

**PENILAIAN KINERJA  
PUSKESMAS (PKP)  
TAHUN 2025**



**UNIT PELAKSANA TEKNIS  
PUSKESMAS PINANG JAYA**

**Jalan Murai 1 No.3 Pinang Jaya  
KOTA BANDAR LAMPUNG**



## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan Penyusunan Penilaian Kinerja UPT Puskesmas Pinang Jaya tahun 2025.

Penilaian Kinerja Puskesmas ini merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk menilai hasil kerja program maupun pelayanan yang dilaksanakan di UPT Puskesmas Pinang Jaya dari bulan Januari sampai bulan Desember Tahun 2025.

Tujuan Penilaian Kinerja Puskesmas merupakan suatu usaha dalam meningkatkan cakupan program sesuai dengan kriteria SPM (Standar Pelayanan Minimal) sebagai upaya tercapainya tingkat kinerja Puskesmas yang berkualitas secara optimal, dan untuk dilakukan intervensi ke wilayah kerja yang capaian hasil kinerja paling rendah yang selanjutnya disampaikan sebagai bahan pembinaan Dinas Kesehatan.

Kami menyadari dalam penyusunan Penilaian Kinerja Puskesmas ini tentunya masih banyak kekurangan, untuk itu kami sangat berterima kasih sekali apabila ada saran maupun kritik yang bersifat membangun yang disampaikan kepada kami, Agar kinerja UPT Puskesmas Pinang Jaya pada tahun yang akan datang menjadi lebih baik.

Terima kasih kami ucapkan kepada seluruh penanggungjawab program di UPT Puskesmas Pinang Jaya dan berbagai pihak yang turut membantu dalam Penyusunan Penilaian Kinerja Puskesmas ini.

Bandar Lampung, 21 Januari 2026  
Plt. Kepala UPT Puskesmas Pinang Jaya

dr. Firdausa Muslima Masita, M.Kes  
Pembina TK. I / IV b  
NIP. 198007062009092001

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. LATAR BELAKANG .....	1
B. PENGERTIAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS .....	2
C. TUJUAN DAN MANFAAT PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS .....	2
D. RUANG LINGKUP PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS .....	3
<b>BAB II PELAKSANAAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS.....</b>	<b>5</b>
A. PENETAPAN TARGET PUSKESMAS.....	5
B. PENGUMPULAN DATA .....	6
C. PENGOLAHAN DATA .....	6
<b>BAB III PENGUMPULAN DATA.....</b>	<b>8</b>
A. CARA PENGUMPULAN DATA .....	8
B. JENIS DATA .....	8
C. SUMBER DATA .....	8
D. VARIABEL DATA.....	8
<b>BAB IV PENYAJIAN DATA .....</b>	<b>10</b>
A. HASIL PENILAIAN KINERJA PELAYANAN KLASTER 1, 2, 3, 4 DAN LINTAS KLASTER UPT PUSKESMAS PINANG JAYA TAHUN 2025 .....	10
B. HASIL PENILAIAN KINERJA INDIKATOR KLASTER 1.....	22
C. IDENTIFIKASI MASALAH DARI PRIORITAS MASALAH TERPILIH .....	23
D. IDENTIFIKASI MASALAH DENGAN FISHBONE.....	32
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>36</b>
A. KESIMPULAN .....	36
B. SARAN .....	36
<b>LAMPIRAN</b>	

# BAB I PENDAHULUAN

## A. LATAR BELAKANG

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas berperan menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup kesehatan bagi setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Dengan demikian Puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat serta pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Untuk menunjang pelaksanaan fungsi dan penyelenggaraan upayanya, Puskesmas dilengkapi dengan instrumen manajemen yang terdiri dari :

1. Perencanaan Tingkat Puskesmas
2. Lokakarya Mini Puskesmas
3. Lokakarya Tribulanan Lintas Sektor
4. Penilaian Kinerja Puskesmas Klaster 1, 2, 3, 4 dan Lintas Klaster.

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya seluruh di wilayah Republik Indonesia.

Puskesmas merupakan ujung tombak terdepan dalam pembangunan kesehatan masyarakat mempunyai peran cukup besar dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Maka pedoman stratifikasi Puskesmas yang telah dipergunakan selama ini telah disempurnakan, dan selanjutnya digunakan istilah **Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)**.

## **B. PENGERTIAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS**

Penilaian kinerja Puskesmas merupakan suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Pelaksanaan penilaian dimulai dari tingkat Puskesmas sebagai instrumen mawas diri karena setiap Puskesmas diminta menilai kinerjanya secara mandiri, baru kemudian Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan verifikasi hasilnya. Adapun aspek penilaian meliputi hasil pencapaian cakupan dan manajemen kegiatan termasuk mutu penilaian.

Berdasarkan hasil verifikasi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat menetapkan Puskesmas kedalam kelompok (I, II, III) sesuai dengan pencapaian kinerjanya. Pada setiap kelompok tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat melakukan analisa tingkat kinerja puskesmas berdasarkan rincian nilainya, serta dapat dilakukan pembinaan secara lebih mendalam dan terfokus.

## **C. TUJUAN DAN MANFAAT PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS**

### **1. Tujuan**

#### **1. Tujuan Umum**

Tercapainya tingkat kinerja Puskesmas yang berkualitas secara optimal dalam kontribusinya mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan Kota Bandar Lampung.

#### **2. Tujuan Khusus**

1. Mendapatkan gambaran tingkat pencapaian hasil cakupan kegiatan pelayanan kesehatan dan mutu kegiatan serta manajemen puskesmas pada akhir tahun kegiatan.
2. Mengetahui tingkat kinerja puskesmas pada akhir semester berdasar peringkat kategori kelompok masing-masing puskesmas.
3. Mendapatkan informasi analisis kinerja Puskesmas dan bahan masukan dalam penyusunan kegiatan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung untuk tahun yang akan datang.

## **2. Manfaat**

1. Puskesmas mengetahui tingkat pencapaian (prestasi) dengan target yang harus dicapainya.
2. Puskesmas dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja Puskesmas (output dan outcome).
3. Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.
4. Dinas kesehatan Kota dapat menetapkan dan mendukung kebutuhan sumber daya puskesmas dan urgensi pembinaan masing–masing puskesmas.

## **D. RUANG LINGKUP PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS**

Ruang lingkup kinerja Puskesmas meliputi:

1. Klaster 1 yang menyelenggarakan pelayanan Manajemen
  - Manajemen inti
  - Manajemen arsip
  - Manajemen Sumber Daya manusia
  - Manajemen sarana, prasarana, dan perbekalan kesehatan
  - Manajemen mutu pelayanan
  - Manajemen Keuangan dan aset atau barang milik daerah
  - Manajemen sistem informasi digital
  - Manajemen Jejaring
  - Manajemen pemberdayaan masyarakat
5. Klaster 2 yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
  - Ibu hamil, bersalin atau nifas
  - Bayi dan balita
  - Anak pra sekolah
  - Anak usia sekolah
  - Remaja

6. Klaster 3 yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan Dewasa dan Lanjut Usia
7. Klaster 4 yang menyelenggarakan pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular
  - Pengawasan kualitas lingkungan, termasuk vektor dan binatang pembawa penyakit.
  - Surveilans dan respon penyakit menular, termasuk surveilans kewaspadaan dini, dan penanggulangan kejadian luar biasa atau wabah
8. Lintas Klaster yang menyelenggarakan dukungan pelayanan lintas klaster
  - Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
  - Pelayanan Kegawat daruratan
  - Pelayanan kefarmasian
  - Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat
  - Pelayanan Rawat Inap
  - Penanggulangan krisis kesehatan
  - Pelayanan Rehabilitasi medik dasar.

