

**LAPORAN**  
**PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS**  
**UPT PUSKESMAS WAY HALIM**  
**TAHUN 2025**



**UPT PUSKESMAS WAY HALIM**  
**JL. RAJABASA II NO.60 PERUMNAS WAY HALIM**  
**WAY HALIM BANDAR LAMPUNG**

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat Nya jualah sehingga PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas Way Halim) Tahun 2025 ini dapat diselesaikan. PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) Puskesmas Way Halim ini memuat tentang gambaran umum dan hasil pencapaian program kesehatan Puskesmas Way Halim Tahun 2025.

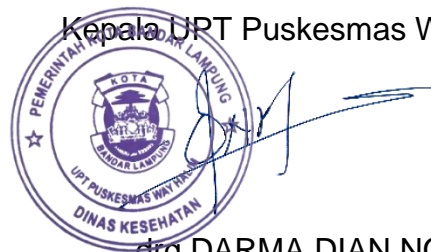
PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) merupakan bagian dari siklus manajemen Puskesmas sebagai acuan dalam Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian terhadap Kinerja Puskesmas, sehingga tugas pokok dan fungsi Puskesmas dapat tercapai secara optimal dan berkualitas.

Kami menyadari penyusunan PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) Puskesmas Way Halim tahun 2025 ini belum sempurna mengingat begitu banyaknya keterbatasan yang kami miliki. Oleh sebab itu kritik dan saran dari semua pihak sangat kami harapkan.

Semoga PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) Puskesmas Way Halim Tahun 2025 ini dapat bermanfaat bagi kinerja Puskesmas Way Halim di masa mendatang. Wassalamualaikum Wr. Wb.

Bandar Lampung, 26 Januari 2026

Kepala UPT Puskesmas Way Halim



drg. DARMA DIAN NORA  
NIP. 19771110 200701 2 008

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Dalam pelaksanaan kegiatannya puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Oleh karena itu puskesmas mempunyai peran sebagai pusat penggerak pembangunan kesehatan, meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk di wilayah kerjanya agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Dalam pelaksanaan tugasnya puskesmas memiliki fungsi untuk menyelenggarakan Upaya Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan tingkat pertama di wilayah kerjanya. Agar puskesmas dapat mengelola upaya kesehatan yang diselenggarakan dengan baik dan berkesinambungan dalam mencapai tujuannya, maka puskesmas harus dapat menyusun suatu perencanaan kegiatan, dapat melakukan penggerakan dan pelaksanaan kegiatan dari setiap rencana yang telah disusun, serta melakukan pengawasan dan pengendalian melalui penilaian hasil kinerja puskesmas yang akan diikuti dengan upaya-upaya perbaikan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan puskesmas yang berkesinambungan serta mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal kabupaten/kota bidang kesehatan.

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

1. Perencanaan Tingkat Puskesmas
2. Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas
3. Lokakarya Tribulanan Lintas Sektor
4. Penilaian Kinerja Puskesmas dan Manajemen Sumber Daya, termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan disebut sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan upaya peningkatan mutu pelayanan antara lain melalui penerapan quality assurance.

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan dirumuskan sebagai "Indonesia Emas 2025". Hal ini yang ditandai oleh penduduk yang hidup dalam lingkungan dengan perilaku hidup sehat memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan hal tersebut maka Puskesmas sebagai ujung tombak terdepan dalam pembangunan kesehatan masyarakat mempunyai peran cukup besar dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu agar dapat meningkatkan kinerja puskesmas secara berkelanjutan maka perlu dilakukan Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) sebagai upaya untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan pelayanan kesehatan apakah telah dilaksanakan secara efektif dan efisien.

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

Penilaian kinerja puskesmas merupakan suatu proses yang objektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan puskesmas yang telah disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai 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 kerjanya.

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**

#### **a. Tujuan Umum**

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

#### **b. Tujuan Khusus**

1. Mendapatkan gambaran tingkat pencapaian hasil kinerja puskesmas mencakup mutu, kegiatan serta manajemen puskesmas pada akhir tahun kegiatan.
2. Melakukan identifikasi dan analisis penyebab masalah, mencari latar belakang yang menjadi hambatan kegiatan di wilayah kerja.
3. Mendapatkan informasi analisis kinerja puskesmas dan bahan masukan untuk penyusunan kegiatan puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung untuk tahun yang akan datang.

### **2. Manfaat**

- a. Puskesmas mengetahui tingkat pencapaian (prestasi) dengan target yang harus dicapainya.
- b. 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).
- c. Puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.

- d. Dinas kesehatan kabupaten/kota, dapat menetapkan dan mendukung kebutuhan sumber daya puskesmas dan urgensi pembinaan masing-masing puskesmas.

## BAB II

### INDIKATOR KINERJA PUSKESMAS

Penilaian Kinerja Puskesmas merupakan suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja puskesmas dengan cara menilai sendiri hasil kegiatan dan mutu pelayanan di puskesmas. Indikator kinerja Puskesmas ini merupakan acuan minimal yang diperlukan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga lebih bermutu, komperhensif dan berkesinambungan. Indikator kinerja puskesmas merupakan indikator yang terdiri dari indicator Kalster 1 (Manajemen), Klaster 2 (Kesehatan Ibu dan Anak) Klaster 3 (Dewasa dan Lansia), Klaster 4 (Penanggulangan Penyakit Menular (PPM) & Kesehatan Lingkungan) , Lintas Klaster dan Mutu Puskesmas.

Tabet 1. Indikator Kinerja Puskesmas Way Halim

No	Indikator Kinerja	Program
1.	Klaster 1 (Manajemen)	Manajemen Inti Manajemen Arsip Manajemen Sumber Daya Manusia Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekelan Kesehatan Manajemen Data dan Informasi Digital Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Manajemen Keuangan dan Aset BMD Manajemen Jejaring Manajemen Pemberdayaan Masyarakat .Manajemen Pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai) .Manajemen Laboratorium
2.	Klaster 2 (Kesehatan Ibu dan Anak)	Kesehatan Ibu Kesehatan Bayi Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

		Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
3.	Klaster 3 (Dewasa dan Lansia)	<p>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular</p> <p>Pelayanan Keluarga Berencana (KB)</p> <p>Pelayanan Kesehatan Lansia</p> <p>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus Dan Gangguan Metabolik</p> <p>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Gangguan Otak</p> <p>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Paru Kronik dan Gangguan Immunologi</p> <p>Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kanker dan Kelainan Darah</p> <p>Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Indera Fungsional</p> <p>. Pelayanan Kesehatan Jiwa</p> <p>. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)</p> <p>. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus Dan Gangguan Metabolik</p> <p>. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</p>
4.	Klaster 4 ( <u>Penanggulangan Penyakit Menular (PPM) &amp; Kesehatan Lingkungan</u> )	<p>Pelayanan Kesehatan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyehatan Air</li> <li>2. Penyehatan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)</li> <li>3. Pembinaan Tempat Fasilitas Umum (TFU)</li> <li>4. Yankesling (Klinik Sanitasi) dan IPAL</li> </ol>

		<p>5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat ( STBM )  Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kusta dan Frambusia</li> <li>2. TBC</li> <li>3. Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS</li> <li>4. Demam Berdarah Dengue (DBD)</li> <li>5. Malaria</li> <li>6. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies</li> <li>7. Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)</li> </ol>
5.	Lintas Klaster	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Pelayanan Kefarmasian Pelayanan Laboratorium Pelayanan Rawat Inap Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza Kesehatan Matra Pelayanan Kesehatan Tradisional Pelayanan Kesehatan Olahraga Pelayanan Kesehatan Kerja . Pengendalian Penyakit Akibat Tembakau . Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
6	Indikator Mutu	. Indikator Nasional Mutu Puskesmas . Sasaran Keselamatan Pasien . Pelaporan Insiden

## **BAB III**

### **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 Kerja Puskesmas dari Kementerian Kesehatan R.I. Tahun 2024, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor nomor 19 tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), 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/II/2025 tentang Penetapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2025.

Penetapan target BLUD UPT Puskesmas WAY HALIM 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.

## **BAB IV**

### **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) dan Digital
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 3 komponen penilaian yaitu :

- a. Pelayanan yang dilakukan di tiap – tiap Klaster
- b. Komponen manajemen Puskesmas.
- c. Komponen mutu pelayanan Puskesmas.

INDIKATOR KLASTER 1

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai Hasil	Keterangan
			Nilai = 0	Nilai = 4	Nilai= 7	Nilai = 10		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<b>1.1.Manajemen Inti</b>							165.00	
1.	Rencana 5 (lima) tahunan	Rencana 5 (lima) tahunan sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal	Tidak ada rencana 5 (lima) tahunan	Ada, tidak sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	10.00	
2.	RUK Tahun (N+1)	RUK (Rencana Usulan Kegiatan) Puskesmas untuk tahun yad (N+1) dibuat berdasarkan analisa situasi, kebutuhan dan harapan masyarakat dan hasil capaian kinerja, prioritas serta data 2 (dua) tahun yang lalu dan data survei, disahkan oleh Kepala Puskesmas	Tidak ada	Ada, tidak sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja, ada pengesahan kepala Puskesmas	10.00	
3.	RPK/POA bulanan/tahunan	Dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), sebagai acuan pelaksanaan kegiatan yang akan dijadwalkan selama 1 (satu) tahun dengan memperhatikan visi misi dan tata nilai Puskesmas	Tidak ada Ada dokumen RPK	dokumen RPK tidak sesuai RUK, Tidak ada pembahasan dengan LP maupun LS, dalam penentuan jadwal	dokumen RPK sesuai RUK, tidak ada pembahasan dengan LP maupun LS dalam penentuan jadwal	dokumen RPK sesuai RUK, ada pembahasan dengan LP maupun LS dalam penentuan jadwal	10.00	
4.	Lokakarya Mini bulanan (lokmin bulanan)	Rapat Lintas Program (LP) membahas review kegiatan, permasalahan LP, rencana tindak lanjut ( <i>corrective action</i> ), beserta tindak lanjutnya secara lengkap. Dokumen lokmin awal tahun memuat penyusunan POA, briefing penjelasan program dari Kapus dan detail pelaksanaan program (target, strategi pelaksana) dan kesepakatan pegawai Puskesmas. Notulen memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi	Tidak ada dokumen	Ada, dokumen tidak memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi	Ada, dokumen <i>corrective action</i> , daftar hadir, notulen hasil lokmin, undangan rapat lokmin tiap bulan lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin bulan sebelumnya	10.00	
5.	Lokakarya Mini tribulanan (lokmin tribulanan)	Rapat lintas program dan Lintas Sektor (LS) membahas review kegiatan, permasalahan LP, <i>corrective action</i> , beserta tindak lanjutnya secara lengkap tindak lanjutnya. Dokumen memuat evaluasi kegiatan yang memerlukan peran LS	Tidak ada dokumen	Ada, dokumen tidak memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi	Ada Dokumen <i>corrective action</i> , daftar hadir, notulen hasil lokmin, undangan rapat lokmin lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin yang melibatkan peran serta LS	10.00	
<b>1.2.Manajemen Arsip</b>								
	Ada SOP pengelolaan arsip	SOP Pengelolaan arsip	tidak ada	ada dilaksanakan < 50%	ada dilaksanakan < 50% - 99%	ada dilaksanakan 100%	7.00	
<b>1.3.Manajemen Sumber Daya Manusia</b>								

