

Buku Pedoman

# Adopsi, Kontekstualisasi, dan Adaptasi Program Puskesmas Terpadu dan Juara (PUSPA)



Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)

Bekerja sama dengan



**PUSPA**  
Puskesmas Terpadu  
dan Juara

## **Buku Pedoman**

# **Adopsi, Kontekstualisasi, dan Adaptasi Program Puskesmas Terpadu dan Juara (PUSPA)**

### **Penyusun** *(diurutkan sesuai abjad):*

Agatha Swasti Ayuning Tyas

Amru Sebayang

Anita Siti Fatonah

Dedi Suhendi

Deni Frayoga

Dian F. Agustin

Egi Abdul Wahid

Nadhira Febianisari

Putri Regita Aprilia

Riska Siti C.

Tri Maharti

Yurdhina Meilissa

Zenithesa Gifta Nadirini

### **Kontributor:**

dr. Nina Susana Dewi, M.Kes, MMR, Sp.PK(K)

dr. Raden Vini Adiani Dewi

### **Desain dan layout:**

Dedi Suhendi

### **Editor:**

Rebecca Santi

Dipublikasikan di Indonesia pada November 2023 oleh  
Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives

Probo Office Park

Jl. Probolinggo No. 40C, Menteng, Jakarta Pusat 10350 Indonesia

T +62(21) 3917590

F +62(21) 3913471

E [secretariat@cisdi.org](mailto:secretariat@cisdi.org)

W [www.cisdi.org](http://www.cisdi.org)

Hak cipta dilindungi Undang-Undang.



Cara mengutip dokumen ini:

(CISDI, 2023)

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) (2023). Buku Pedoman Adopsi, Kontekstualisasi, dan Adaptasi Program Puskesmas Terpadu dan Juara (PUSPA). Jakarta: Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives.

## Pengantar dari CEO CISDI

Program Puskesmas Terpadu dan Juara (PUSPA) merupakan program kolaborasi Pemerintah Provinsi Jawa Barat dengan Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI), yang berfokus pada penguatan layanan kesehatan primer di Jawa Barat. Program ini dirancang untuk merespons pandemi COVID-19 di tahun 2020. Seiring perkembangan pandemi COVID-19 yang ditandai dengan meningkatnya cakupan vaksinasi COVID-19 dan mulai terkendalinya kasus COVID-19, program PUSPA mengembangkan lingkup intervensi pada layanan kesehatan esensial: program gizi dan penyakit tidak menular (hipertensi dan diabetes melitus).

Layanan kesehatan primer, dengan puskesmas sebagai inti layanan dasar, merupakan penopang sistem kesehatan nasional. Peran besar puskesmas semakin nyata setelah dunia menghadapi pandemi COVID-19. Program PUSPA bertujuan menjadikan puskesmas sebagai pemberi layanan yang optimal dan responsif terhadap perubahan melalui peningkatan kapasitas sumber daya manusia, implementasi program inovatif, dan kerja sama lintas sektor.

Dengan semangat berbagi dan belajar tanpa jemu, CISDI menyusun suatu pedoman atau PUSPA *playbook* setelah tiga tahun berkarya di Jawa Barat. CISDI berharap pedoman ini dapat menjadi sumber pengetahuan dan inspirasi bagi instansi-instansi lain yang juga bercita-cita menjadikan puskesmas Indonesia sebagai layanan kesehatan terpadu dan juara.

Selamat membaca,

CEO dan Founder CISDI

The signature is written in a cursive style. The CISDI logo is in red and white, with the letters 'cisdi' in a lowercase, sans-serif font. The signature overlaps the logo.

Diah S. Saminarsih



## Pengantar dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat

Program Puskesmas Terpadu dan Juara (PUSPA) merupakan program yang diinisiasi melalui kerjasama antara Pemerintah Provinsi Jawa Barat dan Centre for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI). Kami memiliki cita-cita yang sama yaitu memperkuat layanan kesehatan primer yang menjadi ujung tombak sistem kesehatan nasional. Program PUSPA diluncurkan secara khusus pada 1 Februari 2021 untuk membantu mengatasi pandemi COVID19, sesuai dengan visi Gubernur Jawa Barat saat itu. Program PUSPA mendukung penanganan Pandemi COVID-19 di benteng pertama, yaitu 3M (memakai masker, mencuci tangan, dan menjaga jarak) dan penguatan 3T (*Tracing, Testing, dan Treatment-Isolation*). Dengan pengalaman dan kepakaran CISDI dalam pemberdayaan masyarakat, Puskesmas PUSPA surveilans berbasis masyarakat (SBM), sehingga membuat Puskesmas ini berbeda dengan puskesmas lainnya. Masyarakat turut terlibat tidak hanya dalam promosi 3M tetapi juga dalam *tracing* (melacak) dan mengelola *treatment* (isolasi mandiri).

Tahun 2022 menjadi titik fokus akselerasi vaksinasi COVID-19 dan pemulihan layanan kesehatan esensial penyakit tidak menular (PTM) dan gizi yang terdampak selama pandemi COVID-19. Selain itu, terjadi peningkatan capaian SPM (Standar Pelayanan Minimal) untuk hipertensi, diabetes melitus, dan skrining usia produktif di 100 puskesmas lokus PUSPA. Tahun 2023, Program PUSPA hadir untuk memperkuat puskesmas di Jawa Barat, dengan berfokus pada intervensi di 8 kabupaten/kota yang memiliki *Urban Health Index* (UHI) terendah di Jawa Barat. Berbekal pembelajaran selama 2 tahun, program PUSPA telah banyak melahirkan inovasi di tingkat kabupaten/kota dan puskesmas pada tahun 2023 dalam upaya penanganan dan pencegahan stunting, imunisasi, dan PTM.

Selama 3 tahun di Jawa Barat, Program PUSPA dengan berbagai pembelajaran dan praktik baik memang perlu untuk diwujudkan dalam produk pengetahuan sebagai pedoman bagi seluruh Pemerintah Daerah, khususnya Dinas Kesehatan di Jawa Barat dan umumnya di Indonesia. Bercermin dari keberhasilan program penguatan layanan kesehatan primer tersebut, kami mendukung CISDI dalam membuat Buku Pedoman Penguatan Layanan Kesehatan Primer Terpadu ini. Kami memotivasi instansi dan daerah yang memiliki cita-cita serupa dengan mengutamakan tata kelola yang baik, kolaborasi, dan inovasi. Akhir kata, selamat membaca buku pedoman ini dan melanjutkan kerja-kerja demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

### Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat



Ditandatangani secara elektronik oleh:  
KEPALA DINAS KESEHATAN  
PROVINSI JAWA BARAT,

dr. RADEN VINI ADIANI DEWI  
Pembina Tk.I



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) Badan Siber dan Sandi Negara. Dokumen digital yang asli dapat diperoleh dengan memindai QR Code, memasukkan kode pada Aplikasi NDE Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat, atau mengakses tautan berikut

<https://sidebar.jabarprov.go.id/v/8AA76B2EF3> 8AA76B2EF3

# **Daftar Isi**

Pengantar dari CEO CISDI .....	3
Pengantar dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat .....	4
Daftar Isi .....	5
Cara Menggunakan Pedoman .....	6
<b>BAGIAN 1: TAHAP INISIASI DAN PERENCANAAN .....</b>	<b>7</b>
<b>BAB I MEMBANGUN KOMITMEN .....</b>	<b>8</b>
1.1 Komitmen Kepala Daerah .....	8
1.2 Melakukan Rapat Koordinasi untuk Membangun Komitmen.....	8
1.3 Membangun Sekretariat Bersama .....	9
1.4 Komitmen Anggaran .....	10
<b>BAB II LOKAKARYA INTERNAL .....</b>	<b>12</b>
2.1 Melakukan Analisis Masalah dan Menentukan Konsep Program .....	12
2.2 Pemetaan Pemangku Kepentingan.....	13
2.3 Merancang Seleksi dan Kompetensi Tenaga Kesehatan .....	16
2.4 Menentukan Pemilihan Lokasi.....	17
<b>BAB III LOKAKARYA KABUPATEN/KOTA .....</b>	<b>20</b>
3.1 Membangun Kerangka Berpikir dan Indikator Program .....	20
3.2 Pembuatan Pedoman Teknis Program.....	22
<b>BAGIAN 2: IMPLEMENTASI, PEMANTAUAN, DAN EVALUASI .....</b>	<b>25</b>
<b>BAB IV PENINGKATAN KAPASITAS TENAGA KESEHATAN .....</b>	<b>26</b>
<b>BAB V PEMANTAUAN .....</b>	<b>30</b>
5.1 Merancang Metode dan Jadwal Pemantauan.....	30
5.2 Membangun Instrumen Pelaporan dan Instrumen Monitoring Capaian.....	31
5.3 Proses Pemantauan Selama Implementasi.....	35
<b>BAB VI MENGELOLA INOVASI .....</b>	<b>40</b>
6.1 Mencetuskan dan mengelola inovasi.....	40
6.2 Pemberdayaan Masyarakat melalui Mobilisasi Kader .....	41
<b>BAB VII EVALUASI .....</b>	<b>43</b>
<b>BAGIAN 3: Kemitraan dan Komunikasi .....</b>	<b>46</b>
<b>BAB VIII MEMBANGUN DAN MEMBINA KEMITRAAN .....</b>	<b>47</b>
8.1 Melakukan Asesmen Kemitraan Melalui Proses Due Diligence .....	47
8.2 Menentukan Bentuk Kemitraan dan Kontraprestasi .....	48
8.3 Formalisasi Kemitraan .....	49
<b>BAB IX KOMUNIKASI, PUBLIKASI, DAN MEDIA .....</b>	<b>51</b>
9.1 Kegiatan Komunikasi.....	51
9.2 Produk Komunikasi untuk Edukasi atau Kampanye .....	52
9.3 Publikasi di Media Sosial dan Website .....	52
9.5 Dokumentasi .....	54



# Cara Menggunakan Pedoman

Pedoman ini disusun berdasarkan pengalaman CISDI mengembangkan dan mengimplementasikan Program PUSPA selama 2021-2023 di Provinsi Jawa Barat, sebagai bentuk respons dari krisis kesehatan (pandemi Covid-19). Pedoman ini dapat digunakan oleh banyak pihak, terutama pelaksana program dan pemerhati isu kesehatan, baik yang sebelumnya pernah terlibat maupun berminat untuk menginisiasi program sejenis. Bagi pemangku kepentingan yang secara langsung atau tidak langsung berkaitan dengan sektor kesehatan, buku pedoman ini dapat menjadi salah satu referensi penunjang dalam pertimbangan mengambil keputusan. Selain itu, masyarakat sipil dan mitra pembangunan juga dapat mengambil praktik baik dari buku pedoman ini untuk memperkuat pelayanan kesehatan primer di kabupaten/kota atau provinsi sesuai ranah kontribusinya.

Pihak-pihak yang berencana mereplikasi program tersebut disarankan untuk pertamanya mempertimbangkan apakah akan mengadopsi, mengadaptasi, atau mengkontekstualisasi tahapan-tahapan yang ada di dalam pedoman<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> Dizon, J.M., Machingaidze, S. & Grimmer, K. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. BMC Res Notes 9, 442 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2244-7>



## BAGIAN 1

# Tahap Inisiasi dan Perencanaan

PUSPA  
Puskesmas Terpadu



### Landasan Hukum

- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
- Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Teknis Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pedoman Pengadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam Mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
- Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK)
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2020 tentang Standar Kompetensi Teknis Pejabat Perangkat Daerah Bidang Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 48 Tahun 2017 tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan

# **BAB I** **MEMBANGUN KOMITMEN**

## **1.1 Komitmen Kepala Daerah**

Komitmen kepala daerah terhadap penguatan layanan kesehatan primer merupakan bagian penting pada tahap awal. Bentuk konkret dari komitmen kepala daerah dibuktikan dalam bentuk:

- a. Dukungan regulasi yang diberikan melalui peraturan kepala daerah (gubernur, walikota, atau bupati);
- b. Komitmen anggaran untuk program penguatan layanan kesehatan primer dan puskesmas;
- c. Pemantauan terhadap implementasi program penguatan layanan kesehatan primer, dan arahan untuk menyelesaikan permasalahan oleh kepala daerah dan pemerintah daerah;

## **1.2 Melakukan Rapat Koordinasi untuk Membangun Komitmen**

Rapat koordinasi dilakukan untuk mendiskusikan hal-hal esensial, termasuk memastikan komponen inti program. Rapat koordinasi adalah kesempatan untuk menggali kebutuhan dan menginisiasi program secara inklusif dan strategis. Keikutsertaan pihak-pihak kunci sangat penting dalam tahap ini.

