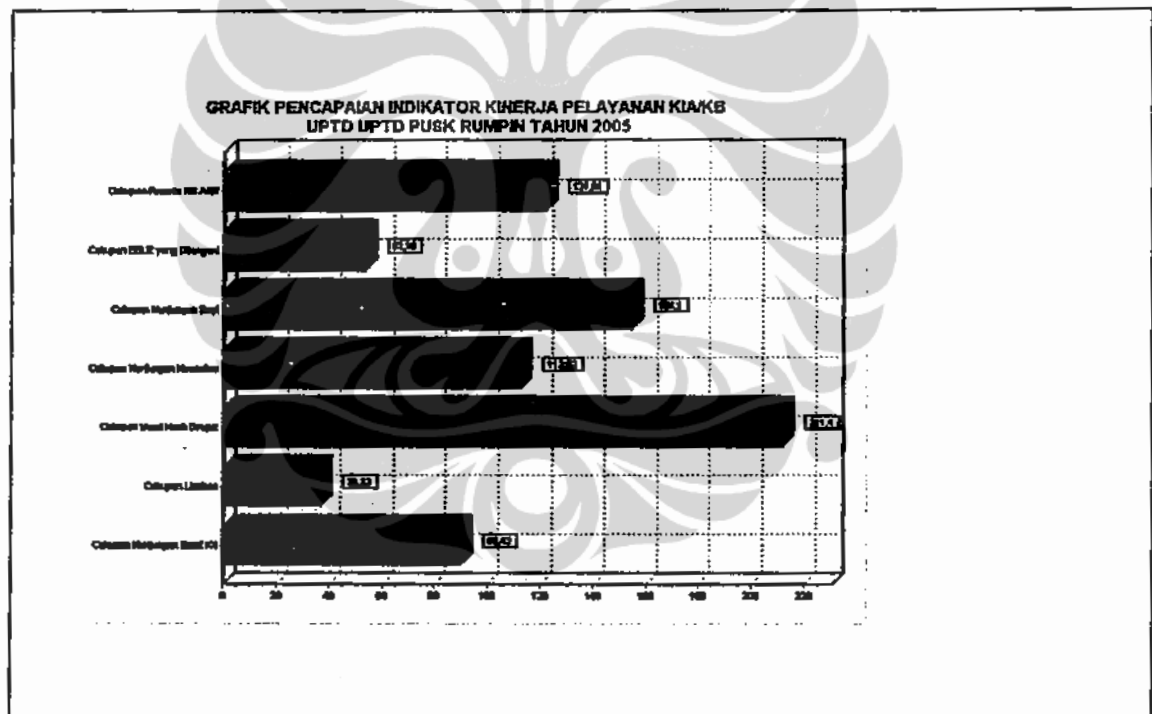
ID	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SAHABAT SANGAT BAIK	PERSEKUTU SANGAT BAIK	PERSEKUTU SANGAT BAIK	DIKERTY	PERCAPAIAN	CAMPURAN SANGAT BAIK SANGAT BAIK	PERSENTASE
		Cakupan Pelayanan Dasar I/1	%	2.200	2.200	60,00	71,91	60,43	
		Cakupan Dasar I/2	%	493	3.177	75,00	27,16	30,37	
		Cakupan Dasar I/3	%	360	948	25,00	60,00	219,00	
		Cakupan Pelayanan Kesehatan	%	2.200	3.120	65,00	72,00	112,00	
		Cakupan Pelayanan Bayi	%	3.000	3.000	60,00	66,17	124,19	
		Cakupan NBLA yang Ditangani	%	21	100	25,00	13,20	52,10	
		Cakupan Penderita TB Aktif	%	16.245	21.800	65,00	72,00	124,00	
		Cakupan Rawat Jalan	%	20.000	110.000	20,00	15,57	97,00	
		Cakupan Rawat Inap	%	500	110.000	2,00	0,00	20,70	
		Cakupan Rata-rata yang Tidak Dapat Ditangani	%	0,000	12,400	0,00	72,41	60,70	

Dari Gambar 5.13 sudah dapat dilihat informasi umum UPTD Puskesmas dan pencapaian masing-masing indikator kinerja, jenis pelayanan dan nilai akhir kinerja UPTD puskesmas tersebut.

2) Grafik cakupan per indikator

Pada sub menu laporan ini, dapat dilihat pencapaian jenis pelayanan setiap indikator kinerja per UPTD Puskesmas. Dengan grafik ini, pengguna dapat membaca dengan cepat indikator kinerja apa yang baik dan yang kurang pada setiap jenis pelayanan pada UPTD Puskesmas tertentu.

Gambar 5.14
Grafik Cakupan Per Indikator Kinerja SI-PKP



3) Rekap cakupan per indikator

Selanjutnya, masih pada menu laporan terdapat sub menu rekap cakupan per indikator. Fungsi sub menu ini adalah memberikan gambaran pencapaian kinerja pelayanan program basic six per UPTD puskesmas baik dalam bentuk tabel atau grafik.

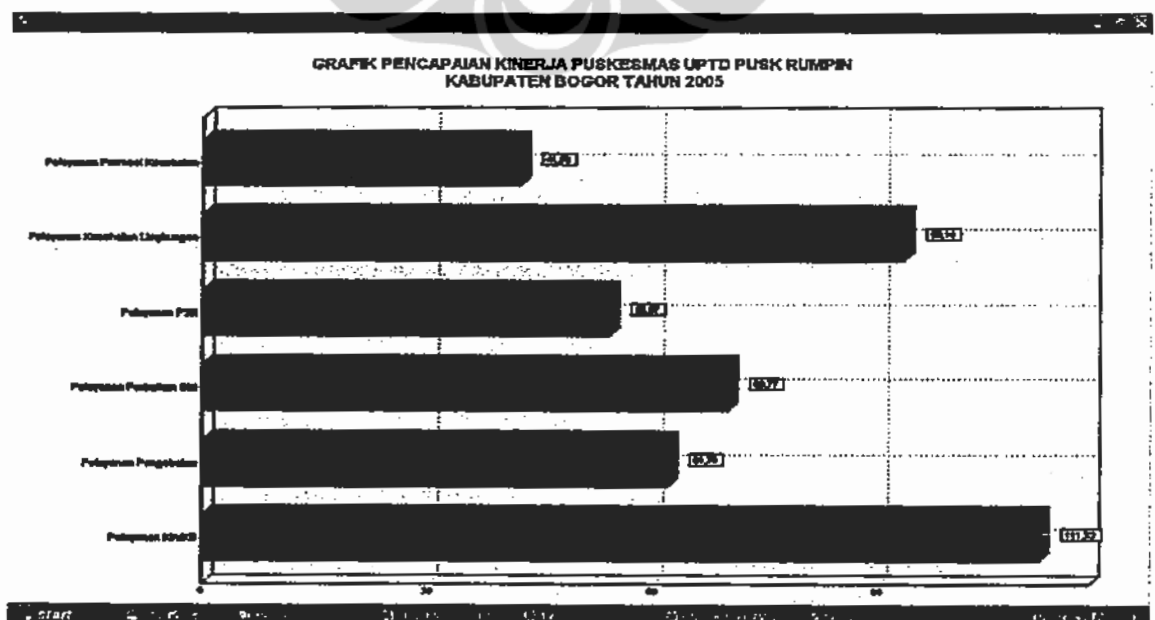
Gambar 5.15
Rekap Cakupan Per Indikator Kinerja SI-PKP

REKAPITULASI PERHITUNGAN CAKUPAN KINERJA PUSKESMAS
 NAMA UPTD PUSKESMAS : UPTD PUSK RUMPIN
 TAHUN : 2005

NO	KOMPONEN KEGIATAN (BASIC SIX)	HASIL CAKUPAN
1	Pelayanan KIA/KB	111,12
2	Pelayanan Pengobatan	61,78
3	Pelayanan Perbaikan Gizi	69,77
4	Pelayanan PSM	53,87
5	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	93,14
6	Pelayanan Promosi Kesehatan	41,06

Pada Gambar 5.15 sudah dapat dilihat jenis pelayanan apa yang indikator kerjanya tidak mencapai target berdasarkan jenis pelayanan program *basic six* per UPTD Puskesmas. Selanjutnya dari tabel tersebut disajikan juga dalam bentuk grafik.

Gambar 5.16
Grafik Rekap Cakupan Indikator Kinerja SI-PKP



Pada 5.16, dapat dilihat dengan jelas jenis pelayanan apa yang pencapaian masih kurang dan yang sudah baik.

4) Rekap klasifikasi kinerja puskesmas

Sub menu yang keempat pada menu laporan adalah rekap dari seluruh proses pengolahan data sehingga menjadi informasi klasifikasi kinerja puskesmas seluruh Kabupaten Bogor. Rekap tersebut disajikan dalam bentuk tabel dan grafik seperti terlihat dibawah ini :

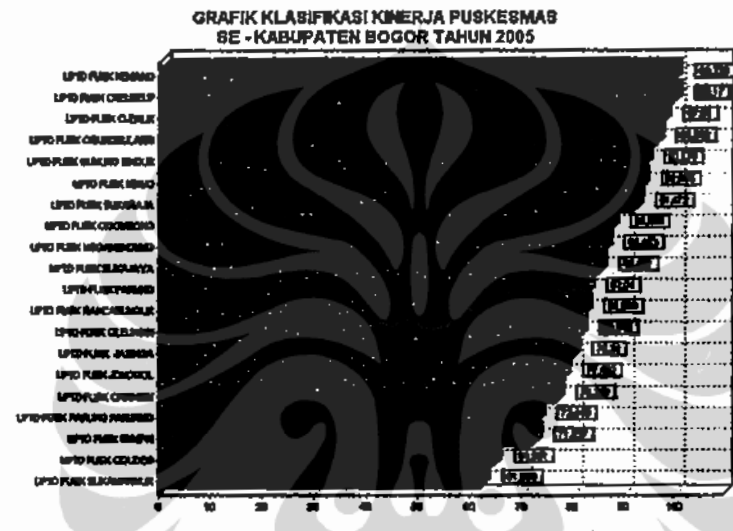
Gambar 5.17
Rekap Klasifikasi Kinerja UPTD Puskesmas pada SI-PKP

NO	NAMA UPTD PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	JUMLAH DESA WILAYER	JUMLAH KUNJUNGAN	JUMLAH UFF	JUMLAH PUSTU	NILAI KINERJA	KLASIFIKASI
1	UPTD PUSK KESAMP	78.384	8	34.348	2	3	89,24	Baik
2	UPTD PUSK CIBINUP	98.728	14	133.670	3	0	88,17	Baik
3	UPTD PUSK CIBINUK	88.180	8	84.623	2	1	87,81	Baik
4	UPTD PUSK CIGOMBALANG	115.894	15	83.095	3	2	85,83	Baik
5	UPTD PUSK HULANG SELER	75.014	10	31.857	2	3	83,38	Baik
6	UPTD PUSK TELUK	58.825	9	27.427	2	1	82,85	Baik
7	UPTD PUSK SURABAYA	137.538	13	150.334	2	2	81,47	Baik
8	UPTD PUSK CIGEMAH	75.494	9	33.134	2	2	80,80	Cukup
9	UPTD PUSK MEGAMENDUNG	85.988	11	22.805	2	2	80,46	Cukup
10	UPTD PUSK BERANJAYA	63.820	9	19.352	2	1	80,45	Cukup
11	UPTD PUSK PARANG	67.705	9	73.121	2	0	80,04	Cukup
12	UPTD PUSK RANCHOBUNUK	102.081	8	31.243	2	2	81,50	Cukup
13	UPTD PUSK CIGEMAH	98.331	12	72.931	3	3	80,85	Cukup
14	UPTD PUSK JASIRUA	80.071	15	49.242	3	2	79,24	Cukup
15	UPTD PUSK JONGGOL	88.080	14	85.241	3	1	77,42	Cukup
16	UPTD PUSK CANGKAM	102.081	12	35.304	3	1	75,21	Cukup
17	UPTD PUSK PARANG PANGRANG	83.817	11	53.430	2	3	72,42	Cukup
18	UPTD PUSK RUMAH	115.898	13	41.755	3	3	71,84	Cukup

Dari gambar 5.17, dapat dilihat dengan jelas informasi UPTD Puskesmas mana yang kinerjanya baik (warna hijau), cukup (warna kuning) dan kurang (warna merah). Selain terdapat pula informasi lain seperti jumlah penduduk, jumlah desa wilayah kerja dan lainnya.

Kemudian dari tabel tersebut dilakukan pengolahan data untuk disajikan dalam bentuk grafik.

Gambar 5.18
 Grafik Klasifikasi Kinerja UPTD Puskesmas pada SI-PKP



d. Menu Tools

Menu tools, merupakan menu yang dirancang sebagai pendukung aplikasi sistem penilaian kinerja puskesmas, dimana pada menu ini terdapat fungsi-fungsi yang sangat penting sehingga aplikasi program dapat berjalan dengan baik.

Pada menu ini terdapat 6 sub menu yaitu :

- 1) Sub menu jenis pelayanan berfungsi untuk entry data jenis pelayanan program. Kalau sub menu ini sudah dientry, maka secara otomatis format isian data pelayanan seluruh UPTD puskesmas juga sudah terisi.

- 2) Sub menu indikator berfungsi untuk entry data indikator masing-masing jenis pelayanan program. Sama halnya dengan sub menu yang lain, sub menu indikator juga secara otomatis mengisi seluruh UPTD Puskesmas.
- 3) Sub menu target berfungsi untuk entry data dan edit data target cakupan indikator setiap tahunnya.
- 4) Sub menu tahun berfungsi untuk melihat tahun berapa penilaian kinerja ini sudah, sedang dilakukan. Sub menu ini juga berfungsi secara otomatis.
- 5) Sub menu data base ada fungsi back up berfungsi untuk memback up data penilaian kinerja puskesmas yang sudah dan sedang dilakukan.
- 6) Sub menu user berfungsi untuk entry data pengguna dengan mengisi *user name dan password*. Ada tiga klasifikasi pengguna yaitu : a) *admin*, b) *operator* dan c) *guess*.

J. Uji Coba Prototype

Uji coba prototype dilaksanakan di Laboratorium komputer Departemen Biostatistik dan Kependudukan peminatan Informatika Kesehatan FKM UI. Pengujian ini bertujuan untuk mengetahui keberhasilan komponen sistem yang dikembangkan mulai dari komponen input, komponen proses, komponen database dan komponen kendali. Adapun komponen-komponen yang diuji dan hasil pengujian seperti terlihat pada lampiran.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pengembangan Sistem Informasi

Proses Pengembangan Sistem (*System Development System*) adalah satu set aktivitas, metode, praktik terbaik, barang siap dikirim dan peralatan terotomasi yang digunakan para stakeholder untuk mengembangkan dan secara berkesinambungan memperbaiki sistem informasi dan perangkat lunak (Whitten, Jeffry L, 2004).

Sedangkan menurut Jogiyanto, 2001, dalam pengembangan sistem terdapat dua bagian yang harus diperhatikan yaitu pemecahan masalah dan pemenuhan kebutuhan pengguna. Pengembangan sistem (*system development*) adalah sebagai menyusun suatu sistem yang baru untuk menggantikan sistem yang lama secara keseluruhan atau memperbaiki sistem yang telah ada. Jadi, atas dasar definisi tersebut diatas, Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas Berbasis Indikator SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Bogor ini, merupakan sebuah solusi dalam pemecahan masalah dan pemenuhan kebutuhan informasi kinerja puskesmas di Kabupaten Bogor bagi stakeholder.

Untuk dapat memenuhi kedua unsur diatas, maka terlebih dahulu penulis akan melakukan analisis identifikasi terhadap permasalahan-permasalahan yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.

B. Identifikasi Masalah Sistem Informasi

1. Masalah Input

Tabel 6.1
Analisis Masalah Sistem Informasi (Komponen Input)
Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Bogor

NO	PERMASALAHAN	ALTERNATIF SOLUSI
1	Struktur Organisasi Tidak tergambar dengan jelas dalam struktur organisasi Seksi mana yang bertugas melaksanakan PKP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dalam rangka pelaksanaan kegiatan PKP, kegiatan ini dapat dilaksanakan oleh Seksi Penyusunan Program Kesehatan pada Bidang Program Kesehatan. Mengingat, salah satu tupoksi pada seksi ini adalah mengolah data, menyusun sistem informasi kesehatan seperti profil kesehatan dll. ▪ Dalam rangka perubahan SOTK Dinas Kesehatan dimana terjadi perubahan dasar hukum dari PP No. 8/2004 ke PP No. 40/2007, dimana akan ada perubahan struktur organisasi dari 2 seksi/subbag pada setiap bidang/bagian menjadi masing-masing 3 seksi/subbag, maka akan lebih efektif apabila tupoksi manajemen SIK ditangani oleh seksi/subbag khusus.
2	SDM <ul style="list-style-type: none"> ▪ Karena tidak ada Seksi khusus yang menangani SIK, maka secara otomatis tidak ada tenaga yang secara khusus pula menangani pelaksanaan PKP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ada tenaga yang ditugaskan khusus dalam bentuk tupoksi secara tertulis, siapa yang akan melakukan kegiatan PKP ini yang bukan hanya mampu mengolah data akan tetapi juga mampu menganalisis data secara baik.
3	Dana Dilihat dari susunan anggaran (DASK/DPA) pada tahun 2005 atau 2006, tidak ada anggaran khusus untuk pelaksanaan kegiatan PKP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelaksanaan kegiatan PKP dapat diintegrasikan dengan pelaksanaan kegiatan program lain seperti kegiatan monitoring puskesmas. ▪ Pelaksanaan PKP ini dapat menggunakan data sekunder, maka tidak memerlukan dana khusus kecuali Dinkes akan mengembangkan aplikasi program yang lebih sempurna, dimana semua program

		kerja puskesmas akan dilakukan penilaian, termasuk juga aspek manajemen dan mutu pelayanan, maka dapat diusulkan rencana kegiatan beserta anggarannya, mengingat manfaat yang didapat sangat penting untuk perbaikan sistem.
4	<p>Sarana/Alat Sarana untuk pengolah data seperti komputer, printer dan lainnya sudah tersedia, permasalahannya adalah optimalisasi sarana tersebut untuk mengolah data atau menyajikan informasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untuk optimalisasi pengolahan data dan tampilan informasi PKP, maka aplikasi program yang penulis susun dapat diadopsi dan seandainya perlu dapat dikembangkan lagi. ▪ Kemudian, aplikasi program ini juga dapat diintegrasikan melalui jaringan LAN dan web site yang sudah tersedia pada Dinkes Kab. Bogor
5	<p>Metode Metode pelaksanaan PKP sudah tersedia berdasarkan Buku Pedoman PKP (Depkes, 2006) namun belum dijadikan pedoman dalam pelaksanaan PKP</p>	Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan PKP, buku tersebut dapat dijadikan sebagai referensi. Sebagai bahan perbandingan dapat pula dipergunakan buku pedoman stratifikasi puskesmas.
6	<p>Data</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumlah dan jenis data yang dilaporkan oleh puskesmas banyak sekali ▪ Dalam hal validitas data yang dikirimkan puskesmas setiap bulan, banyak sekali data yang validitas-nya diragukan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumlah dan jenis data disortir, mana yang kira-kira diperlukan untuk kegiatan PKP sebagai sumber data. ▪ Sebagai tenaga pengolah data, kiranya bukan hanya ditugaskan untuk entry data semata, namun perlu juga dibekali pemahaman tentang arti data, korelasi data, analisis data secara logis dll, sehingga apabila ditemukan kesalahan data dapat segera di-verifikasi ke sumber data
7	<p>Dasar Hukum Belum ada dasar hukum yang dapat dijadikan payung untuk pelaksanaan kegiatan PKP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ka. Dinkes Kab. Bogor, dapat mengeluarkan surat perintah dalam rangka pelaksanaan kegiatan PKP ▪ PKP terdapat dalam SK Menkes No 128/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas

2. Masalah Proses

Untuk analisis atau identifikasi masalah dalam kegiatan proses PKP, dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.2
Analisis Masalah Sistem Informasi (Komponen Proses)
Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Bogor

NO	PERMASALAHAN	ALTERNATIF SOLUSI
1	Perencanaan (P1) Tidak ada perencanaan dan atau penganggaran secara khusus untuk pelaksanaan kegiatan PKP	Mulai disusun aspek perencanaan dan penganggaran untuk kegiatan PKP
2	Penggerakan Pelaksanaan (P2) Mengingat perencanaan dan atau penganggaran pelaksanaan kegiatan PKP tidak ada, maka penggerakan dan pelaksanaannya pun otomatis tidak ada. Yang ada baru sebatas penilaian per program kinerja masing-masing bidang.	Penilaian kinerja per program tetap dilanjutkan dan dijadikan sebagai dasar/data base dalam rangka pelaksanaan PKP. Kemudian untuk pelaksanaan PKP mulai dilakukan penggerakan baik pada puskesmas-puskesmas atau bidang-bidang di lingkungan Dinas Kesehatan
3	Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3) Sebagai suatu siklus yang tidak terputus dan dilaksanakan secara berkesinambungan dalam kegiatan PKP, maka otomatis pula apabila pada fungsi P1 dan P2 tidak ada kegiatan, maka fungsi P3 juga tidak ada kegiatan.	Setelah fungsi P1 dan P2 disusun, maka fungsi P3 dapat dilaksanakan mulai pengawasan pelaksanaan kegiatan PKP, pengendalian sebagai antisipasi apabila dalam pelaksanaan kegiatan PKP ada hal-hal yang perlu dikendalikan, kalau semua langkah sudah dilakukan, baru kemudian dilakukan penilaian kinerja puskesmas.

3. Masalah Output

Sebagai bentuk evaluasi terhadap kinerja puskesmas khususnya kinerja program, Dinas Kesehatan secara rutin melaksanakan kegiatan rapat dinas setiap bulannya yang diikuti oleh seluruh Kepala UPTD Puskesmas dan dalam kesempatan tersebut, diumpangkan cakupan kinerja program oleh masing-masing bidang.

Untuk analisis atau identifikasi masalah dalam pemanfaatan output/hasil PKP adalah sebagai berikut :

a. Nilai Kinerja

Seperti dapat dilihat pada Gambar 5.17 mengenai Rekapitulasi Klasifikasi Kinerja UPTD Puskesmas, dari hasil penelitian tersebut yang dilakukan di 20 UPTD Puskesmas didapatkan hasil 7 UPTD Puskesmas berkinerja baik (35%), 6 UPTD Puskesmas berkinerja Cukup (30%) dan 7 UPTD Puskesmas berkinerja Kurang (35%).

Nilai kinerja tersebut sangat tergantung kepada kuantitas dan kualitas data yang dilaporkan oleh pihak UPTD puskesmas setiap bulannya. Boleh jadi nilai kinerja yang didapat tidak menggambarkan kinerja yang sesungguhnya pada UPTD puskesmas tersebut. Oleh karenanya, verifikasi dan klarifikasi data mutlak harus dilakukan secara rutin (setiap bulan) sehingga pada saat melakukan entry/pengolahan data, laporan yang masuk sudah benar-benar mempunyai keakuratan dan baik secara kualitas dan kuantitas.

Informasi kinerja UPTD Puskesmas tersebut juga merupakan informasi output atau sebuah kesimpulan yang tentunya harus dianalisis/dielaborasi lebih lanjut pada indikator kinerja apa UPTD Puskesmas tersebut mencapai kinerja baik (\geq nilai target) atau kurang (\leq nilai target), karena walaupun kinerja UPTD puskesmas tersebut baik, belum tentu semua indikator kerjanya baik, demikian juga sebaliknya.

Sebagai contoh dalam BAB ini penulis akan membahas UPTD Puskesmas Rumpin dengan pertimbangan bahwa di UPTD Puskesmas Rumpin, saat ini penulis ditugaskan sebagai Kepala UPTD Puskesmas.

Nilai total kinerja UPTD Puskesmas Rumpin adalah 71,94 (klasifikasi kurang/warna merah), maka manajemen - dalam hal ini dinas kesehatan - harus melakukan analisis lebih mendalam, nilai kinerja program pokok puskesmas apa yang tidak mencapai target sehingga mengakibatkan nilai kinerja UPTD Puskesmas Rumpin Kurang. Dari hasil analisis tersebut, kemudian dinas kesehatan/puskesmas Rumpin membuat rencana intervensi untuk mengatasinya.

Pada gambar 6.1, dapat dilihat rekapitan pencapaian kinerja 6 program wajib (*basic six*) di UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005.

Gambar 6.1
Rekapitan Pencapaian Kinerja Program Basic Six
Pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005

REKAPITULASI PERHITUNGAN CAKUPAN KINERJA PUSKESMAS
 NAMA UPTD PUSKESMAS : UPTD PUSK RUMPIN
 TAHUN : 2005

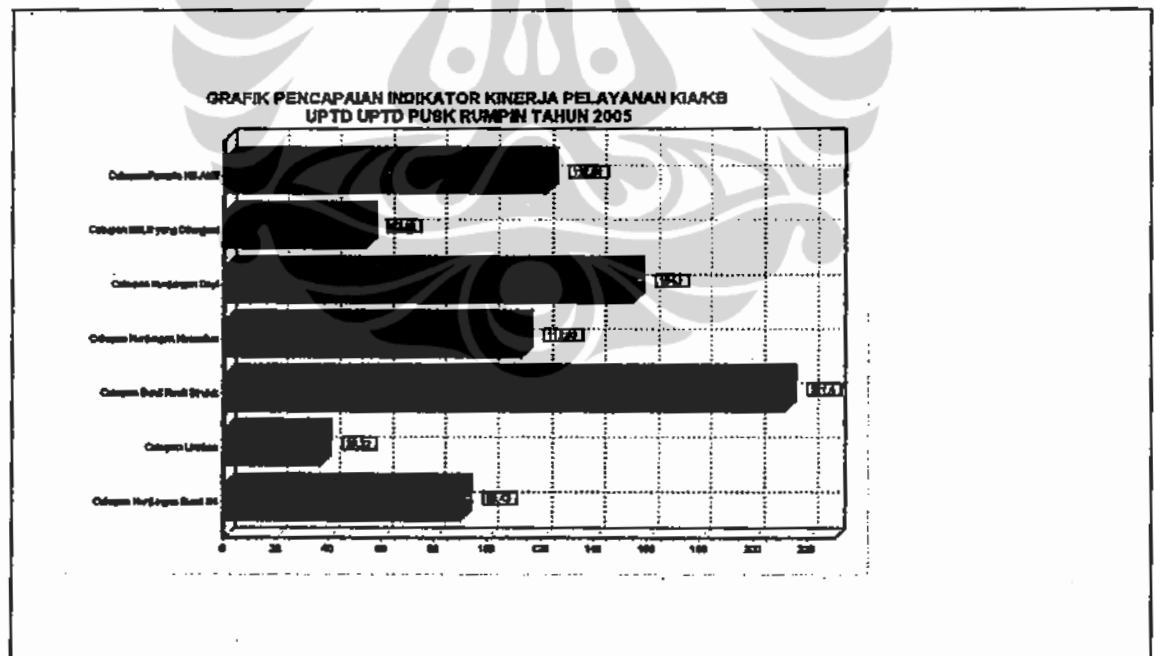
NO	KOMPONEN KEGIATAN (BASIC SIX)	HASIL CAKUPAN
1	Pelayanan KIA/KB	111,12
2	Pelayanan Pengobatan	61,76
3	Pelayanan Perbaikan Gizi	69,77
4	Pelayanan P3M	63,87
5	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	90,14
6	Pelayanan Promosi Kesehatan	41,96

Dari gambar 6.1 dapat dilihat, pencapaian kinerja program wajib di UPTD Puskesmas Rumpin hanya ada satu jenis pelayanan yang mencapai target > 100% yaitu pelayanan KIA/KB dengan nilai 111,12, sedangkan 5 jenis pelayanan lainnya tidak ada yang mencapai target.

b. Pelayanan KIA/KB

Pencapaian kinerja program KIA/KB pada UPTD Puskesmas Rumpin sebagai hasil penelitian dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 6.2
Grafik Pencapaian Kinerja Program KIA/KB
Pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005



Dari grafik diatas dapat dilihat ada 7 indikator kinerja dan pencapaian kinerja tertinggi adalah rujukan bumil resti di UPTD Puskesmas Rumpin mempunyai nilai cakupan 211,40 atau mencapai nilai rujukan 52,85% dari target yang sudah ditentukan sebesar 25% pada tahun 2005.

