

UPTD PUSKESMAS MANGKUPALAS

PENILAIAN
KINERJA
PUSKESMAS

TAHUN 2024

Jalan Mas Penghulu No.67 RT.08 Samarinda 75133
Telepon : (0541) 261489 Email : pkmmangkupalassamarinda@gmail.com

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karuniaNya, sehingga buku Penilaian Kinerja Puskesmas tahun 2024 ini dapat terselesaikan.

Buku penilaian kinerja puskesmas (PKP) adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian atas hasil kerja yang dilaksanakan puskesmas dan sebagai salah satu instrumen mawas diri dalam menilai hasil kerjanya secara mandiri.

Tujuan kegiatan penilaian kinerja puskesmas adalah untuk mengetahui kelemahan dan kekuatan staf puskesmas dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya, sehingga dapat menjadi dasar untuk meningkatkan kualitas kinerja agar optimal.

Penyusunan buku ini kami akui masih banyak kekurangan, baik dari segi teknis penulisan maupun dari segi substansi penilaian kinerja itu sendiri. Untuk itu, kami mengharapkan saran untuk perbaikan tersebut.

Kami sampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang berpartisipasi secara aktif dalam proses pembuatan buku ini.

Samarinda, 10 Januari 2025
Kepala Puskesmas Mangkupalas



drg. Rika Ratna Puspita
Pembina Tk.I / IV b
NIP. 197811032005022002

PENDAHULUAN

Penilaian kinerja puskesmas merupakan alat bantu untuk melakukan introspeksi atau mawas diri, agar mengetahui sampai seberapa jauh kegiatan telah bisa dilakukan dan telah sesuai dengan rencana serta standar kegiatan-kegiatan tersebut.

Hasil analisis dari penilaian kinerja puskesmas akan dapat mengungkapkan berbagai masalah dan penyebabnya dalam pelaksanaan kegiatan di Puskesmas, untuk kemudian dilakukan identifikasi pemecahan masalah. Upaya pemecahan masalah tersebut harus terpadu secara lintas program dan lintas sektoral.

Kegiatan penilaian kinerja puskesmas merupakan suatu kegiatan untuk mengukur tingkat penampilan fungsi puskesmas. Hasil dari pengukuran tersebut berupa strata puskesmas, yakni Puskesmas dengan penampilan kinerja baik, cukup dan kurang.

Puskesmas akan merasakan manfaatnya, oleh karena merupakan kegiatan mawas diri yang dilakukan untuk mengetahui tingkat pencapaian penampilan kerjanya selama setahun terhadap target yang telah ditetapkan, serta merupakan salah satu fungsi manajemen puskesmas, yaitu dalam rangka melakukan evaluasi dalam rentang waktu satu tahun.

Tujuan penilaian kinerja puskesmas antara lain adalah :

1. Adanya hasil penilaian pencapaian kegiatan puskesmas yang dilakukan sesuai dengan target selama setahun secara rinci.
2. Adanya hasil penilaian kemampuan manajemen puskesmas selama setahun
3. Teridentifikasinya masalah dan hambatan yang ditemui selama penyelenggaraan kegiatan puskesmas, baik yang disebabkan oleh sumber daya maupun oleh lingkungan yang tidak mendukung.
4. Termanfaatkannya sebagai masukan untuk penyusunan rencana tahunan puskesmas.
5. Pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas dilakukan dalam lingkup wilayah kerja Puskesmas.

Variabel yang diukur dalam penilaian kinerja puskesmas meliputi :

1. KINERJA MUTU MANAGEMEN PUSKESMAS
2. KINERJA MUTU PELAYANAN
3. UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL, UKP DAN PENGEMBANGAN

Pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas dilakukan melalui tiga tahap, yaitu tahap pendataan dan pemetaan, tahap analisis hasil pendataan dan pemetaan serta faktor-faktor yang menunjang dan menghambat serta tahap pembuatan rencana pemecahan masalah.

1. Tahap I

Puskesmas mengumpulkan dan memasukkan data sesuai dengan pedoman, kemudian dilakukan penghitungan skor untuk menentukan strata puskesmas.

2. Tahap II

Mengadakan analisis dengan melihat nilai hasil skoring yang rendah pada hasil kegiatan dan dicari penyebab rendahnya hasil tersebut.

3. Tahap III

Berdasarkan faktor-faktor yang menjadi penyebab tersebut diatas, kemudian dicari alternatif-alternatif pemecahan masalah, yang selanjutnya dibuat menjadi rencana kegiatan

LEMBAR PENGESAHAN PEJAMAS

Laporan ini telah disahkan berdasarkan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas;

Tahun : 2024
Puskesmas : MANGKUPALAS.
Alamat : Jl. Mas. Penghulu Rt.08 No.67 Kel.Mesjid Kec. Samarinda
Seberang
Telepon : 0812-5132-2108
Kode Puskesmas : P6472030202

Tim Penilai Kinerja Puskesmas :

Penanggung Jawab : drg. Rika Ratna Puspita
Ketua : drg. Irma Yunita Wijayanti
Sekretaris : Roni, SE
Anggota : 1. Dian Pratiwi Permatawati, A.Md.Keb
2. Rosnidar, A.Md.Far

VARIABEL HASIL PENILAIAN :

- | | |
|-----------------------------|---------|
| 1. KINERJA UKM ESENSIAL | = 80 % |
| 2. KINERJA UKP | = 87 % |
| 3. KINERJA UKM PENGEMBANGAN | = 69 % |
| 4. KINERJA MUTU MANAJEMEN | = 10,0 |
| 5. KINERJA MUTU PELAYANAN | = 107 % |

Samarinda, 10 Januari 2024
Kepala Puskesmas Mangkupalas



drg. Rika Ratna Puspita
Pembina Tk.I / IV b
NIP. 197811032005022002

KINERJA ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN PUSKESMAS

Instrumen Penghitungan Kinerja Administrasi dan Manajemen Puskesmas Tahun 2024

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai	Analisa	Hambatan	RTL
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1. Manajemen Umum										
Penyusunan Profil Puskesmas										
	1.Rencana 5 (lima) tahunan	Rencana 5 (lima) tahunan sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal	Tidak ada rencana 5 (lima) tahunan	Ada, tidak sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	10			
	2. RUK Tahun (N+1)	RUK (Rencana Usulan Kegiatan) Puskesmas untuk tahun yad (N+1) dibuat berdasarkan analisa situasi, kebutuhan dan harapan masyarakat dan hasil capaian kinerja, prioritas serta data 2 (dua) tahun yang lalu dan data survei, disahkan oleh Kepala Puskesmas	Tidak ada	Ada , tidak sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas,tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada , sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada , sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, bedasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja , ada pengesahan kepala Puskesmas	10			
	3.RPK/POA bulanan/tahunan	Dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), sebagai acuan pelaksanaan kegiatan yang akan dijadwalkan selama 1 (satu) tahun dengan memperhatikan visi misi dan tata nilai Puskesmas	Tidak ada Ada dokumen RPK	dokumen RPK tidak sesuai RUK, Tidak ada pembahasan dengan LP maupun LS, dalam penentuan jadwal	dokumen RPK sesuai RUK, tidak ada pembahasan dengan LP maupun LS dalam penentuan jadwal	dokumen RPK sesuai RUK, ada pembahasan dengan LP maupun LS dalam penentuan jadwal	10			
	4.Lokakarya Mini bulanan (lokmin bulanan)	Rapat Lintas Program (LP) membahas review kegiatan, permasalahan LP,rencana tindak lanjut (<i>corrective action</i>) , beserta tindak lanjutnyasecara lengkap. Dokumen lokmin awal tahun memuat penyusunan POA, briefing penjelasan program dari Kapus dan detail pelaksanaan program (target, strategi pelaksana) dan kesepakatan pegawai Puskesmas. Notulen memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi.	Tidak ada dokumen	Ada, dokumen tidak memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi	Ada, dokumen <i>corrective actio</i> n,dafar hadir, notulen hasil lokmin,undangan rapat lokmin tiap bulan lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin bulan sebelumnya	10			
	5.Lokakarya Mini tribulanan (lokmin tribulanan)	Rapat lintas program dan Lintas Sektor (LS) membahas review kegiatan, permasalahan LP, corrective action, beserta tindak lanjutnya secara lengkap tindak lanjutnya. Dokumen memuat evaluasi kegiatan yang memerlukan peran LS	Tidak ada dokumen	Ada, dokumen tidak memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi	Ada Dokumen corrective action,dafar hadir, notulen hasil lokmin,undangan rapat lokmin lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin yang melibatkan peran serta LS	10			
	6. Survei Keluarga Sehat (12 Indikator Keluarga Sehat)	Survei meliputi: 1. KB 2. Persalinan di faskes 3. Bayi dengan imunisasi dasar lengkap, bayi dengan ASI eksklusif 4. Balita ditimbang 5. Penderita TB, hipertensi dan gangguan jiwa mendapat pengobatan, tidak merokok, JKN, air bersih dan jamban sehat yang dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya	survei kurang dari 30%	Dilakukan survei >30%, dilakukan intervensi awal dan dilakukan entri data aplikasi	Dilakukan survei >30%,dilakukan intervensi awal, dilakukakan entri data apalikasi dan dilakukan analisis hasil survei	Dilakukan survei minimal lebih dari 30%, telah dilakukan intervensi awal, dilakukan entri data aplikasi, dilakukan analisis data dan dilakukan intervensi lanjut	10			

	7.Survei Mawas Diri (SMD)	Kegiatan mengenali keadaan dan masalah yang dihadapi masyarakat serta potensi yang dimiliki masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut.Hasil identifikasi dianalisis untuk menyusun upaya, selanjutnya masyarakat dapat digerakkan untuk berperan serta aktif untuk memperkuat upaya perbaikannya sesuai batas kewenangannya..	Tidak dilakukan	Ada dokumen KA dan SOP SMD tapi belum dilaksanakan	Ada dokumen KA dan SOP SMD, dilaksanakan SMD, ada rekapan hasil SMD, tidak ada analisis dan jenis kegiatan yang dibutuhkan masyarakat	Ada SOP SMD, kerangka acuan, pelaksanaan, rekapan, analisis dan jenis kegiatan yang dibutuhkan masyarakat dari hasil SMD.	10			
	8. Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan Individu, Keluarga dan Kelompok	Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan (meliputi keterlibatan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan) Individu, Keluarga dan Kelompok.	Tidak ada pertemuan	Ada pertemuan minimal 2 kali setahun	ada pertemuan minimal 2 kali setahun, ada hasil pembahasan untuk pemberdayaan masyarakat	ada pertemuan minimal 2 kali setahun, ada hasil pembahasan pemberdayaan masyarakat, ada tindaklanjut pemberdayaan	10			
	9.SK Tim mutu dan uraian tugas	Surat Keputusan Kepala Puskesmas dan uraian tugas Tim Mutu (UKM Essensial, UKM pengembangan , UKP, Administrasi Manajemen, Mutu, PPI, Keselamatan Pasien serta Audit Internal), serta dilaksanakan evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas minimal sekali setahun	Tidak ada SK Tim, uraian tugas serta evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu, tidak ada uraian tugas dan evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu dan uraian tugas, tidak ada evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu dan uraian tugas serta evaluasi pelaksanaan uraian tugas	10			
	10.Rencana program mutu dan keselamatan pasien	Rencana kegiatan perbaikan/peningkatan mutu dan keselamatan pasien lengkap dengan sumber dana dan sumber daya, jadwal audit internal,kerangka acuan kegiatan dan notulen serta bukti pelaksanaan serta evaluasinya	Tidak ada dokumen rencana program mutu dan keselamatan pasien	Ada rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu, tidak ada bukti pelaksanaan dan evaluasinya	Ada sebagian dokumen rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu dan bukti pelaksanaan dan evaluasi belum dilakukan	Ada dokumen rencana program mutu dan keselamatan pasien lengkap dengan sumber dana, sumber daya serta bukti pelaksanaan dan evaluasinya	10			
	11.Pengelolaan risiko di Puskesmas	Melakukan identifikasi risiko dan membuat register risiko Admin, UKM dan UKP, membuat laporan insiden KTD, KPC, KTC,KNC ,melakukan analisa, melakukan tindak lanjut dan evaluasi ,membuat pelaporan ke Dinkes Kab/Kota	Tidak ada dokumen identifikasi risiko, register risiko admin, UKM dan UKP, laporan insiden KTD, KPC, KTC,KNC ,analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta pelaporan ke Dinkes Kab/Kota	Ada identifikasi risiko, register risiko Admin, UKM dan UKP, tidak ada laporan insiden , analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta pelaporan ke Dinkes Kab/Kota	Ada identifikasi risiko dan membuat register risiko admin, UKM dan UKP, laporan insiden KTD, KPC, KTC,KNC , tidak ada analisa, rencana tindak lanjut tindak lanjut , evaluasi dan pelaporan ke Dinkes Kab/Kota	Ada identifikasi risiko dan membuat register risiko admin, UKM dan UKP, laporan insiden KTD, KPC, KTC,KNC , analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta pelaporan ke Dinkes Kab/Kota	10			
	12.Pengelolaan Pengaduan Pelanggan	Pengelolaan pengaduan meliputi menyediakan media pengaduan, mencatat pengaduan (dari Kotak saran, sms, email, wa, telpon dll), melakukan analisa, membuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	tidak ada media pengaduan, data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Media dan data tidak lengkap, ada analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Media dan data ada, analisa lengkap,analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada .	Media dan data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10			
	13.Survei Kepuasan Masyarakat dan Survei Kepuasan Pasien	Survei Kepuasan adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui kepuasan masyarakat/pasien terhadap kegiatan/pelayanan yang telah dilakukan Puskesmas	Tidak ada data	Data tidak lengkap,analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data lengkap,analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta telah dipublikasikan	10			