Rapat koordinasi dapat dilaksanakan sebelum dan sesudah pembuatan kerangka berpikir (framework) program. Praktik baik yang direkomendasikan adalah melakukan analisis isu prioritas terlebih dahulu, lalu mendiskusikannya untuk mendapat dukungan dan komitmen dari seluruh pihak kunci.

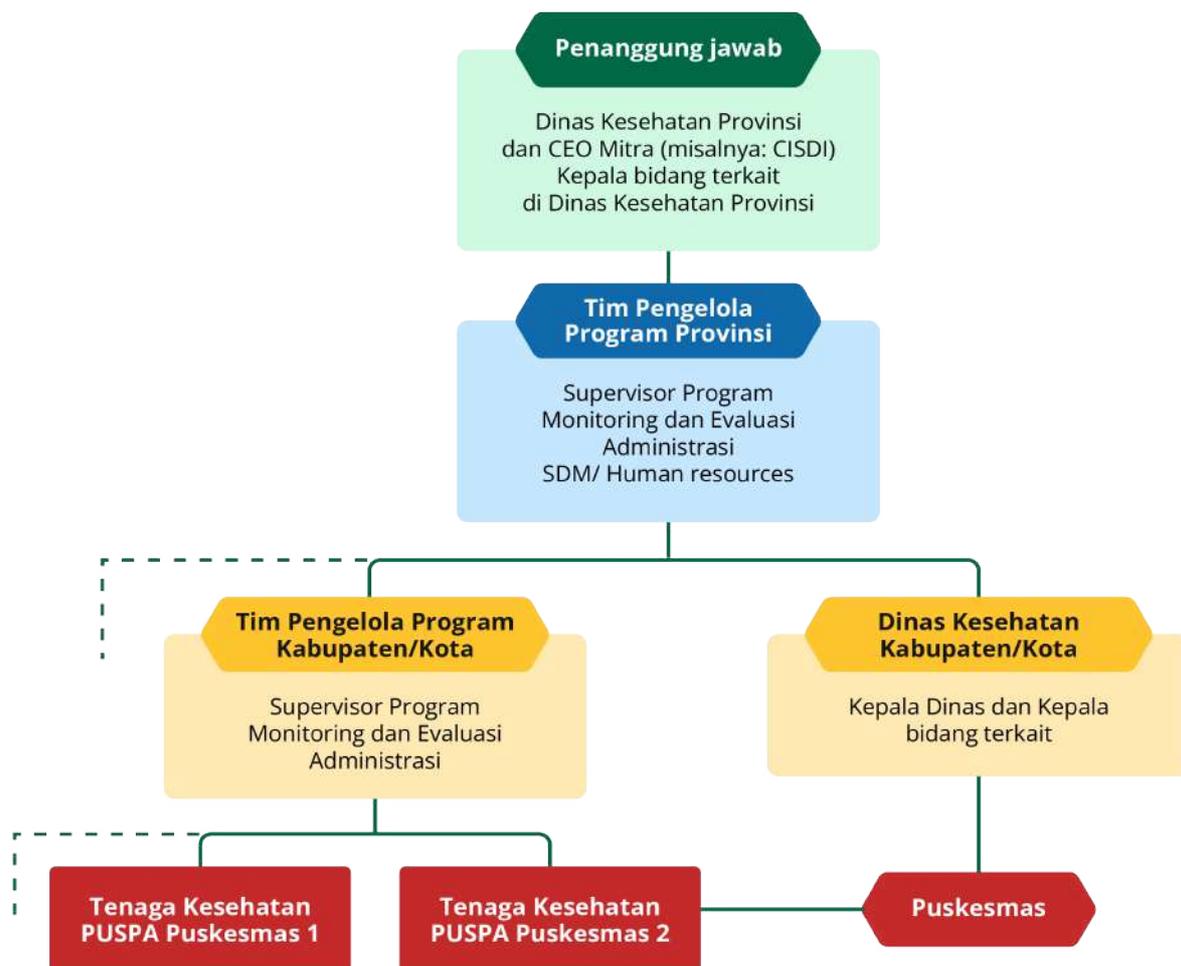
### **Contoh pelaksanaan rapat koordinasi**

- Peserta: provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas lokus
- Metode: diskusi kelompok dengan fasilitator. Diskusi dapat dikelompokkan berdasarkan lokasi atau level administrasi.
- Rencana luaran: terbentuknya sekretariat/pokja, pembagian peran, target untuk setiap indikator, alokasi anggaran program, dan hal esensial lain untuk program.



### 1.3 Membangun Sekretariat Bersama

Sekretariat Bersama merupakan sekelompok orang yang mengelola program, yang terdiri dari Dinas Kesehatan dan mitra kerjasama (CSO dan akademisi). Tidak terdapat bentuk baku dari struktur organisasi Sekretariat Bersama, sehingga setiap daerah berwenang untuk membuat struktur organisasi sesuai dengan kebutuhan program. Sekretariat setidaknya mencakup pengelola program, pemantauan dan evaluasi, staff administrasi dan keuangan, serta pengelola sumber daya manusia (SDM). Struktur organisasi yang digunakan dalam program PUSPA periode 2022-2023 terdapat di Gambar 1.



Gambar 1. Struktur Organisasi PUSPA (garis putus-putus menandakan bagian serupa yang dapat dimultiplikasi sesuai kebutuhan)

## 1.4 Komitmen Anggaran

Rencana anggaran biaya menunjukkan komitmen untuk menyediakan sumber daya finansial dalam jumlah yang cukup untuk kebutuhan program. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam komitmen anggaran yaitu pengalokasian anggaran yang berorientasi pada dampak yang diharapkan dari program, diikuti dengan pengawasan terhadap penyerapan dan dampak anggaran. Komponen belanja program penguatan layanan kesehatan terdiri dari belanja sumber daya manusia (SDM), peningkatan kapasitas SDM, implementasi program, monitoring dan evaluasi, dan logistik.

*Lihat Lampiran L1.1 dan L1.2 untuk komponen belanja dan menu anggaran dalam program penguatan layanan kesehatan primer.*

### **Hindari!**

- 1 Menyusun anggaran berdasarkan rutinitas tahunan.**
- 2 Mengalokasikan terlalu banyak anggaran untuk kegiatan pertemuan.**
- 3 Membuat rancangan anggaran biaya sebelum merancang tujuan dan aktivitas program. Anggaran berisiko terbuang untuk aktivitas yang tidak berdampak.**



**Lampiran Bab 1:**

L1.1 Komponen Belanja Program

L1.2 Contoh Menu Anggaran Program



*Scan di sini*

## BAB II LOKAKARYA INTERNAL

### 2.1 Melakukan Analisis Masalah dan Menentukan Konsep Program

Dalam melakukan analisis masalah, pengelola dapat melakukan tinjauan masalah di daerah masing-masing serta menggunakan program nasional sebagai pertimbangan dan landasan. Tinjauan masalah di daerah dapat dilakukan dengan menganalisis hasil SPM (Standar Pelayanan Minimum) Kesehatan dan data kesehatan lainnya untuk mencari akar masalah. Pencarian akar masalah dapat dilakukan dengan metode *causal-effect loop* (hubungan timbal balik), *fishbone framework* (diagram tulang ikan), dan lainnya. Tahap ini berguna untuk menemukan akar masalah dan intervensi yang sesuai serta merancang konsep program.

Kajian prioritas masalah merupakan hal pertama yang mendasari ide dalam penyusunan kerangka berpikir. Pada tahapan ini, Dinas Kesehatan dapat menentukan 1-3 fokus masalah kesehatan prioritas atau penyakit dengan dampak paling berat.

#### Contoh perancangan konsep program berdasarkan analisis masalah

Konteks: Pengalaman Program PUSPA 2021



Gambar 2. Model Intervensi PUSPA 2021

Dalam analisis ditemukan bahwa akar masalah dalam penanganan pandemi Covid-19 adalah terbatasnya pemberdayaan masyarakat, jumlah dan kualitas SDM Kesehatan, serta tidak adekuatnya komitmen serta kolaborasi lintas sektor. Aspek-aspek tersebut perlu disasar selain intervensi langsung terhadap tiga indikator utama, yaitu *testing* (tes), *tracing* (telusur), dan tindak lanjut (isolasi dan rujukan).

Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat menjadi alat sekaligus indikator pendukung yang menguatkan pencapaian ketiga indikator utama tersebut. Dalam praktiknya, pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui kegiatan surveilans berbasis



masyarakat melalui mobilisasi kader untuk kegiatan tracing, pemantauan isolasi serta menjangkau suspek di lingkungan masing-masing untuk kemudian dirujuk ke Puskesmas dan dilakukan test COVID-19.

## 2.2 Pemetaan Pemangku Kepentingan

Pemetaan pemangku kepentingan, baik pihak internal maupun eksternal, biasanya dilakukan menggunakan *Power-Interest matrix*. Kekuatan atau kekuasaan (power) dari suatu pihak dipetakan secara vertikal, yakni semakin tinggi tingkat kekuatan pihak tersebut terhadap keberhasilan program, maka semakin tinggi posisinya di matriks. Ketertarikan (interest) pada program yang diusulkan dipetakan secara horizontal, yakni semakin besar minat terhadap program, semakin bergeser ke kanan posisinya di matriks.

Pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan program penguatan layanan kesehatan primer terdiri dari sektor pemerintah dan non-pemerintah. Sektor non-pemerintah meliputi instansi pendidikan, organisasi nirlaba atau LSM, industri, media, dan sektor swasta. Detail jabatan dan fungsi dari sektor pemerintah ditampilkan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Detail Nama, Jabatan, dan Fungsi Pemangku Kepentingan Sektor Pemerintah

Peran Birokrasi	No.	Jabatan	Fungsi
Strategis- Pengambil Kebijakan	1	Gubernur/ walikota/ bupati (GWB)	Menyediakan produk hukum sesuai kewenangannya sebagai dasar penyelenggaraan program. Produk hukum dapat berupa Peraturan Gubernur/Walikota/Bupati tentang penyelenggaraan program atau penetapan lokasi intervensi.
	2	Sekretaris Daerah	Memberikan dukungan strategis untuk koordinasi lintas Organisasi Perangkat Daerah (OPD), penyediaan anggaran dan sinkronisasi dengan visi-misi Gubernur/Walikota/Bupati.
	3	Asisten Daerah Bidang Kesejahteraan Rakyat (Kesra)	Memberikan komitmen strategis untuk memberikan dukungan substansi kepada Gubernur/Walikota/Bupati dalam hal penyelenggaraan program yang mendukung pembangunan kesehatan dan memberikan

Peran Birokrasi	No.	Jabatan	Fungsi
			penguatan untuk penganggaran.
	4	Kepala Dinas Kesehatan	Memiliki kuasa sebagai pengguna anggaran serta perencana dan pelaksana utama program kesehatan. Memberikan dukungan koordinasi antar bidang dalam persiapan substansi, pengendalian mutu, dan penganggaran.
	5	Kepala Bappeda	Memberikan dukungan komitmen penganggaran dan sinkronisasi dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan visi misi Gubernur/Walikota/Bupati.
Perencanaan	6	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan	Melakukan perencanaan program yang berkaitan dengan pengelolaan manajemen puskesmas yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
	7	Kepala bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan	Melakukan perencanaan dan pendampingan terkait pelaksanaan kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), gizi, promosi kesehatan, hingga pengelolaan penyakit tidak menular (PTM). Program pembinaan kader juga ada di bawah bidang ini.
	8	Kepala bidang SDMK	Melakukan perencanaan yang berkaitan dengan pengadaan SDM, dukungan alat perlindungan diri (APD), dan barang habis pakai yang penting dalam menunjang program PUSPA. Komponen pembiayaan terbesar dalam program kesehatan umumnya ada dalam bidang ini.
	9	Kepala Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (P2P)	Melakukan perencanaan dan pendampingan terkait surveilans penyakit menular dan tidak menular serta imunisasi/vaksinasi.
Pengungkit	10	Dinas DP3A-KB/ BKKBN	Memiliki peran untuk mendukung pencapaian program yang berkaitan dengan isu stunting,



Peran Birokrasi	No.	Jabatan	Fungsi
			memiliki program penguatan keluarga berisiko.
	11	DPMD	Memiliki peran dalam pembinaan dan pengawasan perencanaan di desa, memiliki instrumen yang bisa digunakan untuk menambah komitmen pemerintah desa dalam program kesehatan, terutama insentif kader kesehatan dan Posyandu
	12	Dinas Pendidikan	Memiliki peran penting dalam pemberian tablet tambah darah bagi remaja putri. Dinas Pendidikan penting untuk dilibatkan apabila program kesehatan nasional menargetkan indikator stunting dan edukasi.
	13	Pimpinan Wilayah	Camat, kepala desa, dan lurah memiliki peran penting dalam memobilisasi sumberdaya untuk mendukung program yang melibatkan kader, posyandu dan birokrasi di level desa/kecamatan.
Pelaksana teknis	14	Kepala Puskesmas	Kepala Puskesmas memiliki peran penting dalam memastikan bahwa kegiatan layanan kesehatan dapat selaras dengan perencanaan dan alokasi anggaran di puskesmas, termasuk pembagian peran antara tenaga Puspa dan staf puskesmas.
	15	Penanggung jawab (PJ) Program	PJ program di setiap puskesmas harus dilibatkan dalam pelaksanaan dan monitoring program serta kegiatan pelatihan karena akan berdampak terhadap keberlangsungan program dalam jangka panjang dan dukungan ketersediaan data di lapangan.