## **BAB II**

### **PELAKSANAAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS**

#### **A. PENETAPAN TARGET PUSKESMAS**

Bahan yang dipakai pada penilaian kinerja Puskesmas adalah hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan, manajemen Puskesmas dan mutu pelayanan, sedangkan dalam pelaksanaannya mulai dari pengumpulan data, pengolahan data, analisis hasil/masalah sampai dengan penyusunan laporan berpedoman pada Buku Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas dari Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan R.I. Tahun 2016, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor nomor 44 tahun 2016 tentang pedoman manajemen puskesmas, PMK nomor Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, dan SPM (Standar Pelayanan Minimal) Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, yang tersebut dalam Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung Nomor : 440/1176/III.02/V/2/2024 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kota Bandar Lampung Tahun 2024.

Penetapan target UPT Puskesmas Pinang Jaya ditentukan dengan memperhatikan hal-hal berikut :

1. Besarnya masalah yang dihadapi oleh Puskesmas.
2. Keberhasilan tahun lalu dalam menangani masalah.
3. Kendala-kendala maupun masalah dalam penanganannya.
4. Ketersediaan sumber daya.
5. Lingkungan fisik (geografis, iklim, transportasi) dan non fisik (sosial budaya, tingkat ekonomi, pendidikan, dan lain-lain).

## **B. PENGUMPULAN DATA**

Pengumpulan data dilaksanakan dengan memasukkan data hasil kegiatan Puskesmas tahun 2025 (Januari s/d Desember 2025) dengan variable dan sub variabel yang terdapat dalam forum penilaian kinerja Puskesmas tahun 2025. Yang dimaksud dengan hasil kegiatan Puskesmas di sini adalah Puskesmas beserta jaringannya yaitu Puskesmas Pembantu, Pos Kesehatan Kelurahan serta hasil pembinaan dan pemberdayaan masyarakat.

## **C. PENGOLAHAN DATA**

Setelah proses pengumpulan data selesai, dilanjutkan dengan penghitungan sbb :

### 1) Penilaian Cakupan Kegiatan pelayanan kesehatan

Cakupan Kegiatan (CK) dihitung dengan membagi hasil kegiatan (H) dengan jumlah sasaran (S) dikalikan 100 atau (%)

$$H/S \times 100\%$$

Skor Pencapaian (SP) dihitung dengan membagi Cakupan Kegiatan (CK) dengan Target (T)

$$SP (\%) = CK/T$$

Nilai akhir Skor Pencapaian adalah nilai rerata seluruh nilai Skor Pencapaian (  $\Sigma SP$  ) kemudian dibagi dengan jumlah variabel indikator kinerja ( n ) atau

$$NSP (\%) = \Sigma SPV/n$$

Jadi nilai cakupan pelayanan kesehatan adalah Rerata nilai skor pencapaian per jenis kegiatan. Kinerja cakupan pelayanan di kelompokansbb;

#### a. Kelompok I puskesmas dengan tingkat kinerja baik :

Tingkat pencapaian hasil  $\geq 91$  %

#### b. Kelompok II puskesmas dengan tingkat kinerja cukup :

Tingkat pencapaian hasil 81 – 90 %

#### c. Kelompok III puskesmas dengan tingkat kinerja kurang :

Tingkat pencapaian hasil  $\leq 80\%$

2) Penilaian Kegiatan Manajemen dan Mutu Puskesmas

Penilaian kegiatan manajemen Puskesmas dikelompokkan menjadi 4 kelompok :

- a. Manajemen Umum Puskesmas
- b. Manajemen Sumber Daya
- c. Manajemen Keuangan
- d. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat
- e. Manajemen Program
- f. Manajemen Mutu

Penilaian kegiatan manajemen Puskesmas mempergunakan skala nilai sebagai berikut :

- Skala 1 nilai 0
- Skala 2 nilai 4
- Skala 3 nilai 7
- Skala 4 nilai 10

Cara Penilaian :

- a. Nilai hasil dihitung sesuai dengan hasil pencapaian Puskesmas dan dimasukkan ke dalam kolom yang sesuai.
- b. Hasil nilai skala di masukkan ke dalam kolom nilai akhir tiap variabel
- c. Hasil rata – rata nilai variabel dalam satu komponen merupakan nilai akhir hasil
- d. Nilai hasil manajemen dikelompokkan menjadi:
  - ✓ Baik : Nilai rata – rata  $> 8,5$
  - ✓ Cukup : Nilai  $5,5 - 8,4$
  - ✓ Kurang : Nilai  $< 5,5$

## **BAB III**

### **PENGUMPULAN DATA**

#### **A. CARA PENGUMPULAN DATA**

Pelaksanaan pengumpulan data dilaksanakan melalui Lokakarya Mini Bulanan dan masukan-masukan dari pertemuan lintas sektoral. Data dikumpulkan antara lain melalui :

1. Data dalam pencatatan dan pelaporan Puskesmas (SP2TP)
2. Pemeriksaan dan pengecekan catatan rapat / Notulensi.
3. Melalui survey sederhana.

#### **B. JENIS DATA**

Jenis data yang dikumpulkan hasil kegiatan yang dilaksanakan oleh puskesmas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di puskesmas dan jaringannya, yang terdiri dari data pencapaian hasil kegiatan puskesmas, data pelaksanaan manajemen puskesmas dan data hasil pengukuran/ penilaian mutu pelayanan puskesmas.

#### **C. SUMBER DATA**

Sumber data utama dalam penilaian kinerja Puskesmas adalah catatan hasil kegiatan Puskesmas sesuai dengan sistem Pencatatan dan Pelaporan yang ada yakni SP2TP dan hasil kegiatan lainnya baik kegiatan program inovatif ataupun hasil pengumpulan data lainnya.

#### **D. VARIABEL DATA**

Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas dikelompokkan dalam komponen penilaian yaitu :

- 1) Klaster 1 yang menyelenggarakan pelayanan Manajemen
  - Manajemen inti
  - Manajemen arsip

- Manajemen Sumber Daya manusia
  - Manajemen sarana, prasarana, dan perbekalan kesehatan
  - Manajemen mutu pelayanan
  - Manajemen Keuangan dan aset atau barang milik daerah
  - Manajemen sistem informasi digital
  - Manajemen Jejaring
  - Manajemen pemberdayaan masyarakat
- 2) Klaster 2 yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
    - Ibu hamil, bersalin atau nifas
    - Bayi dan balita
    - Anak pra sekolah
    - Anak usia sekolah
    - Remaja
  - 3) Klaster 3 yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan Dewasa dan Lanjut Usia
  - 4) Klaster 4 yang menyelenggarakan pelayanan Penanggulangan Penyakit Menular
  - 5) Lintas Klaster yang menyelenggarakan dukungan pelayanan lintas klaster
    - Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
    - Pelayanan Kegawat daruratan
    - Pelayanan kefarmasian
    - Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat
    - Penanggulangan krisis kesehatan

## BAB IV PENYAJIAN DATA

### A. HASIL PENILAIAN KINERJA PELAYANAN KLASTER 1, 2, 3, 4 DAN LINTAS KLASTER UPT PUSKESMAS PINANG JAYA TAHUN 2025

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
1.	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Primer Pada Klaster 1 (Manajemen)	<b>1.1 Manajemen Inti</b> 1. Rencana 5 tahunan 2. Rencana Usulan Kegiatan 3. Rencana Pelaksanaan Kegiatan 4. Lokakarya mini bulanan 5. Lokakarya mini triwulan	Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 Ada, nilai 10	10 10 10 10 10
		<b>1.2 Manajemen Arsip</b> SOP Pengelolaan Arsip	100 %	10
		<b>1.3 Manajemen Sumber Daya Manusia</b> 1. Rencana Kebutuhan Tenaga 2. SK, uraian tugas pokok serta uraian tugas integrasi 3. Data Kepegawaian	≤ 9 jenis nakes Ada, nilai 10 Lengkap (10)	10 10 10
		<b>1.4 Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan</b> 1. Kelengkapan dan Updating data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK) 2. Analisis data ASPAK dan rencana tindak lanjut 3. Kalibrasi alat kesehatan 4. Keaktifan penggunaan aplikasi SMILE untuk pencatatan stock vaksin 5. Keaktifan input data KIPI serius /non serius pada Web Keamanan Vaksin	>60% Lengkap (10) Ada, nilai 10 ≥ 96%, nilai 10 ≥ 80%	4 10 10 10 10
		<b>1.5 Manajemen Data dan Informasi Digital</b> 1. Penyajian/updating data dan	Lengkap	10