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai Hasil	Keterangan
			Nilai = 0	Nilai = 4	Nilai = 7	Nilai = 10		
1.	Rencana Kebutuhan Tenaga (Renbut)	Metode Penghitungan Kebutuhan SDM Kesehatan secara riil sesuai kompetensinya berdasarkan beban kerja	Tidak ada dokumen	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 4 jenis nakes dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 7 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 9 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) sesuai kebutuhan	10.00	
2.	SK, uraian tugas pokok (tanggung jawab dan wewenang) serta uraian tugas integrasi	Surat Keputusan Penanggung Jawab dengan uraian tugas pokok dan tugas integrasi jabatan karyawan	Tidak ada SK tentang SO dan uraian tugas	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas 50% karyawan	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas 75% karyawan	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas seluruh karyawan	10.00	
3.	Data kepegawaian		Tidak ada data	Data tidak lengkap, tidak ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data lengkap, analisa sebagian ada, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	7.00	
<b>1.4. Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan</b>							27.00	
1.	Kelengkapan dan Updating data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK)	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan >50% berdasarkan data ASPAK yang telah diupdate secara berkala (minimal 2 kali dalam setahun, tgl 30 Juni dan 31 Desember tahun berjalan) dan telah divalidasi Dinkes Kab/Kota.	Nilai data kumulatif SPA < 60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % dan data ASPAK belum diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA <60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan > 50% berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	10.00	
2.	Analisis data ASPAK dan rencana tindak lanjut	Analisis data ASPAK berisi ketersediaan Sarana, Prasarana dan alkes (SPA) di masing-masing ruangan dan kebutuhan SPA yang belum terpenuhi. Tindak lanjut berisi upaya yang akan dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan SPA.	Tidak ada analisis data	Ada analisis data, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Ada analisis data SPA, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Ada analisis data lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10.00	
3.	Kalibrasi alat kesehatan	Kalibrasi alkes dilakukan sesuai dengan daftar peralatan yang perlu dikalibrasi, ada jadwal, dan bukti pelaksanaan kalibrasi.	Tidak ada jadwal kalibrasi dan tidak dilakukan kalibrasi	Ada jadwal kalibrasi dan tidak dilakukan kalibrasi	Ada jadwal kalibrasi dan dilakukan kalibrasi Tidak ada bukti pelaksanaan.	Ada jadwal kalibrasi dan dilakukan kalibrasi Ada bukti pelaksanaan.	7.00	

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai Hasil	Keterangan
			Nilai = 0	Nilai = 4	Nilai = 7	Nilai = 10		
4	Keaktifan penggunaan aplikasi SMILE untuk pencatatan stock vaksin	Jumlah hari kerja di mana pengguna melakukan input atau pengelolaan data/logistik vaksin pada SMILE dibagi 96 hari dalam 1 tahun	tidak aktif	50-70%	70-97%	≥ 96%	10.00	
5	Keaktifan input data KIPi serius /non serius pada Web Keamanan Vaksin	Jumlah bulan aktif input data KIPi serius/ non serius pada Web kemandan vaksin selama kurun waktu yang sama	tidak aktif	< 60%	< 80	≥80%	7.00	
<b>1.5. Manajemen Data dan Informasi Digital</b>								
1	Penyajian/Updating data dan informasi	Penyajian/Updating data dan informasi tentang : capaian program (PKP), KS, hasil survei SMD, IKM,data dasar, data kematian ibu dan anak, status gizi , Kesehatan lingkungan, SPM, Pemantauan Standar Puskesmas	Tidak ada data dan pelaporan	Kelengkapan data 50%	Kelengkapan data 75%	Lengkap pencatatan dan pelaporan, benar	10.00	
2	Ketersediaan RME	Tersedianya rekam medis elektronik	Tidak ada RME			Ada RME	10.00	
3	Ketersediaan Website Puskesmas	Tersedianya website puskesmas	Tidak ada	Ada, tidak update	Ada, update <50%	Ada, update 50 - 100%	10.00	
<b>1.6. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan</b>								
1	SK Tim mutu dan uraian tugas	Surat Keputusan Kepala Puskesmas dan uraian tugas Tim Mutu (UKM Essensial, UKM pengembangan , UKP, Administrasi Manajemen, Mutu, PPI, Keselamatan Pasien serta Audit Internal), serta dilaksanakan evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas minimal sekali setahun	Tidak ada SK Tim, uraian tugas serta evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu, tidak ada uraian tugas dan evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu dan uraian tugas, tidak ada evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu dan uraian tugas serta evaluasi pelaksanaan uraian tugas	7.00	
2	Rencana program mutu dan keselamatan pasien	Rencana kegiatan perbaikan/peningkatan mutu dan keselamatan pasien lengkap dengan sumber dana dan sumber daya, jadwal audit internal, kerangka acuan kegiatan dan notulen serta bukti pelaksanaan serta evaluasinya	Tidak ada dokumen rencana program mutu dan keselamatan pasien	Ada rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu, tidak ada bukti pelaksanaan dan evaluasinya	Ada sebagian dokumen rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu dan bukti pelaksanaan dan evaluasi belum dilakukan	Ada dokumen rencana program mutu dan keselamatan pasien lengkap dengan sumber dana, sumber daya serta bukti pelaksanaan dan evaluasinya	10.00	
3	Pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas	proses identifikasi, evaluasi, pengendalian dan meminimalkan risiko di Puskesmas	Tidak melakukan proses manajemen risiko dan tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, tidak ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko tidak lengkap	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko lengkap	10.00	
4	Pengelolaan Pengaduan Pelanggan	Pengelolaan pengaduan meliputi menyediakan media pengaduan, mencatat pengaduan (dari Kotak saran, sms, email, wa, telpon dll), melakukan analisa, membuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	tidak ada media pengaduan, data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Media dan data tidak lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Media dan data ada lengkap, analisa sebagian ada, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada.	Media dan data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10.00	

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai Hasil	Keterangan
			Nilai = 0	Nilai = 4	Nilai = 7	Nilai = 10		
5	Survei Kepuasan Masyarakat	Survei Kepuasan adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui kepuasan masyarakat terhadap kegiatan/pelayanan yang telah dilakukan Puskesmas	Tidak ada data	Data tidak lengkap, analisa , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data lengkap, analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta telah dipublikasikan	10.00	
6	Audit internal	Pemantauan mutu layanan sepanjang tahun, meliputi audit input, proses (PDCA) dan output pelayanan, ada jadwal selama setahun, instrumen, hasil dan laporan audit internal	Tidak dilakukan audit internal	Dilakukan, dokumen lengkap, tidak ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10.00	
7	Rapat Tinjauan Manajemen	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dilakukan minimal 2x/tahun untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu, dan kinerja pelayanan/ upaya Puskesmas untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan, dan efektifitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan, menghasilkan luaran rencana perbaikan serta peningkatan mutu	Tidak ada RTM, dokumen dan rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu	Dilakukan_1 kali setahun, dokumen notulen, daftar hadir lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), belum ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan 2 kali setahun, ada notulen, daftar hadir, ada analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan belum dilakukan evaluasi	Dilakukan 2 kali setahun, ada notulen, daftar hadir, analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan evaluasi	10.00	
<b>1.7. Manajemen Keuangan dan Aset BMD</b>						20.00		
1.	Data realisasi keuangan	Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data/laporan tidak lengkap, belum di lakukan analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data/laporan lengkap, ada sebagian analisa, belum ada rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Ada data/laporan keuangan, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10.00	
2.	Data keuangan dan laporan pertanggung jawaban	Data pencatatan pelaporan pertanggung jawaban keuangan ke Dinkes Kab/Kota, penerimaan dan pengeluaran , realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data dan laporan tidak lengkap, belum ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data/laporan lengkap, analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data /laporan ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10.00	
<b>1.8. Manajemen Jejaring</b>								
1	Pertemuan rutin manajemen jejaring	Melaksanakan pertemuan rutin manajemen jejaring meliputi koordinasi dan kolaborasi, penyelenggaraan sistem jejaring pelayanan di wilayah kerja minimal 2 kali pertahun	Tidak ada pertemuan	Pertemuan 1 kali pertahun	Pertemuan 2 kali pertahun	Pertemuan > 2 kali pertahun	7.00	
<b>1.9. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat</b>								
1	Survei Mawas Diri (SMD)	Kegiatan mengenali keadaan dan masalah yang dihadapi masyarakat serta potensi yang dimiliki masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut. Hasil identifikasi dianalisis untuk menyusun upaya, selanjutnya masyarakat dapat digerakkan untuk berperan serta aktif untuk memperkuat upaya perbaikannya sesuai batas kewenangannya	Tidak dilakukan	Ada dokumen KA dan SOP SMD tapi belum dilaksanakan	Ada dokumen KA dan SOP SMD, dilaksanakan SMD, ada rekapan hasil SMD, tidak ada analisis dan jenis kegiatan yang dibutuhkan masyarakat	Ada SOP SMD, kerangka acuan, pelaksanaan, rekapan, analisis dan jenis kegiatan yang dibutuhkan masyarakat dari hasil SMD.	10.00	

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai Hasil	Keterangan
			Nilai = 0	Nilai = 4	Nilai= 7	Nilai = 10		
2	Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan Individu, Keluarga dan Kelompok	Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan (meliputi keterlibatan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan) Individu, Keluarga dan Kelompok.	Tidak ada pertemuan	Ada pertemuan minimal 2 kali setahun	ada pertemuan minimal 2 kali setahun, ada hasil pembahasan untuk pemberdayaan masyarakat	ada pertemuan minimal 2 kali setahun, ada hasil pembahasan pemberdayaan masyarakat, ada tindaklanjut pemberdayaan	10.00	
3	Posyandu siklus hidup aktif	Jumlah Posyandu Siklus Hidup Aktif	Tidak Ada	<50 persen dari jumlah posyandu	<75 persen dari jumlah posyandu	100 persen dari jumlah posyandu	10.00	

#### MANAJEMEN LINTAS KLASTER

<b>1.1. Manajemen Pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai)</b>							40.00	
1.	SOP Pelayanan Kefarmasian	SOP pengelolaan sediaan farmasi (perencanaan, permintaan/ pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pencatatan dan pelaporan, dll) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep , penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling, evaluasi penggunaan obat (EPO), Visite pemantauan terapi obat (PTO) khusus untuk Puskesmas rawat inap , pengelolaan obat emergensi dll)	Tidak ada SOP	Ada SOP, tidak lengkap	Ada SOP, lengkap	Ada SOP, lengkap, ada dokumentasi pelaksanaan SOP. Dokumen pelaksanaan : (perencanaan (RKO), permintaan/ pengadaan(LPLPO/SP), penerimaan( BAST), penyimpanan(kartu stok), distribusi(LPLPO unit/SBBK), pencatatan dan pelaporan( LPLPO, <b>Ketersediaan 40 item obat dan 5 item vaksin</b> , laporan narkotika psikotropika) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep (skrining resep), penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat ( lembar pemberian informasi obat), konseling( form konseling), evaluasi penggunaan obat (EPO)( POR dan ketersediaan obat thd fornas), Visite untuk dalam gedung dan Home Pharmacy Care untuk luar gedung (dokumen catatan penggunaan obat pasien/dokumen PTO) pemantauan terapi obat(PTO) ( dokumen PTO)khusus untuk Puskesmas rawat inap , pengelolaan obat emergensi (ada emergency kit dan buku monitoring obat emergency)	10.00	
2.	Sarana Prasarana Pelayanan Kefarmasian	Sarana prasarana yang terstandar dalam pengelolaan sediaan farmasi (adanya pallet, rak obat, lemari obat, lemari es untuk menyimpan obat, APAR, pengatur suhu, thermohigrometer, kartu stok) dan sarana pendukung farmasi klinik ( alat peracikan obat, perkamen, etiket)	Tidak ada sarana prasarana	Ada sarana prasarana, tidak lengkap sesuai kebutuhan	Ada sarana prasarana, lengkap sesuai kebutuhan	Ada sarana prasarana, lengkap sesuai kebutuhan, penggunaan sesuai SOP (kondisi terawat, bersih)	10.00	
3.	Formularium Puskesmas	Tersusunnya formularium Puskesmas yang mengacu pada Formularium Nasional termasuk pengaturan ketersediaan obat di jaringan.	Tidak ada	Ada Formularium tidak dilengkapi SK Kepala Puskesmas, tidak dilengkapi pengaturan ketersediaan obat di jaringan		Ada Formularium dilengkapi SK Kepala Puskesmas, dilengkapi pengaturan ketersediaan obat di jaringan	10.00	

