

**MODUL AJAR**

**PERENCANAAN &  
EVALUASI KESEHATAN**

**YUYUN UMNIYATUN**



# **MASALAH KESEHATAN & PENDEKATAN SISTEM**



QS. Al Baqarah,  
2:168

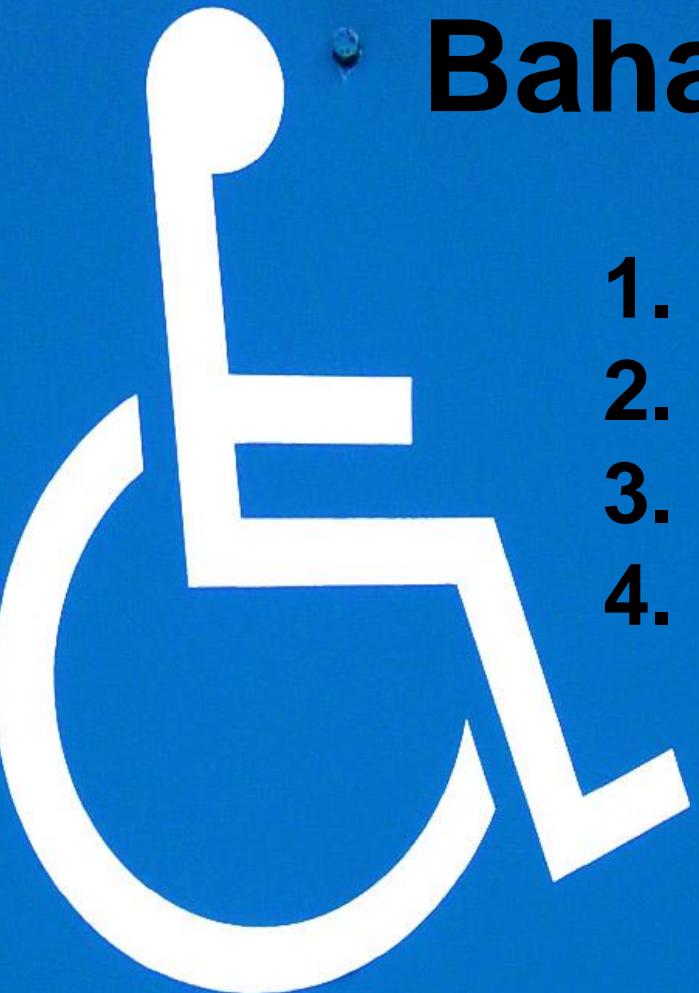


## CPMK 1:

Mahasiswa mampu melakukan analisis masalah kesehatan  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)

## SUB CPMK 1:

Mahasiswa dapat menjelaskan pengertian masalah kesehatan, pendekatan system dalam mengurai masalah kesehatan dan beberapa teori dalam menguraikan masalah kesehatan



# Bahan kajian :

1. Definisi sehat
2. Masalah Kesehatan
3. Pendekatan Sistem
4. Menguraikan masalah kesehatan berdasarkan teori HL Blum

## **Health planning & health services**

**To improve  
health**

1. Clarify what we hope to improve
2. Identify our health status or state of functioning
3. Identify deficiencies or failures
4. Suggest what can be done about deficiencies
5. Determine the degree of improvement our planned efforts produce



# DEFINITIONS OF HEALTH

WHO :

A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.

Romano :

Health consists of :

- 1) the capacity in the organism to maintain a balance appropriate to its age and social needs, in which it is reasonably gross dissatisfaction, discomfort, or disability and;
- 2) To behave in ways which promote the survival of the species as well as the self-fulfillment or enjoyment of the individual.



# DEFINITIONS OF HEALTH

WHO :

A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.

Romano :

Health consists of :

- 1) the capacity in the organism to maintain a balance appropriate to its age and social needs, in which it is reasonably gross dissatisfaction, discomfort, or disability and;
- 2) To behave in ways which promote the survival of the species as well as the self-fulfillment or enjoyment of the individual.



# DEFINITIONS OF HEALTH

Health is a state of being in which individuals do the best with the capacities they have, and act in ways that maximize their capacities.

Baranowski :

Provides support for considering health and disease as the two poles of the physical or somatic capacity of the person to fulfill personal expectations and perform social role tasks.

The term wellness and illness are then reserved for describing the two poles of the psychic plus social (non somatic) capacities of the person.



# DEFINITIONS OF HEALTH

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

(UU Kesehatan No 36 tahun 2009)



# The descriptions of health

There are 12 distinctive facets of the somatic, phychic and social aspects of health that encompass a relatively full meaning of health in our society. (Hendrik L. Blum)

1. Life span. The length of survival is usually expressed as the average of survival for a selected group or as the degree of prematurity of death as compared to some selected standards (a somatic descriptor)
2. Disease of infirmity. Departure from accepted physiologic or anatomic norm appropriate to age and sex (a somatic descriptor)
3. Discomfort of illness. Feelings of distress in a person may be a somatic, psychic, or social descriptor and is generally a combination



# The descriptions of health

4. Disability or incapacity. Inability of a person to fully carry out customary or expected duties for his age, sex, and social roles in his society (maybe a somatic, psychic, or social descriptor and is generally a combination)
5. Participation in health care. Capacity or willingness to share with those helping in the work of keeping oneself healthy or returning to better health (primarily a descriptor of social health, although often dependent on somatic and psychic interactants)
6. Health behaviour. Acts or style of life which directly support or threaten health. This includes such behaviour as smoking, drinking, risky driving, irregular sleep, and so on (a social descriptor primarily)



# The descriptions of health

7. Ecologic behaviour. A person's willed or reflex act and attitudes towards other species, natural resources and ecosystems (a social descriptor)
8. Social behaviour. A person's willed or reflex act and attitudes towards others of his species at the person, family, community, or nation level, such as his willingness to help, rob, despoil, or murder (a social descriptor which may have large psychic elements)
9. Interpersonal relationships. Quality of communications with others (essentially a psychic descriptor), but one that is heavily affected by somatic and social health

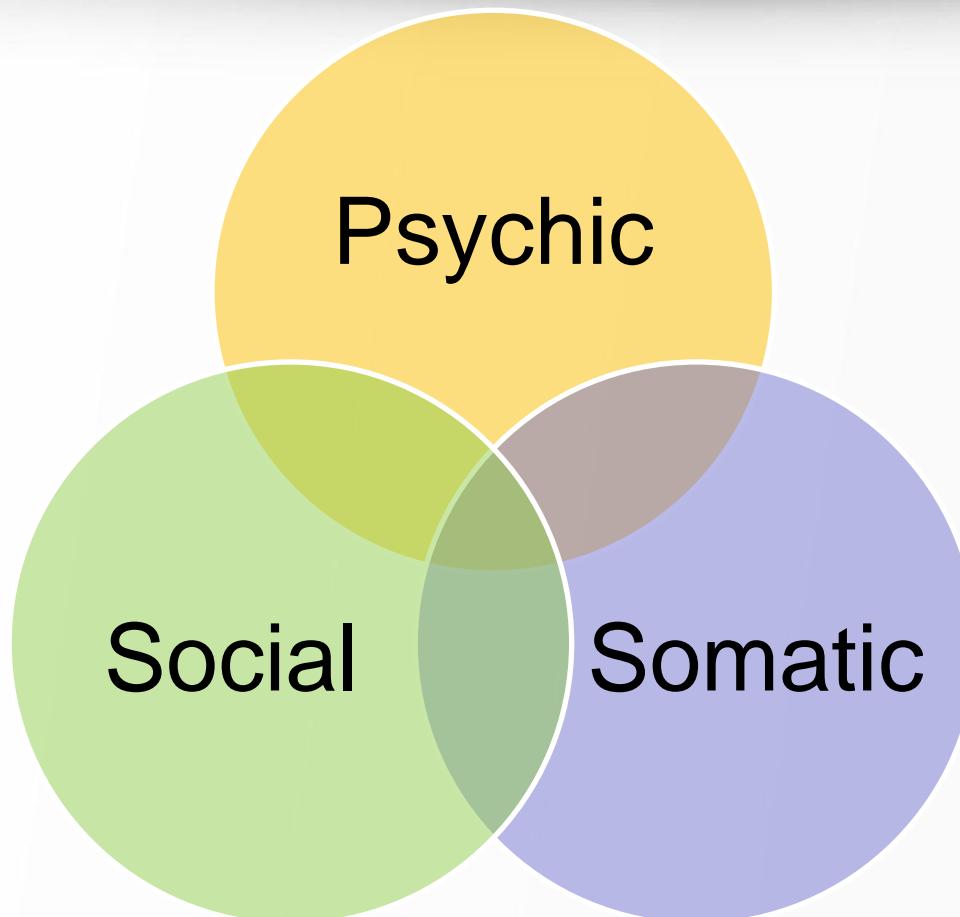


# The descriptions of health

10. Reserve or positive health. Resistance to disease or the capacity to endure unusual somatic, psychic, or social pressure (a combination descriptor of somatic, psychic and social interactants)
11. External satisfaction. Sense of enjoyment from contact with the major social institution , as home, work, school, recreation, transport, or health care (a descriptor primarily of social health but maybe tied to psychic and somatic capacities)
12. Internal satisfaction. Enjoyment of living, self-fulfillment, or self realization (a descriptor which is essentially psychic but which is likely to result from the degree of somatic or social well-being as well



# Health



Psychic : integrating function

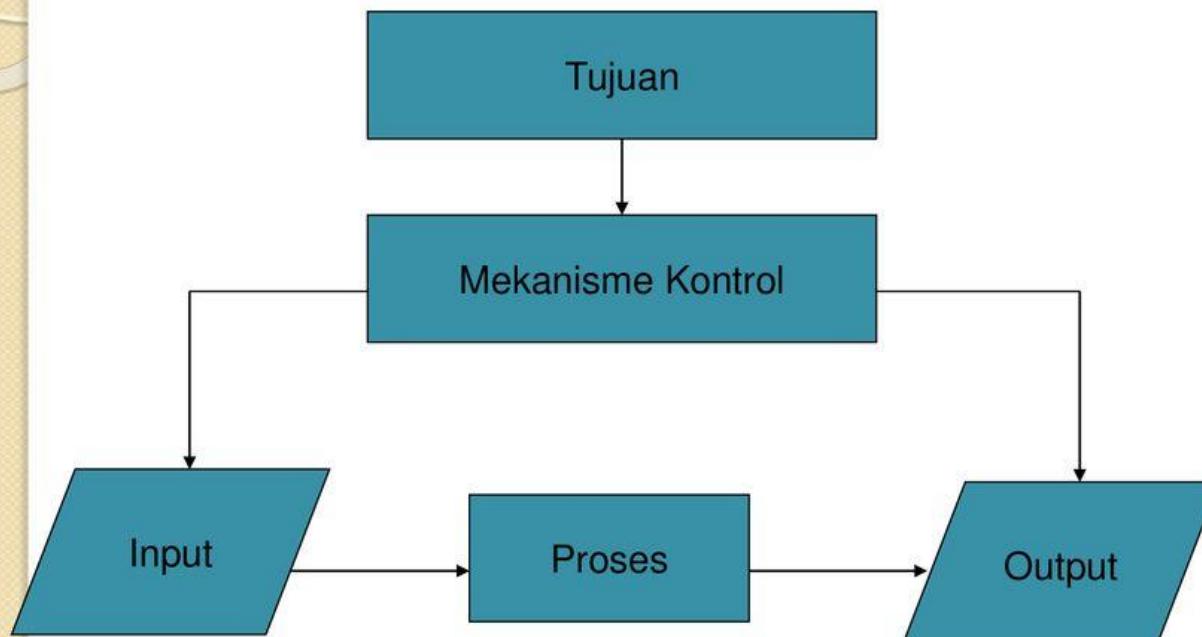
Somatic : product of the person's subsystem levels

Social : suprasystem interactant level

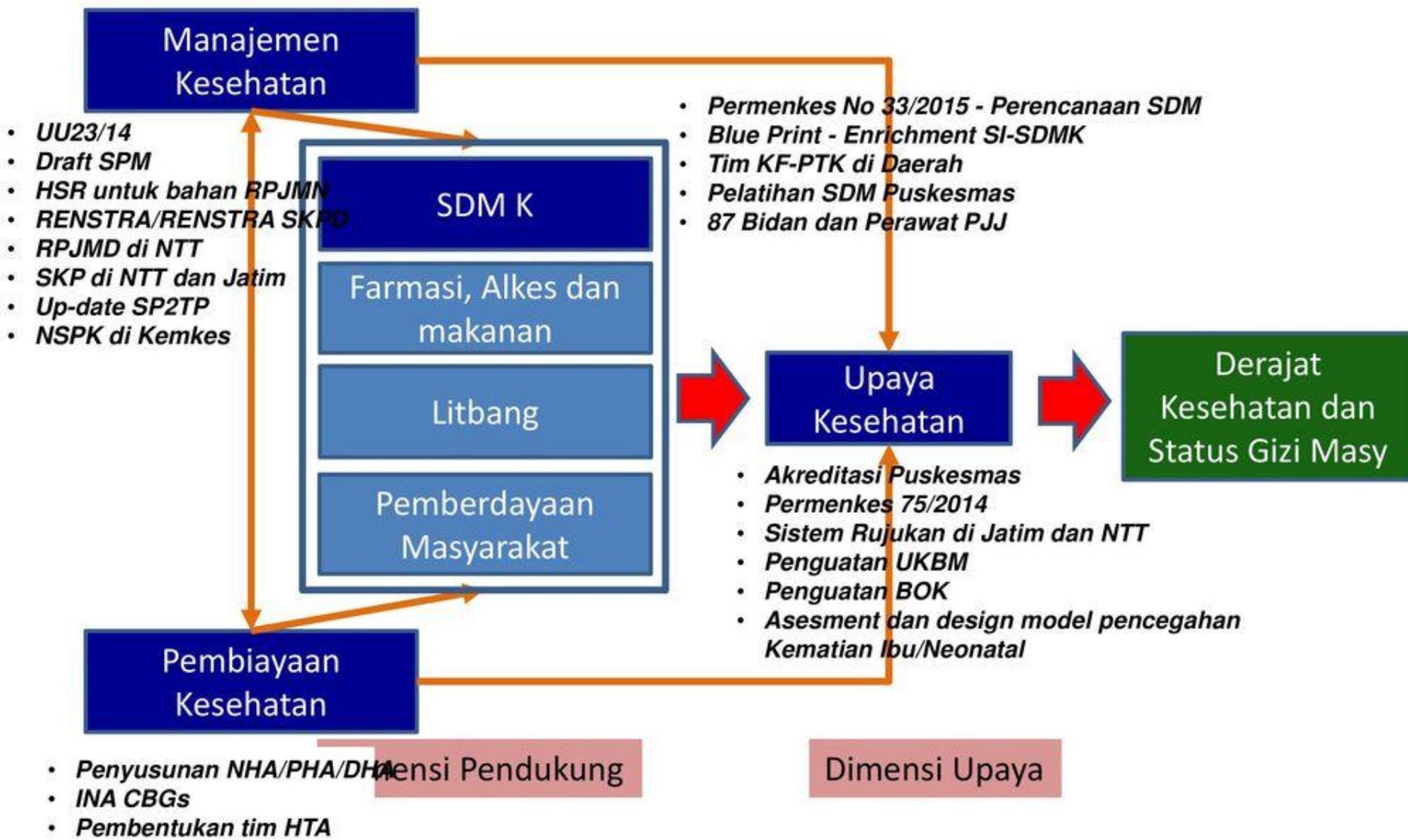


# Pendekatan Sistem

## Elemen Sistem

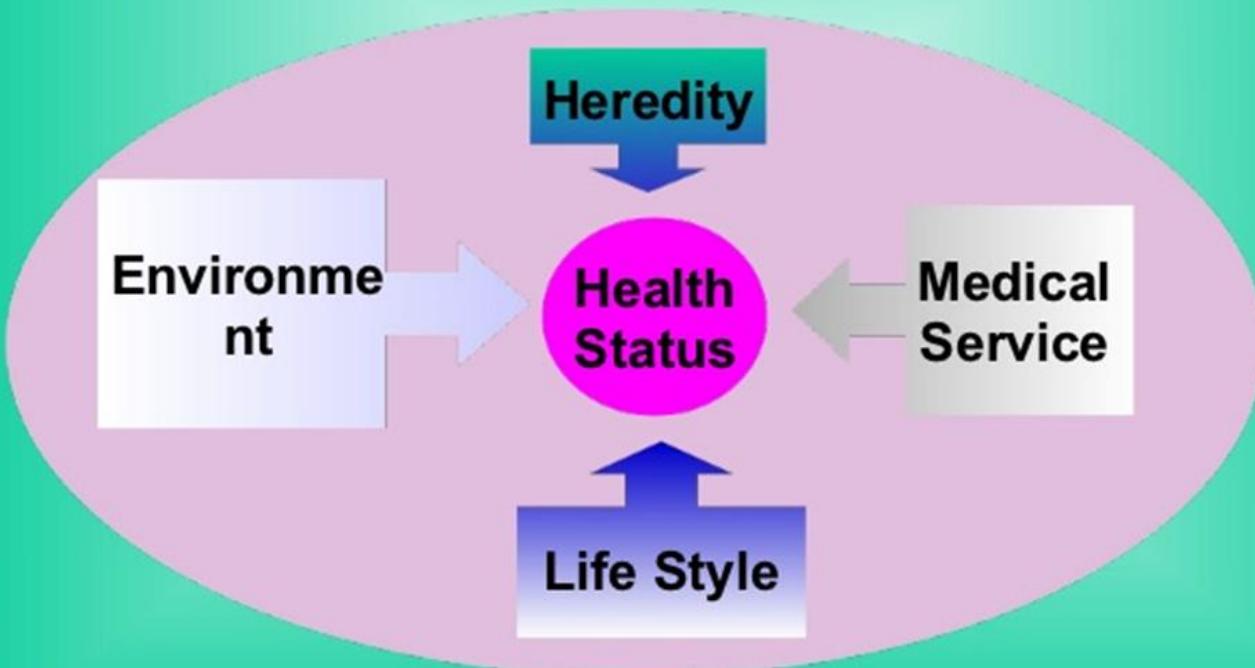


# **BAGAIMANA MEMPERKUAT SISTEM KESEHATAN NASIONAL (Perpres No 72/2012) ??**



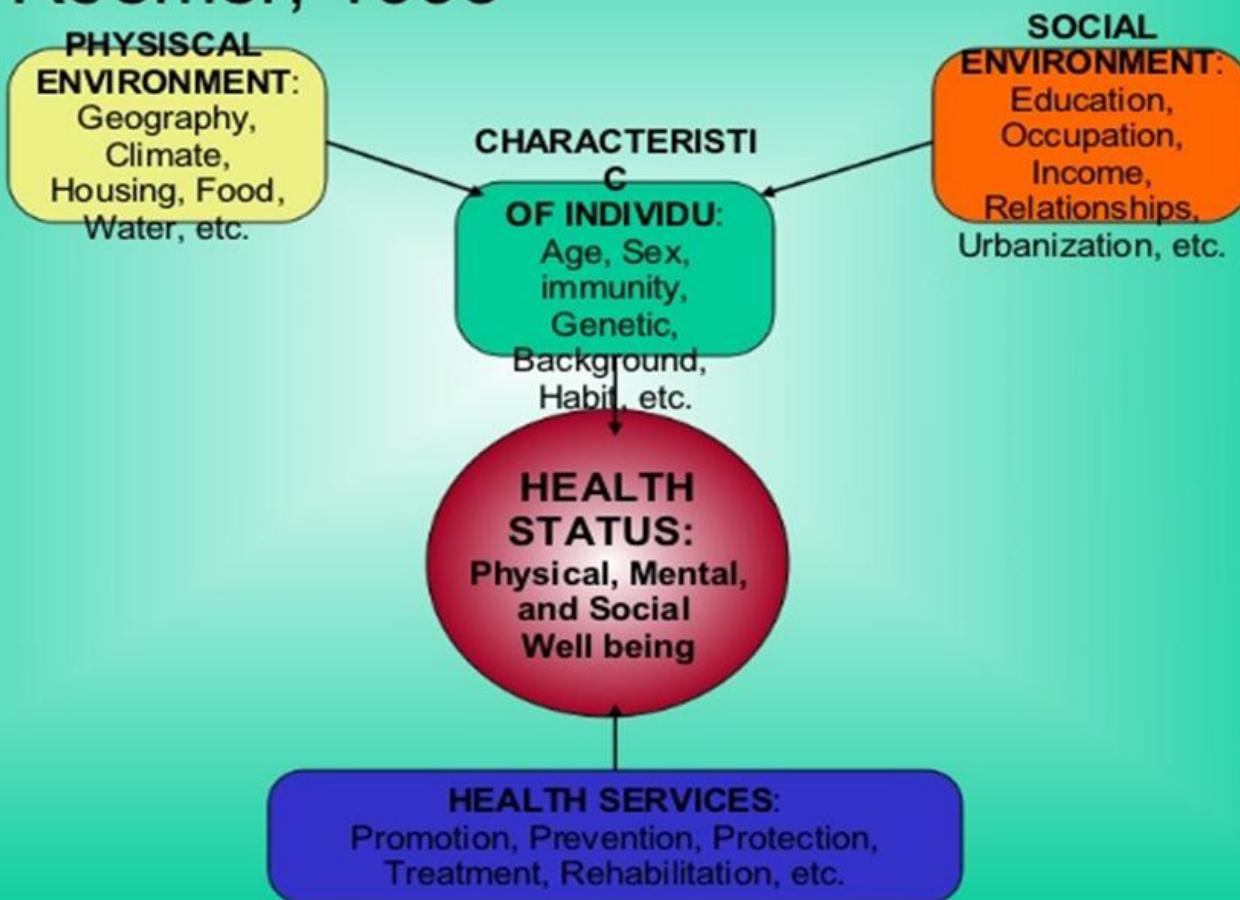
# DETERMINANTS OF HEALTH

(HL. Blum, 1981)



# DETERMINANTS OF HEALTH

M. Roemer, 1993



# Problem Solving Cycle



# TUGAS MANDIRI

Tugas Individu:

Mempelajari analisis situasi masalah kesehatan, berdasarkan:

- aspek epidemiologi,
- perilaku,
- kesehatan lingkungan,
- pelayanan kesehatan,
- gizi masyarakat



Today is only the  
beginning, it is  
**not**  
the end

**SEE YOU  
Next Week!**



# PROBLEM SOLVING CYCLE

UHAMKA, MARET 2022



# CPMK & SUB-CPMK

Mahasiswa mampu melakukan analisis pemecahan masalah kesehatan  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)

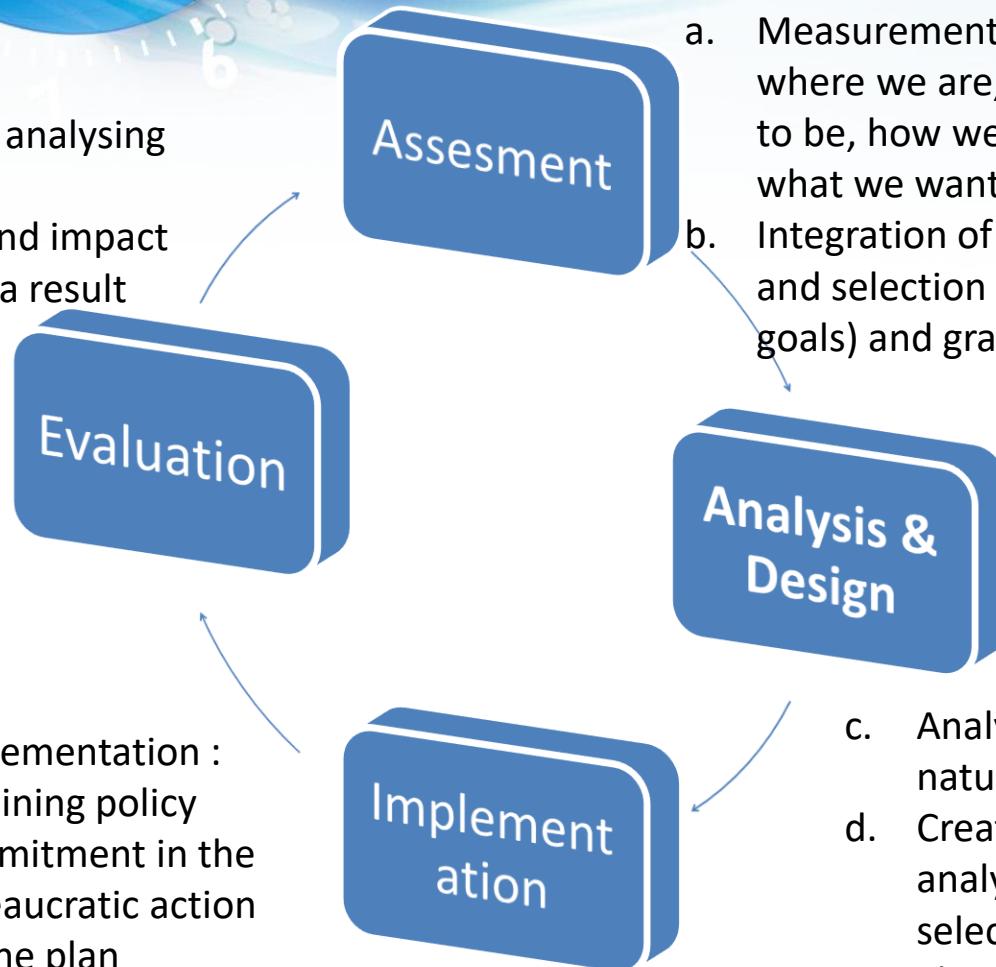
Mahasiswa dapat menganalisis situasi dan masalah kesehatan dari aspek epidemiologi, perikau, kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan, gizi masyarakat serta mengidentifikasi kebutuhan data-datanya  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)

# Bahan Kajian

- QS An Nahl: 78
- *Elements of health planning process*
- *Problem Solving Cycle*

# Elements of the health planning process

f. Evaluation : analysing the output, outcomes and impact occurring as a result of planning

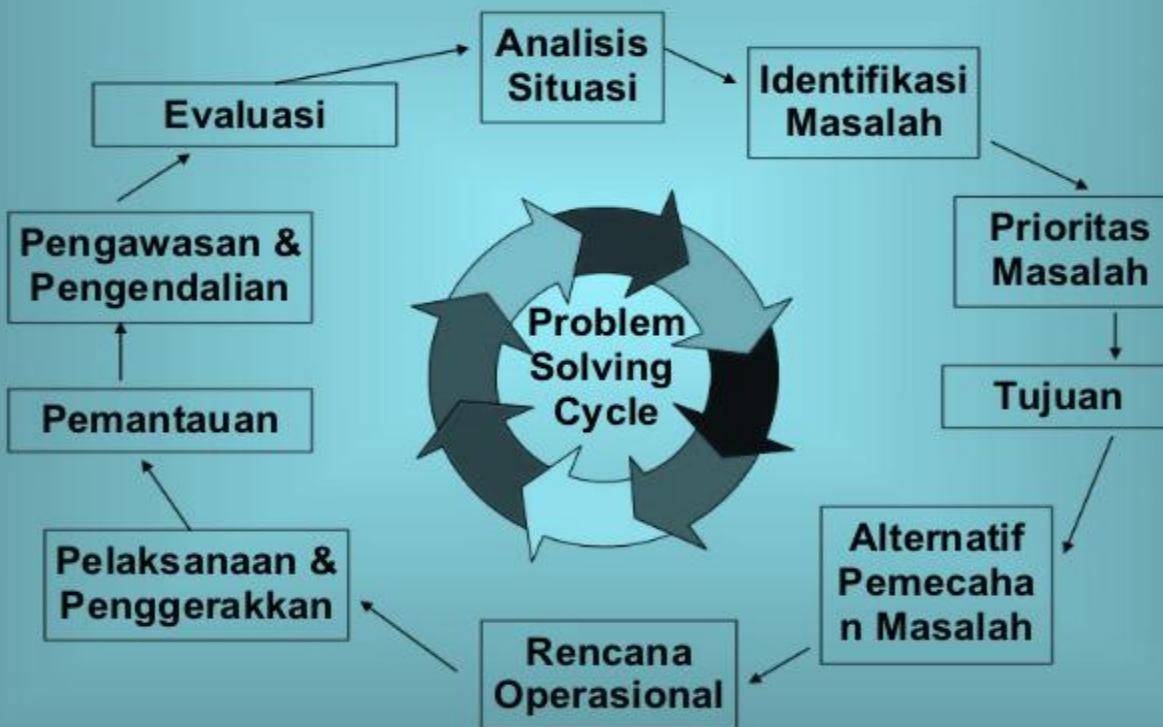


e. Implementation : obtaining policy commitment in the bureaucratic action on the plan

- a. Measurement, determination of where we are, where we are likely to be, how we feel about it and what we want
- b. Integration of data : identification and selection of wants (problem or goals) and grand ideologic goal
- c. Analysis : understanding nature of specific wants
- d. Creating the plan, design, analysis, comparison and selection among alternative interventions

# **PROBLEM SOLVING CYCLE (PSC)**

## **Tahap-tahap dalam PSC**



# Langkah-langkah perencanaan

## a. *Measurement & Assessment*

1. Merumuskan semua data yang telah dikumpulkan
2. Mengelompokkan indikator-indikator data yang akan dicari dalam kelompok/ jenis instrumennya masing-masing dan ke dalam kelompok/ jenis sumber datanya masing-masing
3. Melakukan pengumpulan data pada masing-masing sumber datanya berdasarkan kaidah metodologi penelitian

# Langkah-langkah perencanaan

- b. Analisis data
  - 1. Pengorganisasian/pengelompokkan data
  - 2. Penyajian data
- c. Penentuan prioritas masalah kesehatan
  - 1. *Scoring technique*
  - 2. *Alteration ranking technique*
  - 3. *Paired comparison method*

# Langkah-langkah perencanaan

## d. Alternatif solusi

1. Pendekatan yang bersifat analitis dan terprogram
2. Pendekatan heuristik (melalui percobaan)
3. Perenungan
4. Analogi, asosiasi, mencegah keterikatan pada ide yang kaku atau prosedur yang rutin, brainstorming, dsb

## e. Pengambilan keputusan

1. Normatif/Preskriptif
2. Deskriptif

# ANALISIS SITUASI



UHAMKA, MARET 2021

# Pokok Bahasan

- Analisis Situasi
- Sumber Informasi

## ANALISIS SITUASI

Merupakan tahap pengumpulan data yang dilakukan sebelum merancang dan merencanakan program.