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		informasi 2. Ketersediaan RME 3. Ketersediaan Website Puskesmas	Ada RME Ada Update 50-100%	10 10
		<b>1.6 Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan</b> 1. SK Tim mutu dan uraian tugas 2. Rencana program mutu dan keselamatan pasien 3. Pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas 4. Pengelolaan Pengaduan Pelanggan 5. Survei Kepuasan Masyarakat 6. Audit internal 7. Rapat Tinjauan Manajemen	Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 Ada, nilai 10 2x setahun	10 10 10 10 10 10 10
		<b>1.7 Manajemen Keuangan dan Aset</b> 1. Data realisasi keuangan 2. Data keuangan dan laporan pertanggung jawaban	Ada, nilai 10 Ada, nilai 10	10 10
		<b>1.8 Manajemen Jejaring</b> Pertemuan rutin manajemen jejaring	Pertemuan > 2x per tahun	10
		<b>1.9 Manajemen Pemberdayaan Masyarakat</b> 1. Survei Mawas Diri (SMD) 2. Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan Individu, Keluarga dan Kelompok 3. Posyandu siklus hidup aktif	Ada, nilai 10 Min 2x per tahun 100%, nilai 10	10 10 10
	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Primer Pada Klaster 1 (Manajemen Lintas Klaster)	<b>1.1 Manajemen Pelayanan Kefarmasian</b> 1. SOP Pelayanan Kefarmasian  2. Sarana Prasarana Pelayanan Kefarmasian 3. Formularium Puskesmas 4. Rencana Kebutuhan Obat (RKO)	Ada 40 item obat & 5 item vaksin Ada, lengkap Ada, nilai 10 Ada nilai 10	10 7 10 10
		<b>1.2 Manajemen Laboratorium</b> 1. Pelaksanaan pemantauan mutu eksternal	Dilaksanakan	10

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		2. Pelaksanaan pemantauan mutu internal	Dilaksanakan	10
2.	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Primer Pada Klaster 2 (Ibu hamil, Bersalin, Nifas, Bayi, Anak pra sekolah, Usia sekolah dan remaja.	<p><b>2.1 Kesehatan Ibu</b></p> <p>4. Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1)</p> <p>5. Kunjungan Ibu hamil ANC 6 kali (K6)</p> <p>6. Pemberian Suplementasi Gizi Pada Ibu Hamil</p> <p>7. Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)</p> <p>8. Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil</p> <p>9. Tatalaksana Ibu Hamil dengan Hepatitis B Reaktif</p> <p>10. Ibu hamil yang diperiksa HIV</p> <p>11. Ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>12. Ibu Nifas mendapat pelayanan nifas (KF Lengkap)</p> <p>13. Ibu Nifas mendapat kapsul vitamin A</p> <p>14. Persentase wanita usia subur yang memiliki status imunisasi T2+</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>90 %</p> <p>84 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>85%</p>	<p>100 %</p> <p>99 %</p> <p>99 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>99%</p>
		<p><b>2.2 Kesehatan Bayi</b></p> <p>1. Pelayanan Kesehatan Neonatus (KN lengkap)</p> <p>2. Bayi Baru Lahir yang dilakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)</p> <p>3. Bayi usia 6 (enam) bulan mendapat ASI Eksklusif</p> <p>4. Bayi yang baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusu Dini)</p> <p>5. Bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)</p> <p>6. Bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru PCV</p> <p>7. Bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru Rotavirus</p>	<p>100 %</p> <p>45%</p> <p>61%</p> <p>50%</p> <p>50%</p> <p>95%</p> <p>90%</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>96%</p> <p>100%</p> <p>96%</p> <p>96%</p> <p>95%</p>

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		<b>2.3 Kesehatan Anak Balita dan Prasekolah</b> 1. Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan) 2. Pelayanan kesehatan Anak pra sekolah (60 - 72 bulan) 3. Pemberian makanan tambahan bagi balita gizi kurang 4. Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita (6-59 bulan ) 5. Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar tatalaksana gizi buruk 6. Balita yang di timbang berat badannya ( D/S) 7. Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D) 8. Balita stunting ( pendek dan sangat pendek ) 9. Cakupan Penemuan penderita Pneumonia balita 10. Penderita kasus pneumonia yang diobati sesuai standart 11. Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta 12. Pelayanan Diare Balita 13. Cakupan Pemberian Oralit dan Zinc pada Penderita Diare Balita 14. Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	100 % 84% 65% 91% 91% 80% 70% 16% 75% 100% 90% 100% 100% 100%	100% 100% 100% 99% 0% 96% 86% 1% 83% 100% 96% 100% 100% 100%
		<b>2.4 Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja</b> 1. Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang melaksanakan skrining kesehatan 2. Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang melaksanakan skrining kesehatan 3. Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang melaksanakan skrining kesehatan 4. Pelayanan Kesehatan pada Usia	100 % 100% 100% 100%	100% 100% 100% 100%

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		Pendidikan Dasar kelas 1 sampai dengan kelas 12 5. Pelayanan kesehatan remaja 6. Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar 7. Pelayanan kesehatan remaja 8. Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri 9. Screening merokok usia 10 - 21 tahun	100% 95% 100% 65% 100%	95% 100% 100% 100% 100%
		<b>2.5 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b> 1. Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat) 2. Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100 % 100%	100% 100%
3.	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Primer Pada Klaster 3 (Usia Dewasa dan Lansia) (Penugasan dari Pimpinan)	<b>3.1 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular</b> Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	100%	100%
		<b>3.2 Pelayanan Keluarga Berencana</b> KB Pasca Persalinan	60%	68%
		<b>3.3 Pelayanan Kesehatan Lansia</b> Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut (usia ≥ 60 tahun )	100%	100%
		<b>3.4 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Mellitus dan Gangguan Metabolik</b> 1. Deteksi Dini Penyakit Diabetes Melitus (DM) 2. Deteksi Dini Obesitas 3. Prosentase Penderita TB yang diperiksa Gula darahnya	70% 70% 100%	100% 100% 100%
		<b>3.5 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh</b>		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		<b>Darah</b> 1. Deteksi Dini Penyakit Hipertensi 2. Deteksi Dini Penyakit Jantung	70% 70%	100% 35%
		3.6 <b>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Gangguan Otak</b> Deteksi Dini Stroke	70%	100%
		3.7 <b>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Paru Kronik dan Gangguan Immunologi</b> Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)	70%	14%
		3.8 <b>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kanker dan Kelainan Darah</b> 1. Deteksi Dini Kanker Payudara 2. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim	70% 70%	100% 100%
		3.9 <b>Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Indera Fungsional</b> Deteksi Dini Gangguan Indera	70%	79%
		3.10 <b>Pelayanan Kesehatan Jiwa</b> 1. Skrining Kesehatan Jiwa 2. Penyandang depresi yang mendapatkan layanan 3. Pelayanan kesehatan pada ODGJ berat	10% 100% 100%	100% 100% 100%
		3.11 <b>Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat</b> 1. Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan 2. Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/ memenuhi kebutuhan kesehatan 3. Kelompok binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan 4. Desa/kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	70% 50% 60% 50%	80% 80% 100% 100%