### 2.3 Merancang Seleksi dan Kompetensi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan untuk PUSPA dapat diambil dari tenaga kesehatan yang telah ada di puskesmas atau dengan merekrut tenaga kesehatan baru. Tahapan seleksi merupakan faktor penting untuk memastikan bahwa SDM kedua tenaga kesehatan tersebut memiliki kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan program (Gambar 2). Tetapi, pelaksanaan proses seleksi ini dapat disesuaikan dengan ketentuan kedinasan dan ketentuan daerah. Transparansi dan akuntabilitas perlu dijaga di setiap tahapan dengan cara, antara lain, bermitra dengan pihak lain untuk dapat menjadi penilai kedua.



Gambar 2. Tahapan Pelaksanaan Seleksi Tenaga Kesehatan

Kompetensi tenaga kesehatan program penguatan layanan kesehatan primer disusun berdasarkan tuntutan jabatan dan tantangan yang dialami di lapangan. Kompetensi ini dibagi menjadi tiga kategori: kompetensi inti, kompetensi perilaku, dan kompetensi teknis. Kompetensi inti diturunkan dari nilai-nilai yang dianut institusi sebagai persyaratan utama yang harus dimiliki oleh tenaga kesehatan. Kompetensi teknis yaitu pengetahuan, keterampilan, dan sikap terkait teknis spesifik sesuai fokus program. Kompetensi perilaku adalah standar perilaku yang diharapkan dapat konsisten dan mendukung sikap kerja yang baik.



Lihat Lampiran L2.1 untuk melihat kualifikasi pengelola program dan tenaga kesehatan yang direkomendasikan.

#### Tips

Untuk pelaksanaan rekrutmen dan seleksi, Dinas Kesehatan dapat bermitra dengan lembaga pengelola sumber daya manusia atau pusat psikologi. Berdasarkan pengalaman, mitra rekrutmen dan seleksi sebaiknya memiliki syarat-syarat di bawah ini:

- 1 **Biro atau lembaga memiliki izin beroperasi dari pemerintah**
- 2 **Berpengalaman dalam melakukan *Konsultasi SDM* (asesmen dan rekrutmen SDM) di pemerintahan maupun swasta.**

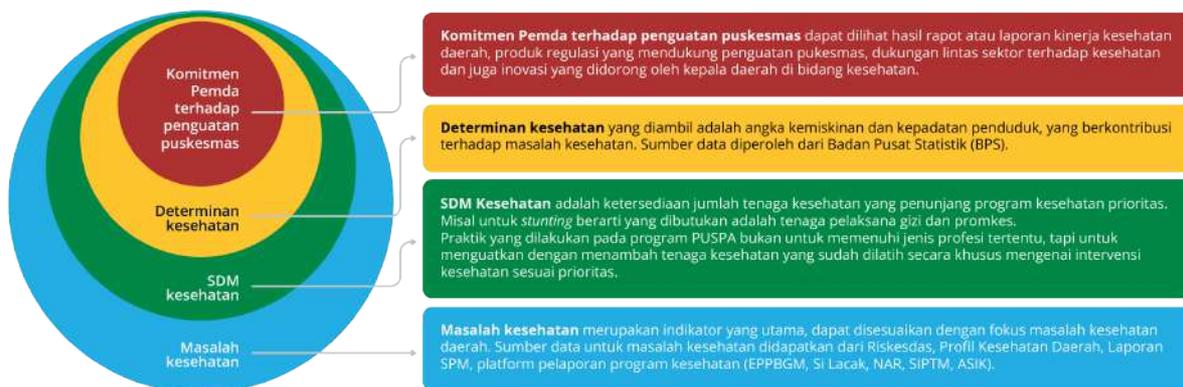
## 2.4 Menentukan Pemilihan Lokasi

Pemilihan lokasi intervensi diawali dengan menentukan indikator berbasis kebutuhan atau prioritas masalah kesehatan. Indikator-indikator tersebut ditentukan melalui diskusi bersama para *stakeholder* utama PUSPA (Gambar 3) dengan mempertimbangkan determinan biologis dan determinan sosial-ekonomi kesehatan, contohnya:

- **Cakupan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan Puskesmas**  
Cakupan SPM kesehatan merupakan capaian standar pelayanan minimal di puskesmas. Melalui data ini, tim pengelola program dapat melihat cakupan data indikator kesehatan SPM dengan capaian rendah dan memiliki urgensi kesehatan.
- **Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)**  
Data Riskesdas dapat dijadikan data validasi untuk melihat urgensi indikator yang dipilih, dan disesuaikan dengan capaian SPM Puskesmas serta kebutuhan wilayah intervensi.
- **Laporan kasus**  
Laporan kasus dapat menggunakan data pelaporan dari platform yang digunakan oleh pemerintah, seperti Si Lacak dan NAR untuk COVID-19, ASIK, e-PPBGM, atau platform pelaporan kesehatan di pemerintah daerah.
- **Kepadatan Penduduk**  
Kepadatan wilayah dapat menunjukkan beban kewilayahan dari suatu daerah ataupun puskesmas. Daerah yang memiliki kepadatan penduduk tinggi memiliki risiko transmisi penyakit menular lebih cepat dan masif. Dengan kata lain, semakin tinggi pula tanggung jawab puskesmas untuk menjangkau masyarakat dalam layanan preventif dan promotif penyakit tidak menular. Sumber data untuk perhitungan kepadatan penduduk dapat mengacu pada data Badan Pusat Statistik (BPS).
- **Persentase Kemiskinan**  
Kemiskinan menjadi akar penyebab buruknya sanitasi perumahan serta keterbatasan



akses terhadap layanan kesehatan. Hal tersebut berpengaruh terhadap masalah kesehatan seperti *stunting*, penyakit menular, penyakit tidak menular, dan masalah kesehatan reproduksi. Daerah dengan persentase kemiskinan tertinggi sebaiknya diperhitungkan sebagai prioritas dalam intervensi kesehatan yang inklusif. Sumber data yang dapat digunakan adalah data Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau data hasil survei ekonomi.



Gambar 3. Prioritas Penentuan Indikator Pemilihan Lokasi

Setelah indikator-indikator penilaian lokasi disepakati, selanjutnya dilakukan pemetaan dan pengukuran. Pengukuran tersebut menimbang indikator-indikator terpilih untuk menentukan lokasi yang akan diintervensi. Perhitungan indikator dapat dilakukan menggunakan beberapa metode, contohnya metode *Urban Health Index* (UHI)<sup>2</sup> dan metode pembobotan. *Lihat Lampiran L2.2 untuk melihat beberapa opsi metode pemilihan wilayah intervensi beserta langkah dan contohnya.*

Metode UHI memiliki kelebihan dibanding metode pembobotan. Rumus UHI merujuk pada keseluruhan dataset, yakni dengan memperhitungkan nilai maksimal dan nilai minimal, sehingga langkah penentuannya objektif dan reliabel. *Lihat Lampiran L2.3 untuk melihat templat penentuan indikator menggunakan metode Urban Health Index (UHI).*

**Hindari!**

- 1 Memilih lokasi intervensi berdasarkan asumsi dan penilaian subjektif.
- 2 Tidak mempertimbangkan aspek komitmen wilayah yang akan diintervensi.

<sup>2</sup> [Urban Health Index, WHO, 2014](#)



**Lampiran Bab 2:**

L2.1 Kualifikasi Pengelola Program dan Tenaga Kesehatan PUSPA

L2.2 Opsi-opsi Pemilihan Lokasi Program

L2.3 Alat Perhitungan UHI dari WHO



*Scan di sini*

## **BAB III** **LOKAKARYA KABUPATEN/KOTA**

### **3.1 Membangun Kerangka Berpikir dan Indikator Program**

Kerangka berpikir atau *framework* merupakan gambaran alur proses suatu program yang berisi target dan indikator. Kerangka berpikir memperlihatkan tujuan dari sebuah program dan langkah-langkah yang akan diupayakan untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam penyusunannya, stakeholder kunci perlu dilibatkan, contohnya melalui rapat koordinasi. Komponen dalam kerangka berpikir terdiri dari *outcome*/hasil, *immediate outcome*/hasil langsung, *output*/luaran, proses/aktivitas, dan input (Tabel 2). Masing-masing komponen tersebut harus dapat dipantau dan diukur. *Lihat lampiran 3.1 untuk contoh kerangka berpikir program penguatan layanan kesehatan primer.*

Tabel 2. Komponen dalam Kerangka Berpikir dan Definisinya

Komponen	Definisi	Contoh
<i>Outcome</i> /Tujuan besar	Merupakan dampak, perubahan, atau hasil yang diharapkan. Tujuan besar memperlihatkan bagaimana luaran mempengaruhi situasi atau kondisi yang diinginkan.	Peningkatan kondisi pasien hipertensi yang tensi darahnya terkontrol.
<i>Output</i> /luaran	Luaran merujuk pada hasil-hasil konkret dari suatu proses atau kegiatan. Ini adalah produk atau layanan yang dihasilkan dari upaya tertentu. Luaran memperlihatkan apa yang telah dihasilkan atau diselesaikan.	Layanan hipertensi sesuai standar, dengan indikator target 80% puskesmas intervensi berhasil meraih cakupan 60% pasien hipertensi yang mendapatkan pelayanan sesuai standar.
Indikator Proses/ Aktivitas	Kumpulan aktivitas yang mendorong untuk mencapai luaran. Indikator proses bersifat kuantitatif dan dapat langsung dihitung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenaga kesehatan melakukan skrining faktor risiko PTM (hipertensi) pada pasien usia &gt;15 tahun</li> <li>- Kader kesehatan</li> </ul>



Komponen	Definisi	Contoh
		memantau pasien hipertensi (keteraturan pengobatan dan pemeriksaan rutin)
Input	Sumber daya, anggaran, tenaga, waktu, bahan, dan faktor lain yang dibutuhkan melaksanakan program.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat diagnostik hipertensi di puskesmas</li> <li>- Buku pedoman untuk kader</li> <li>- Templat pencatatan laporan</li> </ul>



Gambar 4. Rangkuman Tahap Menyusun Kerangka Berpikir dan Indikator Program

**⚠️ Hindari!**

- ❶ Membuat indikator yang tidak bisa diukur (pemantauan kualitatif dapat dilakukan untuk memberi gambaran yang holistik, melengkapi pemantauan yang terukur).
- ❷ Membuat indikator luaran dan proses yang tidak sejalan dengan indikator tujuan besar.
- ❸ Tidak melibatkan tim lapangan (puskesmas) dalam proses penyusunan indikator.

### 3.2 Pembuatan Pedoman Teknis Program

Pedoman teknis pelaksanaan program merupakan bagian yang penting baik bagi pengelola program maupun pelaksana program di lapangan. Pedoman program sebaiknya berisi ilustrasi tahapan praimplementasi, implementasi, dan pemantauan/evaluasi. Rekomendasi struktur buku pedoman program penguatan layanan kesehatan primer adalah sebagai berikut.