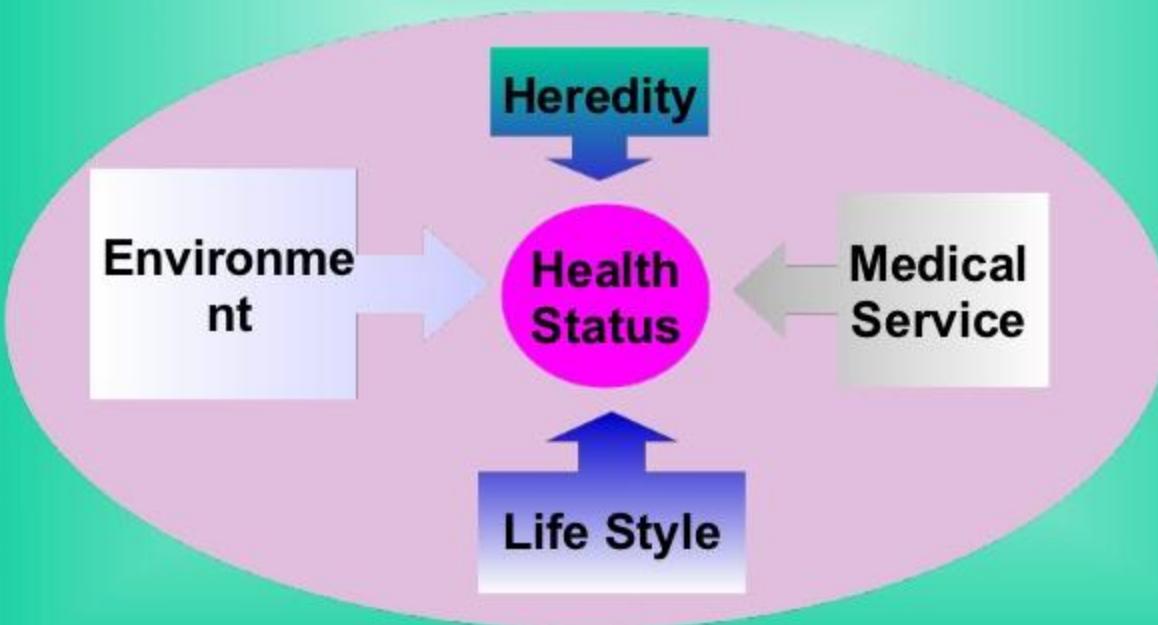
# TUJUANNYA

- Memahami masalah kesehatan secara jelas dan spesifik
- Mempermudah penentuan prioritas
- Mempermudah penentuan alternative pemecahan masalah

# CARA ANALISIS

- Menggunakan informasi dari sistem informasi yang sudah ada. Mis. Laporan-laporan kegiatan dari program-program kesehatan yang ada, Survailans epidemiologi atau pemantauan penyebaran penyakit.
- Memanfaatkan yang cukup representatif untuk suatu daerah;
- Menggunakan berbagai Pendekatan dan Model: sistem, supply-demand, HL Blum, Milton Roemer, dll.
- Memperhatikan berbagai faktor yg mempengaruhi kesehatan

# DETERMINANTS OF HEALTH (HL. Blum, 1981)



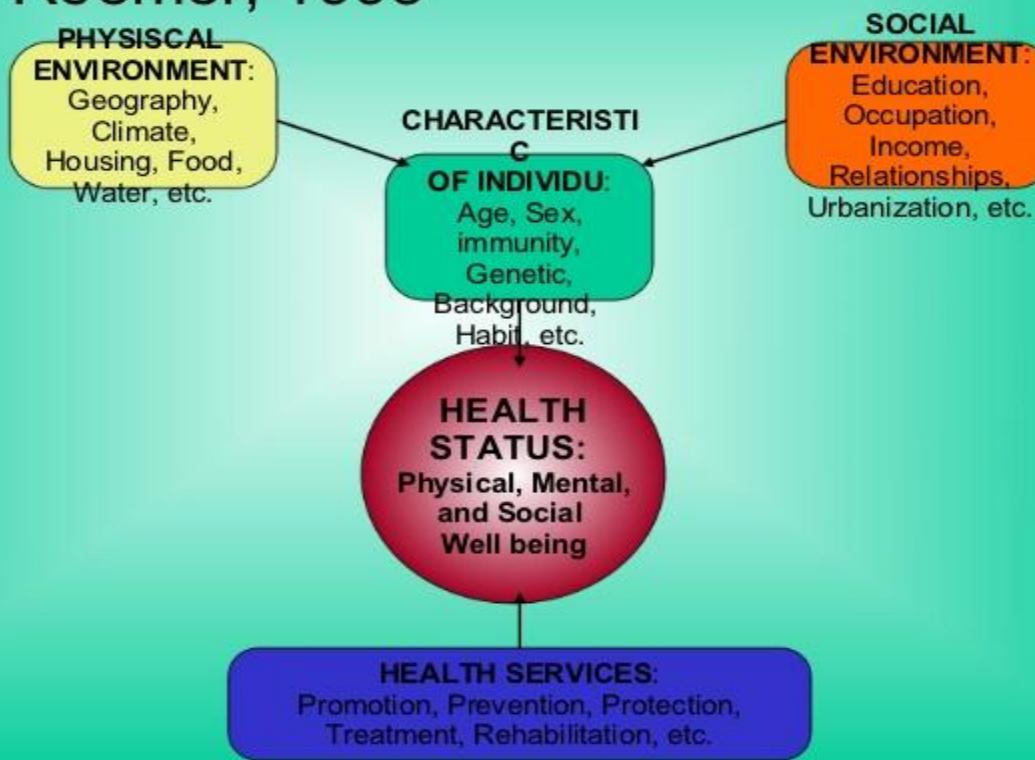


Kerangka konsep dan sistematika analisis situasi kesehatan bisa berdasarkan konsep Henrik L Blum tentang determinan derajat kesehatan penduduk, yaitu

- Genetika dan kependudukan
- Lingkungan Kesehatan
- Perilaku kesehatan
- Program dan pelayanan kesehatan

# DETERMINANTS OF HEALTH

M. Roemer, 1993



# DATA INFORMASI

- Demografi
- Masalah dan kecenderungan kesehatan
- Perilaku kesehatan
- Lingkungan kesehatan
- Program dan pelayanan kesehatan
- Kebijakan pembangunan kesehatan
- Kebijakan pembangunan daerah

# ANALISIS SITUASI KESEHATAN

- Analisa status kesehatan
- Analisa aspek kependudukan
- Analisa pelayanan/upaya kesehatan
- Analisa perilaku kesehatan
- Analisa lingkungan

# ANALISIS SITUASI KESEHATAN

- Analisa status kesehatan akan menjelaskan masalah kesehatan apa yang dihadapi
- Analisis ini akan menghasilkan ukuran-ukuran Status kesehatan secara kuantitatif, penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, menurut tempat dan waktu

# ANALISIS SITUASI KESEHATAN

- Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan epidemiologis
- Ukuran yang digunakan adalah angka kematian (mortalitas) dan angka kesakitan (morbiditas)

# ANALISIS KEPENDUDUKAN

- Jumlah penduduk
- Pertumbuhan penduduk
- Struktur umur
- Mobilitas penduduk
- Pekerjaan

# ANALISIS KEPENDUDUKAN

- Sebagai denominator ukuran masalah kesehatan
- Sebagai prediksi beban upaya/program kesehatan
- Sebagai prediksi masalah kesehatan yang dihadapi

# ANALISIS PELAYANAN KESEHATAN

- Pelayanan atau upaya kesehatan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif
- Analisis ini menghasilkan data Atau informasi tentang input, proses, output dan dampak dari pelayanan kesehatan

# ANALISIS INPUT



# ANALISIS PRILAKU KESEHATAN

- Analisis ini memberikan gambaran tentang pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat sehubungan dengan kesehatan maupun upaya kesehatan
- Dapat menggunakan teori pengetahuan, sikap praktek, atau health belief model atau teori lainnya

# ANALISIS LINGKUNGAN

- Analisis lingkungan fisik
- Analisis lingkungan biologis
- Analisis lingkungan sosial

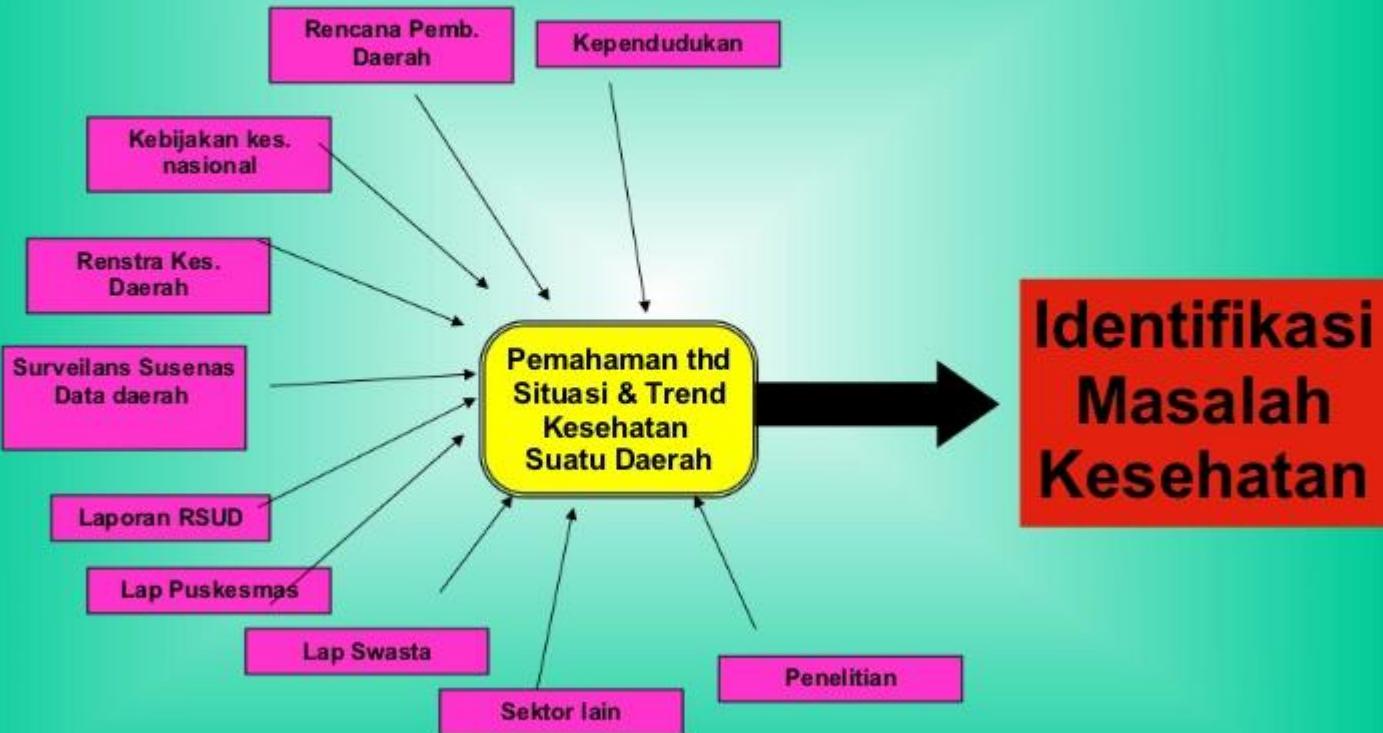
# PENGOLAHAN & PENYAJIAN DATA

- Pengolahan : Statistik
- Penyajian Data :
  - Deskriptif: narasi dengan kalimat yang tepat dan mencukupi
  - Alat bantu:
    - Tabel
    - Diagram
    - Gambar
    - Model
    - Ilustrasi



# SEBUTKAN INDIKATOR-INDIKATOR KESEHATAN

# Ringkasan: Analisis Situasi



# SISTEMATIKA LAPORAN HASIL ANALISIS SITUASI

1. Gambaran umum wilayah: administrasi, batas wilayah, kondisi geografi, tata guna lahan dll.
2. Analisis Derajat/Masalah Kesehatan: morbiditas dan mortalitas
3. Analisis Lingkungan Kesehatan: fisik, sosial, kimia, air bersih, sampah, dll.
4. Analisis Perilaku Kesehatan: kepercayaan, perilaku, kebiasaan, dll.
5. Analisis Faktor Keturunan: Analisis Kependudukan spt: jumlah, kepadatan, pertumbuhan, proporsi muda/tua, dll
6. Analisis Program dan Pelayanan Kesehatan: sarana yankes, cakupan program, dll.
7. Daftar Masalah

# TUGAS PORTFOLIO

Membuat perencanaan dan evaluasi program kesehatan tahap 1 (analisis situasi) sesuai daerah yang sudah ditunjuk.



# **PENENTUAN PRIORITAS MASALAH**

# CPMK

Mahasiswa mampu melakukan analisis pemecahan masalah kesehatan  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dengan latihan melakukan analisis situasi masalah kesehatan dengan menerapkan metode-metodenya (Fishbone, Hanlon, Delbeq, dll) (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1

# BAHAN KAJIAN

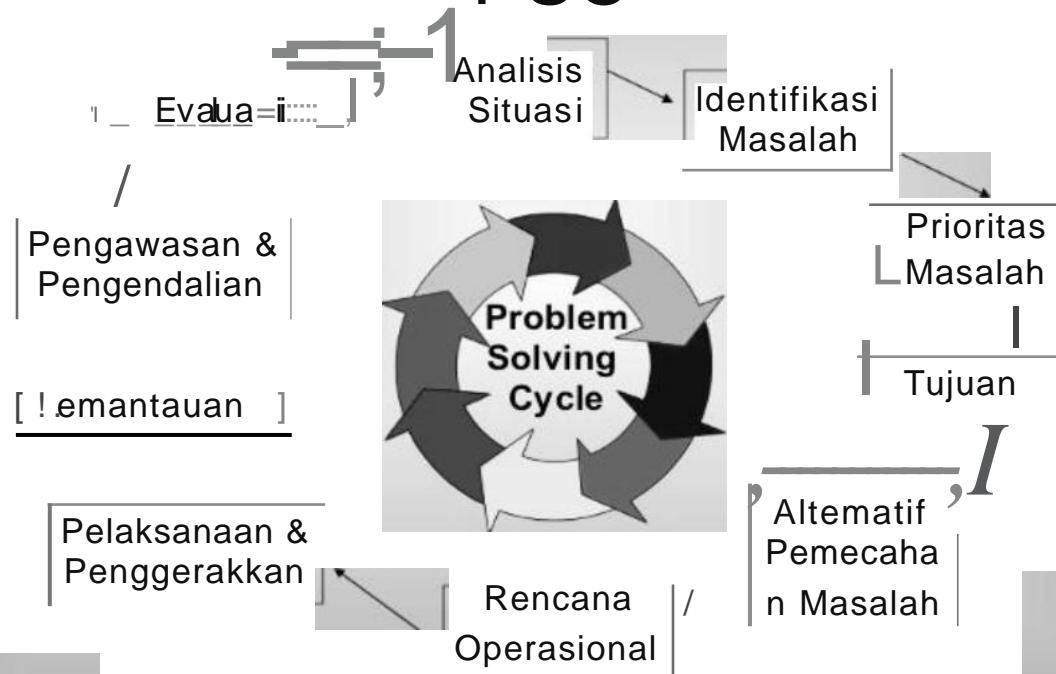
- Pengertian masalah kesehatan
- Penentuan prioritas masalah kesehatan dengan teknik kuantitatif dan kualitatif

# **QS - Ar ra'd:**

# **11**

**PRESENTASI KELOMPOK  
TENTANG ANALISIS SITUASI  
DAN IDENTIFIKASI  
MASALAH**

# Tahap-tahap dalam PSC



# **SISTEMATIKA LAPORAN HASIL ANALISIS SITUASI**

- 1. Gambaran umum wilayah: administrasi, batas wilayah, kondisi geografi, tata guna lahan dll.**
- 2. Analisis Derajat/Masalah Kesehatan: morbiditas dan mortalitas**
- 3. Analisis Lingkungan Kesehatan: fisik, sosial, kimia, air bersih, sampah, dll.**
- 4. Analisis Perilaku Kesehatan: kepercayaan, perilaku, kebiasaan, dll.**
- 5. Analisis Faktor Keturunan: Analisis Kependudukan spt: jumlah, kepadatan, pertumbuhan, proporsi muda/tua, dll**
- 6. Analisis Program dan Pelayanan Kesehatan: sarana yankes, cakupan program, dll.**
- 7. Daftar Masalah**

# PENENTUAN PRIORITAS MASALAH

## PENTING KARENA :

1. Terbatasnya sumber daya yang tersedia, dan karena itu tidak mungkin menyelesaikan semua masalah.
2. Adanya hubungan antara satu masalah dengan masalah lainnya, dan karena itu tidak perlu semua masalah diselesaikan (Azwar, 1996).

# Menentukan Prioritas Masalah

- Penentuan prioritas masalah dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif
- Penentuan prioritas masalah kesehatan adalah suatu proses yang dilakukan oleh sekelompok orang dengan menggunakan metode tertentu untuk menentukan urutan masalah dari yang paling penting sampai yang kurang penting

# Tujuan Prioritas Masalah

- 1. Menyusun masalah dari yang relevan sampai yang tidak relevan**
- 2. Menyeleksi masalah yang mempunyai daya ungkit**
- 3. Mengesampingkan masalah yang tidak relevan**
- 4. Membandingkan kekuatan dan kelemahan permasalahan**

# Manfaat Prioritas Masalah

- 1. Memudahkan penentuan prioritas masalah**
- 2. Menemukan urutan masalah secara rasional**
- 3. Penetapan masalah yang relevan**

# Langkah Prioritas Masalah

- 1. Pengumpulan data**
- 2. Identifikasi masalah**
- 3. Pemilihan metode penentuan prioritas masalah**
- 4. Perhitungan melalui metode prioritas masalah**
- 5. Penetapan prioritas masalah**

- Dalam menetapkan prioritas masalah ada beberapa pertimbangan yang harus diperhatikan, yaitu :
  1. Besarnya masalah yang terjadi
  2. Pertimbangan politik
  3. Persepsi masyarakat
  4. Bisa tidaknya masalah tersebut diselesaikan

# **TEKNIK-TEKNIK PENENTUAN PRIORITAS MASALAH**

## *Criteria Matrix Technique*

Kriteria yang digunakan secara umum :

a. Pentingnya masalah

Makin penting (*importancy*) masalah tersebut, makin diprioritaskan penyelesaiannya.

Beberapa ukuran pentingnya masalah sebagai berikut:

- 1. Besarnya masalah (prevalence)**
- 2. Akibat yang ditimbulkan oleh masalah (severity)**
- 3. Kenaikan besarnya masalah (rate of increase)**
- 4. Derajat keinginan masyarakat yang tidak dipenuhi (degree of unmet need)**
- 5. Keuntungan sosial karena selesainya masalah (social benefit)**
- 6. Rasa prihatin masyarakat terhadap masalah (public concern)**
- 7. Suasana politik (political climate)**

**b. Kelayakan teknologi**

Makin layak teknologi yang tersedia dan yang dapat dipakai untuk mengatasi masalah (*technical feasibility*), makin diprioritaskan masalah tersebut.

**c. Sumber daya yang tersedia**

Makin tersedia sumber daya yang dapat dipakai seperti tenaga, dana dan sarana untuk mengatasi masalah (*resource ability*) makin diprioritaskan masalah tersebut.

Nilai skor antara 1 (tidak penting) sampai 5 (sangat penting) untuk setiap kriteria yang sesuai.

Prioritas masalah adalah yang jumlah nilainya paling besar.

Masalah	I							T	R	Jumlah $I \times T \times R$	Prioritas
	P	S	RI	DU	SB	PB	PC				
A	1	4	2	3	4	3	1	3	2	1728	III
B	2	3	4	1	5	2	4	2	1	1920	II
C	4	2	5	2	3	1	3	1	4	2880	I

## *Metode Delbeq*

Memberikan bobot (yang merupakan nilai maksimum dan berkisar antara 0 sampai 10) dengan kriteria:

a. Besar masalah

Yaitu % atau jumlah atau kelompok penduduk yang ada kemungkinan terkena masalah serta keterlibatan masyarakat dan instansi terkait.

b. Kegawatan masalah

Yaitu tingginya angka morbiditas dan mortalitas, kecenderungannya dari waktu ke waktu.

c. Biaya/dana

Yaitu besar atau jumlah dana yang diperlukan untuk mengatasi masalah baik dari segi instansi yang bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah atau dari masyarakat yang terkena masalah.

d. Kemudahan

Yaitu tersedianya tenaga, sarana/peralatan, waktu serta cara atau metode dan teknologi penyelesaian masalah seperti tersediannya kebijakan/peraturan, petunjuk pelaksanaan (juklak), petunjuk teknis (juknis) dan sebagainnya.

## Langkah-langkah :

- a. Tentukan dahulu bobot masing-masing kriteria (nilai 0-10)
- b. Isi setiap kolom dengan hasil perkalian antara bobot dengan skor masing-masing masalah. Besarnya skor tidak boleh melebihi bobot yang telah disepakati. Bila ada perbedaan pendapat dalam menentukan besarnya bobot dan skor yang dipilih reratanya.

3. Jumlahkan nilai masing-masing kolom dan tentukan prioritasnya berdasarkan jumlah skor yang tertinggi sampai terendah.

Nomor	Daftar Masalah	Kriteria & Bobot Maksimum				Jumlah skor	Prioritas
		Besarnya masalah	Kegawatan	Blaya	Kemudahan		
	Bobot Rata 2	8	8	6	7		
1	A	$8 \times 8 = 64$	$9 \times 8 = 72$	$5 \times 6 = 30$	$6 \times 7 = 42$	228	I
2	B	$7 \times 8 = 56$	$8 \times 8 = 64$	$5 \times 6 = 30$	$6 \times 7 = 42$	192	II
3	C	$6 \times 8 = 48$	$6 \times 8 = 48$	$5 \times 6 = 30$	$6 \times 7 = 42$	168	III

## *Metode Bryant*

Cara ini menggunakan 4 macam kriteria :

1. Community Concern, yakni sejauh mana masyarakat menganggap masalah tersebut penting.
2. Prevalensi, yakni berapa banyak penduduk yang terkena penyakit tersebut.
3. Seriousness, yakni sejauh mana dampak yang ditimbulkan penyakit tersebut
4. Manageability, yakni sejauh mana kita memiliki kemampuan untuk mengatasinya.

Pemberian nilai pada kriteria masalah mencakup hal-hal berikut :

1. Besarnya masalah (magnitude) : ditentukan oleh berapa besar penduduk yang terkena masalah dilihat dari prevalensi
2. Derajat keparahan (severity) : kerugian apa yang timbul dari masalah tersebut, baik fisik, mental, sosial dan ekonomi

3. Ada tidaknya cara penanggulangan yang efektif (*vulnerability*) : ketersediaan cara-cara yang efektif untuk menanggulangi masalah.
4. Biaya (*cost*) : ketersediaan dan kecukupan dana untuk menanggulangi masalah tersebut.

- Pada metode ini masing-masing kriteria tersebut diberi skor, kemudian masing-masing skor dikalikan.
- Hasil perkalian ini dibandingkan antara masalah-masalah yang dinilai.
- Masalah-masalah dengan skor tertinggi, akan mendapat prioritas yang tinggi pula.

## *Metode Bryant*

Masalah	Kriteria					Total	Prioritas
	M	S	V	C	PC		
Ebola	5	3	1	3	3	135	II
Diare	3	2	3	5	3	270	I
HIV	5	2	1	3	1	30	IV
Kusta	2	1	3	3	1	18	V
Malaria	2	2	4	5	1	80	III

## Keterangan :

- Masalah dengan *magnitude* tinggi diberi skor 4 at 5
- Masalah dengan *magnitude* rendah diberi skor 2 at 1
- Begitu pula dengan kriteria lainnya
- Kecuali untuk biaya /cost, bila biaya mahal diberi skor rendah

# Metode CARL

Metode CARL juga didasarkan pada serangkaian kriteria yang harus diberi skor 0-10.

Kriteria CARL tersebut mempunyai arti:

1. C = Capability : yaitu ketersediaan sumber daya (dana, sarana dan peralatan)
2. A = Accessibility yaitu kemudahan, masalah yang ada mudah diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/cara/teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.

3. R = Readiness yaitu kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran, seperti keahlian atau kemampuan dan motivasi.
4. L = Leverage yaitu seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan masalah yang dibahas.

Setelah masalah atau alternatif pemecahan masalah diidentifikasi, kemudian dibuat tabel kriteria CARL dan diisi skornya. Bila ada beberapa pendapat tentang nilai skor yang diambil adalah rerata. Nilai total merupakan hasil perkalian: C x A x R x L

## *Metode CARL*

No	Masalah	C	A	R	L	Total	Prioritas
1	A	9	8	8	8	4608	I
2	B	8	8	8	8	4096	II
3	C	8	6	7	7	2352	III

# **Metode HANLON**

**Dilakukan dengan memberikan skor atas serangkaian kriteria A, B, C dan D (PEARL).**

**A = Besar masalah yaitu % atau jumlah atau kelompok penduduk yang terkena masalah serta keterlibatan masyarakat dan instansi terkait. Skor 0-10 (kecil-besar).**

**B = Kegawatan masalah yaitu tingginya angka morbiditas dan mortalitas, kecenderungannya dari waktu ke waktu. Skor 0-10 (tidak gawat – sangat gawat).**

**C = Efektifitas atau kemudahan penanggulangan masalah, dilihat dari perbandingan antara perkiraan hasil atau manfaat penyelesaian masalah yang akan diperoleh dengan sumber daya (biaya, sarana dan cara) untuk menyelesaikan masalah. Skor 0-10 (sulit – mudah).**

**D = PEARL**

Berbagai pertimbangan dalam kemungkinan pemecahan masalah.

**Skor 0 = tidak dan 1 = ya**

**P = Propriatness** : yaitu kesesuaian masalah dengan prioritas berbagai kebijaksanaan/program/kegiatan instansi/organisasi terkait.

**E = Economic feasibility** yaitu kelayakan dari segi pembiayaan.

**A = Acceptability** yaitu situasi penerimaan masyarakat dan instansi terkait/instansi lainnya.

**R = Resource availability** yaitu ketersediaan sumber daya untuk memecahkan masalah (tenaga, sarana/peralatan, waktu)

**L = Legality** yaitu dukungan aspek hukum/ perundangan-undangan/peraturan terkait seperti peraturan pemerintah/ juklak/juknis/protap.

Setelah kriteria tersebut berhasil diisi, maka selanjutnya menghitung nilai NPD dan NPT dengan rumus sebagai berikut:

NPD = Nilai Prioritas dasar =  $(A + B) \times C$

NPT = Nilai Prioritas Total =  $(A + B) \times C \times D$

Prioritas pertama adalah masalah dengan skor NPT tertinggi.

Metode Hanlon (Kuantitatif) ini lebih efektif bila digunakan untuk masalah yang bersifat kuantitatif.

## *Metode HANLON*

Masalah	Kriteria				PEARL	NPT	Prioritas
	A	B	C	NPD			
A	9	9	8	144	11111	144	144
B	9	8	8	138	11111	136	138
C	8	7	7	105	11111	105	105

# Metode Hanlon (Kualitatif)

**Lebih efektif dipergunakan untuk masalah yang bersifat kualitatif dan data atau informasi yang tersedia pun bersifat kualitatif, misalkan peran serta masyarakat, kerja sama lintas program, kerja sama lintas sektor dan motivasi staf.**

- Prinsip utama dalam metode ini adalah membandingkan pentingnya masalah yang satu dengan yang lainnya dengan cara “matching”. Langkah-langkah metode ini adalah sebagai berikut:
  - a. Membuat matriks masalah
  - b. Menuliskan semua masalah yang berhasil dikumpulkan pada sumbu vertikal dan horisontal.
  - c. Membandingkan (*matching*) antara masalah yang satu dengan yang lainnya pada sisi kanan diagonal dengan memberi tanda (+) bila masalah lebih penting dan memberi tanda (-) bila masalah kurang penting.

- d. Menjumlahkan tanda (+) secara horisontal dan masukan pada kotak total (+) horisontal.
- e. Menjumlahkan tanda (-) secara vertikal dan masukan pada kotak total (-) vertikal.
- f. Pindahkan hasil penjumlahan pada total (-) horisontal di bawah kotak (-) vertikal.
- g. Jumlah hasil vertikal dan horisontal dan masukan pada kotak total.
- h. Hasil penjumlahan pada kotak total yang mempunyai nilai tertinggi adalah urutan prioritas masalah.

A. KRITERIA URGENCY (MENDESAK)

MASALAH	A ISPA	B DIARE	C HIPERTENSI	TOTAL HORISONTAL
A ISPA		-	-	0
B DIARE			+	1
C HIPERTENSI				0
TOTAL VERTIKAL	0	1	1	
TOTAL HORISONTAL	0	1	0	
T O T A L	0	2	1	

### B. KRITERIA SERIOUSNESS (KEGAWATAN)

MASALAH	A ISPA	B DIARE	C HIPERTENSI	TOTAL HORISONTAL
A ISPA		-	-	0
B DIARE			+	1
C HIPERTENSI				0
TOTAL VERTIKAL	0	1	1	
TOTAL HORISONTAL	0	1	0	
T O T A L	0	2	1	

### C. KRITERIA GROWTH (PERKEMBANGAN)

MASALAH	A ISPA	B DIARE	C HIPERTENSI	TOTAL HORISONTAL
A ISPA		-	+	1
B DIARE			+	1
C HIPERTENSI				0
TOTAL VERTIKAL	0	1	0	
TOTAL HORISONTAL	1	1	0	
T O T A L	1	2	0	

## **PRIORITAS MASALAH**

<b>MASALAH</b>	<b>U</b>	<b>S</b>	<b>G</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PRIORITAS</b>
A	0	0	1	1	III
B	2	2	2	6	I
C	1	1	0	2	II

## *Metode Delphi (Kualitatif)*

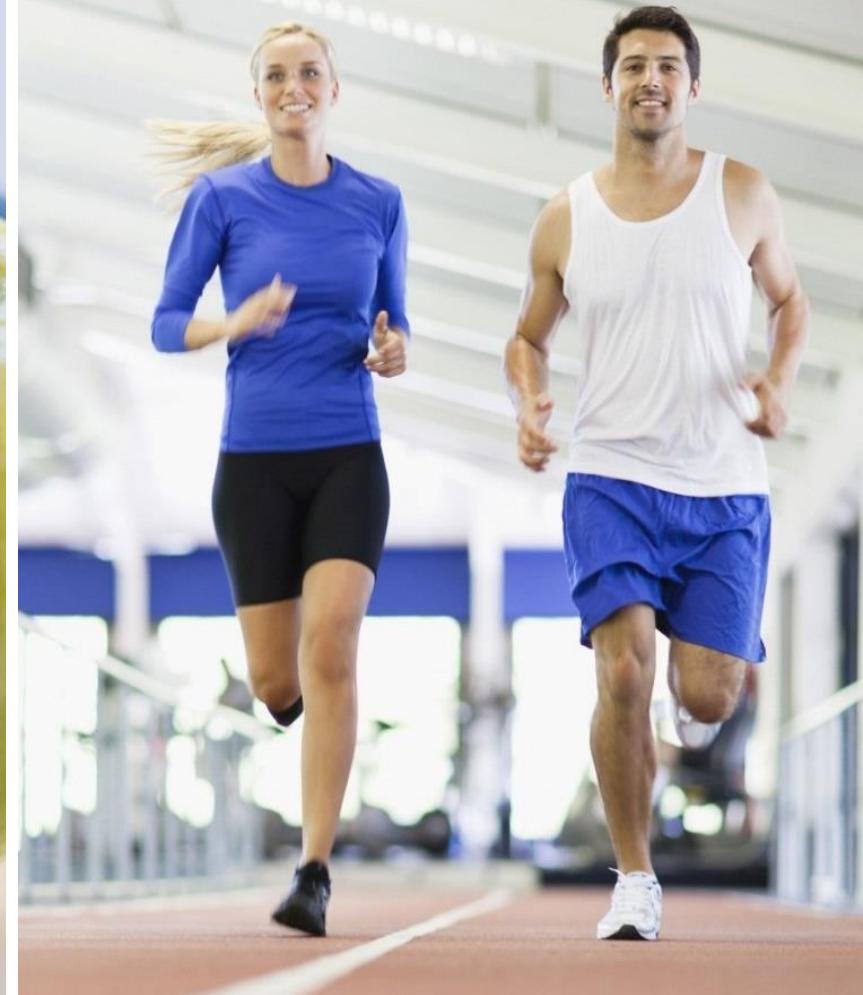
- a. Teknik survei kepada para peserta yang relatif homogen baik pendidikan, keahlian dan pengalaman serta masing-masing peserta mempunyai data yang cukup
- b. Daftar pertanyaan (kuesioner) dikirimkan beberapa kali kepada peserta:
  - Kuesioner pertama: pertanyaan-pertanyaan umum
  - Kuesioner kedua: lebih khusus
  - Kuesioner ketiga: khusus

- c. Kosensus peserta dapat dipercepat dengan pengambilan suara
- d. Diperlukan kecermatan dan kesabaran pihak pemberi kuesioner

# Metode Diskusi atau *Brainstorming Technique*

- a. Pemimpin diskusi adalah fasilitator.
- b. Diperlukan fasilitator yang handal dan menguasai masalah.
- c. Peserta diskusi ditantang untuk mengemukakan pendapat sebanyak-banyaknya tetapi menghindari saling kritik.
- d. Peserta memiliki keahlian atau kemampuan dan pengalaman yang relatif sama.
- e. Waktu efektif 1 jam dan peserta maksimal 10-12 orang.