Makna angka tersebut, dari satu sisi memang membanggakan, dimana cakupan pelayanan rujukan bumil resti sudah melampaui target, namun di sisi lain harus juga dianalisis mengenai kuantitas dan kualitas pelayanan kebidanan, padahal Puskesmas Rumpin merupakan Puskesmas Perawatan (DTP) yang buka 24 jam. Juga perlu dilakukan verifikasi data/laporan, apakah data/laporan tersebut di-back up dengan pencatatan yang benar?

Sedangkan cakupan kinerja terendah adalah indikator kinerja linakes yaitu dengan nilai cakupan sebesar 36,22 atau mencapai persentase cakupan linakes sebesar 27,16% dari target linakes sebesar 75% pada tahun 2005.

Pada LB3 KIA/KB didapatkan data persentase persalinan yang ditolong oleh dukun terlatih mempunyai nilai persentase terbesar yaitu 39,94% dan persalinan yang didampingi oleh tenaga kesehatan sebesar 13,98%, dan sisanya sebesar 18,92% tidak tercatat. Jumlah proyeksi sasaran persalinan pada UPTD Puskesmas Rumpin pada tahun 2005 sebanyak 3.177 orang.

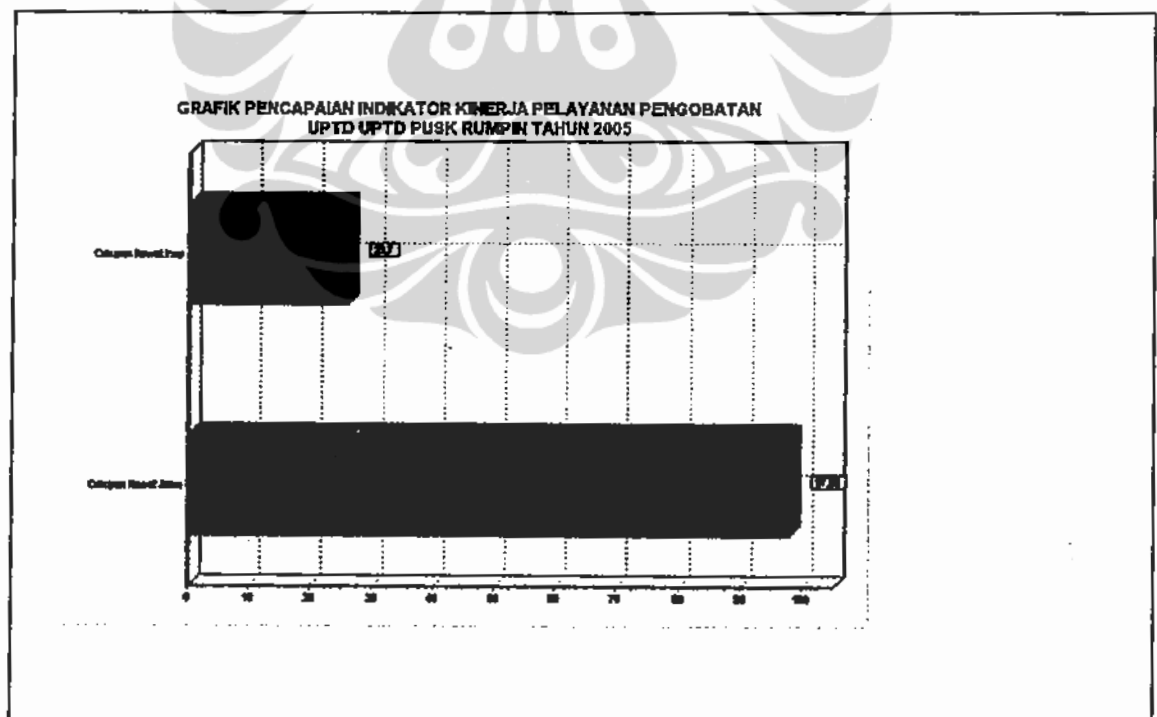
Sebagai gambaran ketenagaan, di UPTD Puskesmas Rumpin dengan 13 desa wilayah kerja hanya mempunyai 11 bidan yang terdiri dari 4 bidan puskesmas (2 PNS, 2 Kontrak) dan 7 bidan desa (5 PTT, 2 BHL), dengan kualifikasi pendidikan 9 bidan lulusan D1 dan 2 bidan lulusan D3. Sebanyak 6 desa dibina oleh perawat. Sedangkan jumlah dukun beranak sebanyak 67 orang, 47 diantaranya merupakan dukun terlatih.

a. Pelayanan Pengobatan

Pelayanan pengobatan adalah pelayanan keperawatan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik baik rawat jalan atau rawat inap pada sarana kesehatan.

Dari hasil penelitian pada UPTD Puskesmas Rumpin, pencapaian indikator pelayanan pengobatan rawat jalan dan rawat inap adalah seperti terlihat dalam gambar 6.3 di bawah ini :

Gambar 6.3
Grafik Pencapaian Indikator Kinerja Pelayanan Pengobatan
Pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005



Nilai pelayanan pengobatan pada UPTD Puskesmas Rumpin baik rawat jalan dan rawat inap belum mencapai target, yaitu hanya mempunyai nilai 61,76 poin dengan

rincian seperti pada grafik diatas yaitu untuk pelayanan rawat jalan mencapai angka persentase 97,83% dari target yang sudah ditetapkan.

Target pelayanan rawat jalan yaitu sebesar 19,57 % dari target 20%, sedangkan untuk pelayanan rawat inap hanya mencapai 0,51% dari target 2%. Dibandingkan dengan target nasional sampai tahun 2010, Dinas Kesehatan sudah menetapkan target diatas standar nasional yaitu pelayanan rawat jalan 15% dan pelayanan rawat inap 1,5%.

Perhitungan pelayanan rawat jalan tidak ada masalah, karena dalam laporan bulanan LB4, sudah diperinci antara pelayanan rawat jalan kasus baru dan kasus lama. Namun untuk pelayanan rawat inap, dalam laporan bulanan LB4 tidak ada perincian antara kasus baru dan kasus lama, jadi perhitungan yang dilakukan oleh penulis menghitung seluruh kunjungan baik kunjungan kasus baru maupun kasus lama.

Penulis mencoba melihat pencatatan yang ada di puskesmas untuk permasalahan tersebut diatas, namun ternyata pencatatan rawat inap – rekam medik – di puskesmas Rumpin, Parung atau Cibungbulang masih perlu dilakukan pembenahan, sehingga tidak dapat menjawab persoalan yang dibutuhkan.

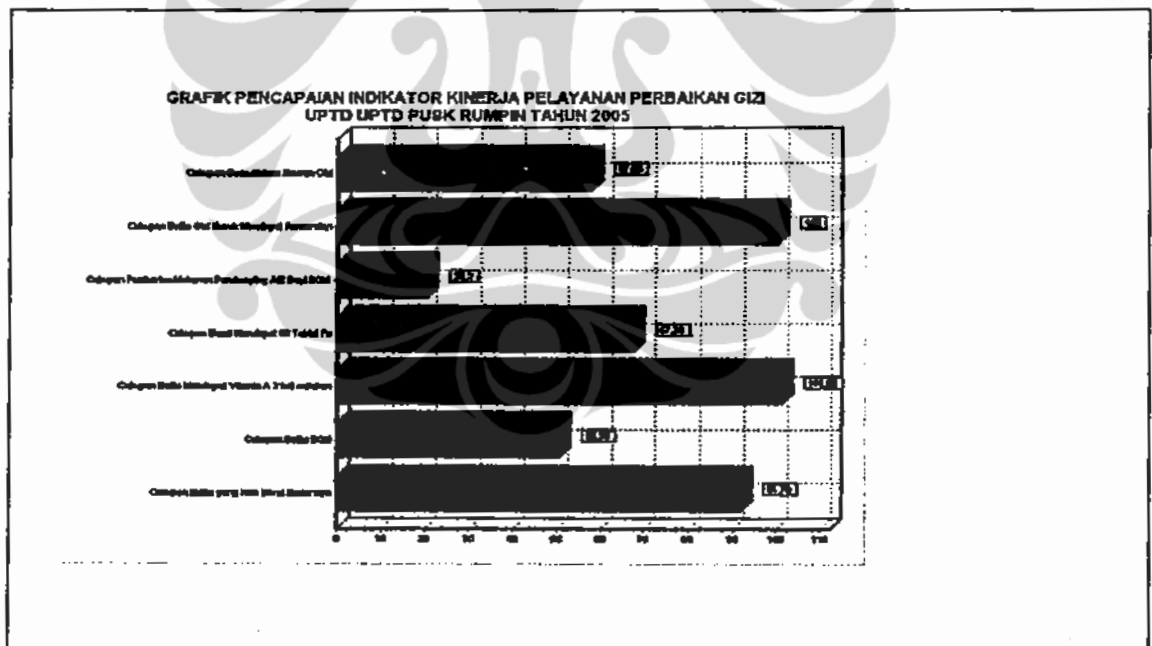
Persentase cakupan rawat inap di puskesmas DTP Rumpin yang masih jauh dari mencapai target, juga salah satunya disebabkan oleh jumlah tenaga yang masih jauh dari standar kebutuhan, khususnya tenaga medis dan tenaga keperawatan (perawat dan bidan) selain juga mekanisme kerja yang harus dibenahi seperti tidak adanya dokter jaga, padahal kewenangan untuk melakukan tindakan pengobatan sesuai dengan Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992, Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran, Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan mengamanatkan bahwa tindakan pengobatan/medis merupakan kewenangan tenaga medis/dokter.

Permasalahan lain yang perlu ditindaklanjuti oleh dinas kesehatan adalah kondisi bangunan yang rusak berat, selain juga kondisi alat kesehatan yang sangat minim baik kuantitas atau kualitas.

b. Pelayanan Perbaikan Gizi

Ada 7 indikator kinerja dalam pelayanan perbaikan gizi yang dijadikan sebagai dasar penilaian kinerja sesuai dengan indikator SPM bidang kesehatan. Pencapaian ketujuh indikator tersebut, dapat dilihat pada gambar 6.4 :

Gambar 6.4
Grafik Pencapaian Indikator Kinerja Pelayanan Perbaikan Gizi
Pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005



Secara keseluruhan nilai cakupan pelayanan perbaikan gizi tidak mencapai target, yaitu hanya mencapai nilai 69,77 poin dengan rincian capaian masing-masing indikator seperti terlihat pada gambar 6.3 diatas.

Ada dua indikator kinerja yang mencapai target yaitu cakupan balita mendapat kapsul vitamin A (100%) dan cakupan penderita gizi buruk yang

mendapat perawatan (100,98%). Bisa dipahami apabila kedua indikator tersebut bisa mencapai target seperti cakupan kapsul vitamin A pada balita, mengingat pelaksanaan kegiatan ini dilaksanakan secara serempak dua kali setahun bersamaan dengan bulan penimbangan balita yaitu bulan februari dan agustus. Selain hal tersebut, kegiatan ini juga relatif tidak ada resistensi dari masyarakat beda halnya dengan kegiatan imunisasi.

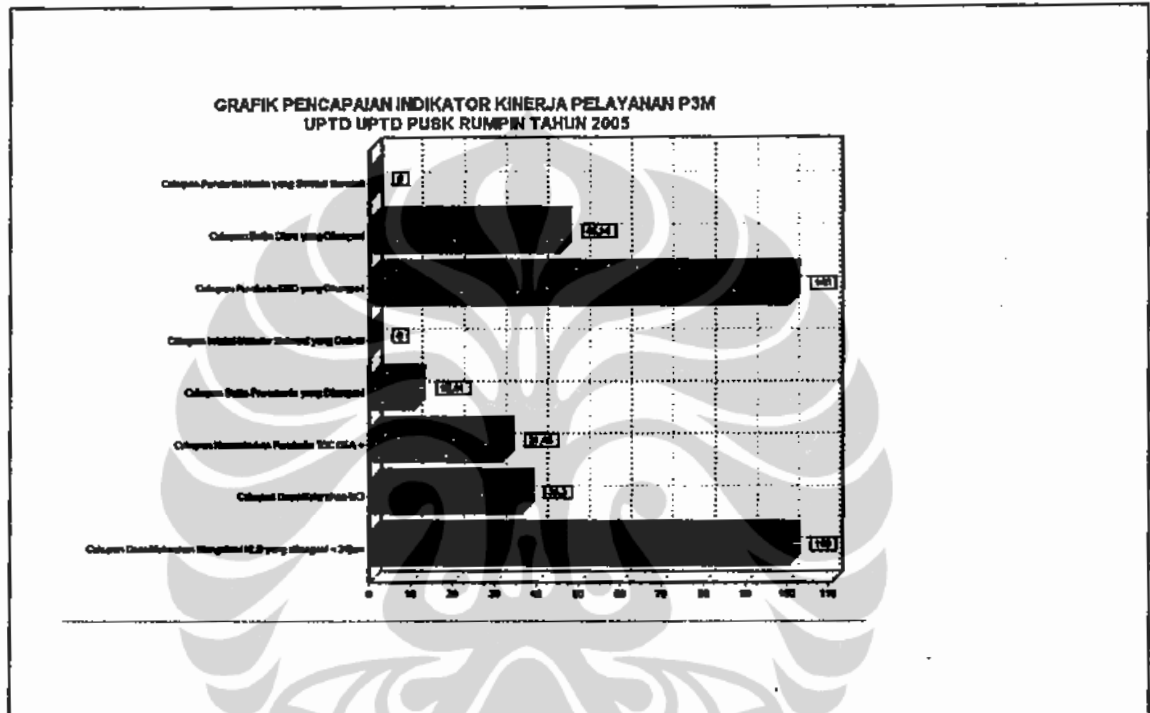
Sedangkan untuk pelayanan balita gizi buruk yang mendapat perawatan, target bisa dicapai, mengingat kegiatan ini merupakan integrasi kegiatan dengan Puslitbang Gizi Depkes RI. Dimana setiap Balita Gizi buruk dilakukan perawatan secara rutin setiap seminggu sekali, atau disesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan Balita tersebut.

Lima indikator kinerja lainnya belum mencapai target, dan pencapaiannya yang paling rendah adalah cakupan pemberian makanan PASI bagi bayi BGM, dimana hanya mencapai 20,20% atau 18,18% dari target 90%. Hal terjadi dikarenakan data yang diberikan untuk perencanaan alokasi PASI bagi bayi BGM tahun tahun 2005 terlalu rendah dibanding dengan data *real* pada tahun tersebut, selain juga kondisi ekonomi masyarakat Rumpin yang rendah dimana sebanyak 30% adalah masyarakat miskin.

c. Pelayanan P3M

Ada 7 indikator yang menjadi indikator kinerja pelayanan P3M, cakupan masing-masing indikator kinerja dapat dilihat pada gambar 6.5 :

Gambar 6.5
 Grafik Pencapaian Indikator Kinerja Pelayanan P3M
 UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005



Dari gambar 6.5, ada dua indikator kinerja yang telah mencapai target 100% yaitu cakupan desa kelurahan yang mengalami KLB dan ditangani <24 jam dan penanganan kasus DBD sesuai standar. Kedua indikator tersebut mencapai target 100% bisa dipahami, selain kasusnya jarang, juga sistem pelaporannya juga dilakukan saat ada kejadian tersebut melalui laporan wabah (W1) dan laporan waspada wabah (W2) setiap minggu.

Namun untuk kasus DBD perlu dilakukan verifikasi data lebih mendalam, sebagai antisipasi adanya kasus yang tidak dilaporkan misalnya berobat/dirawat diluar wilayah kerja mengingat Kecamatan Rumpin merupakan daerah perbatasan dengan Kecamatan Serpong Kabupaten Tangerang.

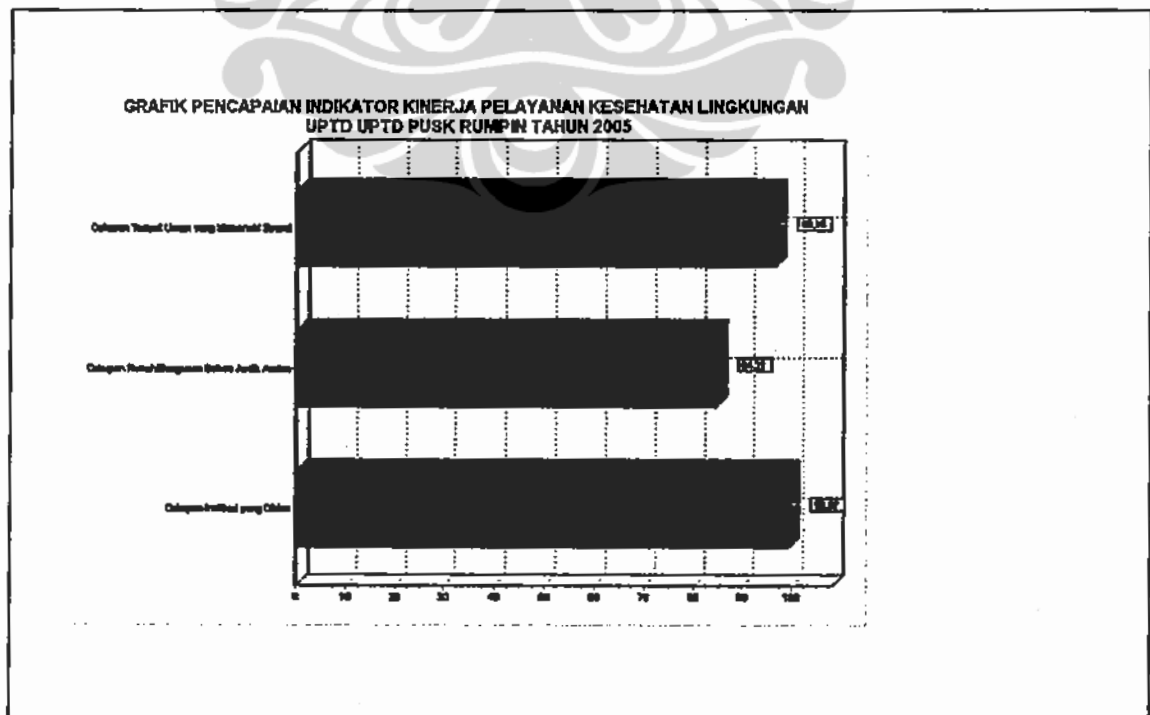
Dua indikator kinerja, yaitu Cakupan kasus penderita kusta yang selesai diobati tidak ada satu kasuspun dari 12 kasus yang dilaporkan dalam LB3 P3M. Hal ini dimungkinkan karena kasus ditemukan pada akhir tahun sehingga pengobatannya belum mencapai batas waktu standar pengobatan kasus kusta.

Sedangkan cakupan kasus infeksi menular seksual yang diobati, dalam laporan bulanan LB1, laporan survailence terpadu (STP) juga tidak ada kasus tersebut sehingga dinilai 0%.

d. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Ada 3 indikator kinerja dalam pelayanan kesehatan lingkungan seperti terlihat pada gambar 6.6 :

Gambar 6.6
Grafik Pencapaian Indikator Pelayanan Kesehatan Lingkungan
Pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005



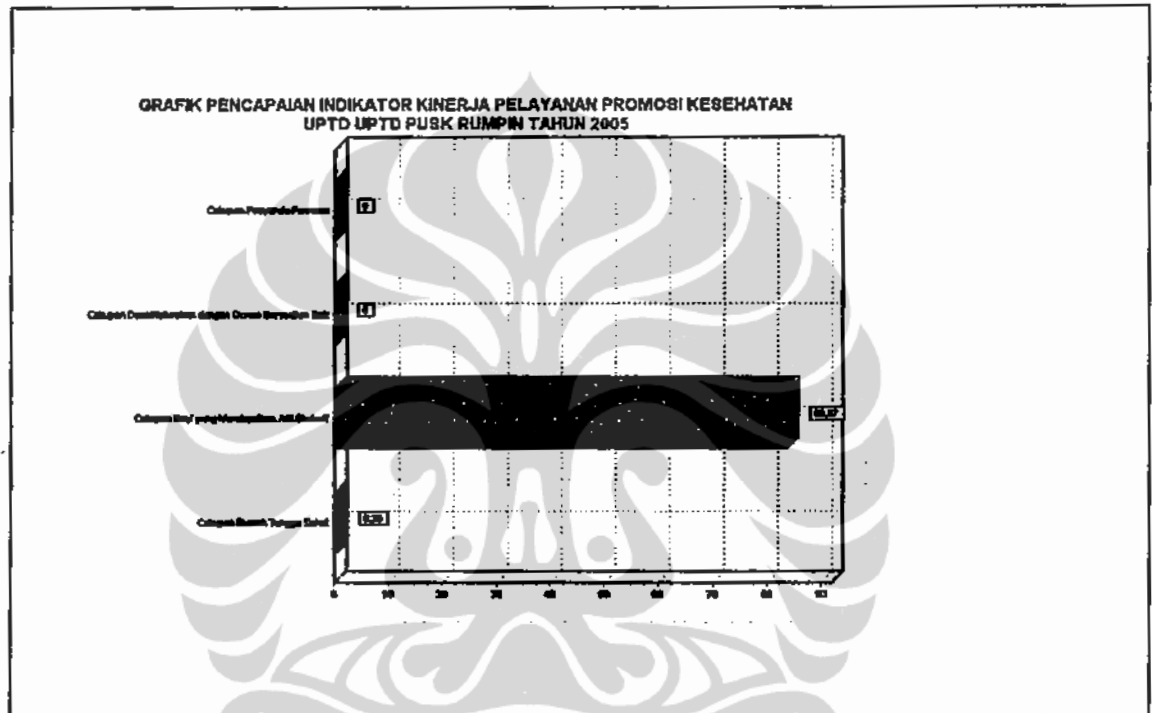
Dari grafik 6.6 bisa dilihat bahwa cakupan indikator kinerja pelayanan kesehatan lingkungan relatif sudah lebih baik. Nilai total pelayanan kesehatan lingkungan mencapai 93,14 poin dengan pencapaian ketiga indikator kerjanya sudah mencapai diatas 80%. Namun dari ketiga indikator tersebut hal yang perlu diwaspadai adalah indikator angka bebas jentik (ABJ) yang baru mencapai persentase 80%, artinya masih ada kemungkinan terjadi peningkatan kasus DBD, mengingat masih ada 20% dari jumlah rumah tangga yang disurvei dengan jentik positif.

Hal juga yang perlu diperhatikan adalah jumlah sampel rumah tangga yang disurvei hanya 50 (0,24%) sampel dari total rumah tangga di Kecamatan Rumpin sebanyak 21.006.

e. Pelayanan Promosi Kesehatan

Ada 4 indikator kinerja pada pelayanan promosi kesehatan dengan nilai total cakupan sebesar 41,96 poin dengan masing-masing pencapaian cakupan seperti dapat dilihat dalam gambar dibawah ini :

Gambar 6.7
 Grafik Pencapaian Indikator Kinerja Pelayanan Promosi Kesehatan
 Pada UPTD Puskesmas Rumpin Tahun 2005



Seperti terlihat dalam grafik 6.7, bahwa cakupan indikator kinerja pelayanan promosi kesehatan merupakan cakupan yang terburuk, hanya cakupan bayi yang mendapat ASI Eksklusif yang relatif cukup baik, sedangkan cakupan indikator kinerja lainnya memang buruk. Hal ini bisa dipahami, mengingat program pelayanan promosi kesehatan sangat berkaitan erat dengan perilaku masyarakat, dimana tidaklah mudah untuk bisa merubah perilaku masyarakat menjadi perilaku sehat.

Seperti indikator pelayanan pos yandu purnama, yang menjadi kendala adalah susahnya mengumpulkan dana masyarakat yang dikelola dalam bentuk dana sehat mengingat kondisi ekonomi, dan pemahaman serta kemauan masyarakat masih rendah.

Demikian halnya dengan indikator rumah tangga sehat, dimana pencapaiannya hanya mencapai 10 (0,08%) rumah tangga sehat dari total rumah tangga yang disurvei sebanyak 13.009 rumah tangga. Indikator rumah tangga sehat terdapat 10 indikator (terdiri dari 7 indikator perilaku dan 3 indikator kesling), apabila salah satu indikator saja tidak terpenuhi, maka rumah tangga tersebut dikategorikan tidak sehat.

Dari gambaran input, proses dan hasil PKP puskesmas diatas dengan menggunakan SI-PKP, penulis berkeyakinan sistem ini akan dapat diaplikasikan di lapangan. . Terlebih saat ini Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor belum mempunyai metoda dan sistem informasi untuk melaksanakan program penilaian kinerja puskesmas.

Dengan adanya dasar legal aspek sebagai pedoman pelaksanaan sistem dan metoda PKP, yaitu :

- a. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2006 Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 Tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (LPPD) Kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ) Kepala Daerah Kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah Kepada Masyarakat.
- d. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- e. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 Tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Kesehatan.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1201/Menkes/SK/VIII/2003 Tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten Kota Sehat.

- g. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
- h. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1091/Menkes/SK/X/2004 Tentang Kebijakan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- i. Buku Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas (Depkes RI, 2004)

Maka cukup kuat bagi Kepala Dinas Kesehatan sebagai payung hukum, dengan membuat kebijakan baik berupa Surat Keputusan dan atau Surat Perintah untuk pelaksanaan PKP. Termasuk mengusulkan Sub Bagian baru sebagai "rumah" untuk menjalankan tupoksi ini, seiring dengan akan diberlakukannya Peraturan Pemerintah Nomor 41 tahun 2007 tentang Struktur Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten/Kota.

C. Perbandingan Sistem

Sekali lagi, menurut Jogiyanto, 2001, dalam pengembangan sistem terdapat dua bagian yang harus diperhatikan yaitu pemecahan masalah dan pemenuhan kebutuhan pengguna. Pengembangan sistem (*system development*) adalah sebagai menyusun suatu sistem yang baru untuk menggantikan sistem yang lama secara keseluruhan atau memperbaiki sistem yang telah ada.

Tentu dalam Pengembangan SI-PKP ini, tidaklah seluruh kebutuhan manajemen dapat dijawab hanya dengan satu buah aplikasi program. Pastinya ada kelebihan dan kekurangan dimana panulis mengharapkan adanya penyempurnaan dari pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor sehingga seluruh kebutuhan informasi mengenai kinerja puskesmas dapat dipenuhi baik dari unsur program, manajemen puskesmas dan mutu pelayanan puskesmas.

1. Keunggulan SI-PKP

- a. Design input dirancang dengan sederhana, dimana operator hanya cukup entry data cakupan program sebagai penyebut dan pembilang, sedangkan seluruh komponen mulai target dan perhitungan persentase pencapaian serta cakupan (sub variabel & variabel) sudah diproses secara matematis dan otomatis oleh program aplikasi ;
- b. Bila terjadi pengembangan penilaian puskesmas dari UPTD puskesmas ke UPF puskesmas, hanya tinggal entry data pada menu data puskesmas ;
- c. Termasuk didalamnya apabila ingin merubah atau menambah jumlah indikator, tahun penilaian serta target kinerja bisa dilakukan dari menu tools ;
- d. Demikain juga halnya dengan *processing data* menjadi informasi baik berupa tabel atau grafik serta perhitungan nilai kinerja seluruhnya sudah diproses secara otomatis secara cepat dan akurat oleh program aplikasi ;
- e. Untuk keamanan aplikasi, pada menu user diklasifikasikan menjadi 3, yaitu
 - 1) admin : yang bisa melakukan perubahan dan penambahan seluruh aplikasi,
 - 2) operator : hanya bisa melakukan entry data dan editing data, 3) Guest : hanya bisa melihat aplikasi yang sudah dibuat tanpa bisa merubah atau menambah data apapun ;
- f. Data bisa di Back up, melalui menu tools, sehingga apabila terjadi kerusakan pada software/hardware komputer, maka data yang sudah diolah terjaga keamanannya.

