

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON



NOMOR 89 TAHUN 2020 SERI E

---

PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR 86 TAHUN 2020

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH  
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT PLUMBON KABUPATEN CIREBON

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI CIREBON,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, bersifat wajib, dan terkait dengan pelayanan dasar;
  - b. bahwa untuk menjamin tercapainya sasaran dan prioritas pembangunan nasional bidang kesehatan, diperlukan pedoman Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan oleh Kepala Daerah;
  - c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 36 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal untuk Unit Kerja yang akan menerapkan Badan Layanan Umum Daerah;
  - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat Plumbon Kabupaten Cirebon.

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tanggal 8 Agustus Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355 Tahun 2012 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 05 Tahun 2004) ;

7. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
10. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 210);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1335);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 15 Tahun 2007 Tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2007 Nomor 15, Seri E.6);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 3 Tahun 2009 tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita di Kabupaten Cirebon (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2009 Nomor 3, Seri E.3);
17. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 7 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2016 Nomor 7, Seri E.2);
18. Peraturan Bupati Cirebon Nomor 61 Tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Cirebon (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2016 Nomor 61, Seri D.10);
19. Peraturan Bupati Cirebon Nomor 11 Tahun 2018 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas dan Badan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Cirebon (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2018 Nomor 1, Seri D.1), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Cirebon Nomor 18 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Cirebon Nomor 11 Tahun 2018 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas dan Badan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Cirebon (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2018 Nomor 18, Seri D.2);

20. Peraturan Bupati Cirebon Nomor 43 Tahun 2018 tentang Organisasi, Fungsi Tugas Pokok dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2018 Nomor 43, Seri D.11).

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT PLUMBON KABUPATEN CIREBON.**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Cirebon.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Cirebon.
3. Bupati adalah Bupati Cirebon.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah perangkat daerah Kabupaten Cirebon yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat, yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan Tingkat Pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
7. Unit Pelaksana Teknis Daerah, yang selanjutnya disebut disebut UPTD adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah

pada Dinas dan Badan Daerah Kabupaten Cirebon.

8. Unit Pelaksana Teknis Daerah Puskesmas Plumbon, yang selanjutnya disebut Puskesmas Plumbon adalah UPTD Puskesmas Plumbon
9. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
10. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
11. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan dasar.
12. Pelayanan Kesehatan Puskesmas adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan dan pelaporan yang dituangkan dalam suatu sistem.
13. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.
14. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
15. Upaya Kesehatan Perorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang

ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

16. Puskesmas nonrawat inap merupakan Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, Perawatan di rumah (*home care*), pelayanan gawat darurat, dan pelayanan persalinan normal bagi Puskesmas yang tersedia fasilitas pelayanan persalinan normal.
17. Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal pelayanan rawat inap dan pelayanan kesehatan lainnya.

## BAB II

### MAKSUD DAN TUJUAN

#### Pasal 2

- (1) SPM Kesehatan dimaksudkan untuk memberi pedoman kepada Pemerintah Daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Puskesmas.
- (2) SPM Kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

## BAB III

### TUGAS, JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

#### Bagian Kesatu

#### Tugas

#### Pasal 3

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Bagian Kedua  
Jenis Pelayanan, Indikator, Standar Nilai, dan Batas  
Waktu Pencapaian

Pasal 4

Jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Plumbon, meliputi:

- a. UKP tingkat pertama; dan
- b. UKM tingkat pertama.

Pasal 5

UKP tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a, meliputi :

- a. pelayanan pemeriksaan umum;
- b. pelayanan Kesehatan gigi dan mulut;
- c. pelayanan kesehatan keluarga yang bersifat UKP;
- d. pelayanan gawat darurat;
- e. pelayanan gizi bersifat UKP;
- f. pelayanan persalinan;
- g. pelayanan rawat inap;
- h. pelayanan kefarmasian;
- i. pelayanan laboratorium; dan
- j. pelayanan radiologi.

Pasal 6

UKM tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b, meliputi :

- a. pelayanan kesehatan ibu hamil;
- b. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- d. pelayanan kesehatan balita;
- e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- f. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;

- j. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- k. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis;
- l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (HIV);
- m. pelayanan promosi kesehatan;
- n. pelayanan kesehatan lingkungan;
- o. pelayanan kesehatan keluarga yang bersifat UKM;
- p. pelayanan gizi yang bersifat UKM;
- q. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit;
- r. pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat;
- s. pelayanan kesehatan gigi masyarakat;
- t. pelayanan kesehatan tradisional komplementer;
- u. pelayanan kesehatan olahraga;
- v. pelayanan kesehatan kerja; dan
- w. pelayanan kesehatan lainnya.

#### Pasal 7

- (1) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian pada setiap jenis pelayanan untuk UKP pada Puskesmas Plumbon tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian pada jenis pelayanan untuk UKM pada Puskesmas Plumbon, tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (3) Uraian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### BAB IV PELAKSANAAN

#### Pasal 8

- (1) Puskesmas yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) wajib melaksanakan pelayanan

berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.

- (2) Pemimpin Puskesmas yang menerapkan BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB V PENERAPAN

### Pasal 9

- (1) Pemimpin Puskesmas yang menerapkan BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Puskesmas yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan menggunakan format Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan dan penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya, dilaksanakan dengan mengacu pada SPM.

## BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

### Bagian Kesatu Pembinaan

### Pasal 10

- (1) Pembinaan teknis Puskesmas yang menerapkan BLUD dilakukan oleh Kepala Dinas.
- (2) Pembinaan keuangan Puskesmas yang menerapkan BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :
- a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM;
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM;
  - e. penyusunan peraturan perundang-undangan untuk implementasi BLUD pada Puskesmas yang bersangkutan;
  - f. penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
  - g. pelaksanaan anggaran; dan
  - h. akuntansi dan laporan keuangan.

## Bagian Kedua

### Pengawasan

#### Pasal 11

- (1) Pengawasan dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten Cirebon.
- (2) Selain pengawasan yang dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten Cirebon sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat juga dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal.
- (3) Satuan Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Pemimpin BLUD Puskesmas.

## BAB VII

### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Cirebon.

Ditetapkan di Sumber  
pada tanggal 22 Oktober 2020

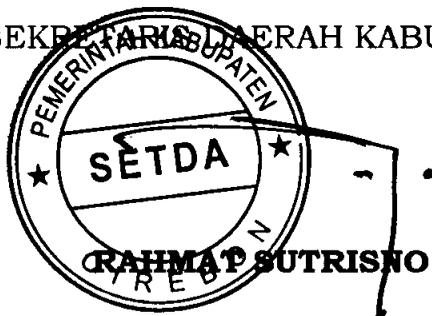
**BUPATI CIREBON,**

**TTD**

**IMRON**

Diundangkan di Sumber  
pada tanggal 27 Oktober 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 89 SERI E

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI CIREBON  
 NOMOR : 86 tahun 2020  
 TANGGAL : 22 Oktober 2020  
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN KESEHATAN PERORANGAN PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH  
 PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT PLUMBON KABUPATEN CIREBON

**INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN JENIS PELAYANAN  
 UNTUK UPAYA KESEHATAN PERORANGAN PADA PUSKESMAS PLUMBON**

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung Jawab	
					2019	2020	2021	2022	2023		
1	Pelayanan Pemeriksaan Umum										
	1. Pendaftaran	1. Pemberi pelayanan pendaftaran	SMA Sederajat	SMA Sederajat	SMA Sederajat	SMA Sederajat	SMA Sederajat	SMA Sederajat	SMA Sederajat	SMA Sederajat	Kepala Puskesmas
		2. Ketepatan waktu buka loket pendaftaran	Jam 07.30	Jam 07.30	Jam 07.30	Jam 07.30	Jam 07.30	Jam 07.30	Jam 07.30	Jam 07.30	Kepala Puskesmas
		3. Waktu tunggu pendaftaran <5 menit	100%	80%	85%	90%	100%	100%	100%	100%	Petugas Rekam Medis
		4. Kepuasan pelanggan	80%	80%	80%	80%	85%	90%	100%	100%	Petugas Rekam Medis
	2. Pelayanan rekam medis	1. Pemberi pelayanan rekam medis	Tersedia tenaga rekam	Tersedia tenaga rekam	Tersedia tenaga rekam	Tersedia tenaga rekam	Tersedia tenaga rekam	Tersedia tenaga rekam	Tersedia tenaga rekam	Tersedia tenaga rekam	Petugas Rekam Medis



No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun						Penanggung Jawab	
					2019	2020	2021	2022	2023			
		pemeriksaan lansia										
		4. Pelayanan pemeriksaan umum	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Dokter
		5. Konseling terpadu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Petugas Promkes
		6. Pelayanan luar gedung	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Dokter
		7. Penanganan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Analisis
		8. Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Programmer TB
		9. Peresepan obat sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Apoteker
		10. Pencatatan dan pelaporan TB di Puskesmas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Programmer TB
		11. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Koordinator Rawat Jalan
		12. Kepatuhan <i>hand hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Rawat Jalan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun						Penanggung Jawab
					2019	2020	2021	2022	2023		
		13. Kepuasan pelanggan pasien rawat jalan	≥ 80 %	80 %	80 %	80 %	85 %	90 %	100%	Koordinator Rawat Jalan	
2	Pelayanan pemeriksaan gigi dan mulut	1. Pelayanan pemeriksaan gigi 2. Kelengkapan <i>inform consent</i> sebelum tindakan medis	100% 100%	Dokter gigi Dokter gigi							
3	Pelayanan kesehatan keluarga yang bersifat UKP	1. Pelayanan pemeriksaan MTBS 2. Pelayanan pemeriksaan KIA 3. Pelayanan pemeriksaan KB 4. Pelayanan imunisasi 5. Kelengkapan <i>inform consent</i>	100% 100% 100% 100% 100%	Dokter Dokter Dokter Koordinator KIA Koordinator KIA							

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun						Penanggung Jawab
					2019	2020	2021	2022	2023		
4	Pelayanan Gawat Darurat	sebelum tindakan medis									
		1. Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	Dokter/Pera wat	
		2. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat	100%	80%	80%	85%	85%	90%	100%	Kepegawaian	
		3. Kelengkapan <i>inform consent</i> sebelum tindakan medis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator UGD	
		4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	Koordinator UGD							
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang -	Koordinator UGD							





No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung Jawab	
					2019	2020	2021	2022	2023		
		dokter	14.00	14.00	14.00	14.00	14.00	14.00	14.00	14.00	Rawat Inap
		6. Kepatuhan <i>hand hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Rawat Inap
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	0,01%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Rawat Inap
		8. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤5%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	Dokter
		9. Kematian pasien ≥48 jam	≤ 0%	≤ 0%	≤ 0%	≤ 0%	≤ 0%	≤ 0%	≤ 0%	≤ 0%	Koordinator Rawat Inap
		10. <i>BOR ( Bed Occupancy Ratio = angka penggunaan tempat tidur)</i>	80%	69%	75%	77%	79%	80%	100%	100%	Koordinator Rawat Inap
		11. <i>ALOS (Average Length of Stay = Rata-rata lamanya pasien dirawat)</i>	1-3 Hari	1-3 Hari	1-3 Hari	1-3 Hari	1-3 Hari	1-3 Hari	1-3 Hari	1-3 Hari	Koordinator Rawat Inap
		12. Kelengkapan <i>inform consent</i> sebelum	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Rawat Inap









No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung Jawab
					2019	2020	2021	2022	2023	
		7. Kepuasan Pasien	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Radiograter

**BUPATI CIREBON,**

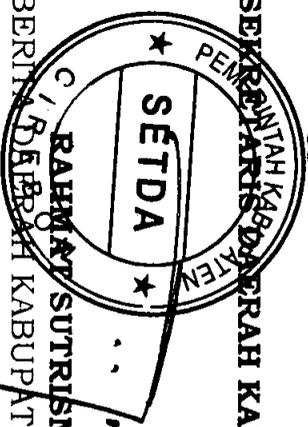
**TTD**

**IMRON**

Diundangkan di Sumber  
Pada tanggal 27 Oktober 2020

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,**

**RAHMAT SUTRISNO**  
BERINDEKSA KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 89 SERI E







No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab
					2019	2020	2021	2022	2023	
		sesuai standar								
10	Pelayanan kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ)	Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PJ UKM
11	Pelayanan kesehatan orang dengan tuberkulosis (TB)	Persentase orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PJ UKM
12	Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV	Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar	100%	102%	101%	100%	100%	100%	100%	PJ UKM
13	Pelayanan promosi kesehatan	Pembinaan PHBS rumah tangga	100%	57%	60%	70%	80%	90%	100%	PJ UKM
14	Pelayanan kesehatan lingkungan	Persentase penduduk terhadap akses sanitasi yang layak	75%	30%	40%	50%	60%	70%	85%	PJ UKM
15	Pelayanan kesehatan keluarga yang bersifat UKM	KIE dan pemeriksaan kesehatan pada calon pengantin	80%	69%	70%	75%	80%	85%	80%	PJ UKM

