



**PUSKESMAS  
CANDIREJO**



**LAPORAN  
HASIL**

# **PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS**



**2022**

**PUSKESMAS CANDIREJO**

Jalan Raya Sarangan Desa Candirejo

Kecamatan Magetan

Telp. 0351 - 892584

Email: [candirejo.pusk@gmail.com](mailto:candirejo.pusk@gmail.com)

MAGETAN - 63319

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga Penilaian Kinerja Puskesmas dapat terlaksana dengan baik. Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja mempunyai posisi yang strategis dalam rangka mewujudkan masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat sehingga masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal.

Penilaian Kinerja Puskesmas merupakan rangkaian kegiatan manajemen Puskesmas untuk menilai bagaimana kemampuan pencapaian terhadap target yang telah ditetapkan sesuai SK yang telah ada. Hasil pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2022 ini akan menjadi acuan dalam mendorong pemenuhan program yang pencapaiannya masih dibawah target, mempertahankan dan meningkatkan capaian program yang sudah mencapai target, sehingga diharapkan pada akhir tahun pencapaian semua program sesuai dengan yang diharapkan.

Dengan terlaksananya Penilaian Kinerja Puskesmas ini, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan agar ke depannya Penilaian Kinerja Puskesmas dapat terlaksana lebih baik lagi.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada Kita semua.

Candirejo, 09 Mei 2023  
KEPALA UPTD PUSKESMAS CANDIREJO

  
dr. DIANA ETIKAWATI  
NIP 197101202002122001

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Kata Pengantar .....	ii
Daftar Isi .....	iii
Daftar Tabel.....	v
Daftar Gambar.....	v
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Visi, Misi, dan Motto Puskesmas .....	1
1.2.1. Visi .....	1
1.2.2. Misi.....	1
1.2.3. Motto .....	2
1.3. Tujuan.....	2
<b>BAB II GAMBARAN UMUM PUSKESMAS.....</b>	<b>3</b>
2.1. Keadaan Geografis .....	3
2.2. Kependudukan, Jumlah Penduduk, Piramida Penduduk .....	3
2.3. Jumlah Pemberdayaan Masyarakat.....	4
2.4. Jumlah Jaringan Puskesmas dan Jejaring.....	5
2.5. Situasi Upaya Pelayanan Kesehatan.....	5
2.5.1. UKM Esensial.....	5
2.5.2. UKM Pengembangan .....	6
2.5.3. UKP.....	6
2.5.4. Mutu .....	6
2.6. Persyaratan Pelayanan.....	6
2.7. Struktur Organisasi .....	7
<b>BAB III GAMBARAN SARANA, PRASARANA, DAN KETENAGAAN PUSKESMAS .....</b>	<b>8</b>
3.1. Gambaran Kondisi Sarana dan Prasarana .....	8
3.2. Gambaran Kondisi Peralatan .....	8
3.3. Analisa Sarana dan Peralatan .....	8
3.4. Penjelasan Gambaran Ketenagaan .....	8
3.5. Kebutuhan Tenaga Tahun 2022 dan Rencana Pemenuhan Kebutuhan.....	9
3.6. Gambaran Pelatihan-Pelatihan Tenaga Medis, Paramedis, dan Non Medis ....	9
<b>BAB IV PELAYANAN NON RAWAT INAP .....</b>	<b>11</b>
4.1. Kunjungan Non Rawat Inap .....	11
4.2. Jumlah Kunjungan Pasien Berdasarkan Cara Pembayaran .....	11
4.3. Sepuluh Besar Penyakit Non Rawat Inap .....	12

<b>BAB V HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS .....</b>	<b>13</b>
5.1. Penilaian Kinerja Administrasi dan Manajemen .....	13
5.2. Penilaian Kinerja UKM Esensial.....	14
5.2.1. Upaya Promosi Kesehatan.....	15
5.2.2. Upaya Kesehatan Lingkungan .....	15
5.2.3. Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, dan Keluarga Berencana .....	15
5.2.4. Upaya Pelayanan Gizi .....	16
5.2.5. Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit .....	16
5.2.6. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat.....	17
5.3. Penilaian Kinerja UKM Pengembangan .....	17
5.4. Penilaian Kinerja UKP.....	18
5.5. Penilaian Kinerja Mutu .....	18
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>20</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1.	Jumlah Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Candirejo .....	3
Tabel 3.1.	Tenaga Kesehatan di Puskesmas Candirejo Tahun 2022.....	9
Tabel 4.1.	Jumlah Kunjungan di Puskesmas Candirejo Tahun 2022 .....	11
Tabel 4.2.	Jumlah Kunjungan di Puskesmas Candirejo Berdasarkan Cara Pembayaran Tahun 2022 .....	11
Tabel 4.3.	Sepuluh Besar Penyakit di Puskesmas Candirejo Tahun 2022.....	12

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1.	Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Kecamatan Magetan Berdasarkan Data Sensus Penduduk 2020.....	4
Gambar 2.2.	Struktur Organisasi Puskesmas Candirejo Tahun 2022 .....	7
Gambar 5.1.	Capaian Kinerja UKM Esensial Puskesmas Candirejo Tahun 2022.....	14
Gambar 5.2.	Capaian Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, dan Keluarga Berencana Puskesmas Candirejo Tahun 2022 .....	15
Gambar 5.3.	Capaian Kinerja Upaya Pelayanan Gizi.....	16
Gambar 5.4.	Capaian Kinerja P2P Puskesmas Candirejo Tahun 2022 .....	16
Gambar 5.5.	Capaian Kinerja Perkesmas Puskesmas Candirejo Tahun 2022 .....	17
Gambar 5.6.	Capaian Kinerja UKM Pengembangan Puskesmas Candirejo Tahun 2022 .....	17
Gambar 5.7.	Capaian Kinerja Upaya Kesehatan Perseorangan Puskesmas Candirejo Tahun 2022.....	18
Gambar 5.8.	Capaian Kinerja Mutu Puskesmas Candirejo Tahun 2022 .....	18

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. LATAR BELAKANG**

Pembangunan kesehatan merupakan bagian terpenting dari pembangunan nasional. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Strategi yang menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan tahun 2020-2024 dan hasil Rapat Kerja Nasional tahun 2019 yaitu Angka Kematian Ibu atau Angka Kematian Neonatal yang masih tinggi, stunting, tuberculosis (TBC), Penyakit Tidak Menular (PTM), dan cakupan imunisasi dasar lengkap.

Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten, sebagai pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama dan melaksanakan pengadministrasian/manajemen untuk perencanaan, monitoring, dan evaluasi program. Upaya kesehatan di Puskesmas dilaksanakan secara merata dan bermutu agar pencapaian target kinerja dan dampak dari pelayanan diwujudkan dengan bukti adanya perbaikan, peningkatan mutu serta pencapaian target kinerja puskesmas dalam Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP).

Pelaksanaan PKP meliputi serangkaian kegiatan yang dimulai sejak awal tahun anggaran pada saat penyusunan rencana kegiatan puskesmas. Dengan dilakukannya Penilaian Kinerja Puskesmas diharapkan masalah-masalah yang timbul dapat terselesaikan atau paling tidak dikurangi. Tercapainya tingkat kinerja puskesmas yang berkualitas secara optimal dapat mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan Kabupaten.

#### **1.2. VISI, MISI, DAN MOTTO PUSKESMAS**

##### **1.2.1. VISI**

Visi Puskesmas Candirejo adalah Masyarakat Magetan yang SMART (Sehat, Maju, Agamis, Ramah, Terampil) semakin mantap dan semakin sejahtera.

##### **1.2.2. MISI**

Adapun misi dari Puskesmas Candirejo adalah mendukung visi yang pertama yaitu meningkatkan percepatan dan perluasan pembentukan sumber daya manusia yang SMART (Sehat, Maju, Agamis, Ramah dan Terampil) dengan

program prioritas terkait bidang kesehatan, yaitu Pemantapan kemudahan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau masyarakat luas.

### **1.2.3. MOTTO**

Motto Puskesmas Candirejo adalah “Ikhlas Melayani, Sehat untuk Semua”.

### **1.3. TUJUAN**

1. Mengetahui tingkat kinerja puskesmas berdasarkan urutan kategori kelompok penilaian
2. Mengetahui hasil identifikasi dan analisis masalah, penyebab masalah di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan kesenjangan pencapaian kinerja
3. Mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang

## BAB II

### GAMBARAN UMUM PUSKESMAS

#### 2.1. KEADAAN GEOGRAFIS

Puskesmas Candirejo berlokasi di Jalan Raya Sarangan, Desa Candirejo, Kecamatan Magetan, Kabupaten Magetan, Kode Pos 63319, No.Telepon 0351-892584.

Puskesmas Candirejo merupakan Puskesmas Non Rawat Inap yang terletak di ibu kota Kabupaten Magetan. Wilayah kerja puskesmas berada di dataran rendah dengan wilayah kerja meliputi 5 desa dan 9 kelurahan (seluruh desa/kelurahan di Kecamatan Magetan).

Wilayah kerja Puskesmas Candirejo disebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Panekan, disebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Ngariboyo, disebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Sukomoro, dan disebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Panekan dan Sidorejo. Total luas wilayah kerja Puskesmas Candirejo yaitu 21,41 km<sup>2</sup>.

#### 2.2. KEPENDUDUKAN, JUMLAH PENDUDUK, PIRAMIDA PENDUDUK

Berdasarkan Data Proyeksi dari Pusdatin Kementerian Kesehatan Tahun 2022, Jumlah Penduduk di Kecamatan Magetan sebanyak 43.514 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk mencapai 2.032 penduduk/km<sup>2</sup>.

Jumlah penduduk, luas wilayah, dan tingkat kepadatan penduduk per desa/kelurahan di Kecamatan Magetan (wilayah kerja Puskesmas Candirejo) dapat dilihat pada Tabel 2.1 dibawah ini.

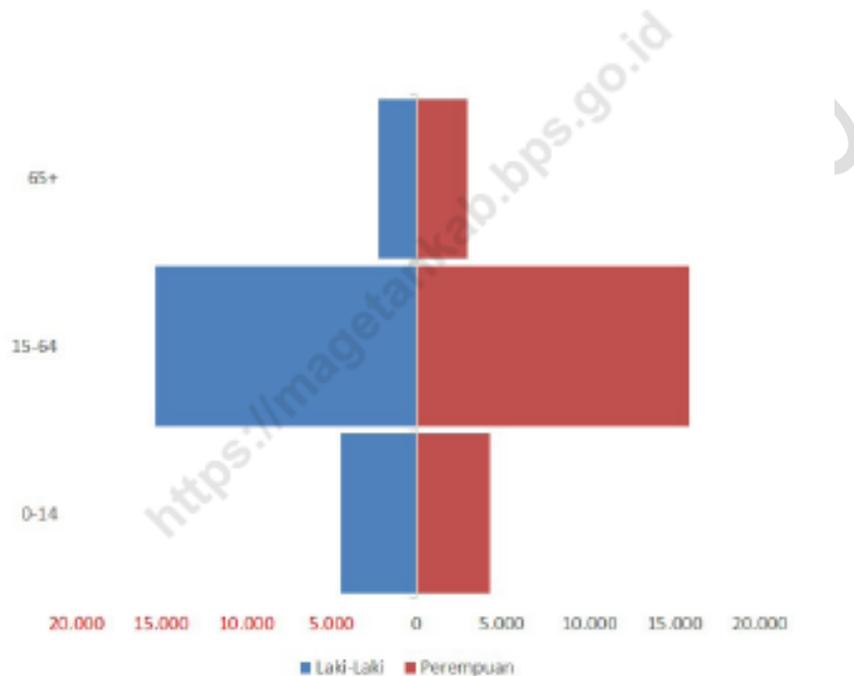
Tabel 2.1 Jumlah Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Candirejo

No.	Desa/Kelurahan	Luas Wilayah (km <sup>2</sup> )	Jumlah Penduduk	Tingkat Kepadatan Penduduk/km <sup>2</sup>
1	Kel. Mangkujayan	1,11	1.813	1.633
2	Kel. Bulukerto	0,84	1.795	2.137
3	Kel. Magetan	0,87	3.031	3.484
4	Kel. Selosari	1,71	5.463	3.195
5	Kel. Tawanganom	2,79	5.779	2.071
6	Kel. Kepolorejo	1,19	5.719	4.806
7	Kel. Sukowinangun	1,54	4.394	2.853
8	Kel. Kebonagung	0,69	1.645	2.384
9	Kel. Tambran	1,01	1.837	1.819
10	Ds. Tambakrejo	1,41	1.336	948
11	Ds. Ringinagung	1,72	2.885	1.677
12	Ds. Candirejo	1,32	2.337	1.770
13	Ds. Baron	2,22	2.617	1.179

No.	Desa/Kelurahan	Luas Wilayah (km <sup>2</sup> )	Jumlah Penduduk	Tingkat Kepadatan Penduduk/km <sup>2</sup>
14	Ds. Purwosari	2,99	2.863	958

Sumber: Profil Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Jumlah penduduk perempuan lebih banyak dari jumlah penduduk laki-laki di Kecamatan Magetan dengan rasio jenis kelamin sebesar 95,16 (BPS-Sensus Penduduk, 2020)



Gambar 2.1 Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Kecamatan Magetan Berdasarkan Data Sensus Penduduk 2020

### 2.3. JUMLAH PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Puskesmas Candirejo rutin mengadakan pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan Individu, Keluarga, dan Kelompok. Dalam Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2022, pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan tersebut memiliki definisi operasional yang meliputi keterlibatan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan.

Puskesmas Candirejo telah mengadakan pertemuan lebih dari 2 kali dalam setahun, ada hasil pembahasan pemberdayaan masyarakat serta tindak lanjut pemberdayaan. Contoh kegiatan yang telah dilakukan yaitu: Promosi Kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat), Pengukuran dan Pembinaan Tingkat Perkembangan UKBM, Edukasi dan Pemberdayaan Masyarakat tentang obat pada GERMA CERMAT, dan lain sebagainya.

## 2.4. JUMLAH JARINGAN PUSKESMAS DAN JEJARING

Berdasarkan Permenkes No.43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Jaringan pelayanan Puskesmas terdiri atas Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan praktik bidan desa. Puskesmas Candirejo memiliki dua Puskesmas pembantu (Pustu) yaitu Pustu Bulukerto dan Pustu Baron, satu Puskesmas keliling, dan 12 Bidan Desa.

Puskesmas Candirejo juga memiliki jejaring yang tersebar di Kecamatan Magetan. Berdasarkan Data Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap, dan Kunjungan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan Kab.Magetan Tahun 2022, terdapat 4 Praktik Mandiri Dokter, 4 Klinik, dan 7 Praktik Mandiri Bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Candirejo. Empat Praktik Mandiri Dokter meliputi Praktik Mandiri dr. Diana Etikawati, dr. Naniek Juliani, dr. Siti Maifuroh, dan dr. Wisnu Herlambang. Sedangkan 4 Klinik yang dimaksud meliputi Klinik Palembang, Alena Aesthetic Clinic, Klinik Mata EDC, dan Klinik Mutiara Aisyah. Untuk Praktik Mandiri Bidan (PMB) meliputi PMB Ety Rachmawati, A.Md.Keb., Hari Sulastriningsih, A.Md Keb., Lilis Ratnawati, S.Tr.Keb., Sulistyorini, S.Tr.Keb., Endang Setiowati, A.Md.Keb., PMB Anifah, dan PMB Widiastuti.

## 2.5. SITUASI UPAYA PELAYANAN KESEHATAN

Salah satu langkah penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan melakukan upaya pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan dengan tepat diharapkan dapat mengatasi berbagai masalah kesehatan di masyarakat. Pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh Puskesmas Candirejo yaitu:

### 2.5.1. UKM ESENSIAL

Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial di Puskesmas Candirejo terdiri dari enam upaya, yaitu:

1. Upaya Promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan
3. Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, dan KB
4. Upaya Pelayanan Gizi
5. Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular
6. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

### **2.5.2. UKM PENGEMBANGAN**

Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan di Puskesmas Candirejo terdiri dari delapan upaya, yaitu:

1. Pelayanan Kesehatan Gigi
2. Pelayanan Kesehatan Indera
3. Penanganan Penyalahgunaan NAPZA
4. Kesehatan Matra
5. Pelayanan Kesehatan Tradisional
6. Pelayanan Kesehatan Olahraga
7. Pelayanan Kesehatan Kerja
8. Kefarmasian

### **2.5.3. UKP**

Upaya Kesehatan Perorangan di Puskesmas Candirejo terdiri dari lima upaya, yaitu:

1. Pelayanan Non Rawat Inap
2. Pelayanan Gawat Darurat
3. Pelayanan Kefarmasian
4. Pelayanan Laboratorium
5. Pelayanan Rawat Inap

### **2.5.4. MUTU**

Terkait dengan Mutu, Puskesmas Candirejo rutin melakukan penilaian terhadap:

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan alat
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Keberhasilan pengobatan pasien
5. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar
6. Kepuasan pasien

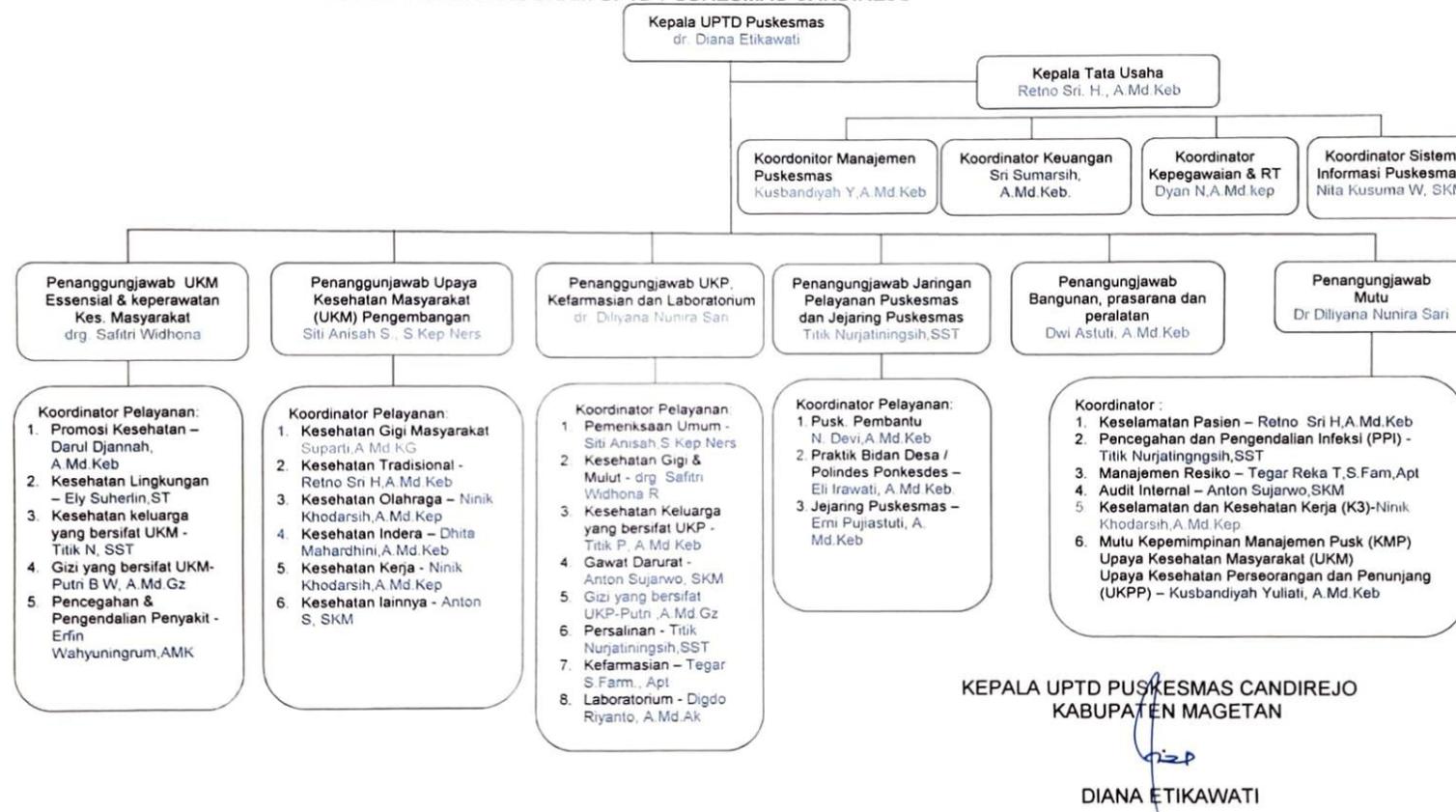
## **2.6. PERSYARATAN PELAYANAN**

Berdasarkan Permenkes No.43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian, dan laboratorium klinik. Puskesmas Candirejo telah memenuhi semua persyaratan tersebut.

2.7. STRUKTUR ORGANISASI

LAMPIRAN I : KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS CANDIREJO  
 NOMOR : 27 TAHUN 2022  
 TANGGAL : 4 APRIL 2022

A. PENANGGUNGJAWAB DAN PELAKSANA PROGRAM UPTD PUSKESMAS CANDIREJO



KEPALA UPTD PUSKESMAS CANDIREJO  
 KABUPATEN MAGETAN

DIANA ETIKAWATI

Gambar 2.2. Struktur Organisasi Puskesmas Candirejo Tahun 2022

### **BAB III**

## **GAMBARAN SARANA, PRASARANA, DAN KETENAGAAN PUSKESMAS**

Puskesmas Candirejo dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dilengkapi dengan sarana prasarana dan tenaga kesehatan maupun non kesehatan yang mendukung.

#### **3.1. GAMBARAN KONDISI SARANA DAN PRASARANA**

Berdasarkan pada variabel kelengkapan dan updating data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK) tahun 2022 nilai data kumulatif SPA telah melebihi 60% (sarana = 100%, prasarana 46,3%, dan alat kesehatan 63,98%) serta telah tersedia analisis data yang lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut, dan evaluasi. Selain itu prasarana di Puskesmas rutin dilakukan pemeliharaan dan terdapat bukti pelaksanaannya. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kondisi sarana prasarana di Puskesmas Candirejo sudah sesuai dengan target yang ditetapkan.

#### **3.2. GAMBARAN KONDISI PERALATAN**

Kondisi peralatan di Puskesmas Candirejo sudah baik. Salah satunya dibuktikan dengan adanya kalibrasi alat kesehatan yang terjadwal disertai dengan bukti pelaksanaannya.

#### **3.3. ANALISA SARANA DAN PERALATAN**

Sarana, prasarana, dan peralatan di Puskesmas Candirejo sudah baik, namun masih terdapat kekurangan dalam hal kuantitas. Hal ini sudah ditindaklanjuti dengan pengusulan ke Dinas Kesehatan (pengadaan melalui dana APBD) dan Bendahara JKN (pengadaan melalui dana JKN) agar kebutuhan sarana prasarana dan alat kesehatan dapat terpenuhi.

#### **3.4. PENJELASAN GAMBARAN KETENAGAAN**

Jumlah tenaga di Puskesmas Candirejo pada tahun 2022 sebanyak 52 tenaga dengan latar belakang pendidikan dan kompetensi yang berbeda. Dari 52 tenaga tersebut, 43 diantaranya merupakan tenaga kesehatan / tenaga dengan Jabatan Fungsional Tertentu di bidang kesehatan. Sedangkan untuk tenaga pelaksana (Jabatan Fungsional Umum) terdapat 4 orang (1 Registrar, 2

Pengadministrasi Umum, 1 Pengelola Keuangan) dan untuk tenaga kontrak APBD 5 orang (2 pengemudi, 2 tenaga kebersihan, 1 penjaga malam).

Adapun jenis tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Candirejo diuraikan sebagai berikut:

Tabel 3.1. Tenaga Kesehatan di Puskesmas Candirejo Tahun 2022

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah Tenaga (Orang)
1	Dokter	2
2	Dokter Gigi	1
3	Perawat	12
4	Perawat Gigi	2
5	Bidan	18
6	Apoteker	1
7	Asisten Apoteker	2
8	Nutrisionis	1
9	Sanitarian	1
10	Pranata Laboratorium Kesehatan	1
11	Administrator Kesehatan	1
12	Perekam Medis	1

### 3.5. KEBUTUHAN TENAGA TAHUN 2022 DAN RENCANA PEMENUHAN KEBUTUHAN

Setiap tahun Puskesmas Candirejo mengusulkan penambahan beberapa tenaga. Tahun 2022 telah diusulkan perekrutan Tenaga Promosi Kesehatan dan Bidan melalui seleksi penerimaan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK). Tenaga tersebut diperkirakan akan mulai bekerja pada bulan April/Mei 2023.

Rencana pemenuhan tenaga kesehatan selalu mempertimbangkan ketersediaan formasi di Peta Jabatan terbaru dan kondisi riil di Puskesmas (untuk mengetahui tingkat urgensi tenaga yang dibutuhkan).

### 3.6. GAMBARAN PELATIHAN-PELATIHAN TENAGA MEDIS, PARAMEDIS, DAN NON MEDIS

Tenaga di Puskesmas Candirejo selalu didorong untuk terus update terhadap informasi terkini sesuai bidang keahlian masing-masing. Setiap tahun selalu ada seminar/pelatihan yang diikuti oleh tenaga dari Puskesmas Candirejo.

Berikut beberapa seminar/pelatihan yang pernah diikuti selama tahun 2022:

1. Orientasi Penambahan Akses Layanan Tes dan Pengobatan HIV dan IMS
2. Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) bagi Tenaga Puskesmas dan Klinik

3. Pemantauan dan Deteksi Tumbuh Kembang Balita dalam Upaya Pencegahan dan Penanganan Stunting
4. Seminar Nursing Service Quality
5. Kecerdasan Buatan atau Artificial Intelligence (AI) dalam Mendukung Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Era Digital

PKP PUSKESMAS CANDIREJO

## BAB IV

### PELAYANAN NON RAWAT INAP

Puskesmas Candirejo merupakan Puskesmas non rawat inap yang terletak di ibu kota Kabupaten Magetan. Dari hasil penyelenggaraan pelayanan non rawat inap dapat diketahui jumlah kunjungan non rawat inap, jumlah kunjungan pasien berdasarkan cara pembayaran, dan sepuluh besar penyakit non rawat inap.

#### 4.1. KUNJUNGAN NON RAWAT INAP

Total kunjungan ke Puskesmas Candirejo (Puskesmas induk) tahun 2022 sebesar 20.580 kunjungan dengan rincian per bulan sebagai berikut:

Tabel 4.1. Jumlah Kunjungan di Puskesmas Candirejo Tahun 2022

No.	Bulan	Jumlah Kunjungan
1	Januari	1640
2	Februari	1418
3	Maret	1686
4	April	1275
5	Mei	1373
6	Juni	1824
7	Juli	1492
8	Agustus	1844
9	September	1969
10	Oktober	1815
11	November	2032
12	Desember	2212
TOTAL		20.580

Kunjungan tersebut merukakan jumlah total dari pasien umum, BPJS, SKTM, JPS, dan Gratis.

#### 4.2. JUMLAH KUNJUNGAN PASIEN BERDASARKAN CARA PEMBAYARAN

Berikut data jumlah kunjungan pasien ke Puskesmas Candirejo (induk) berdasarkan cara pembayaran:

Tabel 4.2. Jumlah Kunjungan di Puskesmas Candirejo Berdasarkan Cara Pembayaran Tahun 2022

No.	Bulan	Bayar	SKTM	BPJS	JPS	Gratis
1	Januari	608	0	579	381	72
2	Februari	475	0	519	308	116
3	Maret	573	0	621	401	91
4	April	412	0	492	340	31
5	Mei	458	0	522	342	51
6	Juni	694	0	640	438	52
7	Juli	494	0	576	374	48
8	Agustus	574	0	671	542	57

9	September	641	0	719	531	78
10	Oktober	546	0	676	510	83
11	November	625	0	642	581	184
12	Desember	721	0	660	614	217
TOTAL		6821	0	7317	5362	1080

Pembayaran menggunakan BPJS/Askes menjadi cara pembayaran terbanyak di Puskesmas Candirejo. Sedangkan metode pembayaran paling sedikit adalah menggunakan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu).

#### 4.3. SEPULUH BESAR PENYAKIT NON RAWAT INAP

Berikut ini merupakan 10 besar penyakit di Puskesmas Candirejo yang merupakan Puskesmas Non Rawat Inap:

Tabel 4.3. Sepuluh Besar Penyakit di Puskesmas Candirejo Tahun 2022

NO	KODE	JENIS PENYAKIT	JUMLAH
1	I10	Penyakit Darah Tinggi Primer	2.609
2	J06	Infeksi Akut Sal Pernafasan Atas	2.546
3	J00	Common Cold	1100
4	E11.8	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with unspecified complications	944
5	E11	Diabetes / Diabetus Melitus (NIDDM)	881
6	K29	Gastritis Dan Duodenitis	832
7	F20	Paranoid Schizophrenia/Schisofrenik	521
8	I25	Penyakit Jantung Iskemik Kronik	517
9	L08	Infeksi Kulit & Jaringan Di Bawah Kulit	511
10	M79.1	Myalgia	509

Penyakit darah tinggi primer yang merupakan penyakit tidak menular menjadi penyakit paling banyak di wilayah kerja Puskesmas Candirejo. Diabetes melitus dan penyakit jantung juga masih masuk dalam 10 penyakit terbanyak.