2. Kelemahan SI-PKP

- a. Pada saat entry data, ketelitian user sangat menentukan terhadap kebenaran informasi yang dihasilkan. Apabila pada saat entry data terjadi kesalahan, maka informasi yang dihasilkannya juga akan salah sehingga sangat berpengaruh terhadap rencana intervensi program ;
- b. Tidak semua staf di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor menguasai bahasa pemrograman, khususnya Program Delphi 7, sehingga apabila terjadi gangguan pada aplikasi program, maka akan menjadi kendala dalam aplikasi sistem ;
- c. Sistem ini, hanya melakukan pemrosesan data semata, dengan tidak memperhitungkan kondisi lain di puskesmas seperti tenaga, dana sarana/alat, kualitas pelayanan dan kondisi lainnya yang berpengaruh terhadap output kegiatan ;
- d. Sistem ini belum secara otomatis dapat memberikan informasi rencana intervensi program apabila output indikator kinerja tidak mencapai target ;
- e. Seorang user dalam aplikasi program ini, bukan hanya harus mengerti program komputer akan tetapi yang tidak kalah pentingnya adalah mengerti tentang kebenaran data/laporan.
- f. Sistem ini dirancang untuk penilaian kinerja tahunan puskesmas, apabila ingin mendapatkan kinerja bulanan/triwulan, masih perlu pengembangan.

Dari uraian tersebut diatas, dapat dilihat perbandingan sistem yang lama dengan yang baru dikembangkan oleh penulis, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.3
Perbandingan Sistem Penilaian Kinerja Puskesmas
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005

TAHAP	SISTEM LAMA	SISTEM BARU
Input	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penilaian kinerja hanya dilakukan pada program-program tertentu saja ▪ Tidak ada indikator program prioritas ▪ Data/laporan dari puskesmas tidak diorganisir dengan baik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penilaian kinerja dilakukan pada program kerja wajib puskesmas (basic six) ▪ Indikator kinerja yang dinilai berdasarkan program prioritas ▪ Dilakukan pengorganisasian data/laporan puskesmas termasuk verifikasi kebenaran data
Proses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alur pengelolaan data (SP3) tidak jelas ▪ Pengolahan data menggunakan software Ms Excel ▪ Penghitungan dilakukan secara manual ▪ Pengolahan data hanya dilakukan di dinkes saja ▪ Proses pengolahan data memakan waktu yang cukup lama 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alur pengelolaan data (SP3) lebih jelas seperti terlihat pada gambar 5.4 mengenai DFD ▪ Pengolahan data menggunakan aplikasi program SI-PKP ▪ Penghitungan dilakukan secara otomatis ▪ Pengolahan data bisa dilakukan dipuskesmas masing-masing ▪ Proses pengolahan data cepat
Output	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan dalam bentuk tabel dan grafik dilakukan secara manual ▪ Tidak diketahui nilai cakupan per pelayanan program wajib ▪ Tidak diketahui nilai kinerja puskesmas secara keseluruhan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan dalam bentuk target dan grafik secara otomatis per indikator kinerja ▪ Diketuainya nilai cakupan per pelayanan program wajib ▪ Diketuainya nilai kinerja puskesmas dan diklasifikasikan secara otomatis : Baik, Cukup, Kurang

D. Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian tesis ini, penulis menghadapi beberapa keterbatasan baik dari segi waktu, kelengkapan dan kebenaran data serta kemampuan penulis dalam membuat aplikasi program. Oleh karena itu, aplikasi program SI-PKP ini memiliki beberapa keterbatasan diantaranya adalah :

- a. Kebenaran data/laporan dari puskesmas banyak sekali yang meragukan dan tidak disertai dengan pencatatan yang baik ;
- b. Terlalu banyaknya data/laporan yang dikirimkan dari puskesmas (*over laping*) sehingga antara data yang satu dengan data yang lainnya berbeda-beda ;
- c. Keterbatasan penulis dalam menguasai bahasa pemrograman ;
- d. Dimutasikannya penulis ke tempat kerja yang baru, sangat berpengaruh terhadap proses penyusunan dan penelitian tesis ini. Mengingat data yang dibutuhkan penulis berada di dinas kesehatan, sedangkan penulis dimutasikan bekerja di puskesmas dengan jarak yang cukup jauh (\pm 65 KM) sehingga berpengaruh terhadap kelancaran penyusunan tesis ini ;
- e. Aplikasi program SI-PKP ini masih belum sempurna mengingat :
 - a. Belum bisa menggambarkan komponen kinerja secara keseluruhan, karena yang dilakukan penelitian oleh penulis hanya komponen data cakupan program, sedangkan komponen manajemen dan kualitas pelayanan puskesmas tidak menjadi area penelitian ;
 - b. Penilaian kinerja hanya dilakukan pada 6 program pelayanan wajib puskesmas (*basic six*).

- c. Belum terintegrasi dengan program GIS, sehingga tidak diketahui dalam bentuk peta wilayah.

E. Pembahasan Indikator Kinerja

Dalam pengembangan SI-PKP ini, ada 31 indikator kinerja dari 6 jenis program pelayanan wajib puskesmas (*basic six*) berdasarkan indikator SPM bidang kesehatan sesuai dengan SK Menkes Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003, yaitu sebagai berikut :

Tabel 6.4
Jenis dan Indikator Program Pelayanan Wajib Puskesmas

NO	JENIS DAN INDIKATOR PROGRAM PELAYANAN WAJIB PUSKESMAS	KETERANGAN
I	Indikator Pelayanan KIA/KB	
1	Cakupan Kunjungan Bumil K4	Adalah cakupan ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar minimal 4 kali selama masa kehamilan, satu kali TW I, satu kali pada TW II dan dua kali pada TW III. Pemeriksaan bumil dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan dan perawat) sesuai dengan standar pelayanan minimal yaitu pelayanan "7T" : tensi, timbang, imunisasi TT, tablet fe dan tinggi pundus uteri, temu wicara dan test PMS. Persentase cakupan ditampilkan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas. Indikator ini berfungsi untuk melihat sejauh mana cakupan pelayanan ANC berjalan dengan baik sehingga apabila terjadi kelainan pada bumil dapat segera diantisipasi. Indikator ini juga sangat dipengaruhi dengan indikator kunjungan K1 Bumil. Selain hal tersebut, diharapkan pula apabila dari mulai ANC bumil sudah kontak dengan nakes, maka saat melahirkanpun akan datang ke nakes!?
2	Cakupan Linakes	Adalah cakupan pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam bidang pelayanan kebidanan yaitu dokter atau bidan. Outcome yang diharapkan dari indikator ini adalah menurunnya AKI dan AKB. Persentase cakupan dari indikator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas. Indikator ini juga sangat berhubungan dengan indikator cakupan kunjungan K4 pada Bumil.
3	Cakupan Bumil Resti Dirujuk	Bumil resiko tinggi/komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal secara yang secara langsung dapat menyebabkan kesakitan/kematian bagi ibu atau bayi pada saat melahirkan. Resti/komplikasi kehamilan meliputi :Hb <8gr%, TD tinggi (systole > 140 mmHg dan diatole >90 mmHg), oedema nyata, ekslamsia, perdarahan pervaginam, KPD, letak lintang pada usia kehamilan

		> 32 mg, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, partus premature. Kondisi tersebut memungkinkan bagi bumil tersebut untuk dirujuk ke sarkes strata II (RS, dr spesialis dll). Persentase cakupan disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
4	Cakupan Kunjungan Neonatus	Cakupan kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada bayi umur 0 – 28 mg (N2) di sarana pelkes, pos yandu atau melalui home visit. Pelayanan tersebut terdiri dari pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermi, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi pada mata, perawatan tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi), pemberian vit K, MTBM, dan penyuluhan perawatan neonatus. Cakupan kunjungan neonatus N2 sangat dipengaruhi oleh kunjungan neonatus N1, oleh karenanya setiap neonatus minimal memperoleh pelkes sebanyak 2 kali yaitu pada umur 0-7 hari (N1) dan 8-28 hari (N2). Persentase cakupan disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
5	Cakupan Kunjungan Bayi	Adalah cakupan kunjungan pada bayi umur 1 – 12 bin (B12) pada sarkes, pos yandu, home visit, tempat penitipan anak, panti asuhan dan lainnya oleh nakes. Pelkes tersebut meliputi DDTK, stimulasi perkembangan bayi, MTBM, MTBS, penyuluhan oleh nakes yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi. setiap bayi memperoleh pelkes minimal 4 kali, yaitu 1 kali umur 1 – 3 bulan, 1 kali umur 3 – 6 bulan, 1 kali umur 6 – 9 bulan dan 1 kali umur 9 – 12 bulan. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
6	Cakupan BBLR yang Ditangani	Adalah bayi lahir dengan berat badan < 2.500 gram yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama. Pelayanan BBLR meliputi pelkes neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermi, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi pada mata, perawatan tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi) ; pemberian vit K, MTBM, dan penyuluhan perawatan neonatus, penanganan komplikasi dan penyuluhan perawatan neonatus yang diberikan oleh nakes yang mempunyai kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR. . Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
7	Cakupan Peserta KB Aktif	Adalah akseptor KB yang pada saat ini memakai alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan. Angka ini menunjukkan tingkat pemanfaatan kontrasepsi diantara PUS. Indikator ini merupakan indicator komposit, mengingat puskesmas hanya bertugas melakukan pelayanan pemasangan alat kontrasepsi, sedangkan untuk penyuluhan, penggerakan serta pengadaan alkon itu sendiri merupakan tupoksi dari Disdukcapil KB. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
II Indikator Pelayanan Pengobatan		
1	Cakupan Rawat Jalan	Adalah cakupan pelayanan perawatan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan dan rehabilitasi tanpa tinggal di ruang rawat inap pada sarkes baik pemerintah atau swasta. Yang dihitung pada indicator ini adalah hanya kunjungan/kasus baru rawat jalan dengan kasus penyakit Laru

		dalam kurun waktu 1 tahun. Makna dari indicator ini adalah sebagai gambaran sejauh mana akses pelayanan dan pemanfaatan sarkes oleh masyarakat. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
2	Cakupan Rawat Inap	Adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada puskesmas dengan tempat perawatan (DTP) atau rumah bersalin/sarkes swasta lainnya yang karena penyakitnya harus menginap. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
III Indikatoor Pelayanan Perbaikan Gizi		
1	Cakupan Balita yang Naik Berat Badannya	Adalah balita yang ditimbang 2 bulan berturut-turut (D) naik berat badannya (N) dan mengikuti garis pertumbuhan pada KMS. Penimbangan dapat dilakukan baik di sarkes atau di pos yandu. Indicator ini bermakna tentang pencapaian kinerja program, apabila nilai $N/D \times 100$ lebih dari target yang sudah ditetapkan maka status gizi pada balita di wilayah tersebut berarti baik. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
2	Cakupan Balita BGM	Adalah balita dimana hasil penimbangan berat badannya berada pada garis merah atau dibawah garis merah pada KMS. Apabila jumlah persentase dari angka ini melebihi target yang sudah ditetapkan, maka hal tersebut dapat dimaknai sebagai "early warning" bahwa diwilayah tersebut mempunyai kecenderungan peningkatan jumlah angka gizi kurang/gizi buruk atau dengan kata lain status gizi pada balita di wilayah tersebut kurang/buruk. Memang untuk menentukan status gizi pada balita, masih tetap harus dihitung antara BB, TB dan umur. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
3	Cakupan Balita Mendapat Vitamin A 2 Kali Setahun	Adalah pemberian vitamin A sebanyak 2 kali yaitu pada saat bayi berumur 6 – 11 bulan dengan pemberian vitamin A berwarna biru dengan dosis 100.000 S.I, dan vitamin A berwarna merah untuk balita berumur 12 – 59 bulan dengan dosis 200.000 S.I. Manfaat program ini adalah untuk tindakan preventif terjadinya kasus penyakit mata pada anak balita seperti Xerophthalmia. Apabila prosesntase pencapaian indicator ini rendah terhadap target yang sudah ditetapkan, maka hal tersebut bermakna pula bahwa suatu saat angka kasus kelainan pada mata seperti Xerophthalmia akan meningkat. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
4	Cakupan Bumil Mendapat 90 Tablet Fe	Adalah pemberian tablet tambah darah pada bumil minimal 90 tablet mulai dari triwulan I – triwulan III. Program ini ditujukan untuk mencegah terjadinya anemia pada bumil, sehingga rentan terjadinya perdarahan saat melahirkan sehingga dapat

		mengakibatkan kematian pada ibu saat melahirkan. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
5	Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI Pada Bayi BGM dari Gakin	Adalah bayi usia 6 – 11 bulan dari gakin yang berat badannya berada pada garis merah atau berada di bawah garis merah pada KMS dan mendapatkan MP-ASI. Gakin adalah keluarga yang ditetapkan oleh pemerintah daerah melalui Tim Koordinasi Kabupaten/Kota (TKK) dengan melibatkan Tim Desa dalam mengidentifikasi gakin sesuai dengan criteria yang sudah ditetapkan. MP-ASI dapat berbentuk bubur, nasi tim atau biskuit yang dapat dibuat dari campuran beras dan atau beras merah, kacang-kacangan, sumber protein hewani/nabati, terigu, margarine, gula, susu, lesitin kedele, garam bikarbonat dan diperkaya dengan vitamin dan mineral. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
6	Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	Balita adalah anak usia dibawah lima tahun (0-59 bulan) yang ada di wilayah kerja. Gizi buruk adalah status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 atau dengan gejala klinis (maramus, kwashiorkor dan marasmus kwashiorkor). Adapun yang dimaksud dengan perawatan sesuai prosedur adalah : a). pemeriksaan klinis meliputi kesadaran, dehidrasi, hipoglikemi dan hipotermi. b) pengukuran antropometri (BB dan TB). c) pemberian larutan elektrolit dan multi-micronutrient serta pemberian makanan sesuai dengan kebutuhan. d). pemberian pengobatan sesuai dengan penyakitnya. e). penimbangan setiap minggu untuk memantau BB mencapai Z-score -1. f). konseling gizi kepada orang tua atau pengasuh. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
7	Cakupan Desa Bebas Rawan Gizi	Adalah jumlah desa/kelurahan dalam wilayah kerja UPTD puskesmas kecamatan dimana prevalensi gizi buruk dan gizi kurang < 15% dari jumlah seluruh balita. Angka ini biasanya didapat dari kegiatan bulan penimbangan balita (BPB) yang dilaksanakan selama 2 kali dalam setahun yaitu bulan Pebruari dan Agustus. Gizi buruk adalah status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 atau dengan gejala klinis (maramus, kwashiorkor dan marasmus kwashiorkor). KLB gizi buruk, bila ditemukan 1 kasus gizi buruk menurut BB/U dan dikonfirmasi dengan BB/TB, Z-score <-3 dan atau disertai dengan gejala klinis. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
IV	Indikator Pelayanan P3M	
1	Cakupan Desa/Kelurahan Mengalami KLB yang Ditangani < 24 Jam	Adalah apabila desa/kelurahan mengalami peningkatan kasus kesakitan/kematian penyakit potensial KLB, penyakit karantina atau keracunan makanan. KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu desa/kelurahan dalam kurun waktu tertentu. a) ditangani adalah mencakup penyelidikan dan penanggulangan KLB, b) pengertian < 24 jam adalah sejak laporan W1/telex diterima sampai penyelidikan

		<p>dilakukan, c) penyelidikan KLB adalah rangkaian kegiatan berdasarkan cara-cara epidemiologi untuk memastikan adanya suatu KLB, mengetahui gambaran penyebaran KLB dan mengetahui sumber dan cara penanggulangannya, d) penanggulangan KLB adalah upaya untuk menemukan penderita atau tersangka, penatalaksanaan, pencegahan peningkatan kasus dan menghentikan kasus KLB. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.</p>
2	Cakupan Desa/Kelurahan UCI	<p>Universal child immunization adalah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11bulan), bumil, WUS, dan anak SD. Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi : a) BCG, b) DPT 1- 3, c) Polio 1-4, d) HB 1-4, e) , f) Bumil dan WUS TT 2 kali, g) Anak SD : DT, Campak dan TT 2 kali. Desakelurahan yang dikategorikan sebagai UCI adalah apabila $\geq 80\%$ dari jumlah bayi yang ada di wilayah tersebut sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.</p>
3	Cakupan Kesembuhan Penderita TBC BTA +	<p>Kesembuhan penderita TBC adalah penderita yang minum obat lengkap dan pemeriksaan sputum secara mikroskopis minimal 2 kali berturut-turut dengan hasil terakhir negative. Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan persentase penderita TBC BTA (+) yang sembuh setelah selesai masa pengobatan diantara penderita TBC BTA (+) yang tercatat. Angka penemuan kasus penderita TBC BTA (+) atau Case Detection Rate (CDR) adalah persentase jumlah penderita baru BTA (+) yang ditemukan dibandingkan jumlah penderita baru BTA (+) yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. Kasus baru adalah belum penderita yang belum pernah diobati dengan obat OAT atau sudah pernah menelan obat OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian). Target yang ditentukan untuk kesembuhan penderita TBC BTA (+) yang sembuh diakhir pengobatan adalah 85%.</p>
4	Cakupan Balita Pneumonia yang Ditangani	<p>Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang ditandai dengan batuk disertai napas cepat dan sesak napas. Klasifikasi penyakit ISPA dibedakan atas 2 kelompok yaitu kelompok umur 2 bln - <5 thn dan kelompok umur < 2 bln. Untuk kelompok umur 2 bln - < 5 thn, Pneumonia dibagi atas Pneumonia berat, Pneumonia dan bukan Pneumonia. Untuk kelompok umur < 2 bln dibagi atas Pneumonia berat dan bukan Pneumonia. Dalam pendekatan MTBS, klasifikasi pada kelompok umur < 2 bln adalah infeksi bakteri yang serius dan infeksi bakteri local. Pola tatalaksana ISPA hanya dimaksudkan pada pneumonia berat, pneumonia dan batuk bukan pneumonia. Sedangkan penyakit ISPA lainnya dilaksanakan sesuai SOP.</p>
5	Cakupan Infeksi Menular Seksual yang Diobati	<p>PMS atau biasa disebut penyakit kelamin adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Yang termasuk PMS adalah Syphilis, Gonorrhoe Bubo, Jengger Ayam, Herpes, HIV AIDS dan lain-lain. IMS yang diobati adalah IMS yang ditemukan berdasarkan syndrome dan etiologi serta diobati sesuai dengan standar.</p>

6	Cakupan Penderita DBD yang Ditangani	<p>Penderita penyakit DBD adalah : a) penderita dengan tanda-tanda yang memenuhi kriteria diagnosa klinis : Panas mendadak 2 – 7 hari tanpa sebab yang jelas, uji tourniquet (+), tanda-tanda perdarahan/pembesaran hati, Trombositopenia ($< 100.000/\mu\text{l}$), Hemokonsentrasi (hematokrit meningkat $>20\%$), hasil pemeriksaan serologis (HI test/ELISA +). Penanganan penderita DBD harus dilakukan sesuai dengan standar penanganan termasuk dilakukan penyelidikan epidemiologi (PE). Misalnya : pemeriksaan jentik di rumah penderita/tersangka dalam radius ± 100 meter/20 rumah disekitarnya, serta tempat-tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penularan. Bila dari hasil PE ditemukan penderita lain, penderita panas tanpa sebab ≥ 3 orang atau ada jentik maka dilakukan : a) penyuluhan 3 M Plus, b) larvasidasi, c) fogging focus, apabila tidak ditemukan kasus maka cukup dilakukan penyuluhan dan kegiatan 3 M Plus. PJB dilakukan setiap 3 bulan sekali pada 100 rumah di desa endemis secara acak. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.</p>
7	Cakupan Balita Diare yang Ditangani	<p>Diare adalah BAB lembek/cair bahkan dapat berupa air saja dengan frekwensi lebih sering dari biasanya (≥ 3 kali sehari) dan berlangsung < 14 hari. Hal yang harus diperhatikan dalam kasus Diare adalah dehidrasi. Dehidrasi adalah kehilangan cairan yang ditandai dengan timbulnya gejala Diare dengan perubahan keadaan umum gelisah, rawel, lesu, lunglai, tidak sadar, haus, malas minum atau tidak bias minum dan turgor kulit kembali lambat sesuai dengan derajat dehidrasi. Kecepatan penanganan pada kasus Diare dengan dehidrasi berat serta didasarkan pada SOP sangat menentukan kesembuhan penyakit tersebut. Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.</p>
8	Cakupan Penderita Kusta yang Selesai Berobat	<p>Penderita kusta yang selesai berobat adalah penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (RFT rate) dengan standar pengobatan yang telah ditentukan. Pengobatan untuk tipe PB diberikan obat paket khusus selama 6-9 bln, sedangkan tipe MB selama 12-18 bln.</p> <p>Penyakit kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman <i>Mycobacterium leprae</i> yang terutama menyerang syaraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan syaraf pusat. Penderita kusta mempunyai satu atau lebih gejala utama seperti : bercak dikulit disertai dengan mati rasa, penebalan syaraf tepi disertai gangguan fungsi syaraf berupa mati rasa, kelemahan/kelumpuhan pada otot tangan, kaki dan mata, kulit kering serta pertumbuhan rambut terganggu. Pada pemeriksaan kerokan kulit terdapat kuman <i>M. Leprae</i>. Ada 2 tipe penyakit kusta yaitu tipe PB dengan gejala : bercak pad kulit 1 – 5, kerusakan syaraf tepi (1 syaraf) dan pemeriksaan skin smear BTA (-). Dan satu lagi tipe MB dengan gejala bercak pad kulit > 5, kerusakan syaraf tepi (banyak syaraf) dan pemeriksaan skin smear BTA (+). Persentase cakupan indicator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.</p>

V Indikator Pelayanan Kesehatan Lingkungan		
1	Cakupan Institusi yang Dibina	Institusi adalah unit kerja yang memberikan pelayanan jasa kepada masyarakat atau memproduksi barang. Institusi yang dibina adalah institusi yang dalam memberikan pelayanan/jasa berpotensi menimbulkan resiko/dampak bagi kesehatan. Meliputi : RS, Puskesmas, sekolah, pengolahan air minum, perkantoran, home industry dll. Pembinaan disesuaikan dengan standar yang telah ditentukan baik berupa Permenkes, Kepmen LH dll. Persentase cakupan indikator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
2	Cakupan Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes	Pengendalian vector adalah semua kegiatan yang bertujuan untuk menekan kepadatan jentik nyamuk yang berperan sebagai vector penyakit di rumah atau bangunan seperti di perkantoran, perumahan, sekolah dll. Rumah/bangunan dinyatakan bebas jentik apabila dari hasil pemeriksaan jentik pada tempat-tempat penampungan air seperti bak mandi, tempayan, plastik-plastik, kaleng bekas dll tidak ditemukan jentik nyamuk. Pemeriksaan jentik dilakukan dalam radius \pm 100 meter/20 rumah disekitarnya, serta tempat-tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penularan di setiap desa/kelurahan endemis.
3	Cakupan Tempat Umum yang Memenuhi Syarat	Tempat-Tempat Umum (TTU) adalah suatu tempat yang dimanfaatkan oleh masyarakat umum seperti hotel, terminal, pasar, pertokoan, depot air isi ulang, bioskop, jasa boga, tempat wisata, kolam renang, restoran, tempat ibadah dll. TTU yang memenuhi syarat adalah TTU dimana terpenuhinya akses sanitasi dasar (air, jamban, limbah, sampah), terlaksananya pengendalian vector, hygiene sanitasi, ventilasi dan pencahayaan sesuai dengan criteria, persyaratan dan atau standar kesehatan. Persentase cakupan indikator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
VI Indikator Pelayanan Promosi Kesehatan		
1	Cakupan Rumah Tangga Sehat	Rumah tangga sehat adalah rumah tangga yang memenuhi minimal 10 indikator sebagai berikut : a) Linakes, b) ASI Eksklusif, c) JPK, d) Tak merokok, e) Aktifitas fisik, f) Makan sayur dan buah, g) Tersedia air bersih, h) Tersedia jamban, i) Luas lantai dan penghuni sesuai, j) Lantai rumah bukan tanah. Apabila dalam rumah tangga tersebut tidak ada ibu yang pernah melahirkan dan tidak ada balita maka cukup kriterianya 8 indikator saja. Persentase cakupan indikator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
2	Cakupan Bayi yang Mendapatkan ASI Eksklusif	ASI Eksklusif adalah air susu ibu yang diberikan kepada bayi sejak bayi baru lahir sampai berusia 6 bulan tanpa diberikan makanan/minuman sebagai pengganti asir susu ibu (PASI). Hal ini sangat penting sekali mengingat manfaat ASI untuk bayi yang sangat besar, dibanding dengan susu sapi. Persentase cakupan indikator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
	Cakupan Desa/Kelurahan Dengan Garam Beryodium Baik	Garam beryodium adalah garam yang mempunyai kandungan yodium dengan kadar yang memenuhi standar (>30 ppm kalium yodat). Desa/kelurahan dinyatakan dengan beryodium apabila dalam pemeriksaan 21 sampel garam konsumsi hanya ditemukan tidak lebih dari 1 sampel garam konsumsi dengan kadar yodium <

		30 ppm. Yodium sangat berpengaruh terhadap kesehatan manusia, seperti kecerdasan, pertumbuhan dan perkembangan bayi/balita dan kondisi kesehatan lainnya. Persentase cakupan indikator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
4	Cakupan Posyandu Purnama	Pos yandu purnama adalah pos yandu yang melaksanakan kegiatan hari buka dengan frekwensi > 8 kali setahun, jumlah kader > 5 orang, cakupan program utama (KIA/KB, Gizi, Imunisasi > 50 %), mempunyai ≥ 1 program tambahan dan cakupan dana sehat < 50%. Indikator yang paling sulit dicapai adalah cakupan dana sehat, mengingat hal ini berhubungan dengan uang. Persentase cakupan indikator ini disajikan dalam bentuk table dan grafik per puskesmas.
JUMLAH INDIKATOR KINERJA SELURUHNYA 31 VARIABEL		

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pada Dinas Kesehatan Kab. Bogor, saat ini belum tersedia Sistem informasi dan metode PKP, yang ada hanya sebatas evaluasi dari masing-masing seksi khususnya seksi KIA/KB, Seksi Gizi, Seksi P3M (Imunisasi), Kesling dan evaluasi kinerja keuangan (retribusi puskesmas) mengingat puskesmas merupakan salah satu sektor yang menjadi sumber "PAD" pada Pemda Kab. Bogor, yang diumpun balikan pada saat pelaksanaan rapat bulanan Kepala UPTD Puskesmas ;
2. Gambaran kinerja upaya kesehatan wajib (basic six) pada 20 UPTD Puskesmas di Kabupaten Bogor yang mencapai target kinerja 100% terdiri dari : a) Pelayanan KIA/KB 13 UPTD (65%) , b) Pelayanan Pengobatan 7 UPTD (35%), c) Pelayanan Perbaikan Gizi 6 UPTD (30%), d) Pelayanan P3M tidak ada UPTD yang mencapai target (0 %), e) Pelayanan Kesehatan Lingkungan 8 UPTD (40%) dan f) Pelayanan Promosi Kesehatan 4 UPTD (20%) ;
3. Permasalahan yang dominan dalam pelaksanaan PKP ini adalah pada kuantitas dan kualitas data (termasuk penetapan target), tupoksi pada struktur organisasi Dinkes Kab. Bogor, ketersediaan anggaran serta SDM pengelola data/program ;

