

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON



NOMOR 119 TAHUN 2020 SERI 8

PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR 116 TAHUN 2020

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH

PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT TEGALGUBUG

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 Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat Tegalgubug 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 (Lembaran 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 beberapakali diubah, 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 Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

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 1540);
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 1355);
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 TEGALGUBUG 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 disingkat 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 disingkat UPTD adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas dan Badan Daerah Kabupaten Cirebon.
8. Unit Pelaksana Teknis Daerah Puskesmas Tegalgubug, yang selanjutnya disebut Puskesmas Tegalgubug adalah UPTD Puskesmas Tegalgubug.
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 Pemerintah 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 Perseorangan 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 persalinan normal bagi Puskesmas yang tersedia fasilitas pelayanan persalinan normal.
17. Puskesmas rawat inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM Kesehatan dimaksudkan untuk memberi pedoman kepada Pemerintah Daerah Kabupaten dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Kesehatan pada Puskesmas.
- (2) SPM Kesehatan 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 Tegalgubug, 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 gawat darurat;
- b. Pelayanan rawat jalan;
- c. Pelayanan persalinan;
- d. Pelayanan farmasi;
- e. Pelayanan laboratorium;
- f. Pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. Pengelolaan limbah;
- h. Pelayanan ambulan; dan
- i. Pelayanan keamanan;

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 yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (HIV);
- m. pelayanan imunisasi;
- n. pelayanan penyakit lainnya;

- o. pelayanan promosi kesehatan;
- p. pelayanan kesehatan lingkungan;
- q. pelayanan gizi;
- r. pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat;
- s. pelayanan kesehatan gigi masyarakat;
- t. pelayanan kesehatan kerja;
- u. pelayanan kesehatan olah raga;
- v. pelayanan kesehatan tradisional komplementer;
- w. pelayanan kesehatan indera; dan
- x. pelayanan kesehatan pengembangan lainnya.

Pasal 7

- (1) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian pada setiap jenis pelayanan untuk UKP pada Puskesmas Tegalbugung 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 Tegalbugung, 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 wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Pemimpin Puskesmas yang menerapkan BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal 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 pelaporan 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 di bawah Pemimpin BLUD Puskesmas.
- (4)

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 25 November 2020
BUPATI CIREBON,

TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber

pada tanggal 24 November 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



RAHMAT SUTRISNO

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 119 SERI B

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR : 116 TAHUN 2020

TANGGAL : 25 NOVEMBER 2020

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT TEGALGUBUG KABUPATEN CIREBON**INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN PADA JENIS PELAYANAN UNTUK UPAYA KESEHATAN PERORANGAN
PADA PUSKESMAS TEGALGUBUG**

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | Penanggung Jawab | Keterangan | |
|----|-------------------------|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | | | 2023 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Pelayanan gawat darurat | 1. Jam buka pelayanan gawat darurat 2. Tidak adanya keharusan membayar uang muka 3. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa 4. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat (ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ | 7 jam 100 % | 07.30 s/d 14.30 100 % | 07.30 s/d 14.30 100 % | 07.30 s/d 14.30 100 % | 07.30 s/d 14.30 100 % | 07.30 s/d 14.30 100 % | 07.30 s/d 14.30 100 % | Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas | 12 |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | GELS) yang masih berlaku | | | | | | | | | |
| | | 5. Kelengkapan <i>inform consent</i> sebelum tindakan medis | 100 % | 50 % | 75 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKP | |
| 2 | Pelayanan Rawat Jalan | 1. Jam buka pelayanan dengan ketentuan | Pagi 07.30 s/d 14.15 Setiap hari kerja | Pagi 08.00 s/d 14.15 Setiap hari kerja | Pagi 07.30 s/d 14.15 Setiap hari kerja | Pagi 07.30 s/d 14.15 Setiap hari kerja | Pagi 07.30 s/d 14.15 Setiap hari kerja | Pagi 07.30 s/d 14.15 Setiap hari kerja | Pagi 07.30 s/d 14.15 Setiap hari kerja | Petugas Pendaftaran | |
| | | 2. Waktu tunggu rawat jalan | 8 menit | 15 menit | 12 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | 8 menit | Kepala Puskesmas | |
| | | 3. Pemberi pelayanan Rawat Jalan | Dokter Perawat pend. minimal D3 | Dokter S1 Perawat D3 | Dokter S1 Perawat D3 | Dokter S1 Perawat D3 | Dokter S1 Perawat D3 | Dokter S1 Perawat D3 | Dokter S1 Perawat D3 | Kepala Puskesmas | |
| | | 4. Kepatuhan handhygiene | ≥90 % | 80 % | 90 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKP | |
| | | 5. Unit Pelayanan Umum | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKP | |
| | | 6. Pelayanan MTBS | 100% | 50 % | 60 % | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % | PJ UKP | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|----------------------|--|--------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | 7. Pelayanan Lansia | 20 % | 5 % | 5 % | 7,5 % | 10 % | 15 % | 17,5 % | PJ UKP | |
| | | 8. Pelayanan Gigi | 4 % | 4,94% | 4 % | 4 % | 4 % | 4 % | 4 % | PJ UKP | |
| | | 9. Pelayanan di KIA | 100% | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKP | |
| | | 10. Pelayanan KB | 100% | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | PJ UKP | |
| | | 11. Pelayanan Imunisasi | 100% | 75 % | 75 % | 75 % | 75 % | 75 % | 75 % | PJ UKP | |
| | | 12. Pelayanan Klinik di Pusling | 100% | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKP | |
| | | 13. Konseling KIP-K | 5 % | 3,22 % | 3,5 % | 4,5 % | 5 % | 5 % | 5 % | Promosi Kesehatan | |
| | | 14. Pelayanan SDIDTK | 5 % | 2 % | 3 % | 4 % | 5 % | 5 % | 5 % | PJ UKP | |
| 3 | Pelayanan Persalinan | 1. Adanya Tim PONED | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Kepala Puskesmas | |
| | | 2. Pemberi pelayanan persalinan normal | Ada Bidan terlatih | Ada Bidan terlatih | Ada Bidan terlatih | Ada Bidan terlatih | Ada Bidan terlatih | Ada Bidan terlatih | Ada Bidan terlatih | Kepala Puskesmas | |
| | | 3. Kepatuhan handhygiene | ≥90 % | 80 % | 90 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Penanggung Jawab PONED | |
| | | 4. Kelengkapan inform consent sebelum tindakan medis | 100% | 50 % | 75 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Penanggung Jawab PONED | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-------------------|---|---|---|--|--|--|---|---|--|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 4 | Pelayanan Farmasi | 1. Presentase ketersediaan obat di Puskesmas 2. Prosentase kesesuaian obat dengan formularium nasional 3. Waktu tunggu pelayanan obat jadi 4. Waktu tunggu pelayanan obat racikan 5. Penulisan resep sesuai formularium 6. Pemberi pelayanan farmasi 7. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi 8. Ketersediaan formularium 9. Tidak adanya kejadian salah pemberian obat | 100% 100% 10 menit 15 menit 100% Apoteker dan ast. Apoteker terlatih 100% | 85% 70% 10 menit 15 menit 80% | 90% 75% 5 menit 10 menit 85% | 92,5% 77% 5 menit 10 menit 90% | 95% 85% 5 menit 10 menit 95% | 97,5% 92,5% 5 menit 10 menit 100% | 100% 100% 5 menit 10 menit 100% | Pelaksana Farmasi Pelaksana Farmasi Pelaksana Farmasi Pelaksana Farmasi Dokter Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|------------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 5 | Pelayanan Laboratorium | 1. Cakupan pemeriksaan laboratorium Puskesmas 2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium ≤20 menit 3. Pemberi pelayanan laboratorium 4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 5. Fasilitas dan peralatan laboratorium 6. Tidak adanya kejadian tertukar <i>specimen</i> 7. Kemampuan memeriksa HIV-AIDS 8. Kemampuan Mikroskopis TB Paru | 15% ≤ 20 menit Analisis pend. minimal D3 100 % 90 % 100 % 100 % Ada alat | 5% 60 menit D3 100 % 50% 100 % Ada alat | 7% 40 menit D3 100 % 60% 100 % Ada alat | 8% 30 menit D3 100 % 75% 100 % Ada alat | 10% 20 menit D3 100 % 80% 100 % Ada alat | 12,5% ≤ 20 menit D3 100 % 85% 100 % Ada alat | 15% ≤ 20 menit D3 100 % 90% 100 % Ada alat | Analisis Analisis Kepala Puskesmas Analisis Kepala Puskesmas Analisis Kepala Puskesmas | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-------------------------------------|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 6 | Pencegahan dan pengendalian Infeksi | 1. Tersedia APD di Unit Pelayanan klinis 2. Tersedianya APD 3. Adanya anggota tim PPI yang terlatih 4. Rencana program PPI 5. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana 6. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas | 100 % >60 % 100 % 100 % 100 % 100 % | 85% 85% 100 % 100 % 50% 80% | 90% 90% 100 % 100 % 60% | 95% 95% 100 % 100 % 70% | 100% 100% 100 % 100 % 80% | 100% 100% 100 % 100 % 90% | 100% 100% 100 % 100 % 95% | Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas TIM PPI TIM PPI | |
| 7 | Pengelolaan limbah | 1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah Puskesmas 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah | Ada Tersedia | Ada Tersedia | Ada Tersedia | Ada Tersedia | Ada Tersedia | Ada Tersedia | Ada Tersedia | Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | Puskesmas: padat, cair | | ketiga pengelolaan limbah padat | ketiga pengelolaan limbah padat | Kerjasama Dengan Pihak ketiga pengelolaan limbah padat | Kerjasama Dengan Pihak ketiga pengelolaan limbah padat | | | | |
| | | 3. Pengelolaan limbah cair | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Sanitarian | |
| | | 4. Pengelolaan limbah padat | Tersedia | Penampungan Limbah Cair, Limbah Cair, | Penampungan Limbah Cair, Limbah Cair, | penampungan Limbah Cair | penampungan Limbah Cair | penampungan Limbah Cair | pengelolaan Limbah Cair | | |
| | | | | Kerjasama Dengan Pihak ketiga pengelolaan limbah padat | Kerjasama Dengan Pihak ketiga pengelolaan limbah padat | Kerjasama Dengan Pihak ketiga pengelolaan limbah padat | Kerjasama Dengan Pihak ketiga pengelolaan limbah padat | Tersedia | Tersedia | Sanitarian | |
| 8 | Pelayanan ambulan | 1. Ketersediaan pelayanan ambulan 2. Penyediaan pelayanan ambulan 3. Ketersediaan mobil ambulan | 24 jam Supir ambulan terlatih | 24 jam Belum ada | 24 jam Belum ada | 24 jam Supir terlatih | 24 jam Supir terlatih | 24 jam Supir terlatih | 24 jam Supir terlatih | Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas Kepala Puskesmas | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--------------------|--|------------|----------------------|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | 4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans | 15 menit | 30 menit | 20 menit | 15 menit | 10 menit | 10 menit | 10 menit | Supir | |
| | | 5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan | ≤30 menit | 60 menit | 45 menit | 30 menit | 30 menit | 30 menit | 30 menit | Supir | |
| | | 6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans yang menyebabkan kecacatan/kematian | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Supir | |
| 9 | Pelayanan Keamanan | 1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan 2. Sistem pengamanan 3. Petugas keamanan melakukan keliling Puskesmas | 60 % | Tidak Ada | 30% | 50% | 60% | 100% | 100% | Kepala Puskesmas | |
| | | | 100 % | 80% | 85% | 90% | 100% | 100% | 100% | Kepala Puskesmas | |
| | | | Setiap jam | Setiap 3 jam | Setiap jam | Setiap jam | Setiap jam | Setiap jam | Setiap jam | Petugas Keamanan | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | Penanggung Jawab | Keterangan | |
|----|-----------------|--|----------------|----------------------|--------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | | | 2023 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | 4. Evaluasi terhadap barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang | Setiap 3 bulan | Tidak Ada | Setiap 3 bulan | Setiap 3 bulan | Setiap 3 bulan | Setiap 3 bulan | Setiap 3 bulan | Petugas Keamanan | |
| | | 5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Petugas Keamanan | |

BUPATI CIREBON,

TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber
pada tanggal 27 November 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 119 SERI B

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR : 116 TAHUN 2020

TANGGAL : 25 NOVEMBER 2020

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT TEGALGUBUG KABUPATEN CIREBON**INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN PADA JENIS PELAYANAN UNTUK UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT
PADA PUSKESMAS TEGALGUBUG**