	14.Audit internal	Pemantauan mutu layanan sepanjang tahun, meliputi audit input, proses (PDCA) dan output pelayanan, ada jadwal selama setahun, instrumen, hasil dan laporan audit internal	Tidak dilakukan audit internal	Dilakukan, dokumen lengkap, tidak ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10				
	15.Rapat Tinjauan Manajemen	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dilakukan minimal 2x/tahun untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu, dan kinerja pelayanan/ upaya Puskesmas untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan, dan efektifitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan, menghasilkan luaran rencana perbaikan serta peningkatan mutu	Tidak ada RTM, dokumen dan rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu	Dilakukan 1 kali setahun, dokumen notulen, daftar hadir lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu),belum ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan 2 kali setahun, ada notulen, daftar hadir, ada analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan belum dilakukan evaluasi	Dilakukan > 2 kali setahun, ada notulen, daftar hadir, analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan evaluasi	10				
	16.Penyajian/Updating data dan informasi	Penyajian/Updating data dan informasi tentang : capaian program (PKP), KS, hasil survei SMD, IKM,data dasar, data kematian ibu dan anak, status gizi , Kesehatan lingkungan, SPM, Pemantauan Standar Puskesmas	Tidak ada data dan pelaporan	Kelengkapan data 50%	Kelengkapan data 75%	Lengkap pencatatan dan pelaporan, benar	10				
	17.Profil kesehatan Puskesmas	Jumlah tabel yang terisi lengkap yang disertai analisa	0 - 31 tabel terisi lengkap	32 - 45 tabel terisi lengkap	46 - 62 tabel terisi lengkap	63 terisi lengkap	10				
Jumlah Nilai Manajemen Umum Puskesmas (I)							170				
(Total / 17)							10,00				
2. Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana											
	1.Updating data Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK)	Pembaharuan data ASPAK yang dilakukan secara berkala paling sedikit 2 (dua) kali dalam setahun setiap tanggal 30 Juni dan 31 Desember di tahun berjalan. Data ASPAK sesuai dengan kondisi riil di Puskesmas. Isian data lengkap apabila rincian keterangan data Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan diisi lengkap, contoh : nomer seri, merek, tipe tahun pengadaan alkes dsb diisi lengkap	Belum pernah dilakukan updating data	Data diupdate 1 kali setahun, isian data tidak lengkap	Data diupdate 1 kali setahun, Isian data lengkap	Data telah di update minimal 2 kali setahun. Isian data lengkap.	10				
	2.Analisis data ASPAK dan rencana tindak lanjut	Analisis data ASPAK berisi ketersediaan Sarana , Prasarana dan alkes (SPA) di masing-masing ruangan dan kebutuhan SPA yang belum terpenuhi.Tindak lanjut berisi upaya yang akan dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan SPA.	Tidak ada analisis data	Ada analisis data , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Ada analisis data SPA , rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Ada analisis data lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10				

	3.Pemeliharaan prasarana Puskesmas	Pemeliharaan prasarana terjadwal serta dilakukan, dilengkapi dengan jadwal dan bukti pelaksanaan	Tidak ada jadwal pemeliharaan prasarana dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Tidak ada bukti pelaksanaan.	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Ada bukti pelaksanaan.	10			
	4.Kalibrasi alat kesehatan	Kalibrasi alkes dilakukan sesuai dengan daftar peralatan yang perlu dikalibrasi, ada jadwal, dan bukti pelaksanaan kalibrasi.	Tidak ada jadwal kalibrasi dan tidak dilakukan kalibrasi	Ada jadwal kalibrasi dan tidak dilakukan kalibrasi	Ada jadwal kalibrasi dan dilakukan kalibrasiTidak ada bukti pelaksanaan.	Ada jadwal kalibrasi dan dilakukan kalibrasi Ada bukti pelaksanaan.	10			
	5.Perbaikan dan pemeliharaan peralatan medis dan non medis	Perbaikan dan pemeliharaan peralatan medis dan non medis terjadwal dan sudah dilakukan yang dibuktikan dengan adanya jadwal dan bukti pelaksanaan	Tidak ada jadwal pemeliharaan peralatan dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Tidak ada bukti pelaksanaan.	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Ada bukti pelaksanaan.	10			
Jumlah Nilai Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana (II)							50			
(Total / 5)							10			
3. Manajemen Keuangan										
	1.Data realisasi keuangan	Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data/laporan tidak lengkap, belum di lakukan analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data/laporan lengkap, ada sebagian analisa, belum ada rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Ada data/laporan keuangan, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10			
	2.Data keuangan dan laporan pertanggung jawaban	Data pencatatan pelaporan pertanggung jawaban keuangan ke Dinkes Kab/Kota,penerimaan dan pengeluaran , realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data dan laporan tidak lengkap, belum ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data/laporan lengkap,analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data /laporan ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10			
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Keuangan (III)							20			
(Total / 2)							10			
4.Manajemen Sumber Daya Manusia										
	1. Rencana Kebutuhan Tenaga (Renbut)	Metode Penghitungan Kebutuhan SDM Kesehatan secara riil sesuai kompetensinya berdasarkan beban kerja	Tidak ada dokumen	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 4 jenis nakes dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 7 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 9 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) sesuai kebutuhan	10			
	2.SK, uraian tugas pokok (tanggung jawab dan wewenang) serta uraian tugas integrasi /tambahan	Surat Keputusan Penanggung Jawab dengan uraian tugas pokok dan tugas tambahan jabatan karyawan	Tidak ada SK tentang Penanggung jawab dan uraian tugas	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas 50% karyawan	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas 75% karyawan	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas seluruh karyawan	10			
	3. Data kepegawaian	data kepegawaian meliputi dokumentasi STR/SIP/SIPP/SIB/SIK/SIPA dan hasil pengembangan SDM (sertifikat,Pelatihan, seminar, workshop, dll),a nalisa pemenuhan standar jumlah dan kompetensi SDM di Puskesmas, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasinya	Tidak ada data	Data tidak lengkap, tidak ada analisa , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data lengkap,analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10			

Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Sumber Daya Manusia (IV)							30			
(Total / 3)							10			
5. Manajemen kefarmasian										
	1. SOP Pelayanan Kefarmasian	SOP pengelolaan sediaan farmasi (perencanaan, permintaan/pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pencatatan dan pelaporan, dll) dan pelayanan farmasi klinik (penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling, evaluasi penggunaan obat, pemantauan terapi obat, dll)	Tidak ada SOP	Ada SOP, tidak lengkap	Ada SOP, lengkap	Ada SOP, lengkap, ada dokumentasi pelaksanaan SOP	10			
	2. Sarana Prasarana Pelayanan Kefarmasian	Sarana prasarana yang terstandar dalam pengelolaan sediaan farmasi (adanya pallet, rak obat, lemari obat, lemari narkotika psikotropika, lemari es untuk menyimpan obat, APAR, pengatur suhu, thermohigrometer, kartu stok, dll) dan sarana pendukung farmasi klinik (alat peracikan obat, perkamen, etiket, dll)	Tidak ada sarana prasarana	Ada sarana prasarana, tidak lengkap sesuai kebutuhan	Ada sarana prasarana, lengkap sesuai kebutuhan	Ada sarana prasarana, lengkap sesuai kebutuhan, penggunaan sesuai SOP (kondisi terawat, bersih)	10			
	3. Data dan informasi Pelayanan Kefarmasian	Data dan informasi terkait pengelolaan sediaan farmasi (pencatatan kartu stok/sistem informasi data stok obat, laporan narkotika/psikotropika, LPLPO, laporan ketersediaan obat) maupun pelayanan farmasi klinik (dokumentasi PIO, Konseling, EPO, PTO, MESO, laporan POR, kesesuaian obat dengan Fornas) secara lengkap, rutin dan tepat waktu	Tidak ada data	Data tidak lengkap, tidak ada analisa, tidak terarsip dengan baik, rencana tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, terarsip dengan baik, tidak ada analisa, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Data ada, terarsip dengan baik, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut dan evaluasi	10			
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Pelayanan Kefarmasian (V)							30			
(Total / 3)							10			
6. Manajemen Pengelolaan Data dan Informasi di Puskesmas (Puskesmas sebagai bank data)										
1	Pencapaian KBK	Penilaian Pencapaian indikator meliputi 3 indikator :	Tidak melakukan penghitungan KBK	Rendah :Capaian KBK ≤ 1 Indikator	Sedang : Capaian KBK = 2 Indikator	Tinggi : Capaian KBK = 3 Indikator	10			
		1.Angka kontak								
		2. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB)								
		3. Rasio Rujukan Non Spesialistik (RNS)								
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Pengelolaan data dan informasi (VI)							10			
(Total / 1)							10			
Total Nilai Kinerja Administrasi dan Manajemen (I- VI)							60			
Rata-rata Kinerja Administrasi dan Manajemen							10,0			

Cara perhitungan :

1. Mengisi pada kolom nilai hasil sesuai dengan kondisi manajemen dengan nilai yang sesuai pada skala penilaian
2. Hasil akhir adalah rata-rata dari penjumlahan nilai hasil variabel manajemen
3. Hasil rata-rata dikelompokkan menjadi :
Baik = Nilai rata-rata $\geq$ 8,5
Sedang = Nilai rata-rata 5,5 - 8,4
Kurang = Nilai rata-rata $<$ 5,5