## BAB V

### HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

Hasil kinerja Puskesmas Candirejo pada tahun 2022 berdasarkan Total Penilaian Kinerja Puskesmas yaitu 97,46% dan termasuk kategori Baik. Dikatakan Baik apabila Total Penilaian Kinerja Puskesmas lebih dari atau sama dengan 89%.

#### 5.1. PENILAIAN KINERJA ADMINISTRASI MANAJEMEN

Administrasi dan Manajemen memiliki lima variabel yang dinilai, yaitu:

1. Manajemen Umum
  - a. Rencana 5 (lima) tahunan
  - b. RUK Tahun (N+1)
  - c. RPK/POA bulanan/tahunan
  - d. Lokakarya Mini bulanan (lokmin bulanan)
  - e. Lokakarya Mini tribulanan (lokmin tribulanan)
  - f. Survei Keluarga Sehat (12 Indikator)
  - g. Survey Mawas Diri (SMD)
  - h. Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan Individu, Keluarga dan Kelompok
  - i. SK Tim Mutu dan Uraian Tugas
  - j. Rencana program mutu dan keselamatan pasien
  - k. Pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas
  - l. Pengelolaan Pengaduan Pelanggan
  - m. Survei Kepuasan Masyarakat
  - n. Audit Internal
  - o. Rapat Tinjauan Manajemen
  - p. Penyajian/updating data dan informasi
2. Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana
  - a. Kelengkapan dan Updating data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK)
  - b. Analisis data ASPAK dan rencana tindak lanjut
  - c. Pemeliharaan prasarana Puskesmas
  - d. Kalibrasi alat kesehatan
  - e. Perbaikan dan pemeliharaan peralatan medis dan non medis
3. Manajemen Keuangan
  - a. Data realisasi keuangan
  - b. Data keuangan dan laporan pertanggungjawaban

4. Manajemen Sumber Daya Manusia
  - a. Rencana Kebutuhan Tenaga (Renbut)
  - b. SK uraian tugas pokok (tanggung jawab dan wewenang ) serta uraian tugas integrasi
  - c. Data kepegawaian
5. Manajemen Pelayanan Kefarmasian
  - a. SOP Pelayanan Kefarmasian
  - b. Sarana Prasarana Pelayanan Kefarmasian
  - c. Data dan informasi Pelayanan Kefarmasian

Masing-masing variabel mendapatkan nilai kinerja 10 (nilai maksimal) kecuali Manajemen Umum yang mendapatkan nilai 9,8.

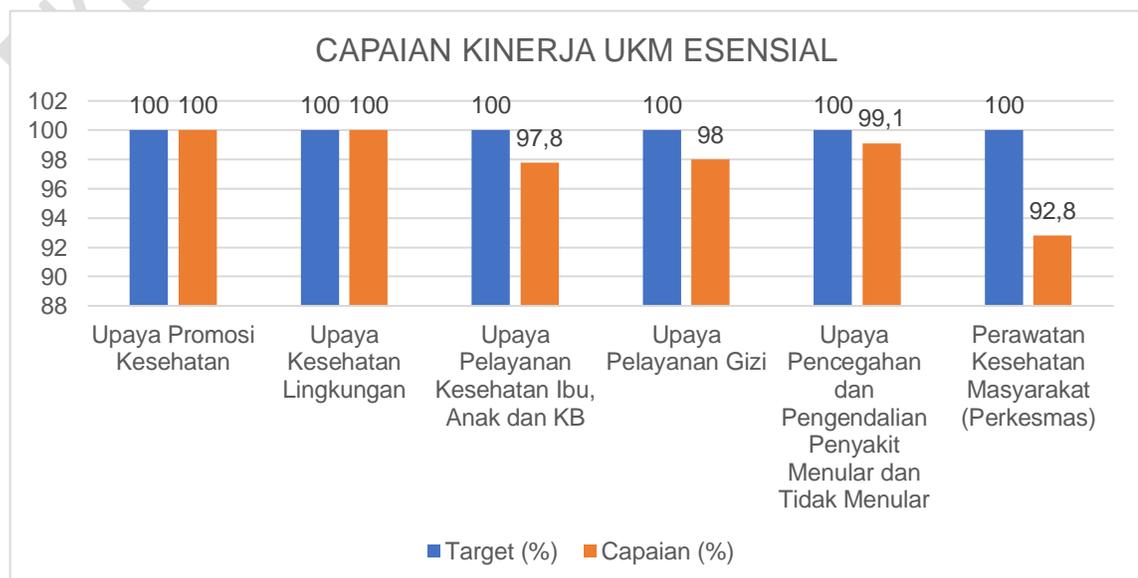
Bagian dari Manajemen Umum yang belum maksimal yaitu Pengelolaan Pengaduan Pelanggan (nilai 7) karena media dan data lengkap, analisa sebagian ada, namun rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum lengkap.

Rata-rata capaian kinerja Administrasi dan Manajemen Puskesmas Candirejo tahun 2022 yaitu 99,6% dan termasuk kategori BAIK.

## 5.2 PENILAIAN KINERJA UKM ESENSIAL

UKM Esensial terdiri dari Upaya Promosi Kesehatan, Upaya Kesehatan Lingkungan, Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak dan KB, Upaya Pelayanan Gizi, Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular, dan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas).

Capaian kinerja UKM Esensial pada tahun 2022 termasuk dalam kategori BAIK karena memiliki capaian rata-rata 97,96%.



Gambar 5.1. Capaian Kinerja UKM Esensial Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Capaian kinerja UKM Esensial terendah dimiliki oleh Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dengan capaian sebesar 92,8% dan capaian UKM Esensial tertinggi dimiliki oleh Upaya Promosi Kesehatan dan Upaya Kesehatan Lingkungan dengan capaian sebesar 100%.

### 5.2.1 UPAYA PROMOSI KESEHATAN

Upaya Promosi Kesehatan terdiri dari enam variabel, yaitu:

1. Pengkajian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
2. Tatanan Sehat
3. Intervensi/Penyuluhan
4. Pengembangan UKBM
5. Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif
6. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Seluruh sub variabel tersebut memiliki capaian kinerja 100%

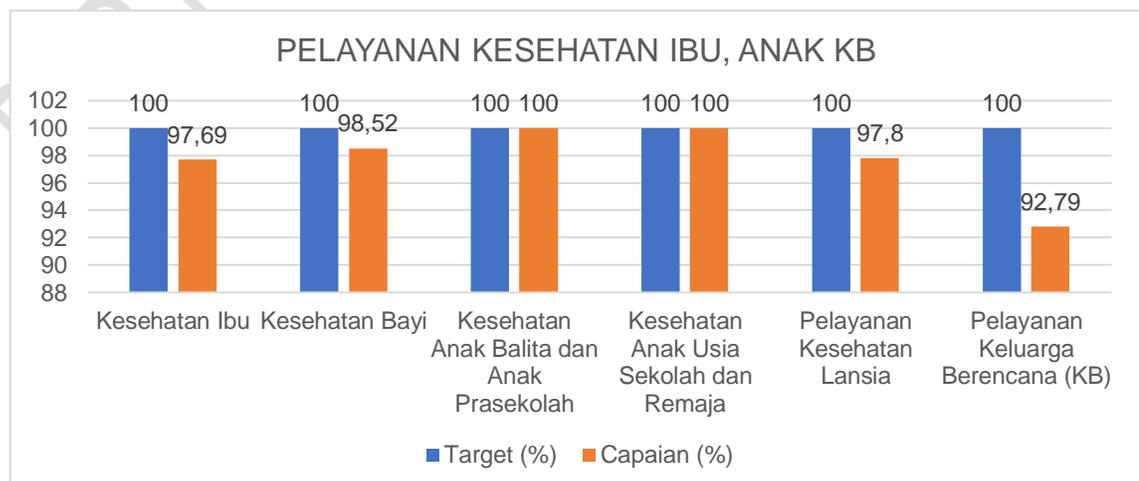
### 5.2.2. UPAYA KESEHATAN LINGKUNGAN

Upaya Kesehatan Lingkungan terdiri dari lima variabel, yaitu:

1. Penyehatan Air
2. Penyehatan Makanan dan Minuman
3. Pembinaan Tempat-Tempat Umum (TTU)
4. Yankesling (Klinik Sanitasi)
5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Seluruh sub variabel tersebut memiliki capaian kinerja 100%

### 5.2.3. UPAYA PELAYANAN KESEHATAN IBU, ANAK, DAN KELUARGA BERENCANA

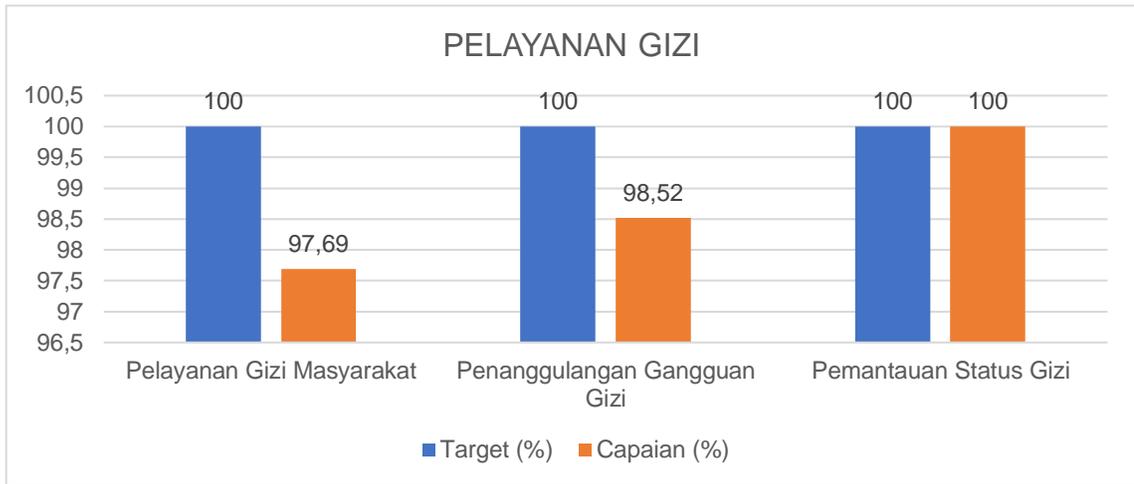


Gambar 5.2. Capaian Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, dan Keluarga Berencana Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Capaian Kinerja Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, dan Keluarga Berencana pada tahun 2022 mencapai 97,69%. Capaian kinerja tertinggi dimiliki

oleh variabel Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah serta Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja yaitu 100%. Capaian terendah dimiliki Pelayanan Keluarga Berencana (KB).

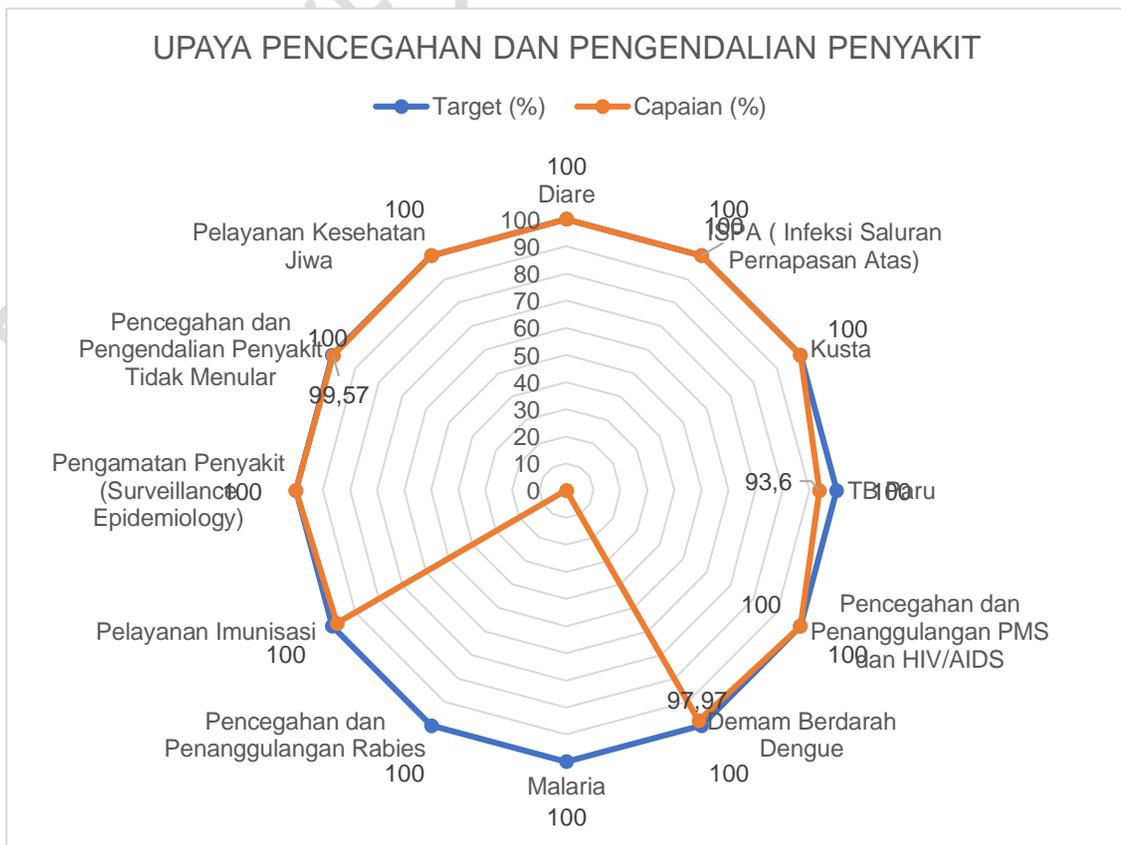
**5.2.4 UPAYA PELAYANAN GIZI**



Gambar 5.3. Capaian Kinerja Upaya Pelayanan Gizi

Capaian kinerja Upaya Pelayanan Gizi pada tahun 2022 sebesar 98%. Capaian tertinggi dimiliki oleh variabel Pemantauan Status Gizi yaitu sebesar 100%, sedangkan capaian terendah dimiliki oleh variabel Pelayanan Gizi sebesar 97,69%.

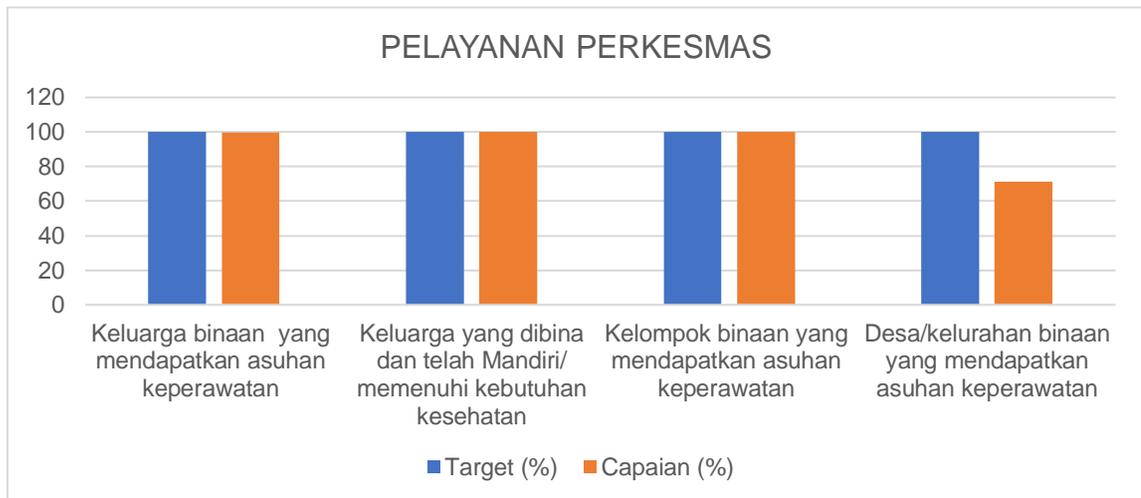
**5.2.5 UPAYA PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT**



Gambar 5.4. Capaian Kinerja P2P Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Terdapat 12 variabel dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Malaria dan Pencegahan dan Penanggulangan Rabies tidak masuk dalam penghitungan kinerja tahun 2022 karena tidak terdapat kasus Malaria dan Rabies di wilayah kerja Puskesmas Candirejo. Sehingga kinerja Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit ditentukan dari 10 variabel lainnya yang mana semuanya telah mencapai nilai kinerja yang Baik.

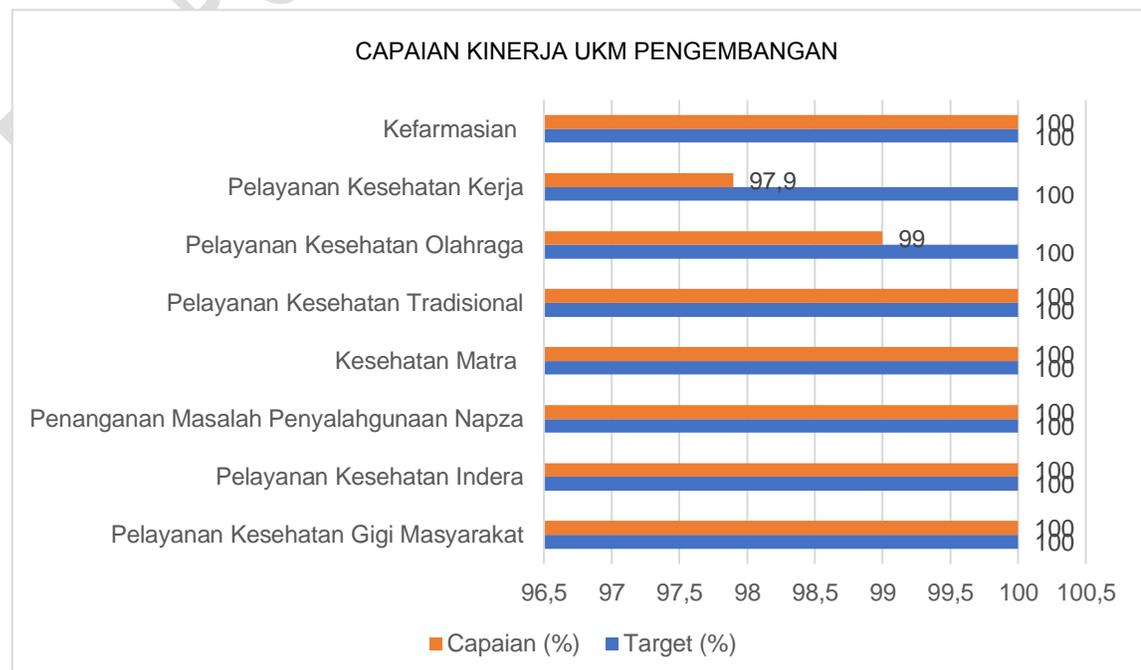
### 5.2.6 PELAYANAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT



Gambar 5.5. Capaian Kinerja Perkesmas Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Capaian Program Pelayanan Perkesmas yaitu 92,8% dan termasuk kategori Baik. Dua dari empat variabel belum mencapai target 100%, yaitu Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan (capaian: 99,9%) dan Desa/Kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan (capaian: 71,4%).

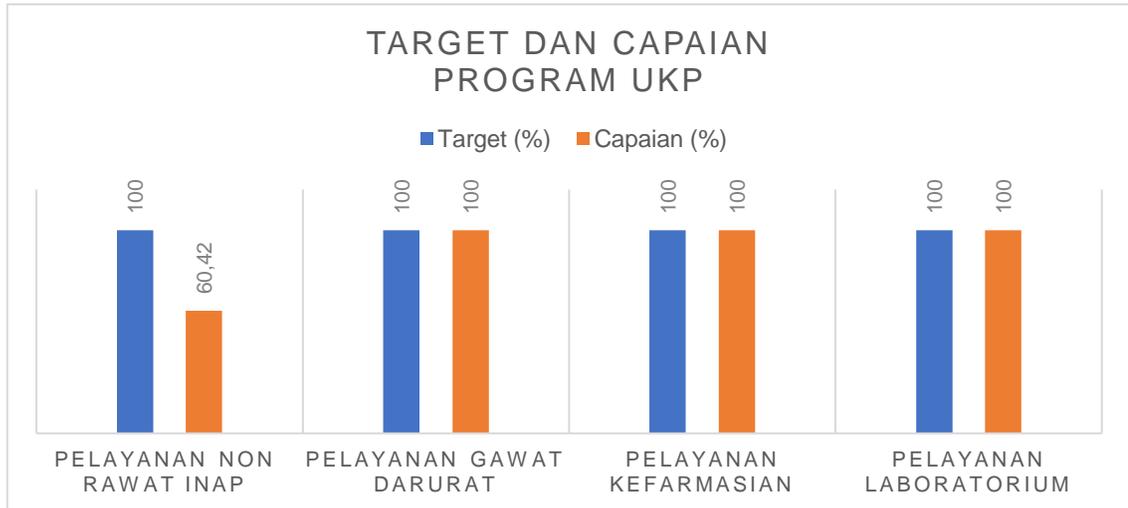
### 5.3 PENILAIAN KINERJA UKM PENGEMBANGAN



Gambar 5.6. Capaian Kinerja UKM Pengembangan Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Capaian Kinerja UKM Pengembangan pada Tahun 2022 sebesar 99,6%. Enam dari delapan indikator yang ada di dalamnya telah mencapai 100%, sedangkan dua indikator lainnya memiliki capaian lebih dari 95%.

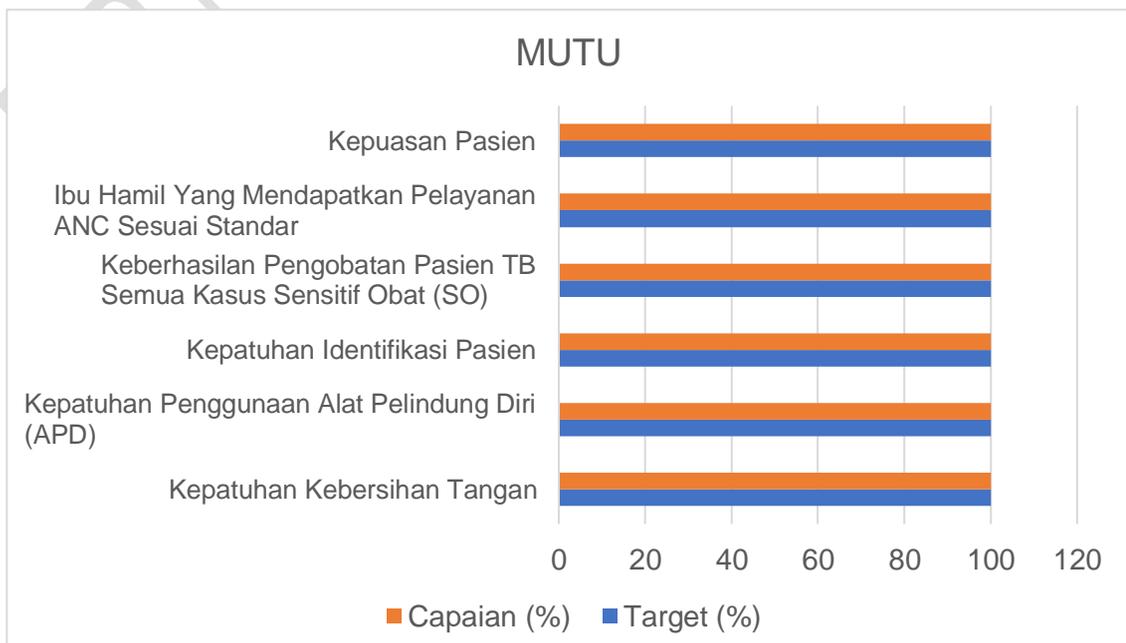
#### 5.4 PENILAIAN KINERJA UKP



Gambar 5.7. Capaian Kinerja Upaya Kesehatan Perseorangan Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Berdasarkan Gambar 6.6. diketahui 1 dari 4 indikator Program UKP di Puskesmas Candirejo belum mencapai target, yaitu Pelayanan Non Rawat Inap. Target terendah dicapai oleh Pelayanan Non Rawat Inap dengan capaian sebesar 60,42%. Capaian yang rendah tersebut disebabkan oleh tidak tercapainya target Angka Kontak Komunikasi, Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT), dan Rasio gigi tetap yang ditambal terhadap gigi tetap yang dicabut. Rata-rata capaian kinerja UKP Puskesmas Candirejo tahun 2022 sebesar 90,11%.

#### 5.5 PENILAIAN KINERJA MUTU



Gambar 5.8. Capaian Kinerja Mutu Puskesmas Candirejo Tahun 2022

Berdasarkan Gambar 6.7. diketahui bahwa seluruh variabel Mutu Puskesmas Candirejo Tahun 2022 telah mencapai 100%.

PKP PUSKESMAS CANDIREJO

## BAB VI

### PENUTUP

Pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2022 telah dilaksanakan dengan hasil Penilaian Kinerja Berdasarkan Program Pelayanan Puskesmas masuk dalam kategori BAIK (Total Penilaian Kinerja Puskesmas 97,46%). Rincian pencapaian kinerja tahun 2022 Puskesmas Candirejo, terdiri pencapaian Administrasi dan Manajemen 99,6%, UKM Esensial 97,96%, UKM Pengembangan 99,62%, UKP 90,11%, Mutu 100%. Pencapaian Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2022 mengalami penurunan sebesar 0,27% dari tahun 2021 dan peningkatan sebesar 1,76% dari tahun 2020.

Untuk indikator program yang telah mencapai target pada tahun 2022 ini, di tahun-tahun mendatang diharapkan dapat dipertahankan capaiannya sesuai dengan target yang telah ditentukan. Untuk program yang belum mencapai target akan menjadi program prioritas dalam penyusunan rencana usulan kegiatan tahun 2023 sesuai dengan kesepakatan para pemegang program yang ada di Puskesmas.

Semoga dengan dilaksanakan Penilaian Kinerja Puskesmas tahun 2022 dapat dijadikan bahan evaluasi dan dasar perencanaan di tahun 2023 sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan yang ada di Puskesmas.