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-------------------------------------|--|---------|----------------------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|-----------------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Pelayanan kesehatan ibu hamil | Persentase Ibu Hamil mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar K4 | 100 % | 96,75 % | 99,9% | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Bidan/Bidan Koordinator | - K4 Kunjungan ke-4 = |
| 2 | Pelayanan kesehatan ibu bersalin | Persentase Ibu bersalin mendapat pelayanan persalinan sesuai standar (PF) | 100 % | 94,12 % | 99,6% | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Bidan/Bidan Koordinator | |
| 3 | Pelayanan kesehatan bayi baru lahir | Persentase BBL mendapatkan pelayanan kesehatan BBL sesuai standar (KN lengkap) | 100 % | 99 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Bidan/Bidan Koordinator | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--|---|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|--|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 4 | Pelayanan kesehatan balita | 1. Cakupan pelayanan kesehatan Balita sesuai standar 2. Cakupan Kunjungan Balita 3. Jumlah balita yang mendapatkan tablet kecacingan di Posyandu 4. Jumlah balita yang mendapatkan tablet kecacingan di TK/PAUD/RA | 100% 100% 100% 100% | 92 % 92 % 100 % 100% | 100 % 100 % 100 % 100 % | 100 % 100 % 100 % 100 % | 100 % 100 % 100 % 100 % | 100 % 100 % 100 % 100 % | 100 % 100 % 100 % 100 % | Bidan/Bidan Koordinator dan Petugas Gizi Bidan/Bidan Koordinator dan Petugas Gizi Bidan/Bidan Koordinator dan Petugas Gizi Koordinator UKS | Mengikuti kebijakan pemerintah Mengikuti kebijakan pemerintah Mengikuti kebijakan pemerintah |
| 5 | Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar | Persentase anak usia pendidikan dasar mendapatkan | 100 % | 96 % | 97% | 98 % | 98,5% | 100 % | 100 % | Koordinator UKS | Pelayanan kesehatan : 1) Penilaian status gizi; |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|---|---|----------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---|---|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | pelayanan kesehatan sesuai standar | | | | | | | | | 2) Penilaian vital; 3) Penilaian kesehatan gigi dan mulut; 4) Penilaian ketajaman indera |
| 6 | Pelayanan kesehatan pada usia produktif | 1. Jumlah peserta KB aktif 2. Jumlah wanita yang melakukan pemeriksaan leher rahim dan payudara 3. IVA Positif 4. Persentase orang usia 15-59 yang mendapatkan pelayanan | 75% 100 % 0 100 % | 89,43% 10% 0 50% | 90,5% 10% 0 88% | 100% 20% 0 98% | 100% 25% 0 99% | 100% 30% 0 100 % | 100% 35% 0 100 % | Bidan Koordinator Bidan Koordinator Bidan Koordinator Penanggung Jawab Program PTM | KB = Keluarga Berencana IVA = Inspeksi Visual Asam Asetat Pelayanan Skrining : 1. Pengukuran tinggi badan, berat badan |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--------------------------------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|--------------------------------|--|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 kesehatan sesuai standar | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 dan lingkaran perut 2. Pengukuran tekanan darah 3. Pemeriksaan gula darah 4. Anamnesa faktor resiko |
| 7 | Pelayanan kesehatan pada usia lanjut | 1. Persentase (\geq 60 Tahun) lansia yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar | 100 % | 67,9% | 53,8% | 55% | 58% | 60% | 65% | Penanggung jawab program Usila | Skrining kesehatan Lansia : 1. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkaran perut; 2. Pengukuran tekanan darah; 3. Pemeriksaan gula darah; 4. Pemeriksaan gangguan mental; |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------------------|---|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | | | | | | | | | | 5. Pemeriksaan gangguan kognitif; 6. Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut; 7. Anamnesa perilaku beresiko | |
| | | 2. Desa/ Kelurahan yang melaksanakan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | |
| | | 3. Kelompok lansia/ posyandu lansia aktif | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | |
| 8 | Pelayanan kesehatan penderita hipertensi | Persentase penderita hipertensi/darah tinggi yang | 100% | 53% | 82% | 100% | 100% | 100% | 100% | Penanggung jawab program PTM | Pelayanan kesehatan sesuai standar : | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------------------------|---|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 1. Pemeriksaan tekanan darah fasilitas pelayanan kesehatan; 2. Edukasi perubahan gaya hidup; 3. Melakukan rujukan jika diperlukan |
| 9 | Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus | Persentase penderita diabetes melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | 100% | 36% | 98% | 99% | 100% | 100% | 100% | Penanggung jawab program PTM | Pelayanan Diabetes melitus sesuai dengan standar: 1. Pengukuran gula darah 2. Edukasi 3. Terapi farmakologi |
| 10 | Pelayanan kesehatan orang dengan | Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan | 100% | 90% | 95% | 95% | 95% | 100% | 100% | Penanggung jawab Program Kesehatan | Pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pada |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|---------------------------|--|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | gangguan jiwa berat | 3 kesehatan sesuai standar | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 Jiwa Masyarakat | 12 kasus gangguan jiwa berat : 1. Pemeriksaan kesehatan jiwa antara lain pemeriksaan status mental dan wawancara; 2. Edukasi kepatuhan minum obat; 3. Melakukan rujukan bila diperlukan. |
| 11 | Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis | Persentase orang terduga TBC mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | 100% | 44% | 75% | 78% | 80% | 80% | 80% | Pengelola Program TB Paru | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|---|---|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 12 | Pelayanan kesehatan orang dengan resiko tertular virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (HIV) | Persentase orang dengan resiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar | 100% | 29,2% | 45,3% | 33% | 35% | 35% | 38% | Pengelola Program HIV | | |
| 13 | Pelayanan imunisasi | 1. Cakupan BIAS DT 2. Cakupan BIAS Td 3. Cakupan BIAS MR 4. Cakupan Desa/ Kelurahan <i>Universal Child Immunizatin</i> (UCI) 5. Cakupan campak lanjutan 6. Cakupan DPT-HB-Hib lanjutan 7. Cakupan IDL | 98% 98% 98% 93% 55% 55% 93% | 95,8% 96,4% 96,05% 72% | 98,2% 98,4% 98,40% 90% | 98,8% 98,4% 98,42% 100% | 98,9% 98,5% 98,5% 100% | 98,9% 98,6% 98,6% 100% | 98,9% 98,7% 98,7% 100% | Koorim Koorim Koorim Koorim | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|----------------------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|-------------------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 14 | Pelayanan Penyakit lainnya | | | | | | | | | | | |
| | a. Kusta | 1. Angka kesembuhan/ RFT (Release From Treatment) MB | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana Program Kusta | | |
| | | 2. Angka kesembuhan/ RFT (Release From Treatment) PB | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana Program Kusta | | |
| | b. DBD | Pencegahan DBD dengan penghitungan Angka Bebas Jentik (ABJJ) | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| | c. ISPA | Persentase cakupan penemuan penderita pneumonia balita | 86% | 28% | 54% | 60% | 60% | 60% | 60% | Pelaksana Program ISPA | | |
| | d. Diare | 1. Persentase cakupan pelayanan diare pada | 100% | 37% | 41% | 50% | 50% | 50% | 50% | Pelaksana Program Diare | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|-------------------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | kasus semua umur | | | | | | | | | | |
| | | 2. Cakupan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA) | 100% | 75% | 60% | 70% | 70% | 70% | 70% | Pelaksana Program Diare | | |
| | e. Surveilans | 1. Cakupan Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit potensial KLB | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| | | 2. Cakupan Ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit potensial KLB | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| | | 3. Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| | | 4. Cakupan ketepatan surveilans | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|-------------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | terpadu penyakit | | | | | | | | | | |
| | | 5. Cakupan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| | | 6. Cakupan Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| | | 7. Cakupan Ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| | | 8. Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Surveilans | | |
| 15 | Pelayanan promosi kesehatan | 1. Penyuluhan PHBS keluarga | 100% | 80,2% | 80,5% | 81% | 82% | 83% | 85% | Pelaksana Program | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|-------------------------------------|------------------------------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | Promosi Kesehatan | |
| | | 2. Penyuluhan PHBS sekolah | 100% | 64% | 65% | 66% | 67% | 68% | 70% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | |
| | | 3. Penyuluhan PHBS Tempat-tempat umum | 100% | 64% | 65% | 66% | 67% | 68% | 70% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | |
| | | 4. Penyuluhan PHBS fasilitas kesehatan | 100% | 70% | 72% | 74% | 76% | 78% | 80% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | |
| | | 5. Penyuluhan kelompok oleh petugas kesehatan di dalam gedung Puskesmas | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | Target 96 kali dalam waktu 1 tahun |
| | | 6. Pembinaan PHBS tatanan institusi kesehatan | 100% | 75% | 77% | 80% | 82% | 85% | 100% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | |
| | | 7. Pemberdayaan individu/ | 50% | 30% | 40% | 45% | 46% | 47% | 50% | Pelaksana Program | 50% dari pen capaian KIP/K |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | keluarga melalui kunjungan rumah | | | | | | | | Promosi Kesehatan | | |
| | | 8. Pembinaan di PHBS di tatanan rumah tangga | 70% | 50% | 55% | 60% | 65% | 67% | 70% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | | |
| | | 9. Pembinaan pemberdayaan masyarakat dilihat melalui Persentase strata desa siaga aktif | 50% | 30% | 35% | 40% | 45% | 47% | 50% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | | |
| | | 10. Pembinaan UKBM dilihat melalui Persentase posyandu strata purnama dan mandiri | 40% | 30% | 35% | 38% | 39% | 39% | 40% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | | |
| | | 11. Advokasi Puskesmas kepada kepala desa, camat dan lintas sektor | 80% | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | 80% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | Target 100% = 12 kali kegiatan/tahun | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--------------------------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|-------------------------------------|---|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | 12. Penggalangan kemitraan | 80% | 50% | 60% | 65% | 70% | 75% | 80% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | Target =12 kali kegiatan/tahun | |
| | | 13. Orientasi promosi kesehatan bagi kader | 50% | 30% | 35% | 38% | 40% | 45% | 50% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | | |
| | | 14. Penggunaan media KIE (penyebarluasan informasi menggunakan 5 jenis media : dalam gedung; luar gedung; elektronik, media sosial; media tradisional) | 60% | 40% | 45% | 50% | 52% | 55% | 60% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | 100% = 5 jenis media : dalam gedung; luar gedung; elektronik, media sosial; media tradisional | |
| | | 15. Pendampingan pelaksanaan SDM dan MMD | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana Program Promosi Kesehatan | | |
| 16 | Pelayanan kesehatan lingkungan | 1. Persentase Penduduk terhadap akses sanitasi yang | 100% | 19,4% | 16,9% | 22% | 24% | 25% | 27% | Sanitarian | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | layak (jamban sehat) | | | | | | | | | | |
| | | 2. Jumlah desa yang melaksanakan STBM | 100% | 50% | 100% | 60% | 62% | 63% | 63% | Sanitarian | | |
| | | 3. Persentase Inspeksi Kesehatan lingkungan terhadap sarana air bersih | 100% | 85% | 28,7% | 30% | 35% | 37% | 40% | Sanitarian | | |
| | | 4. Persentase Inspeksi Kesehatan lingkungan terhadap TFU (tempat fasilitas umum) | 100% | 62% | 100% | 60% | 65% | 70% | 72% | Sanitarian | | |
| | | 5. Persentase Inspeksi Kesehatan lingkungan terhadap TPP | 100% | 7% | 55% | 60% | 62% | 65% | 65% | Sanitarian | | |
| 17 | Pelayanan gizi | 1. Persentase Bayi umur 6 bulan mendapat ASI Eksklusif | 80% | 29,6% | 50% | 52% | 53% | 54% | 55% | Pelaksana Program Gizi | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--|--|----------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--|---|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | 2. Persentase Balita mempunyai buku KIA/KMS | 100% | 99,6% | 90% | 82% | 83% | 84% | 84% | Pelaksana Program Gizi | |
| | | 3. Persentase Remaja putri mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) | 100% | 95% | 30% | 50% | 52% | 54% | 56% | Pelaksana Program Gizi | |
| | | 4. Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) mendapat Makanan Tambahan | 100% | 90% | 65% | 75% | 76% | 77% | 78% | Pelaksana Program Gizi | |
| 18 | Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat | 1. Kunjungan Rawat Jalan Umum mendapat Askep Individu 2. Cakupan keluarga resiko tinggi mendapat Askep keluarga | 100% 100% dari target program | 20% 100% | 23% 100% | 24% 100% | 50% 100% | 70% 100% | 100% 100% | Koordinator Perawat Koordinator Perawat | Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (88% \times (2,66% \times Σ |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------|--|---|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|---------------------|---|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | 3. Cakupan Keluarga Mandiri III dan IV pada semua kasus | 100% dari target program | 20% | 25% | 45% | 70% | 70% | 100% | Koordinator Perawat | Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga) |
| | | 4. Cakupan Keluarga dengan TBC yang mencapai (KM III dan IV) setelah minimal 4 kali kunjungan rumah. | 100% dari target program keluarga dengan penderita TB yang diberikan asuhan keperawatan | 20% | 25% | 45% | 70% | 80% | 100% | Koordinator Perawat | Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan) |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------|---|---|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|---------------------|---|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | 5. Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada keluarga dengan Hipertensi yang mendapat askep keluarga. | 100% dari target program keluarga dengan penderita HT yang diberikan asuhan keperawatan | 15% | 25% | 35% | 50% | 75% | 100% | Koordinator Perawat | Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga dengan penderita HT) |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-----------------|--|---|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|---------------------|--|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | 6. Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada keluarga dengan ODGJ yang mendapat askep keluarga | 100% dari target program keluarga dengan ODGJ yang diberikan asuhan keperawatan | 0% | 5% | 35% | 50% | 75% | 100% | Koordinator Perawat | Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga keluarga dengan ODGJ) | |
| | | 7. Cakupan Kelompok Resiko tinggi mendapat Askep | 100% | 20% | 30% | 35% | 50% | 75% | 100% | Koordinator Perawat | | |
| | | 8. Cakupan masyarakat/ Desa mendapat Askep Komunitas | 100% | 20% | 20% | 30% | 50% | 75% | 100% | Koordinator Perawat | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|-------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------------------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | 9. Persentase kunjungan pasien ke Sentra keperawatan aktif | 10% jumlah kunjungan puskesmas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Koordinator Perawat | | |
| 19 | Pelayanan kesehatan gigi masyarakat | Cakupan Pembinaan Kesehatan Gigi dan Masyarakat | 80% jumlah posyandu | 62,5% | 87,5% | 62,5% | 90% | 93% | 96% | Perawat Gigi | | |
| 20 | Pelayanan kesehatan kerja | Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang terbentuk di Wilayah Kerja Puskesmas | 1 pos UKK per tahun | 0 | 1 Pos | 1 Pos | 1 Pos | 1 Pos | 1 Pos | Pelaksana program kesehatan kerja | | |
| 21 | Pelayanan kesehatan olahraga | 1. Persentase Jemaah haji yang diperiksa kebugaran jasmani | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana program kesehatan olahraga | | |
| | | 2. Prosentase pengukuran kebugaran anak sekolah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana program kesehatan olahraga | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|--------------------------------------|------------------|------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| | | 3. Orientasi tes kebugaran bagi guru olahraga | 100% | 0 | 0 | 25% | 50% | 75% | 100% | Pelaksana program kesehatan olahraga | | |
| 22 | Pelayanan kesehatan tradisional komplementer | 1. Cakupan Pembinaan Upaya Kesehatan Tradisional 2. Cakupan Penyehat Tradisional Terdaftar/ Berizin 3. Cakupan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan Taman Obat dan keluarga (TOGA) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana program hattra | | |
| 23 | Pelayanan kesehatan indera | 1. Cakupan desa yang melaksanakan kegiatan skrining katarak | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pelaksana program kesehatan indera | | |

