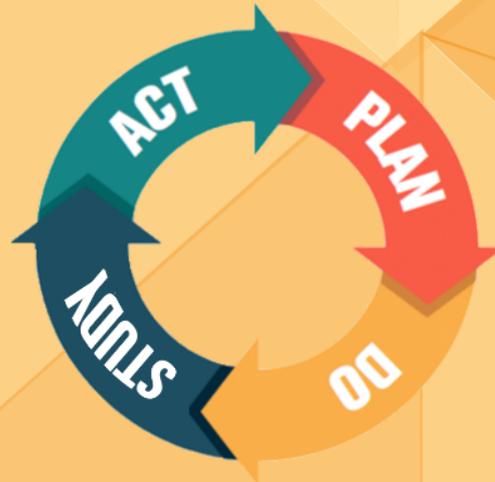


PEDOMAN

PEMBINAAN TERPADU PUSKESMAS OLEH DINAS KESEHATAN



**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN
TAHUN 2021**

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

362.1
Ind
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Pelayanan Kesehatan
**Pembinaan Terpadu Puskesmas oleh Dinas Kesehatan
Tenaga Kesehatan di Puskesmas** — Jakarta:
Kementerian Kesehatan RI. 2021

ISBN 978-623-301-226-3

1. Judul I. COMMUNITY HEALTH CENTERS
II. COMMUNITY HEALTH SERVICES
III. GOVERNMENT PROGRAMS

362.1 Ind p

ISBN 978-623-301-226-3



KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan HidayahNya, kami dapat menyelesaikan Pedoman Pembinaan Terpadu Puskesmas oleh Dinas Kesehatan.

Pedoman ini disusun dengan tujuan untuk memberikan acuan bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan dinas kesehatan daerah provinsi untuk melakukan pembinaan di Puskesmas wilayah kerjanya. Selama ini, tentunya sudah dilakukan pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota namun belum terencana dan terpadu dengan baik serta belum memiliki indikator keberhasilan kinerja pembinaan sehingga pada gilirannya mengalami kesulitan untuk mengukur mutu pembinaan tersebut.

Pembinaan terpadu ini bertujuan untuk mendorong Puskesmas untuk memenuhi standar penyelenggaraan Puskesmas, meningkatkan kepatuhan Puskesmas terhadap penyelenggaraan pelayanan, dan terwujudnya budaya mutu dan keselamatan pasien di Puskesmas.

Pada kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang terlibat dalam proses penyusunan pedoman ini.

Semoga pedoman ini memberikan manfaat bagi seluruh pihak dalam menjamin pelayanan kesehatan yang bermutu.

Jakarta, Oktober 2021

Pt. Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan



Dr. IGM. Wirabrata, Apt

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kita panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya telah tersusun Buku Pedoman Pembinaan Terpadu Puskesmas oleh Dinas Kesehatan.

Puskesmas memiliki peran yang sangat strategis dalam pembangunan kesehatan. Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas menjadi ujung tombak dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam memenuhi standar pelayanan minimal bidang kesehatan.

Kinerja Puskesmas akan berpengaruh langsung terhadap kinerja dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan pemerintah daerah setempat.

Puskesmas perlu dikelola dengan baik agar dapat menjalankan peran dan fungsinya secara optimal dalam rangka memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat. Untuk itu, Puskesmas sangat membutuhkan pembinaan dan pendampingan dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Pedoman Pembinaan Terpadu Puskesmas oleh Dinas Kesehatan disusun sebagai acuan bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan para pemangku kepentingan lainnya dalam melakukan pembinaan kepada Puskesmas. Oleh karena itu kami sangat mengapresiasi dengan telah tersusunnya Buku Pedoman Pembinaan Terpadu Puskesmas oleh Dinas Kesehatan.

Melalui kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang telah berkontribusi dan memberikan sumbangsih pemikiran, waktu, kerja keras dan kerja cerdas sehingga pedoman ini dapat selesai disusun. Semoga pedoman ini bermanfaat guna meningkatkan kualitas Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Jakarta, Oktober 2021

Direktur Pelayanan Kesehatan Primer

drg. Saraswati, MPH

SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN



Sasaran dan strategi arah kebijakan RPJMN 2020-2024, salah satunya adalah Peningkatan Pelayanan Kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan keknologi. Salah satu sasarnya adalah meningkatnya ketersediaan dan mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan. Penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) tentunya tidak terlepas dari peran Puskesmas sebagai salah satu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang merupakan ujung tombak dalam rangka mewujudkan kecamatan sehat dengan salah satu ciri masyarakatnya mampu menjangkau Pelayanan Kesehatan bermutu.

Guna mewujudkan penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) tersebut, maka Kementerian Kesehatan telah merumuskan langkah-langkah konkrit melalui “Transformasi Layanan Kesehatan Primer. Puskesmas sebagai bagian dari Transformasi Layanan Kesehatan Primer tersebut, khususnya dalam upaya promotif dan preventif, tentunya perlu diperkuat baik dari sisi organisasi (***corporate Governance***) maupun dalam operasional pelayanan kesehatan (***clinical Governance***). Hal ini juga menjadi bagian dari 6 (enam) pilar transformasi sistem kesehatan 2021 – 2024 yaitu meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan kesehatan primer, untuk itu perlu dilakukan pembinaan secara terpadu oleh Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota melalui Tim Pembina *Cluster* Binaan (TPCB) dan Dinas Kesehatan Daerah Provinsi.

Pedoman Pembinaan Terpadu Puskesmas ini, saya mengharapkan dapat dijadikan acuan oleh seluruh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam mendorong FKTP khususnya Puskesmas untuk meningkatkan mutu layanannya sesuai dengan harapan masyarakat.

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan



Prof. dr. H. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
SAMBUTAN	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR SINGKATAN	vii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1. LATAR BELAKANG	1
1.2. MAKSUD DAN TUJUAN PEDOMAN	6
1.3. MANFAAT PEDOMAN.....	6
1.4. RUANG LINGKUP	6
1.5. DASAR HUKUM	7
1.6. SASARAN.....	8
BAB II.....	9
PEMBINAAN TERPADU PUSKESMAS.....	9
2.1. PENGERTIAN PEMBINAAN TERPADU.....	9
2.2. TUJUAN PEMBINAAN PUSKESMAS.....	9
2.3. MANFAAT PEMBINAAN.....	10
2.4. KONSEP PEMBINAAN TERPADU	11
2.4.1 Pembagian dan Pengorganisasian Tim Pembina <i>Cluster</i> Binaan ...	12
2.4.2. Penguatan kapasitas TPCB.....	18
2.5. PRINSIP PEMBINAAN.....	20
2.6. METODE PEMBINAAN	22
2.7. INDIKATOR KEBERHASILAN PEMBINAAN	22
BAB III.....	25
PELAKSANAAN PEMBINAAN PUSKESMAS.....	25
3.1. Persiapan Pembinaan.....	25
3.1.1. Analisis Situasi Puskesmas Binaan	26
3.1.2. Penyusunan rencana pembinaan	28
3.2. Pelaksanaan Pembinaan	28
3.2.1. Pembinaan Langsung.....	29
3.2.2. Pembinaan Tidak Langsung	30

3.2.3 Pembinaan Teknis	32
BAB IV	34
EVALUASI PELAKSANAAN PEMBINAAN	34
4.1 MAKSUD DAN TUJUAN EVALUASI PEMBINAAN	34
4.2. MANFAAT EVALUASI PEMBINAAN	34
BAB V	36
PERAN DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI	36
DAN KEMENTERIAN KESEHATAN	36
5.1. PERAN DAN PEMBAGIAN WILAYAH BINAAN	36
5.2. METODE PEMBINAAN.....	39
5.2.1. Pembinaan Langsung	40
5.2.2. Pembinaan Tidak Langsung	40
5.3. INDIKATOR KEBERHASILAN PEMBINAAN	41
5.4. EVALUASI	44
5.4.1. Level dinas kesehatan daerah provinsi	44
5.4.2. Level Kementerian Kesehatan	44
BAB VI	45
PENCATATAN DAN PELAPORAN.....	45
6.1. TINGKAT PUSKESMAS	45
6.2. TINGKAT DINAS KESEHATAN DAERAH KABUPATEN/KOTA.....	47
6.3. TINGKAT DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI.....	49
BAB VII	51
PEMBIAYAAN.....	51
BAB VIII	52
PENUTUP	52

DAFTAR SINGKATAN

IKS	:	Indeks Keluarga Sehat
IKP	:	Insiden Keselamatan Pasien
IPTEK	:	Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
JF	:	Jabatan Fungsional
KIA/KB	:	Kesehatan Ibu dan Anak / Keluarga Berencana
KMP	:	Kepemimpinan Manajemen Puskesmas
NSPK	:	Norma Standar Prosedur Kriteria
PDCA	:	<i>Plan-Do-Check-Action</i>
PIS PK	:	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PPN	:	Program Prioritas Nasional
PPS	:	Perencanaan Perbaikan Strategis
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SA	:	<i>Self Assesment</i>
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SOTK	:	Struktur Organisasi dan Tata Kerja
SPM	:	Standar Pelayanan Minimal
TPCB	:	Tim Pembina <i>Cluster</i> Binaan
UHC	:	<i>Universal Health Coverage</i>
UKM	:	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	:	Upaya Kesehatan Perseorangan
UPT	:	Unit Pelaksana Teknis
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

BAB I PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 14 menyatakan, “Pemerintah bertanggungjawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat”. Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka. Oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat dengan menempatkan masyarakat sebagai subjek pembangunan kesehatan yang bermutu.

Sebagai upaya memenuhi kebutuhan dasar masyarakat akan kesehatan, pemerintah telah menetapkan standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dan provinsi. Jenis dan mutu pelayanan dasar tercantum dalam PP Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal. Terdapat 12 jenis pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan daerah kabupaten/kota yang harus dipenuhi sesuai ketentuan tersebut dengan acuan mutu pelayanan berdasarkan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Kemampuan pemerintah daerah kabupaten/kota untuk memenuhi SPM bidang kesehatan sangat dipengaruhi oleh seberapa kuat kapasitas pelayanan kesehatan primer sebagai garda terdepan pembangunan kesehatan. Salah satu tantangan pembangunan kesehatan saat ini adalah belum meratanya pelayanan kesehatan yang bermutu, pada pelayanan kesehatan tingkat primer, dan bagaimana melakukan penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai ujung tombak

pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pemerintah telah menggariskan arah kebijakan pembangunan di bidang kesehatan pada RPJMN tahun 2020 – 2024 yaitu pada peningkatan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Salah satu sasarnya adalah meningkatnya ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) tentunya tidak terlepas dari peran Puskesmas sebagai salah satu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang merupakan ujung tombak dalam rangka mewujudkan kecamatan sehat dengan salah satu ciri masyarakatnya mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu.

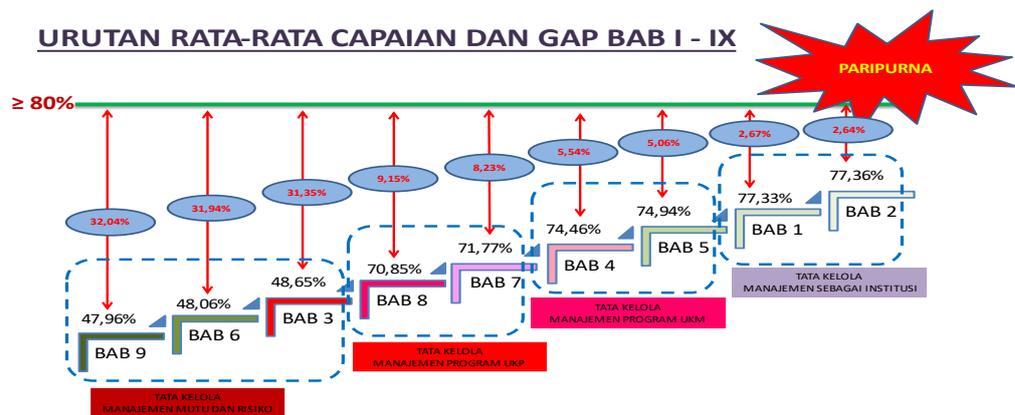
Selaras dengan upaya pemenuhan SPM bidang kesehatan daerah kabupaten/kota dan arah kebijakan pembangunan nasional, perlu penguatan Puskesmas agar mampu memberikan pelayanan bermutu. Pelayanan bermutu akan terwujud jika Puskesmas terkelola dengan baik, meliputi sumber daya yang digunakan, proses pelayanan dan kinerja pelayanan. Hal ini juga menjadi bagian dari 6 (enam) pilar transformasi sistem kesehatan 2021 – 2024 yaitu meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan kesehatan primer.

Untuk memperbaiki tata kelola di Puskesmas dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, maka Kementerian Kesehatan sejak tahun 2015 telah menetapkan akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai salah satu cara dalam memperbaiki tata kelola mutu pelayanan kesehatan secara bertahap dan berkesinambungan, bahkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024, akreditasi FKTP

ditetapkan sebagai salah satu indikator strategis pembangunan di bidang kesehatan.

Dari hasil pemetaan status kelulusan akreditasi Puskesmas yang dilakukan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan per 31 Desember 2020, dari 10.203 Puskesmas di seluruh Indonesia, sudah ada 9.135 (89.53%) Puskesmas yang telah terakreditasi. Namun untuk distribusi tingkat kelulusan masih didominasi dasar dan madya, dengan tingkat pencapaian berturut-turut 2.177 (23.78%) dasar, 5.068 (55.37%) madya, 1.669 (18.23 %) utama, dan 239 (2.62%) paripurna. Dari capaian akreditasi Puskesmas tersebut, dapat dilihat bahwa tingkat kelulusan paripurna untuk Puskesmas masih sangat kecil persentasenya.

Analisis yang dilakukan terhadap laporan hasil survei akreditasi Puskesmas tahun 2015-2019 dengan mengambil sampel sebanyak 369 Puskesmas menggambarkan bahwa rata-rata capaian bab akreditasi Puskesmas sebagai berikut: bab I (77.33%), bab II (77.36%), bab III (48.65%), bab IV (74.46%), bab V (74.49%), bab VI (48.06%), bab VII (71.77%), bab VIII (70.85%), dan bab IX (47.96%). Dari rata-rata capaian bab I sampai dengan bab IX dapat dilihat bahwa masih terdapat variasi *gap* dalam pencapaian status akreditasi paripurna Puskesmas, dimana semua bab harus mencapai minimal $\geq 80\%$. *Gap* yang terbesar ada di bab IX (32.04%) terkait tata kelola manajemen dan risiko dan *gap* yang paling kecil ada di bab II (2.67%) terkait tata kelola manajemen sebagai institusi. Untuk rincian *gap* masing-masing bab dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Urutan rata-rata capaian dan gap Bab I-IX

Dilihat dari tingkat kelulusan akreditasi tersebut, diperoleh gambaran bahwa salah satu faktor utama penyebab Puskesmas lulus di tingkat dasar dan madya adalah penyusunan perencanaan Puskesmas yang belum berbasis pada hasil evaluasi kinerja. Hal ini dipicu oleh implementasi manajemen Puskesmas sebagaimana dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang Pedoman Manajemen Puskesmas belum dilaksanakan secara optimal, yang pada gilirannya mempengaruhi implementasi perbaikan mutu secara berkesinambungan yang tidak berjalan secara konsisten sebagaimana digambarkan pada hasil capaian akreditasi pada bab 3, 6, dan 9 yang terkait dengan perbaikan mutu

Agar implementasi manajemen Puskesmas dapat dilaksanakan secara optimal dan implementasi perbaikan mutu yang berkesinambungan dapat terlaksana secara konsisten maka tentunya diperlukan tata kelola institusi pelayanan kesehatan dan tata kelola pelayanan secara komprehensif, dan memiliki indikator keberhasilan yang terukur, baik dari sisi *input*, *proses* maupun *output*.

Untuk dapat mewujudkan tata kelola institusi pelayanan kesehatan dan tata kelola pelayanan Puskesmas dalam rangka upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, maka tentunya diperlukan dukungan dari berbagai lintas program dan pemangku kepentingan lainnya.

Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) berdasarkan UU nomor 23 tahun 2014 yang memiliki daerah otonom di tingkat daerah kabupaten/kota dan sebagai pemilik Puskesmas, tentunya memiliki tanggung jawab dalam upaya memperbaiki kinerja Puskesmas termasuk dalam memperbaiki mutu pelayanan kesehatan dasar.

Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota mendelegasikan sebagian wewenang kepada Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis untuk mewujudkan kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerjanya sehingga keberhasilan kinerja Puskesmas mempengaruhi kinerja dinas kesehatan daerah kabupaten/Kota.

Pelaksanaan pelayanan Puskesmas perlu didukung oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota karena dinas kesehatan daerah kabupaten/kota memiliki kewenangan dan tugas untuk melakukan pembinaan dan pengawasan (Binwas).

Selama ini, tentunya sudah dilakukan pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota namun belum terencana dan terpadu dengan baik serta belum memiliki indikator keberhasilan kinerja pembinaan sehingga pada gilirannya mengalami kesulitan untuk mengukur mutu pembinaan tersebut.

Untuk meningkatkan mutu pelaksanaan pembinaan tersebut maka perlu dibentuk tim pembina di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota yang melakukan pembinaan secara terpadu ke Pusksmas. Tim Pembina ini disebut sebagai Tim Pembina *Cluster* Binaan (TPCB) sebagaimana yang diamanatkan Permenkes yang mengatur tentang Puskesmas. Selain itu, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam melakukan pembinaan dan pengawasan memerlukan dukungan dari dinas kesehatan daerah provinsi.

Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan provinsi dalam melaksanakan fungsi pembinaan dan pengawasan secara terpadu membutuhkan acuan. Pembinaan yang dilakukan oleh TPCB membutuhkan sistem, komitmen dan kerja sama lintas program dan

dukungan lintas sektor yang perlu pengaturan khusus. Dengan adanya Pedoman dan Instrumen Pembinaan ini maka pembinaan yang dilakukan oleh TPCB diharapkan akan melahirkan pembinaan yang bermutu.

1.2. MAKSUD DAN TUJUAN PEDOMAN

1. MAKSUD

Maksud disusunnya pedoman pembinaan terpadu Puskesmas oleh dinas kesehatan untuk menyediakan acuan bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan provinsi dalam melakukan pembinaan terpadu secara berjenjang sesuai dengan kewenangannya.

2. TUJUAN

Pedoman pembinaan terpadu Puskesmas oleh dinas kesehatan bertujuan untuk menstandarkan acuan pelaksanaan pembinaan secara terpadu oleh dinas kesehatan kepada Puskesmas.

1.3. MANFAAT PEDOMAN

1. Adanya kesamaan pemahaman dalam penyelenggaraan pembinaan di Puskesmas.
2. Terlaksananya keterpaduan dalam melakukan pembinaan.
3. Terlaksananya pembinaan yang bermutu.

1.4. RUANG LINGKUP

1. Konsep pembinaan Puskesmas oleh Tim Pembina *Cluster* Binaan (TPCB) oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/ kota, dan Tim Pembina Wilayah di dinas kesehatan daerah provinsi.
2. Indikator keberhasilan pembinaan Puskesmas melalui pembinaan secara berjenjang di kabupaten/kota, tingkat provinsi dan nasional.
3. Pembinaan terpadu Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

4. Pencatatan dan pelaporan hasil pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

1.5. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi Dan Kabupaten/Kota;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan;
16. Peraturan Menteri Kesehatan No 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
17. Peraturan Menteri Kesehatan No.14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan.

1.6. SASARAN

1. Puskesmas.
2. Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.
3. Dinas kesehatan daerah provinsi.
4. Pemerintah daerah kabupaten/kota dan provinsi.
5. Penanggung jawab program di Kementerian Kesehatan.
6. Pemerhati pelayanan kesehatan dasar.

BAB II PEMBINAAN TERPADU PUSKESMAS

2.1. PENGERTIAN PEMBINAAN TERPADU

Pengertian pembinaan terpadu yang dimaksud dalam pedoman ini adalah pembinaan yang dilakukan secara bersama-sama oleh semua unsur program yang ada di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melalui Tim Pembina *Cluster* Binaan (TPCB) sebagai representasi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota yang dilaksanakan secara periodik, terpadu antar program, dan berkesinambungan.

2.2. TUJUAN PEMBINAAN PUSKESMAS

Tujuan pembinaan Puskesmas adalah untuk memfasilitasi:

1. Puskesmas melakukan perbaikan tata kelola institusi/ korporat dan tata kelola pelayanan dalam hal perencanaan (P1), pergerakan dan pelaksanaan (P2) dan pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) kinerja Puskesmas sebagai pemberi pelayanan publik.
2. Puskesmas dalam memenuhi sumber daya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Puskesmas dalam memenuhi standar pelayanan di Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Puskesmas dalam memenuhi target indikator kinerja dan indikator mutu Puskesmas yang berkontribusi pada pencapaian SPM bidang kesehatan kabupaten/kota dan indikator kesehatan di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional.
5. Puskesmas dalam melakukan perbaikan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan sebagai perwujudan dari budaya mutu di Puskesmas.
6. Kesiapan Puskesmas untuk dilakukan survei akreditasi.
7. Kesiapan Puskesmas yang telah ditetapkan menjadi Puskesmas sebagai percontohan.

2.3. MANFAAT PEMBINAAN

1. PUSKESMAS

- a. Terlaksananya tata kelola institusi/ korporat dan tata kelola pelayanan yang optimal di Puskesmas.
- b. Peningkatan capaian kinerja Puskesmas.
- c. Peningkatan capaian indikator mutu Puskesmas.
- d. Meningkatkan capaian akreditasi Puskesmas minimal utama.
- e. Peningkatan capaian Indikator Keluarga Sehat (IKS) di wilayah kerja Puskesmas.