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai Hasil	Keterangan
			Nilai = 0	Nilai = 4	Nilai = 7	Nilai = 10		
4.	Rencana Kebutuhan Obat (RKO)	Tersusunnya Rencana kebutuhan obat untuk pelayanan kesehatan dasar dan program oleh tim penyusunan kebutuhan obat terpadu	Tidak ada RKO	ada RKO untuk pelayanan kesehatan dasar, tidak mengakomodir obat program, tidak ada Tim penyusunan kebutuhan obat terpadu	ada RKO untuk pelayanan kesehatan dasar, mengakomodir obat program, tidak ada Tim penyusunan kebutuhan obat terpadu	ada RKO untuk pelayanan kesehatan dasar, mengakomodir obat program, ada Tim penyusunan kebutuhan obat terpadu	10.00	
<b>1.2. Manajemen Laboratorium</b>								
1	Pelaksanaan pemantauan mutu eksternal	Terlaksananya pemantauan mutu Eksternal (PME)	Tidak dilaksanakan			Dilaksanakan	10.00	
2	Pelaksanaan pemantauan mutu internal	Terlaksananya pemantauan mutu Internal (PMI)	Tidak dilaksanakan			Dilaksanakan	10.00	

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN (%)	CAKUPAN KEGIATAN/TARGET (%)	SKOR PENCAPAIAN	KETERANGAN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	
<b>2.1 Kesehatan Ibu</b>								<b>94.95%</b>	<b>97.26%</b>	
1.	Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1)	100%	Jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal pertama di suatu wilayah kerja dengan kurun waktu dalam 1 tahun yang sama.	Jumlah seluruh ibu hamil puskesmas	862	862	100.00%	100.00%	100.00%	
2	Kunjungan Ibu hamil ANC 6 kali (K6)	100%	Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 6 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 2 kali pada trimester ke-2, 3 kali pada trimester ke-3, dengan diperiksa oleh dokter minimal 1 kali pada trimester 1 dan minimal 1 kali pada trimester ke-3 di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dalam 1 tahun yang sama.	Jumlah seluruh ibu hamil	862	862	100.00%	100.00%	100.00%	
3	Pemberian Suplementasi Gizi Pada Ibu Hamil	90%	(Jumlah ibu hamil yang mendapatkan suplementasi gizi sesuai standar minimal 180 tablet dalam kurun satu tahun di suatu wilayah kerja	Jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun satu tahun yang sama di suatu wilayah kerja	862	862	100.00%	111.11%	100.00%	
4	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	84%	Jumlah ibu hamil yang teridentifikasi KEK dan risiko KEK yang mendapatkan makanan tambahan dalam kurun waktu satu tahun di suatu wilayah kerja	Jumlah ibu hamil KEK dan risiko KEK dalam kurun waktu satu tahun yang sama di suatu wilayah kerja	58	58	100.00%	119.05%	100.00%	
5	Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil	100%	Pemeriksaan HBsAg pada ibu hamil dengan RDT HBsAg (baik dari Kemenkes atau APBD) dan pemeriksaan metode lain. Persentase ibu hamil yang diperiksa = jumlah ibu hamil yang diperiksa HBsAg dalam kurun waktu tertentu	Jumlah seluruh ibu hamil dalam kurun waktu yang sama	834	862	96.75%	96.75%	96.75%	
6	Tatalaksana Ibu Hamil dengan Hepatitis B Reaktif	100%	Jumlah ibu hamil dengan HBsAg Reaktif dirujuk dalam kurun waktu tertentu	Jumlah total ibu hamil dengan HBsAg Reaktif dalam kurun waktu yang sama	5	5	100.00%	100.00%	100.00%	
7	Ibu hamil yang diperiksa HIV	100%	Jumlah ibu hamil yang diperiksa HIV	Jumlah seluruh ibu hamil dalam kurun waktu yang sama	849	862	98.49%	98.49%	98.49%	
8	Ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan	100%	Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tim penolong persalinan sesuai standar dalam kurun waktu 1 tahun yang sama	Jumlah ibu bersalin	859	859	100.00%	100.00%	100.00%	
9	Ibu Nifas mendapat pelayanan nifas (KF Lengkap)	100%	Jumlah ibu bersalin yang mendapat pemeriksaan nifas lengkap minimal 4 kali, sesuai standar oleh tenaga kesehatan	Jumlah ibu bersalin di wilayah kerja dlm 1 tahun	856	859	99.65%	99.65%	99.65%	
10	Ibu Nifas mendapat kapsul vitamin A	100%	Jumlah ibu baru melahirkan sampai hari ke-42 yang mendapat 2 kapsul vitamin A yang mengandung vitamin A dosis 200.000 Satuan Internasional (SI), satu kapsul diberikan segera setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan minimal 24 jam setelah pemberian pertama dalam kurun waktu tertentu	Jumlah sasaran ibu nifas	856	859	99.65%	99.65%	99.65%	
11	Persentase wanita usia subur yang memiliki status imunisasi T2+	85%	Jumlah WUS hamil yang sudah memiliki status imunisasi T2+ (berdasarkan hasil skrining maupun pemberian selama masa kehamilan) dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah WUS usia 15-39 tahun hamil selama kurun waktu yang sama	1484	8845	16.78%	19.74%	23.22%	
<b>2.2. Kesehatan Bayi</b>								<b>151.17%</b>	<b>100.00%</b>	
1	Pelayanan Kesehatan Neonatus (KN lengkap)	100%	Jumlah bayi baru lahir usia 0 - 28 hari yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit tiga kali	Jumlah seluruh bayi lahir hidup	856	859	99.65%	99.65%	100.00%	

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN (%)	CAKUPAN KEGIATAN/TARGET (%)	SKOR PENCAPAIAN	KETERANGAN
2	Bayi Baru Lahir yang dilakukan Skrinning Hipotiroid Kongenital (SHK)	45%	Jumlah bayi baru lahir yang dilakukan SHK di suatu wilayah kerja dalam kurun 1 tahun yang sama dibagi seluruh bayi baru lahir di suatu wilayah kerja dalam kurun 1 tahun yang sama	Jumlah sasaran bayi baru lahir	856	859	99.65%	221.45%	100.00%	
3	Bayi usia 6 (enam) bulan mendapat ASI Eksklusif	61%	Jumlah bayi usia 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif	Jumlah sasaran bayi 6 bulan	63	78	80.77%	132.41%	100.00%	
4	Bayi yang baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusu Dini)	50%	Jumlah bayi mendapat IMD pada kurun waktu tertentu di wilayah kerja	Jumlah bayi baru lahir pada kurun waktu tertentu di wilayah kerja	59	59	100.00%	200.00%	100.00%	
5	Bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)	95%	Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari: satu dosis Imunisasi Hepatitis B, satu dosis imunisasi BCG, empat dosis imunisasi Polio oral, satu dosis imunisasi IPV, tiga dosis imunisasi DPT-HB-Hib, dan satu dosis imunisasi Campak Rubella dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah bayi yang diperkirakan hidup usia 0-11 bulan (Surviving Infant) selama kurun waktu yang sama	786	792	99.24%	104.47%	100.00%	
6	Bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru PCV	90%	Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar PCV 2 dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah bayi yang diperkirakan hidup usia 0-11 bulan (Surviving Infant) dalam kurun waktu yang sama	784	804	97.51%	108.35%	100.00%	
7	Bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru Rotavirus	90%	Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar rotavirus (RV) 3 dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah bayi yang diperkirakan hidup usia 0-11 bulan (Surviving Infant) dalam kurun waktu yang sama	785	804	97.64%	108.49%	100.00%	
<b>2.3. Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah</b>								<b>105.55%</b>	<b>97.49%</b>	
1.	Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan)	100%	Jumlah Balita usia 12-23 bulan yang mendapat Pelayanan Kesehatan sesuai Standar 1 + Jumlah Balita usia 24-35 bulan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 2 + Balita usia 36-59 bulan mendapatkan pelayanan sesuai standar 3 sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah balita usia 12 –59 bulan pada kurun waktu satu tahun	3289	3289	100.00%	100.00%	100.00%	
2.	Pelayanan kesehatan Anak pra sekolah (60 - 72)	84%	Jumlah anak umur 60-72 bulan yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar	Jumlah anak prasekolah	1278	1506	84.86%	101.02%	100.00%	
3	Pemberian makanan tambahan bagi balita gizi kurang	65%	Jumlah balita usia 6-59 bulan gizi kurang dengan atau tanpa stunting yang mendapatkan makanan tambahan berbahan pangan lokal	Jumlah seluruh balita usia 6-59 bulan gizi kurang dengan atau tanpa stunting	32	32	100.00%	153.85%	100.00%	
4	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita	91%	(Jumlah balita usia 6-59 bulan yang mendapatkan suplementasi kapsul vitamin A sesuai dosis usia	Jumlah seluruh sasaran balita usia 6-59 bulan)	2146	2158	99.44%	109.28%	100.00%	
5	Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar tatalaksana gizi buruk	91%	Jumlah balita usia 0-59 bulan gizi buruk yang mendapat tata laksana gizi buruk sesuai standar	Jumlah seluruh balita usia 0-59 bulan gizi buruk pada suatu wilayah kerja		0				
6	Balita yang di timbang berat badanya ( D/S)	80%	Jumlah balita usia 0-59 bulan yang ditimbang (D)	Jumlah seluruh sasaran balita usia 0-59 bulan pada suatu wilayah kerja (S)	2004	2215	90.47%	113.09%	100.00%	
7	Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D)	70%	Jumlah balita usia 0-59 bulan yang naik berat badannya (N)	Jumlah balita usia 0-59 bulan yang ditimbang (D)	1692	2158	78.41%	112.01%	100.00%	
8	Balita stunting ( pendek dan sangat pendek )	16.00%	Jumlah balita usia 0-59 bulan dengan kategori status gizi pendek dan sangat pendek	Jumlah balita usia 0-59 bulan yang diukur PB atau TB	0					
9	Cakupan Penemuan penderita Pneumonia	75%	Jumlah penderita Pneumonia balita	Jumlah Target balita = 2,23 % x jml balita	68	93	73.12%	97.49%	100.00%	

