



SALINAN

Bupati Subang

BUPATI SUBANG

PROVINSI JAWA BARAT
PERATURAN BUPATI SUBANG
NOMOR 197 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT YANG MENERAPKAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SUBANG,

- Menimbang : a. bahwa sesuai amanat ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Daerah yang akan menerapkan BLUD, perlu menetapkan standar pelayanan minimal BLUD dengan peraturan kepala daerah;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksana Teknis Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat Yang Menerapkan Badan Layanan Umum Daerah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kabupaten dalam lingkungan Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968, tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5494);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298), Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standart Akuntansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 503, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4583);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;

18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Subang (Lembaran Daerah Kabupaten Subang Tahun 2016 Nomor 7);
20. Peraturan Bupati Subang Nomor 15 Tahun 2018 Pembentukan Dan Susunan Organisasi Unit Pelaksana Teknis Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Subang.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANATEKNIS DAERAH PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT YANG MENERAPKAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Subang.
2. Bupati adalah Bupati Subang.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Subang yang selanjutnya disebut Dinas adalah Perangkat Daerah yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintah dalam bidang kesehatan di Kabupaten Subang.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Subang.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
7. Unit Pelaksana Teknis Daerah adalah unit pelaksana teknis yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.

8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
9. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang selanjutnya disingkat PPK BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
10. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
11. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM, adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat.
12. Kebutuhan Dasar Warga Negara adalah barang dan/atau jasa dengan kualitas dan jumlah tertentu yang berhak diperoleh oleh setiap individu agar dapat hidup secara layak.
13. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.
14. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal.
15. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai standar teknis agar hidup secara layak.
16. Kinerja adalah keluaran/hasil dari Kegiatan/Program yang akan atau telah dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas yang terukur.
17. Indikator Kinerja adalah tanda yang berfungsi sebagai alat ukur pencapaian Kinerja suatu Kegiatan atau Program dalam bentuk keluaran atau hasil.
18. Definisi Operasional adalah dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
19. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator..
20. Periode Analisis adalah tentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
21. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
22. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
23. Target adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu/ kinerja tertentu yang telah ditetapkan dan wajib dicapai langsung atau bertahap berdasarkan kemampuan pemilik BLUD.
24. Target Tahunan adalah tolok ukur nilai persentase dan atau nilai akumulatif secara kuantitatif maupun kualitatif yang harus dicapai sebagai ukuran kinerja pada tahun yang bersangkutan.

25. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD, adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

BAB II MANFAAT

Pasal 2

Manfaat ditetapkannya SPM pada UPTD Puskesmas yang menerapkan BLUD adalah untuk:

- a. mengurangi variasi proses dalam pelayanan;
- b. keamanan dan keselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan; dan
- c. sebagai dasar untuk mengukur mutu dan Kinerja pelayanan.

BAB III STANDAR PELAYANAN MINIMAL Bagian Kesatu Umum

Pasal 3

SPM pada UPTD Puskemas terdiri dari:

- a. SPM terkait penerapan BLUD; dan
- b. SPM bidang kesehatan.

Bagian Kedua SPM terkait penerapan BLUD

Pasal 4

SPM yang terkait dengan penerapan BLUD meliputi:

- a. Standar input;
- b. Standar output; dan
- c. Standar mutu pelayanan.

Pasal 5

- (1) Standar input sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a merupakan Standar minimum penyediaan sumber daya yang digunakan di UPTD Puskesmas dalam pelayanan BLUD yang terdiri dari:
 - a. sumber daya manusia;
 - b. ruangan; dan
 - c. peralatan kesehatan.
- (2) Standar output sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b merupakan Standar minimum kemampuan penyediaan layanan di UPTD Puskesmas oleh BLUD yang merupakan ukuran penilaian tentang jenis dan jumlah layanan minimal yang harus disediakan dan mampu dilaksanakan.
- (3) Standar mutu layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf c merupakan Standar minimum mutu layanan di UPTD Puskesmas yang

mengarah pada spesifikasi teknis layanan sesuai kompetensi utama (*core competence*) yang seharusnya dicapai oleh BLUD.

Pasal 6

- (1) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf a terdiri atas:
 - a. tenaga kesehatan; dan
 - b. tenaga non kesehatan.
- (2) Jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dihitung berdasarkan jenis Puskesmas dan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik dan luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama di wilayah kerja dan pembagian waktu kerja.
- (3) Jenis tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit terdiri atas:
 - a. dokter umum;
 - b. dokter gigi;
 - c. perawat;
 - d. bidan;
 - e. tenaga kesehatan masyarakat;
 - f. tenaga kesehatan lingkungan;
 - g. ahli teknologi laboratorium medik;
 - h. tenaga gizi, dan
 - i. tenaga kefarmasian
- (4) Tenaga non kesehatan harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di Puskesmas.
- (5) Tenaga kesehatan di Puskesmas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi dan menghormati hak pasien serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya dalam bekerja.
- (6) Setiap tenaga kesehatan harus memiliki surat izin praktek sesuai peraturan perundang-undangan.
- (7) Ketentuan mengenai jumlah dan jenis tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan di Puskesmas minimal sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Pasal 7

- (1) Ruang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf b mengacu pada peraturan perundang-undangan.
- (2) Ruang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jenis dan jumlahnya ditentukan melalui analisis kebutuhan ruang berdasarkan pelayanan yang diselenggarakan dan ketersediaan sumber daya.
- (3) Ketentuan mengenai jumlah dan jenis ruangan di Puskesmas minimal tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Pasal 8

- (1) Peralatan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf c mengacu pada peraturan perundangan-undangan.
- (2) Peralatan kesehatan terdiri dari:
 - a. alat kesehatan;
 - b. bahan habis pakai;
 - c. perlengkapan;
 - d. meubelair; dan
 - e. pencatatan dan pelaporan.
- (3) Peralatan kesehatan yang berupa alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus memenuhi persyaratan Standar mutu, keamanan, keselamatan, memiliki izin edar dan diuji/kalibrasi secara berkala oleh institusi pengujian/pengkalibrasi yang berwenang.
- (4) Ketentuan mengenai rincian jenis dan jumlah peralatan kesehatan di Puskesmas minimal sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Pasal 9