2. DINAS KESEHATAN DAERAH KABUPATEN/KOTA

- a. Memudahkan koordinasi dan kolaborasi dalam merumuskan program dan kegiatan di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.
- b. Meningkatnya sinergisitas dalam pelaksanaan, pembinaan terpadu kegiatan program di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.
- c. Meningkatnya pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dari Puskesmas secara periodik,
- d. Meningkatnya jumlah Puskesmas dengan kelulusan akreditasi Puskesmas minimal utama.
- e. Meningkatnya capaian target kinerja dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.
- f. Peningkatan capaian Indeks Keluarga Sehat (IKS) daerah kabupaten/kota
- g. Tercapainya target Program Prioritas Daerah bidang kesehatan.
- h. Tercapainya target Program Prioritas Nasional (PPN) bidang kesehatan

3. PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN/KOTA

Mendukung percepatan pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dan program prioritas daerah serta Program Prioritas Nasional (PPN).

4. MASYARAKAT

Tercapainya target Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) terhadap pelayanan Puskesmas.

2.4. KONSEP PEMBINAAN TERPADU

Seperti yang sudah diuraikan di Bab I, bahwa salah satu tugas dinas kesehatan daerah kabupaten/kota adalah melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Puskesmas yang diarahkan untuk peningkatan kinerja program dan peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan. Untuk itu konsep pembinaan yang dilakukan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota kepada Puskesmas harus terpadu antar program dan berkesinambungan. Dengan demikian pembinaan yang dilakukan oleh setiap program seharusnya merupakan bagian dari pembinaan terpadu dinas kesehatan daerah kabupaten/kota terhadap Puskesmas.

Pembinaan terpadu dilakukan dengan membagi habis Puskesmas yang ada di wilayah kabupaten/kota ke dalam beberapa *cluster* binaan sesuai dengan kebutuhan dan ketersediaan sumber daya yang ada di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Selanjutnya setiap TPCB melakukan pembinaan kepada Puskesmas yang ada dalam *cluster* binaannya.

Bentuk pembinaan yang dilakukan oleh TPCB harus sesuai dengan lingkup permasalahan yang dihadapi oleh masing-masing Puskesmas

dalam konteks konsep kewilayahan. Pembinaan dapat berbentuk peningkatan kemampuan teknis dan manajerial (tata kelola pelayanan dan tata kelola institusi pelayanan kesehatan). Peningkatan kemampuan teknis dilakukan agar Puskesmas memiliki kemampuan dalam pemberian pelayanan yang bermutu pada Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), pelayanan pendukung yaitu kefarmasian, laboratorium, keperawatan kesehatan masyarakat, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan program mutu Puskesmas meliputi perbaikan program strategis, pengukuran indikator mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien dan upaya pemenuhan standar pelayanan yang akan dinilai melalui survei akreditasi. Peningkatan kemampuan manajerial diberikan agar Puskesmas mampu melakukan pengelolaan sumber daya dan program secara efektif dan efisien melalui proses manajemen Puskesmas.

Pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota harus melakukan pembagian *cluster* binaan, pengorganisasian dan penguatan kapasitas TPCB.

2.4.1 Pembagian dan Pengorganisasian Tim Pembina *Cluster* Binaan

Untuk menetapkan *cluster* binaan, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota mengadakan pertemuan internal yang dipimpin oleh kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan dikoordinasikan oleh bagian sekretariat dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Pertemuan internal tersebut dihadiri oleh seluruh pejabat struktural untuk menyepakati kriteria pembagian *cluster* binaan. *Output* dari pertemuan ini adalah terbentuknya *cluster* binaan dan TPCB di kabupaten/kota.

a. Pembagian *cluster* Binaan

- 1) Pembagian *cluster* binaan harus berdasarkan kesepakatan seluruh bidang yang ada di dinas kesehatan daerah

kabupaten/kota yang dipimpin oleh kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

2) Untuk menentukan kriteria pembentukan kelompok, dapat menggunakan salah satu maupun kombinasi dari kriteria-kriteria berikut:

(1) *Cluster* binaan berdasarkan akses, kondisi geografis dan transportasi. Satu *cluster* binaan terdiri dari beberapa Puskesmas yang letaknya berdekatan dan mudah diakses satu sama lain.

(2) *Cluster* binaan berdasarkan sumber daya di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, misalnya jumlah bidang atau jumlah SDM di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

(3) *Cluster* binaan berdasarkan ketersediaan dana operasional. Apabila dana operasional di dinas kesehatan tidak terlalu besar maka jumlah *cluster* binaan sebaiknya menyesuaikan dengan ketersediaan dana yang tidak terlalu banyak.

(4) *Cluster* binaan berdasarkan capaian kinerja Puskesmas (Penilaian Kinerja Puskesmas) pada tahun sebelumnya. Satu *cluster* binaan terdiri atas beberapa Puskesmas yang nilai penilaian kinerja Puskesmasnya berbeda-beda.

(5) *Cluster* binaan berdasarkan permasalahan kesehatan di *cluster binaan*. Satu *cluster* binaan terdiri dari beberapa Puskesmas yang memiliki permasalahan kesehatan yang sama di wilayahnya sehingga mudah dalam melakukan intervensi untuk memecahkan permasalahan kesehatan.

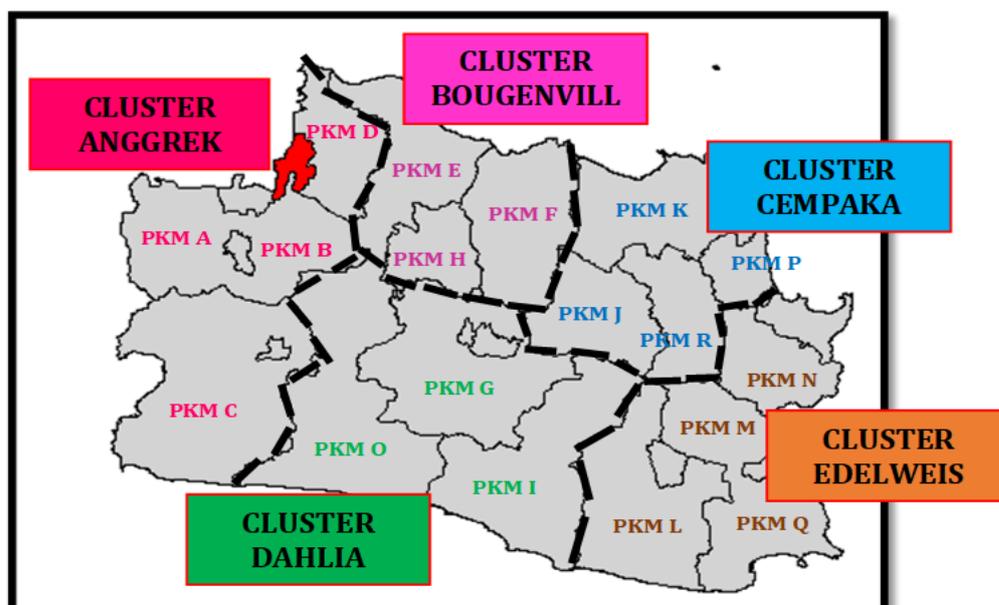
3) Semua Puskesmas yang ada di kabupaten/kota dibagi habis ke dalam *cluster* binaan.

4) Manfaat Pembagian *Cluster* Binaan

(1) Pembagian *cluster* binaan ditujukan agar semua Puskesmas mendapatkan pembinaan terpadu dari dinas

kesehatan daerah kabupaten/kota dan meningkatkan efektivitas dan efisiensi pembinaan dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

- (2) Pembentukan *cluster* binaan dilakukan agar pembinaan yang dilakukan lebih terarah, merata dan mencakup semua Puskesmas di wilayah kabupaten/kota. Selain itu, setiap *cluster* binaan memiliki penanggung jawab dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Pembinaan tersebut harus memiliki indikator keberhasilan kinerja, baik dari sisi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sebagai pembina maupun dari sisi Puskesmas sebagai objek yang dibina.



Gambar 2 Contoh Pembagian *Cluster* Binaan

b. Pengorganisasian Tim Pembina Cluster Binaan (TPCB)

Kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota membentuk TPCB sebagai berikut:

- 1) Jumlah TPCB disesuaikan dengan jumlah *cluster* binaan yang disepakati ataupun sebaliknya.
- 2) Struktur TPCB terdiri atas:
 - a) penanggung jawab: kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota;

- b) ketua: Eselon III dinas kesehatan daerah kabupaten/kota; dan
 - c) anggota: terdiri dari kepala seksi, dan pelaksana/penanggung jawab program di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.
- 3) Ketua TPCB harus memiliki:
- a) pengetahuan terhadap konsep Puskesmas
 - b) kemampuan kepemimpinan
 - c) kemampuan pembinaan teknis atau manajemen
- Ketua tim bertanggung jawab langsung kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.
- 4) Anggota TPCB terdiri atas kepala seksi/ yang setara dan pelaksana/ penanggung jawab program dan manajemen yang disebar merata ke dalam cluster binaan.
- 5) Para penanggung jawab program meskipun berada dalam tim pembina, namun tetap bertanggung jawab pada masing-masing programnya.
- 6) Keanggotaan tim Pembina dan pembagian *cluster* binaan ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam 1 (satu) Surat Keputusan (SK).
- 7) TPCB dapat dibantu oleh unsur lain dalam pelaksanaan pembinaan yang bersifat teknis sesuai dengan kebutuhan pembinaan, seperti pelibatan organisasi profesi, surveior yang berdomisili di kabupaten/kota tersebut, Puskesmas sebagai percontohan, FKTP dengan kelulusan akreditasi minimal utama, atau pihak lain yang terkait. Pelibatan unsur lain ini bersifat *ad hoc* yang dapat di perkuat dengan surat tugas dari kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Contoh pembagian tim dan *cluster* binaan berdasarkan jumlah bidang di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sebagai berikut: Jika di dinas kesehatan daerah kabupaten "X" terdapat 4 bidang dan 1 sekretariat, maka komposisi, susunan TPCB dan pembagian *cluster* binaan digambarkan pada tabel di bawah ini. Posisi

Kasubag/Kepala Seksi/Jabatan Fungsional (JF) dalam satu *cluster* binaan tidak berasal dari unit yang sama.

Tabel 1 Contoh Daftar Keanggotaan Tim Pembina *Cluster* Binaan Pelayanan Kesehatan

NAMA CLUSTER	POSISI SEKRETARIAT	POSISI BIDANG YANKES	POSISI BIDANG P2	POSISI BIDANG KESMAS	POSISI BIDANG SDK
<i>CLUSTER</i> ANGGREK	Ketua (Kabag)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)
<i>CLUSTER</i> BUGENVIL*	Anggota (Kasubag/ JF)	Ketua (Kabid)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)
<i>CLUSTER</i> CEMPAKA	Anggota (Kasubag/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Ketua (Kabid)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)
<i>CLUSTER</i> DAHLIA	Anggota (Kasubag/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Ketua (Kabid)	Anggota (Seksi/ JF)
<i>CLUSTER</i> EDELWEIS	Anggota (Kasubag/ JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Anggota (Seksi/JF)	Anggota (Seksi/ JF)	Ketua (Kabid)

Puskesmas yang telah ditetapkan menjadi Puskesmas sebagai percontohan berada di *cluster* yang pembinaannya diketuai oleh bidang pelayanan kesehatan. Contoh pada tabel di atas Puskesmas sebagai percontohan berada di *Cluster* Bugenvil.

Dalam menjalankan tugas pembinaan, maka setiap anggota TPCB harus mengetahui tugas masing-masing sehingga akan mempermudah dalam pelaksanaan pembinaan di Puskesmas. Pembagian Tugas TPCB dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Pembagian Tugas Ketua dan Anggota TPCB

Ketua Tim	Anggota
1. Memimpin anggota tim untuk mempelajari kembali rencana pembinaan yang telah disusun dan membuat penjadwalan pembinaan bersama	1. Membuat jadwal pembinaan sesuai arahan ketua tim dan kesepakatan bersama
2. Menjelaskan kembali tujuan pembinaan terpadu dan menyosialisasikan kepada anggota tim	2. Memahami tujuan pembinaan terpadu
3. Memutuskan prioritas dan strategi pembinaan <i>cluster</i> binaan bersama anggota tim	3. Menyusun prioritas dan strategi pembinaan <i>cluster</i> sesuai arahan ketua tim
4. Mengoordinasikan anggota tim untuk melaksanakan rencana pembinaan sesuai jadwal yang telah disepakati berdasarkan urutan prioritas	4. Menyiapkan bahan pembinaan dan menyerahkan bahan ke ketua tim. Bahan pembinaan berdasarkan hasil analisis data sesuai hasil <i>excercise</i> pada rapat koordinasi.
5. Memimpin pembinaan ke <i>cluster</i> binaan, baik melalui forum pertemuan pembahasan, mekanisme umpan balik maupun kunjungan ke lapangan	5. Melaksanakan pembinaan ke <i>cluster</i> binaan bersama ketua tim
6. Melakukan evaluasi terhadap hasil pembinaan dan menyusun rencana tindak lanjut pembinaan.	6. Merangkum hasil temuan yang didapatkan pada waktu pelaksanaan pembinaan, menyusun laporan pembinaan untuk diserahkan ke ketua Tim

Seluruh anggota TPCB setelah dibentuk harus memiliki kemampuan kepemimpinan, manajerial dan teknis program sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. Selain itu anggota TPCB harus memiliki kemampuan dasar tentang tugas pokok dan fungsi organisasi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, antara lain:

- a. Kebijakan nasional dan kebijakan pelaksanaannya di provinsi dan kabupaten/kota
- b. Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan

- c. Manajemen Puskesmas
- d. Tata Kelola Mutu di Puskesmas
- e. Konsep rujukan UKM dan UKP secara horisontal maupun vertikal
- f. Standar Akreditasi Puskesmas
- g. Analisis data dan informasi
- h. Teknik komunikasi dan pembinaan

Pengetahuan dasar tersebut dapat diperoleh melalui peningkatan kompetensi berupa pengenalan program, pelatihan teknis, maupun *workshop* atau *on the job training* mengenai program, manajemen Puskesmas, kemampuan komunikasi dan kepemimpinan. Selain pengetahuan dasar, masing-masing TPCB harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai terkait NSPK, program mutu pelayanan kesehatan, akreditasi dan manajemen program masing-masing sebagai bahan untuk disampaikan ke Puskesmas pada saat dilakukan pembinaan.

2.4.2. Penguatan kapasitas TPCB

a. Pengenalan peran, tugas dan fungsi antar bidang dan sekretariat

Pengenalan peran, tugas dan fungsi antar bidang dan sekretariat dalam organisasi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dilakukan oleh kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan peraturan daerah tentang organisasi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota masing-masing. Hal ini bertujuan agar semua anggota TPCB mengetahui tupoksi sesuai SOTK maupun tupoksi terintegrasi dalam tim sehingga memudahkan dalam melakukan komunikasi dan koordinasi dalam pelaksanaan pembinaan Puskesmas guna mendorong Puskesmas pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai standar.

b. Pengenalan NSPK oleh masing-masing Kepala Bidang

Kegiatan ini difasilitasi kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dan sebaiknya didampingi tim pembina dari provinsi. Semua anggota TPCB

harus memahami peraturan ataupun pedoman/standar yang terkait dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama/primer.

c. Pengenalan program dan manajemen sumber daya

Kegiatan ini dilakukan oleh masing-masing kepala bidang yang difasilitasi kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dan sebaiknya didampingi tim pembina dari provinsi:

- a) Menyajikan program masing-masing yang menjadi tanggung jawabnya.
- b) Menjelaskan posisinya saat ini dalam pencapaian target kinerja melalui pendekatan yang dilakukan.
- c) Mengidentifikasi kejadian *missed opportunity* untuk keterpaduan lintas program.
- d) Menjelaskan perlunya keterpaduan program-program untuk keberhasilan pencapaian hasil program bagi kelompok sasaran yang menjadi target bersama, dalam upaya memenuhi kebutuhan pelayanan pada setiap tahapan siklus hidup, dengan kejelasan peran, tugas dan fungsi dari masing-masing bidang, seksi dan pelaksana pelayanan.
- e) Menjelaskan bagaimana keterpaduan antar program dibangun, dilaksanakan, dipantau, dibina, dinilai dampaknya, terhadap kesehatan target sasaran.
- f) Menjelaskan adanya peluang untuk membangun kerja sama terpadu dengan lintas sektor terkait.
- g) Semua data diperoleh akan digunakan sebagai bahan penyusunan rumusan perbaikan.

d. Pengenalan Manajemen Puskesmas, Tata Kelola Mutu dan Akreditasi Puskesmas

Kegiatan ini dilakukan oleh TPCB yang difasilitasi kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota yang mengacu pada Pedoman Manajemen Puskesmas, Pedoman Tata Kelola Mutu di Puskesmas dan Standar Akreditasi Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

e. Peningkatan kemampuan dalam mengolah dan menganalisis data

Data dan hasil analisis data tersebut merupakan dasar dalam pelaksanaan pembinaan pada *cluster* binaan yang sudah ditentukan.

f. Peningkatan kemampuan dalam pelaksanaan pembinaan

Selain memiliki pengetahuan dan kemampuan teknis di masing-masing bidang, maka dinas kesehatan daerah kabupaten/kota juga perlu memfasilitasi TPCB dalam upaya meningkatkan kemampuan dalam pelaksanaan pembinaan. Misal bagaimana melakukan pembinaan yang benar dan baik, yang mampu menggali masalah yang dihadapi oleh masing-masing pelaksana pelayanan untuk bersama-sama dicarikan pemecahannya.

g. Melakukan pelatihan teknis, atau *workshop* atau *on the job training* bagi anggota TPCB

Agar anggota TPCB memiliki *skill* yang diharapkan maka perlu dipertimbangkan untuk dilakukan pelatihan teknis, *workshop* atau *on the job training* mengenai program, manajemen Puskesmas, tata kelola mutu di Puskesmas, kemampuan komunikasi dan kepemimpinan.

2.5. PRINSIP PEMBINAAN

Prinsip yang diterapkan dalam pembinaan Puskesmas mencakup:

1. Komitmen

Komitmen dapat diartikan perjanjian (keterikatan) untuk melakukan sesuatu. Hal ini dapat diartikan bahwa setiap orang/ pihak/ institusi wajib berkomitmen terhadap pembinaan Puskesmas. Adanya komitmen ini sangat diperlukan mulai dari tingkat pimpinan/ pengambil keputusan di pemerintahan kabupaten /kota, dinas kesehatan daerah kabupaten/ kota, Puskesmas, dan lintas sektor yang terkait untuk melakukan pembinaan Puskesmas.

Komitmen ini merupakan salah satu komponen yang dapat menjamin kesinambungan kegiatan.

2. Berorientasi pada Mutu Pelayanan Kesehatan

Pembinaan Puskesmas diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas. Untuk mewujudkan itu dibutuhkan upaya dalam memperbaiki dan menyediakan sumber daya: 1) sumber daya manusia, baik jumlah, jenis dan kompetensi, 2) sarana prasarana, 3) alat kesehatan, 4) anggaran, dan 5) sumber daya lain seperti pedoman, panduan, juknis, SOP sesuai kebutuhan. Penyediaan dan pengelolaan sumber daya yang sesuai dengan standar pelayanan diharapkan akan mendorong upaya-upaya peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas secara berkesinambungan.

3. Kerja tim

Pembinaan Puskesmas mendorong adanya kerja sama kelompok (*team work*) antar tenaga kesehatan (perawat, bidan, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya) dan non kesehatan. Kerja sama tim merupakan salah satu penentu keberhasilan pembinaan Puskesmas.

4. Pembelajaran berkelanjutan

Pembinaan Puskesmas mendorong terjadinya pembelajaran berkelanjutan di Puskesmas binaan yang memungkinkan setiap individu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya, sehingga dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) dan sebagai ajang kaji banding.

5. Efektif dan efisien

Pembinaan Puskesmas dilaksanakan secara efektif dan efisien. Pembinaan yang dilakukan secara efektif dan efisien akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Selain pembinaan mutu yang diberikan secara efektif dan efisien harus juga diikuti dengan monitoring dan evaluasi yang dapat meminimalkan kesalahan-kesalahan dengan kejelasan tugas memungkinkan setiap anggota tim pembina terpadu fokus pada area yang telah ditetapkan.

2.6. METODE PEMBINAAN

Pembinaan Puskesmas oleh TPCB dilakukan dengan 2 (dua) metode yaitu:

a. Pembinaan langsung

Pembinaan langsung adalah pembinaan yang dilakukan dengan mengunjungi langsung lokasi setiap Puskesmas sesuai *cluster* binaan dengan jadwal yang telah ditetapkan. Pembinaan langsung harus dilaksanakan minimal 1 (satu) kali dalam setahun.

b. Pembinaan tidak langsung

Pembinaan tidak langsung adalah pembinaan yang dilaksanakan tanpa mengunjungi lokasi Puskesmas. Pembinaan ini dilaksanakan secara berkala minimal 1 (satu) kali setiap 3 bulan. Jika ada hal yang dianggap *urgent*/mendesak untuk dilakukan pembinaan maka dapat dilaksanakan sesuai kebutuhan dan pertimbangan dari masing-masing daerah.

2.7. INDIKATOR KEBERHASILAN PEMBINAAN

Sebagaimana dengan aktivitas pada umumnya, kegiatan pembinaan juga disertai dengan indikator keberhasilan sebagai target pekerjaan yang harus dicapai, sehingga jelas rencana kerja sampai dengan strategi yang harus dilakukan untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Indikator keberhasilan pembinaan oleh TPCB merupakan tolok ukur keberhasilan yang dicapai oleh TPCB dalam melakukan pembinaan terhadap Puskesmas yang menjadi binaannya. Melalui evaluasi secara periodik terhadap capaian target indikator pembinaan, maka memudahkan TPCB dalam melakukan pemetaan pemenuhan standar *input-proses-output*, sebagai bahan dalam rangka mendorong pemenuhan standar pelayanan bersama dengan Puskesmas yang merupakan upaya peningkatan mutu berkesinambungan. Indikator keberhasilan pembinaan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dapat dilihat pada tabel 3.