Tabel 3. Garis Besar dan Penjelasan Isi dari Buku Pedoman Program

Garis Besar	Penjelasan
<p>Bab I Pendahuluan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Latar belakang</li><li>2. Dasar Hukum</li><li>3. Prinsip Pelaksanaan Program</li></ol>	<p>Latar belakang minimal berisi 3 paragraf yang meliputi kondisi saat ini, kondisi ideal, dan penjelasan program sebagai solusi untuk mengatasi masalah saat ini.</p> <p>Dasar hukum disesuaikan dengan dasar hukum pelaksanaan program yang meliputi UU, Perpres, Peraturan Pemerintah, Peraturan Menteri, Peraturan Daerah dan Peraturan Kepala Daerah. Diurutkan berdasarkan hirarki hukum.</p> <p>Prinsip pelaksanaan program menjelaskan kerangka logis program.</p>
<p>Bab II Ruang Lingkup</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Definisi</li><li>2. Tim Pelaksana di Puskesmas</li><li>3. Tujuan</li><li>4. Wilayah Pelaksanaan Program</li><li>5. Sasaran penerima manfaat</li></ol>	<p>Definisi yang dimaksud adalah definisi operasional program.</p>
<p>Bab III Mekanisme Pelaksanaan Program</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pemilihan Wilayah intervensi</li><li>2. Rekrutmen SDM</li><li>3. Peningkatan kapasitas SDM</li></ol>	<p>Pemilihan wilayah intervensi menjelaskan metode pemilihan dan penentuan wilayah intervensi yang meliputi indikator, teknik perhitungan, dan finalisasi penentuan wilayah.</p> <p>Rekrutmen SDM meliputi kompetensi, pendaftaran, dan seleksi SDM.</p>



Garis Besar	Penjelasan
4. Protokol Program	<p>Peningkatan kapasitas menjelaskan kurikulum peningkatan kapasitas dan beragam kegiatan peningkatan kapasitas SDM.</p> <p>Protokol Program menjelaskan indikator program, teknis kerja tiap indikator program, dan teknis koordinasi program.</p>
<p>Bab IV Pengendalian dan Pengawasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan dan Evaluasi</li> <li>2. Pelaporan</li> <li>3. Sarana digital</li> </ol>	<p>Pemantauan dan Evaluasi meliputi baik komponen dan pelaksanaan monitoring dan evaluasi.</p> <p>Pelaporan meliputi pelaporan rutin program, keuangan dan administrasi SDM.</p> <p>Sarana digital adalah platform digital yang digunakan sesuai dengan kebutuhan program, misalnya SIPTM dan ASIK untuk penyakit tidak menular.</p>

*Lihat Lampiran 3.2 untuk buku manual PUSPA 2021 sebagai contoh buku pedoman program penguatan layanan kesehatan primer terpadu.*



**Lampiran Bab 3:**

L3.2 Contoh Buku Pedoman Program Penguatan Layanan Kesehatan Primer Terpadu



*Scan di sini*



## BAGIAN 2

# Implementasi, Pemantauan, dan Evaluasi



### Landasan Hukum

- Permenkes Nomor 50 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Bidang Pelatihan Kesehatan di Lingkungan Kementerian Kesehatan
- Permenkes Nomor 8 Tahun 2018 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan
- Permenkes Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 656 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Kesehatan
- Pedoman Indikator Program Kesehatan Masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
- Pedoman Pembinaan Terpadu Puskesmas oleh Dinas Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tahun 2021
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 7 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelaksanaan Kompetensi Inovasi Aparatur Sipil di Lingkungan Kementerian Kesehatan

## **BAB IV**

# **PENINGKATAN KAPASITAS TENAGA KESEHATAN**

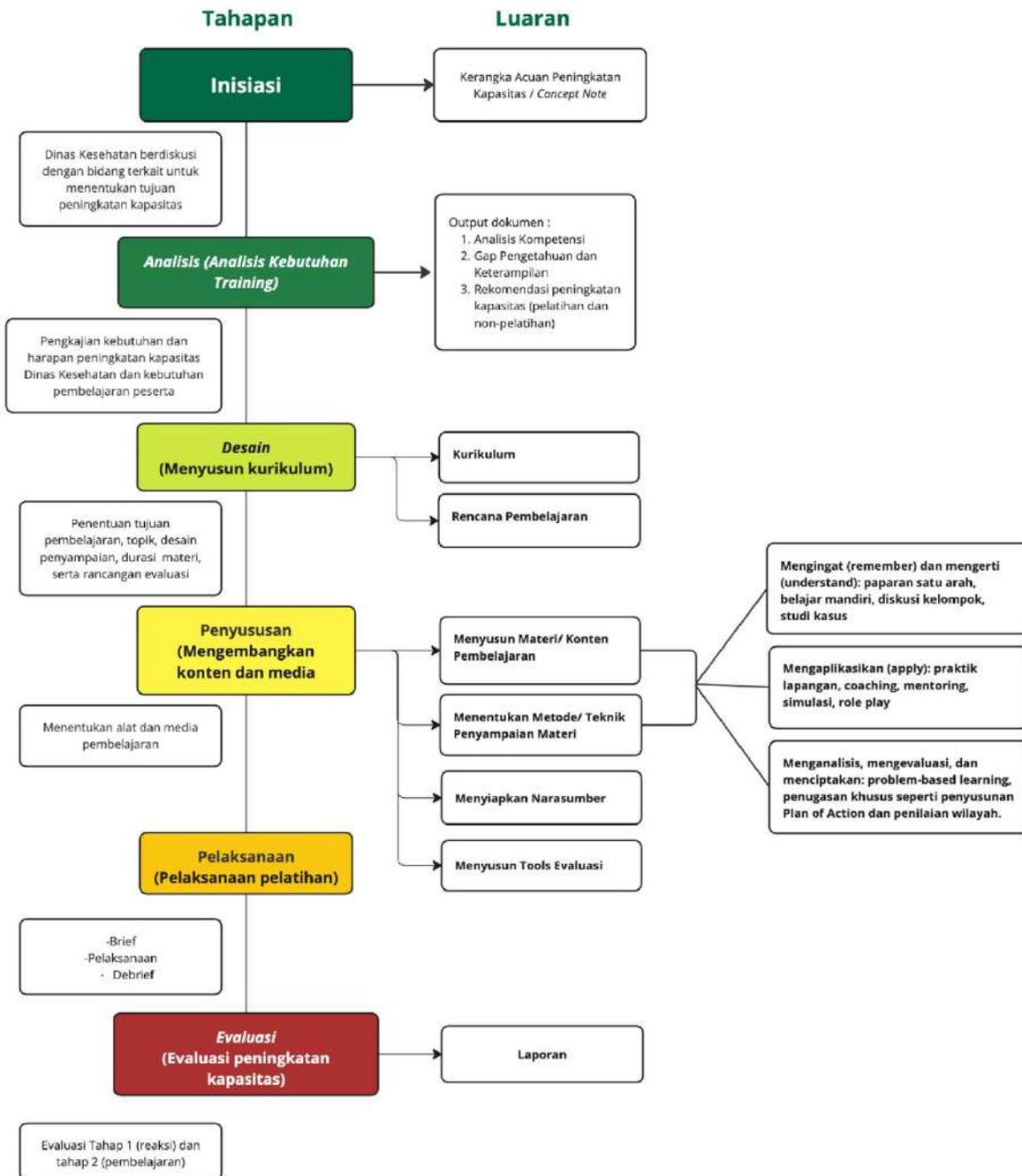
Kerangka peningkatan kapasitas dilakukan dengan menggunakan kerangka ADDIE, yakni *Analyze, Design, Develop, Implement, and Evaluation*. Tabel 4 dan Gambar 5 merangkum proses di setiap tahap.

Tabel 4. Tahapan dan Bentuk Kegiatan Peningkatan Kapasitas

Tahapan	Bentuk Kegiatan
Analisis (Analisis Kebutuhan Training)	<p>Tahap ini mengumpulkan informasi tentang jenis dan topik peningkatan kapasitas yang sesuai dengan kebutuhan, dan menjadi input tahapan <i>Design</i>. Metode yang dipilih disesuaikan dengan karakteristik calon peserta dan ketersediaan sumber daya, contohnya:</p> <p>Sekretariat PUSPA: wawancara kebutuhan peningkatan kapasitas. Tenaga kesehatan PUSPA: tes kompetensi atau angket penilaian diri.</p> <p><i>Lihat Lampiran 4.1 untuk penjelasan lebih detail serta contoh dokumen Analisis Kebutuhan Training</i></p>
Desain	<p>Dalam proses ini, panitia pelatihan akan menentukan desain peningkatan kapasitas dan desain evaluasi pelatihan sesuai dengan rekomendasi proses Analisis. Poin yang perlu ditentukan dalam tahap ini adalah:</p> <p>Materi pelatihan</p> <p>Materi dasar: arah kebijakan dan strategis level nasional, konsep dasar layanan kesehatan primer dan konsep program,</p> <p>Materi inti: meliputi tematik isu program, misalnya imunisasi, gizi anak balita, dll,</p> <p>Materi penunjang: disesuaikan dengan kebutuhan program, seperti Dukungan Psikologis Awal (PFA) atau pencegahan kekerasan seksual;</p> <p>Bentuk peningkatan kapasitas, contoh: orientasi pra penempatan, informasi program insidental, , dan mentoring rutin bersama Supervisor Kabupaten/Kota;</p> <p>Jenis evaluasi dan instrumennya</p> <p>Menilai reaksi peserta selama pelatihan, contohnya dengan formulir</p>



Tahapan	Bentuk Kegiatan
	<p>umpan balik, Menilai pengetahuan peserta, contohnya melalui soal-soal tes awal dan tes akhir .</p> <p><i>Lihat Lampiran 4.2 untuk contoh dokumen Kurikulum Pelatihan.</i></p>
Penyusunan	<p>Yang dilakukan dalam tahap ini</p> <p>Mengembangkan materi peningkatan kapasitas bersama dengan narasumber,</p> <p>Menyesuaikan konten dan media dengan tujuan pembelajaran,</p> <p>Memperhatikan persiapan teknis.</p>
Pelaksanaan	<p>Melaksanakan peningkatan kapasitas/pelatihan di hari yang telah ditentukan. Pastikan ada sesi pengarahan bersama panitia dan narasumber sebelum pelaksanaan (briefing) dan setelah pelaksanaan (debriefing).</p> <p><i>Lihat Lampiran 4.3 untuk contoh dokumen panduan pelatihan.</i></p>
Evaluasi	<p>Melakukan evaluasi menggunakan instrumen dan metode yang telah dirancang saat tahap Desain, contohnya: mendistribusikan formulir umpan balik dan melakukan tes awal serta tes akhir kepada peserta. Setelah data terkumpul, panitia dapat melakukan analisis dan menyusun laporan. Poin-poin analisis yang perlu ada meliputi Bagaimana jalannya sesi-sesi peningkatan kapasitas? Analisis dapat menggunakan kerangka SWOT;</p> <p>Apakah pelatihan sudah mencapai tujuan yang diinginkan? Analisis ini dapat mengacu pada hasil umpan balik dan hasil tes awal dan tes akhir peserta;</p> <p>Apa rekomendasi kedepannya untuk peserta dan panitia? Apakah perlu ada pelatihan ulang untuk materi tertentu?</p> <p><i>Lihat Lampiran 4.4 untuk contoh instrumen evaluasi peningkatan kapasitas, dan Lampiran 4.5 untuk contoh laporan peningkatan kapasitas.</i></p>



Gambar 5. Diagram Alur Tahapan Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia



#### Lampiran Bab 4:

L4.1 Contoh Dokumen TNA Peningkatan Kapasitas/Pelatihan

L4.2 Contoh Dokumen Kurikulum Peningkatan Kapasitas/Pelatihan

L4.3 Contoh Panduan Peningkatan Kapasitas/Pelatihan (*online*)

L4.4 Contoh Instrumen Evaluasi Peningkatan Kapasitas/Pelatihan



*Scan di sini*

# BAB V PEMANTAUAN

## 5.1 Merancang Metode dan Jadwal Pemantauan

Dalam merancang prosedur pemantauan program, pengelola program direkomendasikan untuk membuat dokumen kerangka rencana monitoring/evaluasi. Kerangka ini dibuat dalam bentuk tabel yang berisi indikator-indikator program. Pada tahap ini, pengelola perlu memastikan bahwa indikator program telah dirancang di tahap perencanaan. *Lihat Lampiran 5.1 untuk contoh templat rencana monitoring/evaluasi, dan Lampiran 5.2 untuk kerangka monitoring dan evaluasi.*

Kemudian, hal-hal berikut perlu diidentifikasi pada masing-masing indikator

1. Apa definisi operasional dari masing-masing indikator?
2. Bagaimana panduan dasar sebelum program dilakukan?
3. Berapa target yang akan ditetapkan?
4. Dari mana sumber data indikator tersebut akan didapatkan?
5. Seberapa sering indikator tersebut akan diukur?
6. Siapa yang mengumpulkan data?
7. Kapan dan bagaimana diseminasi informasi dari data yang diolah tersebut?