- (1) Jenis dan jumlah layanan terkait PPK-BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) mempertimbangkan jumlah dan jenis sumber daya manusia yang ada, peralatan dan ruangan serta batas kewenangan Puskesmas.
- (2) Jenis layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. rawat jalan;
 - b. rawat inap;
 - c. pelayanan persalinan dan kegawatdaruratan dasar kasus kebidanan dan bayi baru lahir;
 - d. layanan kegawatdaruratan;
 - e. laboratorium; dan
 - f. kefarmasian.
- (3) Jumlah pelayanan terkait BLUD terdiri dari:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan umum;
 - c. pelayanan rawat inap untuk Puskesmas rawat inap;
 - d. pelayanan persalinan dan kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir;
 - e. pelayanan laboratorium sederhana;
 - f. pelayanan kefarmasian;
 - g. pelayanan gizi;
 - h. pelayanan rekam medis;
 - i. pelayanan limbah;
 - j. pelayanan administrasi manajemen;
 - k. pelayanan mobil Puskesmas keliling sebagai ambulance;
 - l. pelayanan laundry untuk Puskesmas rawat inap dan mampu PONED/persalinan;
 - m. pemeliharaan sarana dan prasarana puskesmas;
 - n. pencegahan dan pengendalian infeksi dalam pelayanan;
 - o. pelayanan promosi kesehatan; dan

- p. pelayanan kesehatan lingkungan;
- (4) Jenis pengobatan dan perawatan yang diberikan mengacu pada kewenangan masing-masing profesi dan tenaga kesehatan di tingkat layanan dasar yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Pasal 10

Standar spesifikasi teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (3) ditunjukkan dengan pemberian pelayanan yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang berwenang dengan sertifikasi untuk jenis layanan tertentu, berdasarkan Standar operasional prosedur, standar dan etika profesi.

Bagian Kedua SPM Bidang Kesehatan

Pasal 11

SPM bidang kesehatan meliputi 12 (dua belas) indikator yang merupakan penilaian Kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten, yang meliputi:

- a. pelayanan kesehatan ibu hamil;
- b. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- d. pelayanan kesehatan balita;
- e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- f. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- j. pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- k. pelayanan kesehatan orang dengan TB; dan
- l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV.

BAB IV INDIKATOR SPM

Pasal 12

Indikator SPM digunakan sebagai tolok ukur untuk mengukur kinerja dan mengetahui adanya perubahan atau penyimpangan yang dikaitkan dengan Target yang telah ditetapkan.

Pasal 13

- (1) Indikator pelayanan gawat darurat meliputi:
 - a. kemampuan menangani life saving;
 - b. pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS);
 - c. jam buka pelayanan gawat darurat;
 - d. waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat; dan
 - e. kepuasan pelanggan pada unit gawat darurat.

- (2) Indikator pelayanan rawat jalan meliputi:
 - a. pemberi pelayanan di Poliklinik umum dan gigi;
 - b. pemberi pelayanan di KIA;
 - c. Ketersediaan alat alat kesehatan;
 - d. jam buka pelayanan;
 - e. kepatuhan hand hygiene;
 - f. waktu tunggu rawat jalan;
 - g. persepsian obat sesuai formularium nasional;
 - h. pencatatan dan pelaporan; dan
 - i. kepuasan pelanggan pada rawat jalan.
- (3) Indikator pelayanan rawat inap meliputi:
 - a. pemberi pelayanan di rawat inap;
 - b. tempat tidur dengan pengaman;
 - c. kamar mandi dengan pengaman;
 - d. dokter penanggung jawab pasien rawat inap;
 - e. jam visite dokter;
 - f. kepatuhan hand hygiene;
 - g. tidak ada kejadian pasien jatuh;
 - h. kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh;
 - i. kematian pasien \geq 48 jam; dan
 - j. kepuasan pelanggan rawat inap.
- (4) Indikator pelayanan persalinan meliputi:
 - a. pemberi pelayanan persalinan normal;
 - b. adanya tim PONEB;
 - c. pelayanan kontrasepsi oleh dokter umum atau bidan terlatih;
 - d. kepatuhan hand hygiene;
 - e. kejadian kematian ibu karena persalinan; dan
 - f. kepuasan pelanggan.
- (5) Indikator pelayanan laboratorium sederhana meliputi:
 - a. ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium sederhana;
 - b. waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium;
 - c. tidak adanya kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium;
 - d. tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium; dan
 - e. kepuasan pelanggan.
- (6) Indikator pelayanan kefarmasian meliputi:
 - a. pemberi pelayanan obat;
 - b. ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan obat;
 - c. ketersediaan formularium;
 - d. waktu tunggu pelayanan obat jadi;
 - e. waktu tunggu pelayanan obat racikan;
 - f. tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat; dan
 - g. kepuasan pelanggan.
- (7) Indikator pelayanan gizi meliputi:
 - a. pemberi pelayanan gizi;
 - b. ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan gizi; dan
 - c. kepuasan pelanggan.
- (8) Indikator pelayanan rekam medis meliputi:
 - a. pemberi pelayanan rekam medis;
 - b. waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan;

- c. waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap;
 - d. kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan;
 - e. kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas; dan
 - f. kepuasan pelanggan
- (9) Indikator pengelolaan limbah meliputi:
- a. adanya penanggung jawab pengelola limbah Puskesmas;
 - b. ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah Puskesmas;
 - c. pengelolaan limbah cair; dan
 - d. pengelolaan limbah padat.
- (10) Indikator administrasi manajemen meliputi:
- a. adanya kelengkapan dokumen dan daftar urut kepangkatan pegawai;
 - b. adanya tenaga pengelola;
 - c. ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat;
 - d. ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala;
 - e. ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan; dan
 - f. kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.
- (11) Indikator pelayanan ambulance meliputi:
- a. ketersediaan pelayanan ambulance;
 - b. penyedia pelayanan ambulance;
 - c. kecepatan memberikan pelayanan ambulance;
 - d. waktu tanggap memberikan pelayanan ambulance kepada masyarakat yang memerlukan;
 - e. tidak terjadinya kecelakaan ambulance; dan
 - f. kepuasan pelanggan.
- (12) Indikator pelayanan laundry meliputi:
- a. ketersediaan pelayanan laundry;
 - b. adanya penanggungjawab pelayanan laundry;
 - c. ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan laundry;
 - d. ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap dan ruang pelayanan; dan
 - e. ketersediaan linen.
- (13) Indikator pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana puskesmas meliputi:
- a. adanya penanggung jawab pemeliharaan sarana Puskesmas;
 - b. ketepatan waktu kalibrasi alat; dan
 - c. alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu.
- (14) Indikator pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
- a. ketersediaan alat pelindung diri; dan
 - b. penggunaan alat pelindung diri saat melaksanakan tugas.
- (15) Indikator pelayanan promosi kesehatan meliputi:
- a. penyuluhan kelompok 12 x @ 60 menit;
 - b. pengelola promosi kesehatan; dan
 - c. promosi untuk pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan 12 x @120 menit.
- (16) Indikator pelayanan kesehatan lingkungan meliputi:
- a. petugas Pelayanan kesehatan lingkungan;

- b. ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan kesehatan lingkungan dan konsultasi;
- c. pengawasan sarana sanitasi dasar dan fasilitas lingkungan Puskesmas;
- d. pengawasan makanan dan minuman di lingkungan Puskesmas (dapur dan kantin Puskesmas);
- e. pengawasan binatang pengganggu di lingkungan Puskesmas;
- f. pengawasan kebisingan dan pencemaran lingkungan Puskesmas;
- g. memberikan konsultasi sanitasi; dan
- h. laik sehat Puskesmas.