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2018 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | Keterangan |
|----|--|---|-----------|----------------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------------------------------|----------------------------|
| | | | | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | |
| 1 | 2 a. Pemberantas-an penyakit Kecacangan | 3 Cakupan tatalaksana kasus Filariasis | 4 100% | 5 100% | 6 100% | 7 100% | 8 100% | 9 100% | 10 100% | 11 Pelaksana program kecacangan | 12 Jika ditemukan kasus |

BUPATI CIREBON,

TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber
pada tanggal 27 November 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 119 SERI B

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR : 116 TAHUN 2020

TANGGAL : 25 NOVEMBER 2020

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

A. INDIKATOR SPM UKP**I. PELAYANAN GAWAT DARURATR****1) Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat**

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Jam buka pelayanan gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di 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 pelayanan gawat darurat 24 jam dalam sebulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber Data | Laporan bulanan |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pelayanan gawat darurat |

2) Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya keharusan membayar uang muka |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang segera dalam 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 pengumpulan data | Koordinator pelayanan gawat darurat |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

3) Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

| | |
|-----------------------------------|---|
| 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 pelayanan gawat darurat 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 pelayanan gawat darurat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

4) Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang 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 ATLS/ BTLIS/ ACLS/ PPGD/ GELS yang masih berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/ BTLIS/ ACLS/ PPGD/ GELS 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 pengumpulan data | Kepegawaian |

5) Kelengkapan Inform Consent sebelum tindakan medis

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan Inform Consent sebelum tindakan medis |
| Dimensi Mutu | Keamanan |
| Tujuan | Menjaga keamanan pemberi layanan dari tuntutan hukum |
| Definisi Operasional | Adalah persetujuan pelanggan untuk menerima tindakan dari petugas Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah inform consent lengkap |
| Denominator | Jumlah tindakan |
| Sumber Data | Ruang pelayanan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

II. RAWAT JALAN

1) Jam buka pelayanan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Jam buka pelayanan |
| Dimensi Mutu | Efisiensi waktu |
| Tujuan | Memberikan kejelasan kepada pelanggan dalam memberikan pelayanan di unit rawat jalan |
| Definisi Operasional | Adalah ketepatan waktu yang digunakan oleh unit rawat jalan dalam memberikan pelayanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka tepat waktu |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 07.30 – 14.15 |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

2) 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 | ≤ 8 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Rawat Jalan |

3) Pemberi Pelayanan di rawat jalan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pemberi Pelayanan di rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis dan Keamanan |
| Tujuan | Memberikan gambaran kepada pengunjung tentang kompetensi petugas pemberi layanan di setiap unit yang dituju |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan di rawat jalan adalah petugas yang memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan keahliannya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah petugas yang kompeten |
| Denominator | Jumlah petugas dengan profesi yang sama |
| Sumber Data | Unit rawat jalan |
| Standar | Dokter, Perawat minimal D3 |
| Penanggung jawab pengumpulan data | PJ UKP |

4) Kepatuhan Cuci Tangan (hand hygiene)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Kepatuhan Cuci Tangan (hand hygiene) |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan di Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien dan efektivitas pelayanan melalui cuci tangan |
| Definisi Operasional | Kepatuhan Cuci Tangan (hand hygiene) adalah kepatuhan petugas 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 | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Rawat Jalan |

5) Pelayanan Pemeriksaan Umum

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Pemeriksaan Umum |
| Dimensi Mutu | Kecepatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Memberikan pelayanan kepada penyakit tanpa spesialistik dengan tidak memperhatikan batasan usia pelanggan |
| 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 | Penanggung Jawab Unit Pelayanan BP Umum |

6) Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan dan kenyamanan pelayanan |
| Tujuan | Memberikan pelayanan pelanggan dengan memperhatikan batasan usia pelanggan 0 sampai 5 tahun |
| Definisi Operasional | Adalah pelayanan yang diberikan secara komprehensif dan terpadu kepada pelanggan sakit 0 – 5 tahun termasuk pemantauan tumbuh kembang anak |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah balita yang dilayani |
| Denominator | Jumlah pelanggan balita |
| Sumber Data | Unit Pelayanan MTBS |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

7) Pelayanan Lansia

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pelayanan Lansia |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan kenyamanan |
| Tujuan | Memberikan pelayanan terpadu satu pintu kepada pelanggan usia \geq 59 tahun |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Adalah pelayanan yang diberikan kepada pelanggan usia ≥ 60 tahun meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium dan pelayanan farmasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah pelanggan ≥ 60 tahun yang dilayani |
| Denominator | Jumlah pelanggan ≥ 60 tahun yg berkunjung ke Puskesmas |
| Sumber Data | Unit Lansia |
| Standar | 20 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

8) Pelayanan Kesehatan Gigi

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Gigi |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan kenyamanan |
| Tujuan | Memberikan pelayanan kepada pelanggan seluruh golongan umur dengan kekhususan penyakit gigi mulut dan jaringannya. |
| Definisi Operasional | Memberikan pelayanan kepada pelanggan seluruh golongan dengan penyakit gigi dan mulut serta jaringan penyangga. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah pengunjung penyakit gigi mulut yang dilayani |
| Denominator | Jumlah pengunjung yang datang ke Puskesmas |
| Sumber Data | BP Gigi |
| Standar | 4 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

9) Pelayanan KIA

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan KIA |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan kenyamanan |
| Tujuan | Memberikan pelayanan kesehatan kepada Ibu Hamil, Ibu Nifas, Bayi Baru Lahir dan Anak Balita meliputi konseling pra nikah, pemeriksaan hamil berkualitas dan pelayanan imunisasi sesuai dengan kebutuhan |
| Definisi Operasional | Adalah pemberian pelayanan secara menyeluruh kepada Ibu Hamil, Ibu Nifas, Bayi Baru Lahir dan Anak Balita meliputi konseling pra nikah, pemeriksaan hamil berkualitas dan pelayanan imunisasi |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah sasaran yang dilayani |
| Denominator | Jumlah sasaran yang datang ke Puskesmas |
| Sumber Data | Unit KIA |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

10) Pelayanan KB

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan 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 Wanita Usia Subur (WUS) yang ber KB |
| Denominator | Jumlah Wanita Usia Subur (WUS) yang dilayani |
| Sumber Data | KIA |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan Koordinator |

11) Pelayanan Imunisasi

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Pelayanan Imunisasi |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan Keselamatan |
| Tujuan | Pemberian kekebalan tubuh pada sasaran dengan cara pemberian 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 bayi yang diimunisasi |
| Denominator | Jumlah sasaran bayi yang datang ke Puskesmas |
| Sumber Data | Koorim |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |

12) Pelayanan di Pusling

| | |
|--------------|-----------------------------|
| Judul | Pelayanan di Pusling |
| Dimensi Mutu | Akses |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Meningkatkan cakupan pelayanan kepada masyarakat |
| Definisi Operasional | Pelayanan Puskesmas yang bergerak di luar gedung yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah pelaksanaan Pusling |
| Denominator | Jumlah jadwal pelaksanaan pusling dalam periode waktu tertentu |
| Sumber Data | Unit Rawat Jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |

13) **Konseling KIP/K**

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Konseling KIP/K |
| Dimensi Mutu | Kepuasan pelanggan |
| Tujuan | Memberikan pengetahuan kepada pelanggan masalah kesehatan sesuai dengan kebutuhan |
| Definisi Operasional | Adalah pelayanan edukasi kesehatan kepada pelanggan dengan memberikan informasi kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelanggan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah kunjungan |
| Denominator | Jumlah pelanggan yang dilayani di Puskesmas pada periode tertentu |
| Sumber Data | Ruang konseling terpadu |
| Standar | 5 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Promosi Kesehatan |

14) **Pelayanan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)**

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) |
| Dimensi Mutu | Kepuasan |
| Tujuan | Mendeteksi dini penyimpangan pertumbuhan, perkembangan anak 0-5 tahun |
| Definisi Operasional | Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) adalah pembinaan tumbuh kembang anak secara komprehensif dan berkualitas melalui kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang pada masa 5 tahun pertama kehidupan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah kunjungan |
| Denominator | Jumlah pelanggan yang dilayani di Ruang Manajemen Terpadu Balita Sakit pada periode tertentu |
| Sumber Data | Unit Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) |
| Standar | 5 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan Koordinator |

III. PELAYANAN PERSALINAN

1) 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 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar yang bertujuan untuk menghindari rujukan lebih dari 2 jam dan untuk memutus mata rantai rujukan itu sendiri |
| 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 |

2) Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pemberian Pelayanan Persalinan Normal |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Menjaga keamanan ibu hamil |
| Definisi Operasional | Adalah penolong persalinan normal yang bersertifikat secara kedinasan dan organisasi profesi |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberi pelayanan Persalinan |
| Denominator | Jumlah Penolong Persalinan yang ada pada periode tertentu |
| Sumber Data | PONED |
| Standar | Ada Bidan Terlatih |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan Koordinator |

3) Kepatuhan Cuci Tangan (Hand Hygiene)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Kepatuhan Cuci Tangan (hand hygiene) |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan di Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien dan efektivitas pelayanan melalui cuci tangan |
| Definisi Operasional | Kepatuhan Cuci Tangan (hand hygiene) adalah kepatuhan petugas terhadap ketentuan cuci tangan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah petugas pelayanan persalinan yang mematuhi ketentuan cuci tangan |
| Denominator | Jumlah seluruh petugas pelayanan persalinan |
| Sumber Data | Survei Petugas |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pelayanan persalinan |

4) Kelengkapan Inform Consent sebelum tindakan medis

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan Inform Consent sebelum tindakan medis |
| Dimensi Mutu | Keamanan |
| Tujuan | Menjaga keamanan pemberi layanan dari tuntutan hukum |
| Definisi Operasional | Adalah persetujuan pelanggan untuk menerima tindakan dari petugas Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah formulir inform consent yang di isi oleh tenaga kesehatan |
| Denominator | Jumlah infrom consent yang tersedia di puskesmas |
| Sumber Data | Ruang pelayanan |
| Standar | 100% |

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab UKP |
|-----------------------------------|----------------------|

IV. FARMASI

1) Presentase ketersediaan obat di Puskesmas

| Judul | Presentase ketersediaan obat di Puskesmas |
|-----------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Mendukung kegiatan preventif, kuratif dan rehabilitatif Puskesmas |
| Definisi Operasional | <p>Adalah tersedianya obat dan vaksin indikator di Puskesmas untuk program pelayanan kesehatan dasar. Pemantauan dilaksanakan terhadap ketersediaan 20 macam obat esensial di Puskesmas antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Albendazol tab 2. Amoxicillin 500 mg tab 3. Amoxicillin syrup 4. Dexametason tab 5. Diazepam injeksi 5 mg/l 6. Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1% (sebagai HCL) 7. Fitomenadion (vitamin K) injeksi 8. Furosemid tablet 40 mg/ hidroklorotiazid 9. Garam Oralit 10. Glibenklamid/ Metformin 11. Kaptopril tab 12. Magnesium Sulfat injeksi 20 % 13. Metilergometrin Maleat inj 0,200 mg-1 mg 14. OAT dewasa 15. Oksitosin injeksi 16. Parasetamol 500 mg tab 17. Tablet tambah darah 18. Vaksin BCG 19. Vaksin DPT/DPT-HB/DPT-HB-Hib 20. Vaksin td |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif macam obat indikator yang tersedia di Puskesmas |
| Denominator | Jumlah total macam obat indikator dalam 1 tahun |
| Sumber Data | Ruang pelayanan farmasi |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Farmasi |

