BAB IV

ANALISIS PRAKTEK KERJA LAPANGAN

4.1. ANALISIS SISTEM INFORMASI KESEHATAN TENTANG PENGOLAHAN DATA SP3 (SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN PUSKESMAS) DI DINAS KESEHATAN KOTA BANDUNG YANG SEDANG BERJALAN.

4.1.1. Analisis Dokumen

Analisis system merupakan penguraian dari suatu sistm informasi yang utuh kedalam komponen-komponen dengan maksud untuk mengidentifikasi maupun mengevaluasi semua permasalahan-permasalahan, hambatan-hambatan yang terjadi serta kebutuhan-kebutuhan yang diharapkan sehingga dapat meningkatkan kualitas system yang sudah ada.

4. 2. Teknis Pelaksanaan Kerja Praktek

Sebelum melaksanakan kerja praktek penulis terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang software Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) yang sudah biasa digunakan oleh Sub Din Bina Program dan Puskesmas. Software SP3 yang ada menggunakan aplikasi Borland Delphi 5.0 dengan menggunakan data base ms.access serta untuk laporan menggunakan aplikasi crystal report 8.5.

Adapun ruang lingkup yang dilakukan dimulai dari pengumpulan data / laporan dari Puskesmas – puskesmas yang ada di kota Bandung, pemasukkan data /

laporan bulanan, pembuatan laporan per-bulan, laporan triwulan, laporan semester dan laporan tahunan.

4. 3. Data Kerja Praktek

4.3.1 Pengertian SP3

Yang dimaksud dengan SP3 menurut Departemen Kesehatan R.I (1990:46) adalah Tata cara pencatatan dan pelaporan yang lengkap untuk pengelolaan Puskesmas, meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana dan kegiatan pokok yang dilakukan serta hasil yang dicapai oleh Puskesmas.

Dalam manajemen diperlukan adanya data yang akurat, tepat waktu dan kontinyu serta mutakhir secara periodic Berdasarkan S.K.Menteri Kesehatan nomor 63/Menkes/II/1981, berlaku SP3 (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas).

Dalam melakukan SP3 sebaik-baiknya, akan didapat data dan informasi yang diperlukan untuk perencanaan, penggerakkan pelaksanaan, pemantauan, pengawasan, pengendalian dan penilaian penampilan Puskesmas serta situasi Kesehatan.

4.3.2. Tujuan SP3

Adapun tujuan dari SP3 itu sendiri adalah

a. Umum : Tersedianya data dan informasi yang akurat, tepat waktu dan mutakhir dan cara periodik atau teratur untuk pengelolaan program kesehatan masyarakat melalui Puskesmas di berbagai tingkat administrasi.

b. Khusus :

1. Tersedianya yang meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana dan kegiatan pokok Puskesmas yang akurat, tepat waktu, dan mutakhir secara teratur.
2. Terlaksananya pelaporan data tersebut secara teratur di berbagai jenjang administrasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
3. Termanfaatkannya data tersebut untuk pengambilan keputusan dalam rangka pengeloalaan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi.

4.4. Pengolahan Data SP3 (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas) Pada Sub Dinas Bina Program Di Dinas Kesehatan Kota Bandung

4.4.1. Sistem Pencatatan SP3

Ada 2 jenis system pencatatan yaitu pencatatan kegiatan di dalam gedung puskesmas dan di luar gedung puskesmas (kegiatan lapangan) yaitu :

1. Sistem Pencatatan di dalam Gedung Puskesmas
   a. Family Folder (berkas keluarga)

      Adalah himpunan dari kartu – kartu individu dari suatu keluarga yang telah memperoleh berbagai pelayanan kesehatan melalui Puskesmas, yang digunakan atas dasar indikasi :

      a) Salah satu anggota keluarga yang telah menjadi pelanggan Puskesmas/Puskesmas Pembantu (yang dimaksud sudah menjadi pelanggan adalah telah meminta pelayanan kesehatan 3x berturut – turut di Puskesmas).
      b) Pasien khusus yang akan menadapar tindak lanjut pengobatan.
      c) Keluarga dalam daerah – daerah binaan, yaitu : (Perawatan Kesehatan Masyarakat, Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM), Peningkatan Peranan Wanita dalam Pembangunan Kesehatan (P2WPK), Peningkatan Partisipasi Generasi Muda dalam