BAB V
TARGET CAPAIAN SPM DAN PENGORGANSASIAN
Bagian Kesatu
Target Capaian SPM terkait Penerapan BLUD

Pasal 15

- (1) Target capaian SPM terkait penerapan BLUD dicapai dalam 5 (lima) tahun.
- (2) Ketentuan mengenai rincian target capaian SPM terkait BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Kedua
Target Capaian SPM Bidang Kesehatan

Pasal 16

- (1) Target capaian SPM bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang undangan.
- (2) Ketentuan mengenai rincian target capaian SPM terkait BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagia Ketiga

Pasal 17

- (1) Kepala UPTD Puskesmas bertanggung jawab atas pelaksanaan SPM di Puskesmas wilayah kerjanya.
- (2) Kepala UPTD Puskesmas berkewajiban untuk melaksanakan SPM di Puskesmasnya.

BAB VI
PELAPORAN
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 18

Kepala UPTD Puskesmas berkewajiban menyampaikan laporan tahunan Kinerja pelaksanaan penerapan SPM kepada Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 19

- (1) Bupati melalui Dinas Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan SPM pada UPTD Puskesmas.
- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mengikutsertakan organisasi profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan diarahkan pada peningkatan pemenuhan dan peningkatan SPM.
- (4) Pembinaan dan pengawasan dapat berupa bimbingan, supervisi, konsultasi, pendidikan dan pelatihan.

Pasal 20

Dalam rangka pembinaan dan pengawasan Kepala Dinas Kesehatan dapat mengambil tindakan administratif berupa teguran lisan, teguran tertulis, atau tindakan administratif lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 21

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

PARAF KOORDINASI	
Sekda Kab. Subang	
Asisten Pemerintah / Kesra	<i>[Signature]</i>
Kepala Dinas Kesehatan	<i>[Signature]</i>
Kabag Hukum Sekda Kab. Subang	<i>[Signature]</i>
Sekretaris Dinas Kesehatan	<i>[Signature]</i>
Kabid. Pelayanan Kesehatan	<i>[Signature]</i>

Ditetapkan di Subang
pada tanggal 12 - 2018



[Signature]
ATING RUSNATIM

Diundangkan di Subang
pada tanggal 12 - 2018

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SUBANG,



BERITA DAERAH KABUPATEN SUBANG TAHUN 2018 NOMOR : 107

LAMPIRAN I :PERATURAN BUPATI SUBANG
 NOMOR : 107 Tahun 2018
 TANGGAL : 4 - 12 - 2018
 TENTANG :STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS
 DAERAH PUSAT KESEHATAN
 MASYARAKAT YANG MENERAPKAN
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RINCIAN TARGET CAPAIAN SPM BLUD

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving

Indikator	Kemampuan menangani life saving
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Puskesmas dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu hamil/melahirkan
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Circulation, Airway dan Breath
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan standar alat Puskesmas (Permenkes no. 75 tahun 2014)
Sumber data	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator UGD

2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat

Indikator	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah dokter/perawat pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan 1 kali
Periode Analisa	1 tahun

Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat kegawatdaruratan karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator UGD

3. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat di Puskesmas
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan gawat darurat Puskesmas adalah pelayanan Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama jam kerja Puskesmas sesuai pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka UGD dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator UGD

4. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat

Indikator	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat responsive dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di UGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n=50)
Sumber data	Sampel
Standar	5 menit
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator UGD

5. Kepuasan pelanggan

Indikator	Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyaman
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket, petugas obat dan fasilitas pelayanan Gawat Darurat
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei
Sumber data	Survei
Standar	>70 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator UGD

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Proses Pendaftaran Pasien

Indikator	Pemberi pelayanan di pendaftaran
Dimensi Mutu	Efektif dan efisien
Tujuan	Proses pendaftaran pasien dilaksanakan dengan efektif dan efisien dengan memperhatikan kebutuhan pelanggan
Definisi Operasional	Proses pendaftaran pasien adalah prosedur pendaftaran pasien yang berkunjung ke Puskesmas baik pasien baru maupun lama sesuai dengan standar.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendaftaran pasien baru/lama yang diproses sesuai dengan standar dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pendaftaran pasien I Puskesmas dalam 1 bulan

Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Poli Umum

2. Pemberi pelayanan di Unit BP Umum

Indikator	Pemberi pelayanan di Poli Umum
Dimensi Mutu	Akses, kualitas dan kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan di Poli Umum oleh tenaga medis Dokter umum yang kompeten di Puskesmas
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan di Poli Umum adalah seorang dokter umum yang memiliki kompetensi sesuai standar di Poli Umum
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka Poli Umum yang dilayani Dokter umum dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hari buka Poli Umum di Puskesmas dalam
Sumber data	1 bulan yang sama
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Poli Umum

3. Pemberi pelayanan di Unit Pelayanan Gigi

Indikator	Pemberi pelayanan di Poli Gigi
Dimensi Mutu	Akses, kualitas dan kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan di Poli Gigi oleh tenaga medis Dokter Gigi yang kompeten di Puskesmas
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan di Poli Gigi adalah seorang dokter gigi yang memiliki kompetensi sesuai standar di Poli Gigi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka Poli Gigi yang dilayani Dokter Gigi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hari buka Poli Gigi di Puskesmas dalam 1 bulan yang sama
Sumber data	Register rawat jalan Poli Gigi
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Poli Gigi

4. Pemberi pelayanan di Unit KIA

Indikator	Pemberi pelayanan di KIA
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya
Definisi Operasional	Dokter/Bidan yang kompeten /terlatih,
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka klinik KIA yang dilayani oleh Dokter /Bidan terlatih dalam waktu 1 bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan yang sama
Sumber data	Register rawat jalan KIA
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Pengelola Program Kesehatan Ibu dan Kesehatan Anak