4. Pengembangan Sistem Informasi Penilaian Kinerja Upaya Kesehatan Wajib di Puskesmas ini menggunakan metodologi *System Development Lyfe Cycle* (SDLC) yang dirancang dengan basis data dengan input data menggunakan laporan SP3 puskesmas berikut suplemennya dan diproses dengan menggunakan aplikasi program SI-PKP yang secara otomatis dapat menghasilkan output berupa informasi klasifikasi tingkat kinerja puskesmas yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik ;
5. Penelitian ini dilakukan penulis pada 20 UPTD Puskesmas (50%) dari jumlah seluruh UPTD Puskesmas sebanyak 40 UPTD di Kabupaten Bogor. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 7 UPTD Puskesmas (35%) masuk klasifikasi Baik (warna hijau), 6 UPTD Puskesmas (30%) masuk kategori cukup (warna kuning) dan 7 UPTD Puskesmas (35%) masuk klasifikasi kurang (warna merah) ;
6. Proses perencanaan dan penganggaran pada Dinkes Kab. Bogor, sudah diupayakan dengan berdasarkan pada "*data base & evidance base*" namun, dilihat dari sisi jenis kegiatan dan besaran anggaran, program yankes, khususnya yang berhubungan dengan pengadaan/sarana fisik masih menduduki urutan paling atas yaitu Rp 21.321.988.000 (86,12%), program PHBS Rp 430.459.000 (1,74%), program gizi Rp 1.393.773.000 (5,64%) ;

B. Saran

2. Dasar hukum pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal sebagai indikator pelayanan dasar kepada masyarakat khususnya bidang kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2006 Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 Tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (LPPD) Kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ) Kepala Daerah Kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Kepada Masyarakat.
- d. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- e. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 Tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Kesehatan.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1201/Menkes/SK/VIII/2003 Tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten Kota Sehat.
- g. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
- h. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1091/Menkes/SK/X/2004 Tentang Kebijakan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Dengan adanya dasar hukum yang jelas dan kuat kiranya sudah waktunya Dinkes Kab. Bogor untuk melaksanakan PKP dengan metode yang sudah ditentukan oleh Depkes berbasis indikator SPM Bidang Kesehatan ;

3. Pengembangan SI-PKP ini tidak dapat menyediakan seluruh kebutuhan informasi tentang kinerja puskesmas mengingat yang dilakukan penilaian hanyalah dari aspek kinerja program upaya kesehatan wajib (*basic six*), untuk itu kiranya manajemen perlu melakukan pengembangan dan penilaian lebih lanjut (*advance development*) terhadap program upaya pilihan, aspek manajemen dan mutu pelayanan ;
4. Analisis kebutuhan dan standar tenaga, dana, metode kerja dan sarana termasuk analisis struktur organisasi pada puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang melaksanakan PKP menjadi skala prioritas, sehingga sistem dapat berjalan sesuai dengan harapan. Untuk struktur organisasi, dengan akan diberlakukannya PP No 41/2007, maka dapat dibentuk sub bagian baru dibawah Bagian Tata Usaha yang khusus menangani data dan informasi termasuk didalamnya mempunyai tupoksi PKP ;
5. Output yang dihasilkan dalam SI-PKP ini hanya berupa tabel dan grafik, untuk dapat lebih menganalisis secara geografi/kewilayahan, maka akan lebih baik kalau dinas kesehatan dapat mengembangkan *sistem informasi geografis* dari indikator output SI-PKP ini ;
6. Dari hasil PKP yang didapatkan, seperti terlihat pada point 5, A. Kesimpulan diatas, manajemen perlu melakukan upaya tindak lanjut dengan melakukan penelusuran pada pelayanan program dan indikatornya yang tidak mencapai target. Kemudian melakukan analisis dan identifikasi masalahnya, baik dengan

melakukan SWOT analysis, RAGPIE Matrix, Problem Tree atau tool manajemen lainnya ;

7. Karena informasi yang dihasilkan sangat tergantung terhadap input data, maka revitalisasi data SP3 puskesmas, termasuk didalamnya validitas dan akurasi data serta peningkatan kualitas dan kuantitas SDM perlu mendapat perhatian yang serius dari manajemen (hukum *GIGO : Garbage In Garbage Out*) sehingga informasi yang dihasilkanpun menjadi *valid dan reliable (Jargon : Information For Action)* ;
8. Format laporan SP3, yang diberlakukan oleh Depkes sejak tahun 1990-an kiranya perlu dilakukan *review* sehingga data yang dilaporkan benar-benar memenuhi kebutuhan manajemen untuk melakukan evaluasi program, evaluasi manajemen dan mutu pelayanan. Saat ini puskesmas sangat disibukan oleh banyaknya jenis laporan berupa suplemen karena manajemen memerlukan data yang tidak terdapat dalam format laporan SP3 ;
9. Merujuk pada skala prioritas persentase anggaran yang masih berpihak pada kegiatan Bidang Yankes khususnya untuk kegiatan pengadaan sarana fisik, sedangkan alokasi anggaran yang bergubungan dengan kegiatan program sangat kecil, kiranya dinas kesehatan harus melakukan *review* terhadap *cost benefit* dan *cost efektif* atas alokasi anggaran tersebut terhadap pencapaian derajat kesehatan masyarakat ;

DAFTAR PUSTAKA

- Amsyah, Zulkifli (2001). Manajemen Sistem Informasi. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Bin Ladjamudin, Al-bahra (2005). Analisis dan Desain Sistem Informasi. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Budi Sutedjo, Dharma Oetomo (2002). Perencanaan dan Pembangunan Sistem Informasi. Andi Offset, Jogjakarta.
- Burch, Gary Grudnitski (1986). Information System Theory and Practise, Edisi keempat, John Willy & Sons, Capter 16, New York.
- Davis, Gordon B (1999). Kerangka Dasar Sistem Informasi Manajemen. Pustaka Binaman Presisnindo, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1992). Pedoman Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3), Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- _____ (1992). Pedoman Stratifikasi Puskesmas. Departemen Kesehatan RI Pusdiklat Pegawai, Jakarta.
- _____ (1992). Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I – IV. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- _____ (1999). Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- _____ (2000). Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas. Departemen Kesehatan RI Ditjen Binkesmas, Jakarta.
- _____ (2003). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- _____ (2003). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 Tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta

- _____ (2003). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1201/Menkes/SK/VIII/2003 Tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten Kota Sehat. Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- _____ (2004). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- _____ (2004). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1091/Menkes/SK/X/2004 Tentang Kebijakan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- _____ (2005). Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005 – 2009. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- _____ (2006). Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas. Departemen Kesehatan RI Ditjen Binkesmas, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor (2006). Profil Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2005. Dinas Kesehatan Kab. Bogor, Bogor.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat (2001). Rancang Bangun Sistem Informasi Kesehatan. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Bandung.
- Fathansyah (2003). Basis Data : Buku teks ilmu komputer. Informatika, Bandung.
- Hartomo D (2005). Sistem Basis Data. Graha Ilmu, Yogyakarta
- Hartono Bambang (2002). Pengembangan SIK Daerah : Materi Fasilitasi, Pusat Data dan Infomasi. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Health Matriks Network (2006). Strengthening Country Health Information Systems : Assessment and Monitoring Tool.
- Hick, Jo Jr (1993). Manajemen Information System : a User Persoective. Third Edition, West Publishing Company, USA.
- Ilyas, Yaslis (1999). Kinerja : Teori Penilaian dan Aplikasi. FKM UI, Depok
- Irnanan (2006). Memahami Pemorogaman Delphi 7. PT Rekaguna Printing, Jakarta
- Jogiyanto H (2001). Analisis dan Desain Sistem Informasi. Andi Offset, Jogjakarta
- Kadir, Abdul (2003). Pengenalan Sistem Informasi. Andi Offset, Jogjakarta

- Kendall KE. & Kendal JE (2003). Analisis dan Perancangan Sistem, alih bahasa Thamir Abdul HA, edisi ke 5 jilid 1, Pearson Education Asia Pte Ltd, Jakarta.
- _____ (2003). Analisis dan Perancangan Sistem-Systems Analysis and Design, alih bahasa Thamir Abdul HA, edisi ke 5 jilid 2, PT Indeks-Gramedia, Jakarta.
- Kosen, Soewarta (2005). Asesmen Kinerja dan Pelaksanaan Urusan Wajib Standar Pelayanan Minimal (UW-SPM) Sektor Kesehatan Kabupaten/Kota. Puslitbang Depkes, Jakarta.
- Kristanto, Andri (2003). Perancangan Sistem Informasi dan Aplikasinya. Gava Media, Yogyakarta.
- Kumorotomo, Wahyudi, Agus Margono S (2001). Sistem Informasi Manajemen dalam Organisasi Publik. Gajahmada University Press, Jogjakarta.
- Lidya Leony, Amril Yun (2006). Sistem Informasi dalam Berbagai Perspektif. Informatika, Bandung
- Leman (1998). Metodologi Pengembangan Sistem Informasi. Elex media Komputindo, Jakarta
- Loudon, Kenneth C., Loudon Jane Price (1995). Information System, a Problem-Solving Approach. third Edition, the Dryden Press, USA.
- Mahmudi (2005). Manajemen Kinerja Sektor Publik. UPP AMP YKPN, Jogjakarta.
- Martina, Inge (2004). Pemrograman Visual borland delphi 7. PT Elex Media Komputindo, Jakarta.
- McLeod, Raymond Jr (2001). Sistem Informasi Manajemen-Studi Sistem Informasi Berbasis Komputer. alih Bahasa Hendra Teguh, PT Prenhallindo, Jakarta.
- Oetomo Budi, Sutedjo Dharma (2002). Perencanaan dan Pembangunan Sistem Informasi. Andi Offset, Jogjakarta.
- Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2003. Tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2006. Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Stándar Pelayanan Minimal. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007. Tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (LPPD) Kepada Pemerintah, Laporan Keterangan

Pertanggungjawaban (LKPJ) Kepala Daerah Kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah Kepada Masyarakat. Jakarta.

Rachmat R, Haspara Habib (2004). Pembangunan Kesehatan di Indonesia. Gadjah Mada University Press, Jogjakarta

Simanjuntak, Payaman J (2005). Manajemen dan Evaluasi Kinerja. FE UI, Depok

Siregar Kemal N (1992). Sistem dan Pendekatan sistem, Jurusan Kependudukan dan Biostatistika. FKM-UI, Depok

Suryadi, D., Bunawan (1996). Pengantar Metodologi Pengembangan Sistem Informasi. Universitas Gunadarma, Depok

Sutabri, Tata (2004). Analisa Sistem Informasi. Andi Offset, Jogjakarta

Tosin, Rijanto (1994). Flow Chart untuk Siswa dan Mahasiswa. Dinastindo, Jakarta

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992. Tentang Kesehatan. Jakarta

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004. Tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta

Whitten, L. Jeffrey & Bentley, D. Linie (2001). System Analysis and Design Methods. Mc. Graw –Hill Companies, Inc

<http://www.ilmukomputer.com>

<http://www.depkes.go.id>

<http://www.google.com>

<http://www.yahoo.com>

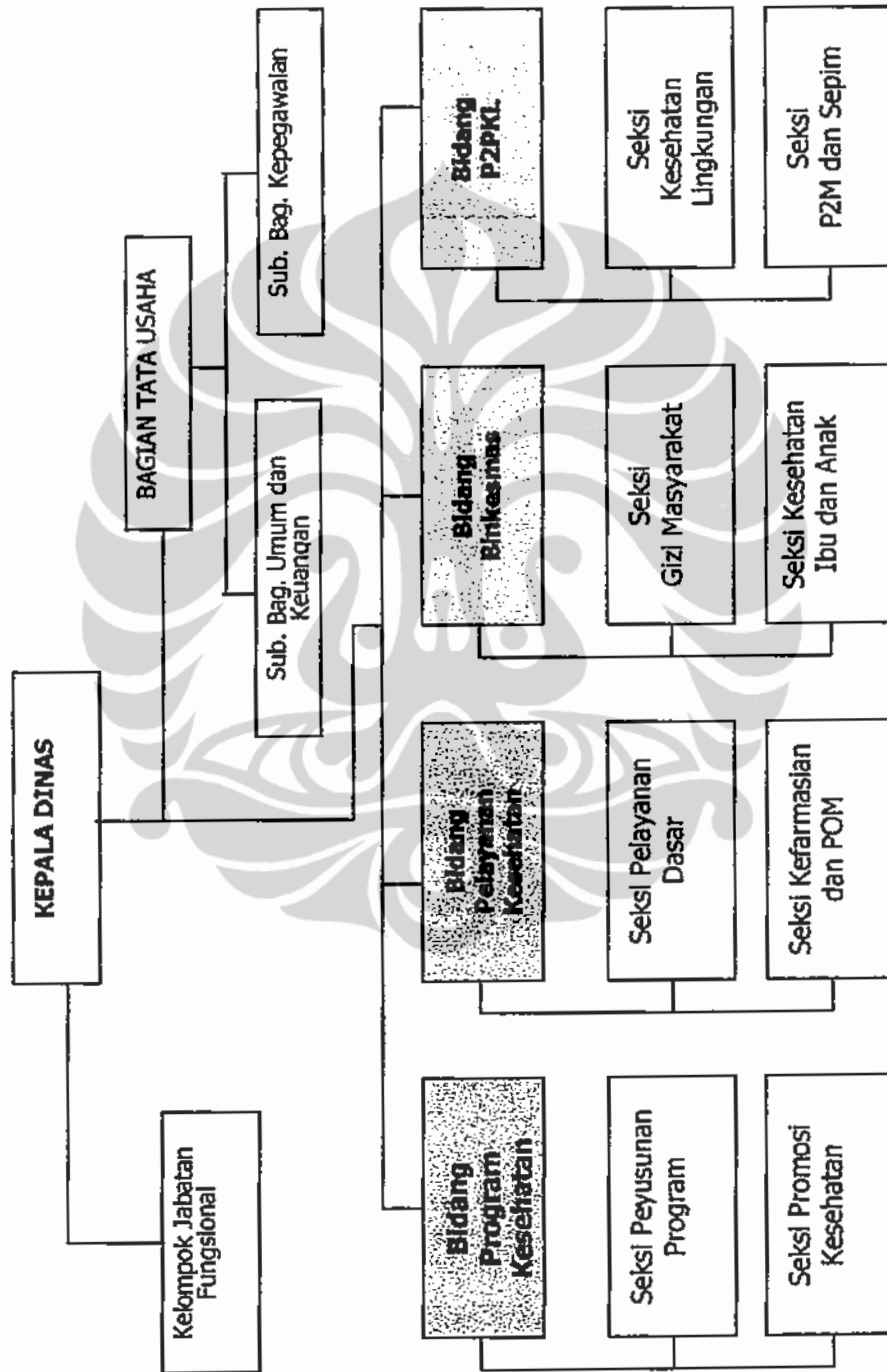
**Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Kekhususan Informatika Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia**

KOMPONEN UJI KELAYAKAN PROTOTYPE INFORMATIKA KESEHATAN		
No.	Komponen	Skor
A Komponen Rancangan Input		
1.	Kendali Input Fasilitas untuk memvalidasi dan verifikasi pemasukan data	✓ 75
2.	User Acceptable Para pengguna mudah menggunakan form-form input termasuk secara logika dan visual grafiknya	✓ 80
3.	Mekanisme Back up data Memiliki perangkat direct entry sebagai pengganti dokumen sumber bila terjadi sistem locking	X
B Komponen Rancangan Proses		
1.	Sistem Operasional Prosedur Prosedur pengolahan efisien dan efektif	✓ 80
2.	Software Reliable Perangkat lunak memiliki konsistensi dan kehandalan dalam melakukan aktivitas maksimum dengan hasil optimal	✓ 75
3.	Fasilitas dan Fungsi Semua fasilitas dan fungsi baik fungsi logika, matematika, statistik, visual, otomasi dapat aktif dengan baik.	✓ 75
4.	Modelling Sistem perangkat lunak memiliki model yang fleksibel untuk problem case yang sesuai	✓ 75
5.	Akurasi Waktu Konversi input ke output memiliki efektifitas dan efisiensi waktu yang sesuai baik dalam time running ataupun time responnya.	✓ 70
C Komponen Rancangan Database		
1.	Data Back Up Data memiliki mekanisme back up yang aman	X
2.	Database sistem Sekuriti Prototype memiliki sistem keamanan dan pemulihan data bila terjadi hal-hal yang tak terduga	✓ 75
3.	Entitas dan Atribut Identitas jelas, deskripsi sesuai dengan isi, identitas file data sesuai dengan program proses	✓ 80
4.	Relational Database Relasi tabel rapi, respon query tepat dan akurat, primary key konsisten cepat dan akurat	✓ 80
5.	Data Flow Aliran data dari input ke database tepat dan akurat, tingkat error nol	✓ 80
6.	Kapasitas database Memuat data banyak tetapi ketepatan dan kecepatan akses efisien dan efektif	✓ 80
D Komponen Rancangan Kendali		
1.	Kebijakan Pendukung Diaplikasikan untuk kepentingan yang sesuai dengan kebutuhan	
2.	Mekanisme Recovery Sistem Mampu melakukan recovery terhadap kerusakan sistemik jika terjadi bencana	X
3.	Sistem Simulasi Mempunyai fasilitas dan fungsi petunjuk operasional bagi user	X
4.	Sistem Kendali akses Mempunyai sistem sekuriti level akses user	✓ 80
E Komponen Rancangan Platform Teknologi		
1.	Teknologi Sistem dapat diterima oleh teknologi minimum dan maksimum terkini.	✓ 80
2.	Konfigurasi Mudah untuk mendapatkan konfigurasi teknologi untuk merunning sistem serta prosedur konfigurasi sistem yang optimal	✓ 80
3.	Kapasitas Sistem Sistem memiliki size instalasi yang efisien dan efektif sesuai kebutuhan dan kemampuan teknologi	✓ 80
4.	Respon Time dan Running Time Waktu yang diperlukan sistem secara keseluruhan untuk melakukan fungsi-fungsi fasilitas baik input, proses, output dan kendali dengan efisien dan efektif.	✓ 70
Skala penilaian:		

Anang Sujana

RF

**STRUKTUR ORGANISASI DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR
(PERDA No. 26 Tahun 2004)**



TABEL PERHITUNGAN PENCAPAIAN INDIKATOR SPM
 PROGRAM UPAYA KESEHATAN WAJIB PUSKESMAS (BASIC SIX)
 DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR TAHUN 2005

KODE PUSKESMAS
 NAMA PUSKESMAS
 ALAMAT
 NO. TELEPON
 DESA
 KECAMATAN
 KABUPATEN
 KODE POS
 JUMLAH UPF PUSKESMAS
 JUMLAH PUSKESMAS PEMBANTU
 JUMLAH DESA WILAYAH KERJA
 JUMLAH PENDUDUK
 JUMLAH KUNJUNGAN
 TAHUN

NO	JENIS PELAYANAN UKW	INDIKATOR	UKURAN/ KONSTANTA	PEMBILANG/ NUMERATOR	PENYEBUT/ DENOMINATOR	TARGET	PENCAPAIAN	CAKUPAN		KETERANGAN
								SUB VAR	VARIABEL	
I	Pelayanan KIA/KB	1 Cakupan Kunjungan Bumil K4	%			80,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		2 Cakupan Linekas	%			75,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		3 Cakupan Bumil Rest Dirujuk	%			25,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		4 Cakupan Kunjungan Neonatus	%			85,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		5 Cakupan Kunjungan Bayi	%			65,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		6 Cakupan BBLR yang Dibangdi	%			25,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		7 Cakupan Peserta KB Aktif	%			80,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
II	Pelayanan Pengobatan	1 Cakupan Rawat Jalan	%			20,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		2 Cakupan Rawat Inap	%			2,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	Khusus PKM DTP
III	Pelayanan Perbaikan Gizi	1 Cakupan Balita yang Nalk Berat Bedaanya	%			80,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		2 Cakupan Balita BGM	%			8,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		3 Cakupan Balita Mendapat Vitamin A 2 Kali Setahun	%			90,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		4 Cakupan Bumil Mendapat 90 Tablet Fe	%			90,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		5 Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI Pada Bayi BGM Dari Gakin	%			90,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		6 Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	%			100,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
		7 Cakupan Desa Bebas Rawan Gizi	%			80,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
IV	Pelayanan P3M								#DIV/0!	

NO	JENIS PELAYANAN UKW	INDIKATOR	UKURAN KONSTANTA	PEMBILANG/ NUMERATOR	PENYEBUT/ DENOMINATOR	TARGET	PENCAPAIAN	CAKUPAN		KETERANGAN
								SUB VAR	VARIABEL	
		1 Cakupan Desa/Kelurahan Mengalami KLB yang Dihangani < 24 Jern	%			100,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		2 Cakupan Desa/Kelurahan UCI	%			88,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		3 Cakupan Kesembuhan Penderita TBC BTA +	%			85,00	#DIV/0!	#DIV/0!		>85
		4 Cakupan Balita Pneumonia yang Dihangani	%			90,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		5 Cakupan Infeksi Menular Seksual yang Diobati	%			100,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		6 Cakupan Penderita DBD yang Dihangani	%			100,00	#DIV/0!	#DIV/0!		≥ 72
		7 Cakupan Balita Diare yang Dihangani	%			75,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		8 Cakupan Penderita Kusta yang Selesai Berobat	%			90,00	#DIV/0!	#DIV/0!		> 90
V	Pelayanan Kesehatan Lingkungan								#DIV/0!	
		1 Cakupan Instansi yang Dibina	%			50,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		2 Cakupan Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes	%			95,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		3 Cakupan Tempat Umum yang Memenuhi Syarat	%			45,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
VI	Pelayanan Promosi Kesehatan									
		1 Cakupan Rumah Tangga Sehat	%			30,00	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		2 Cakupan Bayi yang Mendapatkan ASI Eksklusif	%			40,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		3 Cakupan Desa/Kelurahan Dengan Garis Beryodium Baik	%			65,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		4 Cakupan Posyandu Purnama	%			25,00	#DIV/0!	#DIV/0!		
		NILAI KINERJA							#DIV/0!	

Keterangan

- 1 Penetapan target berdasarkan standar SPM dari Depkes, besaran target disesuaikan dengan kondisi Kab. Bogor
- 2 Pembilang/numerator adalah hasil pelayanan
- 3 Penyebut/denominator adalah proyeksi sasaran pelayanan
- 4 Target adalah target program sesuai dengan kebijakan Dinkes Kab. Bogor
- 5 Pencapaian adalah hasil dari pembagian antara pembilang dibagi penyebut dikalikan 100%
- 6 Cakupan Sub Variable adalah hasil pembagian antara pencapaian dibagi target dikalikan 100%
- 7 Cakupan Variabel adalah hasil pembagian antara total jumlah nilai indikator dibagi dengan banyaknya item indikator per jenis pelayanan
- 8 Nilai kinerja adalah hasil penjumlahan total Cakupan Variable dibagi 6

METODOLOGI PENGOLAHAN DATA

- 1 Pengolahan data merupakan proses kegiatan mengubah data menjadi informasi yang dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan.
- 2 Kegiatan pengolahan data meliputi :
 - a. Meneliti kelengkapan dan kebenaran data (cleaning dan editing)
 - b. Kegiatan perhitungan (calculating)
 - c. Kegiatan memasukkan data dalam suatu tabulasi yang akan menjadi informasi sebagai dasar pengambilan keputusan (tabulating)
- 3 Untuk menghitung pencapaian kinerja puskesmas, ada 3 komponen penilaian :
 - a. Komponen hasil pelaksanaan kegiatan pelayanan program puskesmas (penulis hanya melakukan penilaian terhadap komponen ini dengan dibatasi program basic six)
 - b. Komponen manajemen puskesmas (tidak penulis lakukan penilaian)
 - c. Komponen mutu pelayanan puskesmas (tidak penulis lakukan penilaian)
- 4 Untuk menghitung cakupan maka angka target (T) merupakan pembagi (denominator) terhadap pencapaian hasil (H) dalam proses pengolahan data
- 5 Menghitung pencapaian hasil komponen kegiatan pelayanan kesehatan, masing-masing kegiatan dihitung reratanya dari hasil masing-masing variabel, sedangkan tiap-tiap variabel dihitung rerata sub variabel
- 6 Nilai kinerja cakupan pelayanan program puskesmas :
 - ≥ 90 Baik
 - ≥ 80 - < 90 Cukup
 - < 80 Kurang



PEDOMAN WAWANCARA PENYUSUNAN TESIS

JUDUL

“PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS BERBASIS INDIKATOR SPM BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR”

Tahap Pembukaan Wawancara :

1. *Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya diwawancarai*
2. *Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara serta tujuan wawancara dilakukan.*
3. *Jelaskan bahwa tidak ada jawaban yang salah atau benar, tetapi informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran-saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*
4. *Catat seluruh pembicaraan.*
5. *Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.*

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR

Jelaskan beberapa informasi mengenai penilaian kinerja puskesmas dan sistem informasi di Kabupaten Bogor yang menjadi latar belakang masalah

1. Pentingkah menurut Ibu dilakukan peniaian kinerja puskesmas (PKP) ?
2. Adakah kebijakan/peraturan yang mendukung untuk dilakukan PKP?
3. Bagaimanakah tanggapan stake holders tentang kinerja puskesmas?

4. Bagaimanakah cara menilai kinerja puskesmas saat ini ?
5. Metoda apakah yang digunakan untuk melakukan penilaian kinerja puskesmas?
6. Apakah indikator SPM Bidang Kesehatan dijadikan acuan untuk menilai pencapaian kinerja puskesmas (indikator output) atau ada indikator lain?
7. Apakah data yang tersedia dapat mencukupi kebutuhan kualitas dan kuantitas untuk dilakukan PKP?
8. Apakah kebutuhan dana/alat/metoda/tenaga cukup tersedia untuk dilakukan PKP?
9. Apakah upaya kesehatan wajib sudah bisa dilaksanakan di seluruh puskesmas di Kabupaten Bogor?
10. Apakah tersedia system informasi yang cepat dan akurat tentang kinerja puskesmas?
11. Apakah menurut Ibu perlu dikembangkan system informasi untuk memenuhi kebutuhan dalam pengambilan keputusan?
12. Manfaat apa yang diharapkan apabila dilakukan pengembangan system informasi PKP?
13. Adakah kendala/hambatan lain untuk dilakukan PKP?
14. Adakah program/kegiatan PKP dalam renja Dinkes dan Bidang/Seksi manakah yang menjadi Koordinator dalam PKP?

PENUTUP

Sebelum menutup wawancara berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tetapi belum/tidak ada dalam daftar wawancara. Ucapkan terima kasih atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

PEDOMAN WAWANCARA PENYUSUNAN TESIS

JUDUL

“PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS BERBASIS INDIKATOR SPM BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR”

Tahap Pembukaan Wawancara :

1. *Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya diwawancarai*
2. *Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara serta tujuan wawancara dilakukan.*
3. *Jelaskan bahwa tidak ada jawaban yang salah atau benar, tetapi informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran-saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*
4. *Catat seluruh pembicaraan.*
5. *Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.*

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

KEPALA BIDANG YANKES DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR

Jelaskan beberapa informasi mengenai penilaian kinerja puskesmas dan sistem informasi di Kabupaten Bogor yang menjadi latar belakang masalah

Dalam upaya kesehatan wajib, ada 1 (satu) upaya yang berada pada Bidang Yankes yaitu upaya pengobatan.