2) Persentase kesesuaian obat dengan formularium nasional

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Persentase kesesuaian obat dengan formularium nasional |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan kepuasan pelanggan |
| Tujuan | Mendukung kegiatan preventif, kuratif dan rehabilitatif Puskesmas sesuai dengan standar |
| Definisi Operasional | Adalah persentase kesesuaian item obat yang tersedia dengan Fornas (Formularium Nasional) FKTP |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah item obat yang sesuai dengan formasi |
| Denominator | Jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas |
| Sumber Data | Ruang pelayanan farmasi |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Farmasi |

3) 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 | ≤ 15 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Farmasi |

4) Waktu tunggu pelayanan obat racikan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu pelayanan obat racikan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan obat racikan |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pelayanan adalah obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan penerima 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 | ≤ 20 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Farmasi |

5) Penulisan resep sesuai dengan formularium

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pereseapan 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 pengumpulan data | Pelaksana Farmasi |

6) 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 Apoteker dan 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 | Apoteker dan Asisten Apoteker terlatih |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Apoteker dan Asisten Apoteker terlatih |

7) 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 | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Farmasi |

8) 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 |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Farmasi |

9) Tidak adanya kejadian salah pemberian obat

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian salah pemberian obat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat |
| Definisi Operasional | Kesalahan pemberian obat, meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah jumlah 3. Salah dalam memberikan dosis 4. Salah orang |

| | |
|-----------------------------------|--|
| 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 pengumpulan data | Pelaksana Farmasi |

V. LABORATORIUM

1) 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 |

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 pasien diambil sampel 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 | ≤ 20 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Tim Pengelola Umpan Balik Pelanggan |

3) Pemberi pelayanan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan laboratorium |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan laboratorium |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan laboratorium adalah analis 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 laboratorium |
| Denominator | Jumlah dan jenis seluruh tenaga yang ada di ruang laboratorium |
| Sumber Data | Kamar obat |
| Standar | Analisis pendidikan minimal D3 |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung Jawab Unit Laboratorium |

4) Tidak adanya kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan 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 pengumpulan data | Petugas Laboratorium |
|-----------------------------------|----------------------|

5) Fasilitas dan peralatan laboratorium

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Fasilitas dan Peralatan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk memberikan pelayanan laboratorium |
| Definisi Operasional | Fasilitas dan peralatan laboratorium adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium baik cito maupun elektif 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 | 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Petugas Laboratorium |

6) Tidak adanya kejadian tertukar specimen

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian tertukar <i>specimen</i> pemeriksaan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan <i>specimen</i> laboratorium |
| Definisi Operasional | Kejadian tertukar <i>specimen</i> pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya <i>specimen</i> milik orang yang satu dengan orang lain |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan dan sentinel <i>event</i> |
| Periode Analisa | 1 bulan dan sentinel <i>event</i> |
| Numerator | Jumlah seluruh <i>specimen</i> laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah <i>specimen</i> yang tertukar |
| Denominator | Jumlah seluruh <i>specimen</i> laboratorium yang diperiksa |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Petugas Laboratorium |

7) 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 Elisa tes |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Catatan di laboratorium |
| Standar | Ada Alat |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Petugas Laboratorium |

8) Kemampuan Mikroskopis TB Paru

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kemampuan Mikroskopis TB Paru |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan laboratorium Puskesmas dalam memeriksa mikroskopis <i>tuberkulosis</i> paru |
| Definisi Operasional | Pemeriksaan mikroskopis <i>tuberkulosis</i> paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya <i>mycobacterium tuberkulosis</i> pada sediaan dahak pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Ketersediaan tenaga terlatih, peralatan, dan reagen untuk pemeriksaan <i>tuberkulosis</i> |
| Denominator | Sesuai dengan standar Puskesmas |
| Sumber Data | Catatan di laboratorium |
| Standar | Ada Alat |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Petugas Laboratorium |

VI. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1) Tersedia APD di unit pelayanan klinis

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Tersedia APD di unit pelayanan klinis |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien dan petugas |
| Tujuan | Terlindunginya pasien, pengunjung, dan petugas dari infeksi |
| Definisi Operasional | APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Puskesmas, seperti masker, sarung |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun dan disediakan di unit pelayanan klinis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap minggu |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD |
| Denominator | Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pencegahan dan pengendalian penyakit |

2) Tersedia APD

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien dan petugas |
| Tujuan | Terlindunginya pasien, pengunjung, dan petugas dari infeksi |
| Definisi Operasional | APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Puskesmas, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap minggu |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD |
| Denominator | Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 60 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pencegahan dan pengendalian penyakit |

3) Adanya anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Adanya anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) |
| Definisi Operasional | Tim PPI adalah tim Pencegahan Pengendalian Infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | pelatihan dasar dan lanjut Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih |
| Denominator | Jumlah anggota tim PPI |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pencegahan dan pengendalian penyakit |

4) Rencana Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Rencana program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien dan petugas |
| Tujuan | Adanya kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terprogram di Puskesmas |
| Definisi Operasional | Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di Puskesmas selama satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tahun |
| Periode Analisa | Tiap tahun |
| Numerator | Rencana program PPI |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tim PPI |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pencegahan dan pengendalian penyakit |

5) Pelaksana Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sesuai rencana

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelaksanaan program PPI sesuai rencana |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien dan petugas |
| Tujuan | Adanya kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terprogram di Puskesmas |
| Definisi Operasional | Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di Puskesmas selama satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap 6 bulan |
| Periode Analisa | Tiap 6 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien penderita penyakit menular |
| Denominator | Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana |
| Sumber Data | Tim PPI |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Standar | 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pencegahan dan pengendalian penyakit |

6) Penggunaan APD saat pelaksanaan tugas

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Penggunaan APD saat melaksanakan tugas |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien dan petugas |
| Tujuan | Terlindunginya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya |
| Definisi Operasional | Alat Pelindung Diri alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien, atau pengunjung dari penularan penyakit di Puskesmas, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Tiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan |
| Denominator | Seluruh karyawan yang diamati |
| Sumber Data | Survei obserbvasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator pencegahan dan pengendalian penyakit |

VII. PENGELOLAAN LIMBAH

1) Adanya penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Adanya penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efisiensi, dan efektivitas |
| Tujuan | Terkelolanya limbah Puskesmas sesuai peraturan perundangan-undangan |
| Definisi Operasional | Penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas adalah seorang yang terlatih dan ditetapkan oleh Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan sekali |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | SK Penetapan Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Puskesmas |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Unit Tata Usaha |
| Standar | Ada |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas |

2) Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah Puskesmas

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah Puskesmas; padat, cair |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk Pengelolaan Limbah Puskesmas |
| Definisi Operasional | Fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah Puskesmas adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan sekali |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah yang dimiliki Puskesmas |
| Denominator | Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah yang seharusnya dimiliki Puskesmas |
| Sumber Data | Inventaris pengelolaan limbah Puskesmas |
| Standar | Tersedia ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas |

3) Pengelolaan limbah cair

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pengelolaan limbah cair |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan |
| Definisi Operasional | Limbah cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan Puskesmas baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitari di Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap seminggu sekali |
| Periode Analisa | 1 bulan sekali |
| Numerator | Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundang-undangan |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Observasi tiap seminggu sekali |
| Standar | Tersedia ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas |

4) Pengelolaan limbah padat

| | |
|--------------|---------------------------------|
| Judul | Pengelolaan limbah padat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari lingkungan |
| Definisi Operasional | Limbah padat adalah limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan Puskesmas baik pelayanan klinis maupun yang dihasilkan dari pengunjung Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap seminggu sekali |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Proses pengelolaan limbah padat sesuai peraturan perundang-undangan |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Observasi tiap seminggu sekali |
| Standar | Tersedia ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas |

VIII. PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA (SARPRAS) PUSKESMAS

1) Ada penanggung jawab peralatan sarana prasarana (sarpras) dan pemeliharaan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Adanya penanggung jawab sarana pelayanan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efisiensi, dan efektivitas |
| Tujuan | Terpeliharanya sarana dan prasarana Puskesmas |
| Definisi Operasional | Penanggung jawab pemeliharaan sarana adalah seorang yang terlatih dan ditetapkan oleh Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan sekali |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Surat Keputusan Penetapan Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Prasarana Puskesmas |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tata Usaha |
| Standar | Ada |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab bangunan, sarana prasarana dan peralatan |

2) Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu tanggap kerusakan alat |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam memperbaiki kerusakan alat |
| Definisi Operasional | Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | ≥ 85 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab bangunan, prasarana dan peralatan |

3) Ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, Efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi Operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab bangunan, prasarana dan peralatan |

4) Ketepatan waktu kalibrasi alat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu kalibrasi alat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis |
| Definisi Operasional | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Periode Analisa | 1 tahun |
| Numerator | Waktu pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun |
| Denominator | Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat |
| Sumber Data | Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab bangunan, prasarana dan peralatan |

IX. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1) Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Kelancaran administrasi dan manajemen Puskesmas |
| Definisi Operasional | Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya |
| Denominator | Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalam struktur |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |

2) Adanya peraturan internal

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Adanya peraturan internal |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Kelancaran administrasi, manajemen, dan pelayanan Puskesmas |
| Definisi Operasional | Peraturan internal Puskesmas adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja Kepala Puskesmas dan petugas medis Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Peraturan internal Puskesmas |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | Ada |

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |
|-----------------------------------|------------------|

3) Adanya peraturan karyawan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Adanya peraturan karyawan |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Kelancaran administrasi dan manajemen SDM ASN dan Non ASN Puskesmas dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan |
| Definisi Operasional | Peraturan karyawan Puskesmas adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan Puskesmas, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 tahun |
| Numerator | Peraturan karyawan Puskesmas |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | Ada |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |

4) Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Kelancaran administrasi kepegawaian di Puskesmas |
| Definisi Operasional | Daftar urutan kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Daftar urutan kepangkatan |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | Ada |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |

5) Adanya perencanaan strategi bisnis

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Adanya perencanaan strategi bisnis |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tercapainya tujuan strategis Puskesmas dalam mengembang visi dan misi |
| Definisi Operasional | Perencanaan strategi bisnis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Perencanaan strategi |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | Ada |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |

6) Adanya perencanaan pengembangan SDM

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Adanya perencanaan pengembangan SDM |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan |
| Definisi Operasional | Perencanaan pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 tahun |
| Numerator | Perencanaan pengembangan SDM |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | Ada |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |

7) Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian pengelola terhadap upaya perbaikan pelayanan di Puskesmas |
| Definisi Operasional | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Hasil keputusan pertemuan yang ditindaklanjuti dalam satu bulan |
| Denominator | Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan |
| Sumber Data | Notulen rapat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |

8) Ketepatan waktu mengusulkan kenaikan pangkat

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, efisiensi, dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Puskesmas terhadap tingkat kesejahteraan pegawai |
| Definisi Operasional | Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu tahun |
| Periode Analisa | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepegawaian |

9) Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Puskesmas terhadap kesejahteraan pegawai |
| Definisi Operasional | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu tahun |
| Periode Analisa | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun |
| Sumber Data | Unit tata usaha |
| Standar | 100 % |

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepegawaian |
|-----------------------------------|-------------|

10) Pelaksanaan rencana pengembangan SDM

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelaksanaan rencana pengembangan SDM |
| Dimensi Mutu | Kompetensi Teknis |
| Tujuan | Meningkatkan kompetensi teknis dan tercapainya pengembangan karir SDM |
| Definisi Operasional | Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Daftar pegawai saat ini dikurangi dengan pegawai yang akan pensiun |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | ≥ 95 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepegawaian |

11) Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap di PONED

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan kepada pasien rawat inap di PONED |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap |
| Definisi Operasional | Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu pasien mulai dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap persalinan yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah total pasien rawat inap persalinan yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber Data | Hasil pengamatan |
| Standar | 2 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Keuangan |

12) Cost Recovery (Pengembalian Dana)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Cost recovery (Pengembalian Dana) |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Puskesmas |
| Definisi Operasional | <i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan |
| Sumber Data | Hasil pengamatan |
| Standar | ≥ 65 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Keuangan |

13) Kelengkapan Pelaporan akuntabilitas Kinerja

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian administrasi Puskesmas dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |
| Definisi Operasional | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Puskesmas untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategi bisnis Puskesmas, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 tahun |
| Numerator | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun |
| Sumber Data | Bagian tata usaha |

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepala Puskesmas |

14) Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Puskesmas terhadap kualitas sumber daya manusia |
| Definisi Operasional | Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Puskesmas atau di luar Puskesmas yang bukan merupakan pendidikan formal, minimal per karyawan mendapatkan pelatihan 20 jam per tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan |
| Periode Analisa | Enam bulan |
| Numerator | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Denominator | Jumlah seluruh karyawan Puskesmas |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | ≥ 77 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Kepegawaian |

15) Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Puskesmas terhadap kesejahteraan karyawan |
| Definisi Operasional | Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/ peraturan Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan |
| Denominator | 3 |
| Sumber Data | Hasil pengamatan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Keuangan |

X. PELAYANAN AMBULAN

1) Ketersediaan pelayanan ambulan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Ketersediaan pelayanan ambulan |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan ambulan 24 jam di Puskesmas |
| Definisi Operasional | Mobil ambulan adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Ketersediaan ambulan/ mobil Puskesmas Keliling |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Laporan bulanan |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Pelayanan Gawat Darurat |

2) Penyedia pelayanan ambulan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Penyedia pelayanan ambulan |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan ambulan oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan ambulan adalah sopir ambulan yang terlatih |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan ambulan yang terlatih |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pelayanan ambulan |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | Supir ambulan terlatih |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepegawaian |

3) Ketersediaan mobil ambulan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Penyedia pelayanan ambulan |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan ambulan oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan ambulan adalah sopir ambulan yang terlatih |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan ambulan yang terlatih |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pelayanan ambulan |
| Sumber Data | Tata usaha |
| Standar | Tersedia |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Pelayanan Gawat Darurat |

4) Kecepatan memberikan pelayanan ambulan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kecepatan memberikan pelayanan ambulan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan Puskesmas dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulan |
| Definisi Operasional | Kecepatan pemberian pelayanan ambulan adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulan diajukan oleh pasien/ keluarga pasien di Puskesmas sampai tersedianya ambulan, minimal tidak lebih dari 30 menit. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan penggunaan ambulan |
| Standar | 15 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Jejaring Fasilitas Pelayanan Kesehatan |

5) Waktu tanggap pelayanan ambulan kepada masyarakat yang membutuhkan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan ambulan kepada masyarakat yang membutuhkan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan Puskesmas dalam menyediakan pelayanan ambulan |
| Definisi Operasional | Waktu tanggap pelayanan ambulan kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulan diajukan oleh masyarakat sampai ambulan berangkat dari Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan penggunaan ambulan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Standar | ≤ 30 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Jejaring Fasilitas Pelayanan Kesehatan |

6) Tidak terjadinya kecelakaan ambulan yang menyebabkan kecacatan/kematian

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Tidak terjadinya kecelakaan ambulan yang menyebabkan kecacatan/kematian |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan ambulan yang aman |
| Definisi Operasional | Kecelakaan ambulan adalah kecelakaan akibat penggunaan ambulan di jalan raya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiap bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pelayanan ambulan dikurangi jumlah kejadian kecelakaan pelayanan ambulan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulan dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan penggunaan ambulan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepegawaian |

XI. PELAYANAN KEAMANAN

1) Petugas keamanan bersertifikat pengamanan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Petugas keamanan bersertifikat pengamanan |
| Dimensi Mutu | Keamanan, kompetensi dan kenyamanan |
| Tujuan | Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya |
| Definisi Operasional | Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari Kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan sekali |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan |
| Denominator | Jumlah seluruh petugas keamanan |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 60 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Kepegawaian |

2) System pengamanan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Sistem pengamanan |
| Dimensi Mutu | Keefektifan, kesinambungan pelayanan keamanan |
| Tujuan | Terciptanya sistem pengamanan di Puskesmas khususnya pengamanan bagi bayi, anak, dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan |
| Definisi Operasional | Sistem pengamanan adalah kebijakan Kepala Puskesmas yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak, dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Adanya kebijakan Kepala Puskesmas yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak, dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Rumah tangga |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab Bangunan, Prasarana dan Peralatan |

3) Petugas keamanan melakukan keliling Puskesmas

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Petugas keamanan melakukan keliling Puskesmas |
| Dimensi Mutu | Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan |
| Tujuan | Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Petugas keamanan melakukan keliling Puskesmas adalah kegiatan mengelilingi fasilitas Puskesmas setiap jam dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan sekali |
| Periode Analisa | 2 bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40) |
| Denominator | Jumlah hari yang disampling |
| Sumber Data | Laporan petugas keamanan |
| Standar | Setiap jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung Jawab Bangunan, Prasarana dan Peralatan |

4) Evaluasi terhadap barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Evaluasi terhadap barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan kenyamanan |
| Tujuan | Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Evaluasi terhadap barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang adalah tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung, dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap hari |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Laporan petugas keamanan |
| Denominator | 1 |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | Setiap tiga bulan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab Bangunan, Prasarana dan Peralatan |

5) Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan kenyamanan |
| Tujuan | Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung, dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan sekali |
| Periode Analisa | 3 bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari yang disurvei dikurangi dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/ pengunjung/ karyawan |
| Denominator | Jumlah hari yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | PJ Bangunan, Prasarana dan Peralatan |

B. INDIKATOR SPM UKM

I. PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL

1. Kunjungan Ibu Hamil K1

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kunjungan Ibu Hamil K1 |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas |
| Tujuan | Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar |
| Definisi Operasional | Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1) adalah Cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja dan kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun |
| Sumber Data | Laporan KIA/ laporan bidan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator |

2. Kunjungan Ibu Hamil K4

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kunjungan Ibu Hamil K4 |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar |
| Definisi Operasional | Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K4) adalah Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar, paling sedikit 4 (empat) kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke 1, 1 kali pada trimester ke 2 dan 2 kali pada trimester ke 3 di suatu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun |
| Sumber Data | Laporan KIA/ laporan bidan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan / Bidan Koordinator |

3. Ibu Hamil dengan Imunisasi TT2+

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Ibu Hamil dengan Imunisasi TT2+ |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, akses, dan keterjangkauan |
| Tujuan | Untuk tercapainya imunisasi pada ibu hamil |
| Definisi Operasional | Ibu hamil dengan imunisasi TT2+ adalah ibu hamil yang mendapatkan imunisasi dari imunisasi T2, T3, T4, dan T5. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tiga bulan |
| Numerator | Ibu hamil yang di imunisasi |
| Denominator | Seluruh ibu hamil yang mendapatkan imunisasi di wilayah kerja Puskesmas Tegalgubug |
| Sumber Data | Buku KIA, Laporan Imunisasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator, Koordinator Imunisasi |

4. Ibu Hamil mendapatkan tablet Fe3

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Ibu Hamil mendapatkan tablet Fe3 |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, akses, dan keterjangkauan |
| Tujuan | Untuk tercapainya pembelian tablet Fe pada ibu hamil |
| Definisi Operasional | Ibu hamil mendapatkan tablet Fe3 adalah ibu hamil yang telah mendapatkan tablet Fe tambah darah sebanyak 90 tablet Fe |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tiga bulan |
| Numerator | Ibu hamil yang mendapat tablet Fe |
| Denominator | Seluruh ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe di wilayah kerja Puskesmas Tegalgubug |
| Sumber Data | Buku KIA, Laporan Bulanan Program Gizi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator, Petugas Gizi |

5. Komplikasi kebidanan yang ditangani

| | |
|--------------|--|
| Judul | Komplikasi kebidanan yang ditangani |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Untuk tercapainya data ibu hamil yang mendapatkan penanganan dengan komplikasi |
| Definisi Operasional | Ibu hamil dengan komplikasi yang ditangani adalah ibu hamil dengan komplikasi yang mendapatkan penanganan definitif. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tiga bulan |
| Numerator | Ibu hamil dengan komplikasi yang ditangani |
| Denominator | Seluruh ibu hamil yang komplikasi yang mendapatkan penanganan di wilayah kerja Puskesmas Tegalgubug |
| Sumber Data | Buku KIA |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator |

6. Persentase cakupan deteksi dini Hepatitis B pada Ibu Hamil

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Persentase cakupan deteksi dini Hepatitis B pada Ibu Hamil |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Menggambarkan kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada ibu hamil dalam upaya mencegah penularan Hepatitis B |
| Definisi Operasional | Adalah jumlah ibu hamil yang dilakukan pelayanan skrining hepatitis B satu kali selama umur kehamilan sesuai standar oleh tim VCT Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah ibu hamil yang diperiksa dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran ibu hamil yang ada dalam waktu satu tahun |
| Sumber Data | Program KIA |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator |

II. PELAYANAN KESEHATAN IBU BERSALIN

1. Persalinan sesuai standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Pf)

| | |
|--------------|--|
| Judul | Persalinan sesuai standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Pf) |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan keselamatan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Persalinan dilakukan secara aman demi keselamatan ibu di fasilitas pelayanan kesehatan |
| Definisi Operasional | Cakupan Pertolongan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan (Cakupan Pf) adalah Cakupan ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | jumlah Sasaran ibu bersalin di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Buku KIA |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator |

2. Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF3)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF3) |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan keamanan, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Mengetahui pelayanan ibu nifas oleh tenaga kesehatan |
| Definisi Operasional | Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (Cakupan KF3) adalah Cakupan Pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam- 3 hari, 4-28 hari dan 29-42 hari setelah persalinan di suatu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas, sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Seluruh ibu nifas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | Buku KIA |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator |

III. PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

1. Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap) |
| Dimensi Mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Mengetahui kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada bayi baru lahir dalam upaya mencegah kematian bayi |
| Definisi Operasional | Cakupan Kunjungan Neonatal (KN) Lengkap adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke 3-7 dan 1 kali pada hari ke 8-28 setelah lahir |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah neonatus yang memperoleh 3 kali pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran bayi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Buku KIA dan kohort bayi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator |

2. Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Mencegah kematian bayi baru lahir |
| Definisi Operasional | Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah penanganan bayi dengan perkembangan kesehatan yang bermasalah/tidak sesuai dengan tumbuh kembangnya oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan definitif di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu |
| Denominator | 15% jumlah seluruh sasaran bayi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Sumber Data | Buku KIA dan kohort bayi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan/Bidan Koordinator |

IV. PELAYANAN KESEHATAN BALITA

1. Cakupan Kunjungan Balita

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Cakupan Kunjungan Balita |
| Dimensi Mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Mengetahui kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna kepada balita |
| Definisi Operasional | Cakupan kunjungan balita adalah cakupan pelayanan anak balita (12 – 59 bulan) yang memperoleh pelayanan sesuai standar meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun, serta pemberian Vitamin A 2 kali setahun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh anak balita di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Kohort balita |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Bidan desa/Bidan koordinator |

V. PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA PENDIDIKAN DASAR

1. Anak Usia pendidikan dasar yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Anak Usia pendidikan dasar yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Dimensi Mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | 1. Cakupan Anak Usia pendidikan dasar kelas 1 s/d 9 yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di dalam dan luar satuan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>pendidikan dasar di wilayah kerja Kabupaten dalam kurun waktu satu tahun ajaran.</p> <p>2. Pelayanan standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. penilaian status gizi; b. penilaian tanda vital; c. penilaian kesehatan gigi dan mulut; d. penilaian ketajaman indra |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Anak kelas 1 s/d 9 yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Seluruh anak kelas 1 s/d 9 yang ada dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Catatan dan pelaporan hasil pemeriksaan berkala ke sekolah |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator UKS |

VI. PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA PRODUKTIF

1. Persentase usia 15 – 59 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Persentase usia 15 – 59 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan |
| Dimensi Mutu | Akses, Kualitas, keselamatan |
| Tujuan | Mengetahui status kesehatan usia produktif dan rencana penanganan masalah kesehatan yang ditemukan |
| Definisi Operasional | Jumlah usia 15 – 59 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan adalah pelayanan Puskesmas kepada usia produktif yang sesuai standar meliputi edukasi kesehatan termasuk keluarga berencana dan skrining faktor resiko penyakit menular dan tidak menular |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah usia produktif yang diberikan pelayanan pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh usia produktif yang ada di wilayah kerja |
| Sumber Data | Pengelola program Penyakit Tidak Menular (PTM) |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program Penyakit Tidak Menular (PTM) |

VII. PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA LANJUT

1. Jumlah lansia yang mendapatkan pelayanan kesehatan lansia sesuai standar

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Jumlah lansia yang mendapatkan pelayanan kesehatan lansia sesuai standar |
| Dimensi Mutu | Kualitas, efektifitas, efisiensi, kepatutan |
| Tujuan | Meningkatnya derajat kesehatan usia lanjut untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan eksistensinya dalam strata kemasyarakatan dalam mencapai mutu kehidupan usia lanjut yang optimal. |
| Definisi Operasional | Lansia yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar adalah lansia umur ≥ 60 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas minimal satu kali dalam kurun waktu 1 Tahun. Komponen pelayanan kesehatan lansia meliputi : <ol style="list-style-type: none">1. Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensi meter (manual atau digital).2. Pengukuran kadar gula darah dan kolesterol dalam darah menggunakan alat monitor/pemeriksaan laboratorium sederhana.3. Pemeriksaan gangguan mental emosional usia lanjut menggunakan instrumen Geriatric Depression Scale (GDS).4. Pemeriksaan gangguan kognitif usia lanjut menggunakan instrumen Abbreviated Mental test (AMT).5. Pemeriksaan tingkat kemandirian tingkat lanjut menggunakan Activity Daily Living (ADL) dengan instrumen indeks Barthel Modifikasi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Lansia yang mendapat skrining kesehatan |
| Denominator | Jumlah sasaran lansia umur ≥ 60 th di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Sumber Data | Laporan Bulanan Program Usia Lanjut (USILA) |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung Jawab Program Usia Lanjut (USILA) |