Pembangunan Kesehatan (P2GMPK), Imunisasi dan Kesehatan Lingkungan.

d) Keluarga – keluarga di daerah Transmigrasi

Penggunaan family folder berorientasi pada konsep wilayah kerja Puskesmas tertentu dan sebagai tanda pengenal keluarga yang memiliki Family Folder dipergunakan nomor index keluarga dengan ketentuan bagi keluarga yang tinggal di kecamatan (wilayah kerja Puskesmas/Puskesmas Pembantu) diberikan nomor index keluarga, 00-00-01 (untuk keluarga yang pertama) dan seterusnya, sedangkan keluarga yang berasal dari luar wilayah kerja Puskesmas/Puskesmas Pembantu berada (kecamatan) diberi nomor index 90-00-00 (untuk keluarga pertama) dan seterusnya. Dengan demikian , kegunaan Familiy Folder adalah :

i. Sangat mudah dan efektif untuk mengikuti masalah kesehatan dari suatu keluarga.
ii. Mudah dianalisa gambaran penyakit di suatu kelaurga dalam masyarakat.
iii. Praktis dalam “Filling Sistem”, karena 1 keluarga hanya mempunyai 1 nomor pengenal/index.

Mengingat Family Folder merupakan himpunan kartu – kartu individu dari anggota keluarga maka di samping nomor index

keluarga, setiap anggota keluarga mempergunakan nomor ekstra dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kepala Keluarga (KK) : 00
2. Istri Pertama : 01
3. Anak Kandung, Tiri, Angkat : 02-20
4. Istri Kedua dan seterusnya : 21 dst.
5. Anggota Keluarga lain : 90 dst.

Dapat dibuat Cross-index apabila terjadi perpindahan dengan alasan kawin, cerai atau pindah pemondokan tetapi masih di dalam wilayah kerja Puskesmas.

1. Kartu Tanda Pengenal Keluarga (KTPK)

Adalah alat untuk memudahkan dalam pencarian setiap keluarga yang telah mempunyai Family Folder pada saat datang meminta pelayanan ke Puskesmas yang memuat nomor index keluarga dan identitas kepala keluarga. Disamping KTPK terdapat pula kartu tanda pengenal pengunjung khususnya untuk : KB, Kusta, dan KTB I. Masih digunakan KTP individu ini karena berguna bagi pelayanan penderita/akseptor tersebut apabila ia pindah dan dilayani di Puskesmas lain.

2. Buku Register

Jenis – jenis Register yang digunakan di dalam gedung Puskesmas adalah sebagai berikut :

a. Register Rawat Jalan/Rawat Tinggal (I)
b. Register KIA (I.1)
c. Register Gizi (II.1)
d. Register Penimbangan anak Balita (rekap) (II.2)
e. Register Gizi untuk Ibu Hami/Menyusui (II.3)
f. Register Penyuntikan Lipiodol (II.4)
g. Register Surveilance Penyakit (rekap) (V)
h. Register Penyakit Cacing (V.1)
i. Register Laboratorium (VI)
j. Register Obat-obatan (VII)
k. Register Pengobatan Darurat Puskesmas (VIII)
l. Register Peran Serta Masyarakat (IX)

Di samping itu masih terdapat Register Catatan Medik Keluarga untuk mengetahui jumlah keluarga/anggota keluarga yang telah mendapat pelayanan dari Puskesmas/Puskesmas Pembantu.

3. Kartu Index Penyakit

a. Fungsi :

Sebagai kunci dan pada status pasien/register rawat jalan (dari lapangan) untuk mengetahui keadaan penyakit tertentu.

b. Tujuan :

a) Mempelajari kembali kasus terdahulu

b) Penyediaan data bagi perencanaan obat – obatan dan fasilitas lainnya.

c) Membuat laporan ilmiah

d) Menilai mutu pelayanan di Puskesmas/Puskesmas Pembantu

e) Bank Data untuk laporan kesakitan/Morbiditas.

c. Pedoman membuat index penyakit

a) Sediakan status – status pasien setiap usai jam kerja/hari (setelah kasus kembali ke bagian R/R).

b) Sediakan Register Rawat Jalan (drai lapangan) termasuk yang dikerjakan oleh Prokesa, Guru UKS dan Dukun Bayi.

c) Sediakan Kartu Index Penyakit.

d) Pembuatan kartu index penyakit dari kasus - kasus yang diagnosanya sudah dicantumkan dalam nama penyakit ICD IX dilakukan secara terpisah dari kasus – kasus yang diagnosanya ditulis dalam gejala/symptom. Kasus – kasus yang disebut terakhir, pembuatan kartu index penyakitnya dilakukan dengan memperhatikan ketentuan pembuatan diagnosa menurut “ Lay Reporting”.

e) Kasus yang ditulis di dalam kartu index penyakit adalah hanya kasus baru.

f) Kartu index penyakit ini dapat dimodifer untuk penyakit – penyakit khusus misalnya : kartu index penyakit TB Paru dan kartu index penyakit Kusta.