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN (%)	CAKUPAN KEGIATAN/TARGET (%)	SKOR PENCAPAIAN	KETERANGAN
10	Penderita kasus pneumonia yang diobati sesuai standart	100%	Jumlah kasus balita Pnemonia yang diberi pengobatan antibiotik	Jumlah seluruh kasus pneumonia pada balita yang berkunjung ke fasyankes	65	93	69.89%	69.89%	69.89%	
11	Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta	90%	Jumlah anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bayi usia di bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis imunisasi DPT HB-HiB serta 1 dosis imunisasi Campak Rubela di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak usia 12-24 bulan (Surviving Infant tahun lalu ) dalam kurun waktu yang sama	807	815	99.02%	110.02%	100.00%	
12	Pelayanan Diare Balita	100%	Jumlah penderita balita diare yang datang dan dilayani di sarana kesehatan.	Jumlah balita (sesuai data pusdatin) x prevalensi balita diare menurut provinsi Lampung (SSGI 2022) di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu tertentu Balita adalah anak usia 0-59 bulan.	324	324	100.00%	100.00%	100.00%	
13	Cakupan Pemberian Oralit dan Zinc pada Penderita Diare Balita	100%	Jumlah penderita diare balita yang mendapat oralit dan tablet Zinc yang datang dan dilayani di sarana kesehatan	Jumlah total penderita diare balita di sarana kesehatan	143	143	100.00%	100.00%	100.00%	
14	Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	100%	Jumlah layanan LROA	Layanan kegiatan LROA secara terus menerus dalam 3 bulan dengan periode pelaporan per tribulan kurun waktu 1 tahun	6	6	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>2.4. Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja</b>								<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang melaksanakan skrining kesehatan	100%	Jumlah sekolah setingkat SD/ MI/ SDLB yang melaksanakan skrining kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan	Jumlah seluruh sekolah setingkat SD/MI/ SDLB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama	10	10	100.00%	100.00%	100.00%	
2.	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang melaksanakan skrining kesehatan kesehatan	100%	Jumlah sekolah setingkat SMP/ MTs/ SMPLB yang melaksanakan skrining kesehatan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan	Jumlah seluruh sekolah setingkat SD/MI/ SDLB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama	1	1	100.00%	100.00%	100.00%	
3.	Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang melaksanakan skrining kesehatan kesehatan	100%	Jumlah sekolah setingkat SMA/ MA/SMK/SMALB yang melaksanakan skrining kesehatan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu tahun ajaran pendidikan	Jumlah seluruh sekolah setingkat SMA/MA/SMK/ SMALB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama	2	2	100.00%	100.00%	100.00%	
4.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 dan diluar satuan pendidikan dasar	100%	Jumlah murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan	Jumlah semua murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama	3428	3428	100.00%	100.00%	100.00%	

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN (%)	CAKUPAN KEGIATAN/TARGET (%)	SKOR PENCAPAIAN	KETERANGAN
5.	Pelayanan kesehatan remaja	100%	Jumlah remaja usia 10 - 18 tahun-yang mendapat pelayanan kesehatan remaja berupa skrining kesehatan sesuai standar, KIE, konseling dan pelayanan medis di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah semua remaja usia 10 - 18 tahun di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu tahun yang sama	507	531	95.48%	95.48%	100.00%	
5.	Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia	95%	Jumlah anak usia kelas 5 SD yang mendapat imunisasi lanjutan Td 2 dosis dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah anak usia kelas 5 SD/MI/Sederajat selama kurun waktu yang sama	507	531	95.48%	100.51%	100.00%	
6	Pelayanan kesehatan remaja	100%	Jumlah remaja usia 10 - 18 tahun-yang mendapat pelayanan kesehatan remaja berupa skrining kesehatan sesuai standar, KIE, konseling dan pelayanan medis di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah semua remaja usia 10 - 18 tahun di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu tahun yang sama	1986	1986	100.00%	100.00%	100.00%	
7	Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri	65%	(Jumlah remaja putri SMP dan SMA sederajat yang mengonsumsi tablet tambah darah	Jumlah sasaran remaja putri SMP dan SMA sederajat (tahun ajaran)	1143	1143	100.00%	153.85%	100.00%	
8	Screening merokok usia 10 - 21 tahun	100%	Jumlah penduduk usia 10-21 tahun yang merokok diwilayah kerja puskesmas prevalensi 12,4%	Jumlah penduduk usia 10-21 tahun di wilayah puskesmas, prevalensi 12,4%	3729	3729	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>2.5 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b>								<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	
1	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	Jumlah Puskesmas dan jaringannya yang melakukan promosi kesehatan program prioritas minimal sebanyak 12 (dua belas) kali dalam kurun waktu satu tahun kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya	Jumlah Puskesmas dan jaringannya di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama	12	12.00	100.00%	100.00%	100.00%	
2	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	Jumlah Puskesmas dan jaringannya yang melakukan promosi kesehatan program prioritas minimal sebanyak 12 (dua belas) kali dalam kurun waktu satu tahun kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya	Jumlah Puskesmas dan jaringannya di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama	12	12	100.00%	100.00%	100.00%	

**INDIKATOR KINERJA KLASTER 3**

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KETERANGAN	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		(8)	(9)	(10)	
<b>3.1 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular</b>									115.98%	100.00%	
1.	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	100%	Jumlah orang usia produktif di puskesmas yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah jumlah orang usia produktif tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	33345	32495	102.62%	102.62%	100%		
<b>3.2. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)</b>									100%		
1	KB pasca persalinan	60%	Jumlah ibu paska persalinan ber KB	Jumlah seluruh sasaran ibu bersalin	789	862	91.53%	152.55%	100%		
<b>3.3 Pelayanan Kesehatan Lansia</b>									100%		
1.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut (usia ≥ 60 tahun )	100%	Jumlah warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 (satu) kali di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah semua warga negara berusia 60 tahun atau lebih di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama	8820	8819	100.01%	100.01%	100%		
<b>3.4 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus Dan Gangguan Metabolik</b>									85%		
1.	Deteksi Dini Penyakit Diabetes Melitus (DM)	70%	Jumlah penduduk usia ≥ 40 tahun dan penduduk usia 15-39 tahun dengan obesitas yang diperiksa Gula Darah	Jumlah penduduk usia ≥ 40 tahun dan penduduk usia 15-39 tahun dengan obesitas di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	13293	13284	100.07%	142.95%	100%		
2.	Deteksi Dini Obesitas	70%	Jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun yang diperiksa Obesitas (IMT/Lingkar Perut)	Jumlah sasaran penduduk usia ≥ 15 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	21616	21616	100.00%	142.86%	100%		
3.	Prosentase Penderita TB yang diperiksa Gula darahnya	100%	Jumlah Penderita TB diperiksa Gula darahnya	Jumlah Penderita TB diperiksa Gula darahnya dibagi Jumlah penderita TB yang berobat di FKTP dalam kurun waktu satu tahun yang sama	118	215	54.88%	54.88%	54.88%		
<b>3.5. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah</b>									143.28%	100.00%	
1	Deteksi Dini Penyakit Hipertensi	70%	Jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun yang diperiksa tekanan darah	Jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	26767	26747	100.07%	142.96%	100%		
2.	Deteksi Dini Penyakit Jantung	70%	Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia ≥ 40 tahun yang diperiksa EKG	Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia ≥ 40 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	584	581	100.52%	143.59%	100%		
<b>3.6. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Gangguan Otak</b>									147.87%	100%	
1.	Deteksi Dini Stroke	70%	Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia ≥ 40 tahun yang diperiksa Profil Lipid	Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia ≥ 40 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	1002	968	103.51%	147.87%	100%		
<b>3.7. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Paru Kronik dan Gangguan Imunologi</b>									114.29%	100.00%	
1.	Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)	70%	Jumlah perokok usia ≥ 40 tahun yang diperiksa PUMA	Jumlah Perokok usia ≥ 40 di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	2272	2840	80.00%	114.29%	100.00%		
<b>3.8. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kanker dan Kelainan Darah</b>									163.25%	100.00%	
1.	Deteksi Dini Kanker Payudara	70%	Jumlah Wanita usia 30 – 50 tahun yang dideteksi dini Kanker Payudara dalam 3 tahun terakhir	Jumlah sasaran dari penduduk Wanita usia 30 – 50 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	10434	8079	129.15%	184.50%	100%		

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KETERANGAN
2.	Deteksi Dini Kanker Leher Rahim	70%	Jumlah Wanita usia 30 – 50 tahun yang dideteksi dini Kanker Leher Rahim dalam 3 tahun terakhir.	Jumlah sasaran penduduk Wanita usia 30 – 50 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	8031	8079	99.41%	142.01%	100%	
<b>3.9. Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Indra Fungsional</b>								81.96%	81.96%	
1.	Deteksi Dini Gangguan Indra	70%	Jumlah penduduk usia 7 keatas yang dilakukan deteksi Dini Indra (Gangguan Penglihatan dan atau gangguan pendengaran).	Jumlah penduduk usia 7 ke atas di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama.	17752	30943	57.37%	81.96%	81.96%	
<b>3.10. Pelayanan Kesehatan Jiwa</b>								400.00%	100.00%	
1.	Skrining Kesehatan Jiwa	10%	Jumlah penduduk usia ≥7 tahun yang mendapatkan skrining kesehatan jiwa	Jumlah penduduk usia ≥7 tahun diwilayah kerja	3,821	3,821	100.00%	1000.00%	100%	
2.	Penyandang depresi yang mendapatkan layanan	100%	Jumlah penyandang gangguan depresi yang memperoleh layanan di Fasyankes	Jumlah penyandang gangguan depresi	191	191	100.00%	100.00%	100%	
3.	Pelayanan kesehatan pada ODGJ berat	100%	Persentase penyandang gangguan jiwa (skizofrenia, psikotik) yang memperoleh layanan di Fasyankes.	Persentase penyandang gangguan jiwa (skizofrenia, psikotik) yang memperoleh layanan di Fasyankes.	85	85	100.00%	100.00%	100%	
<b>3.11. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat ( Perkesmas)</b>								180.95%	100.00%	
1.	Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	70%	Keluarga yang dibina dan mendapat Asuhan Keperawatan	Jumlah keluarga yang mempunyai masalah kesehatan	240	240	100.00%	142.86%	100%	
2.	Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/ memenuhi kebutuhan kesehatan	50%	Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/mencapai KM IV	Jumlah seluruh keluarga yang dibina	240	240	100.00%	200.00%	100%	
3.	Kelompok binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	60%	Kelompok yang dibina	Jumlah kelompok yang ada	0	0				
4.	Desa/kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	50%	Desa/kelurahan yang dibina	Kelurahan yang ada	4	4	100.00%	200.00%	100%	

<b>3.12. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah</b>								83.34%	83.24%	
1.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (Standar Pelayanan Minimal ke 8)	100%	Jumlah penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun dengan prevalensi 23,4% di wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Jumlah estimasi penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang berada didalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama	9037	9018	100.21%	100.21%	100%	
2.	Persentase Penyandang Hipertensi Yang Tekanan Darahnya Terkendali	90%	Jumlah penyandang hipertensi yang tekanan sistol dan diastol turun dari kurang dari 140/90 mmHg dalam kurun waktu 1 tahun minimal 3 kali (3 bulan) dalam 1 tahun	Jumlah seluruh penyandang hipertensi dalam kurun waktu satu tahun yang sama	5395	9018	59.82%	66.47%	66.47%	
<b>3.13. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Diabetes Melitus Dan Gangguan Metabolik</b>								84.81%	84.22%	
1.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (Standar Pelayanan Minimal ke 9)	100%	Jumlah penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun dengan prevalensi 2,2% di wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah estimasi penderita Diabetes Mellitus usia ≥15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama	851	841	101.19%	101.19%	100%	
2.	Persentase Penyandang Diabetes Melitus Yang Gula Darahnya Terkendali	90%	Jumlah penyandang diabetes melitus yang gula darah puasa < 126 mg/dl atau gula darah 2 jam pp nya < 200 mg/dl sebanyak minimal 3 kali (3 bulan) atau HbA1c <7% minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah seluruh penyandang diabetes mellitus dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikalikan 100 %	518	841	61.59%	68.44%	68.44%	
<b>3.14. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b>								100.00%	100.00%	