VIII. PELAYANAN KESEHATAN PENDERITA HIPERTENSI

1. Jumlah penduduk yang dilakukan pengukuran tekanan darah (L/P)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Jumlah penduduk yang dilakukan pengukuran tekanan darah (L/P) |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efektifitas, efisiensi, kepatutan |
| Tujuan | Untuk mencegah angka kesakitan dan kematian akibat hipertensi |
| Definisi Operasional | Jumlah penduduk yang dilakukan pengukuran tekanan darah (L/P) adalah seluruh penduduk yang dilakukan pemeriksaan tekanan darah sesuai dengan standar |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Setiap 6 bulan |
| Numerator | Seluruh penduduk yang dilakukan pengukuran tekanan darah. |
| Denominator | Jumlah penduduk yang dilakukan pengukuran tekanan darah (L/P) pada periode dan wilayah kerja tertentu. |
| Sumber Data | Laporan Bulanan Penyakit Tidak Menular (PTM) |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung Jawab Program Penyakit Tidak Menular (PTM) |

2. Persentase penderita hipertensi/ darah tinggi yang ditangani sesuai standar

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Jumlah penduduk yang hipertensi/ darah tinggi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efektifitas, efisiensi, kepatutan |
| Tujuan | Mencegah angka kesakitan dan kematian akibat hipertensi |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Jumlah penduduk yang hipertensi/ darah tinggi adalah penduduk dengan tekanan sistole ≥ 140 dan diastole ≥ 90 mmhg yang ditemukan pada saat pengukuran tekanan darah2. Pelayanan kesehatan sesuai standar :<ol style="list-style-type: none">a. Pemeriksaan tekanan darah di fasilitas pelayanan kesehatan;b. Edukasi perubahan gaya hidup;c. Melakukan rujukan jika diperlukan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Setiap 6 bulan |
| Numerator | Penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas Tegalgubug |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Denominator | Jumlah penduduk yang hipertensi/ darah tinggi yang ditemukan pada periode dan wilayah kerja tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Penyakit Tidak Menular (PTM) |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung Jawab Program Penyakit Tidak Menular (PTM) |

IX. PELAYANAN KESEHATAN PENDERITA DIABETES MELITUS

1. Persentase penderita Diabetes Melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Persentase penderita Diabetes Melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efektifitas, efisiensi, kualitas |
| Tujuan | Mencegah komplikasi dan kematian yang diakibatkan penyakit DM |
| Definisi Operasional | 1. Jumlah Penduduk yang Menderita Diabetes Melitus adalah jumlah penduduk yang ditemukan menderita DM setelah dilakukan skrining 2. Pelayanan Diabetes melitus sesuai dengan standar : a. pengukuran gula darah; b. edukasi; dan c. terapi farmakologi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Setiap 6 bulan |
| Numerator | Penduduk yang menderita DM setelah dilakukan pemeriksaan cepat glukotest |
| Denominator | Jumlah penderita DM yang ditemukan pada periode dan wilayah kerja tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program PTM |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung Jawab Program PTM |

X. PELAYANAN KESEHATAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT

1. Penanganan kasus orang dengan gangguan jiwa berat

| | |
|--------------|---|
| Judul | Penanganan Kasus orang dengan gangguan jiwa berat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efektifitas, efisiensi, kualitas |
| Tujuan | Untuk mencegah kasus gangguan jiwa berat dan kasus pasung |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penanganan kasus orang dengan gangguan jiwa berat adalah suatu bentuk kegiatan pengobatan perawatan dan rehabilitasi pada penderita gangguan jiwa berat. 2. Pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pada kasus gangguan jiwa berat : <ol style="list-style-type: none"> a. pemeriksaan kesehatan jiwa antara lain pemeriksaan status mental dan wawancara; b. edukasi kepatuhan minum obat; c. melakukan rujukan bila diperlukan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 6 Bulan |
| Numerator | Penderita gangguan jiwa berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Denominator | Penderita gangguan jiwa yang ada pada periode dan wilayah kerja tertentu |
| Sumber Data | Laporan Bulanan Program Kesehatan Jiwa Masyarakat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung Jawab Program Kesehatan Jiwa Masyarakat |

XI. PELAYANAN KESEHATAN ORANG TERDUGA TUBERKULOSIS (TB)

1. Pelayanan kesehatan orang terduga TB

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelayanan kesehatan orang terduga TB |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mencegah penularan penyakit TB |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kesehatan terduga TB adalah pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas bagi orang terduga TB dengan gejala batuk-batuk lebih dari 2 minggu disertai gejala lainnya. 2. Pelayanan sesuai standar yang diberikan adalah : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan klinis b. Pemeriksaan penunjang; c. Edukasi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap satu tahun |
| Numerator | Jumlah orang terduga TB yang dilakukan pemeriksaan dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh orang terduga TB yang dilakukan pemeriksaan dalam kurun waktu satu tahun |

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Sumber Data | Laporan program TB |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program TB |

XII. PELAYANAN KESEHATAN ORANG DENGAN RESIKO TERINFEKSI VIRUS YANG MELEMAHKAN DAYA TAHAN TUBUH MANUSIA (HIV)

1. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui status kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV mencegah penularan HIV. |
| Definisi Operasional | Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV adalah capaian kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan HIV dari persentasi orang terinfeksi HIV (bumil, pasien TB, pasien IMS, waria, pengguna napza, warga binaan) yang mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar di wilayah kerjanya. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Setiap Bulan |
| Numerator | Jumlah orang diperiksa HIV dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah sasaran yang harus diperiksa HIV sesuai standar di faskes dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan Program HIV |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Program HIV |

XIII. PELAYANAN IMUNISASI

1. 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 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 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 pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |

2. 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 pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |

3. Cakupan BIAS MR

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Cakupan BIAS MR |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui angka pencapaian pemberian imunisasi campak pada siswa kelas 1 Sekolah Dasar (SD) atau sederajat |
| Definisi Operasional | Cakupan BIAS MR 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 MR |
| Standar | 98% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |

4. Cakupan Desa *Universal Child Immunization (UCI)*

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Cakupan Desa <i>Universal Child Immunization (UCI)</i> |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah bayi yang ada sudah mendapat imunisasi dasar lengkap di satu wilayah |
| Definisi Operasional | Cakupan Desa <i>Universal Child Immunization (UCI)</i> adalah Desa dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| 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 program imunisasi |
| Standar | 93% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |

5. Cakupan campak lanjutan

| | |
|--------------|---|
| Judul | Cakupan campak lanjutan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian bayi 18-24 bulan yang sudah mendapatkan imunisasi campak lanjutan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Cakupan Campak Lanjutan adalah Cakupan bayi 18-24 bulan mendapatkan imunisasi campak lanjutan dalam kurun waktu 1 tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi 18-24 bulan yang mendapatkan imunisasi campak lanjutan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah sasaran bayi 18-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Kohort imunisasi |
| Standar | 55% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |

6. Cakupan DPT-HB-Hib lanjutan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Cakupan DPT-HB-Hib lanjutan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian bayi 18-24 bulan yang sudah mendapatkan imunisasi DPT-HB-Hib lanjutan |
| Definisi Operasional | Cakupan DPT-HB-Hib Lanjutan adalah Cakupan bayi 18-24 bulan mendapatkan imunisasi DPT-HB-Hib lanjutan dalam kurun waktu 1 tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi 18-24 bulan mendapatkan imunisasi DPT-HB-Hib lanjutan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah sasaran bayi 18-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Kohort imunisasi |
| Standar | 55% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koorim |

7. 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 kl, BCG 1 kl, Polio 4 kl, DPTHB-Hib 3 kl, Campak 1 kl) 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 pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |

XIV. PELAYANAN PENYAKIT LAINNYA

1. Kusta

a. Angka kesembuhan / RFT (*Release From Treatment*) MB

| | |
|-----------------------------------|--|
| 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 pengumpulan data | Pengelola Program Kusta |

b. Angka kesembuhan / RFT (*Release From Treatment*) PB

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Angka kesembuhan / RFT (<i>Release From Treatment</i>) PB |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah penderita kusta PB yang sembuh setelah mendapatkan pengobatan Kusta sesuai dengan standar |
| Definisi Operasional | Jumlah kasus baru PB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | pengobatan tepat waktu (6 dosis dalam 6-9 bulan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah kasus baru PB yang menyelesaikan 6 dosis dalam 6-9 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh kasus baru PB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Pengobatan Penderita Kusta |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Program Kusta |

2. DBD

a. Pencegahan DBD dengan penghitungan Angka Bebas Jentik (ABJ)

| | |
|-----------------------------------|---|
| 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 |

3. ISPA

a. Persentase cakupan penemuan penderita *pneumonia* balita

| | |
|----------------------|---|
| 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 Pneumonia Balita adalah persentase balita dengan Pneumonia yang ditemukan dan diberikan tata laksana |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | 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 |

4. Diare

a. Persentase cakupan pelayanan diare pada kasus semua umur

| | |
|-----------------------------------|--|
| 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 | Persentase cakupan pelayanan diare pada kasus semua umur adalah jumlah/angka penemuan kasus Diare pada semua umur yang mendapatkan pelayanan/pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan |
| 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 |

b. Cakupan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Cakupan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA) |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mencegah penderita diare menderita dehidrasi sedang sampai berat sehingga harus mendapatkan rawat inap |
| Definisi Operasional | Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA) adalah Layanan yg berada di fasyankes, yg melakukan kegiatan tatalaksana diare dan atau kegiatan lainnya sebagaimana tersebut diatas, paling |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | tidak pada 3 bulan terakhir dalam periode pelaporan tahun berjalan, yang dibuktikan dengan adanya data hasil pelaksanaan kegiatan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah LROA di Fasyankes dalam waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah LROA di Fasyankes dalam 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program diare |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program diare |

5. Surveilans

a. Cakupan Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit potensial KLB

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Cakupan Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit potensial KLB |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk ketertiban laporan secara lengkap dalam rangka mengetahui alert penyakit potensial KLB di wilayah tertentu |
| Definisi Operasional | Cakupan kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan respon penyakit potensial KLB adalah Cakupan kelengkapan pengumpulan data hasil pengamatan/identifikasi Penyakit potensi KLB Mingguan (dengan menggunakan Form W2) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah laporan W2 yang dilaporkan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 52 minggu |
| Sumber Data | Laporan W2 Surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

b. Cakupan Ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit potensial KLB

| | |
|--------------|--|
| Judul | Cakupan Ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit potensial KLB |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Untuk memberikan laporan secara tepat ke Dinas Kesehatan dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dalam merespon penyakit potensial KLB |
| Definisi Operasional | Cakupan ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan respon penyakit potensial KLB adalah Cakupan ketepatan pengumpulan data hasil pengamatan/identifikasi Penyakit potensi KLB Mingguan (dengan menggunakan Form W2) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah W2 yang dilaporkan Puskesmas tepat waktu dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 52 minggu |
| Sumber Data | Laporan W2 Surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

c. Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk ketertiban administrasi dalam pelaporan pengumpulan data dalam waktu satu tahun |
| Definisi Operasional | Cakupan kelengkapan Surveilans Terpadu Penyakit adalah cakupan kelengkapan 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 pada kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 12 bulan |
| Sumber Data | Laporan bulanan surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

d. Cakupan ketepatan surveilans terpadu penyakit

| | |
|--------------|---|
| Judul | Cakupan ketepatan surveilans terpadu 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 Terpadu 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 |

e. 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 |

f. Cakupan Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit

| | |
|--------------|--|
| Judul | Cakupan Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja surveilans dalam membuat pelaporan SKD dan respon penyakit potensial KLB dengan menggunakan form W2 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Cakupan kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan respon penyakit potensial KLB adalah Cakupan kelengkapan pengumpulan data hasil pengamatan/identifikasi Penyakit potensi KLB Mingguan (dengan menggunakan Form W2) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah laporan W2 yang dilaporkan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 52 minggu |
| Sumber Data | Laporan W2 surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

g. Cakupan Ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Cakupan Ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon penyakit |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja surveilans dalam melaporkan SKD dan respon penyakit sesuai waktu yang telah ditentukan |
| Definisi Operasional | Cakupan ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan respon penyakit potensial KLB adalah Cakupan ketepatan pengumpulan data hasil pengamatan/identifikasi Penyakit potensi KLB Mingguan (dengan menggunakan Form W2) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah W2 yang dilaporkan Puskesmas tepat waktu dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 52 minggu |
| Sumber Data | Laporan W2 surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

h. Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit

| | |
|--------------|---|
| Judul | Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja surveilans dalam memberikan laporan yang lengkap sesuai dengan ketentuan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Cakupan ketepatan Surveilans Terpadu 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 | Jumlah laporan STP surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

XV. PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN

1. Penyuluhan PHBS keluarga

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Penyuluhan PHBS keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas dengan sasaran keluarga. |
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS di Keluarga adalah Kegiatan penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas dengan sasaran keluarga dan anggotanya yang mendapat intervensi PIS/PK atau Keluarga yang tidak berPHBS, didukung alat bantu/media penyuluhan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga yang mendapat penyuluhan oleh petugas/mitra kerja di rumah pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran intervensi PIS/PK atau keluarga tidak berPHBS di wilayah kerja Puskemas pada periode tertentu |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