MUTU PELAYANAN PUSKESMAS

PENGHITUNGAN PENILAIAN MUTU PELAYANAN PUSKESMAS TAHUN 2024

No	JENIS KEGIATAN	Definisi Operasional	Pembilang	Penyebut	Satuan	Sasaran	TARGET SASARAN (T)		Capaian per bulan												PENCAPAIAN (H)		CAKUPAN		Analisa Masalah	Hambatan	Rencana Tindak Lanjut	
							Abs	%													Abs	%	VARIABEL(V)	SUB VARIABEL (SV)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	10	11	12	13	14	15	16	
A	SASARAN KESELAMATAN PASIEN																							132%				
	1. Identifikasi Pasien dengan benar																							100%				
	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi pasien	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi pasien pada saat memberikan pelayanan maupun tindakan di Puskesmas	Jumlah kejadian tidak terjadi kesalahan identifikasi pasien pada saat pelayanan/tindakan pada suatu kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan/tindakan pada suatu kurun waktu tertentu	Pasien	20969	20969	100%	1803	1409	1288	1301	1626	1493	1922	1855	1737	2293	2133	2109	20969	100%						
	2. Komunikasi efektif dalam pelayanan																								50%			
	a. Pelaksanaan SBAR/TBK (rawat inap) --> menyesuaikan pemilihan indikator di Puskesmas bila sdh ditetapkan thn 2020	Pelaksanaan SBAR /TBK (Tulis Baca Konfirmasi) pada saat melakukan konsultasi on call atau melaporkan hasil lab kritis kepada dokter jaga pada suatu kurun waktu tertentu	Jumlah Pelaksanaan SBAR /TBK (Tulis Baca Konfirmasi) pada saat melakukan konsultasi on call atau melaporkan hasil lab kritis kepada dokter jaga pada kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh pelaksanaan SBAR /TBK (Tulis Baca Konfirmasi) pada saat melakukan konsultasi on call atau melaporkan hasil lab kritis kepada dokter jaga pada kurun waktu tertentu	Kali	0	0	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%			tidak ada rawat inap		
	b. Serah terima pasien saat ganti shift (rawat inap) --> menyesuaikan pemilihan indniaktor di Puskesmas bila sudah ditetapkan thn 2020	pelaksanaan serah terima pasien saat ganti shift jaga untuk puskesmas rawat inap yang didokumentasikan , pada suatu kurun waktu tertentu	Jumlah pelaksanaan serah terima pasien saat ganti shift jaga untuk puskesmas rawat inap yang didokumentasikan , pada suatu kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh pelaksanaan serah terima pasien saat ganti shift jaga untuk puskesmas rawat inap yang didokumentasikan , pada suatu kurun waktu tertentu	Kali	0	0	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%			tidak ada rawat inap		
	c. Pelaksanaan PIO di unit farmasi (rawat jalan & rawat jalan) --> menyesuaikan pemilihan indikator di Puskesmas bila sudah ditetapkan di tahun 2021	Pelaksanaan PIO (Pemberian Informasi Obat) kepada pasien/keluarga pasien yang mendapatkan resep obat	Jumlah Pasien yang diberikan PIO dalam kurun waktu tertentu	Jumlah Pasien yang mendapatkan resep obat pada suatu kurun waktu tertentu	Pasien	13665	13665	100%	1161	945	820	775	1011	999	1329	1234	1229	1459	1336	1367	13665	100%			Pelaksanaan PIO terbatas	ruangan sempit		
	d. Pelaksanaan informed consent (rawat jalan)--> menyesuaikan pemilihan indikator di puskesmas bila sudah ditetapkan di tahun 2021	Pelaksanaan informed consent pada pelayanan tindakan di Puskesmas pada suatu kurun waktu tertentu	Jumlah Pelaksanaan informed consent pada pelayanan tindakan di Puskesmas pada suatu kurun waktu tertentu	Jumlah pelayanan tindakan di Puskesmas pada suatu kurun waktu tertentu	ruangan	3	3	100%	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	100%					
	3. Keamanan obat yang perlu diwaspadai																								100%			
	Penyimpanan dan pelabelan obat LASA dan high alert di ruang farmasi dan gudang obat	Pelaksanaan penyimpanan dan pelabelan obat LASA dan Obat Hight Alert di ruang farmasi dan gudang obat di Puskesmas	Jumlah Pelaksanaan penyimpanan dan pelabelan item obat LASA dan Obat Hight Alert di ruang farmasi dan gudang obat di Puskesmas pada suatu kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh item obat LASA dan Obat Hight Alert di ruang farmasi dan gudang obat di Puskesmas pada suatu kurun waktu tertentu	item	40	40	100%	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	100%					
	4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar (penetapan di puskesmas jenis tindakan yang akan dimonitor)																								100%			
	Kepatuhan petugas terhadap prosedur tindakan yang dilakukan di puskesmas dengan tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan yang dilakukan di Puskesmas	Tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan yang dilakukan di Puskesmas dengan melakukan monitoring kepatuhan petugas terhadap pelayanan tindakan yang dilakukan	Jumlah pelayanan tindakan yang tidak terjadi kesalahan pada kurun waktu tertentu	Jumlah pelayanan tindakan yang dilakukan pada kurun waktu tertentu	pasien	4787	4787	100%	254	275	246	244	786	904	326	343	333	368	384	324	4787	100%						
	5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan																								342%			
	Kepatuhan petugas melakukan hand hygiene	Kepatuhan petugas melakukan hand hygiene yang dilakukan dengan cara monitoring kepatuhan petugas pada 5 moment untuk cuci tangan yaitu : sebelum menyentuh pasien, sebelum emlksanakan prosedur aseptik, setelah kontak dengan cairan pasien, setelah menyentuh pasien,setelah menyentuh sekitar pasien	Jumlah petugas yang melaksanakan hand hygiene pada 5 moment cuci tangan pada kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh petugas yang berada pada kondisi 5 moment cuci tangan pada kurun waktu tertentu	org	32	32	80%	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	100%						
	6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh																								100%			
	Kepatuhan melakukan asesmen jatuh pada pasien rawat inap dan rawat jalan	Pelaksanaan assesment resiko jatuh pada pasien yang beresiko jatuh dengan menggunakan Morse (dewasa) dan Humty dumty (anak). Penetapan kasus resiko jatuh ditetapkan oleh Puskesmas	Jumlah pasien beresiko jatuh yang dilakukan assesment resiko jatuh pada kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh pasien resiko jatuh pada kurun waktu tertentu	pasien	20969	20969	100%	1803	1409	1288	1301	1626	1493	1922	1855	1737	2293	2133	2109	20969	100%			petugas telah melakukan assesment resiko jatuh tetapi tidak tertulis di dalamrekam medis	tidak adanya formulir resiko jatuh pada rekam medis		

PPI (PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI)																									81%			
a	Kewaspadaan standar																							87%				
	1. Kebersihan tangan																							100%				
	a. Dilakukan sosialisas cara cuci tangan yang benar minimal 1 kali/thn baik pada petugas dan pengunjung	Pelaksanaan sosialisasi cuci tangan kepada petugas dan pengunjung puskesmas minimal 1 kali/thn	Jumlah pelaksanaan sosialisasi cara cuci tangan yang benar kepada petugas dan pengunjung puskesmas minimal 1 kali /thn		kali	4	4	100%	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4	100%		tidak ditemukan r	-	tetap dilaksanakan di tahun 2025		
	b.Dilakukan pemantauan kepatuhan petugas terhadap SOP cuci tangan minimal setiap 3 bulan sekali	Kepatuhan petugas melakukan hand hygiene yang dilakukan dengan cara monitoring kepatuhan petugas pada 5 moment untuk cuci tangan yaitu : sebelum menyentuh pasien, sebelum emlksanakan prosedur aseptik, setelah kontak dengan cairan pasien, setelah menyentuh pasien,setelah menyentuh sekitar pasien	Jumlah petugas yang melaksanakan hand hygiene pada 5 moment cuci tangan pada kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh petugas yang berada pada kondisi 5 moment cuci tangan pada kurun waktu tertentu	petugas	32	32	80%	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	100%		tidak ditemukan masalah	-	kembali dilakukan di tahun 2025		
	2. Penerapan PPI kewaspadaan standar Penggunaan APD																							100%				
	a. Dilakukan pemantauan kepatuhan petugas terhadap pemakaian APD minimal setiap 3 bulan sekali	Pelaksanaan pemantauan kepatuhan petugas terhadap pemakaian APD (Alat Pelindung Diri) pada kondisi yang ditetapkan Puskesmas memerlukan pemakaian APD sesuai PMK 27 tahun 2017	Jumlah petugas yang patuh terhadap pemakaian APD pada kondisi yang telah ditetapkan Puskesmas memerlukan pemakaian APD yang dipantau minimal 3 bulan sekali	Jumlah petugas yang berada pada kondisi yang mengharuskan pemakaian APD yang telah ditetapkan Puskesmas memerlukan pemakaian APD yang dipantau minimal 3 bulan sekali	petugas	32	32	80%	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	100%		tidak ditemukan masalah	-	dilaksanakan di tahun 2025		
	b. Penerapan etika batuk : pemberian masker pada pasien beresiko	Pelaksanaan monitoring kepatuhan petugas pemberian masker pada pasien beresiko yang berada di ruang pelayanan Puskesmas. Dilakukan penetapan kasus yang beresiko terjadi penularan melalui tranmisi batuk	Jumlah petugas yang patuh memberikan maskes pada pasien yang beresisiko terjadi penularan melalui transmisi batuk di ruang pelayanan pada kurun waktu tertentu	Jumlah petugas yang harus memberikan masker pada pasien yang beresiko terjadi penularan melalui transmisi batuk di ruang pelayanan pada kurun waktu tertentu	petugas	5	5	80%	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100%		APOTIK DAN PENDAFTARAN	-	tetap dilanjutkan di tahun 2025		
	3. Penerapan PPI kewaspadaan standar Dekontaminasi Peralatan Standar Perawatan Pasien																							100%				
	a. kepatuhan petugas terhadap prosedur sterilisasi peralatan minimal setiap 3 bulan sekali	kepatuhan petugas terhadap prosedur sterilisasi peralatan secara berkala dan dievaluasi maksimal 3 bulan sekali.	Kepatuhan petugas terhadap prosedur sterilisasi peralatan pada kurun waktu tertentu		layanan	3	3	100%	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	100%		IGD, GIGI, KB	-	dilaksanakan kembali di tahun 2025		
	4. Penerapan PPI kewaspadaan standar Pengendalian Lingkungan																							63%				
	a, Dilakukan pemantauan pelaksanaan 5 R di lingkungan Puskesmas setiap 1 bulan sekali dengan menggunakan cek list 5 R secara terpadu	Pelaksanaan kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan 5 R di masing-masing ruang pelayanan/lingkungan pelayanan puskesmas	Jumlah petugas yang patuh terhadap prosedur/pelaksanaan 5 R di masing-masing ruang pelayanan/lingkungan pelayanan Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh petugas Puskesmas pada kurun waktu tertentu	petugas	32	32	80%	17	19	24	21	15	20	20	18	19	19	22	26	20	63%		petugas gelas tidak sekali pakai (replace) , (reduce) mengumpulkan sampah domestik di beli pihak ke 3, (reuse) sisa makanan / sampah organik dibuat pupuk	belum ada petugas yang pahan tentang SR	akan dilaksanakan sosialisasi tentang SR		
	5. Pengelolaan Limbah																							100%				
	a. Dilakukan pemantauan pemilahan limbah infeksius dan non infeksius setiap bulan sekali	Pelaksanaan pemantauan pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di masing -masing ruangan pelayanan	Jumlah ruangan yang patuh melakukan pemilahan limbah infeksius dan non infeksius pada kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh ruangan puskesmas yang mengharuskan dilakukan pemilahan limbah infeksius dan non infeksius	ruangan	10	10	100%	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100%	tidak ditemukan masalah namun perlu komitmen tiap ruangan untuk memilah limbah	komitmen petugas dalam melakukan pemilahan	tetap melakukan pemantauan pemilahan limbah secara rutin			
	6. Pengelolaan linen																							33%				
	a. kepatuhan petugas terhadap prosedur pengelolaan linen	Pelaksanaan pemantauan prosedur terhadap prosedur pengelolaan liner secara berkala	Kepatuhan petugas terhadap prosedur pengelolaan linen		petugas	1	1	80%	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33%	kondisi ruangan selama renovasi tidak mendukung	sumber daya terbatas	Pengajuan Supras pengelolaan linen			

[illegible]

e	Audit dan monitroing berkala																				100%				
	1. Dilakukan audit PPI minimal 6 bulan sekali	Pelaksanaan audit PPI secara berkalai minimal 6 bulan sekali	Jumlah pelaksanaan audit PPI/2	kali	2	2	100%	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	100%				
	2. Dilakukan monitoring berkala pelaksanaan PPI tiap 3 bulan sekali dan pertemuan berkala hasil monitoring pelaksanaan PPI	Monitoring pelaksanaan PPI secara berkala minimal setiap 3 bulan sekali	Jumlah pelaksanaan monitoring pelaksanaan PPI/4 kali	kali	4	4	100%	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4	100%				
f	Pendidikan dan Pelatihan																				100%				
	1. Dilakukan sosialisasi /workshop PPI di Puskesmas	Sosialisasi /workshop PPI di Puskesmas minimal 1 thn sekali	Jumlah pelaksanaan sosialisasi/workshop/1 kali	kali	1	1	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	100%			

OUTPUT KINERIA MUTU PELAYANAN PUSKESMAS :

1	Kinerja Sasaran Keselamatan Pasien	132%
	1. Identifikasi Pasien dengan benar	100%
	2. Komunikasi efektif dalam pelayanan	50%
	3. Keamanan obat yang perlu diwaspadai	100%
	4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar (penetapan di puskesmas jenis	100%
	5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	342%
	6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat teriatuh	100%
	Total	792%
	Rata	132%