1. **Pentingkah menurut Saudara dilakukan peniaian kinerja puskesmas (PKP) ?**

2. Bagaimanakah cara menilai kinerja puskesmas saat ini khususnya untuk menilai upaya pengobatan ?
3. Metoda apakah yang digunakan untuk melakukan penilaian kinerja puskesmas?
4. Apakah indikator SPM Bidang Kesehatan dijadikan acuan untuk menilai pencapaian kinerja puskesmas (indikator output) atau ada indikator lain?
5. Apakah data yang tersedia dapat mencukupi kebutuhan kualitas dan kuantitas untuk dilakukan PKP khususnya untuk menilai indicator upaya pengobatan?
6. Apakah kebutuhan dana/alat/metoda/tenaga cukup tersedia untuk dilakukan PKP?
7. Apakah tersedia system informasi yang cepat dan akurat tentang kinerja puskesmas?
8. Apakah menurut Saudara perlu dikembangkan system informasi untuk memenuhi kebutuhan dalam pengambilan keputusan?
9. Manfaat apa yang diharapkan apabila dilakukan pengembangan system informasi PKP?
10. Adakah kendala/hambatan lain untuk dilakukan PKP khususnya pada Bidang Yankes ?

PENUTUP

Sebelum menutup wawancara berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tetapi belum/tidak ada dalam daftar wawancara. Ucapkan terima kasih atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

PEDOMAN WAWANCARA PENYUSUNAN TESIS

JUDUL

“PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS BERBASIS INDIKATOR SPM BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR”

Tahap Pembukaan Wawancara :

1. *Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya diwawancarai*
2. *Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara serta tujuan wawancara dilakukan.*
3. *Jelaskan bahwa tidak ada jawaban yang salah atau benar, tetapi informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran-saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*
4. *Catat seluruh pembicaraan.*
5. *Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.*

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

KEPALA BIDANG PROGKES DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR

Jelaskan beberapa informasi mengenai penilaian kinerja puskesmas dan sistem informasi di Kabupaten Bogor yang menjadi latar belakang masalah

Dalam upaya kesehatan wajib, ada 1 (satu) upaya yang berada pada Bidang Progkes yaitu upaya Promosi Kesehatan (promkes).

1. **Pentingkah menurut Saudara dilakukan peniaian kinerja puskesmas (PKP) ?**

2. Bagaimanakah cara menilai kinerja puskesmas saat ini khususnya untuk menilai upaya promkes?
3. Metoda apakah yang digunakan untuk melakukan penilaian kinerja puskesmas?
4. Apakah indikator SPM Bidang Kesehatan dijadikan acuan untuk menilai pencapaian kinerja puskesmas (indikator output) atau ada indikator lain?
5. Apakah data yang tersedia dapat mencukupi kebutuhan kualitas dan kuantitas untuk dilakukan PKP khususnya untuk menilai indikator upaya promosi kesehatan?
6. Apakah kebutuhan dana/alat/metoda/tenaga cukup tersedia untuk dilakukan PKP?
7. Apakah tersedia system informasi yang cepat dan akurat tentang kinerja puskesmas?
8. Apakah menurut Saudara perlu dikembangkan system informasi untuk memenuhi kebutuhan dalam pengambilan keputusan?
9. Manfaat apa yang diharapkan apabila dilakukan pengembangan system informasi PKP?
10. Adakah kendala/hambatan lain untuk dilakukan PKP khususnya pada Bidang Progkes?

PENUTUP

Sebelum menutup wawancara berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tetapi belum/tidak ada dalam daftar wawancara. Ucapkan terima kasih atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

PEDOMAN WAWANCARA PENYUSUNAN TESIS

JUDUL

“PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS BERBASIS INDIKATOR SPM BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR”

Tahap Pembukaan Wawancara :

1. *Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya diwawancarai*
2. *Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara serta tujuan wawancara dilakukan.*
3. *Jelaskan bahwa tidak ada jawaban yang salah atau benar, tetapi informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran-saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*
4. *Catat seluruh pembicaraan.*
5. *Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.*

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

KEPALA BIDANG BINKESMAS DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR

Jelaskan beberapa informasi mengenai penilaian kinerja puskesmas dan sistem informasi di Kabupaten Bogor yang menjadi latar belakang masalah

Dalam upaya kesehatan wajib, ada 2 (dua) upaya yang berada pada Bidang Binkesmas yaitu KIA/KB dan Gizi.

1. **Pentingkah menurut Saudara dilakukan peniaian kinerja puskesmas (PKP) ?**

2. Bagaimanakah cara menilai kinerja puskesmas saat ini khususnya untuk menilai upaya KIA/KB dan Gizi?
3. Metoda apakah yang digunakan untuk melakukan penilaian kinerja puskesmas?
4. Apakah indikator SPM Bidang Kesehatan dijadikan acuan untuk menilai pencapaian kinerja puskesmas (indikator output) atau ada indikator lain?
5. Apakah data yang tersedia dapat mencukupi kebutuhan kualitas dan kuantitas untuk dilakukan PKP khususnya untuk menilai indikator KIA/KB dan Gizi?
6. Apakah kebutuhan dana/alat/metoda/tenaga cukup tersedia untuk dilakukan PKP?
7. Apakah tersedia system informasi yang cepat dan akurat tentang kinerja puskesmas?
8. Apakah menurut Saudara perlu dikembangkan system informasi untuk memenuhi kebutuhan dalam pengambilan keputusan?
9. Manfaat apa yang diharapkan apabila dilakukan pengembangan system informasi PKP?
10. Adakah kendala/hambatan lain untuk dilakukan PKP khususnya pada Binkesmas?

PENUTUP

Sebelum menutup wawancara berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tetapi belum/tidak ada dalam daftar wawancara. Ucapkan terima kasih atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

PEDOMAN WAWANCARA PENYUSUNAN TESIS

JUDUL

“PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS BERBASIS INDIKATOR SPM BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR”

Tahap Pembukaan Wawancara :

1. *Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya diwawancarai*
2. *Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara serta tujuan wawancara dilakukan.*
3. *Jelaskan bahwa tidak ada jawaban yang salah atau benar, tetapi informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran-saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*
4. *Catat seluruh pembicaraan.*
5. *Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.*

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

KEPALA BIDANG P2PKL DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR

Jelaskan beberapa informasi mengenai penilaian kinerja puskesmas dan sistem informasi di Kabupaten Bogor yang menjadi latar belakang masalah

Dalam upaya kesehatan wajib, ada 2 (dua) upaya yang berada pada Bidang P2PKL yaitu Upaya Kesling dan P3M.

1. **Pentingkah menurut Saudara dilakukan peniaian kinerja puskesmas (PKP) ?**

2. Bagaimanakah cara menilai kinerja puskesmas saat ini khususnya untuk menilai upaya kesling dan P3M ?
3. Metoda apakah yang digunakan untuk melakukan penilaian kinerja puskesmas?
4. Apakah indikator SPM Bidang Kesehatan dijadikan acuan untuk menilai pencapaian kinerja puskesmas (indikator output) atau ada indikator lain?
5. Apakah data yang tersedia dapat mencukupi kebutuhan kualitas dan kuantitas untuk dilakukan PKP khususnya untuk menilai indikator upaya Kesling dan P3M?
6. Apakah kebutuhan dana/alat/metoda/tenaga cukup tersedia untuk dilakukan PKP?
7. Apakah tersedia system informasi yang cepat dan akurat tentang kinerja puskesmas?
8. Apakah menurut Saudara perlu dikembangkan system informasi untuk memenuhi kebutuhan dalam pengambilan keputusan?
9. Manfaat apa yang diharapkan apabila dilakukan pengembangan system informasi PKP?
10. Adakah kendala/hambatan lain untuk dilakukan PKP khususnya pada bidang P2PKL?

PENUTUP

Sebelum menutup wawancara berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tetapi belum/tidak ada dalam daftar wawancara. Ucapkan terima kasih atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

PEDOMAN WAWANCARA PENYUSUNAN TESIS

JUDUL

“PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA UPAYA KESEHATAN WAJIB DI PUSKESMAS BERBASIS INDIKATOR SPM BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN BOGOR”

Tahap Pembukaan Wawancara :

1. *Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya diwawancarai*
2. *Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara serta tujuan wawancara dilakukan.*
3. *Jelaskan bahwa tidak ada jawaban yang salah atau benar, tetapi informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran-saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*
4. *Catat seluruh pembicaraan.*
5. *Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.*

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

KEPALA PUSKESMAS DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR

Jelaskan beberapa informasi mengenai penilaian kinerja puskesmas dan sistem informasi di Kabupaten Bogor yang menjadi latar belakang masalah

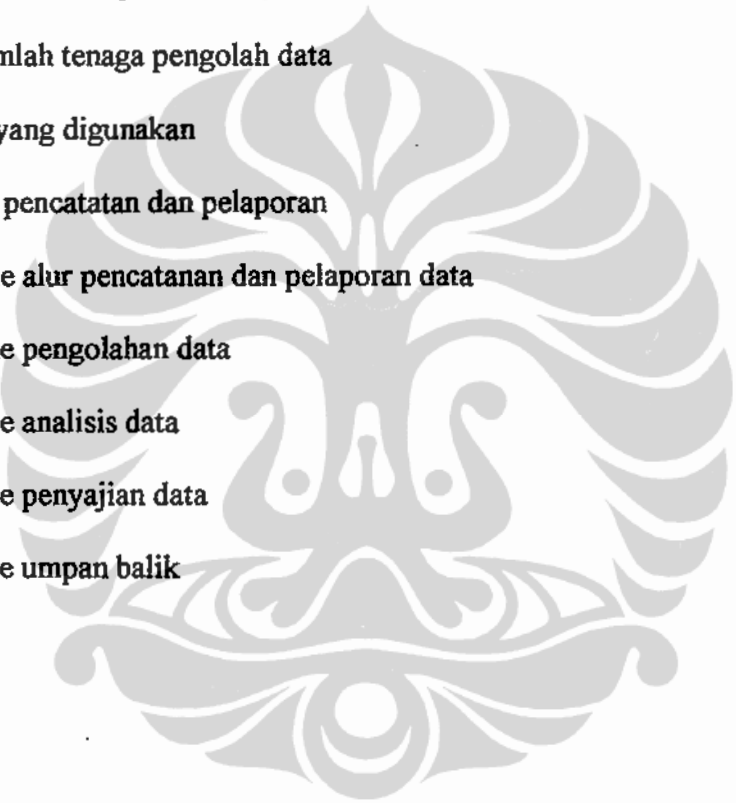
1. **Pentingkah menurut Saudara dilakukan peniaian kinerja puskesmas (PKP) ?**
2. **Pernahkah dilakukan penilaian kinerja puskesmas ?**

3. Bagaimanakah cara menilai kinerja puskesmas saat ini ?
4. Metoda apakah yang digunakan untuk melakukan penilaian kinerja puskesmas?
5. Adakah legal aspek untuk dilakukan penilaian kinerja puskesmas (Permenkes, SK Kepala Dinas dll) ?
6. Bagaimanakah dengan pelaksanaan stratifikasi puskesmas (SP) ?
7. Adakah buku pedoman/juklak/juknis untuk PKP ?
8. Apakah frekwensi laporan setiap mingguan/bulanan/tahunan ?
9. Apakah kendala yang dirasakan dalam pengolahan laporan?
10. Apakah data yang tersedia (SP3) sudah cukup memadai (kuantitas/kualitas) untuk dilakukan PKP ?
11. Apakah sarana/alat/tenaga/dana yang tersedia cukup memadai untuk dilakukan PKP atau pengolahan data ?
12. Apakah ada SOP untuk pelaksanaan PKP ?
13. Bagaimanakah peran dan tanggapan *stakeholders* terhadap kinerja puskesmas ?
14. Apakah harapan Saudara ke depan untuk pelaksanaan PKP ?

PENUTUP

Sebelum menutup wawancara berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tetapi belum/tidak ada dalam daftar wawancara. Ucapkan terima kasih atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

**PANDUAN OBSERVASI PADA SEKSI SUNPROG
(PENGOLAH DATA)**

1. **Tenaga**
 - a. **Jumlah tenaga seluruhnya**
 - b. **Jumlah tenaga pengolah data**
 2. **Peralatan yang digunakan**
 3. **Instrumen pencatatan dan pelaporan**
 4. **Mekanisme alur pencatatan dan pelaporan data**
 5. **Mekanisme pengolahan data**
 6. **Mekanisme analisis data**
 7. **Mekanisme penyajian data**
 8. **Mekanisme umpan balik**
- 

KODE PUSKESMAS :

PUSKESMAS :

.....

KECAMATAN

PUSKESMAS PEMBANTU YANG

- ADA :

- LAPOR :

KABUPATEN : BOGOR

PROPINSI : JAWA BARAT

LB 3

Halaman 1

Lembar 1 : Untuk Koordinator SP3 Kabupaten

Lembar 2 : Untuk Koordinator SP3 Puskesmas

Arsip

Bulan :

Tahun :

LAPORAN BULANAN G I Z I

No	Kegiatan	Jumlah
1	2	3
1	Bayi (0-1 tahun) Ditimbang (D)	
2	Bayi (0-1 tahun) Naik Berat Badan (N)	
3	Bayi dengan KMS (K)	
4	Bayi BGM	
5	Anak Umur 12 - 35 bulan yang Ditimbang (D)	
6	Anak Umur 12 - 35 bulan yang Naik Berat Badan	
7	Anak Umur 12 - 35 bulan dengan KMS	
8	Anak Umur 12 - 35 bulan yang BGM	
9	Anak Umur 36 - 59 bulan yang ditimbang	
10	Anak Umur 36 - 59 bulan yang Naik Berat Badan	
11	Anak Umur 36 - 59 bulan dengan KMS	
12	Anak Umur 36 - 59 bulan yang BGM	
13	Ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah (Fe1) Pertama Kali	
14	Ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah (Fe3) Ketiga Kali	
15	Ibu Nifas yang mendapatkan Tablet Tambah Darah (Fe)	
16	Ibu Nifas yang mendapatkan Kapsul Yodium	
17	Ibu Hamil yang mendapatkan Kapsul Yodium	
18	Wus yang mendapatkan Kapsul Yodium	
19	Ibu Hamil KEK (Lila < 23,5 cm)	
20	Anak 6-11 bulan yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi	
21	Anak 1-5 tahun yang mendapatkan Vitamin A dosis tinggi	
22	Ibu Nifas Dapat Vitamin A	

MENGETAHUI
KEPALA PUSKESMAS

....., 20

PELAPOR
PELAKSANA PROGRAM

.....
NIP.

.....
NIP.

KODE PUSKESMAS :

PUSKESMAS :

KECAMATAN

PUSKESMAS PEMBANTU YANG

- ADA :

- LAPOR :

KABUPATEN : BOGOR

PROPINSI : JAWA BARAT

LB 3

Halaman 1

Lembar 1 : Untuk Koordinator SP3 Kabupaten

Lembar 2 : Untuk Koordinator SP3 Puskesmas

Arsip

Bulan :

Tahun :

LAPORAN BULANAN KIA / KB

No	Kegiatan	Jumlah
1	2	3
1	Kunjungan Baru Ibu Hamil (K1) Murni	
2	Kunjungan Ibu Hamil (K4)	
3	Ibu Hamil yang mengalami Komplikasi	
4	Ibu Hamil dengan Komplikasi yang tertangani	
5	Ibu Hamil yang dirujuk	
6	Ibu Bersalin yang mengalami Komplikasi	
7	Ibu Bersalin dengan Komplikasi yang tertangani	
8	Ibu Bersalin yang dirujuk	
9	Persalinan yg ditolong oleh Tenaga Kesehatan	
10	Persalinan yang ditolong oleh Dukun Terlatih dengan didampingi Tenaga Kes.	
11	Persalinan yang ditolong oleh Dukun Terlatih	
12	Kematian Ibu Maternal	
13	Kematian Ibu Maternal karena Pendarahan	
14	Kematian Ibu Maternal karena Infeksi	
15	Kematian Ibu Maternal karena Ekslamsia	
16	Kematian Ibu Maternal karena Abortus	
17	Kematian Ibu Maternal karena lain-lain	
18	Kematian Neonatal (0 - 28 hr)	
19	Kematian Neonatal karena SBLR	
20	Kematian Neonatal karena Asphyxia	
21	Kematian Neonatal km Tetanus Neonatorum	
22	Kematian Neonatal karena Infeksi lainnya	
23	Kematian Bayi (29 hr - 11 bln)	
24	Bayi Lahir Mati	
25	Bayi Lahir Hidup	
26	Bayi BBLR < 2.500 gram	
27	Bayi Sehat (B4)	
28	Bayi Sehat (B12)	
29	Bayi yang dirujuk	

MENGETAHUI
KEPALA PUSKESMAS

NIP.

No	Kegiatan	Jumlah
1	2	3
30	Kunjungan Neonatal (N1) 0 - 7 hari	
31	Kunjungan Neonatal (N2) 8 - 28 hari	
32	Kunjungan Neonatal (N3) 8 - 28 hari yang dirujuk	
33	Peserta KB Akseptor Baru dengan IUD	
34	Peserta KB Akseptor Baru dengan Suntik	
35	Peserta KB Akseptor Baru dengan PIL	
36	Peserta KB Akseptor Baru dengan Implant	
37	Peserta KB Akseptor Baru dengan MOW / MOP	
38	Peserta KB Akseptor Aktif dengan IUD	
39	Peserta KB Akseptor Aktif dengan Suntik	
40	Peserta KB Akseptor Aktif dengan PIL	
41	Peserta KB Akseptor Aktif dengan Implant	
42	Peserta KB Akseptor Aktif dengan MOW / MOP	
43	Peserta KB dengan Efek Samping KB IUD	
44	Peserta KB dengan Efek Samping KB Suntik	
45	Peserta KB dengan Efek Samping KB PIL	
46	Peserta KB dengan Efek Samping KB Implant	
47	Peserta KB dengan Efek Samping KB MOW / MOP	
48	Peserta KB dengan Komplikasi KB karena IUD	
49	Peserta KB dengan Komplikasi KB karena Suntik	
50	Peserta KB dengan Komplikasi KB karena PIL	
51	Peserta KB dengan Komplikasi KB karena Implant	
52	Peserta KB dengan Komplikasi KB karena MOW / MOP	
53	Akseptor yang mengalami kegagalan KB IUD	
54	Akseptor yang mengalami kegagalan KB Suntik	
55	Akseptor yang mengalami kegagalan KB PIL	
56	Akseptor yang mengalami kegagalan KB Implant	
57	Akseptor yang mengalami kegagalan KB MOW/MOP	

....., 20

PELAPOR
PELAKSANA PROGRAM

NIP.

KODE PUSKESMAS :

PUSKESMAS :

.....

KECAMATAN

PUSKESMAS PEMBANTU YANG

- ADA :

- LAPOR :

KABUPATEN : BOGOR

KOTA/KEP. : JAWA BARAT

LB 3

Halaman 1

Lembar 1 : Untuk Koordinator SP3 Kabupaten

Lembar 2 : Untuk Koordinator SP3 Puskesmas

Arsip

Bulan :

Tahun :

LAPORAN BULANAN PEMBERANTASAN PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR

No	KEGIATAN	JUMLAH
(1)	(2)	(3)
A IMUNISASI		
	Bayi (0 - 11 bl) yang divaksinasi BCG	
	Bayi (0 - 11 bl) yang divaksinasi Polio 1	
	Bayi (3 - 11 bl) yang divaksinasi Polio 2	
	Bayi (3 - 11 bl) yang divaksinasi Polio 3	
	Bayi (3 - 11 bl) yang divaksinasi Polio 4	
	Bayi (0 - 11 bl) yang divaksinasi Hepatitis B 1	
	Bayi (0 - 11 bl) yang divaksinasi Hepatitis B 2	
	Bayi (0 - 11 bl) yang divaksinasi Hepatitis B 3	
	Bayi (2 - 11 bl) yang divaksinasi DPT 1	
	Bayi (2 - 11 bl) yang divaksinasi DPT 2	
	Bayi (2 - 11 bl) yang divaksinasi DPT 3	
	Bayi (9 - 11 bl) yang divaksinasi Campak	
	Ibu Hamil (kehamilan 0-8 bl) yang divaksinasi TT 1	
	Ibu Hamil (kehamilan 0-8 bl) yang divaksinasi TT 2	
B IMUNISASI		
	Sediaan Darah dari ACD	
	Sediaan Darah dari PCD	
	Sediaan Darah diperiksa dari lain-lain	
	Sediaan Darah diperiksa yang Positif ACD	
	Sediaan Darah diperiksa yang Positif PCD	
	Sediaan Darah diperiksa yang Positif lain-lain	
	Kasus Indigenus	
	Kasus Relaps	
	Kasus Unklasifikasi	
	Radikal Treatment Palsiparum	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(1)	(2)	(3)
C DEMAM BERDARAH DENGUE		
1	Penderita Demam Berdarah Dengue yang meninggal	
2	Penderita Demam Berdarah Dengue Laki-laki	
3	Penderita Demam Berdarah Dengue Perempuan	
4	Sediaan Darah yang diperiksa DBD	
5	Sediaan Darah yang diperiksa Positif DBD	
6	Rumah yang diperiksa Jentik	
7	Rumah yang diperiksa terdapat Jentik	
D RABIES		
1	Orang yg digigit hewan yg diduga menularkan Rabies	
2	Orang yang divaksinasi Anti Rabies	
3	Orang yang divaksinasi lengkap	
4	Kematian penderita karena Rabies	
E PENYAKIT KELAMIN		
1	Pemeriksaan Smear GO dan STS dari keluarga	
2	Penderita yang diperiksa GO	
3	Penderita yang diperiksa Sifilis	
F ANTHRAX		
1	Specimen Positif	
2	Penderita meninggal karena Anthrax	
G PES		
1	Penderita meninggal karena Pes	
H FILARIASIS		
1	Sediaan Darah yang diperiksa Filariasis	
2	Sediaan Darah diperiksa Positif Filariasis	
I DIARE		

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
11	Radikal Treatmen Vivaks	
12	Ibu Hamil yang diproflaksis	
13	Penderita Malaria Berat	
14	Penderita Meninggal karena Malaria	
5	Kasus Penyakit Diare <1 tahun meninggal di Sarana Kesehatan	
6	Kasus Penyakit Diare 1-4 tahun meninggal di Sarana Kesehatan	
7	Kasus Penyakit Diare > 5 tahun meninggal di Sarana Kesehatan	
8	Kasus Penyakit Diare semua umur meninggal di Sarana Kesehatan	
9	Kasus Penyakit Diare Gol. Umur <1 tahun yang ditemukan Kader	
0	Kasus Penyakit Diare Gol. Umur 1-4 thn yang ditemukan Kader	
1	Kasus Penyakit Diare Gol. Umur > 5 thn yang ditemukan Kader	
2	Kasus Penyakit Diare semua umur yang ditemukan Kader	
	Kasus Penyakit Diare <1 tahun yang meninggal ditemukan Kader	
	Kasus Penyakit Diare 1-4 thn yang meninggal ditemukan Kader	
	Kasus Penyakit Diare > 5 thn yang meninggal ditemukan Kader	
	Kasus Penyakit Diare semua umur meninggal ditemukan Kader	
	Penderita yang diberikan Oralit di Sarana Kesehatan	
	Pemakaian Oralit di Sarana Kesehatan	
	Penderita Diare yang diinfus	
	Pemakaian RL	
	Penderita yang diberikan Oralit Oleh Kader	
	Pemakaian Oralit di Kader	
PROGRAM ISPA		
	Kasus Pnemonia Gol. Umur 0 - 2 bulan	
	Kasus Pnemonia Gol. Umur 1 - < 5 tahun	
	Kasus Pnemonia Berat Gol. Umur 0 - 2 bulan	
	Kasus Pnemonia Berat Gol. Umur 2 bulan - < 1 tahun	
	Kasus Pnemonia Berat Gol. Umur 1 tahun - < 5 tahun	
	Kasus Pnemonia Berat Gol. Umur > 5 tahun	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
1	Kasus Penyakit Diare Gol. Umur <1 tahun di Sarana Kesehatan	
2	Kasus Penyakit Diare Gol. Umur 1-4 tahun di Sarana Kesehatan	
3	Kasus Penyakit Diare Gol. Umur > 5 tahun di Sarana Kesehatan	
4	Kasus Penyakit Diare semua golongan umur di Sarana Kesehatan	
8	Kasus Pnemonia Gol. Umur 1 - < 5 tahun yang meninggal	
9	Kasus Pnemonia Gol. Umur > 5 tahun yg meninggal	
10	Kasus Bukan Pnemonia Gol. Umur < 1 tahun	
11	Kasus Bukan Pnemonia Gol. Umur 1 - < 5 tahun	
12	Pemakaian Kotrimoksasol	
13	Pemakaian Parasetamol	
14	Kasus penyakit Pnemonia yang ditemukan oleh kader	
J TBC, PARU-PARU		
1	Penderita TBC. BTA (+) yang diobati	
2	Penderita TBC. BTA (-) Rontgen Positif yang diobati	
3	Dahak tersangka yang diperiksa bulan ini	
4	Pemeriksaan Suspek TB. Bulan ini	
5	Kasus TBC yang diobati Paket Obat Anti TB (OAT) Kategori 1	
6	Kasus TBC yang diobati Paket Obat Anti TB (OAT) Kategori 2	
7	Kasus TBC yang diobati Paket Obat Anti TB (OAT) Kategori 3	
8	Kasus TBC diobati 2-3 bln yg lalu dgn OAT Kategori 1 dikonversi	
9	Kasus TBC diobati 3-4 bln yg lalu dgn OAT Kategori 2 dikonversi	
10	Kasus TBC yang telah sembuh	
11	Kasus TBC Pengobatan Lengkap	
12	Kasus TBC Teregister yang meninggal	
13	Kasus TBC yang pindah bulan ini	
14	Kasus TBC yang gagal	
15	Kasus TBC yang telah default	
K KERACUNAN MAKANAN		
1	Kasus Keracunan Makanan	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
7	Kasus Pnemonia Gol. Umur < 1 tahun yg meninggal	

L KUSTA		
1	Penderita Kusta Type PB yg mendapat pengobatan MDT	
2	Penderita Kusta Type MB yg mendapat pengobatan MDT	
3	Penderita Kusta Type PB dpt MDT yg dinyatakan RFT	
4	Penderita Kusta Type MB dpt MDT yg dinyatakan RFT	
5	Total Penderita Kusta dapat MDT yg dinyatakan RFT	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
2	Frekwensi Kejadian	
3	Penderita Yang Meninggal	
KUSTA		
6	Temuan Cacat Tingkat II	
7	Kusta Type PB yang Drop Out	
8	Kusta Type MB yang Drop Out	
9	Total penderita Kusta yang Drop Out	
10	Kasus reaksi pd penderita yg sdg dalam pengobatan	

MENGETAHUI
KEPALA PUSKESMAS

.....
NIP.

....., 20

PELAPOR
PELAKSANA PROGRGAM

.....
NIP.

KODE PUSKESMAS :

PUSKESMAS :

.....