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KETERANGAN
1	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	Jumlah Puskesmas dan jaringannya yang melakukan promosi kesehatan program prioritas minimal sebanyak 12 (dua belas) kali dalam kurun waktu satu tahun kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya	Jumlah Puskesmas dan jaringannya di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama	12	12	100.00%	100.00%	100%	

INDIKATOR KINERJA KLASTER 4

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KET
(1)	(2)		(4)	(5)	(6)	(7)		(8)	(9)	(10)
<b>4.1. Pelayanan Kesehatan Lingkungan</b>								<b>161.60%</b>	<b>98.82%</b>	
<b>4.1.1. Penyehatan Air</b>								<b>272.79%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air	55%	Jumlah SAM yang di IKL	Jumlah SAM yang ada	60	60	100.00%	181.82%	100.00%	
2.	Sarana Air Minum (SAM) yang telah di IKL	90%	Jumlah SAM yang di IKL dengan hasil rendah dan sedang	Jumlah SAM yang di IKL	60	60	100.00%	111.11%	100.00%	
3.	Sarana Air Minum (SAM) yang diperiksa kualitas airnya	76%	Jumlah SAM yang di uji kualitas airnya	Jumlah SAM resiko rendah dan sedang	60	60	100.00%	131.58%	100.00%	
4.	Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat	15%	Jumlah SAM yang uji kualitas airnya memenuhi syarat	Jumlah SAM yang diuji kualitas airnya	60	60	100.00%	666.67%	100.00%	
<b>4.1.2. Penyehatan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)</b>								<b>154.76%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Pembinaan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)	70%	Jumlah TPP yang di IKL	Jumlah TPP yang ada	120	120	100.00%	142.86%	100.00%	
2.	TPP yang memenuhi syarat kesehatan	60%	Jumlah TPP yang memenuhi syarat kesehatan	Jumlah TPP yang dibina	120	120	100.00%	166.67%	100.00%	
<b>4.1.3. Pembinaan Tempat Fasilitas Umum (TFU)</b>								<b>256.82%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Pembinaan sarana TFU Prioritas	88%	Jumlah TFU Prioritas yang dibina	Jumlah TFU Prioritas	60	60	100.00%	113.64%	100.00%	
2.	TFU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	25%	Jumlah TFU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	Jumlah TFU Prioritas yang terdaftar	60	60	100.00%	400.00%	100.00%	
<b>4.1.4. Yankesling (Klinik Sanitasi) dan IPAL</b>								<b>566.67%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Konseling Sanitasi	10%	Jumlah pasien PBL yang dikonseling	Jumlah Pasien PBL di wilayah Puskesmas	100	100	100.00%	1000.00%	100.00%	
2.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan PBL	20%	Jumlah IKL sarana pasien PBL yang dikonseling	Jumlah pasien yang dikonseling	100	100	100.00%	500.00%	100.00%	
3.	Jumlah Fasyankes (RS, Puskesmas, Klinik Kesehatan, Klinik Kecantikan) yang sudah punya IPAL sesuai persyaratan	50%	Jumlah seluruh fasyankes yang sudah punya IPAL sesuai persyaratan	Jumlah seluruh fasyankes di wilayah kerja	16	16	100.00%	200.00%	100.00%	
3.	Jumlah Fasyankes (RS, Puskesmas, Klinik Kesehatan, Klinik Kecantikan) yang sudah mengelola limbah (TPS Limbah B3) sesuai		Jumlah seluruh fasyankes yang sudah punya TPS Limbah B3 sesuai persyaratan	Jumlah seluruh fasyankes di wilayah kerja	16	16	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>4.1.5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) = Pemberdayaan Masyarakat</b>								<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Desa/kelurahan yang Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	100%	Jumlah Kelurahan yang sudah Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	Jumlah kelurahan yang ada	4	4	100.00%	100.00%	100.00%	
2.	Desa/ Kelurahan Implementasi STBM 5 Pilar	100%	Jumlah Kelurahan implementasi STBM 5 Pilar	Jumlah kelurahan yang ada	4	4	100.00%	100.00%	100.00%	
3.	Desa/ Kelurahan ber STBM 5 Pilar	100%	Jumlah Desa/ Kelurahan STBM 5 Pilar	Jumlah Kelurahan yang ada	4	4	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>4.2. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</b>								<b>98.04%</b>	<b>97.83%</b>	
<b>4.2.1. Kusta dan Frambusia</b>								<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Pemeriksaan kontak dari kasus Kusta baru	>80%	Jumlah kontak dari kasus Kusta baru yang diperiksa dalam 1 (satu) tahun	Jumlah kontak dari kasus Kusta baru seluruhnya	4	4	100.00%	100.00%	100.00%	
2.	RFT penderita Kusta	>90%	Jumlah penderita baru PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan MB 2 (dua) tahun sebelumnya yang menyelesaikan pengobatan	Jumlah penderita baru PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan MB 2 (dua) tahun sebelumnya yang seharusnya menyelesaikan pengobatan	2	2	100.00%	100.00%	100.00%	
3.	Proporsi tenaga kesehatan Kusta tersosialisasi	>95%	Jumlah tenaga kesehatan telah mendapat sosialisasi kusta	Jumlah seluruh tenaga kesehatan	2	2	100.00%	100.00%	100.00%	
4.	Kader Posyandu yang telah mendapat sosialisasi kusta	>95%	Jumlah kader Posyandu telah mendapat sosialisasi kusta	Jumlah seluruh kader Posyandu	4	4	100.00%	100.00%	100.00%	
5.	SD/MI telah dilakukan screening Kusta	100%	Jumlah SD / MI telah dilakukan screening Kusta	Jumlah seluruh SD / MI	10	10	100.00%	100.00%	100.00%	
6.	Kelengkapan laporan bulanan online frambusia	100%	Jumlah laporan bulanan online frambusia yang dilaporkan	Jumlah laporan bulanan online frambusia 12 bulan	12	12	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>4.2.2. TBC</b>								<b>89.95%</b>	<b>88.71%</b>	

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KET
1.	Kasus TBC yang ditemukan	90%	Jumlah kasus TBC yang ditemukan	Jumlah kasus TBC yang ditemukan dibagi jumlah <b>target</b> kasus TBC yang ditemukan yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100% (Jumlah kasus TBC yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota masing-masing)	142	215	66.05%	73.39%	81.54%	
2.	Persentase Pelayanan orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar (Standar Pelayanan Minimal ke 11)	100%	Pelayanan orang terduga TBC sesuai standar bagi orang terduga TBC meliputi : 1. Pemeriksaan klinis terduga TBC dilakukan minimal 1 kali setahun, adalah pemeriksaan gejala seseorang dengan batuk lebih dari 2 minggu disertai dengan gejala dan tanda lainnya 2. Pemeriksaan penunjang, adalah pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis 3. Edukasi perilaku beresiko dan pencegahan penularan 4. Melakukan rujukan jika diperlukan 5. Edukasi Etika Batuk	Jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar di fasyankes dalam kurun waktu satu tahun dibagi Jumlah <b>target</b> orang terduga TBC yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100% (Jumlah orang terduga TBC yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota masing-masing)	1312	1160	113.10%	113.10%	100.00%	
3.	Angka Keberhasilan pengobatan kasus TBC (Success Rate/SR)	≥90%	Jumlah pasien TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap dari semua pasien TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan, <b>berdasarkan data kohort 1 tahun sebelumnya</b>	Jumlah pasien TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap dibagi jumlah semua kasus TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan dikali 100%	142	215	66.05%	100.00%	100.00%	
4.	Persentase pasien TBC dilakukan Investigasi Kontak	≥90%	Jumlah pasien TBC yang dilakukan investigasi kontak dari semua pasien TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan	Jumlah TBC yang dilakukan investigasi kontak dibagi jumlah semua pasien TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan dikali 100%	142	215	66.05%	73.30%	73.30%	
<b>4.2.3. Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS</b>								<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/AIDS	100%	Jumlah sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang mendapatkan penyuluhan HIV/AIDS	Jumlah seluruh sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) di wilayah kerja Puskesmas	3	3	100.00%	100.00%	100.00%	
2.	Orang yang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV (Standar Pelayanan Minimal ke 12)	100%	Jumlah orang yang beresiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar di Puskesmas dan jaringannya	Jumlah orang beresiko terinfeksi HIV dibagi dalam kurun waktu 1 tahun	1126	1126	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>4.2.4. Demam Berdarah Dengue (DBD)</b>								<b>98.27%</b>	<b>98.27%</b>	
1.	Angka Bebas Jentik (ABJ)	≥95%	Jumlah rumah bebas jentik	Jumlah rumah yang diperiksa jentiknya	4323	4800	90.06%	94.80%	94.80%	
2.	PE kasus DBD	100%	Jumlah kasus DBD yang dilakukan PE .	Jumlah seluruh kasus DBD di wilayah Puskesmas	36	36	100.00%	100.00%	100.00%	
3.	Angka Kejadian DBD (IR)	10/100ribu pdk	Jumlah kasus DBD	Jumlah Penduduk per 100 ribu	4	4	100.00%	100.00%	100.00%	
4.	Angka kematian (CFR)	0,5%	Jumlah Kematian kasus DBD	Jumlah Kasus DBD	0	0				
<b>4.2.5. Malaria</b>										

NO	VARIABEL	TARGET 2025	DO HASILKEGIATAN (Pembilang)	DO SASARAN (Penyebut)	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KET
1.	Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	100%	Jumlah kasus klinis Malaria yang diperiksa SD nya secara laboratorium	Jumlah suspect kasus Malaria dikali 100%	0	0				
2.	Penderita positif Malaria yang diobati sesuai pengobatan standar	100%	Jumlah penderita Malaria yang mendapat pengobatan ACT sesuai jenis Plasmodium	Jumlah kasus Malaria	0	0				
3.	Penderita positif Malaria yang di follow up	100%	Jumlah kasus malaria yang telah dilakukan follow up pengobatannya pada hari ke 3, 7, 14 dan 28 sampai hasil pemeriksaan laboratoriumnya negatif	Jumlah kasus malaria dikali	0	0				
4.	Penderita positif Malaria yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE)	100%	Jumlah penderita Malaria yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi	Jumlah kasus Malaria	0	0				
<b>4.2.6. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies</b>								<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Cuci luka terhadap kasus gigitan HPR	100%	Jumlah kasus gigitan HPR yang dilakukan cuci luka	Jumlah kasus gigitan HPR	60	60	100.00%	100.00%	100.00%	
2.	Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi	100%	Jumlah kasus gigitan HPR terindikasi yang mendapatkan vaksinasi	Jumlah kasus gigitan HPR terindikasi yang mendapatkan vaksinasi dibagi jumlah kasus gigitan HPR terindikasi dikali 100%	60	60	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>4.2.7. Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)</b>								<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>	
1.	Laporan STP yang tepat waktu	100%	Laporan STP (Surveilans Terpadu Penyakit) yang dikirimkan tepat waktu di tanggal 5 (lima) setiap bulan	Jumlah bulan dalam kurun waktu tertentu	52	52	100.00%	100.00%	100.00%	
2.	Laporan STP yang lengkap	100%	Laporan STP (Surveilans Terpadu Penyakit) dikirimkan Lengkap dalam 1 tahun	Jumlah bulan dalam kurun waktu tertentu	52	52	100.00%	100.00%	100.00%	
3.	Ketepatan Laporan W2 (format SKDR)	>80%	Laporan mingguan yang dikirim tepat waktu ke sistem SKDR (pengiriman laporan di hari senin atau selasa pada minggu epidemiologi berikutnya)	Jumlah Minggu 1 tahun (52 minggu)	52	52	100.00%	100.00%	100.00%	
4.	Kelengkapan laporan W2 (format SKDR)	>90 %	Laporan mingguan dikirimkan pada aplikasi SKDR setiap minggu dalam 1 tahun	Jumlah Minggu 1 tahun (52 minggu)	52	52	100.00%	100.00%	100.00%	
5.	Persentase Alert yang direspon peringatan ini KLB/Wabah (alert systems) minimal 80% di Puskesmas	>90 %	Jumlah Alert di verifikasi/respon <24 jam dalam aplikasi SKDR	Jumlah seluruh alert di Puskesmas dalam kurun waktu tertentu	52	52	100.00%	100.00%	100.00%	
6.	Desa/ Kelurahan yang mengalami KLB ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam	100%	Jumlah kelurahan yang mengalami KLB dan ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam	Jumlah kelurahan yang mengalami KLB dikali 100 %	0	0		100.00%	100.00%	