2	KINERJA PPI	81%
	Kewaspadaan standar	87%
	Kewaspadaan berdasarkan transmisi	100%
	Penerapan PPI terkait pelayanan kesehatan dengan Bundles Hais	100%
	Surveilans PPI	0%
	Audit dan monitroing berkala	100%
	Pendidikan dan Pelatihan	100%
	Total	487%
	Rata2 kinerja	81%

Interpretasi rata2 kinerja Mutu :		107%
1. Baik bila nilai rata-rata		≥ 91%
2. Cukup bila nilai rata-rata		81 - 90 %
3. Rendah bila nilai rata-rata		≤ 80%

UKM PENGEMBANGAN

PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2024

NO	JENIS KEGIATAN	DEFINISI OPRESIONAL	CARA PERHITUNGAN		SATUAN	SASARAN	TARGET SASARAN (T)		CAPAIN PER BULAN												PENCAPAIAN (H)		CAKUPAN		Analisa	Hambatan	Rencana tindak lanjut	
			PEMBILANG	PENYEBUT			Abs	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Abs	%	VARIABEL (V)	SUB VARIABEL (SV)				
UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT PENGEMBANGAN																			69%									
I	KESEHATAN OLAH RAGA																		24%									
	1	Pembinaan Kelompok /Klub OR																	0%									
		Pemeriksaan Kesehatan	Pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh yang bertujuan untuk memastikan kondisi kesehatan dan mengantisipasi gangguan yg timbul pada diri kita sendiri .	Jumlah kelompok yang melakukan pemeriksaan kesehatan	Jumlah yang diperiksa kesehatanx	0	0	1	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0%		tidak memiliki data kelompok olah raga di wilayah kerja puskesmas mangkupalas	kelompok olah raga tidak memiliki tempat yang pasti untuk pelaksanaan kegiatan sehingga pemegang program sulit untuk melakukan pendataan, dan pelaksanaan kelompok olah raga	akan dilakukan pendataan dan berkoordinasi dengan kader	
		Penyuluhan Kesehatan	kegiatan penambahan pengetahuan yg diperuntukan bagi masyarakat melalui penyebaran pesan. Untuk mencapai tujuan hidup sehat dengan cara mempengaruhi perilaku masyarakat baik secara individu ataupun kelompok dengan penyampaian pesan	Jumlah Kelompok yang melakukan penyuluhan	Jumlah kelompok olahraga yang diberi penyuluhan	0	0	1	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0%		tidak memiliki data kelompok olah raga di wilayah kerja puskesmas mangkupalas, sehingga tidak dapat membimbing kelompok olah raga untuk menyampaikan pesan	tidak ada data	akan dilakukaan pendataan	
	2	Pendataan Kel Olah Raga																	71%									
		Kelompok Kelas Ibu Hamil	jumlah peserta kelas ibu hamil diwilayah kerja puskesmas dalam bentuk kelompok belajar untuk meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap	jumlah kelompok ibu hamil yg melaksanakan senam	jumlah ibu hamil yg datang dan melakukan senam	Kelas	10	10	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		0	10	100%				
		Kelompok sekolah melalui UKS	Membina dan mengembangkan kebiasaan hidup sehat yg dilakukan secara terpadu melalui program pendidikan dan pelayanan kesehatan olahraga dilingkungan sekolah	jumlah kelompok sekolah yg melaksanakan senam/ aktifitas fisik setiap 5- 10 menit	jumlah Sekolah yg sudah melaksanakan aktifitas fisik setiap hari	Sekolah	10	10	100%	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10		10	100%					
		Kelompok Jemaah Haji	Melakukan pembinaan dan penyelenggaraan kesehatan haji yg merupakan rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan haji yg meliputi pemeriksaan fisik mulai dari masa tunggu sampai masa keberangkatan .	Jumlah kelompok jemaah haji yang dilakukan test kebugarannya	jumlah kelompok jemaah haji yg sudah melakukan test kebugaran	Kelompok	0	0	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0%		tidak terlasana karena pengumpulan jamaah haji di lakukan di puskesmas lain	di wilayah kerja puskesmas mangkupalas, jemaah haji di pusatkaan di kelurahan Baqa karena jumlah jemaah haji tidak banyak.	akan menghubungi pemegang program KESORGA di Puskesmas Baqa untuk sharing data	
		Kelompok Pekerja	Sekumpulan orang yg terdiri atas 2 anggota atau lebih yg mempunyai tujuan sama yang saling bekerjasama.	Jumlah kelompok kerja dalam satu organisasi / wilayah	Jumlah pekerja yg melakukan aktifitas fisik olahraga	Kelompok	1	1	100%	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0		0	2	200%				
		Kelompok lanjut Usia	Seseorang yg sudah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan, menjadi tua yang merupakan proses alamiah yg berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan dari anak,dewasa dan tua.	jumlah kelompok lanjut usia yang terdaftar diwilayah nya	Jumlah kelompok lanjut usia yang melakukan aktifitas fisik	Kelompok	4	4	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0	1	25%		petugas dan kader posyandu blm disosialisasikan dan dibina tentang kegiatan aktivitas fisik untuk lansia	pemegang program belum menganggarkan kegiatan tersebut dalam RUK tahun 2025	mengusulkan kegiatan dalam RUK sehingga kegiatan sosialisasi dan pembinaan dapat dilakukan
		Kelompok olahraga lainnya	suatu kelompok yang terdiri dari dua atau lebih individu yg memiliki hubungan psikologis secara jelas antara anggota satu dengan yg lain dan berlangsung dalam situasi yg dialami.	Jumlah Kelompok Olahraga yang terdaftar diwilayahnya	jumlah kelompok olahraga yang aktif melakukan test kebugaranx	Kelompok	2	2	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0%		tidak memiliki data kelompok olah raga di wilayah kerja puskesmas mangkupalas	kelompok olah raga tidak memiliki tempat yang pasti untuk pelaksanaan kegiatan sehingga pemegang program sulit untuk melakukan pendataan, dan pelaksanaan kelompok olah raga tersebut di luar jam kerja	akan dilakukan pendataan dan berkoordinasi dengan kader

	3.c.	Kasus Kecelakaan Akibat Kerja yang dilayani	Jumlah kasus Kecelakaan Kerja dalam kurun waktu satu tahun			0	kasus	0	65%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	tidak ada kasus kecelakaan kerja yang terlapor ke Puskesmas	pekerja kurang memahami kategori kasus kecelakaan kerja	melakukan pembinaan terhadap pekerja mengenai kriteria kecelakaan kerja dan pelaporan ke puskesmas	
	3.d.	Prosentase Pekerja Perempuan yang di layani kesehatan dasar	Prosentase Pekerja Perempuan (Formal/Informal) yang dilayani kesehatan dasar dalam kurung waktu satu tahun	Prosentase Pekerja Perempuan (Formal/Informal) yang dilayani kesehatan dasar	Jumlah Pekerja Perempuan yang ada terdaftar x 100%	176	Pekerja Perempuan	114	65%	0	0	0	23	27	24	24	26	0	26	26	0	176					154%
	4	Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Puskesmas																				100%					
	4.a.	Prosentase Puskesmas yang melaksanakan K3 di Puskesmas				1	Petugas Puskesmas	1	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%					
	4.b.	Prosentase Petugas Puskesmas yang memakai Alat Pelindung Diri (APD)	Prosentase Petugas yang memakai APD pada saat bekerja	jumlah Petugas yang mematuhi pemakaian APD	Jumlah petugas yang ada di Puskesmas dikali 100%	32	Petugas Puskesmas	32	100%	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	100%					
III PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL																							100%				
	1	Pendataan dan pembinaan penyehat tradisional ramuan/keterampilan				1	Hatra	1	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	100%				
	2	Pelayana kesehatan Akupresure dalam gedung dan luar gedung				1	Puskesmas	1	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%					
	3	Penyebarluasan Informasi Asman Toga dan Akupresur kepada kelompok masyarakat				2	Masyarakat	2	100%	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	100%				

UKM ESSENSIAL DAN UKP

PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2024

NO	JENIS KEGIATAN	DEFINISI OPRESIONAL	CARA PERHITUNGAN		SATUAN	SASARAN	TERGET SASARAN (T)		CAPAIN PER BULAN												PENCAPAIAN (H)	CAKUPAN				Analisa	Hambatan	RTL
			PEMBILANG	PENYEBUT			Abs	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		Abs	%	SUBVARIAB EL (%)	VARIABEL (%)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9												10	11 =(10/8)	12	13	14	15	16		
UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL																							80%					
I	PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN																				104,02%							
	1.1. Tatanan Sehat																				244,05%							
	1	Rumah Tangga Sehat yang memenuhi 10 indikator PHBS	Rumah Tangga (RT) yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan RT di wilayah kerja Puskesmas dan memenuhi 10 indikator PHBS pada kurun waktu satu tahun	Jumlah Rumah Tangga yang memenuhi 10 indikator PHBS	Jumlah sasaran Rumah Tangga yang dikaji/ dilaksanakan survey PHBS dikali 100%	rumah tangga	400	280	70%	0	0	0	0	0	0	0	0	900	0	0	0		900	321,43%				
	2	Institusi Pendidikan yang memenuhi 8 indikator PHBS	Institusi Pendidikan (SD/MI, SMP/MTs.) yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan Institusi Pendidikan di wilayah kerja Puskesmas dan memenuhi 8 indikator PHBS pada kurun waktu satu tahun	Jumlah Institusi Pendidikan yang memenuhi 8 indikator PHBS	Jumlah sasaran Institusi Pendidikan yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS dikali 100%	institusi pendidikan	10	6	60%	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0		10	166,67%				
	3	Pondok Pesantren yang memenuhi 8 indikator PHBS Sekolah	Pondok Pesantren yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan Pondok Pesantren di wilayah kerja Puskesmas dan memenuhi 8 indikator PHBS Sekolah pada kurun waktu satu tahun	Jumlah Pondok Pesantren yang memenuhi 8 indikator PHBS	Jumlah sasaran Pondok Pesantren yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS di kali 100%	ponpes	0	0	60%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0,00%	tidak ada pondok pesantren di wilayah kerja puskesmas			
	1.2. Intervensi/Penyuluhan																				100,00%							
	1	Kegiatan intervensi pada Kelompok Rumah Tangga	Kelompok rumah tangga yang telah diintervensi terkait 10 indikator PHBS baik dengan penyuluhan kelompok dan atau bentuk intervensi lain (dengan metode apapun) oleh petugas Puskesmas setiap bulan	Jumlah Rumah Tangga yang Tidak Ber PHBS Mendapatkan Intervensi / Penyuluhan	Jumlah Sasaran Rumah Tangga yang Tidak Ber PHBS dikali 100%	Rumah Tangga	358	358	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	158	100	100	358	100%	tidak ada masalah				
	2	Kegiatan intervensi pada Institusi Pendidikan	Institusi Pendidikan (SD/MI, SMP/MTs) yang telah diintervensi terkait 8 indikator PHBS baik dengan penyuluhan dan atau bentuk intervensi lain (dengan metode apapun) oleh petugas Puskesmas setiap bulan	Jumlah institusi pendidikan yang Tidak Ber PHBS mendapatkan intervensi/penyuluhan	Jumlah sasaran institusi pendidikanTidak Ber PHBS dikali 100%	institusi pendidikan	2	2	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	100,00%	tidak ada masalah				
	3	Kegiatan intervensi pada Pondok Pesantren	Pondok Pesantren yang telah diintervensi terkait PHBS baik dengan penyuluhan dan atau bentuk intervensi lain (dengan metode apapun) oleh petugas Puskesmas di setiap bulan	Jumlah pondok pesantren yang tidak Ber PHBS Mendapatkan Intervensi / Penyuluhan	Jumlah pondok pesantren Tidak Ber PHBS dikali 100%	pondok pesantren	0	0	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	tidak ada pondok pensantren di wilayah kerja puskesmas				
	1.3. Pengembangan UKBM																				67,71%							
	1	Posyandu PURI (Purnama Mandiri)	Posyandu yang berstrata Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah Posyandu Purnama dan Mandiri	Jumlah Sasaran Posyandu dikali 100%	Posyandu	32	32	100%	13	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	37,50%	tidak ada masalah				
	2	Posyandu Aktif	Posyandu melakukan kegiatan minimal 10 kali/ Tahun, Memiliki Minimal 5 kader, 3 dari 4 layanan (KIA, GIZI, imunisasi, KB) Memenuhi cakupan 50% sebanyak 10 Bulan dalam satu tahun, Meliki Peralatan Pertumbuhan dan Perkemabangan, ada kegiatan Pengemabangan minila 1 kegiatan (Misalnya Pos PAUD, Kesehatan Reproduksi Remaja, Kesehatan Usia Kerja, Kesehatan Lansia, Toga, Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan)	Jumlah Posyandu Aktif	Jumlah sasaran Posyandu di Wilayah Puskesmas dikali 100%	Posyandu	32	32	100%	32	32	28	32	32	32	32	32	32	32	32	32	31,7	97,92%	tidak ada masalah				
	1.4. Pengembangan Desa siaga Aktif																				50,00%							
	1	Kelurahan Siaga Aktif	Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri	Jumlah total kelurahan dikali 100%	kelurahan	3	3	100%	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	100,00%	tidak ada masalah				
	2	Mendampingi pelaksanaan Survei Mawas Diri dan Musyawarah Masyarakat Desa tentang kesehatan	Jumlah kelurahan yang didampingi pelaksanaan SMD dan MMD pada kurun waktu satu tahun	Jumlah kelurahan yang didampingi	Jumlah total kelurahan dikali 100%	kelurahan	3	3	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0,00%	tidak ada masalah				
	1.5. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat																				58,33%							
	1	Menerapkan Kebijakan GERMAS	Memiliki Kebijakan Gernas (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) atau Kebijakan Berwawasan Kesehatan yang di tetapkan Oleh Camat, dan kepala organisasi berupa peraturan/ surat edaran / instruksi yang mendukung salah satu klaster gernas	Jumlah Penerapan Kebijakan Gernas	Jumlah Kebijakan Gernas di kali 100	Kebijakan	1	1	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	tidak ada masalah				
	2	Melaksanakan Kampanye GERMAS	Melaksanakan Kampanye Gernas yaitu penyebar luasan informasi minimal 1 tema dari 7 Prioritas yaitu : Olah raga, Gizi Seimbang, Anti Rokok, skrening Kesehatan, imunisasi, Patuh Pengobatan, sanitasi dan Kebersihan Lingkungan. Dan melaksanakan gerakan kampanye melibatkan Lintas Sektoral	Jumlah gerakan kampanye Gernas yang Mendukung Tema Prioritas Gernas Yang Sudah di Laksanakan	Jumlah gerakan Kampanye Gernas dikali 100%	kali	12	12	100%	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	16	133,33%				