	Indikator	Definisi Bagaimana cara perhitungannya	Baseline Nilai saat ini	Target	Sumber Data	Frekuensi Seberapa sering indikator ini akan diukur	Responsibel Siapa yang akan mengukurnya	Reporting Siapa yang akan melaporkan
Outcome								
Output								
Aktivitas								

Gambar 6. Contoh Kerangka Rencana Monitoring dan Evaluasi

Alur pengumpulan data dapat mempermudah identifikasi sumber data indikator tersebut hingga tahap analisis oleh tim monitoring dan evaluasi. Langkah-langkah dalam membuat alur pengumpulan data adalah:



### 1. Identifikasi Jenis Data

Tentukan jenis data yang diperlukan. Data dapat berupa angka, teks, gambar, suara, atau kombinasi dari berbagai jenis data. Pastikan data yang Anda pilih relevan dengan tujuan proyek.

### 2. Pengembangan Rencana Pengumpulan Data

Buat rencana detail tentang bagaimana Anda akan mengumpulkan data. Tentukan apakah Anda akan menggunakan data sekunder, survei, wawancara, observasi, atau sumber data lainnya. Jika menggunakan data sekunder, pilihlah sumber data yang relevan dan telah divalidasi.

### 3. Desain Instrumen Pengumpulan Data

Apabila Anda menggunakan instrumen seperti laporan program puskesmas, survei, wawancara, atau yang lainnya, pastikan pertanyaan atau instruksi dalam instrumen anda sudah jelas, tidak ambigu, dan relevan.

#### Tips

- 1 Gunakan dokumen yang dapat diedit oleh beberapa orang secara serentak atau living document, seperti Google Docs, Spreadsheet, atau Notion. Hal ini memudahkan akses bagi semua pihak ketika ada perubahan indikator;
- 2 Selesaikan rancangan pemantauan maksimal 3 bulan sejak dimulainya implementasi program. Rancangan pemantauan akan memudahkan pengelola dan pelaksana program untuk melaksanakan seluruh aktivitas program.

## 5.2 Membangun Instrumen Pelaporan dan Instrumen Monitoring Capaian

### A. Instrumen pelaporan

1. Definisi: sebuah alat pelaporan yang digunakan untuk menghimpun data capaian atau data kinerja di lapangan.
2. Tujuan: Instrumen pelaporan berfungsi untuk mengumpulkan data indikator pada satu dokumen yang sama agar memudahkan petugas monitoring dan evaluasi untuk mengukur capaian.

Contoh instrumen pencatatan yang dikembangkan pada program PUSPA adalah sebagai berikut:

#### a. Kalender Pelaporan

Kalender pelaporan digunakan guna memberikan keterangan waktu untuk pelaporan data. Kalender pelaporan data dibuat oleh tim monev dengan menyesuaikan waktu intervensi. *Lihat Lampiran 5.3 untuk contoh kalender pelaporan.*

#### b. Data Puskesmas

Instrumen pengumpulan data dapat dibuat menggunakan Spreadsheet, dengan membedakan lembar/*sheet* berdasarkan waktu pengambilan data agar



mempermudah tim yang harus menginput data. Indikator dapat dituliskan ke bawah dan periode pengambilan data dituliskan mendatar (Gambar 7).

Indikator		Keterangan	Periode Data	17 Mei - 23 Mei	24 Mei - 30 Mei	31 Mei - 6 Juni	7 Juni - 13 Juni	14 Juni - 20 Juni	Kegiatan yang mempengaruhi (berdasarkan PoA)
<b>Surveilans</b> Jumlah kontak erat aktif "Jumlah kontak erat aktif" adalah jumlah orang yang masih berstatus kontak erat saat data dilaporkan dan seharusnya sedang menjalankan karantina dalam minggu ini.									
Jumlah kontak erat yang bergejala selama masa karantina - "Jumlah kontak erat yang bergejala selama masa karantina" berarti jumlah orang yang memiliki riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi yang menunjukkan gejala selama masa karantina di minggu ini - Gejala selama karantina tercatat dalam form pemantauan harian									
Jumlah kasus konfirmasi baru "Jumlah kasus konfirmasi baru" adalah jumlah kasus konfirmasi yang hasil tes positifnya keluar pada minggu ini. Dapat diperoleh dengan menjumlahkan angka kasus konfirmasi hari-harian yang									

Gambar 7. Contoh Tampilan Instrumen Pengumpulan Data Puskesmas

## B. Instrumen Monitoring Capaian

1. Definisi: proses pemantauan atau pengukuran capaian program dengan periode tertentu.
2. Tujuan: berfungsi untuk mengukur kemajuan indikator yang telah ditetapkan pada kerangka logis program (*logframe*). Indikator, waktu pengambilan data, dan sumber data untuk melihat capaian program dapat disesuaikan dengan dokumen rencana monitoring dan evaluasi yang telah disusun.
3. Jenis dan bentuk Monitoring Capaian

### a. *Indicator Tracking Table* (ITT)

Program penguatan layanan kesehatan primer atau program inovasi kesehatan lainnya terkadang memiliki banyak indikator dari berbagai sumber data. Oleh sebab itu, untuk mempermudah petugas monitoring mengatur dan menyajikan data, maka dapat dibuat *Indicator Tracking Table* atau yang sering disingkat menjadi ITT, yaitu tabel yang berisi kumpulan indikator.



**PUSPA** Indikator Tracking Table

Tempat intervensi: Kab/Kota

Indikator yang Dipantau dan sumber data:

- Jumlah kasus konfirmasi per kapita\* (Sumber data: Laporan NAR Puskesmas)
- Proporsi kasus konfirmasi yang dilakukan pelacakan kontak <72 jam (T ≥80%) (Sumber data: Laporan Manual Puskesmas)
- Jumlah kontak erat per kasus konfirmasi yang diwawancarai dan dikarantina <72 jam (T ≥15) (Sumber data: Laporan Manual Puskesmas)
- Proporsi kontak erat yang menjadi kasus suspek (T ≥20%) (Sumber Data: Laporan Manual Puskesmas)
- Proporsi kasus konfirmasi baru dari kontak erat terdapat (W1, W2, W3, W4, W5)

Kab/Kota	Periode pengambilan data W=(Week)					W1					W2					W3					W4					W5				
	W1	W2	W3	W4	W5	W1	W2	W3	W4	W5	W1	W2	W3	W4	W5	W1	W2	W3	W4	W5	W1	W2	W3	W4	W5	W1	W2	W3	W4	W5
Kab. Bandung	1.4	80.0%	81.9%	80.0%	79.4%	54.0%	2.1	1.8	1.8	2.9	3.2	10.0%	16.5%	11.0%	26.5%	37.3%	44.0%	35.9%	61.7%	4										
Kota Bandung	3.1	96.1%	97.2%	99.0%	97.6%	100%	2.7	3	3	3.1	3.6	18.3%	34.5%	32.7%	19.2%	19.2%	34.0%	32.4%	49.2%	5										
Kab. Bandung Barat	3.4	3.8	3.4	3.3	2.6	77.9%	85.5%	85.1%	77.1%	82.3%	1.5	1.8	1.9	4	2	14.4%	6.2%	17.6%	14.9%	8.8%	51.2%	72.5%	38.8%	5						
Kota Cimahi	4.2	4.2	5.6	6.6	0.4	83.9%	95.5%	80.2%	70.8%	50.0%	1	0.5	0.5	0.3	45.9%	60.6%	69.0%	38.8%	25.0%	31.9%	51.1%	26.0%	1							
Kab. Bekasi	5.1	4.4	5.5	4.6	4	81.7%	89.5%	84.4%	81.2%	77.0%	2.1	2.4	1.6	2.2	2.1	23.1%	22.8%	21.3%	29.5%	24.5%	44.1%	56.8%	42.8%	5						
Kota Bekasi	2.5	2.8	2.1	2.4	1.3	92.2%	74.8%	91.4%	76.0%	84.7%	2.3	1.7	1.6	1.4	1.9	35.7%	34.1%	22.7%	52.5%	35.9%	46.9%	53.5%	40.7%	2						
Kab. Karawang	2.6	2.5	2	1.7	1.2	97.2%	97.0%	88.9%	93.7%	96.3%	3	4.2	2.7	4.7	3.6	3.0%	6.0%	4.6%	5.6%	10.2%	16.1%	30.6%	32.3%	2						
Kab. Tasikmalaya	2.2	2.3	2	2.6	2.1	74.0%	76.0%	58.3%	72.9%	76.5%	3	1	3	1	1.8	7.4%	15.0%	5.8%	16.5%	11.0%	56.7%	34.0%	43.3%	4						
Kab. Bogor	2	2.7	2.2	2.5	1.2	87.5%	93.9%	89.2%	87.1%	93.0%	1.3	1.6	1.5	1.5	2.6	17.4%	14.7%	14.1%	13.5%	14.4%	21.3%	53.5%	36.1%	3						
Kota Bogor	4.6	4.7	4	3.7	2.7	76.3%	76.0%	90.0%	72.8%	78.2%	2.2	2.1	2.2	2.2	3.1	19.6%	21.6%	23.3%	15.7%	23.4%	29.1%	32.8%	43.3%	3						
Kota Depok	3.4	4.1	3.7	2.9	1.9	88.2%	88.9%	90.2%	86.9%	76.2%	1.4	1.6	1.6	1.9	1.7	9.5%	11.1%	11.4%	11.2%	13.0%	33.4%	27.9%	34.9%	3						
Kab. Sumedang	2.2	1.9	2.9	0.9	0.4	73.5%	90.0%	95.9%	0.0%	0.0%	5.5	2	0	1.5	1	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	16.0%	20.0%	0.0%							

Keterangan: Tidak mencapai target (Kuning), Memburuk dibandingkan dengan minggu sebelumnya (Merah), Interpretasi jumlah kasus COVID-19 per kapita: Penyebaran substansial tidak terkontrol (≥ 5.1 kasus), Penyebaran substansial terkontrol (2.6 - 5.0 kasus), Penyebaran sedang (0.5 - 2.5 kasus)

**Gambar 8. Contoh Indikator Tracking Table (ITT)**

Kalau gambarnya kurang jelas pas diedit: soft filenya ada disini : [LINK](#)

ITT diperbaharui secara berkala oleh tim monitoring dan evaluasi. Pada Gambar 8, kolom A dan B (sebelah kiri) berisi variabel lokasi intervensi, yaitu nama kabupaten/kota intervensi. Bagian kolom C dan seterusnya berisikan indikator-indikator yang dipantau dilengkapi dengan keterangan asal sumber data dan periode pengambilan data. Tim Monev dapat menggunakan formula "IMPORTRANGE" pada kolom ITT untuk mengotomatiskan pengisian data dari laporan tim wilayah ke kolom ITT. [Lihat Lampiran 5.4 untuk contoh dokumen ITT beserta formulanya.](#)

## b. Dashboard Capaian

Dasbor (tampilan visual) merupakan aplikasi sistem informasi atau tampilan visual yang menyajikan informasi mengenai indikator utama dan aktivitas dari suatu organisasi atau project dalam satu layar. Beberapa keunggulan tampilan visual adalah fitur interaktif yang memberi keleluasaan kepada pengguna untuk mencari informasi sesuai kebutuhan, serta data yang selalu diperbaharui untuk mempermudah pengguna memahami situasi terkini. Pada program penguatan layanan kesehatan primer terpadu, tampilan visual dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi proses yang sedang berlangsung, memonitor kinerja, serta memprediksi kondisi di masa mendatang. Dalam membangun dashboard ada tiga hal yang perlu diperhatikan<sup>3</sup>, yaitu:

1. Data/informasi yang akan ditampilkan dan kerahasiaan data pribadi.  
Data/informasi yang ditampilkan dapat berupa progres capaian dari kerangka berpikir yang telah disusun sebelumnya. Visualisasi informasi sebaiknya bersifat

<sup>3</sup> Hariyanti, Eva. 2008. "Metodologi Pembangunan Dashboard Sebagai Alat Monitoring Kinerja Organisasi Institut Teknologi Bandung".ITB.

lugas dan dapat langsung dipahami oleh pengguna tanpa perlu menghitung sendiri. Dashboard yang dapat diakses publik dapat menampilkan data agregat, dan menggunakan teknik enkripsi apabila menampilkan data level individu.