**INDIKATOR KINERJA LINTAS KLASTER**

No	VARIABEL	Target Th 2025	DO Hasil Kegiatan	DO Sasaran	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KET
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		(8)	(9)	(10)
<b>5.1. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut</b>										
<b>5.1.1. Pelayanan Gawat Darurat</b>										
1.	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i>	100%	Jumlah <i>informed consent</i> gawat darurat yang diisi lengkap	Jumlah <i>informed consent</i> di pelayanan gawat darurat	30.00	30	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>5.2. Pelayanan Kefarmasian</b>										
1.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fornas	80%	Jumlah item obat di Puskesmas yang sesuai dengan Fornas FKTP	Jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas	211.00	220	95.91%	100.00%	100.00%	
2.	Ketersediaan obat 40 obat indikator	85%	Jumlah kumulatif item obat indikator yang tersedia di Puskesmas	Jumlah obat indikator	39	40	97.50%	100.00%	100.00%	
3.	Ketersediaan 5 item vaksin indikator dan vaksin program	100%	Jumlah kumulatif item vaksin indikator yang tersedia di Puskesmas	Jumlah kumulatif item vaksin indikator dan vaksin program	5.00	5	100.00%	100.00%	100.00%	
4.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia	≤ 20 %	Jumlah Penggunaan Antibiotika pada ISPA non Pneumonia Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 20% = 100% 21-40 % =75% 41-60 % = 50% 61-80 % = 25% > 80 % = 0%	Jumlah kasus ISPA non Pneumonia dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 20% = 100% 21-40 % =75% 41-60 % = 50% 61-80 % = 25% > 80 % = 0%	17%	≤ 20%	100.00%	100.00%	100.00%	
5.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	≤ 8 %	Jumlah penggunaan Antibiotika pada diare non spesifik Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 8 % = 100% 9 - 20 % = 75% 21 - 40 % = 50% 41 - 60 % = 25% > 60% = 0%	Jumlah kasus diare non spesifik Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 8 % = 100% 9 - 20 % = 75% 21 - 40 % = 50% 41 - 60 % = 25% > 60% = 0%	1%	≤ 8 %	100.00%	100.00%	100.00%	
6.	Penggunaan Injeksi pada Myalgia	≤ 1 %	Jumlah penggunaan injeksi pada myalgia dibagi jumlah kasus myalgia dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 1 % = 100% 2 - 10 % =75% 11 - 20 % = 50% 21 - 30 % = 25% > 30 % = 0%	Jumlah penggunaan injeksi pada myalgia dibagi jumlah kasus myalgia Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 1 % = 100% 2 - 10 % =75% 11 - 20 % = 50% 21 - 30 % = 25% > 30 % = 0%	100%	0				
7	Rerata item obat yang diresepkan	≤ 2,6	Jumlah item obat per lembar resep Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 2,6 = 100% 2,7 - 4 =75% 5 - 7 = 50% 8 - 9 = 25% > 9 = 0%	Jumlah resep Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 2,6 = 100% 2,7 - 4 =75% 5 - 7 = 50% 8 - 9 = 25% > 9 = 0%	≤ 2,6	3.39	75.00%	75.00%	75.00%	
8.	Pengkajian resep, pelayanan resep dan pemberian informasi obat	80%	Jumlah kegiatan pengkajian resep, pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi.	Jumlah resep yang masuk setiap bulan	19197	19197	100.00%	125.00%	100.00%	
9.	Konseling	5%	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis ( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi	Jumlah pasien kronis( penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang menerima resep setiap bulan	30	250	12.00%	240.00%	100.00%	
10.	Pelayanan Informasi Obat	80%	Jumlah pelayanan informasi obat yang terdokumentasi	Jumlah kegiatan pelayanan informasi obat ( pertanyaan nakes, masyarakat, leaflet, brosur, penyuluhan) setiap bulan	20	20	100.00%	125.00%	100.00%	
<b>5.3. Pelayanan Laboratorium</b>										
1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	60%	Jumlah jenis pelayanan yang tersedia	Jumlah standar jenis pelayanan (50)	37	50	74.00%	123.33%	100.00%	
2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	100%	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan	Jumlah seluruh pemeriksaan	3125	3125	100.00%	100.00%	100.00%	

No	VARIABEL	Target Th 2025	DO Hasil Kegiatan	DO Sasaran	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KET
3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	100%	Jumlah pemeriksaan mutu internal yang memenuhi standar minimal 1 (satu) parameter dari hematologi, Kimia Klinik, serologi, dan bakteriologi	Jumlah pemeriksaan dalam 1 (satu) bulan	6	6	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>5.4. Pelayanan Rawat Inap</b>										
1.	Bed Occupation Rate (BOR)	10% - 60%			Jumlah hari inap dikali jumlah pasien dibagi jumlah TT dikali hari dalam periode dikali 100%					
2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	100%	Jumlah rekam medis yang lengkap	Jumlah rekam medis per bulan di pelayanan rawat inap						
<b>5.5 Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza</b>								<b>1000.00%</b>	<b>100%</b>	
1.	Persentase sekolah yang mendapatkan sosialisasi/penyuluhan tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan NAPZA	10%	Jumlah sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) di wilayah kerja yang mendapatkan penyuluhan dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah total sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) di wilayah kerja	13	13	100.00%	1000.00%	10000%	
<b>5.6 Kesehatan Matra</b>								<b>0.00%</b>	<b>0%</b>	
1.	Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata.	100%	Jumlah hasil pemeriksaan jamaah haji yang dientry dalam <b>siskohatkes</b> pada 3 (tiga) bulan sebelum operasional	Jumlah kuota jamaah haji pada tahun berjalan	0	0				
<b>5.7 Pelayanan Kesehatan Tradisional</b>								<b>225.64%</b>	<b>92%</b>	
1.	Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	30%	Jumlah Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	Jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas	6	26	23.08%	76.92%	77%	
2.	Panti Sehat berkelompok yang berijin	15%	Jumlah Panti Sehat berkelompok yang berijin	Jumlah Panti Sehat berkelompok yang ada di wilayah kerja Puskesmas	0	0				
3.	Pembinaan Penyehat Tradisional	50%	Jumlah Penyehat Tradisional yang mendapat pembinaan oleh petugas kesehatan	Jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas	13	26	50.00%	100.00%	<b>100%</b>	
4.	Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk	20%	Jumlah Kelurahan yang memiliki kelompok Asuhan Mandiri yang ber SK	Jumlah kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas	4	4	100.00%	500.00%	<b>100%</b>	
5.	Kelompok Asuhan Mandiri yang mendukung Program Prioritas	2 kelompok	Jumlah Kelompok Asman yang berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu/Posbindu berupa edukasi (KIE) tentang ramuan tradisional dan akupresur terkait PTM dan/atau stunting sesuai dengan Buku Kader Posbindu PTM atau Buku Saku Asuhan Mandiri di wilayah Puskesmas	Jumlah Kelompok Asman yang berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu/Posbindu berupa edukasi (KIE) tentang ramuan tradisional dan akupresur terkait PTM dan/atau stunting sesuai dengan Buku Kader Posbindu PTM atau Buku Saku Asuhan Mandiri di wilayah Puskesmas	0	4	0.00%			
<b>5.8 Pelayanan Kesehatan Olahraga</b>								<b>261.90%</b>	<b>100%</b>	
1.	Kelompok /klub olahraga yang dibina	40%	Jumlah kelompok/klub olahraga yang dibina	Jumlah kelompok/ klub olahraga yang ada	10	10	100.00%	250.00%	100%	
2.	Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	90%	Jumlah CJH yang dilakukan Pengukuran Kebugaran Jasmani oleh Puskesmas pada tahun berjalan	Jumlah CJH yang terdaftar di Puskesmas pada tahun berjalan	100	0				
3.	Puskemas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga internal	40%	Jumlah bulan yang mencapai minimal 75 % dari 4 Indikator layanan kesehatan olahraga internal	Jumlah layanan kesehatan olahraga internal selama 12 bulan	48	48	100.00%	250.00%	100%	
4.	Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	35%	Jumlah Sekolah Dasar/MI yang diukur kebugaran jasmani	Jumlah SD/MI yang ada di wilayah kerja	5	5	100.00%	285.71%	100%	
<b>5.9 Pelayanan Kesehatan Kerja</b>								<b>216.67%</b>	<b>100%</b>	
1.	Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal)	50%	Jumlah bulan yang mencapai minimal 80% dari 11 indikator K3 Fasyankes yang ada pada Permenkes Nomor 52 Tahun 2018 dalam satu bulan	12 pelayanan K3	12	12	100.00%	200.00%	100%	
2.	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran	50%	Jumlah kantor yang dibina (melakukan assesment & memberikan rekomendasi) K3 Perkantoran	Jumlah total perkantoran yang ada di wilayah kerja	5	5	100.00%	200.00%	100%	

No	VARIABEL	Target Th 2025	DO Hasil Kegiatan	DO Sasaran	HASIL KEGIATAN	JUMLAH SASARAN	CAPAIAN	CAKUPAN KEGIATAN	SKOR PENCAPAIAN	KET
3.	Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja informal	40%	Jumlah pembinaan kelompok kerja informal (Pos UKK) yang dilakukan kegiatan promotif dan/ atau preventif yang dilakukan dalam satu bulan	Jumlah seluruh Pos UKK (kali 12) di wilayah binaan	5	5	100.00%	250.00%	100%	
<b>5.10 Pengendalian Penyakit Akibat Tembakau</b>									<b>100.00%</b>	
1.	Fasyankes yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	100%	Jumlah fasyankes (RS, Puskesmas, klinik) yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	Jumlah fasyankes (RS, Puskesmas, klinik) di wilayah Puskesmas	10	10	100	100.00%	100.00%	
2.	Sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	100%	Jumlah sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	Jumlah sekolah di wilayah Puskesmas (SD, SMP, SMA dan yang sederajat)	13	13	100	100.00%	100.00%	
3.	Tempat Anak Bermain yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	100%	Jumlah Tempat Anak Bermain (PAUD, TK, taman kota) yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	Jumlah Taman Bermain Anak (PAUD, TK, Taman Kota) di wilayah Puskesmas	14	14	100	100.00%	100.00%	
1	Puskesmas menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	100%	Jumlah Puskesmas yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	Jumlah puskesmas di wilayah puskesmas	1	1	100.00%	100.00%	100.00%	
<b>5.11 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</b>									<b>100%</b>	
1	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	Jumlah Puskesmas dan jaringannya yang melakukan promosi kesehatan program prioritas minimal sebanyak 12 (dua belas) kali dalam kurun waktu satu tahun kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya	Jumlah Puskesmas dan jaringannya di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama	1	1	100.00%	100.00%	100%	