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		<b>3.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah</b> 1. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (Standar Pelayanan Minimal ke 8) 2. Persentase Penyandang Hipertensi Yang Tekanan Darahnya Terkendali	100% 90%	100% 89%
		<b>3.13 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik</b> 1. Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (Standar Pelayanan Minimal ke 9) 2. Persentase Penyandang Diabetes Melitus Yang Gula Darahnya Terkendali	100% 90%	100% 98%
		<b>3.14 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b> Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	100%
4.	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Primer Pada Klaster 4 (Pengendalian Penyakit Menular)			
	4.1 Pelayanan Kesehatan Lingkungan	<b>4.1.1 Penyehatan Air</b> 1. Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air Minum (SAM) 2. Sarana Air Minum (SAM) yang telah di IKL 3. Sarana Air Minum (SAM) yang diperiksa kualitas airnya 4. Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat	55% 90% 76% 15%	90% 100% 44% 100%

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	
4.2	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	4.1.2	<b>Penyehatan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)</b>		
			1. Pembinaan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)	70%	65%
			2. TPP yang memenuhi syarat kesehatan	60%	50%
		4.1.3	<b>Pembinaan Tempat Fasilitas Umum (TFU)</b>		
			1. Pembinaan sarana TFU Prioritas	88%	100%
			2. TFU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	25%	33%
		4.1.4	<b>Yankesling (Klinik Sanitasi) dan IPAL</b>		
			1. Konseling Sanitasi	10%	3%
			2. Inspeksi Kesehatan Lingkungan PBL	20%	46%
			3. Jumlah Fasyankes (RS, Puskesmas, Klinik Kesehatan, Klinik Kecantikan) yang sudah mengelola limbah (IPAL) sesuai persyaratan	50%	50%
			4. Jumlah Fasyankes (RS, Puskesmas, Klinik Kesehatan, Klinik Kecantikan) yang sudah mengelola limbah (TPS Limbah B3) sesuai persyaratan	100%	50%
		4.1.5	<b>Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) = Pemberdayaan Masyarakat</b>		
	1. Desa/kelurahan yang Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	100%	100%		
	2. Desa/ Kelurahan Implementasi STBM 5 Pilar	100%	50%		
	3. Desa/ Kelurahan ber STBM 5 Pilar	100%	50%		
4.2.1	<b>Kusta dan Frambusia</b>				
	1. Pemeriksaan kontak dari kasus Kusta baru	>80%	100%		
	2. RFT penderita Kusta	>90%	100%		
	3. Proporsi tenaga kesehatan Kusta tersosialisasi	>95%	100%		
	4. Kader Posyandu yang telah mendapat sosialisasi kusta	>95%	100%		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		5. SD/ MI telah dilakukan screening Kusta	100%	100%
		6. Kelengkapan laporan bulanan online frambusia	100%	100%
		<b>4.2.2 TBC</b>		
		1. Kasus TBC yang ditemukan	90%	55%
		2. Persentase Pelayanan orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar (Standar Pelayanan Minimal ke 11)	100%	100%
		3. Angka Keberhasilan pengobatan kasus TBC	≥90%	100%
		4. Persentase pasien TBC dilakukan Investigasi Kontak	≥90%	100%
		<b>4.2.3 Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS</b>		
		1. Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/AIDS	100%	100%
		2. Orang yang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV (Standar Pelayanan Minimal ke 12)	100%	100%
		<b>4.2.4 Demam Berdarah Dengue (DBD)</b>		
		1. Angka Bebas Jentik (ABJ)	≥95%	92%
		2. PE kasus DBD	100%	100%
		3. Angka Kejadian DBD (IR)	100%	0
		4. Angka kematian (CFR)	0,5%	0
		<b>4.2.5 Malaria</b>		
		1. Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	100%	0
		2. Penderita positif Malaria yang diobati sesuai pengobatan standar	100%	0
		3. Penderita positif Malaria yang di follow up	100%	0
		4. Penderita positif Malaria yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE)	100%	0
		<b>4.2.6 Pencegahan dan Penanggulangan Rabies</b>		
		1. Cuci luka terhadap kasus gigitan	100%	100%

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target	Capaian
5.	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Primer Pada Lintas Klaster	4.2.7	HPR	100%	100%
			2. Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi		
			<b>Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)</b>		
			1. Laporan STP yang tepat waktu	100%	100%
			2. Laporan STP yang lengkap	100%	100%
			3. Ketepatan Laporan W2 (format SKDR)	>80%	100%
		4. Kelengkapan laporan W2 (format SKDR)	>90%	100%	
		5. Persentase Alert yang direspon peringatan ini KLB/Wabah (alert systems) minimal 80% di Puskesmas	>90%	100%	
		6. Desa/ Kelurahan yang mengalami KLB ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam	100%	0	
		5.1	<b>Pelayanan Gawat Darurat</b>		
	Kelengkapan pengisian informed consent	100%	100%		
5.2	<b>Pelayanan Kefarmasian</b>				
	1. Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fornas	80%	97%		
	2. Ketersediaan obat 40 obat indikator	85%	95%		
	3. Ketersediaan 5 item vaksin indikator dan vaksin program	100%	100%		
	4. Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia	≤20%	50%		
	5. Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	≤8%	100%		
	6. Penggunaan Injeksi pada Myalgia	≤1%	100%		
	7. Rerata item obat yang diresepkan	≤2,6%	75%		
	8. Pengkajian resep, pelayanan resep dan pemberian informasi obat	80%	100%		
	9. Konseling	5%	7%		
	10. Pelayanan Informasi Obat	80%	80%		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		<b>5.3 Pelayanan Laboratorium</b> 1. Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar 2. Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium 3. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	60% 100% 100%	67% 100% 100%
		<b>5.4 Pelayanan Rawat Inap</b> 1. Bed Occupation Rate(BOR) 2. Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	10-60% 100%	- -
		<b>5.5 Penanganan Masalah Penyalahgunaan NAPZA</b> Persentase sekolah yang mendapatkan sosialisasi/penyuluhan tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan NAPZA	10%	100%
		<b>5.6 Kesehatan Matra</b> Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata.	100%	-
		<b>5.7 Pelayanan Kesehatan Tradisional</b> 1. Penyehat Tradisional yang memiliki STPT 2. Panti Sehat berkelompok yang berijin 3. Pembinaan Penyehat Tradisional 4. Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk 5. Kelompok Asuhan Mandiri yang mendukung Program Prioritas	30% 15% 50% 20% 2 Kelompok	0 0 100% 100% 0
		<b>5.8 Pelayanan Kesehatan Olahraga</b> 1. Kelompok /klub olahraga yang dibina 2. Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji 3. Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga	40% 90% 40%	100% - 100%

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian
		internal 4. Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	35%	100%
		5.9 <b>Pelayanan Kesehatan Kerja</b> 1. Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal) 2. Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran 3. Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja informal	50% 50% 40%	100% 100% 100%
		5.10 <b>Pengendalian Penyakit Akibat Tembakau</b> Puskesmas menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	100%	100%
		5.11 <b>Promosi Kesehatan dan Pengendalian Masyarakat</b> Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	100%

## B. HASIL PENILAIAN KINERJA INDIKATOR KLASTER 1

No	Indikator	Target	Capaian
1	<b>Indikator Nasional Mutu puskesmas</b>		
	1.1. Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	99%
	1.2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%
	1.3. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%
	1.4. Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)	90%	100%
	1.5. Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar	100%	100%
	1.6. Kepuasan Pasien	76,61%	87,6%
2	<b>Sasaran Keselamatan Pasien</b>		
	1.1. Kepatuhan melakukan komunikasi efektif	100%	100%
	1.2. Pengelolaan Obat obat yang perlu diwaspadai	100%	100%
	1.3. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar pada tindakan/bedah minor	100%	100%
	1.4. Mengurangi risiko cedera pada pasien akibat terjatuh	100%	100%
3	<b>Pelaporan Insiden</b>	100%	100%

1. Pelaksanaan Kepatuhan Kebersihan Tangan di Puskesmas Pinang Jaya secara umum mencerminkan tingkat kualitas yang **Baik** dengan nilai capaian 99% dari target 85%.
2. Pelaksanaan Pelayanan Publik Puskesmas Pinang Jaya secara umum mencerminkan tingkat kualitas yang **BAIK** dengan nilai Kepuasan Pasien 87,60% dari target Indikator nasional Mutu sebesar 76,61%.