## 2. Personalisasi tampilan visual

Tampilan visual sebaiknya dapat diatur sesuai dengan kebutuhan analisis dan preferensi pengguna. Contohnya, pengguna dapat memilih tampilan data yang berbeda, mengatur filter, memilih tampilan waktu/durasi pengumpulan data, dan seterusnya.

## 3. Kolaborasi antar pengguna tampilan visual

Kolaborasi antar pengguna tampilan visual adalah praktik di mana beberapa individu atau anggota tim bekerja sama menggunakan dashboard untuk mengakses, menganalisis, dan berbagi informasi. Aspek umum yang perlu diperhatikan dalam kolaborasi umum antar pengguna yaitu:

- Pengguna yang berbeda dapat diberikan akses ke *dashboard* yang sama untuk melihat informasi yang relevan dengan tanggung jawab mereka.
- Pengguna dapat berbagi hasil analisis atau tampilan dashboard dengan anggota tim lainnya, baik berupa tautan atau format lain.
- Platform dashboard memungkinkan kolaborasi *real time*, di mana pengguna dapat secara langsung melihat perubahan yang dibuat oleh pengguna lain.
- Tim dapat menggunakan dashboard untuk memantau kinerja organisasi atau proyek secara bersama-sama, sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan yang lebih baik.

Rekomendasi *tools* yang dapat digunakan untuk membangun dashboard adalah:

1. Spreadsheet,
2. Power BI,
3. Aplikasi Tableau.

Contoh Dashboard PUSPA 2021: <https://s.id/DashboardPUSPA2021>

Contoh Dashboard PUSPA 2023: <https://app-diskes.jabarprov.go.id/puspa/>



## Tips

- 1 Fitur "Validasi data" dapat digunakan untuk melakukan validasi secara sistem. Contoh, nilai untuk indikator jumlah posyandu yang membuka layanan tidak boleh lebih besar dari indikator jumlah posyandu yang ada di puskesmas.
- 2 Fitur "Conditional Formatting" dapat digunakan untuk membedakan antara cell yang sudah atau belum terisi, dan antara capaian yang sudah atau belum memenuhi target.
- 3 Power BI untuk mengembangkan *dashboard* sangat mudah terintegrasi dengan layanan Microsoft seperti Excel, Azure, dan SQL Server, sehingga instrumen pengambilan data di lapangan dapat menggunakan layanan Excel/spreadsheet tersebut.
- 3 Power BI juga memiliki alat pemodelan dan analisis data yang kuat, seperti DAX (Data Analysis Expressions), Power Query, dan Power Pivot. Namun, mungkin dibutuhkan waktu yang lebih lama untuk mempelajari dan memahami fitur-fitur canggih seperti pada DAX.
- 3 Tableau dikenal dengan *interface* pengguna yang intuitif, sehingga lebih mudah bagi pengembang pemula serta menawarkan berbagai jenis visualisasi yang lebih menarik. Akan tetapi, lisensi Tableau untuk bisnis biasanya lebih mahal dari Power BI, dan memiliki keterbatasan integrasi dengan produk Microsoft.

### 5.3 Proses Pemantauan Selama Implementasi

Pemantauan implementasi program berfokus pada perkembangan proses intervensi, luaran, dan dampak program kesehatan yang telah dirancang dan diluncurkan. Mempertimbangkan besarnya skala intervensi, proses monitoring dapat dilakukan secara berjenjang antara tim sekretariat PUSPA, Dinas Kesehatan Provinsi, Supervisor kabupaten/kota, dan Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

#### Praktik Baik Implementasi PUSPA

Program PUSPA mengembangkan instrumen pelaporan harian, mingguan, dan bulanan tergantung jenis indikator. Instrumen pencatatan dapat dikembangkan dengan beberapa alat bantu pengambilan data seperti Spreadsheet *online*, Microsoft Excel, Kobo Toolbox, atau Jotform. Spreadsheet adalah instrumen yang paling mudah digunakan dan minim kesalahan.

Tabel 5. Contoh waktu pelaporan data berdasarkan indikator :

Indikator	Frekuensi Pelaporan Data
Jumlah kasus konfirmasi COVID-19	Harian
Jumlah orang yang di-tes antigen	Harian

Jumlah orang yang di-tes PCR	Harian
Jumlah kontak erat aktif	Mingguan
Jumlah kontak erat yang bergejala selama masa karantina	Mingguan
Jumlah balita yang di timbang di posyandu	Bulanan
Jumlah usia produktif yang dilakukan skrining PTM	Bulanan

#### A. Pemantauan Mingguan

Pemantauan mingguan dilakukan antara tenaga pengelola program kabupaten/kota (supervisor kabupaten/kota) dengan tenaga kesehatan yang ada di puskesmas. Selain kebutuhan pemantauan, pertemuan ini juga dipakai untuk membangun kedekatan antara supervisor dan tim tenaga kesehatan. Pemantauan dilakukan secara daring ataupun luring dengan topik bahasan:

1. Memantau perkembangan capaian indikator;
2. Menggali proses implementasi pada masing-masing lokasi dalam 1 minggu ke belakang;
3. Menggali kendala yang dialami dan mencari jalan keluar;
4. Berbagi praktik baik antar lokasi intervensi; serta
5. Merencanakan kegiatan yang akan dilakukan pada 1 minggu kedepan.

#### B. Pemantauan Dwimingguan

Pemantauan dwimingguan dilakukan oleh pengelola atau sekretariat program provinsi. Pertemuan ini dapat dilakukan secara *online* (Zoom meeting). Kegiatan ini berisi pembahasan yang lebih strategis serta menjadi wadah koordinasi antara supervisor di daerah dan provinsi. Pada pertemuan dwimingguan, disediakan templat pelaporan progres masing-masing wilayah intervensi guna memudahkan tim sekretariat provinsi untuk menggali masalah saat pertemuan *online* berlangsung. *Lihat Lampiran 5.5. Untuk contoh template laporan dwimingguan dari supervisor.*

Durasi pelaksanaan kegiatan ini berkisar 60–90 menit dengan topik pembahasan:

1. Menyampaikan umpan balik dari tim monitoring dan evaluasi mengenai data capaian masing-masing kabupaten/kota;
2. Menggali proses intervensi yang sedang berjalan;
3. Menyampaikan kendala yang dialami oleh tim PUSPA;
4. Merumuskan pemecahan masalah dari kendala yang dialami; serta
5. Berbagi praktik baik yang dilakukan di masing-masing wilayah.



### C. Pemantauan Bulanan

Pemantauan Bulanan dihadiri oleh semua pihak yang terlibat pengembangan program seperti Perwakilan Dinas Kesehatan provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Sekretariat dan Supervisor Kab/Kota. Durasi pelaksanaan kegiatan ini berkisar 90–120 menit.

Selain sebagai wadah untuk monitoring, kegiatan bulanan ini bertujuan untuk menumbuhkan partisipasi aktif Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam kegiatan PUSPA. Pelaksanaan monitoring bulanan dapat juga dilaksanakan secara tematik, misalnya bulan ini bertema progres capaian imunisasi, dan bulan selanjutnya capaian PTM. *Lihat Lampiran 5.6 untuk contoh templat laporan bulanan dari supervisor, dan 5.7 untuk contoh laporan tematik.*

Monitoring Bulanan diselenggarakan oleh sekretariat PUSPA dengan pembahasan:

1. Menyampaikan progres capaian puspa dalam 1 bulan ke belakang;
2. Menyampaikan kendala yang dialami;
3. Menyampaikan praktik baik yang ada; serta
4. Menyampaikan arahan strategis bila diperlukan.

#### **Hindari!**

- 1 **Demi efisiensi waktu rapat *online*, siapkan daftar agenda rapat yang akan dibahas beserta durasinya, dan buat kesepakatan waktu di awal rapat.**
- 2 **Gunakan aplikasi tambahan yang membuat rapat menjadi lebih interaktif, contohnya Mentimeter, Slido, Jamboard, Miro, atau aplikasi serupa.**

### D. Kunjungan Lapangan (*Site Visit*)

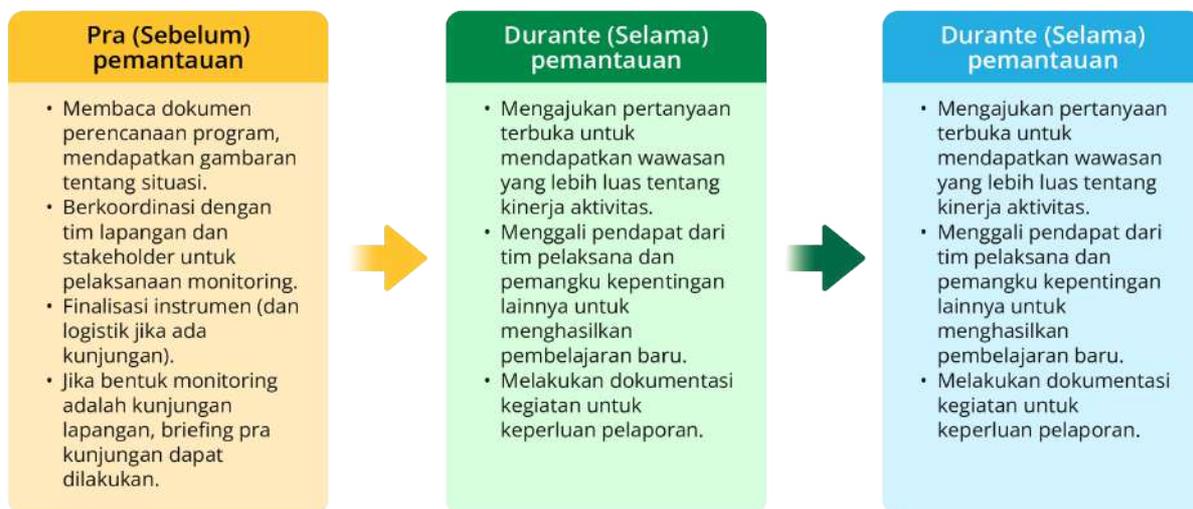
Selain melalui jarak jauh, pemantauan dapat dilakukan dengan kunjungan lapangan<sup>4</sup>. Kegiatan ini umumnya dilakukan selama 2 kali dalam setahun. Kunjungan monitoring merupakan peluang untuk mengeksplorasi faktor sistemik atau kontekstual yang mungkin mempengaruhi pelaksanaan kegiatan. *Lihat Lampiran 5.8 untuk contoh instrumen site visit.*

<sup>4</sup> USAID. 2022. How-To Note: Planning and Conducting Site Visits

Beberapa teknik mengumpulkan data saat kunjungan lapangan adalah sebagai berikut.



Dalam pelaksanaan kunjungan lapangan, sekretariat program dapat berkolaborasi dengan mitra dan pemangku kepentingan lainnya, termasuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan puskesmas. Pelaksanaan kegiatan pemantauan dilakukan dengan tahapan sebagai berikut.



## Lampiran Bab 5:

- L5.1 Template *Monitoring/evaluasi Plan*
- L5.2 *Framework* monitoring dan evaluasi
- L5.3 Contoh Kalender Pelaporan
- L5.4 Templat *Indicator Tracking Table* (ITT)
- L5.5 Templat Matriks Dwi-Mingguan Supervisor
- L5.6 Templat Monitoring Bulanan Supervisor
- L5.7 Contoh Laporan Tematik Supervisor
- L5.8 Contoh Instrumen Site Visit



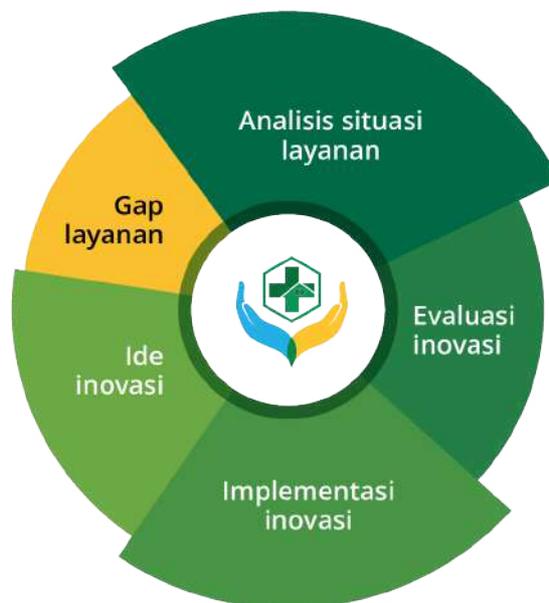
Scan di sini

# **BAB VI** **MENGELOLA INOVASI**

## **6.1 Mencetuskan dan Mengelola Inovasi**

Pencetusan inovasi merupakan salah satu aspek yang membedakan program PUSPA dari program kesehatan lainnya. Tenaga kesehatan PUSPA dibekali dengan pengetahuan dan motivasi untuk dapat menemukan solusi yang kreatif dan cerdas berdasarkan *gap* yang ada di lapangan. Dalam merancang inovasi, puskesmas dapat melakukan modifikasi pada metode penyampaian atau pada lingkungan program kesehatan terkait. *Lihat Lampiran 6.1 untuk kumpulan inovasi program gizi dan PTM PUSPA.*

Dalam merancang inovasi program, langkah yang dilalui puskesmas dan tenaga kesehatan PUSPA dirangkum dalam Gambar 9.