- Kel 1: Metode Delbeq dan Hanlon Kualitatif
- Kel 2: Metode Bryant dan Hanlon Kualitatif
- Kel 3: Metode Hanlon Kuantitatif dan Hanlon Kualitatif
- Kel 4: Metode Criteria Matrix Technique dan Hanlon Kualitatif
- Kel 5: Metode CARL dan Hanlon Kualitatif
- Kel 6: Metode Hanlon Kuantitatif dan Hanlon Kualitatif
- Kel 7: Metode Delbeq dan Hanlon Kualitatif



# IDENTIFIKASI PENYEBAB MASALAH & KONSEP PEMECAHAN MASALAH KESEHATAN

UHAMKA, APRIL 2022

# CPMK

Mahasiswa mampu memahami konsep pemecahan masalah kesehatan dan pengembangan alternatif pemecahan masalah

## SUB-CPMK

- Mahasiswa dapat menentukan penyebab masalah (akar masalah) dalam bentuk pohon masalah atau *fishbone* dari prioritas masalah yang ditemukan
- Mahasiswa dapat mengembangkan alternative pemecahan masalah dari masalah kesehatan yang ditemukan

# BAHAN KAJIAN

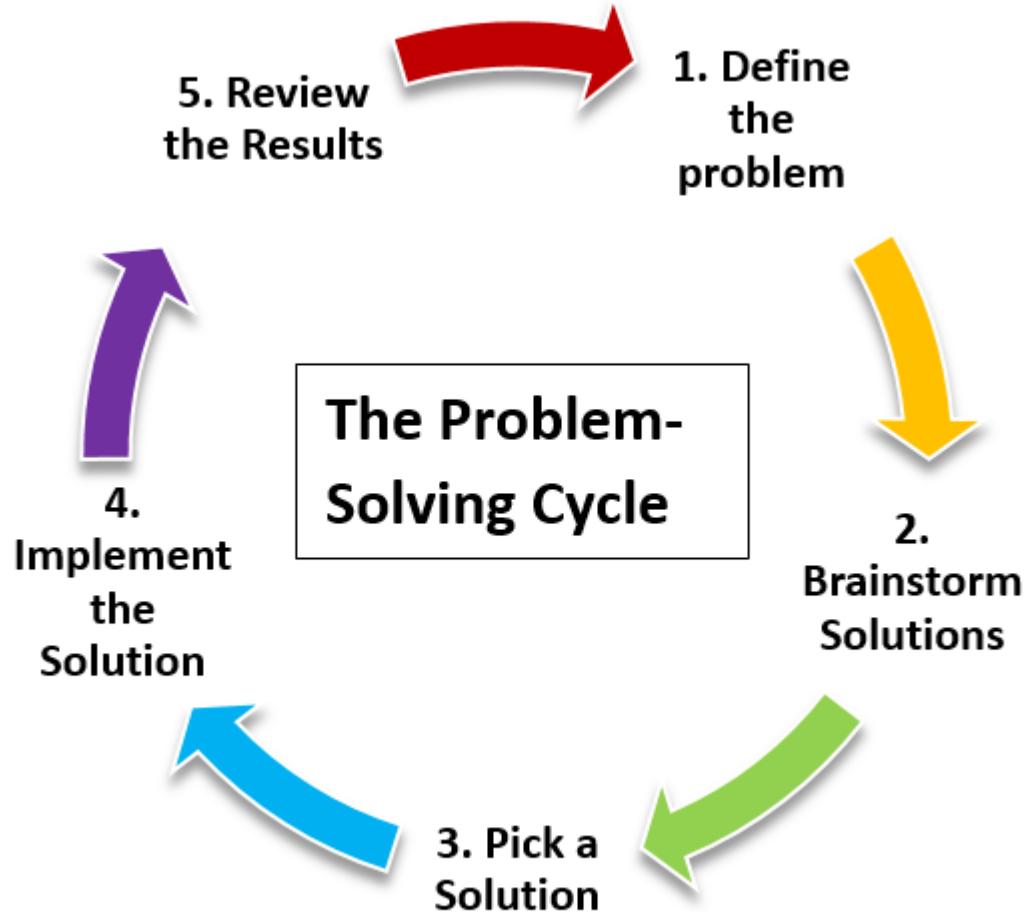
- Menentukan penyebab masalah (akar masalah) dalam bentuk pohon masalah atau *fishbone* dari prioritas masalah yang ditemukan
- Mengembangkan alternative pemecahan masalah dari masalah kesehatan yang ditemukan

QS. AL - RA“D/13:11

# PRESENTASI KELOMPOK PENENTUAN PRIORITAS MASALAH

# REVIEW PROBLEM SOLVING CYCLE

- Identifikasi penyebab masalah
- Pengembangan alternatif pemecahan masalah
- Penentuan pemecahan masalah
- Implementasi pemecahan masalah/perencanaan program kesehatan
- Evaluasi



# IDENTIFIKASI MASALAH

- Analisis Situasi
- Menemukan masalah-masalah berdasarkan analisis situasi
- Menentukan prioritas masalah melalui metode tertentu
- Menentukan akar penyebab masalah dengan diagram pohon masalah (problem tree) atau diagram tulang ikan (fishbone)

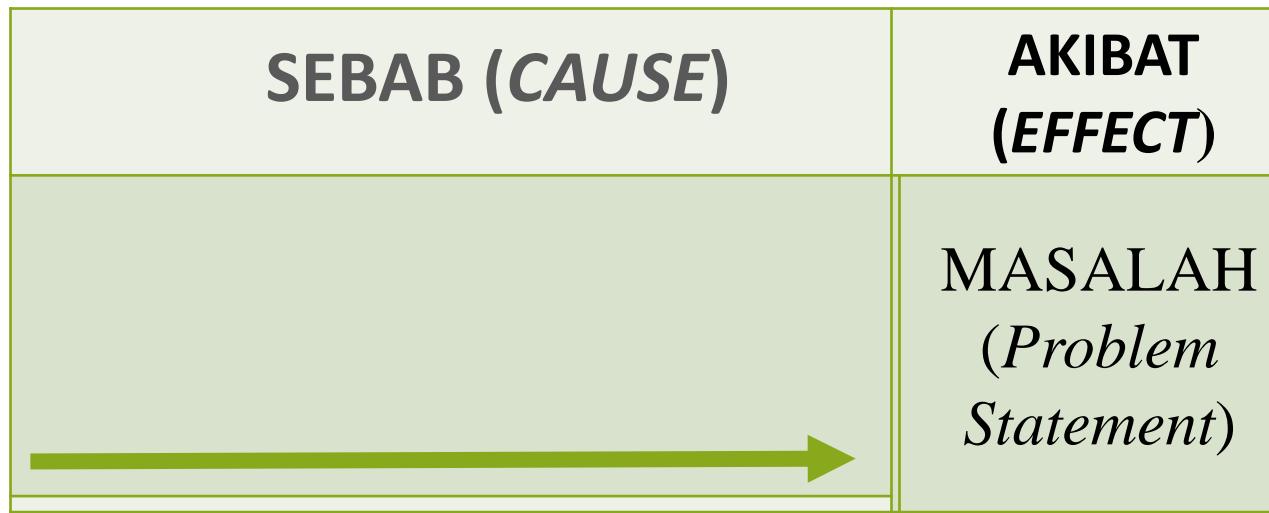
# MENENTUKAN AKAR PENYEBAB MASALAH

## DIAGRAM ISHIKAWA (FISHBONE)

- Merupakan suatu alat visual untuk mengidentifikasi, mengeksplorasi dan secara grafik menggambarkan secara detail semua penyebab yang berhubungan dengan suatu permasalahan.
- Sering juga disebut cause and effect diagram (Andiani, 2016, hlm. 203).
- Mengidentifikasi berbagai sebab potensial dari satu efek atau masalah, dan menganalisis masalah tersebut melalui sesi brainstorming

## KEGUNAAN DIAGRAM ISHIKAWA (*FISHBONE*)

1. Membuat pengelompokan penyebab masalah : membantu membuat pengelompokan berbagai kemungkinan penyebab masalah atau untuk menemukan akar penyebab masalah dari suatu masalah dengan cara yang sistematis dan logis.
2. Mengembangkan kreativitas berpikir : mengembangkan kreativitas berpikir secara sistematis kepada kelompok pemecah masalah dalam menemukan atau mencari penyebab atau akar penyebab masalah sehingga memudahkan pencarian solusi pemecahan masalah.
3. Petunjuk pengumpulan data : digunakan sebagai petunjuk atau dasar dalam pengumpulan data untuk pembuktian hubungan antara penyebab masalah atau akar penyebab masalah dengan masalah. (Pohan, 2006)



# LANGKAH2 MEMBUAT DIAGRAM ISHIKAWA (FISHBONE)

1. Gambar diagram sebab akibat
2. Tentukan permasalahan utama yang terjadi dan diungkapkan bahwa masalah tersebut merupakan suatu pernyataan masalah (*problem statement*) → *Kepala Ikan*
3. Tuliskan pada tulang besar (tulang utama) faktor-faktor apa saja yang paling berpengaruh menjadi penyebab, sehingga mengakibatkan terjadinya masalah → Faktor Utama
4. Untuk masing-masing faktor penyebab utama dicari faktor penyebabnya mengapa terjadi penyebab utama tersebut. Tuliskan pada tulang sedang (penyebab lapis kedua) dan seterusnya faktor apa yang menjadi penyebab sehingga hal tersebut terjadi dalam tulang kecil (penyebab lapis ketiga)
5. Untuk memudahkan penggunaan dapat menggunakan tabel.

AKIBAT (EFFECT)	FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB		
MASALAH (PROBLEM STATEMENT)	SEBAB UTAMA	SEBAB LAPIS KEDUA	SEBAB LAPIS KETIGA
MASALAH KESEHATAN	1	1	1
			2
			3
	2	2	1
			2
			3
	1	1	1
			2
			3
	2	2	1
			2
			3

# BEBERAPA PEDOMAN DALAM MEMBUAT DIAGRAM FISHBONE

1. Identifikasi semua penyebab yang relevan dengan metode curah pendapat (*brainstorming*), diskusi, pengujian referensi-referensi dan sebagainya berdasar fakta dan data, tentukan dengan tepat faktor penyebab utama, kedua dan ketiga.
2. Masalah yang ada berdasarkan hasil analisis situasi (dapat diukur, berdasarkan fakta dan data)
3. Faktor penyebab yang dicantumkan adalah yang dapat diperbaiki atau diselesaikan. Faktor penyebab nantinya akan dipilih mana yang akan diselesaikan lebih dulu.
4. Penyebab utama dapat dikelompokkan sebagai berikut :

Kategori 6M :

1. *Machine* (mesin atau teknologi)
2. *Method* (metode atau proses)
3. *Material* (termasuk *raw material*, *consumption*, dan informasi)
4. *Man Power* (tenaga kerja atau pekerjaan fisik) / *Mind Power* (pekerjaan pikiran: *kaizen*, saran, dan sebagainya)
5. *Measurement* (pengukuran atau inspeksi)
6. *Milieu / Mother Nature* (lingkungan)

Kategori 8P yang biasa digunakan dalam industri jasa:

1. *Product* (produk/jasa)
2. *Price* (harga)
3. *Place* (tempat)
4. *Promotion* (promosi atau hiburan)
5. *People* (orang)
6. *Process* (proses)
7. *Physical Evidence* (bukti fisik)
8. *Productivity & Quality* (produktivitas dan kualitas)

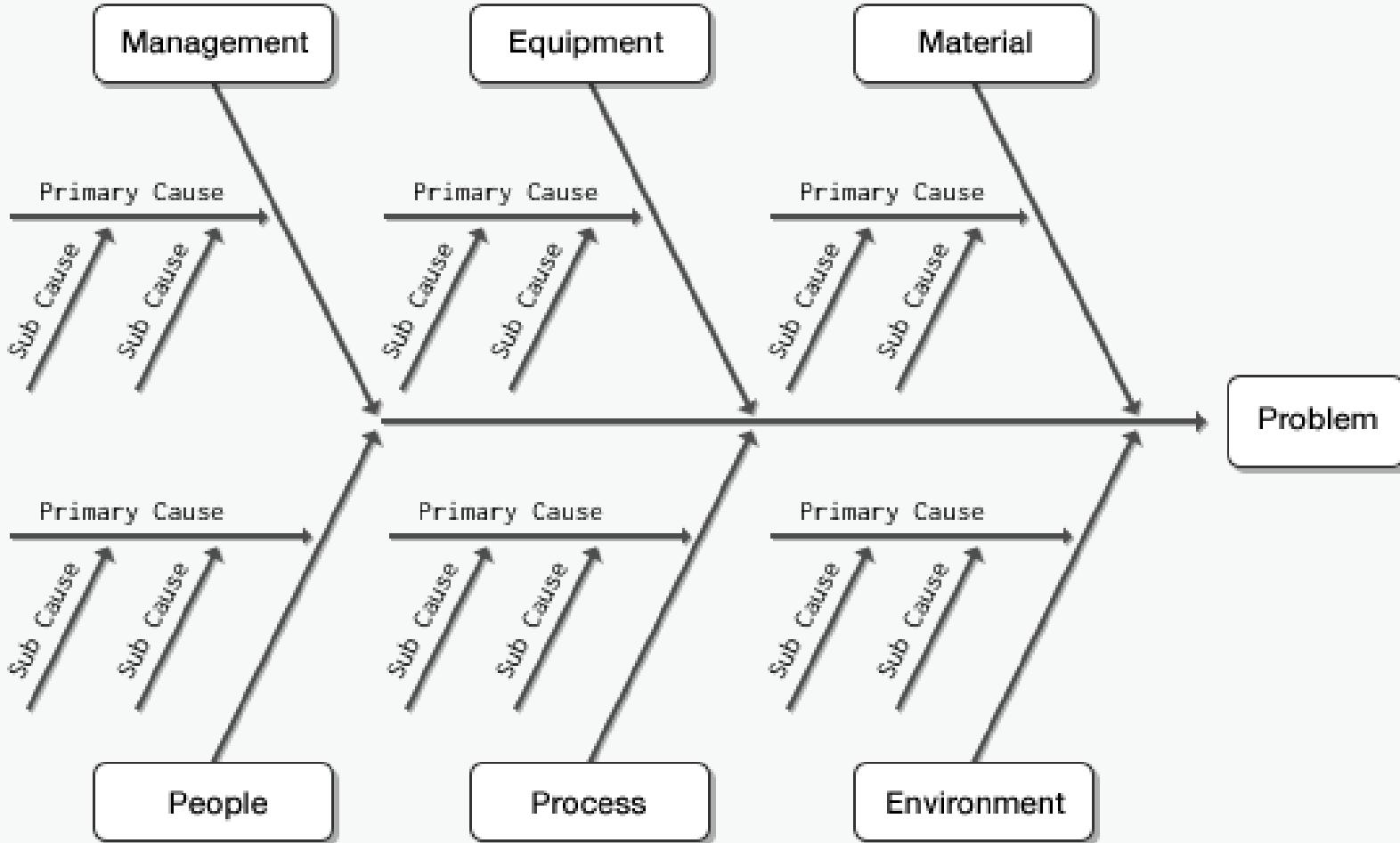
Kategori 5S yang biasa digunakan dalam industri jasa:

1. *Surroundings* (lingkungan)
2. *Suppliers* (pemasok)
3. *Systems* (sistem)
4. *Skills* (keterampilan)
5. *Safety* (keselamatan)

Teori H.L. Blum :

1. *Perilaku*
2. *Lingkungan*
3. *Pelayanan Kesehatan*
4. *Genetik*

## Fishbone Chart



AKIBAT (EFFECT)	FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB		
	SEBAB UTAMA	SEBAB LAPIS KEDUA	SEBAB LAPIS KETIGA
MASALAH (PROBLEM STATEMENT)	PERILAKU	PENDIDIKAN RENDAH	1
			2
			3
		TIDAK MENGGUNAKAN PENGAMAN	1
			2
			3
	LINGKUNGAN	PENDAPATAN KELUARGA	1
			2
			3
		PENGARUH TEMAN	1
			2
			3

TINGGINYA ANGKA  
HIV/AIDS

AKIBAT (EFFECT)	FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB			
	MASALAH (PROBLEM STATEMENT)	SEBAB UTAMA	SEBAB LAPIS KEDUA	SEBAB LAPIS KETIGA
TINGGINYA ANGKA HIV/AIDS	GENETIK ??	1	1	
			2	
		3		
	PELAYANAN KESEHATAN	2	1	
			2	
		3		
	KURANGNYA INFORMASI TENAGA KESEHATAN	3	1	
			2	
		3		
	PROSES TRANSFUSI	1	1	
			2	
		3		

# POHON MASALAH

Pengertian analisis pohon masalah:

1. Analisis pohon masalah merupakan suatu alat atau teknik atau pendekatan untuk mengidentifikasi dan menganalisis masalah
2. Analisis pohon masalah menggambarkan rangkaian hubungan sebab akibat dari beberapa faktor yang saling terkait.
3. Alat atau teknik analisis pohon masalah umumnya digunakan pada tahap perencanaan

Hindri Asmoko

Manfaat penggunaan analisis pohon masalah:

1. Membantu kelompok/tim kerja organisasi untuk merumuskan persoalan utama atau masalah prioritas organisasi
2. Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis secara rinci dalam mengeksplorasi penyebab munculnya persoalan dengan menggunakan metode five whys. Metode five whys adalah suatu metode menggali penyebab persoalan dengan cara bertanya “mengapa” sampai lima level atau tingkat.

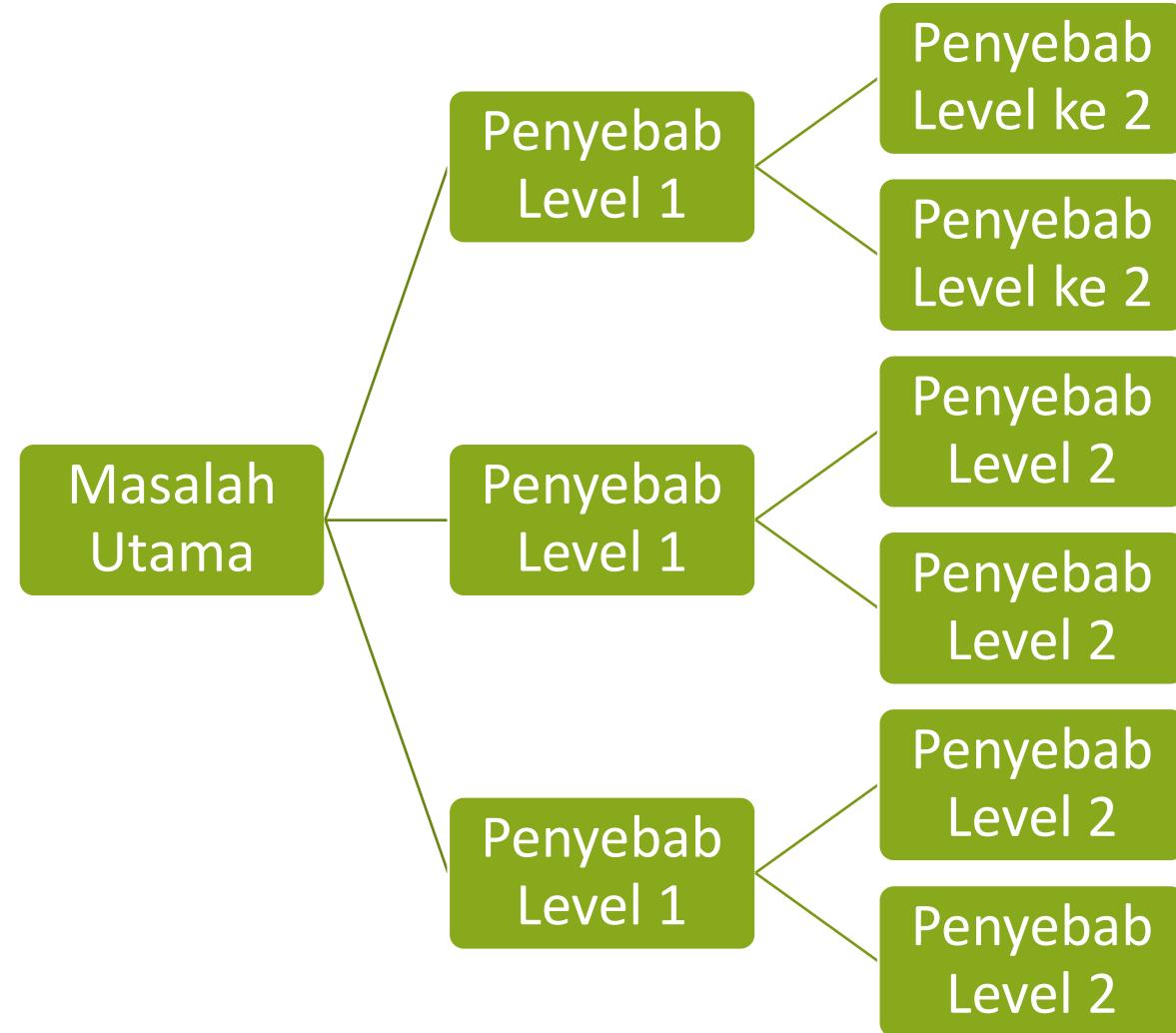
Manfaat penggunaan analisis pohon masalah:

3. Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis pengaruh persoalan utama terhadap kinerja/hasil/dampak bagi organisasi atau stakeholder lainnya.
4. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mengilustrasikan hubungan antara masalah utama, penyebab masalah, dan dampak dari masalah utama dalam suatu gambar atau grafik.
5. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mencari solusi atas persoalan utama yang ada

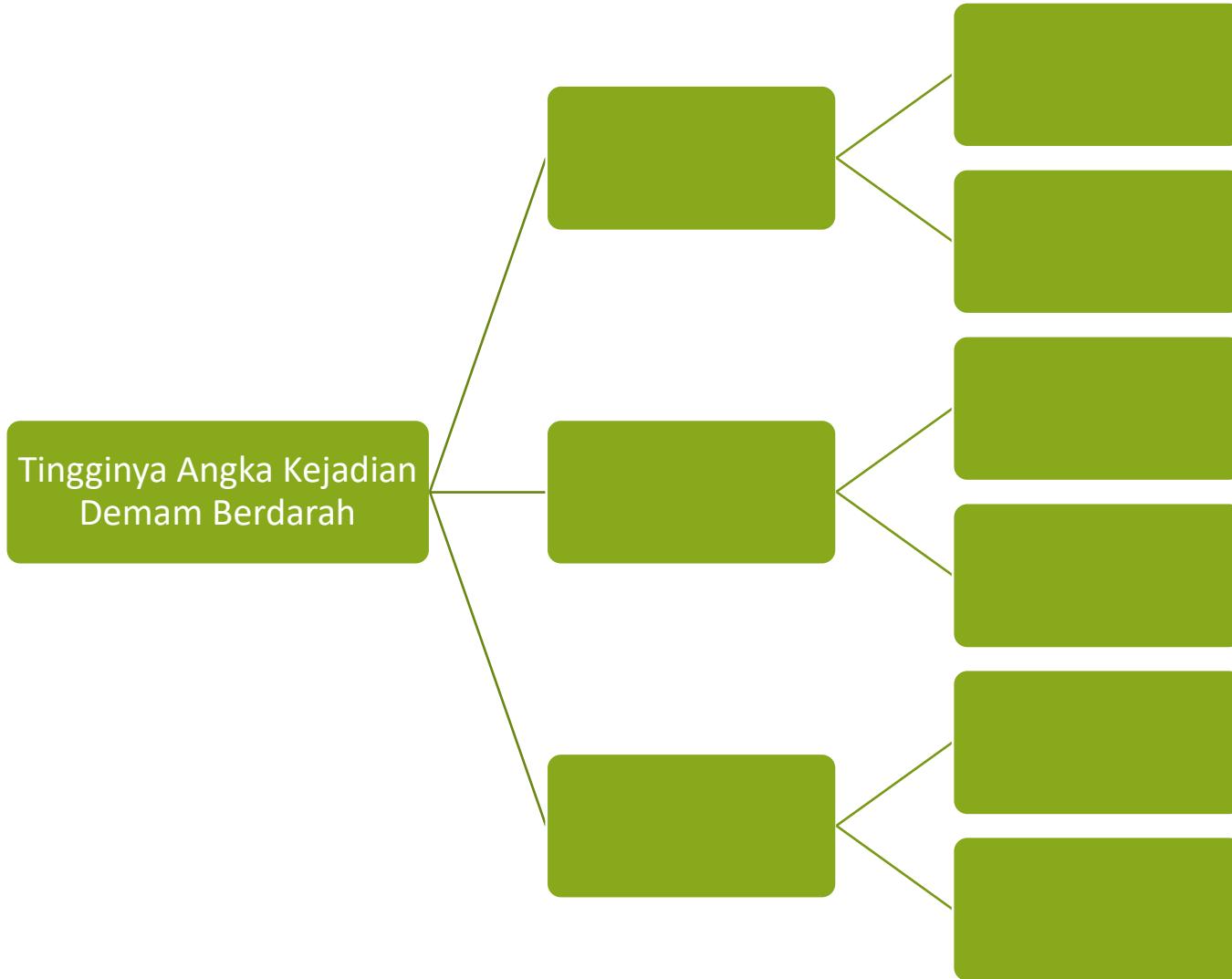
## Langkah-langkah dalam Penyusunan Pohon Masalah

Model pertama, pohon masalah dibuat dengan cara menempatkan masalah utama pada sebelah kiri dari gambar. Selanjutnya, penyebab munculnya persoalan tersebut ditempatkan pada sebelah kanannya (arah alur proses dari kiri ke kanan).

## Pohon Masalah Model 1



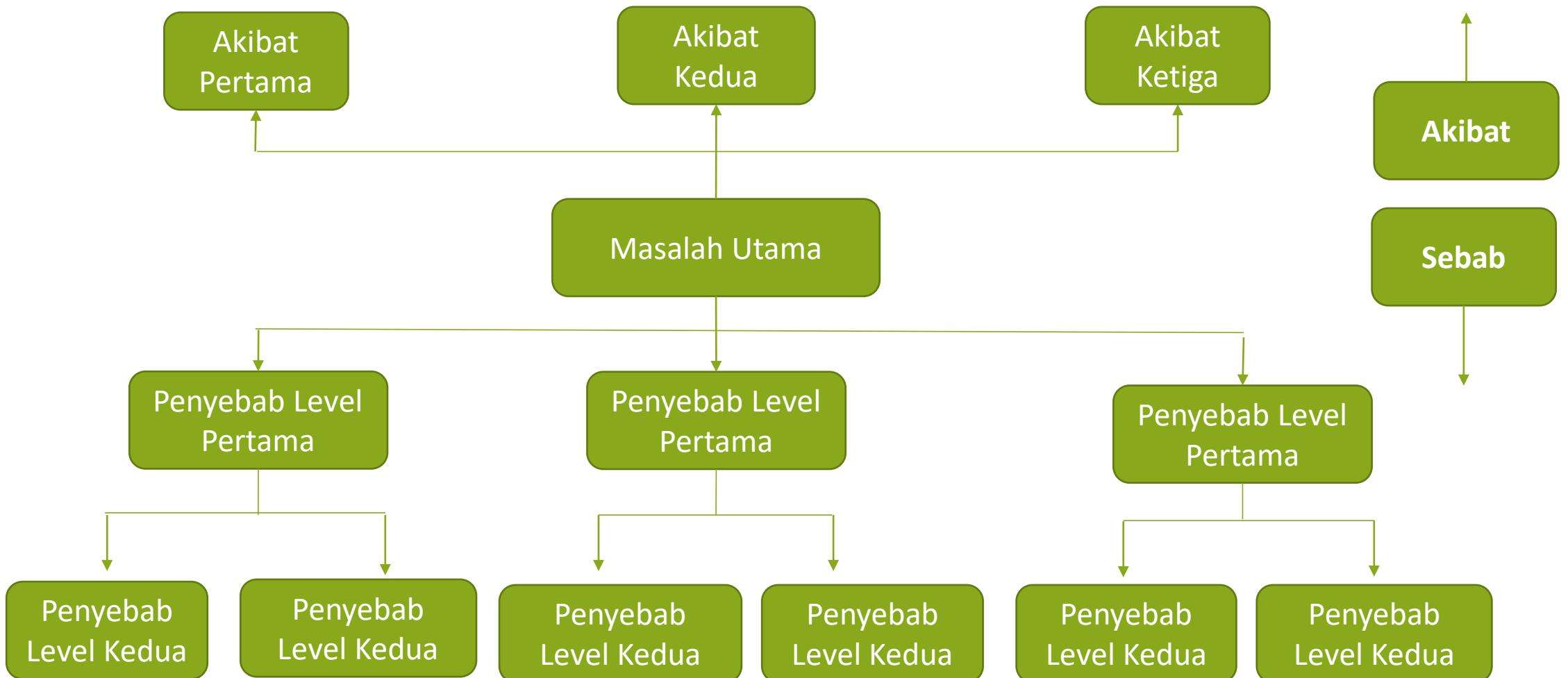
Contoh :



## Langkah-langkah dalam Penyusunan Pohon Masalah

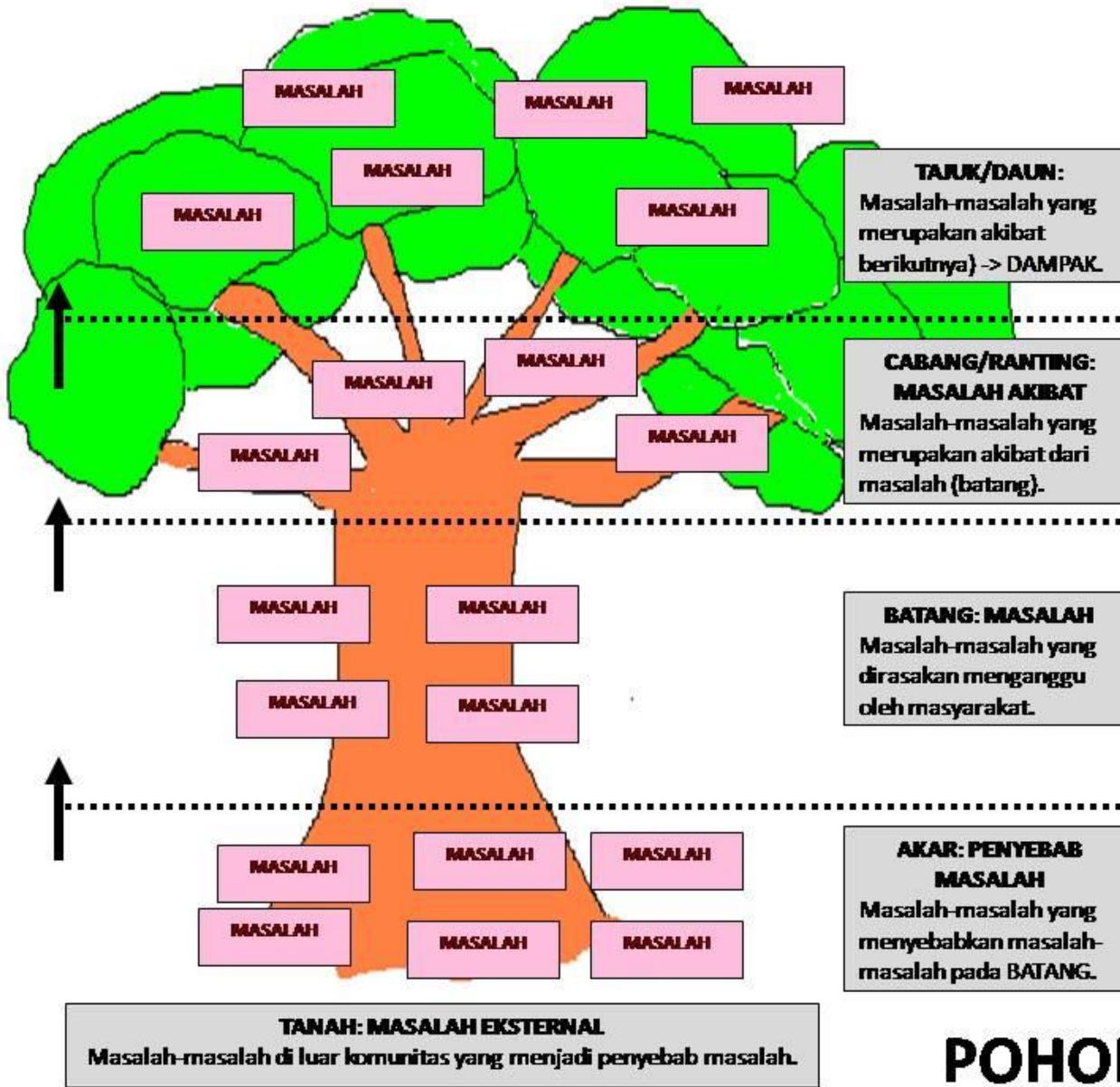
Model kedua, pohon masalah dibuat dengan cara menempatkan masalah utama pada titik sentral atau di tengah gambar. Selanjutnya, penyebab munculnya persoalan tersebut ditempatkan di bagian bawahnya (alur ke bawah) dan akibat dari masalah utama ditempatkan di bagian atasnya (alur ke atas)

## Pohon Masalah Model 2



## Langkah-langkah dalam Penyusunan Pohon Masalah Model 2

1. Mengidentifikasi dan merumuskan masalah utama organisasi berdasarkan hasil analisis atas informasi yang tersedia. Banyak cara yang dapat dilakukan untuk merumuskan masalah utama, misalnya dengan cara diskusi, curah pendapat dan lain-lain.
2. Menganalisis akibat atau pengaruh adanya masalah utama yang telah dirumuskan pada poin 1 di atas.
3. menganalisis penyebab munculnya masalah utama. Penyebab pada tahap ini dinamakan penyebab level pertama
4. Menganalisis lebih lanjut penyebab dari penyebab level pertama. Penyebab dari munculnya penyebab level pertama ini dinamakan penyebab level kedua.
5. Menganalisis lebih lanjut penyebab dari munculnya penyebab level kedua. Demikian seterusnya, analisis dapat dilakukan sampai dengan level kelima.
6. Langkah keenam adalah menyusun pohon masalah secara keseluruhan

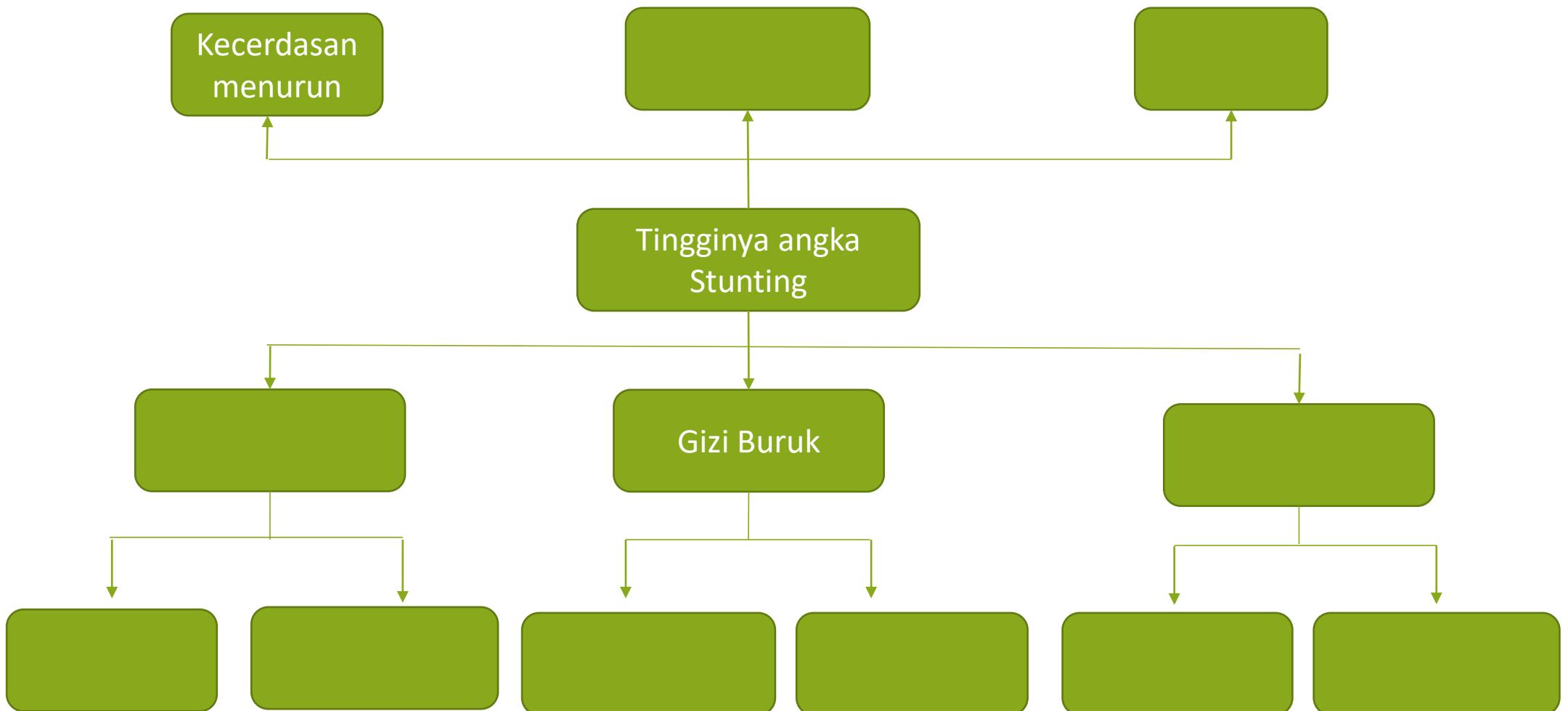


#### Teknik penyusunan:

- Letakan masalah INTI pada BATANG, yaitu masalah-masalah yang paling terasa dalam kehidupan di masyarakat kita. Taruhlah satu atau lebih masalah INTI, kemudian letakkan masalah akibat di sebelah atasnya, masalah penyebab di sebelah bawahnya. Begitu seterusnya sampai semua masalah menjadi hubungan sebab-akibat (searah tanda panah ke atas).
- Seluruh masalah kemudian dibagi ke dalam 4 bagian: AKAR (paling bawah), kemudian BATANG, kemudian CABANG/RANTING, dan terakhir TAJUK/DAUN.
- Berapa lapis sebab-akibat masalah yang muncul pada setiap bagian? Sepakati saja. Pohon masalah ini akan menjadi "pohon raksasa" apabila masalahnya banyak. Jadi, lebih baik dibuat per TEMA/ISU/TOPIK.