**INDIKATOR KLASTER 1**

No	Jenis Variabel	Target Thn 2025	DO HASIL KEGIATAN	DO SASARAN	Keterangan
(1)	(2)	(5)	(4)	(4)	
2.4.1	<b>INDIKATOR NASIONAL MUTU PUSKESMAS</b>				
1.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan	≥ 85% tindakan kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi	98%
2.	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi	100%
3.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi	100%
4.	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)	90%	Jumlah semua pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas	Jumlah semua kasus TB SO yang diobati pada tahun berjalan di wilayah kerja dikali 100%	100%
5.	Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan <i>Ante Natal Care</i> (ANC) Sesuai Standar	100%	Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan	Jumlah seluruh ibu hamil yang telah bersalin yang mendapatkan pelayanan ANC di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan	100%
2.4.2	<b>SASARAN KESELAMATAN PASIEN</b>				
1.	Kepatuhan melakukan komunikasi efektif	100%	Jumlah kepatuhan petugas yang melakukan komunikasi efektif sesuai prosedur	Jumlah petugas di UGD/ ruang tindakan, ruang bersalin, rawat inap serta laboratorium yang diamati kepatuhannya	100%
2.	Pengelolaan Obat obat yang perlu diwaspadai	100%	Ceklis kepatuhan petugas terhadap SOP pengelolaan sediaan farmasi pada pelabelan obat high alert, LASA dan kadaluarsa)	Jumlah kepatuhan petugas terhadap SOP dalam mengelola label obat high alert, LASA dan kadaluarsa) dihitung compliance rate petugas	100%

No	Jenis Variabel	Target Thn 2025	DO HASIL KEGIATAN	DO SASARAN	Keterangan
(1)	(2)	(5)	(4)	(4)	
3.	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar pada tindakan/bedah minor	100%	Jumlah petugas patuh dalam melakukan double check pada tindakan/bedah minor	Jumlah petugas yang diamati kepatuhannya (UGD/ruang tindakan, persalinan, KIA-KB dan poli gigi)	100%
4.	Mengurangi risiko cedera pada pasien akibat terjatuh	100%	Jumlah pentapisan (screening) pasien dengan risiko jatuh	Jumlah pasien risiko jatuh	100%
2.4.3	<b>PELAPORAN INSIDEN</b>				
1.	Pelaporan insiden	100%	Jumlah dokumen pelaporan insiden	Jumlah insiden yang terjadi	100%

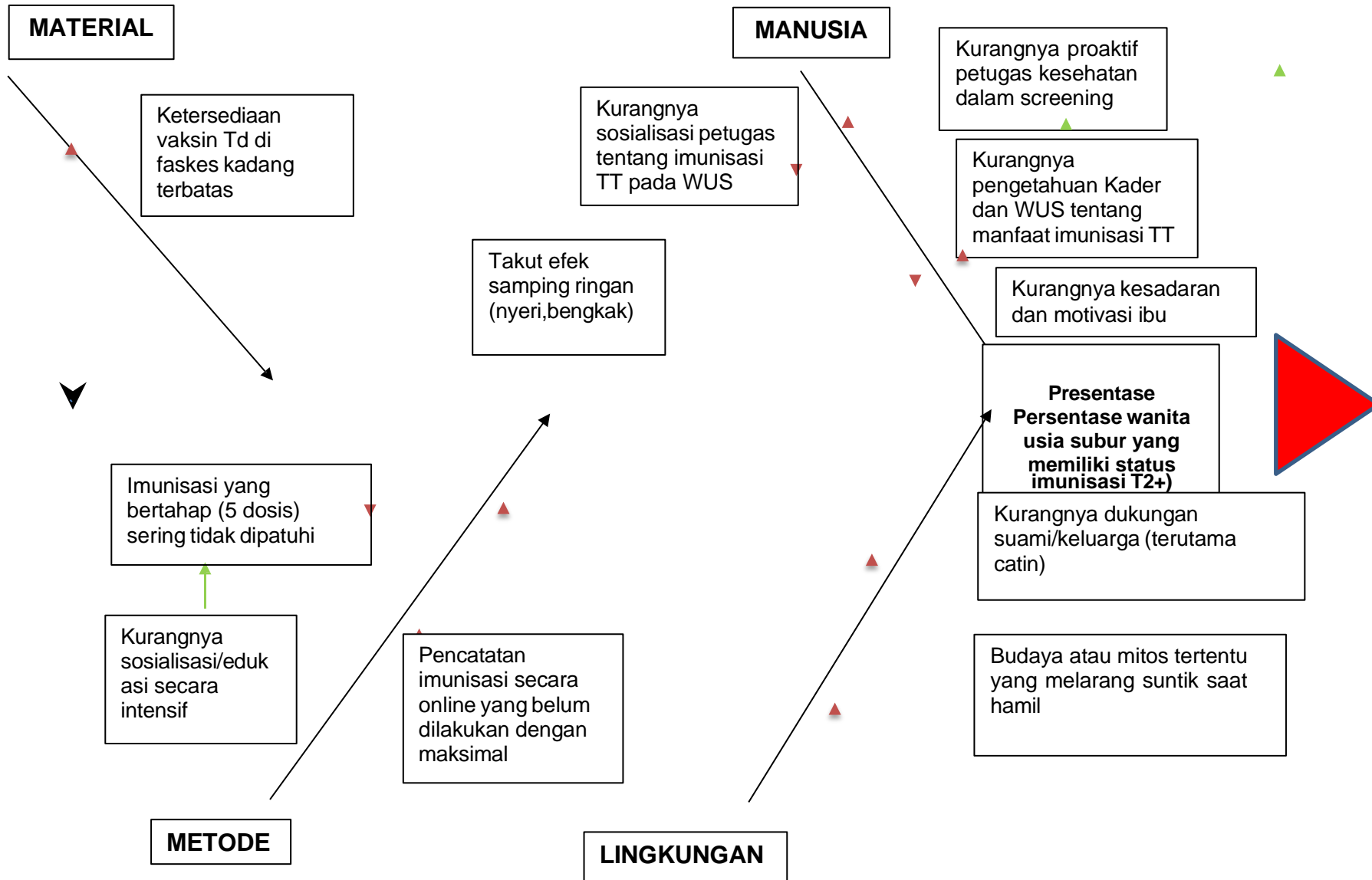
## BAB V

### ANALISIS HASIL PENILAIAN KINERJA

Berdasarkan matriks Penilaian Kinerja Puskesmas didapatkan beberapa indikator yang belum mencapai target. Berikut ini adalah indikator tersebut :

NO	Indikator	U (Urgency)	S (Seriousness)	G(Growth)	TOTAL
		skala 1-10			
1	Persentase WUS yang memiliki status imunisasi TT 2	10	10	10	30
2	Kasus TBC yang ditemukan	10	10	8	28
3	Persentase Peralatan Kesehatan yang Terkalibrasi	9	9	9	27