Gambar 9: Proses Pengelolaan Inovasi

Untuk mendukung lahirnya inovasi di level puskesmas, Dinas Kesehatan dan mitra dapat memfasilitasi beberapa aktivitas tambahan, yakni:

- **Sesi mentoring tenaga kesehatan PUSPA**

Mentoring dilakukan dalam bentuk diskusi dengan satu tema tertentu, misalnya PTM, imunisasi, dll. Setelah tim PUSPA di puskesmas mengumpulkan ide, mentor akan menggali kemajuan inovasi yang telah dilakukan kemudian mendiskusikan hambatan serta peluang dalam pengembangan inovasi. Pertemuan ini dapat dilakukan rutin secara mingguan maupun dwimingguan. *Lihat Lampiran 6.2 untuk contoh templat pemantauan tematik.*



- **Sesi Meet the Expert**

Setelah mentoring dilakukan oleh tim pengelola program, tenaga lapangan dipertemukan dengan pakar yang keilmuannya sesuai dengan kebutuhan inovasi dan tema masing-masing puskesmas. Para ahli didapatkan dari pihak internal maupun eksternal Dinas Kesehatan dan mitra, seperti pengelola program gizi provinsi, ahli ketahanan pangan, ahli komunikasi dan advokasi, dan sebagainya.

## 6.2 Pemberdayaan Masyarakat melalui Mobilisasi Kader

Program penguatan layanan kesehatan primer terdahulu mencakup aktivitas-aktivitas kader kesehatan untuk melaksanakan aspek preventif dan promosi (Gambar 10). Memberdayakan masyarakat menjadi kader kesehatan telah terbukti efektif dan berdampak besar, terutama untuk masalah-masalah kesehatan yang berdampak luas<sup>5</sup>. Untuk melakukan aktivitas tersebut, diperlukan kader yang paham terhadap aktivitas program dan memiliki kompetensi yang sesuai. Kompetensi kader kesehatan dapat mengacu pada standar keterampilan kader dari Kementerian Kesehatan, dan prosedur pengembangannya dapat disesuaikan dengan tahapan yang ada pada Bab IV.



Gambar 10. Peluang Mengikutsertakan Kader Kesehatan dalam Program Penguatan Layanan Kesehatan Primer Terpadu

<sup>5</sup> [Laporan Evaluasi Ekonomi Program PUSPA Jawa Barat 2021](#)

**Lampiran Bab 6:**

L6.1 Kumpulan Inovasi Program Gizi dan PTM PUSPA 2022

L6.2 Templat Pemantauan Tematik



*Scan di sini*



## **BAB VII** **EVALUASI**

Evaluasi program merupakan proses penilaian yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan sejauh mana tujuan instruksional dicapai oleh program. Evaluasi bertujuan untuk melakukan pengecekan capaian, tantangan, dan pembelajaran yang telah terjadi dari awal program hingga saat evaluasi tersebut dilakukan (*checkpoint*). Dalam praktik baik program penguatan layanan kesehatan primer, pengelola program melakukan evaluasi di tengah program dan di akhir program.

### **1. Evaluasi Tengah Program**

Evaluasi tengah program umumnya dilakukan di tengah pelaksanaan program, misalnya di bulan ke-6 dalam 12 bulan implementasi program. Hasil pembelajaran dan rekomendasi dari evaluasi tengah program akan menentukan pelaksanaan di sisa waktu program.<sup>6</sup> Produk luaran evaluasi ini dapat berupa rencana langkah-langkah perbaikan atau tindak lanjut dari tim pengelola kabupaten/kota maupun kebijakan serta arahan dari tim pengelola program provinsi. *Lihat Lampiran 7.1 untuk contoh hasil review midterm program penguatan layanan kesehatan primer terpadu.*

### **2. Evaluasi Akhir Program**

Evaluasi akhir program dilakukan dengan tujuan untuk menggali peluang dan capaian dari program yang telah berjalan selama ini. Rekomendasi evaluasi akhir program menentukan perancangan program berikutnya di masa depan. Produk luaran dari evaluasi akhir dapat berupa laporan akhir dan publikasi lain sesuai dengan kebutuhan pengelola PUSPA. *Lihat Lampiran 7.2 untuk contoh laporan akhir program.*

Penyusunan dokumen evaluasi disarankan mencakup minimal elemen-elemen dibawah ini:

- A. Pendahuluan: Tujuan, Ruang Lingkup, dan Metodologi
- B. Deskripsi Proyek dan Konteks Latar Belakang
  - B.1 Konteks Pengembangan: deskripsi dan tujuan proyek;
  - B.2 Masalah yang ingin diselesaikan dari keberadaan project;
  - B.3 Deskripsi proyek dan strategi: tujuan, dan hasil yang diharapkan, deskripsi lokasi lapangan;
  - B.4 Pelaksana Proyek: deskripsi pelaksana proyek tersebut; serta

<sup>6</sup> UNDP. 2014. "GUIDANCE FOR CONDUCTING MIDTERM REVIEWS OF UNDP-SUPPORTED, GEF-FINANCED PROJECTS"

B.5 Mitra kunci dan pemangku kepentingan yang terlibat dalam implementasi proyek.

C. Hasil

C.1 Seluruh capaian diuraikan per indikator. Selain data kuantitatif, informasi kualitatif juga dapat dilaporkan;

Gambar 11. Contoh Tabel Rekap Data

**Table 1. Progress Towards Results Matrix (Achievement of outcomes against End-of-project Targets)**

Project Strategy	Indicator <sup>28</sup>	Baseline Level <sup>29</sup>	Level in 1 <sup>st</sup> PIR (self-reported)	Midterm Target <sup>30</sup>	End-of-project Target	Midterm Level & Assessment <sup>31</sup>	Achievement Rating <sup>32</sup>	Justification for Rating
Objective:	Indicator (if applicable):							
Outcome 1:	Indicator 1:							
	Indicator 2:							
Outcome 2:	Indicator 3:							
	Indicator 4:							
	Etc.							
Etc.								

**Indicator Assessment Key**

Green= Achieved      Yellow= On target to be achieved      Red= Not on target to be achieved

C.2 Kemajuan indikator, dapat dibuat tabel rekap data capaian indikator berdasarkan kerangka logis/*logframe*;

C.3 Proses Implementasi Proyek;

C.4 Keberlanjutan.

D. Kesimpulan dan Rekomendasi

**Lampiran Bab 7:**

L7.1 Contoh Hasil Evaluasi Tengah Program

L7.2 Contoh Laporan Akhir Program



*Scan di sini*

## BAGIAN 3

# Kemitraan dan Komunikasi



### Landasan Hukum

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Noninfrastruktur Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1787 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 74 Tahun 2015 Tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

## **BAB VIII**

# **MEMBANGUN DAN MEMBINA KEMITRAAN**

Kolaborasi multi pihak bermanfaat untuk melihat permasalahan apa saja yang dapat diselesaikan bersama, dan mendorong lahirnya terobosan-terobosan baru yang dapat mempercepat capaian target kesehatan di wilayah intervensi. Kolaborasi dapat diinisiasi baik di tingkat Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, maupun puskesmas.

Program penguatan layanan kesehatan primer terpadu dapat membuka kesempatan kepada sektor/lembaga untuk bermitra dalam ruang lingkup pelayanan kesehatan sesuai topik prioritas (contohnya PTM, Gizi, dll), pemberdayaan kaum muda, target pembangunan berkelanjutan, dan lain sebagainya. Jenis kemitraan yang sebaiknya dihindari adalah dengan industri maupun lembaga dengan produk berisiko bagi kesehatan, misalnya industri tembakau/rokok, industri alkohol, dan industri senjata tajam.

Bentuk kemitraan yang tidak hanya berupa CSR dapat menjadi referensi potensi-potensi kerjasama antara Dinas Kesehatan dengan mitra pembangunan di berbagai lapisan, mulai dari pihak swasta hingga komunitas mahasiswa.

### **8.1 Melakukan Asesmen Kemitraan Melalui Proses Uji Kelayakan (*Due Diligence*)**

Uji kelayakan (*Due diligence*) dilakukan secara internal oleh Tim Kemitraan atau biro terkait di puskesmas/Dinas Kesehatan untuk memastikan:

- a. Mitra potensial tidak berafiliasi dengan 3 (tiga) industri dengan produk berisiko bagi kesehatan, seperti industri tembakau/rokok, alkohol, dan senjata tajam;
- b. Mitra potensial tidak melakukan kemitraan dalam rangka promosi produk-produk berisiko kesehatan yang bertentangan dengan fungsi preventif Puskesmas (contohnya minuman berperisa dan makanan tinggi garam dan lemak);
- c. Mitra potensial tidak memiliki rekam jejak yang melanggar nilai-nilai kesetaraan, seperti kasus pelecehan seksual dan kekerasan terhadap anak; dan
- d. Mitra potensial tidak terlibat kasus korupsi.



## 8.2 Menentukan Bentuk Kemitraan dan Kontraprestasi

Beberapa skema kemitraan yang dapat diinisiasi dan dikembangkan dalam program penguatan layanan kesehatan primer terpadu dapat dilihat pada Tabel 6. Informasi lebih lanjut mengenai kontraprestasi perlu dituangkan ke dalam sebuah proposal kemitraan. *Lihat Lampiran 8.1 untuk contoh proposal kemitraan untuk tujuan penggalangan dana, dan Lampiran 8.2 untuk referensi pengalaman kemitraan pada program penguatan layanan kesehatan primer terpadu.*

**Tabel 6. Contoh Bentuk Kemitraan dan Potensi Kontraprestasi**

Bentuk Kemitraan	Potensi Kontraprestasi (dapat didiskusikan dengan mitra)
<p><b>Mitra Pelaksana (Termasuk Mitra Evaluasi Dampak)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berupa barang (non tunai)</li> <li>• Dana untuk keseluruhan kegiatan (termasuk dampak evaluasi)</li> <li>• Memastikan ketersediaan shelter isolasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi strategis sebagai anggota PUSPA Collaborative Center</li> <li>• Akses penjangkauan dan komunikasi program mitra ke 10.000 kader penerima manfaat</li> <li>• Promosi mitra pada materi komunikasi dan promosi program (e-poster dan spanduk di 100 puskesmas)</li> <li>• Undangan eksklusif untuk diskusi tematik/diskusi kemitraan bersama Gubernur Jawa Barat dan Pendiri CISDI</li> <li>• Pengakuan bagi rekan relawan</li> <li>• Paket kisah cerita (Story-telling package) yang memotret isu-isu kesehatan</li> <li>• Akses terhadap Laporan Evaluasi Dampak Program PUSPA</li> </ul>
<p><b>Mitra Ilmu (Termasuk Mitra Evaluasi Dampak)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelatihan</li> <li>• Lokakarya</li> <li>• Dana untuk evaluasi dampak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi strategis sebagai anggota PUSPA Collaborative Center</li> <li>• Promosi mitra pada materi komunikasi dan promosi program sehubungan pelatihan dan lokakarya(e-poster, produk komunikasi, spanduk)</li> <li>• Pengakuan bagi rekan relawan</li> <li>• Paket kisah cerita (Story-telling package) yang memotret isu-isu kesehatan</li> <li>• Akses terhadap Laporan Evaluasi Dampak Program PUSPA</li> </ul>



### 8.3 Formalisasi Kemitraan

Setelah melakukan diskusi dan mencapai kesepakatan bermitra, para pihak dapat membuat surat perjanjian kerja sama. Dokumen kesepakatan tersebut dapat berisi beberapa detail berikut ini:

**a. Mengatur Kepemilikan Produk Hasil Kemitraan**

Segala produk yang dihasilkan dari skema kemitraan program akan menjadi hak milik Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat yang dikelola oleh Sekretariat dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Adapun penggunaan produk oleh mitra potensial dapat didiskusikan.