2. Penyuluhan PHBS sekolah

| | |
|--------------|--|
| Judul | Penyuluhan PHBS sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk menerapkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan sekolah sehat. |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS di Sekolah adalah kegiatan penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas secara berkelompok dengan sasaran siswa, guru dan masyarakat sekolah, tujuannya adalah agar tahu, mau dan mampu menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dengan menerapkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan sekolah sehat, dilaksanakan setiap triwulan terintegrasi dengan kegiatan penjangkaran sekolah, didukung alat bantu/media penyuluhan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah sekolah yang mendapat penyuluhan tentang PHBS di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Jumlah seluruh sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

3. Penyuluhan PHBS Tempat Tempat Umum (TTU)

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Penyuluhan PHBS Tempat Tempat Umum |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk memberikan informasi kepada pengunjung secara berkelompok di tempat umum untuk menerapkan PHBS |
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS di Tempat Tempat Umum adalah kegiatan penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas kepada pengelola Tempat Tempat Umum secara berkelompok (5-30 orang) dengan sasaran Tempat Tempat Umum/TTU yang terdiri dari mesjid, terminal, hotel, pasar, tempat wisata, dilaksanakan 2 kali dalam setahun, didukung alat bantu/media penyuluhan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Tempat-Tempat Umum yang mendapat penyuluhan tentang PHBS di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Tempat-Tempat Umum di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

4. Penyuluhan PHBS di fasilitas kesehatan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Penyuluhan PHBS di fasilitas kesehatan |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk memberikan pengetahuan kepada pengunjung fasilitas kesehatan agar dapat menerapkan PHBS |
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS di Fasilitas Kesehatan adalah kegiatan penyampaian informasi secara berkelompok (5-30 orang) kepada pengunjung Puskesmas dan jaringannya oleh petugas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (Pustu, Poskesdes) dilaksanakan 2 kali dalam satu minggu selama satu bulan (8 kali) dalam setahun 8 x 12 bln (96 kali), materi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), didukung alat bantu/media penyuluhan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penyuluhan di Fasilitas Kesehatan |
| Denominator | 96 kali |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

5. Penyuluhan kelompok oleh petugas kesehatan di dalam gedung Puskesmas

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Penyuluhan kelompok oleh petugas kesehatan di dalam gedung Puskesmas |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan serta merubah sikap pengunjung Puskesmas agar dapat hidup lebih sehat |
| Definisi Operasional | Penyuluhan kelompok oleh petugas kesehatan di dalam gedung Puskesmas adalah kegiatan penyuluhan kelompok 10 s.d 20 orang (menyesuaikan dengan jumlah pengunjung Puskesmas) yang dilaksanakan di dalam gedung Puskesmas kepada pelanggan yang datang ke Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penyuluhan kelompok yang dilaksanakan di dalam gedung |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Denominator | 96 kali |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

6. Pembinaan PHBS tatanan institusi kesehatan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pembinaan PHBS tatanan institusi kesehatan |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk memberikan pengetahuan dan merubah sikap kepada karyawan Puskesmas dan pelanggan Puskesmas untuk menerapkan PHBS tatanan institusi kesehatan |
| Definisi Operasional | Pembinaan PHBS ditatanan Institusi Kesehatan adalah pengkajian dan pembinaan PHBS di tatanan institusi kesehatan (Puskesmas dan jaringannya : Puskesmas Pembantu, Polindes, Poskesdes, dll) dengan melihat 7 indikator, meliputi : menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih yang mengalir memakai sabun, menggunakan jamban, membuang sampah pada tempatnya, tidak merokok, tidak meludah sembarangan dan memberantas jentik nyamuk. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah institusi kesehatan ber-PHBS di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh institusi kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas |
| Sumber Data | Register pembinaan PHBS |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

7. Pemberdayaan individu/keluarga melalui kunjungan rumah

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pemberdayaan individu/keluarga melalui kunjungan rumah |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk pembinaan lebih lanjut dengan metoda KIP/K kepada individu/keluarga |
| Definisi Operasional | Pemberdayaan Individu/Keluarga adalah suatu bentuk kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan berupa kunjungan rumah sebagai tindak lanjut upaya promosi kesehatan di dalam gedung puskesmas kepada pasien/keluarga yang karena masalah kesehatannya memerlukan pembinaan lebih lanjut dengan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | metoda KIP/K, didukung alat bantu/ media penyuluhan. Pembuktian dengan : buku visum, nama pasien/Kepala Keluarga yang dikunjungi, tanggal kunjungan, materi KIP/K. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah kunjungan rumah ke pasien/keluarga dalam wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran kunjungan rumah |
| Sumber Data | Register kunjungan rumah |
| Standar | 50% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

8. Pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk merubah sikap keluarga untuk menerapkan hidup dan perilaku sehat |
| Definisi Operasional | Pembinaan PHBS ditatanan Rumah Tangga adalah pengkajian dan pembinaan PHBS ditatanan Rumah Tangga dengan melihat 10 indikator, meliputi : Linakes, memberi ASI Eksklusif, menimbang bayi dan balita setiap bulan, menggunakan, air bersih, mencuci tangan dengan sabun & air bersih, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, makan sayur dan buah, melakukan aktivitas fisik, tidak merokok di dalam rumah pada setiap rumah tangga yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Pembuktian dengan : adanya data hasil kajian PHBS RT, adanya hasil analisis, rencana dan jadwal tindak lanjut dari hasil kajian. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah rumah tangga ber PHBS di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Seluruh rumah tangga yang ada di wilayah Puskesmas |
| Sumber Data | Register pembinaan PHBS dan format asuhan keperawatan keluarga |
| Standar | 70% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

9. Pembinaan pemberdayaan masyarakat dilihat melalui presentase strata desa siaga aktif

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Pembinaan pemberdayaan masyarakat dilihat melalui presentase strata desa siaga aktif |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam upaya memberdayakan masyarakat yang direspon dengan meningkatnya presentase desa siaga aktif. |
| Definisi Operasional | Desa/Kelurahan menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Purnama dan Mandiri minimal 50% dari jumlah Desa/Kelurahan yang ada 8 indikator strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif : Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, KPM/Kader Kesehatan, Kemudahan Akses Ke Pelayanan Kesehatan Dasar, Posyandu dan UKBM, Dana untuk Desa/Kelurahan Siaga Aktif, Peran Serta Masyarakat dan Organisasi Kemasyarakatan, Peraturan di Desa/Kelurahan tentang Desa/Kelurahan Siaga Aktif dan Pembinaan PHBS Rumah Tangga. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Desa/Kelurahan ber-Strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif Purnama dan Mandiri |
| Denominator | Seluruh Desa/Kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan kegiatan desa siaga |
| Standar | 50% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

10. Pembinaan UKBM dilihat melalui presentase posyandu strata purnama dan mandiri

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pembinaan UKBM dilihat melalui presentase posyandu strata purnama dan mandiri |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk menilai kinerja Puskesmas dalam membina UKBM. |
| Definisi Operasional | 1. Posyandu Purnama adalah Posyandu yang dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya utamanya lebih dari 50%, mempunyai kegiatan tambahan lebih dari 2 kegiatan, dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya masih terbatas |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>yakni kurang dari 50% kepala keluarga di wilayah kerja posyandu.</p> <p>2. Posyandu mandiri adalah posyandu yang dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mempunyai kegiatan tambahan lebih dari 2 kegiatan serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya lebih dari 50% kepala keluarga yang bertempat tinggal di wilayah kerja posyandu. Pembuktian dengan : data strata posyandu, SK Pokjanal Kecamatan, SK Pokja Desa/Kelurahan</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Posyandu strata Purnama dan Mandiri |
| Denominator | Seluruh Posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan kegiatan bulanan program Promkes |
| Standar | 40% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

11. Advokasi Puskesmas kepada Kepala desa, camat dan lintas sektor

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Advokasi Puskesmas kepada Kepala desa, camat dan lintas sektor |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mempengaruhi penentu kebijakan agar mendapatkan dukungan dari lintas sektor dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas di dalam dan luar gedung. |
| Definisi Operasional | Kegiatan advokasi yang dilakukan tenaga kesehatan Puskesmas dengan sasaran kepada Kepala desa/Kelurahan, Camat, Lintas Sektor, dilakukan minimal (satu) kali dalam satu bulan, guna mendapatkan komitmen/dukungan kebijakan/anggaran dalam bidang kesehatan. Pembuktian dengan buku visum, substansi advokasi, nama petugas yang mengadvokasi, tanggal pelaksanaan kegiatan, hasil advokasi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Kegiatan advokasi kepada Kepala desa/Lurah, Camat/Lintas Sektor |
| Denominator | 12 Kali |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Sumber Data | Laporan program Promkes |
| Standar | 80% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

12. Penggalangan kemitraan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Penggalangan kemitraan |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mendapatkan dukungan lintas sektor dan menyamakan visi dan misi kegiatan. |
| Definisi Operasional | Kegiatan-kegiatan kerjasama yang dilakukan oleh Puskesmas di luar gedung dengan mitra kerja (unsur pemerintahan : Lintas Program, swasta/ dunia usaha, LSM dan organisasi massa, organisasi profesi), dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam satu bulan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah kegiatan Puskesmas di luar gedung, dilaksanakan dengan mitra kerja |
| Denominator | 12 Kali |
| Sumber Data | Buku visum |
| Standar | 80% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

13. Orientasi promosi kesehatan bagi kader

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Orientasi promosi kesehatan bagi kader |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan Kader dalam Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat |
| Definisi Operasional | Kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan Kader dalam Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, yang dilaksanakan dalam waktu tertentu dengan alokasi anggaran baik dari Puskesmas maupun dari mitra kerja serta dari anggaran lainnya. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Kader yang mendapat promosi kesehatan |
| Denominator | Jumlah seluruh kader di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan kegiatan program Promkes |
| Standar | 50% |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

14. Penggunaan media KIE

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Penggunaan media KIE |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mempermudah menyebarluaskan informasi dengan mengikuti perkembangan teknologi |
| Definisi Operasional | Kegiatan penyebarluasan informasi kesehatan dengan menggunakan berbagai media Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang ada di Puskesmas, meliputi : 1. Dalam gedung : media cetak (leaflet, booklet, poster), alat peraga, media elektronik (TV, infokus) 2. Luar gedung : spanduk, billboard, umbul-umbul. 3. Media Elektronik : TV, radio, SMS 4. Media sosial 5. Media tradisional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah jenis media KIE yang digunakan untuk penyebarluasan informasi kesehatan |
| Denominator | 5 jenis media (dalam gedung, luar gedung, media elektronik, media sosial dan media tradisional) |
| Sumber Data | Laporan program Promkes |
| Standar | 60% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

15. Pendampingan pelaksanaan Survei Mawas Diri (SMD) dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pendampingan pelaksanaan Survei Mawas Diri (SMD) dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Agar kegiatan SMD dan MMD dapat berjalan secara kontinyu berdasarkan kebutuhan masyarakat |
| Definisi Operasional | Kegiatan di Desa/Kelurahan yang ada di wilayah Kerja Puskesmas yang memerlukan pemberdayaan masyarakat, dengan langkah-langkah kegiatan pertemuan tingkat Desa, Survey Mawas Diri, Musyawarah Masyarakat Desa I, II, hal tersebut bertujuan agar kegiatan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | tersebut dapat berjalan secara kontinyu karena berdasarkan kebutuhan masyarakat. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah Desa mendapat pendampingan kegiatan pemberdayaan masyarakat (SMD, MMD) |
| Denominator | Jumlah Desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan program Promosi Kesehatan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

XVI. PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN

1. Persentase Penduduk terhadap akses sanitasi yang layak (jamban sehat)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Persentase Penduduk terhadap akses sanitasi yang layak (jamban sehat) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kesadaran masyarakat tentang manfaat jamban keluarga. |
| 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 bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) di suatu wilayah pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah penduduk di wilayah dan pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

2. Jumlah desa yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

| | |
|--------------|--|
| Judul | Jumlah desa yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Untuk mengetahui dukungan lintas sektor dan tokoh yang peduli manfaat kepemilikan jamban dan tujuan desa ODF (<i>open defecation free</i>) |
| Definisi Operasional | Jumlah desa yang melaksanakan STBM di Wilayah Puskesmas setiap tahunnya adalah dimana Desa yang melaksanakan ditandai desa tersebut sudah melakukan pemecuan minimal 1 dusun/RW, adanya rencana kerja masyarakat (RKM) dan adanya natural leader |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah desa yang melaksanakan STBM di Wilayah Puskesmas pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Desa di wilayah Puskesmas dan pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan program Kesehatan Lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

3. **Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap sarana air bersih**

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) terhadap sarana air bersih |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah standar, norma dan baku mutu dan kualitas lingkungan sehat pada sarana air bersih. |
| Definisi Operasional | Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap Sarana Air Bersih adalah kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan sehat pada Sarana Air Bersih. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah IKL yang dilaksanakan terhadap Sarana Air Bersih di Wilayah Puskemas pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Sarana Air Bersih di wilayah Puskesmas dan pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