# LAMPIRAN

PKP PUSKESMAS CANDIREJO

LAMPIRAN I : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN MAGETAN  
 NOMOR : 44 TAHUN 2022  
 TANGGAL : 2 MARET 2022

I.a. DEFINISI OPERASIONAL KINERJA ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN PUSKESMAS

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>1.1. Manajemen Umum</b>						
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
2	RUK Tahun (N+1)	RUK (Rencana Usulan Kegiatan) Puskesmas untuk tahun yang akan datang ( 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, berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja , ada pengesahan kepala Puskesmas
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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
4	Lokakarya Mini bulanan (lokmin bulanan)	Rapat Lintas Program (LP) membahas review kegiatan, permasalahan LP, rencana tindak lanjut ( <i>corrective action</i> ), beserta tindak lanjutnya secara 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 action</i> , daftar hadir, notulen hasil lokmin, undangan rapat lokmin tiap bulan lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin bulan sebelumnya
5	Lokakarya Mini tribulanan (lokmin tribulanan)	Rapat lintas program dan Lintas Sektor (LS) membahas review kegiatan, permasalahan LP, <i>corrective action</i> , 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 <i>corrective action</i> , daftar hadir, notulen hasil lokmin, undangan rapat lokmin lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin yang melibatkan peran serta LS
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, dilakukan entri data aplikasi 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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
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.
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 tindak lanjut pemberdayaan
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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
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
11	Pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas	proses identifikasi, evaluasi, pengendalian dan meminimalkan risiko di Puskesmas	Tidak melakukan proses manajemen risiko dan tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, tidak ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko tidak lengkap	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko lengkap
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 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
13	Survei Kepuasan Masyarakat	Survei Kepuasan adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui kepuasan masyarakat 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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
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
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
16	Penyajian/ <i>updating</i> data dan informasi	Penyajian/ <i>updating</i> 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
<b>1.2. Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana</b>						
1	Kelengkapan dan <i>Updating</i> data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK)	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan >50% berdasarkan data ASPAK yang telah diupdate secara berkala ( minimal 2 kali dalam setahun, tgl 30 Juni dan 31 Desember tahun berjalan ) dan telah divalidasi Dinkes Kab/Kota.	Nilai data kumulatif SPA < 60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % dan data ASPAK belum diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA <60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan > 50% berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
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
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.
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.
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.
<b>1.3. Manajemen Keuangan</b>						
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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
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
<b>1.4.Manajemen Sumber Daya Manusia</b>						
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 $\leq 4$ jenis nakes dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil $\leq 7$ jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil $\leq 9$ jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) sesuai kebutuhan
2	SK, uraian tugas pokok (tanggung jawab dan wewenang ) serta uraian tugas integrasi	Surat Keputusan Penanggung Jawab dengan uraian tugas pokok dan tugas integrasi jabatan karyawan	Tidak ada SK tentang SO 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
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 evaluasi nya	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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>1.5. Manajemen Pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai)</b>						
1.	SOP Pelayanan Kefarmasian	SOP pengelolaan sediaan farmasi (perencanaan, permintaan/ pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pencatatan dan pelaporan, dll) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep , penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling, evaluasi penggunaan obat (EPO), Visite pemantauan terapi obat (PTO) khusus untuk Puskesmas rawat inap , pengelolan obat emergensi dll)	Tidak ada SOP	Ada SOP, tidak lengkap	Ada SOP, lengkap	Ada SOP, lengkap, ada dokumentasi pelaksanaan SOP. Dokumen pelaksanaan : (perencanaan (RKO), permintaan/ pengadaan (LPLPO/SP), penerimaan ( BAST), penyimpanan (kartu stok), distribusi(LPLPO unit /SBBK), pencatatan dan pelaporan( LPLPO, Ketersediaan 40 item obat dan 5 item vaksin, laporan narkotika psikotropika) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep (skrining resep), penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat ( lembar pemberian informasi obat), konseling( form konseling), evaluasi penggunaan obat (EPO)( POR dan ketersediaan obat thd fornas), Visite untuk dalam gedung dan Home Pharmacy Care untuk luar gedung (dokumen catatan penggunaan obat pasien/dokumen PTO) pemantauan terapi obat(PTO) ( dokumen PTO)khusus untuk Puskesmas rawat inap , pengelolan obat emergensi (ada emergency kit dan buku monitoring obat emergency)

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
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)
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 Verifikasi Resep, PIO, Konseling, EPO, PTO, Visite (khusus untuk puskesmas rawat inap) , MESO, laporan POR, kesesuaian obat dengan Fornas) secara lengkap, rutin dan tepat waktu,serta adanya Dokumen kegiatan UKM mulai dari perencanaan (Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan), Hasil pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan gema cermat	Tidak ada data/dokumen	Data tidak lengkap, tidak ada dokumen hasil pelaksanaan, Monitoring evaluasi, tidak tersip dengan baik, rencana tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, tersip dengan baik, tidak ada analisa, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Data ada, tersip dengan baik, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut dan evaluasi

**I.b. DEFINISI OPERASIONAL, CARA PERHITUNGAN DAN TARGET INDIKATOR KINERJA UKM ESENSIAL PUSKESMAS**

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.UKM Esensial</b>					
<b>2.1.1.Upaya Promosi Kesehatan</b>					
<b>2.1.1.1 Pengkajian PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)</b>					
1.	Rumah Tangga yang dikaji	Rumah Tangga (RT) yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan RT di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu. Pelaksanaan pengkajian pada masa pandemi : pada zona hijau sesuai protokol kesehatan, pada zona kuning, orange & merah dilakukan melalui group WA atau google form.	Jumlah Rumah Tangga yang dikaji PHBS dibagi jumlah sasaran Rumah Tangga dikali 100%	20%	Laporan Tahunan
2.	Institusi Pendidikan yang dikaji	Institusi Pendidikan (SD/ MI , SLTP / MTs, SLTA/ MA ) yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan Instistusi Pendidikan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah Institusi Pendidikan yang dikaji PHBS dibagi jumlah sasaran Institusi Pendidikan dikali 100%	50%	Laporan Tahunan
3.	Pondok Pesantren (Ponpes) yang dikaji	Pondok Pesantren yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan Pondok Pesantren di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu. Pelaksanaan pengkajian untuk zona hijau sesuai protokol kesehatan, untuk zona kuning, orange & merah dilakukan melalui WA grub.	Jumlah Pondok Pesantren yang dikaji PHBS dibagi jumlah Ponpes dikali 100%	70%	Laporan Tahunan
<b>2.1.1.2.Tatanan Sehat</b>					
1.	Rumah Tangga Sehat yang memenuhi 10 indikator PHBS	Rumah Tangga (minimal yang dikaji adalah 20% dari Total Rumah Tangga) yang memenuhi 10 indikator PHBS rumah tangga (persalinan ditolong oleh nakes, bayi diberi ASI eksklusif, menimbang bayi/balita, menggunakan air bersih, mencuci tangan pakai air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik dirumah, makan buah dan sayur tiap hari, aktivitas fisik tiap hari, tidak merokok di dalam rumah) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah Rumah Tangga yang memenuhi 10 indikator PHBS rumah tangga dibagi jumlah sasaran rumah tangga yang dikaji dikali 100%	63%	Laporan Tahunan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Institusi Pendidikan yang memenuhi 10-12 indikator PHBS (klasifikasi IV)	Institusi Pendidikan (minimal yang dikaji adalah 50% dari institusi pendidikan yang ada ) yang memenuhi 10-12 indikator PHBS Institusi Pendidikan (mencuci tangan dengan air yang mengalir & menggunakan sabun, menggunakan jamban bersih dan sehat, menggunakan masker dengan benar, menjaga jarak, melakukan desinfektan ruang belajar, melakukan cek suhu, membawa peralatan pribadi dan bekal makan sendiri, pengaturan sirkulasi udara, memberantas jentik, tidak merokok di sekolah, mengukur BB dan TB tiap 6 (enam) bulan sekali, membuang sampah pada tempatnya) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah Institusi Pendidikan yang memenuhi 10 -12 Indikator PHBS Institusi Pendidikan dibagi jumlah sasaran Institusi Pendidikan yang dikaji dikali 100%	73%	Laporan Tahunan
3.	Pondok Pesantren yang memenuhi 13-15 indikator PHBS Pondok Pesantren (Klasifikasi IV)	Pondok Pesantren (minimal yang dikaji adalah <b>70 %</b> dari Ponpes yang ada) yang memenuhi 13 - 15 indikator PHBS Pondok Pesantren (kebersihan perorangan, penggunaan air minum dan air bersih, kebersihan tempat wudhu, menggunakan kamar mandi dan jamban sehat, kebersihan asrama, kebersihan ruang belajar, kebersihan halaman, tempat penampungan air dan barang bekas bebas jentik, mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, pemanfaatan Poskestren dan sarana yankes, tidak merokok, mengetahui informasi kesehatan prioritas, menjadi peserta dana sehat, membuang sampah di tempat sampah, kebersihan dapur) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah Ponpes yang memenuhi 13 - 15 indikator PHBS Pondok Pesantren dibagi jumlah Pondok Pesantren yang dikaji dikali 100% Catatan: tidak dihitung sebagai pembagi bila tidak ada Ponpes	45%	Laporan Tahunan
<b>2.1.1.3. Intervensi/ Penyuluhan</b>					
1.	Kegiatan intervensi pada Kelompok Rumah Tangga	Kelompok RT di Posyandu Balita yang telah diintervensi minimal 4 kali per Posyandu terkait 10 indikator PHBS bisa dengan penyuluhan kelompok langsung atau memberikan informasi kesehatan melalui WA grup dan atau bentuk intervensi lain (dengan metode apapun) oleh petugas Puskemas di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kegiatan penyuluhan kelompok /bentuk intervensi lain terkait 10 indikator PHBS pada rumah tangga melalui Posyandu Balita yang ada di wilayah Puskesmas selama 1 tahun dibagi (4 kali jumlah posyandu Balita yang ada di wilayah kerja puskesmas) dikali 100 %	100%	Laporan Tribulanan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Kegiatan intervensi pada Institusi Pendidikan	Institusi Pendidikan (SD / MI ; SLTP / MTs, SLTA/MA ) yang telah diintervensi minimal 2 kali per institusi pendidikan baik dengan penyuluhan dan atau bentuk intervensi lainnya (dengan metode apapun) oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kegiatan penyuluhan/bentuk intervensi lain pada institusi pendidikan yang dikaji PHBS selama 1 tahun dibagi (2 kali jumlah institusi pendidikan yang dikaji PHBS) dikali 100 %	100%	Laporan Semesteran
3.	Kegiatan intervensi pada Pondok Pesantren	Pondok Pesantren yang telah diintervensi minimal 2 kali tiap ponpes baik dengan penyuluhan kelompok langsung atau memberikan informasi kesehatan melalui WA grub dan atau bentuk intervensi lainnya ( dengan metode apapun ) oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kegiatan penyuluhan/bentuk intervensi lain pada pondok pesantren yang dikaji PHBS selama 1 tahun dibagi (2 kali jumlah pondok pesantren yang dikaji PHBS) dikali 100 %	100%	Laporan Semesteran
<b>2.1.1.4. Pengembangan UKBM</b>					
1.	Posyandu Balita PURI (Purnama Mandiri)	Posyandu Balita yang berstrata Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah Posyandu Balita Purnama dan Mandiri dibagi jumlah Posyandu Balita dikali 100%	76%	Laporan Tahunan
2.	Poskesdes/ Poskeskel Aktif	Poskesdes/Poskeskel yang berstrata Madya, Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah Poskesdes/Poskeskel yang berstrata Madya, Purnama dan Mandiri dibagi jumlah Poskesdes/Poskeskel yang ada dikali 100%	77%	Laporan Tahunan
<b>2.1.1.5 Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif</b>					
1.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif	Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri dibagi jumlah total desa dikali 100%	98%	Laporan Tahunan
2.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif PURI (Purnama Mandiri )	Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga Aktif Purnama dan Mandiri dibagi jumlah total Desa Siaga dikali 100%	18%	Laporan Tahunan
3.	Pembinaan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	Pembinaan Desa/Kelurahan Siaga oleh petugas Puskesmas minimal 2 (dua) kali dalam satu tahun di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga yang dibina 2 kali per tahun dibagi jumlah total desa/Kelurahan Siaga dikali 100 %	100%	Laporan Semesteran
<b>2.1.1.6. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b>					
1.	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	Puskesmas dan jaringannya (Puskesmas, Pustu, Ponkesdes) memberikan promosi kesehatan program prioritas (Penurunan AKI & AKB, Stunting, Covid, HIV/AIDS, TB, Kusta, Napza, Diabetes Melitus, Hipertensi, Gangguan Jiwa , Imunisasi, Germas dan Posyandu ) kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya minimal 12 (dua belas) kali dalam satu tahun	Jumlah Puskesmas dan jaringannya melakukan promosi kesehatan program prioritas sebanyak 12 (dua belas) kali dalam kurun waktu satu tahun kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya dibagi jumlah Puskesmas dan jaringannya di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100 %	100%	Laporan Bulanan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2	Pengukuran dan Pembinaan Tingkat Perkembangan UKBM	Pengukuran dan pembinaan tingkat perkembangan UKBM adalah penentuan strata UKBM yang terdiri dari strata Pratama, Madya, Purnama & Mandiri serta pembinaan tingkat perkembangannya agar meningkat stratanya. UKBM yang diukur dan dibina tingkat perkembangannya adalah Posyandu Balita, Poskesdes, Pos Kesehatan Pesantren, Saka Bhakti Husada, yang ada di wilayah kerja Puskesmas, oleh petugas Puskesmas selama 1 (satu) tahun . Skor strata berdasarkan Buku Pedoman Pengukuran Tingkat Perkembangan UKBM yaitu Posyandu Balita ( Pratama : <60; Madya : 64-74; Purnama :75-94; Mandiri : 95 -100 ); Poskesdes dan Poskestren (Pratama : <50; Madya : 50 - 69;Purnama:70-89;Mandiri : 90 - 100); SBH ( Pratama : < 30; Madya : 30 - 49: Purnama: 50 - 69; Mandiri : 70 -100). Penentuan cakupan dilihat berdasarkan jenis UKBM yang ada di wilayah kerja Puskesmas.	Jenis UKBM yang diukur dan dibina tingkat perkembangannya dibagi jenis UKBM yang ada di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun dikali 100 %	100%	Profil Promkes
<b>2.1.2. Upaya Kesehatan Lingkungan</b>					
<b>2.1.2.1.Penyehatan Air</b>					
1.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air Bersih (SAB) / Sarana Air Minum (SAM)	Monitoring/ Inspeksi Kesehatan Lingkungan /IKL terhadap Sarana Air Bersih (SAB) / Sarana Air Minum (SAM),yaitu yang meliputi : - jaringan perpipaan, (PDAM, HIPPAM / BPSPAM), - Bukan Jaringan Perpipaan Komunal (sumur pompa tangan, sumur bor dengan pompa, sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa), - Depot Air Minum (DAM), - Perlindungan Mata Air (PMA), - Penampungan Air Hujan (PAH) yang disebut sebagai sistim penyediaan air bersih/Minum (SPAM) di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu tertentu.	Jumlah SAB / SAM yang di IKL dibagi jumlah SAB / SAM yang ada dikali 100 %	45%	Laporan Bulanan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat kesehatan	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) dimana hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) secara teknis sudah memenuhi syarat kesehatan (kategori resiko rendah dan sedang), sehingga aman untuk dipakai kebutuhan sehari-hari (termasuk untuk kebutuhan makan dan minum) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah SAB/SAM yang di IKL dan memenuhi syarat kesehatan dibagi jumlah SAB/SAM yang di IKL dikali 100 %	89%	Laporan Bulanan
3.	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang diperiksa kualitas airnya	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang beresiko rendah dan sedang di uji kualitas airnya di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu tertentu	Jumlah SAB/SAM yang di uji kualitas airnya dibagi jumlah SAB/SAM resiko rendah dan sedang dikali 100%	68%	Laporan Bulanan
<b>2.1.2.2.Penyehatan Makanan dan Minuman</b>					
1.	Pembinaan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)	Monitoring/ Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) 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 dibagi jumlah TPM yang ada dikali 100 %	67%	Laporan Tribulan
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 dibagi jumlah TPM yang dibina dikali 100 %	50%	Laporan Tribulan
<b>2.1.2.3.Pembinaan Tempat-Tempat Umum ( TTU )</b>					
1.	Pembinaan sarana TTU Prioritas	Inspeksi kesehatan lingkungan 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 dibagi jumlah TTU Prioritas yang ada dikali 100 %	88%	Laporan Tribulan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
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 %	45%	Laporan Tribulan
<b>2.1.2.4. Yankesling (Klinik Sanitasi)</b>					
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, Diare, Kecacingan, Kulit, keracunan makanan dan peptisida di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu .	Jumlah pasien PBL yang dikonseling dibagi dengan jumlah Pasien PBL di wilayah Puskesmas dikali 100 %	10%	Laporan Bulanan Puskesmas (LB1), laporan/jumlah pasien jumlah
2.	Inspeksi Sanitasi PBL	Inspeksi Sanitasi/Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap sarana pasien PBL yang telah dikonseling	Jumlah IS sarana pasien PBL yang dikonseling dibagi dengan jumlah pasien yang dikonseling dikali 100%	20%	Laporan Bulanan Puskesmas
3.	Intervensi terhadap pasien PBL yang di IS	Pasien PBL menindaklanjuti hasil inspeksi	Jumlah pasien PBL yang menindaklanjuti hasil inspeksi dibagi jumlah pasien PBL yang di IS dikali 100%	40%	Laporan Bulanan Puskesmas
<b>2.1.2.5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat ( STBM ) = Pemberdayaan Masyarakat</b>					
1.	Kepala Keluarga (KK) yang Akses terhadap jamban sehat	KK yang 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 akses jamban sehat dibagi jumlah Rumah tangga yang ada dikali 100 %	93%	Laporan Bulanan STBM
2.	Desa/kelurahan yang Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	Desa/Kelurahan yang masyarakatnya sudah tidak ada yang berperilaku buang air besar di sembarangan tempat tetapi sudah buang air besar di tempat yang terpusat/jamban sehat pada kurun waktu tertentu.	Jumlah Desa/Kelurahan yang sudah Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dibagi jumlah desa/kelurahan yang ada dikali 100 %	82%	Laporan Bulanan STBM

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Desa/ Kelurahan ber STBM 5 Pilar	Desa/Kelurahan yang masyarakatnya 100% sudah berperilaku STBM 5 Pilar, yang meliputi : 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 dibuktikan dengan Berita Acara Verifikasi	Jumlah Desa/ Kelurahan STBM 5 Pilar dibagi jumlah Desa/ Kelurahan yang ada dikali 100 %	10%	Laporan Bulanan STBM.
<b>2.1.3 Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu , Anak, Lansia dan Keluarga Berencana</b>					
<b>2.1.3.1.Kesehatan Ibu</b>					
1.	Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1)	Adalah Kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar	Jumlah Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar (K1) dibagi sasaran ibu hamil dikali 100%	100%	Laporan PWS KIA
2	Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (Pf) -SPM	Adalah Ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan dibagi jumlah sasaran ibu bersalin dikali 100%	100%	Laporan PWS-KIA
3	Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF)	Adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan, dengan distribusi waktu; 1 kali pada 6 - 48 jam, 1 kali pada 3 - 7 hari, 1 kali pada 8 - 28 hari dan 1 kali pada 29 - 42 hari	Jumlah ibu nifas yang memperoleh 4 kali pelayanan nifas sesuai standar dibagi sasaran ibu bersalin dikali 100%	92%	Laporan PWS-KIA
4	Penanganan komplikasi kebidanan (PK)	Adalah penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi abortus, antara lain: perdarahan, Pre eklamsi/ eklamsi, persalinan macet, infeksi, abortus, malaria, HIV/AIDS, Sifilis, Hepatitis, TB, hipertensi, diabetes melitus, anemia gizi besi dan Kurang Energi Kronis (KEK)	Jumlah ibu hamil,bersalin dan nifas dengan komplikasi kebidanan yang mendapatkan penanganan definitif (sampai selesai) dibagi 20% sasaran ibu hamil dikali 100%	80%	Laporan PWS-KIA
5	Ibu hamil yang diperiksa HIV	Adalah Ibu hamil diperiksa <i>Human Imuno Deficiency Virus</i> (HIV)	Jumlah ibu hamil yang diperiksa HIV dibagi ibu hamil K1 dikali 100 %	95%	LAPORAN LB3KIA

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.3.2. Kesehatan Bayi</b>					
1.	Pelayanan Kesehatan Neonatus pertama (KN1)	Neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 (enam) sd 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir. Pelayanan yang diberikan meliputi: Inisiasi Menyusu Dini (IMD), salep mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1, imunisasi Hepatitis B (HB0) dan pemeriksaan menggunakan Form Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)	Jumlah neonatus yang mendapat pelayanan sesuai standar pada 6-48 jam setelah lahir di bagi sasaran lahir hidup dikali 100%	100%	Laporan PWS-KIA
2.	Pelayanan Kesehatan Neonatus 0-28 hari (KN lengkap) <b>-SPM</b>	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	Jumlah neonatus umur 0-28 hari yang memperoleh minimal 3 kali pelayanan sesuai standar dibagi sasaran lahir hidup dikali 100%	100%	Laporan PWS KIA
3.	Penanganan komplikasi neonatus	Neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan tertentu. Neonatal dengan komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan/kematian, 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 dibagi 15% sasaran lahir hidup kali 100%	80%	Laporan PWS-KIA
4.	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 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 dibagi sasaran bayi dikali 100%	92%	PWS-KIA

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.3.3. Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah</b>					
1	Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan)	<p>Pelayanan kesehatan balita berusia 0-59 bulan sesuai standar meliputi pelayanan kesehatan balita sehat dan balita sakit</p> <p>1. Pelayanan kesehatan balita usia 0-11 bulan sehat meliputi:</p> <p>a). Penimbangan minimal 8 kali setahun</p> <p>b). pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun.</p> <p>c). Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun.</p> <p>d). Pemberian kapsul vitamin A pada usia 6-11 bulan 1 kali setahun.</p> <p>e) Pemberian imunisasi dasar lengkap.</p> <p>Pelayanan kesehatan Balita usia 12-23 bulan:</p> <p>(1) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan).</p> <p>(2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun (3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun (4).Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun.</p> <p>(5) Pemberian Imunisasi Lanjutan.</p> <p>Pelayanan kesehatan Balita usia 24-59 bulan:</p> <p>(1) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan).</p> <p>(2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun.</p> <p>(3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/ tahun.</p> <p>(4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun.</p> <p>d) Pemantauan perkembangan balita.</p> <p>e) Pemberian kapsul vitamin A.</p> <p>f) Pemberian imunisasi dasar lengkap.</p> <p>g) Pemberian imunisasi lanjutan.</p> <p>h) Pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan.</p> <p>i) Edukasi dan informasi.</p> <p>3) Pelayanan kesehatan balita sakit adalah pelayanan balita menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS)</p>	Jumlah Balita usia 12-23 bulan yang mendapat Pelayanan Kesehatan sesuai Standar 1 + Jumlah Balita usia 24-35 bulan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 2 + Balita usia 36-59 bulan mendapatkan pelayanan sesuai standar 3 sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi Jumlah balita usia 12 –59 bulan pada kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	100%	Laporan PWS-KIA
2	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 dibagi sasaran anak prasekolah dikali 100%	84%	Laporan PWS-KIA

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.3.4. Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja</b>					
1.	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang mendapatkan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan (contoh: data PKP 2020 menggunakan data Juli 2019 sd Juni 2020)	Jumlah sekolah setingkat SD/ MI/ SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah seluruh sekolah setingkat SD/MI/ SDLB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama dikali 100%	100%	Laporan Penjarangan Kesehatan
2.	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang mendapatkan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan	Jumlah sekolah setingkat SMP/ MTs/ SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah seluruh sekolah setingkat SD/MI/ SDLB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama dikali 100%	100%	Laporan Penjarangan Kesehatan
3.	Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang mendapatkan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan	Jumlah sekolah setingkat SMA/ MA/SMK/SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah seluruh sekolah setingkat SMA/MA/SMK/ SMALB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama dikali 100%	100%	Laporan skrining/penjarangan kesehatan
4.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 dan diluar satuan pendidikan dasar	Murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan. Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi : skrining kesehatan (penilaian status gizi, penilaian tanda vital, penilaiankesehatan gigi dan mulut dan penilaian ketajaman indera) dan tindak lanjut hasil skrining kesehatan <b>(Standar Pelayanan Minimal ke 5)</b>	Jumlah murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah semua murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama dikali 100%	100%	Laporan skrining/penjarangan kesehatan (dalam dan luar sekolah)

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.	Pelayanan kesehatan remaja	Remaja usia 10 – 18 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan remaja berupa skrining kesehatan sesuai standar, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) , konseling dan pelayanan medis di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun . Skrining kesehatan sesuai standar meliputi : a. pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut, b. pengukuran tekanan darah, c. anamnesis perilaku berisiko.	Jumlah remaja usia 10 - 18 tahun-yang mendapat pelayanan kesehatan remaja berupa skrining kesehatan sesuai standar, KIE, konseling dan pelayanan medis di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah semua remaja usia 10 - 18 tahun di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu tahun yang sama dikali 100%	100%	Laporan pelayanan kesehatan remaja, Laporan skrining/penjaringan kesehatan.
<b>2.1.3.5 Pelayanan Kesehatan Lansia</b>					
1.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut (usia ≥ 60 tahun ) <b>(Standar Pelayanan Minimal ke 7)</b>	Setiap warga negara usia 60 tahun atau lebih yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali pada kurun waktu satu tahun. Skrining meliputi : 1. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut 2. Pengukuran tekanan darah 3. Pemeriksaan gula darah dan kolesterol. 4. Pemeriksaan gangguan mental 5. Pemeriksaan gangguan kognitif 6. Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut 7. Anamnesa perilaku berisiko. Tindaklanjut hasil skrining kesehatan meliputi: a) Melakukan rujukan jika diperlukan b) Memberikan penyuluhan kesehatan	Jumlah warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 (satu) kali di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun di bagi jumlah semua warga negara berusia 60 tahun atau lebih di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama di kali 100 %.	100%	Laporan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut
2.	Pelayanan Kesehatan pada Pra usia lanjut (45 - 59 tahun)	Setiap warga negara usia 45 tahun sampai 59 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi : 1. Edukasi kesehatan 2. Skrining faktor resiko yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun.	Jumlah warga negara usia 45 tahun sampai 59 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun di bagi Jumlah semua warga negara usia 45 tahun sampai 59 tahun di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun yang sama di kali 100 %.	100%	Laporan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut dan Pra Usia lanjut

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.3.6. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)</b>					
1.	KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate/ CPR)	Peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alokon terus menerus hingga saat ini untuk menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan.	Jumlah Peserta KB aktif dibagi jumlah PUS dikali 100% $< 65 \% = \text{sesuaia capaian}$ $65 \% - 70 \% = 100 \%$ $71 \% - 75 \% = 90 \%$ $76 \% - 80 \% = 80 \%$ $81 \% - 85 \% = 70 \%$ $86 \% - 90 \% = 60 \%$ $90 \% - 100 \% = 50 \%$	70%	LB3 USUB
2.	Peserta KB baru	Pasangan Usia Subur (PUS) yang baru pertama kali menggunakan metode kontrasepsi termasuk mereka yang pasca keguguran, sesudah melahirkan, atau pasca istirahat minimal 3 (tiga) bulan pada kurun waktu tertentu .	Jumlah peserta KB baru dibagi jumlah PUS dikali 100%	10%	LB3 USUB
3.	Akseptor KB Drop Out	Peserta yang tidak melanjutkan penggunaan kontrasepsi (drop out) dalam 1 (satu) tahun kalender diwilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu .Kasus drop out tidak termasuk mereka yang ganti cara.	Jumlah peserta KB aktif yang drop out dibagi jumlah KB aktif dikali 100% Jumlah peserta KB yang drop out dibagi jumlah peserta KB aktif dikali 100 %. Catatan untuk kinerja Puskesmas : $< 10\% = 100\%$ ; $10 - 12,5\% = 75\%$ ; $>12,5-15\% =50\%$ ; $>15 -17,5\% =25\%$ $>17,5\% = 0\%$	< 10 %	LB3 USUB
4.	Peserta KB mengalami komplikasi	Peserta KB baru atau lama yang mengalami gangguan kesehatan dan mengarah pada keadaan patologis sebagai akibat dari proses tindakan/ pemberian/ pemasangan alat kontrasepsi yang digunakan seperti perdarahan, infeksi/ abses, flour albus patologis, perforasi, translokasi, hematoma, tekanan darah meningkat, perubahan Hemoglobin, edikalipusi. Komplikasi yang terjadi dalam periode 1 (satu) tahun kalender dihitung 1 (satu) kali serta dihitung per metode (IUD, implant, suntik, pil, MOP dan MOW) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah peserta KB yang mengalami komplikasi dibagi jumlah KB aktif dikali 100% .  <b>Catatan untuk kinerja Puskesmas:</b> $< 3,5\% = 100\%$ ; $3,5 - 4,5\% = 75\%$ ; $> 4,5-7,5\% = 50\%$ ; $> 7,5 -10\% = 25\%$ $> 10\% = 0\%$	< 3 ,5 %	LB3 USUB

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.	PUS dengan 4 T ber KB	PUS dimana istrinya memiliki salah satu kriteria "4T" yaitu : 1) berusia kurang dari 20 tahun; 2) berusia lebih 35 tahun; 3) telah memiliki anak hidup lebih dari 3 orang; atau 4) jarak kelahiran antara satu anak dengan lainnya kurang dari 2 tahun.	Jumlah PUS 4T ber KB dibagi jumlah PUS dengan 4T dikali 100 %	80%	LB3 USUB,
7.	KB pasca persalinan	Ibu yang mulai menggunakan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan (sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan).	jumlah ibu paska persalinan ber KB dibagi Jumlah sasaran ibu bersalin x 100%	60%	LB3 USUB
8.	CPW dilayanan kespro catin	calon pengantin perempuan yang telah mendapat pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin di Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah calon pengantin perempuan yang telah mendapat pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin, dibagi jumlah calon pengantin perempuan yang terdaftar di KUA/lembaga agama lain di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100%	62%	Laporan Bulanan Catin
<b>2.1.4.Upaya Pelayanan Gizi</b>					
<b>2.1.4.1.Pelayanan Gizi Masyarakat</b>					
1.	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita (6-59 bulan )	Bayi umur 6 - 11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna biru dengan kandungan vitamin A sebesar 100.000 Satuan Internasional (SI) dan anak umur 12 sampai 59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna merah dengan kandungan vitamin A sebesar 200.000 SI .	Jumlah balita 6 - 59 bulan yang mendapat kapsul Vit. A di bagi Jumlah balita 6 - 59 bulan di kali 100 %.	88%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)/51
2	Pemberian 90 tablet Besi pada ibu hamil	Ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah minimal 90 tablet selama masa kehamilan .	jumlah ibu hamil yang mendapat minimal 90 Tablet Tambah darah di bagi Jumlah ibu hamil yang ada di kali 100 %.	82%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)/77
3	Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri	Remaja perempuan berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat mendapat Tablet tambah darah (TTD) seminggu sekali yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat .	Jumlah remaja putri mendapat TTD di bagi Jumlah seluruh remaja puteri 12-18 tahun di sekolah di kali 100 %.	54%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)/44