5. Jam Buka Pelayanan

Indikator	Jam buka pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Poli Umum/Gigi/KIA pada hari kerja di setiap Puskesmas
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan Poli Umum/Gigi/KIA oleh tenaga Dokter/Dokter Gigi/Bidan dengan jam buka sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan dalam satu bulan
Sumber data	Register Rawat jalan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Poli Umum/Gigi/KIA

6. Kepatuhan Hand Hygiene

Indikator	Kepatuhan Hand Hygiene
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Poliklinik Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien dan efektifitas pelayanan melalui cuci tangan
Definisi Operasional	Kepatuhan Hand Hygiene adalah kepatuhan petugas poliklinik terhadap ketentuan cuci tangan

	sesuai standar.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas rawat jalan yang mematuhi ketentuan cuci tangan
Denominator	Jumlah seluruh petugas rawat jalan
Sumber data	Survei Petugas Rawat jalan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Poli Umum/Gigi/KIA (Koordinator Rawat Jalan)

7. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Jalan pada hari kerja di setiap puskesmas yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter /Dokter Gigi / Bidan / Perawat / Perawat Gigi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei
Sumber data	Survei Pasien Rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Poli Umum/Gigi/KIA (Koordinator Rawat Jalan)

8. Peresepan Obat sesuai Formularium Nasional

Indikator	Peresepan Obat sesuai Formularium Nasional
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di Puskesmas dengan mengacu pada formularium Nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel

	dalam satu bulan (minimal 50 sampel)
Sumber data	Resep obat
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Obat

9. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Indikator	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang
Definisi Operasional	mampu memberikan kepuasan pelanggan
Frekuensi Pengumpulan Data	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, dokter gigi, perawat, perawat gigi, bidan, petugas loket, petugas obat dan fasilitas Puskesmas
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Tiga Bulan Sekali
Denominator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Sumber data	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (minimal n=50)
Standar	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul data	≥ 80 %

C. PELAYANAN RAWAT INAP UNTUK PUSKESMAS RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Indikator	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan Rawat Inap adalah Dokter, Tenaga Perawat/ Bidan yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 Bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter, Perawat/Bidan yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter, Perawat/Bidan yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

2. Tempat tidur dengan pengaman

Indikator	Tempat tidur dengan pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Analisa	6 Bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang Rawat Inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang Rawat Inap yang ada di Puskesmas
Sumber data	Laporan aset ruang rawat inap
Standar	70%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

3. Kamar Mandi dengan pengaman

Indikator	Kamar Mandi dengan pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang di pasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di kamar mandi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap yang ada di Puskesmas
Sumber data	Laporan aset ruang Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

4. Dokter Penanggung jawab pasien di Rawat Inap

Indikator	Dokter Penanggungjawab pasien di Rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya
Definisi Operasional	terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Frekuensi Pengumpulan Data	Penanggung Jawab Rawat Inap adalah Dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan Rawat Inap sesuai kebutuhan pasien
Periode Analisa	1 Bulan
Numerator	3 Bulan
Denominator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai Dokter sebagai penanggung jawab
Sumber data	Jumlah seluruh pasien Rawat inap dalam satu bulan
Standar	Rekam medis
Penanggung Jawab Pengumpul data	100 %

5. Jam Visite Dokter

Indikator	Jam Visite Dokter
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terpantaunya kondisi pasien oleh tenaga medis Dokter setiap hari rawat pasien pada hari kerja.
Definisi Operasional	Visite dokter adalah kunjungan Dokter setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang di survei.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga Bulan
Numerator	Jumlah visite Dokter antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang di survei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter yang di survei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

6. Kepatuhan Hand Hygiene

Indikator	Kepatuhan Hand Hygiene
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Inap Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien melalui cuci tangan
Definisi Operasional	Kepatuhan hand hygiene adalah kepatuhan petugas Rawat Inap terhadap ketentuan cuci tangan sesuai standar.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah petugas Rawat Inap yang mematuhi

	ketentuan cuci tangan
Denominator	Jumlah seluruh petugas Rawat Inap
Sumber data	Survei Petugas Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

7. Pelayanan Keperawatan yang aman

Indikator	Tidak adanya kejadian pasien jatuh
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat, baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dll
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

8. Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh

Indikator	Kejadian pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan puskesmas terhadap kesinambungan pelayanan terhadap pasien
Definisi Operasional	Pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang atau dirujuk oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah
Denominator	sembuh atau dirujuk dalam satu bulan
Sumber data	Jumlah pasien yang dirawat dalam satu bulan
Standar	Rekam medis
Penanggung Jawab Pengumpul data	$\leq 100 \%$

9. Kematian pasien \geq 48 jam

Indikator	Kematian pasien \geq 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Puskesmas yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien \geq 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	1 Bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap \geq 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	\leq 1 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Indikator	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rawat inap oleh dokter, Perawat, Bidan, petugas administrasi dan kondisi ruangan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	\geq 80%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Rawat Inap

D. PELAYANAN PERSALINAN DAN KEGAWATDARURATAN KEBIDANAN DAN BAYI BARU LAHIR UNTUK PUSKESMAS MAMPU PONED, PUSKESMAS DENGAN TEMPAT PERSALINAN DAN BIDAN DI DESA

1. Adanya Tim Poned Pada Puskesmas Mampu Poned

Indikator	1. adanya tenaga pelayanan persalinan normal
-----------	--

	2. Adanya Tim Poned
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Tersedianya Tim Poned yang mampu menangani dan merujuk Hipertensi dalam kehamilan; tindakan persalinan dengan Distorsi Bahu; Perdarahan Post Partum; Infeksi Nifas dan Hipotermia; Asfiksia pada bayi; gangguan nafas pada bayi; kejang pada bayi baru lahir; infeksi bayi baru lahir; persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar yang bertujuan untuk menghindari rujukan lebih dari 2 jam dan untuk memutus mata rantai rujukan itu sendiri.
Definisi Operasional	Tim PONED adalah Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar yang bertujuan untuk menghindari rujukan lebih dari 2 jam dan untuk memutus mata rantai rujukan itu sendiri
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Tersedianya tim PONED terlatih
Denominator	1
Sumber data	Tata Usaha
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator Poned

2. Kepatuhan Hand hygiene

Indikator	Kepatuhan Hand hygiene
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan Puskesmas yang mendukung keselamatan pasien melalui cuci tangan
Definisi Operasional	Kepatuhan hand hygiene adalah kepatuhan petugas penolong persalinan terhadap ketentuan cuci tangan sesuai standar
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah petugas penolong persalinan yang mematuhi ketentuan cuci tangan
Denominator	Jumlah seluruh petugas penolong persalinan
Sumber data	Survei Petugas Penolong Persalinan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator KIA

3. Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan

Indikator	Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Puskesmas terhadap pelayanan kasus persalinan (perdarahan, pre eklamsi dan sepsis).
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, preeklamsi, sepsis
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.
Numerator	Tiap bulan
Denominator	Tiap tiga bulan
Sumber data	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, preeklamsi, sepsis.
Standar	Jumlah
Penanggung Jawab Pengumpul data	perdarahan, pre eklamsi, sepsis.

4. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyaman
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Bidan Koordinator

E. PELAYANAN LABORATORIUM SEDERHANA

1. Ketersediaan Tenaga Analis, Fasilitas dan Peralatan Laboratorium Sederhana

Indikator	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Laboratorium Sederhana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk memberikan pelayanan Laboratorium sederhana

Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Laboratorium Sederhana adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan Laborarium Sederhana baik cito maupun efektif sesuai standar pelayanan Puskesmas (sesuai Permenkes no. 75 tahun 2014)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan Laboratrium yang dimiliki Puskesmas
Denominator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan Laboratorium yang seharusnya dimiliki Puskesmas
Sumber data	Daftar Inventaris Laboratorium
Standar	Sesuai dengan standar Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Laboratorium Puskesmas

2. Waktu tunggu hasil Pelayanan Laboratorium

Indikator	Waktu tunggu hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan Laboratorium sederhana. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang di survei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 120 menit dan atau sesuai dengan jenis specimen
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Laboratorium Puskesmas

3. Tidak adanya kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium

Indikator	Tidak adanya kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan

	pengelolaan specimen laboratorium
Definisi Operasional	Kejadian
Frekuensi Pengumpulan Data	laboratorium adalah tertukarnya specimen milik orang yang satu dengan orang lain
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	1 bulan dan sentinel
Denominator	Jumlah seluruh specimen laboratorium yang diperiksa dikurangi
Sumber data	tertukar
Standar	Jumlah seluruh specimen laboratorium yang diperiksa
Penanggung Jawab Pengumpul data	Rekam medis, register laboratorium

4. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Indikator	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Register laboratorium
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Laboratorium

5. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan pada Laboratorium
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan yang puas terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Laboratorium

F. PELAYANAN KEFARMASIAN

1. Pemberian Pelayanan Obat

Indikator	Pemberian Pelayanan Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan Obat
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan obat adalah Apoteker/Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai dengan standar Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang ada di ruang/kamar obat sesuai standar Puskesmas
Denominator	Jumlah dan jenis seluruh tenaga yang ada di ruang / kamar obat
Sumber data	Kamar obat
Standar	Sesuai dengan ketentuan pelayanan obat di Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Obat

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Obat

Indikator	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk memberikan pelayanan obat
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan obat adalah ruang dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan obat sesuai dengan standar pelayanan obat Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan obat yang dimiliki Puskesmas
Denominator	Jenis dan Jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan obat yang seharusnya dimiliki Puskesmas

Sumber data	Daftar inventarisasi ruang Obat
Standar	Sesuai standar Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Obat

3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Obat

Indikator	Ketersediaan Formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Formularium Nasional
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	3 bulan
Denominator	Dokumen Formularium
Sumber data	1
Standar	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tersedia dan Updated paling lama 3 tahun

4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan obat
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Obat

5. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan obat
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah

	tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Obat

6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian Obat

Indikator	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi :
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi obat yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan memberi obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi obat yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Obat

7. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan yang puas terhadap pelayanan obat
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan obat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%

Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Obat
---------------------------------	--------------

G. PELAYANAN GIZI PADA PUSKESMAS YANG MEMPUNYAI TENAGA PELAKSANA GIZI

1. Pemberi Pelayanan Gizi

Indikator	Pemberi Pelayanan Gizi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan mutu layanan
Tujuan	Kesiapan puskesmas dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga terlatih gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam standar pelayanan gizi di Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga terlatih gizi yang memberikan pelayanan gizi
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Sesuai dengan standar pelayanan gizi puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Gizi

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi

Indikator	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan mutu layanan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan puskesmas untuk memberikan pelayanan gizi yang sesuai standar
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan standar puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Denominator	1
Sumber data	Daftar Inventaris program gizi
Standar	Sesuai dengan standar pelayanan gizi puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Gizi

3. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Gizi

H. PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Pemberi Pelayanan Rekam Medis

Indikator	Pemberi Pelayanan Rekam Medis
Dimensi Mutu	Kesinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam medis
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan Rekam Medis adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan untuk pelayanan Rekam Medis dan memiliki keterampilan menggunakan komputer.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga rekam medis yang terlatih
Denominator	Jumlah seluruh tenaga rekam medis
Sumber data	Unit rekam medis puskesmas
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Rekam Medis

2. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan

Indikator	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran Rawat Jalan

Definisi Operasional	Dokumen Rekam medik Rawat Jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan / ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 50)
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤ 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Rekam Medis

3. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

Indikator	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu setelah 24 jam selesai pelayanan rawat jalan/setelah pasien pulang/dirujuk, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan tindak lanjut dan resume.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang di survei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Rekam Medis

4. Kelengkapan Informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Indikator	Kelengkapan mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab Dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan Dilakukan
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan lengkap mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 Bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Rekam Medis

I. PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH

1. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Puskesmas

Indikator	Adanya Penanggungjawab Pengelolaan Limbah Puskesmas
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisien dan Efektifitas
Tujuan	Terkelolanya Limbah Puskesmas sesuai peraturan perundangan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas adalah seorang yang terlatih dan ditetapkan oleh Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pengelolaan Limbah puskesmas
Denominator	1
Sumber data	Unit Tata Usaha
Standar	Sesuai dengan ketentuan pengelolaan limbah

	Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Puskesmas

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Puskesmas

Indikator	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Puskesmas
Dimensi Mutu	Keselamatan,
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk pengelolaan Limbah Puskesmas
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Puskesmas adalah ruang, mesin, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah yang dimiliki Puskesmas
Denominator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah yang seharusnya dimiliki Puskesmas
Sumber data	Inventaris Pengelolaan Limbah Puskesmas
Standar	Sesuai dengan standar Puskesmas (Permenkes no. 75 tahun 2014)
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Puskesmas

3. Pengelolaan Limbah Cair

Indikator	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Puskesmas
Dimensi Mutu	Keselamatan,
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Puskesmas untuk pengelolaan Limbah Puskesmas
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Puskesmas adalah ruang, mesin, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah yang dimiliki Puskesmas
Denominator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah yang seharusnya dimiliki Puskesmas
Sumber data	Inventaris Pengelolaan Limbah Puskesmas