Pembuatan kartu index penyakit yang merupakan alat monitoring dapat didesain sesuai dengan kebutuhan.

Dapat terjadi seseorang dicatat dalam kartu index penyakit lebih dari satu kali sesuai dengan penyakit yang diidapnya dalam group penyakit yang tercantum di dalam kartu index penyakit tersebut.

1. Sensus harian

Adalah form perantara untuk mengisi laporan bulanan yang terdiri dari :

a. Sensus harian H.1.1.)

b. Sensus Harian H.1.2.)

c. Sensus Harian H.II : Sensus Harian Gigi

Sensus harian ini dibuat oleh tenaga di klinik Gigi

d. Sensus Harian H.III : Sensus Harian Immunisasi, dibuat oleh tenaga R/R atau tenaga medis teknis.

e. Sensus Harian H.IV : Sensus harian Penyakit, dibuat oleh tenaga perawat.

2. Formulir Rujukan

Untuk setiap penderita yang dirujuk dari Puskesmas ke Rumah Sakit atau sebaliknya dari Puskesmas Pembantu ke Puskesmas atau sebaliknya hanya disertai dengan formulir rujukan tanpa status (*Family Folder*).

Dalam penyimpanan kartu – kartu khusus untuk kartu – kartu KB, TB Paru, Kusta dan kartu Rawat Tinggal penyimpanannya disatukan dalam Family Folder dari keluarga tersebut. Di samping nomor yang lazim digunakan, dicantumkan pula nomor index keluarga tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pemakaian kartu rawat tinggal digunakan atas dasar :

a. Apabila Puskesmas mempunyai unit Rawat Tinggal
b. Apabila pasien tersebut pernah menjalani rawat jalan ke Puskesmas maka statusnya dapat diminta dari bagian R/R agar dapat diketahui riwayat penyakit yang diderita sebelumnya.
c. Apabila pasien tersebut bukan pelanggan Puskesmas maka tidak perlu dibuatkan Family Folder, tetapi yang bersangkutan cukup dicatat pada Register Rawat Tinggal.

2. Sistem Pencatatan di luar gedung Puskesmas (lapangan)

Pencatatan yang dilakukan di luar gedung atau dilapangan adalah sebagai berikut :

a. Register Rawat Jalan (Register I).

b. Register Gizi untuk anak balita (Register II.1).

c. Register Gizi untuk ibu hamil/menyusui (Register II.2).

d. Register Kesehatan Lingkungan (Regsiter IV).

e. Register Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (Register IV).

f. Register peran serta masyarakat (Register IV).

g. Kartu Perusahaan.

Kartu Perusahaan ini dibuat 2 macam, satu untuk perusahaan itu sendiri dan satu lagi disimpan di Puskesmas secara tersendiri dengan tanggung jawab tenaga Hygiene dan Sanitasi agar dapat diikuti perkembangan perusahaan itu dalam pengawasan kesehatannya.

h. Kartu Murid

Kartu murid disimpan di sekolah dan pemberian nomor pada kartu murid ada 2 cara yaitu :

a) Sebaiknya mengikuti nomor index keluarga di Puskesmas apabila anak tersebut berasal dari keluarga yang telah mempunyai KTPK. Sehubungan dengan hal itu maka guru perlu menanyakan kepada murid nomor index KTPK-nya.

b) Apabila murid tersebut belum mempunyai KTPK maka guru dapat menentukan sendiri nomor index setiap murid dengan menggunakan ketentuan nomor index sekolah – sekolah yang ada di wilayah Puskesmas tersebut :

i. SD : nomor ekstra adalah = 0

ii. SMP : nomor ekstra adalah = 1

iii. SMA : nomor ekstra adalah = 2

Apabila terdapat 5 SD, maka nomor ekstra masing – masing sekolah adalah : 01,02,03,04,05. Bila terdapat 3 SMP, maka pemberian nomor ekstra untuk masing – masing sekolah tersebut adalah : 11,12,13, dan apabila terdapat 2 SMA, maka nomor ekstra untuk kedua SMA tersebut adalah : 21,22.