KECAMATAN

PUSKESMAS PEMBANTU YANG

- ADA :

- LAPOR :

KABUPATEN : BOGOR

PROPINSI : JAWA BARAT

LB 4

Halaman 1

Lembar 1 : Untuk Koordinator SP3 Kabupaten

Lembar 2 : Untuk Koordinator SP3 Puskesmas

Arsip

Bulan :

Tahun :

LAPORAN BULANAN BULANAN

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
KUNJUNGAN PUSKESMAS		
1	Kunjungan Puskesmas	
2	Kunjungan Baru	
3	Kunjungan Lama	
4	Kunjungan Rawat Jalan Umum	
5	Kunjungan Rawat Jalan KIA	
6	Kunjungan Rawat Jalan KB	
7	Kunjungan Rawat Jalan Gigi	
8	Kunjungan Lain-lain	
9	Penderita yang dirawat	
10	Hari Perawatan	
11	Lama Perawatan	
12	Penderita Keluar Hidup	
13	Penderita Keluar Meninggal	
14	Penderita Keluar Meninggal Kurang dari 48 jam	
15	Penderita Keluar Meninggal Lebih dari 48 jam	
16	Penderita yg dirujuk ke Rumah Sakit / Puskesmas DTP	
17	Rujukan dari Kader, Posyandu, BP, Sekolah, dll	
	Kunjungan Dokter Ahli	
	Rujukan dari Rumah Sakit ke Puskesmas	
	Kunjungan Kartu Sehat	
	Kunjungan Peserta PT. Askes	
	Kunjungan Peserta Jamsostek	
	Kunjungan Peserta 1 P K M	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
KEGIATAN PERAWATAN KES. MASY.		
1	Keluarga Rawan tercatat di Puskesmas	
2	Kasus Tindak Lanjut Perawatan yang selesai dibina	
3	Kunjungan ke Keluarga Rawan	
4	Kunjungan Pembinaan Kasus Tindak Lanjut Perawatan yang Selesai dibina	
5	Kunjungan Pembinaan ke Keluarga Rawan yang Selesai dibina	
6	Ibu Hamil Risiko yang memperoleh Asuhan Keperawatan	
7	Balita Risiko yang memperoleh Asuhan Keperawatan	
8	Kelompok Khusus / Panti yang dibina	
9	Kelompok Lanjut Usia yang dibina	
10	Lanjut Usia yang dibina dalam Kelompok	
11	Lanjut Usia yang dibina dalam Kelompok Umur 45 - 59 tahun	
12	Lanjut Usia yang dibina dalam Kelompok Umur 60 - 69 tahun	
13	Lanjut Usia yang dibina dalam Kelompok Umur 70+ tahun	
14	Pemeriksaan Kesehatan bagi Kelompok Lanjut Usia	
15	Panti Wreda yang dibina	
16	Lanjut Usia yang dibina dalam Panti Wreda Umur 45 - 59 tahun	
17	Lanjut Usia yang dibina dalam Panti Wreda Umur 60 - 69 tahun	
18	Lanjut Usia yang dibina dalam Panti Wreda Umur 70+ tahun	
19	Kader Lanjut Usia yang dilatih	
KEGIATAN KESEHATAN MATA		
1	Mata yang menderita Katarak	
2	Frekuensi Operasi Katarak Maksimal	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
24	Kunjungan Peserta Asuransi Kes. Swasta	
25	Kunjungan Peserta Asuransi Lainnya	
26	Peserta Kartu Sehat terdaftar di Puskesmas	
27	Peserta Kartu Sehat yg dirujuk ke Rumah Sakit/Puskesmas DTP	
IV	PELAYANAN MEDIK DASAR KESEHATAN GIGI	
A	PELAYANAN DI BP. GIGI	
1	Kunjungan Baru Rawat Jalan Gigi	
2	Kunjungan Lama Rawat Jalan Gigi	
3	Hari Buka BP. Gigi	
4	Tumpatan pada Gigi Tetap	
5	Pencabutan Gigi Tetap	
6	Pencabutan Gigi Sulung	
7	Tumpatan pada Gigi Sulung	
8	Pengobatan Pulpa	
9	Pengobatan Periodontal	
10	Kelainan Karies Gigi	
11	Kelainan Pulpa dan Jaringan Periapikal	
12	Kelainan Peny. Gusi dan Jaringan Periodontal	
B	PELAYANAN U.K.G.S	
1	Tumpatan pada Gigi Tetap	
2	Pencabutan Gigi Tetap	
3	Tumpatan Gigi Sulung	
4	Pencabutan Gigi Sulung	
5	Pembinaan ke SD UKGS	
6	Jumlah Murid SD UKGS	
7	Murid SD UKGS yang perlu Perawatan	
8	Murid SD UKGS yang mendapat Perawatan	
	PELAYANAN U.K.G.M.D	
	Pembinaan ke Desa UKGMD	
	Penduduk yang mendapatkan pelayanan Gigi sederhana oleh Kader	
	USAHA KESEHATAN SEKOLAH	
	SD / MI yang melaksanakan Penjaringan	
	SMP / MTS yang melaksanakan Penjaringan	
	SMA / MA yang melaksanakan Penjaringan	
	Murid SD / MI yang diperiksa Penjaringan	
	Murid SMP/MTS yang diperiksa Penjaringan	
	Murid SMA/MA yang diperiksa Penjaringan	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
3	Penderita Katarak yang datang ke Lokasi Operasi	
4	Mata yang dioperasi	
5	Mata yang Batal dioperasi	
6	Kegiatan Operasi Katarak Individual	
15	Anak Berkelainan (ALB)	
16	Anak Berkelainan (ALB) yang dibina	
17	Murid yang mendapatkan Tablet Kecacangan	
18	Anak Sekolah yg Sakit berobat di Puskesmas	
19	Anak Sekolah yg Sakit dirujuk ke Rumah Sakit	
VI	KESEHATAN LINGKUNGAN	
1	TP 3 yang diperiksa	
2	TP 3 yang memenuhi syarat kesehatan	
3	TPM yang diperiksa	
4	TPM yang memenuhi syarat kesehatan	
5	TTU yang diperiksa	
6	TTU yang memenuhi syarat kesehatan	
7	Rumah yang diperiksa	
8	Rumah yang tidak sehat	
9	Industri yang diperiksa	
10	Industri yang memenuhi syarat kesehatan	
11	Industri yang memenuhi IPAL	
12	Sarana Air Bersih (SAB) yg diinspeksi Sanitasi	
13	Sarana Air Bersih (SAB) yg mempunyai risiko rendah	
14	Sarana Air Bersih (SAB) yang mempunyai risiko sedang	
15	Sarana Air Bersih (SAB) yang mempunyai risiko tinggi	
16	Sarana Air Bersih (SAB) yang mempunyai risiko amat tinggi	
17	Jumlah Sekolah yang diperiksa	
18	Sekolah yg memenuhi syarat Kes. Lingk.	
19	Sampel Air yang diperiksa secara Kimia	
20	Sampel Air scr kimia memenuhi syarat kes.	
21	Sampel Air yang diperiksa secara Bakteriologi	
22	Sampel Air secara Bakteriologi memenuhi syarat kesehatan	
23	SPAL yang diperiksa	
24	SPAL yang memenuhi syarat kesehatan	
25	Jamban Keluarga (Jaga) yang diperiksa	
26	Jamban Keluarga (Jaga) yang memenuhi syarat kesehatan	
27	TRE yang diperiksa	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
7	Murid Pondok Pesantren yang diperiksa Penjarangan	
8	Murid Sekolah diperiksa dengan Berat Badan sesuai dengan Tinggi Badan	
9	Penyakit ISPA yg ditemukan hsl penjarangan	
10	Penyakit Gigi yg ditemukan hasil penjarangan	
11	Penyakit Kulit yg ditemukan hasil penjarangan	
12	Penyakit Mata yg ditemukan hasil penjarangan	
13	Penyakit Kusta yg ditemukan hsl penjarangan	
14	Penyakit TB. Paru-paru yang ditemukan hasil penjarangan	
VI. KEGIATAN PENYULUHAN KES. MASY.		
1	Peserta Dana Sehat	
2	Peserta JPKM (KK)	
3	Peserta Askes	
4	Peserta Jamsostek	
5	Peserta Asuransi Kesehatan Swasta	
6	Peserta Asuransi Lainnya	
7	Kader Aktif	
8	Rumah Tangga PHBS	
9	Sekolah PHBS	

No	KEGIATAN	JUMLAH
(2)	(2)	(3)
28	TPS yang memenuhi syarat kesehatan	
29	TPA yang diperiksa	
30	TPA yang memenuhi syarat kesehatan	
31	Jasaboga yang diperiksa	
32	Jasaboga yang memenuhi syarat kesehatan	
33	Desa Pengrajin Makanan yang diperiksa	
34	Desa Pengrajin Makanan yang memenuhi syarat kesehatan	

10	Tempat Ibadah PHBS	
11	Kantor / Instansi PHBS	
12	Puskesmas Pembantu PHBS	
13	Tempat-tempat Umum PHBS	
VII. KEGIATAN LABORATORIUM		
1	Pemeriksaan Specimen Darah	
2	Pemeriksaan Specimen Air Seni (Urine)	
3	Pemeriksaan Specimen Tinja	
4	Pemeriksaan Specimen Lain-lain	

MENGETAHUI
KEPALA PUSKESMAS

.....
NIP.

..... 20
PELAPOR
PELAKSANA PROGRAM

.....
NIP.

KODE PUSKESMAS :
 PUSKESMAS :

KECAMATAN
 PUSKESMAS PEMBANTU YANG

- ADA :
 - LAPOR :
 KABUPATEN : BOGOR
 PROPINSI : JAWA BARAT

LBI 1

Halaman 1

Lembar 1 : Untuk Koordinator SP3 Kab.

Lembar 2 : Untuk Koordinator SP3 Pusk.

Lembar 3 : Arsip

Bulan :

Tahun :

LAPORAN BULANAN PENYAKIT (LBI)

No	KODE ICD - 10	Periyakit	JUMLAH KASUS MENURUT GOLONGAN UMUR (Tahun)										Jumlah
			0-7 hari	8-28 hari	29 hr < 1 Thn	1-4 Th	5-14 Th	15-44	45-54	55-64	> =65		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
PENYAKIT INFeksi DAN PARASIT TERTENTU													
1	A00	Kolera											
2	A01,0	Demam Tifoid											
3	A01,4	Demam paratifoid, tidak spesifik											
4	A02	Infeksi salmonella lainnya											
5	A03,9	Shigelosis tidak spesifik, Disentri Basiler tidak spesifik											
6	A04,9	Infeksi usus karena bakteri lainnya tidak spesifik											
7	A05,9	Keracunan Makanan karena bakteri lainnya											
8	A06	Amubiasis, Disentri Amuba											
9	A08,5	Infeksi Virus dan Infeksi Usus tertentu lainnya											
10	A09	Diare dan Gastroenteritis tdk dpt diidentifikasi A00-A08											
TUBERKULOSIS													
11	A15,0	Tuberkulosa Paru BTA(+) tanpa pemeriksaan bakteri											
12	A15,9	Tuberkulosis sistem pernafasan yg tak spesifik (diidentifikasi dgn pemeriksaan bakteriologi atau histologi)											
13	A16,0	Tuberkulosis paru klinis											
14	A17,0	Meningitis Tuberkulosa											
15	A18	Tuberkulosis organ lainnya											
16	A19	Tuberkulosis miliaris											
PENYAKIT INFeksi BAKTERI HEWAN													
17	A20,9	Pes / Sampar tidak spesifik											
18	A22,9	Antraks tidak spesifik											
19	A27,9	Leptospirosis tidak spesifik											
INFeksi BAKTERI LAINNYA													
20	A30,0	Kusta I/T (MB)											
21	A30,5	Kusta B/L (PB)											
22	A33	Tetanus Neonatorum											
23	A35	Tetanus lainnya											
24	A36,9	Difteria											
25	A37,9	Batuk rejan											

No	KODE ICD-10	Penyakit	JUMLAH KASUS MENURUT GOLONGAN UMUR (Tahun)										Jumlah
			0-7 hr	8-28 hr	29 hr-1 Th	1-4 Th	5-14 Th	15-44	45-54	55-64	>=65		
26	A39,9	Infeksi Meningokok	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
27	A41,9	Septisemia											
28	A50-A54	PENYAKIT INFESTASI YANG DITULARKAN MELALUI HUBUNGAN SEKSUAL											
29	A50	Sifilis kongenital/bawaan											
30	A51,9	Sifilis Dihil											
31	A54,9	Infeksi Gonokok											
32	A55-A56	PENYAKIT SIFILIS DAN LAINNYA											
33	A66	Frambusia											
34	A80-A89	INFESTASI VIRUS PADA BUBUNGAN BARAF PUSAT											
35	A80,9	Poliomyelitis Akut											
36	A82,9	Rabies											
37	A87,9	Meningitis karena virus											
38	A90-A99	DEMAM BERDARAH VIRUS DAN DEMAM VIRUS DITULARKAN OLEH ARTOPODA											
39	A91	Demam berdarah dengue											
40	B0-B09	INFESTASI VIRUS YANG DITARDAT OLEH LELE, PADA KULIT DAN MUKOSA (SELAPUT)											
41	B01,9	Varisela/Cacar Air											
42	B05,9	Campak											
43	B19	Hepatitis Virus tidak spesifik											
44	B20-B24	Penyakit HIV											
45	B24	Penyakit HIV tidak spesifik											
46	B50-B54	PENYAKIT YANG DISEBARKAN OLEH PROTOKOBA											
47	B50,9	Malaria Falsiparum (Malaria Tropika)											
48	B51,9	Malaria Vivax (Malaria Tertiana)											
49	B53,8	Malaria tertuki secara parasitologi tidak teridentifikasi											
50	B54	Malaria klinis											
51	B55-B58	PENYAKIT YANG DISEBARKAN OLEH CACING											
52	B74,9	Filaris											
53	B77,9	Askariasis (Penyakit cacing gelang)											
54	B79	Trichuriasis (Penyakit cacing cambuk)											
55	B85-B89	PELIKULOSIS AKARIASIS & GANGGUAN OLEH KUTU LAINNYA											
56	B86	Skabies											
57	I	TUMOR GANAS/ NEOPLASMA GANAS											
58	C00-C14	Tumor ganas bibir, rongga mulut, faring											
59	C15-C26	Tumor ganas saluran pencernaan											
60	C30-C39	Tumor ganas sistem pernafasan dan alat di dalam rongga dada											
61	C50	Tumor ganas payudara											
62	C51-C58	TUMOR GANAS ALAT KELAMIN WANITA											

No	KODE ICD-10	Penyakit	JUMLAH KASUS MENURUT GOLONGAN UMUR (Tahun)							Jumlah		
			0-7 hari	8-28 hari	29 hr - 1 th	1-4 Th	5-14 Th	15-44	45-54		55-64	>=65
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
52	C53.9	Tumor ganas Leher Rahim										
53	C54.9	Tumor ganas Korpus Rahim										
54	C56	Tumor ganas Indung Telur										
55	C60-C63	TUMOR GANAS ALAT KELAMIN PRIA										
55	C61	Tumor ganas Prostat										
56	D10-D36	TUMOR JINAK										
56	D36	Tumor Jinak lainnya dan Tidak Spesifik tempatnya										
57	D37-D48	TUMOR TERTEKUTU ATAU TIDAK DIKETAHUI PEKUALIFIKASINYA										
57	D48	Tumor tertentu atau tidak diketahui perkaku lainnya, tempat dan tidak spesifik										
III		PENYAKIT DARAH DAN ALAT PEMBENTUK DARAH dan BERBAPA KELAINAN YANG BERTUBUHGAN DENGAN MEKANISME KEKESALAN (TINJAU)										
58	D50.9	Anemia defisiensi Besi										
59	D53.9	Anemia defisiensi Gizi										
60	D64.9	Anemia lain tidak spesifik										
IV		PENYAKIT MELAINAN ENDOKRIN, GIZI DAN METABOLIK										
61	E14	Diabetes mellitus tidak spesifik										
62	E40	Kwasiorhor										
63	E41	Marasmus karena malnutrisi berat										
64	E42	Marasmitik-Kwasiorhor										
65	E46	Malnutrisi protein dan kalori tidak spesifik										
66	E50	Kekurangan Vitamin A										
V		GANGGUAN JIWA DAN PERILAKU										
67	F19	Gangguan jiwa dan perilaku yang disebabkan oleh penggunaan lebih dari satu jenis obat dan jenis psiko										
68	F20.9	Siksofrenia										
69	F48.9	Gangguan emosi (neurotik) lainnya										
70	F79	Retardasi Mental tidak spesifik										
VI		PENYAKIT SUSUNAN SARAF										
71	G00.9	Meningitis bakterialis										
72	G40.9	Epilepsi										
73	G98	Gangguan lain pada susunan saraf yang tidak terklasifikasikan										
VII		PENYAKIT PADA MATA DAN ADNEKSA										
74	H10.9	Conjunctivitis										
75	H16.9	Keratitis										
76	H25.9	Katarak senilis										
77	H26.9	Katarak lain tidak spesifik										
78	H40.9	Glaukoma tidak spesifik										

No	Kode ICD-10	Penyakit	JUMLAH KASUS MENURUT GOLONGAN UMUR (Tahun)										Jumlah								
			0-7 hari		8-28 hari		29 hr - 1 th		1-4 Th		5-14 Th			15-44		45-64		55-64		>=65	
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13									
79	H52	Gangguan Refraksi dan Akomodasi																			
80	H57.9	Gangguan mata dan adneksa lainnya																			
	VIII	PENYAKIT TELINGA DAN PROSESUS MASTOIDEUS																			
81	H65.9	Otitis Media Nonpurulativa																			
82	H66.4	Otitis Media Supurativa tidak spesifik																			
83	H70.9	Mastoiditis																			
84	H72.9	Perforasi selaput timpani tidak spesifik																			
85	H93.9	Gangguan telinga lain tidak spesifik																			
	IX	PENYAKIT SISTEM PEMBULUH DARAH																			
86	I10	Hipertensi Primer (Essensial)																			
87	I21.9	Infark Otak jantung akut																			
88	I24.9	Penyakit jantung Iskemik Akut lain																			
89	I50.9	Penyakit gagal jantung (Decompensation Cordis)																			
90	I67.9	Penyakit Serebrovaskular tidak spesifik																			
91	I99	Penyakit pembuluh darah lain tidak spesifik																			
	X	PENYAKIT SISTEM PERnafasan																			
	J00-J06	Penyakit infeksi saluran Pernafasan Atas/Akut																			
92	J00	Nasofaringitis Akuta (Common Cold)																			
93	J01.9	Sinusitis Akuta																			
94	J02.9	Faringitis Akuta																			
95	J03.9	Tonsilitis Akuta																			
96	J04.0	Laringitis Akuta																			
97	J04.2	Laringitis dengan traheitis Akuta																			
98	J06.9	Penyakit infeksi saluran Pernafasan Atas Akut tidak spesifik																			
	J10-J18	INFLUENZA DAN PNEUMONIA																			
99	J11.1	Influenza																			
100	J18.0	Bronchopneumonia tidak spesifik																			
101	J18.9	Pneumonia																			
	J20-J22	PENYAKIT INFeksi SALURAN PERnafasan BAWAH AKUT/LAINNYA																			
102	J22	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Bawah Akuta tidak spesifik																			
	J30-J39	PENYAKIT INFeksi SALURAN PERnafasan BAWAH AKUT/LAINNYA																			
103	J39	Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas lainnya																			
104	J40	Bronkitis																			
105	J45	Asma																			
106	J46	Status Asmatikus																			
107	J47	Bronkitis dan Bronkiektasis																			
108	J84.9	Penyakit jaringan paru tidak spesifik																			

**CHEK LIST LAPORAN UPTD PUSKESMAS
(SUPLEMEN PROGRAM)**

NO	JENIS LAPORAN	BIDANGAN/BAGIAN	KETERANGAN
1	Rekapan Kunj. Askes	TU	Bulanan
2	Rekapan Diagnosa dan Hari Prwtn	YANKES	Bulanan
3	Lap BP Gigi	YANKES	Bulanan
4	Lap Laboratorium	YANKES	Bulanan
5	Lap Kunj. Pasien PKM	YANKES	Bulanan
6	Kompilasi Data Resep	YANKES	Bulanan
7	LPLPO Askes	YANKES	Bulanan
8	LPLPO APBD	YANKES	Bulanan
9	Lap obat JPKMM	YANKES	Bulanan
10	Lap Kunjungan Gakin	YANKES	Bulanan
11	Suplemen Kes Jiwa	YANKES	Bulanan
12	Lap LB 1	PROGKES	Bulanan
13	Lap LB 3	PROGKES	Bulanan
14	Lap LB 4	PROGKES	Bulanan
15	Lap Eksekutif	PROGKES/TU	Bulanan
16	Lap Posyandu	PROGKES	Bulanan
17	Suplemen Promkes	PROGKES	Bulanan
18	Suplemen UKS	PROGKES	Bulanan
19	Lap Pemakaian Obat Cacing	PROGKES	Semester
20	Laporan C1 Campak	P2PKL	Bulanan
21	Lap Diare	P2PKL	Bulanan
22	Lap Ispa/Pneumonia	P2PKL	Bulanan
23	Lap Kusta	P2PKL	Bulanan
24	Lap TB-Paru (TB 01-TB 06)	P2PKL	Triwulanan
25	Lap Surveillans STP	P2PKL	Bulanan
26	W 2	P2PKL	Mingguan
27	W1	P2PKL	Insidentil
28	Lap Konsultasi Imunisasi	P2PKL	Bulanan
29	Lap Sanitasi	P2PKL	Triwulanan
30	Analisa Keterpaduan KIA/Imunisasi	P2PKL	Bulanan
31	Lap Bumil KEK/Anemia	BINKESMAS	Bulanan
32	Lap Vit A	BINKESMAS	Bulanan
33	Analisa Keterpaduan KIA/KB	BINKESMAS	Bulanan
34	Pemantauan Gizi Buruk/Kurang (B)	BINKESMAS	Bulanan
35	Lap Gizi	BINKESMAS	Triwulanan
36	Lap MTBS	BINKESMAS	Bulanan
37	Laporan Tenaga dan Sarana	BINKESMAS/TU	Bulanan
38	Lap BPB	BINKESMAS	Bulan Februari dan Agustus
39	OP/OM	BINKESMAS	Bulanan
40	Suplemen KIA	BINKESMAS	Bulanan
41	Lap Pembinaan Lansia	BINKESMAS	Bulanan
42	Tindak Lanjut Lansia	BINKESMAS	Bulanan
43	Lap Klinik KB/ FII	BINKESMAS	Bulanan
44	Lap Gizi Buruk	BINKESMAS	Bulanan
45	Suplemen Gizi	BINKESMAS	Bulanan
46	Tindak Lanjut Gizi	BINKESMAS	Bulanan

MANUAL OPERATING SYSTEM
SISTEM INFORMASI PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS
DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2005



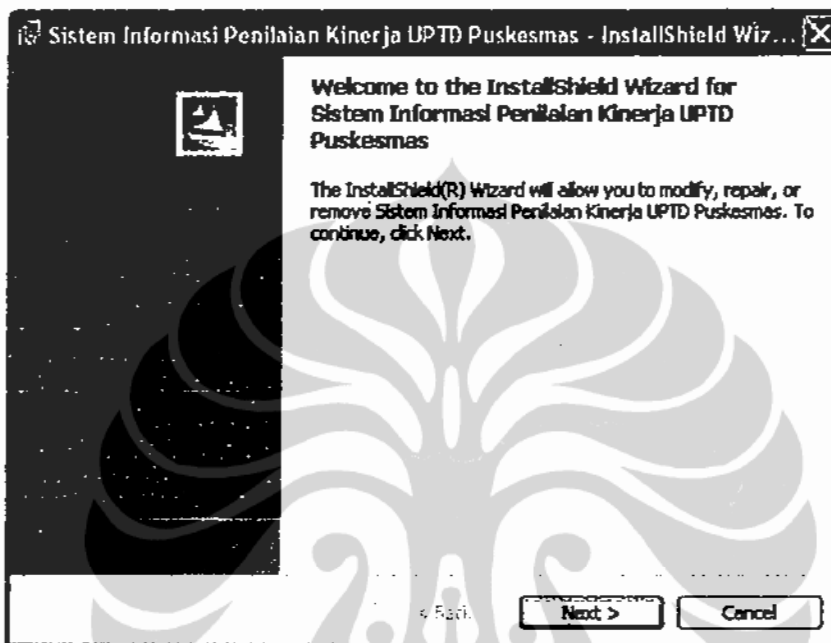
Disusun Oleh :

ANANG SUJANA
INFOKES 2005
NPM 7005012509

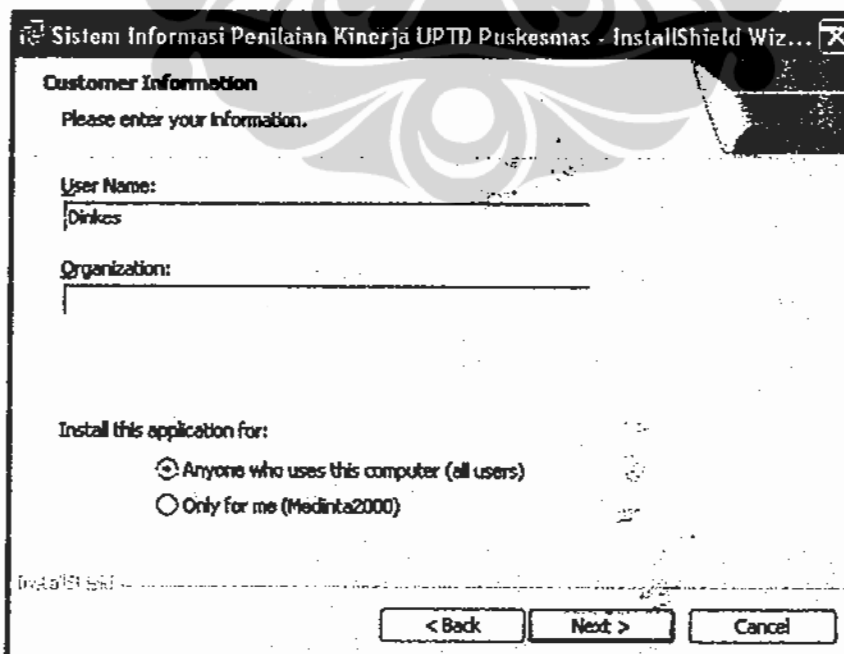
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008

L. INSTALASI PROGRAM

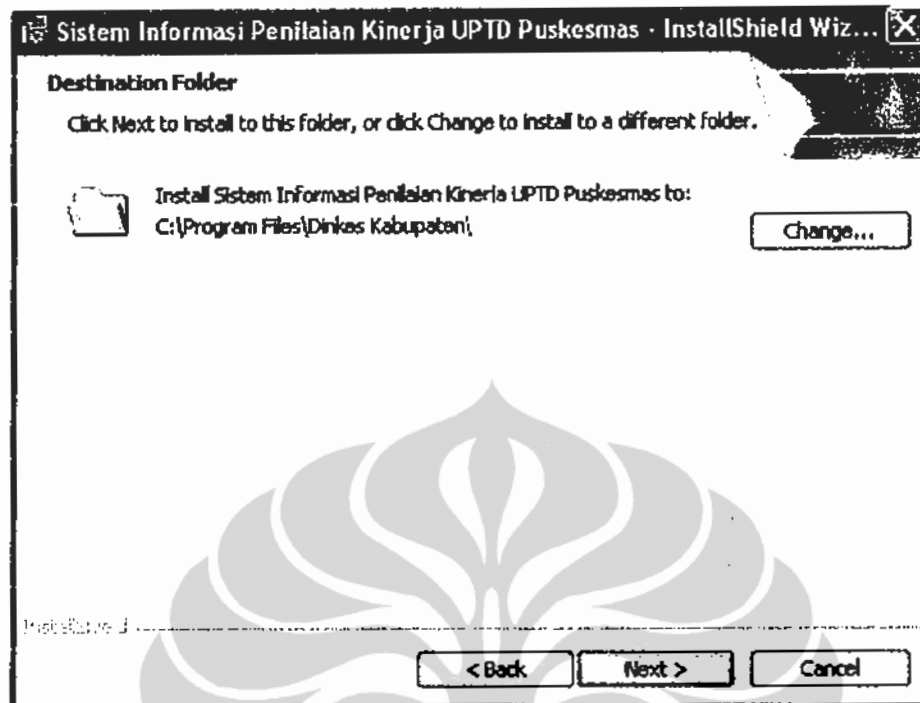
Jalankan file Setup.exe yang terdapat dalam CD / Harddisk. Setelah file Setup.exe dijalankan maka akan muncul tampilan sebagai berikut :



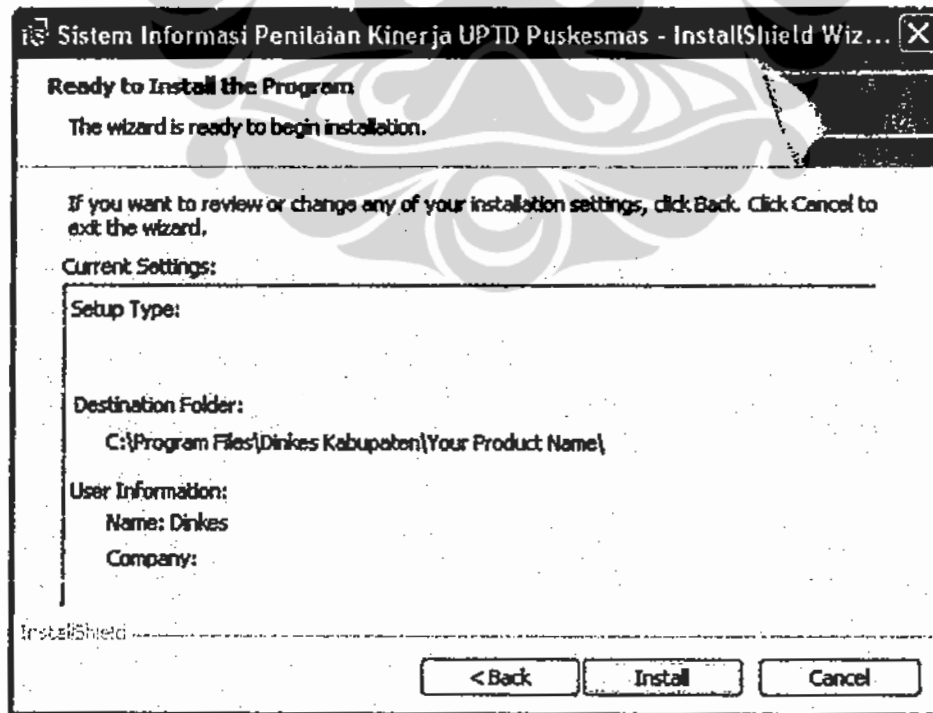
Tekan tombol Next agar tampilan maju ke tahap berikutnya.