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung Jawab	
					2019	2020	2021	2022	2023		
16	Pelayanan gizi bersifat UKM	1. Persentase remaja putri mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PJ UKM	
		2. Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan	90%	63%	65%	70%	80%	90%	100%	PJ UKM	
17	Pelayanan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit										
	Surveilans dan Imunisasi										
	1. Surveilans	1. Cakupan ketepatan surveilans terpadu penyakit.	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PJ UKM
		2. Cakupan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PJ UKM
	2. Imunisasi	1. Cakupan desa /Kelurahan <i>Universal Child Immunization</i> (UCI)	93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PJ UKM
		2. Cakupan IDL	95%	100%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	PJ UKM
		3. Cakupan Bias Campak	98%	98,7%	98,2%	9%	98%	98%	98%	98%	PJ UKM
		4. Cakupan Bias Td	98%	95,1%	99,2%	98%	98%	98%	98%	98%	PJ UKM
		5. Cakupan Bias DT	98%	95,3%	98,9%	98%	98%	98%	98%	98%	PJ UKM
	Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular										







No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal Tahun 2018	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung jawab
					2019	2020	2021	2022	2023	
22	Pelayanan kesehatan kerja	2. Persentase anak sekolah yang diperiksa kebugaran jasmani Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang terbentuk di wilayah kerja Puskesmas	100%	70 %	70 %	75 %	80 %	90 %	100 %	PJ UKM

**BUPATI CIREBON,**

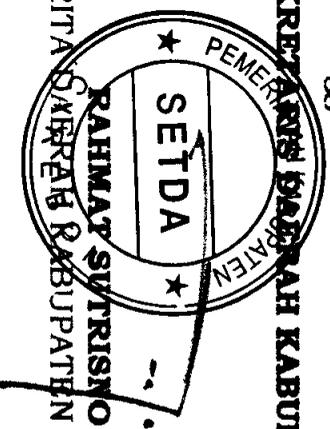
**TTD**

**IMRON**

Diundangkan di Sumber

Pada tanggal 27 Oktober 2020

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,**



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 89 SERI E

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR : 86 Tahun 2020

TANGGAL : 22 Oktober 2020

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA  
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH PUSAT  
KESEHATAN MASYARAKAT PLUMBON  
KABUPATEN CIREBON

I. INDIKATOR SPM UKP

1. Pelayanan Pemeriksaan Umum.

1.1 Pendaftaran.

1.1.1 Pemberi Pelayanan Pendaftaran.

Judul	Pemberi Pelayanan Pendaftaran.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan pendaftaran.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan pendaftaran adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan untuk pelayanan pendaftaran.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah tenaga pendaftaran yang terlatih.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga pendaftaran.
Sumber Data	Unit pendaftaran Puskesmas.
Target	Tersedia tenaga pendaftaran.
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Puskesmas.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga pelaksana administrasi.

1.1.2 Ketepatan Waktu Buka Loker Pendaftaran

Judul	Ketepatan Waktu Buka Loker Pendaftaran.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya jenis loket pendaftaran dan waktu buka pendaftaran sesuai dengan jam kerja di Puskesmas.
Definisi Operasional	Ketepatan waktu buka pendaftaran adalah jam dimulainya pelayanan pendaftaran oleh tenaga pendaftaran jam buka 07.30 s.d. 14.30 setiap hari kerja.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pelayanan loket pendaftaran yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan loket pendaftaran dalam satu bulan.
Sumber Data	Register pendaftaran.
Target	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Puskesmas.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Menentukan jadwal buka loket pendaftaran; 3. Entri pasien rawat jalan; 4. Pencatatan pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.

Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga Pelaksana Administrasi.

#### 1.1.3 Waktu Tunggu Pendaftaran <5 Menit.

Judul	Waktu Tunggu Pendaftaran < 5 Menit.
Dimensi Mutu	Kualitas dan keamanan.
Tujuan	Teregistrasinya pasien sesuai dengan substandar waktu yang ditetapkan (cepat, tepat, dan akurat).
Definisi Operasional	Lama waktu pendaftaran adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari pasien diidentifikasi sampai sesuai dengan standar Sistem Informasi Kesehatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah rata-rata yang dibutuhkan untuk registrasi sesuai standar Sistem Informasi Kesehatan dalam kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah kunjungan yang teregistrasi dalam kurun waktu yang sama.
Sumber Data	Registrasi kunjungan
Target	< 3 menit.
Penanggung jawab Pengumpul data	Petugas rekam medis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga Pelaksana Administrasi.

#### 1.1.4 Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Pendaftaran.

Judul	Kepuasan pelanggan pada pelayanan pendaftaran.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan pendaftaran.
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan pendaftaran.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persentase).
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (N minimal 50).
Sumber Data	Survei.
Standar	≥ 80 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Petugas rekam medis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.

Evaluasi	
Sumber Daya Manusia	Tenaga pelaksana administrasi.

## 1.2 Pelayanan Rekam Medis.

### 1.2.1 Pemberi Pelayanan Rekam Medis.

Judul	Pemberi pelayanan rekam medis.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan rekam medis.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rekam medis adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai persyaratan untuk pelayanan rekam medis.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah tenaga rekam medis yang terlatih.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga rekam medis.
Sumber Data	Unit rekam medis Puskesmas.
Standar	Tersedia tenaga ahli rekam medis.
Penanggung jawab Pengumpul data	Petugas rekam medis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga rekam medis.

### 1.2.2 Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan.

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan.
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan.
Periode Analisa	Tiap tiga bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati.
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 50).
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	≤ 10 menit.
Penanggung jawab Pengumpul data	Petugas rekam medis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga rekam medis.

### 1.2.3 Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap.

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap.
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan.
Periode Analisa	Tiap tiga bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati.
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 50).
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	≤ 15 menit.
Penanggung jawab Pengumpul data	Petugas rekam medis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi;
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga rekam medis.

### 1.2.4 Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan.

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis.
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap.
Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.

Penanggung jawab Pengumpul data	Petugas rekam medis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga rekam medis.

### 1.3 Pelayanan Pemeriksaan Rawat Jalan.

#### 1.3.1 Pemberi Pelayanan Rawat Jalan.

Judul	Pemberi Pelayanan Rawat Jalan.
Dimensi Mutu	Akses dan mutu.
Tujuan	Tersedianya pelayanan oleh tenaga medis, paramedis, dan bidan yang kompeten di Puskesmas.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat jalan adalah seseorang yang memberikan pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah hari buka rawat jalan yang dilayani dokter, perawat dan bidan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hari buka rawat jalan di Puskesmas dalam 1 bulan yang sama.
Sumber Data	Register rawat jalan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 1.1.1 Jam Buka Pelayanan Dengan Ketentuan.

Judul	Jam Buka Pelayanan Dengan Ketentuan.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di setiap Puskesmas.
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter. Jam buka antara pukul 07.30 s/d 14.30 setiap hari kerja.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan dalam satu bulan.
Sumber Data	Register rawat jalan.
Standar	100 %.

Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat jalan.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan Pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat, Dokter, dan Petugas administrasi.

#### 1.1.2 Pelayanan Pemeriksaan Lansia.

Judul	Pelayanan Pemeriksaan Lansia.
Dimensi Mutu	Kompetensi, keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Semua lansia yang membutuhkan layanan kesehatan dapat terlayani dengan baik sesuai SOP.
Definisi Operasional	Pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan agar tetap terpelihara kesehatannya sehingga dapat menjaga kondisi tetap sehat dan produktif sesuai kemampuannya.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari dan direkap setiap bulan.
Periode Analisa	Tiap bulan.
Numerator	Jumlah lansia yang datang dan dilayani oleh petugas kesehatan setiap hari.
Denominator	Jumlah semua lansia secara kumulatif yang dilayani dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Register harian dan laporan bulanan program lansia.
Target	20% lansia yg datang membutuhkan layanan kesehatan dapat terlayani.
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 1.1.3 Pelayanan Pemeriksaan Umum.

Judul	Pelayanan Pemeriksaan Umum.
Dimensi Mutu	Kecepatan dan kenyamanan.
Tujuan	Memberikan pelayanan klinis non spesialisik kepada palanggan dengan tidak memperhatikan batasan usia.
Definisi Operasional	Adalah unit pelayanan yang memberikan kegiatan tindakan kuratif dan rehabilitatif kepada pelanggan tanpa memperhatikan jenis penyakit dan batasan usia pelanggan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari.
Periode Analisa	1 bulan.
Numerator	Jumlah pelanggan yang dilayani.
Denominator	Jumlah keseluruhan pelanggan.
Sumber Data	Unit Pelayanan BP Umum.

Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 1.1.4 Konseling Terpadu

Judul	Konseling Terpadu.
Dimensi Mutu	Kompetensi, keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Semua pasien yang membutuhkan layanan kesehatan konseling dapat terlayani dengan baik sesuai SOP.
Definisi Operasional	Pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap pasien yang membutuhkan pelayanan konseling kesehatan agar tetap terpelihara kesehatannya sehingga dapat menjaga kondisi tetap sehat dan produktif sesuai kemampuannya.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari dan direkap setiap bulan.
Periode Analisa	Tiap bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang datang dan dilayani oleh petugas kesehatan setiap hari.
Denominator	Jumlah semua pasien secara kumulatif yang dilayani dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Register harian dan laporan bulanan program Promkes.
Target	5% pasien yang datang membutuhkan layanan konseling kesehatan dapat terlayani.
Penanggung jawab Pengumpul data	Programer promkes.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat, Dokter, Gizi, Promkes, dan Kesling.

#### 1.1.5 Pelayanan Luar Gedung.

Judul	Pelayanan Luar Gedung.
Dimensi Mutu	Kompetensi, keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat terdekat dengan poskesdes agar kesehatan masyarakat dapat terpelihara dengan baik.
Definisi Operasional	Pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap masyarakat terutama yang berada disekitar wilayah kerja agar dapat mengakses layanan kesehatan lebih dekat dan terjangkau.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang dilayani oleh petugas

	setiap hari.
Denominator	Jumlah semua pasien yang dilayani petugas secara kumulatif dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Laporan harian dan bulanan.
Target	100%.
Penanggung Jawab Pengumpul data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 1.1.6 Penanganan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis

Judul	Penanganan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan.
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberculosi.
Definisi Operasional	Penanganan diagnosis tuberculosi secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya <i>mycobacterium tuberculosis</i> melalui pemeriksaan mikroskopis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosi yang didiagnosis tuberculosi ditegakkan melalui pemeriksaan tuberculosi.
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosi.
Sumber Data	Laporan bulanan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Analisis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Analisis.

#### 1.1.7 Pasien Rawat Jalan TB Yang ditangani Dengan Strategi DOTS.

Judul	Pasien Rawat Jalan TB Yang ditangani Dengan Strategi DOTS.
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi, efektivitas.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien <i>tuberculosis</i> dengan strategi DOTS.
Definisi Operasional	Adalah pelayanan <i>tuberculosis</i> dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional: 1. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> ; 2. Pengobatan pasien <i>tuberculosis</i> harus melalui pemeriksaan mikroskopis <i>tuberculosis</i> ; 3. Pengobatan harus menggunakan panduan obat anti <i>tuberculosis</i> yang sesuai dengan standar; 4. Penanggulangan <i>tuberculosis</i> nasional, dan

	semua pasien yang <i>tuberculosis</i> yang diobati; 5. Evaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan <i>tuberculosis</i> Nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan.
Periode Analisa	Tiap tiga bulan.
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan <i>tuberculosis</i> yang ditangani dengan strategi DOTS.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan <i>tuberculosis</i> yang ditangani di Puskesmas dalam waktu tiga bulan.
Sumber Data	Register rawat jalan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Pragramer TB.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 1.1.8 Peresepan Obat Sesuai Formularium.

Judul	Peresepan Obat Sesuai Formularium.
Dimensi Mutu	Efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien.
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di Puskesmas dengan mengacu pada Formularium Nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minimal 50 sampel).
Sumber Data	Kamar obat.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Peresepan sesuai formularium; 4. Edukasi; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan Asisten Apoteker

#### 1.1.9 Pencatatan dan Pelaporan TB di Puskesmas.

Judul	Pencatatan dan Pelaporan TB Di Puskesmas.
Dimensi Mutu	Efektivitas.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Puskesmas.
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB

	yang berobat rawat jalan di Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan.
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di Puskesmas.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Programer TB.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Peresepan sesuai formularium; 4. Edukasi; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

#### 1.1.10 Waktu Tunggu Rawat Jalan.

Judul	Waktu Tunggu Rawat Jalan.
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Puskesmas yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei.
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan.
Standar	≤ 30 menit.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat jalan.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 1.1.11 Kepatuhan *Hand Hygiene*.