Murid pertama dari tiap sekolah ditulis dengan terminal digit 6 angka yaitu : 00 00 00, maka berarti murid dari SD yang pertama adalah 01 00 00 01.

4.4.2. Sistem Pelaporan SP3

Di dalam Sistem Pelaporan Puskesmas sebagai tahun laporan yang dipergunakan adalah : tahun kalender yaitu dari bulan Januari sampai dengan Desember dalam tahun yang sama.

Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas sudah mencakup pelayanan kesehatan di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Puskesmas dengan Perawatan, Bidan Desa, Perawat Desa, Balai Pengobatan,

Dokter/Bidan praktek swasta dan unit – unit pelayanan kesehatan lainnya baik pemerintah maupun swasta.

Format laporan SP3 terdiri dari 6 jenis yaitu :

1. Laporan yang dikirimkan setiap bulan :
    a. Laporan LB-1, mengenai data kesakitan
    b. Laporan LB-3, terdir dari KIA/KB, Gizi dan P2M
    c. Laporan LB-4, meliputi kegiatan Puskesmas, rawat inap, kegiatan perawatan kesehatan masyarakat, pelayanan medik dasar kesehatan gigi, kesehatan lingkungan, laboratorium, penyuluhan kesehatan masyarakat, usaha kesehatan sekolah.
2. Laporan yang dikirmkan satu tahun sekali pada bulan januari tanggal 15
    a. Laporan LSD-1, merupakan laporan tahunan mengenai data fasilitas dan data kesehatan lainnya serta data lingkungan kedinasan Puskesmas dan Pustu.
    b. Laporan LSD-2, merupakan laporan tahunan mengenai data tenaga di Puskesmas baik dengan perawatan maupun tanpa perawatan dan pustu.
    c. Laporan LSD-3, merupakan lapran tahunan mengenai jumlah dan jenis peralatan di Puskesmas baik dengan perawatan mupun tanpa perawatan dan pustu.

4.4.3 Cara Pengisian Laporan SP3 Bulanan

Petunjuk Pengisian LB-1

1. Petunjuk Umum :
   a. Tuliskan kode Puskesmas, nama Puskesmas, nama kecamatan, jumlah Puskesmas yang ada dan yang melapor.
   b. Nama Penyakit yang dilaporkan sesuaikan dengan nomor ICD X..
   c. Data kesakitan yang dilaporkan dalam LB-1 juga mencakup data kesakitan yang telah telah dilaporkan di dalam W-1 dan W-2.
   d. Tidak dibedakan asal penderita dari wilayah Puskesmas maupun dari luar wilayah Puskesmas.
   e. Laporan ini mencakup data dari Puskesmas, Puskesmas Pembantu dalam wilayah puskesmas, penderita dalam gedung puskesmas maupun luar gedung puskesmas (pengobatan, perawatan dilakukan di rumah, di panti, di posyandu, dan melalui puskesmas keliling).
   f. LB-1 terdiri dari 5 halaman, rangkap 2 yang masing – masing ditujukan kepada : Koordinator Sp3 di DKK, dan Koordinator SP3 di Puskesmas (arsip).
   g. Setiap laporan harus diberikan tanggal pembuatan dan ditandatangani oleh pelapor yaitu pelaksana program dan diketahui oleh Kepala Puskesmas.
   h. Laporan ini diisi dengan data yang terkumpul selama 1 bulan
   i. Kolom yang telah diarsir tidak perlu diisi.

2. Petunjuk Khusus :
   a. Kolom menurut umur, diisi dengan angka sesuai dengan jumlah penderita yang ditemukan, bila tidak ditemukan penyakit pada kelompok umur tersebut diisi dengan angka nol (0).
   b. Batasan kelompok umur.
   c. Jumlah adalah penjumlahan seluruh kasus penyakit tersebut pada seluruh kelompok umur.
   d. Nama dan kode penyakit
   e. Kelompok penyakit.