Standar	Sesuai dengan standar Puskesmas (Permenkes no. 75 tahun 2014)
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Puskesmas

4. Pengelolaan Limbah Padat

Indikator	Pengelolaan Limbah Padat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan Puskesmas baik pelayanan klinis, penunjang, maupun yang dihasilkan dari pengunjung puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 minggu
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan standar Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Puskesmas

J. ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Peraturan Karyawan Puskesmas

Indikator	Peraturan Karyawan Puskesmas
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM PNS dan Non PNS Puskesmas dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Peraturanseperangkat peraturan yang ditetapkan oleh Puskesmas, berlaku dan meningkat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban dan hak- hak karyawan Puskesmas, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kerja pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Puskesmas
Denominator	1
Sumber data	Tata Usaha

Standar	Ada ditetapkan oleh Kepala Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Puskesmas

2. Daftar Urutan Kepangkatan

Indikator	Daftar Urut Kepangkatan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di Puskesmas
Definisi Operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Analisa	6 Bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Tata Usaha
Standar	Ada dan update data tiap 6 bulan
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

3. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan

Indikator	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian pengelola terhadap upaya perbaikan pelayanan di Puskesmas
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dala satu bulan
Sumber data	Notulen Rapat
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala UPTD Puskesmas

4. Ketepatan waktu pengusulan Kenaikan Pangkat

Indikator	Ketepatan waktu pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Puskesmas terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun untuk kenaikan pangkat di bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Tahun
Periode Analisa	Satu Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya disulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Tata Usaha
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

5. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan Gaji Berkala

Indikator	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan Gaji Berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Puskesmas terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Tata Usaha
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

6. Ketepatan waktu penyusunan Laporan Keuangan

Indikator	Ketepatan waktu penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelola keuangan

	Puskesmas
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikut dalam tiga bulan.
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Tata Usaha
Standar	≥ 90
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

7. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Indikator	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya tertib administrasi Puskesmas dengan menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas Kinerja adalah perwujudan kewajiban Puskesmas untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategis Bisnis Puskesmas dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Tata Usaha
Standar	100 %

Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala UPTD Puskesmas
---------------------------------	-----------------------

K. PELAYANAN MOBIL PUSKESMAS KELILING SEBAGAI AMBULANCE UNTUK PUSKESMAS RAWAT INAP / PUSKESMAS MAMPU PONED

1. Ketersediaan Pelayanan Ambulance

Indikator	Ketersediaan Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersediannya Pelayanan Ambulance 24 Jam di Puskesmas
Definisi Operasional	Mobil Ambulance adalah mobil pengangkut untuk orang sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan Ambulance / mobil Puskesmas Keliling
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala UPTD Puskesmas

2. Penyedia Pelayanan Ambulance

Indikator	Penyedia Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Ambulance oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan Ambulance adalah Supir Ambulance yang terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan Ambulance yang terlatih
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pelayanan Ambulance
Sumber data	Tata Usaha
Standar	Supir Ambulance yang mendapat pelatihan Supir Ambulance
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

3. Kecepatan pemberian pelayanan Ambulance

Indikator	Kecepatan pemberian pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Kenyamanan, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Puskesmas dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Puskesmas sampai tersedianya ambulance, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	≤ 30 menit
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

4. Tidak terjadinya kecelakaan Ambulance

Indikator	Ketersediaan Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersediannya Pelayanan Ambulance 24 Jam di Puskesmas
Definisi Operasional	Mobil Ambulance adalah mobil pengangkut untuk orang sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan Ambulance / mobil Puskesmas Keliling
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala UPTD Puskesmas

5. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan yang puas terhadap pelayanan Ambulance
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh

	pelanggan terhadap pelayanan Ambulance
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung jawab Ambulance

L. PELAYANAN LAUNDRY UNTUK PUSKESMAS RAWAT INAP DAN MAMPU PONED/ PERSALINAN

1. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Indikator	Ketersediaan Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Akses, kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di Puskesmas
Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyimpanan dan penyediaan linen bersih di Puskesmas baik dilakukan oleh Puskesmas atau dipihak ketigakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di Puskesmas
Denominator	1
Sumber data	Catatan linen
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung jawab Laundry

2. Adanya penanggung jawab Pelayanan Laundry

Indikator	Adanya penanggungjawab Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggungjawab penyediaan linen di Puskesmas
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pelayanan Laundry adalah seorang yang terlatih dan ditetapkan oleh Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pengelola dan penyediaan linen di Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung Jawab

	Pelayanan Laundry
Denominator	1
Sumber data	Tata Usaha
Standar	Ditetapkan dengan keputusan Kepala UPTD Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

3. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang Rawat Inap dan ruang pelayanan

Indikator	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang Rawat Inap dan ruang pelayanan
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung jawab Laundry

4. Ketersedian Linen

Indikator	Ketersedian Linen
Dimensi Mutu	Efisiensi , efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Puskesmas dalam mencukupi kebutuhan linen
Definisi Operasional	Ketersedian linen adalah ketersediaan linen yang terdiri dari sprei, sarung bantal, selimut, sticklaken dan pernak dalam jumlah cukup
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di Puskesmas
Sumber data	Inventaris linen
Standar	2 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung Jawab Pengumpul data	Penanggung jawab laundry

M. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA PUSKESMAS

1. Adanya penanggungjawab Pemeliharaan Sarana Puskesmas

Indikator	Adanya penanggungjawab Pemeliharaan Sarana Puskesmas
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasarana Puskesmas
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana adalah seorang yang terlatih dan ditetapkan oleh Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pengelola dan pemeliharaan sarana dan prasarana Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana Puskesmas
Denominator	1
Sumber data	Tata Usaha
Standar	Ditetapkan dengan Keputusan Kepala UPTD Puskesmas
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

2. Ketepatan waktu kalibrasi alat

Indikator	Ketepatan waktu kalibrasi alat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efisiensi
Tujuan	Tersedianya alat ukur yang memiliki akurasi saat digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Waktu Pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tata Usaha

N. PENCEGAHAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Indikator	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung, dan petugas dari infeksi nosocomial
Definisi Operasional	APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Puskesmas, seperti: masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan baju.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survei
Standar	≥ 85 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator PPI Puskesmas

2. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas

Indikator	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
Definisi Operasional	Alat pelindung diri adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Puskesmas, seperti : masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan baju.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 1 bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survei observasi
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Koordinator PPI Puskesmas

O. PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN

1. Penyuluhan kelompok 4 x @ 60 menit

Indikator	Penyuluhan kelompok 4 x @60 menit dalam kurun waktu 1 bulan
Dimensi Mutu	Kualitas dan keselamatan
Tujuan	Menjalin komunikasi antar individu agar terbangun pengertian yang sama
Definisi Operasional	Penyuluhan kelompok oleh petugas di dalam gedung Puskesmas adalah penyampaian informasi kesehatan kepada sasaran pengunjung Puskesmas > 5 orang yang dilaksanakan oleh petugas, dilaksanakan minimal 48 kali dalam satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan.
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyuluhan kelompok dalam gedung Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun
Denominator	Jumlah penyuluhan kelompok dalam gedung Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun
Sumber data	Catatan lengkap (daftar hadir, materi, pembicara) Register penyuluhan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Pengelola Program Promkes

2. Pengelola Program Promosi Kesehatan

Indikator	Pengelola Program Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Adanya kejelasan pengelola program Promosi Kesehatan (Promkes) di Puskesmas
Definisi Operasional	Pengelola program Promosi Kesehatan adalah seorang tenaga kesehatan yang terlatih dan ditetapkan oleh Kepala Puskesmas sebagai pengelola Program Promosi Kesehatan di Puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Pengelola Program Promkes
Denominator	1
Sumber data	Tata Usaha
Standar	Ditetapkan dengan Keputusan Kepala UPTD Puskesmas
Penanggung Jawab	Tata Usaha

Pengumpul data	
----------------	--

3. Promosi untuk pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan 12 x @ 120 Menit

Indikator	Promosi untuk pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan 12 x @ 120 menit
Dimensi Mutu	Kualitas dan keselamatan
Tujuan	Penyampaian informasi kesehatan kepada masyarakat khusus/tempat pertemuan masyarakat, dengan waktu ± 10-15 menit dengan materi sesuai isu aktual/masalah kesehatan setempat dengan didukung alat bantu/media penyuluhan
Definisi Operasional	Promosi untuk pemberdayaan masyarakat .Bidang Kesehatan adalah penyampaian informasi Kesehatan kepada sasaran/masyarakat (5-30 orang) yang dilaksanakan oleh petugas, dilaksanakan 1 kali sebulan di setiap RW/Posyandu di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun (Jumlah RW/Posyandu x 12 kali)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah penyuluhan kelompok di masyarakat RW/Posyandu dalam kurun waktu satu tahun
Denominator	Jumlah Rw/Posyandu di wilayah kerja Puskesmas x 12 kali dalam kurun waktu satu tahun
Sumber data	Catatan/Daftar Hadir Register penyuluhan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Pengelola Promkes

P. PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN

1. Pengawasan Lingkungan Puskesmas

Indikator	Pengawasan Sarana dan Fasilitas Lingkungan Puskesmas
Dimensi Mutu	Kualitas
Tujuan	Diketahuinya keadaan Kesehatan Lingkungan Puskesmas
Definisi Operasional	Pengawasan Sarana dan Fasilitas Lingkungan Puskesmas adalah kegiatan penilaian dan pengawasan serta pengendalian lingkungan yang meliputi sarana sanitasi dasar makanan dan minuman, pengawasan binatang pengganggu, pengawasan

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah unit pelayanan yang diperiksa
Denominator	Jumlah seluruh unit pelayanan
Sumber data	Kesehatan Lingkungan Puskesmas
Standar	80% puskesmas memenuhi syarat
Penanggung Jawab Pengumpul data	Pengelola Kesehatan Lingkungan

2. Inspeksi Sanitasi Sarana Air Minum






Indikator	Inspeksi Sanitasi Sarana Air Minum
Dimensi Mutu	Kualitas dan keselamatan
Tujuan	Diketahuinya gambaran mengenai keadaan sarana sanitasi dan kualitas air sebagai data dasar untuk memberikan rekomendasi untuk pengamanan kualitas air
Definisi Operasional	Inspeksi Sanitasi Sarana Air Minum adalah pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap fisik sarana dan kualitas air minum yang dilaksanakan oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah sarana Air Minum diperiksa yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun
Denominator	Jumlah sarana Air Minum yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun
Sumber data	Jumlah rumah yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun
Standar	75 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Petugas Kesehatan Lingkungan (Sanitarian)



 PIt.BUPATi SUBANG,



 ATING RUSNATIM

PILAR KORDUMASI	
Govt Kab. Subang	
Asisten Pamarintah/Kantor	
Kepala Dinas Kesehatan	
Korng Petak Lemb. Yut. Subang	
Burukbe Dinas Kesehatan	
Pelayanan Kesehatan	

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI SUBANG

NOMOR : 107 Tahun 2018

TANGGAL : 4 - 12 - 2018

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA
TEKNIS PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT YANG MENRAPKAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN SPM BLUD

NO	JENIS LAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA PENCAPAIAN TAHUN					PENANGGUNG JAWAB
		JENIS	URAIAN			I	II	III	IV	V	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100 %							
			2. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat (ATLS /BTLS /ACLS /PPGD/GE LS) yang masih berlaku	100%							
			3. Ketersediaan alat kesehatan sesuai standar	Sesuai							
		Proses	1. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam							
			2. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang							
		Output	Pasien pulang setelah ditangani/dirujuk	100%							
		Outcome	Kepuasan pasien	> 80%							
2.	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Pemberi pelayanan di Poliklinik umum	100 % Dokter							
			2. Pemberi pelayanan di poliklinik gigi	100 % Dokter gigi							
			3. Pemberi pelayanan di KIA	100% Bidan							

				minimal D3							
			4. Ketersediaan alat kesehatan sesuai standar	Sesuai Permenkes Nomor 75 tahun 2014							
		Proses	1. Jam buka pelayanan	Sesuai dengan ketentuan yang berlaku							
			2. Proses pendaftaran pasien sesuai prosedur	100%							
			3. Kepatuhan hand hygiene	100%							
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit							
		Output	1. Peresepan obat sesuai formularium Nasional	100 %							
			2. Pencatatan dan pelaporan pelayanan Rawat Jalan di Puskesmas	100%							
		Outcome	Kepuasan pasien	≥ 70 %							
3.	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Pemberi pelayanan	100%							
			2. Ketersediaan alat kesehatan sesuai standar	Sesuai Permenkes no. 75 tahun 2014							
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100%							
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%							
		Proses	1. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %							