**b. Promosi**

Program penguatan layanan kesehatan primer terpadu ini dikelola secara penuh oleh Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat. Semua mitra potensial yang mendukung program PUSPA akan mendapat pengakuan berupa pencantuman logo instansi mitra tersebut pada materi komunikasi dan publikasi program (poster, banner, spanduk, dan Paparan program).

**c. Mekanisme pemantauan dan evaluasi**

Pemantauan aktivitas-aktivitas yang menjadi luaran dari kemitraan sebaiknya dilakukan secara rutin. Selain itu, para pihak dapat bersama-sama membuat laporan kegiatan serta laporan dampak di akhir program.



**Lampiran Bab 8:**

L8.1 Contoh Proposal Kemitraan untuk Fundraising

L8.2 Contoh Referensi Pengalaman Kemitraan Program Penguatan Layanan Kesehatan Primer Terpadu



*Scan di sini*



# **BAB IX** **KOMUNIKASI, PUBLIKASI,** **DAN MEDIA**

## **9.1 Kegiatan Komunikasi**

Kegiatan komunikasi yang dimaksud adalah kegiatan mempromosikan program kepada masyarakat umum, baik untuk menyebarkan informasi guna menghimpun gerakan mendukung program, ataupun memengaruhi orang untuk melakukan sesuatu.

### **a. Peluncuran dan Penutupan Program**

Kegiatan ini menjadi penanda dimulai dan berakhirnya program. Tidaklah berisi jika acara hanya berupa pengesahan atau penyerahan dokumen saja, sehingga perlu ada kegiatan diskusi atau ruang berbagi yang menggugah publik untuk ikut serta. Idealnya, ada kegiatan terbuka agar publik dapat turut menyaksikan. Selain itu, kegiatan sebaiknya turut ditayangkan secara *live* melalui YouTube. Hal ini untuk mengantisipasi kendala yang dialami peserta untuk bergabung via Zoom, atau apabila kegiatan hanya dilaksanakan secara *offline*.

### **b. Kampanye Bersama**

Salah satu kegiatan intervensi yang mengikutsertakan kelompok besar (massal) ialah kampanye bersama, baik secara langsung di lapangan maupun melalui media sosial. Kampanye tersebut bertujuan mendatangkan lebih banyak warga untuk melakukan skrining, mendapatkan paparan edukasi, dan mempromosikan kegiatan rutin Puskesmas kepada warga yang belum mengetahui.

Strategi komunikasi yang efektif dikembangkan menggunakan pendekatan perubahan perilaku dan sosial (*Social and Behavior Change Communication/SBCC*). Pendekatan SBCC mengidentifikasi dan menganalisis situasi, menentukan kelompok sasaran, dan merumuskan pesan menjadi argumen yang relevan dan meyakinkan untuk membentuk sikap dan praktik yang diinginkan. Hal-hal penting yang dapat dirincikan dalam SBCC adalah sebagai berikut.

- Penyusunan pesan kunci untuk kelompok sasaran spesifik;
- Penyusunan indikator komunikasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, kader kesehatan, atau tenaga lapangan yang melakukan intervensi;
- Pembuatan materi untuk kegiatan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) sesuai dengan pesan kunci;
- Pelaksanaan pelatihan seputar komunikasi sesuai kebutuhan;
- Perencanaan kegiatan kampanye untuk meningkatkan cakupan skrining; dan
- Monitoring dan evaluasi dari pelaksanaan kegiatan SBCC secara berkala.



Untuk memperluas informasi seputar upaya puskesmas dan edukasi bagi warga sekitar, salah satu cara yang dapat dilakukan adalah kampanye digital melalui media sosial. Tim dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan puskesmas yang bertugas untuk mengelola media sosial dengan membentuk satu Grup WhatsApp untuk koordinasi dan mengadakan kampanye digital bersama.

## 9.2 Produk Komunikasi untuk Edukasi atau Kampanye

Berbagai produk komunikasi dibuat oleh penyelenggara program sebagai alat penunjang bagi pelaksana untuk melakukan edukasi atau kampanye kesehatan kepada publik. Tujuannya agar memudahkan publik memahami pesan kesehatan yang ingin disampaikan. Beberapa materi komunikasi yang dapat dibuat contohnya *flashcard*, video, poster, dan spanduk. *Lihat Lampiran 9.1 untuk referensi ide kegiatan komunikasi dan produk KIE.*

## 9.3 Publikasi di Media Sosial dan Website

Hadirnya platform media sosial yang beragam mulai dari Twitter, Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, Blog, hingga YouTube menjadi sarana publikasi serta menjembatani informasi agar lebih dekat dengan masyarakat. Selain itu, keberadaan media sosial saat ini amat diperlukan untuk membangun reputasi dan jaringan agar penyebarluasan informasi lebih mudah. Akses informasi dan publikasi yang disampaikan melalui media sosial diasumsikan lebih cepat sampai pada target sasaran.

Implementasi pemanfaatan media sosial sebagai ruang publikasi dapat dimulai dengan menginformasikan keberlangsungan kegiatan program, kemitraan yang terjalin, dan momen-momen penting selama pelaksanaan program. Bentuk publikasi di media sosial dan situs web yang dapat digunakan contohnya: posting Instagram dan Instastory, Instagram Live, *call centre*, maupun posting di media-media sosial lain yang dimiliki. Sedangkan ragam produk yang dapat dipublikasikan di dalam website, contohnya artikel dan buletin. *Lihat Lampiran 9.2 untuk detail yang perlu dipersiapkan dalam membuat siaran pers dan newsletter.*

Beberapa ide untuk tema publikasi yang dapat dibuat yakni:

1. Ragam inovasi kesehatan
2. Tokoh masyarakat atau *local heroes* yang berpengaruh pada bidang kesehatan
3. Praktik baik di lapangan untuk menangani masalah kesehatan
4. Capaian program kesehatan



Siaran pers adalah dokumen tertulis yang disusun organisasi, kelompok, ataupun perusahaan untuk memberikan informasi kepada media massa. Tujuan utama penulisan siaran pers adalah untuk mendapatkan perhatian media dan publik luas pada media tersebut. Adapun struktur siaran pers yang biasa digunakan terdiri atas:

1. **Judul atau headline:** Informasi inti yang menjadi tujuan utama pembaca untuk membaca lebih lanjut.
2. **Tanggal dan tempat:** Tanggal dan tempat siaran pers tersebut diedarkan. Biasanya penulisan tanggal dan tempat berada di bagian pengantar.
3. **Pengantar atau lead:** Satu paragraf awal yang merangkum isu atau pokok masalah yang dibahas.
4. **Isi atau tubuh siaran pers:** Informasi rinci dan pendukung mengenai topik yang dibahas dalam siaran pers.
5. **Kutipan dari juru bicara:** Kutipan dari perwakilan organisasi dan sumber terpercaya mengenai isu yang dibahas dalam siaran pers.
6. **Informasi kontak:** Informasi kontak narahubung organisasi yang bisa dimintakan informasi lebih lanjut.
7. **Penutup:** Kesimpulan dari informasi yang disampaikan dalam siaran pers.
8. **Boilerplate:** Rangkuman informasi mengenai organisasi dan program yang dijalankan.





#### Siaran Pers

## Memperingati Hari Obesitas, CISDI, UNICEF, dan P2PTM Menyerukan Pentingnya Membangun Sistem yang Menciptakan Lingkungan Lebih Sehat

Ardiani Hanifa Audwina • 4 Mar 2023

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) bekerja sama dengan UNICEF Indonesia dan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM), Kementerian Kesehatan Indonesia, mengadakan rangkaian acara "Gerak Bersama, Ubah Sudut Pandang" sebagai bagian peringatan Hari Obesitas Dunia 4 Maret 2023.

Rangkaian acara ini dimulai melalui diskusi publik bertema "*The Hidden Crisis of Obesity*" di Perpustakaan Taman Literasi Martha Tiahahu, Jakarta (4/3). **Chief of Policy and Research CISDI, Olivia Herlinda**, memaparkan peran penting cukai minuman berpemanis dalam kemasan (MBDK) sebagai salah satu regulasi menciptakan lingkungan yang tidak obesogenik. Lingkungan obesogenik adalah lingkungan yang mendukung terjadinya obesitas atau kenaikan berat badan berlebih.

**Gambar:** Contoh siaran pers yang diterbitkan oleh CISDI dan dipublikasikan pada kanal website [cisdi.org](http://cisdi.org) (CISDI 2023)

### 9.5 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan aset penyimpanan informasi sebagai bukti dan keterangan yang dapat memperkuat kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan di lapangan, serta menjadi gambaran kegiatan yang akan dilaksanakan di masa mendatang. Dalam proses penyediaan berbagai dokumentasi, seperti pengambilan foto dan video hingga aspek pendukung lain yang akan dipublikasi melalui media sosial, perlu dilengkapi dengan metadata dan lembar persetujuan.

*Metadata* merupakan suatu informasi standar yang disimpan dalam sebuah foto, seperti nama file, dimensi, dan EXIF kamera (*exposure, focal length, ISO speed rating,*



flash, dan GPS). Selain itu, dapat pula ditambahkan metadata IPTC (*International Press Telecommunications Council*), seperti nama fotografer, alamat lokasi pengambilan gambar, nomor telepon objek pada gambar, alamat website, status hak cipta termasuk keterangan foto.

*Informed consent* adalah lembar persetujuan yang berisi pernyataan atau persetujuan dari pihak terkait atas pengambilan foto atau video sebagai bentuk menghormati martabat manusia dan menjamin hak-hak, keamanan dan kesejahteraan setiap orang yang ada di dalam foto atau video tersebut. *Lembar persetujuan* ini dapat berupa lembar cetak yang dibubuhi tanda tangan basah maupun *online* dalam bentuk Google Form. *Lihat Lampiran 9.3 untuk contoh lembar persetujuan dalam melakukan dokumentasi.*

Situasi yang tidak membutuhkan <i>informed consent</i>	Situasi yang membutuhkan <i>informed consent</i>	
	Umum	Membutuhkan penanganan khusus - sangat membutuhkan <i>informed consent</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Individu yang tidak dikenali di ruang publik (wajah dan fitur tubuh lainnya tidak dapat dikenali)</li> <li>Tokoh publik di ruang publik (misal: pejabat publik, selebritis dalam acara seremonial)</li> <li>Kerumunan di ruang publik (misal: penonton konser)</li> <li>Orang yang berpose dan sadar terhadap keberadaan fotografer atau videografer</li> </ol>	Seluruh individu yang dapat dikenali dalam setiap situasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tenaga kesehatan dan pasien yang mukanya dapat dikenali dan berada dalam lingkungan klinis</li> <li>Dokumentasi yang menampilkan foto anak</li> <li>Individu baik yang dapat dikenali maupun tidak dalam kondisi di mana informasi personal dan privat terekspos melalui foto atau didokumentasikan dalam caption seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Status kesehatan (misal: orang dengan HIV/AIDS, TB, Covid-19 dsb)</li> <li>Perilaku sehat (misal: pekerja seks, orientasi seksual, pengguna obat-obatan terlarang dan alkohol, pengguna obat tertentu, korban mutilasi genital, dsb)</li> <li>Tindakan kriminal (misal pelaku atau korban kekerasan gender, dsb)</li> </ul> </li> </ol>

Gambar 11 menjabarkan situasi yang memerlukan atau tidak memerlukan lembar persetujuan.

**Lampiran Bab 9:**

L9.1 Referensi Ide Kegiatan Komunikasi dan Produk KIE

L9.2 Detail yang Harus Dipersiapkan dalam Pembuatan Siaran Pers dan *Newsletter*

L9.3 Contoh *Informed Consent* dalam Dokumentasi



*Scan di sini*



## **Diskusi Lebih Lanjut**

Silahkan menghubungi CISDI untuk diskusi lebih lanjut mengenai informasi dan penggunaan buku pedoman ini.

*Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives*

*Jl. Probolinggo No.40C, RT.1/RW.2, Gondangdia, Kec. Menteng, Kota Jakarta Pusat, Daerah  
Khusus Ibukota Jakarta 10350*

*(021) 3917590*

*<https://cisdi.org/>*

*communication@cisdi.org*



**Semua Lampiran  
dalam Buku Ini**