	3	Melaksanakan Gerakan GERMAS	Melaksanakan Gerakan Gernas meliputi Gerakan Aksi Bersih, Gerakan Bumi Sehat, Gerakan Posyandu Aktif, Gerakan Cegah Stunting itu Penting, Gerakan Jambore Kader, Gerakan Vaksinasi, Gerakan Pencegahan Kardiovaskuler, dll.	Jumlah Pergerakan Gernas yang sudah dilaksanakan	Jumlah Pergerakan Gernas Kali 100	Kali	12	12	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100,00%					
	4	Penggalangan kerja sama dan peningkatan kapasitas Saka Bhakti Husada (SBH)	Pembinaan dan pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dan Saka Bhakti Husada (SBH) minimal 2 kali dalam satu tahun	Jumlah pembinaan dan kegiatan oleh Puskesmas dan SBH	jumlah pembinaan dan kegiatan oleh puskesmas dikali 100%	kali	0	0	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%		cakupan tidak tercapai	tidak dilakukan pembinaan dan pelaksanaan kegiatan	
II	PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN																						99,69%				
	2.1.Penyehatan Air																					125,83%					
	1	Pengawasan Sarana Air Bersih (SAB)	Monitoring/ Inspeksi Sanitasi/ IS terhadap Sarana Air Bersih (SAB),yaitu jaringan perpipaan, (PDAM, sambungan rumah, hidran umum, kran umum), sumur (sumur pompa tangan, sumur bor dengan pompa, sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa), Perlindungan Mata Air (PMA), Penampungan Air Hujan (PAH) yang disebut sebagai sistim penyediaan air bersih (SPAM) di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu tertentu.	Jumlah SAB yang di IS	Jumlah SAB yang ada dikali 100 %	SAB	100	80	80%	5	0	5	20	26	41	10	7	5	1	1	1	122	152,50%		Belum semua sarana air bersih dilakukan pengawasan.	Petugas belum memiliki semua standar pengawasan sarana air bersih sehingga belum melakukan pengawasan pada sarana air bersih seperti PDAM	Konsultasi ke Dinas Kesehatan Kota
	2	SAB yang memenuhi syarat kesehatan	SAB dimana hasil Inspeksi Sanitasi (IS) secara teknis sudah memenuhi syarat kesehatan (kategori resiko rendah dan sedang), sehingga anan untuk dipakai kebutuhan sehari-hari (termasuk untuk kebutuhan makan dan minum) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah SAB yang di IS dan memenuhi syarat kesehatan	Jumlah SAB yang di inspeksi Sanitasi dikali 100 %	SAB	100	80	80%	5	0	5	13	20	34	4	5	3	1	1	1	92	115,00%				
	3	Rumah tangga yang memiliki akses terhadap SAB	RT yang memiliki akses terhadap SAB (mudah mendapatkan air bersih yang berasal dari SAB terdekat, tidak harus memiliki SAB sendiri, bisa dari SAB umum, kerabat dekat, tetangga dll) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah RT yang memiliki akses SAB	Jumlah RT yang ada dikali 100 %	KK	100	80	80%	5	0	5	20	26	20	2	2	5	1	1	1	88	110,00%		cakupan tidak tercapai	pelaksanaan hanya dilakukan bersamaan dengan SMD	melakukan penjawdian pelaksanaan IS pada rumah tangga setiap bulannya pada tahun 2024
	2.2.Penyehatan Makanan dan Minuman																					81,74%					
	1	Pembinaan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)	Monitoring/ Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) minimal 1 kali setahun dengan sasaran : 1. Jasa Boga / Katering; 2. Rumah Makan / Restoran 3. DAM (Depot Air Minum) 4. Kantin / sentra makanan jajanan 5. Makanan Jajanan pada kurun waktu tertentu	Jumlah TPM yang di IKL	Jumlah TPM yang ada dikali 100 %	TPM	43	34	80%	1	0	1	3	3	3	5	4	4	1	1	1	27	78,49%		tidak ada masalah		
	2	TPM yang memenuhi syarat kesehatan	TPM yang dari segi fisik (sanitasi), penjamah, kualitas makanan memenuhi syarat tidak berpotensi menimbulkan kontaminasi atau dampak negatif kesehatan lebih valid apabila disertai dengan bukti hasil Inspeksi sanitasi dan sertifikat laik hygiene sanitasi selama di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah TPM yang memenuhi syarat kesehatan	Jumlah TPM yang dibina dikali 100 %	TPM	25	20	80%	1	0	1	3	3	3	2	0	1	1	1	1	17	85,00%		Target tidak tercapai	tidak semua TPM memenuhi syarat	Penyuluhan/ KIE terhadap TPM yang tidak memenuhi syarat
	2.3. Penyehatan Perumahan dan Sanitasi Dasar																					114,38%					
	1	Pembinaan sanitasi perumahan	Monitoring/ Inspeksi Sanitasi/Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IS/IKL) rumah yang terindikasi tidak memenuhi syarat kesehatan wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah rumah yang tidak memenuhi syarat yang di IS	Jumlah seluruh rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan dikali 100 %	Rumah	100	80	80,0%	1	0	4	14	26	41	2	2	1	1	1	1	94	117,50%				
	2	Rumah yang memenuhi syarat kesehatan	Kondisi rumah yang memenuhi syarat kesehatan sesuai standart yang ditentukan meliputi media atau parameter : air, udara, pangan, tanah, sarana, bangunan dan vektor penyakit	Jumlah rumah yang memenuhi syarat kesehatan tahun sebelumnya ditambah rumah yang memenuhi syarat hasil IS/IKL tahun ini	Jumlah rumah yang ada dikali 100 %	Rumah	100	80	80%	5	0	5	14	26	34	2	1	0	1	0	1	89	111,25%				
	2.4.Pembinaan Tempat-Tempat Umum (TTU)																					75,00%					
	1	Pembinaan sarana TTU Prioritas	Monitoring /Inspeksi Sanitasi dan pembinaan yang meliputi rekomendasi teknis, dll terhadap penanggung jawab dan petugas. TTU Prioritas (Puskesmas, SD, SLTP) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah TTU Prioritas yang dibina	Jumlah TTU Prioritas yang ada dikali 100 %	TTU	10	8	80%	0	0	0	0	5	1	1	0	0	0	0	0	7	87,50%				
	2	TTU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	TTU prioritas yang memenuhi syarat kesehatan sesuai dengan pedoman yang ada, dimana secara teknis cukup aman untuk dipergunakan dan tidak memiliki resiko negatif terhadap pengguna, petugas dan lingkungan sekitar di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah TTU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan dibagi jumlah TTU Prioritas yang dibina/ yang diperiksa dikali 100 %	Jumlah TTU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan dibagi jumlah TTU Prioritas yang dibina/ yang diperiksa dikali 100 %	TTU	10	8	80%	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0	5	62,50%		Target tidak tercapai	tidak semua TTU memenuhi syarat	Penyuluhan/ KIE terhadap TTU yang tidak memenuhi syarat