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.4.2. Penanggulangan Gangguan Gizi</b>					
1.	Pemberian makanan tambahan bagi balita gizi kurang	Balita usia 6 bulan sampai dengan 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score -3 SD sampai kurang dari -2 SD yang mendapat tambahan asupan gizi selain makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan .	Jumlah balita gizi kurang mendapat makanan tambahan di bagi jumlah seluruh balita gizi kurang di kali 100 % .	85%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
2	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK )	Ibu hamil dengan risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) yang di tandai dengan ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm. Yang mendapat makanan tambahan asupan zat gizi di luar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan .	Jumlah ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan di bagi Jumlah sasaran ibu hamil KEK yang ada di kali 100 % .	80%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
3	Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar tatalaksana gizi buruk	Anak usia 0 - 59 bulan yang memiliki tanda klinis gizi buruk dan atau indeks Berat Badan menurut panjang Badan (BB/Pb) atau Berat badan menurut Tinggi badan (BB/TB) dengan nilai Z-score kurang dari -3 SD atau LILA <11,5 cm pada balita usia 6 - 59 bulan yang di hrawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai dengan tata laksana gizi buruk .	Jumlah gizi buruk pada bayi 0-5 bulan + balita 6 - 59 bulan yang mendapat perawatan di bagi Jumlah seluruh gizi buruk pada balita 0-59 bulan di kali 100 % .	86%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
4	Pemberian Proses Asuhan Gizi di Puskesmas (sesuai buku pedoman asuhan gizi tahun 2018 warna kuning )	proses asuhan gizi pada (bayi,balita,remaja,bumil,busui, lansia ) yang mempunyai masalah gizi seperti : pemantauan pertumbuhan,status gizi dan PTM serta PMBA	jumlah kasus yang di tangani ( 12 kasus ) di bagi jumlah dokumen yang di buat ( 12 dokumen )	12 dokumen ( 100 % )	Dokumen PAG
<b>2.1.4.3. Pemantauan Status Gizi</b>					
1.	Balita yang di timbang berat badanya ( D/S)	Anak yang berusia 0 bulan sampai 59 bulan yang di timbang berat badanya (D/S)	Jumlah balita di timbang (D) di bagi Jumlah Balita yang ada (S) di kali 100 %	75%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
2.	Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D)	Anak yang berusia 0 bulan sampai 59 bulan yang memiliki grafik berat badan mengikuti garis pertumbuhan atau kenaikan berat badan pada bulan ini dibandingkan bulan sebelumnya sesuai standar.	Jumlah balita naik berat badannya (N) di bagi Jumlah seluruh balita yang di timbang (D ) di kali 100 %	84%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Balita stunting ( pendek dan sangat pendek )	Anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) memiliki Z-score kurang dari -2SD	Jumlah balita pendek di bagi Jumlah balita yang diukur panjang /tinggi badan di kali 100 % .	18,40%	e-PPGBM
4	Bayi usia 6 (enam) bulan mendapat ASI Eksklusif	Bayi yang sampai usia 6 bulan yang hanya diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral sejak lahir.	Jumlah bayi usia 6 bulan mendapat ASI Eksklusif di bagi jumlah bayi usia 6 bulan di kali 100 %	50%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
5	Bayi yang baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusu Dini)	Inisiasi Menyusu Dini (IMD ) adalah Proses menyusui di mulai segera setelah lahir. IMD dilakukan dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya segera setelah lahir dan berlangsung minimal 1 (satu) jam .	Jumlah bayi baru lahir hidup yang mendapat IMD di bagi Jumlah seluruh bayi baru lahir hidup di kali 100 %	62%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
<b>2.1.5.Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</b>					
<b>2.1.5.1. Diare</b>					
1.	Pelayanan Diare Balita	Penemuan kasus diare balita di sarana kesehatan dan kader di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah balita Diare yang ditemukan dibagi target dikali 100% Target = (20% x 843/1000) x jumlah balita (sesuai BPS) di wilayah kerja Puskesmas	100%	Laporan Register PISP (diare)
2.	Proporsi penggunaan oralit pada balita	Penderita diare balita yang berobat mendapat oralit di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita diare balita yang diberi oralit di fasilitas pelayanan kesehatan dibagi total penderita diare balita di faskes pelayanan kesehatan dikali 100 %	100%	Register Diare
3.	Proporsi penggunaan Zinc	Penderita diare balita yang berobat mendapat tablet Zinc difasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita diare balita yang diberi tablet Zinc di fasilitas pelayanan kesehatan dibagi total penderita diare balita di faskes pelayanan kesehatan dikali 100 %	100%	Register Diare

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.	Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	LROA aktif bila melakukan minimal 2 ( dua) dari 6 kegiatan LRO, yaitu 1. Layanan konseling rehidrasi diare/promosi upaya rehidrasi oral dan pemberian Zinc 2. Tata laksana diare 3. Sosialisasi dan peningkatan kapasitas masyarakat tentang diare dan upaya pencegahan dan penanggulangannya 4. Pemberian pelayanan penderita diare dengan dehidrasi ringan sampai sedang 5. Observasi penderita diare dengan dehidrasi ringan sampai sedang paling sedikit 3 ( tiga) jam 6. Mengajarkan cara penyiapan oralit dan berapa banyak oralit yang harus diminum kepada orang tua/pengasuh/keluarganya	Layanan kegiatan LROA secara terus menerus dalam 3 bulan dengan periode pelaporan per tribulan. Dalam 1 tribulan, laporan bulanan harus ada dan lengkap. Kalau dalam 1 tribulan hanya ada laporan 1 bulan, maka dianggap tidak ada LROA. Kalau dalam 1 tahun hanya lapor tribulan 4 saja, dianggap kinerja mencapai 25%	100%	Register harian LROA dan Laporan bulanan LROA
<b>2.1.5.2. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas)</b>					
1	Penemuan penderita Pneumonia balita	Kasus Pneumonia balita yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah penderita Pnemonia balita yang ditangani dibagi target balita dikali 100%. Target balita = $4,45 \% \times (10\% \times \text{jumlah penduduk})$	70%	Register ISPA / Pneumonia
<b>2.1.5.3. Kusta</b>					
1.	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 (dua puluh lima) 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 kasus Kusta baru seluruhnya dikali 100%	lebih dari 80%	Register kohort PB dan MB
2.	RFT penderita Kusta	<i>Release From Treatment</i> (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 2 (dua) tahun sebelumnya yang menyelesaikan pengobatan dibagi jumlah penderita baru PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan MB 2 (dua) tahun sebelumnya yang seharusnya menyelesaikan pengobatan dikali 100%,	lebih dari 90%	Register kohort PB dan MB
3	Proporsi tenaga kesehatan Kusta tersosialisasi	Prosentase tenaga kesehatan yang ada telah tersosialisasi Program P2 Kusta dari seluruh tenaga kesehatan yang ada	Jumlah tenaga kesehatan telah mendapat sosialisasi kusta dibagi jumlah seluruh tenaga kesehatan dikali 100%	lebih dari 95%	Daftar hadir

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.	Kader Posyandu yang telah mendapat sosialisasi kusta	Kader Posyandu yang telah tersosialisasi Program P2 Kusta terutama untuk membantu penemuan suspek kusta di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kader Posyandu telah mendapat sosialisasi kusta dibagi jumlah seluruh kader Posyandu dikali 100%	lebih dari 95%	Daftar hadir
5.	SD/ MI telah dilakukan screening Kusta	SD/ MI yang telah dilakukan screening Kusta pada kurun waktu tertentu	Jumlah SD / MI telah dilakukan screening Kusta dibagi jumlah seluruh SD / MI dikali 100%	100%	Form Surveilans bercak pada anak SD
<b>2.1.5.4.TBC</b>					
1.	Kasus TBC yang ditemukan dan diobati	Jumlah kasus TBC yang ditemukan, diobati secara baku dan dilaporkan	jumlah kasus TBC yang ditemukan, diobati secara baku dan dilaporkan dibagi jumlah kasus TBC yang ditemukan dan diobati dikali 100%.	85%	TB 01, TB 03 & TB 07 SITB (TBC SO dan RO)
2.	Persentase Pelayanan orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar (Standar Pelayanan Minimal ke 11)	Pelayanan orang terduga TBC sesuai standar bagi orang terduga TBC meliputi : 1. Pemeriksaan klinis terduga TBC dilakukan minimal 1 kali setahun, adalah pemeriksaan gejala seseorang dengan batuk lebih dari 2 minggu disertai dengan gejala dan tanda lainnya 2. Pemeriksaan penunjang , adalah pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis 3. Edukasi perilaku beresiko dan pencegahan penularan 4. Melakukan rujukan jika diperlukan 5. Edukasi Etika Batuk	Jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar di fasyankes dalam kurun waktu satu tahun dibagi Jumlah target orang terduga TBC yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100% (Jumlah orang terduga TBC yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota masing-masing)	100%	TB 06
3.	Angka Keberhasilan pengobatan kasus TBC (Success Rate/SR)	Jumlah pasien TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap dari semua pasien TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan berdasarkan data kohort 1 tahun sebelumnya	Jumlah pasien TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap dibagi jumlah semua kasus TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan dikali 100%	≥ 90%	TB 01, TB 08 SITB (Th 2021)
<b>2.1.5.5.Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS</b>					
1.	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/AIDS	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah disuluh atau dijelaskan tentang penyakit HIV/AIDS di wilayah kerja Puskesmas selama bulan pada kurun waktu tertentu	Jumlah sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang mendapatkan penyuluhan HIV/AIDS dibagi jumlah seluruh sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	100%	Data dari laporan kegiatan penyuluhan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Orang yang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV <b>(Standar Pelayanan Minimal ke 12)</b>	Setiap orang yang beresiko terinfeksi HIV (ibu hamil, TB, pasien Infeksi Menular Sexual/IMS), waria, Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), pengguna napza mendapatkan pemeriksaan HIV oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya di Puskesmas dan jaringannya serta lapas/rutan narkotika	Jumlah orang yang beresiko terinfeksi HIV dibagi jumlah orang beresiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar di Puskesmas dan jaringannya dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100%	100%	Data dari SIHA (Sistim Informasi HIV AIDS)
<b>2.1.5.6. Demam Berdarah Dengue (DBD)</b>					
1.	Angka Bebas Jentik (ABJ)	Rumah yang bebas jentik di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah rumah bebas jentik dibagi jumlah rumah yang diperiksa jentiknya dikali 100 %	≥95%	Laporan PJB Puskesmas
2.	Penderita DBD ditangani	Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang ditemukan berdasarkan kriteria World Health Organization (WHO) dan ditangani sesuai standar Tatalaksana Pengobatan DBD di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus DBD yang ditangani sesuai standar Tatalaksana Pengobatan DBD dibagi dengan jumlah seluruh DBD yang dilaporkan di wilayah Puskesmas dikali 100% Catatan: tidak dihitung sebagai pembagi bila tidak ada kasus	100%	Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS)
3.	PE kasus DBD	Penyelidikan epidemiologi (PE) meliputi kegiatan pemeriksaan jentik, pencarian kasus DBD yang lain serta menentukan tindakan penanggulangan fokus selanjutnya. yang dilakukan terhadap setiap kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus DBD yang dilakukan PE dibagi jumlah seluruh kasus DBD di wilayah Puskesmas dikali 100%. Catatan: tidak dihitung sebagai pembagi bila tidak ada kasus DBD	100%	Laporan Form PE
<b>2.1.5.7. Malaria</b>					
1.	Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	Kasus klinis malaria yang diperiksa Sediaan Darah (SD) nya secara laboratorium di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus klinis Malaria yang diperiksa SD nya secara laboratorium dibagi jumlah suspect kasus Malaria dikali 100%	100%	Form Rujukan Pemeriksaan Laboratorium
2.	Penderita positif Malaria yang diobati sesuai pengobatan standar	Penderita malaria berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, yang dalam sediaan darahnya terdapat Plasmodium baik Plasmodium Falciparum, Vivax atau campuran yang mendapat pengobatan standart ((Artesunat Combination Therapi (ACT)/DHP dan primaquin) dengan dosis pengobatan sesuai jenis Plasmodium di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita Malaria yang mendapat pengobatan ACT sesuai jenis Plasmodium dibagi jumlah kasus Malaria dikali 100 %	100%	Laporan E Sismal <i>online</i>
3.	Penderita positif Malaria yang di follow up	Kasus malaria yang dilakukan follow up pengobatannya pada hari ke 3, 7, 14 dan 28 sampai hasil pemeriksaan laboratoriumnya negatif di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus malaria yang telah dilakukan follow up pengobatannya pada hari ke 3, 7, 14 dan 28 sampai hasil pemeriksaan laboratoriumnya negatif dibagi jumlah kasus malaria dikali 100 %	100%	Register penderita, register laboratorium

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.5.8. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies</b>					
1.	Cuci luka terhadap kasus gigitan HPR	Kasus gigitan HPR (Hewan Penular Rabies) yang dilakukan cuci luka di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus gigitan HPR yang dilakukan cuci luka dibagi jumlah kasus gigitan HPR dikali 100 %	100%	Laporan Bulanan
2.	Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi	Kasus gigitan HPR terindikasi yang mendapatkan vaksinasi di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus gigitan HPR terindikasi yang mendapatkan vaksinasi dibagi jumlah kasus gigitan HPR terindikasi dikali 100%	100%	Laporan Bulanan
<b>2.1.5.9. Pelayanan Imunisasi</b>					
1.	IDL (Imunisasi Dasar Lengkap)	Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) bila bayi berusia kurang dari 1 (satu) tahun telah mendapatkan 1 (satu) kali Hepatitis B, 1(satu) kali imunisasi BCG, 3 (tiga) kali imunisasi DPT-HB-Hib, 4 (empat) kali imunisasi Polio, dan 1 (satu) kali imunisasi MR/ <i>Measles Rubella</i> di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah bayi yang mendapat IDL dibagi <i>Surviving Infant/SI</i> dikali 100 %	93%	Kohort bayi
2.	UCI desa	Jumlah desa yang tercapai UCI (Universal Child Immunization) adalah suatu kelurahan telah tercapai minimal 80 % bayi yang ada di desa tersebut mendapatkan imunisasi dasar lengkap di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu tertentu.	Jumlah Desa UCI dibagi jumlah Desa di wilayah Puskesmas dikali 100 %	100%	Kohort bayi
3.	Imunisasi Lanjutan Baduta ( usia 18 sd 24 bulan)	Imunisasi Lanjutan Baduta : Imunisasi yang diberikan kepada bayi dibawah usia dua tahun dengan pemberian imunisasi DPT-HB-Hib dan MR pada usia 18 bulan sampai dengan $\leq$ 24 bulan	Jumlah baduta yang mendapat Imunisasi DPTHB-Hib dan MR dibagi jumlah baduta dikali 100%	95%	kohort balita
4.	Imunisasi DT pada anak kelas 1 SD	Hasil cakupan imunisasi DT ( Difteri Tetanus) pada anak SD/MI kelas 1 di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah murid SD/MI klas I yang mendapat DT dibagi jumlah murid SD/MI kelas I yang ada dikali 100 %	95%	Laporan imunisasi (BIAS)
5.	Imunisasi MR pada anak kelas 1 SD	Hasil cakupan imunisasi MR pada anak SD/MI kelas 1 di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah murid SD/MI klas I yang mendpt campak dibagi jumlah murid SD/MI kelas I yang ada dikali 100 %	95%	Laporan imunisasi (BIAS)
6.	Imunisasi Td pada anak SD kelas 2 dan 5	Hasil cakupan imunisasi Td(Tetanus Difteri) pada anak SD/MI kelas 2 dan 5 di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah murid SD/ MI kelas 2 dan 5 yang mendapat Td dibagi jumlah murid SD/MI kelas 2 dan 5 yang ada dikali 100 %	95%	Laporan imunisasi (BIAS)

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7.	Imunisasi TT 5 pada WUS (15-49 th)	Hasil cakupan penapisan dan imunisasi TT pada WUS (Wanita Usia Subur) umur 15-49 tahun dengan status TT5 (Imunisasi TT ke 5) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu (Keterangan : laporan T5 WUS pada tahun sebelumnya dimasukkan pada bulan Januari tahun berikutnya setelah dikurangi WUS usia > 50 tahun ditambah dengan hasil imunisasi T5 pada bulan berjalan )	Jumlah WUS yang status TT 5 dibagi Jumlah WUS tahun yang sama dikali 100 %	85%	Laporan imunisasi TT
8.	Imunisasi TT2 plus bumil (15-49 th)	Hasil cakupan imunisasi TT pada ibu hamil usia 15-49 tahun dengan status T2 ( Vaksin TT atau Td kedua) ditambah T3 ditambah T4 ditambah T5 di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah bumil yang status (T2 + T3 + T4 +T 5) dibagi jumlah bumil tahun yang sama dikali 100 %	85%	Kohort ibu dan laporan imunisasi TT
9.	Pemantauan suhu, VVM, serta Alarm Dingin pada lemari es penyimpanan vaksin	Pencatatan suhu, Kondisi <i>Vial Vaccine Monitor</i> (VVM) (A/B/C/D) serta Kondisi alarm dingin (V) dengan <i>freeze tag/ freeze alert/ fride tag</i> 2 di lemari es penyimpanan vaksin 2 (dua) kali sehari pagi dan siang pada buku grafik suhu di Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah bulan pemantauan (grafik) suhu lemari es pagi dan sore tiap hari (lengkap harinya, VVM dan alarm dingin) dibagi jumlah bulan dalam setahun (12) dikali 100 %	100%	Buku grafik suhu per lemari es
10	Ketersediaan buku catatan stok vaksin sesuai dengan jumlah vaksin program imunisasi serta pelarutnya	Ketersediaan buku catatan stok vaksin sesuai jumlah vaksin dan pelarut serta terisi lengkap sesuai penerimaan dan pengeluarannya ditunjukkan dengan pengisian buku stok vaksin di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah buku stok vaksin dan pelarut yg telah diisi lengkap dibagi 12 bulan dikali 100 %	100%	Buku stok vaksin
11.	Laporan KIPI Zero reporting / KIPI Non serius	Laporan <i>zero reporting</i> KIPI / KIPI ( Kejadian Ikutan Paska Imunisasi) non serius yang lengkap di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah laporan KIPI non serius dibagi jumlah laporan 12 bulan dikali 100 %	90%	Laporan KIPI
<b>2.1.5.10.Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)</b>					
1.	Laporan STP yang tepat waktu	Laporan STP (Surveilans Terpadu Penyakit) yang tepat waktu sampai dengan tanggal 5 ( lima) setiap bulan.	Jumlah laporan STP tepat waktu (Ketepatan waktu) dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥80%	Laporan STP
2.	Kelengkapan laporan STP	Laporan STP yang lengkap 12 ( dua belas) bulan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah laporan STP yang lengkap (kelengkapan laporan) dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥ 90%	Laporan STP
3.	Laporan C1 tepat waktu	Laporan C1 (Campak) yang tepat waktu sampai dengan tanggal 5 setiap bulan.	Jumlah laporan C1 tepat waktu dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥80%	Laporan C1

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.	Kelengkapan laporan C1	Laporan C1 yang lengkap di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah laporan C1 lengkap dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥ 90%	Laporan C1
5.	Laporan W2 (mingguan) yang tepat waktu	Laporan W2 (Wabah Mingguan) yang tepat waktu tiap minggu	Jumlah laporan W2 tepat waktu dibagi jumlah laporan W2 dikali 100 %	≥80%	Laporan W2
6.	Kelengkapan laporan W2 (mingguan)	Laporan W2 yang lengkap (52 minggu)di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah laporan W2 yang diterima dibagi jumlah laporan (52 minggu) dikali 100 %	≥ 90%	Laporan W2
7.	Grafik Trend Mingguan Penyakit Potensial Wabah	Grafik mingguan penyakit potensial wabah yang digunakan untuk mengamati pola kecenderungan mingguan penyakit potensial wabah di wilayah Puskesmas pada kurun waktu tertentu. 17 Penyakit Potensial Wabah menurut Permenkes Nomor : 1501 Tahun 2010 yaitu : Kolera, Pes, Demam Berdarah Dengue, Campak, Polio/ AFP, Difteri, Pertusis, Rabies, Malaria, Avian Influenza H5N1, Antraks, Leptospirosis, Hepatitis, Influenza A baru (H1N1)/Pandemi 2009, Meningitis, Yellow Fever dan Chikungunya.	Jumlah grafik mingguan penyakit potensial wabah yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	100%	Laporan KLB/ W1
8.	Desa/ Kelurahan yang mengalami KLB ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam	Desa/ Kelurahan yang mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang laporan Wabah (W1) nya diselidiki dan ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam oleh Puskesmas dan atau Kabupaten/Kota dan atau Provinsi.	Jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dan ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam dibagi jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dikali 100 %	100%	Laporan KLB/ W1
<b>2.1.5.11.Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular</b>					
1	Sekolah yang ada di wilayah 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 di dalam 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 8. Ada tanda dilarang merokok	Jumlah sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR dibagi jumlah sekolah di wilayah Puskesmas dikali 100% (SD, SMP, SMA dan yang sederajat)	70%	terdapat SK KTR di sekolah yang dikeluarkan Kepala Sekolah
2	Persentase merokok penduduk usia 10 - 18 tahun	Jumlah penduduk usia 10-18 tahun yang merokok diwilayah kerja puskesmas	Jumlah penduduk usia 10-18 tahun yag merokok diwilayah kerja puskesmas dibagi jumlah penduduk usia 10-18 tahun di wilayah puskesmas dikali 100%	< 8,9%	

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	FKTP yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	FKTP di wilayah puskesmas (puskesmas, dokter praktek mandiri, klinik pratama) yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	FKTP di wilayah puskesmas (puskesmas, dokter praktek mandiri, klinik pratama) yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dibagi FKTP di wilayah puskesmas dikali 100%	≥ 40%	Ada SK KTR dan SK Tim UBM
4	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	<p>Skrining yang dilakukan minimal sekali setahun untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular meliputi :</p> <p>a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut      b. Pengukuran tekanan darah</p> <p>c. Pemeriksaan gula darah</p> <p>d. Anamnesa perilaku beresiko</p> <p>Keterangan : wanita usia 30-50 tahun yang sudah menikah atau mempunyai riwayat berhubungan seksual beresiko dilakukan pemeriksaan SADANIS dan cek IVA</p> <p><b>(Standar Pelayanan Minimal Ke 6)</b></p>	Jumlah orang usia 15 - 59 tahun di puskesmas yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah orang usia 15 - 59 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	100%	Layanan puskesmas dan jaringannya
5	Deteksi Dini Faktor Risiko PTM usia ≥ 15 tahun	<p>Deteksi dini faktor risiko PTM yang dilakukan minimal sekali setahun bagi usia ≥ 15 tahun meliputi :</p> <p>a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut</p> <p>b. Pengukuran tekanan darah</p> <p>c. Pemeriksaan gula darah</p>	Jumlah orang usia ≥ 15 tahun di puskesmas yang mendapat pelayanan deteksi dini faktor risiko PTM dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah orang usia ≥ 15 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	80%	Layanan puskesmas dan jaringannya
6	Deteksi dini kanker payudara dan kanker serviks pada perempuan usia 30-50 tahun atau perempuan yang memiliki riwayat seksual aktif	Deteksi Dini kanker leher rahim melalui pemeriksaan IVA tes / papsmear / metode lainnya dan kanker payudara melalui pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) pada perempuan usia 30 - 50 atau perempuan yang memiliki riwayat seksual aktif	<p>Jumlah perempuan usia 30-50 tahun atau perempuan yang memiliki riwayat seksual aktif yang telah dilaksanakan pemeriksaan IVA tes / papsmear / metode lainnya dan SADANIS dibagi jumlah perempuan usia 30-50 tahun (tahun 2020) kali 100 %</p> <p>Catatan : Capaian tahun 2022 merupakan akumulasi capaian tahun 2020 + tahun 2021 + tahun 2022</p>	40%	Layanan Puskesmas dan jaringannya