# POHON MASALAH

Contoh :



# KONSEP PEMECAHAN MASALAH

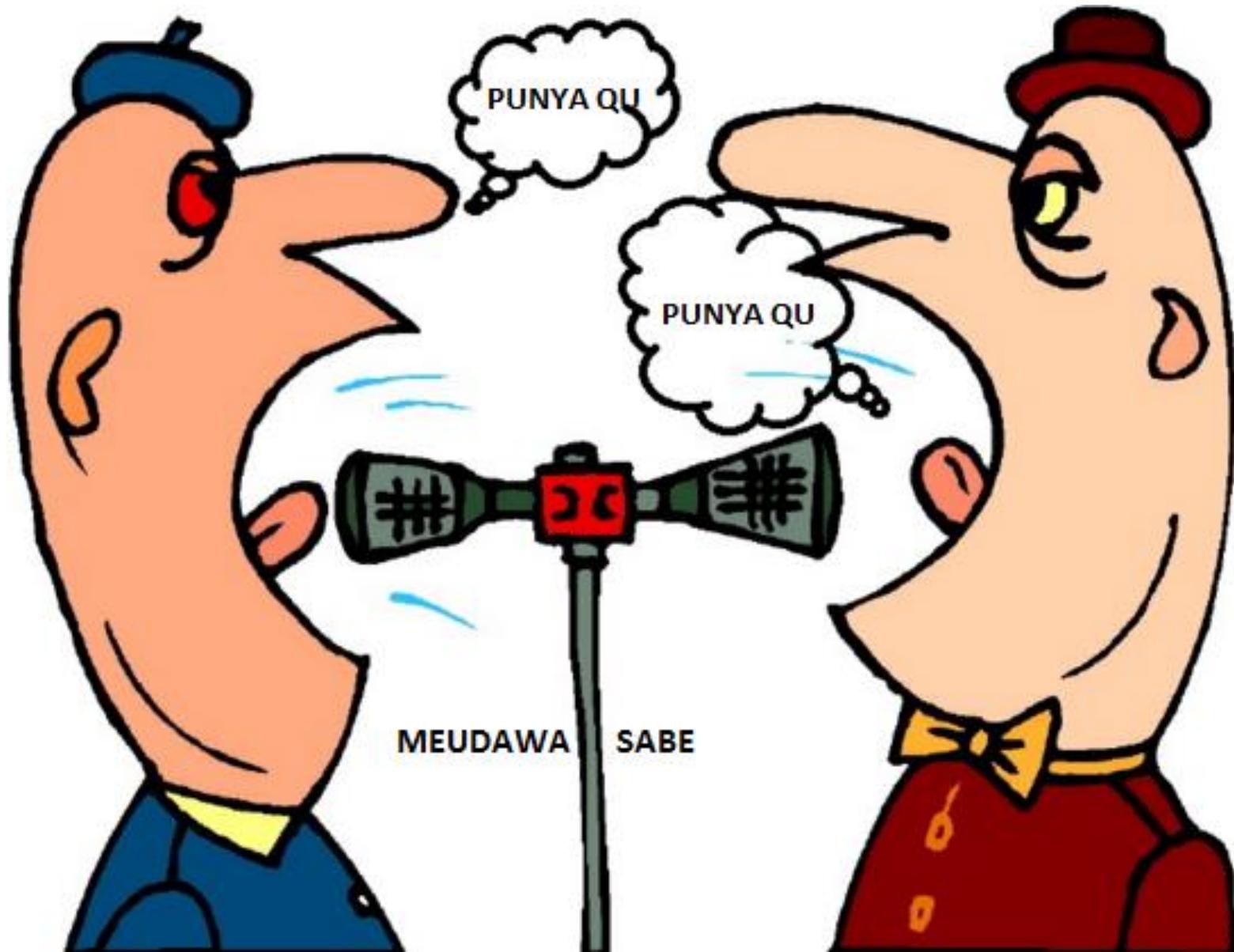
# MENGEMBANGKAN ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH

1. Menentukan berbagai penyebab masalah
2. Memeriksa kebenaran penyebab masalah
3. Mengubah penyebab masalah ke dalam bentuk kegiatan

# ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH

MASALAH	PENYEBAB MASALAH (BERMAKNA SECARA STATTISTIK)	ALTERNATIF
Tingginya angka kematian bayi karena tetanus	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Persalinan ditolong dukun bayi belum terlatih</li><li>2. Cakupan imunisasi ibu hamil terbatas</li><li>3. Pengetahuan ibu tentang tetanus rendah</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kursus dukun bayi</li><li>2. Meningkatkan cakupan ibu hamil</li><li>3. Penyuluhan kesehatan</li></ol>
Tingginya angka kematian ibu dan bayi	Pertolongan persalinan tidak tepat waktu	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bidan harus tinggal di lokasi yang dekat dengan pemukiman penduduk</li><li>2. Bidan diberi sarana transportasi</li><li>3. Masyarakat memberi bantuan transportasi kepada ibu hamil atau bidan</li></ol>

# MENENTUKAN PRIORITAS PEMECAHAN MASALAH



## MENENTUKAN PRIORITAS PEMECAHAN MASALAH

### Teknik Kriteria Matriks :

#### a. Efektifitas Alternatif Pemecahan Masalah

- Besarnya masalah yang dapat diselesaikan (*magnitude*) : hitunglah besar masalah yang dapat diatasi apabila jalan keluar tersebut dilaksanakan untuk setiap alternatif. Makin besar masalah dapat diatasi, makin tinggi prioritas jalan keluar tersebut.

## MENENTUKAN PRIORITAS PEMECAHAN MASALAH

- Pentingnya jalan keluar (*importancy*) : hitunglah pentingnya jalan keluar (*importancy*) dalam mengatasi masalah yang dihadapi untuk setiap alternatif
- Sensitivitas jalan keluar (*vulnerability*) → kecepatan jalan keluar mengatasi masalah. Hitunglah sensitivitas jalan keluar dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Makin cepat masalah teratasi, makin sensitif jalan keluar tersebut.

## MENENTUKAN PRIORITAS PEMECAHAN MASALAH

### b. Efisiensi Alternatif Pemecahan Masalah

Memberikan nilai 1 (paling tidak efisien) sampai dengan 5 (paling efisien). Nilai efisiensi dikaitkan dengan biaya (*cost*) yang diperlukan untuk melaksanakan jalan keluar. Makin besar biaya, makin tidak efisien.

## MENENTUKAN PRIORITAS PEMECAHAN MASALAH

Hitunglah nilai P (prioritas) untuk setiap alternatif pemecahan masalah, dengan membagi hasil perkalian nilai M x I x V dengan nilai C.

NO	Daftar Alternatif	Efektivitas			Efisiensi	$\frac{M \times I \times V}{C}$
		M	I	V		
1	A	4	3	2	3	8
2	B	3	2	4	4	6
3	C	5	4	5	2	30

# TUGAS PORTFOLIO

## TAHAP 3

1. Membuat fishbone/problem tree untuk mencari penyebab masalah dari masalah kesehatan prioritas 1
2. Membuat 5 (lima) alternative pemecahan masalah berdasarkan fishbone/problem tree yang telah dibuat
3. Menentukan prioritas pemecahan masalah berdasarkan kriteria teknik matriks yang terdapat pada ppt ini

وَلَا تَهْنُوا وَلَا تَحْزِنُو  
Do not lose hope,  
nor be sad.”

— Qur'an 3:139.



# **Prinsip Dasar Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)**

## **CPMK & SUB CPMK**

Mampu mendefinisikan, mengidentifikasi dan menjelaskan dasar manajemen sumber daya dalam perencanaan dan pengelolaan organisasi/layanan kesehatan  
(S1,S2,S6,S7,S11,S12,S13,P1)

Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip-prinsip dasar manajemen sumber daya manusia kesehatan dalam organisasi kesehatan (siklus MSDM, POAC SDM serta aspek-aspek khusus MSDM)

# Bahan Kajian

1. Peraturan tentang SDMK
2. Masalah SDMK di Indonesia
3. Manajemen SDMK
4. Prinsip MSDMK dalam Islam





“

*Sumber daya manusia  
terbaik adalah yang  
mencapai tujuan/cita-  
citranya dengan **ikhtiar**  
dan **doa***

1.

# PERATURAN TENTANG SDMK





## SDM Kesehatan

**Sumber Daya Manusia Kesehatan** adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya kesehatan dan manajemen kesehatan.

PERPRES NO 72 TAHUN 2012  
Tentang SISTEM KESEHATAN NASIONAL

## Tenaga Kesehatan

**Tenaga Kesehatan** adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

UNDANG-UNDANG NO 36 TAHUN 2014  
Tentang TENAGA KESEHATAN

## Asisten Tenaga Kesehatan

**Asisten Tenaga Kesehatan** adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga.

UNDANG-UNDANG NO 36 TAHUN 2014  
Tentang TENAGA KESEHATAN



## PROGRAM PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

SASARAN 2015 - 2019

Meningkatnya Ketersediaan dan Mutu  
Sumber Daya Manusia Kesehatan  
Sesuai dengan Standar Pelayanan  
Kesehatan



INDIKATOR



Jumlah Puskesmas  
yang memiliki minimal 5  
jenis tenaga kesehatan  
(preventif dan promotif)



Persentase RS Kab/Kota  
Kelas C Yang Memiliki  
4 Spesialis Dasar dan 3  
Penunjang



Jumlah SDM  
Kesehatan yang  
ditingkatkan  
kompetensinya

Target 2019 – 5.600 Puskesmas

Target 2019 – 5.600 Puskesmas

Target 2019 – 5.600 Puskesmas



Pendayagunaan Secara Khusus  
Tenaga Kesehatan Berbasis Tim  
Permenkes No 23 Th 2015



Wajib Kerja  
Dokter Spesialis  
Peraturan Presiden  
No 4 Th 2017



Wajib Kerja  
Dokter Spesialis  
Peraturan Presiden  
No 4 Th 2017



Wajib Kerja  
Dokter Spesialis  
Peraturan Presiden  
No 4 Th 2017



Pendayagunaan secara khusus  
Residen di RS  
Kelas C dan D



Pendayagunaan secara khusus  
Residen di RS  
Kelas C dan D



Pendayagunaan secara khusus  
Residen di RS  
Kelas C dan D



Pendayagunaan secara khusus  
Residen di RS  
Kelas C dan D

Perencanaan

Pengadaan

Pendayagunaan

Pembinaan & Pengawasan Mutu

SISTEM INFORMASI SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SISDMK)

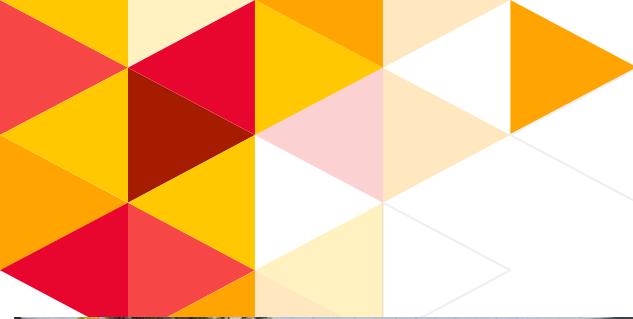


## UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 36 TAHUN 2014 TENTANG TENAGA KESEHATAN

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga

Kompetensi adalah kemampuan yang dimiliki seseorang Tenaga Kesehatan berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional untuk dapat menjalankan praktik





Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.





Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

1. tenaga medis;
2. tenaga psikologi klinis;
3. tenaga keperawatan;
4. tenaga kebidanan;
5. tenaga kefarmasian;
6. tenaga kesehatan masyarakat;
7. tenaga kesehatan lingkungan;
8. tenaga gizi;
9. tenaga keterapiam fisik;
10. tenaga keteknisian medis;
11. tenaga teknik biomedika;
12. tenaga kesehatan tradisional; dan
13. tenaga kesehatan lain.



Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.

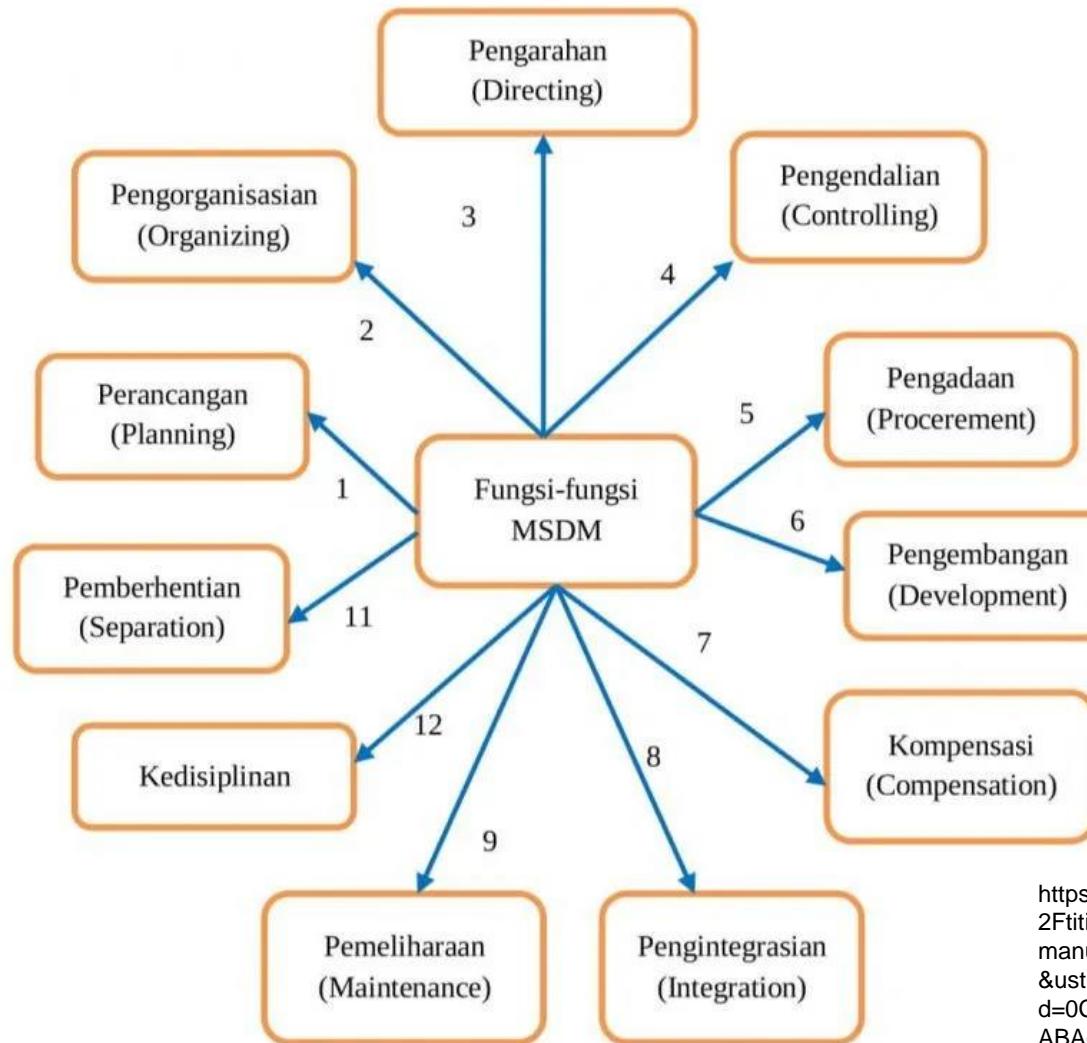
Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.



## 2. MANAJEMEN SDMK





[https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fitikdua.net%2Fmanajemen-sumber-daya-manusia%2F&psig=AOvVaw2o\\_vD3ifelKKSrf3qdYdLF&ust=1681298959152000&source=images&cd=vfe&ved=0CAQQjB1qFwoTCMDawfTcof4CFQAAAAAdAAAAABAg](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fitikdua.net%2Fmanajemen-sumber-daya-manusia%2F&psig=AOvVaw2o_vD3ifelKKSrf3qdYdLF&ust=1681298959152000&source=images&cd=vfe&ved=0CAQQjB1qFwoTCMDawfTcof4CFQAAAAAdAAAAABAg)

# Manfaat Manajemen SDM



1

Optimalisasi  
SDM yang  
dimiliki



2

Meningkatkan  
produktivitas  
karyawan



3

Target  
perusahaan  
tercapai



4

Meningkatkan  
kepuasan  
karyawan &  
pelanggan



5

Meningkatkan  
situasi kerja



# MASALAH TENAGA KESEHATAN DI INDONESIA ???

Jumlah tenaga kesehatan dari 9.669 puskesmas yang ada menunjukkan sebagian besar puskesmas (>90%) sudah tersedia dokter, perawat, dan bidan, **namun beberapa diantaranya masih minim atau tidak memiliki tenaga kesehatan pelaksana UKM ataupun UKP (>25%-60%) seperti dokter gigi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga kefarmasian dan apoteker, serta tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik** (Risnakes, 2017 dalam Bappenas, 2019).

**Distribusi** sumber daya manusia kesehatan di puskesmas khususnya di wilayah Indonesia bagian timur yang masih kekurangan ataupun tidak memilliki tenaga dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan

Kurangnya ketersediaan sumber daya manusia kesehatan yang **berkompeten dan berkualifikasi**

Berdasarkan UU Tenaga Kesehatan no 36/2014 Pasal 15:  
Menteri dalam menyusun **perencanaan Tenaga Kesehatan** harus  
memperhatikan faktor:

1. Jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Kesehatan;
2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
3. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
4. Kemampuan pembiayaan;
5. Kondisi geografis dan sosial budaya; dan
6. Kebutuhan masyarakat.



## **Terdapat faktor-faktor penting dalam manajemen sumber daya manusia kesehatan diantaranya:**

1. Perencanaan dan analisis sumber daya manusia, guna prediksi atau proyeksi ketersediaan dan tuntutan tenaga kesehatan di masa depan
    - Pendekatan Analisis Beban Kerja (ABK)
    - Standar ketenagaan minimal
    - Perhitungan data tenaga kesehatan disesuaikan dengan penduduk pada suatu wilayah
  2. Kesetaraan kesempatan kerja, berupa hukum dan peraturan atau SOP kerja yang jelas dapat mempengaruhi kegiatan dan manajemen sumber daya manusia
- 

- 
3. Pengangkatan pegawai, guna mengisi kekosongan jabatan atau pekerjaan yang memadai untuk diisi oleh pegawai yang berkualifikasi.
    - Perekutan internal berupa mutasi atau perpindahan melalui penawaran atau penempatan, promosi kenaikan jabatan, rekomendasi pekerja lama, dan lain sebagainya.
    - Perekutan eksternal yang dilakukan oleh pencari kerja.
  4. Pengembangan sumber daya manusia, baik sejak orientasi atau sosialisasi karyawan baru sampai menjadi pekerja senior melalui pelatihan atau diklat pekerja.
  5. Kompensasi dan tunjangan, berupa reward atas kinerja pekerjaan dengan memberikan upah atau gaji, insentif, dan tunjangan.
- 

- 
6. Kesehatan, keselamatan, dan keamanan sumber daya manusia, merupakan fokus yang perlu diperhatikan organisasi baik secara fisik ataupun psikis.
    - Fasilitas kerja yang lengkap untuk menunjang kerja pegawai,
    - Penilaian atau evaluasi prestasi kerja sebagai umpan balik terhadap kinerja pegawai berupa kelebihan, kekurangan, potensi, dan sebagainya, guna menentukan perencanaan kedepannya,
    - Perhatian lebih dari atasan agar meningkatkan dan mempertahankan semangat, sikap, stamina pekerja, serta loyalitas tenaga kesehatan terhadap organisasi
  7. Hubungan karyawan dan manajemen dilakukan secara efektif guna mencapai tujuan organisasi bersama
- 

**3.**

# **PRINSIP MSDM DALAM ISLAM**





**Islam telah meletakkan prinsip-prinsip humanistik dalam manajemen sumber daya manusia. Prinsip-prinsip tersebut adalah**

- 1.** Prinsip kompetensi
  - 2.** Prinsip keoptimalan dan kelebihan kompetensi
  - 3.** Prinsip kesesuaian kompetensi dengan kebutuhan.
  - 4.** Prinsip keterpercayaan
  - 5.** Prinsip kesesuaian kompetensi personal dengan penempatan
  - 6.** Prinsip tidak melebihi batas kemampuan dalam pembebaran kerja
  - 7.** Prinsip kewenangan dan tanggung jawab
  - 8.** Prinsip batasan kewenangan
  - 9.** Prinsip adanya reward dan kompensasi
- 



## **Prinsip kesesuaian kompetensi personal dengan penempatan**

Dalam sebuah hadits yang sangat populer nabi bersabda: yang artinya: Apabila diserahkan suatu urusan (tugas/pekerjaan) kepada orang yang bukan ahlinya, maka tunggulah saat (kegalauan/kehancuran) nya

## **Prinsip tidak melebihi batas kemampuan dalam pembebanan kerja**

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. ia mendapat pahala (dari kebijakan) yang diusahakannya dan ia mendapat siksa (dari kejahatan) yang dikerjakannya. (mereka berdoa): "Ya Tuhan Kami, janganlah Engkau hukum Kami jika Kami lupa atau Kami tersalah. Ya Tuhan Kami, janganlah Engkau bebankan kepada Kami beban yang berat sebagaimana Engkau bebankan kepada orang-orang sebelum kami. Ya Tuhan Kami, janganlah Engkau pikulkan kepada Kami apa yang tak sanggup Kami memikulnya. beri ma'aflah kami; ampunilah kami; dan rahmatilah kami. Engkaulah penolong Kami, Maka tolonglah Kami terhadap kaum yang kafir."(al-Baqarah 2: 286)





## **Prinsip kewenangan dan tanggung-jawab**

Prinsip kewenangan dan tanggung-jawab dalam manajemen Islam ini dapat kita pahami berdasarkan hadis nabi: yang artinya: Setiap kamu adalah pemimpin, dan setiap pemimpin akan dimintakan pertanggung-jawabannya

## **Prinsip batasan kewenangan**

Maka berilah peringatan, karena Sesungguhnya kamu hanyalah orang yang memberi peringatan. Kamu tidak memiliki kekuasaan atas diri mere (yang diberi peringatan(al-Ghasiyah: 088, ayat 21). Dalam ayat ini Allah jelas mengingat bahwa kewenangan Nabi Muhammad adalah hanya sebatas pemberi peringatan, beliau tidak diberi kekuasaan atas diri manusia.

## **Prinsip adanya penghargaan dan kompensasi**

Sesungguhnya mereka yang beriman dan beramal saleh, tentulah Kami tidak akan menyinggung pahala orang-orang yang mengerjakan amalan(nya) dengan yang baik. (31). mereka Itulah (orang-orang yang) bagi mereka surga 'Adn, mengalir sungai-sungai di bawahnya; dalam surga itu mereka dihiasi dengan gelang mas dan mereka memakai pakaian hijau dari sutera Halus dan sutera tebal, sedang mereka duduk sambil bersandar di atas dipan-dipan yang indah. Itulah pahala yang sebaik-baiknya, dan tempat istirahat yang indah; (Al-Kahfi ayat 17: 30-31)

**4.**

# **PERENCANAAN SDMK**





## **POTENSI & TANTANGAN: Ketersediaan dan Pemenuhan Tenaga Kesehatan**

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Salah satu pendekatan perencanaan SDM kesehatan adalah mengacu pada standar ketenagaan berdasarkan rasio tenaga terhadap jumlah penduduk.



## **POTENSI & TANTANGAN: Ketersediaan dan Pemenuhan Tenaga Kesehatan**

**2.**

Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang Standar Target Rasio Kebutuhan SDMK Tahun 2014, 2019, dan 2025

Proyeksi rasio kebutuhan SDMK untuk tahun 2025 untuk setiap 100.000 penduduk adalah:

- a.** 12 dokter spesialis,
- b.** 50 dokter umum;
- c.** 14 dokter gigi,
- d.** 200 perawat,
- e.** 130 bidan,
- f.** 21 perawat gigi,
- g.** 15 apoteker,
- h.** 30 asisten apoteker,
- i.** 18 SKM,
- j.** 20 sanitarian,
- k.** 12 ahli gizi,
- l.** 5 keterapian fisik,
- m.** 18 keterapian medis,
- n.** analis,
- o.** biomedis,
- p.** epidemiolog, dan
- q.** tenaga laboratorium



## **POTENSI & TANTANGAN: Ketersediaan dan Pemenuhan Tenaga Kesehatan**

- 3.** Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas

Perhitungan kebutuhan tenaga di puskesmas berdasarkan beban kerja.

(Rencana Strategis Kemenkes Tahun 2020 – 2024)



## **Pemenuhan SDM kesehatan**

- 1.** Ketersediaan jumlah dan jenis SDM Kesehatan,
- 2.** Pemerataan SDM Kesehatan,
- 3.** Kompetensi/kualitas SDM Kesehatan, dan
- 4.** Kinerja SDM Kesehatan.

(Rencana Aksi Program Badan PPSDM Kesehatan Tahun 2020-2024)



## **Permenkes no 43 tahun 2019 tentang Puskesmas**

- 1.** Selain dokter dan/atau dokter layanan primer, Puskesmas harus memiliki: a. dokter gigi; b. Tenaga Kesehatan lainnya; dan c. tenaga nonkesehatan.
  - 2.** Jenis Tenaga Kesehatan lainnya terdiri atas: a. perawat; b. bidan; c. tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku; d. tenaga sanitasi lingkungan; e. nutrisionis; f. tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian; dan g. ahli teknologi laboratorium medik.
  - 3.** Dalam kondisi tertentu, Puskesmas dapat menambah jenis tenaga kesehatan lainnya meliputi terapis gigi dan mulut, epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, perekam medis dan informasi kesehatan, dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan
- 



## Permenkes no 43 tahun 2019 tentang Puskesmas

Perhitungan kebutuhan ideal terhadap jumlah dan jenjang jabatan dokter dan/atau dokter layanan primer, dokter gigi, dan masing-masing jenis Tenaga Kesehatan lainnya serta tenaga nonkesehatan dilakukan melalui **analisis beban kerja** dengan mempertimbangkan:

- jumlah pelayanan yang diselenggarakan,
  - rasio terhadap jumlah penduduk dan persebarannya,
  - luas dan karakteristik wilayah kerja,
  - ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan
  - pembagian waktu kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- 



## Permenkes no 43 tahun 2019 tentang Puskesmas

Perhitungan kebutuhan ideal terhadap jumlah dan jenjang jabatan dokter dan/atau dokter layanan primer, dokter gigi, dan masing-masing jenis Tenaga Kesehatan lainnya serta tenaga nonkesehatan dilakukan melalui **analisis beban kerja** dengan mempertimbangkan:

- jumlah pelayanan yang diselenggarakan,
  - rasio terhadap jumlah penduduk dan persebarannya,
  - luas dan karakteristik wilayah kerja,
  - ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan
  - pembagian waktu kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- 

## Metode menghitung kebutuhan SDMK

Metode	Tujuan	Lingkup Penggunaan	Data Minimal Yang Diperlukan
<b>1. Metode berdasarkan Institusi</b>			
a. ABK Kes (Analisis Beban Kerja Kesehatan)	Merencanakan kebutuhan SDMK baik di tingkat manajerial maupun tingkat pelayanan, sesuai dengan beban kerja sehingga diperoleh informasi kebutuhan jumlah pegawai	Tingkat institusi, dan dapat dilakukan rekapitulasi di tingkat jenjang administrasi pemerintahan selanjutnya. Metode ini juga dapat digunakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan swasta	<ul style="list-style-type: none"><li>- SOTK</li><li>- Institusi/ Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li><li>- Jenis tugas dan Uraian pekerjaan per jabatan hasil analisis jabatan</li><li>- Hasil kerja/cakupan per jabatan</li><li>- Norma waktu</li><li>- Jam kerja efektif</li><li>- Waktu kerja tersedia</li><li>- Jumlah SDMK per jabatan</li></ul>
b. Standar Ketenagaan Minimal	Merencanakan kebutuhan SDMK untuk	Tingkat institusi, dan dapat dilakukan	<ul style="list-style-type: none"><li>- Jenis dan jumlah SDMK yang tersedia di</li></ul>

## Metode menghitung kebutuhan SDMK

b. Standar Ketenagaan Minimal	Merencanakan kebutuhan SDMK untuk	Tingkat institusi, dan dapat dilakukan	- Jenis dan jumlah SDMK yang tersedia di
	Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas) yang akan atau baru berdiri atau yang berada di daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, tertinggal dan tidak diminati	rekapitulasi di tingkat jenjang administrasi pemerintahan selanjutnya	Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang akan dihitung kebutuhan SDMK nya

2. Metode berdasar Wilayah			
Berdasarkan "Metode Rasio terhadap Penduduk"	Menghitung SDMK untuk memperoleh informasi proyeksi jumlah ketersediaan, kebutuhan, dan kapasitas produksi di suatu wilayah pada waktu tertentu. Menghasilkan peta proyeksi ketersediaan, kebutuhan, dan kapasitas produksi (potensi) SDMK antar wilayah pada waktu tertentu	Tingkat wilayah terutama di tingkat nasional dan tingkat provinsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah nilai tertentu (yg menjadi patokan rasio) di awal tahun proyeksi</li> <li>- Jumlah ketersediaan SDMK diawal tahun</li> <li>- % laju pertumbuhan nilai tertentu (yg menjadi patokan rasio)</li> <li>- % pegawai pengangkatan baru dan pindah masuk,</li> <li>- % pegawai yg keluar (pensiun, pindah keluar, meninggal, tidak mampu bekerja karena sakit/cacat, dan yg mengundurkan diri atau dipecat</li> <li>- Target rasio SDMK terhadap nilai tertentu (2014, 2019, 2025)</li> </ul>

## Metode menghitung kebutuhan SDMK

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan



## References:

- ◀ Kementerian Kesehatan RI. Badan Pengembangan s Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Sumber Daya Manusia SDMK membangun Generasi Indonesia Sehat.— Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2019
  - ◀ Musyaddad, Kholid. "Prinsip Prinsip Manajemen Sumber Daya Manusia Dalam Perspektif Islam." *Al-Fikrah: Jurnal Kependidikan Islam IAIN Sultan Thaha Saifuddin*, vol. 5, 2014.
  - ◀ Febrianti, I. 2022. Analisis Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia (Analysis of Health Human Resources Management on The Quality of Health Services In Indonesia). Doi. 10.13140/RG.2.2.23742.82242
  - ◀ Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Rencana Strategis Kemenkes Tahun 2020 – 2024
  - ◀ Rencana Aksi Program Badan PPSDM Kesehatan Tahun 2020-2024)
- 



# Thanks!

Want big impact?  
**Use big image.**



# **PERUMUSAN TUJUAN**

# CPMK

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep tujuan pemecahan masalah kesehatan

- Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dengan latihan menyusun perencanaan program kesehatan dengan salah satu contoh/program kegiatan kesehatan (misal KIA, P2M, dsb) (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)

# Bahan Kajian

- Pengertian perumusan tujuan
- Penyusunan tujuan umum dan tujuan khusus

QS-Al Hujurat:13

PRESENTASI KELOMPOK  
TAHAP 3



# Pengertian

Nuraida I (2012)

Adalah sasaran akhir/arah aktivitas organisasi atau perusahaan yang ingin dicapai.

Abubakar A. & Wibowo (2003)

Adalah hasil akhir yang dicari organisasi melalui eksistensi dan operasinya

# Pengertian

Suprapto (2009)

Realisasi dari misi yang spesifik dan dapat dilakukan dalam jangka pendek

Suhadi

Segala sesuatu yang dibutuhkan dan diinginkan seseorang/organisasi di masa depan, baik berupa tujuan spiritual, ekonomi, sosial, politik, dll. Dalam pencapaian tujuan memerlukan pengorbanan yang dinamakan usaha.