2.5.Yankesling (Klinik Sanitasi)																						106,22%					
1	Konseling Sanitasi	Pelayanan berupa konseling sanitasi yang diberikan kepada pasien/penderita Penyakit yang Berbasis Lingkungan (PBL), yaitu ISPA, TBC, DBD, malaria, chikungunya, flu burung, filariasis, kecacingan, diare, kulit, keracunan makanan dan peptisida di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah pasien PBL yang dikonseling	Jumlah Pasien PBL di wilayah Puskesmas pada bulan yang sama dikali 100 %	Pasien	500	50	10%	7	2	0	14	4	7	9	1	5	8	10	9	76	152,00%					
2	Inspeksi Sanitasi PBL	Inspeksi Sanitasi/Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap sarana pasien PBL yang telah dikonseling	Jumlah IS sarana pasien PBL yang dikonseling	Jumlah pasien yang dikonseling dikali 100%	pasien	120	48	40%	6	2	0	14	4	7	2	1	1	1	1	1	1	40		83,33%	Target tidak tercapai	petugas terbatas	pengajuan petugas kesling yang baru
3	Intervensi terhadap pasien PBL yang di IS	Pasien PBL menindaklanjuti hasil inspeksi	Jumlah pasien PBL yang menindaklanjuti hasil inspeksi	Jumlah pasien PBL yang di IS dikali 100%	Pasien	120	48	40%	6	2	0	14	4	7	2	1	1	1	1	1	1	40		83,33%	Semua pasien PBL belum diintervensi	Petugas terbatas	pengajuan petugas kesling yang baru
2.6.Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) = Pemberdayaan Masyarakat																						94,97%					
1	KK memiliki Akses terhadap jamban sehat	Kepala Keluarga (KK) yang memiliki akses jamban sehat apabila KK tersebut dengan mudah dapat menjangkau dan memanfaatkan jamban terdekat /mengakses terhadap jamban sehat di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 (satu) tahun berjalan	Jumlah KK yang memiliki akses jamban sehat	Jumlah KK yang ada dikali 100 %	KK	100	80	80%	5	0	5	14	26	41	1	2	1	1	1	1	1	98		122,50%	Target tidak tercapai	belum jadwal pelaksanaan kegiatan	pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
2	Desa/kelurahan yang sudah ODF	Desa/Kelurahan yang masyarakatnya sudah tidak ada yang berperilaku buang air besar di sembarang tempat tetapi sudah buang air besar di tempat yang terpusat/jamban sehat pada kurun waktu tertentu. Setiap Puskesmas minimal bisa menciptakan 1 (satu) desa ODF (Open Defecation Free) setiap tahunnya	Jumlah Desa/Kelurahan yang sudah ODF	Jumlah desa/kelurahan yang ada dikali 100 %	Desa/Kel	3	3	90%	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1		37,04%	Target tidak tercapai	belum jadwal pelaksanaan kegiatan	pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
3	Jamban Sehat	Jamban yang: dapat mencegah kontaminasi ke badan air, dapat mencegah kontak antara manusia dan tinja, tinja di tempat yang tertutup, dapat mengurangi resiko terjadinya penularan penyakit akibat terjadinya kontaminasi terhadap lingkungan sekitar, tidak berbau dan mudah dibersihkan, lubang kloset tidak berhubungan langsung dengan kotoran (sistem leher angsa, ada septic tank dll)	Jumlah jamban sehat yang memenuhi syarat kesehatan	Jumlah rumah yang ada dikali 100 %	Jamban	100	100	100%	5	0	5	14	21	34	2	2	1	1	1	1	1	87		87,00%	Target tidak tercapai	belum jadwal pelaksanaan kegiatan	pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
4	Pelaksanaan Kegiatan STBM di Puskesmas	Kegiatan pemberdayaan masyarakat desa/kelurahan dengan pendekatan STBM 5 Pilar yaitu : 1. Tidak buang air besar di sembarang tempat, 2. Cuci tangan pakai sabun, 3. Mengelola air minum dan makanan yang aman, 4. Mengelola sampah dengan benar; 5. Mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman	Jumlah Desa/ Kelurahan yang melaksanakan STBM 5 Pilar	Jumlah Desa/ Kelurahan yang ada dikali 100 %	Desa/Kel	3	2	75%	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		133,33%	Target tidak tercapai	belum jadwal pelaksanaan kegiatan	pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
III	PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT																						82,93%				
	A	PENYAKIT MENULAR																				80,28%					
	1	KUSTA																				50,00%					
		RFT penderita Kusta	Release From Treatment (RFT) bila penderita baru tipe PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan tipe MB 2 (dua) tahun sebelumnya menyelesaikan pengobatan tepat waktu di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita baru PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan MB (dua) tahun sebelumnya menyelesaikan pengobatan tepat waktu dibagi	Jumlah penderit baru (PB) 1 tahun sebelumnya dan MB 2 tahun sebelumnya yang mulai pengebotan di kali 100%	Kasus	1	1	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1		100,00%	kakupan belum tercapai	1 pasien masih dalam pengobatan	
		Pemeriksaan kontak dari kasus kusta baru	Pemeriksaan kontak serumah dan tetangga sejumlah lebih kurang 10 (sepuluh) rumah disekitar penderita Kusta baru yang diperiksa. Dengan asumsi jumlah kontak yang ada disekitar penderita sejumlah 25 orang di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kontak dari kasus kusta baru yang diperiksa dalam 1 (satu) tahun dibagi jumlah kontak dari kusta baru seluruhnya dikali 100 %	Jumlah kontak dari kusta baru seluruhnya dikali 100%	kasus	0	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0,00%	belum dilaksanakan PE kusta	pasien tidak bersedia untuk dilakukan PE, pasien malu	koordinasi dengan DKK untuk pelaksanaan PE
	2	ISPA																				23,53%					
		Pemuan penderita Pneumonia balita	Kasus Pneumonia balita yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita Pneumonia balita yang ditangani	Target balita dikali 100%, Target Balita = 2,86% X (10% X jumlah Penduduk) (112)	Balita	85	85	100%	2	3	0	4	2	1	4	1	1	1	0	1	20		23,53%	tidak ada masalah		
	3	TB PARU (SPM 11)																				30,29%					
		Terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC standart	Terduga TBC adalah orang yang mempunyai gejala utama batuk minimal 2 minggu dan atau mendapatkan pemeriksaan penunjang (SPM 11)	Jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC sesuai standart dalam kurun waktu tertentu	Target orang dengan TBC yang ada di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu 1 Tahun di kali 100%	Penderita	515	515	100%	12	4	1	3	7	12	4	17	9	29	32	26	156		30,29%	Target tidak tercapai	Tidak semua suspect TB berobat ke Puskesmas karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB	Sosialisasi/penyuluhan menggunakan leaflet dan media sosial, pemberdayaan masyarakat/menggerakan kader TB untuk membantu mencari suspect TB

	4	DBD																					187,41%					
		Angka Bebas Jenik (ABJ)	Rumah yang bebas jenik di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah rumah bebas jenik	jumlah rumah yang diperiksa jeniknya dikali 100%	Rumah (500 rumah (53RT) = ABJ >95%	500	475	95%	85,7	95	85	87	0	90	90	90	88	0	90	90	890	187,41%		Tidak semua rumah di lakukan pemeriksaan jenik	Kader jumatik tidak aktif, tidak pernah di bina secara berkala.	Pembinaan kader Jumatik	
	5	DIARE																					100,00%					
		Penggunaan oralit pada balita diare	Penderita diare balita yang berobat mendapat oralit di sarana kesehatan dan kader di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita diare balita yang diberi oralit, minimal pemberian oralit 6 sachet di sarana kesehatan	Total penderita diare balita dikali 100%	Balita	81	81	100%	10	2	4	5	6	7	8	6	4	9	9	11	81	100%		tidak ada masalah			
		Penggunaan Zinc pada balita diare	Penderita diare balita yang diberi tablet Zinc di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita diare balita yang diberi tablet Zinc, minimal pemberian zinc 10 tablet di sarana kesehatan	Total penderita diare balita dikali 100%	Balita	81	81	100%	10	2	4	5	6	7	8	6	4	9	9	11	81	100%		tidak ada masalah			
		Pelayanan Kegiatan layanan rehidrasi oral aktif (LROA)	LROA aktif bila melakukan minimal 2 (dua) dari 6 kegiatan LROA, yaitu 1. layanan konseling rehidrasi diare/promosi upaya rehidrasi oral dan pemberian Zinc 2. Observasi penderita diare dengan dehidrasi ringan sampai sedang paling sedikit 3 (tiga) jam atau lebih	Kegiatan LROA secara terus menerus dalam 3 bulan terakhir dalam periode pelaporan tahun berjalan		Balita	0	0	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100,00%					
	6	MALARIA																					100,00%					
		Penderita Positif Malaria yang diobati sesuai standar (ACT)	Penderita Positif Malaria yang diobati sesuai standar (ACT)	Jumlah penderita Malaria yang mendapat pengobatan ACT sesuai jenis Plasmodium	Jumlah kasus malaria di kali 100%	Kasus	1	1	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	100%		tidak ada masalah		
	7	PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN RABIES																					100,00%					
		Orang dengan Kasus Gigitan HPR (Hewan Penular Rabies) yang dianganani sesuai Standar Tataksana Kasus GHPR	Kasus gigitan HPR yang mendapatkan pelayanan sesuai Standar tataksana dan atau Vaksinasi Anti Rabies (VAR) di wilayah kerja dan atau luar wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah orang dengan kasus Gigitan HPR yang mendapat pelayanan sesuai standar tataksana kasus gigitan HPR dan atau VAR	Jumlah orang dengan kasus Gigitan HPR DIKALI 100%. Catatan : tidak dihitung sebagai pembagi bila tidak ada kasus rabies	Kasus	3	3	100%	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	100,00%		tidak ada masalah			
	8	HIV/ AIDS																					50,97%					
		Orang yang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan Pelayanan HIV Sesuai standar	Setiap orang yang beresiko terinfeksi HIV (ibu Hamil, pasien TBC, pasien IMS, LSL, WPS, Waria, pengguna NAPZA (Penasun), Pasangan testing dan Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP)) mendapatkan Pelayanan HIV Sesuai Standar oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya di puskesmas dan jaringannya serta lapas/rutan narkotika (SPM 12)	Jumlah orang beresiko terinfeksi HIV yang mendapatkan Pelayanan HIV sesuai standar	TARGET Jumlah orang yang beresiko terinfeksi HIV dalam kurun waktu 1 tahun DIKALI 100%	orang	977	977	100%	21	27	52	23	43	60	47	29	52	32	70	42	498	50,97%		Target tidak tercapai		skrinig di posyandu, RT, BPM	
	B	PENYAKIT TIDAK MENULAR MENULAR																					121,81%					
	1	HIPERTENSI (SPM 8)																					83,75%					
		Setiap Penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Jumlah penderita hieprtensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan hipertensi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi : Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau kepatuhan minum obat. Melakukan rujukan jika diperlukan	Jumlah penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun Ket : Estimasi Penderita HT sesuai dgn SK Kepala Dinas ttg target Kegiatan Program Kesehatan tahun 2019	Jumlah estimasi penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kabkota dalam kurun waktu satu tahun yang sama di kali 100 %	Penderita	7319	7319	100%	140	130	140	122	145	127	853	824	817	1012	898	922	6130	83,75%		Target belum tercapai	Tidak semua penderita HT berobat secara teratur ke pelayanan kesehatan	KIE pasien HT agar berobat secara teratur, pelaksanaan polanis, pembinaan POSBINDU	
	2	DIABETES MILITUS (SPM 9)																					99,40%					
		Setiap penderita Diabetes militus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Jumlah penderita Diabetes Militus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan penderita diabetes militus sesuai standar meliputi : Pengukuran gula darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau nutrisi Terapi farmakologi Melakukan rujukan jika diperlukan	Jumlah penderita diabetes militus usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun Ket : Estimasi Penderita DM sesuai dgn SK Kepala Dinas ttg target Kegiatan Program Kesehatan tahun 2019	Jumlah estimasi penderita diabetes militus usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kabkota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100 %	Penderita	833	833	100%	76	38	55	67	77	63	85	90	88	90	82	17	828	99,40%		Target belum tercapai	Tidak semua penderita DM berobat secara teratur ke pelayanan kesehatan	KIE pasien DM agar berobat secara teratur, pelaksanaan polanis, pembinaan POSBINDU	
	3	ODGJ																					213,64%					
		Setiap penderita ODGJ berat mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar	Pelayanan kesehatan Penderita Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) Berat dilakukan oleh dokter dan atau perawat terlatih jiwa, yaitu: Pemeriksaan kesehatan jiwa meliputi : pemeriksaan status mental dan wawancara Edukasi kepatuhan minum obat Melakukan rujukan jika diperlukan	Jumlah ODGJ berat diwilayah kerja kabkota yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun Ket : Estimasi Penderita ODGJ Berat sesuai dgn SK Kepala Dinas ttg target Kegiatan Program Kesehatan tahun 2019	Jumlah ODGJ berat yang ada diwilayah kerja kabkota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100 %	Penderita	44	44	100%	5	10	9	3	9	10	3	10	11	7	7	10	94	213,64%		tidak ada masalah			

	4	PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR																					90,45%				
		Desa/Kelurahan yang melaksanakan kegiatan Posbindu PTM	Desa/Kelurahan melaksanakan kegiatan Pos Binaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) untuk scrining/dekteksi dini, pemantauan, dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM antara lain : Hipertensi dan Diabetes Melitus.	Jumlah Desa/Kelurahan melaksanakan kegiatan Posbindu PTM	Jumlah Desa/Kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	posbindu	3	3	100%	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	100,00%		Tidak ada masalah			
		Sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas atau Puskesmas melaksanakan KTR	Semua sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) (100 % bebas asap rokok), yaitu 1. Tidak ditemukan orang merokok di dalam gedung 2. Tidak ditemukan ruang merokok didalam gedung 3. Tidak tercium bau rokok 4. Tidak ditemukan puntung rokok 5. Tidak ditemukan penjualan rokok 6. Tidak ditemukan asbak atau korek api 7. Tidak ditemukan iklan atau promosi rokok	Jumlah sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	Jumlah sekolah diwilayah Puskesmas dikali 100 %	sekolah	10	10	100%	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	10	100,00%		Target tercapai	Dilakukan pengawasan KTR sekolah	Melakukan penjadwalan di tahun 2025	
		Setiap warga negara Indonesia usia 15 - 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	Skrining kesehatan usia 15-59 tahun dilakukan di Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas kesehatan swasta yang bekerjasama dengan pemerintah dan atau BPJS minimal 1 tahun sekali meliputi : Anamnese perilaku bersiko Pengukuran tinggi badan,berat badan dan lingkar perut Pengukuran tekanan darah Pemeriksaan gula darah Melakukan rujukan jika diperlukan Memberikan Penyuluhan Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) dan Pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam asetat (IVA) bagi wanita usia 30-50 tahun yang telah menikah atau yang mempunyai riwayat berhubungan seksual bersiko	Jumlah penduduk usia 15-59 tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dibagi jumlah penduduk usia 15-59 tahun di wilayah kerja puskesmas dikali 100%		Penduduk	18637	18637	100%	1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295	71,34%	Target belum tercapai	masih banyak masyarakat yang belum diskrlning	Pelaksanaak skrining di Posbindu, RT. Berkoordinasi dengan linsek untuk pelaksanaan skrining kespro	
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					
										1114	1216	996	1223	1229	1119	1591	1348	1341	1004	1013	101	13295					

		Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 - 28 hari (KN lengkap)	Neonatus umur 0-28 hari yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar paling sedikit 3 (tiga) kali dengan distribusi waktu : 1 (satu) kali pada 6 – 48 jam setelah lahir; 1 (satu) kali pada hari ke 3 – 7; 1 (satu) kali pada hari ke 8 – 28 pada kurun waktu tertentu (Standar Pelayanan Minimal ke 3)	Jumlah neonatus umur 0-28 hari yang memperoleh 3 kali pelayanan kunjungan neonatal sesuai standar	sasaran lahir hidup dikali 100%	Bayi	444	444	100%	29	30	21	26	28	22	18	25	21	32	34	41	327	73,65%		Tidak ada masalah		
		Penanganan komplikasi neonatus	Neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan pada kurun waktu tertentu.Neonatal dengan komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dankematian, dan neonatus dengan komplikasi meliputi trauma lahir, asfiksia, ikterus, hipotermi,Tetanus Neonatorum, sepsis, Bayi Berat Badan Lahir (BBLR) kurang dari 2500 gr, kelainan kongenital, sindrom gangguan pernafasan maupun termasuk klasifikasi kuning dan merah pada MTBM .	Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan sesuai standar	15% sasaran lahir hidup kali 100%	Bayi	444	67	15%	5	7	4	6	6	10	6	5	1	7	6	13	76	114,11%				
		Pelayanan kesehatan bayi 29 hari - 11 bulan	Bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna sesuai standar minimal 4 (empat) kali yaitu 1 (satu) kali pada umur 29 hari – 2 bulan; 1 (satu) kali pada umur 3-5 bulan; 1 (satu) kali pada umur 6-8 bulan dan 1(satu) kali pada umur 9-11 bulan sesuai standar dan telah lulus KN lengkap pada kurun waktu tertentu. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pemberian injeksi Vitamin K1 , pemberian Vitamin A 1 (satu) kali, imunisasi dasar lengkap, SDIDTK 4 kali bila sakit di MTBS.	Jumlah bayi usia 29 hari- 11 bulan yang telah memperoleh 4 kali pelayanan kesehatan sesuai standar	sasaran bayi dikali 100%	Bayi	441	441	100%	11	17	17	33	44	29	24	3	9	8	16	29	240	54,42%				
	C	Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah																						63,61%			
		1. Pelayanan kesehatan anak balita (12 - 59 bulan)	Anak balita umur 12-59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 (delapan) kali dalam 1 (satu) tahun; pemantauan perkembangan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun; pemberian vitamin A dosis tinggi 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun pada kurun waktu tertentu.	Jumlah anak balita umur 12-59 bulanyang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar	sasaran anak balita dikali 100%	Balita	1556	1556	100%	56	92	81	80	119	87	81	91	85	61	123	104	1060	68,12%		Tidak mencapai target	Tidak semua bayi balita yang mendapatkan pelayanan kesehatan	Koordinasi dengan linsek
		2. Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan) (SPM 4)	Balita umur 0-59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi penimbangan minimal 8 (delapan) kali dalam 1 (satu) tahun; pengukuran panjang/ tinggi badan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun; pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun dan pemberian imunisasi dasar lengkap dalam kurun waktu 1 (satu) tahun (Standar Pelayanan Minimal ke 4)	Jumlah balita umur 0-59 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan balita sesuai standar	sasaran balita dikali 100%	Balita	1997	1997	100%	67	109	98	113	163	116	105	94	94	69	139	133	1300	65,10%		Tidak mencapai target	banyak bayi balita yang tidak rutin ke posyandufaskes untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan seperti menimbang berat badan, tidak mendapatkan vitamin A	sweeping vitamin A, pemberdayaan kader masyarakat dalam pelaksanaan posyandu, koordinasi lintas sektori/rt untuk menggerakkan masyarakat utk kunjungan rutin ke posyandu
		3.Pelayanan kesehatan Anak pra sekolah (60 - 72 bulan)	Anak pra sekolah umur 60-72 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 (delapan) kali dalam 1 (satu) tahun; pemantauan perkembangan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun pada kurun waktu tertentu.	Jumlah anak umur 60-72 bulan yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar	sasaran anak prasekolah dikali 100%	Anak pra sekolah	1000	1000	100%	0	283	0	0	0	0	0	293	0	0	0	0	576	57,60%		Tidak mencapai target		mensosialisasi kan kepada orang tua untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembanganga n secara mandiri di rumah
	D	Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja																						69,88%			
		1	Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar di satuan pendidikan dasar (SD/MI dan SMP/MTS)	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, dilakukan pada anak kelas 1 sampai dengan kelas 9 di Sekolah minimal satu kali dalam satu tahun ajaran	Jumlah anak sekolah kelas 1 sampai dengan kelas 9 di Sekolah mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun ajaran	anak sekolah	3020	3020	100%	0	0	0	0	546	0	406	267	1526	60	0	0	2805	92,88%		Belum mencapai target	Belum semua sekolah dilakukan penjarangan dan pemeriksaan berkala	Melakukan penjadwalan ditahun 2024
		2	Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar di luar satuan pendidikan dasar seperti pondok pesantren, panti /LKSA, lapas/LPKA dan lainnya	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, dilakukan pada anak kelas 1 sampai dengan kelas 9 di Sekolah minimal satu kali dalam satu tahun ajaran dan Usia 7 sampai 15 tahun diluar sekolah	Jumlah anak usia pendidikan dasar diluar sekolah yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun ajaran	Anak Usia Pendidikan Dasar di Luar Sekolah	0	0	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%		tidak ada pesantren di wilayah kerja puskesmas		

	3	Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia remaja di satuan pendidikan (SMA/MA)	Setiap anak pada usia remaja di sekolah mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, dilakukan pada anak kelas 10 sampai dengan kelas 12 di Sekolah minimal satu kali dalam satu tahun ajaran	Jumlah anak sekolah kelas 10 sampai dengan kelas 12 di Sekolah mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun ajaran	Jumlah semua anak sekolah kelas 10 sampai dengan kelas 12 di Sekolah mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun ajaran yang sama	anak sekolah	349	244	70%	0	0	0	0	152	0	67	50	50	0	0	0	319	130,58%					
	4	Pelayanan kesehatan remaja	Remaja usia 10 – 18 tahun yang sekolah dan yang tidak sekolah yang mendapatkan pelayanan kesehatan remaja berupa pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) pelayanan medis dan konseling di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu .	Jumlah remaja yang sekolah dan yang tidak sekolah yang mendapat pelayanan kesehatan remaja berupa skrining, pelayanan medis dan konseling	Jumlah remaja pada Badan Pusat Statistik (BPS) dikali 100%	remaja	4927	4927	100%	221	163	154	127	168	232	160	163	157	246	175	133	2099	42,60%			target belum tercapai	tidak semua remaja yang mendapatkan pelayanan kesehatan	meningkatkan koordinasi dengan lintas sektor, sosialisasi kembali jadwal posrem
	5	Pembinaan Posyandu Remaja	Pembinaan Posyandu Remaja dengan minimal membentuk 1 Posyandu Remaja di tiap Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas	Jumlah Posyandu remaja yang terbentuk	Jumlah seluruh kelurahan di wilayahnya	Posyandu remaja	24	24	100%	1	2	3	2	3	3	1	0	1	2	2	0	20	83,33%			POSREM DIGUNUNG PANJANG TIDAK TERLAKSANA		
V	PELAYANAN GIZI																							92,06%				
	A	Pelayanan Gizi Masyarakat																					141,31%					
	1	Cakupan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir (SPM 2 & 3)	Cakupan bayi baru lahir hidup mendapat inisiasi menyusu dini /IMD minimal 1 jam setelah kelahiran (segera setelah lahir hidup bayi diletakkan di atas dada ibunya, kontak kulit ibu dan bayi, bayi mencari puting dan menyusu sampai puas, proses ini berlangsung min 1 jam) di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu	Jumlah bayi baru lahir hidup mendapat IMD minimal 1 jam setelah kelahiran di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh bayi baru lahir hidup di satu wilayah dalam kurun waktu yang sama x 100%	Bayi	236	236	100%	32	37	24	32	43	33	25	34	29	38	38	39	404	171,19%			Tidak ada masalah	Tidak ada	Mempertahankan capaian yang sudah baik
	2	Cakupan ASI Eksklusif 0-6 bulan (SPM 4)	Cakupan bayi 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif	Jumlah bayi 0 - 6 bln yang masih mendapatkan ASI Eksklusif	Jumlah seluruh bayi 0-6 bulan yang ada dalam kurun waktu tertentu	<6 bulan Februari Agustus	236	236	100%	41	35	39	36	34	32	27	20	31	33	33	24	385	163,14%			Tidak ada masalah	Tidak ada	Mempertahankan capaian yang sudah baik
		Cakupan ASI Eksklusif 6 bulan lolos ASI eksklusif (SPM 4)	Cakupan bayi 6 bulan mendapat ASI Ekslusif	Jumlah bayi 6 bln yang lolos mendapatkan ASI Eksklusif	Jumlah seluruh bayi 6 bulan yang ada dalam kurun waktu tertentu	6 bulan Februari-Agustus	236	236	100%	35	33	31	34	30	29	21	15	24	26	23	19	320	135,59%			Tidak ada masalah	Meningkatkan pengetahuan kurang, meningkatkan kemauan/kesadaran ibu sibuk dan bekerja, ASI Kurang, ASI tidak keluar, kurang dukungan keluarga	Edukasi ASI pada kelompok ibu hamil melalui grub WA, penyuluhan
	3	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi umur 6-11 bulan 1 kali dalam setahun (SPM 4)	Bayi umur 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A biru (100.000 IU) 1 kali dalam setahun di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu pada kurun waktu tertentu	Jumlah bayi umur 6-11 bulan mendapat kapsul Vitamin A biru (100.000 IU) 1 kali dalam setahun	jumlah bayi umur 6-11 bulan yang ada dikali 100%	bayi	158	158	100%	0	75	0	0	0	0	0	84	0	0	0	0	159	100,63%			cakupan tidak tercapai	Masih banyak orang tua balita yang tidak membawa anaknya ke faskes untuk mendapatkan Vitamin A	sweeping vitamin A
	4	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita umur 12-59 bulan 2 (dua) kali setahun (SPM4)	Anak balita umur 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah (200.000 IU) 2 kali pertahun di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah anak balita umur 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah (200.000 IU) 2 (dua) kali per tahun	jumlah anak balita umur 12-59 bulan yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	balita	1657	1657	100%	0	1381	0	0	0	0	0	559	0	0	0	0	1940	117,08%			cakupan tidak tercapai	Masih banyak orang tua balita yang tidak membawa anaknya ke faskes untuk mendapatkan Vitamin A	sweeping vitamin A
	5	Pemberian 90 tablet Besi pada ibu hamil (SPM 1)	Ibu hamil yang selama kehamilannya mendapat minimal 90 (sembilan puluh) tablet Besi kumulatif di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah ibu hamil yang selama kehamilan mendapat minimal 90 (sembilan puluh) TTD	jumlah sasaran bumil di wilayah kerja Puskesmas kerja dikali 100%	bumil	488	488	100%	24	20	24	13	16	20	29	22	23	39	31	33	294	60,25%			Cakupan belum mencapai target	Masih ada bumil yang tidak periksa kembali ke puskesmas sehingga tidak mendapatkan Fe 3, hal ini terjadi pada sebagian bumil yang memiliki BPJS faskes luar wilayah	Edukasi/penyuluhan ditingkatkan pada kunjungan pertama ibu hamil
	6	Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri (SPM 5)	Seluruh Remaja Putri (SMP dan SMA) yang mendapat 1 (satu) tablet tambah darah per minggu sepanjang tahun di suatu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah remaja putri yang mendapat 1 (satu) tablet tambah darah per minggu dibagi jumlah remaja putri di suatu wilayah kerja dikali 100%	Jumlah Remaja Putri yg ada wilayah kerja Puskesmas	Remaja Putri	338	338	100%	338	338	338	338	338	338	366	366	366	366	366	366	366	100,00%	Tidak ditemukan masalah	Dukungan dari sekolah (guru UKS) untuk pemantauan minum TTD remaja putri	monev pencatatan pembagian TTD		