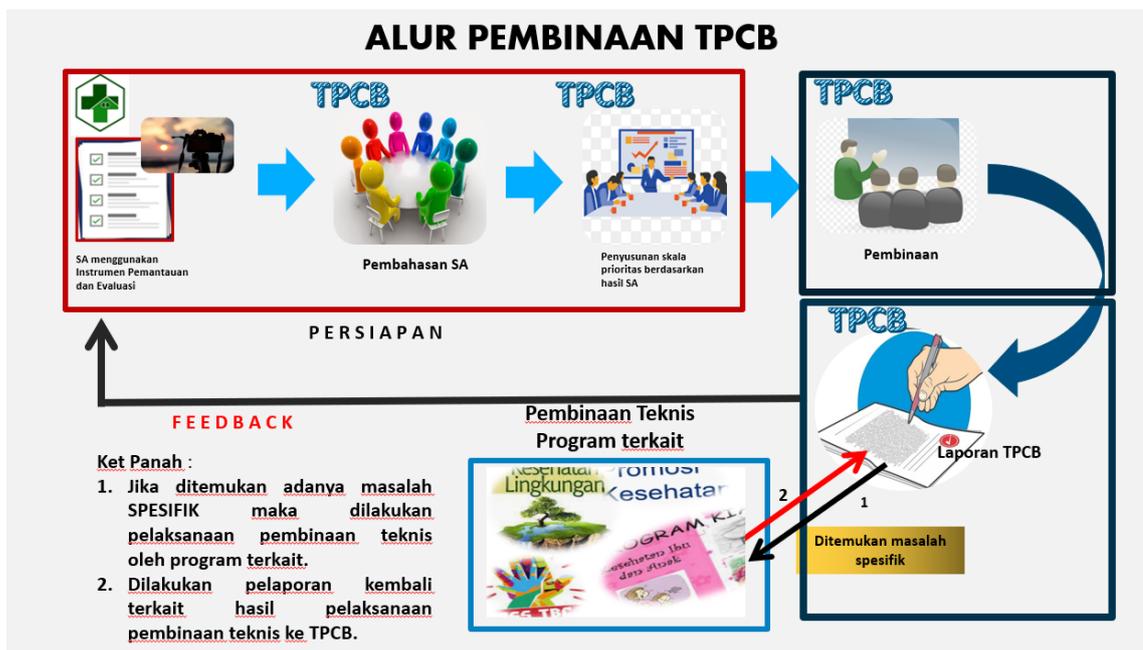
Tabel 3 Indikator Keberhasilan Pembinaan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota

KEGIATAN	INPUT	PROSES	OUTPUT	OUTCOME
Pembinaan Puskesmas oleh TPCB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedia SK kepala daerah kabupaten/kota atau kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota tentang penetapan TPCB 2. Tersedia SDM baik dari segi jenis, jumlah dan kompetensi. 3. Tersedia Program dan kegiatan Pembinaan terpadu oleh TPCB. 4. Tersedianya alokasi anggaran di APBD II untuk pelaksanaan pembinaan terpadu oleh TPCB. 5. Tersedia sarana, prasarana dan alat untuk pelaksanaan pembinaan terpadu oleh TPCB. 6. Tersedia Jadwal Pembinaan TPCB. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya pembinaan sesuai jadwal. 2. Terlaksananya pemantauan pembinaan oleh dinas kesehatan daerah provinsi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terpenuhinya Sarana. Prasarana, Alat dan Bahan Habis Pakai (SPA-BHP) dan Tenaga sesuai dengan standar di Puskesmas berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. 2. Terjadi peningkatan kinerja Puskesmas. <ol style="list-style-type: none"> a. Peningkatan jumlah Puskesmas dengan penilaian kinerja Puskesmas kategori baik b. Peningkatan pencapaian target IKS di wilayah kerja Puskesmas. c. Peningkatan Puskesmas yang mencapai target Indikator mutu. d. Peningkatan Puskesmas yang melakukan pelaporan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pencapaian target SPM bidang kesehatan. 2. Pencapaian target Indikator Program Prioritas Nasional (PPN). 3. Peningkatan capaian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) bagi pengguna layanan di Puskesmas.

			<p>INM dan IKP secara periodik.</p> <p>e. Peningkatan Puskesmas dengan pencapaian kelulusan akreditasi minimal utama.</p> <p>3. Kesiapan Puskesmas yang telah ditetapkan menjadi Puskesmas sebagai percontohan di kabupaten/kota.</p>	
--	--	--	---	--

BAB III PELAKSANAAN PEMBINAAN PUSKESMAS

Untuk lebih memudahkan dalam memahami pelaksanaan pembinaan terpadu di Puskesmas maka sebelumnya harus dipahami alur pembinaan yaitu persiapan dan pelaksanaan, pelaporan sampai bagaimana dilakukan pembinaan teknis. Alur pembinaan seperti digambarkan pada gambar 3.



Gambar 3 Alur Pembinaan Terpadu Puskesmas oleh TPCB

3.1. Persiapan Pembinaan

Dalam rangka pemantapan proses pembinaan, perlu dilakukan persiapan pembinaan oleh masing-masing TPCB ke *cluster* binaannya masing-masing. Persiapan pembinaan ini bertujuan agar pelaksanaan pembinaan berjalan efektif dan efisien.

Kegiatan persiapan meliputi analisis situasi Puskesmas binaan dan penyusunan rencana pembinaan yang dilakukan di awal tahun. Selain itu, TPCB juga melakukan persiapan setiap akan melakukan pembinaan sesuai dengan metode dan tujuan pembinaan.

3.1.1. Analisis Situasi Puskesmas Binaan

Analisis situasi Puskesmas binaan dilakukan berdasarkan data yang dikumpulkan dari berbagai sumber antara lain laporan Puskesmas (elektronik atau nonelektronik), penilaian kinerja Puskesmas, pengisian penilaian mandiri/ *self assessment* (SA) Puskesmas, maupun sumber data lain yang relevan.

Laporan Puskesmas dan penilaian kinerja Puskesmas yang diterima dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dikonfirmasi kelengkapan dan akurasi datanya, selanjutnya dikompilasi, diolah, dan didistribusikan secara teratur ke semua unit untuk dapat dimanfaatkan. Masing-masing unit kemudian melakukan analisis terhadap data capaian program setelah memastikan bahwa data yang akan dianalisis sudah tervalidasi. Selanjutnya TPCB dapat memanfaatkan hasil analisis data yang telah dilakukan oleh masing-masing program tersebut untuk menyimpulkan beberapa masalah kesehatan masyarakat di *cluster* binaannya.

Analisis situasi Puskesmas binaan juga dilakukan menggunakan hasil pengisian penilaian mandiri/ *self assessment* (SA) Puskesmas. Pelaksanaan SA oleh Puskesmas dilakukan sebagai berikut:

1. TPCB mengirimkan instrumen pembinaan terpadu ke Puskesmas di awal tahun.
2. Setelah Puskesmas menerima instrumen tersebut, selanjutnya di bawah koordinasi kepala tata usaha Puskesmas, melakukan penilaian mandiri/ *self assessment* (SA) dengan mengisi instrumen tersebut. Dalam melakukan SA Puskesmas diminta untuk menilai **secara jujur** berdasarkan dokumen atau proses yang sudah atau sedang dilakukan, sehingga memudahkan menyusun peta masalah.
3. Puskesmas mengirim hasil SA tersebut ke TPCB paling lambat 2 (dua) hari efektif setelah Puskesmas melakukan SA di awal tahun.
4. Berdasarkan hasil SA Puskesmas, TPCB melakukan verifikasi dan pembahasan hasil SA Puskesmas di dalam forum TPCB.
5. Kegiatan verifikasi terdiri dari:
 - 1) Analisis hasil *self assessment* sesuai dengan bidang/seksi di dinas

kesehatan daerah kabupaten/kota

- 2) Membuat skala prioritas berdasarkan hasil analisis sebagai bahan dalam melakukan pembinaan di Puskesmas
- 3) Telaah dokumen yang diperlukan.
- 4) Telusur lapangan, dan mengumpulkan data dengan wawancara dan observasi apabila dibutuhkan

Penilaian mandiri tersebut juga perlu dilakukan setiap kali akan melakukan pembinaan langsung/ tidak langsung untuk menilai apakah telah dilakukan perbaikan sesuai rekomendasi dari hasil pembinaan sebelumnya. Dalam hal ini, penilaian mandiri Puskesmas diterima TPCB paling lambat 1 (satu) minggu sebelum dilakukan pembinaan langsung/ tidak langsung oleh TPCB.

Dari kegiatan analisis terhadap laporan dan SA Puskesmas serta data relevan lainnya, TPCB dapat memperoleh gambaran:

- a. Pemenuhan standar pelayanan yang telah dilakukan.
- b. Tingkat pencapaian target program masing-masing Puskesmas, *cluster* binaan, dan seluruh wilayah kabupaten/kota dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, kemudian dilihat kaitannya dengan:
 - 1) Ketersediaan dan kapasitas sumber daya (seperti: sarana, prasarana, alat, dan tenaga, anggaran, buku panduan/pedoman, SOP) untuk penyelenggaraan pelayanan, termasuk kapabilitas SDM.
 - 2) Kesulitan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan kaitannya dengan kondisi geografi wilayah, luas wilayah serta musim (kemarau, penghujan dan musim angin barat).
 - 3) Tersedianya pelayanan.
- c. Kecenderungan pencapaian target kinerja dari waktu ke waktu, bulanan, triwulanan, semesteran, dan di akhir tahun (atas hasil *trend analysis*),
- d. Keterlibatan lintas sektor terkait dalam program-program kesehatan.
- e. Kepesertaan atau hambatan dari tokoh masyarakat, dan masyarakat peduli terhadap program yang dilaksanakan (untuk lebih mendorong peran-serta kelompok *inovator*, dan mengelola kelompok penghambat).

- f. Kondisi keterpaduan lintas program sesuai siklus hidup dalam pelayanan Puskesmas.
- 1) Identifikasi masalah dan kendala implementasi keterpaduan program dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada target sasaran di Puskesmas.
 - 2) Identifikasi peluang untuk perbaikan dan peningkatan kinerja keterpaduan lintas program di Puskesmas.

3.1.2. Penyusunan rencana pembinaan

Berdasarkan hasil analisis situasi terhadap Puskesmas binaan, termasuk hasil verifikasi dan pembahasan hasil SA Puskesmas di dalam forum TPCB, masing-masing tim dapat merumuskan:

1. Tujuan dan rencana strategi.
2. Langkah-langkah operasional pelaksanaan pembinaan dan besaran target operasionalnya.

Untuk mengatur proses kegiatan pembinaan di Puskesmas, maka setiap TPCB diharapkan membuat rincian kegiatan untuk pembinaan Puskesmas yang memuat minimal hal berikut:

1. Gambaran singkat Puskesmas binaan
2. Tujuan strategis pembinaan sebagai acuan untuk merinci sasaran (target) kegiatan operasional;
3. Metode/ taktik pelaksanaan pembinaan;
4. Sasaran (target) kegiatan operasional yang harus dicapai;
5. Rincian kegiatan operasional yang akan dilaksanakan;
6. Dukungan sumber daya;
7. Jadwal pelaksanaan kegiatan;
8. Proses pembinaan terpadu;
9. Indikator keberhasilan pembinaan.

3.2. Pelaksanaan Pembinaan

Pelaksanaan pembinaan dilakukan sesuai dengan rencana pembinaan yang telah ditetapkan. Pembinaan dilaksanakan dalam bentuk pembinaan langsung

dan pembinaan tidak langsung oleh TPCB, dan dapat ditindaklanjuti dengan pembinaan teknis oleh program.

3.2.1. Pembinaan Langsung

Pembinaan langsung dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Pembinaan langsung ke seluruh Puskesmas dilakukan sesuai rencana pembinaan yang telah disusun. Frekuensi pembinaan disesuaikan dengan kondisi dan besaran masalah Puskesmas yang akan diperbaiki serta ketersediaan sumber daya di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, minimal 1 (satu) kali dalam setahun.
2. Urutan Puskesmas yang mendapatkan pembinaan langsung oleh TPCB ditentukan berdasarkan skala prioritas yang telah disepakati oleh tim pada saat pembahasan SA yang diberikan oleh Puskesmas. Skala prioritas dapat mempertimbangkan hal-hal seperti Puskesmas sebagai percontohan, besaran masalah Puskesmas, Puskesmas yang akan dilakukan survei pada tahun berjalan, kondisi geografis, dan pertimbangan lainnya.
3. Pembinaan langsung dilakukan bersama oleh seluruh anggota TPCB pada *cluster* binaannya masing-masing, atau paling sedikit oleh anggota tim yang terkait dengan permasalahan prioritas yang dihadapi oleh Puskesmas dengan tetap mempertimbangkan keterpaduan lintas program pada pelaksanaan pembinaan tersebut.
4. Pembinaan langsung bertujuan untuk:
 - a. Memfasilitasi Puskesmas dalam penerapan Manajemen Puskesmas yang baik dan benar.
 - b. Memfasilitasi Puskesmas dalam membuat Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS).
 - c. Memfasilitasi Puskesmas dalam membuat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.
 - d. Memfasilitasi Puskesmas dalam Penerapan Standar Akreditasi
 - 1) Penyelenggaraan Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP).

- 2) Penyelenggaraan Pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).
 - 3) Penyelenggaraan Pelayanan Upaya Kesehatan Perseorangan, Laboratorium dan Farmasi (UKPP).
 - 4) Penyelenggaraan Program Prioritas Nasional (PPN)
 - 5) Penyelenggaraan Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)
- e. Memfasilitasi Puskesmas dalam pengembangan inovasi Puskesmas
 - f. Memfasilitasi Puskesmas dalam penerapan adaptasi kebiasaan baru.
 - g. Memfasilitasi Puskesmas dalam percepatan pencapaian target IKS dan SPM bidang kesehatan.
 - h. Mendukung Penyelenggaraan Program Prioritas Nasional (PPN).
 - i. Memfasilitasi Puskesmas dalam kegiatan lain sesuai dengan kebutuhan Puskesmas.

Kegiatan yang dilakukan oleh TPCB dalam pembinaan langsung antara lain:

- a. Verifikasi dalam bentuk telusur lapangan terhadap penilaian mandiri yang telah disampaikan oleh Puskesmas sebelum pelaksanaan pembinaan langsung.
- b. Melakukan supervisi dan pendampingan langsung atas pelaksanaan pelayanan yang belum sesuai standar.
- c. Membimbing Puskesmas untuk menentukan *corrective action* atas capaian kinerja yang belum mencapai target.
- d. Memfasilitasi tindak lanjut hasil pembinaan.

3.2.2. Pembinaan Tidak Langsung

Pembinaan tidak langsung oleh TPCB dilakukan tanpa harus mengunjungi lokasi Puskesmas. Pembinaan ini dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti melalui *video confrence*, *chatting*, email dan mekanisme lainnya yang telah ditetapkan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Pembinaan tidak langsung ini dilakukan dengan:

1. Memberikan umpan balik terhadap laporan Puskesmas, sesuai dengan Sistem Informasi Puskesmas (SIP), penilaian kinerja Puskesmas (PKP), dan laporan lainnya yang ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Umpan balik oleh TPCB harus dilakukan secara rutin kepada semua Puskesmas dan sewaktu-waktu untuk sesuatu yang bersifat penting atau *urgent*.
2. Melaksanakan pertemuan internal untuk masing-masing TPCB yang dilaksanakan di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, sebagai berikut:
 - a. Pertemuan dilaksanakan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan, dihadiri oleh ketua dan seluruh anggota TPCB, juga dihadiri oleh kepala Puskesmas di *cluster* binaannya masing-masing secara luring maupun daring
 - b. Pertemuan bertujuan untuk memantau perkembangan kondisi dan capaian kinerja Puskesmas sesuai dengan perencanaan yang telah dirumuskan oleh TPCB dan tindak lanjut rekomendasi yang telah disampaikan sebelumnya oleh TPCB ke Puskesmas binaannya. Pada pertemuan ini juga dirumuskan tindak lanjut koreksi (*corrective-action*) dan/atau pencegahan (*preventive-action*) akan kemungkinan kegagalan (*gap* kinerja pencapaian sasaran), dan/atau memaksimalkan peluang, kondisi dan kinerja Puskesmas yang telah baik ataupun yang masih kurang untuk mempercepat pencapaian tujuan dan sasaran kegiatan.
 - c. Hasil dari pertemuan tersebut paling sedikit memuat gambaran perkembangan kondisi dan capaian kinerja Puskesmas binaan dan rekomendasi untuk ditindaklanjuti oleh Puskesmas. Rekomendasi tersebut dibahas oleh Puskesmas dalam pertemuan lokakarya mini bulanan dan tribulanan untuk ditindaklanjuti.
 - d. Dalam hal masih diperlukan pembahasan lebih lanjut terhadap satu masalah tertentu yang tidak dapat diselesaikan pada saat pertemuan internal tersebut, TPCB dapat berkoordinasi lebih lanjut dengan lintas program terkait.

Selama proses pembinaan ini, TPCB harus mampu mengidentifikasi permasalahan-permasalahan apa yang perlu dilakukan perbaikan di Puskesmas dan melakukan pemetaan prioritas masalah beserta kesepakatan jangka waktu tindak lanjut masalah tersebut.

Setelah pelaksanaan pembinaan, TPCB segera menyusun laporan yang mencakup paling sedikit kegiatan pembinaan, analisis, kesimpulan dan rekomendasi. Temuan yang membutuhkan tindak lanjut baik oleh Puskesmas maupun TPCB dan/ atau yang membutuhkan pembinaan teknis harus dituangkan pada bagian rekomendasi.

Laporan pelaksanaan pembinaan disampaikan kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sebagai penanggung jawab TPCB dan ke Puskesmas tempat dilakukan pembinaan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah dilaksanakannya pembinaan.

3.2.3 Pembinaan Teknis

Jika ada masalah spesifik yang tidak dapat diselesaikan oleh TPCB maka dilakukan pembinaan teknis oleh program teknis terkait. Pembinaan teknis tersebut dapat dilakukan pada aspek manajerial maupun pelayanan sesuai kebutuhan. Pelaksanaan pembinaan teknis dapat melibatkan unsur terkait seperti unit pelaksana teknis daerah bidang kesehatan, organisasi profesi, surveyor FKTP dan Puskesmas sebagai percontohan sesuai kebutuhan.

Contoh pelaksanaan pembinaan teknis sebagai berikut:

1. Ditemukan masalah spesifik terkait capaian imunisasi dasar lengkap (IDL) di sebuah Puskesmas rendah dalam kurun waktu 1 tahun ini, maka pengelola program imunisasi di dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan teknis ke Puskesmas. Pengelola program mendampingi Puskesmas dalam menganalisis masalah, menentukan pemecahan masalah dan kegiatan pemecahan masalah (*corrective action*) yang pelaksanaannya secara terpadu di Puskesmas. Pengelola program melakukan monitoring dan evaluasi

terhadap pelaksanaan kegiatan. Hasil pembinaan teknis dilaporkan kepada TPCB sesuai dengan *cluster* Puskesmas.

2. Ditemukan masalah spesifik yaitu capaian indikator nasional mutu yaitu keberhasilan pengobatan pasien TB sensitif obat (SO) di sebuah Puskesmas rendah dalam kurun waktu 1 tahun terakhir, maka pengelola program TB dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan teknis ke Puskesmas. Pengelola program mendampingi Puskesmas dalam menganalisis masalah, menentukan pemecahan masalah dan kegiatan pemecahan masalah (*corrective action*) yang pelaksanaannya secara terpadu di Puskesmas. Pendampingan ini juga dapat melibatkan laboratorium kesehatan daerah apabila ditemukan masalah spesifik terkait mutu pemeriksaan di laboratorium Puskesmas. Pengelola program melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan. Hasil pembinaan teknis dilaporkan kepada TPCB sesuai dengan cluster Puskesmas.
3. Ditemukan masalah spesifik yaitu capaian akreditasi sebuah Puskesmas 2 (dua) kali berturut-turut yaitu madya, maka pengelola program akreditasi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan teknis ke Puskesmas. Pengelola program mendampingi Puskesmas dalam menganalisis masalah, menentukan pemecahan masalah dan kegiatan pemecahan masalah (*corrective action*) yang pelaksanaannya secara terpadu di Puskesmas. Pendampingan ini juga dapat melibatkan tim pendamping dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, surveior yang berdomisili di kabupaten/kota tersebut. Pengelola program melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan. Hasil pembinaan teknis dilaporkan kepada TPCB sesuai dengan *cluster* Puskesmas.

BAB IV EVALUASI PELAKSANAAN PEMBINAAN

Evaluasi terhadap hasil pelaksanaan pembinaan Puskesmas oleh TPCB dilakukan di akhir tahun setelah proses pembinaan selesai dilakukan. Evaluasi ini dilakukan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam bentuk pertemuan yang dihadiri oleh kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota beserta seluruh TPCB, perwakilan Puskesmas dan pihak-pihak terkait yang dianggap memberi kontribusi signifikan terhadap pelaksanaan pembinaan.

4.1 MAKSUD DAN TUJUAN EVALUASI PEMBINAAN

4.1.1 MAKSUD EVALUASI PEMBINAAN

Maksud dilakukan evaluasi pembinaan:

1. Untuk mengetahui apakah pelaksanaan pembinaan berjalan sesuai standar/ pedoman;
2. Untuk mengetahui hasil pembinaan TPCB dan melakukan langkah-langkah perbaikan;
3. Untuk melakukan perbaikan dalam rangka meningkatkan kualitas pembinaan.