## DIAGRAM FISH BONE (TULANG IKAN) PROGRAM IMUNISASI DI PUSKESMAS WAY HALIM

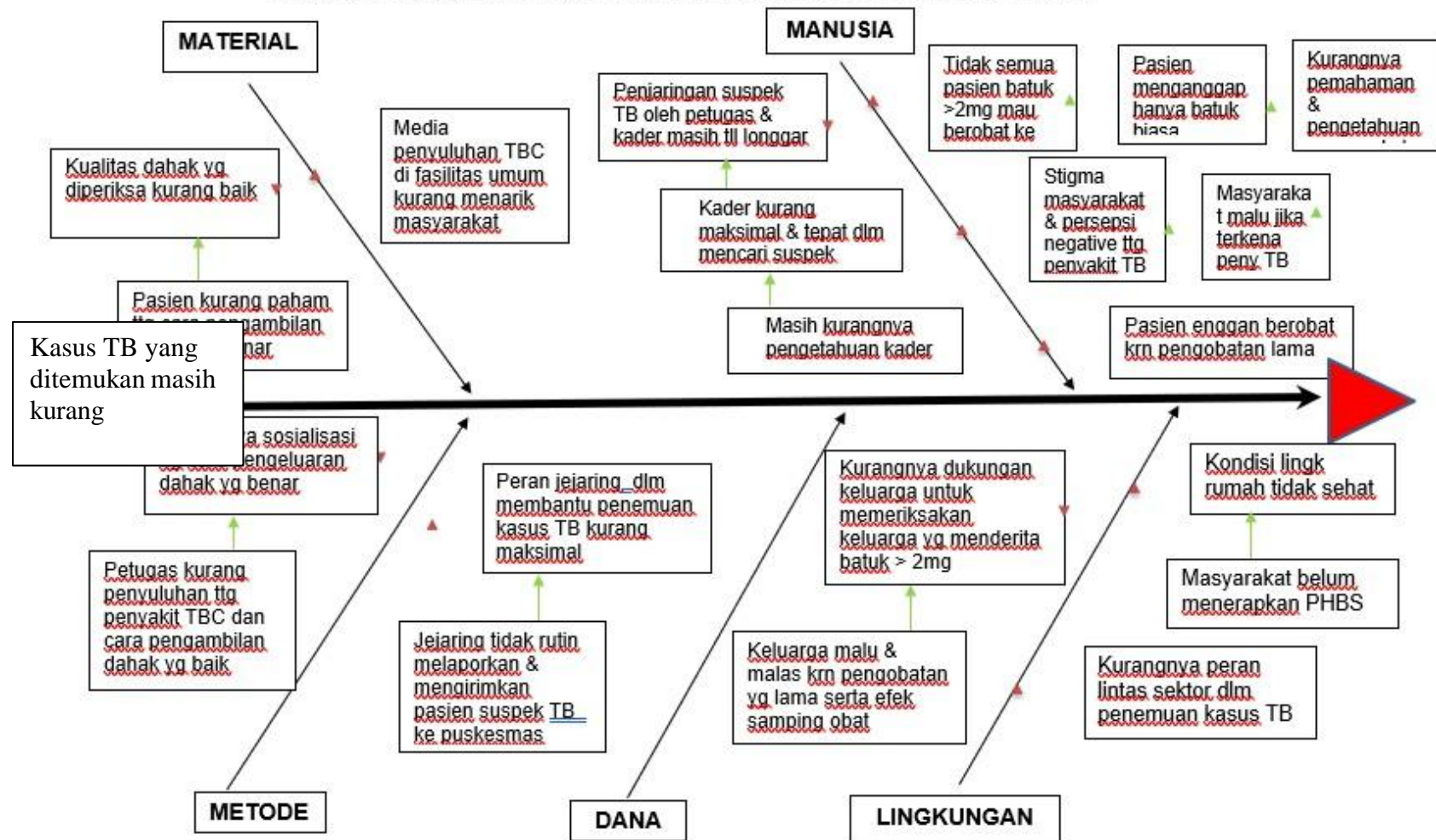


**IDENTIFIKASI MASALAH DAN RENCANA TINDAK LANJUT  
MASALAH PROGRAM IMUNISASI TAHUN 2025**

NO	IDENTIFIKASI MASALAH	ANALISA PENYEBAB MASALAH	RENCANA TINDAK LANJUT (PLAN)	PELAKSANAAN (DO)	CHECK/STUDY	ACTION
1	<p>Masih rendahnya persentase WUS yang memiliki status imunisasi TT2+ di wilayah kerja Puskesmas WAY HALIM tahun 2025 yaitu sebesar 19,74% dari target 85%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya pengetahuan Kader dan WUS tentang manfaat imunisasi TT</li> <li>• Kurangnya sosialisasi petugas tentang imunisasi TT WUS</li> <li>• Kurangnya proaktif petugas kesehatan dalam screening</li> <li>• WUS takut efek samping imunisasi TT</li> <li>• Kurangnya kesadaran dan motivasi ibu</li> <li>• Kurangnya dukungan suami/keluarga (terutama catin)</li> <li>• Budaya atau mitos tertentu yang melarang suntik saat hamil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan pemahaman kader posyandu dan WUS melalui sosialisasi</li> <li>• Membuat media edukasi tentang imunisasi WUS yg menarik dan mudah dipahami</li> <li>• Meningkatkan proaktif petugas kesehatan dalam screening dengan memberikan target skrining setiap bulannya</li> <li>• Pendekatan dan pemberian pemahaman pasda WUS bahwa manfaat imunisasi lebih besar dan untuk tidak takut akan efek samping karena efek samping biasanya hanya 1-2 hari</li> <li>• Meningkatkan kerjasama lintas sektor dan masyarakat, untuk meningkatkan dukungan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advokasi dan sosialisasi lintas sektor (camat/lurah) tentang penyelenggaraan imunisasi terutama tentang imunisasi TT WUS yang jarang masyarakat ketahui</li> <li>• Pembuatan media informasi (leaflet, brosur, audio visual) yang lebih menarik</li> <li>• Melakukan skrining WUS saat melakukan sweeping imunisasi Bayi Balita</li> <li>• Menetapkan target skrining imunisasi TT WUS di setiap Posyandu</li> <li>• Berkoordinasi dg Dinas Kesehatan terkait data sasaran WUS</li> <li>• Sosialisasi Imunisasi WUS pada kegiatan kelas balita dan kelas bumil</li> </ul>	<p>Kegiatan ini telah dilaksanakan</p>	<p>Akan terus dilaksanakan pada tahun 2026 dan dilakukan pemantauan setiap triwulan</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>● Imunisasi yang bertahap (5 dosis) sering tidak dipatuhi</li><li>● Kurangnya sosialisasi/edukasi secara intensif</li><li>● Pencatatan imunisasi secara online yang belum dilakukan secara maksimal</li></ul>	<p>keluarga terhadap imunisasi WUS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Memberikan edukasi dan sosialisasi Imunisasi melalui kelas ibu balita, kelas ibu hamil, dan pertemuan lintas sektor</li><li>● Petugas melakukan pencatatan imunisasi secara manual dan online tepat waktu</li></ul>			
--	--	---	--	--	--	--

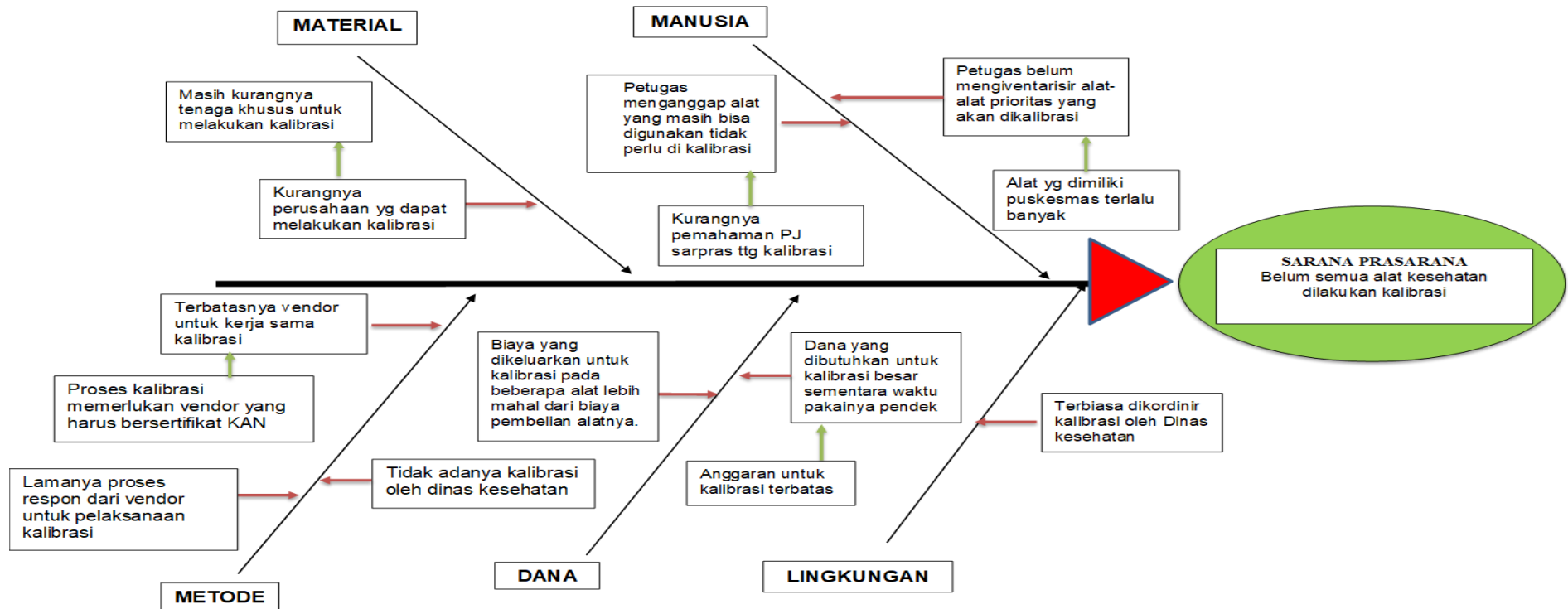
**DIAGRAM FISH BONE (TULANG IKAN)  
KASUS TB YANG DI TEMUKAN TAHUN 2025 DI PUSKESMAS WAY HALIM**



**IDENTIFIKASI MASALAH DAN RENCANA TINDAK LANJUT  
RENDAHNYA PENCAPAIAN PROGRAM TB TAHUN 2025**

NO	IDENTIFIKASI MASALAH	ANALISA PENYEBAB MASALAH	RENCANA TINDAK LANJUT (PLAN)	PELAKSANAAN (DO)	CHECK/ STUDY	ACTION
1	Kasus TBC yang ditemukan yaitu sebesar 73.3 dari target 90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak semua pasien batuk &gt;2 mg mau berobat dan diperiksa dahaknya</li> <li>• Stigma masyarakat dan persepsi negatif tentang penyakit TBC</li> <li>• Kurangnya pemahaman dan pengetahuan masyarakat ttg penyakit TB</li> <li>• Kurangnya sosialisasi ttg penyakit TBC dan cara pengambilan dahak yg benar</li> <li>• Media penyuluhan TBC di fasilitas umum kurang menarik</li> <li>• Penjaringan suspek TB oleh petugas dan kader masih terlalu longgar</li> <li>• Kualitas sample dahak yg diperiksa kurang baik</li> <li>• Peran jejaring dalam membantu penemuan kasus TBC kurang maksimal</li> <li>• Kurangnya dukungan keluarga</li> <li>• Kurangnya peran lintas sektor dalam penemuan kasus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembuatan media informasi (leaflet, brosur, media audio visual) yang lebih menarik tentang penyakit TB dan cara pengambilan sampel dahak yang baik dan benar</li> <li>• Penyuluhan TBC baik secara langsung maupun melalui media informasi, media social, dll</li> <li>• Refreshing kader TB</li> <li>• Meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor</li> <li>• Pembinaan jejaring &amp; jaringan dg jejaring (Klinik, DPM, BPM) di wilayah kerja untuk meningkatkan suspek TB</li> </ul>	<p>Melanjutkan Inovasi <b>GREBEK TB ( Gerakan Bersama Ketuk Pintu Pasien TB)</b></p> <p>Dengan kegiatan berupa :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyuluhan TBC di masyarakat terintegrasi lintas program</li> <li>• Kunjungan rumah suspek pasien TBC untuk memastikan dan menjelaskan cara pengambilan dahak yg benar</li> <li>• Melakukan Investigasi kontak TBC</li> <li>• Melakukan pemantauan minum obat TBC untuk mencegah pasien putus obat</li> <li>• Pertemuan Penguatan kolaborasi puskesmas dg klinik &amp; TPMD untuk meningkatkan penemuan kasus TBC</li> <li>• Meningkatkan peran linsek melalui sosialisasi pd Lokmin Linsek, MMK, dll</li> </ul>	Dilaksanakan pada tahun 2026	Akan dilakukan pemantauan secara berkala setiap bulan

## DIAGRAM FISH BONE (TULANG IKAN) KALIBRASI ALAT KESEHATAN



**IDENTIFIKASI MASALAH DAN RENCANA TINDAK LANJUT  
KALIBRASI PERALATAN KESEHATAN**

NO	IDENTIFIKASI MASALAH	ANALISA PENYEBAB MASALAH	RENCANA TINDAK LANJUT (PLAN)	PELAKSANAAN (DO)	CHECK/STUDY	ACTION
1	Belum semua Alat Kesehatan memiliki sertifikat Kalibrasi yang masih berlaku	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mahalnya biaya Kalibrasi Alat Kesehatan</li> <li>• Kurangnya anggaran dana dari Operasional Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganggarkan Kalibrasi Peralatan Kesehatan untuk meningkatkan Standarisasi Alat yang sudah Terkalibraasi</li> <li>• Mengusulkan Alat- alat yang Akan di Kalibrasi pada tahun 2026</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telah dilakukan Kalibrasi sebagian alat untuk meningkatkan Standarisasi Alat pd th 2025</li> <li>• Telah dianggarkan Kalibrasi Alat Untuk Tahun 2026</li> </ul>	Adanya penganggaran beberapa Alat-alat pada Tahun 2026	Akan dilakukan pemantauan secara berkala untuk waktu pelaksanaan Kalibrasi tsb

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Puskesmas WAY HALIM telah melaksanakan penilaian kinerja tahun 2025 dengan hasil sebagai berikut :

1. Klaster 1 (Manajemen), Penilaian Kinerja **BAIK** mencapai 9.7
2. Klaster 2 ( Kesehatan Ibu dan Anak ), Penilaian Kinerja **BAIK** persentase capaian 97.26%
3. Klaster 3 ( Dewasa Lansia ) , Penilaian Kinerja **BAIK** dengan capaian 95.31%
4. Klaster 4 (Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan), Capaian Penilaian Kinerja **BAIK** sebesar 98.82%
5. Lintas Klaster (Dukungan Pelayanan Lintas Klaster), Penilaian Kinerja **BAIK**, dengan capaian sebesar 98.84%

#### **B. Saran**

1. Meningkatkan koordinasi serta kerjasama lintas program dan lintas sektor agar dapat meningkatkan capaian kinerja setiap program yang belum mencapai target.
2. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan setiap Penanggung Jawab dan koordinator program dalam melakukan proses perencanaan, pergerakan dan pelaksanaan program sampai monitoring serta evaluasi program sehingga dapat menganalisis capaian kinerja dan masalah dari masing masing program serta menentukan tindak lanjut sebagai upaya perbaikan kinerja program dimasa yang akan datang.
3. Meningkatkan Kompetensi petugas dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas.
4. Meningkatkan peran serta dan partisipasi masyarakat dalam upaya mengembangkan berbagai kegiatan pemberdayaan masyarakat seperti Posyandu.
5. Meningkatkan pengetahuan dan peran serta aktif para kader dalam membantu petugas untuk melaksanakan kegiatan di masyarakat.

6. Mengembangkan kemampuan petugas dalam hal penggunaan dan pemanfaatan teknologi informasi untuk melakukan sosialisasi dan edukasi kesehatan ke masyarakat.