# Langkah penetapan tujuan

1. Mengkonstruksi konseptual tujuan melalui proses logis termasuk mendialogkan dengan teman sejawat
2. Menyusun tujuan umum sebagai kerangka makro yang merangkum keseluruhan kehendak yang ingin dicapai
3. Menguraikan pilar tujuan umum ke dalam kerangka mikro tujuan khusus agar tergambar spesifikasi tiap item tujuan
4. Menjabarkan solusi dalam bentuk tujuan program

# Macam Tujuan

## Tujuan Umum

- Tujuan makro/global atau tujuan lengkap
- Mencakup seluruh cita-cita yang ingin dicapai
- Contoh : “Health for all”

# Macam Tujuan

## Tujuan Khusus

- Tujuan lokal/mikro atau tujuan spesifik
- Segmentasi dari tujuan umum
- Contoh : - penurunan angka kematian balita, penurunan angka kesakitan TBC, peningkatan penyuluhan KB, dsb

# Berdasarkan Waktu

1. Jangka Panjang : tujuan yang akan dicapai dalam waktu  $> 5$  tahun
2. Jangka Pendek : tujuan yang akan dicapai dalam waktu  $< 5$  tahun

# Berdasarkan Sasaran Program

1. Tujuan sasaran perorangan: tujuan yang akan dicapai hanya ditujukan pada sasaran perorangan. Misal : pelayanan klinik dokter
2. Tujuan sasaran kelompok/masyarakat : tujuan yang akan dicapai ditujukan pada masyarakat secara umum. Misal : penyuluhan kesehatan

# Berdasarkan Program

1. Tujuan program promotif
2. Tujuan program preventif
3. Tujuan program kuratif
4. Tujuan program rehabilitatif

# Berdasarkan Sumber Daya

1. Tujuan sumber daya manusia : tujuan yang akan dicapai hanya ditujukan pada sasaran kualitas dan kuantitas sdm. Misal : ketersedian tenaga medis yang cukup
2. Tujuan sumber daya biaya : ditujukan pada sasaran ketersediaan dana yang cukup bagi pelayanan kesehatan. Misal : proporsi dana 70 % promotif-preventif, 30 % kuratif-rehabilitatif
3. Tujuan sumber daya materiil : ditujukan pada sasaran ketersediaan sumber daya material untuk mendukung program kesehatan. Misal : ketersediaan obat-obatan dan peralatan kesehatan yang cukup

# Ciri Tujuan

1. Mencakup masalah derajat kesehatan
2. Meliputi masalah yang ada kaitannya dengan determinan kesehatan
3. Menjadi kebutuhan dan keinginan masyarakat
4. Didukung oleh sumber daya yang tersedia
5. Mendapat dukungan masyarakat

# Ciri Tujuan

6. Menjadi isu di masa datang
7. Telah diantisipasi sebelumnya
8. Didasarkan pada informasi yang memadai
9. Bersifat realistik

# Tujuan yang baik

1. Berorientasi masa depan
2. Menjawab persoalan yang terjadi
3. Bersifat rasional
4. Mendapat dukungan dan sumber daya masyarakat
5. Mampu memprediksi masa depan
6. Berlandaskan informasi yang memadai
7. Sistematis, jelas, spesifik, memiliki indikator dan dapat diukur hasilnya.

# Hirarki Tujuan

## 1. Tujuan Umum

- Suatu pernyataan tentang kehidupan masyarakat yang lebih tinggi yang diharapkan di masa datang.
- Bersifat abstrak
- Bersifat jangka panjang
- Ukuran tidak jelas

# Hirarki Tujuan

## 2. Sasaran/Tujuan Khusus/*Objective*

- Tujuan yang dinyatakan secara spesifik : jelas ukurannya, jelas waktunya, jelas lokasinya dan target masyarakatnya
- Jumlah output yang akan diproduksi dari suatu program
- Contoh : berdirinya posyandu di seluruh desa di kabupaten X pada tahun 2007

# Hirarki Tujuan

3. Tujuan Pelaksana (*implementing objective*)
  - Menggambarkan keadaan pelaksana kegiatan program di masa datang
  - Hirarki sepadan dengan proses
  - Contoh : terlaksananya 10 x penyuluhan kesehatan tentang ASI bagi ibu-ibu di kecamatan X pada tahun 2008

# Hirarki Tujuan

## 3. Tujuan Sumber Daya (*resources goals*)

- Terlaksananya berbagai sumber daya untuk melaksanakan upaya kesehatan

# Prinsip Dasar Penetapan Tujuan

## 1. Rinci dan Jelas

- Objek : aspek target populasi
- Periode : aspek waktu
- Lokasi : aspek geografis

# Prinsip Dasar Penetapan Tujuan

## 2. Spesifik

- Sebaiknya satu tujuan hanya satu kontak masalah atau sasaran
- Bila lebih dari satu, diuraikan masing-masing

# Prinsip Dasar Penetapan Tujuan

## 3. Terukur

- Bersifat kuantitatif
- Dapat diukur

SALAH	BENAR
1. Meningkatkan status kesehatan Ibu pada tahun 2020	Menurunkan angka kematian Ibu melahirkan pada tahun 2020 sebesar $2/1.000$ kelahiran
2. Meningkatkan pemberian ASI pada bayi sampai umur 2 tahun	Pada akhir tahun 2020, 60 % bayi mendapatkan ASI penuh sampai umur 2 tahun

# Manfaat Tujuan

1. Menjadi arah penetapan dan pelaksanaan program kesehatan
2. Memudahkan pemilihan pemecahan masalah
3. Memudahkan pemilihan dan penetapan sumber daya yang akan diambil dalam program kesehatan

# Manfaat Tujuan

5. Memudahkan penetapan fungsi pemanfaatan sumber daya kesehatan
6. Memudahkan pengorganisasian pekerjaan
7. Memudahkan penetapan fungsi pekerja
8. Memudahkan kontrol dan pengawasan program

# Manfaat Tujuan

9. Memudahkan penetapan waktu pelaksanaan dan program evaluasi hasil
10. Memudahkan penetapan sasaran program
11. Memudahkan estimasi penggunaan sumber daya
12. Memudahkan pelaksanaan umpan balik program

# Manfaat Tujuan

9. Memudahkan penetapan waktu pelaksanaan dan program evaluasi hasil
10. Memudahkan penetapan sasaran program
11. Memudahkan estimasi penggunaan sumber daya
12. Memudahkan pelaksanaan umpan balik program

# Menetapkan Tujuan Umum

- Tujuan masih bersifat umum dan umumnya masih bersifat abstrak.
- Keadaan yang akan dicapai di masa yang akan datang yang dinyatakan secara kualitatif.
- Misalnya tujuan program penimbangan balita adalah membaiknya kesehatan balita.

# Menetapkan Tujuan Umum

- Dalam hierarki hubungan *input*, proses, *output*, *outcome* dan *impact*, tujuan umum lebih mengacu pada “*outcome*” dan bukan pada “*output*”.
- Contoh : *output* program penimbangan balita adalah ditemukannya balita gizi kurang dan pemberian PMT pemulihan kepada balita tersebut. Sedangkan *outcome*-nya adalah meningkatnya kesehatan balita.
- Seringkali rumusan tujuan umum juga tidak disebutkan kapan tujuan tersebut akan dicapai

# Menetapkan Tujuan Khusus

- Penjabaran tujuan umum.
- Tujuan umum yang ditetapkan akan tercapai, apabila tujuan-tujuan khususnya tercapai.
- Tujuan khusus lebih spesifik dari tujuan umum, yaitu keadaan yang akan dicapai dimasa yang akan datang yang jelas ukurannya, jelas waktu untuk mencapainya, jelas siapa sasarannya, dan jelas pula lokasinya.
- Sebaiknya dinyatakan secara kuantitatif, misalnya menyebutkan bilangan absolut atau persentase, dan
- Masuk akal (*reasonable*), yaitu tujuan layak untuk dilaksanakan dan bisa dicapai.

# Menetapkan Tujuan Khusus

- Biasanya disetarakan dengan *output* (hasil segera dari sebuah program) atau kadang-kadang disetarakan dengan *effect*, yaitu “dampak antara” suatu program.
- Contoh, jumlah balita yang diimunisasi adalah *output*, sedangkan kekebalan yang timbul dalam tubuh balita tersebut disebut *effect*. Kemudian, menurunnya angka kematian balita disebut *outcome*

# SMART

*Specific  
Measurable  
Achievable  
Realistic  
Time-based*

1. *Spesific*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan secara khusus, jelas sasarannya dan mudah dipahami oleh staf Puskesmas dan juga *Simple*, yaitu tujuan dan target sederhana dalam pelaksanaan dan pencapaiannya.
2. *Measurable*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan harus dapat diukur dan jelas ukurannya serta dapat diukur kemajuannya.
3. *Attainable*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan dapat dicapai. *Attributable*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan harus bermanfaat. *Appropriate*, yaitu sesuai dengan Rencana Strategik nasional, regional, daerah, dan Puskesmas.
4. *Reasonable*, yaitu tujuan dan target layak untuk dilaksanakan atau *Realistic*, yaitu dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas Puskesmas dan
5. *Timely*, yaitu tujuan dan target tepat waktu, artinya dalam perencanaan memperhitungkan ketepatan waktu atau *Time bound*, artinya sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan (Nasution, 2004)

# Contoh

- Meningkatkan cakupan pemeriksaan ibu hamil keempat (K-4) di Puskesmas dari 85 % pada tahun 2008 menjadi 90 % pada tahun 2009,
- Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dari 80 % pada tahun 2008 menjadi 85 % pada tahun 2009,
- Meningkatkan cakupan penemuan penderita TB di Puskesmas dari 65 % pada tahun 2008 menjadi 70 % pada tahun 2009,
- Meningkatkan angka kesembuhan TB di Puskesmas dari 80 % pada tahun 2008 menjadi 85 % pada tahun 2009.

# Penetapan Sasaran Program

Dibagi 2 kelompok :

1. Sasaran populasi, yaitu kelompok penduduk yang akan dilayani dan perlu ditentukan secara kuantitatif,
2. Sasaran pencapaian program, yaitu tingkat kegiatan yang ingin dicapai dalam kurun waktu tertentu

# Penetapan Sasaran Program

- Contoh sasaran populasi : bayi, anak balita, ibu hamil, penderita tuberkulosa, dan lain-lain.
- Sesuai dengan kebutuhan Puskesmas yang bersangkutan serta peringkat masalah yang ingin ditanggulangi, sasaran populasi dapat diperluas dengan menambahkan sasaran lain.
- Sasaran hasil yang dikuantifikasikan baik dalam bentuk % ataupun angka absolut.
- Contoh kuantifikasi sasaran pencapaian program adalah tercapainya Desa/Kelurahan *universal child immunization* (UCI) 100 %.

# **Tugas kelompok portfolio tahap 4**

Berdasarkan tugas minggu lalu :  
Susunlah tujuan umum dan tujuan khusus, sasaran dan target dari prioritas pemecahan masalah terpilih.

Thank you

Thank you

# PERENCANAAN & PENGANGGARAN KESEHATAN

UHAMKA, 2023



# CPMK & SUB CPMK

CPMK

Mahasiswa mampu menentukan kebutuhan sumber daya untuk perencanaan program kesehatan (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)

SUB CPMK

Mahasiswa mampu menelaah kebutuhan dana/anggaran untuk perencanaan program kesehatan dan menghitung kebutuhan anggaran berdasar standar tertentu (antara lain standar pelayanan minimal) (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)

# BAHAN KAJIAN

1

Analisis kebutuhan dana/anggaran untuk perencanaan program kesehatan

2

Standar Pelayanan Minimal

# Definisi Istilah



# Perencanaan & Penganggaran

Perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia

Penganggaran adalah suatu rencana yang disusun secara sistematis untuk mengalokasikan sumber daya dan dijabarkan dalam bentuk angka dan dinyatakan dalam unit moneter yang meliputi seluruh kegiatan satuan kerja untuk jangka waktu tertentu di masa yang akan datang



# Dekonsentrasi & DAK

Dekonsentrasi adalah pelimpahan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat kepada gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat, kepada instansi vertikal di wilayah tertentu, dan/atau kepada gubernur dan bupati/wali kota sebagai penanggung jawab urusan pemerintahan umum

Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan dana yang bersumber dari Pendapatan APBN, yang dialokasikan kepada daerah tertentu untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional



**Rencana Kerja Pemerintah (RKP)** adalah dokumen perencanaan pembangunan nasional untuk periode 1 (satu) tahun yang dimulai pada tanggal 1 Januari dan berakhir pada tanggal 31 Desember.

**Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (Renja-K/L)** adalah dokumen perencanaan kementerian/lembaga untuk periode 1 (satu) tahun.

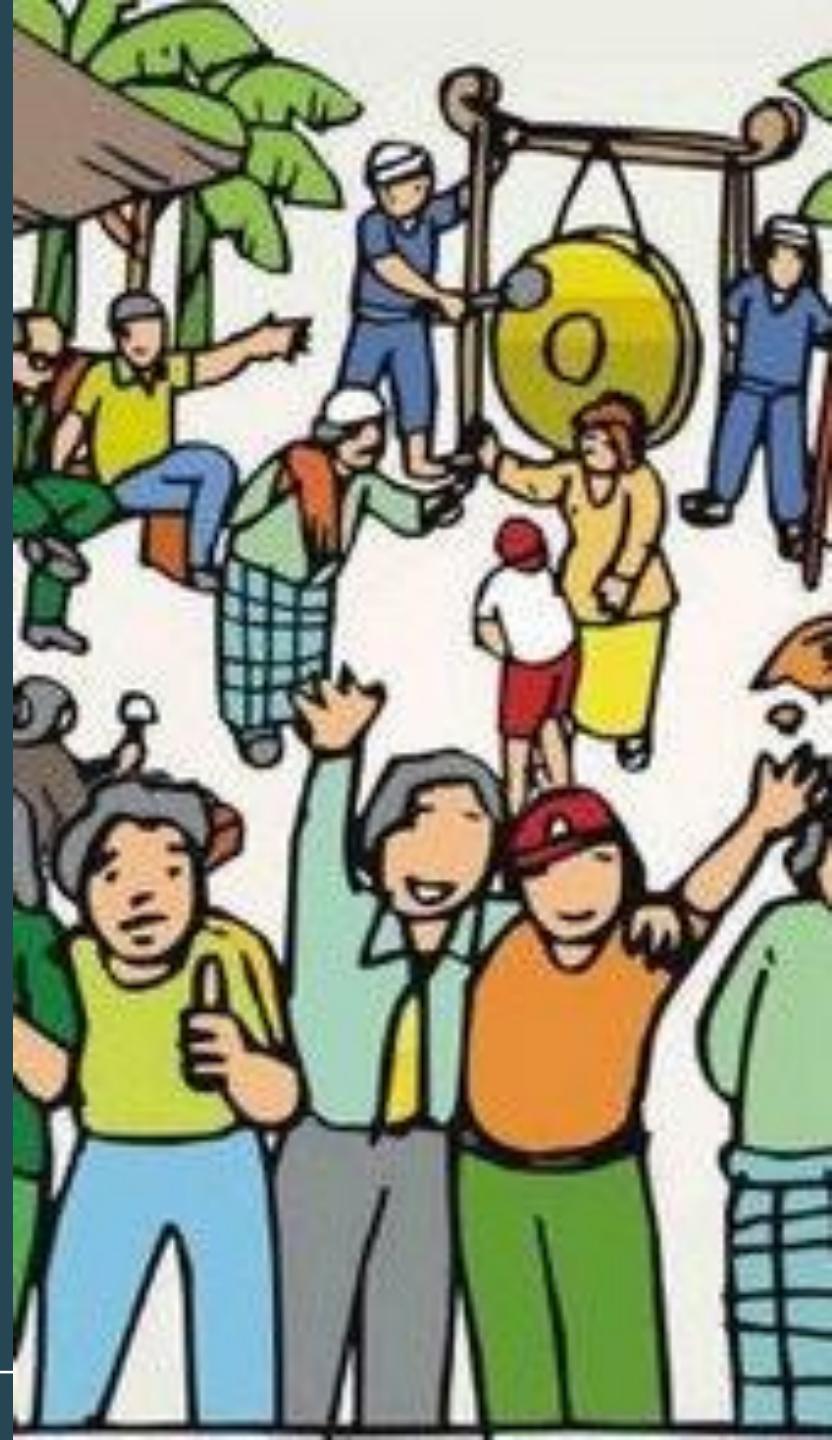
**Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-K/L)** adalah dokumen rencana keuangan tahunan kementerian/lembaga yang disusun menurut bagian anggaran kementerian/lembaga



**Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM)** adalah dokumen perencanaan untuk periode 5 (lima) tahun.

**Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP)** adalah dokumen perencanaan untuk periode 20 (dua puluh) tahun.

**Standar Pelayanan Minimal** adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.



# Pendekatan Perencanaan Anggaran

## 1. POLITIK

Pendekatan politik memandang bahwa pemilihan Presiden/Kepala Daerah adalah proses penyusunan rencana, karena rakyat pemilih menentukan pilihannya berdasarkan program-program pembangunan yang ditawarkan masing-masing calon Presiden/Kepala Daerah.

# Pendekatan Perencanaan Anggaran

## 2. TEKNOKRATIK

Perencanaan dengan pendekatan teknokratik dilaksanakan dengan menggunakan metode dan kerangka berpikir ilmiah dengan melibatkan pengamat profesional, baik akademisi dari perguruan tinggi, pejabat pemerintah maupun non pemerintah, atau para ahli serta menggunakan hasil penelitian dan pengembangan, baik hasil riset evaluatif dan riset pengembangan.

# Pendekatan Perencanaan Anggaran

## 3. PARTISIPATIF

Pemikiran perencanaan partisipatif diawali dari kesadaran bahwa kinerja pembangunan sangat ditentukan oleh semua pihak yang terkait dengan prakarsa tersebut. Perencanaan dengan pendekatan partisipatif dilaksanakan dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan (stakeholders) terhadap pembangunan.

Pimpinan organisasi atau K/L melibatkan organisasi profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan lintas sektor dalam perencanaan pembangunan

# Pendekatan Perencanaan Anggaran

## 4. ATAS BAWAH-TOP DOWN

Perencanaan atas-bawah (top-down) yang dilakukan oleh lembaga pemerintahan sebagai pemberi gagasan awal serta pemerintah berperan lebih dominan dalam mengatur jalannya program yang berawal dari perencanaan hingga proses evaluasi, dimana peran masyarakat tidak begitu berpengaruh.

Perencanaan jenis ini adalah perencanaan yang mengacu pada undang-undang yang berlaku, RPJP Bidang Kesehatan, RPJMN, Renstra K/L, hasil sidang kabinet serta direktif Presiden

# Pendekatan Perencanaan Anggaran

## 5. BAWAH-ATAS (BOTTOM-UP)

Perencanaan yang dilakukan dimana masyarakat lebih berperan dalam hal pemberian gagasan awal sampai dengan mengevaluasi program yang telah dilaksanakan sedangkan pemerintah hanya sebagai fasilitator dalam suatu jalannya program.

# Tujuan Penganggaran

1. Penyediaan pemberian kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
2. Prinsip Penganggaran: kecukupan, menyeluruh, berkesinambungan, berhasil guna, berdaya guna, menjamin pemerataan, berkeadilan dan transparan serta akuntabel

# Sistem perencanaan dan penganggaran

## 1. Penganggaran terpadu:

- dilakukan secara terintegrasi untuk seluruh jenis belanja
- mengintegrasikan seluruh proses perencanaan dan penganggaran di lingkungan Kementerian/Lembaga (K/L)
- klasifikasi anggaran menurut organisasi, fungsi, dan jenis belanja
- memperhatikan berbagai sumber dana yaitu APBN, termasuk PNBP dan P/HLN, serta APBD

# Sistem perencanaan dan penganggaran

2. Penganggaran berbasis kinerja:
  - Menunjukkan secara jelas keterkaitan antara alokasi anggaran dengan kinerja yang dihasilkan, serta memperhatikan efisiensi dalam pencapaian kinerja
  - Kinerja yang dimaksud adalah prestasi kerja yang berupa keluaran dari kegiatan atau hasil dari program dengan kualitas dan kuantitas yang terukur
2. Kerangka pengeluaran jangka menengah (KPJM).

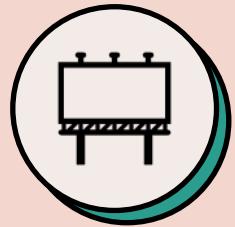
# Sistem perencanaan dan penganggaran

3. Kerangka pengeluaran jangka menengah (KPJM).
  - Penyusunan anggaran berdasarkan kebijakan dengan pengambilan keputusan yang menimbulkan implikasi anggaran dalam kurun waktu lebih dari satu tahun anggaran.

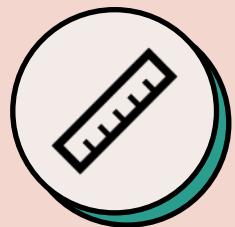
# Alokasi & Pemanfaatan



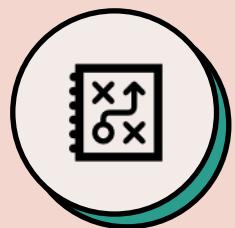
Alokasi anggaran kesehatan di tingkat nasional minimal sebesar 5% APBN diluar gaji



di tingkat provinsi, kabupaten/kota minimal sebesar 10% dari APBD diluar gaji



Besaran 5% dan 10% tersebut mencakup alokasi untuk sektor kesehatan dan sektor-sektor lain yang melaksanakan upaya kesehatan

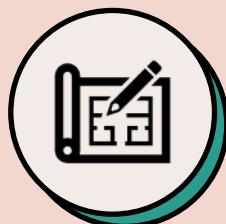


2/3 Anggaran Kesehatan dari APBN & APBD diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik anggaran kesehatan

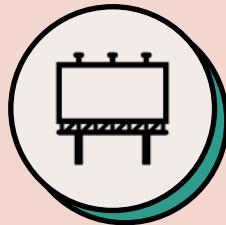


Pelayanan public: UKM & UKP yaitu pelayanan promotif, pelayanan preventif, pelayanan kuratif, dan pelayanan rehabilitatif

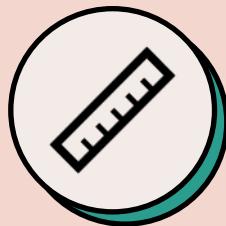
# Anggaran untuk UKM



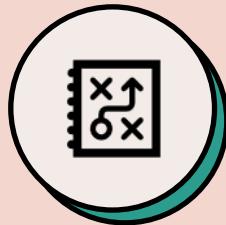
Pelaksanaan pembangunan kesehatan dengan pedekatan keluarga



Gerakan Masyarakat



Implementasi SPM



Pencapaian SDG's



Program UKM lainnya.

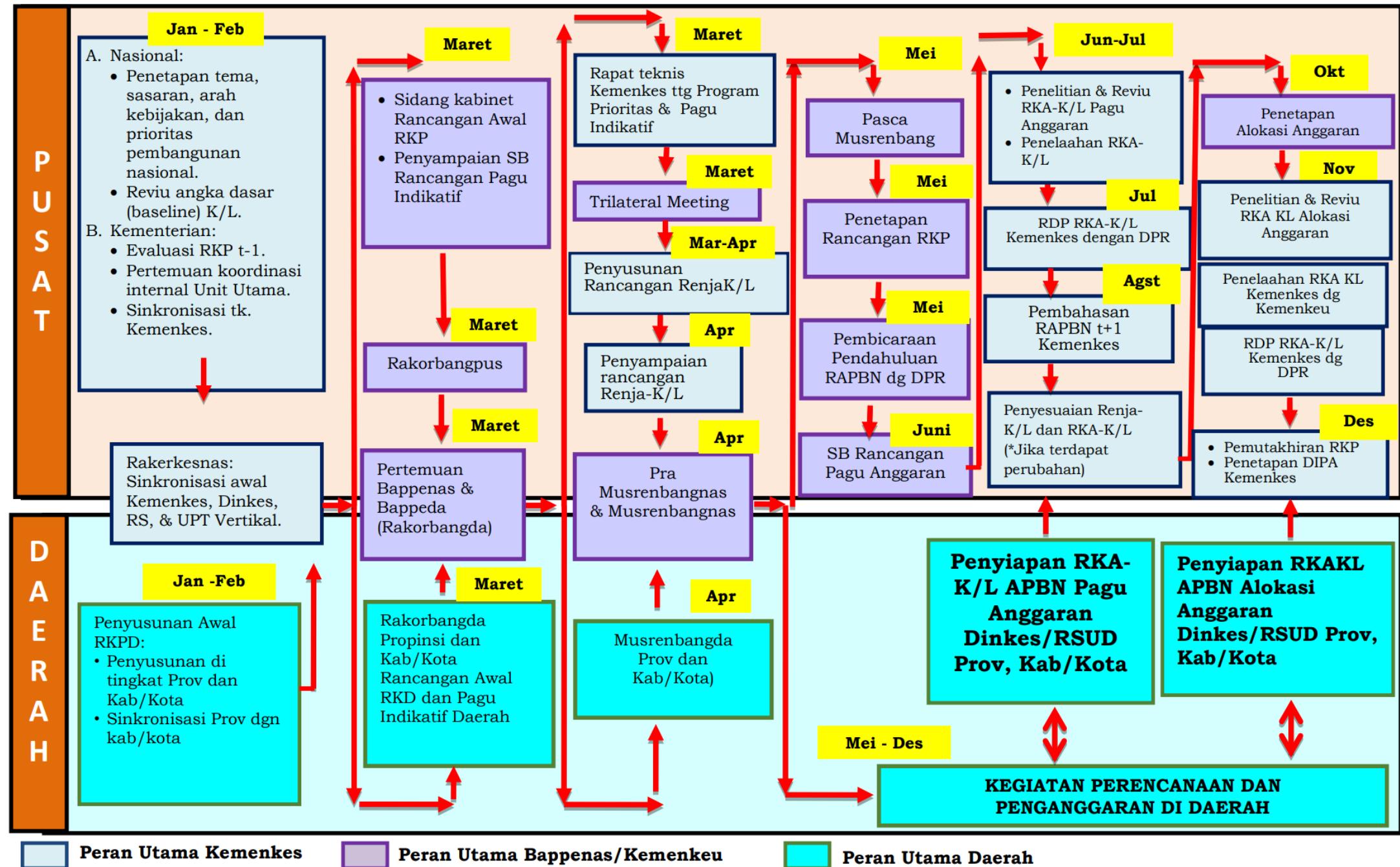
# Anggaran UKP

- Penduduk miskin
- Lanjut usia
- Anak terlantar

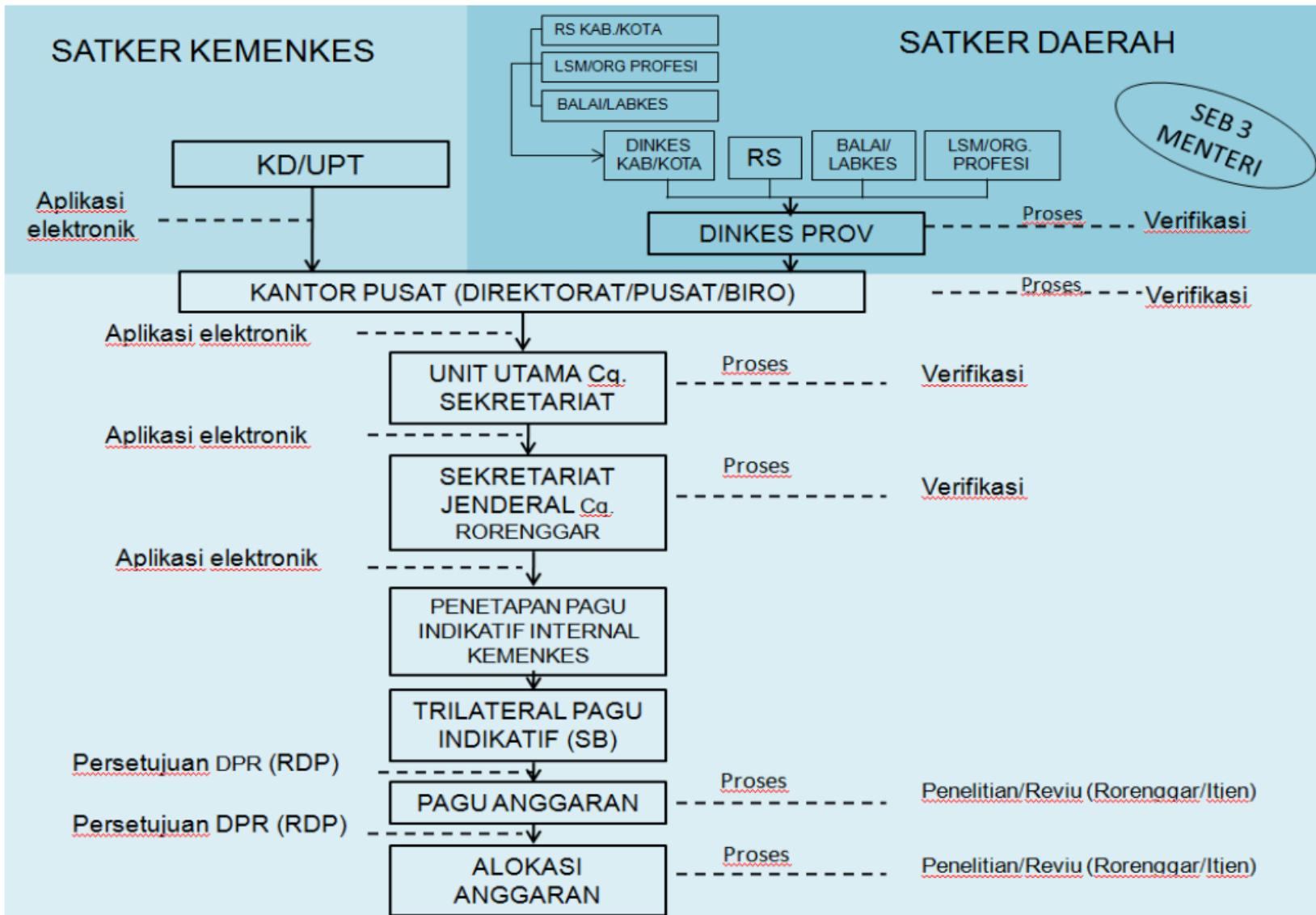


Anggaran kesehatan juga memperhatikan penguatan infrastruktur dan manajemen kesehatan

Gambar 1. Skema Tahapan Perencanaan dan Penganggaran APBN

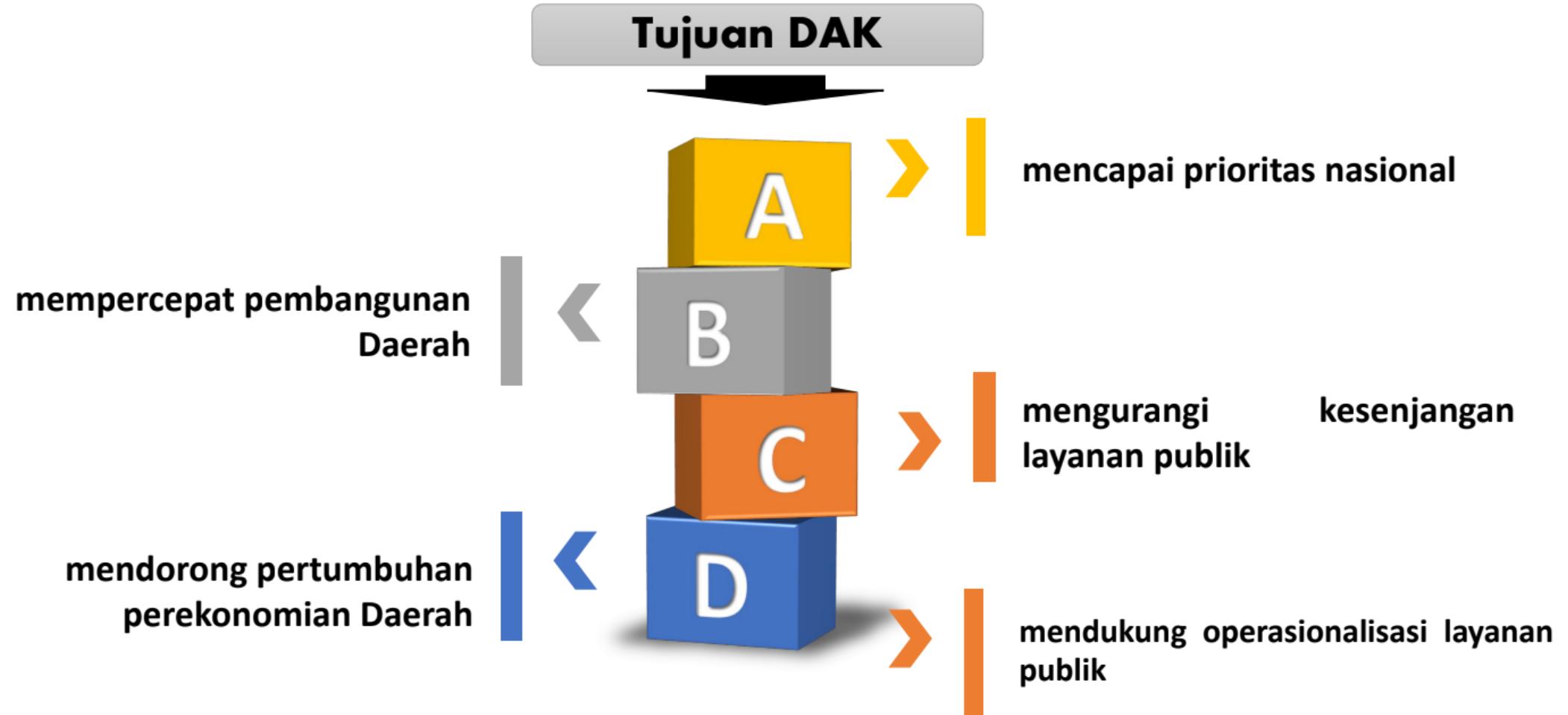


Gambar 2. Alur Penyampaian Usulan Kegiatan



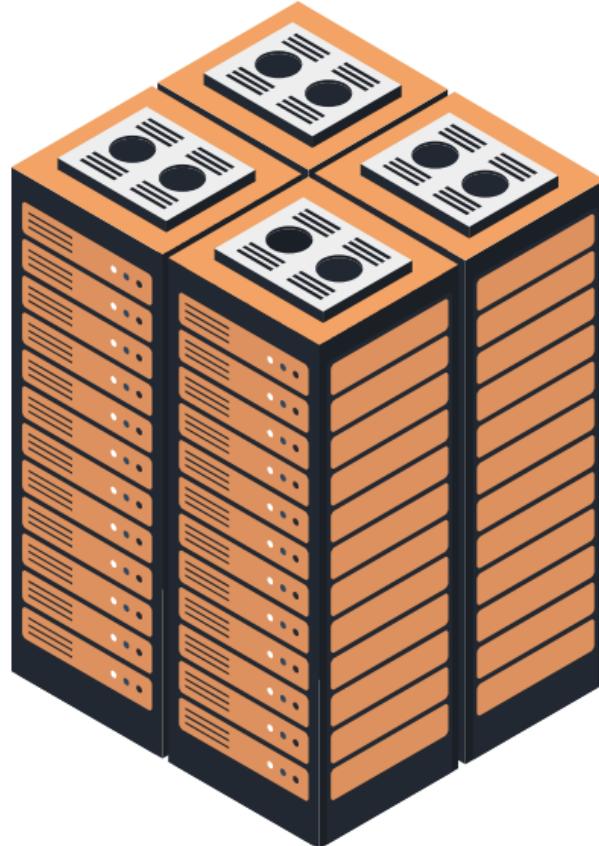


DAK adalah bagian dari Transfer ke Daerah yang dialokasikan dengan tujuan untuk mendanai program, kegiatan, dan/atau kebijakan tertentu yang menjadi prioritas nasional dan membantu operasionalisasi layanan publik, yang penggunaannya telah ditentukan oleh Pemerintah. (*Pasal 1 angka 72 UU 1/22*)





# Jenis Dana Alokasi Khusus



1

## DAK Fisik

Digunakan untuk mendukung pembangunan/pengadaan sarana dan prasarana layanan publik Daerah

2

## DAK Nonfisik

Digunakan untuk mendukung operasionalisasi layanan publik Daerah

3

## Hibah kepada Daerah

Digunakan untuk mendukung pembangunan fisik dan/atau layanan publik Daerah tertentu yang didasarkan pada perjanjian antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah

# Dana Alokasi Khusus (DAK)

Anggaran untuk pengadaan sarana dan prasarana kesehatan, serta obat dan perbekalan kesehatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan di pelayanan kesehatan dasar

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2021 Tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2021

Peraturan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2023

# DAK FISIK

(1) DAK Fisik reguler bidang kesehatan meliputi:

- a. subbidang pelayanan dasar;
- b. subbidang pelayanan rujukan;
- c. subbidang pelayanan kefarmasian dan bahan habis pakai; dan
- d. subbidang peningkatan kesiapan sistem kesehatan.