Judul	Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> ;
Dimensi Mutu	Kesehatan dan efektivitas;
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien dan efektivitas pelayanan melalui cuci tangan.
Definisi Operasional	Kepatuhan <i>hand hygiene</i> adalah kepatuhan petugas rawat jalan terhadap ketentuan cuci tangan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah petugas rawat jalan yang mematuhi

	ketentuan cuci tangan.
Denominator	Jumlah seluruh petugas rawat jalan.
Sumber Data	Survei petugas rawat jalan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat jalan.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan tempat cuci tangan; 2. Menyediakan sabun cuci tangan dan tisu; 3. Melakukan enam langkah cuci tangan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 1.1.12 Kepuasan Pelanggan Pasien Rawat Jalan.

Judul	Kepuasan Pasien Pada Rawat Jalan.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket dan fasilitas Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal N = 50).
Sumber Data	Survei.
Standar	≥90 %
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat jalan.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

## 2. Pelayanan Pemeriksaan Gigi Dan Mulut.

### 2.1 Pelayanan pemeriksaan gigi

Judul	Pelayanan Pemeriksaan Gigi
Dimensi Mutu	Kompetensi, keselamatan dan kualitas sesuai SOP.
Tujuan	Setiap pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan gigi dapat terlayani dengan baik sesuai SOP.
Definisi Operasional	Pelayanan pemeriksaan gigi dan mulut dalam bentuk upaya promotif, preventif, dan kuratif sederhana seperti pencabutan gigi tetap, pengobatan, dan penambalan sementara yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang dilayani oleh petugas setiap hari.

Denominator	Jumlah semua pasien yang dilayani petugas secara kumulatif dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Laporan harian, laporan bulanan.
Target	100%
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter gigi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Dokter gigi dan perawat gigi.

## 2.2 Kelengkapan *Inform Consent* Sebelum Tindakan Medis.

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan Informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan.
Definisi Operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan lengkap mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat Informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter gigi .
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Dokter gigi.

## 3 Pelayanan Kesehatan Keluarga yang Bersifat UKP.

### 3.1 Pelayanan Pemeriksaan MTBS.

Judul	Pelayanan Pemeriksaan MTBS.
Dimensi Mutu	Kompetensi, keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Semua pasien bayi balita yg membutuhkan layanan kesehatan dapat terlayani dengan baik sesuai SOP.
Definisi Operasional	Pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap bayi balita yang membutuhkan pelayanan kesehatan agar tetap terpelihara kesehatannya sehingga dapat menjaga kondisi tetap sehat dan produktif sesuai kemampuannya.
Frekuensi	Setiap hari dan direkap setiap bulan.

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiap bulan.
Numerator	Jumlah bayi balita yang datang dan dilayani oleh petugas kesehatan setiap hari.
Denominator	Jumlah semua bayi balita secara kumulatif yang dilayani dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Register harian dan laporan bulanan program MTBS.
Target	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 3.2 Pelayanan Pemeriksaan KIA.

Judul	Pelayanan Pemeriksaan KIA.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya Pelayanan KIA oleh tenaga bidan yang kompeten/terlatih.
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan KIA adalah pelayanan Ibu, Bayi, dan Anak di Puskesmas yang dilayani oleh bidan terlatih.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka KIA yang dilayani oleh bidan terlatih dalam waktu satu bulan.
Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan yang sama.
Sumber Data	Register rawat jalan KIA.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan dan Dokter.

### 3.3 Pelayanan Pemeriksaan KB.

Judul	Pelayanan Pemeriksaan KB.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Merencanakan kehamilan dan kelahiran.
Definisi Operasional	Pelayanan yang diberikan kepada pelanggan pasangan usia subur untuk merencanakan kehamilan dan kelahiran.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari.
Periode Analisa	1 bulan.
Numerator	Jumlah WUS yang ber KB.
Denominator	Jumlah WUS yang dilayani.
Sumber Data	KIA.

Standar	100 %.
Penanggung jawab pengumpulan data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Edukasi; 4. Rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 3.4 Pelayanan Imunisasi.

Judul	Pelayanan Imunisasi.
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan
Tujuan	Pemberian kekebalan tubuh pada sasaran dengan cara pemberian vaksin secara parenteral dan pemberian per oral.
Definisi Operasional	Pelayanan pemberian kekebalan tubuh kepada sasaran meliputi 5 imunisasi dasar, lanjutan dan imunisasi TT kepada catin dan ibu hamil.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari.
Periode Analisa	1 bulan.
Numerator	Jumlah sasaran yang di imunisasi.
Denominator	Jumlah sasaran yang datang ke Puskesmas.
Sumber Data	Laporan imunisasi.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Koordinator imunisasi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinis; 2. Pemberian imunisasi; 3. Edukasi; 4. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 3.5 Kelengkapan *Inform Consent* Sebelum Tindakan Medis.

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan Informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan.
Definisi Operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan lengkap mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat Informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan.

Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator KIA.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Koordinator KIA.

#### 4 Pelayanan Gawat Darurat.

##### 4.1 Kemampuan Menangani *Life Saving*.

Judul	Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> ;
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Puskesmas dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa, dan ibu melahirkan.
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>circulation, airway, dan breath</i> .
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa.
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan standar alat Puskesmas.
Sumber Data	Daftar inventaris alat di UGD.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Meningkatkan SDM; 2. Melakukan pelatihan; 3. Menerapkan hasil pelatihan; 4. Monitoring dan evaluasi hasil pelatihan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

##### 4.2 Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Bersertifikat.

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Bersertifikat.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan.
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan <i>ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ GELS</i> yang masih berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat <i>ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ GELS</i> yang masih berlaku. Dokter <i>internship</i> diakui telah bersertifikat

	kegawatdaruratan karena baru lulus UKDI.
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan.
Sumber Data	Kepegawaian.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepegawaian.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Mengajukan pelatihan; 3. Pelatihan kegawatdaruratan; 4. Sosialisasi hasil pelatihan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 4.3 Kelengkapan *Inform Consent* Sebelum Tindakan Medis.

Judul	Kelengkapan <i>Inform Consent</i> Sebelum Tindakan Medis.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan Informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan.
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan lengkap mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat Informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survei.
Target	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator UGD.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pemeriksaan klinik; 2. Pemeriksaan penunjang; 3. Formulir <i>inform concent</i> ; 4. Edukasi; 5. Pelayanan rujukan; 6. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas;
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter;

#### 4.4 Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat.

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Keterjangkauan.
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap Puskesmas.
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.

Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah hari buka UGD 24 jam dalam sebulan.
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan.
Sumber Data	Laporan bulanan.
Standar	24 jam.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator Unit Gawat Darurat (UGD).
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 4.5 Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat.

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di UGD sampai mendapat pelayanan dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal N = 50).
Sumber Data	Sampel.
Standar	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator Unit Gawat Darurat (UGD).
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 4.6 Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka.

Judul	Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka.
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat.
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Puskesmas sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan.
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat.

Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator Unit Gawat Darurat (UGD).
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 4.7 Kepuasan Pasien Pada Gawat Darurat.

Judul	Kepuasan Pasien Pada Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket, dan fasilitas pelayanan gawat darurat.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif serata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal N = 50).
Sumber Data	Survei.
Standar	≥ 70 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator Unit Gawat Darurat (UGD).
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 5 Pelayanan Gizi Bersifat UKP.

#### 5.2 Pemberi Pelayanan Gizi.

Judul	Pemberi Pelayanan Gizi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Kesiapan Puskesmas dalam menyediakan pelayanan gizi.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga terlatih gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam standar pelayanan gizi di Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga terlatih gizi yang memberi pelayanan gizi.
Denominator	1
Sumber Data	Kepegawaian .
Standar	Sesuai dengan standar pelayanan gizi

	Puskesmas.
Penanggung jawab Pengumpul data	Pelaksana gizi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Nutrisionis.

### 5.3 Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Gizi.

Judul	Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Gizi.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan konsultasi gizi.
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi adalah tenaga ahli gizi yang kompeten.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang memberikan pelayanan gizi.
Denominator	1
Sumber Data	Kepegawaian.
Standar	Tersedia.
Penanggung jawab Pengumpul data	Pelaksana gizi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Nutrisionis.

### 5.4 Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Gizi.

Judul	Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Gizi.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi.
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei.
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (N minimal 50).
Sumber Data	Survei.
Standar	≥ 80 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Pelaksana gizi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Nutrisionis.

## 6 Pelayanan Persalinan.

### 6.2 Pemberi Pelayanan Persalinan Normal.

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter umum yang sudah pelatihan APN (Asuhan Persalinan Normal) dan bidan terlatih.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi menolong persalinan.
Denominator	Jumlah seluruh dokter dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Sumber Data	Kepegawaian.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepegawaian.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Melakukan peningkatan keterampilan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 6.3 Adanya Tim PONED.

Judul	Adanya Tim PONED.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya tim PONED yang mampu menangani dan merujuk : hipertensi dalam kehamilan, tindakan persalinan dengan distorsi bahu, pendarahan <i>post partum</i> , infeksi nifas, BBLR dan hipotermia, asfiksia pada bayi, gangguan nafas pada bayi, kejang pada bayi baru lahir, infeksi bayi baru lahir, persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan obstetri neonatal dasar antara lain kewaspadaan universal standar.
Definisi Operasional	Tim PONED adalah Tim yang memberikan pelayanan baik patologi maupun kegawatdaruratan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Tersedianya tim PONED terlatih.
Denominator	1
Sumber Data	Pengelola kepegawaian.
Standar	Ada Tim PONED terlatih.
Penanggung jawab pengumpulan data	Bidan koordinator.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

6.4 Pelayanan Kontrasepsi Oleh Dokter Umum atau Bidan Terlatih.

Judul	Pelayanan Kontrasepsi Oleh Dokter Umum atau Bidan Terlatih.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya profesional dalam pelayanan kontrasepsi.
Definisi Operasional	Pelayanan kontrasepsi adalah pelayanan oleh dokter umum atau bidan yang terlatih.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi dalam satu bulan.
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator KIA-KB.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan lansia; 2. Skrining kesehatan lansia; 3. Pemberian buku kesehatan lansia; 4. Pelayanan rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

6.5 Kepatuhan *Hand Hygiene*.

Judul	Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> .
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien melalui cuci tangan.
Definisi Operasional	Kepatuhan <i>hand hygiene</i> adalah kepatuhan petugas penolong persalinan terhadap ketentuan cuci tangan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah petugas penolong persalinan yang mematuhi ketentuan cuci tangan.
Denominator	Jumlah seluruh petugas penolong persalinan.
Sumber Data	Survei petugas penolong persalinan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator KIA-KB.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan tempat cuci tangan; 2. Menyediakan sabun cuci tangan dan tisu; 3. Melakukan enam langkah cuci tangan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

6.6 Kematian Ibu Karena Persalinan.

Judul	Kematian Ibu Karena Persalinan.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Puskesmas

	terhadap pelayanan kasus persalinan.
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan.
Periode Analisa	Tiap tiga bulan.
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan.
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan.
Sumber Data	Laporan KIA.
Standar	0 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator KIA-KB.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 6.7 Kepuasan Pasien pada Persalinan.

Judul	Kepuasan Pasien pada Persalinan.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen).
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (N minimal 50).
Sumber Data	Survei.
Standar	≥ 80 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator KIA-KB.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 6.8 Kelengkapan *Inform Consent* Sebelum Tindakan Medis.

Judul	Kelengkapan <i>Inform Consent</i> Sebelum Tindakan Medis.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan Informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan.
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan lengkap mengenai tindakan medis

	yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan .
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat Informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator KIA.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Koordinator KIA.

## 7 Pelayanan Rawat Inap.

### 7.1 Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3).
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan.
Periode Analisa	6 bulan.
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.
Sumber Data	Kepegawaian.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Dokter.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 7.2 Tempat Tidur dengan Pengaman.

Judul	Tempat Tidur dengan Pengaman.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur.
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.

Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman.
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di Puskesmas.
Sumber Data	Catatan ruang rawat inap.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Tim PMKP.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pemeliharaan sarana prasarana; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 7.3 Kamar Mandi dengan Pengaman Pegangan Tangan.

Judul	Kamar Mandi dengan Pengaman Pegangan Tangan.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi.
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak terjatuh di dalam kamar mandi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pegangan.
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap yang ada di Puskesmas.
Sumber Data	Catatan ruang rawat inap.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Tim K3.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pemeliharaan sarana prasarana; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter

### 7.4 Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap.

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan.
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	100 %.

Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 7.5 Jam *Visite* Dokter.

Judul	Jam <i>Visite</i> Dokter.
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberi pelayanan.
Definisi Operasional	<i>Visite</i> dokter adalah kunjungan dokter setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 07.30 s/d 14.30.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan.
Periode Analisa	Tiap tiga bulan.
Numerator	Jumlah <i>visite</i> dokter antara jam 07.30 s/d 14.50 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> dokter yang disurvei.
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 7.6 Kepatuhan *Hand Hygiene*.

Judul	Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> .
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien melalui cuci tangan.
Definisi Operasional	Kepatuhan <i>hand hygiene</i> adalah kepatuhan petugas rawat inap terhadap ketentuan cuci tangan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah petugas rawat inap yang mematuhi ketentuan cuci tangan.
Denominator	Jumlah seluruh petugas rawat inap.
Sumber Data	Survei petugas rawat inap.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan tempat cuci tangan; 2. Menyediakan sabun cuci tangan dan tisu; 3. Melakukan enam langkah cuci tangan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.

Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.
---------------------	----------------------------

#### 7.7 Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh.

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien.
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selamat di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan.
Periode Analisa	Tiap bulan.
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh.
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Tim PMKP dan K3.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 7.8 Kejadian Pulang Sebelum dinyatakan Sembuh.

Judul	Kejadian Pulang Sebelum dinyatakan Sembuh
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan Puskesmas.
Definisi Operasional	Pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang atau dirujuk oleh dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh atau dirujuk dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	≤ 5 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM. 2. Pencatatan pelaporan. 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 7.9 Kematian Pasien ≥ 48 Jam.

Judul	Kematian Pasien ≥ 48 Jam.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Puskesmas yang aman dan efektif.
Definisi Operasional	Kematian pasien ≥48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah

	pasien rawat inap masuk Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	1 bulan.
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap $\geq$ 48 jam dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan.
Sumber Data	Rekam medis.
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4 / 1000$ (internasional) (NDR $\leq 25 / 1000$ , Indonesia).
Penanggung jawab Pengumpul data	Tim PMKP.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM. 2. Pencatatan pelaporan. 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

7.10 *BOR ( Bed Occupancy Ratio = Angka Penggunaan Tempat Tidur).*

Judul	<i>Bed Occupancy Ratio = Angka Penggunaan Tempat Tidur).</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Puskesmas yang aman dan efektif.
Definisi Operasional	Persentase pemakaian tempat di Puskesmas rawat inap pada satuan waktu tertentu (1 tahun).
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan.
Periode Analisa	6 bulan.
Numerator	Jumlah hari perawatan.
Denominator	Jumlah tempat tidur pasien dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Buku register rawat inap.
Standar	80 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter

7.11 *ALOS (Average Lenght Of Stay = Rata-Rata Lamanya Pasien Dirawat).*

Judul	<i>ALOS ( Average Lenght Of Stay = Rata-Rata Lamanya Pasien Dirawat)</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Puskesmas yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Rata-rata lamanya pasien dirawat .
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan.
Periode Analisa	6 bulan.
Numerator	Jumlah lama di rawat.
Denominator	Jumlah pasien keluar (hidup+mati) dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Buku register rawat inap.

Standar	1-3 Hari .
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 7.12 Kelengkapan *Inform Consent* Sebelum Tindakan Medis.

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan Informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan.
Definisi Operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan lengkap mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat Informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Koordinator rawat inap.

#### 7.13 Kepuasan Pasien Rawat Inap.

Judul	Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Inap.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap.
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat, petugas administrasi dan kondisi ruangan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen.)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (N minimal 50).

Sumber Data	Survei.
Standar	≥ 90 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator rawat inap.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

## 8 Pelayanan Kefarmasian.

### 8.1 Pemberi Pelayanan Farmasi.

Judul	Pemberi Pelayanan Farmasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan obat.
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan obat adalah asisten apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai dengan standar Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang ada di ruang/kamar obat.
Denominator	Jumlah dan jenis seluruh tenaga yang ada di ruang/kamar obat.
Sumber Data	Kamar obat.
Standar	Tersedia tenaga Apoteker.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan Asisten apoteker.

### 8.2 Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi.

Judul	Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk memberikan pelayanan obat.
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan obat adalah ruang, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan obat sesuai dengan standar pelayanan obat Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan.
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan obat yang dimiliki Puskesmas.
Denominator	Jenis dan fasilitas dan peralatan pelayanan obat yang seharusnya dimiliki Puskesmas.
Sumber Data	Kamar obat.
Standar	Tersedia ruang dan peralatan.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah	1. Mempersiapkan sarana dan prasarana;

Kegiatan	2. Pemeliharaan sarana dan prasarana; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan asisten apoteker.

### 8.3 Ketersediaan Formularium.

Judul	Ketersediaan Formularium.
Dimensi Mutu	Efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien.
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Puskesmas sesuai dengan Formularium Nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Dokumen formularium.
Denominator	1
Sumber Data	Survei.
Standar	Tersedia dan updated paling 3 tahun terakhir.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Daftar nama obat; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan asisten apoteker.

### 8.4 Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi.

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan obat.
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survei.
Standar	≤ 30 menit.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan Pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan asisten apoteker.

### 8.5 Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan.

Judul	Pemberi Pelayanan Farmasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Kesiapan Puskesmas dalam memberikan

	elayanan obat.
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan adalah obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat-obatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survei.
Standar	≤ 60 menit.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Waktu tunggu pemberian obat; 3. Pencatatan Pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan Asisten apoteker.

#### 8.6 Tidak Adanya Kejadian Salah Pemberian Obat.

Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Pemberian Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan.
Tujuan	Tidak ada kejadian kesalahan dalam pemberian obat.
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat, meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat; 2. Salah dalam memberikan dosis; 3. Salah orang; 4. Salah jumlah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi obat yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi obat yang disurvei.
Sumber Data	Survei.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Melakukan identifikasi pasien; 2. Melakukan PIO; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan asisten apoteker.

#### 8.7 Persentase Ketersediaan Obat Di Puskesmas.

Judul	Persentase Ketersediaan Obat Di Puskesmas.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi.
Tujuan	Meningkatkan pelayanan obat ke masyarakat.
Definisi Operasional	Tersedianya obat dan vaksin indikator di

	Puskesmas untuk program pelayanan kesehatan dasar. Pemantauan dilaksanakan terhadap ketersediaan 20 item obat esensial di Puskesmas .
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah komulatif item obat indikator yang tersedia di Puskesmas .
Denominator	Jumlah Puskesmas yang melapor dalam kurun waktu 1 tahun.
Sumber Data	Buku register obat.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Laporan obat; 2. Buku dan kartu stok opname; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan asisten apoteker.

#### 8.8 Persentase Penggunaan Obat Yang Rasional.

Judul	Persentase Penggunaan Obat Yang Rasional Di Puskesmas.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi.
Tujuan	Meningkatkan pelayanan obat ke masyarakat.
Definisi Operasional	Persentase penggunaan antibiotik pada penatalaksanaan kasus ISPA non-pneumonia, diare non spesifik, penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia dan rerata item obat perlembar resep di Puskesmas terhadap seluruh kasus ISPA non-pneumonia, diare non spesifik dan myalgia di sarana yang sama.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah obat yang sesuai dengan Formularium Nasional.
Denominator	Jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas.
Sumber Data	Buku register obat.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Kartu stok obat; 2. Daftar nama obat; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan asisten apoteker.

#### 8.9 Kepuasan Pelanggan.

Judul	Persentase Penggunaan Obat Yang Rasional Di Puskesmas.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi.
Tujuan	Meningkatkan pelayanan obat ke masyarakat

Definisi Operasional	Persentase penggunaan antibiotik pada penatalaksanaan kasus ISPA non-pneumonia, diare non spesifik, penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia dan rerata item obat perlembar resep di Puskesmas terhadap seluruh kasus ISPA non-pneumonia, diare non spesifik dan myalgia di sarana yang sama.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah obat yang sesuai dengan Formularium Nasional.
Denominator	Jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas.
Sumber Data	Buku register obat.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Apoteker.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Kartu stok obat; 2. Daftar nama obat; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Apoteker dan asisten apoteker.

## 9 Pelayanan Laboratorium.

### 9.1 Fasilitas dan Peralatan.

Judul	Fasilitas dan Peralatan.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk memberikan pelayanan laboratorium sederhana.
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan laboratorium sederhana adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium sederhana baik cito maupun selektif sesuai standar pelayanan Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin, dan peralatan pelayanan laboratorium yang dimiliki Puskesmas.
Denominator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin, dan peralatan pelayanan laboratorium yang seharusnya dimiliki Puskesmas.
Sumber Data	Inventaris laboratorium.
Standar	Sesuai dengan standar Puskesmas.
Penanggung jawab Pengumpul data	Analisis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Analisis.

### 9.2 Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium.

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium.
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium sederhana. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai sampel di proses sampai dengan menerima hasil.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survei.
Standar	≤ 90 menit.
Penanggung jawab Pengumpul data	Analisis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Analisis.

### 9.3 Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS.

Judul	Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium Puskesmas dalam memeriksa HIV-AIDS.
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV/AIDS adalah pemeriksaan <i>skrining</i> HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV/AIDS.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan Rapid test.
Denominator	1
Sumber Data	Catatan di laboratorium.
Standar	Tersedia Rapid test.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator laboratorium.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Analisis.

### 9.4 Kemampuan Mikroskopis TB Paru.

Judul	Kemampuan Mikroskopis TB Paru.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan;
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium Puskesmas dalam memeriksa mikroskopis

	<i>tuberculosis</i> paru.
Definisi Operasional	Pemeriksaan mikroskopis <i>tuberculosis</i> paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya <i>mycobacterium tuberculosis</i> pada sediaan dahak pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Ketersediaan tenaga terlatih, peralatan, dan reagen untuk pemeriksaan <i>tuberculosis</i> .
Denominator	Sesuai dengan standar Puskesmas.
Sumber Data	Catatan di laboratorium.
Standar	Tersedianya tenaga, peralatan, dan reagen.
Penanggung jawab Pengumpul data	Analisis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Analisis.

#### 9.5 Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium.

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium.
Definisi Operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Catatan di laboratorium.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Analisis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Analisis.

#### 9.6 Cakupan Pemeriksaan Laboratorium Puskesmas.

Judul	Cakupan Pemeriksaan Laboratorium Puskesmas.
Dimensi Mutu	Kepuasan pelanggan.
Tujuan	Menggambarkan jumlah kunjungan pasien yang memanfaatkan pelayanan laboratorium yang diselenggarakan oleh Puskesmas.
Definisi Operasional	Adalah jumlah pemeriksaan laboratorium dibandingkan dengan jumlah kunjungan

	pasien ke Puskesmas keseluruhan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang melakukan pemeriksaan laboratorium di Puskesmas dalam kurun waktu tertentu.
Denominator	jumlah kunjungan pasien yang memerlukan pemeriksaan laboratorium di Puskesmas dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Register pemeriksaan laboratorium.
Standar	15%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Analisis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Analisis.

#### 9.7 Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Laboratorium Sederhana.

Judul	Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Laboratorium Sederhana.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persentase)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (N minimal 50).
Sumber Data	Survei.
Standar	≥ 80 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Analisis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

#### 10 Pelayanan Radiologi.

##### 10.1 Pemberi Pelayanan Radiologi.

Judul	Pemberi Pelayanan Radiologi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan rontgen.
Definisi Operasional	Adalah yang mempunyai kompetensi sesuai dengan standar.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan sekali.

Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang ada di ruang/radiologi.
Denominator	Jumlah dan jenis seluruh tenaga yang ada di ruang radiologi.
Sumber Data	Radiologi.
Standar	Tersedia tenaga radiologi.
Penanggung jawab Pengumpul data	Radiografer.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Radiografer dan dr.Sp. Radiologi.

### 10.2 Fasilitas Dan Pelayanan Radiologi.

Judul	Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Radiologi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas.
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk memberikan pelayanan radiologi.
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan radiologi adalah ruang, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiologi sesuai dengan standar pelayanan radiologi.
Frekuensi Pengumpulan Data	2 tahun sekali.
Periode Analisa	2 tahun sekali.
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan radiologi yang dimiliki Puskesmas
Denominator	Jenis dan fasilitas dan peralatan pelayanan radiologi yang seharusnya dimiliki Puskesmas
Sumber Data	Radiologi.
Standar	Tersedia ruang dan peralatan.
Penanggung jawab Pengumpul data	Manajemen.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana dan prasarana; 2. Pemeliharaan sarana dan prasarana; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Radiografer.