## C. IDENTIFIKASI MASALAH DARI PRIORITAS MASALAH TERPILIH

### • KLASSTER 1 ( MANAJEMEN )

#### a. Kelengkapan dan Updating data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK)

##### • Identifikasi masalah :

Masih terbatasnya sarana prasara dan alat kesehatan di puskesmas pinang jaya dgn nilai data kumulatif sarana prasarana dan alkes (SPA) puskesmas pinang jaya masih 49,92% atau nilai data kumulasi nya masih <60% serta ketersediaan alkes masih <50% berdasarkan aspak yang telah di update dan telah di validasi

##### • Rencana Tindak Lanjut :

- Penyusunan Usulan Pengadaan
- Mengajukan usulan pengadaan melalui Dinas Kesehatan sesuai mekanisme perencanaan
- Pemanfaatan Alat Kesehatan dengan mengoptimalkan penggunaan alat kesehatan yang masih layak pakai
- Peningkatan Pemeliharaan dan Kalibrasi
  - ✓ Melakukan pemeliharaan rutin dan kalibrasi alat kesehatan yang tersedia agar tetap berfungsi optimal
  - ✓ Mendokumentasikan kegiatan pemeliharaan dan kalibrasi secara berkala
- Monitoring dan Evaluasi
  - ✓ Melakukan pemantauan berkala terhadap pemenuhan sarana prasarana dan alat Kesehatan
  - ✓ Melakukan update dan validasi data ASPAK secara rutin.
  - ✓ Evaluasi capaian peningkatan nilai SPA setiap periode pelaporan.

• **KLASTER 3 ( DEWASA DAN LANSIA )**

**1. Identifikasi Masalah**

Dari hasil capaian pada tabel indikator kinerja klaster 3, dapat di lihat bahwa terdapat beberapa indikator target klaster 3 pada tahun tahun 2025 yang belum mencapai target. Berikut Identifikasi masalah yang dapat diangkat pada klaster 3:

- Rendahnya Capaian Deteksi Dini Penyakit Jantung
- Rendahnya Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)
- Kurangnya Presentase Hipertensi yang tekanan darahnya terkendali

**2. Penentuan Prioritas Masalah**

Prioritas masalah ditentukan menggunakan metode USG (*urgensi, seriousness dan growth*). Metode USG adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan dan perkembangan dengan skala/ skoring 1 sampai dengan 5. Semakin besar tingkat urgensi atau perkembangan dan Tingkat keseriusan maka nilainya semakin tinggi. Setelah dilakukan pertimbangan dengan komprehensif melalui skoring USG, hasil USG disajikan dalam tabel berikut :

No	Masalah	Urgensi (U)	Serioussly (S)	Growth (G)	Hasil
1	Rendahnya Capaian Deteksi Dini Penyakit Jantung	4	5	4	13
2	Rendahnya Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)	5	5	5	15
3	Kurangnya Presentase Hipertensi yang tekanan darahnya terkendali	3	3	4	10

Dari data diatas, prioritas masalah dengan hasil skoring terbanyak adalah Rendahnya Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) yaitu skor *Urgensi, Serioussly, Growth* bernilai 15. Prioritas masalah berikutnya adalah Rendahnya Capaian Deteksi Dini Penyakit Jantung dengan nilai 13.

### 3. Analisis Penyebab Masalah

Mencari akar penyebab masalah kesehatan yang terjadi dengan metode diagram sebab akibat dari ishikawa (disebut juga diagram tulang ikan/ *fish bone*). Dimana kemungkinan akar penyebab masalah dapat berasal dari :

- *Man*; faktor manusia
- *Money*; faktor biaya
- *Material*; faktor sarana prasarana
- Metode; faktor metode
- Media; Lingkungan

### 4. Pemecahan Masalah

#### Rendahnya Capaian Deteksi Dini Penyakit Jantung

Masalah	Penyelesaian
Kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai pentingnya deteksi dini penyakit jantung	Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai pentingnya deteksi dini penyakit jantung ini
Kurangnya kesadaran masyarakat mengenai pentingnya deteksi dini penyakit jantung	Meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya deteksi dini penyakit jantung ini
Tidak adanya alat EKG di puskesmas	Mengajukan permintaan kebutuhan mengenai alat EKG ini ke dinas kesehatan
Belum maksimalnya rujukan pasien terkait yang perlu dilakukan skrining jantung / EKG	Mensosialisasikan kepada tim dokter mengenai kewajiban pasien-pasien HT dan DM untuk diberi rujukan terkait skrining penyakit jantung ini.
Belum optimal nya prosedur pemeriksaan untuk deteksi dini penyakit jantung ini	Membuat prosedur mengenai teknis prosedur pemeriksaan deteksi dini penyakit jantung bagi pasien-pasien yang membutuhkan

### **Rendahnya Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)**

Masalah	Penyelesaian
Tidak adanya alat smokerlyzer	Mengusulkan ke dinas mengenai kebutuhan alat smokerlyzer
Kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya deteksi dini PPOK ini	Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai penyakit PPOK ini
Hasil skrining PPOK tidak terekam pada sistem ASIK	Koordinasi dengan dinas kesehatan terkait permasalahan di sistem ASIK
Belum optimal nya koordinasi dengan program terkait mengenai teknis penginputan di ASIK	Melakukan koordinasi antar program terkait yang menginput di ASIK agar tidak ada kendala dalam penginputan

#### **• KLASSTER 4 ( PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR )**

##### **1. Identifikasi Masalah**

- Pencapaian kasus TB yang ditemukan pada tahun 2025 mencapai 54 % dari target 90% di Puskesmas Pinang Jaya.
- Pencapaian kelurahan STBM 5 pilar tahun 2025 mencapai 50 % dari target 100 % di Puskesmas Pinang Jaya.
- Pencapaian SAM yang diperiksa kualitas airnya tahun 2025 mencapai 44,4 % dari target 76% di Puskesmas Pinang Jaya.
- Pencapaian ABJ tahun 2025 mencapai 91 % dari target  $\geq 95\%$  di Puskesmas Pinang Jaya.
- Pencapaian konseling sanitasi tahun 2025 mencapai 3,5 % dari target 10% di Puskesmas Pinang Jaya.
- Pencapaian TPP memenuhi syarat tahun 2025 mencapai 57 % dari target 60% di Puskesmas Pinang Jaya.
- Pencapaian Pembinaan TPP tahun 2025 mencapai 65 % dari target 70% di Puskesmas Pinang Jaya.

##### **2. Penentuan Prioritas Masalah**

Dalam mengidentifikasi masalah ada beberapa hal yang perlu di perhatikan seperti kemampuan sumberdaya manusia, biaya, tenaga, dan lain-lain. Untuk itu dilakukan penilaian prioritas masalah dari yang mendesak hingga

tidak terlalu mendesak. Dalam menentukan prioritas masalah kami lakukan dengan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*) metode USG merupakan salah satu cara menetapkan urutan prioritas masalah dengan metode teknik skoring dan dengan *mempertimbangkan* 5 komponen dalam metode USG.

**Tabel USG**

No	Masalah	U	S	G	Hasil
1	Pencapaian kasus Tb yang ditemukan tahun 2025 mencapai 54% dari target 90%	5	5	5	15
2	Pencapaian kelurahan STBM 5 Pilar tahun 2025 mencapai 50% dari target 100%	4	4	4	12
3	Pencapaian konseling sanitasi tahun 2025 mencapai 3,5% dari target 10%	3	3	3	9
4	Pencapaian TPP memenuhi syarat tahun 2025 mencapai 57% dari target 60%	2	3	2	7
5	Pencapaian SAM yang diperiksa kualitas airnya tahun 2025 mencapai 44,4% dari target 76%	4	4	3	11
6	Pencapaian ABJ tahun 2025 mencapai 91% dari target $\geq 95\%$	3	4	3	10
7	Pencapaian pembinaan TPP tahun 2025 mencapai 65% dari target 70%	2	3	2	7

Berdasarkan hasil skoring metode USG (*Urgensi, Seriousness, Growth*) maka dari masalah-masalah di atas Presentase cakupan kasus TB yang ditemukan menjadi prioritas utama dengan skor total 15. Presentase cakupan kasus TB yang ditemukan memiliki tingkat urgensi, keseriusan dan perkembangan issue yang tinggi. Sehingga dalam hal ini ditetapkan sebagai prioritas masalah paling utama.