Petunjuk Pengisian LB-3

1. Laporan ini mencakup data pelayanan dari dalam gedung puskesmas maupun dari luar puskesmas.
2. Format laporan LB-3 mencakup laporan kegiatan gizi, KIA/KB, P2M, dan keracunan makanan.
3. Format laporan terdiri dari 5 halaman :
   a. Halaman 1 : Kegiatan KIA/KB
   b. Halaman 2 : Kegiatan Gizi
   c. Halaman 3-5 : Kegiatan P2M
4. LB-3 terdiri dari 5 halaman, rangkap 2 yang masing – masing ditujukan kepada : Koordinator SP3 di DKK, dan Koordinator SP3 di Puskesmas (arsip).

5. Setiap laporan harus diberi tanggal pembuatan dan ditandatangani oleh pelapor yaitu pelaksans program dan diketahui oleh Kepala Puskesmas.
6. Laporan ini diisi dengan data yang terkumpul selama 1 bulan.

Petunjuk Pengisian LB-4

1. Laporan ini mencakup data pelayanan dari dalam gedung Puskesmas maupun dari luar Puskesmas.
2. Format laporan LB-4 mencakup laporan kegiatan kunjungan Puskesmas, kegiatan rujukan, perawatan kesehatan masyarakat, pelayanan medik dasar kesehatan gigi, pelayanan Askes dan kartu sehat, kesling, Lab, penyuluhan kesehatan masyarakat, UKS, kesehatan mata.
3. Format laporan LB-4 terdiri dari 5 halaman.
4. Isilah koolom dengan angka, dalam kotak angka yang telah disediakan. Bila tidak ditemukan penyakit pada kelompok umru tesebut diisi dengan angka nol (0).

4.4.4. Pengisian Laporan SP3 Tahunan

Petunjuk Pengisian LSD-1

1. Laporan dibuat sekali dalam 1 tahun (data dari bulan juanari sampai dengan bulan desember).
2. Dilparkan pada bulan januari tahun berikutnya.
3. LSD-1 terdiri 3 halaman, dan rangkap 2 untuk pengiriman ke DKK dan arsip.

4. Data yang dilaporkan mencakup data fasilitas kesehatan, data data kesehatan lainnya.
5. Isilah kolom dengan angka, dalam kotak angka yang telah disediakan. Bila tidak ditemukan penyakit pada kelompok umru tesebut diisi dengan angka nol (0).

Petunjuk Pengisian LSD-2

1. Laporan dibuat sekali dalam 1 tahun (data dari bulan januari sampai dengan desember).
2. Dilaporkan pada bulan januari tahun berikutnya.
3. LSD-2 terdiri dari 1 halaman, dan rangkap 2 untuk pengiriman ke DKK dan arsip.
4. Data yang dilaporkan mencakup data kepegawaian.