### 10.3 Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan.

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Radiologi.
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi.
Definisi Operasional	Pemeriksaan radiologi yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan radiologi sederhana. Waktu tunggu hasil pelayanan radiologi untuk pemeriksaan radiologi adalah tenggang waktu mulai pasien dilakukan pemeriksaan radiologi sampai dengan menerima hasil.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan radiologi pasien yang disurvei dalam satu bulan.

Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di radiologi yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survei.
Standar	≤ 2 hari.
Penanggung jawab Pengumpul data	Radiografer.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Membuat kesepakatan jadwal hasil; 2. Pencatatan pelaporan; 3. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Radiografer.

#### 10.4 Pemeriksaan Radiologi Dilakukan Sesuai Dengan Jenis Pemeriksaan Yang Diminta Oleh Dokter Pengirim.

Judul	Pemeriksaan Radiologi Dilakukan Sesuai Dengan Jenis Pemeriksaan Yang Diminta Oleh Dokter Pengirim.
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya pelayanan radiologi yang sesuai dengan standar pelayanan.
Definisi Operasional	Semua pasien radiologi yang dilakukan pemeriksaan radiologi terlebih dahulu harus dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diminta oleh dokter yang memeriksa pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan sekali.
Periode Analisa	3 bulan sekali.
Numerator	Semua pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi.
Denominator	Semua pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi harus sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diminta oleh dokter pengirim.
Sumber Data	Laporan bulanan radiologi.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Radiografer.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Surat pengantar pemeriksaan; 2. Pemeriksaan rongent; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Radiografer.

#### 10.5 Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Radiologi.

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Radiologi.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien.
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan hasil radiologi.
Definisi Operasional	Kejadian kesalahan pemberian hasil radiologi adalah tidak tertukarnya hasil radiologi milik orang yang satu dengan orang lain.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan sekali.
Periode Analisa	3 bulan sekali.
Numerator	Jumlah seluruh hasil radiologi yang diperiksa

	dikurangi jumlah hasil radiologi yang tertukar
Denominator	Jumlah seluruh hasil radiologi yang diperiksa
Sumber Data	Laporan bulanan radiologi.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Radiografer.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Identifikasi pasien; 2. Hasil pemeriksaan rongent; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Radiografer.

#### 10.6 Semua Pasien Radiologi Melampirkan Surat Pengantar Pemeriksaan Radiologi Dari Dokter Pengirim.

Judul	Semua Pasien Radiologi Melampirkan Surat Pengantar Pemeriksaan Radiologi Dari Dokter Pengirim.
Dimensi Mutu	Efisiensi,efektivitas,kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan radiologi yang sesuai dengan standar pelayanan.
Definisi Operasional	Semua pasien radiologi melampirkan surat pengantar pemeriksaan radiologi dari dokter pengirim adalah semua pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi harus melampirkan surat pengantar pemeriksaan radiologi dari dokter yang memeriksanya pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Semua pasien radiologi yang diperiksa
Denominator	Jumlah semua pasien radiologi yang diperiksa harus melampirkan surat pengantar pemeriksaan radiologi dari dokter yang memeriksa.
Sumber Data	Laporan bulanan radiologi.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Kordinator radiologi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Surat pengantar pemeriksaan; 2. Pemeriksaan rongent; 3. Pencatatan pelaporan; 4. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Radiografer.

#### 10.7 Kepuasan Pasien Radiologi.

Judul	Kepuasan Pasien Radiologi.
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan radiologi yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket, dan fasilitas pelayanan gawat darurat.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan

	pasien radiologi yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal N = 50).
Sumber Data	Survei.
Standar	≥ 80 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Rumah Tangga.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menyediakan sarana prasarana; 2. Pengumpulan data; 3. Merekap hasil kepuasan; 4. Menindaklanjuti hasil kepuasan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Radiografer.

## II. INDIKATOR SPM UKM.

### 1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil.

Judul	Pelayanan Kesehatan Pada Ibu Hamil (K4).
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan pemeriksaan antenatal ibu hamil di Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar di wilayah kerjanya Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan sesuai standar adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standar kuantitas adalah kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Satu kali pada trimester pertama.</li> <li>b. Satu kali pada trimester kedua.</li> <li>c. Dua kali pada trimester ketiga.</li> </ol> </li> <li>2. Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10T, meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengukuran berat badan.</li> <li>b. Pengukuran tekanan darah.</li> <li>c. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA).</li> <li>d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).</li> <li>e. Penentuan presentasi janin dan Denyut jantung janin (DJJ).</li> <li>f. Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi.</li> <li>g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet.</li> <li>h. Tes laboratorium.</li> <li>i. Tatalaksana/penanganan kasus.</li> <li>j. Temu wicara.</li> </ol> </li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah sasaran ibu hamil di wilayah kerja

	Puskesmas dalam waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan PWS KIA/ laporan bidan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung Jawab UKM.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan ibu hamil; 2. Pemeriksaan antenatal; 3. Pengisian dan pemanfaatan buku KIA; 4. Pengisian kartu ibu dan kohort; 5. Rujukan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter, tenaga kesehatan lainnya.

2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin.

Judul	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya penanganan ibu bersalin sesuai standar di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu bersalin dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan sesuai standar meliputi: 1. Persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal. 2. Persalinan normal (APN) sesuai standar. a) Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. b) Tenaga penolong minimal 2 orang. 3. Persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas Pelayanan kesehatan Dasar dan Rujukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan.
Numerator	Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas selama periode waktu 1 tahun.
Denominator	Jumlah sasaran ibu bersalin di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Laporan PWS KIA/ laporan bidan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator KIA.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan ibu bersalin; 2. Pelayanan persalinan; 3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA; 4. Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu; 5. Pencatatan dan pelaporan; 6. Rujukan jika diperlukan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

3. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir.

Judul	Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya penanganan bayi baru lahir sesuai standar di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>Definisi Operasional Capaian Kerja Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan bayi baru lahir dinilai dari cakupan jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>a. Sesuai standar, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Standar kuantitas yaitu kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal dengan ketentuan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunjungan Neonatal 1(KN1) 6-48 jam;</li> <li>- Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3-7 hari;</li> <li>- Kunjungan Neonatal 3(KN3) 8-28 hari.</li> </ul> </li> <li>2) Standar kualitas yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam): <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pemotongan dan perawatan tali pusat;</li> <li>2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD);</li> <li>3) Injeksi vitamin K1;</li> <li>4) Pemberian salep/tetes mata antibiotika;</li> <li>5) Pemberian imunisasi HBo,</li> </ol> </li> <li>b) Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam-28 hari): <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif;</li> <li>2) Memeriksa kesehatan dengan menggunakan pendekatan MTBM</li> <li>3) Pemberian vitamin K1;</li> <li>4) Imunisasi hepatitis B injeksi untuk bayi usia &lt;24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan;</li> <li>5) Penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
Frekuensi Pengumpul Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap 3 bulan.
Numerator	Jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai dengan standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun.
Denominator	Jumlah sasaran bayi baru lahir di wilayah Puskesmas tersebut dalam kurun waktu 1 tahun yang sama
Sumber Data	Laporan PWS KIA/ laporan bidan.
Standar	100 %.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator KIA.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan bayi baru lahir; 2. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;

	3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA; 4. Pencatatan dan pelaporan; 5. Rujukan pertolongan kasus komplikasi pada bayi baru lahir jika diperlukan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

4. Pelayanan Kesehatan Balita.

Judul	Pelayanan Kesehatan Balita.
Dimensi Mutu	Kesinambungan Pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas Plumbon dalam upaya pelayanan balita sesuai standar di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anak berusia 0-59 bulan sesuai standar. Sesuai standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan kesehatan balita usia 0-11 bulan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penimbangan minimal 8 kali setahun;</li> <li>b. Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali setahun;</li> <li>c. Pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun;</li> <li>d. Pemberian kapsul Vitamin A pada Usia 6-11 bulan 1 kali setahun;</li> <li>e. Pemberian Imunisasi dasar lengkap</li> </ol> </li> <li>2. Pelayanan kesehatan balita usia 12-23 bulan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penimbangan minimal 8 kali setahun;</li> <li>b. Pengukuran panjang badan, tinggi badan minimal 2 kali setahun;</li> <li>c. Pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun;</li> <li>d. Pemberian vit A sebanyak 2 kali;</li> <li>e. Pemberian imunisasi lanjutan.</li> </ol> </li> <li>3. Pelayanan kesehatan balita usia 24-59 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penimbangan minimal 8 kali;</li> <li>b. Pengukuran panjang badan/tinggi minimal 2 kali setahun;</li> <li>c. Pemantauan perkembangan balita minimal 2 kali setahun;</li> <li>d. Pemberian vitamin A sebanyak 2 kali setahun.</li> </ol> </li> <li>4. Pemantauan perkembangan.</li> <li>5. Pemberian vitamin A.</li> <li>6. Pemberian imunisasi dasar lengkap.</li> <li>7. Pemberian imunisasi lanjutan.</li> <li>8. Pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan.</li> <li>9. Edukasi dan Informasi.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah balita 0-59 bulan mendapat pelayanan kesehatan balita sesuai standar di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun.
Denominator	Jumlah semua balita 0-59 bulan di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Register Kohort Anak, Register Posyandu, Buku KIA.

Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator KIA.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan Balita 0-59 bulan; 2. Pelayanan kesehatan balita; 3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA; 4. Pencatatan dan pelaporan; 5. Pelayanan rujukan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat, Dokter dan Gizi.

5. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar.

Judul	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan pada usia pendidikan dasar sesuai standar di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak usia pendidikan dasar dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan anak setingkat pendidikan dasar sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun ajaran. Penjaringan kesehatan yang diberikan kepada anak usia pendidikan dasar minimal 1 kali pada kelas 1 dan kelas 7 meliputi: 1. Skrining kesehatan meliputi : a. Penilaian status; b. Penilaian tanda vital; c. Penilaian kesehatan gigi dan mulut; d. Penilaian ketajaman indera. 2. Tindak lanjut hasil skrining kesehatan meliputi: a. Memberikan umpan balik hasil skrining kesehatan; b. Melakukan rujukan jika diperlukan; c. Memberikan penyuluhan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 tahun.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah anak usia pendidikan dasar yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah semua anak usia pendidikan dasar di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Register anak sekolah.
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator Usaha Kesehatan Anak Sekolah (UKS).
Langkah-langkah Kegiatan	1. Koordinasi dan pendataan sasaran; 2. Pelaksanaan skrining kesehatan; 3. Pelaksanaan tindak lanjut skrining kesehatan.
Monitoring dan	Sistem Informasi Puskesmas.

Evaluasi	
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat Dokter, Perawat gigi, Gizi, dan Promkes.

6. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif.

Judul	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan pada usia produktif 15-59 tahun sesuai standar di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	Capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan kesehatan usia produktif dinilai dari persentase orang usia 15-59 tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan sesuai standar meliputi: 1. Pengukuran tinggi badan, berat badan serta lingkar perut; 2. Pengukuran tekanan darah; 3. Pengukuran gula darah; 4. Anamnesa perilaku berisiko. Tindak lanjut hasil skrining kesehatan meliputi: 1. Melakukan rujukan jika diperlukan; 2. Memberikan penyuluhan kesehatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah usia 15-59 tahun mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah usia 15-59 tahun yang ada di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Register Posbindu, Register Rawat Jalan, Register IVA, Register Anak Sekolah.
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator PTM.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Skrining faktor risiko PTM; 2. Konseling tentang faktor risiko PTM; 3. Pelayanan rujukan kasus ke fasilitas kesehatan tingkat pertama; 4. Pencatatan dan pelaporan faktor risiko PTM.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat, Nutrisionis dan Dokter.

7. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut.

Judul	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut.
Dimensi Mutu	Kesinambungan Pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan pada usia lanjut $\geq 60$ tahun sesuai standar di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	pelayanan kesehatan sesuai standar pada warga negara usia 60 tahun atau lebih dinilai dari cakupan warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali di

	<p>wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan sesuai standar yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau UKBM;</li> <li>2. Pelayanan skrining kesehatan untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut;</li> <li>b. Pengukuran tekanan darah;</li> <li>c. Pemeriksaan kadar gula darah;</li> <li>d. Pemeriksaan gangguan mental;</li> <li>e. Pemeriksaan gangguan kognitif;</li> <li>f. Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut;</li> <li>g. Anamnesa perilaku berisiko.</li> </ol> </li> <li>3. Tindak lanjut hasil skrining: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan rujukan jika diperlukan;</li> <li>b. Memberikan penyuluhan kesehatan.</li> </ol> </li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah pengunjung usia $\geq 60$ tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun.
Denominator	Jumlah penduduk usia $\geq 60$ tahun yang ada di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Register Posbindu, Register Rawat Jalan, Register Posyandu Lansia.
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator PTM.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendataan lansia;</li> <li>2. Skrining kesehatan lansia;</li> <li>3. Pencatatan pelaporan termasuk pemberian Buku Kesehatan Lansia;</li> <li>4. Pelayanan rujukan.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

8. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi.