(2) DAK Fisik penugasan bidang kesehatan meliputi:

- a. subbidang penguatan intervensi stunting (major project); dan
- b. subbidang penurunan angka kematian ibu dan bayi.

# DAK NON FISIK

(Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan adalah dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah untuk membantu mendanai kegiatan operasional bidang kesehatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional

Bantuan Operasional Kesehatan adalah bantuan DAK Nonfisik bidang Kesehatan yang digunakan untuk pendanaan belanja operasional program prioritas nasional bagi dinas kesehatan dan pusat kesehatan masyarakat sebagai pelaksana program kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

# DAK Nonfisik 2023 menunjang 3 pilar transformasi kesehatan

## Transformasi-Menu-Rincian Menu

Rp12.728.672.152.000

Visi

Sejalan dengan visi Presiden untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan

Meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana dan kesehatan reproduksi

Mempercepat perbaikan gizi masyarakat

Memperbaiki pengendalian penyakit

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

Memperkuat sistem kesehatan & pengendalian obat dan makanan

### 1 Transformasi Layanan Primer

BOK Dinkes Provinsi	
UKM Esensial Tersier	Kefarmasian dan BMHP
a. Penurunan AKI dan AKB dan Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat b. Upaya deteksi dini, preventif dan respons penyakit c. Upaya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)	a. Pengadaan Obat Program Gizi dan Program KIA b. Distribusi obat, BMHP, dan vaksin

BOK Dinkes Kabupaten/Kota	
UKM Esensial Sekunder	Kefarmasian dan BMHP
a. Penurunan AKI dan AKB dan Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat b. Upaya deteksi dini, preventif dan respons penyakit c. Upaya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)	a. Pengadaan Obat PKD b. Pengadaan BMHP c. Distribusi obat, BMHP, dan vaksin dari kab/kota ke puskesmas d. Pembinaan Pelaporan RKO dan Ketersediaan Obat e. BHP P2P

BOK Puskesmas	
Pelayanan Kesehatan Bergerak	36.405.500.000
a. Dukungan Pelayanan Kesehatan Bergerak b. Akreditasi FKTP c. Peningkatan Mutu Puskesmas	104.028.411.000

### 2 Transformasi Layanan Rujukan

BOK Dinkes Provinsi	BOK Dinkes Kab/Kota
Akkreditas RS	Akkreditas Labkesda Percepatan akreditasi RS di Provinsi Wilayah Timur

3  
Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan

### 4 Transformasi sistem pembayaran kesehatan



### 5 Transformasi SDM Kesehatan

BOK Dinkes Provinsi	BOK Dinkes Kabupaten/Kota	BOK Puskesmas
Pelatihan/Peningkatan Kapasitas untuk topik prioritas a. Pelatihan nakes	Pelatihan/Peningkatan Kapasitas untuk topik prioritas a. Pelatihan nakes b. Workshop kader	Insentif Tenaga UKM

### 6 Transformasi teknologi kesehatan



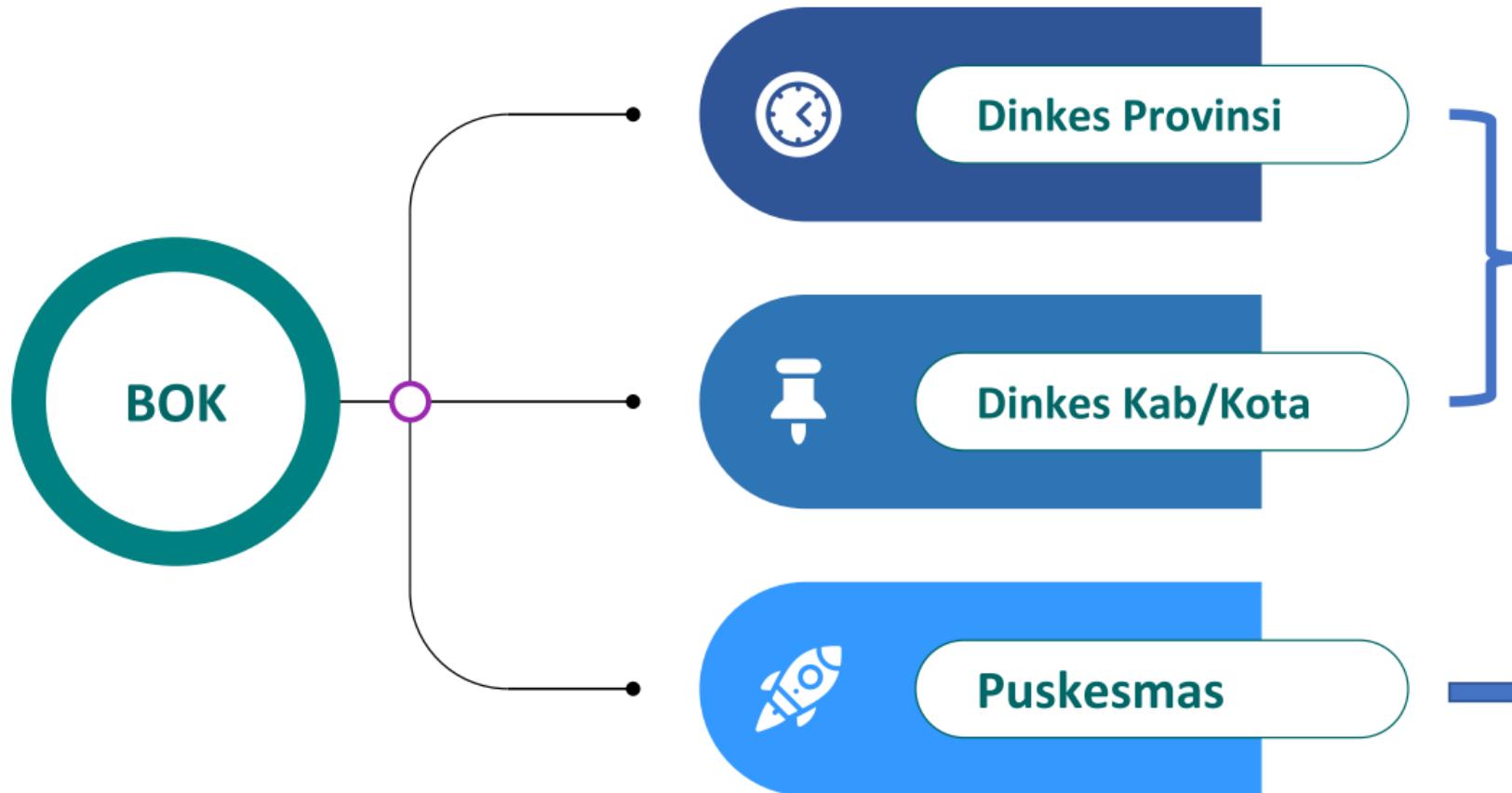
# Pagu Perpres 130/2022 dan Nilai RK

No	BOK	Pagu Perpres	Nilai RK	Selisih
1.	BOK Dinas Kesehatan Provinsi	411.035.688.000	405.962.436.702	5.073.251.298
2.	BOK Dinas Kesehatan Kab/Kota	4.216.976.594.000	4.175.132.502.016	41.844.091.984
3.	BOK Puskesmas	8.100.659.870.000	8.060.087.787.758	40.572.082.242
		<b>12.728.672.152.000</b>	<b>12.641.182.726.476</b>	<b>87.489.425.524</b>

Catatan :

1. Penyaluran BOK sesuai dengan pagu Perpres, sehingga selisih antara pagu perpres dengan nilai RK tetap akan disalur namun tidak dapat dibelanjakan.
2. Selisih BOK Puskesmas didistribusi secara proporsional ke seluruh puskesmas di masing-masing kab/kota.
3. Yang dapat dibelanjakan adalah **nilai yang sesuai dengan BA RK**.

# PENYALURAN



**2 tahap penyaluran:**

- I. Februari (50%)
- II. Juli (50%)

Salur dari RKUN ke RKUD

**3 tahap penyaluran:**

- I. Februari (30%)
- II. Mei (40%)
- III. September (30%)

Salur dari RKUN ke Rekening Puskesmas

“ ”

Business opportunities are  
like buses. There's always  
another one coming.

Richard Branson

” ”

# Bagaimana menyusun anggaran suatu program kesehatan

## Tetapkan Program

Berdasarkan siklus problem solving cycle

## Tetapkan Indikator Kinerja

Indikator yang akan dituju:

- Jumlah sasaran
- Penurunan angka kesakitan atau kematian
- dll

## Susun Anggaran

Berdasarkan kebutuhan:

- Man
- Money
- Material
- Methode
- Machine



# Contoh

# Referensi:

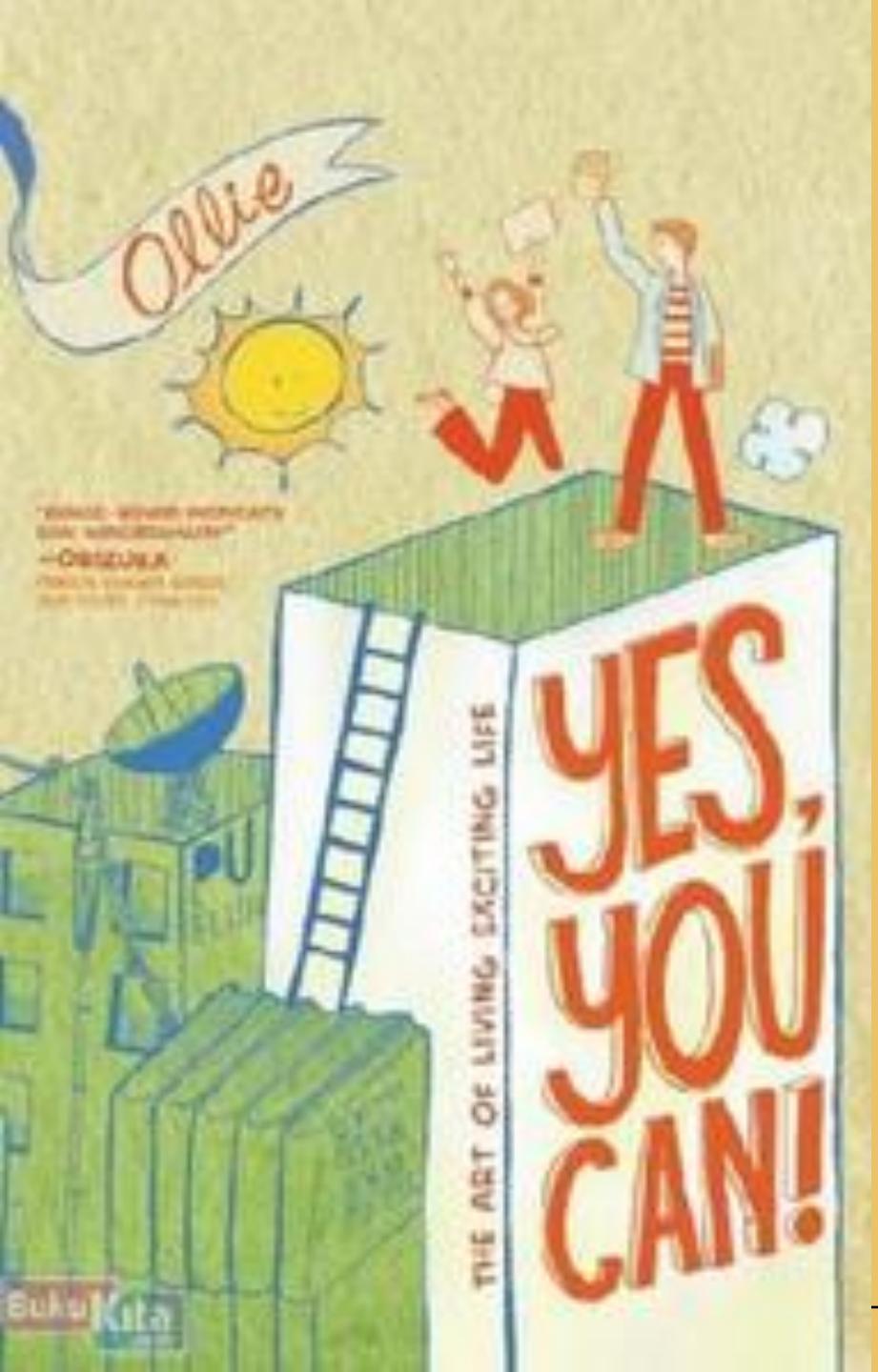
Sosialisasi Juknis DAK Nonfisik Bidang Kesehatan TA 2023. <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/daknf2023>

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2017 Tentang Pedoman Perencanaan Dan Penganggaran Bidang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2022 Tentang Pedoman Penggunaan Dana Dekonsentrasi Kementerian Kesehatan Tahun Anggaran 2022

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2021 Tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2021

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2022 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2023





# PENTAHelix

&

## APLIKASINYA DI BIDANG KESEHATAN

# CPMK

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dengan latihan menyusun perencanaan intervensi (POA) perilaku kesehatan dengan pendekatan pentahelix yang melibatkan Amal Usaha Muhammadiyah (AUM) (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)

## BAHAN KAJIAN

- Konsep pentahelix perencanaan fasilitas layanan kesehatan kota
- perencanaan fasilitas layanan kesehatan dan nasional

QS ALI IMRON:110

# STAKEHOLDER

# STAKEHOLDER

Individu, kelompok atau organisasi yang memiliki kepentingan, terlibat atau dipengaruhi (secara positif atau negatif) oleh program pembangunan (Hetifah, 2003)

# KLASIFIKASI STAKEHOLDER

1. Policy creator, stakeholder yang berperan sebagai pengambil keputusan dan penentu suatu kebijakan.
2. Koordinator, stakeholder yang berperan mengkoordinasikan stakeholder lain yang terlibat.
3. Fasilitator, stakeholder yang berperan memfasilitasi dan mencukupi apa yang dibutuhkan kelompok sasaran.
4. Implementer, stakeholder pelaksana kebijakan yang di dalamnya termasuk kelompok sasaran.
5. Akselerator, stakeholder yang berperan mempercepat dan memberikan kontribusi agar suatu program dapat berjalan sesuai sasaran atau bahkan lebih cepat waktupencapaiannya

# KLASIFIKASI STAKEHOLDER MENURUT PENGARUH:

## 1. Stakeholder Primer

- Merupakan stakeholder yang memiliki kaitan yang kepentingan secara langsung dengan suatu kebijakan, program dan proyek.
- Ditempatkan sebagai penentu utama dalam proses pengambilan keputusan, yaitu, masyarakat dan tokoh masyarakat, dan pihak manager public yang meliputi lembaga/badan publik yang bertanggungjawab dalam pengambilan dan implementasi atau keputusan

# KLASIFIKASI STAKEHOLDER MENURUT PENGARUH:

## 2. Stakeholder Sekunder

Adalah stakeholder yang tidak memiliki kaitan kepentingan secara langsung terhadap suatu kebijakan, program dan proyek. Tetapi memiliki kepedulian dan keprihatinan sehingga mereka turut bersuara dan berpengaruh terhadap sikap stakeholder dan keputusan legal pemerintah. Mereka meliputi

# KLASIFIKASI STAKEHOLDER MENURUT PENGARUH:

Meliputi:

- Aparat pemerintah dalam suatu wilayah tetapi tidak memiliki tanggungjawab langsung.
- Lembaga pemerintah yang terkait dengan issu tetapi tidak memiliki kewenangan secara langsung dalam pengambilan keputusan.
- LSM dan pers setempat yang bergerak dibidang yang sesuai dengan rencana, manfaat,dampak yang muncul dan memerlukan perhatian.
- Perguruan tinggi, kelompok akademisi ini memiliki pengaruh penting dalam pengambilan keputusan pemerintah.
- Sektor swasta yang terkait

# KLASIFIKASI STAKEHOLDER MENURUT PENGARUH:

## 3. Stakeholder Kunci

- Merupakan stakeholder yang memiliki kewenangan dalam hal pengambilan keputusan.
- Stakeholder kunci yang dimaksudkan adalah unsur eksekutif sesuai levelnya, legislative dan instansi.
- Meliputi :
  - Pemerintah pusat, provinsi, kabupaten dan kota.
  - DPR, DPR provinsi dan DPR kabupaten/kota.
  - Dinas yang membawahi langsung proyek yang bersangkutan.

# COLLABORATIVE GOVERNANCE

# DIMENSI DALAM COLLABORATIVE GOVERNANCE

1. Kolaborasi dapat melibatkan peran pengawasan, pemeriksaan, menarik bersama-sama dan koordinasi pusat,
2. Kolaborasi bisa melibatkan kerjasama untuk membangun kesamaan, meningkatkan konsistensi dan menyelaraskan kegiatan antara aktor,
3. Kolaborasi dapat menjadi proses negosiasi, yang melibatkan kesiapan untuk berkompromi dan membuat trade-off,
4. Kolaborasi dapat melibatkan kekuasaan dan pemaksaan, kemampuan untuk memaksa hasil atau memaksakan preferensi sendiri,
5. Kolaborasi dapat melibatkan komitmen dan niat masa depan, kemungkinan berperilaku, perencanaan atau persiapan untuk menyelaraskan kegiatan.
6. Kolaborasi dapat menumbuhkan komitmen pribadi untuk kegiatan, tujuan organisasi atau tujuan yang lebih strategis, pengembangan motivasi internal, keputusan, dan keterlibatan.

# 7 KARAKTERISTIK KOLABORASI

1. Partisipasi bersifat inklusif (tidak dibatasi) dan tidak hierarki
2. Partisipasi bertanggungjawab dalam memastikan pencapaian kesuksesan
3. Adanya tujuan yang jelas dari pendefinisian masalah
4. Partisipasi saling membagi pengetahuannya satu sama lain (educating each other)
5. Adanya identifikasi dan pengujian terhadap berbagai pilihan
6. Partisipasi berbagai peran dan tanggungjawab dalam pengimplementasian solusi
7. Partisipasi selalu mengetahui perkembangan yang ada

# GOVERNANCE

Bentuk transformasi sistem tata kelola pemerintah yang meliputi beberapa aspek yang dimulai dari perubahan sistem hirarki dan jaringan pasar kemitraan, interkoneksi administrasi dengan masyarakat sipil, perubahan aktivitas pemerintah dari negosiasi dan diplomasi, serta keterlibatan lembaga non negara dalam pembuatan dan pelaksanaan kebijakan publik

# DIMENSI GOVERNANCE

- Dimensi kelembagaan, yang menjelaskan bahwa governance merupakan sebuah sistem yang melibatkan banyak pelaku (multi stakeholders), baik dari pemerintah maupun dari luar pemerintah dalam penyelenggaraan berbagai kegiatan untuk menanggapi masalah dan kebutuhan publik.
- Dimensi kedua dari governance adalah nilai yang menjadi dasar dalam penggunaan kekuasaan. Nilai-nilai administrasi publik yang tradisional seperti efisiensi dan efektifitas telah bergeser menjadi nilai keadilan sosial, kebebasan dan kemanusiaan

# COLLABORATIVE GOVERNANCE

- Collaborative berarti melibatkan beberapa aktor yang saling membantu satu sama lain untuk mencapai tujuan tertentu, aktor-aktor ini bekerja tidak hanya dalam satusektor melainkan beberapa sektor.
- Governance merupakan suatu sistem pemerintahan (Bingham, 2008).
- Collaborative governance adalah adanya beberapa aktor atau sektor-sektor tertentu baik dari lembaga pemerintah atau non pemerintah untuk mencapai tujuan tertentu.

# COLLABORATIVE GOVERNANCE

- Sebuah konsep yang mendeskripsikan proses membangun, mengemudi, memfasilitasi, mengoperasikan dan memonitor pengaturan organisasi lintas sektoral untuk menangani masalah kebijakan publik yang tidak dapat dengan mudah ditangani oleh satu organisasi atau sektor publik sendiri.
- Pengaturan ini ditandai dengan upaya bergabung, harapan timbal balik, dan partisipasi sukarela antara entitas otonom resmi, dari dua atau lebih sektor publik, profit dan nonprofit dalam rangka meningkatkan (membangun) atribut unik dan sumberdaya dari masing-masing.

# PENTAHelix

# PENTAHelix

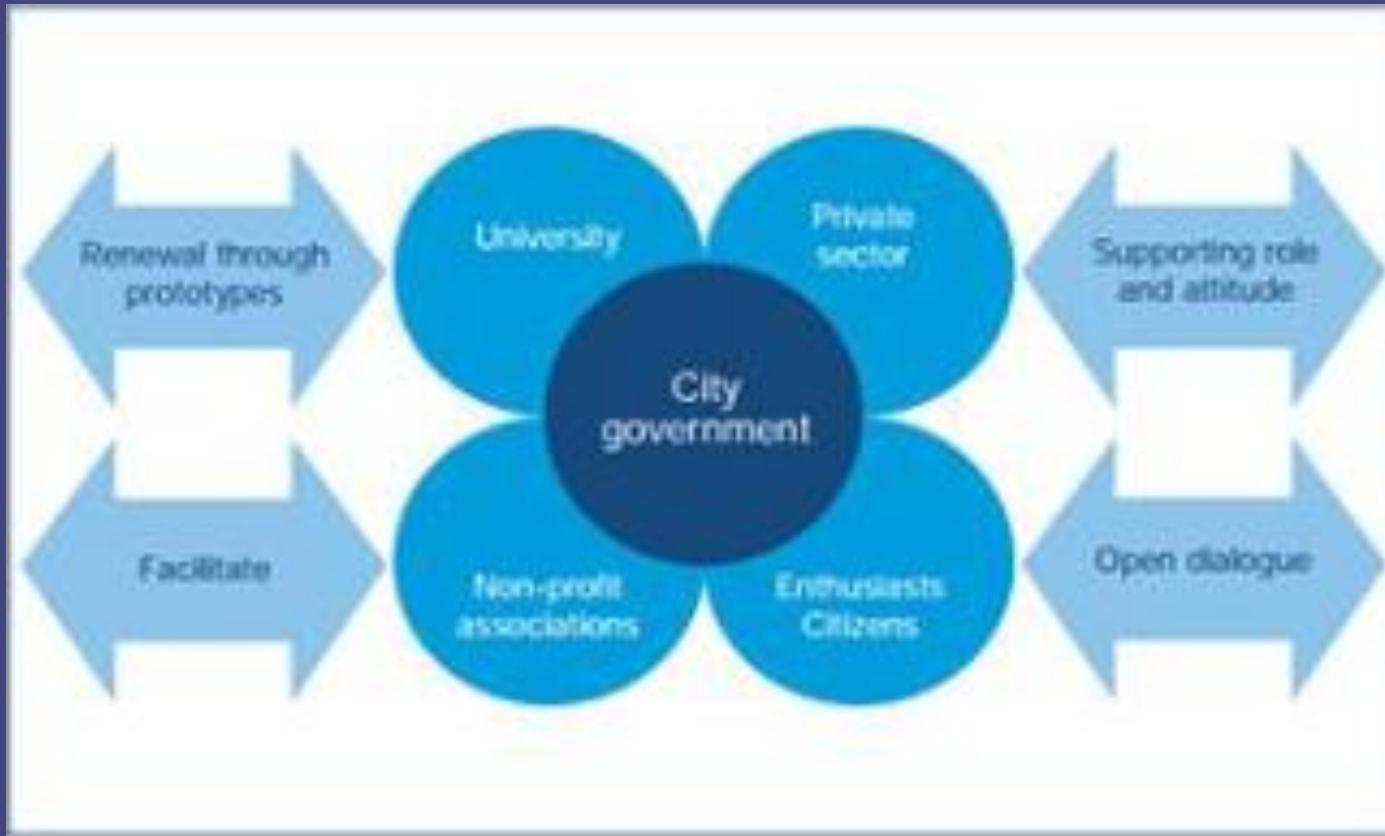
- Model Penta Helix didasarkan pada lima jenis pemangku kepentingan diantaranya adalah akademisi, komunitas, bisnis (ekonomi), pemerintah dan media.
- Model ini sangat berguna untuk masalah daerah pemangku kepentingan dimana setiap stakeholder mewakili berbagai kepentingan daerahnya masing-masing.
- Merupakan perluasan dari strategi tiga helix dengan melibatkan berbagai elemen lembaga masyarakat atau non-profit dalam rangka mewujudkan inovasi.
- Melalui kerjasama sinergis diharapkan untuk mewujudkan sebuah inovasi yang didukung oleh berbagai sumber daya yang berinteraksi secara sinergis

# LIMA KOMPONEN PENTA HELIX

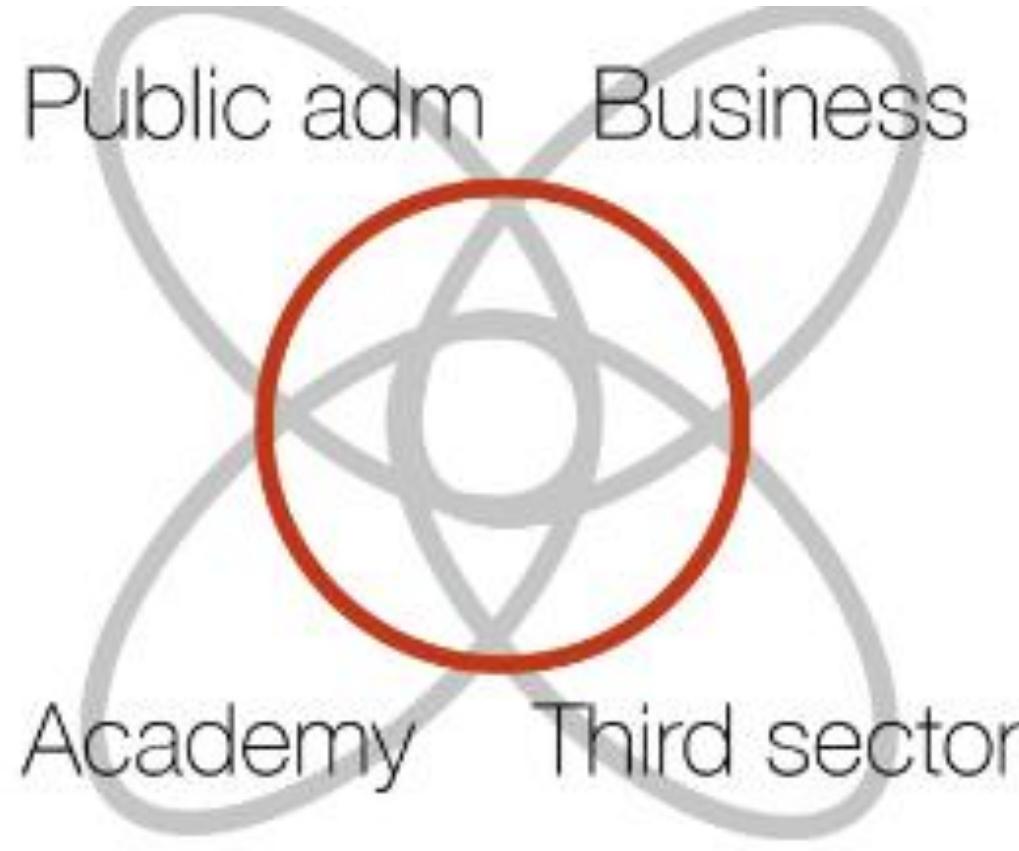
1. Akademisi (academics) adalah sumber daya pengetahuan.
2. Bisnis (business) adalah suatu entitas yang memiliki aktivitas dalam mengolah barang atau jasa untuk menjadi berharga.
3. Komunitas (community) adalah orang-orang yang memiliki minat yang sama dan relevan dengan masalah atau kasus yang berkembang.
4. Pemerintah (government) adalah salah satu stakeholders yang memiliki regulasi dan responsibility dalam mengembangkan pariwisata.
5. Media (media) adalah pemangku kepentingan yang memiliki informasi lebih untuk mengembangkan pariwisata dan memainkan peran yang kuat dalam mempromosikan pariwisata.

# LIMA KOMPONEN PENTA HELIX

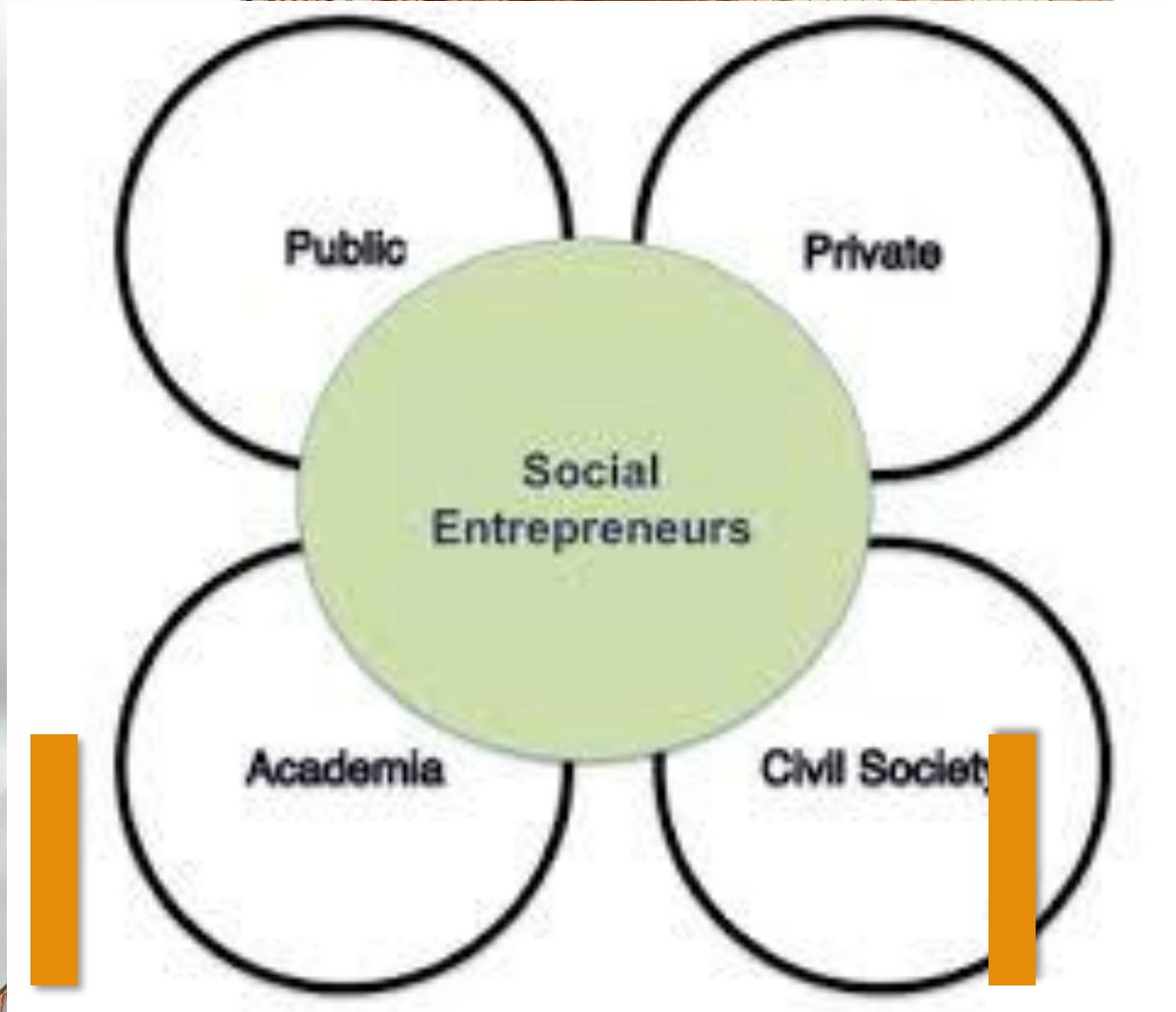
1. Akademisi (academics) adalah sumber daya pengetahuan.
2. Bisnis (business) adalah suatu entitas yang memiliki aktivitas dalam mengolah barang atau jasa untuk menjadi berharga.
3. Komunitas (community) adalah orang-orang yang memiliki minat yang sama dan relevan dengan masalah atau kasus yang berkembang.
4. Pemerintah (government) adalah salah satu stakeholders yang memiliki regulasi dan responsibility dalam mengembangkan pariwisata.
5. Media (media) adalah pemangku kepentingan yang memiliki informasi lebih untuk mengembangkan pariwisata dan memainkan peran yang kuat dalam mempromosikan pariwisata.