Petunjuk Pengisian LSD-3

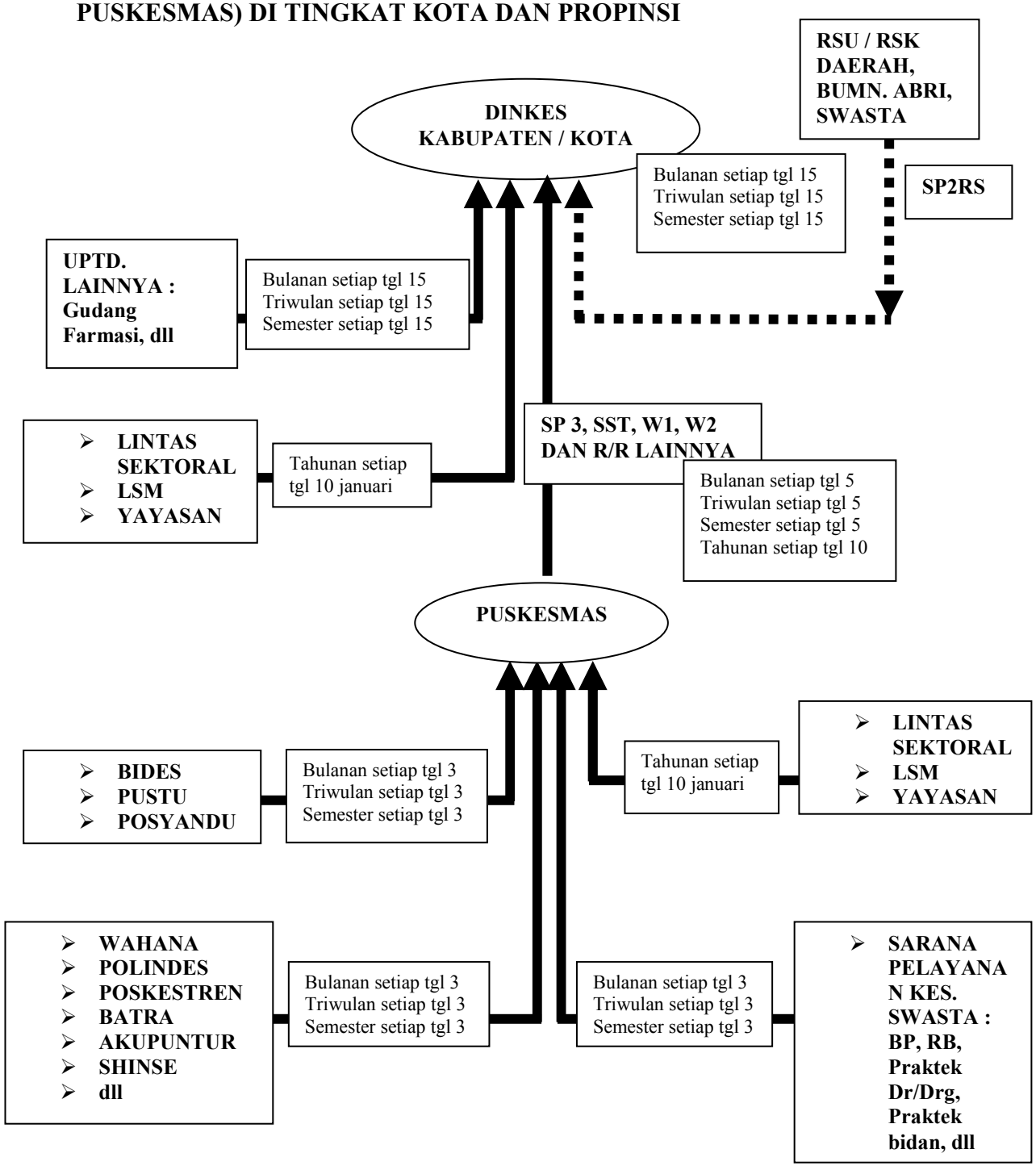
1. Laporan dibuat sekali dalam 1 tahun (data dari bulan januari sampai dengan desember).
2. Dilaporkan pada bulan januari tahun berikutnya.
3. LSD-2 terdiri dari 1 halaman, dan rangkap 2 untuk pengiriman ke DKK dan arsip.
4. Data yang dilaporkan mencakup data peralatan.