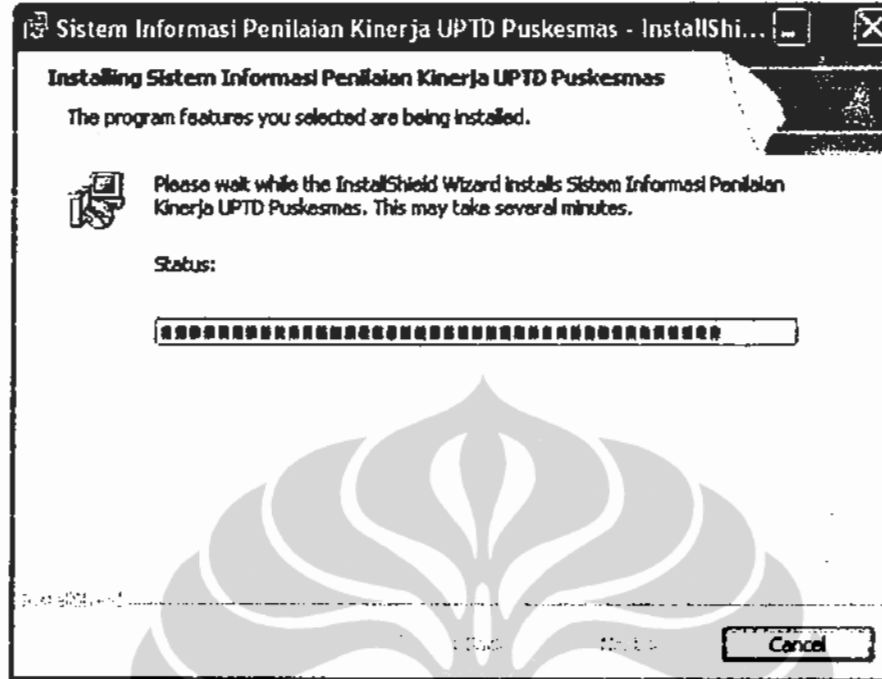
Masukkan User Nae dan Organization (bebas), seperti contoh Dinkes, kemudian tekan tombol Next.



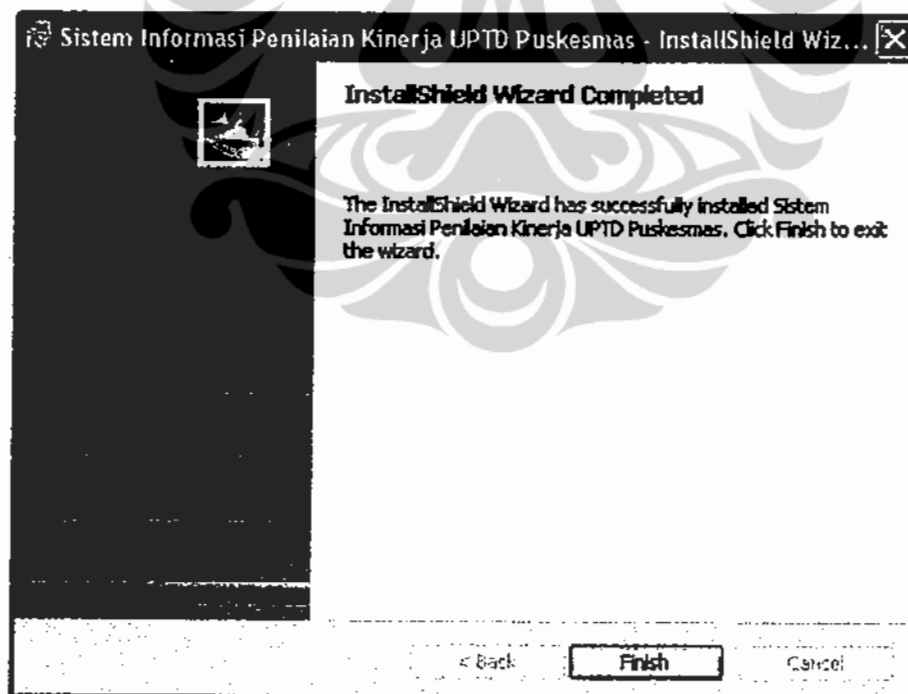
Tentukan lokasi dimana aplikasi akan diinstall. Secara default aplikasi akan disimpan di C:\Program Files\Dinkes Kabupaen. Untuk melanjutkan ke tahap berikutnya tekan tombol Next lagi.



Informasi Instalasi ditampilkan, apabila konfigurasi setup sudah benar tekan tombol Install untuk memulai instalasi program



Proses Instalasi sedang berjalan, tunggu sampai selesai hingga muncul tampilan seperti berikut :

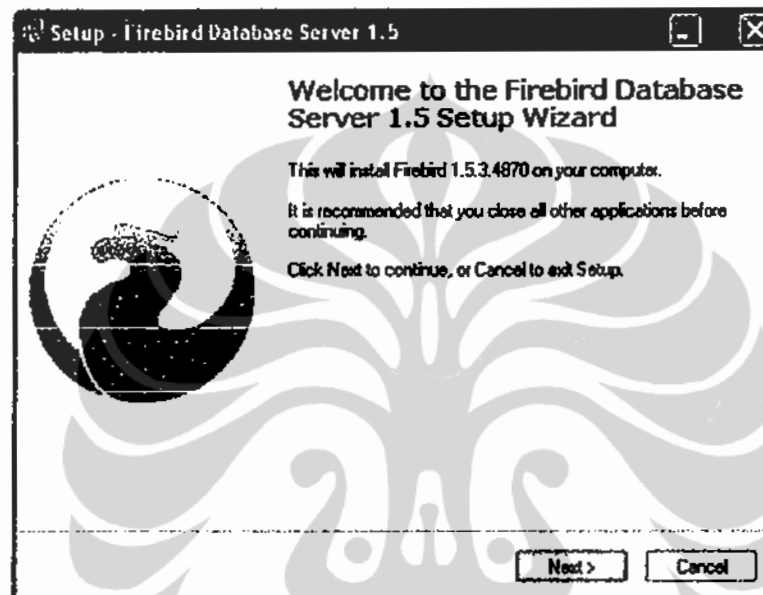


Proses instalasi program sudah selesai, tekan tombol Finis untuk mengakhiri proses instalasi program.

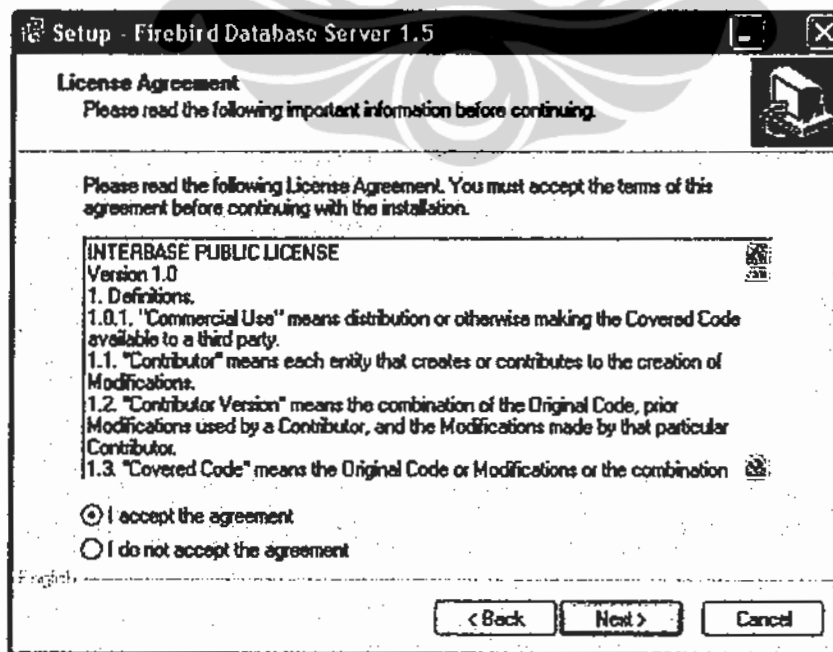
II. INSTALASI DATABASE

Install Database Firebird

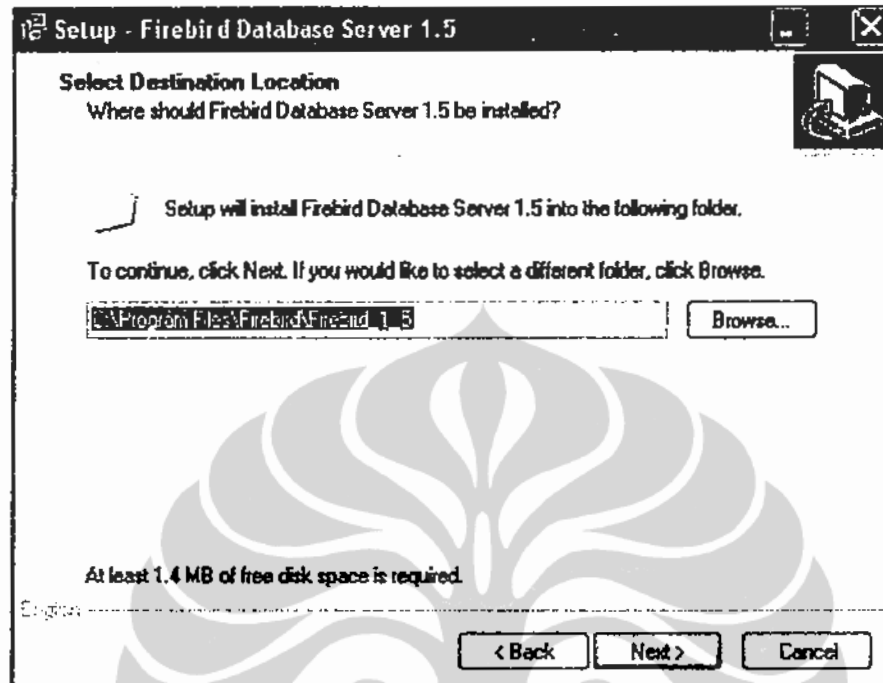
Aplikasi Sistem Informasi kinerja Puskesmas menggunakan database Firebird. Jalankan file setup untuk Database Firebird maka akan muncul tampilan awal sebagai berikut :



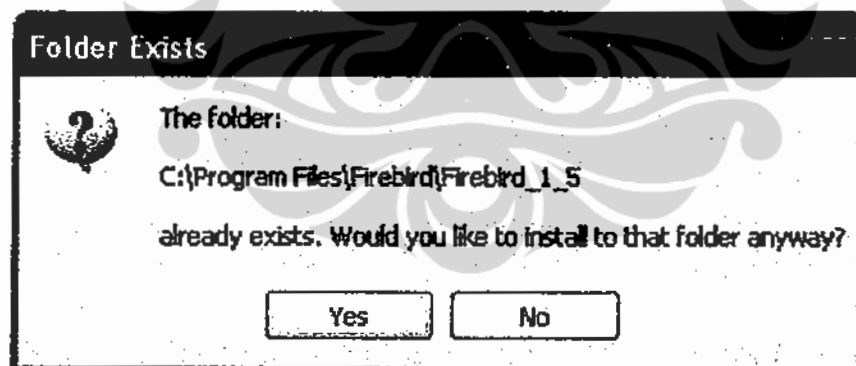
Tekan tombol next untuk melanjutkan ke tampilan berikutnya



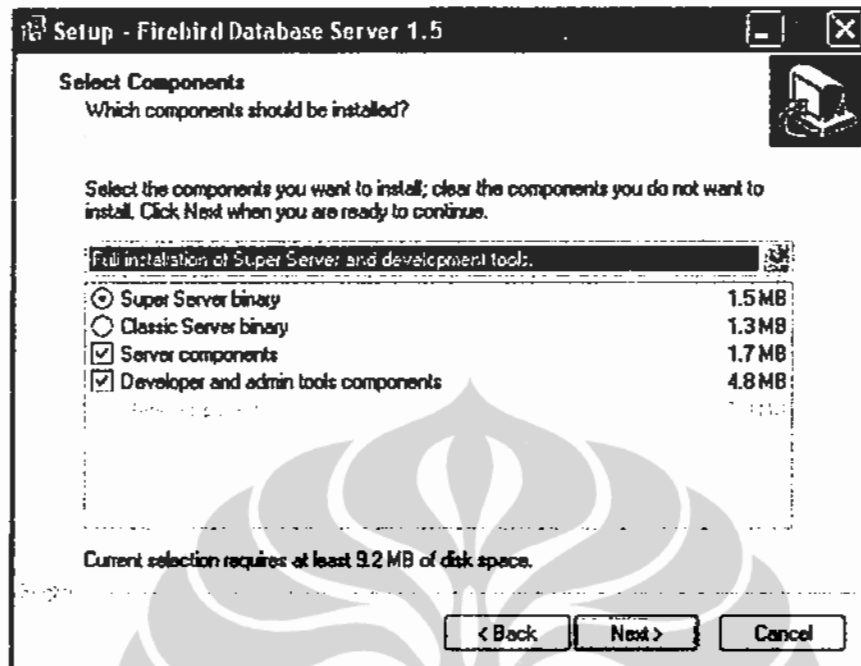
Klik I accept th agreement laku tekan tombol next untuk melanjutkan.



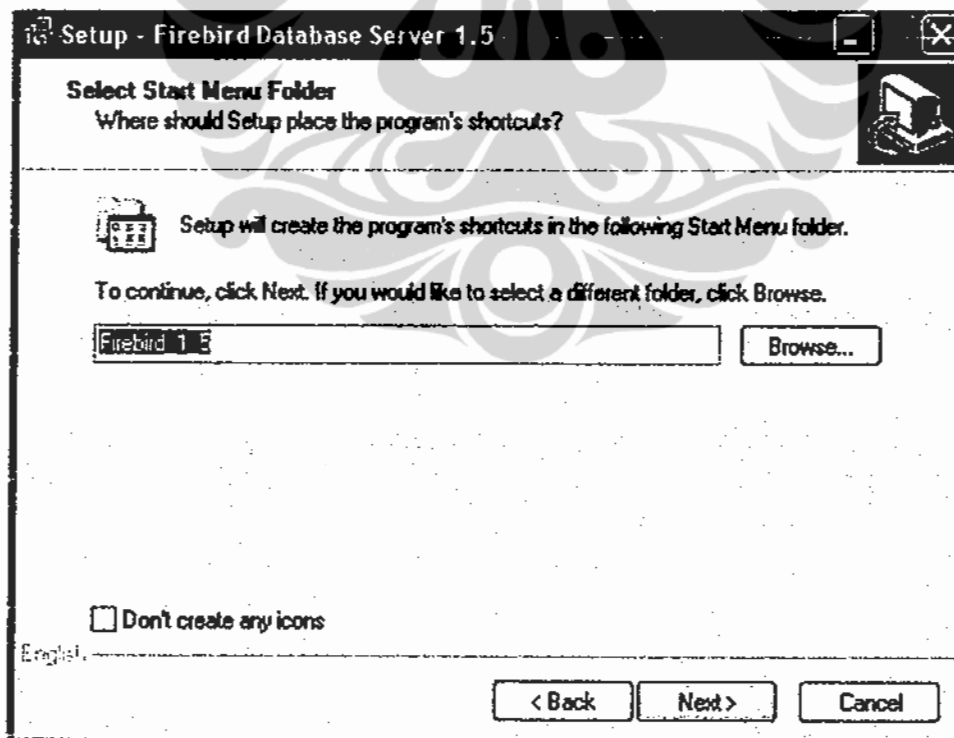
Tentukan lokasi Firebird Database akan diinstall, bila tdak ingin dirubah tekan tombol next untuk melanjutkan proses insalasi.



Windows konfirmasi akan tampil kemudian klik tombol Yes.



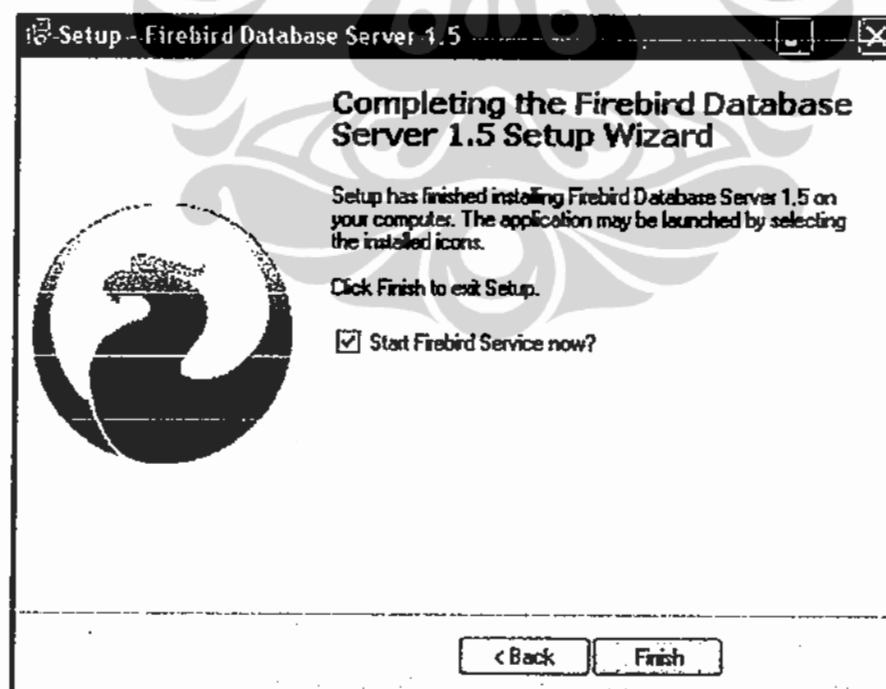
Pada windows Select Components kita dapat memilih komponen yang akan diinstal, untuk default biarkan komponen yang sudah terpilih kemudian tekan tombol Next.



Tekan tombol Next kembali untuk melanjutkan proses install.



Biarkan seluuh optin yang ada, kemudain tekan tombol Next kembali sampai muncul tampilan sebagi berikut :



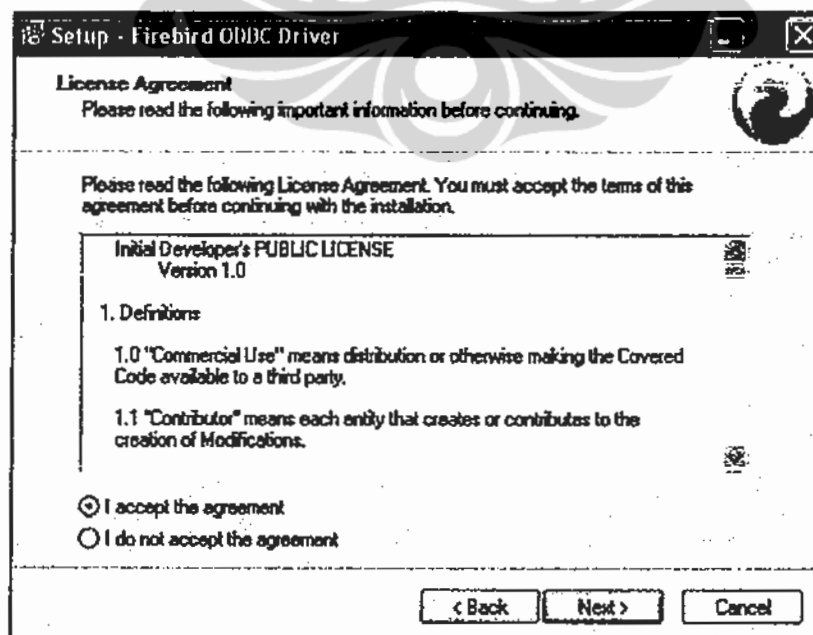
Tekan tombol Finis untuk mengakhiri proses install.

Install ODBC Driver

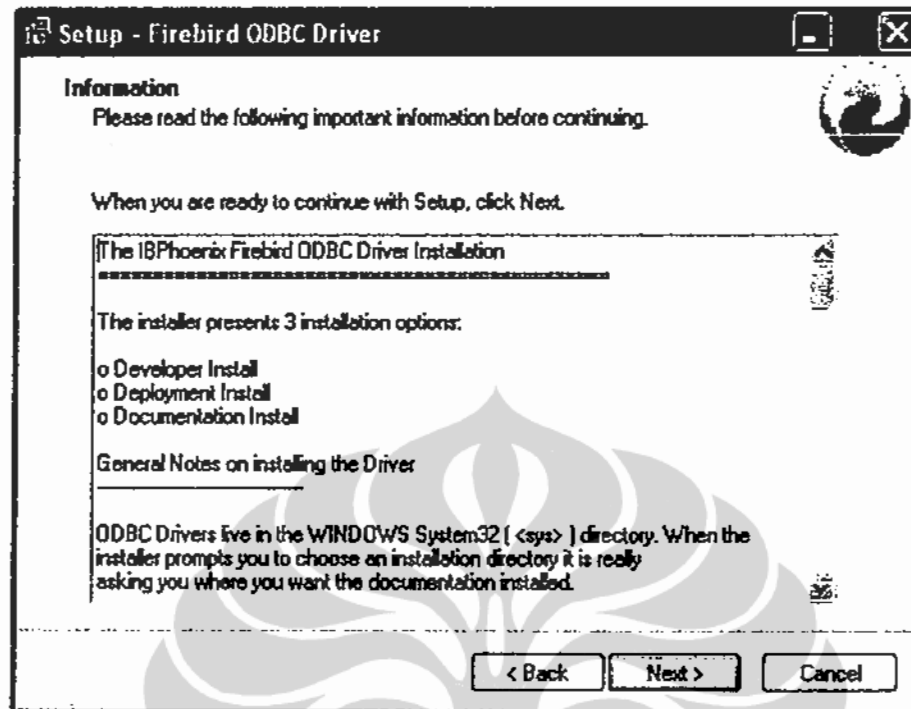
Koneksi Database yang digunakan adalah model ODBC, untuk dapat melakukan koneksi antar aplikasidan database, kita harus terlebih dahulu menginstall driver ODBC untuk firebird. Jalankan file setup ODBC Firebird, makaakan muncul tampilan awal seperti berikut ini :



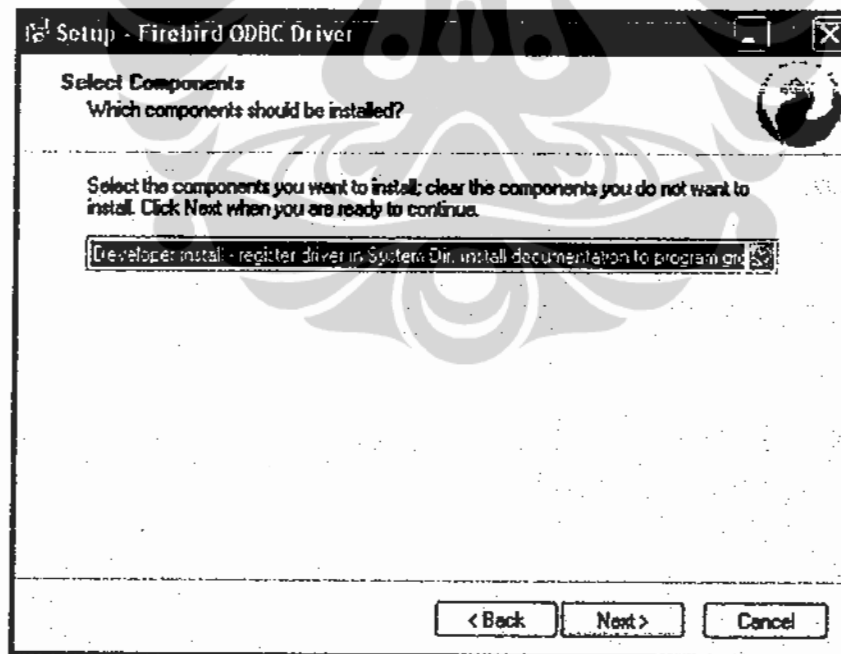
Tekan tombol Next untuk melanjutkan ke proses berikutnya.



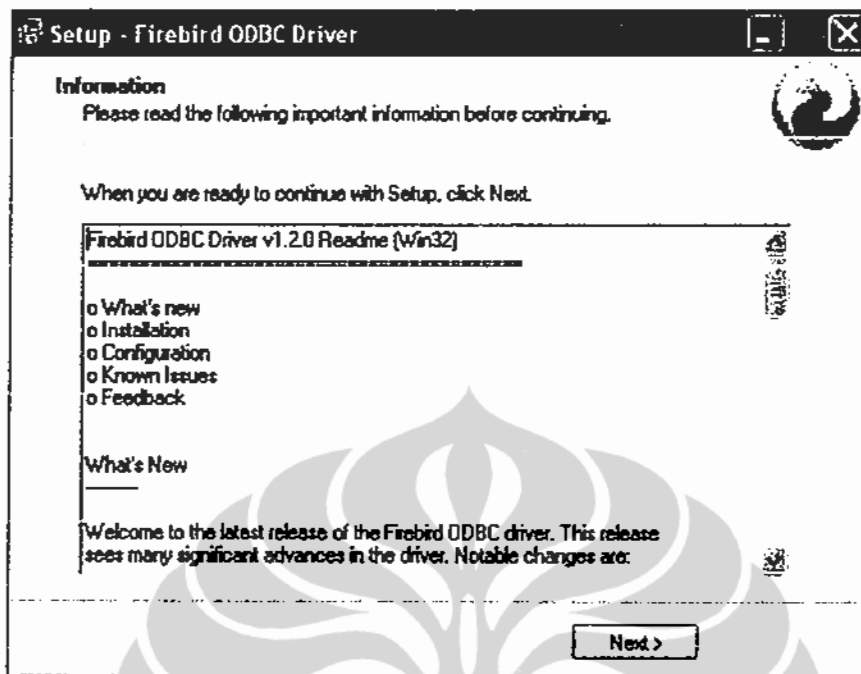
Pilih I accept the agreement kemudian tekan tombol Next kembali.