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.1.5.12 Pelayanan Kesehatan Jiwa</b>					
1	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa. (ODGJ) Berat.	<p><b>Pengertian :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gangguan jiwa adalah sindrom pola perilaku individu yang berkaitan dengan suatu gejala penderitaan dan pelemahan didalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, gaangguan tersebut mempengaruhi hubungan antara dirinya sendiri dan juga masyarakat</li> <li>ODGJ berat adalah Penderita Skizofrenia dan Psikotik Akut yang didiagnosis oleh dokter, psikolog klinis dan psikiater.</li> <li>Mendapat pelayanan sesuai standar adalah Pelayanan kesehatan pada ODGJ berat bagi psikotik akut dan Skizofrenia meliputi : 1) Pemeriksaan status mental dan wawancara; 2) Edukasi Kepatuhan Minum Obat ; 3) Rujukan jika diperlukan.</li> <li>Hasil estimasi ODGJ berat diperoleh dari prevalensi ODGJ Kabupaten/Kota dari data Riskesdas terbaru dikalikan jumlah penduduk di wilayah Puskemas tersebut dalam kurun waktu yang sama.</li> </ol> <p><b>Numerator:</b> Jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun.  <b>Denominator:</b> Jumlah penderita ODGJ berdasarkan estimasi dalam kurun waktu satu tahun yang sama.</p>	<p>Persentase Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa adalah : Jumlah ODGJ Berat di wilayah kerja Puskesmas yg mendapat pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan dibagi Jumlah ODGJ berat berdasarkan prevalensi/ estimasi riskedas terbaru di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun di kali 100%.</p> <p>Contoh perhitungan No.1 Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat di Puskesmas Wonoasih Kota Probolinggo :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalensi ODGJ Berat berdasarkan data Riskesdas di Kota Probolinggo 0,32%. (untuk menghitung estimasi Puskesmas Wonoasih).</li> <li>Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Wonoasih pada tahun ini adalah 3.395 Jiwa (pddk total). Estimasi ODGJ berat Puskesmas Wonoasih (0,32%)* x 33.395 = 107 kasus (hasil pembulatan).</li> <li>Target/Sasaran SPM Kota Probolinggo tahun 2022 sebesar : 58,47% (Sasaran Kota Probolinggo 452 : estimasi 773)</li> <li>Capaian layanan ODGJ Berat di Puskesmas Wonoasih pada tahun ini sebesar/sebanyak 65 kasus, maka persentase ODGJ Berat yg mendapat layanan di Puskesmas Wonoasih adalah : (65/107) x 100% = 60,74%</li> </ul> <p>Kesimpulan : PKP layanan ODGJ berat di Puskesmas Wonoasih tercapai karena target 100% capaian 60,74%</p>	100% dari Target SPM	Data Simkeswa Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2	Pelayanan Kesehatan Jiwa Depresi	<p><b>Pengertian :</b> Pelayanan Kesehatan Jiwa Depresi adalah : jumlah Penderita depresi pada penduduk usia <math>\geq 15</math> tahun, berdasarkan wawancara psikiatrik dengan merujuk pada PPDGJ III yang mendapatkan layanan di fasyankes oleh tenaga kesehatan berupa promosi kesehatan, dan/ atau penanganan awal dan/ atau rujukan dan/atau penanganan lanjutan dengan sekning menggunakan instrument <i>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</i> di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.</p>	<p>Prosentase Pelayanan Kesehatan Jiwa Depresi adalah : Jumlah penderita Depresi yang mendapat pelayanan kesehatan berupa promosi kesehatan, dan/ atau penanganan awal dan/atau rujukan dan/ atau penanganan lanjutan di bagi Jumlah kasus Depresi berdasarkan Prevalensi proyeksi di wilayah kerja Puskesmas tersebut di kali 100%.</p> <p>Contoh perhitungan No.2 Pelayanan Kesehatan Jiwa (Depresif) di Puskesmas Wonoasih Kota Probolinggo Prevalensi Depresi berdasarkan data Riskesdas di Kota Probolinggo adalah 4,36%.(utk menghitung Prevalensi Puskesmas Wonoasih).</p> <p>Jumlah penduduk <math>\geq 15</math> tahun di Puskesmas Wonoasih pada tahun ini <math>33.395 \times 70\% = 23.377</math> jiwa.</p> <p>Estmasi kasus Depresi di Puskesmas Wonoasih <math>4,36\% \times 23.377</math> (pddk usia <math>\geq 15</math> th) = 1.020 orang (hasil pembulatan).</p> <p>Target capaian PKP penderita Depresi yang mendapat layanan pada tahun ini <math>3\% \times 1.020 = 30</math> kasus</p> <p>Bila capaian layanan penderita Depresi di Puskesmas Wonoasih tahun ini sebesar/sebanyak 35 kasus, maka persentase penderita Depresi yang mendapat layanan adalah : <math>35/1.020 \times 100\% = 3,43\%</math>.</p> <p>Kesimpulan : PKP Puskesmas Wonoasih belum tercapai karena target 4 % capaian (3.43%).</p>	4 % dari estimasi	Data Simkeswa Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Pelayanan Kesehatan Gangguan Mental Emosional (GME)	<p><b>Pengertian</b> : Penderita GME adalah : penduduk usia &gt; 15 tahun yang dilakukan deteksi dini dengan menggunakan instrument <i>Self Reporting Questionnaire (SRQ-29)</i></p> <p><b>Numerator</b> : Jumlah penderita GME pada penduduk &gt; 15 tahun di wilayah kerja Puskesmas yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p><b>Denominator</b> : Jumlah penderita GME pada penduduk &gt; 15 tahun berdasarkan estimasi di wilayah kerja Kab/Kota (untuk menghitung estimasi Puskesmas) dalam kurun waktu satu tahun yang sama.</p>	<p>Persentase Pelayanan Kesehatan Gangguan Mental Emosional (GME) adalah : Jumlah kasus/Penderita GME pada usia <math>\geq</math> 15 tahun di wilayah kerja Puskesmas yg mendapat pelayanan kesehatan di fasyankes dibagi Jumlah Kasus/Penderita GME usia <math>\geq</math> 15 th berdasarkan prevalensi proyeksi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dikali 100%.</p> <p>Contoh perhitungan No.3 Pelayanan Kesehatan Jiwa (Gangguan Mental Emosional) di Puskesmas Pandanwangi Kota Malang :</p> <p>Prevalensi GME berdasarkan data Riskesdas Kota Malang adalah 15,52%. (utk menghitung Prevalensi Puskesmas Pandanwangi).</p> <p>Estimasi GME usia <math>\geq</math> 15 tahun di Puskesmas Pandanwangi <math>15,52\% \times 21.842</math> (pddk usia <math>\geq</math> 15 th) = 3.390 Kasus (hasil pembulatan).</p> <p>Target capaian PKP penderita GME yang mendapat layanan pada tahun ini <math>2\% \times 3.390 = 68</math> kasus.</p> <p>Bila capaian layanan penderita GME di Puskesmas Pandanwangi tahun ini sebesar/sebanyak 72 kasus, maka persentase penderita GME yang mendapat layanan adalah : <math>(72/3.390) \times 100\% = 2,12\%</math>.</p> <p>Kesimpulan : PKP Puskesmas Pandanwangi belum tercapai karena realisasi 2,12% dari taget yang harus dicapai sebesar 4%.</p>	4% dari estimasi	Data Simkeswa Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4	Temuan Kasus Pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat.	<p><b>Pengertian :</b></p> <p>1. Pemasangan adalah suatu tindakan berupa pengikatan dan atau pengekangan mekanis/ fisik lainnya dan atau penelantaran dan atau pengisolasian sehingga merampas kebebasan dan hak asasi seseorang, termasuk hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.</p> <p>2. Temuan Kasus adalah ODGJ berat dalam kondisi sedang dipasung yang dilaporkan oleh masyarakat/kader/laporan keluarga/ aparat.</p> <p><b>Numerator :</b> Ditemukannya Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat dalam kondisi sedang/masih dipasung dalam kurun waktu tersebut.</p> <p><b>Denominator :</b> Estimasi ODGJ Berat masih mengalami/ sedang dipasung dalam kurun waktu yang sama.</p>	<p>Persentase Temuan Kasus Pemasangan pada (ODGJ) berat usia <math>\geq 15</math> tahun adalah Jumlah kasus ODGJ berat usia <math>\geq 15</math> tahun yang masih mengalami pemasangan pada tahun tersebut dibagi estimasi ODGJ berat pasung <math>\geq 15</math> tahun diwilayah kerja Puskesmas dikali 100% .</p> <p>Contoh Estmasi Kasus ODGJ berat di Puskesmas Wonoasih <math>0,32\% \times 33.395 = 107</math> kasus.</p> <p>Estimasi Riwayat Pasung ( Orang dengan Usia <math>\geq 15</math> Tahun Pernah dan/atau Sedang di Pasung) di Puskesmas Wonoasih adalah <math>14,90\% \times (107 \times 70\%) = 11,16</math> Kasus. (dibulatkan 12 kasus)</p> <p>Estimasi ODGJ berat masih dalam pemasangan <math>31,8\% \times 12 = 3,82</math> kasus (dibulatkan 4 kasus)</p> <p>Target PKP untuk temuan kasus pasung tahun ini <math>10\% \times 4 = 0,4</math> (dibulatkan 1 Kasus)</p> <p>Temuan Kasus Pemasangan ODGJ berat di Puskesmas Wonoasih pada tahun ini 2 kasus.</p> <p>Kesimpulannya :</p> <p>Capaian PKP penemuan kasus ODGJ berat yang masih dipasung di Puskesmas Wonoasih adalah <math>2/4 \times 100 = 50\%</math> (tercapai) karena target 15%.</p>	15% dari estimasi	Data Simkeswa Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5	Penurunan Jumlah Kasus Pasung	<p><b>Pengertian</b> : Penurunan Jumlah Kasus Pasung adalah dibebaskan/ dilepasnya (ODGJ) Berat yang masih mengalami pemasangan dalam kurun waktu tersebut</p> <p><b>Numerator</b> : Jumlah ODGJ berat yang dilepas/dibebaskan dalam kurun waktu tersebut.</p> <p><b>Denominator</b> : Jumlah ODGJ Berat masih mengalami/ sedang dipasung dalam kurun waktu satu tahun yang sama.</p>	<p>Jumlah kasus ODGJ berat yang masih dipasung pada tahun lalu di Puskesmas Pandanwangi 0 kasus.</p> <p>Temuan kasus ODGJ berat dalam pemasangan tahun ini 2 kasus.</p> <p>Total Kasus ODGJ berat pasung Puskesmas Pandanwangi tahun ini (jumlah kasus tahun lalu + temuan kasus tahun ini) : <math>0+2 = 2</math> kasus.</p> <p>Target PKP penurunan jml kasus ODGJ berat pasung tahun ini <math>15,3\% \times 2 = 0,31</math> kasus (dibulatkan 1 kasus).</p> <p>Pada tahun ini di Puskesmas Pandanwangi membebaskan 1 (satu) ODGJ pasung.</p> <p>Kesimpulannya :</p> <p>Penurunan jumlah kasus ODGJ berat pasung di Puskesmas Pandanwangi pada tahun ini <math>1/2 \times 100 = 50\%</math>, maka target penurunan kasus pasung di Puskesmas Pandanwangi tercapai karena target 10,03% capaian 50%.</p>	10,03 % dari kasus yang ada	Data Kohort Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6	Kunjungan Pasien ODGJ	<p><b>Pengertian :</b> Kunjungan Pasien ODGJ adalah jumlah/ banyaknya pasien ODGJ yang berobat ke Puskesmas/dikunjungi petugas atau Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) dalam rangka konseling/edukasi/ pengobatan, dengan status kemandirian pasien adalah <i>self care</i> (Kemampuan pasien mengendalikan gejala, Merawat diri, bersosialisasi, kemampuan melakukan kegiatan sehari-hari) dan Produktif. minimal 12 kali per tahun.</p> <p><b>Numerator :</b> Jumlah penderita ODGJ yang berkunjung dan atau dikunjungi oleh petugas, KKJ untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar minimal 12 kali 1 tahun.</p> <p><b>Denominator :</b> Jumlah ODGJ yang ada diwilayah kerja Puskesmas tersebut.</p>	<p>Persentase Kunjungan ODGJ adalah Jumlah kunjungan ODGJ yang dengan teratur berkunjung/ berobat ke puskesmas, dan atau dikunjungi petugas kesehatan atau KKJ sebanyak minimal 12 kali per tahun dibagi ODGJ yang ada diwilayah kerja Puskesmas tersebut. dikali 100%</p> <p>Contoh perhitungan No. 6 KUNJUNGAN KE PUSKESMAS di Puskesmas Wonoasih Kota Probolinggo :</p> <p>Estimasi ODGJ berat di Puskesmas Wonoasih 0,16% x 33.395 = 54 kasus. (Hasil pembulatan)</p> <p>Jumlah kasus ODGJ di Puskesmas Wonoasih dari laporan data kohort 60 kasus/orang.</p> <p>Target capaian PKP kunjungan tahun ini 40% x 60 = 24 kasus/orang. (Hasil pembulatan)</p> <p>Capaian layanan pasien ODGJ yang rutin berkunjung/dikunjungi minimal sebanyak 12 kali sebesar/sebanyak 20 pasien, maka persentase kunjungan pasien ODGJ : <math>(20/60) \times 100 = 33,34\%</math>.</p> <p>Kesimpulan : Kunjungan ODGJ berat di Puskesmas Wonoasih belum tercapai. Karena target 50% capaian 33,34%.</p>	50% dari kasus yang ada	Data Siskewa Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7	Penanganan Kasus Melalui Rujukan ke Rumah Sakit Umum / RSJ.	<p><b>Pengertian :</b> Penanganan Kasus Melalui Rujukan ke Rumah Sakit Umum / RSJ adalah : Jumlah Pasien yang mendapat layanan di Fasyankes sekunder (RSU), tersier (RSJ) dan praktek dokter special jiwa. dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p><b>Numerataor :</b> Jumlah ODGJ yang dilakukan rujukan</p> <p><b>Denominator :</b> Jumlah kasus/pasien yang ada di wilayah kerja Puskesmas tersebut dalam kurun waktu tersebut.</p>	<p>Persentase Penanganan Kasus Melalui Rujukan ke Rumah Sakit Umum / RSJ. Adalah Jumlah kasus ODGJ yg dirujuk ke RSU/RSJ/ Praktek dokter spesialis dibagi Jumlah seluruh kasus yang ada dikali 100%.</p> <p>Contoh No.7 perhitungan Penanganan Kasus Melalui Rujukan ke Rumah Sakit Umum / RSJ. di Puskesmas Wonoasih :</p> <p>- Jumlah kasus ODGJ di Puskesmas Wonoasih s/d. Oktober 2021 ini dari data kohort 60 kasus. Batas maksimal pasien ODGJ yang dirujuk 25% x 60 = 15 kasus/pasien.</p> <p>Bila jumlah pasien ODGJ yang dirujuk Puskesmas Wonoasih sebanyak 20 orang dalam 1 tahun, maka persentase Rujukan adalah <math>25/108 \times 100 = 33,34\%</math>.</p> <p>Kesimpulan : Pasien yang dirujuk dari Puskesmas Wonoasih melebihi batas maksimal 25% realisasi 33,34%.</p>	30% (Batas Maksimal rujukan) dari kasus yang ada	Data Siskewa Puskesmas
<b>2.1.5.13 Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat ( Perkesmas)</b>					
1	Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	Jumlah keluarga binaan baru dan lanjutan pada bulan ini yang mendapatkan asuhan keperawatan keluarga oleh tim terpadu Puskesmas (medis, paramedis, gizi, kesling, promkes sesuai kebutuhan) Yang termasuk keluarga binaan adalah keluarga dengan penyakit menular, tidak menular, termasuk jiwa , ibu hamil resiko tinggi, KEK dan balita resiko tinggi, KEK dan lain-lain di Puskesmas dan jaringannya pada periode Januari - Desember.	Keluarga yang dibina dan mendapat Asuhan Keperawatan, dibagi jumlah keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dikali 100 %	60%	Kartu asuhan keperawatan keluarga berdasarkan PMK 31 tahun 2019
2	Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/ memenuhi kebutuhan kesehatan	Jumlah Keluarga binaan pada bulan ini yang telah Mandiri /mencapai KM IV (adalah keluarga mampu melakukan tindakan preventif dan promotif secara aktif sesuai kasus/anjuran petugas) pada periode Januari - Desember	Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/mencapai KM IV, dibagi jumlah seluruh keluarga yang dibina, dikali 100%	40%	

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Kelompok binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	Jumlah Kelompok binaan baru dan lanjutan pada bulan ini yang mendapat asuhan keperawatan kelompok oleh tim terpadu Puskesmas (medis, paramedis, gizi, kesling, promkes sesuai kebutuhan). Yang termasuk kelompok binaan antara lain Posyandu Balita, Posyandu Lansia, Posbindu, posyandu Jiwa, Poskestren, Pos UKK, Sekolah, Panti Asuhan, Panti Werda, Lapas dll pada periode Januari - Desember	Kelompok yang dibina dibagi jumlah kelompok yang ada, dikali 100 %	50%	Kartu asuhan keperawatan kelompok berdasarkan PMK 31 Tahun 2019
4	Desa/kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	Jumlah desa/kelurahan binaan baru dan lanjutan bulan ini yang mendapatkan asuhan keperawatan pada periode Januari - Desember	Desa/kelurahan yang dibina dibagi desa/kelurahan yang ada, dikali 100 %	30%	Kartu asuhan keperawatan kelompok berdasarkan PMK 31 Tahun 2019

**I.c. DEFINISI OPERASIONAL, CARA PERHITUNGAN DAN TARGET INDIKATOR UKM PENGEMBANGAN PUSKESMAS**

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
<b>2.2.1. Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat</b>					
1.	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/pemeriksaan gigi dan mulut	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/ pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/ pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut dibagi jumlah PAUD/TK di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	50%	Lap puskesmas
2.	Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	Kunjungan petugas Puskesmas terkait kesehatan gigi dan mulut ke Posyandu di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah kunjungan petugas Puskesmas terkait kesehatan gigi dan mulut ke Posyandu dibagi jumlah Posyandu di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	30%	Lap puskesmas
<b>2.2.2. Pelayanan Kesehatan Indera</b>					
1	Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran paling kurang pada 40% populasi	Deteksi dini gangguan penglihatan melalui <i>E-tumbling</i> , <i>E-chart Snellen chart</i> dan pendengaran melalui tes suara, garpu tala pada minimal 40% penduduk. Kompilasi data deteksi dini di UKBM (Posbindu, Posyandu, UKS, UKK) dan FKTP Integrasi dengan SPM Balita, UKS dan Lansia	Hasil kegiatan Deteksi Dini Gangguan Indera (Penglihatandan Pendengaran) dibagi Total Populasi /penduduk dikali 100%	40%	
<b>2.2.3 Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza</b>					
1.	Penyediaan dan penyebaran informasi tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan Napza	Penyuluhan tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan Napza kepada siswa sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA).	Jumlah sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) yang mendapatkan penyuluhan dibagi jumlah seluruh sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%.	10%	laporan tribulan
<b>2.2.4. Kesehatan Matra</b>					
1.	Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata.	Jemaah haji yang dilakukan pemeriksaan kesehatan yang <i>dientry</i> dalam <b>siskohat</b> (Sistem Komputerisasi Kesehatan Terpadu) pada 3 (tiga) bulan sebelum operasional	Jumlah hasil pemeriksaan jemaah haji yang <i>dientry</i> dalam <b>siskohat</b> pada 3 (tiga) bulan sebelum operasional dibagi dengan jumlah kuota jemaah haji pada tahun berjalan dikali 100 %	100%	Laporan <i>online</i>
<b>2.2.5. Pelayanan Kesehatan Tradisional</b>					
1.	Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	Penyehat Tradisional yang memiliki STPT ( Surat Terdaftar Penyehat Tradisional) yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Penyehat Tradisional adalah seseorang yang memiliki pengetahuan pengobatan radisional dengan modalitas ketrampilan dan ramuan yang diperoleh secara turun temurun atau kursus pada penyehat tradisional senior	Jumlah Penyehat Tradisional yang memiliki STPT dibagi jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	15%	Laporan Tribulan PKT (Pelayanan Kesehatan Tradisional)

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
2.	Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk	Desa/Kelurahan yang memiliki Kelompok Asuhan Mandiri dengan SK Kepala Desa/Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas. Kelompok Asuhan Mandiri adalah kelompok masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan mengatasi masalah gangguan kesehatan ringan secara mandiri oleh individu dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dengan memanfaatkan Taman Obat Keluarga/TOGA dan akupresur.	Jumlah Desa/Kelurahan yang memiliki kelompok Asuhan Mandiri yang ber SK dibagi dengan jumlah desa/kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	20%	Laporan Tribulan PKT
3.	Panti Sehat berkelompok yang berijin	Panti Sehat berkelompok yang berijin yang ada di wilayah Kerja Puskesmas. Panti Sehat adalah tempat yang digunakan untuk melakukan perawatan kesehatan tradisional empiris yang berijin dan yang memberikan pelayanan lebih dari 1 (satu) orang penyehat tradisional (Hattra)	Jumlah Panti Sehat berkelompok yang berijin dibagi jumlah Panti Sehat berkelompok yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	15%	Laporan Tribulan PKT
4	Pembinaan Penyehat Tradisional	Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas yang mendapat pembinaan oleh petugas kesehatan	Jumlah Penyehat Tradisional yang mendapat pembinaan oleh petugas kesehatan di bagi jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	50%	Laporan Tribulan PKT
<b>2.2.6. Pelayanan Kesehatan Olahraga</b>					
1.	Kelompok /klub olahraga yang dibina	Kelompok/ klub olahraga, meliputi kelompok olahraga di sekolah, klub antara lain jantung sehat, senam asma, senam usila, senam ibu hamil, senam diabetes, senam osteoporosis, kebugaran jamah haji dan kelompok olahraga/latihan fisik lainnya yang dibina di wilayah kerja Puskesmas selama pada kurun waktu tertentu.	Jumlah kelompok/klub olahraga yang dibina dibagi jumlah kelompok/ klub olahraga yang ada dikali 100%	35%	Data dasar
2.	Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	Calon Jamaah Haji (CJH) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani sesuai dengan pedoman yang ada.	Jumlah CJH yang dilakukan Pengukuran Kebugaran Jasmani oleh Puskesmas pada tahun berjalan dibagi Jumlah CJH yang terdaftar di Puskesmas pada tahun berjalan dikali 100 %	80%	Data dasar, Kementerian agama
3.	Puskemas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga internal	Puskemas yang melaksanakan pelayanan kesehatan olahraga internal , yaitu : 1. perencanaan tahunan dan/atau bulanan; 2. peregangan minimal satu kali dalam sehari; 3. senam bersama seminggu sekali; 4. pengukuran kebugaran jasmani karyawan Puskesmas minimal 1 kali per tahun)	Jumlah bulan yang mencapai Indikator layanan kesehatan olahraga internal (capaian indikator dibagi 4) dibagi 12 bulan X 100 %	30%	Data Dasar/LBKO
4	Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	Sekolah Dasar/MI adalah lembaga pendidikan yang menyelenggarakan program pendidikan enam tahun bagi anak usia 6-12 tahun. Pengukuran Kebugaran Anak Sekolah /Madarasah adalah pengukuran kebugaran pada anak kelas 4-6 tahun yang berusia 10 - 12 tahun	Jumlah Sekolah Dasar/MI yang diukur kebugaran jasmani dibagi jumlah SD/MI yang ada di wilayah kerja x 100 %	20%	
<b>2.2.7. Pelayanan Kesehatan Kerja</b>					

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
1	Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal)	<p>Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal) adalah puskesmas menyelenggarakan K3 di internal sesuai dengan permenkes nomor 52 Tahun 2018 yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko K3 Fasyankes (minimal ada identifikasi bahaya fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial dan ada perencanaan K3 internal).</li> <li>2) Penerapan kewaspadaan standar (minimal cuci tangan, memakai APD, dan pengelolaan jarum suntik)</li> <li>3) Penerapan prinsip ergonomi (minimal ada salah satu SOP postur tubuh saat kerja, dan pengaturan shift kerja)</li> <li>4) pemberian imunisasi (Program imunisasi : hepatitis/ covid-19 / dll)</li> <li>5) Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di fasyankes (minimal ada peraturan internal pelaksanaan aktifitas fisik (olahraga) dan tidak merokok di tempat kerja)</li> <li>6) Pemeriksaan kesehatan berkala (program pemeriksaan berkala minimal posbindu)</li> <li>7) Pengelolaan sarana dan prasarana fasyankes dari aspek K3 (mempunyai jadwal pemeliharaan sarpras berkala)</li> <li>8) Pengelolaan peralatan medis dari aspek K3 (mempunyai daftar inventarisasi peralatan dan jadwal pemeliharaannya),</li> <li>9) kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana, termasuk kebakaran (minimal peta risiko di puskesmas dan jalur evakuasi)</li> <li>10) Pengelolan bahan B3 dan limbah B3 (minimal ada tempat khusus penyimpanan barang dan limbah B3),</li> <li>11) Pengelolaan limbah domestik</li> </ol>	Jumlah bulan yang mencapai minimal 80% dari 11 indikator K3 Fasyankes yang ada pada Permenkes Nomor 52 Tahun 2018 dalam satu bulan dibagi 12 bulan dikali 100%	30%	Dokumen pelaksanaan kegiatan K3 puskesmas, Data dasar dan Buku Regester Bantu Kesehatan Kerja
2	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 adalah pembinaan setiap SDM di puskesmas yang melakukan assesment dan atau intervensi. Perkantoran adalah kantor kecamatan dan kantor kelurahan	Jumlah kantor yang dibina K3 Perkantoran dibagi jumlah total perkantoran (kelurahan dan kecamatan) yang ada di wilayah kerja dikali 100%	35%	Data dasar dan Laporan Pelaksanaan Kegiatan puskesmas dan Buku Regester Bantu Kesehatan Kerja

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
3.	Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja	Salah satu atau seluruh kegiatan promosi (penyuluhan, konseling, latihan olahraga dll) dan/ atau preventif (imunisasi, pemeriksaan kesehatan, APD, ergonomi, pengendalian bahaya lingkungan dll) yang dilakukan minimal 1 (satu) kali tiap bulan selama 12 ( dua belas) bulan pada kelompok kesehatan kerja.	Jumlah kelompok kerja (Pos UKK) yang dilakukan kegiatan promotif dan preventif yang dilakukan dalam satu bulan dibagi jumlah seluruh Pos UKK (kali 12) di wilayah binaan dikali 100%	40%	Data dasar, Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP) dan Buku Register Bantu Kesehatan Kerja
<b>2.2.8 Kefarmasian</b>					
<b>Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat</b>					
1.	Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat	Jumlah kader yang telah tersosialisasi gema cermat yang aktif menjadi fasilitator kegiatan gema cermat kepada masyarakat di wilayah kerjanya.	% Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat = Jumlah kader aktif yang telah tersosialisasikan gema cermat dibagi jumlah kader yang mengikuti sosialisasi x 100%	25%	Data /notulen kegiatan penyuluhan di puskesmas
2	Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat	Jumlah desa/kelurahan di wilayah kerja puskesmas yang telah tersosialisasi kegiatan gema cermat.	% Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat = Jumlah desa atau kelurahan yang telah tersosialisasikan gema cermat dibagi jumlah desa kelurahan di wilayah kerja x 100%	25%	Data /notulen kegiatan penyuluhan di puskesmas
3	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat	Jumlah masyarakat ( usia > 15 tahun) yang telah tersosialisasi kegiatan gema cermat.	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat = Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat dibagi jumlah masyarakat (usia>15 tahun) yang ditargetkan di wilayah kerja dikali 100%	25%	Data /notulen kegiatan penyuluhan di puskesmas

**I.c. DEFINISI OPERASIONAL, CARA PERHITUNGAN DAN TARGET INDIKATOR UKM PENGEMBANGAN PUSKESMAS**

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
<b>2.2.1. Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat</b>					
1.	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/pemeriksaan gigi dan mulut	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/ pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/ pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut dibagi jumlah PAUD/TK di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	50%	Lap puskesmas
2.	Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	Kunjungan petugas Puskesmas terkait kesehatan gigi dan mulut ke Posyandu di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah kunjungan petugas Puskesmas terkait kesehatan gigi dan mulut ke Posyandu dibagi jumlah Posyandu di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	30%	Lap puskesmas
<b>2.2.2. Pelayanan Kesehatan Indera</b>					
1	Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran paling kurang pada 40% populasi	Deteksi dini gangguan penglihatan melalui <i>E-tumbling</i> , <i>E-chart Snellen chart</i> dan pendengaran melalui tes suara, garpu tala pada minimal 40% penduduk. Kompilasi data deteksi dini di UKBM (Posbindu, Posyandu, UKS, UKK) dan FKTP Integrasi dengan SPM Balita, UKS dan Lansia	Hasil kegiatan Deteksi Dini Gangguan Indera (Penglihatandan Pendengaran) dibagi Total Populasi /penduduk dikali 100%	40%	
<b>2.2.3 Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza</b>					
1.	Penyediaan dan penyebaran informasi tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan Napza	Penyuluhan tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan Napza kepada siswa sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA).	Jumlah sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) yang mendapatkan penyuluhan dibagi jumlah seluruh sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%.	10%	laporan tribulan
<b>2.2.4. Kesehatan Matra</b>					
1.	Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata.	Jemaah haji yang dilakukan pemeriksaan kesehatan yang <i>dientry</i> dalam <b>siskohat</b> (Sistem Komputerisasi Kesehatan Terpadu) pada 3 (tiga) bulan sebelum operasional	Jumlah hasil pemeriksaan jemaah haji yang <i>dientry</i> dalam <b>siskohat</b> pada 3 (tiga) bulan sebelum operasional dibagi dengan jumlah kuota jemaah haji pada tahun berjalan dikali 100 %	100%	Laporan <i>online</i>
<b>2.2.5. Pelayanan Kesehatan Tradisional</b>					
1.	Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	Penyehat Tradisional yang memiliki STPT ( Surat Terdaftar Penyehat Tradisional) yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Penyehat Tradisional adalah seseorang yang memiliki pengetahuan pengobatan radisional dengan modalitas ketrampilan dan ramuan yang diperoleh secara turun temurun atau kursus pada penyehat tradisional senior	Jumlah Penyehat Tradisional yang memiliki STPT dibagi jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	15%	Laporan Tribulan PKT (Pelayanan Kesehatan Tradisional)

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
2.	Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk	Desa/Kelurahan yang memiliki Kelompok Asuhan Mandiri dengan SK Kepala Desa/Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas. Kelompok Asuhan Mandiri adalah kelompok masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan mengatasi masalah gangguan kesehatan ringan secara mandiri oleh individu dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dengan memanfaatkan Taman Obat Keluarga/TOGA dan akupresur.	Jumlah Desa/Kelurahan yang memiliki kelompok Asuhan Mandiri yang ber SK dibagi dengan jumlah desa/kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	20%	Laporan Tribulan PKT
3.	Panti Sehat berkelompok yang berijin	Panti Sehat berkelompok yang berijin yang ada di wilayah Kerja Puskesmas. Panti Sehat adalah tempat yang digunakan untuk melakukan perawatan kesehatan tradisional empiris yang berijin dan yang memberikan pelayanan lebih dari 1 (satu) orang penyehat tradisional (Hattra)	Jumlah Panti Sehat berkelompok yang berijin dibagi jumlah Panti Sehat berkelompok yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	15%	Laporan Tribulan PKT
4	Pembinaan Penyehat Tradisional	Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas yang mendapat pembinaan oleh petugas kesehatan	Jumlah Penyehat Tradisional yang mendapat pembinaan oleh petugas kesehatan di bagi jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	50%	Laporan Tribulan PKT
<b>2.2.6. Pelayanan Kesehatan Olahraga</b>					
1.	Kelompok /klub olahraga yang dibina	Kelompok/ klub olahraga, meliputi kelompok olahraga di sekolah, klub antara lain jantung sehat, senam asma, senam usila, senam ibu hamil, senam diabetes, senam osteoporosis, kebugaran jamah haji dan kelompok olahraga/latihan fisik lainnya yang dibina di wilayah kerja Puskesmas selama pada kurun waktu tertentu.	Jumlah kelompok/klub olahraga yang dibina dibagi jumlah kelompok/ klub olahraga yang ada dikali 100%	35%	Data dasar
2.	Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	Calon Jamaah Haji (CJH) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani sesuai dengan pedoman yang ada.	Jumlah CJH yang dilakukan Pengukuran Kebugaran Jasmani oleh Puskesmas pada tahun berjalan dibagi Jumlah CJH yang terdaftar di Puskesmas pada tahun berjalan dikali 100 %	80%	Data dasar, Kementerian agama
3.	Puskemas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga internal	Puskemas yang melaksanakan pelayanan kesehatan olahraga internal , yaitu : 1. perencanaan tahunan dan/atau bulanan; 2. peregangan minimal satu kali dalam sehari; 3. senam bersama seminggu sekali; 4. pengukuran kebugaran jasmani karyawan Puskesmas minimal 1 kali per tahun)	Jumlah bulan yang mencapai Indikator layanan kesehatan olahraga internal (capaian indikator dibagi 4) dibagi 12 bulan X 100 %	30%	Data Dasar/LBKO
4	Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	Sekolah Dasar/MI adalah lembaga pendidikan yang menyelenggarakan program pendidikan enam tahun bagi anak usia 6-12 tahun. Pengukuran Kebugaran Anak Sekolah /Madarasah adalah pengukuran kebugaran pada anak kelas 4-6 tahun yang berusia 10 - 12 tahun	Jumlah Sekolah Dasar/MI yang diukur kebugaran jasmani dibagi jumlah SD/MI yang ada di wilayah kerja x 100 %	20%	
<b>2.2.7. Pelayanan Kesehatan Kerja</b>					