### 3. Analisis Penyebab Masalah

Mencari akar penyebab masalah kesehatan yang terjadi di Puskesmas Pinang Jaya tentang cakupan kasus TB yang ditemukan dengan Metode Diagram *Fish Bone* (diagram tulang ikan). Akar permasalahan dirumuskan sebagai berikut:

#### 1. Man (Sumber Daya Manusia)

- Pengetahuan masyarakat tentang TBC masih rendah
- Stigma terhadap penderita TBC masih tinggi
- Kader belum optimal dalam penemuan suspek TBC

2. Method (Metode)
  - Skrining TBC masih bersifat pasif
  - Investigasi kontak belum berjalan optimal
3. Material (Sarana dan Bahan)
  - Kualitas dan kuantitas sampel dahak kurang optimal
  - Media edukasi TBC terbatas
4. Machine (Sistem dan Alat)
  - Pemanfaatan TCM belum optimal
  - Sistem pencatatan dan pelaporan belum real time
5. Environment (Lingkungan)
  - PHBS masyarakat masih rendah
  - Lingkungan rumah belum mendukung pencegahan penularan
6. Management (Manajemen)
  - Koordinasi lintas program dan lintas sektor belum optimal
  -

#### 4. Pemecahan Masalah

**Tabel Penyelesaian prioritas masalah presentase cakupan kasus TB yang ditemukan**

Masalah	Rencana Tindak Lanjut
Pengetahuan masyarakat tentang TBC rendah	Melakukan penyuluhan TBC melalui kegiatan promotif dan lintas program
Skrining TBC masih pasif	Melaksanakan skrining aktif TBC melalui kegiatan luar gedung
Kualitas sampel dahak kurang optimal	Edukasi cara pengambilan dahak yang benar
Peran kader belum optimal	Penguatan peran kader dalam penemuan dan pelaporan suspek TBC
Koordinasi lintas sektor belum maksimal	Meningkatkan koordinasi dengan kelurahan, RT/RW dan tokoh masyarakat

- **LINTAS KLASTER**

- 1. Identifikasi Masalah**

Dari hasil capaian pada tabel indikator kinerja lintas klaster, dapat dilihat bahwa terdapat dua indikator lintas klaster pada tahun tahun 2025 yang belum mencapai target. Berikut identifikasi masalah yang dapat diangkat pada lintas klaster :

- Rendahnya presentase penyehat tradisional yang memiliki STPT, Rendahnya Presentase Penyehat Tradisional Yang Memiliki STPT, Panti sehat masih dikelola oleh individu & belum memiliki ijin, & Kelompok asuhan mandiri yang belum mendukung program prioritas.
- Rendahnya capaian presentasi rerata item obat yang diresepkan.

- 2. Penentuan Prioritas Masalah**

Prioritas masalah ditentukan menggunakan metode USG (*urgensi, seriousness dan growth*). Metode USG adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan dan perkembangan dengan skala / skoring 1 sampai dengan 5. Semakin besar tingkat urgensi atau perkembangan dan tingkat keseriusan maka nilainya semakin tinggi. Setelah dilakukan pertimbangan dengan komprehensif melalui skoring USG, hasil USG disajikan dalam tabel berikut :

**Tabel prioritas masalah :**

No	Masalah	<i>Urgensi (U)</i>	<i>Seriousness (S)</i>	<i>Growth (G)</i>	Hasil
1.	Rendahnya presentase penyehat tradisional yang memiliki STPT, Rendahnya Presentase Penyehat Tradisional Yang Memiliki STPT, Panti sehat masih dikelola oleh individu & belum memiliki ijin, & Kelompok asuhan mandiri yang belum mendukung program prioritas.	5	5	5	15
2	Rendahnya capaian presentasi rerata item obat yang diresepkan.	5	4	4	13

Dari data di atas, prioritas masalah dengan hasil skoring terbanyak adalah Rendahnya presentase penyehat tradisional yang memiliki STPT yaitu skor *Urgensi*, *Seriousness*, *Growth* bernilai 15.

### 3. Analisis Penyebab Masalah

Mencari akar penyebab masalah kesehatan yang terjadi dengan metode diagram sebab akibat dari ishikawa (disebut juga diagram tulang ikan/ *fish bone*). Dimana kemungkinan akar penyebab masalah dapat berasal dari :

- *Man*; faktor manusia
- *Management/system*, faktor manajemen
- *Money*; faktor biaya
- *Material*; faktor sarana prasarana
- Metode; faktor metode
- Media; Lingkungan

### 4. Pemecahan Masalah

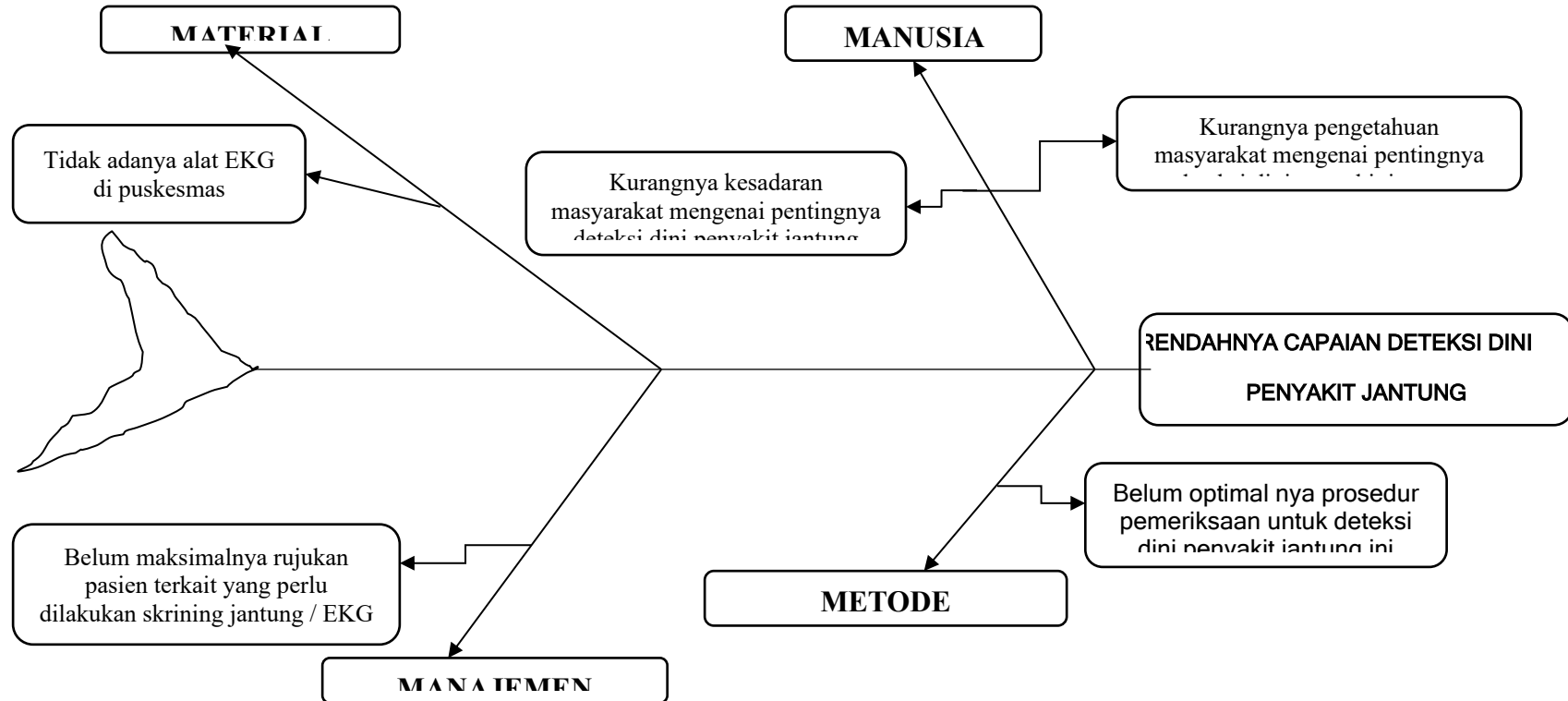
**Rendahnya Presentase Penyehat Tradisional Yang Memiliki STPT, Panti sehat masih dikelola oleh individu & belum memiliki ijin, & Kelompok asuhan mandiri yang belum mendukung program prioritas.**