4.1.2 TUJUAN EVALUASI PEMBINAAN

Tujuan evaluasi pembinaan:

1. Untuk mengetahui capaian target indikator keberhasilan TPCB;
2. Untuk mengetahui kendala dan hambatan yang ada selama TPCB melakukan pembinaan;
3. Untuk mengetahui faktor-faktor pendukung keberhasilan pembinaan;
4. Untuk merumuskan perbaikan yang akan dilakukan untuk pembinaan selanjutnya.

4.2. MANFAAT EVALUASI PEMBINAAN

1. PUSKESMAS

- a. Sebagai sarana kaji banding bagi Puskesmas;

- b. Memperoleh pembinaan oleh TPCB yang lebih baik pada tahun berikutnya.

2. TIM PEMBINA CLUSTER BINAAN (TPCB)

- a. Sebagai sarana kaji banding untuk TPCB dalam melakukan pembinaan;
- b. Mengetahui peluang perbaikan guna pembinaan yang lebih baik pada tahun berikutnya;
- c. Sebagai dasar untuk mengusulkan kebijakan, sumber daya dalam rangka mendukung perbaikan pembinaan Puskesmas oleh TPCB.

3. KEPALA DINAS KESEHATAN DAERAH KABUPATEN/KOTA

- a. Untuk mengevaluasi keberhasilan pembinaan daerah kabupaten/kota ke Puskesmasnya;
- b. Untuk membuat perencanaan berbasis hasil pembinaan sehingga diharapkan intervensi perbaikan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan berbasis pada skala prioritas permasalahan di wilayah kerja Puskesmas;
- c. Untuk memutuskan pendekatan paling tepat yang akan dilakukan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam hal pembinaan di tahun selanjutnya;
- d. Untuk memberikan arahan bimbingan teknis dan manajemen kepada TPCB.

BAB V
PERAN DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI
DAN KEMENTERIAN KESEHATAN

5.1. PERAN DAN PEMBAGIAN WILAYAH BINAAN

Dinas kesehatan daerah provinsi dan Kementerian Kesehatan secara berjenjang mempunyai kewajiban untuk melakukan pembinaan, pembinaan terpadu terhadap pelaksanaan pembinaan, Pembinaan terpadu Puskesmas yang dilakukan oleh TPCB di tingkat dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Untuk menjamin keberlangsungan dan keberhasilan pelaksanaan pembinaan Puskesmas oleh TPCB dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, diperlukan peran dari dinas kesehatan daerah provinsi dan Kementerian Kesehatan sesuai kewenangannya, sebagai berikut:

Tabel 4. Peran Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dan Kementerian Kesehatan

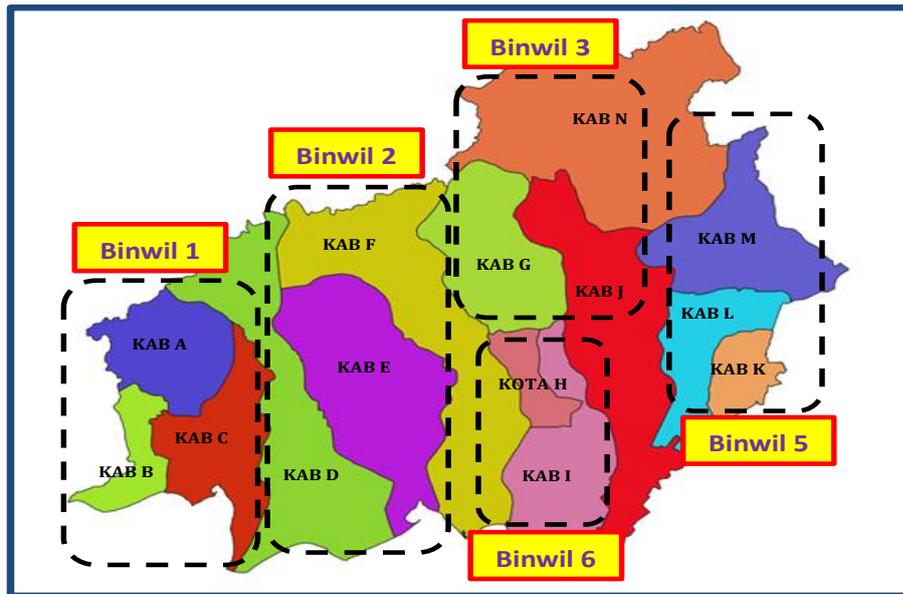
DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI	KEMENTERIAN KESEHATAN
<p>1. Melakukan peningkatan kapasitas (seperti <i>workshop</i>, orientasi, sosialisasi) bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam melakukan pembinaan kepada Puskesmas yang akan dilakukan oleh TPCB</p> <p>2. Memfasilitasi dan mendorong dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam melaksanakan pembinaan Puskesmas</p> <p>3. Melakukan pemantauan terhadap proses pembinaan terpadu yang dilaksanakan oleh</p>	<p>1. Kementerian Kesehatan menentukan kebijakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya</p> <p>2. Kebijakan yang dikeluarkan harus menjamin dapat diimplementasikan di lapangan di seluruh wilayah Indonesia secara konsisten (<i>Consistent National Value</i>). Oleh karena itu kebijakan pusat harus didukung dengan:</p> <p>a. Adanya peraturan-peraturan Menteri Kesehatan yang dapat menjelaskan</p>

DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI	KEMENTERIAN KESEHATAN
<p>dinas kesehatan daerah kabupaten/kota</p> <p>4. Memberikan dukungan kepada kabupaten/kota dalam bentuk:</p> <p>a. Memberikan umpan balik/<i>feedback</i>, disertai saran-saran perbaikan, atas informasi yang diperoleh dari kabupaten/kota dan data profil kabupaten/kota yang dikompilasi dari laporan rutin Puskesmas</p> <p>b. Membahas masalah yang dihadapi kabupaten/kota dan solusinya dalam pertemuan rutin dengan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota</p> <p>c. Pembinaan langsung ke kabupaten/kota secara lintas program sesuai urutan prioritas, untuk mendapatkan gambaran masalah di kabupaten/kota dan <i>sampling</i> ke Puskesmas atas temuan masalah</p> <p>5. Memberikan dukungan penyediaan tenaga kesehatan, sarana, prasarana dan alat yang tidak dapat dipenuhi oleh pemerintah daerah kabupaten/kota sesuai</p>	<p>bagaimana kebijakan tersebut dapat diimplementasikan. Kebijakan tersebut dirinci dalam bentuk NSPK pelayanan/program yang harus dipatuhi sampai di tingkat terdepan/lapangan</p> <p>b. Peraturan Menteri dimaksud harus didukung perangkat-perangkat yang memastikan bahwa peraturan tersebut dipastikan dapat dijalankan, seperti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pedoman-pedoman teknis dan manajemen 2) Pedoman pembinaan Puskesmas bagi dinas kesehatan. <p>3. Kementerian Kesehatan melakukan diseminasi informasi kepada provinsi yang mencakup materi yang dibutuhkan oleh dinas kesehatan daerah provinsi dalam melakukan orientasi bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan kepada Puskesmas</p> <p>4. Kementerian Kesehatan melakukan pembinaan terhadap provinsi melalui mekanisme pembinaan wilayah (Binwil) dan</p>

DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI	KEMENTERIAN KESEHATAN
ketentuan perundang-undangan.	pemantauan terhadap proses pembinaan terpadu yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan daerah provinsi dan kabupaten/kota 5. Kementerian Kesehatan dapat menyediakan dukungan anggaran untuk provinsi dalam melakukan orientasi bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota terkait pembinaan Puskesmas

Sebagaimana terjadi pada dinas kesehatan daerah kabupaten/ kota, pembinaan yang dilakukan pada level dinas kesehatan daerah provinsi dan Kementerian Kesehatan selama ini juga cenderung bersifat sektoral oleh masing-masing bidang. Agar pembinaan dapat lebih efektif, efisien dan sejalan dengan pola pembinaan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, maka pembinaan pada level dinas kesehatan daerah provinsi dan Kementerian Kesehatan juga harus terpadu, terintegrasi antar program dan berkesinambungan. Dinas kesehatan daerah provinsi dan Kementerian Kesehatan perlu membentuk Tim Pembina Wilayah tingkat provinsi dan Kementerian Kesehatan.

Tim Pembina Wilayah daerah provinsi dibentuk dan ditetapkan oleh Kepala dinas kesehatan daerah provinsi, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota di bagi habis dalam wilayah binaan. Tim Pembina Wilayah daerah provinsi diketuai oleh Kepala Bidang/Sekretaris Dinas serta beranggotakan seluruh perwakilan bidang dan sekretariat yang ada di dinas kesehatan daerah provinsi.



Gambar 4. Contoh Pembagian Wilayah Binaan (Binwil) Kabupaten/Kota

Untuk level Kementerian Kesehatan pembagian wilayah binaan per level eselon 1 (satu) dan eselon 2 (dua) ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang Tim Binaan Wilayah Bidang Kesehatan. Apabila Tim Pembina Wilayah Daerah Provinsi menemukan permasalahan yang harus ditindaklanjuti oleh teknis program, maka dapat melibatkan *expert*, organisasi profesi, lintas program dan lintas sektor terkait.

Dengan konsep pembinaan terpadu, berjenjang dan periodik diharapkan tujuan pembinaan terhadap puskesmas sebagai ujung tombak dapat tercapai yakni mendorong Puskesmas dalam memenuhi standar pelayanan, meningkatkan kepatuhan standar pelayanan dan terwujudnya budaya mutu di Puskesmas sehingga *output* yang diharapkan mulai dari puskesmas terakreditasi maupun capaian target kinerja baik SPM bidang kesehatan maupun indikator nasional, provinsi dan kabupaten/kota dapat tercapai.

5.2. METODE PEMBINAAN

Pembinaan yang dilakukan oleh Tim Pembina Wilayah Daerah Provinsi secara periodik 6 bulan sekali dapat dilaksanakan baik secara langsung maupun tidak langsung. Selama periode waktu tersebut, khusus

pelaksanaan pembinaan secara langsung wajib dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun, sedangkan untuk pelaksanaan pembinaan secara tidak langsung menyesuaikan dari kemampuan pelaksanaan pembinaan secara langsung.

Metode pembinaan pada level dinas kesehatan daerah provinsi dan Kementerian Kesehatan dapat dilakukan sebagai berikut:

5.2.1. Pembinaan Langsung

Tim Pembina Wilayah dinas kesehatan daerah provinsi memberikan pembinaan langsung dengan cara melakukan visitasi ke dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan *sampling* puskesmas. Pembinaan Langsung dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun. Pembinaan langsung dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran langsung masalah pembinaan yang dihadapi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Tim Pembina wilayah dapat pula mengambil *sampling* ke Puskesmas atas temuan masalah.

Tim Pembina Wilayah Kementerian Kesehatan memberikan pembinaan langsung dengan cara turun langsung ke dinas kesehatan daerah provinsi. Pembinaan Langsung dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun. Pembinaan langsung dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran langsung masalah pembinaan yang dihadapi dinas kesehatan daerah provinsi. Tim Pembina wilayah dapat pula mengambil *sampling* ke dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan/atau Puskesmas atas temuan masalah.

5.2.2. Pembinaan Tidak Langsung

Tim Pembina Wilayah dinas kesehatan daerah provinsi memberikan pembinaan tidak langsung tanpa turun ke lapangan. Pembinaan dapat dilakukan melalui media daring seperti *video conference*, *chatting*, email dan mekanisme lainnya. Pembinaan tidak langsung dilakukan menyesuaikan dengan pelaksanaan pembinaan langsung, dimaksudkan agar Tim Pembina wilayah

dapat memantau progress pembinaan TPCB. Pembinaan dilakukan dengan memberikan umpan balik/*feedback*, disertai saran-saran perbaikan, atas informasi dari instrumen Pembinaan Terpadu Puskesmas yang dikirimkan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Tim Pembina Wilayah Kementerian Kesehatan memberikan pembinaan tidak langsung tanpa turun ke lapangan. Pembinaan dapat dilakukan melalui media daring seperti *video conference*, *chatting*, email dan mekanisme lainnya. Pembinaan tidak langsung dilakukan secara periodik minimal 1 (satu) kali setahun dimaksudkan agar Tim Pembina Wilayah Kementerian Kesehatan dapat memantau progress pembinaan Tim Pembina Wilayah dinas kesehatan daerah provinsi. Pembinaan dilakukan dengan memberikan umpan balik/*feedback*, disertai saran-saran perbaikan, atas informasi dari instrumen Pembinaan Terpadu Puskesmas yang dikirimkan dinas kesehatan daerah provinsi.

5.3. INDIKATOR KEBERHASILAN PEMBINAAN

Untuk mengukur keberhasilan pembinaan sekaligus evaluasi pembinaan oleh Tim Pembina Wilayah dinas kesehatan daerah provinsi maupun Tim Pembina Wilayah Kementerian Kesehatan perlu ditetapkan indikator keberhasilan pembinaan yang bersifat generik sebagaimana yang digambarkan pada table 5. Selain Indikator generik tersebut maka daerah dapat mengembangkan indikator keberhasilan lain, dan indikator-indikator tersebut harus ditetapkan dan dievaluasi oleh penanggung jawab tim Pembina wilayah secara periodik.

Tabel 5 Indikator Keberhasilan Dinas Kesehatan Daerah Provinsi

LEVEL PEMBINAAN	INPUT	PROSES	OUTPUT	OUTCOME
Tim Pembina Wilayah dinas kesehatan daerah provinsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedia SK Binwil 2. Tersedia SDM baik dari segi jenis, jumlah dan kompetensi. 3. Tersedia Program dan kegiatan Pembinaan terpadu oleh Dinas Kesehatan Provinsi. 4. Tersedianya anggaran di APBD I untuk pelaksanaan pembinaan terpadu oleh Dinas Kesehatan Provinsi. 5. Tersedia Sarana, Prasarana dan Alat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya pembinaan sesuai jadwal. 2. Terlaksananya Pembinaan Terpadu pembinaan oleh Kementerian Kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai target SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota. 2. Tercapainya indikator Program Prioritas Nasional. 3. Peningkatan pencapaian IKS di daerah kabupaten/kota yang dibina. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seluruh kabupaten/kota memenuhi SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota. 2. Seluruh kabupaten/kota mencapai indikator RPJMD bidang kesehatan di kabupaten/kota. 3. Tercapainya target indikator RPJMD bidang kesehatan di provinsi. 4. Tercapainya target indikator program prioritas di tingkat provinsi.

LEVEL PEMBINAAN	INPUT	PROSES	OUTPUT	OUTCOME
	<p>untuk pelaksanaan pembinaan terpadu oleh Dinas Kesehatan Provinsi.</p> <p>6. Tersedia Jadwal Pembinaan oleh Dinas Kesehatan Provinsi.</p>			<p>a. Penurunan AKI dan AKB</p> <p>b. Penurunan insidens TB</p> <p>c. Penurunan <i>Stunting</i></p> <p>d. Peningkatan cakupan dan kualitas Imunisasi</p> <p>e. Penurunan prevalensi PTM</p>

5.4. EVALUASI

5.4.1. Level dinas kesehatan daerah provinsi

Evaluasi pelaksanaan pembinaan TPCB oleh Tim Binwil Dinas Kesehatan Provinsi dilakukan di akhir tahun atau awal tahun setelah seluruh proses pembinaan dilakukan dalam bentuk pertemuan di Provinsi secara daring atau luring yang dihadiri oleh Kepala dinas kesehatan daerah provinsi, Tim Pembina Wilayah dinas kesehatan daerah provinsi dan Tim Pembina *Cluster* Binaan (TPCB) dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Pada pertemuan tersebut dapat dihadirkan lintas sektor terkait, expert, organisasi profesi atau Tim Pembina Wilayah Kementerian Kesehatan. Tujuan pertemuan adalah untuk melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan pembinaan yang telah dilakukan selama 1 tahun berjalan. Pertemuan dapat dipergunakan sebagai ajang kaji banding/*benchmarking* antar Kabupaten/Kota. Hasil evaluasi dapat digunakan dalam pengambilan keputusan dan arah kebijakan serta memperbaiki kegiatan pembinaan ke depan.

5.4.2. Level Kementerian Kesehatan

Evaluasi dilakukan di akhir tahun atau awal tahun setelah seluruh proses pembinaan dilakukan dalam bentuk pertemuan di tingkat pusat secara daring atau luring yang dihadiri oleh Tim Pembina Wilayah Kementerian Kesehatan dan Tim Pembina Wilayah dinas kesehatan daerah provinsi. Pada pertemuan tersebut dapat dihadirkan lintas sektor terkait, expert maupun organisasi profesi. Tujuan pertemuan adalah untuk melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan pembinaan yang telah dilakukan selama 1 tahun berjalan. Pertemuan dapat dipergunakan sebagai ajang kaji banding/*benchmarking* antar Provinsi. Hasil evaluasi dapat digunakan dalam pengambilan keputusan dan arah kebijakan serta memperbaiki kegiatan pembinaan ke depan.

BAB VI PENCATATAN DAN PELAPORAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 31 tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas, yang dimaksud dengan pencatatan adalah serangkaian kegiatan untuk mendokumentasikan hasil pengamatan, pengukuran dan/atau penghitungan pada setiap langkah upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas. Sedangkan, yang dimaksud dengan pelaporan adalah penyampaian data terpilah dari hasil pencatatan kepada pihak terkait sesuai dengan tujuan dan kebutuhan yang telah ditentukan. Dalam rangkaian pelaksanaan pembinaan terpadu Puskesmas oleh dinas kesehatan ini, pencatatan dan pelaporan merupakan bagian yang penting.

6.1. TINGKAT PUSKESMAS

Sebagai langkah awal persiapan setiap pembinaan terpadu Puskesmas, baik langsung maupun tidak langsung, Instrumen pembinaan terpadu Puskesmas (lihat Lampiran 1) disampaikan oleh TPCB kepada Puskesmas yang akan dilakukan pembinaan. Instrumen pembinaan terpadu Puskesmas terdiri atas bagian-bagian sebagai berikut:

1.1.	PROFIL PUSKESMAS	
	I.	Identitas Pengisi
	II.	Identitas Puskesmas
	III.	Data Umum
	A.	Organisasi Puskesmas
	B.	Lokasi Puskesmas
	C.	Bangunan Puskesmas
	D.	Prasarana Puskesmas
	E.	Peralatan Puskesmas
	F.	Pengisian ASPAK
	G.	Sumber Daya Manusia
	H.	Penilaian Kinerja Puskesmas

1.2.	PARAMETER PENILAIAN		SKOR MAKSIMAL
	I.	Pemenuhan Sumber Daya Manusia	80
	II.	Perencanaan Puskesmas	290
	III.	Penggerakan dan Pelaksanaan Puskesmas	60
	IV.	Pengendalian, Pengawasan dan Penilaian Kinerja Puskesmas	20
	V.	Peningkatan Mutu Puskesmas	50
	VI.	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan	
		A. Penerapan Kewaspadaan Standar	90
		B. Penerapan Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi	30
	VII.	Pelaksanaan SKDR Terhadap Penyakit Menular Potensial KLB/Wabah	30
	VIII.	Cakupan Indikator Program	160
		A. Kesehatan Ibu dan Anak	
		B. Imunisasi	
		C. Gizi	
		D. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	
		E. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	
1.3.	UPAYA INOVASI		
1.4.	REKAPITULASI SKOR		
1.5.	RENCANA TINDAK LANJUT		

Bagian 1.1. sampai dengan 1.3. diisi oleh Puskesmas. Pengisian instrumen ini lebih diarahkan untuk memotret dan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi Puskesmas, yang selanjutnya akan dianalisis dan ditindaklanjuti oleh TPCB dengan pembinaan langsung dan pembinaan tidak langsung. Sehingga, penting untuk diperhatikan agar pengisian instrumen ini oleh Puskesmas hendaknya dilakukan sesuai dengan fakta yang sesungguhnya dan lengkap. Pada bagian 1.2., Puskesmas memberikan penilaian secara mandiri (*self assessment*) terhadap Kriteria pada setiap Elemen Penilaian dan menuliskannya di kolom Nilai *Self Assesment*.

Instrumen Pembinaan Terpadu Puskesmas yang telah diisi dikirimkan kepada TPCB dinas kesehatan daerah kabupaten/kota selambat-lambatnya 1 (satu) minggu sebelum dilaksanakannya pembinaan.

6.2. TINGKAT DINAS KESEHATAN DAERAH KABUPATEN/KOTA

Pada saat pembinaan, TPCB melakukan validasi terhadap penilaian yang telah dilakukan oleh Puskesmas dalam Instrumen Pembinaan Terpadu Puskesmas. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara Nilai *Self Assesment* dan fakta, maka TPCB dapat memberikan penilaian yang berbeda dan menuliskannya di kolom Nilai Hasil Validasi pada bagian 1.2.

Selanjutnya, TPCB pada bagian 1.4 melakukan perhitungan nilai akhir dengan membandingkan skor yang diperoleh dengan skor maksimal pada setiap parameter. Kesimpulan nilai akhir Baik, bila setiap parameter bernilai $\geq 80\%$; nilai akhir Cukup, bila ada satu atau dua parameter bernilai 60% sampai dengan $< 80\%$ dan parameter yang lain bernilai $\geq 80\%$; dan nilai akhir Kurang, bila tidak memenuhi kriteria Baik dan Cukup. Kemudian, TPCB menyusun tindak lanjut pada bagian 1.5.

TPCB yang telah melakukan pembinaan kepada Puskesmas, baik langsung maupun tidak langsung, wajib menyampaikan umpan balik tertulis kepada Puskesmas di *cluster* binaannya. TPCB perlu melakukan pemantauan terhadap hasil pembinaan yang telah dilakukan sebelumnya. TPCB dapat menggunakan tabel seperti pada Lampiran 2.