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
1	Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal)	<p>Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal) adalah puskesmas menyelenggarakan K3 di internal sesuai dengan permenkes nomor 52 Tahun 2018 yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko K3 Fasyankes (minimal ada identifikasi bahaya fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial dan ada perencanaan K3 internal).</li> <li>2) Penerapan kewaspadaan standar (minimal cuci tangan, memakai APD, dan pengelolaan jarum suntik)</li> <li>3) Penerapan prinsip ergonomi (minimal ada salah satu SOP postur tubuh saat kerja, dan pengaturan shift kerja)</li> <li>4) pemberian imunisasi (Program imunisasi : hepatitis/ covid-19 / dll)</li> <li>5) Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di fasyankes (minimal ada peraturan internal pelaksanaan aktifitas fisik (olahraga) dan tidak merokok di tempat kerja)</li> <li>6) Pemeriksaan kesehatan berkala (program pemeriksaan berkala minimal posbindu)</li> <li>7) Pengelolaan sarana dan prasarana fasyankes dari aspek K3 (mempunyai jadwal pemeliharaan sarpras berkala)</li> <li>8) Pengelolaan peralatan medis dari aspek K3 (mempunyai daftar inventarisasi peralatan dan jadwal pemeliharaannya),</li> <li>9) kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana, termasuk kebakaran (minimal peta risiko di puskesmas dan jalur evakuasi)</li> <li>10) Pengelolan bahan B3 dan limbah B3 (minimal ada tempat khusus penyimpanan barang dan limbah B3),</li> <li>11) Pengelolaan limbah domestik</li> </ol>	Jumlah bulan yang mencapai minimal 80% dari 11 indikator K3 Fasyankes yang ada pada Permenkes Nomor 52 Tahun 2018 dalam satu bulan dibagi 12 bulan dikali 100%	30%	Dokumen pelaksanaan kegiatan K3 puskesmas, Data dasar dan Buku Regester Bantu Kesehatan Kerja
2	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 adalah pembinaan setiap SDM di puskesmas yang melakukan assesment dan atau intervensi. Perkantoran adalah kantor kecamatan dan kantor kelurahan	Jumlah kantor yang dibina K3 Perkantoran dibagi jumlah total perkantoran (kelurahan dan kecamatan) yang ada di wilayah kerja dikali 100%	35%	Data dasar dan Laporan Pelaksanaan Kegiatan puskesmas dan Buku Regester Bantu Kesehatan Kerja

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
3.	Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja	Salah satu atau seluruh kegiatan promosi (penyuluhan, konseling, latihan olahraga dll) dan/ atau preventif (imunisasi, pemeriksaan kesehatan, APD, ergonomi, pengendalian bahaya lingkungan dll) yang dilakukan minimal 1 (satu) kali tiap bulan selama 12 ( dua belas) bulan pada kelompok kesehatan kerja.	Jumlah kelompok kerja (Pos UKK) yang dilakukan kegiatan promotif dan preventif yang dilakukan dalam satu bulan dibagi jumlah seluruh Pos UKK (kali 12) di wilayah binaan dikali 100%	40%	Data dasar, Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP) dan Buku Register Bantu Kesehatan Kerja
<b>2.2.8 Kefarmasian</b>					
<b>Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat</b>					
1.	Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat	Jumlah kader yang telah tersosialisasi gema cermat yang aktif menjadi fasilitator kegiatan gema cermat kepada masyarakat diwilayah kerjanya.	% Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat = $\frac{\text{Jumlah kader aktif yang telah tersosialisasikan gema cermat}}{\text{jumlah kader yang mengikuti sosialisasi}} \times 100\%$	25%	Data /notulen kegiatan penyuluhan di puskesmas
2	Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat	Jumlah desa/kelurahan di wilayah kerja puskesmas yang telah tersosialisasi kegiatan gema cermat.	% Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat = $\frac{\text{Jumlah desa atau kelurahan yang telah tersosialisasikan gema cermat}}{\text{jumlah desa kelurahan di wilayah kerja}} \times 100\%$	25%	Data /notulen kegiatan penyuluhan di puskesmas
3	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat	Jumlah masyarakat ( usia > 15 tahun) yang telah tersosialisasi kegiatan gema cermat.	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat = $\frac{\text{Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat}}{\text{jumlah masyarakat (usia>15 tahun) yang ditargetkan}} \times 100\%$	25%	Data /notulen kegiatan penyuluhan di puskesmas

I.d. DEFINISI OPERASIONAL, CARA PERHITUNGAN DAN TARGET INDIKATOR KINERJA UKP PUSKESMAS

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.3.1. Pelayanan Non Rawat Inap					
1.	Angka Kontak Komunikasi	Indikator untuk mengetahui aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer oleh peserta berdasarkan jumlah peserta jaminan kesehatan (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan (kontak sakit maupun sehat) di Puskesmas per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan	Perbandingan jumlah peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total Jumlah Peserta terdaftar di Puskesmas dikali 1000 (seribu) Catatan Kinerja Puskesmas: $\geq 150 \text{ ‰} = 100\%$ $> 145 - < 150 \text{ ‰} = 75\%$ $> 140 - 145 \text{ ‰} = 50\%$ $> 135 - 140 \text{ ‰} = 25\%$ $\leq 135 = 0\%$	$\geq 150$ per mil	Register Pelayanan UKP dan Laporan Pelayanan UKM
2.	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)	Indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di Puskesmas sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya. Kasus non spesialistik adalah kasus terkait 144 diagnosa yang harus ditangani di Puskesmas serta kriteria <i>Time-Age-Complication-Comorbidity (TACC)</i> . Kelayakan rujukan kasus tersebut berdasarkan kesepakatan dalam bentuk perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan, Puskesmas, Dinkes Kabupaten/Kota dan organisasi profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan Puskesmas serta progresifitas penyakit yang merupakan keadaan khusus dan/atau kedaruratan medis	Perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh Puskesmas dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: $\leq 2\% = 100\%$ $2,5\% = 75\%$ $> 2,5 - 3\% = 50\%$ $> 3 - 3,5\% = 25\%$ $> 3,5\% = 0\%$	$\leq 2\%$	Register rujukan, <i>P-Care</i> .

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	Indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan prolanis oleh Puskesmas dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien diabetes tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien HT. Penyakit kronis masuk Prolanis yaitu Diabetes Melitus dan Hipertensi. Aktifitas Prolanis: (1) Edukasi Klub (2) Konsultasi Medis (3) Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang (4) Senam Prolanis (5) <i>Home visit</i> /kunjungan rumah (6) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB)	Capaian rasio peserta prolanis DM terkontrol ditambah capaian rasio peserta prolanis HT terkontrol dibagi 2 Catatan untuk kinerja Puskesmas: ≥ 5% = 100%; 4 - < 5% = 75% 3 - < 4% = 50% 2 - < 3% = 25% < 2% = 0%	≥ 5%	Aplikasi P-Care, Laporan pelaksanaan Prolanis
4.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (Standar Pelayanan Minimal ke 8)	Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi : a. Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau kepatuhan minum obat c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Tekanan Darah Sewaktu (TDS) lebih dari 140 mmHg ditambahkan pelayanan terapi farmakologi	Jumlah penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun di wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah estimasi penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang berada didalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	100%	Register Pelayanan
5.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (Standar Pelayanan Minimal ke 9)	Pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi : a. Pengukuran gula darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau nutrisi c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Gula darah Sewaktu (GDS) lebih dari 200 mg/dl ditambahkan pelayanan terapi farmakologi	Jumlah penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah estimasi penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	100%	Rekam Medik

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.	Kelengkapan pengisian rekam medik	Rekam medik yang lengkap dalam 24 jam setelah selesai pelayanan, diisi oleh tenaga medis dan atau paramedis (identitas, SOAP, KIE, askep, diagnosis, kode ICD X, kajian sosial, pengobatan, tanda tangan) serta pengisian identitas rekam medik lengkap oleh petugas rekam medik (nama, nomor rekam medik, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, no kartu BPJS)	Jumlah rekam medik rawat jalan yang diisi lengkap dibagi jumlah rekam medik rawat jalan dikali 100%	100%	Rekam Medik
7.	Rasio gigi tetap yang ditambal terhadap gigi tetap yang dicabut	Pelayanan kuratif kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan di Puskesmas, dinilai dengan membandingkan perlakuan tambal/cabut gigi tetap	Jumlah gigi tetap yang di tambal permanen dibandingkan dengan gigi tetap yang dicabut. Catatan kinerja Puskesmas: >1 = 100% 0,75 - 1 = 75 % 0,5 - < 0,75 = 50 % 0,25 - < 0,5 = 25 % < 0,25 = 0 %	>1	Register gigi
8.	Bumil yang mendapat pelayanan kesehatan gigi	Pelayanan kesehatan gigi ibu hamil minimal 1 kali selama kehamilan di Puskesmas (konseling/ pemeriksaan/ perawatan)	Jumlah ibu hamil (minimal 1x selama kehamilan) yang mendapat pelayanan kesehatan gigi di Puskesmas dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100%	100%	Register gigi
2.3.2. Pelayanan Gawat Darurat					
1	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i>	Kelengkapan pengisian data <i>informed consent</i> meliputi identitas pasien, informasi (diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis dari tindakan yang akan dilakukan serta perkiraan pembiayaan) dan tanda tangan saksi serta pemberi layanan.	Jumlah <i>informed consent</i> gawat darurat yang diisi lengkap dibagi jumlah <i>informed consent</i> di pelayanan gawat darurat dikali 100%	100%	Rekam Medik Ruang Pelayanan Gawat Darurat
2.3.3. Pelayanan Kefarmasian					

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fomas	Evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia di Puskesmas terhadap Fomas FKTP. Perhitungan evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia dengan Fomas dilakukan setiap bulan.	Jumlah item obat di Puskesmas yang sesuai dengan Fomas FKTP dibagi jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas dikali 100 %. Contoh: Jumlah obat Puskesmas yang sesuai dengan fomas 297 item, yang tersedia 513 item, maka % kesesuaian = $297/513 \times 100\% = 57,89\%$	80%	Data stok obat
2 .	Ketersediaan obat dan vaksin terhadap 45 item obat dan vaksin indikator	Tersedianya obat dan vaksin untuk pelayanan kesehatan dasar terhadap 45 item obat indikator (Albendazol /Pirantel Pamoat, Alopurinol, Amlodipin/Kaptopril, Amoksisilin 500 mg, Amoksisilin sirup, Antasida tablet kunyah/antasida suspensi, Amitriptilin tab, Asam Askorbat (Vitamin C), Asiklovir, Betametason salep, Deksametason tablet/deksametason injeksi, Diazepam injeksi 5 mg/ml, Diazepam, Dihidroartemisin+piperakuin (DHP) dan primaquin, Difenhidramin Inj. 10 mg/ml, Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1 % (sebagai HCl), Fitomenadion (Vitamin K) injeksi, Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT), Garam Oralit serbuk, Glibenklamid/Metformin, Hidrokortison krim/salep, Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi tablet/Kotrimoksazol suspensi, Ketoconazol tab, Klorfeniramin Maleat (CTM) tab, Lidokain inj, Magnesium Sulfat injeksi, Metilergometrin Maleat injeksi 0,200 mg-1 ml, Natrium Diklofenak, OAT FDC Kat 1, Oksitosin injeksi, Parasetamol sirup 120 mg / 5 ml, Parasetamol 500 mg, Prednison 5 mg, Retinol 100.000/200.000 IU, Salbutamol, Salep Mata/Tetes Mata Antibiotik, Simvastatin, Tablet Tambah Darah, Vitamin B6 (Piridoksin), Zinc 20 mg), Vaksin Hepatitis B, Vaksin BCG, Vaksin DPT - Hb - HIB, Vaksin Polio, Vaksin Campak/Vaksin Rubella) Pemilihan obat dan vaksin 45 item tersebut adalah sesuai dengan Indikator Kinerja Kementerian pada Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekkes Ditjen Farmalkes Kemkes RI. Penilaian ketersediaan obat dan vaksin dilakukan setiap bulan.	Bila obat tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 1, bila obat tidak tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 0 (catatan : bila obat tidak dibutuhkan oleh Puskesmas dan tidak tersedia (kosong) di Puskesmas tersebut maka dalam format pelaporannya ditulis N/A, dan dalam perhitungan dianggap bernilai 1). Perhitungan diperoleh dengan cara = Jumlah kumulatif item obat indikator yang tersedia di Puskesmas dibagi 45 dikali 100 %	85%	Data stok obat/LPLPO

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus ISPA non pneumoni per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pada penatalaksanaan kasus ISPA non-pneumonia memiliki batas toleransi maksimal sebesar 20%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit misal seperti ISPA ats (acute upper respiratory tract infection) (diagnosa dokter/perawat tidak spesifik), pilek (common cold), batuk-pilek, otitis media, sinusitis atau dalam kode ICD X berupa J00, J01, J04, J05, J06, J10, J11.	Jumlah Penggunaan Antibiotika pada ISPA non Pneumonia dibagi Jumlah kasus ISPA non Pneumonia dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 20% = 100% 21-40 % =75% 41-60 % = 50% 61-80 % = 25% > 80 % = 0%	≤ 20 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
4	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pd penatalaksanaan kasus diare non-spesifik memiliki batas toleransi maksimal 8 %. Diare Non Spesifik meliputi Gastroenteritis, penyebab tidak jelas, virus, dll (non bakterial). Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit ditulis diare mencret atau sejenisnya atau dalam kode ICD X berupa A09 dan K52.	Jumlah penggunaan Antibiotika pada diare non spesifik dibagi jumlah kasus diare non spesifik dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 8 % = 100% 9 - 20 % = 75% 21 - 40 % = 50% 41 - 60 % = 25% > 60% = 0%	≤ 8 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
5.	Penggunaan Injeksi pada Myalgia	Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia dengan batas toleransi maksimal 1%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit nyeri otot, pegal-pegal sakit pinggang, atau sejenisnya yang tidak membutuhkan injeksi (misal vitamin B1)	Jumlah penggunaan injeksi pada myalgia dibagi jumlah kasus myalgia dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 1 % = 100% 2 - 10 % =75% 11 - 20 % = 50% 21 - 30 % = 25% > 30 % = 0%	≤ 1 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.	Rerata item obat yang diresepkan	rerata item obat per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Rerata item obat perlembar resep dengan batas toleransi 2,6. ( perhitungan sesuai dengan laporan Penggunaan Obat Rasional bulanan puskesmas)	Jumlah item obat per lembar resep dibagi jumlah resep Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 2,6 = 100% 2,7 - 4 = 75% 5 - 7 = 50% 8 - 9 = 25% > 9 = 0%	≤ 2,6	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
7	Pengkajian resep,pelayanan resep dan pemberian informasi obat	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi.	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi dibagi jumlah resep yang masuk setiap bulan dikali 100%.	80%	Resep, diagnosa pasien , dokumentasi pengkajian resep dan pemberian informasi obat, Laporan Pelayanan Kefarmasian
8	Konseling	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis ( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi.	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis ( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi dibagi jumlah pasien kronis( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang menerima resep setiap bulan dikali 100%	5%	Resep, diagnosa pasien ,Dokumentasi konseling, Laporan Pelayanan Kefarmasian
9	Pelayanan Informasi Obat	Jumlah pelayanan Informasi Obat yang terdokumentasi.	Jumlah pelayanan informasi obat yang terdokumentasi di bagi jumlah kegiatan pelayann informasi obat ( aktif dan pasif) setiap bulan dikali 100%	10%	Dokumentasi PIO, Laporan Pelayanan Kefarmasian
2.3.4.Pelayanan laboratorium					

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	50 Jenis pelayanan meliputi: a. Hemoglobin, Hematokrit, Hitung eritrosit, Hitung trombosit, Hitung lekosit, Hitung jenis lekosit, LED, Masa perdarahan dan Masa pembekuan. b. Kimia klinik: Glukosa, Protein, Albumin, Bilirubin total, Bilirubin direk, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, Asam urat, Ureum/BUN, Kreatinin, Trigliserida, Kolesterol total, Kolesterol HDL dan Kolesterol LDL. c. Mikrobiologi dan Parasitologi: BTA, Diplococcus gram negatif, Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Bacterial vaginosis, Malaria, Microfilaria dan Jamur permukaan. d. Imunologi: Tes kehamilan, Golongan darah, Widal, VDRL, HbsAg, Anti Hbs, Anti HIV dan Antigen/antibody dengue. e. Urinalisa: Makroskopis (Warna, Kejernihan, Bau, Volume), pH, Berat jenis, Protein, Glukosa, Bilirubin, Urobilinogen, Keton, Nitrit, Lekosit, Eritrosit dan Mikroskopik (sedimen). f. Tinja: Makroskopik, Darah samar dan Mikroskopik	Jumlah jenis pelayanan yang tersedia dibagi Jumlah standar jenis pelayanan (50) dikali 100%	60%	Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Jenis Layanan
2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	Waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan tentang waktu tunggu penyerahan hasil	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan dibagi jumlah seluruh pemeriksaan dikali 100%	100%	Survey, register
3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	Pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium oleh Tenaga Puskesmas yang kompeten, dilakukan evaluasi, analisa dan tindak lanjut	Jumlah pemeriksaan mutu internal yang memenuhi standar minimal 1 (satu) parameter dari hematologi, Kimia Klinik, serologi, dan bakteriologi dibagi jumlah pemeriksaan dalam 1 (satu) bulan dikali 100%	100%	Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Internal
4.	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil minimal 1 (satu) kali selama kehamilan oleh tenaga yang kompeten	Jumlah pemeriksaan Hemoglobin minimal 1 (satu) kali pada ibu hamil dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100%	100%	Register Pemeriksaan Laboratorium Pedoman KIA
2.3.5. Pelayanan Rawat Inap					

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	<i>Bed Occupation Rate (BOR)</i>	Prosentase pemakaian tempat tidur di Puskesmas rawat inap setiap bulan	Jumlah hari perawatan dalam 1 bulan dibagi hasil kali jumlah tempat tidur dengan jumlah hari dalam 1 bulan dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : 10% - 60% = 100% >60 - 70% = 75% >70 - 80% = 50% >80 - 90% = 25% <10% atau >90% = 0%	10% - 60%	Rekam Medik
2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	Rekam medik yang telah diisi lengkap pada pelayanan rawat inap oleh staf medis dan atau tenaga yang diberikan pelimpahan kewenangan, meliputi kelengkapan pengisian identitas, SOAP, KIE, asuhan keperawatan, lembar observasi, lembar rujukan, asuhan gizi, resume medis, surat pemulangan, <i>informed consent</i> , monitoring rujukan, monitoring pra, selama dan sesudah pemberian anestesi dan laporan operasi	Jumlah rekam medis yang lengkap dibagi jumlah rekam medis per bulan di pelayanan rawat inap dikali 100%	100%	Rekam Medik

I.d. DEFINISI OPERASIONAL, CARA PERHITUNGAN DAN TARGET INDIKATOR KINERJA UKP PUSKESMAS

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.3.1. Pelayanan Non Rawat Inap					
1.	Angka Kontak Komunikasi	Indikator untuk mengetahui aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer oleh peserta berdasarkan jumlah peserta jaminan kesehatan (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan (kontak sakit maupun sehat) di Puskesmas per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan	Perbandingan jumlah peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total Jumlah Peserta terdaftar di Puskesmas dikali 1000 (seribu) Catatan Kinerja Puskesmas: $\geq 150 \text{ ‰} = 100\%$ $> 145 - < 150 \text{ ‰} = 75\%$ $> 140 - 145 \text{ ‰} = 50\%$ $> 135 - 140 \text{ ‰} = 25\%$ $\leq 135 = 0\%$	$\geq 150$ per mil	Register Pelayanan UKP dan Laporan Pelayanan UKM
2.	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)	Indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di Puskesmas sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya. Kasus non spesialistik adalah kasus terkait 144 diagnosa yang harus ditangani di Puskesmas serta kriteria <i>Time-Age-Complication-Comorbidity (TACC)</i> . Kelayakan rujukan kasus tersebut berdasarkan kesepakatan dalam bentuk perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan, Puskesmas, Dinkes Kabupaten/Kota dan organisasi profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan Puskesmas serta progresifitas penyakit yang merupakan keadaan khusus dan/atau kedaruratan medis	Perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh Puskesmas dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: $\leq 2\% = 100\%$ $2,5\% = 75\%$ $> 2,5 - 3\% = 50\%$ $> 3 - 3,5\% = 25\%$ $> 3,5\% = 0\%$	$\leq 2\%$	Register rujukan, <i>P-Care</i> .

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	Indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan prolanis oleh Puskesmas dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien diabetes tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien HT. Penyakit kronis masuk Prolanis yaitu Diabetes Melitus dan Hipertensi. Aktifitas Prolanis: (1) Edukasi Klub (2) Konsultasi Medis (3) Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang (4) Senam Prolanis (5) <i>Home visit</i> /kunjungan rumah (6) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB)	Capaian rasio peserta prolanis DM terkontrol ditambah capaian rasio peserta prolanis HT terkontrol dibagi 2 Catatan untuk kinerja Puskesmas: ≥ 5% = 100%; 4 - < 5% = 75% 3 - < 4% = 50% 2 - < 3% = 25% < 2% = 0%	≥ 5%	Aplikasi P-Care, Laporan pelaksanaan Prolanis
4.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (Standar Pelayanan Minimal ke 8)	Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi : a. Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau kepatuhan minum obat c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Tekanan Darah Sewaktu (TDS) lebih dari 140 mmHg ditambahkan pelayanan terapi farmakologi	Jumlah penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun di wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah estimasi penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang berada didalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	100%	Register Pelayanan
5.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (Standar Pelayanan Minimal ke 9)	Pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi : a. Pengukuran gula darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau nutrisi c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Gula darah Sewaktu (GDS) lebih dari 200 mg/dl ditambahkan pelayanan terapi farmakologi	Jumlah penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah estimasi penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	100%	Rekam Medik

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.	Kelengkapan pengisian rekam medik	Rekam medik yang lengkap dalam 24 jam setelah selesai pelayanan, diisi oleh tenaga medis dan atau paramedis (identitas, SOAP, KIE, askep, diagnosis, kode ICD X, kajian sosial, pengobatan, tanda tangan) serta pengisian identitas rekam medik lengkap oleh petugas rekam medik (nama, nomor rekam medik, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, no kartu BPJS)	Jumlah rekam medik rawat jalan yang diisi lengkap dibagi jumlah rekam medik rawat jalan dikali 100%	100%	Rekam Medik
7.	Rasio gigi tetap yang ditambal terhadap gigi tetap yang dicabut	Pelayanan kuratif kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan di Puskesmas, dinilai dengan membandingkan perlakuan tambal/cabut gigi tetap	Jumlah gigi tetap yang di tambal permanen dibandingkan dengan gigi tetap yang dicabut. Catatan kinerja Puskesmas: >1 = 100% 0,75 - 1 = 75 % 0,5 - < 0,75 = 50 % 0,25 - < 0,5 = 25 % < 0,25 = 0 %	>1	Register gigi
8.	Bumil yang mendapat pelayanan kesehatan gigi	Pelayanan kesehatan gigi ibu hamil minimal 1 kali selama kehamilan di Puskesmas (konseling/ pemeriksaan/ perawatan)	Jumlah ibu hamil (minimal 1x selama kehamilan) yang mendapat pelayanan kesehatan gigi di Puskesmas dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100%	100%	Register gigi
2.3.2. Pelayanan Gawat Darurat					
1	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i>	Kelengkapan pengisian data <i>informed consent</i> meliputi identitas pasien, informasi (diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis dari tindakan yang akan dilakukan serta perkiraan pembiayaan) dan tanda tangan saksi serta pemberi layanan.	Jumlah <i>informed consent</i> gawat darurat yang diisi lengkap dibagi jumlah <i>informed consent</i> di pelayanan gawat darurat dikali 100%	100%	Rekam Medik Ruang Pelayanan Gawat Darurat
2.3.3. Pelayanan Kefarmasian					

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fomas	Evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia di Puskesmas terhadap Fomas FKTP. Perhitungan evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia dengan Fomas dilakukan setiap bulan.	Jumlah item obat di Puskesmas yang sesuai dengan Fomas FKTP dibagi jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas dikali 100 %. Contoh: Jumlah obat Puskesmas yang sesuai dengan fomas 297 item, yang tersedia 513 item, maka % kesesuaian = $297/513 \times 100 \% = 57,89\%$	80%	Data stok obat
2 .	Ketersediaan obat dan vaksin terhadap 45 item obat dan vaksin indikator	Tersedianya obat dan vaksin untuk pelayanan kesehatan dasar terhadap 45 item obat indikator (Albendazol /Pirantel Pamoat, Alopurinol, Amlodipin/Kaptopril, Amoksisilin 500 mg, Amoksisilin sirup, Antasida tablet kunyah/antasida suspensi, Amitriptilin tab, Asam Askorbat (Vitamin C), Asiklovir, Betametason salep, Deksametason tablet/deksametason injeksi, Diazepam injeksi 5 mg/ml, Diazepam, Dihidroartemisin+piperakuin (DHP) dan primaquin, Difenhidramin Inj. 10 mg/ml, Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1 % (sebagai HCl), Fitomenadion (Vitamin K) injeksi, Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT), Garam Oralit serbuk, Glibenklamid/Metformin, Hidrokortison krim/salep, Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi tablet/Kotrimoksazol suspensi, Ketoconazol tab, Klorfeniramin Maleat (CTM) tab, Lidokain inj, Magnesium Sulfat injeksi, Metilergometrin Maleat injeksi 0,200 mg-1 ml, Natrium Diklofenak, OAT FDC Kat 1, Oksitosin injeksi, Parasetamol sirup 120 mg / 5 ml, Parasetamol 500 mg, Prednison 5 mg, Retinol 100.000/200.000 IU, Salbutamol, Salep Mata/Tetes Mata Antibiotik, Simvastatin, Tablet Tambah Darah, Vitamin B6 (Piridoksin), Zinc 20 mg), Vaksin Hepatitis B, Vaksin BCG, Vaksin DPT - Hb - HIB, Vaksin Polio, Vaksin Campak/Vaksin Rubella) Pemilihan obat dan vaksin 45 item tersebut adalah sesuai dengan Indikator Kinerja Kementerian pada Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekkes Ditjen Farmalkes Kemkes RI. Penilaian ketersediaan obat dan vaksin dilakukan setiap bulan.	Bila obat tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 1, bila obat tidak tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 0 (catatan : bila obat tidak dibutuhkan oleh Puskesmas dan tidak tersedia (kosong) di Puskesmas tersebut maka dalam format pelaporannya ditulis N/A, dan dalam perhitungan dianggap bernilai 1). Perhitungan diperoleh dengan cara = Jumlah kumulatif item obat indikator yang tersedia di Puskesmas dibagi 45 dikali 100 %	85%	Data stok obat/LPLPO

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus ISPA non pneumoni per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pada penatalaksanaan kasus ISPA non-pneumonia memiliki batas toleransi maksimal sebesar 20%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit misal seperti ISPA ats (acute upper respiratory tract infection) (diagnosa dokter/perawat tidak spesifik), pilek (common cold), batuk-pilek, otitis media, sinusitis atau dalam kode ICD X berupa J00, J01, J04, J05, J06, J10, J11.	Jumlah Penggunaan Antibiotika pada ISPA non Pneumonia dibagi Jumlah kasus ISPA non Pneumonia dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 20% = 100% 21-40 % =75% 41-60 % = 50% 61-80 % = 25% > 80 % = 0%	≤ 20 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
4	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pd penatalaksanaan kasus diare non-spesifik memiliki batas toleransi maksimal 8 %. Diare Non Spesifik meliputi Gastroenteritis, penyebab tidak jelas, virus, dll (non bakterial). Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit ditulis diare mencret atau sejenisnya atau dalam kode ICD X berupa A09 dan K52.	Jumlah penggunaan Antibiotika pada diare non spesifik dibagi jumlah kasus diare non spesifik dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 8 % = 100% 9 - 20 % = 75% 21 - 40 % = 50% 41 - 60 % = 25% > 60% = 0%	≤ 8 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
5.	Penggunaan Injeksi pada Myalgia	Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia dengan batas toleransi maksimal 1%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit nyeri otot, pegal-pegal sakit pinggang, atau sejenisnya yang tidak membutuhkan injeksi (misal vitamin B1)	Jumlah penggunaan injeksi pada myalgia dibagi jumlah kasus myalgia dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 1 % = 100% 2 - 10 % =75% 11 - 20 % = 50% 21 - 30 % = 25% > 30 % = 0%	≤ 1 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.	Rerata item obat yang diresepkan	rerata item obat per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Rerata item obat perlembar resep dengan batas toleransi 2,6. ( perhitungan sesuai dengan laporan Penggunaan Obat Rasional bulanan puskesmas)	Jumlah item obat per lembar resep dibagi jumlah resep Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 2,6 = 100% 2,7 - 4 = 75% 5 - 7 = 50% 8 - 9 = 25% > 9 = 0%	≤ 2,6	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
7	Pengkajian resep,pelayanan resep dan pemberian informasi obat	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi.	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi dibagi jumlah resep yang masuk setiap bulan dikali 100%.	80%	Resep, diagnosa pasien , dokumentasi pengkajian resep dan pemberian informasi obat, Laporan Pelayanan Kefarmasian
8	Konseling	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis ( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi.	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis ( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi dibagi jumlah pasien kronis( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang menerima resep setiap bulan dikali 100%	5%	Resep, diagnosa pasien ,Dokumentasi konseling, Laporan Pelayanan Kefarmasian
9	Pelayanan Informasi Obat	Jumlah pelayanan Informasi Obat yang terdokumentasi.	Jumlah pelayanan informasi obat yang terdokumentasi di bagi jumlah kegiatan pelayann informasi obat ( aktif dan pasif) setiap bulan dikali 100%	10%	Dokumentasi PIO, Laporan Pelayanan Kefarmasian
2.3.4.Pelayanan laboratorium					