Masalah	Penyelesaian
Penyehat tradisional kurang memahami pentingnya STPT dikarenakan pendidikan dan literasi administrasi yang rendah	Melakukan sosialisasi pentingnya STPT kepada seluruh penyehat tradisional
Usia lanjut, kurang adaptif terhadap sistem	Meningkatkan motivasi dan pengarahan kepada penyehat tradisional
Persyaratan dan prosedur administrasi dianggap panjang dan berbelit serta tidak dipahami dengan jelas	Melakukan sosialisasi tentang prosedur administrasi kepada penyehat tradisional
Persepsi biaya pengurusan STPT mahal	Melakukan sosialisasi tentang prosedur pengurusan STPT kepada penyehat tradisional
Kehilangan waktu praktik saat mengurus administrasi	Meningkatkan motivasi dan pengarahan kepada penyehat tradisional
Kebijakan belum disosialisasikan secara efektif	Melakukan sosialisasi tentang Kebijakan terkait STPT

Penegakan aturan lemah (tidak ada sanksi tegas)	Membuat kebijakan terkait sanksi jika tidak memiliki STPT
STPT belum menjadi syarat wajib praktik di lapangan	Membuat kebijakan terkait STPT
Panti sehat masih dikelola oleh individu & belum memiliki ijin.	Melakukan sosialisasi agar panti sehat dikelola secara berkelompok & memiliki ijin.
Kelompok asuhan mandiri yang belum mendukung program prioritas.	Meningkatkan motivasi dan pengarahan kepada kelompok asuhan mandiri agar lebih adaptif.

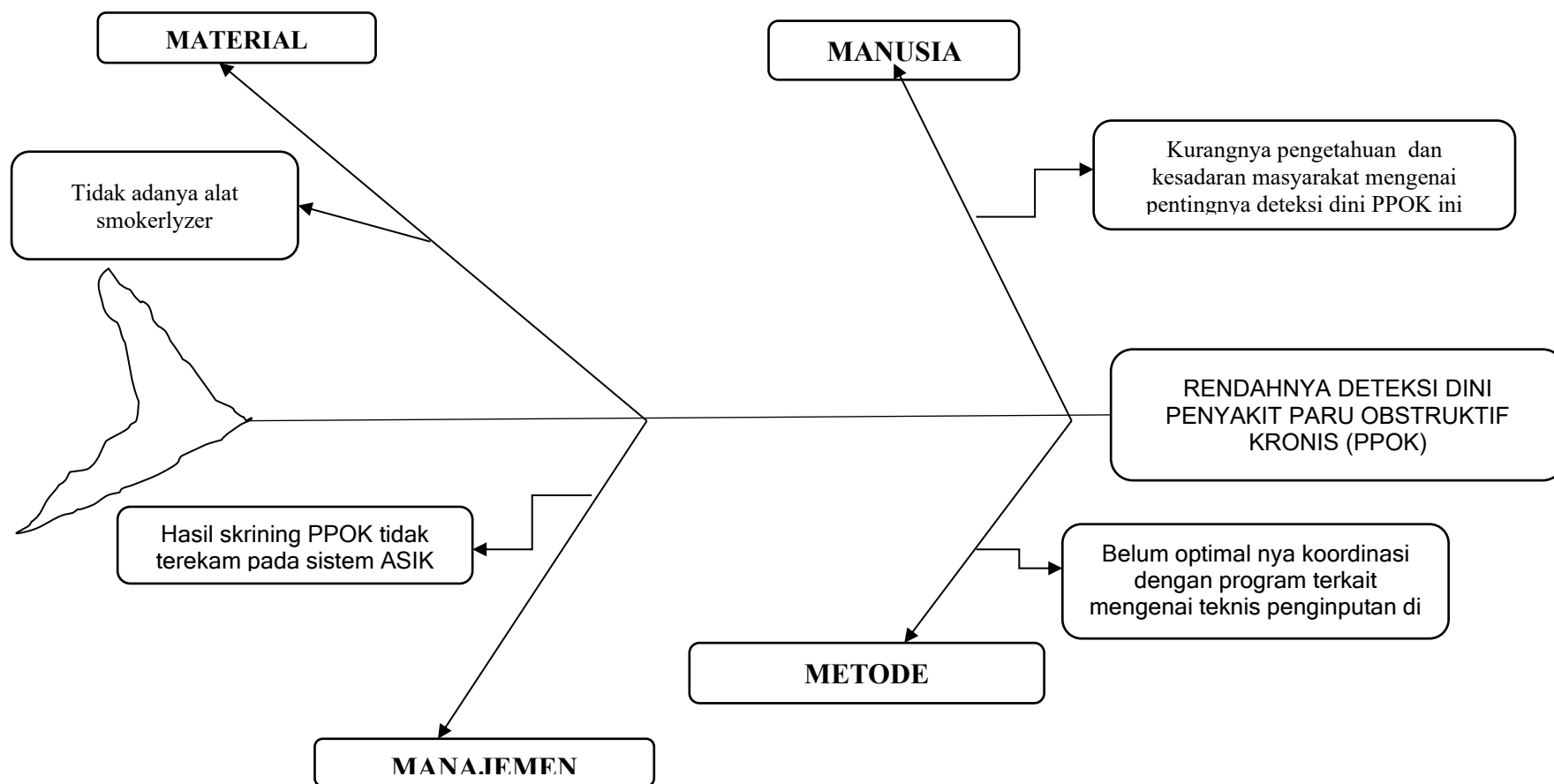
## D. IDENTIFIKASI MASALAH DENGAN FISHBONE