Jika pada pembinaan oleh TPCB tersebut ditemukan permasalahan spesifik yang memerlukan pembinaan lanjutan secara khusus, maka dapat dilakukan pembinaan teknis. Tim yang melakukan pembinaan teknis wajib menyampaikan laporan tertulis kepada Ketua TPCB dan umpan balik tertulis kepada Kepala

Puskesmas yang dilakukan pembinaan. Laporan dan umpan balik paling sedikit mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Uraian permasalahan spesifik yang dilakukan pembinaan.
2. Analisis akar permasalahan spesifik.
3. Langkah-langkah pembinaan yang telah dilakukan oleh Tim.
4. Permasalahan spesifik yang telah dapat diselesaikan.
5. Kendala yang dihadapi oleh Tim saat melakukan pembinaan.
6. Rencana atau usulan langkah-langkah yang akan dilakukan pada pembinaan selanjutnya.

Laporan dan umpan balik dari TPCB disampaikan selambat-lambatnya tiga hari kerja setelah terlaksananya pembinaan. Masing-masing Ketua TPCB melaporkan kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota seluruh kegiatan pembinaan Puskesmas pada *cluster* binaannya, termasuk kegiatan pembinaan teknis. Laporan disampaikan secara berkala setiap tiga bulan sekali selambat-lambatnya pada tanggal 5 bulan pertama pada triwulan berikutnya. Laporan tersebut menggunakan tabel pada Tabel 6.

Tabel 6. Contoh tabel Laporan Pembinaan Puskesmas oleh TPCB.

No.	TANGGAL PELAKSANAAN PEMBINAAN	NAMA PUSKESMAS YANG DIBINA	MEKANISME PEMBINAAN	PELAKSANA PEMBINAAN		PERMASALAHAN UTAMA YANG DIHADAPI PUSKESMAS	INTERVENSI PEMBINAAN YANG TELAH DILAKUKAN OLEH TIM	RENCANA PEMBINAAN SELANJUTNYA
				NAMA	BIDANG/SEKSI/ PROGRAM			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Hasil pertemuan evaluasi pelaksanaan pembinaan terpadu yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dibuat laporan tertulisnya kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Laporan tersebut paling sedikit mencakup resume hasil pertemuan dan rekomendasi kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota menyampaikan Laporan Pembinaan Puskesmas tingkat Kabupaten/Kota kepada dinas kesehatan daerah provinsi setiap enam bulan sekali.

Selambat-lambatnya tanggal 10 Juli dilaporkan pelaksanaan pembinaan Puskesmas pada semester pertama (bulan Januari-Juni) tahun berjalan dan selambat-lambatnya tanggal 10 Januari tahun berikutnya dilaporkan pelaksanaan pembinaan Puskesmas pada semester kedua (bulan Juli-Desember). Pelaporan tersebut menggunakan tabel pada Tabel 7.

Tabel 7. Contoh tabel Laporan Pembinaan Puskesmas tingkat Kabupaten/Kota

No.	NAMA PUSKESMAS	FREKUENSI PEMBINAAN		PERMASALAHAN UTAMA YANG TELAH DILAKUKAN PEMBINAAN	DUKUNGAN PEMBINAAN YANG DIHARAPKAN DARI DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI	PENCAPAIAN INDIKATOR KEBERHASILAN PEMBINAAN OLEH TPCB	
		LANGSUNG	TIDAK LANGSUNG			INDIKATOR	PENCAPAIAN
1	2	3	4	5	6	7	8
1				1	1	INPUT	
				2	2		
				3	3		
2				1	1	PROSES	
				2	2		
				3	3		
3				1	1	OUTPUT	
				2	2		
				3	3		

6.3. TINGKAT DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI

Hasil pertemuan evaluasi pembinaan Puskesmas yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan daerah provinsi dibuat laporan tertulisnya kepada kepala dinas kesehatan daerah provinsi. Laporan tersebut paling sedikit mencakup resume hasil pertemuan dan rekomendasi kepada kepala dinas kesehatan daerah provinsi.

Dinas kesehatan daerah provinsi menyampaikan Laporan Pembinaan Puskesmas tingkat Provinsi kepada Kementerian Kesehatan cq Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan setahun sekali. Laporan dikirimkan melalui email subditmutuyankesprimer@kemkes.go.id selambat-lambatnya tanggal 31 Januari tahun berikutnya. Pelaporan tersebut menggunakan tabel pada Tabel 8.

Tabel 8. Contoh tabel Laporan Pembinaan Puskesmas tingkat Provinsi.

No.	NAMA KABUPATEN/KOTA	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH PUSKESMAS YANG MENDAPAT PEMBINAAN OLEH TPCB SESUAI FREKUENSI DALAM PEDOMAN		PENCAPAIAN INDIKATOR KEBERHASILAN PEMBINAAN OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH KABUPATEN/KOTA		FREKUENSI PEMBINAAN OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI	PERMASALAHAN UTAMA YANG TELAH DILAKUKAN PEMBINAAN	BENTUK DUKUNGAN PEMBINAAN YANG DIBERIKAN OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH PROVINSI		
			LANGSUNG	TIDAK LANGSUNG	INDIKATOR	PENCAPAIAN					
1					INPUT						
					a					1	1
					b					2	2
					PROSES					3	3
					a					4	4
					b					5	5
					OUTPUT					6	6
					a					7	7
					b					8	8
2					INPUT						
					a					1	1
					b					2	2
					PROSES					3	3
					a					4	4
					b					5	5
					OUTPUT					6	6
					a					7	7
					b					8	8

Adapun alur pencatatan dan pelaporan sebagaimana yang dijelaskan pada 6.1. sampai dengan 6.3 dapat dilihat pada Gambar 5.



Gambar 5. Alur pencatatan dan pelaporan pembinaan Puskesmas. Pencatatan dan pelaporan yang akurat, lengkap dan tepat waktu perlu diupayakan. Pencatatan dan pelaporan sebagai bukti pelaksanaan kegiatan pembinaan Puskesmas juga akan digunakan sebagai data dukung pemenuhan standar akreditasi Puskesmas.

BAB VII PEMBIAYAAN

Pelaksanaan pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dibiayai dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, dan Pembinaan daerah kabupaten/kota oleh provinsi dibiayai dari APBD Provinsi. Pembiayaan lainnya dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional (APBN) serta pembiayaan lain yang sah dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelaksanaan pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan perlu mengedepankan aspek efisiensi dari sisi pembiayaannya.

BAB VIII PENUTUP

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Puskesmas oleh Pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota merupakan amanat Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat pasal 65 ayat (1). Pembinaan dan pengawasan ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat. Disebutkan pula bahwa pembinaan merupakan sifat tata hubungan kerja antara dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dengan Puskesmas. Pembinaan dilakukan dalam rangka sinkronisasi dan harmonisasi pencapaian tujuan pembangunan kesehatan daerah yang merupakan bagian tugas, fungsi dan tanggung jawab dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

Pelaksanaan pembinaan Puskesmas yang konsisten dan didasari dengan semangat *Continuous Quality Improvement* (CQI) akan memberikan peluang lebih besar tercapainya tujuan-tujuan tersebut. Selain itu, dilaksanakannya pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota akan memberikan contoh bagi Puskesmas dan mendorong Puskesmas untuk melakukan pembinaan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan lain dan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat di wilayah kerjanya.

Pada akhirnya, pelaksanaan pembinaan Puskesmas yang terukur dan kontinyu akan memastikan tercapainya capaian kinerja Puskesmas, tercapainya pemenuhan indikator mutu Puskesmas dan dipenuhinya standar akreditasi serta menjamin pencapaian dan peningkatan hasil pada saat dilakukan penilaian. Hendaknya pembinaan Puskesmas dengan menggunakan Pedoman ini dapat dijalankan secara optimal.

**INSTRUMEN PEMBINAAN TERPADU PUSKESMAS OLEH DINAS
KESEHATAN**

1.1. PROFIL PUSKESMAS

I. IDENTITAS PENGISI

1.	Nama Kepala Puskesmas/ Yang Melakukan pengisian Instrumen	Tanda tangan
2.	Nomor telepon seluler	
3.	Tanggal Pengisian	

II. IDENTITAS PUSKESMAS

1.	Nama Puskesmas	
2.	Nomor Registrasi		□□-□□-□□□□
3.	Tanggal Pendirian		□□-□□-□□□□
4.	Alamat	
5.	Kecamatan		□□
6.	Kabupaten/Kota		□□
7.	Provinsi		□□

8.	Nomor Telepon Puskesmas dan Nomor Telepon <i>Whatsapp</i>	□□□□□□□□□□
		□□□□□□□□□□
9.	Alamat <i>e-mail</i> dan <i>website</i>	

III. DATA UMUM

III. A	ORGANISASI MANAJEMEN		
1.	Nomor Sertifikat Standar	□□-□□-□□□□	
2.	Tanggal terbit Sertifikat Standar	□□-□□-□□□□	
3.	Kategori Puskesmas	Berdasarkan karakteristik wilayah kerja: 1. Puskesmas Kawasan Perkotaan 2. Puskesmas Kawasan Perdesaan 3. Puskesmas Kawasan Terpencil 4. Puskesmas Kawasan Sangat Terpencil	<input type="checkbox"/>
		Berdasarkan kemampuan pelayanan: 1. Puskesmas Non Rawat Inap 2. Puskesmas Rawat Inap	<input type="checkbox"/>
4.	Status Akreditasi	1. Terakreditasi Paripurna 2. Terakreditasi Utama 3. Terakreditasi Madya 4. Terakreditasi Dasar 5. Belum Terakreditasi	<input type="checkbox"/>

III. B	LOKASI PUSKESMAS			
1.	Puskesmas mempunyai sertifikat tanah	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2.	Puskesmas mempunyai Sertifikat Laik Fungsi (SLF) yang dikeluarkan oleh Dinas PU	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3.	Puskesmas tidak di tepi lereng	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

III. B	LOKASI PUSKESMAS			
4.	Puskesmas tidak dekat kaki gunung yang rawan terhadap tanah longsor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
5.	Puskesmas tidak dekat anak sungai, sungai atau badan air yang dapat mengikis pondasi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6.	Puskesmas tidak di atas atau dekat dengan jalur patahan aktif	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
7.	Puskesmas tidak di daerah rawan tsunami	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
8.	Puskesmas tidak di daerah rawan banjir	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
9.	Puskesmas tidak dalam zona topan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
10.	Puskesmas tidak di daerah rawan badai	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
11.	Puskesmas mudah dijangkau oleh masyarakat	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
12.	Puskesmas memiliki akses transportasi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
13.	Tersedia jalur yang aksesibel untuk penyandang disabilitas yang rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
14.	Fasilitas parkir Puskesmas memadai, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
15.	Tersedia pagar keliling untuk pengamanan Puskesmas dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
16.	Puskesmas tidak berdiri di area sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi (SUTT) dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi (SUTET)	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

III.C BANGUNAN PUSKESMAS				
1.	Koefisien Dasar Bangunan (KDB) Puskesmas maksimal 60%	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
2.	Koefisien Lantai bangunan (KLB) Puskesmas maksimal 1,8	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
3.	Koefisien Daerah Hijau (KDH) Puskesmas minimal 15%	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4.	Tata letak ruang pelayanan pada bangunan Puskesmas diatur berdasarkan zona privasi kegiatan dan zona infeksius atau zona non infeksius serta zona pelayanan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
5.	Pencahayaan dan penghawaan Puskesmas nyaman dan aman di semua bagian	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6.	Lebar koridor Puskesmas minimal 2,4 meter, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
7.	Tinggi langit-langit Puskesmas minimal 2,8 meter, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
8.	Bila antar bangunan/ruangan di dalam Puskesmas menggunakan RAM, kemiringan tidak melebihi 7°	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
9.	Bangunan Puskesmas permanen, rapi, bersih, tidak pengap dan tidak berbau	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
10.	Lambang Puskesmas sesuai dengan PMK 43 tahun 2019 dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
11.	Lambang Puskesmas diletakkan di depan bangunan yang mudah terlihat dari jarak jauh	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
12.	Papan nama Puskesmas dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
13.	Posisi bangunan terpisah dari bangunan lain	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
14.	Atap Puskesmas kuat, tidak bocor, tahan lama, dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
15.	Langit-langit Puskesmas kuat, berwarna terang, dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
16.	Material dinding Puskesmas keras, rata, tidak berpori, tidak menyebabkan silau, kedap air, dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih.	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
17.	Dinding KM/WC Puskesmas kedap air, dilapisi keramik minimal setinggi 150 cm dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

18.	Dinding laboratorium Puskesmas tahan bahan kimia, tidak berpori, dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
19.	Material lantai Puskesmas kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, berwarna terang, dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih.	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
20.	Lantai KM/WC Puskesmas dari bahan yang tidak licin, air buangan tidak menggenang, dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
21.	Lebar bukaan pintu utama Puskesmas minimal 120 cm dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
22.	Lebar bukaan pintu ruang gawat darurat Puskesmas minimal 120 cm dan dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
23.	Pintu KM/WC pasien terbuka keluar dan lebar daun pintu minimal 90 cm serta mudah untuk di buka dan ditutup serta dalam kondisi baik, rapi, bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
24.	Material pintu untuk KM/WC kedap air	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
25.	Mempunyai KM/WC untuk penyandang disabilitas dilengkapi dengan <i>handrail</i> yang memiliki posisi dan ketinggian disesuaikan dengan pengguna kursi roda dan penyandang disabilitas lain dan simbol penyandang disabilitas dalam kondisi baik, rapi dan bersih.	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
26.	Halaman Puskesmas tidak banjir/tergenang air saat hujan, dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
27.	Tersedia drainase yang baik sehingga tidak membuat banjir saat hujan turun.	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
28.	Kursi ruang tunggu cukup/memadai untuk jumlah pasien yang datang, tidak sempit dan tidak mengganggu alur pelayanan/koridor serta rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
29.	<i>Meubelair</i> Puskesmas dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
30.	Terdapat tempat poster penyuluhan yang tertata rapi dan bersih di bangunan Puskesmas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
31.	Terdapat tempat khusus pemasangan spanduk edukasi kesehatan yang rapi dan di halaman Puskesmas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>

32.	Terdapat taman obat yang tertata rapi di area Puskesmas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
33.	Puskesmas bebas dari asap rokok	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
34.	Semua ruang Puskesmas bebas dari tanda keberadaan kecoa	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
35.	Semua ruang Puskesmas bebas dari tanda keberadaan tikus	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
36.	Semua ruang Puskesmas bebas dari kucing	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
37.	Angka Bebas Jentik 100%	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
38.	Angka rata-rata populasi lalat < 2 ekor	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
39.	Terdapat Kartu Inventaris Ruangan (KIR) pada setiap ruangan Puskesmas yang telah diisi lengkap	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Ketersediaan ruang kantor			
40.	a. Ruang Administrasi	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	b. Ruang Kantor untuk Karyawan	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	c. Ruang Kepala Puskesmas	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	d. Ruang Rapat/Diskusi	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
41	Ketersediaan ruang pelayanan			
	a. Ruang Pendaftaran dan Rekam Medis	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	b. Ruang Pemeriksaan Umum	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	c. Ruang Tindakan dan Gawat Darurat	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	d. Ruang KIA, KB dan Imunisasi,	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	Pada Puskesmas rawat inap terpisah jadi:			
	1) Ruang kesehatan ibu dan KB*	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	2) Ruang kesehatan anak dan imunisasi*	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	e. Ruang Pemeriksaan Khusus	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	f. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
g. Ruang Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>	
	h. Ruang Farmasi	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>

	Ruang Farmasi meliputi fungsi sebagai berikut:			
	1) Ruang penerimaan resep	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	2) Ruang pelayanan resep dan peracikan	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	3) Ruang penyerahan obat	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	4) Ruang konseling	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	5) Ruang penyimpanan obat dan BMHP	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	6) Ruang arsip	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	i. Ruang Persalinan	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	j. Ruang Rawat Pasca Persalinan	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	k. Ruang Laboratorium	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	l. Ruang Rawat Inap*	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
42	Ketersediaan Ruang Penunjang			
	a. Ruang Tunggu	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	b. Ruang ASI	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	c. Ruang Sterilisasi	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	d. Ruang Cuci Linen	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	e. Ruang Penyelenggaraan makanan (dapur/ <i>pantry</i>)	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	f. Ruang Jaga Petugas*	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	g. Gudang Umum	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	h. Kamar mandi/WC Pasien/pengunjung (terpisah laki-laki dan perempuan, dikondisikan untuk dapat digunakan oleh penyandang disabilitas dan lansia)	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	i. Rumah dinas tenaga kesehatan	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	j. Parkir kendaraan roda 2	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	k. Parkir Kendaraan Roda 4	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	l. Garasi Ambulans/Pusling	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	m. khusus penyimpanan Tabung O2	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	n. Ruang Lainnya (selain yang tertulis diatas)	1. Ada	2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>

III.D	PRASARANA PUSKESMAS		
1.	SISTEM PENGHAWAAN (VENTILASI)		
	Bila menggunakan ventilasi alami pada ruangan, minimal 15 % dari luas lantai ruangan tersebut	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Terdapat pendingin ruangan/AC pada ruang farmasi yang terawat dan bersih	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Terdapat pendingin ruangan/AC pada ruang tindakan yang terawat dan bersih	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Terdapat pendingin ruangan/AC pada ruang persalinan yang terawat dan bersih	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Terdapat pendingin ruangan/AC pada ruang laboratorium yang terawat dan bersih	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Di Laboratorium dan ruang pemeriksaan, penempatan kipas angin/AC membuat arah aliran udara bergerak dari petugas kesehatan ke arah pasien	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Ventilasi ruang tunggu dan pemeriksaan membuat nyaman dan aman pasien dan petugas Puskesmas serta dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Udara di dalam Puskesmas tidak pengap/terasa nyaman	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Udara di dalam Puskesmas tidak berbau	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Kelembapan berkisar 40-70% RH	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Laju ventilasi udara 0,15 – 0,50 meter/detik	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	2. SISTEM PENCAHAYAAN		
	Pencahayaan dalam ruangan Puskesmas terdistribusi merata	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Ruang pemeriksaan umum, KIA, KB, Imunisasi, Gigi dan mulut, ASI, Farmasi, Rawat Inap, Ruang Kantor mempunyai tingkat pencahayaan rata-rata 200 Lux	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Ruang Tindakan, Ruang Laboratorium, Ruang Gadar; mempunyai tingkat pencahayaan rata-rata 300 Lux	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	Ruang Tunggu, KM/WC, Laundry, Gudang Umum, Dapur & Pantry; mempunyai tingkat pencahayaan rata-rata 100 Lux	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
	3. SISTEM SANITASI		
	Ketersediaan air untuk <i>hygiene</i> dan sanitasi di Puskesmas dalam keadaan baik dan bersih serta mengalir 24 jam	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>

	Ketersediaan air untuk keperluan <i>hygiene</i> dan sanitasi untuk pasien rawat jalan 15-20 liter/orang/hari	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Ketersediaan air untuk keperluan <i>hygiene</i> dan sanitasi untuk pasien rawat inap 40-60 liter/orang/hari	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Ketersediaan air untuk keperluan <i>hygiene</i> dan sanitasi untuk ruang bersalin 100 liter/orang/hari	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Sumber Air Bersih (dapat diisi lebih dari 1 pilihan)	1. Perusahaan Air Minum 2. Sumber Air Tanah 3. Lainnya.....		<input type="checkbox"/>
	Saluran air limbah ke air, bersih dari sampah dan dilengkapi penutup dengan bak kontrol untuk menjaga, kemiringan saluran minimal 1%	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Terdapat IPAL Puskesmas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Tersedia tempat sampah minimal 2 buah per ruangan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Puskesmas melakukan pemilahan sampah infeksius, benda tajam, dan sampah non infeksius	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Terdapat tempat penampungan sementara (TPS) limbah B3 Puskesmas dengan kapasitas yang cukup dalam kondisi baik, rapi dan bersih, dan berizin	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Tersedia wastafel pada ruang persalinan, ruang pemeriksaan umum, ruang gigi dan mulut ruang farmasi, ruang laboratorium, toilet pengunjung, <i>sputum booth</i> dalam kondisi baik, rapi dan bersih.	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Tidak ada serbet/lap handuk/lap kain untuk mengeringkan tangan di dekat wastafel	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Tersedia <i>handrub</i> di ruang rawat inap dan pasca persalinan, koridor Puskesmas, dan pintu keluar Puskesmas	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Tersedia <i>septic tank</i> yang tersambung ke IPAL. Jika dengan resapan maka harus secara rutin dilakukan penyedotan	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
4.	SISTEM KELISTRIKAN			
	Sumber daya listrik utama Puskesmas	1. PLN 2. Tenaga Surya/Solarsel		<input type="checkbox"/>

		3. Generator listrik dengan bahan bakar cair atau gas elpiji 4. Tenaga Angin 5. Tenaga Air 6. Lainnya:.....	
	Kekuatan daya listrik PLN VA	
	Sumber daya listrik cadangan/darurat	1. Generator listrik 2. <i>Uninterruptible Power Supply (UPS)</i>	<input type="checkbox"/>
	Kekuatan daya listrik cadangan VA	
	Listrik tersedia 24 jam dalam sehari	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Ketersediaan listrik mencukupi untuk kebutuhan pelayanan Puskesmas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Tersedia sumber daya listrik cadangan/darurat minimal 75% dari daya listrik normal	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Peletakan/penataan kabel listrik Puskesmas dalam kondisi yang aman, baik dan rapi.	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
5.	SISTEM KOMUNIKASI		
	a. Tersedia saluran telepon kabel Puskesmas	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Tersedia telepon seluler khusus Puskesmas	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Tersedia telepon khusus di Unit Gawat Darurat	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Tersedia jaringan internet berfungsi	1. Ada 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Pemanggilan pasien terdengar dengan jelas di area ruang tunggu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Terdapat sistem antrian menggunakan nomor yang jelas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Terdapat mesin nomor antrian bagi pasien yang mendaftar	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h. Terdapat monitor/TV yang menginformasikan nomor urut antrian pasien yang sedang di panggil	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	i. Terdapat perkiraan waktu pelayanan untuk range nomor antrian tertentu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
6.	SISTEM GAS MEDIS		