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	50 Jenis pelayanan meliputi: a. Hemoglobin, Hematokrit, Hitung eritrosit, Hitung trombosit, Hitung lekosit, Hitung jenis lekosit, LED, Masa perdarahan dan Masa pembekuan. b. Kimia klinik: Glukosa, Protein, Albumin, Bilirubin total, Bilirubin direk, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, Asam urat, Ureum/BUN, Kreatinin, Trigliserida, Kolesterol total, Kolesterol HDL dan Kolesterol LDL. c. Mikrobiologi dan Parasitologi: BTA, Diplococcus gram negatif, Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Bacterial vaginosis, Malaria, Microfilaria dan Jamur permukaan. d. Imunologi: Tes kehamilan, Golongan darah, Widal, VDRL, HbsAg, Anti Hbs, Anti HIV dan Antigen/antibody dengue. e. Urinalisa: Makroskopis (Warna, Kejernihan, Bau, Volume), pH, Berat jenis, Protein, Glukosa, Bilirubin, Urobilinogen, Keton, Nitrit, Lekosit, Eritrosit dan Mikroskopik (sedimen). f. Tinja: Makroskopik, Darah samar dan Mikroskopik	Jumlah jenis pelayanan yang tersedia dibagi Jumlah standar jenis pelayanan (50) dikali 100%	60%	Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Jenis Layanan
2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	Waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan tentang waktu tunggu penyerahan hasil	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan dibagi jumlah seluruh pemeriksaan dikali 100%	100%	Survey, register
3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	Pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium oleh Tenaga Puskesmas yang kompeten, dilakukan evaluasi, analisa dan tindak lanjut	Jumlah pemeriksaan mutu internal yang memenuhi standar minimal 1 (satu) parameter dari hematologi, Kimia Klinik, serologi, dan bakteriologi dibagi jumlah pemeriksaan dalam 1 (satu) bulan dikali 100%	100%	Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Internal
4.	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil minimal 1 (satu) kali selama kehamilan oleh tenaga yang kompeten	Jumlah pemeriksaan Hemoglobin minimal 1 (satu) kali pada ibu hamil dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100%	100%	Register Pemeriksaan Laboratorium Pedoman KIA
2.3.5. Pelayanan Rawat Inap					

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	<i>Bed Occupation Rate (BOR)</i>	Prosentase pemakaian tempat tidur di Puskesmas rawat inap setiap bulan	Jumlah hari perawatan dalam 1 bulan dibagi hasil kali jumlah tempat tidur dengan jumlah hari dalam 1 bulan dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : 10% - 60% = 100% >60 - 70% = 75% >70 - 80% = 50% >80 - 90% = 25% <10% atau >90% = 0%	10% - 60%	Rekam Medik
2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	Rekam medik yang telah diisi lengkap pada pelayanan rawat inap oleh staf medis dan atau tenaga yang diberikan pelimpahan kewenangan, meliputi kelengkapan pengisian identitas, SOAP, KIE, asuhan keperawatan, lembar observasi, lembar rujukan, asuhan gizi, resume medis, surat pemulangan, <i>informed consent</i> , monitoring rujukan, monitoring pra, selama dan sesudah pemberian anestesi dan laporan operasi	Jumlah rekam medis yang lengkap dibagi jumlah rekam medis per bulan di pelayanan rawat inap dikali 100%	100%	Rekam Medik

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.3.4. Pelayanan laboratorium					
1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	50 Jenis pelayanan meliputi: a. Hemoglobin, Hematokrit, Hitung eritrosit, Hitung trombosit, Hitung lekosit, Hitung jenis lekosit, LED, Masa perdarahan dan Masa pembekuan. b. Kimia klinik: Glukosa, Protein, Albumin, Bilirubin total, Bilirubin direk, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, Asam urat, Ureum/BUN, Kreatinin, Trigliserida, Kolesterol total, Kolesterol HDL dan Kolesterol LDL. c. Mikrobiologi dan Parasitologi: BTA, Diplococcus gram negatif, Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Bacterial vaginosis, Malaria, Microfilaria dan Jamur permukaan. d. Immunologi: Tes kehamilan, Golongan darah, Widal, VDRL, HbsAg, Anti Hbs, Anti HIV dan Antigen/antibody dengue. e. Urinalisa: Makroskopis (Warna, Kejemihan, Bau, Volume), pH, Berat jenis, Protein, Glukosa, Bilirubin, Urobilinogen, Keton, Nitrit, Lekosit, Eritrosit dan Mikroskopik (sedimen). f. Tinja: Makroskopik, Darah samar dan Mikroskopik	Jumlah jenis pelayanan yang tersedia dibagi Jumlah standar jenis pelayanan (50) dikali 100%	60%	Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Jenis Layanan
2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	Waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan tentang waktu tunggu penyerahan hasil	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan dibagi jumlah seluruh pemeriksaan dikali 100%	100%	Survey, register
3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	Pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium oleh Tenaga Puskesmas yang kompeten, dilakukan evaluasi, analisa dan tindak lanjut	Jumlah pemeriksaan mutu internal yang memenuhi standar minimal 1 (satu) parameter dari hematologi, Kimia Klinik, serologi, dan bakteriologi dibagi jumlah pemeriksaan dalam 1 (satu) bulan dikali 100%	100%	Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Internal
4.	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil minimal 1 (satu) kali selama kehamilan oleh tenaga yang kompeten	Jumlah pemeriksaan Hemoglobin minimal 1 (satu) kali pada ibu hamil dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100%	100%	Register Pemeriksaan Laboratorium Pedoman KIA

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>2.3.5. Pelayanan Rawat Inap</b>					
1.	<i>Bed Occupation Rate (BOR)</i>	Prosentase pemakaian tempat tidur di Puskesmas rawat inap setiap bulan	Jumlah hari perawatan dalam 1 bulan dibagi hasil kali jumlah tempat tidur dengan jumlah hari dalam 1 bulan dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : 10% - 60% = 100% >60 - 70% = 75% >70 - 80% = 50% >80 - 90% = 25% <10% atau >90% = 0%	10% - 60%	Rekam Medik
2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	Rekam medik yang telah diisi lengkap pada pelayanan rawat inap oleh staf medis dan atau tenaga yang diberikan pelimpahan kewenangan, meliputi kelengkapan pengisian identitas, SOAP, KIE, asuhan keperawatan, lembar observasi , lembar rujukan, asuhan gizi, resume medis, surat pemulangan, <i>informed consent</i> , monitoring rujukan, monitoring pra, selama dan sesudah pemberian anestesi dan laporan operasi	Jumlah rekam medis yang lengkap dibagi jumlah rekam medis per bulan di pelayanan rawat inap dikali 100%	100%	Rekam Medik

I.e. DEFINISI OPERASIONAL, CARA PENGHITUNGAN DAN TARGET KINERJA MUTU PUSKESMAS

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Thn 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.5.1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol ( <i>alcohol-based handrubs</i> ) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO, yang terdiri dari lima indikasi ( <i>five moment</i> ) kebersihan tangan terdiri dari; 1. Sebelum kontak dengan pasien 2. Sesudah kontak dengan pasien 3. Sebelum melakukan prosedur aseptik 4. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien 5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100%	≥ 85%	Hasil observasi
2.5.2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	Kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100%	100%	Hasil observasi
2.5.3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Puskesmas	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%	100%	Hasil observasi
2.5.4	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)	Keberhasilan pengobatan pasien TB adalah angka yang menunjukkan persentase semua pasien TB yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua pasien TB yang diobati dan dilaporkan sesuai dengan periodisasi waktu pengobatan TB. Angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan semua kasus dan angka pengobatan lengkap semua kasus yang menggambarkan kualitas pengobatan TB	Jumlah semua pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas dibagi Jumlah semua kasus TB SO yang diobati pada tahun berjalan di wilayah kerja dikali 100%	100%	Formulir TB/Sistem Informasi TB (SITB)

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Thn 2022	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.5.5	Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan ANC Sesuai Standar	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah bersalin serta mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan. Standar kuantitas adalah kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4). Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10T.	Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi Jumlah seluruh ibu hamil yang telah bersalin yang mendapatkan pelayanan ANC di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dikali 100%	100%	Kohort Ibu, Kartu Ibu, PWS KIA, Buku Register Ibu
2.5.6	Kepuasan Pasien	Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasyankes terhadap pasien dilakukan dengan survei kepuasan pasien. Unsur survei kepuasan pasien menurut Permenpan RB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik meliputi: 1. Persyaratan 2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur 3. Waktu Penyelesaian 4. Biaya/Tarif 5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan 6. Kompetensi Pelaksana 7. Perilaku Pelaksana 8. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan 9. Sarana dan prasarana	Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25	≥ 76.61	Hasil survei

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN MAGETAN

ROHMAT HIDAYAT



13	Jumlah ibu bersalin	:	450	orang
14	Jumlah Ibu Nifas	:	450	orang
15	Jumlah bayi ( < 1 tahun )	:	467	bayi
16	Jumlah Anak balita ( 1-4 tahun)	:	2009	anak
17	Jumlah Wanita Usia Subur	:	7548	orang
18	Jumlah Pasangan Usia Subur	:	7397	pasang
<b>III. PENDIDIKAN</b>				
1	JUMLAH SEKOLAH	:		buah
a.	Taman Kanak-kanak	:	36	buah
b.	SD / MI/ sederajat	:	26	buah
c.	SMP / MT /sederajat	:	12	buah
d.	SMU / MA	:	16	buah
e.	Akademi	:	3	buah
f.	Perguruan Tinggi	:	0	buah
g.	Jumlah Pondok Pesantren (Ponpes)	:	6	buah
2	JUMLAH MURID	:		murid
a.	Taman Kanak-kanak	:	1857	murid
b.	SD / MI kelas 1-6	:	6078	murid
c.	SD/MI kelas 1	:	994	murid
d.	SLTP / MTs	:	4227	murid
e.	SMU / MA	:	8329	murid
f.	Akademi	:	552	mahasiswa
g.	Perguruan Tinggi	:	0	mahasiswa
h.	Santri Pondok Pesantren	:	840	santri
<b>B DATA KHUSUS</b>				
<b>I. DERAJAT KESEHATAN</b>				
1	Jumlah Kematian Ibu	:	2	orang
2	Jumlah Kematian Perinatal	:	1	orang
3	Jumlah Kematian Neonatal	:	1	orang
4	Jumlah Lahir Mati	:	1	orang
5	Jumlah Lahir Hidup	:	416	orang
6	Jumlah Kematian Bayi	:	2	orang
7	Jumlah Kematian Anak Balita	:	0	orang
<b>II. KETENAGAAN</b>				
1	Jumlah tenaga di Puskesmas	:	52	orang
2	Dokter	:		orang
a.	Dokter dengan Pelatihan PPGD	:	2	orang
b.	Dokter dengan Pelatihan ATLS/ACLS	:	2	orang
c.	Dokter dengan Pelatihan Poned	:	0	orang
d.	Dokter dengan STR dan SIP	:	2	orang
e.	Dokter dengan Pelatihan Jiwa	:	1	orang
3	Dokter gigi	:		orang
a.	Dokter gigi dengan STR dan SIP	:	1	orang
b.	Dokter gigi PNS	:	1	orang
c.	Dokter gigi non PNS	:	0	orang
4	Sarjana Kesehatan Masyarakat	:	2	orang
5	Bidan	:		orang
a.	Bidan di Puskesmas	:	4	orang
b.	Bidan di Pustu	:	2	orang
c.	Bidan di Ponkesdes/Desa	:	2/10	orang
d.	P2B	:	0	orang
e.	D3 Kebidanan	:	17/1	orang
f.	Bidan dengan Pelatihan APN	:	18	orang
g.	Bidan dengan Pelatihan BBLR	:	5	orang
h.	Bidan dengan Pelatihan Poned	:	0	orang
i.	Bidan dengan STR dan SIB	:	18	orang
6	Perawat Kesehatan	:	12	orang
a.	Perawat di Puskesmas	:	8	orang
b.	Perawat di Pustu	:	2	orang
c.	SPK	:	0	orang
d.	D3 Keperawatan	:	11	orang
e.	S1 Keperawatan	:	1	orang
f.	Perawat dengan Pelatihan PPGD	:	12	orang

g.	Perawat dengan STR dan SIPP	:	12	orang
h	Perawat dengan Pelatihan jiwa	:	3	orang
i	Jumlah Perawat Ponkesdes	:	2	orang
	- D3 Keperawatan	:	2	orang
	- S1 Keperawatan	:	0	orang
7	Perawat Gigi	:		orang
a.	Perawat Gigi PNS	:	2	orang
b.	Perawat Gigi non PNS	:	0	orang
8	Sanitarian/ D3 Kesling	:	0	orang
9	Petugas Gizi/ D3 Gizi	:	1	orang
10	Farmasi:	:		
a.	Apoteker	:	1	orang
b.	Apoteker dengan STR dan SIP	:	1	orang
c.	Tenaga Teknis Kefarmasian	:	1	orang
d.	Tenaga Teknis Kefarmasian dengan STR dan SIP	:	2	orang
11	Analisis laboratorium/D3 Laboratorium	:	2	orang
12	Juru Imunisasi / juru malaria	:	0	orang
13	Tenaga Kesehatan Tradisional			
a.	D3 Kesehatan Tradisional		0	orang
b.	D4 Kesehatan Tradisional		0	orang
c.	S1 Kesehatan Tradisional		0	orang
13	Tenaga Administrasi	:	4	orang
14	Sopir, penjaga	:	3	orang
15	Lain lain	:	3	orang
<b>III. SARANA KESEHATAN</b>				
1	Rumah Sakit			
	-Rumah Sakit Pemerintah	:	1	buah
	-Rumah Sakit Swasta	:	0	buah
	- Rumah Sakit Bersalin		3	buah
2	Rumah bersalin	:	0	buah
3	Puskesmas Pembantu	:	2	buah
4	Pondok Kesehatan Desa ( Ponkesdes)		2	buah
5	Polindes Pondok Bersalin Desa)	:	6	buah
6	Puskesmas Keliling	:	0	buah
7	Klinik			buah
	- Klinik Pratama		1	buah
	- Klinik Utama		0	buah
7	Laboratorium	:		buah
	- Laboratorium Kesehatan Daerah		1	buah
	- Laboratorium Kesehatan Pratama		3	buah
	- Laboratorium Kesehatan Madya		0	buah
	- Laboratorium Kesehatan Utama		0	buah
8	Praktek Dokter Spesialis Swasta		10	orang
9	Dokter Praktek Mandiri		8	orang
10	Bidan Praktek Mandiri	:	9	orang
11	Praktek Perawat	:	0	orang
12	Fasyankestrad	:	0	orang
13	Nakestrad Praktek Mandiri	:	1	orang
<b>IV. PERAN SERTA MASYARAKAT</b>				
1	Jumlah Dukun Bayi	:	0	orang
2	Jumlah Penyehat Tradisional		25	orang
3	Jumlah kader Posyandu	:	340	orang
4	Jumlah Kader Poskesdes	:	14	orang
5	Jumlah kader Tiwisada	:	35	orang
6	Jumlah Kader Lansia		132	orang
7	Jumlah Kader Kesehatan Jiwa		18	orang
8	Jumlah Guru UKS	:	60	orang
9	Jumlah Santri Husada	:	25	orang
9	Jumlah Kelompok Asuhan Mandiri	:	0	kelompok
10	Jumlah Taman Posyandu	:	27	Tapos
11	Jumlah Posyandu Balita	:	68	Pos
12	Jumlah Posyandu Remaja	:	1	Pos
13	Jumlah Posyandu Lansia	:	33	Pos
14	Jumlah Polindes	:	6	Pos
15	Jumlah Poskesdes	:	5	Pos
16	Jumlah Poskeskel	:	9	Pos
17	Jumlah Poskestren	:	2	Pos

18	Jumlah Pos UKK ( Upaya Kesehatan Kerja)	:	4	Pos
19	Jumlah Posbindu PTM	:	21	Pos
20	Jumlah Saka Bhakti Husada	:	0	SBH
21	Jumlah Organisasi Masyarakat/LSM peduli kesehatan	:	1	kelompok
22	Jumlah Panti Asuhan	:	1	buah
23	Jumlah Panti Wreda	:	1	buah
24	Jumlah Panti Sehat	:	0	buah
25	Jumlah PAUD	:	40	orang
26	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga	:	14	desa
27	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga Aktif	:	14	desa
<b>V Data Program</b>				
<b>1 Kesehatan Lingkungan</b>				
1	Jumlah TTU Prioritas	:	48	buah
2	Jumlah SAB	:	25	buah
3	Jumlah TPM yang ada / terdaftar	:	102	buah
<b>VI Data Morbiditas</b>				
a	Angka Kesakitan	:		%
<b>b Jumlah 10 Penyakit terbesar</b>				
1	Penyakit Darah Tinggi Primer	:	2.609	10,0%
2	Infeksi Akut Sal Pernaasan Atas	:	2.546	10,0%
3	Common Cold	:	1.100	4,0%
4	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with unspecified complications	:	944	4,0%
5	Diabetes / Diabetus Melitus (NIDDM)	:	881	4,0%
6	Gastritis Dan Duodenitis	:	832	3,0%
7	Paranoid Schizophrenia/Schisofrenik	:	521	2,0%
8	Penyakit Jantung Iskemik Kronik	:	517	2,0%
9	Infeksi Kulit & Jaringan Di Bawah Kulit	:	511	2,0%
10	Myalgia	:	509	2,0%

### 3 Kejadian Luar Biasa

No	Jenis Penyakit	Jumlah kasus	Attack Rate (%)
1	Campak	5	0,01
2	Difteri	4	0,02

**Instrumen Penghitungan Kinerja Administrasi dan Manajemen Puskesmas**

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<b>1.1. Manajemen Umum</b>							
	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, berdasarkan 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 lanjutnya secara 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 action</i> , dafar hadir, notulen hasil lokmin, undangan rapat lokmin tiap bulan lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin bulan sebelumnya	10

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 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.	Pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas	proses identifikasi, evaluasi, pengendalian dan meminimalkan risiko di Puskesmas	Tidak melakukan proses manajemen risiko dan tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, tidak ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko tidak lengkap	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko lengkap	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 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	7
13	Survei Kepuasan Masyarakat	Survei Kepuasan adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui kepuasan masyarakat 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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai	
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10		
	16.	Penyajian/ <i>updating</i> data dan informasi	Penyajian/ <i>updating</i> 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
		<b>Jumlah Nilai Manajemen Umum Puskesmas (I)</b>						9,8
<b>12. Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana</b>								
	1.	Kelengkapan dan Updating data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK)	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan >50% berdasarkan data ASPAK yang telah diupdate secara berkala ( minimal 2 kali dalam setahun, tgl 30 Juni dan 31 Desember tahun berjalan ) dan telah divalidasi Dinkes Kab/Kota.	Nilai data kumulatif SPA < 60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % dan data ASPAK belum diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA <60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan > 50% berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	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 kalibrasi.Tidak 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
		<b>Jumlah Nilai Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana (II)</b>						10

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai	
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10		
<b>1.3. Manajemen Keuangan</b>								
	1.	Data realisasi keuangan	Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data/laporan tidak lengkap, belum dilakukan 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
	<b>Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Keuangan ( III)</b>						10	
<b>1.4. Manajemen Sumber Daya Manusia</b>								
	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 $\leq 4$ jenis nakes dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil $\leq 7$ jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil $\leq 9$ 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	Surat Keputusan Penanggung Jawab dengan uraian tugas pokok dan tugas integrasi jabatan karyawan	Tidak ada SK tentang SO 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), analisa 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
	<b>Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Sumber Daya Manusia ( IV)</b>						10	

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
<b>1.5. Manajemen Pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai)</b>							
	1. SOP Pelayanan Kefarmasian	SOP pengelolaan sediaan farmasi (perencanaan, permintaan/ pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pencatatan dan pelaporan, dll) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep , penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling, evaluasi penggunaan obat (EPO), Visite pemantauan terapi obat (PTO) khusus untuk Puskesmas rawat inap , pengelolaan obat emergensi dll)	Tidak ada SOP	Ada SOP, tidak lengkap	Ada SOP, lengkap	Ada SOP, lengkap, ada dokumentasi pelaksanaan SOP. Dokumen pelaksanaan : (perencanaan (RKO), permintaan/ pengadaan(LPLPO/SP), penerimaan(BAST), penyimpanan(kartu stok), distribusi(LPLPO unit/SBBK), pencatatan dan pelaporan( LPLPO, Ketersediaan 40 item obat dan 5 item vaksin, laporan narkotika psikotropika) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep (skrining resep), penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat ( lembar pemberian informasi obat), konseling( form konseling), evaluasi penggunaan obat (EPO)( POR dan ketersediaan obat thd fornas), Visite untuk dalam gedung dan Home Pharmacy Care untuk luar gedung (dokumen catatan penggunaan obat pasien/dokumen PTO) pemantauan terapi obat(PTO) ( dokumen PTO)khusus untuk Puskesmas rawat inap , pengelolaan obat emergensi (ada emergency kit dan buku monitoring obat emergency)	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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 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 Verifikasi Resep, PIO, Konseling, EPO, PTO, Visite (khusus untuk puskesmas rawat inap), MESO, laporan POR, kesesuaian obat dengan Fornas) secara lengkap, rutin dan tepat waktu, serta adanya Dokumen kegiatan UKM mulai dari perencanaan (Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan), Hasil pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan gema cermat	Tidak ada data/dokumen	Data tidak lengkap, tidak ada dokumen hasil pelaksanaan, Monitoring evaluasi, tidak tersip dengan baik, rencana tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, tersip dengan baik, tidak ada analisa, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Data ada, tersip dengan baik, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut dan evaluasi	10
	<b>Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Pelayanan Kefarmasian ( V )</b>					10	
	<b>Total Nilai Kinerja Administrasi dan Manajemen (I- V)</b>					49,8	
	<b>Rata-rata Kinerja Administrasi dan Manajemen</b>					10,0	

Mengetahui  
Kepala UPTD Puskesmas Candirejo



dr. DIANA ETIKAWATI  
NIP. 19710120 200212 2 001

**INSTRUMEN PENGHITUNGAN KINERJA UKM ESENSIAL PUSKESMAS**

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
<b>2.1.UKM ESSENSIAL</b>													
<b>2.1.1.Upaya Promosi Kesehatan</b>													
<b>2.1.1.1 Pengkajian PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)</b>													
									100,00				
1.	Rumah Tangga yang dikaji	20%	Rumah Tangga	14558	2911,6	2935	20,2	100,0			Tercapai		
2.	Institusi Pendidikan yang dikaji	50%	Institusi Pendidikan	54	27	54	100,0	100,0			Tercapai		
3.	Pondok Pesantren (Ponpes) yang dikaji	70%	Ponpes	6	4,2	6	100,0	100,0			Tercapai		
<b>2.1.1.2.Tatanan Sehat</b>													
									100,00				
1.	Rumah Tangga Sehat yang memenuhi 10 indikator PHBS	63%	Rumah Tangga	2935	1849,05	1976	67,3	100,0			Tercapai		
2.	Institusi Pendidikan yang memenuhi 10-12 indikator PHBS (klasifikasi IV)	73%	Institusi Pendidikan	54	39,42	44	81,5	100,0			Tercapai		
3.	Pondok Pesantren yang memenuhi 13-15 indikator PHBS Pondok Pesantren (Klasifikasi IV)	45%	Ponpes	6	2,7	4	66,7	100,0			Tercapai		
<b>2.1.1.3.Intervensi/ Penyuluhan</b>													
									100,00				
1.	Kegiatan intervensi pada Kelompok Rumah Tangga	100%	Posyandu	272	272	272	100,0	100,0			Tercapai		
2.	Kegiatan intervensi pada Institusi Pendidikan	100%	Institusi Pendidikan	108	108	108	100,0	100,0			Tercapai		
3.	Kegiatan intervensi pada Pondok Pesantren	100%	Ponpes	12	12	14	116,7	100,0			Tercapai		
<b>2.1.1.4.Pengembangan UKBM</b>													
									100,00				
1.	Posyandu Balita PURI (Purnama Mandiri)	76%	Posyandu	68	51,68	63	92,6	100,0			Tercapai		
2.	Poskesdes/ Poskeskel Aktif	77%	Poskesdes/Poske skel	14	10,78	14	100,0	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
	<b>2.1.1.5 Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif</b>								100,00				
	1. Desa/Kelurahan Siaga Aktif	98%	Desa/Kel	14	13,72	14	100,0	100,0			Tercapai		
	2. Desa/Kelurahan Siaga Aktif PURI (Purnama Mandiri )	18%	Desa/Kel	14	2,45	3	21,4	100,0			Tercapai		
	3. Pembinaan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	100%	Desa/Kel	14	14	14	100,0	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.1.6. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b>								100,00				
	1. Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	Puskesmas & Jaringannya	5	5	5	100,0	100,0			Tercapai		
	2. Pengukuran dan Pembinaan Tingkat Perkembangan UKBM	100%	Jenis UKBM	85	85	85	100,0	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.2. Upaya Kesehatan Lingkungan</b>									100,0			
	<b>2.1.2.1. Penyehatan Air</b>								100,00				
	1. Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air Bersih (SAB) / Sarana Air Minum (SAM)	45%	SAB	<b>25</b>	11	<b>20</b>	80,0	100,0			Tercapai		
	2. Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat kesehatan	89%	SAB	<b>20</b>	18	<b>20</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	3. Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang diperiksa kualitas airnya	68%	SAB	<b>20</b>	14	<b>20</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.2.2. Penyehatan Makanan dan Minuman</b>								100,00				
	1. Pembinaan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)	67%	TPM	<b>102</b>	68	<b>73</b>	71,6	100,0			Tercapai		
	2. TPM yang memenuhi syarat kesehatan	50%	TPM	<b>68</b>	34	<b>53</b>	77,6	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
	<b>2.1.2.3.Pembinaan Tempat-Tempat Umum ( TTU )</b>								100,00				
	1. Pembinaan sarana TTU Prioritas	88%	TTU	<b>48</b>	42	<b>48</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	2. TTU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	45%	TTU	<b>48</b>	22	<b>36</b>	75,0	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.2.4.Yankesling (Klinik Sanitasi)</b>								100,00				
	1. Konseling Sanitasi	10%	orang	<b>2028</b>	203	<b>220</b>	10,8	100,0			Tercapai		
	2. Inspeksi Sanitasi PBL	20%	orang	<b>220</b>	44	<b>45</b>	20,5	100,0			Tercapai		
	3. Intervensi terhadap pasien PBL yang di IS	40%	orang	<b>45</b>	18	<b>24</b>	53,3	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.2.5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat ( STBM ) = Pemberdayaan Masyarakat</b>								100,00				
	1. Kepala Keluarga (KK) yang Akses terhadap jamban sehat	93%	KK	<b>14558</b>	13539	<b>14558</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	2. Desa/kelurahan yang Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	82%	Desa/kel	<b>14</b>	11	<b>14</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	3. Desa/ Kelurahan ber STBM 5 Pilar	10%	Desa/kel	<b>14</b>	1	<b>4</b>	28,6	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.3.Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana</b>									97,80			
	<b>2.1.3.1.Kesehatan Ibu</b>								97,69				
	1. Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1)	100%	ibu hamil	<b>469</b>	469	<b>459</b>	97,9	97,9			Tidak tercapai	Kurangnya sasaran	1) Kerjasama dengan jejaring dengan menggunakanpelaporan online/ link.
	2. Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (Pf) -SPM	100%	ibu hamil	<b>450</b>	450	<b>412</b>	91,6	91,6			Tidak tercapai	Kurangnya sasaran	2) Memantau sasaran yang ada sesuai standar.
	3. Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF)	92%	orang	<b>450</b>	414	<b>410</b>	91,1	99,0			Tidak tercapai	Kurangnya sasaran	3) Melaporkan sasaran.
	4. Penanganan komplikasi kebidanan (PK)	80%	orang	<b>94</b>	75	<b>95</b>	101,3	100,0			Tercapai		
	5. Ibu hamil yang diperiksa HIV	95%	ibu hamil	<b>469</b>	446	<b>455</b>	97,0	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
<b>2.1.3.2. Kesehatan Bayi</b>													
									98,52				
1.	Pelayanan Kesehatan Neonatus pertama (KN1)	100%	bayi	<b>421</b>	421	<b>416</b>	98,8	98,8			Tidak tercapai	Tidak ada persalinan	Bekerja sama dengan kader untuk mendata seluruh ibu hamil yang ada serta bekerja sama dengan jaringan dan jejaring Puskesmas agar melaporkan hasil pelayanan Bulin dan Neonatus ke Puskesmas
2.	Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 - 28 hari (KN lengkap) <b>-SPM</b>	100%	bayi	<b>421</b>	421	<b>401</b>	95,2	95,2			Tidak tercapai		
3.	Penanganan komplikasi neonatus	80%	bayi	<b>63</b>	50	<b>66</b>	104,8	100,0			Tercapai		
4.	Pelayanan kesehatan bayi 29 hari - 11 bulan	92%	bayi	<b>467</b>	430	<b>442</b>	94,6	100,0			Tercapai		
<b>2.1.3.3. Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah</b>													
									100,00				
1	Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan)	100%	balita	<b>2009</b>	2009	<b>2009</b>	100,0	100,0			Tercapai		
2	Pelayanan kesehatan Anak pra sekolah (60 - 72 bulan)	84%	anak	<b>458</b>	385	<b>469</b>	102,4	100,0			Tercapai		
<b>2.1.3.4. Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja</b>													
									100,00				
1.	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100%	sekolah	<b>26</b>	26	<b>26</b>	100,0	100,0			Tercapai		
2.	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100%	sekolah	<b>12</b>	12	<b>12</b>	100,0	100,0			Tercapai		
3.	Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100%	sekolah	<b>16</b>	16,0	<b>16</b>	100,0	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
4.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 dan diluar satuan pendidikan dasar	100%	orang	<b>9939</b>	9939	<b>10227</b>	102,9	100,0			Tercapai		
5.	Pelayanan kesehatan remaja	100%	orang	<b>4862</b>	4862	<b>8253</b>	169,7	100,0			Tercapai		
<b>2.1.3.5 Pelayanan Kesehatan Lansia</b>										97,8			
1.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut (usia ≥ 60 tahun ) <b>(Standar Pelayanan Minimal ke 7)</b>	100%	orang	<b>10571</b>	10571	<b>10347</b>	97,9	97,9			Tidak tercapai	Belum semua lansia mampu mengakses pelayanan kesehatan karena keterbatasan fisik, terutama lansia dengan tingkat kemandirian B dan C	Petugas kesehatan dan caregiver informal akan melakukan kunjungan rumah terutama terhadap lansia dengan tingkat kemandirian B dan C untuk memberikan pendampingan pelayanan Perawatan Jangka Panjang (PJP)
2.	Pelayanan Kesehatan pada Pra usia lanjut (45 - 59 tahun)	100%	orang	<b>10239</b>	10239	<b>10010</b>	97,8	97,8			Tidak tercapai	Kurangnya kesadaran tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan sejak dini	Memberikan edukasi tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan sejak dini
<b>2.1.3.6. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)</b>										92,79			
1.	KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate/ CPR)	70%	orang	<b>7397</b>	5178	<b>5917</b>	80,0	100,0			Tercapai		
2.	Peserta KB baru	10%	orang	<b>7397</b>	740	<b>736</b>	9,9	99,5			Tidak tercapai	Tidak semua ibu bersalin primi memahami perlunya KB	Melaksanakan penyuluhan KB di Posyandu