### KLASTER 3



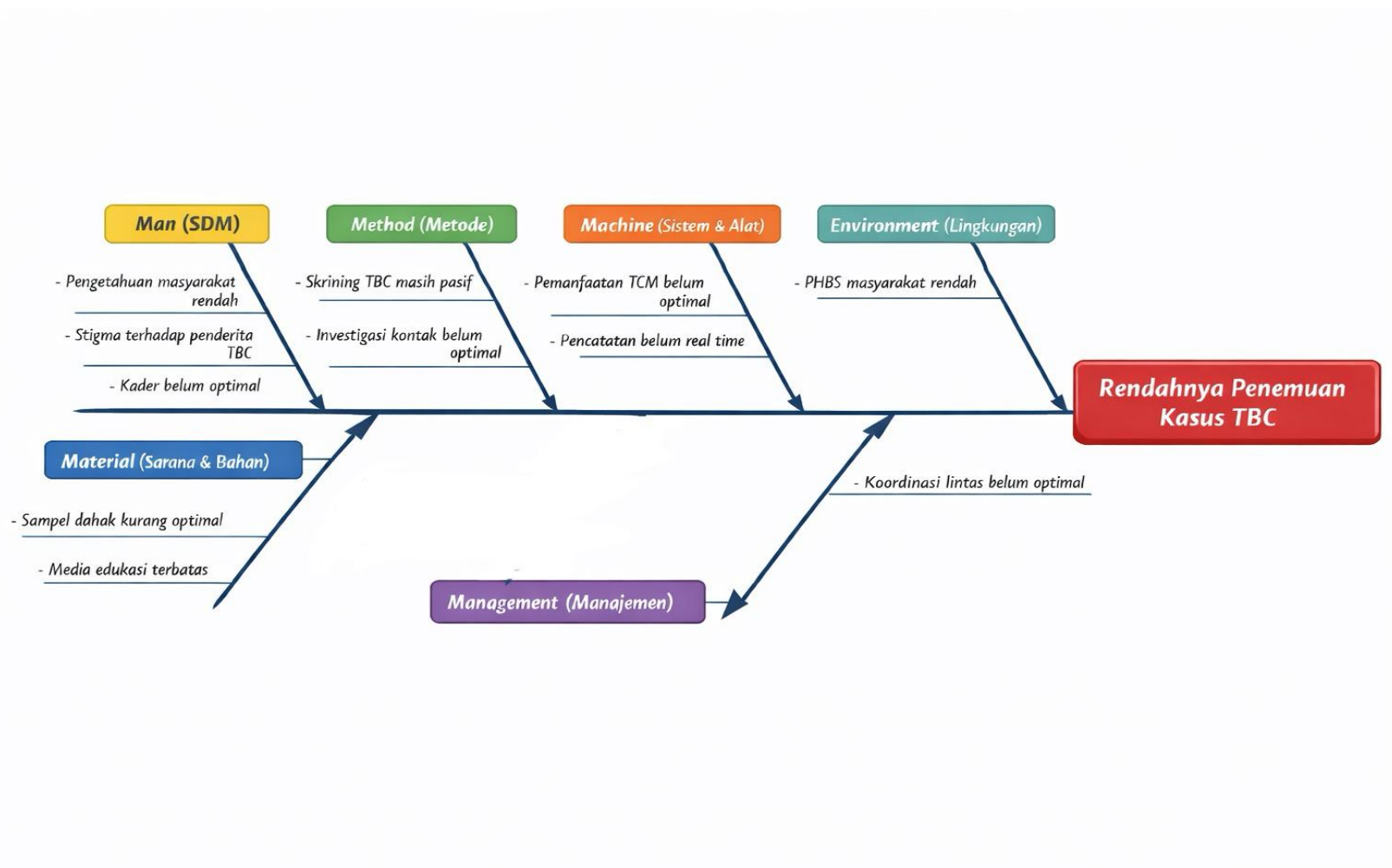
GAMBAR FISHBONE RENDAHNYA CAPAIAN DETEKSI DINI PENYAKIT JANTUNG

### KLASTER 3



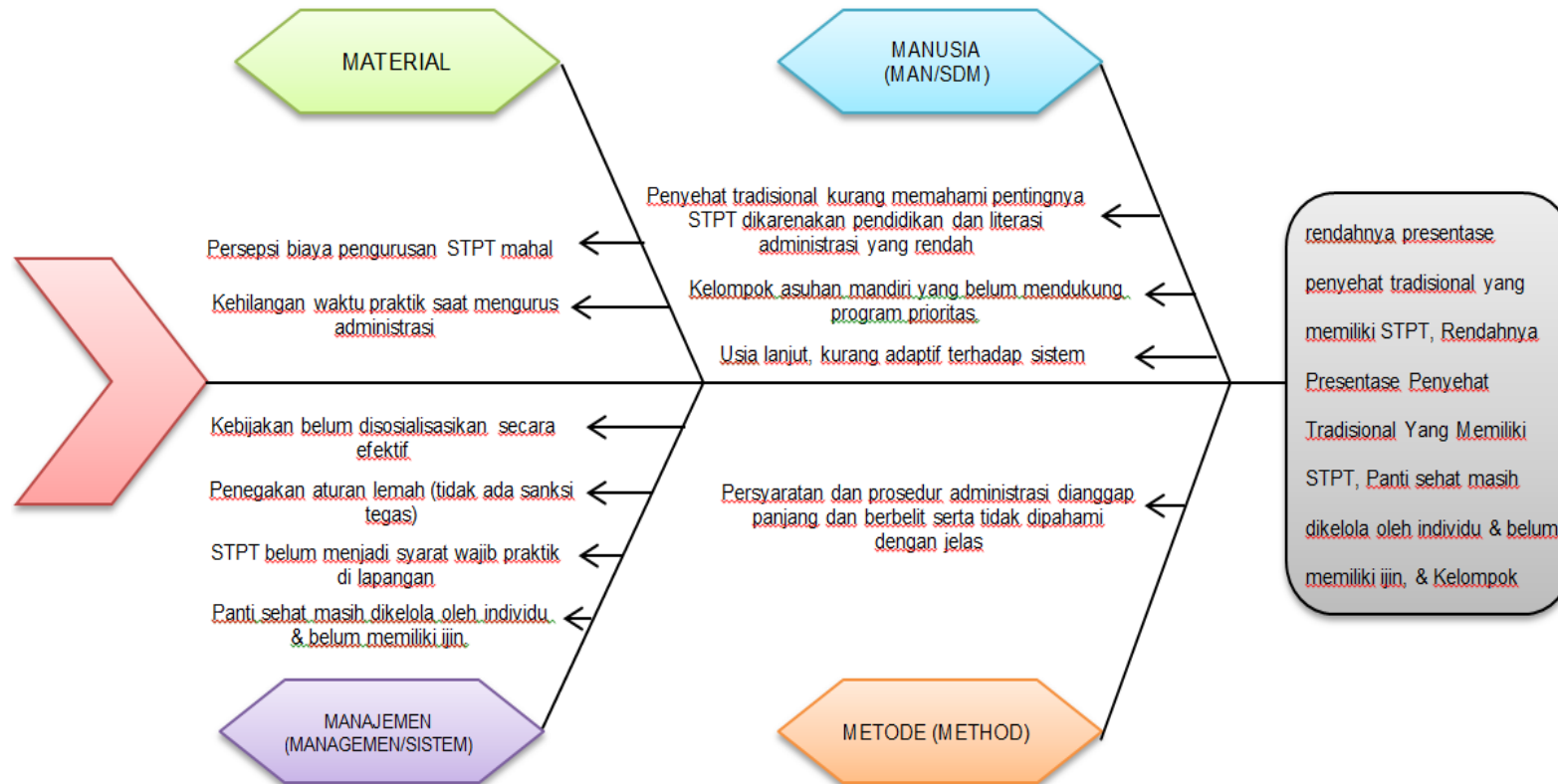
GAMBAR FISHBONE REDAHNYA DETEKSI DINI PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS (PPOK)

## KLASTER 4



GAMBAR FISHBONE RENDAHNYA PENEMUAN KASUS TBC

## LINTAS KLASTER



GAMBAR FISHBONE

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

UPT Puskesmas Pinang Jaya telah melaksanakan Penilaian Kinerja tahun 2025 dengan hasil sebagai berikut:

1. Klaster 1 (Manajemen), Penilaian Kinerja **Baik** dengan nilai 9.59
2. Klaster 2 (Kesehatan Ibu, Anak dan Remaja), Penilaian Kinerja **Baik** dengan persentase capaian 95%
3. Klaster 3 (Dewasa Lansia), Penilaian Kinerja **Baik** dengan persentase capaian 90%
4. Klaster 4 (Pengendalian Penyakit Menular), Penilaian Kinerja **Cukup** dengan persentase capaian 76%
5. Lintas Klaster, Penilaian Kinerja **Baik** dengan persentase capaian 91%

#### **B. SARAN**

1. Meningkatkan kerjasama lintas program, lintas sektor dan upaya peningkatan peran serta masyarakat.
2. Diharapkan ada peningkatan baik dari sisi jumlah, jenis dan mutu kegiatan pelayanan kesehatan
3. Meningkatkan komunikasi dan koordinasi petugas.

# LAMPIRAN