	Tabung gas medis (Oksigen) Puskesmas di cat warna putih dan dalam kondisi baik dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Saat digunakan tabung gas medis harus menggunakan pengaman seperti troli tabung atau dirantai dan dalam kondisi rapi	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Saat tabung tidak digunakan tabung harus menggunakan tutup pelindung/katup yang dipasang erat dan dirantai	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
7.	SISTEM PROTEKSI PETIR			
	Puskesmas mempunyai sistem proteksi petir terstandar	1. Ada	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
8.	SISTEM PROTEKSI KEBAKARAN			
	Puskesmas mempunyai Alat Pemadam Api Ringan (APAR) dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	APAR berkapasitas 2 kg, terpasang minimal satu buah, antara satu dan lainnya tidak boleh melebihi 15 m, dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	APAR diletakan pada dinding dengan ketinggian antara 15 - 120 cm dari permukaan lantai, dalam kondisi baik, rapi dan bersih	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Di Ruang Genset tersedia APAR CO ₂	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
9.	SISTEM PENGENDALIAN KEBISINGAN			
	Intensitas kebisingan equivalen di luar bangunan puskesmas tidak lebih dari 75 dBA	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	Intensitas kebisingan equivalen di dalam bangunan puskesmas tidak lebih dari 65 dBA	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
10.	SISTEM TRANSPORTASI VERTIKAL DALAM PUSKESMAS			
	a. Bila Tangga, maka: Ukuran Tinggi Pijakan (15-17) cm; Kemiringan < 60°, Lebar Pijakan ≥ 120 cm; Tinggi <i>Hand-rail</i> (65-80) cm; dan Panjang <i>Handrail</i> > 30 cm dari batas tangga, ujung berbelok sesuai ketentuan	1. Sesuai 2. Tidak Sesuai		<input type="checkbox"/>

	b. Bila Ram, Apakah itu: Landaian Menerus, Berbelok, Berbalik Arah, atau Kearah Pintu, maka: Sudut Kemiringan Pijakan ($\leq 7^{\circ}$ dan panjang mendatar Ram Maksimal (9 m), Lebar Pijakan Minimal 120 cm, Lebar Bordes minimal 180 cm (Bila di lantai atas untuk pelayanan), sesuai ketentuan	1. Sesuai 2. Tidak Sesuai	<input type="checkbox"/>
11.	PUSKESMAS KELILING DAN AMBULANS		
	a. Kendaraan Puskesmas Keliling (Roda 4/ 4WD/ Perahu Bermotor / Lainnya); Jumlah: Unit	1. Ada 2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	b. Kendaraan Ambulans (Roda 4 / 4WD / Perahu Bermotor / Lainnya: Unit	1. Ada 2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	c. Roda-2: Standar/Trail:..... Unit	1. Ada 2. Tidak Ada	<input type="checkbox"/>
	d. Puskesmas keliling dalam kondisi baik, bersih dan berfungsi serta mempunyai perlengkapan/alat yang lengkap sebagai puskesmas keliling	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Ambulan Puskesmas dalam kondisi baik, bersih dan berfungsi serta mempunyai alat kesehatan yang lengkap sebagai ambulan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Puskesmas mempunyai daftar rujukan RS yang jelas dan sesuai dengan kebutuhan pasien	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

Keterangan: *) untuk Puskesmas rawat inap

III.E PERALATAN PUSKESMAS			
1.	Set Pemeriksaan Umum	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
2.	Set Tindakan Medis/Gawat Darurat	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
3.	Set Pemeriksaan Kesehatan Ibu	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
4.	Set Pemeriksaan Kesehatan Anak	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
5.	Set Pelayanan KB	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
6.	Set Imunisasi	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
7.	Set Obstetri & Ginekologi	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
8.	Set AKDR Pasca Plasenta	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
9.	Set Bayi Baru Lahir	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
10.	Set Kegawatan Maternal dan Neonatal	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
11.	Set Perawatan Pasca Persalinan	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
12.	Set Pemeriksaan Khusus	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
13.	Set Kesehatan Gigi dan Mulut	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
14.	Set Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) berbagai kebutuhan	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
15.	Set ASI	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap	<input type="checkbox"/>

		3. Tidak ada	
16.	Set Laboratorium	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
17.	Set Farmasi	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
18.	Set Rawat Inap*	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
19.	Set Sterilisasi	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
20.	Set Alat Tambahan untuk Dokter Layanan Primer/Puskesmas sebagai Wahana Pendidikan Dokter Layanan Primer	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
21.	Set Puskesmas Keliling	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
22.	Kit Keperawatan Kesehatan Masyarakat	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
23.	Kit Imunisasi	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
24.	Kit UKS	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
25.	Kit UKGS	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
26.	Kit Bidan	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
27.	Kit Posyandu	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
28.	Kit Sanitarian	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
29.	Kit Kesehatan Lansia/Kit Posbindu PTM	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap 3. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
30.	Kit Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)	1. Ada, Lengkap 2. Ada, Tidak Lengkap	<input type="checkbox"/>

		3. Tidak ada	
31.	Puskesmas sudah tidak menggunakan alat kesehatan yang mengandung air raksa (Hg) untuk tensimeter, termometer, amalgam gigi.	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
32.	Alat kesehatan Puskesmas terkalibrasi sesuai peraturan satu tahun sekali	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
33.	Puskesmas menggunakan alat kesehatan yang mempunyai izin edar.	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
34.	Alat kesehatan Puskesmas yang telah selesai digunakan diletakan pada tempatnya dalam kondisi rapi dan bersih.	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
35.	Puskesmas telah menggunakan alat kesehatan produk dalam negeri	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>

Keterangan: *) Untuk Puskesmas rawat inap

III.F PENGISIAN ASPAK			
1.	Melaksanakan pengisian dan <i>update</i> berkala Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan (ASPAK)	1. Ya	2. Tidak <input type="checkbox"/>
2.	Jika Ya, Berapa pemenuhan Standar ASPAK	1. $\geq 80\%$ 2. 70 - 79% 3. 61 – 69% 4. $\leq 60\%$	<input type="checkbox"/>

n.	Tenaga ketatausahaan	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
o.	Pekarya	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
p.	Lain-lain, sebutkan:							
	1) Tenaga kesehatan tradisional	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
	2)	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
	TOTAL							□□

Keterangan: *) Untuk Puskesmas rawat inap

8.	Bila jawaban nomor 7 (Ya), sebutkan bentuk rumusan upaya inovasi Saudara?	1. Upaya perbaikan/peningkatan kinerja untuk mencapai target kinerja & mutu layanan Puskesmas pada waktunya 2. Upaya percepatan pencapaian target kinerja & mutu layanan Puskesmas sebelum target waktu yg ditetapkan sebelumnya. 3. Untuk kedua tujuan, perbaikan/ peningkatan dan percepatan	<input type="checkbox"/>
9.	Status IKS Puskesmas terakhir, sebutkan tahun	1. > 0,800 2. 0,500-0,800 3. < 0,500	<input type="checkbox"/>

1.2. PARAMETER PENILAIAN

I. PEMENUHAN SUMBER DAYA PUSKESMAS

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDASI
1	Pemenuhan standar bangunan Puskesmas	Persentase pemenuhan standar bangunan Puskesmas yang tercantum dalam ASPAK dan sudah divalidasi pada saat pembinaan	≥ 80%	10	<input type="checkbox"/>	
			60 % s.d. < 80 %	5		
			< 60%	0		
2	Pemenuhan standar prasarana	Persentase pemenuhan standar prasarana Puskesmas yang tercantum dalam ASPAK dan sudah divalidasi pada saat pembinaan	≥ 80%	10	<input type="checkbox"/>	
			60 % s.d. < 80 %	5		
			< 60%	0		
3	Pemenuhan standar peralatan Puskesmas	Persentase pemenuhan standar peralatan Puskesmas yang tercantum dalam ASPAK dan sudah	≥ 80%	10	<input type="checkbox"/>	
			60 % s.d. < 80 %	5		
			< 60%	0		

		divalidasi pada saat pembinaan				
4	Ketersediaan obat	Ketersediaan obat di Puskesmas sesuai dengan RKO	Seluruh obat (100%) sesuai RKO tersedia di Puskesmas	10	□	
			80% - <100% obat di RKO tersedia di Puskesmas	5		
			< 80 % obat di RKO tersedia di Puskesmas	0		
5	Pengendalian Ketersediaan Obat	Terdapat upaya yang dilakukan untuk mencegah/mengatasi kekosongan atau kekurangan obat di puskesmas, meliputi tersedianya 3 dokumen: 1. SOP Pengendalian Ketersediaan 2. Dokumen Perencanaan Kebutuhan Obat 3. Dokumen mutasi obat/distribusi obat	Tersedia 3 dokumen	10	□	
			Tersedia dua dokumen	5		
			Hanya tersedia satu dokumen atau tidak ada dokumen tersedia	0		

6	Pemenuhan sumber daya manusia (SDM)	Jenis dan jumlah SDM kesehatan Puskesmas terpenuhi sesuai analisis beban kerja (Permenkes 33 tahun 2015 tentang Analisis Beban Kerja SDM Kesehatan) Standar minimal sesuai dengan Permenkes 43 tahun 2019 tentang Puskesmas	SDM Kesehatan Puskesmas sesuai ABK	10		
			SDM Kesehatan Puskesmas sesuai standar minimal tetapi tidak sesuai ABK	5		
			SDM Kesehatan Puskesmas tidak sesuai ABK dan standar minimal	0		
7	Penerapan Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute)	Sistem rujukan terintegrasi sudah diterapkan ditandai dengan: pemanfaatan Aplikasi Sisrute dalam proses rujukan pasien ke FKRTL atau ke FKTP lainnya	Aplikasi Sisrute tersedia dan dimanfaatkan secara rutin (>50 kasus)	10	□	

			pertahun)			
			Aplikasi Sistrute telah tersedia tetapi frekuensi pemanfaatannya rendah (< 50 kasus per tahun)	5		
			Aplikasi Sistrute belum tersedia	0		
8	Pelaksanaan Sistem Informasi Puskesmas	Sistem Informasi Puskesmas telah diterapkan dengan baik di Puskesmas ditandai dengan: adanya pencatatan dan pelaporan Puskesmas dalam bentuk elektronik atau non elektronik sesuai dengan ketentuan yang berlaku. (Permenkes 31 tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas)	Pencatatan dan pelaporan dilakukan sesuai ketentuan dan tepat waktu	10	□	
			Pencatatan dan pelaporan dilakukan sesuai ketentuan tetapi tidak tepat waktu	5		

			Pencatatan dan pelaporan tidak dilakukan sesuai dengan ketentuan.	0		
SKOR MAKSIMAL 80						

II. PERENCANAAN PUSKESMAS

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESSMENT	NILAI HASIL VALIDASI
1	Perencanaan Puskesmas berdasarkan analisis masalah kesehatan untuk memenuhi kebutuhan & harapan masyarakat:	a. Puskesmas mempunyai Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) tahun berjalan. Tahun berjalan akan disebut sebagai tahun N.	Ada dokumen RPK tahun berjalan (N)	10	□	
		Tidak ada dokumen perencanaan	0			
		b. Dokumen RPK tahun N				
		b.1 Dilakukan penyesuaian Rencana Usulan Kegiatan (RUK) tahun N menjadi RPK tahun N berdasarkan ketersediaan sumber daya yang dialokasikan untuk Puskesmas (APBN, APBD, Dana Kapitasi, dana lain), jika	Dilakukan penyesuaian kegiatan secara keseluruhan dari RUK tahun N menjadi RPK tahun N berdasarkan ketersediaan sumber daya yang	10	□	

	terdapat ketidaksesuaian antara usulan anggaran dengan anggaran yang diterima oleh Puskesmas	dialokasikan untuk Puskesmas (APBN, APBD, Dana Kapitasi, dana lain)			
		Tidak semua kegiatan di RUK tahun N yang disesuaikan menjadi RPK tahun N	5		
		Tidak dilakukan penyesuaian RUK tahun N menjadi RPK tahun N berdasarkan ketersediaan sumber daya yang dialokasikan untuk Puskesmas/ tidak ada kaitan antara RUK tahun N dengan RPK tahun N	0		
	b.2 RPK disusun secara rinci (Januari s.d Desember) berdasarkan usulan pengelola program dengan	RPK disusun secara rinci (Januari s.d Desember), berdasarkan usulan	10	<input type="checkbox"/>	

	memperhatikan kondisi dan situasi lokal (contoh: bulan puasa, musim, dll)	program dengan memperhatikan kondisi dan situasi lokal (contoh: bulan puasa, musim, dan lain-lain)		
		RPK disusun secara rinci (Januari s.d Desember), tidak berdasarkan usulan pengelola program	5	
		Tidak disusun RPK secara rinci (bulanan)	0	
	b.3 RPK dan <i>draft</i> RKA tahun (N) diserahkan Puskesmas ke Dinkes Kab/Kota untuk mendapatkan persetujuan rincian anggaran RKA	RPK dan <i>draft</i> RKA tahun (N) diserahkan Puskesmas ke Dinkes Kab/Kota untuk mendapatkan persetujuan rincian anggaran RKA secara tepat waktu	10	<input type="checkbox"/>
		Hanya RPK, atau hanya <i>draft</i> RKA tahun N, yang	5	

	diserahkan ke Dinkes Kab/Kota			
	RPK dan draft RKA tahun (N) tidak diserahkan Puskesmas ke Dinkes Kab/Kota	0		
c. Puskesmas mempunyai RUK tahun mendatang. Tahun mendatang akan dilambangkan dengan N+1.	Puskesmas menyusun dokumen RUK tahun mendatang (N+1)	10	☐	
	Puskesmas tidak menyusun dokumen RUK tahun mendatang (N+1)	0		
d. Dokumen RUK				
d.1 Ada hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dari data Puskesmas (profil, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, pencapaian program, SMD,dll), dengan memperhatikan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas tahun sebelumnya.	Ada hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dari data Puskesmas (profil, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, pencapaian program, SMD, dll), dengan memperhatikan hasil Penilaian	10	☐	

	Kinerja Puskesmas tahun sebelumnya			
	Ada hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dari data Puskesmas (profil, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, pencapaian program, SMD, dll), tetapi tidak memperhatikan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas tahun sebelumnya	5		
	Tidak ada hasil analisis masalah kesehatan masyarakat di Puskesmas	0		

d.2 Ada laporan Puskesmas dalam mendampingi dan membimbing masyarakat melakukan Survei Mawas Diri, yang meliputi:			
- Ada umpan balik hasil analisis masalah kesehatan kepada masyarakat, untuk menyadarkan masyarakat tentang adanya masalah di lingkungannya yang perlu diatasi, termasuk oleh masyarakat secara mandiri, dengan memperhatikan ketersediaan sumber daya dan potensi sumber daya di masyarakat yang dapat digerakkan	Ada umpan balik ke masyarakat berupa hasil analisis masalah; masyarakat sadar pada masalah kesehatannya yang dibuktikan dengan adanya informasi penggerakkan sumber daya di masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan yang dibuktikan dengan dokumen fisik (pemberitahuan, laporan, foto, dll)	10	□

	Ada umpan balik ke masyarakat berupa hasil analisis masalah, tetapi belum ada informasi penggerak an sumber daya di masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan tetapi tidak dapat dibuktikan dengan dokumen fisik (pemberitahuan, laporan, foto, dll)	5		
	Tidak ada umpan balik ke masyarakat	0		
- Ada tabulasi hasil wawancara yang dilaksanakan oleh kader kesehatan masyarakat pelaksana SMD kepada masyarakat lainnya, dengan menggunakan kuesioner yang disusun masyarakat, untuk mendapatkan umpan balik	Ada tabulasi hasil wawancara, sesuai dengan kriteria	10	□	
	Ada tabulasi hasil wawancara, tetapi tidak sesuai dengan kriteria menggunakan	5		

		masyarakat tentang pelayanan Puskesmas dan hal yang perlu diperbaiki, termasuk harapan dan permintaan masyarakat dalam hidup sehat	kuesioner yang disusun masyarakat dan atau tidak mendapat umpan balik masyarakat		
			Tidak ada tabulasi hasil wawancara	0	
		- Ada pembahasan hasil SMD dalam forum MMD, sebagai bahan yg akan diusulkan dlm Musrenbang Desa/ Kelurahan;	Ada hasil SMD yang dibahas dalam forum MMD, dan hasil MMD yang membutuhkan pembiayaan diusulkan dalam Musrenbang Desa/Kelurahan	10	□
			Ada hasil SMD yang dibahas dalam forum MMD, tetapi hasil MMD yang membutuhkan pembiayaan tidak diusulkan dalam Musrenbang Desa/Kelurahan	5	

		Hasil SMD tidak dibahas dalam forum MMD atau forum MMD tidak dilaksanakan	0		
d.3 Ada penyelarasan antara hasil MMD dengan perencanaan Puskesmas dibuktikan dengan draft RUK		Ada penyelarasan antara hasil MMD dengan perencanaan Puskesmas dibuktikan dengan draft RUK	10	□	
		Ada penyelarasan antara hasil MMD dengan perencanaan Puskesmas, tetapi tidak seluruhnya/penyelarasan tidak menyeluruh	5		
		Tidak ada penyelarasan antara hasil MMD dengan perencanaan Puskesmas	0		
d.4 Ada Berita Acara/Laporan hasil Musrenbang Desa/Kelurahan yang dilaporkan ke		Ada Berita Acara/Laporan hasil Musrenbang Desa/Kelura	10	□	

	Kepala Puskesmas	han yang dilaporkan ke Kepala Puskesmas		
		Ada Berita Acara/Laporan hasil Musrenbang Desa/Kelurahan, tetapi belum dilaporkan ke Kepala Puskesmas	5	
		Tidak ada Berita Acara/Laporan hasil Musrenbang Desa/Kelurahan	0	
	d.5 Laporan penanggung jawab daerah binaan dilaporkan ke kepala Puskesmas dan diteruskan ke penanggung jawab program untuk diolah dan dilakukan analisis. Hasil analisis dibahas dalam lokakarya mini bulanan rutin untuk keterpaduan lintas program dalam usulan kegiatan Puskesmas	Ada laporan penanggung jawab daerah binaan ke Kepala Puskesmas, dan diteruskan ke penanggung jawab program untuk diolah dan dianalisis. Hasil analisis dibahas dalam lokakarya mini bulanan rutin untuk keterpaduan	10	<input type="checkbox"/>

	lintas program dalam usulan kegiatan Puskesmas		
	Ada laporan penanggung jawab daerah binaan ke Kepala Puskesmas, tetapi tidak diteruskan ke penanggung jawab program untuk diolah dan dianalisis dan/atau tidak dibahas dalam lokakarya mini bulanan	5	
	Tidak ada laporan/kompilasi laporan	0	

		d.6 Ada laporan lokakarya mini bulanan kedua, yang menjadi bahan masukan dalam melengkapi rancangan RUK Puskesmas tahun (N+1), dengan kegiatan yang terpadu lintas program, dan dijadikan bahan lokakarya mini lintas sektor pertama	Ada laporan lokakarya mini bulanan kedua, yang menjadi bahan masukan dalam melengkapi rancangan RUK Puskesmas tahun (N+1), dengan kegiatan yang terpadu Lintas Program , dan dijadikan bahan lokakarya mini lintas sektor	10	
			Ada laporan lokakarya mini bulanan kedua, tidak menjadi bahan masukan dalam melengkapi RUK, tidak menggambarkan keterpaduan lintas program, dan atau tidak dijadikan bahan	5	

		lokakarya mini lintas sektor			
		Tidak ada laporan lokakarya mini bulanan kedua	0		
	d.7 Dalam lokakarya mini lintas sektor pertama, ada pembahasan dengan lintas sektor untuk mendapatkan dukungan penyelesaian masalah yang berada diluar kendali kesehatan/Puskesmas, dibuktikan dengan dokumen hasil rapat dan notulen.	Ada pembahasan dengan lintas sektor dan mendapatkan dukungan penyelesaian masalah	10	□	
		Ada pembahasan dengan lintas sektor, tetapi tidak mendapatkan dukungan penyelesaian masalah	5		
		Tidak ada pembahasan dengan lintas sektor	0		
	d.8 Hasil lokakarya mini lintas sektor pertama dibahas dlm Musrenbang Kecamatan.	Ada hasil lokakarya mini lintas sektor pertama yang dibahas dalam	10	□	

	Musrenbang Kecamatan		
	Tidak ada hasil lokakarya mini lintas sektor pertama yang dibahas dalam Musrenbang Kecamatan	0	
d.9 <i>Draft</i> RUK tahun (N+1) hasil kesepakatan dalam Musrenbangmat diserahkan ke Dinkes Kab/Kota sebelum Musrenbangkab selengkapnya dengan Kerangka Acuan Kegiatan	<i>Draft</i> RUK tahun (N+1) diserahkan ke dinas kab/kota sebelum musrenbang kab, selengkapnya dengan kerangka acuan kegiatan	10	□
	<i>Draft</i> RUK diserahkan ke Dinkes Kab/kota, tetapi diserahkan setelah musrenbang kab dan atau diserahkan tanpa adanya Kerangka Acuan Kegiatan	5	
	<i>Draft</i> RUK tidak diserahkan	0	

			ke dinkes kab/kota			
		d.10 <i>Draft</i> RUK Thn (N+1) disesuaikan dengan saran Dinkes Kab/kota dan hasil pembahasan Musrenbang Kab/kota, sebagai perbaikan draft RUK.	Ada revisi draft RUK Tahun (N+1) setelah mendapat saran Dinkes Kab/kota dan hasil pembahasan Musrenbang Kab/Kota	10	□	
			Tidak seluruhnya direvisi sekalipun ada saran dari Dinkes Kab/kota	5		
			Tidak merevisi sama sekali/Tidak mendapatkan saran dari dinkes kab/kota	0		
2	Dalam dokumen RPK dan RUK secara garis besar mencakup kegiatan UKM, UKP, dan ditunjang dengan sumber daya yang optimal	a. Ada rangkaian kegiatan untuk menunjang upaya Puskesmas yang terdiri dari:	Bila semua rangkaian (a.1 s.d a.5) terpenuhi dalam setiap pelaksanaan upaya Puskesmas	10	□	
		a.1 Terpenuhinya sarana, prasarana, alat kesehatan, tenaga (sumber daya manusia),	Bila salah satu dari 5 rangkaian tidak terpenuhi	5		

anggaran, sesuai standar				
a.2 Dimanfaatkannya sumber daya secara efisien untuk mencapai target kinerja & mutu Puskesmas	Bila dalam 5 rangkaian tidak terpenuhi lebih dari 1 (satu)	0		
a.3 Ada dukungan administrasi & manajemen untuk kelancaran kinerja Puskesmas				
a.4 Adanya kerjasama & koordinasi untuk keterpaduan/sinergitas kinerja UKP dan UKM yang berkualitas				
a.5 Adanya sistem monitoring evaluasi untuk pemenuhan input, proses, dan output Puskesmas				
b. Ada upaya menuju tercapainya derajat kesehatan masyarakat di seluruh wilayah kerja yang ditandai dengan:	Bila delapan (7) unsur (b.1 s.d b.7) terpenuhi dalam setiap pelaksanaan upaya Puskesmas	10	□	
	Bila 1 atau 2 unsur tidak terpenuhi dalam setiap pelaksanaan upaya Puskesmas	5		