Judul	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan penderita hipertensi sesuai standar di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita hipertensi, dinilai dari persentase jumlah penderita hipertensi usia 15 tahun keatas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan sesuai standar meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal 1 kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan;</li> <li>2. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau</li> </ol>

	kepatuhan minum obat; 3. Melakukan rujukan jika diperlukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah penderita hipertensi usia $\geq 15$ tahun di wilayah Puskesmas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar waktu 1 tahun.
Denominator	Jumlah seluruh penderita hipertensi usia $\geq 15$ tahun yang ada di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Register rawat jalan, register posbindu.
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator PTM.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pendataan penderita hipertensi menurut wilayah kerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;</li> <li>2. Melakukan penemuan kasus hipertensi untuk pasien usia <math>\geq 15</math> tahun di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;</li> <li>3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi tentang diet makanan dan aktivitas fisik, serta terapi farmakologi;</li> <li>4. Melakukan rujukan ke FKRTL sesuai kriteria.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

9. Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus.

Judul	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan penderita diabetes di Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>Pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita DM dinilai dari persentase penderita DM usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan sesuai standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengukuran gula darah minimal 1 kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan;</li> <li>2. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau Nutrisi;</li> <li>3. Terapi farmakologi;</li> <li>4. Melakukan rujukan jika diperlukan.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah penderita Diabetes Melitus usia $\geq 15$ tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam periode waktu 1 tahun.
Denominator	Jumlah estimasi penderita Diabetes Melitus usia $\geq 15$ tahun di wilayah Puskesmas berdasarkan angka prevalensi kabupaten dalam periode waktu 1 tahun yang sama.

Sumber Data	Register harian rawat jalan, register Posbindu.
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator PTM.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pendataan penderita Diabetes Melitus menurut wilayah kerja FKTP;</li> <li>2. Melakukan skrining faktor risiko Diabetes Melitus untuk seluruh pasien di FKTP;</li> <li>3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa pengukuran gula darah minimal 1 kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan, edukasi perubahan gaya hidup dan / atau nutrisi dan terapi farmakologi;</li> <li>4. Melakukan rujukan ke FKRTL untuk pencegahan komplikasi;</li> <li>5. Penyediaan peralatan kesehatan DM;</li> <li>6. Penyediaan obat DM;</li> <li>7. Pencatatan dan pelaporan;</li> <li>8. Monitoring dan evaluasi.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Dokter, Bidan, Perawat, dan Nutrisionis.

10. Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat.

Judul	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>Pelayanan kesehatan sesuai standar bagi ODGJ Berat, dinilai dari jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan sesuai standar yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan kesehatan jiwa; <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan status mental;</li> <li>b. Wawancara;</li> </ol> </li> <li>2. Edukasi (Kepatuhan minum obat);</li> <li>3. Melakukan rujukan jika diperlukan.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun.
Denominator	Jumlah semua ODGJ berat berdasarkan proyeksi di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Register harian rawat jalan, register kesehatan jiwa.
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator kesehatan jiwa.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penderita ODGJ berat menurut data estimasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;</li> <li>2. Melakukan diagnosis terduga ODGJ berat</li> </ol>

	<p>dan melakukan penatalaksanaan medis;</p> <p>3. Pelaksanaan kunjungan rumah (KIE Keswa, melatih perawatan diri, minum obat sesuai anjuran dokter dan berkesinambungan, kegiatan rumah tangga dan aktifitas bekerja sederhana);</p> <p>4. Melakukan rujukan ke FKRTL;</p> <p>5. Pencatatan dan pelaporan;</p> <p>6. Monitoring dan evaluasi.</p>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Dokter, Perawat yang terlatih kesehatan jiwa.

11. Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberculosis.

Judul	Pelayanan Kesehatan Kepada Orang Terduga TBC.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan kesehatan sesuai standar kepada orang terduga TBC di wilayah Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>Capaian kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi orang dengan terduga TBC dinilai dari persentase jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan kesehatan sesuai standar bagi orang terduga TBC meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan klinis; Pelayanan klinis terduga TBC dilakukan minimal 1 kali dalam setahun, adalah pemeriksaan gejala dan tanda;</li> <li>2. Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis;</li> <li>3. Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularannya;</li> <li>4. Melakukan rujukan jika diperlukan.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 3 Bulan untuk memantau peningkatan dan rencana tindak lanjut dan tindak lanjut perbaikan capaian SPM 3 bulan kedepan, dan 1 tahun untuk melihat pencapaian SPM dalam kurun waktu satu tahun.
Numerator	Jumlah orang terduga TBC yang dilakukan pemeriksaan penunjang dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah orang terduga TB dalam waktu 1 tahun yang sama.
Sumber Data	Register Rawat Jalan Puskesmas, Register Pustu, Register Pusling, data PISPK.
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab UKM. Koordinator Program TB.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan klinis;</li> <li>2. Pemeriksaan penunjang;</li> <li>3. Edukasi;</li> <li>4. Rujukan.</li> </ol>
Monitoring dan	Sistem Informasi Puskesmas.

Evaluasi	
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat, Analis Teknik Laboratorium Medis, Dokter, Tenaga Kesehatan Masyarakat.

12. Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus Yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia (HIV).

Judul	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Risiko Terinfeksi HIV.
Dimensi Mutu	Kesinambungan Pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kinerja Puskesmas dalam upaya pelayanan orang dengan risiko terinfeksi HIV di Puskesmas.
Definisi Operasional	<p>Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan risiko terinfeksi HIV dinilai dari persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan HIV sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Pelayanan yang sesuai standar antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penetapan sasaran HIV ditetapkan oleh Kepala Daerah berdasarkan orang yang berisiko terinfeksi HIV (penderita TBC, IMS, penaja seks, LSL, transgender, WBP, dan ibu hamil);</li> <li>2. Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan;</li> <li>3. Skrining dilakukan dengan pemeriksaan Tes Cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun;</li> <li>4. Melakukan rujukan jika diperlukan.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 1 bulan.
Periode Analisa	Setiap 1 tahun.
Numerator	Persentase orang berisiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.
	Jumlah orang berisiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah orang berisiko terinfeksi HIV yang dalam kurun waktu satu tahun yang sama.
Sumber Data	Register harian rawat jalan, register HIV.
Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung jawab UKM. Koordinator P2 HIV.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penentuan sasaran;</li> <li>2. Pemetaan penemuan kelompok sasaran;</li> <li>3. Promosi kesehatan dan penyuluhan;</li> <li>4. Jejaring kerja dan kemitraan;</li> <li>5. Sosialisasi pencegahan;</li> <li>6. Pemeriksaan deteksi dini HIV;</li> <li>7. Pencatatan dan pelaporan;</li> <li>8. Monitoring dan evaluasi;</li> <li>9. Penilaian kinerja SPM;</li> <li>10. Rujukan jika diperlukan.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Dokter, perawat, bidan, ATLM, Tenaga kesehatan masyarakat.

13. Pelayanan Promosi Kesehatan.  
Pembinaan PHBS Rumah Tangga.

Judul	Pelayanan Promosi Kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Merubah perilaku masyarakat hidup bersih dan sehat untuk meningkatkan derajat kesehatan.
Definisi Operasional	Pembinaan PHBS di tatanan Rumah Tangga adalah pengkajian dan pembinaan PHBS di tatanan Rumah Tangga dengan melihat 10 indikator. 10 Indikator adalah: 1. Persalinan oleh Linakes; 2. Memberi ASI Eksklusif; 3. Menimbang bayi dan balita setiap bulan; 4. Menggunakan air bersih; 5. Mencuci tangan dengan sabun & air bersih; 6. Menggunakan jamban sehat; 7. Memberantas jentik; 8. Makan sayur dan buah; 9. Melakukan aktivitas fisik; 10. Tidak merokok di dalam rumah pada setiap rumah tangga.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah sasaran yang mendapatkan penyuluhan dan pembinaan PHBS sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh sasaran yang ada di wilayah Puskesmas pada kurun waktu satu tahun yang sama.
Sumber Data	Laporan Promosi Kesehatan, Laporan Konseling terpadu.
Target	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. penyuluhan dan pembinaan; 4. Pencatatan pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga kesehatan masyarakat.

14. Pelayanan Kesehatan Lingkungan.  
Persentase Penduduk Terhadap Akses Sanitasi Yang Layak.

Judul	Persentase Penduduk Terhadap Akses Sanitasi Yang Layak.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Seluruh penduduk mendapat akses air bersih dan jamban sehat.
Definisi Operasional	Persentase Penduduk terhadap akses sanitasi yang layak (Jamban Sehat) adalah perbandingan antara penduduk yang akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) dengan penduduk seluruhnya, dinyatakan dalam persentase.

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap minggu.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah sasaran yang mendapatkan pembinaan dan pemicuan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh sasaran yang ada di wilayah Puskesmas pada kurun waktu satu tahun yang sama.
Sumber Data	Laporan kesehatan lingkungan.
Target	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Program kesehatan lingkungan.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Penyediaan KIE; 2. Pembinaan; 3. Pemicuan; 4. Pencatatan dan pelaporan; 5. Monitoring.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Tenaga kesehatan masyarakat.

15. Pelayanan Kesehatan Keluarga Yang Bersifat UKM.  
KIE Dan Pemeriksaan Kesehatan Pada Calon Pengantin.

Judul	KIE Dan Pemeriksaan Kesehatan Pada Calon Pengantin.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Mendeteksi kesehatan calon pengantin sedini mungkin dan mempersiapkan calon perempuan menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas.
Definisi Operasional	Pemberian bantuan pengambilan keputusan dan memberikan edukasi kepada calon pengantin tentang kesehatan reproduksi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan sekali.
Periode Analisa	Satu bulan sekali.
Numerator	Jumlah calon pengantin yang dilakukan KIE di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh calon pengantin yang ada di wilayah Puskesmas pada kurun waktu satu tahun yang sama.
Sumber Data	KUA.
Target	80%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program kesehatan reproduksi terpadu.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Perencanaan kegiatan; 2. Koordinasi lintas program dan lintas sektoral; 3. Menentukan waktu pelaksanaan sasaran dan tempat sasaran; 4. Pelaksanaan kegiatan; 5. Pencatatan dan pelaporan; 6. Analisa dan evaluasi; 7. Monitoring.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan dan perawat.

16. Pelayanan Gizi Yang Bersifat UKM.

16.1 Persentase Remaja Putri Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD).

Judul	Persentase Remaja Putri Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD).
Dimensi Mutu	Efektif dan keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui distribusi dan kecukupan TTD bagi remaja putri sebagai upaya mencegah anemia pada remaja.
Definisi Operasional	Remaja Putri adalah remaja putri yang berusia 12 -18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat. TTD adalah tablet yang sekurangnya-kurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah maupun diperoleh secara mandiri. Remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu sebanyak 1 tablet. Persentase remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu terhadap jumlah remaja putri yang ada dikali 100%.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap triwulan.
Periode Analisa	Setiap triwulan.
Numerator	Jumlah remaja putri mendapat TTD.
Denominator	Jumlah seluruh remaja putri 12-18 tahun di sekolah.
Sumber Data	Laporan program gizi.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program gizi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menentukan sasaran; 2. Penyuluhan dan pembinaan; 3. Memberikan Tablet tambah darah; 4. Pencatatan dan pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Pelaksana program gizi.

16.2 Persentase Balita Kurus Mendapat Makanan Tambahan.

Judul	Persentase Balita Kurus Mendapat Makanan Tambahan.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui pencapaian ibu hamil yang mendapat PMT dalam upaya mengurangi faktor resiko tinggi gangguan tumbuh kembang pada balita
Definisi Operasional	Balita kurus adalah anak usia 6 bulan 0 hari sampai dengan 59 bulan 29 hari dengan status gizi kurus (BB/PB atau BB/TB - 3 SD sampai dengan < - 2 SD). Makanan Tambahan adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal.

	Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan adalah jumlah balita kurus yang mendapat makanan tambahan terhadap jumlah balita kurus dikali 100%.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah Balita Kurus yang mendapat makanan tambahan.
Denominator	Jumlah sasaran Balita Kurus yang ada.
Sumber Data	Laporan program gizi.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program gizi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menentukan sasaran; 2. Penyuluhan dan pembinaan; 3. Memberikan makanan tambahan; 4. Pencatatan dan pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

17. Pelayanan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit.

17.1 Surveilans Dan Imunisasi.

17.1.1 Surveilans.

17.1.1.1 Cakupan Ketepatan Surveilans Terhadap Penyakit.

Judul	Cakupan Ketepatan Surveilans Terhadap Penyakit.
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien.
Tujuan	Untuk mengetahui kinerja surveilans dalam melaporkan pengumpulan data hasil pengamatan penyakit sesuai waktu yang telah ditentukan.
Definisi Operasional	Cakupan ketepatan Surveilans Terhadap Penyakit adalah cakupan ketepatan pengumpulan data hasil pengamatan penyakit bulanan di wilayah Puskesmas dalam waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali dalam 1 tahun.
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah laporan STP yang dilaporkan Puskesmas tepat waktu pada kurun waktu satu tahun.
Denominator	12 bulan.
Sumber Data	Laporan bulanan surveilans.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Surveilans.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. Pembinaan dan penyuluhan; 4. Pencatatan Pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

17.1.1.2 Cakupan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB).

Judul	Cakupan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB).
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui pencapaian Puskesmas dalam merespon penanganan KLB penyakit dan keracunan makanan dalam waktu 1 x 24 jam.
Definisi Operasional	Cakupan penanggulangan KLB Penyakit dan keracunan makanan yang dilakukan dalam waktu 1 x 24 jam.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali dalam 1 tahun.
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah KLB penyakit dan keracunan makanan yang ditanggulangi 1 x 24 jam dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah KLB penyakit dan keracunan makanan dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan KLB surveilans.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Surveilans.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. Pembinaan; 4. Pencatatan Pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

17.1.2 Imunisasi.

17.1.2.1 Cakupan Desa /Kelurahan *Universal Child Immunization (UCI)*.

Judul	Pelayanan Imunisasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Memberikan kekebalan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).
Definisi Operasional	Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) adalah Desa/Kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap minggu.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah Desa/Kelurahan UCI di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh Desa/Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan Bulanan Imunisasi.
Target	98%.
Penanggung Jawab	Penanggung jawab Program Imunisasi.
Langkah Kegiatan	1. Menentukan sasaran; 2. Menentukan jenis vaksin yang diberikan; 3. Pemberian imunisasi; 4. Pencatatan laporan;

	5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Dokter, perawat, bidan.

#### 17.1.2.2 Cakupan IDL.

Judul	Cakupan IDL.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas.
Tujuan	Untuk mengetahui pencapaian bayi 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap.
Definisi Operasional	Cakupan IDL adalah Cakupan bayi 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap (HBO 1 kali, BCG 1 kali, Polio 4 kali, DPTHB-Hib 3 kali, Campak 1 kali) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah bayi 0-11 bulan mendapatkan Imunisasi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah sasaran bayi 0-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Kohort imunisasi.
Standar	93%
Penanggung Jawab	Penanggung jawab Program Imunisasi.
Langkah Kegiatan	1. Menentukan sasaran; 2. Menentukan jenis vaksin yang diberikan; 3. Pemberian imunisasi; 4. Pencatatan laporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat, bidan.

#### 17.1.2.3 Cakupan Bias Campak.

Judul	Cakupan BIAS Campak.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui angka pencapaian pemberian imunisasi campak pada siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) atau sederajat.
Definisi Operasional	Cakupan BIAS Campak adalah Jumlah siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau yang sederajat, laki-laki dan perempuan yang mendapat imunisasi campak di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali dalam 1 tahun.
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah anak SD/MI atau yang sederajat kelas 1 yang mendapat imunisasi MR di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau yang sederajat di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan BIAS Campak.

Standar	98%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung jawab Program Imunisasi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menentukan sasaran; 2. Menentukan jenis vaksin yang diberikan; 3. Pemberian imunisasi; 4. Pencatatan laporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat.

#### 17.1.2.4 Cakupan Bias Td.

Judul	Cakupan BIAS Td.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui angka pencapaian pemberian imunisasi Td pada siswa kelas 2 dan 5 Sekolah Dasar (SD) atau sederajat.
Definisi Operasional	Cakupan BIAS Td adalah jumlah siswa kelas 2 dan kelas 5 Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau yang sederajat, laki-laki dan perempuan yang mendapatkan imunisasi Td di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali dalam 1 tahun.
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah anak SD/MI atau yang sederajat kelas 2 dan kelas 5 yang mendapat imunisasi Td di wilayah kerja Puskesmas pada kurun satu tahun.
Denominator	Jumlah siswa kelas 2 dan kelas 5 Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau yang sederajat di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan BIAS Td.
Standar	98%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung Jawab Program Imunisasi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menentukan sasaran; 2. Menentukan jenis vaksin yang diberikan; 3. Pemberian imunisasi; 4. Pencatatan laporan; 5. Monitoring dan evaluasi
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat.

#### 17.1.2.5 Cakupan Bias DT.

Judul	Cakupan BIAS DT.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui angka pencapaian pemberian imunisasi DT pada siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) atau sederajat.
Definisi Operasional	Cakupan BIAS DT adalah Jumlah siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) atau sederajat, laki-laki dan perempuan yang mendapatkan imunisasi DT di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Frekuensi	1 kali dalam 1 tahun.

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah anak SD/MI atau yang sederajat kelas 1 yang mendapat imunisasi DT di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau yang sederajat di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan BIAS DT.
Standar	98%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Koordinator imunisasi.
Penanggung jawab Pengumpul data	Penanggung jawab Program Imunisasi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Menentukan sasaran; 2. Menentukan jenis vaksin yang diberikan; 3. Pemberian imunisasi; 4. Pencatatan laporan; 5. Monitoring dan evaluasi
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat.

## 17.2 Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular.

### 17.2.1 Inspeksi Saluran Pernapasan Akut(ISPA).

Judul	Persentase Cakupan Penemuan Penderita <i>Pneumonia</i> Balita.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui besaran penemuan balita pneumonia oleh petugas Puskesmas.
Definisi Operasional	Cakupan Penemuan Penderita <i>Pneumonia</i> Balita adalah Persentase balita dengan <i>Pneumonia</i> yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di Sarana Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita di satu wilayah kerja pada waktu yang sama
Sumber Data	Laporan bulanan program ISPA.
Standar	86%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pengelola program ISPA.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Melakukan pendataan penderita <i>Pneumonia</i> menurut wilayah kerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama; 2. Melakukan penemuan kasus <i>Pneumonia</i> di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama; 3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi tentang diet makanan dan aktivitas fisik, serta terapi farmakologi; 4. Melakukan rujukan ke FKRTL sesuai

	kriteria.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 17.2.2 Diare

Judul	Persentase Cakupan Pelayanan Diare Pada Kasus Semua Umur.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui pencapaian dan penanganan kasus diare oleh petugas Puskesmas dalam waktu tertentu.
Definisi Operasional	Jumlah / angka penemuan kasus Diare pada semua umur yang mendapatkan pelayanan / pengobatan di Fasyankes.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah penderita diare semua umur dilayani dalam periode tertentu.
Denominator	Target penemuan penderita diare semua umur
Sumber Data	Laporan bulanan program diare
Standar	100%;
Penanggung jawab pengumpulan data	Pengelola program diare;
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pendataan penderita Diare menurut wilayah kerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;</li> <li>2. Melakukan penemuan kasus diare di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ;</li> <li>3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi tentang diet makanan dan aktivitas fisik, serta terapi farmakologi;</li> <li>4. Melakukan rujukan ke FKRTL sesuai kriteria.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

### 17.2.3 Kusta.

Judul	Angka kesembuhan / RFT ( <i>Release From Treatment</i> ) MB
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas.
Tujuan	Untuk mengetahui jumlah penderita kusta MB yang sembuh setelah mendapatkan pengobatan Kusta sesuai dengan standar.
Definisi Operasional	Jumlah kasus baru MB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (12 dosis dalam 12-18 bulan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali dalam 1 tahun.
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah kasus baru MB yang menyelesaikan 12 dosis dalam 12-18 bulan pada periode satu tahun.
Denominator	Jumlah Seluruh kasus baru MB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yang sama.
Sumber Data	Register Pengobatan Penderita Kusta.

Standar	100%.
Penanggung jawab Pengumpul data	Pengelola Program Kusta.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pendataan penderita kusta menurut wilayah kerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;</li> <li>2. Melakukan penemuan kasus kusta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;</li> <li>3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi tentang diet makanan dan aktivitas fisik, serta terapi farmakologi;</li> <li>4. Melakukan rujukan ke FKRTL sesuai kriteria.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

#### 17.2.4 DBD

Judul	Pencegahan DBD Dengan Penghitungan Angka Bebas Jentik (ABJ).
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektif dan efisien.
Tujuan	Untuk mengetahui persentase rumah dan tempat yang bebas jentik dalam upaya pencegahan penyakit DBD.
Definisi Operasional	Persentase rumah dan tempat-tempat umum yang diperiksa jentik dalam kurun waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah rumah dan tempat umum yang diperiksa jentik dan hasilnya negatif tidak ada jentik dalam waktu tertentu.
Denominator	Jumlah rumah dan tempat-tempat umum yang diperiksa jentik dalam kurun waktu tertentu
Sumber Data	Laporan PJB dan PSN.
Standar	95%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Surveilans.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan SDM;</li> <li>2. Penyediaan KIE;</li> <li>3. Penyuluhan dan pembinaan;</li> <li>4. Pencatatan Pelaporan;</li> <li>5. Monitoring dan evaluasi.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

#### 17.2.5 Kecacingan.

##### 17.2.5.1 Pemberian Obat Pencegahan Secara Massal kecacingan di Posyandu.

Judul	Pemberian Obat Pencegahan Secara Massal kecacingan di Posyandu.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk menurunkan prevalensi kecacingan pada balita yang ada di wilayah kerja Posyandu.
Definisi Operasional	Pemberian Obat Pencegahan Secara Massal

	kecacingan di Posyandu adalah pemberian obat yang dilakukan untuk mematikan cacing secara serentak di wilayah kerja Puskesmas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap kegiatan POPM kecacingan.
Periode Analisa	Setiap 6 bulan.
Numerator	Jumlah balita yang mendapatkan obat POPM cacingan.
Denominator	Jumlah seluruh balita yang ada di posyandu dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Laporan program POPM kecacingan.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Bidan Desa.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi Pembelian obat cacing;</li> <li>2. Pendataan sasaran;</li> <li>3. Pengajuan obat cacing;</li> <li>4. Pelaksanaan Pemberian obat cacing;</li> <li>5. Pencatatan dan pelaporan;</li> <li>6. Monitoring dan evaluasi.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

#### 17.2.5.2 Pemberian Tablet kecacingan di TK/PAUD/RA/SD.

Judul	Pemberian Tablet kecacingan di TK/PAUD/RA/SD.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk menurunkan prevalensi cacingan pada anak usia pra sekolah yang ada di lingkungan pendidikan formal dan informal setingkat TK/PAUD/RA.
Definisi Operasional	Pemberian Obat Pencegahan Secara Massal Cacingan di TK/PAUD/RA/SD adalah pemberian obat yang dilakukan untuk mematikan cacing secara serentak kepada semua sasaran di wilayah.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap kegiatan POPM kecacingan.
Periode Analisa	Setiap 6 bulan.
Numerator	Jumlah siswa TK/PAUD/RA yang mendapatkan obat POPM cacingan.
Denominator	Jumlah seluruh siswa TK/PAUD/RA yang ada di posyandu dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Laporan program POPM kecacingan.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Koordinator UKS.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi Pembelian obat cacing;</li> <li>2. Pendataan sasaran;</li> <li>3. Pengajuan obat cacing;</li> <li>4. Pelaksanaan Pemberian obat cacing;</li> <li>5. Pencatatan dan pelaporan;</li> <li>6. Monitoring dan evaluasi.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.