Terdapat lima aktor dalam pengembangan penta helix diantaranya adalah pemerintah kota universitas, sektor swasta, asosiasi nirlaba, masyarakat. Peran sentralnya berada ditangan pemerintah kota.  
(PWC, 2005)



Lima aktor yang di maksud adalah administrasi public, bisnis, akademisi, sektor ketiga, wirausahwan yang aktif. Peran sentral dalam kolaborasi ini bebas untuk setiap sektor tanpa tekanan. (Bjork, 2015)



Lima aktor yang tergabung yaitu publik, swasta, akademisi, masyarakat sipil, dan pengusaha sosial. Peran sentralnya dikuasai oleh pengusaha sosial.

(Calzada, 2016)

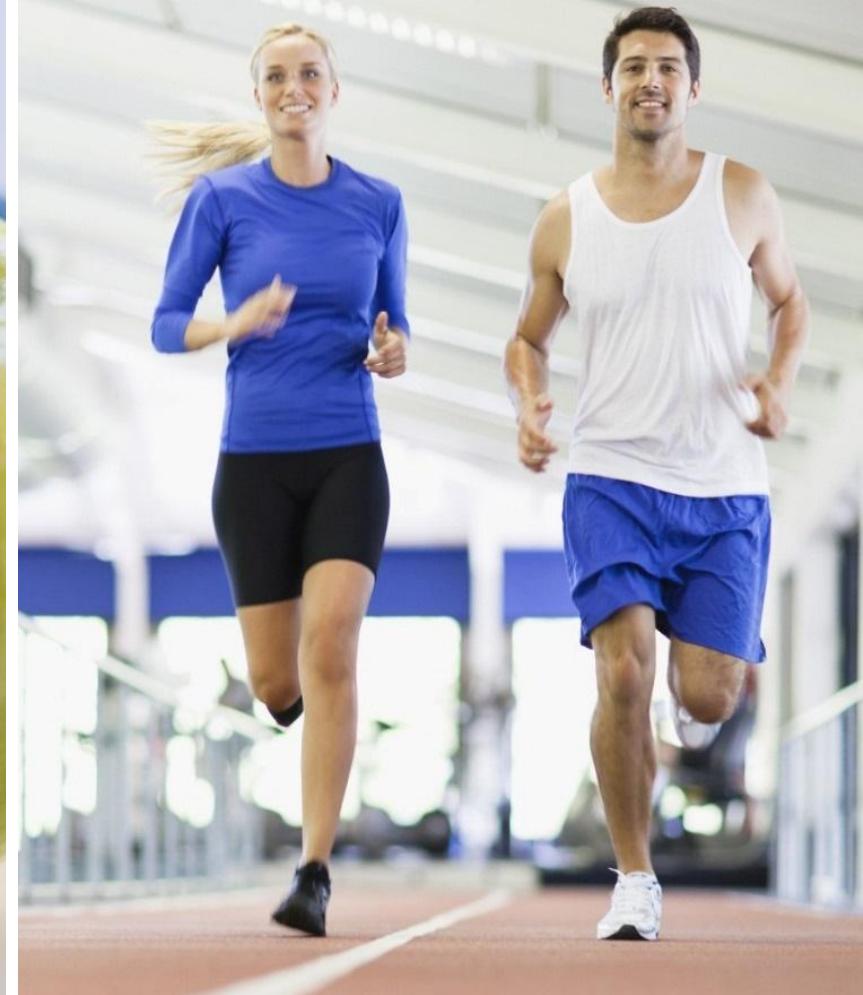
# PENTAHelix DI KESEHATAN

TUGAS KELOMPOK:

BUATLAH KONSEP PENTAHelix:

BERDASARKAN DAERAH DAN  
PROGRAM KESEHATAN SESUAI TUGAS  
AWAL DARI PRIORITAS PEMECAHAN  
MASALAH TERPILIH





# PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN

UHAMKA, MEI 2022

# CPMK & SUB-CPMK

- Mahasiswa mampu menyusun perencanaan program kesehatan (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)
- Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dengan latihan menyusun Plan of Action (POA) dari salah satu contoh program kesehatan terpilih (misal KIA, P2M, dsb) serta menetapkan indicator keberhasilannya (Standar Pelayanan Minimal atau Indikator Kinerja Utama) (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)

# BAHAN KAJIAN

- Mahasiswa dapat melakukan perencanaan program kesehatan berdasarkan siklus pemecahan masalah (problem solving cycle)
- Mahasiswa dapat menyusun rencana anggaran biaya program kesehatan
- Mahasiswa dapat menyusun POA (Plan of action) program kesehatan

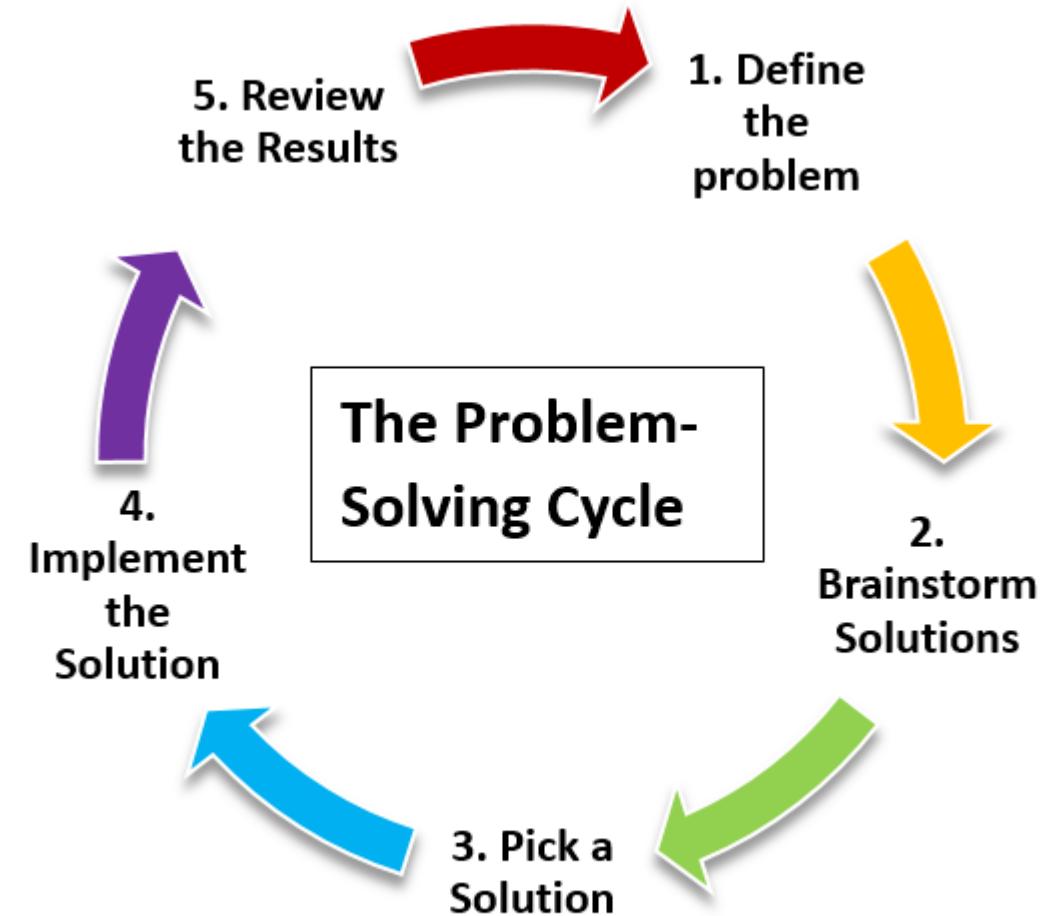
QS AN NAHL : 78

PRESENTASI PENTAHelix

REVIEW PSC

# PROBLEM SOLVING CYCLE

- Identifikasi masalah
- Alternatif pemecahan masalah
- Penentuan pemecahan masalah
- Implementasi pemecahan masalah/perencanaan program kesehatan
- Evaluasi



# 1. IDENTIFIKASI MASALAH

- Analisis Situasi
- Menemukan masalah-masalah berdasarkan analisis situasi
- Menentukan prioritas masalah melalui metode tertentu
- Menentukan akar penyebab masalah dengan diagram pohon masalah (problem tree) atau diagram tulang ikan (fishbone)

## 2. BRAINSTORM THE SOLUTION

- Menyusun daftar alternative pemecahan masalah

## 3. PICK THE SOLUTION

- Menentukan alternative prioritas berdasarkan teknik tertentu
- Menyusun Program Kesehatan

# MENYUSUN PROGRAM KESEHATAN

- Menentukan tujuan umum dan khusus
- Menentukan target
- Menentukan sasaran
- Menyusun jadwal/waktu pelaksanaan
- Membuat rencana anggaran belanja (RAB)
- Membuat Plan of action (POA)

## 4. IMPLEMENTATION THE SOLUTION/PROGRAM

- Melaksanakan program kesehatan

## 5. REVIEW THE RESULT/EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

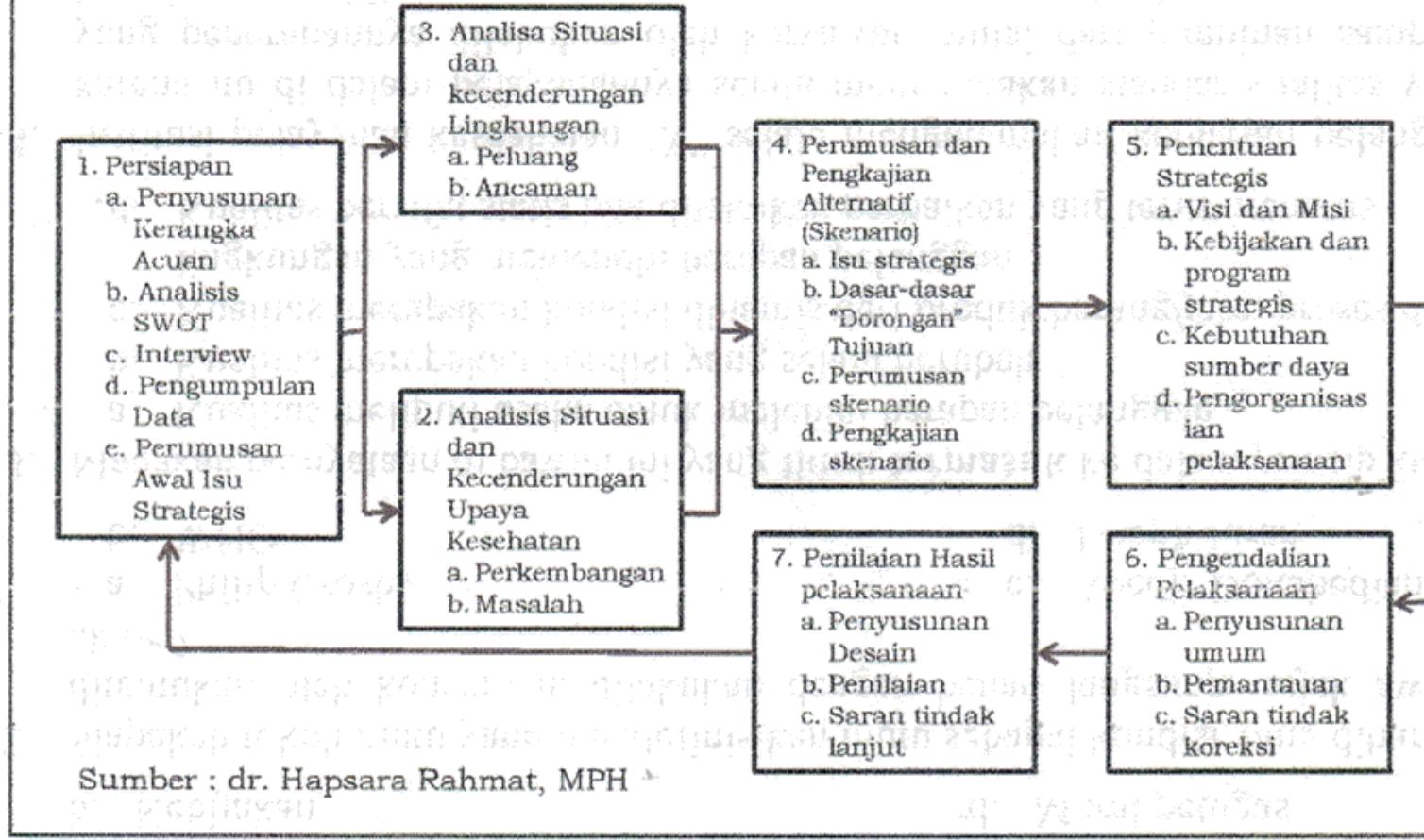
- Monitoring
- Evaluasi

# PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN

- Dasar/Pedoman Perencanaan & Penganggaran Kesehatan → PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 7 TAHUN 2014
- Acuan bagi pelaku perencana kesehatan di Kementerian Kesehatan (baik kantor pusat maupun kantor daerah), Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit (RS) dalam menyusun perencanaan dan penganggaran bersumber APBN.

Gambar 1.

## LANGKAH-LANGKAH POKOK KEGIATAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN KESEHATAN



Sumber : dr. Hapsara Rahmat, MPH

Dalam penentuan strategi harus jelas visi, misi serta tujuannya serta dijabarkan dalam bentuk kebijakan dan kegiatan riil dengan *output* yang jelas.

Strategi perlu dijabarkan sebagai berikut:

- a. Kegiatan riil dengan *output* yang jelas.
  - Kegiatan dapat berupa kegiatan tunggal atau serangkaian kegiatan.
  - Jika kegiatan berupa rangkaian (beberapa kegiatan), perlu ditetapkan tahapan kegiatan secara logis.
  - Bentuk kegiatan juga perlu dijelaskan, misalnya berupa seminar, pelatihan, penyampaian materi secara lisan, tanya jawab, simulasi dan lain-lain.

- b. Target merupakan perincian detail dari tujuan, terutama tentang indikator dan ukuran-ukuran yang digunakan sebagai penilaian tercapai atau tidaknya tujuan.
- c. Sasaran/peserta, menjelaskan tentang objek atau siapa yang akan mengikuti kegiatan tersebut.
- d. Waktu dan Tempat Pelaksanaan. Dalam pelaksanaan kegiatan perlu ditentukan dimana dan kapan kegiatan tersebut akan dilaksanakan.
- e. Jadwal Kegiatan, berisikan rencana pelaksanaan kegiatan dan kapan akan dilaksanakan, sesuai dengan perencanaan kalender kegiatan.
- f. Sumber daya yang diperlukan.

# MENYUSUN JADWAL/WAKTU PELAKSANAAN PROGRAM KESEHATAN

## Menyusul Jadwal Waktu :

- Menggunakan Bagan *Gantt* yang terdiri atas 2 (dua) komponen, yaitu komponen kegiatan dan komponen waktu.
- Komponen kegiatan diisi dan disusun ke dalam kolom, semua kegiatan ini merupakan penjabaran daripada aktivitas yang harus dilaksanakan untuk pencapaian tujuan suatu program Puskesmas.
- Kerah baris adalah penjabaran dari waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan tersebut.
- Komponen waktu dapat dinyatakan dalam hari, minggu, bulan, ataupun tahun

## Contoh Gantt Chart :

No.	Kegiatan	Bulan/Minggu											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Rapat Staf/ Dinamisasasi staf Puskesmas	■											
2	Sosialisasi Lintas Sektor & Desa		■										
3	Diklat Kader			■									
4	Pendataan Sasaran				■	■	■						
5	Pengadaan Vaksin & Sarana Lain						■	■					
6	Pemanggilan Sasaran dg surat & wawancara							■	■				
7	Pelaksanaan PIN									■			
8	Pencatatan & Pelaporan PIN										■	■	
9	Pemantauan KIPI (Kejadian Ikutan Paska Imunisasi)										■		■

# MENYUSUN RENCANA ANGGARAN BIAYA (RAB)

SLIDE 9 - PERENCANAAN KEBUTUHAN BIAYA  
KESEHATAN (BLM ADA ISINYA).PPTX

# MENYUSUN RENCANA PELAKSANAAN KEGIATAN/PLAN OF ACTION (POA)

CPL

Mahasiswa mampu menyusun perencanaan program kesehatan  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)

CPMK

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dengan latihan menyusun Plan of Action (POA) dari salah satu contoh program kesehatan terpilih (misal KIA, P2M, dsb) serta menetapkan indicator keberhasilannya (Standar Pelayanan Minimal atau Indikator Kinerja Utama) (S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1

## BAHAN KAJIAN

- Plan of Action (POA)
- Indikator keberhasilan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal & IKU

# Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

## Kolom 1: Kolom Kegiatan (*What*)

- Pada kolom kegiatan dicantumkan semua rincian kegiatan RO Puskesmas yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan program secara sistematis dan berurutan, biasanya dimulai dari kegiatan yang mencakup tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap penilaian dari suatu kegiatan yang direncanakan

## Kolom 2: Tujuan dan Target dari masing-masing kegiatan

- Pada kolom ini dicantumkan dengan jelas tujuan operasional program dan hasil yang ingin dicapai bila kegiatan tersebut dilaksanakan.
- Penulisan tujuan harus jelas ditulis target yang ingin dicapai secara kuantitatif berapa selisih penurunan atau peningkatan suatu target yang ingin dicapai melalui kegiatan tersebut yang dapat dinyatakan dalam % ataupun angka absolut dalam periode waktu tertentu.
- Penetapan target ini dapat dipakai oleh pimpinan Puskesmas untuk mengukur keberhasilan program.

# Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

## Kolom 3: Kolom Sasaran (sasaran populasi)

- Kolom ini merupakan tempat untuk menulis siapa atau apa sasaran yang ingin diperbaiki pada setiap kegiatan yang dilaksanakan.
- Sebagai contoh bayi, anak balita, ibu hamil, penderita TB, sarang nyamuk, jamban keluarga, dan lain-lain.

## Kolom 4: Kolom Biaya (Besaran dan Sumbernya)

- Pada kolom ini ditulis pembiayaan yang menyangkut:
  - a) Besar biaya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan setiap rencana kegiatan dan
  - b) Sumber biaya yang direncanakan untuk pelaksanaan kegiatan. Seperti kita ketahui, suatu POA disusun setelah RO tahunan disetujui dan dana anggaran telah dialokasikan.

## Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

### Kolom 5: Kolom Tempat (Di mana kegiatan akan dilaksanakan-Where)

- Pada kolom ini diberikan penjelasan tentang tempat kegiatan program Puskesmas.
- Hal ini penting untuk dicantumkan tentang transport, dana, dan jenis komunikasi yang dibutuhkan untuk mendukung kegiatan program.

### Kolom 6: Kolom Waktu (Kapan kegiatan akan dilaksanakan-When)

- Pada kolom ini jelaskan fase atau tahapan kegiatan yang akan dilaksanakan. Kapan dimulai dan kapan berakhirnya.
- Kurun waktu pelaksanaan kegiatan merupakan selisih dari kapan saat selesai dengan kapan saat kegiatan dimulai.
- Untuk menghitung waktu yang ideal yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan, dapat dihitung berdasarkan pengalaman dengan mempertimbangkan hambatan yang mungkin terjadi di lapangan.

## Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

**Kolom 7: Kolom Penanggung jawab/Pelaksana (Siapa yang akan mengerjakan kegiatan program-Who)**

- Berbagai kegiatan program Puskesmas harus ada penanggung jawab/pelaksananya dan pegawai Puskesmas yang akan melaksanakan rencana kegiatan tersebut.
- Pada kolom ini perlu ada penjelasan tentang jumlah dan jenis kualifikasi staf yaitu siapa, unit kerja, atau sektor apa yang menjadi penanggung jawab kegiatan.
- Dapat ditulis nama (bila ruang lingkup kecil) tetapi dapat ditulis/ dicantumkan keterlibatan instansi terkait (bila kegiatan POA bersifat lintas sektoral).

# Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

## Kolom 8: Kolom Rencana Penilaian

- Pada kolom ini ditulis rencana penilaian yang diarahkan pada 3 (tiga) hal, yaitu:
  - a) Rencana penilaian untuk melihat masukan, apakah masukan sumber daya sesuai dengan yang direncanakan, bagaimana pemanfaatannya dan dampaknya terhadap proses dan keluaran kegiatan,
  - b) Rencana penilaian untuk melihat proses pelaksanaan kegiatan. Memantau apakah kegiatan berjalan sesuai dengan rencana yang tertulis, dan
  - c) Rencana penilaian untuk melihat keluaran: apakah sesudah kegiatan terlaksana, tujuan yang diharapkan tercapai, berapa hasil penurunan atau peningkatan dari dampak kegiatan tersebut.

## Kolom 9: keterangan

- Pada kolom ini ditulis keterangan-ketenagan yang diperlukan secukupnya selain dari penjelasan-penjelasan yang ada pada kolom-kolom sebelumnya.

# Contoh POA (*Plan of Action*)

- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 43 TAHUN 2016 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN
- PEDOMAN INDIKATOR PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT DALAM RPJMN DAN RENSTRA KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 2020-2024

**SETIAP KELOMPOK MEMBUAT POA DARI RENCANA KEGIATAN  
YANG AKAN DILAKUKAN SESUAI DENGAN SPM DAN  
INDIKATOR DI ATAS**

# SISTEMATIKA PENYUSUNAN LAPORAN

# Tugas kelompok portfolio tahap 5

Berdasarkan Tugas Minggu Lalu: Susunlah Jadwal Pelaksanaan Program, Plan Of Action (POA) dan Rencana Anggaran Biaya Program

وَلَا تَهْنُوا وَلَا تَحْزِنُوا

Do not lose hope,  
nor be sad.”

— Qur'an 3:139.



# PERAN AUM DALAM PERENCANAAN & EVALUASI KESEHATAN



UHAMKA, APRIL 2022

# CPMK



Mahasiswa mampu menyusun perencanaan program kesehatan dengan pendekatan pentahelix dengan melibatkan Amal Usaha Muhammadiyah  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dengan latihan menyusun perencanaan intervensi (POA) perilaku kesehatan dengan pendekatan pentahelix yang melibatkan Amal Usaha Muhammadiyah (AUM)  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)

# Agenda Style



- 01 Sejarah
- 02 Bentuk AUM di bidang kesehatan
- 03 Mitra AUM
- 04 Empat Nilai Amal Usaha Muhammadiyah dalam Bidang Kesehatan
- 05 Peran AUM pada perencanaan & evaluasi kesehatan

KUIS



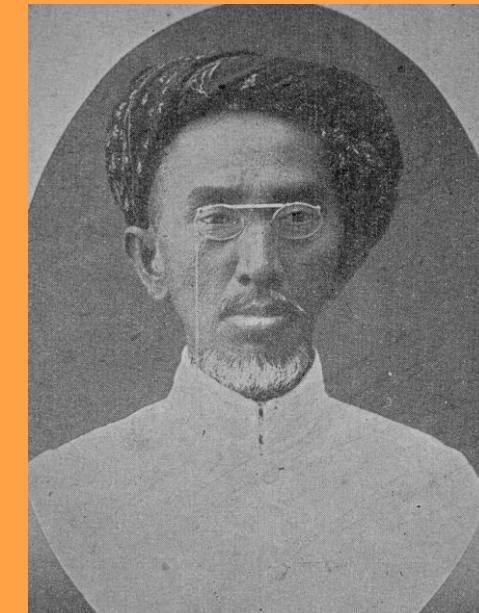
**Apa yg Anda ketahui  
ttg AUM ?**



# sejarah

## MUHAMMADIYAH

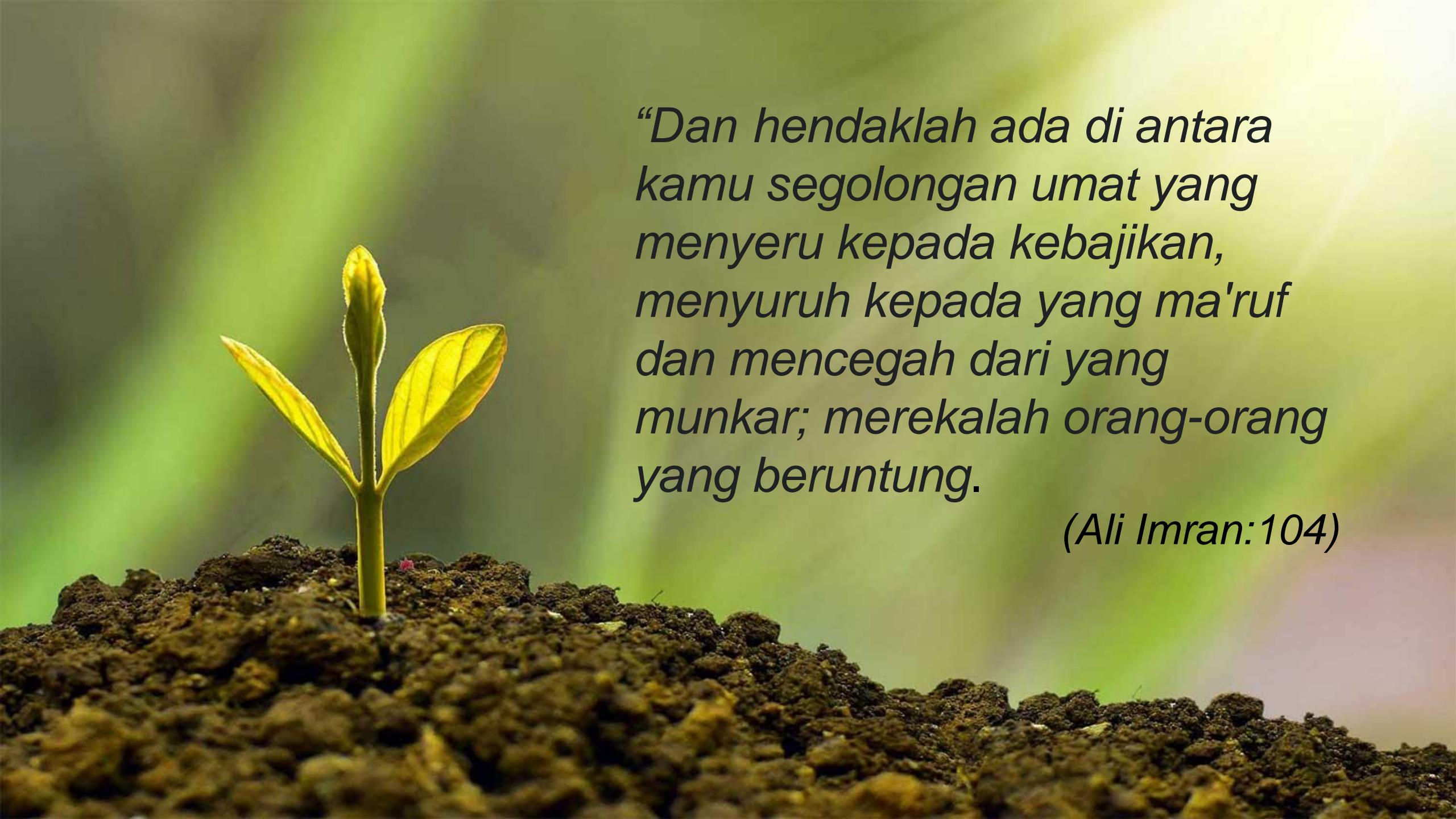
Didirikan di Kampung Kauman Yogyakarta, pada tanggal 8 Dzulhijjah 1330 H/18 Nopember 1912 oleh seorang yang bernama Muhammad Darwis, kemudian dikenal dengan KHA Dahlan.



A close-up photograph of a young plant seedling with three bright green, slightly curved leaves. It is growing out of a mound of dark, moist soil. The background is a soft-focus green, suggesting a natural outdoor environment.

**KH Ahmad Dahlan mendirikan organisasi Muhammadiyah untuk melaksanakan cita-cita pembaruan Islam di bumi Nusantara.**

**Ahmad Dahlan** ingin mengadakan suatu pembaruan dalam cara berpikir dan beramal menurut tuntunan agama Islam.



*“Dan hendaklah ada di antara kamu segolongan umat yang menyeru kepada kebajikan, menyuruh kepada yang ma'ruf dan mencegah dari yang munkar; mereka lah orang-orang yang beruntung.*

*(Ali Imran:104)*

Ayat tersebut, menurut para tokoh Muhammadiyah,  
mengandung isyarat:  
“bergeraknya umat dalam menjalankan dakwah Islam secara  
teorganisasi”  
(umat yang bergerak mengandung penegasan tentang hidup  
berorganisasi)

Butir ke-6 Muqaddimah Anggaran Dasar  
Muhammadiyah  
*“melancarkan amal-usaha dan perjuangan  
dengan ketertiban organisasi”*  
(pentingnya organisasi sebagai alat gerakan  
yang niscaya)



## Karakter Berkemajuan KH. Ahmad Dahlan

- 1. Ningrat-merakyat
- 2. Puritan-inklusif
- 3. Kritis-konstruktif
- 4. Priyayi-melayani
- 5. Kaya-bersahaja
- 6. Hartawan-dermawan
- 7. Alim-tidak ekstrim
- 8. Kyai-tidak semuci
- 9. Teguh-tidak angkuh
- 10. Elit-tidak elitis
- 11. Arab-tidak kearaban
- 12. Jawa- tidak kemaren
- 13. Guru-tidak menggurui
- 14. Terbuka-tidak liberal
- 15. Taat-tidak radikal
- 16. Bersahabat-tidak menjilat
- 17. Berani-rendah hati

# ORGANISASI OTONOM



## Pendidikan

1. TK/TPQ: jumlah TK/TPQ Muhammadiyah adalah sebanyak 4623.
2. SD/MI: jumlah data SD/MI Muhammadiyah adalah sebanyak 2604.
3. SMP/MTs: jumlah SMP/MTs Muhammadiyah adalah sebanyak 1772.
4. SMA/SMK/MA: jumlah SMA/MA/SMK Muhammadiyah adalah sebanyak 1143.
5. Jumlah Perguruan Tinggi Muhammadiyah adalah sebanyak 172



## Kesehatan

- Rumah Sakit, jumlah Rumah Sakit Umum dan Bersalin Muhammadiyah/ Aisyiyah yang terdata sejumlah 107
- Balai Kesehatan Ibu dan Anak
- Balai Kesehatan Masyarakat
- Balai Pengobatan
- Apotek

Sosial:

- Panti Asuhan Yatim
- Panti Jompo
- Balai Kesehatan Sosial
- Panti Wreda/ Manula
- Panti Cacat Netra
- Santunan (Keluarga, Wreda/ Manula, Kematian)
- BPKM (Balai Pendidikan dan Keterampilan Muhammadiyah)
- Rehabilitasi Cacat
- Sekolah Luar Biasa
- Pondok Pesantren Muhammadiyah



A close-up photograph of a person's hands holding a small, healthy green plant with several leaves. The plant is growing out of a pile of dark brown, granular soil. The hands are visible around the base of the plant.

# Empat Nilai Amal Usaha Muhammadiyah dalam Bidang Kesehatan

1. Nilai praksis al Maun
2. Nilai praksis al Umran
3. Nilai praksis al Taawun
4. Nilai praksis al Islah



Nilai praksis al Maun, yakni menghadirkan amal-amal nyata yang melembaga. Artinya, memberikan akses kesehatan bagi siapapun tanpa memandang latar belakang agama, ras, suku, dan golongan manapun



Nilai praksis al Umran, yakni menghasilkan usaha-usaha untuk membangun kemakmuran umat dan masyarakat luas.



Nilai praksis al Taawun, yakni bekerjasama dengan siapapun dalam hal kebaikan dan ketakwaan, bukan dalam dosa dan permusuhan



Nilai praksis al Islah, yakni semangat membangun untuk mewujudkan kemaslahatan umum. Etos membangun ini telah menjadi urat nadi Muhammadiyah di berbagai pelosok negeri.



# MITRA AUM KESEHATAN

---



- 01 PEMERINTAH
- 02 LUAR NEGERI
- 03 PERUSAHAAN
- 04 ORGANISASI MASSA LAINNYA



**PERAN AUM  
DALAM  
PERENCANAAN  
& EVALUASI  
KESEHATAN**



BERITA

**Gubernur Jatim Akui Rumah Sakit Muhammadiyah Telah Menjadi Referensi Pola Penangan Pasien Covid-19**





“

Muhammadiyah selalu ingin hadir, termasuk saat kita menghadapi pandemi, dan alhamdulillah Muhammadiyah sudah dan terus akan jadi solusi bagi negeri.”

**Haedar Nashir**

*Ketua Umum PP Muhammadiyah*



**MAJELIS PEMBINA  
KESEHATAN UMUM**

PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH

# Program **UNGGAULAN**

**Pengembangan Sistem  
RS Islami yang Unggul**

**Sistematisasi Dakwah  
di Rumah Sakit**

**Gerakan 1000 Klinik**



# mdmc

Muhammadiyah Disaster Management Center



Profil

Divisi

Berita

Artikel

Publikasi

Download

Languages

Kontak

Q

D C



MUHAMMADIYAH  
**COVID-19**  
COMMAND CENTER

# Muhammadiyah Covid-19 Command Center

Tim Khusus yang dibentuk Pimpinan Pusat Muhammadiyah untuk mengantisipasi persebaran virus Corona



## Program 'AISYIYAH



### Majelis Kesehatan

Meningkatkan pelayanan dan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Kegiatan berupa pengelolaan dan pengembangan pusat layanan kesehatan yang dikelola 'Aisyiyah...