	Bila lebih dari 2 unsur tidak terpenuhi dalam setiap pelaksanaan upaya Puskesmas	0		
b.1 Puskesmas mengakses semua sasaran dengan pelayanan yang berkualitas				
b.2 Pencegahan resiko dan potensi resiko kesehatan masyarakat				
b.3 Adanya hasil analisis kesenjangan program				
b.4 Adanya keterpaduan layanan Puskesmas				
b.5 Adanya Pemberdayaan masyarakat menuju kemandirian hidup sehat, kemampuan dalam mengatasi sebagian masalah kesehatan masyarakat, menolong diri sendiri dalam batas kewenangan				
b.6 Adanya peningkatan				

kepuasan masyarakat				
b.7 adanya intervensi lanjut terhadap masalah kesehatan di masyarakat				
c. Pelaksanaan UKP memenuhi semua unsur kegiatan sebagai berikut:	Bila lima unsur (c.1 s.d c.5) terpenuhi dalam setiap pelaksanaan upaya Puskesmas,	10	□	
	Bila 1 atau 2 unsur tidak terpenuhi dalam setiap pelaksanaan upaya Puskesmas	5		
	Bila lebih dari 2 unsur tidak terpenuhi dalam setiap pelaksanaan upaya Puskesmas	0		
c.1 peningkatan kinerja & mutu Yankes Individu				
c.2 peningkatan Keselamatan Pasien/ <i>Patient Safety</i> , sekaligus pencegahan risiko				
c.3 pencegahan dan penanggulangan infeksi (PPI)				

		c.4 Pemberdayaan individu untuk hidup sehat mandiri				
		c.5 Peningkatan kepuasan pelanggan (<i>customized</i>)				
3	Perencanaan Puskesmas terdokumentasikan dalam RUK dan RPK juga mencakup pengelolaan sumber daya	a. Dibuat formasi berdasarkan ABK dan peta jabatan	Dibuat formasi berdasarkan ABK dan peta jabatan	10	□	
			Dibuat formasi, tetapi tidak berdasarkan ABK atau peta jabatan	5		
			Tidak dibuat formasi	0		
		b. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan sesuai dengan ABK dibuktikan dalam bentuk dokumen	Ada Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan sesuai dengan ABK	10	□	
			Ada Perencanaan kebutuhan, tidak sesuai dengan ABK	5		
			Tidak ada rencana penambahan tenaga kesehatan	0		
		c. Ada upaya penambahan terkait sumber daya, terdiri dari:				

c.1 Ada tindak lanjut yang dilakukan Puskesmas terhadap hasil dokumen perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan yang telah disusun (baik usulan penambahan atau redistribusi tenaga)	Ada tindak lanjut yang dilakukan sesuai rencana yang disusun	10	□	
	Ada tindak lanjut yang dilakukan, tidak sesuai rencana yang disusun	5		
	Tidak ada tindak lanjut	0		
c.2 Perencanaan kebutuhan peralatan Puskesmas (alat kesehatan dan non alat kesehatan) sesuai persyaratan di PMK 43 tahun 2019, PMK 31 tahun 2018, dan PMK 54 tahun 2015 (jenis lengkap, Jumlah cukup & kondisi alat, jenis lengkap tetapi jumlah masih kurang, jenis & jumlah masih kurang, dsb)	Ada perencanaan kebutuhan peralatan Puskesmas, sesuai persyaratan	10	□	
	Ada perencanaan kebutuhan peralatan Puskesmas, tidak sesuai persyaratan	5		
	Tidak ada perencanaan kebutuhan peralatan Puskesmas	0		
c.3 Ada tindak lanjut yang dilakukan Puskesmas terhadap hasil dokumen perencanaan peralatan Puskesmas yang disusun	Ada dokumen tindak lanjut	10	□	
	tidak ada dokumen tindak lanjut	0		

c.4 Perencanaan kebutuhan sarana prasarana Puskesmas sesuai persyaratan di PMK 43 tahun 2019, PMK 31 tahun 2018 (memuat penilaian kondisi sarana prasarana)	Ada perencanaan kebutuhan sarana prasarana Puskesmas, sesuai persyaratan	10	□	
	Ada perencanaan kebutuhan sarana prasarana Puskesmas, tidak sesuai persyaratan	5		
	Tidak ada perencanaan kebutuhan sarana prasarana Puskesmas	0		
c.5 Ada tindak lanjut yang dilakukan Puskesmas terhadap hasil dokumen perencanaan sarana prasarana Puskesmas sesuai rencana yang disusun	ada dokumen tindak lanjut	10	□	
	tidak ada dokumen tindak lanjut	0		
c.6 Alokasi anggaran dapat membiayai semua kebutuhan Puskesmas	≥ 80 % kebutuhan Puskesmas terpenuhi anggarannya	10	□	
	60% s.d. < 80% kebutuhan Puskesmas terpenuhi anggarannya	5		

			< 60 % kebutuhan Puskesmas terpenuhi anggarnya	0		
		c.7 usulan pengadaan, perbaikan atau pengembangan sistem informasi kesehatan dan/atau teknologi tepat guna	ada dokumen usulan pengadaan, perbaikan atau pengembangan perangkat sistem informasi kesehatan dan/atau teknologi tepat guna	10	□	
			tidak ada dokumen usulan pengadaan, perbaikan atau pengembangan perangkat sistem informasi kesehatan dan/atau teknologi tepat guna	0		
SKOR MAKSIMAL 290						

III. PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN KEGIATAN PUSKESMAS

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
1	Pelaksanaan kegiatan di Puskesmas dipandu dengan kebijakan, pedoman, dan prosedur yang jelas	<p>Tersedia dokumen-dokumen, untuk kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan Puskesmas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan, • Manual Mutu • RUK atau rencana strategis 5 Tahunan • PTP (RUK dan RPK) tahunan • Pedoman/Panduan • KAK • SOP • Pengendalian Dokumen • Rekaman hasil-hasil kegiatan <p>Ambil sampel 2 kegiatan untuk masing-masing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terkait UKM dan UKP, lihat dokumen-dokumen di atas apakah lengkap dan isinya relevan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria nilai 10 - Bila salah satu kriteria tidak terpenuhi nilai 5 - Tidak memenuhi semua kriteria, nilai 0 	<input type="checkbox"/>	
2	Pelaksanaan kegiatan di Puskesmas mempunyai jadwal yang jelas dan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedia jadwal pelaksanaan kegiatan Puskesmas 2. Tersedia bukti sosialisasi jadwal, kepada: 	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria nilai 10 - Bila salah satu kriteria tidak 	<input type="checkbox"/>	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	disosialisasikan ke sasaran	<ul style="list-style-type: none"> • Lintas program dengan bukti adanya dokumen kesepakatan keterpaduan lintas program • Lintas sektor terkait, dengan bukti adanya dokumen dukungan pemecahan masalah yang penyebab dan latar belakangnya diluar kendali Puskesmas • Sasaran/masyarakat dengan bukti dokumen peran serta aktif masyarakat dalam mengatasi sebagian masalahnya secara mandiri. 	<p>terpenuhi nilai 5</p> <p>- Tidak ada nilai 0</p>		
3	Pelaksanaan kegiatan mendapatkan dukungan dari lintas program,	Tersedia dukungan dari sasaran di Puskesmas:	- Memenuhi semua kriteria nilai 10		

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	lintas sektor dan masyarakat sasaran di Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> • Lintas program dengan bukti adanya kesepakatan keterpaduan lintas program • Lintas sektor terkait, dengan bukti adanya dukungan pemecahan masalah yang penyebab dan latar belakangnya diluar kendali Puskesmas • Masyarakat dengan bukti adanya peran serta aktif masyarakat dalam mengatasi sebagian masalahnya secara mandiri. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi sebagian kriteria nilai 5 - Tidak ada nilai 0 		
4	Pelaksanaan kegiatan di Puskesmas dimonitor oleh Kepala Puskesmas dan penanggung jawab terkait.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedia bukti pelaksanaan monitoring kegiatan Puskesmas oleh Kepala Puskesmas dan penanggung jawab terkait. 2. Tersedia analisis hasil monitoring pelaksanaan kegiatan dan rumusan 	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria nilai 10 - Memenuhi sebagian kriteria nilai 5 - Tidak ada nilai 0 	□	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
		rencana tindak lanjutnya yang dilakukan oleh penanggung jawab terkait, yang dilihat dari laporan lokakarya mini			
5	Terdapat upaya Puskesmas untuk memperoleh masukan dari pelanggan/sasaran mengenai kualitas dan kepuasan terhadap pelaksanaan kegiatan	Ada upaya yang dilakukan oleh Puskesmas untuk mendapatkan umpan balik dari masyarakat tentang layanan yang diterimanya, yaitu 1. Secara pasif, melalui kotak saran, SMS Center, Hotline, Media Sosial, FB, dll 2. Secara aktif melalui antara lain: survei kepuasan pelanggan sesuai ketentuan yang berlaku (Permenpan RB nomor 14/2017, tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik) atau secara periodik	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria nilai 10 - Memenuhi sebagian kriteria nilai 5 - Tidak ada nilai 0 	<input type="checkbox"/>	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
		<p>untuk menampung keluhan, masukan, harapan dan permintaan pengguna layanan, pelanggan/sasaran/penerima manfaat terhadap kualitas dan kepuasan pelayanan.</p>			
6	<p>Terdapat upaya perbaikan yang dilaksanakan oleh Puskesmas terhadap masalah pelayanan yg dianggap penting atau prioritas untuk diperbaiki berdasarkan masukan pengguna layanan/pelanggan/dinas kesehatan kabupaten/kota</p>	<p>1. Ada bukti nyata upaya perbaikan/peningkatan/percepatan yang dilakukan oleh Puskesmas untuk memperbaiki/meningkatkan kinerja/kualitas dan mengurangi risiko/potensi risiko akibat kesenjangan kinerja dan mutu pelayanan misalnya dengan memperbaiki sarana prasarana, perbaikan metode, perbaikan dokumen-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria nilai 10 - Memenuhi sebagian kriteria nilai 5 - Tidak ada memenuhi kriteria nilai 0 	<input type="checkbox"/>	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
		<p>dokumen acuan, perbaikan alur pelayanan, dan lain-lain mengacu pada instrumen akreditasi.</p> <p>2. Ada urutan prioritas perbaikan yang dilakukan relevan dengan urutan prioritas permasalahan yang ada.</p> <p>3. Ada upaya Puskesmas untuk melakukan tindak lanjut dari umpan balik yang telah disampaikan oleh dinas kesehatan kabupaten/ kota</p> <p>4. Upaya perbaikan yang dilakukan merupakan hasil pembahasan Tim manajemen Puskesmas & penanggung jawab program sebagai rumusan rencana tindak lanjut yang dilaporkan kepada kepala</p>			

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
		<p>Puskesmas untuk ditelaah dan selanjutnya ditetapkan.</p> <p>5. Pelaksanaan perbaikan/ peningkatan maupun percepatan mutu pelayanan yang dilaksanakan Puskesmas dipantau oleh Tim Audit Internal.</p>			
SKOR MAKSIMAL 60					

IV. PENGENDALIAN, PENGAWASAN, DAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
1	Dilakukan penilaian kinerja Puskesmas	<p>1. Aspek penilaian kinerja Puskesmas terdiri dari hasil pencapaian pelaksanaan Pelayanan Kesehatan dan Manajemen Puskesmas</p> <p>2. Penilaian kinerja Puskesmas termasuk kategori baik bila tingkat pencapaian</p>	<p>- Bila aspek pelayanan kesehatan \geq 91% dan cakupan hasil manajemen \geq 8,5 nilai 10</p> <p>- Bila aspek pelayanan kesehatan $<$ 91%, hasil manajemen \geq 8,5 atau aspek pelayanan kesehatan \geq 91% dan hasil</p>	<input type="checkbox"/>	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMEN T	NILAI HASIL VALIDASI
		hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan > 91% dan cakupan hasil manajemen ≥ 8,5	manajemen < 8,5 nilai 5 - Bila aspek pelayanan kesehatan < 91%, hasil manajemen < 8,5 nilai 0		
2	Penilaian kinerja Puskesmas diverifikasi dan diberikan umpan balik (<i>feedback</i>)	Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan verifikasi dan memberikan umpan balik terhadap penilaian kinerja Puskesmas dalam bentuk tertulis setiap akhir tahun berjalan atau pada awal tahun berikutnya	- Bila terdapat umpan balik secara tertulis dan tepat waktu, nilai 10 - Bila terdapat umpan balik secara tertulis tetapi tidak tepat waktu, nilai 5 - Bila tidak terdapat umpan balik secara tertulis, nilai 0	□	
SKOR MAKSIMAL 20					

V. PENINGKATAN MUTU PUSKESMAS

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
1	Terlaksananya pengukuran indikator mutu	Melakukan pengukuran indikator mutu secara periodik sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh kepala Puskesmas.	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria, nilai 10 - Memenuhi sebagian kriteria nilai 5 - Tidak memenuhi kriteria, nilai 0 	<input type="checkbox"/>	
2	Kegiatan audit internal dilaksanakan untuk memantau mutu dan kinerja puskesmas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ditetapkan rencana audit (<i>audit plan</i>) 2. Dilaksanakannya audit internal sesuai rencana 3. Dilaksanakan tindak lanjut audit internal 4. Disusun laporan pelaksanaan audit internal 	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria, nilai 10 - Memenuhi sebagian kriteria, nilai 5 - Tidak memenuhi semua kriteria, nilai 0 	<input type="checkbox"/>	
3	Pertemuan tim mutu (pertemuan tinjauan manajemen), sebagai wadah untuk evaluasi minimal setiap semester	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ditetapkan jadwal pertemuan tinjauan manajemen 2. Dilaksanakan pertemuan tinjauan manajemen 3. Dilakukan tindak lanjut pertemuan tinjauan manajemen 	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria, nilai 10 - Memenuhi sebagian kriteria, nilai 5 - Tidak memenuhi semua kriteria, nilai 0 	<input type="checkbox"/>	
4	Melaksanakan PPS (Perencanaan	1. Disusun PPS berdasarkan rekomendasi	- Memenuhi semua kriteria nilai 10	<input type="checkbox"/>	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	Program Strategi) sebagai bentuk upaya perbaikan dan peningkatan mutu secara berkesinambungan	survey akreditasi 2. Dilaksanakan tindak lanjut PPS yang sudah disusun 3. Dilakukan evaluasi tindak lanjut PPS	- Memenuhi sebagian kriteria nilai 5 - Tidak memenuhi semua kriteria, nilai 0		
5	Ada pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	1. Pelaporan harus tepat waktu 2. Semua kasus dilaporkan	- Memenuhi semua kriteria nilai 10 - Laporan tepat waktu tetapi kasus yang dilaporkan 80- <100%, nilai 5 - Tidak ada pelaporan, nilai 0	□	
SKOR MAKSIMAL 50					

VI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	HASIL NILAI VALIDASI
A. PENERAPAN KEWASPADAAN STANDAR					
1	Membangun budaya cuci tangan dan tersedia sarana prasarana cuci tangan	Memiliki SOP dan melaksanakan sesuai dengan SOP. Minta petugas simulasikan: <ul style="list-style-type: none"> • Memenuhi standar • Tidak memenuhi standar 	- Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0	□	

2	Menggunakan APD (sarung tangan, masker, sepatu boot, apron, kaca mata/ <i>google</i> , dll) ketika melakukan tindakan/kegiatan tertentu	Memiliki SOP dan melaksanakan sesuai dengan SOP. Lihat pelaksanaan terutama: <ul style="list-style-type: none"> • di unit Laboratorium, • Ruang Persalinan, • Ruang Tindakan, • Ruang Sterilisasi, • Poli Gigi, • Inseri <i>IUD</i>, dan lainnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0 	□	
3	Penerapan dekontaminasi alat kesehatan	Memiliki SOP dan melaksanakan sesuai dengan SOP. Lihat proses sterilisasi alat	<ul style="list-style-type: none"> - Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0 	□	
4	Pengendalian kesehatan lingkungan	Lihat laporan Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) Puskesmas (dilakukan minimal 1 kali setahun)	<ul style="list-style-type: none"> - Ada laporan IKL dan rekomendasi ditindaklanjuti, nilai 10 - Ada laporan IKL, tidak ditindaklanjuti, nilai 5 - Tidak ada laporan, nilai 0 	□	
5	Pengelolaan Limbah Medis (termasuk dalam IKL)	Lihat bagaimana pengelolaan limbah medis di Puskesmas <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada pemilahan limbah medis dan non medis 	<ul style="list-style-type: none"> - Memenuhi semua kriteria, nilai 10 - Memenuhi sebagian kriteria (1,3,5) nilai 5 - Tidak memenuhi 	□	

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Limbah dimasukkan ke warna kantong yang sesuai 3. Limbah padat tajam dimasukkan ke dalam <i>safety box</i> 4. Limbah ditempatkan di TPS B3 berijin 5. Diolah dengan pengolahan limbah B3 berizin dan atau kerja sama dengan pihak ketiga pengolah limbah B3 berizin 	semua kriteria, nilai 0		
6	<p>Perlindungan kesehatan petugas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tata laksana pajanan b. Tata laksana pajanan bahan infeksius di tempat kerja c. Langkah dasar tata laksana klinis Profilaksis Pasca Pajanan (PPP) HIV pada kasus 	<p>Lihat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada/tidak ada kebijakan dan SOP dan lainnya 2. Dilaksanakan atau tidak 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0 	□	

	kecelakaan kerja				
7	Pemisahan pasien	Lihat: 1. Ada Kebijakan, SOP, lainnya, untuk memisahkan pasien infeksius dengan pasien non infeksius, misal ruang TB, ruang isolasi untuk rawat inap 2. Dilaksanakan atau tidak	- Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0	<input type="checkbox"/>	
8	Etika batuk	Edukasi etika batuk, lihat: • Ada kebijakan, SOP edukasi etika batuk • Dilaksanakan atau tidak	- Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0	<input type="checkbox"/>	
9	Praktik menyuntik yang aman	Memiliki SOP injeksi dan melaksanakan sesuai dengan SOP	- Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0	<input type="checkbox"/>	
SKOR MAKSIMAL 90					
B. PENERAPAN KEWASPADAAN BERDASARKAN TRANSMISI					
1	Kewaspadaan transmisi melalui kontak	Memiliki SOP dan melaksanakan sesuai dengan SOP	- Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0	<input type="checkbox"/>	
2	Kewaspadaan transmisi melalui droplet	Memiliki SOP dan melaksanakan sesuai dengan SOP	- Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10	<input type="checkbox"/>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0 		
3	Kewaspadaan transmisi melalui udara (<i>air-borne precautions</i>)	Memiliki SOP dan melaksanakan sesuai dengan SOP	<ul style="list-style-type: none"> - Dilaksanakan sesuai SOP, nilai 10 - Dilaksanakan tidak sesuai SOP, nilai 5 - Tidak ada SOP, nilai 0 	□	
SKOR MAKSIMAL 30					

**VII. PELAKSANAAN SKDR TERHADAP PENYAKIT MENULAR POTENSIAL
KLB/WABAH**

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
1	Kelengkapan laporan SKDR	Lihat kelengkapan laporan SKDR kumulatif dari minggu ke-1 sampai dengan minggu berjalan. Koordinasi dengan tenaga surveilans kabupaten/kota untuk melihat ke sistem SKDR	<ul style="list-style-type: none"> - Kelengkapan \geq 80%, nilai 10 - Kelengkapan antara 60% s.d. < 80%, nilai 5 - Kelengkapan < 60%, nilai 0 	□	
2	Ketepatan laporan SKDR	Lihat ketepatan laporan SKDR kumulatif dari minggu ke-1 sampai dengan minggu berjalan. Koordinasi dengan tenaga surveilans kabupaten/kota	<ul style="list-style-type: none"> - Ketepatan \geq 80%, nilai 10 - Ketepatan 60% s.d. < 80%, nilai 5 - Ketepatan < 60%, nilai 0 	□	

		untuk melihat ke sistem SKDR			
3	Analisa <i>trend</i> mingguan penyakit potensial KLB	Grafik <i>trend</i> mingguan beberapa penyakit potensial KLB di Puskesmas	- Ada, nilai 10 - Tidak ada, nilai 0	<input type="checkbox"/>	
SKOR MAKSIMAL 30					