B		Penanggulangan Gangguan Gizi																				134,87%						
	1	Pemberian Makanan Tambahan pada balita kurus	Jumlah balita dengan status gizi sangat kurus dan kurus berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) sesuai kepmenkes RI no 1995/menkes/SK/XII/2010 yang mendapatkan makanan tambahan di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu	Jumlah Balita Kurus yang mendapat makanan tambahan	Jumlah Balita Kurus yg ada wilayah kerja Puskesmas	Balita	261	261	100%	16	4	3	0	75	75	75	75	30	30	30	30	443	169,73%			Tidak ada masalah	Masih ada balita yang tidak menghabiskan PMT yang diberikan	Meningkatkan kerjasama linsek dalam pemberian makanan tambahan untuk balita kurus
	2	Penanganan Balita gizi buruk yang ditemukan	Jumlah balita (0-59 bulan) dengan status gizi sangat kurus berdasarkan indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) sesuai dengan Kepmenkes RI no 1995/menkes/SK/XII/2010 dan/atau terdapat tanda klinis gizi buruk lainnya yang di rawat inap maupun rawat jalan difasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai dengan tata laksana gizi buruk di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus balita gizi buruk yang mendapat perawatan sesuai tata laksana penanganan gizi buruk di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus gizi buruk yang ditemukan di satu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu x 100%	Balita	0	0	100%	6	9	9	9	9	9	11	11	11	11	11	11	11	100,00%			Tidak ada masalah	Balita yang tidak meningkat status gizinya dikarenakan balita tidak menghabiskan F100 yang diberikan	
VI		PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA																				105,34%						
	1	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut > pindah ke KIA ukm esensial (SPM 7)	Seluruh warga negara lansia (Usia di atas 60 tahun) di berikan pelayanan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun berupa skrining kesehatan pemeriksaan berat badan, tinggi badan, dan lingkar perut ; pemeriksaan tekanan darah ; pemeriksaan kolesterol ; pemeriksaan gula darah ; pemeriksaan gangguan mental ; pemeriksaan gangguan kogneti ; pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut ; dan anamnesa perilaku beresiko	Jumlah warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 (satu) kali yang ada di suatu wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 (satu) tahun	Jumlah semua warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang ada di suatu wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 (satu) tahun yang sama	Usia	1554	1554	100%	152	146	172	100	96	112	169	185	200	128	114	63	1637	105,34%		Tidak ada masalah			
	2	Pemantauan kesehatan pada anggota kelompok usia yang dibina sesuai standar	anggota Kelompok usia yang di lakukan pemantauan kesehatan sesuai standar	Jumlah lanjut usia anggota kelompok yang ditimbang berat badan serta diukur tinggi badan dalam setahun	Jumlah lanjut usia anggota kelompok yang ditimbang berat badan serta diukur tinggi badan dalam setahun	Usia	1554	1554	100%	152	146	172	100	96	112	169	185	200	128	114	63	1637	105,34%		Tidak ada masalah			
VII		PELAYANAN PERKESMAS																				5,62%						
	1	Pelayanan keperawatan Individu	Jumlah individu yang mendapatkan asuhan keperawatan baik pasien rawat jalan di puskesmas,pusling,gawat darurat, rawat inap/one day care dengan sasaran bayi resti,balita gizi buruk,bumil resti,penyakit menular (TBC,HIV-AIDS dan malaria,PTM (HT,DM,Obesitas,Kanker dan ODGJ)	Jumlah individu dengan hasil askep teratasi	Jumlah individu yang mendapatkan askep di kali 100	individu	169	169	100%	2	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	11,24%		petugas kurang koordinasi dengan lintas program	petugas kurang koordinasi dengan lintas program	melakukan koordinasi lintas program
	2	Pelayanan keperawatan Keluarga dengan asuhan lepas bina	Jumlah keluarga yang telah memenuhi tingkat kemandirian keperawatan sesuai kemampuan keluarga dan/ meninggal ,dan /atau pindah domisili dengan sasaran Keluarga yg mempunyai masalah kesehatan (bayi resti,balita gizi buruk,bumil resti, TBC,HIV-AIDS,Malaria,HT,DM,Obesitas,Kanker, Gangguan Jiwa, belum pernah kontak dengan faskes, belum memiliki akses air bersih dan jamban sehat dan belum mempunyai JKN)	Jumlah keluarga dengan hasil asuhan lepas bina	Jumlah keluarga yang mendapatkan askep di kali 100	kk	169	169	100%	2	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	19	11,24%	petugas kurang koordinasi dengan lintas program		petugas kurang koordinasi dengan lintas program	melakukan koordinasi lintas program	
	3	Pelayanan Keperawatan Kelompok yang meningkat kemandiriannya	Jumlah kelompok yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan baik yang terikat maupun tidak terikat dan mendapatkan askep kelompok dengan sasaran kelompok terikat dan tidak terikat. terikat dalam institusi (sekolah,pesantren,panti asuhan,panti usia, lapas,industri,pusat rehabilitasi jiwa,pusat pelayanan narkotika,psikotropika dan zat adiktif). kelompok tidak terikat (posyandu,posbindu,klp balita,klp remaja,klp bumil,klp busui,klp penderita penyakit tertentu sprt : jantung, DM, kanker)	Jumlah kelompok binaan dengan hasil askep KM II,KM III dan KM IV	jumlah seluruh kelompok yang mendapatkan askep di kali 100	klp	32	32	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%		petugas kurang koordinasi dengan lintas program	petugas kurang koordinasi dengan lintas program	melakukan koordinasi lintas program

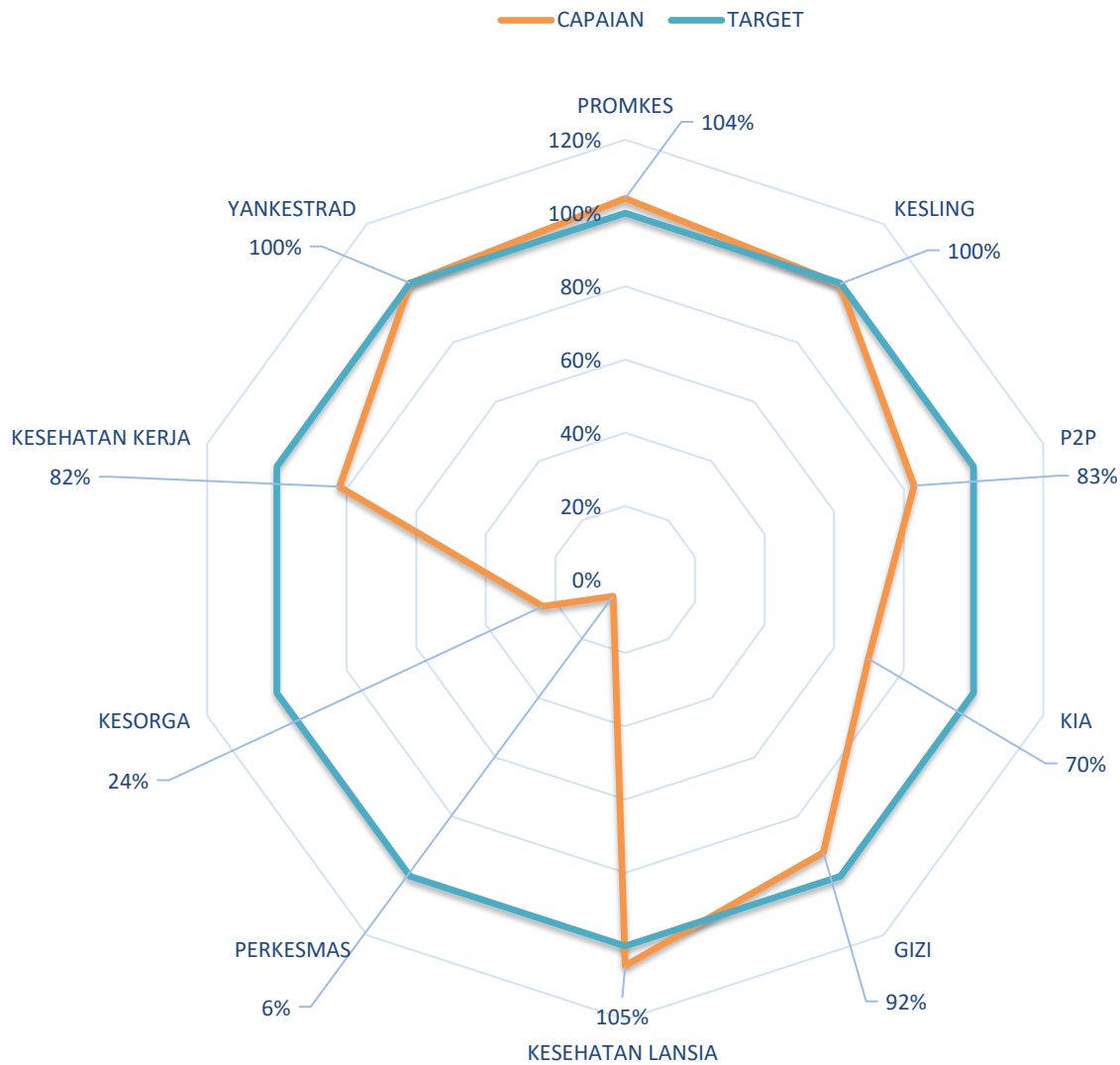
	4	Pelayanan Keperawatan pada Masyarakat di desa/kel	Masyarakat di desa/kelurahan binaan yang mendapatkan askep dengan sasaran masyarakat dengan cakupan pelayanan yang rendah, di daerah endemis penyakit menular, masyarakat di lokasi barak/pengungsian, masyarakat dengan kondisi geografis sulit/daerah konflik, masyarakat di daerah komunitas adat terpencil.	Jumlah desa/kelurahan yang masyarakatnya mendapatkan askep	jumlah desa/kelurahan di wilayah kerja di kali 100	desa/Kelurahan	3	3	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%			petugas kurang koordinasi dengan lintas program	petugas kurang koordinasi dengan lintas program	melakukan koordinasi lintas program
UPAYA KESEHATAN PERORANGAN																									87%				
1	RAWAT JALAN																								87%				
	1	Kelengkapan pengisian rekam medik	Pelaksanaan monitoring kelengkapan rekam medik	Jumlah rekam medik yg lengkap pengisiannya	Jumlah rekam medik yang diperiksa pada kurun waktu tertentu	RM	21529	17223	80%	490	404	484	432	543	439	557	1956	1963	1719	1540	1455	11982	56%						
	2	Cakupan pemakaian obat generik	Jumlah item obat generik yang diresepkan di puskesmas dan pusban	Jumlah obat generik dalam resep	Jumlah obat dalam resep	item obat	31820	27047	85%	2704	2357	2492	1825	2877	2116	2754	2507	2487	2633	2424	2456	29632	93%						
	3	Pelaksanaan PME	PME adalah kegiatan pemantapan mutu yang diselenggarakan secara periodik oleh pihak lain di luar laboratorium yang bersangkutan untuk memantau dan menilai penampilan suatu laboratorium di bidang pemeriksaan tertentu.	Jumlah PME dengan nilai baik	Jumlah PME yang diikuti DIKALI 100%	Kali	38	38	100%	3	4	3	2	6	3	2	2	1	4	1	4	35	92%			Hanya 1 jenis pemeriksaan yang dilakukan			
	4	Pelaksanaan PMI	Kegiatan pencegahan dan pengawasan yang dilaksanakan oleh setiap Lab secara terus menerus agar diperoleh hasil pemeriksaan yang tepat serta mendeteksi adanya kesalahan dan memperbaikinya dengan tahapan praanalitik, analiti dan pasca analitik	Jumlah PMI dengan nilai baik	Jumlah PMI yang di lakukan DIKALI 100%	Kali	48	48	100%	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5	5	52	108%						
2	RAWAT INAP																								0%				
	1	BOR (Bed Occupation Rate)	Pemakaian tempat tidur di Puskesmas RI dalam kurun waktu tertentu	Jumlah hari perawatan dalam 1 bulan	Hasil kali jumlah tempat tidur dengan jumlah hari dalam satu bulan dikali 100%	persen	0	0	60-85%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%					
	2	AVLOS (Average Lengt Of Stay)	Rata-rata lamanya seorang pasien dirawat	Jumlah lama dirawat	Jumlah pasien keluar	hari	0	0	3-5 hr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%					

OUTPUT KINERJA		
1	KINERJA UKM ESENSIAL	80%
2	KINERJA UKP	87%

SPIDER CHART
UKM ESSENSIAL &
PENGEMBANGAN DAN SPM

CAPAIAN KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2024

CAPAIN UKM ESSENSIAL & PENGEMBANGAN



CAPAIAN SPM 12