# KERJASAMA MPKU - KEMENTERIAN KESEHATAN



# **Sehat Santrinya Kuat Bangsanya**



**MEWUJUDKAN PONDOK  
PESANTREN SEHAT BERKEMAJUAN  
DI TIGA PROVINSI  
TAHUN 2019**

# **MEWUJUDKAN PONDOK PESANTREN SEHAT BERKEMAJUAN DI TIGA PROVINSI TAHUN 2019**

## **LATAR BELAKANG**

- Pencegahan stunting → perlu dibangun kesadaran akan pengetahuan pencegahan pada kelompok usia remaja.
- Kelompok usia remaja merupakan *agent of change* dari perilaku kesehatan termasuk kesiapan remaja putri sebagai calon ibu yang akan melahirkan dan mewujudkan generasi berikutnya yang lebih sehat dan berkualitas.
- Kelompok remaja pada umumnya juga merupakan kelompok usia sekolah, yang banyak tersebar dan berada di sekolah-sekolah umum maupun pondok pesantren.
- MPKU PP Muhammadiyah juga mempunyai binaan pondok pesantren (pontren). Jumlah pontren Muhammadiyah berdasarkan data lembaga pengembangan pondok pesantren (LP3) terus bertumbuh, pada tahun 2018 tercatat ada 220 Ponpes Muhammadiyah Boarding School (MBS) yang tersebar di seluruh Indonesia

# **MEWUJUDKAN PONDOK PESANTREN SEHAT BERKEMAJUAN DI TIGA PROVINSI TAHUN 2019**

## **TUJUAN**

### **Tujuan Umum**

Adanya komitmen dari pemangku kepentingan untuk melaksanakan optimalisasi GERMAS Berkemajuan dengan fokus Stunting dan mewujudkan Pesantren Sehat Berkemajuan di beberapa wilayah binaan MPKU PP Muhammadiyah

### **Tujuan Khusus:**

1. Meningkatnya pengetahuan dan pemahaman dari pemangku kepentingan akan pentingnya peran Pondok Pesantren dalam pencegahan stunting.
2. Terbentuknya 150 orang santri Husada sebagai kader kesehatan di Pondok Pesantren Muhammadiyah di 3 Provinsi.
3. Menggambarkan perilaku hidup bersih dan sehat serta pengetahuan santri sebagai pemetaan awal dalam mewujudkan Pesantren Sehat.
4. Terselenggaranya kegiatan promosi dan Pendidikan kesehatan oleh Santri Husada sebagai kader kesehatan di Pesantren binaan

# MEWUJUDKAN PONDOK PESANTREN SEHAT BERKEMAJUAN DI TIGA PROVINSI TAHUN 2019

Kabupaten / Kota	Pondok Pesantren	Sekolah Tinggi Kesehatan
<b>Kab. Lamongan</b>	Pondok Pesantren Al-Ishlah Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Paciran Pondok Pesantren Karang Asem	Stikes Muhammadiyah Lamongan
<b>Kab. Bima</b>	Pondok Pesantren Muhammadiyah Al-Ikhlas dan Al-Amin	Prodi Kebidanan Univ. Muhammadiyah Mataram
<b>Kab. Bantul</b>	Mu'allimat Muhammadiyah Yogyakarta ( 13 Asrama )	Prodi Kesmas UAD

# **MEWUJUDKAN PONDOK PESANTREN SEHAT BERKEMAJUAN DI TIGA PROVINSI TAHUN 2019**

## **KELUARAN YANG DIHARAPKAN**

1. Adanya komitmen dari Pimpinan Pontren binaan MPKU Muhammadiyah untuk menerapkan Pesantren Sehat Berkemajuan dengan terwujudnya Santri Husada di setiap Pesantren.
2. Adanya gambaran kondisi pelaksanaan PHBS, faktor risiko stunting dan pengetahuan terhadap stunting oleh santri dan pengurus Pondok Pesantren.
3. Pengembangan media promosi kesehatan yang akan digunakan oleh santri husada dalam melakukan promosi kesehatan di Pondok Pesantren

# Kerjasama antar institusi dalam mewujudkan pesantren sehat





**Pelaksanaan Kegiatan Kerjasama  
MPKU dengan Direktorat Promosi Kesehatan dan  
Pemberdayaan Masyarakat  
Tahun 2019**

## PERENCANAAN



## PELAKSANAAN



Tingkat Ponpes/Kec

Penerapan Pesantren Sehat di Ponpes

Penerapan Pesantren Sehat di Ponpes

Penerapan Pesantren Sehat di Ponpes

Tingkat Prov/Kab

Workshop Di Kab.  
Lamongan Jatim

Workshop Di Kab.  
Bantul DIY

Workshop Di Kab.  
Bima NTB

Tingkat Pusat

Rapat Koordinasi

Pertemuan Penyusunan Media Promkes

Pertemuan Penyusunan Pedoman Workshop

Pengadaan Media dan Pedoman workshop

Penyusunan Laporan

## EVALUASI



## MONITORING





**OPTIMALISASI GERMAS DAN  
PENGERAKAN PERAN SERTA ORMAS  
DALAM PENURUNAN STUNTING,  
ELIMINASI TBC DAN PENINGKATAN  
CAKUPAN PELAYANAN IMUNISASI  
TAHUN 2018**



# Lokasi Pelaksanaan Optimalisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

NO	PROVINSI	NAMA RS	Wilayah Binaan
1	Jawa Timur	RS Muhammadiyah Siti Khadijah Sepanjang Sidoarjo	Kecamatan Waru: 1. Desa Pepelegi 2. Desa Medaeng 3. Desa Waru
2	Sulawesi Selatan	RS Siti Khodijah I Makassar	Kecamatan Tamangapa: 1. Kampung Borongjambu 2. Kampung Kassi Utara 3. Kampung Kajenjeng

# Lokasi Pelaksanaan Penurunan *Stunting*, Eliminasi TBC

NO	PROVINSI	NAMA RS	Wilayah Binaan
1	Jawa Timur	RS Muhammadiyah Lamongan	Desa binaan: 1. Desa Sidobogem 2. Desa Kalitengah
2	Jawa Tengah	1. RS Muhammadiyah Sruweng Kebumen	Desa Binaan: 1. Desa Jabres 2. Desa Sruweng
		1. RS Muhammadiyah Karanganyar	Desa Binaan : 1. Desa Sroyo 2. Desa Suruh
3	Yogyakarta	RS Muhammadiyah Nanggulan Kulonprogo	Desa Binaan: 1. Desa Kembang 2. Desa Jatisarono

## SASARAN:

1. Germas : Sasaran: 2 RSM, 6 Desa Binaan, 60 kader, 8 Kelompok Binaan, 740 masyarakat.
2. Stunting: Sasaran : 3 RSM, 6 Desa Binaan, 90 Kader, 9 Kelompok Peduli Stunting, 780 ibu hamil dan Balita.
3. TBC: Sasaran : 1 RSM, 2 Desa Binaan, 30 Kader, 3 kelompok peduli TBC, 260 pasien dan keluarga.

## INDIKATOR KEBERHASILAN:

1. Terlatihnya 180 orang fasilitator/kader/Pembina teknis Muhammadiyah yang mampu memiliki kemampuan menggerakkan masyarakat.
2. Adanya 21 kelompok binaan Muhammadiyah yang mendukung yang terdiri dari: 8 kelompok Kampanye Germas Berkemajuan dan memiliki kegiatan yang berkesinambungan, 3 Kelompok Peduli TBC dan 9 Kelompok Peduli Stunting.
3. Adanya pembinaan posyandu menjadi aktif dan integrasi pelayanan posyandu dengan posbindu, posyandu remaja, serta terbentuknya pos TB desa.

Rapat Koordinasi  
Tingkat Pusat

Pertemuan Penyusunan  
Media Stunting dan  
Eliminasi TBC

Pertemuan Penyusunan  
Pedoman Orientasi

PERENCANAAN

**PELAKSANAAN &  
MONITORING**



**Pengadaan Media dan Pedoman Orientasi**

**Pertemuan persiapan Orientasi dan  
Fasilitasi Penggerakan Kelompok  
Masyarakat Binaan**

**Pelaksanaan Orientasi/ Peningkatan  
Kapasitas**

**Pelaksanaan Penggerakan/Mobilisasi  
Kelompok dan atau Masyarakat**

**Pembuatan Laporan Akhir untuk Seluruh  
Kegiatan**

**EVALUASI**

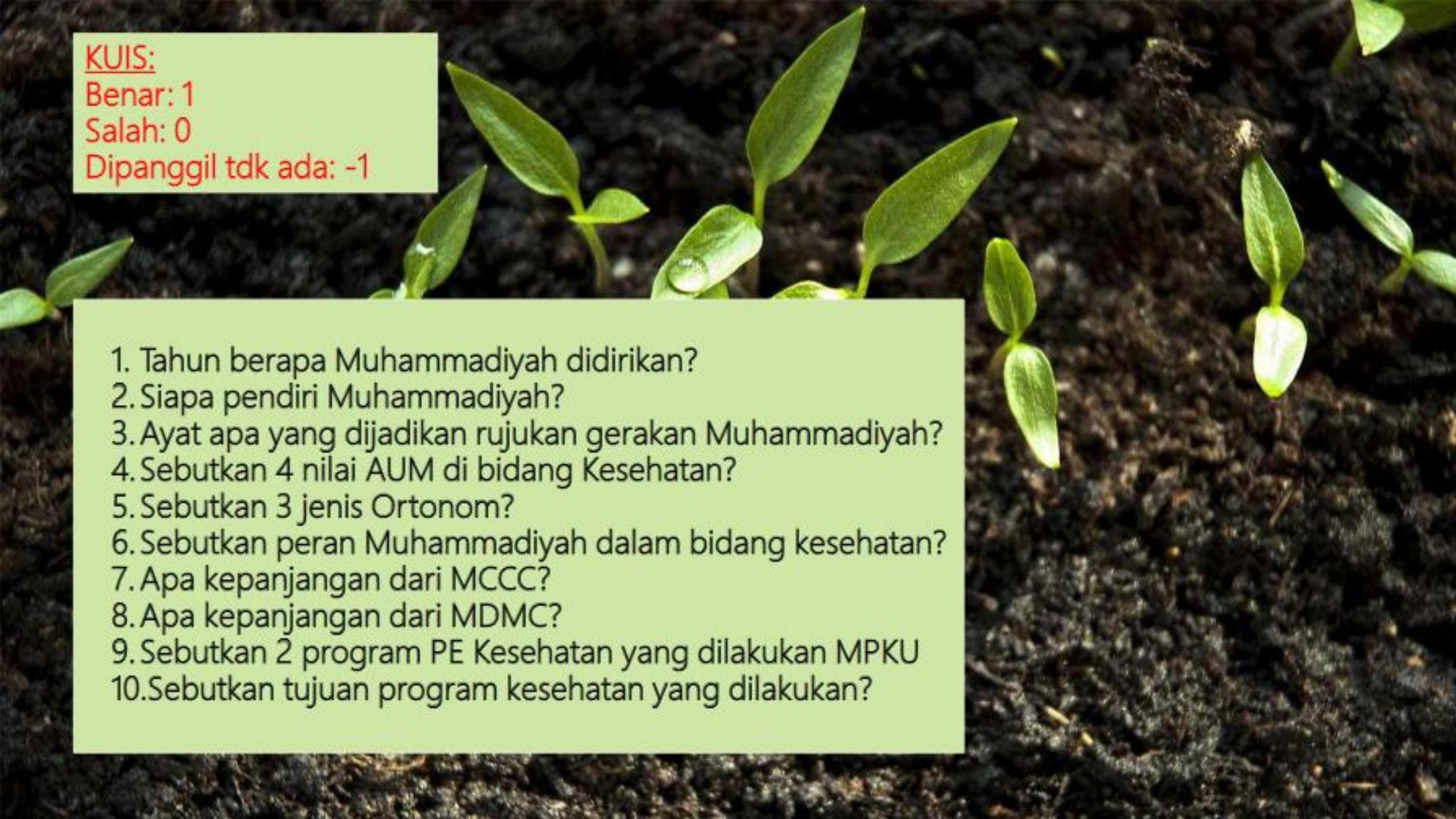
KUIS:

Benar: 1

Salah: 0

Dipanggil tdk ada: -1

1. Tahun berapa Muhammadiyah didirikan?
2. Siapa pendiri Muhammadiyah?
3. Ayat apa yang dijadikan rujukan gerakan Muhammadiyah?
4. Sebutkan 4 nilai AUM di bidang Kesehatan?
5. Sebutkan 3 jenis Ortonom?
6. Sebutkan peran Muhammadiyah dalam bidang kesehatan?
7. Apa kepanjangan dari MCCC?
8. Apa kepanjangan dari MDMC?
9. Sebutkan 2 program PE Kesehatan yang dilakukan MPKU
10. Sebutkan tujuan program kesehatan yang dilakukan?





# THANK YOU

SELAMAT BELAJAR DAN MENEMPUH UJIAN TENGAH SEMESTER



UHAMKA,  
JUNI 2022

# EVALUASI KESEHATAN Program Kesehatan PENTAHelix

# CPMK & SUB-CPMK

Mahasiswa mampu menyusun perencanaan program kesehatan dengan pendekatan pentahelix dengan melibatkan Amal Usaha Muhammadiyah  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KU3,KK1,KK3,KK4)

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dengan latihan menyusun evaluasi intervensi perubahan perilaku kesehatan  
(S1,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)

QS. Al Furqan:1

# PRESENTASI KELOMPOK TAHAP 6

# Bahan Kajian

- Pengertian
- Tujuan Evaluasi
- Manfaat Evaluasi
- Jenis Evaluasi
- Teknik/Metode Evaluasi
- Analisis evaluasi tentang program kesehatan kota dan nasional dengan pendekatan pentahelix

# PENGERTIAN

Kegiatan yang terencana untuk mengetahui keadaan sesuatu objek dengan menggunakan instrumen dan hasilnya dibandingkan dengan tolok ukur untuk memperoleh kesimpulan  
(Yunanda : 2009)

# PENGERTIAN

Merupakan proses menggambarkan, memperoleh dan menyajikan informasi yang berguna untuk merumuskan suatu alternatif keputusan

(Lababa : 2009)

# PENGERTIAN

Penilaian keberhasilan pemenuhan sumber daya, implementasi program, hasil luaran dan dampak dari upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat dan swasta  
(Suhadi, 2015)

# TUJUAN EVALUASI

## 1. Tujuan Penilaian *Input*

Evaluasi *input* bertujuan untuk menilai ketersediaan, kelengkapan, kelayakan, kemampuan, kecukupan, dan menilai hambatan penghimpunan sumber daya.

# **TUJUAN EVALUASI**

## **2. Tujuan Penilaian Proses**

Evaluasi proses bertujuan untuk menilai efektivitas, efisiensi, mutu/kesesuaian standarisasi program, kinerja, dan hambatan dari penerapan suatu program.

# TUJUAN EVALUASI

## 3. Tujuan Penilaian *Output*

Evaluasi *output* bertujuan untuk menilai keberhasilan, kesesuaian dengan tujuan dan target program yang diharapkan.

# TUJUAN EVALUASI

## 4. Tujuan Penilaian Efek.

Evaluasi bertujuan untuk menilai dampak yang dirasakan masyarakat dari penerapan suatu program kesehatan. Misalnya dampak peningkatan atau penurunan derajat kesehatan.

# FUNGSI EVALUASI

1. Alat menilai keberhasilan program kesehatan.
2. Alat mengetahui segala hambatan implementasi program .
3. Alat mengukur efektivitas, efisiensi, mutu, dan dampak program.
4. Alat kontrol manajemen.
5. Alat umpan balik keputusan .
6. Sebagai dasar penyusunan perencanaan selanjutnya.

# MANFAAT EVALUASI

1. Diketahuinya keberhasilan program kesehatan

Evaluasi akan mengukur implementasi program kesehatan yang telah dilakukan dengan menggunakan instrumen tertentu sehingga keberhasilan program dapat diketahui sejauh nama perkembangannya

# MANFAAT EVALUASI

2. Diketahuinya segala hambatan implementasi program  
Evaluasi juga akan mengukur hambatan – hambatan yang terjadi, bentuk hambatannya, aspek mana saja yang masih terdapat hambatan dan mengapa hambatan tersebut terjadi.

# MANFAAT EVALUASI

3. Diketahuinya efektivitas, efisiensi, mutu, dan dampak program

Evaluasi juga akan mengukur efektivitas, efisiensi, mutu, dan dampak program yang terjadi. Sejauh mana efektivitas, efisiensi, mutu, dan dampak program, pada aspek mana saja yang belum efektif dan efisien, bagaimana efektivitas, efisiensi, mutu, dan dampak program dan mengapa program yang dilakukan tidak efektivitas dan efisiensi, mutu dan dampak program tidak tercapai.

# JENIS EVALUASI

## 1. Evaluasi *Formative*

Evaluasi yang dilakukan pada saat pelaksanaan kegiatan program masih sedang berlangsung.

Dikelompokkan dalam dua bentuk:

- 1) *Critical Review Evaluation*, yaitu evaluasi untuk menilai suatu program belum dilaksanakan.

# JENIS EVALUASI

- 2) *Midterm Evaluation*, yaitu evaluasi pada saat program sedang dikerjakan, ada dua bentuk:
- Evaluasi Proses yaitu evaluasi untuk menilai proses/kegiatan, dan
  - Evaluasi Monitoring yaitu evaluasi untuk mengawasi berjalannya suatu program.

# JENIS EVALUASI

## 2. *Evaluasi Summative*

Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan program sudah selesai dilakukan.

Dikelompokkan dalam dua bentuk:

- Evaluasi *output* yaitu evaluasi untuk menilai hasil kegiatan program.
- Evaluasi dampak/*impact/outcome* yaitu evaluasi untuk menilai dampak hasil dari pelaksanaan program.

# STANDAR EVALUASI

## 1. *Utility* manfaat

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

## 2. *Accuracy* (akurat)

Informasi atas hasil evaluasi hendaklah memiliki tingkat ketepatan tinggi.

## 3. *Feasibility* (layak)

Hendaknya proses evaluasi yang dirancang dapat dilaksanakan secara layak

# **PROSES EVALUASI**

1. Menentukan tujuan evaluasi
2. Menyusun instrumen evaluasi
3. Pengukuran objek evaluasi
4. Pencatatan data hasil pengukuran
5. Pengolahan data hasil pengukuran
6. Analisis data hasil pengukuran
7. Penyusunan dan penyajian laporan hasil evaluasi

# METODE/TEKNIK EVALUASI

## 1. Tes pengetahuan

Teknik ini dilakukan untuk mengevaluasi pengetahuan peserta atas intervensi program yang diberikan. Di sini diharapkan daya serap pengetahuan bagi peserta.

Contoh: program penyuluhan TB

## 2. Tes sikap

Teknik ini dilakukan untuk mengevaluasi sikap peserta atas intervensi program yang diberikan. Sikap di sini seperti kesediaan memakai KB

# METODE/TEKNIK EVALUASI

## 3. Tes tindakan

Teknik ini dilakukan untuk mengevaluasi tindakan peserta atas intervensi program yang diberikan. Di sini diharapkan adanya perubahan tindakan.

Contoh:menggunakan KB suntik bagi ibu.

## 4. Tes hasil produk jasa/barang

Teknik ini dilakukan untuk mengevaluasi hasil produk barang/jasa yang dihasilkan sesuai dengan tujuan program. Misalnya: kesembuhan pengobatan karies gigi pada pelayanan poli gigi, tersedianya makanan sehat siap saji oleh pelayanan unit dapur rumah sakit

# METODE/TEKNIK EVALUASI

Instrumen yang digunakan dalam evaluasi di antaranya:

## 1. Observasi

Alat ukur ini berupa cek *list* yang telah disusun untuk mengamati suatu sasaran yang akan diukur.

## 2. Pengukuran

Alat ukur ini berupa alat timbangan, meter, dan lain sebagainya.

# **METODE/TEKNIK EVALUASI**

## **3. Wawancara**

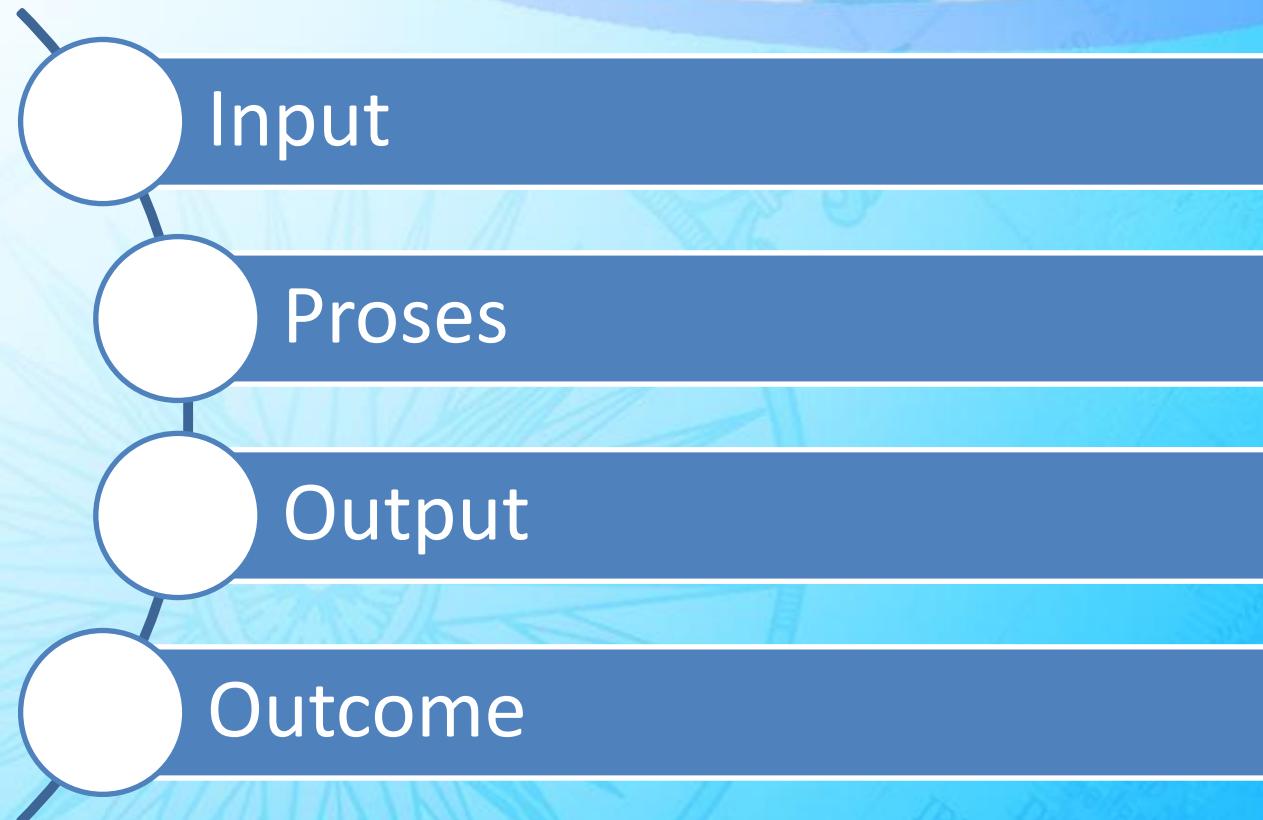
Alat ukur ini berupa pedoman wawancara.

## **4. Angket/kuisisioner**

Alat ukur ini berupa angket atau kuisioner.



# JENIS PENILAIAN



**INPUT**

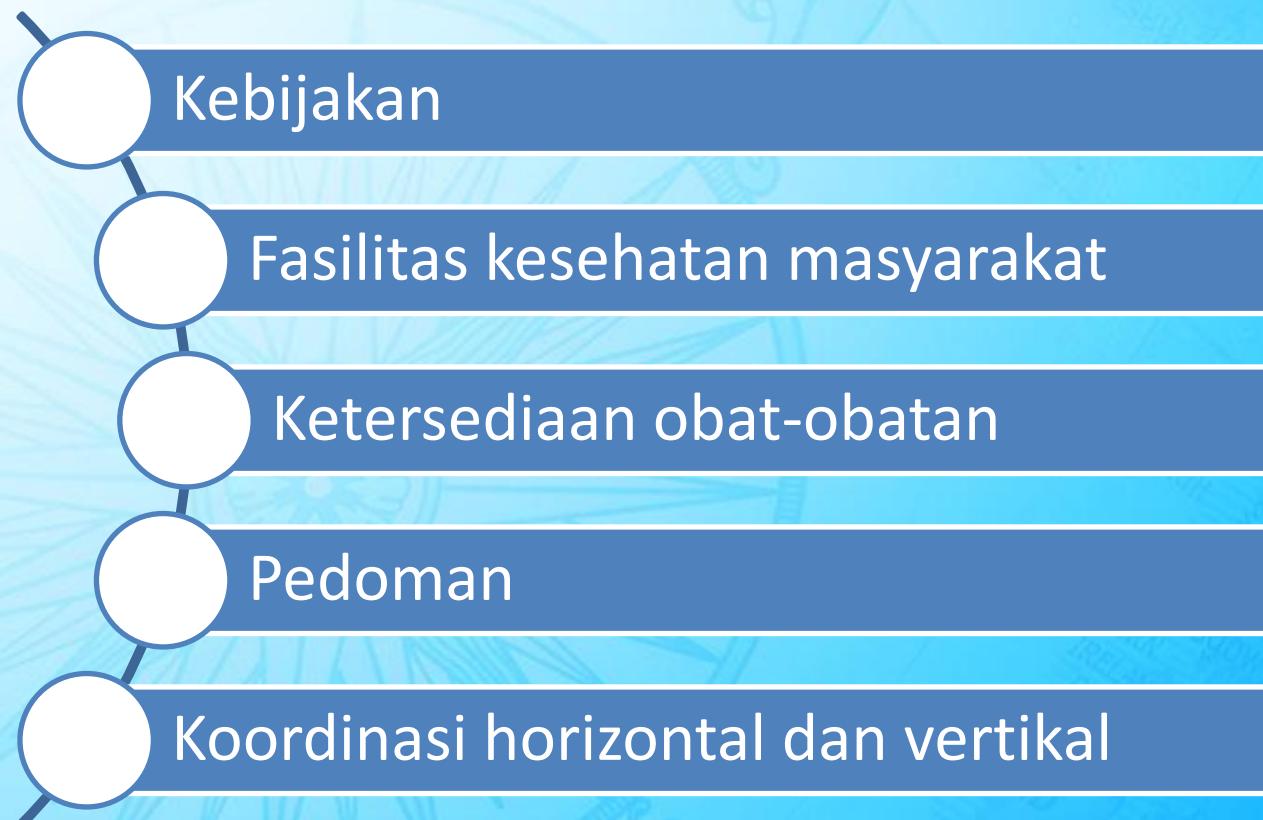
**PROSES**

**OUTPUT**

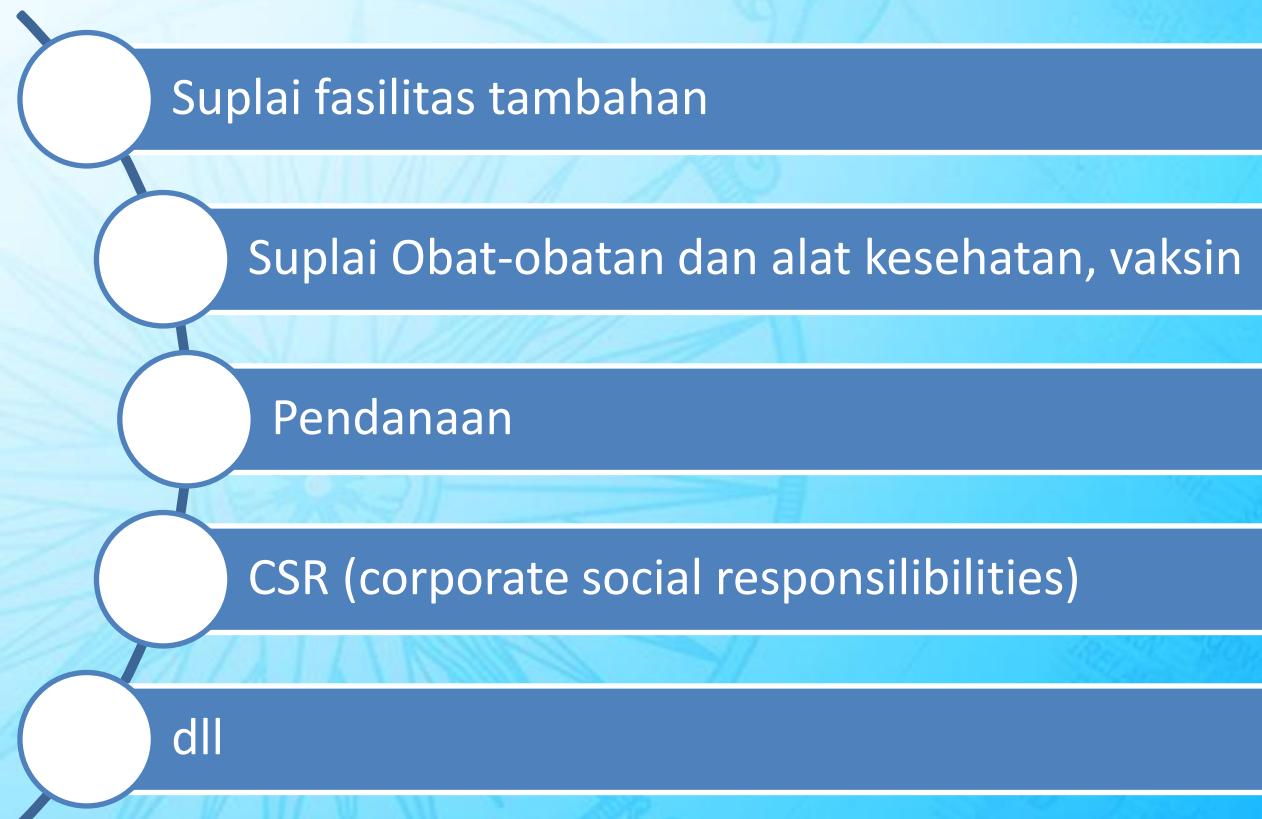
**OUTCOME**



# PEMERINTAH



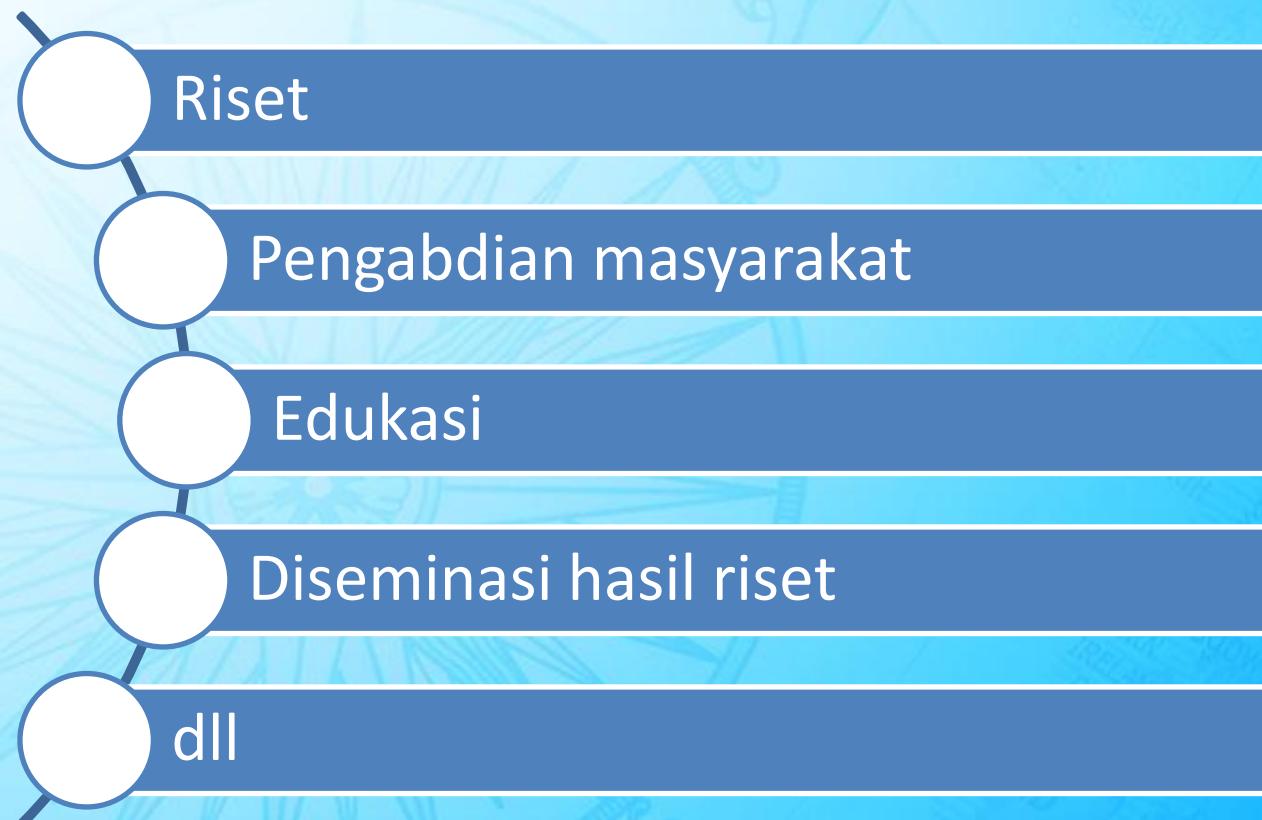
# BISNIS



# MEDIA

- Penyebaran informasi
- Menangkal Hoax
- Motivasi
- Wawancara, dialog, talkshow
- dll

# AKADEMISI



# KOMUNITAS/MASYARAKAT

- Bahu Membahu mengingatkan masyarakat lainnya
- Membantu pelaksanaan program
- Pendanaan
- Gotong Royong
- Patuh Kebijakan

# **TUGAS KELOMPOK**

## **REVIEW ARTIKEL TENTANG PERENCANAAN DAN EVALUASI KESEHATAN**

### **PRESENTASI PERTEMUAN 15**