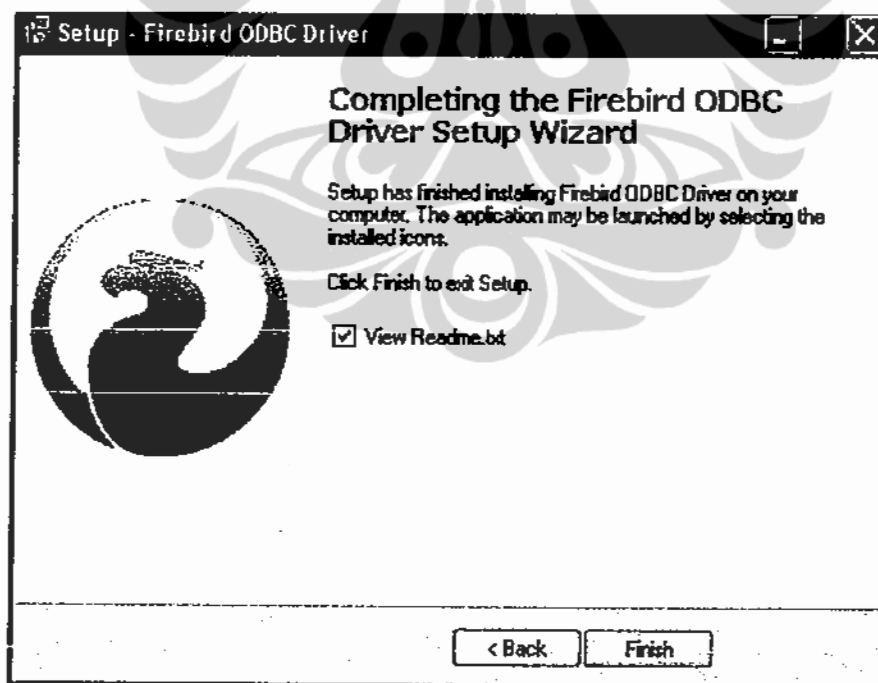
Window information akan muncul, tekan tombol next sampai muncul tampilan berikut



Biarkan pilihan yang sudah ada, tekan tombol Next.



Setelah window information tampil, tekan kembali tombol Next sampai muncul tampilan sebagai berikut :



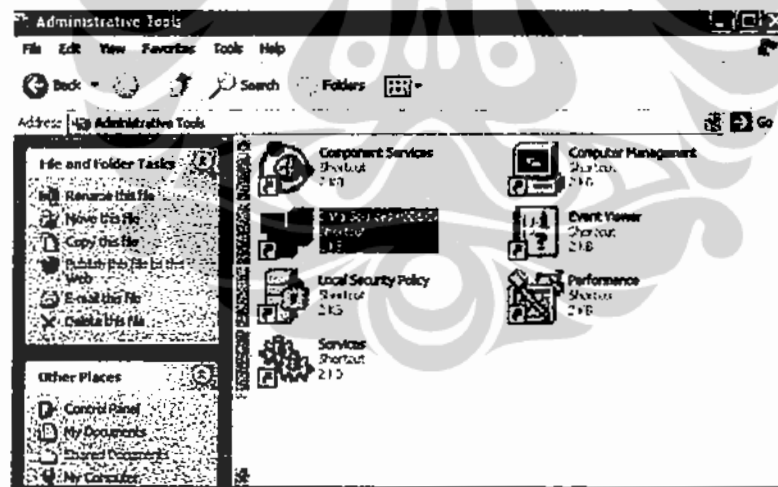
Tekan tombol Finish untuk mengakhiri proses instalasi.

Setting Koneksi ODBC

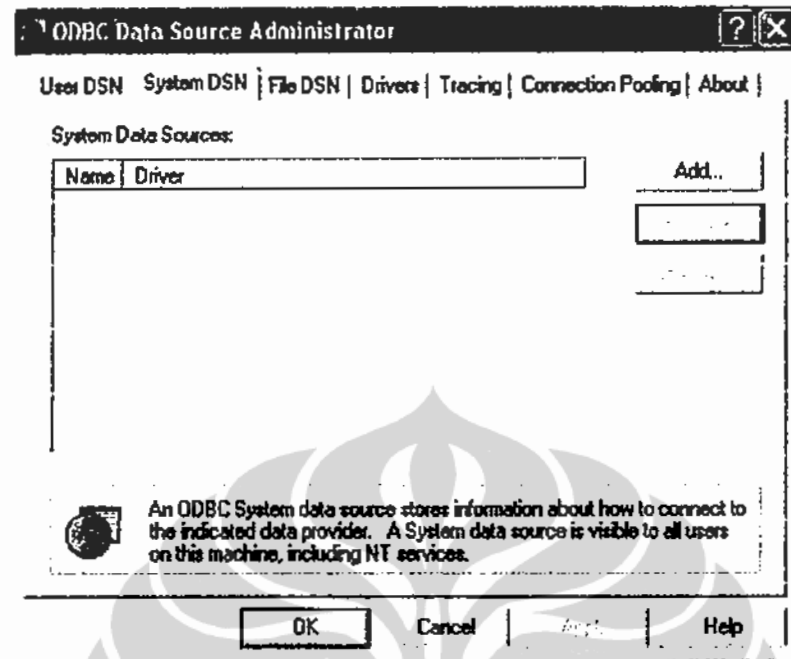
Untuk melakukan setting ODBC pilih Administrative Tools pada Control Panel.



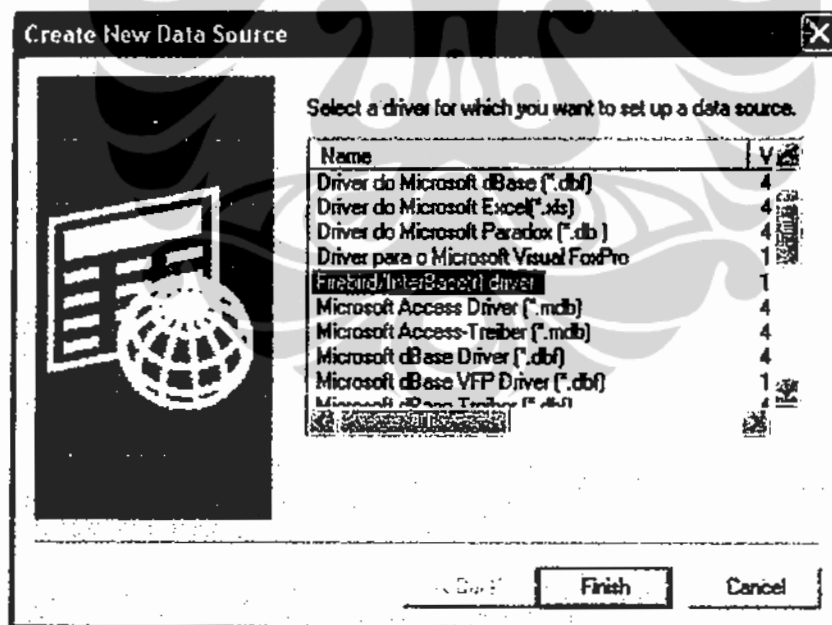
Pilih Data Sources (ODBC) pada windows Administrative Tools



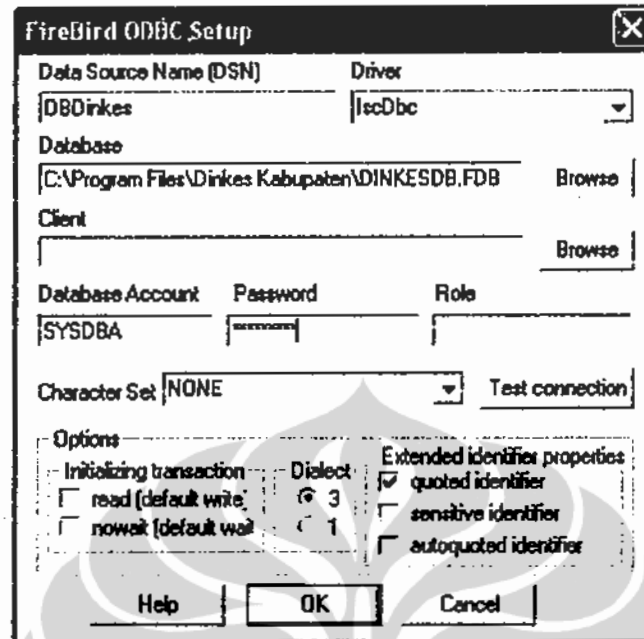
Setelah memilih Data Source (ODBC) maka akan tampil window sebagai berikut :



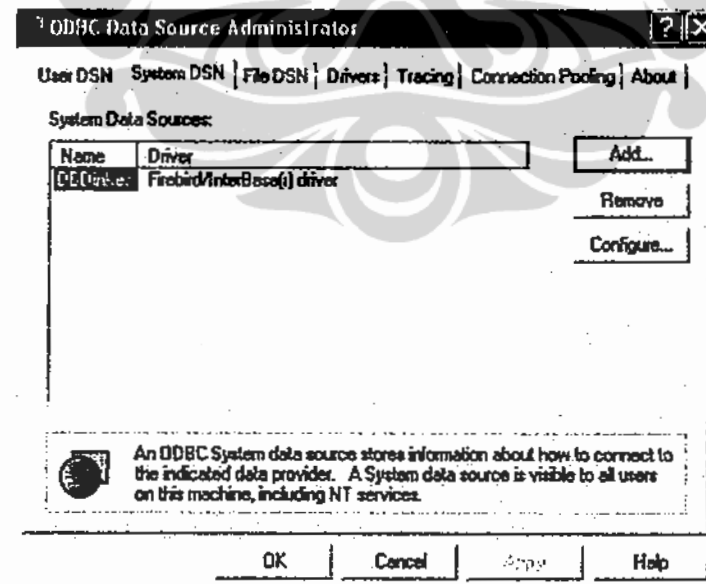
Pilih tab System DNS kemudian tekan tombol Add untuk menambah Datasource baru.



Pilih Firebird/Interbase driver, kemudian tekan Finish, maka akan muncul tampilan seperti berikut :



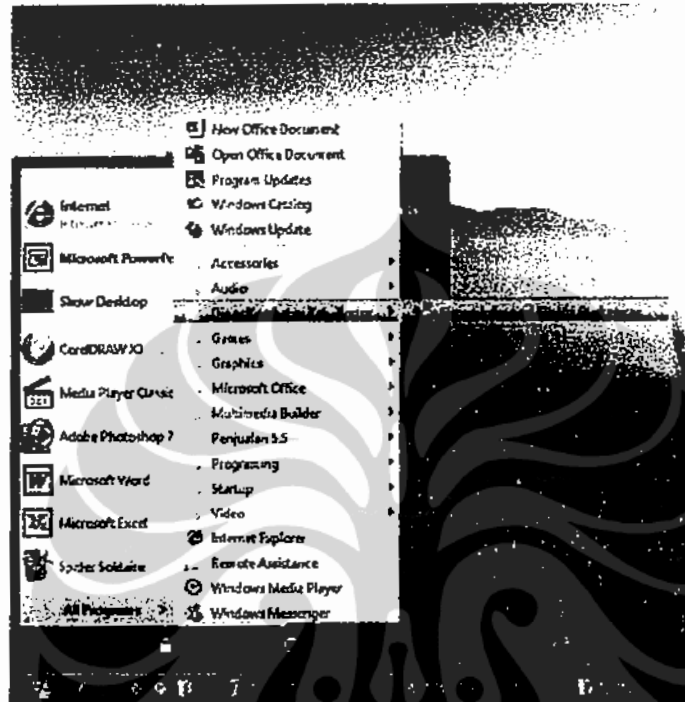
Isi Data Source Name (DSN) dengan DBDinkes, Database diisi dengan C:\Program Files\Dinkes Kabupaten\DINKESDB.FDB (secara default program diinstal pada lokasi tersebut), Database Account diisi dengan SYSDBA dan password MASTERKEY. Untuk memastikan isian sudah benar tekan tombol Test connection, bila koneksi benar maka akan tampil pesan Connection Successful, kemudian tekan tombol OK.



Data Source DBDinkes sudah dapat terlihat di window ODBC, kemudian tekan tombol OK untuk menutup window ODBC.

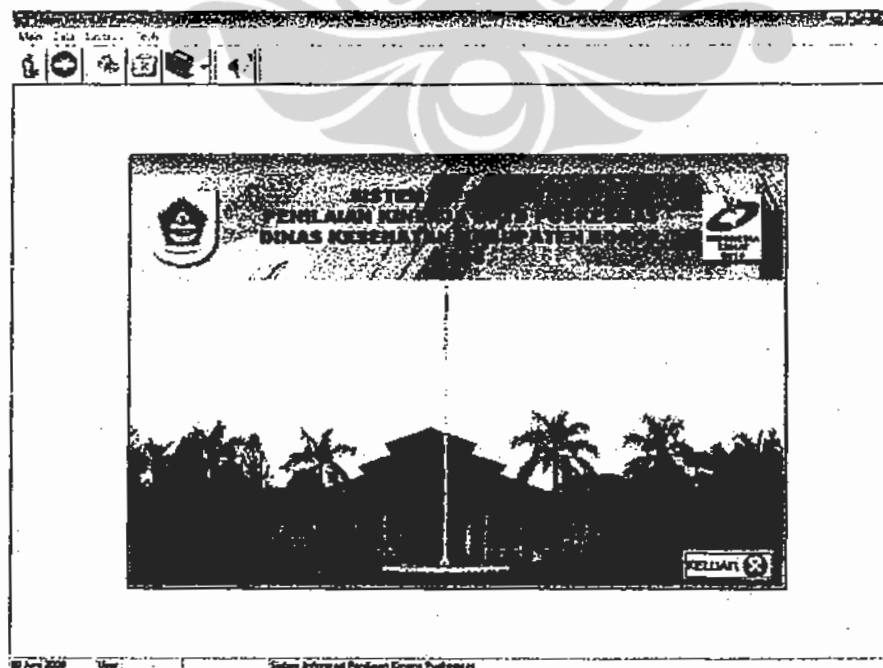
III. MEMULAI PROGRAM

Pilih Start, Program, Dinas Kesehatan Kab. Bogor, Sistem Informasi Kinerja Puskesmas seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini.



Memulai program

Setelah program terbuka, maka akan muncul tampilan awal Sistem Informasi Kinerja Puskesmas seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini.



Login User

Untuk dapat menggunakan program, pengguna terlebih dahulu harus melakukan Login user untuk mendapatkan hak akses sesuai dengan levelnya. Untuk melakukan Login pilih menu Main, Login atau tekan tombol F5 pada keyboard. Setelah muncul tampilan Login User isikan nama dan password kemudian tekan tombol OK.

Input Pelayanan

Untuk menginput pelayanan pilih menu Tools, Jenis Pelayanan, maka akan tampil windows seperti berikut ini :

Masukkan No pelayanan, kemudian nama pelayanan kemudian tekan simpan untuk menyimpan data ke database. No pelayanan bersifat unik (tidak boleh ada yang sama).

Input / Edit Indikator

Untuk menginput indikator dari tiap-tiap pelayanan pilih menu Tools, Indikator, maka akan muncul tampilan sebagai berikut :

frmIndikator

Pelayanan: Pelayanan KIA/KB

No. ID: 32 (Automatis)

Indikator:

No.ID	INDIKATOR
1	Cakupan Kunjungan Bumil K4
2	Cakupan Linakes
3	Cakupan Bumil Resti Dinjak
4	Cakupan Kunjungan Neonatus
5	Cakupan Kunjungan Bayi
6	Cakupan BBLR yang Dilayani
7	Cakupan Peserta KB Aktif

Tentukan jenis pelayanannya terlebih dahulu, kemudian input nama indikator lalu tekan simpan untuk menyimpan data ke database. No ID indikator bersifat otomatis (tidak perlu diinput).

Untuk mengedit indikator tekan tombol edit dan masukkan nama indikator yang baru, maka indikator akan otomatis tersimpan dalam database.

Menentukan Tahun

Untuk menentukan tahun pilih menu Tools, tahun kemudian pilih rubah tahun sesuai dengan kebutuhan kemudian tekan tombol OK.

Tahun

2008

Input Data Puskesmas

Untuk input data Puskesmas, klik menu Data, Puskesmas, maka akan tampil windows sebagai berikut :

Isi dengan lengkap form tersebut, lalu tekan tombol Simpan untuk menyimpan data puskesmas di Database. Perlu diingat, kode puskesmas adalah primary key dalam database, sehingga tidak boleh ada kode yang sama untuk tiap-tiap puskesmas .

Edit / Hapus / Cari Data Puskesmas

Untuk mengedit, mencari atau menghapus data puskesmas, pilih tab Edit / Cari Data pada window Data Puskesmas, maka akan tampil indow seperti di bawah ini.

KODE	NAMA	ALAMAT
0001	PUSKESMAS SEMBUR	JL. SEMBUR
0003	PUSKESMAS RUMPI	RUMPI
12345	PUSKESMAS WARUNG JAMBU	BANGBANG
01023	PUSKESMAS JASINE	JASINE

Pada window ini akan muncul semua data puskesmas yang sudah diinput. Untuk memudahkan mencari data, terdapat group Filter. Isikan textbox nama pada group filter, kemudian tekan tombol GO, maka data yang akan tampil adalah data sesuai dengan yang diminta. Untuk menghapus data tekan tombol hapus, untuk mengedit data tekan tombol edit.

Input Data Target Pencapaian

Sebelum dapat mengisikan data pelayanan, terlebih dahulu user harus menginput data target pencapaian terlebih dahulu sesuai dengan tahun yang akan

diinput. Untuk menginput data target adalah dengan cara memilih menu Tools, Target.

Indikator	Target
Cakupan Kunjungan Bumil K4	
Cakupan Linakes	
Cakupan Bumil Resto Dirujuk	
Cakupan Kunjungan Neonatus	
Cakupan Kunjungan Bayi	
Cakupan BBLR yang Ditangani	
Cakupan Peserta KB Aktif	

Tentukan terlebih dahulu Jenis pelayanannya, kemudian tahunnya, lalu isikan nilai target pada kolom target dari tiap-tiap indikator, kemudian tekan simpan untuk menyimpan data target dalam database.

Edit data Target Pencapaian

INDIKATOR	TARGET
Cakupan Kunjungan Bumil K4	80.83
Cakupan Linakes	79.17
Cakupan Bumil Resto Dirujuk	37.50
Cakupan Kunjungan Neonatus	63.17
Cakupan Kunjungan Bayi	63.17
Cakupan BBLR yang Ditangani	37.50
Cakupan Peserta KB Aktif	61.67

Untuk mengedit data target pilih tab Edit/Cari/Hapus pada window Target Pencapaian. Klik dua kali pada indikator yang ingin diedit. Kemudian akan muncul tampilan input seperti gambar di bawah ini.

Masukkan nilai target yang baru pada textbox yang kosong. Perlu diingat bahwa untuk pemisah desimal menggunakan tanda titik bukan koma (contoh 12.23 bukan 12,23), kemudian tekan tombol ok untuk menyimpan data target baru.

Input Data Pelayanan

Untuk menginput data pelayanan pilih menu Data, Pelayanan, Input atau dengan menekan tombol F4 pada keyboard.



Setelah memilih menu input pelayanan maka akan tampil windows pelayanan sebagai berikut :

INDIKATOR	EDWS	NUMERATOR	DENOMINATOR	TARGET	PENCAPAIAN	SUB VAR	KET
Cakupan Kurungan Bunt K4	%	100	233	80,80	42,92	50,70	
Cakupan Linhas	%			79,17			
Cakupan Bunt Fleksi Divulsi	%			37,20			
Cakupan Kurungan Neonatus	%			89,17			
Cakupan Kurungan Bayi	%			69,17			
Cakupan BBLR yang Ditangani	%			37,50			
Cakupan Pasien K4 Akut	%			61,67			

Terdapat enam tab pada tabel diatas, yaitu KIA/KB, Pengobatan, Perbaikan Gizi, P3M Kesehatan Lingkungan, Promosi Kesehatan, dimana keenam tab itu adalah enam pelayanan yang ada, dan dari tiap-tiap pelayanan terdapat indikator masing-masing pelayanan.

Isikan kolom Numerator, Denominator, dan kolom Ket untuk tiap-tiap indikator dari masing-masing pelayanan. Untuk kolom target sudah otomatis terisi, dimana datanya diambil dari data target pencapaian yang sudah diinput sebelumnya. Untuk kolom Pencapaian dan Sub Var secara otomatis akan diisi oleh sistem dengan rumus penghitungan yang sudah ditentukan.

Perlu diingat bahwa data harus terisi semua dari keenam pelayanan terlebih dahulu untuk dapat melakukan penyimpanan data ke database. Setelah data terisi semua tekan tombol simpan untuk menyimpan data.

Edit Data Pelayanan

Untuk mengedit data pelayanan pilih menu Data, Pelayanan, Edit. Tentukan nama UTD Puskesmas, Pelayanan dan Tahun yang akan diedit datanya kemudian

tekan tombol edit. Setelah muncul datanya pada tabel, lakukan perubahan langsung pada kolom-kolom yang akan dirubah kemudian tekan tombol simpan untuk menyimpan perubahan.

Cari / Hapus Data Pelayanan

Untuk melihat atau menghapus data pelayanan dapat dilakukan dengan cara memilih menu Data, Pelayanan, Cari/Hapus, maka akan muncul tampilan sebagai berikut :

The screenshot shows a window titled "Data Pelayanan" with a search section and a data table. The search section has two radio buttons: "Semua" (selected) and "Tahun". The table has columns for ID, NAMA, and TAHUN. Below the table are "Hapus" and "Batal" buttons.

ID	NAMA	TAHUN
P320108902	UPTD PUSKESMAS CARINGIN	2005
P320104010	UPTD PUSKESMAS CIBUNGBULANG	2005
P320118020	UPTD PUSKESMAS CIEUNGI	2005
P320109110	UPTD PUSKESMAS CIGOMBONG	2005
P320127020	UPTD PUSKESMAS CIGUDEG	2005

Pada window ini akan tampil seluruh data pelayanan yang sudah diinput. Untuk menyaring data berdasarkan tahun, pilihlah Option Button Tahun kemudian ketikkan tahun yang diinginkan kemudian tekan OK, maka data yang akan tampil adalah data pelayanan tahun yang diinginkan, untuk menampilkan seluruh data pilihlah Option Button Semua, dan untuk menghapus data pelayanan tekan tombol hapus.

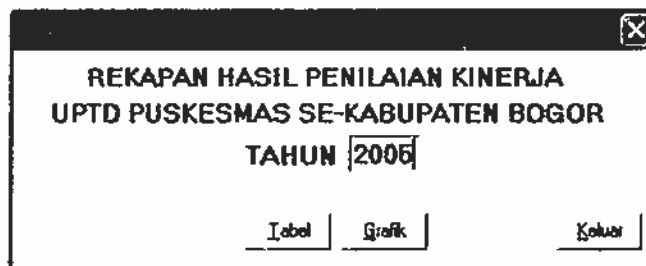
Report Tabel Pencapaian Indikator SPM

Untuk melihat Laporan Tabl Pencapaian Indikator SPM dapat dengan memilih menu Laporan, Tabl Pencapaian Indikator SPM.

The screenshot shows a menu titled "Sistem Informasi Penilaian Kinerja Puskesmas" with sub-menus "Main", "Data", "Laporan", and "Tools". The "Laporan" menu is expanded, showing options: "Tabel Pencapaian Indikator SPM", "Rakap Perhitungan Cakupan Kinerja", "Bekap Hasil Penilaian Kinerja", and "Pencapaian Indikator Kinerja".

Setelah memilih menu tersebut maka akan muncul tampilan seperti berikut :

The screenshot shows a window titled "Report" with a search section. The "Nama" field is set to "UPTD PUSKESMAS JASINGA" and the "Tahun" field is set to "2005". Below the fields are "Cetak" and "Keluar" buttons.



Tentukan tahun, kemudian tekan to tombol Tabel untuk melihat hasil dalam bentuk tabel dan pilih tombol Grafik untuk melihat hasil dalam bentuk Grafik.

Report Pencapaian Indikator Kinerja

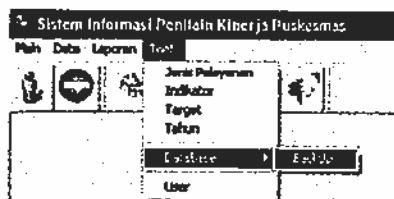
Pilih menu laporan, Rekap Perhitungan Cakupan Kinerja, akan muncul window berikut :



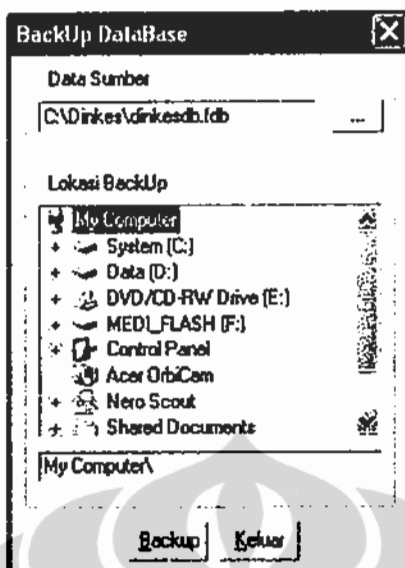
Tentukan Nama UPTD Puskesmas, Pelayanan dan tahun, kemudian tekan tombol Grafik untuk melihat hasil dalam bentuk grafik.

BackUp Database

Dalam aplikasi ini terdapat fasilitas untuk membackup database, yaitu dengan cara memilih menu Tools, Database, Backup.

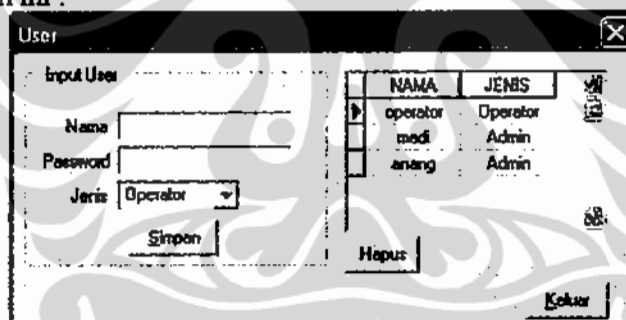


Tentukan lokasi data sumber pada group Data Sumber, Tekan tombol ... untuk melakukan browse. Tentukan pula lokasi backup dengan memilih folder pada Tree View Lokasi Backup kemudian tekan tombol Backup untuk membackup database. Proses backup hanya dapat dilakukan satu kali dalam sehari dan langsung tersimpan pada folder sesuai dengan tanggal backup pada lokasi yang telah ditentukan.



Menambah dan Menghapus User

Menu ini hanya dapat diakses oleh user yang bertipe Admin. Untuk menambah user pilih menu Tools, User, maka akan tampil window user seperti pada gambar di bawah ini :



Perlu diketahui, ada tiga jenis user. Admin, Operator dan Guest dimana masing-masing tipe user ini memiliki hak akses yang berbeda. Admin memiliki hak akses tertinggi dan dapat menjalankan semua prosedur dalam aplikasi ini. Tipe operator juga dapat menjalankan hampir semua prosedur dalam aplikasi ini kecuali menambah user baru. Untuk tipe gues hanya bersifat sebagai tamu, user dengan tipe guest hanya dapat melihat data, namun tidak dapat menginput, edit atau hapus data.