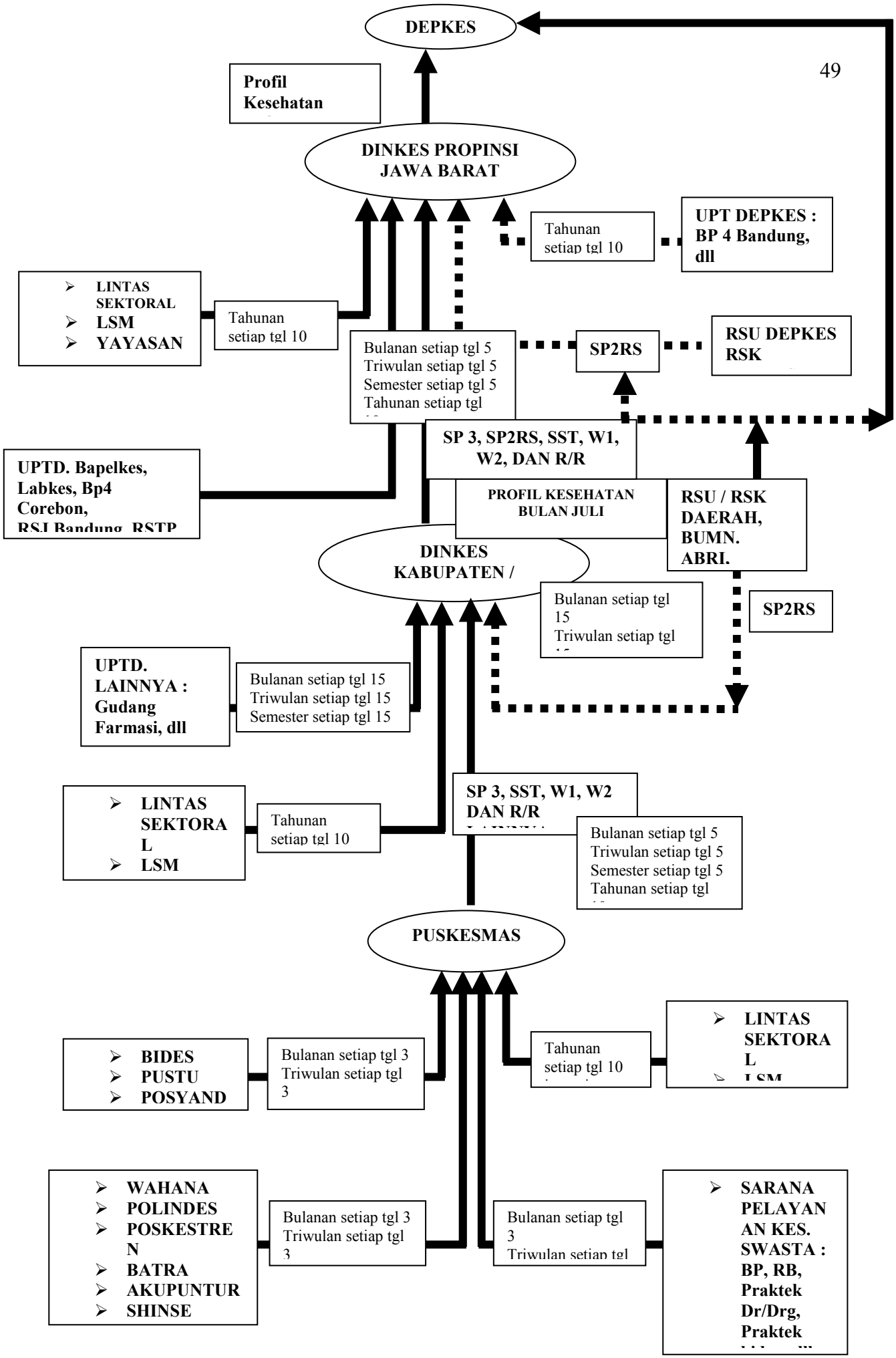
Untuk lebih jelas lagi tentang LB-1, LB-3, LB-4, LSD-1, LSD-2, dan LSD-3 dapat dilihat di lembar lampiran.

4.4.5 Prosedur Pengolahan data SP3

Prosedur Pengolahan Data SP3 dapat dilihat pada halaman selanjutnya :

PROSEDUR TETAP SP3 (SISTEM PENGOLAHAN DAN PELAPORAN PUSKESMAS) DI TINGKAT KOTA DAN PROPINSI




DEPKES
Profil Kesehatan
DINKES PROPINSI JAWA BARAT
Tahunan setiap tgl 10
UPT DEPKES : BP 4 Bandung, dll
LINTAS SEKTORAL
LSM
YAYASAN
Tahunan setiap tgl 10
Bulanan setiap tgl 5
Triwulan setiap tgl 5
Semester setiap tgl 5
Tahunan setiap tgl
SP2RS
RSU DEPKES RSK
SP 3, SP2RS, SST, W1, W2, DAN R/R
UPTD. Bapelkes, Labkes, Bp4 Corebon,
PROFIL KESEHATAN BULAN JULI
RSU / RSK DAERAH, BUMN. ABRI.
DINKES KABUPATEN /
Bulanan setiap tgl 15
Triwulan setiap tgl
SP2RS
UPTD. LAINNYA : Gudang Farmasi, dll
Bulanan setiap tgl 15
Triwulan setiap tgl 15
Semester setiap tgl 15
LINTAS SEKTORAL
LSM
Tahunan setiap tgl 10
SP 3, SST, W1, W2 DAN R/R
Bulanan setiap tgl 5
Triwulan setiap tgl 5
Semester setiap tgl 5
Tahunan setiap tgl
PUSKESMAS
BIDES
PUSTU
POSYAND
Bulanan setiap tgl 3
Triwulan setiap tgl 3
Tahunan setiap tgl 10
LINTAS SEKTORAL
WAHANA
POLINDES
POSKESTREN
BATRA
AKUPUNTUR
SHINSE
Bulanan setiap tgl 3
Triwulan setiap tgl 3
Bulanan setiap tgl 3
Triwulan setiap tgl
SARANA PELAYANAN KES. SWASTA : BP, RB, Praktek Dr/Drg, Praktek