VIII. CAKUPAN INDIKATOR PROGRAM

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING	NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDASI
A. KIA					
1	Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. DO: Pelayanan antenatal sesuai standar yaitu ibu hamil yang mendapatkan pelayanan paling sedikit 4 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu yaitu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2, dan 2 kali pada trimester ke-3	a. Tersedia regulasi internal program pelayanan antenatal (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut) c. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan sesuai standar. (Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal	Ya=25% Tidak=0 Ya=25% Tidak=0 % ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai \geq 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	<input type="checkbox"/>

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
		sesuai standar dibagi dengan jumlah ibu hamil yang ada di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%)	dikali 50%			
2	<p>Bayi baru lahir memperoleh pelayanan neonatal esensial.</p> <p>DO: Jumlah bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan neonatal esensial sesuai standar meliputi pada saat lahir (0 – 6 jam) dan setelah lahir (6 jam – 28 hari) terdiri dari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saat lahir (0-6 jam) <ul style="list-style-type: none"> 1) Perawatan neonatal 0-30 detik 2) Perawatan neonatal 30 detik – 90 menit 	a. Tersedia regulasi internal program pelayanan bayi baru lahir (SK, SOP, Pedoman, Panduan)	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai ≥ 80% - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	□	
b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindaklanjut)	Ya=25% Tidak=0					
c. Persentase bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan neonatal esensial sesuai standar. (Jumlah bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan neonatal esensial sesuai standar dibagi	% bayi baru lahir mendapatkan pelayanan neonatal esensial sesuai standar dikali 50%					

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	3) Perawatan neonatal 90 menit – 6 jam • Setelah lahir (6 jam – 28 hari) 1) Kunjungan Neonatal 1 (6 – 48 jam) 2) Kunjungan Neonatal 2 (3 hari – 7 hari) 3) Kunjungan Neonatal 3 (8 hari – 28 hari)	dengan jumlah bayi baru lahir yang ada di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%				
3	Bayi baru lahir memperoleh pelayanan sesuai standar. DO: Bayi baru lahir yang memperoleh pelayanan sesuai standar meliputi: 1) Menjaga bayi tetap hangat 2) Mengisap lendir dari mulut dan	a. Tersedia regulasi internal program pelayanan bayi baru lahir (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut)	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai ≥ 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	□	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	hidung (jika perlu) 3) Keringkan 4) Memantau tanda bahaya 5) Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit* setelah lahir 6) Melakukan Inisiasi Menyusu Dini 7) Memberikan suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini 8) Memberikan salep mata antibiotika pada kedua mata 9) Melakukan pemeriksaan fisis 10) Memberi imunisasi	c. Persentase bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan sesuai standar. (Jumlah bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dibagi dengan jumlah bayi baru lahir yang ada di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%)	% bayi baru lahir mendapatkan pelayanan neonatal esensial sesuai standar dikali 50%			

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	Hepatitis B 0,5 mL intramuskular, di paha					
B. Imunisasi						
1	<p>Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jumlah bayi yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap adalah jumlah bayi yang telah berusia 9-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap meliputi: <p>1) Hb0 1 kali</p> <p>2) BCG 1 kali</p> <p>3) Polio tetes 4 kali</p>	<p>a. Tersedia regulasi internal program imunisasi dasar lengkap (SK, SOP, Pedoman, Panduan)</p> <p>b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut)</p> <p>c. Persentase bayi yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap. (Jumlah bayi yang telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap dibagi Jumlah bayi berusia 9-11 bulan dalam 1 tahun dalam wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%)</p>	<p>Ya=25% Tidak=0</p> <p>Ya=25% Tidak=0</p> <p>% bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap dikali 50%</p>	<p>Penjumlahan kriteria a, b dan c</p> <p>- Tercapai ≥ 80% nilainya 10</p> <p>- Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5</p> <p>- Tercapai < 60% nilainya 0</p>	<input type="checkbox"/>	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	4) DPT-HB-HIB 3 kali 5) Campak 1 kali 6) Rubella 1 kali • Perhitungan pencatatan pemberian imunisasi berdasarkan jenis antigen pada kohort bayi dan atau buku KIA di setiap tempat pelayanan imunisasi (Posyandu, Poskesdes, Pustu, Puskesmas, dll)					
C. Gizi						
1	Balita gizi buruk yang mendapatkan penanganan sesuai standar di Puskesmas DO: Tata laksana anak balita dengan BB/TB < -3 SD dan atau dengan gejala klinis yang dirawat inap maupun rawat	a. Tersedia regulasi internal program penanganan balita gizi buruk (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai ≥ 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	□	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	jalan di fasilitas pelayanan kesehatan atau masyarakat sesuai dengan standar Tata Laksana Gizi Buruk (TAGB)	evaluasi-tindak lanjut) c. Persentase balita gizi buruk yang mendapatkan penanganan sesuai standar. (Jumlah kasus balita gizi buruk yang mendapatkan penanganan sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas dibagi jumlah kasus balita gizi buruk yang ditemukan dalam 1 tahun di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%)		% balita gizi buruk yang mendapatkan penanganan sesuai standar dikali 50%		
D. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit						
1	Orang terduga TBC mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. DO: <ul style="list-style-type: none"> Orang terduga TBC adalah orang yang kontak erat dengan penderita 	a. Tersedia regulasi internal program TBC (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c	□	
Ya=25% Tidak=0	- Tercapai ≥ 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0					

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	<p>TBC dan atau yang menunjukkan gejala batuk ≥ 2 minggu disertai dengan gejala lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan orang terduga TBC sesuai standar meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pemeriksaan klinis meliputi pemeriksaan gejala dan tanda 2) Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis 3) Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan 	<p>evaluasi-tindak lanjut)</p> <p>c. Persentase orang terduga TBC mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. (Jumlah orang terduga TBC yang dilakukan pemeriksaan penunjang dibagi jumlah orang terduga TBC dalam kurun waktu satu tahun di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%)</p>	<p>% orang terduga TBC mendapatkan pelayanan sesuai standar dikali 50%</p>			

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI	
	han penularan						
2	<p>Orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orang dengan risiko terinfeksi HIV adalah <ol style="list-style-type: none"> 1) Ibu hamil 2) Pasien TBC 3) Pasien Infeksi Menular Seksual (IMS) 4) Penjaja seks 5) Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki 6) Transgender/waria 7) Pengguna napza suntik 8) Warga binaan Pemasyarakatan 	<p>a. Tersedia regulasi internal program HIV (SK, SOP, Pedoman, Panduan)</p> <p>b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut)</p> <p>c. Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar (Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dibagi jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV dalam 1 tahun di wilayah kerja</p>	Ya=25% Tidak=0	Ya=25% Tidak=0	<p>Penjumlahan kriteria a, b dan c</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tercapai \geq 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0 	□	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	<ul style="list-style-type: none"> Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar meliputi: <ol style="list-style-type: none"> Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan Skrining dengan pemeriksaan Tes Cepat HIV 	Puskesmas, dikali 100%)				
3	Ibu Hamil yang dilakukan pemeriksaan Hepatitis B. DO: Pemeriksaan Hepatitis B dilakukan kepada Ibu Hamil sesuai	a. Tersedia regulasi internal program pemeriksaan Hepatitis B pada ibu hamil (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai \geq 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5	□	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDASI
	standar meliputi: 1) Edukasi pencegahan dan pengendalian penularan Hepatitis B 2) Deteksi dini dilakukan dengan pemeriksaan Tes Cepat HbSAg 3) Deteksi dini Hepatitis B minimal 1 kali selama kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan	Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindaklanjut) c. Persentase ibu hamil yang dilakukan pemeriksaan Hepatitis B. (Jumlah Ibu Hamil yang mendapatkan pemeriksaan Hepatitis B sesuai standar dibagi jumlah Ibu Hamil dalam 1 tahun di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%)		- Tercapai < 60% nilainya 0		
			% ibu hamil yang dilakukan pemeriksaan Hepatitis B dikali 50%			
4	Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar. DO: Pelayanan kesehatan pada ODGJ berat sesuai standar bagi psikotik akut dan	a. Tersedia regulasi internal program ODGJ Berat (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut)	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai ≥ 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	□	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	Skizofrenia meliputi: 1) Pemeriksaan kesehatan jiwa meliputi pemeriksaan status mental dan wawancara 2) Edukasi kepatuhan minum obat 3) Rujukan jika diperlukan	c. Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar. (Jumlah ODGJ berat di wilayah kerja kab/kota yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah ODGJ berat dalam 1 tahun di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100)	% ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dikali 50%			
5	Orang usia \geq 15 tahun, yang mendapatkan pelayanan terpadu (PANDU) di Puskesmas. DO: <ul style="list-style-type: none"> Skrining faktor resiko PTM adalah skrining yang dilakukan minimal 1 kali setahun meliputi: 	a. Tersedia regulasi internal program PANDU PTM (SK, SOP, Pedoman, Panduan)	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai \geq 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	□	
		b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindaklanjut)	Ya=25% Tidak=0			

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	<ul style="list-style-type: none"> ○ pengukuran TB, BB, Lingkar Perut ○ pengukuran TD, Pemeriksaan gula darah, anamnesa perilaku beresiko (merokok) ○ penggunaan CHARTA PREDIKSI PTM • Membina Posbindu di wilayah kerjanya • Tindak lanjut hasil skrining kesehatan meliputi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Penanganan sesuai standard ○ Konseling Upaya Berhenti Merokok (UBM) ○ memberikan penyuluhan 	<p>c. Persentase orang usia ≥ 15 tahun, yang mendapatkan pelayanan terpadu (PANDU) di Puskesmas. (Jumlah orang usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan terpadu (PANDU) di Puskesmas dibagi jumlah orang usia ≥ 15 tahun di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%).</p>	<p>% ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dikali 50%</p>			

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	Kesehatan o Melakukan rujukan ke Fasyankes jika diperlukan					
6	Wanita usia 30 – 50 tahun yang sudah menikah atau berhubungan seksual yang melakukan deteksi dini kanker leher rahim dengan IVA dan kanker payudara dengan SADANIS. DO: <ul style="list-style-type: none"> Jumlah wanita usia 30 – 50 tahun yang sudah menikah atau berhubungan seksual yang melakukan deteksi dini kanker leher rahim dengan IVA 	a. Tersedia regulasi internal program deteksi dini kanker leher rahim dengan IVA dan kanker payudara dengan SADANIS (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut) c. Persentase wanita usia 30 – 50 tahun yang sudah menikah atau berhubungan seksual yang melakukan deteksi dini kanker leher	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai \geq 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5	□	
Ya=25% Tidak=0	- Tercapai < 60% nilainya 0	% wanita usia 30 – 50 tahun yang sudah menikah atau berhubu				

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI	
	<p>dan kanker payudara dengan SADANIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya SDM kesehatan yang terlatih • Tindak lanjut IVA positif dengan krioterapi di FKTP atau merujuk ke FKTP yang mempunyai krioterapi • Rujukan ke FKRTL untuk kasus yang tidak dapat ditangani di FKTP 	<p>rahim dengan IVA dan kanker payudara dengan SADANIS. (Jumlah wanita usia 30 – 50 tahun yang sudah menikah atau berhubungan seksual yang melakukan deteksi dini kanker leher rahim dengan IVA dan kanker payudara dengan SADANIS dibagi jumlah wanita usia 30 – 50 tahun di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%.</p>	<p>ngan seksual yang melakukan deteksi dini kanker leher rahim dengan IVA dan kanker payudara dengan SADANIS dikali 50%</p>				
7	<p>Penderita DM usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan sesuai standar.</p> <p>DO: Pelayanan kesehatan DM sesuai standar meliputi: 1) Pengukuran gula darah minimal 1</p>	<p>a. Tersedia regulasi internal program DM (SK, SOP, Pedoman, Panduan)</p> <p>b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-</p>	Ya=25% Tidak=0	Ya=25% Tidak=0	<p>Penjumlahan kriteria a, b dan c</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tercapai \geq 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0 	□	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan 2) Edukasi perubahan gaya hidup dan atau nutrisi 3) Terapi farmakologi 4) Melakukan rujukan jika diperlukan	evaluasi-tindaklanjutan) c. Persentase penderita DM usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan sesuai standar (Jumlah penderita DM usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah penderita DM usia ≥ 15 tahun dalam 1 tahun di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%)	%	penderita DM usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dikali 50%		
8	Persentase penderita Hipertensi ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. DO: Pelayanan kesehatan hipertensi sesuai standar meliputi: 1) Pengukuran tekanan	a. Tersedia regulasi internal program Hipertensi (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut)	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c	□	
			Ya=25% Tidak=0	- Tercapai ≥ 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0		

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESMENT	NILAI HASIL VALIDASI
	darah minimal 1 kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan 2) Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau kepatuhan minum obat 3) Terapi farmakologi	c. Persentase penderita Hipertensi ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar (Jumlah penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah penderita hipertensi dalam 1 tahun di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%	% penderita Hipertensi ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dikali 50%			
E. Progam Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)						
1	Keluarga yang telah dikunjungi dan intervensi awal. DO: Keluarga yang telah dikunjungi dan diintervensi awal adalah keluarga yang telah mendapatkan kunjungan Tim Pembina	a. Tersedia regulasi internal PIS-PK terkait kunjungan keluarga dan intervensi awal (SK, SOP, Pedoman, Panduan) b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai $\geq 80\%$ nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	<input type="checkbox"/>	

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	Keluarga yang memantau kondisi kesehatan keluarga berdasarkan 12 indikator keluarga sehat dan dilakukan intervensi awal	monitoring-evaluasi-tindak lanjut)				
		c. Persentase keluarga yang telah dikunjungi dan diintervensi awal (Jumlah keluarga yang telah dikunjungi dan diintervensi awal dibagi jumlah seluruh keluarga di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100%)	% keluarga yang telah dikunjungi dan intervensi awal dikali 50%			
2	Keluarga yang telah dikunjungi dan dilakukan intervensi lanjut DO: Keluarga yang telah dikunjungi dan diintervensi awal direncanakan Puskesmas untuk dilakukan intervensi lanjut sesuai dengan permasalahan kesehatan yang ada di keluarga tersebut	a. Tersedia regulasi internal PIS-PK terkait intervensi lanjut (SK, SOP, Pedoman, Panduan)	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c - Tercapai \geq 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0	□	
	b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindak lanjut)	Ya=25% Tidak=0				
	c. Persentase keluarga yang telah dikunjungi dan dilakukan intervensi lanjut	% keluarga yang telah dikunjungi dan				

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	berdasarkan 12 indikator keluarga sehat.	(jumlah keluarga yang dilakukan intervensi lanjut dibagi jumlah seluruh keluarga yang direncanakan untuk dilakukan intervensi lanjut di wilayah kerja Puskesmas, dikali 100% Keluarga)	dilakukan intervensi lanjut dikali 50%			
3	Peningkatan IKS di Puskesmas. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan IKS di Puskesmas merupakan kondisi dimana nilai IKS wilayah Puskesmas pada saat dilakukan monitoring dan evaluasi lebih tinggi dibandingkan dengan nilai IKS sebelumnya (dalam rentang waktu minimal 6 bulan) 	a. Tersedia regulasi internal PIS-PK terkait peningkatan IKS (SK, SOP, Pedoman, Panduan)	Ya=25% Tidak=0	Penjumlahan kriteria a, b dan c	□	
b. Pelaksanaan program sesuai manajemen Puskesmas (dasar pengusulan-penjadwalan-pelaksanaan-monitoring-evaluasi-tindaklanjut)	Ya=25% Tidak=0	<ul style="list-style-type: none"> - Tercapai ≥ 80% nilainya 10 - Tercapai 60% s.d. < 80% nilainya 5 - Tercapai < 60% nilainya 0 				
Adanya peningkatan IKS dibandingkan dengan tahun sebelumnya atau periode evaluasi sebelumnya	<ul style="list-style-type: none"> • IKS meningkat = 50% • IKS tetap = 25% • IKS turun = 0 					

NO	ELEMEN PENILAIAN	KRITERIA	SKORING		NILAI SELF ASSESM ENT	NILAI HASIL VALIDAS I
	<ul style="list-style-type: none"> Penilaian peningkatan IKS dilakukan jika cakupan kunjungan keluarga >50% 					
SKOR MAKSIMAL 160						

1.3. UPAYA INOVASI

<p>APAKAH PUSKESMAS MEMPUNYAI UPAYA INOVASI?</p> <p>Inovasi dikembangkan karena adanya kebutuhan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Karena adanya ketertinggalan dalam pencapaian target yang telah ditetapkan, untuk segera dikejar pencapaiannya, sehingga tidak terjadi kesenjangan di akhir tahun (dalam arti target kinerja dapat dicapai). Karena adanya kesempatan dan kekuatan untuk mencapai target lebih cepat atau di akhir tahun mencapai target lebih tinggi dari rencana semula <p>Yang dirancang, berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penetapan strategi, melalui <i>mapping</i>, hasil segmentasi sasaran, penetapan target sasaran, dan pemosisian dalam upaya merancang langkah-langkah kegiatan Menetapkan target kinerja dan waktu pencapaiannya, secara jelas Menyusun Kerangka Acuan Kegiatan (KAK) Inovasi, mencakup rincian 6W2H1E (<i>What, Why, Who, Whom, When, Where, How, How Much, Evaluation</i>) <p>JIKA SESUAI DENGAN KRITERIA UNTUK MERANCANG INOVASI, MAKA DALAM TABEL DIBAWAH ISIKAN</p>		
INOVASI UKM	INOVASI UKP	INOVASI MANAJEMEN
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.

1.4. REKAPITULASI SKOR

NO	PARAMETER	NILAI AKHIR
1	Pemenuhan Sumber Daya	Skor diperoleh dibagi 80 dikali 100%
2	Perencanaan Puskesmas	Skor diperoleh dibagi 290 dikali 100%
3	Penggerakan dan Pelaksanaan Kegiatan Puskesmas	Skor diperoleh dibagi 60 dikali 100%
4	Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Puskesmas	Skor diperoleh dibagi 20 dikali 100%
5	Peningkatan Mutu Puskesmas	Skor diperoleh dibagi 50 dikali 100%
6	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Kesehatan Lingkungan	Skor diperoleh dibagi 120 dikali 100%
7	Pelaksanaan SKDR terhadap Penyakit Menular Potensial KLB/Wabah	Skor diperoleh dibagi 30 dikali 100%
8	Cakupan Indikator Program	Skor diperoleh dibagi 160 dikali 100%

Kesimpulan Nilai Akhir: (Lingkari salah satu penilaian)

1. Baik
2. Cukup
3. Kurang

Interpretasi

1. **Baik**, bila setiap parameter bernilai $\geq 80\%$
2. **Cukup**, bila ada satu atau dua parameter bernilai 60% s.d. $< 80\%$ dan parameter yang lain bernilai $\geq 80\%$
3. **Kurang**, bila tidak memenuhi kriteria 1 dan 2

1.5. RENCANA TINDAK LANJUT

NO	RENCANA TINDAK LANJUT	TANGGAL PELAKSANAAN
1.		
2.		
3.		
4.		
5.	DST	

Tim TPCB

1.	Nama tim TPCB / nomor telepon seluler	1/..... 2/..... 3/	Tandatangan 1. 2. 3.
2.	Tanggal Pembinaan	

FORMULIR 2

CONTOH INSTRUMEN PEMANTAUAN PEMBINAAN PUSKESMAS

PUSKESMAS :

TAHUN:

**DINAS KESEHATAN :
KAB/KOTA**

**ANGGOTA TPCB : 1.
2.
3.**

NAMA CLUSTER BINAAN :

NO	TANGGAL	JENIS PEMBINAAN	TEMUAN	FAKTA	KESIMPULAN	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT		TARGET WAKTU PENYELESAIAN
							PKM	DINKES KAB/KOTA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									

3									
4									

Tempat, tanggal/bulan/tahun

Ketua TPCB,

TTD

(Nama Jelas)

Keterangan:

Kolom 1: Diisi dengan nomor sesuai urutan pelaksanaan kegiatan pembinaan

Kolom 2: Diisi tanggal pelaksanaan pembinaan Puskesmas

Kolom 3: Diisi jenis pembinaan langsung atau tidak langsung

PEDOMAN PEMBINAAN TERPADU PUSKESMAS OLEH DINAS KESEHATAN

Diterbitkan oleh :

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Pengarah :

Prof. dr. H. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL (K), MARS

Pembina:

Dr. IGM. Wirabrata, Apt

Koordinator:

dr. H.KM. Taufiq, MMR

Penyusun:

drg. Farichah Hanum, M.Kes; drg. Saraswati, MPH; dr.H.KM.Taufiq, MMR; dr. Monika Saraswati, M.Sc; dr. Ganda Raja Partogi, MKM; dr.Dewi Irawati, MKM; Dini Rahmadian SKP, MHSM; Emma Aprilia, SKM, MARS; Armawati, SKM, M.Kes, Indi Susanti SKM, M.Epid; Tanti Oktriani, S.Kep, Ners; dr. Victor Eka Nugrahaputra, M.Kes; dr. Mugi Lestari, MKPP; Ruri Purwandani, SIP; dr. Wing Irawati, dr Era Renjana D.

Kontributor:

dr.Tjahjono Kuncoro, DrPH; Ira Irianti, SKM, MKM; Kanisius Maturbongs, SKM, M.Kes; dr. Edih Suryono, MARS; Hani Anggoro, S.Psi; Yulia Stevani; SKM, Nur Sity Desi, SKM; Maurizka Viera C, SKM; Agus Budiarto; Manyora, SST, MKM; dr. Melirina Romauli Simanjuntak; Mery Chrestina Rumbay, SKM, M.Kes; Lelyana Lolok SKM, M.Kes; dr. Anandini N.L. Umar.

Editor dan Layout Buku:

dr. H.K.M. Taufiq, MMR; dr. Monika Saraswati, M.Sc; Emma Aprilia, SKM, MARS; dr.Wing Irawati.

EMAIL:

subditmutuyankesprimer@kemkes.go.id

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, Ditjen Yankes, Kementerian Kesehatan RI.

ISBN 978-623-301-226-3