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
3.	Akseptor KB Drop Out	< 10 %	orang	<b>5917</b>	592	<b>835</b>	14,1	50,0			Tidak tercapai	Metode KB jangka pendek	Memberikan motivasi kepada peserta KB untuk bisa memilih metode KB jangka panjang supaya angka drop out KB tidak melonjak
4.	Peserta KB mengalami komplikasi	< 3,5 %	orang	<b>5917</b>	207	<b>0</b>	0,0	100,0			Tercapai		
5	PUS dengan 4 T ber KB	80%	orang	<b>559</b>	447	<b>468</b>	83,7	100,0			Tercapai		
6	KB pasca persalinan	60%	orang	<b>450</b>	270	<b>292</b>	64,9	100,0			Tercapai		
7	CPW dilayanan kespro catin	62%	orang	<b>302</b>	187	<b>256</b>	84,8	100,0			Tercapai		
<b>2.1.4.Upaya Pelayanan Gizi</b>										98,0			
<b>2.1.4.1.Pelayanan Gizi Masyarakat</b>										100,00			
1.	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita (6-59 bulan )	88%	balita	<b>2362</b>	2079	<b>2362</b>	100,0	100,0			Tercapai		
2	Pemberian 90 tablet Besi pada ibu hamil	82%	bumil	<b>475</b>	390	<b>423</b>	89,1	100,0			Tercapai		
3	Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri	54%	orang	<b>6079</b>	3283	<b>5472</b>	90,0	100,0			Tercapai		
<b>2.1.4.2. Penanggulangan Gangguan Gizi</b>										100,00			
1.	Pemberian makanan tambahan bagi balita gizi kurang	85%	Balita	<b>67</b>	57	<b>67</b>	100,0	100,0			Tercapai		
2	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK )	80%	Ibu Hamil	<b>34</b>	27	<b>34</b>	100,0	100,0			Tercapai		
3	Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar tatalaksana gizi buruk	86%	Balita	<b>1</b>	1	<b>1</b>	100,0	100,0			Tercapai		
4	Pemberian Proses Asuhan Gizi di Puskesmas (sesuai buku pedoman asuhan gizi tahun 2018 warna kuning )	12 dokumen ( 100 % )	(Dokumen)	<b>12</b>	12	<b>35</b>	291,7	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
<b>2.1.4.3. Pemantauan Status Gizi</b>													
									94,09				
1.	Balita yang di timbang berat badanya ( D/S)	75%	balita	<b>2179</b>	1634	<b>1546</b>	70,9	94,6			Tidak tercapai	Sasaran riil di posyandu dengan di e-PPGBM belum sama	Menyamakan sasaran saat pelaksanaan kegiatan posyandu
2.	Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D)	84%	balita	<b>1282</b>	1077	<b>856</b>	66,8	79,5			Tidak tercapai	Balita sakit, pola asuh orang tua kurang tepat	Edukasi PMBA, pemberian makanan tambahan untuk balita
3	Balita stunting ( pendek dan sangat pendek )	18,40%	Balita	<b>1515</b>	279	<b>47</b>	3,1	100,0			Tercapai		
4	Bayi usia 6 (enam) bulan mendapat ASI Eksklusif	50%	Bayi	<b>164</b>	82	<b>79</b>	48,2	96,3			Tidak tercapai	Kegiatan recall ASI eksklusif belum optimal	Setiap bulan melakukan recall ASI eksklusif di posyandu
5	Bayi yang baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusu Dini)	62%	Bayi	<b>416</b>	258	<b>376</b>	90,4	100,0			Tercapai		
<b>2.1.5 Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</b>													
<b>2.1.5.1. Diare</b>													
									99,11				
1.	Pelayanan Diare Balita	100%	Balita	<b>417</b>	417	<b>419</b>	100,4	100,0			Tercapai		
2.	Proporsi penggunaan oralit pada balita	100%	Balita	<b>419</b>	419	<b>419</b>	100,0	100,0			Tercapai		
3.	Proporsi penggunaan Zinc	100%	Balita	<b>419</b>	419	<b>419</b>	100,0	100,0			Tercapai		
4.	Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	100%	orang	<b>419</b>	419	<b>419</b>	100,0	100,0			Tercapai		
<b>2.1.5.2. ISPA ( Infeksi Saluran Pernapasan Atas)</b>													
									100,00				
1	Penemuan penderita Pneumonia balita	70%	Balita	<b>191</b>	134	<b>137</b>	71,7	100,0			Tercapai		
<b>2.1.5.3.Kusta</b>													
									100,00				
1.	Pemeriksaan kontak dari kasus Kusta baru	>80%	orang	<b>26</b>	20,8	<b>25</b>	96,2	100,0			Tercapai		
2.	RFT penderita Kusta	>90%	orang	<b>3</b>	3	<b>3</b>	90,0	100,0			Tercapai		
3	Proporsi tenaga kesehatan Kusta tersosialisasi	>95%	orang	<b>55</b>	52,25	<b>55</b>	100,0	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
4.	Kader Posyandu yang telah mendapat sosialisasi kusta	>95%	orang	<b>14</b>	13,3	<b>14</b>	100,0	100,0			Tercapai		
5.	SD/ MI telah dilakukan screening Kusta	100%	SD/MI	<b>26</b>	26	<b>26</b>	100,0	100,0			Tercapai		
<b>2.1.5.4. Tuberculosis Bacillus (TB) Paru</b>										93,60			
1.	Kasus TBC yang ditemukan dan diobati	85%	orang	<b>83</b>	71	<b>57</b>	68,7	80,8			Tidak tercapai	Investigasi kontak kurang maksimal, banyak terduga TB lebih memilih berobat ke faskes swasta dan kurangnya kepedulian masyarakat serta lingkungan terhadap penyakit TB	Melakukan sosialisasi / penyuluhan TB ke masyarakat dan Melakukan skrining pada kelompok berisiko seperti di ponpes, sekolah, panti jompo dan melakukan skrining pada kegiatan posbindu, posyandu lansia, posyandu balita
2.	Persentase Pelayanan orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar (Standar Pelayanan Minimal ke 11)	100%	orang	<b>448</b>	448	<b>543</b>	121,2	100,0			Tercapai		
3.	Angka Keberhasilan pengobatan kasus TBC (Success Rate/SR)	≥90%	orang	<b>24</b>	22	<b>23</b>	95,8	100,0			Tercapai		
<b>2.1.5.5. Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS</b>										100,00			
1.	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/AIDS	100%	anak	<b>28</b>	28	<b>28</b>	100,0	100,0			Tercapai		
2.	Orang yang berisiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV ( <b>Standar Pelayanan Minimal ke 12</b> )	100%	orang	<b>728</b>	728	<b>1178</b>	161,8	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
	<b>2.1.5.6. Demam Berdarah Dengue (DBD)</b>								97,97				
	<b>1.</b> Angka Bebas Jentik (ABJ)	≥95%	rumah	<b>1474</b>	1400	<b>1315</b>	89,2	93,9			Tidak tercapai	PSN belum semuanya berjalan	Sosialisasi di desa/kelurahan yang PSN-nya belum berjalan secara rutin tentang pentingnya PSN dan peran 1 rumah 1 jumantik
	<b>2.</b> Penderita DBD ditangani	100%	orang	<b>40</b>	40	<b>40</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	<b>3.</b> PE kasus DBD	100%	orang	<b>40</b>	40	<b>40</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.5.7. Malaria</b>								#DIV/0!				
	<b>1.</b> Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	100%	orang	<b>0</b>	0	<b>0</b>	#DIV/0!	#DIV/0!					
	<b>2.</b> Penderita positif Malaria yang diobati sesuai pengobatan standar	100%	orang	<b>0</b>	0	<b>0</b>	#DIV/0!	#DIV/0!					
	<b>3.</b> Penderita positif Malaria yang di follow up	100%	orang	<b>0</b>	0	<b>0</b>	#DIV/0!	#DIV/0!					
	<b>2.1.5.8. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies</b>								#DIV/0!				
	<b>1.</b> Cuci luka terhadap kasus gigitan HPR	100%	orang	<b>0</b>	0	<b>0</b>	#DIV/0!	#DIV/0!					
	<b>2.</b> Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi	100%	orang	<b>0</b>	0	<b>0</b>	#DIV/0!	#DIV/0!					
	<b>2.1.5.9. Pelayanan Imunisasi</b>								100,00				
	<b>1.</b> IDL (Imunisasi Dasar Lengkap)	93%	orang	<b>467</b>	434,31	<b>465</b>	99,6	100,0			Tercapai		
	<b>2.</b> UCI desa	100%	orang	<b>14</b>	14	<b>14</b>	100,0	100,0			Tercapai		
	<b>3.</b> Imunisasi Lanjutan Baduta ( usia 18 sd 24 bulan)	95%	orang	<b>477</b>	453,15	<b>501</b>	105,0	100,0			Tercapai		
	<b>4.</b> Imunisasi DT pada anak kelas 1 SD	95%	orang	<b>928</b>	881,6	<b>883</b>	95,2	100,0			Tercapai		
	<b>5.</b> Imunisasi Campak/MR pada anak kelas 1 SD	95%	orang	<b>928</b>	881,6	<b>903</b>	97,3	100,0			Tercapai		

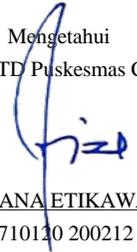


No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
	<b>2.1.5.11.Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular</b>								99,57				
1	Sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	70%	sekolah	<b>60</b>	42	<b>60</b>	100,0	100,0			Tercapai		
2	Persentase merokok penduduk usia 10 - 18 tahun	< 8.9%	orang	<b>4862</b>	433	<b>254</b>	5,2	100,0			Tercapai		
3	FKTP yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	≥ 40%	orang	<b>1</b>	0,4	<b>1</b>	100,0	100,0			Tercapai		
4	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	100%	orang	<b>26.003</b>	26003	<b>25327</b>	97,4	97,4			Tidak tercapai	Anggapan bahwa perlu periksa apabila ada keluhan, pelaksanaan skrining dilokasi yang sama dan sasaran yang sama serta terbatasnya petugas dan peralatan untuk pelaksanaan skrining.	Sosialisasi kepada masyarakat terkait pentingnya skrining kesehatan usia produktif, mengoptimalkan pelayanan posbindu mobile, meningkatkan koordinasi lintas program, dan mengusulkan perlengkapan skrining usia produktif.
5	Deteksi Dini Faktor Risiko PTM usia ≥ 15 tahun	80%	orang	<b>35.895</b>	28716	<b>32576</b>	90,8	100,0			Tercapai		
6	Deteksi dini kanker payudara dan kanker serviks pada perempuan usia 30-50 tahun atau perempuan yang memiliki riwayat seksual aktif	40%	orang	<b>6.375</b>	2550	<b>3320</b>	52,1	100,0			Tercapai		
	<b>2.1.5.12. Pelayanan Kesehatan Jiwa</b>								100,0				
1	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa. (ODGJ) Berat.	100% dari Target SPM	Orang	<b>195</b>	195	<b>195</b>	100,0	100,0			Tercapai		
2	Pelayanan Kesehatan Jiwa Depresi	4 % dari estimasi	orang	<b>975</b>	39	<b>39</b>	4,0	100,0			Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut	
								Sub Variabel	Variabel	Program				
3	Pelayanan Kesehatan Gangguan Mental Emosional (GME)	4% dari estimasi	orang	<b>1800</b>	72	<b>72</b>	4,0	100,0			Tercapai			
4	Temuan Kasus Pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat.	15% dari estimasi	orang	<b>7</b>	1	<b>1</b>	15,0	100,0			Tercapai			
5	Penurunan Jumlah Kasus Pasung	10.03 % dari kasus yang ada	orang	<b>10</b>	1	<b>1</b>	10,0	100,0			Tercapai			
6	Kunjungan Pasien ODGJ	50% dari kasus yang ada	Kunjungan Pasien	<b>195</b>	98	<b>98</b>	50,3	100,0			Tercapai			
7	Penanganan Kasus Melalui Rujukan ke Rumah Sakit Umum / RSJ.	30% (Batas Maksimal rujukan) dari kasus yang ada	kunjungan petugas	<b>307</b>	92	<b>14</b>	4,6	100,0			Tercapai			
<b>2.1.6. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)</b>										92,8	92,8			
1	Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	60%	rumah	<b>302</b>	181	<b>181</b>	59,9	99,9			Tidak tercapai	Data dasar target sasaran sulit didapatkan dan tingkat keakuratannya masih rendah (data PIS-PK)	Kunjungan dan target sasaran akan diintegrasikan dengan intervensi lanjut PIS-PK dan kunjungan KOIPU	
2	Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/ memenuhi kebutuhan kesehatan	40%	orang	<b>181</b>	72	<b>73</b>	40,3	100,0			Tercapai			
3	Kelompok binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	50%	Kelompok	<b>226</b>	113	<b>113</b>	50,0	100,0			Tercapai			
4	Desa/kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	30%	Desa	<b>14</b>	4	<b>3</b>	21,4	71,4			Tidak tercapai	Desa yang dibina secara kontinyu hanya 3 desa	Bekerja sama dengan Pj Program terkait untuk menentukan jumlah dan lokasi desa yang akan dibina mulai bulan januari sampai desember	

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
	<b>Total Nilai Kinerja UKM esensial</b>												
	Interpretasi nilai rata2 kinerja program UKM esensial:												
	1. Baik bila nilai rata-rata	$\geq 91\%$											
	2. Cukup bila nilai rata-rata	<b>81 - 90 %</b>											
	3. Rendah bila nilai rata-rata	$\leq 80\%$											

Mengetahui  
Kepala UPTD Puskesmas Candirejo

  
dr. DIANA ETIKAWATI  
NIP. 19710110 200212 2 001

**Instrumen Penghitungan Kinerja UKM Pengembangan Puskesmas**

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
<b>2.2. UKM PENGEMBANGAN</b>													
<b>2.2.1.Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat</b>													
	1.	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan / pemeriksaan gigi dan mulut	50%	orang	<b>36</b>	18	<b>34</b>	94,4	-	100,0		Tercapai	
	2.	Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	30%	orang	<b>67</b>	20	<b>37</b>	55,2	-	100,0		Tercapai	
<b>2.2.2.Pelayanan Kesehatan Indera</b>													
	<b>1</b>	Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran paling kurang pada 40% populasi	40%	orang	<b>43.449</b>	17380	<b>18.014</b>	41,5		100,0		Tercapai	
<b>2.2.3 Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza</b>													
	<b>1</b>	Penyediaan dan penyebaran informasi tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan Napza	10%	SD/SLTA/SLTA	<b>60</b>	6	<b>6</b>	10,0		100,0		Tercapai	
<b>2.2.4. Kesehatan Matra</b>													
	<b>1</b>	Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata.	100%	orang	<b>35</b>	35	<b>35</b>	100,0	-	100,0		Tercapai	
<b>2.2.5.Pelayanan Kesehatan Tradisional</b>													
	<b>1</b>	Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	15%	orang	<b>24</b>	4	<b>14</b>	58,3	-	100,0		Tercapai	
	<b>2</b>	Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk	20%	desa	<b>0</b>	0	<b>0</b>	#DIV/0!	-	#DIV/0!			

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
3	Panti Sehat berkelompok yang berijin	15%	panti sehat	0	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!				
4	Pembinaan Penyehat Tradisional	50%	Fasyankestrad	<b>24</b>	12	<b>16</b>	66,7	-	100,0		Tercapai		
<b>2.2.6. Pelayanan Kesehatan Olahraga</b>										99,0			
1.	Kelompok /klub olahraga yang dibina	35%	Kelompok	<b>31</b>	11	<b>12</b>	38,7	-	100,0		Tercapai		
2.	Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	80%	orang	<b>36</b>	29	31	86,1	-	100,0		Tercapai		
3.	Puskemas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga internal	30%	Bulan	<b>48</b>	14	<b>21</b>	43,8	-	100,0		Tercapai		
4.	Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	20%	SD/MI	<b>26</b>	5	<b>5</b>	19,2	-	96,2		Tidak tercapai	Sekolah menganggap pengukuran kebugaran tidak penting	Sosialisasi ttg penting nya pengukuran kebugaran pada anak sekolah

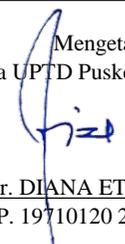
<b>2.2.7. Pelayanan Kesehatan Kerja</b>										97,9		
1	Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal)	30%	indikator	<b>12</b>	4	<b>4</b>	33,3	-	100,0		Tercapai	
2	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran	35%	Kantor	<b>15</b>	5	<b>6</b>	40,0	-	100,0		Tercapai	

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
3.	Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja	40%	kelompok	<b>48</b>	19	<b>18</b>	37,5	-	93,8		Tidak tercapai	1) Kurangnya kepatuhan pekerja tentang jadwal untuk kegiatan pos UKK 2) Petugas kurang mensosialisasikan jadwal kegiatan 3) Belum ada sarana khusus untuk menyepakati jadwal dengan pekerja 4) Pekerja menganggap pos UKK kurang penting 5) Banyak pekerja yg tidak tahu kegiatan pos UKK	Mensosialisasikan jadwal kegiatan pos UKK dan membuat kesepakatan dengan pekerja tentang jadwal pelaksanaan kegiatan pos UKK
<b>2.2.8. Kefarmasian</b>										100,0			
1.	Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat	25%	Kader	<b>30</b>	7,5	<b>30</b>	100,0	-	100,0		Tercapai		
2.	Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat	25%	Desa / Kelurahan	<b>14</b>	3,5	<b>4</b>	28,6	-	100,0		Tercapai		
3.	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat	25%	orang	<b>1680</b>	420	<b>490</b>	29,2	-	100,0		Tercapai		

Interpretasi nilai rata2 kinerja program:

1. Baik bila nilai rata-rata	$\geq 91\%$
2. Cukup bila nilai rata-rata	<b>81 - 90 %</b>
3. Rendah bila nilai rata-rata	$\leq 80\%$

Mengetahui  
Kepala UPTD Puskesmas Candirejo

  
dr. DIANA ETIKAWATI  
NIP. 19710120 200212 2 001

**INSTRUMEN PENGHITUNGAN KINERJA UPAYA KESEHATAN PERSEORANGAN PUSKESMAS**

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut	
								Sub Variabel	Variabel	Program				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
<b>2.3.Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)</b>														
<b>2.3.1. Pelayanan Non Rawat Inap</b>														
	1	Angka Kontak Komunikasi	≥150 per mil	orang	<b>17007</b>	2551	<b>1417</b>	101	-	0,0		Tidak tercapai	Kurangnya data kunjungan sehat yang diinput	Akan dibentuk tim penginputan data angka kontak di P-Care
	2	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)	≤2%	kasus	<b>255</b>	5	<b>0</b>	0	-	100,0		Tercapai		
	3	Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	≥ 5%	orang	<b>1902</b>	95	<b>17</b>	1	-	0,0		Tidak tercapai	Kurangnya pengetahuan tentang pengimputan RPPT	Mengikuti tutorial pengimputan RPPT dari BPJS
	4	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi ( <b>Standar Pelayanan Minimal ke 8</b> )	100%	orang	<b>14466</b>	14466	<b>12114</b>	83,7	-	83,7		Tidak tercapai	Ketidaktahuan batasan hipertensi dan komplikasi, serta pelayanan hipertensi belum maksimal.	Meningkatkan informasi kepada masyarakat terkait pentingnya deteksi dini hipertensi dan meningkatkan pelayanan serta koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor.
	5	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus ( <b>Standar Pelayanan Minimal ke 9</b> )	100%	orang	<b>933</b>	933	<b>934</b>	100,1	-	100,0		Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
6	Kelengkapan pengisian rekam medik	100%	berkas	<b>22088</b>	22088	<b>22008</b>	99,6	-	99,6		Tidak tercapai	Petugas tidak menuliskan dengan lengkap isi dokumen rekam medis	Mengembalikan dokumen rekam medis yang tidak lengkap kepada petugas yang bersangkutan
7	Rasio gigi tetap yang ditambal terhadap gigi tetap yang dicabut	>1	gigi	<b>11</b>	11	<b>0</b>	0,0	-	0,0		Tidak tercapai	1) Bahan tambal gigi tidak tersedia 2) Alat untuk melakukan penambalan tidak tersedia	Melakukan pengusulan ke Puskesmas/ Dinkes untuk pengadaan
8	Bumil yang mendapat pelayanan kesehatan gigi	100%	bumil	<b>456</b>	456	<b>456</b>	100,0	-	100,0		Tercapai		
<b>2.3.2. Pelayanan Gawat Darurat</b>										100,0			
1	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i>	100%	berkas	<b>696</b>	696	<b>696</b>	100,0	-	100,0		Tercapai		
<b>2.3.3. Pelayanan Kefarmasian</b>										100,0			
1.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fornas	80%	item obat	<b>1514</b>	1211	<b>1764</b>	116,5	-	100,0		Tercapai		
2 .	Ketersediaan obat dan vaksin terhadap 45 item obat dan vaksin indikator	85%	obat	<b>540</b>	459	<b>504</b>	93,3	-	100,0		Tercapai		
3.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia	≤ 20 %	resep	<b>300</b>	60	<b>11</b>	3,7	-	100,0		Tercapai		
4	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	≤ 8 %	resep	<b>285</b>	23	<b>11</b>	3,9	-	100,0		Tercapai		
5.	Penggunaan Injeksi pada Myalgia	≤ 1 %	resep	<b>300</b>	3	<b>0</b>	0,0	-	100,0		Tercapai		
6.	Rerata item obat yang diresepkan	≤ 2,6	resep	<b>660</b>	17	<b>7,0</b>	0,0	-	100,0		Tercapai		
7.	Pengkajian resep,pelayanan resep dan pemberian informasi	80%	resep	<b>16270</b>	13016	<b>13615</b>	83,7	-	100,0		Tercapai		
8.	Konseling	5%	Pasien	<b>318</b>	16	<b>16,0</b>	5,0		100,0		Tercapai		
9.	Pelayanan Informasi Obat	10%	Dokumen PIO	<b>490</b>	49	<b>490,0</b>	100,0		100,0		Tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
<b>2.3.4. Pelayanan laboratorium</b>													
	1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	60%	jenis	<b>50</b>	30	<b>44</b>	88,0	-	100,0		Tercapai	
	2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	100%	menit	<b>2908</b>	2908	<b>2908</b>	100,0	-	100,0		Tercapai	
	3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	100%	pemeriksaan	<b>2967</b>	2967	<b>2967</b>	100,0	-	100,0		Tercapai	
	4.	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil	100%	orang	<b>456</b>	456	<b>456</b>	100,0	-	100,0		Tercapai	
<b>2.3.5. Pelayanan Rawat Inap</b>													
	1.	<i>Bed Occupation Rate</i> (BOR)	10% - 60%	hari		0		#DIV/0!	-	#DIV/0!			
	2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	100%	berkas		0		#DIV/0!	-	#DIV/0!			

Interpretasi rata2 kinerja program UKP:	
1. Baik bila nilai rata-rata	≥ 91%
2. Cukup bila nilai rata-rata	<b>81 - 90 %</b>
3. Rendah bila nilai rata-rata	≤ 80%

Kepala UPTD Puskesmas Candirejo



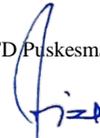
dr. DIANA ETIKAWATI  
NIP. 19710120 200212 2 001

**INSTRUMEN PENGHITUNGAN KINERJA MUTU PUSKESMAS**

No	Pelayanan Kesehatan/Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
<b>2.5. MUTU</b>													
	2.5.1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	orang	<b>1943</b>	1652	<b>1925</b>	99,1		100,0		Tercapai	
	2.5.2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	orang	<b>451</b>	451	<b>451</b>	100,0		100,0		Tercapai	
	2.5.3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	orang	<b>251</b>	251	<b>251</b>	100,0		100,0		Tercapai	
	2.5.4	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)	100%	orang	<b>15</b>	15	<b>15</b>	100,0		100,0		Tercapai	
	2.5.5	Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan ANC Sesuai Standar	100%	Ibu hamil	<b>252</b>	252	<b>252</b>	100,0		100,0		Tercapai	
	2.5.6	Kepuasan Pasien	≥ 76.61	orang	<b>100</b>	76,61	<b>92,24</b>	92,2		100,0		Tercapai	

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

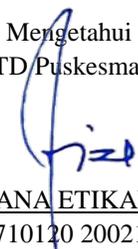
Kepala UPTD Puskesmas Candirejo

  
 dr. DIANA ETIKAWATI  
 NIP. 19710120 200212 2 001

**HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS CANDIREJO KABUPATEN MAGETAN TRIWULAN IV TAHUN 2022**

NO	Upaya Pelayanan Kesehatan, Manajemen dan Mutu	Rata2 Program/Admen	Rata2 Upaya Pelayanan Kesehatan /Admen dalam %	Interpretasi Nilai Kinerja Puskesmas
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
I	Administrasi dan Manajemen		99,6	Baik
1	Manajemen Umum	9,8		
2	Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana	10		
3	Manajemen Keuangan	10		
4	Manajemen Sumber Daya Manusia	10		
5	Manajemen PelayananKefarmasian	10		
II	UKM Esensial		97,96	Baik
1	Upaya Promosi Kesehatan	100,0		
2	Upaya Kesehatan Lingkungan	100,0		
3	Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak dan KB	97,8		
4	Upaya Pelayanan Gizi	98,0		
5	Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular	99,1		
6	Perawatan Kesehatan Masyarakat (PERKESMAS)	92,8		
III	UKM Pengembangan		99,62	Baik
1	Pelayanan Kesehatan Gigi	100,00		
2	Pelayanan Kesehatan Indera	100,00		
3	Penanganan Penyalahgunaan Napza	100,00		
4	Kesehatan Matra	100,00		
5	Pelayanan Kesehatan Tradisional	100,00		
6	Pelayanan Kesehatan Olahraga	99,04		
7	Pelayanan Kesehatan Kerja	97,92		
8	Kefarmasian	100,00		
IV	UKP		90,11	Cukup
1	Pelayanan non rawat inap	60,42		
2	Pelayanan gawat darurat	100,00		
3	Pelayanan kefarmasian	100,00		
4	Pelayanan laboratorium	100,00		
5	Pelayanan rawat inap	#DIV/0!		
V	Mutu		100,00	Baik
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	100,00		
2	Kepatuhan Penggunaan Alat	100,00		
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100,00		
4	Keberhasilan Pengobatan Pasien	100,00		
5	Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan ANC Sesuai Standar	100,00		
6	Kepuasan Pasien	100,0		
<b>TOTAL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS</b>			<b>97,46</b>	<b>Baik</b>

Mengetahui  
Kepala UPTD Puskesmas Candirejo

  
dr. DIANA ETIKAWATI  
NIP. 19710120 200212 2 001