Sumber Daya Manusia	Perawat.
---------------------	----------

#### 17.2.6 Filariasis.

Judul	Cakupan Tatalaksana Kasus Filariasis.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam menangani kasus filariasis yang ditemukan.
Definisi Operasional	Cakupan Pelayanan Penderita Filariasis adalah persentase Kasus Filariasis yang dilakukan tatalaksana minimal 7 kali kunjungan rumah di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap ada kasus.
Periode Analisa	Setiap tahun.
Numerator	Jumlah Kasus Filariasis yang dilakukan tatalaksana.
Denominator	Jumlah Kasus Filariasis yang ditemukan dalam 1 tahun.
Sumber Data	Laporan Program Filariasis.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana Program Filariasis/Surveilans.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan kasus; 2. Skrining penemuan kasus; 3. Tatalaksana penanganan kasus; 4. Pelayanan rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

#### 17.2.7 Rabies.

Judul	Cakupan Penanganan Kasus Rabies.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam menangani kasus rabies yang ditemukan.
Definisi Operasional	Merupakan penyakit zoonosis yang dapat menyerang semua hewan berdarah panas dan manusia. Gejala: 1. Demam; 2. Sakit kepala; 3. Kelebihan air liur; 4. Kejang otot; 5. Kelumpuhan; 6. Kebingungan mental.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap ada kasus.
Periode Analisa	Setiap tahun.
Numerator	Jumlah Kasus Filariasis yang dilakukan tatalaksana.
Denominator	Jumlah Kasus Filariasis yang ditemukan dalam 1 tahun.
Sumber Data	Laporan Program rabies.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana Program rabies.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan kasus; 2. Skrining penemuan kasus;

	3. Tatalaksana penanganan kasus; 4. Pelayanan rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

#### 17.2.8 Skrining Hepatitis Pada Ibu Hamil.

Judul	Skrining Hepatitis Pada Ibu Hamil.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui secara dini Hepatitis B pada Ibu hamil.
Definisi Operasional	Angka kesakitan adalah angka yang menunjukkan proporsi kasus/kejadian (baru) penyakit dalam suatu populasi. Angka Kesakitan merupakan jumlah orang yang menderita penyakit dibagi jumlah total populasi dalam kurun waktu tertentu dikalikan konstanta.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap tiga bulan.
Numerator	Jumlah kasus baru dalam kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah populasi dalam kurun waktu tertentu dalam kurun waktu tertentu ) x 100%.
Sumber Data	Buku KIA.
Standar	100 %.
Penanggung jawab pengumpulan data	Koordinator KIA-KB dan Pelaksana Program Hepatitis.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan kasus; 2. Skrining penemuan kasus; 3. Tatalaksana penanganan kasus; 4. Pelayanan rujukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat dan bidan.

#### 17.3 Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Pelayanan Kesehatan Indera.

##### a. Jumlah Penderita Katarak Ditemukan Yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Dengan Standar.

Judul	Jumlah Penderita Katarak Ditemukan Yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Dengan Standar.
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui jumlah penderita katarak yang ditemukan pada saat skrining katarak yang ditangani baik oleh Puskesmas maupun dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan berupa perawatan dan pengobatan sesuai standar.
Definisi Operasional	Jumlah penderita katarak ditemukan yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar adalah seluruh penderita katarak yang

	ditemukan yang mendapatkan pengobatan dan perawatan berbanding dengan jumlah seluruh penderita katarak yang ditemukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah penderita katarak yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar pada periode tertentu.
Denominator	Jumlah seluruh penderita katarak yang ditemukan pada periode tertentu.
Sumber Data	Laporan program kesehatan indera.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pengelola program kesehatan indera.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan; 2. Skrining kesehatan Indera; 3. Penyuluhan dan pembinaan; 4. Pemberian Buku Kesehatan Indera; 5. Pelayanan rujukan; 6. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas
Sumber Daya Manusia	Perawat.

b. Pemeriksaan Indera Penglihatan Anak Sekolah.

Judul	Pemeriksaan Indera Penglihatan Anak Sekolah
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui status kesehatan indera penglihatan siswa.
Definisi Operasional	Pemeriksaan indera penglihatan anak sekolah adalah kegiatan skrining yang dilaksanakan oleh petugas Puskesmas yang terintegrasi dengan program UKS kepada sasaran siswa usia sekolah dalam waktu 1 kali dalam 1 tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah siswa yang diperiksa penglihatan pada waktu tertentu.
Denominator	Jumlah seluruh sasaran siswa pada waktu tertentu
Sumber Data	Laporan bulanan program indera.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program kesehatan indera.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Pendataan; 2. Skrining kesehatan Indera; 3. Penyuluhan dan pembinaan; 4. Pemberian Buku Kesehatan Indera; 5. Pelayanan rujukan; 6. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

18. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat.

18.1 Askep Individu Kunjungan Rawat Jalan.

Judul	Askep Individu Kunjungan Rawat Jalan.
Dimensi Mutu	Efektif dan keselamatan.
Tujuan	Untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara komprehensif pada individu yang datang ke Puskesmas.
Definisi Operasional	Jumlah pasien rawat jalan dalam gedung yang mendapat asuhan keperawatan individu langsung oleh perawat.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat asuhan keperawatan langsung oleh perawat pada rawat jalan.
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan pengkajian , pemeriksaan fisik oleh perawat pada kunjungan rawat jalan, IGD di Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan bulanan program Perkesmas.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Koordinator perawat.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Merekap kunjungan pasien rawat jalan; 2. Melakukan asuhan keperawatan individu; 3. Edukasi; 4. Pelayanan rujukan bila diperlukan; 5. Pencatatan dan pelaporan.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat.

18.2 Cakupan Keluarga Mandiri III Dan IV.

Judul	Cakupan Keluarga Mandiri III Dan IV Pada Semua Kasus.
Dimensi Mutu	Efektif dan keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat mengatasi masalah kesehatan dikeluarganya secara mandiri sehingga siap untuk lepas bina dari asuhan keperawatan.
Definisi Operasional	Cakupan hasil akhir tingkat kemandirian Keluarga ( KM III dan IV) pada keseluruhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya, setelah mendapatkan askep keluarga minimal 4 kali kunjungan. Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga).
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah keluarga rawan yang dibina yang memenuhi kriteria KM III dan IV di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu
Denominator	Seluruh keluarga rawan yang ada di wilayah yang sama dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Laporan bulanan program Perkesmas.
Standar	100%.
Penanggung jawab	Koordinator perawat.

pengumpulan data	
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan sasaran Keluarga rawan;</li> <li>2. Melakukan asuhan keperawatan pada keluarga;</li> <li>3. Edukasi;</li> <li>4. Pelayanan rujukan bila diperlukan;</li> <li>5. Pencatatan dan pelaporan.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat.

19. Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat.

19.1 Cakupan Pembinaan Kesehatan Gigi di Masyarakat.

Judul	Cakupan Pembinaan Kesehatan Gigi di Masyarakat.
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien.
Tujuan	Untuk melihat hasil kinerja program UKGM kepada masyarakat luar gedung.
Definisi Operasional	Cakupan UKGM adalah persentase UKBM yang mendapat pembinaan dari petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu setahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah Posyandu yang mendapat pembinaan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah Posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun
Sumber Data	Laporan bulanan program UKGMD.
Standar	30%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Perawat gigi.
Langkah-langkah Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyediaan KIE;</li> <li>2. Penyuluhan;</li> <li>3. Pembinaan;</li> <li>4. Pencatatan dan pelaporan;</li> <li>5. Monitoring.</li> </ol>
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat Gigi.

19.2 Cakupan Pembinaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Di SD/MI.

Judul	Cakupan Pembinaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Di SD/MI.
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien.
Tujuan	Untuk melihat hasil kinerja program UKGS kepada masyarakat luar gedung.
Definisi Operasional	Pembinaan Kesehatan gigi dan mulut adalah kegiatan untuk mengubah perilaku mereka dari kurang menguntungkan menjadi menguntungkan terhadap kesehatan gigi pada murid kelas 1.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah siswa SD yang mendapat pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam

	kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah siswa SD yang berada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan bulanan program UKGMS.
Standar	30%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Perawat gigi.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Penyediaan KIE; 2. Penyuluhan; 3. Pembinaan; 4. Pencatatan dan pelaporan; 5. Monitoring.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat Gigi .

## 20. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.

### 20.1 Pembinaan Kelompok TOGA.

Judul	Cakupan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga (TOGA).
Dimensi Mutu	Efektif, efisien dan keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui kinerja program Hattra dalam membina kelompok TOGA yang ada di wilayah kerja Puskesmas.
Definisi Operasional	Cakupan pembinaan kelompok TOGA (5-10 KK) yang dibina oleh petugas Puskesmas yang berada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dibagi 1 kelompok TOGA.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali dalam 1 tahun.
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah kelompok TOGA yang dibina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun.
Denominator	1 kelompok TOGA di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Sumber Data	Laporan bulanan program Hattra.
Standar	10%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program upaya penyehat tradisional.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. Pembinaan; 4. Pencatatan Pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

### 20.2 Pembinaan Penyehat Tradisional.

Judul	Cakupan Pembinaan Upaya Penyehat Tradisional.
Dimensi Mutu	Efektif, efisien dan keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam membina praktisi penyehat tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas.
Definisi Operasional	Pembinaan penyehat tradisional adalah upaya

	yang dilakukan oleh Puskesmas berupa inventarisir, identifikasi, dengan aplikasi Gan Hattra, pencatatan dan pelaporan kunjungan klien, serta fasilitasi rekomendasi registrasi kesehatan tradisional di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah Penyehat Tradisional yang dibina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah Penyehat Tradisional seluruhnya di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu tertentu.
Sumber Data	Laporan bulanan program Hattra.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program upaya penyehat tradisional.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. Pembinaan; 4. Pencatatan Pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

## 21. Pelayanan Kesehatan Olahraga.

### 21.1 Persentasi Jemaah Haji Yang diperiksa Kebugaran Jasmani.

Judul	Persentase Jemaah Haji Yang Diperiksa Kebugaran Jasmani.
Dimensi Mutu	Efektif, efisien dan keselamatan.
Tujuan	Untuk mengetahui pencapaian pemeriksaan kebugaran jemaah haji untuk melengkapi syarat istitoah haji.
Definisi Operasional	Persentasi Jemaah Haji yang diperiksa Kebugaran jasmani adalah Jumlah Jemaah haji yang diperiksa kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas di banding dengan jumlah Jemaah haji yang ada di wilayah kerja Puskesmas pada periode tertentu, dinyatakan dalam persentase.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali dalam 1 tahun.
Periode Analisa	1 kali dalam 1 tahun.
Numerator	Jumlah Jemaah haji yang diukur kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	Jumlah Jemaah haji yang mengikuti kebugaran di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu yang sama.
Sumber Data	Laporan bulanan program kesehatan olahraga.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program kesehatan olahraga.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. Pelayanan dan Pemeriksaan kesehatan; 4. Melakukan tes kebugaran; 5. Pencatatan Pelaporan;

	6. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

21.2 Persentase Anak Sekolah Yang Diperiksa Kebugaran Jasmani.

Judul	Persentase Pengukuran Kebugaran Anak Sekolah.
Dimensi Mutu	Efektif.
Tujuan	Untuk mengetahui pencapaian kegiatan pengukuran kebugaran pada anak sekolah.
Definisi Operasional	Persentase anak sekolah yang diperiksa kebugaran jasmani adalah jumlah anak sekolah yang diperiksa kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas di banding dengan jumlah anak sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas pada periode tertentu, dinyatakan dalam persentase.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah Anak sekolah yang diukur kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu.
Denominator	Jumlah anak sekolah yang mengikuti kebugaran di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu yang sama.
Sumber Data	Laporan bulanan program kesehatan olahraga.
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Pelaksana program kesehatan olahraga.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. Pelayanan dan Pemeriksaan kesehatan; 4. Melakukan tes kebugaran; 5. Pencatatan Pelaporan; 6. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Perawat.

22. Pelayanan Kesehatan Kerja.

Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) Yang Terbentuk Di Wilayah Kerja Puskesmas.

Judul	Pelayanan Kesehatan Kerja.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kualitas.
Tujuan	Setiap pekerja mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar.
Definisi Operasional	Jumlah Pos UKK yang terbentuk minimal 1 (satu) Puskesmas terbentuk 1 (satu) Pos UKK di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Setiap bulan.
Numerator	Jumlah Pos UKK yang terbentuk di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.
Denominator	1 (satu) Pos UKK yang terbentuk yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu

	satu tahun.
Sumber Data	Laporan Bulanan UKK, Pos UKK.
Target	100%.
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Program UKK.
Langkah-langkah Kegiatan	1. Peningkatan SDM; 2. Penyediaan KIE; 3. Pelayanan dan pemeriksaan kesehatan rujukan kasus; 4. Pencatatan pelaporan; 5. Monitoring dan evaluasi.
Monitoring dan Evaluasi	Sistem Informasi Puskesmas.
Sumber Daya Manusia	Bidan, Perawat dan Dokter.

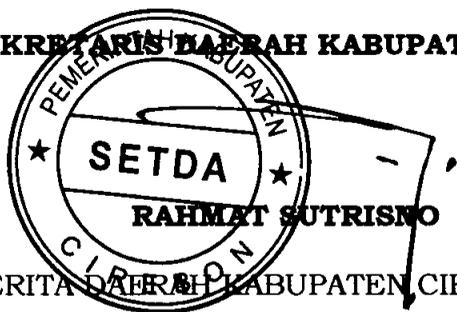
**BUPATI CIREBON,**

**TTD**

**IMRON**

Diundangkan di Sumber  
Pada tanggal 27 Oktober 2020

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,**



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 89 SERI E