4. **Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap TFU (Tempat Fasilitas Umum)**

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap TFU (Tempat Fasilitas Umum) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan sehat pada TFU |
| Definisi Operasional | Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap TFU adalah kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan sehat pada TFU |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah IKL yang dilaksanakan terhadap sarana TFU di Wilayah Puskesmas pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Sarana TFU di wilayah Puskesmas dan pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

5. **Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap TPP**

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap TPP (Tempat Pengelolaan Pangan) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan sehat pada TPP |
| Definisi Operasional | Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap TPP adalah kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan sehat pada TPP |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah IKL yang dilaksanakan terhadap sarana TPP di Wilayah Puskemas pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Sarana TPP di wilayah Puskesmas dan pada periode yang sama |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

XVII. PELAYANAN GIZI

1. Persentase Bayi umur 6 bulan mendapat ASI Eksklusif

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Persentase Bayi umur 6 bulan mendapat ASI Eksklusif |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah bayi yang hanya mendapatkan ASI saja sampai dengan umur 6 bulan |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi usia 6 bulan adalah seluruh bayi yang mencapai 5 bulan 29 hari 2. Bayi mendapat ASI Eksklusif 6 bulan adalah bayi sampai umur 6 bulan yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral sejak lahir 3. Persentase bayi umur 6 bulan mendapat ASI Eksklusif adalah jumlah bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif 6 bulan terhadap jumlah seluruh bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari dikali 100%. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif |
| Denominator | Jumlah bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari |
| Sumber Data | Laporan bulanan program gizi |
| Standar | 80% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program gizi |

2. Persentase Balita mempunyai buku KIA/KMS

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Persentase Balita mempunyai buku KIA/KMS |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui distribusi dan kecukupan sarana monitoring perkembangan balita dengan media buku KIA atau KMS |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Balita adalah anak yang berumur di bawah 5 tahun (0-59 bulan 29 hari) 2. Buku KIA adalah buku yang berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu serta grafik |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>pertumbuhan anak yang dapat dipantau setiap bulan.</p> <p>3. Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur yang dibedakan berdasarkan jenis kelamin. KMS digunakan untuk mencatat berat badan, memantau pertumbuhan balita setiap bulan dan sebagai media penyuluhan gizi dan kesehatan.</p> <p>4. Persentase balita mempunyai buku KIA/KMS adalah jumlah balita yang mempunyai Buku KIA/KMS terhadap jumlah balita yang ada dikali 100%</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah balita yg mempunyai buku KIA/ KMS |
| Denominator | Jumlah seluruh Balita yang ada |
| Sumber Data | Laporan bulanan program gizi |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program gizi |

3. 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 | <p>Remaja Putri adalah remaja putri yang berusia 12 -18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat.</p> <p>TTD adalah tablet yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah maupun diperoleh secara mandiri.</p> <p>Remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu sebanyak 1 tablet.</p> <p>Persentase remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu terhadap jumlah remaja putri yang ada dikali 100%.</p> |
| 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 |

4. Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) mendapat Makanan Tambahan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) 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 ibu hamil dan pada bayi |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu hamil KEK adalah Ibu hamil dengan Lingkar Lengan Atas (LiLA) < 23,5 cm 2. Makanan Tambahan adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi selain makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal. 3. Persentase Ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan adalah jumlah ibu hamil KEK yang mendapatkan makanan tambahan terhadap jumlah ibu hamil KEK yang ada dikali 100%. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan |
| Denominator | Jumlah sasaran ibu hamil KEK yang ada |
| Sumber Data | Laporan program gizi |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program gizi |

XVIII. PELAYANAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Kunjungan Rawat Jalan Umum mendapat Askep Individu

| | |
|--------------|--|
| Judul | Kunjungan Rawat Jalan Umum mendapat Askep Individu |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara komprehensif pada individu yang datang ke Puskesmas |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Kunjungan Rawat Jalan Umum mendapat Askep Individu adalah 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 pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah pasien yang dilakukan pengkajian, pemeriksaan fisik oleh perawat pada kunjungan rawat jalan, IGD di Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

2. Cakupan keluarga resiko tinggi mendapat Askep keluarga

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Cakupan keluarga resiko tinggi mendapat Askep keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan kemauan serta memberikan keterampilan sehingga keluarga dapat mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya |
| Definisi Operasional | Jumlah keluarga yang mendapat asuhan keperawatan keluarga dan terdokumentasikan melalui askep keluarga sesuai dengan permasalahan yang ditemukan termasuk tindak lanjut permasalahan pada indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga Target program keluarga resiko tinggi yang dibina menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan ($88\% \times (2,66\% \times \Sigma \text{ keluarga rawan yang ada})$) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga yang mendapat Askep Keluarga di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Jumlah sasaran keluarga yang bermasalah kesehatan dan tercatat dalam register R1 Perkesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

3. Cakupan Keluarga Mandiri III dan IV pada semua kasus

| | |
|-----------------------------------|---|
| 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 di keluarganya 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 pengumpulan data | Koordinator perawat |

4. Cakupan Keluarga dengan TBC yang mencapai (KM III dan IV) setelah minimal 4 kali kunjungan rumah

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan Keluarga dengan TBC yang mencapai (KM III dan IV) setelah minimal 4 kali kunjungan rumah |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui sejauh mana keluarga dengan TBC 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 keluarga dengan penderita TBC, setelah mendapatkan askep keluarga minimal 4 kali kunjungan Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga dengan penderita TBC). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah KM III dan IV pada keluarga dengan penderita TBC di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah keluarga yang anggota keluarganya menderita TBC di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

5. Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada keluarga dengan Hipertensi yang mendapat askep keluarga

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada keluarga dengan Hipertensi yang mendapat askep keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui sejauh mana keluarga dengan hipertensi dapat mengatasi masalah kesehatan di keluarganya secara mandiri sehingga siap untuk lepas bina dari asuhan keperawatan |
| Definisi Operasional | Cakupan hasil akhir tingkat kemandirian Keluarga (KM III dan IV) pada keluarga dengan penderita Hipertensi, setelah mendapatkan askep keluarga minimal 4 kali kunjungan Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga dengan penderita HT). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah KM III dan IV pada keluarga dengan penderita hipertensi di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah keluarga yang anggota keluarganya terdapat penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

6. Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada keluarga dengan ODGJ yang mendapat askep keluarga

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada keluarga dengan ODGJ yang mendapat askep keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui sejauh mana keluarga dengan ODGJ dapat mengatasi masalah kesehatan di keluarganya secara mandiri sehingga siap untuk lepas bina dari asuhan keperawatan |
| Definisi Operasional | Cakupan hasil akhir tingkat kemandirian Keluarga (KM III dan IV) pada keluarga dengan penderita Orang dengan gangguan Jiwa (ODGJ), setelah mendapatkan askep keluarga minimal 4 kali kunjungan Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga keluarga dengan ODGJ). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah KM III dan IV pada keluarga dengan penderita ODGJ di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah keluarga yang anggota keluarganya terdapat ODGJ dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

7. Cakupan Kelompok Resiko tinggi mendapat Askep

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan Kelompok Resiko tinggi mendapat Askep |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk untuk mengetahui kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kelompok resiko tinggi |
| Definisi Operasional | Jumlah kelompok Resiko tinggi (prolanis, kelompok ibu hamil resiko tinggi, kelompok balita resiko tinggi dan lain-lain) yang mendapat askep kelompok oleh petugas Puskesmas. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Numerator | Jumlah kelompok resiko tinggi yang ada di wilayah kerja puskesmas yang mendapat askep kelompok pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Kelompok resiko tinggi yang ada dan tercatat pada buku register kelompok resiko tinggi di puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

8. Cakupan masyarakat/Desa mendapat Askep Komunitas

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Cakupan masyarakat/Desa mendapat Askep Komunitas |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai lanjutan intervensi PIS-PK |
| Definisi Operasional | Jumlah desa/ kelurahan/RW yang mendapat asuhan keperawatan komunitas oleh perawat |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah desa atau RW atau RT atau kelurahan yang mendapat askep komunitas pada kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah desa atau RW atau RT atau kelurahan minimal 1 mendapat askep komunitas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

9. Persentase kunjungan pasien ke Sentra keperawatan aktif

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Persentase kunjungan pasien ke Sentra keperawatan aktif |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pemanfaatan dan kualitas Sentra Keperawatan oleh pasien Puskesmas |
| Definisi Operasional | Persentase kunjungan pasien ke Sentra keperawatan aktif adalah Jumlah kunjungan pasien ke Sentra Keperawatan untuk mendapatkan pelayanan baik preventif, promotif, kuratif atau rehabilitatif di Puskesmas, dimana hari buka pelayanan Sentra Keperawatan minimal 1 kali per minggu , dan kontinyu sepanjang tahun. |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah kunjungan pasien Sentra Keperawatan |
| Denominator | 10% Jumlah kunjungan Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 10% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator perawat |

XIX. PELAYANAN KESEHATAN GIGI MASYARAKAT

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 tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program UKGMD |
| Standar | 30% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Perawat gigi |

XX. PELAYANAN KESEHATAN KERJA

1. Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang terbentuk di Wilayah Kerja Puskesmas

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang terbentuk di Wilayah Kerja Puskesmas |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah Pos UKK yang terbentuk dalam periode tertentu |
| 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 | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| 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 program kesehatan kerja |
| Standar | 1 pos UKK setiap tahun |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program usaha kesehatan kerja |

XXI. PELAYANAN KESEHATAN OLAH RAGA

1. Prosentase Jemaah haji yang diperiksa kebugaran jasmani

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Prosentase 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 | Prosentasi Jemaah Haji yang diperiksa Kebugaran jasmani adalah Jumlah Jemaah haji yang diperiksa kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dibanding 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 olah raga |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program kesehatan olah raga |

2. Persentase pengukuran kebugaran anak sekolah

| | |
|--------------|---|
| 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 dibanding 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 olah raga |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program kesehatan olah raga |

3. Orientasi tes kebugaran bagi guru olah raga

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Orientasi tes kebugaran bagi guru olah raga |
| Dimensi Mutu | Efektif |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah guru yang berperan serta dalam kegiatan olah raga dan keadaan jasmani guru olah raga |
| Definisi Operasional | Jumlah guru olah raga yang mengikuti tes kebugaran dalam kurun waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah guru olah raga yang di ukur tes kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah guru olah raga yang mengikuti tes kebugaran di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan olah raga |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program kesehatan olah raga |

XXII. PELAYANAN PENYEHAAT TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTER

1. Cakupan Pembinaan Upaya 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 Hatra, 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 Hatra |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program upaya penyehat tradisional |

2. Cakupan Penyehat Tradisional Terdaftar/Berizin

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan Penyehat Tradisional Terdaftar/Berizin |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah praktisi hatra untuk melegalkan praktek pengobatan tradisional |
| Definisi Operasional | Cakupan Penyehat Tradisional Terdaftar/Berizin adalah persentase penyehat tradisional yang terdaftar atau berizin (yang mempunyai STPT/STRKT) 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 yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Hatra |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Standar | 10% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program upaya penyehat tradisional |

3. Cakupan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan Taman Obat dan keluarga (TOGA)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Cakupan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan Taman Obat dan 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 Penyehat Tradisional 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 |

XXIII. PELAYANAN KESEHATAN INDERA

1. Cakupan desa yang melaksanakan kegiatan skrining katarak

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan desa yang melaksanakan kegiatan skrining katarak |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian kinerja program kesehatan indera dalam memberikan pelayanan kepada sasaran yang beresiko |
| Definisi Operasional | Cakupan desa yang melaksanakan kegiatan skrining katarak adalah pencapaian kinerja program kesehatan indera dalam memberikan pelayanan kepada sasaran beresiko dalam kurun waktu tertentu di luar gedung Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Numerator | Jumlah desa yang melaksanakan kegiatan dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan program kesehatan indera |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program kesehatan indera |

2. 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 dtandar |
| 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 |

3. 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 |

4. Gangguan penglihatan anak sekolah yang mendapatkan penanganan sesuai standar

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Gangguan penglihatan anak sekolah yang mendapatkan penanganan sesuai standar |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk menanggulangi gangguan penglihatan pada anak yang ditemukan pada saat skrining indera penglihatan |
| Definisi Operasional | Gangguan penglihatan anak sekolah yang mendapatkan penanganan sesuai standar adalah penanganan kasus gangguan penglihatan yang ditemukan oleh petugas kesehatan pada saat dilakukan skrining penglihatan di sekolah kepada siswa baik ditangani di Puskesmas maupun dirujuk ke rumah sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap kegiatan skrining indera penglihatan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah siswa yang diberikan penanganan sesuai standar pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh siswa yang mengalami gangguan penglihatan pada kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan kesehatan indera |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program kesehatan indera |

XXIV. PELAYANAN KESEHATAN PENGEMBANGAN LAINNYA

1. Pemberantasan penyakit Kecacingan
a. Cakupan tatalaksana kasus 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 |

BUPATI CIREBON,

TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber
pada tanggal **27 November 2020**

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 119/SERI 3