			2. Jam visite dokter	08.00 s.d 14.00							
			3. Kepatuhan hand hygiene	100 %							
			4. Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100 %							
		Output	1. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	100%							
			2. Kematian pasien \geq 48 jam	< 1%							
		Outcome	Kepuasan pasien	\geq 70 %							
4.	Pelayanan Persalinan	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter umum / bidan							
			2. Adanya tim PONEB	Tim PONEB terlatih							
			3. Ketersediaan alat kesehatan ruangan dan perlengkapan sesuai standar	Sesuai Permenkes Nomor 75 tahun 2014							
		Proses	1. Pelayanan kontrasepsi oleh dokter umum atau bidan terlatih	100 %							
			2. Kepatuhan hand hygiene	100 %							
		Output	Kematian ibu karena persalinan	0 %							
		Outcome	Kepuasan pasien	\geq 80 %							
5.	Pelayanan Laboratorium Sederhana	Input	Tenaga analis	Min D3 Analis kesehatan terlatih							
			Ketersediaan Fasilitas dan peralatan serta ruangan	Sesuai Permenkes no. 75 tahun 2014							

		Proses	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 menit dan atau sesuai ketentuan jenis spesimen							
			2. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100 %							
		Output	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %							
		Outcome	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %							
6.	Pelayanan Farmasi /Obat	Input	1. Pemberi pelayanan Farmasi	Sesuai standar							
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi dan ruang pelayannya	Sesuai standar							
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 tahun							
		Proses	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit							
			2. waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit							
		Output	Tidak adanya kejadian salah pemberian obat	100 %							
		Outcome	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %							
7.	Pelayanan Gizi	Input	1. Pemberi/petugas PelayananGizi	Petugas gizi sesuai kompetensi							
			2. Ketersediaan formularium	Tersedia							

		Outcome	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %							
8.	Pelayanan Rekam Medis	Input	Pemberi pelayanan rekam medic	100% tenaga terlatih							
			Sarana dan prasarana, ruangan	Sesuai Permenkes Nomor 75 Tahun 2014							
		Proses	Waktu penyediaan dokumen rekam medik	≤ 15 menit							
		Output	1. Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %							
			2. Kelengkapan informed consen setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %							
		Outcome	Kepuasan pelanggan	≥80 %							
9.	Pengelolaan Limbah	Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah puskesmas	Ada							
			2. Ketersediaan pasilitas dan peralatan pengelolaan limbah puskesmas padat, cair	Sesuai peraturan perundangan							
		Proses	1. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan							
			2. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan							
10.	Administrasi Manajemen	Input	1. adanya kelengkapan dokumen dan daftar urutan kepangkatan karyawan	100 %							

			2. Adanya tenaga pengelola keuangan	100%							
			3. kelengkapan laporan akuntabilitas keuangan	100%							
		Proses	1. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	80%							
			2. Ketepatan Penyusunan laporan keuangan	Sebelum tanggal 10/bulan							
			3. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%							
			4. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%							
11.	Pelayanan mobil Puskesmas Keliling (ambulance)	Input	1. Ketersediaan pelayanan mobil Puskesmas keliling	24 jam							
			2. Penyedia pelayanan mobil puskesmas keliling	Sopir ambulans terlatih							
		Proses	1. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance	≤ 30 menit							
			2. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit							
		Output	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance	100%							
		Outcome	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %							
12.	Pelayanan Laundry	Input	1. Adanya penanggung jawab laundry	Tersedia							
			2. Ketersediaan fasilitas laundry dan linen	tersedia							
		Proses	Ketepatan waktu penyediaan linen	100%							
13.	Pelayanan Pemeliharaan sarana dan	Input	Adanya penanggungjawab pemelihara, standar pemeliharaan, dan anggaran	100 %							
		Proses	Pemeliharaan sesuai dengan kondisi	Sesuai							

	Prasarana puskesmas		yang ditetapkan oleh Pimpinan BLUD	kondisi							
		Output	Peralatan kesehatan yang dikalibrasi	80%							
			Bangunan/ruang yang terpelihara	80%							
		Outcome	Kepuasan pelanggan	80%							
14.	Pencegahan Pengendalian infeksi di dalam pelayanan	Input	Tersedianya alat pelindung diri	100%							
		Proses	kepatuhan penggunaan alat pelindung diri saat bertugas	100%							
15.	Pelayanan Promosi kesehatan	Input	1. Pemberi/petugas Pelayanan Promosi Kesehatan	Petugas promkes sesuai kompetensi							
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan promosi kesehatan dan media promosi di puskesmas	Tersedia							
		Proses	1. Penyuluhan dalam gedung 4x @60 menit per bulan	100%							
			2. Penyuluhan diluar gedung 12x @120 menit per tahun per RW/Posyandu	100%							
			3. Pemberian Konsultasi	≥ 80 %							
16.	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Input	1. petugas Pelayanan kesehatan lingkungan	100 %							
			2. Ketersediaan ruang, fasilitas dan peralatan pelayanan kesehatan lingkungan dan konsultasi	Sesuai kondisi							
		Proses	1. Pengawasan sarana sanitasi dasar dan fasilitas lingkungan Puskesmas	Sesuai standar							
				2. Pengawasan Makanan dan minuman di lingkungan	sesuai standar						

Proses	1. Pengawasan sarana sanitasi dasar dan fasilitas lingkungan Puskesmas	Sesuai standar							
	2. Pengawasan Makanan dan minuman di lingkungan puskesmas (dapur dan kantin puskesmas)	sesuai standar							
	3. Infeksi Sanitasi Sarana Air Minum puskesmas, sampah dan limbah	Sesuai standar							
	4. Pengawasan binatang pengganggu di lingkungan puskesmas	Sesuai setandar							
	5. Pengawasan kebisingan dan pencemaran lingkungan Puskesmas	Sesuai standar							
	6. Memberikan konsultasi sanitasi	Sesuai standar							
	Output	Puskesmas yang memnuhi syarat kesehatan (laik sehat) Puskesmas bersih tanpa sampah	≥80%						
Outcome	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %							

PARAF KOORDINASI	
Sekda Kab. Subang	
Asisten Pemintah / Kesra	
Kepala Dinas Kesehatan	
Kabag Hukum Sekda Kab. Subang	
Sekretaris Dinas Kesehatan	
pelaksana keschata	



Pit. BUPATI SUBANG,

ATING RUSNATIM

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI SUBANG

NOMOR : 107 Tahun 2018
TANGGAL : 4 - 12 - 2018
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT
PELAKSANA TEKNIS DAERAH PUSAT
KESEHATAN MASYARAKAT YANG
MENERAPKAN BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH.

SPM WAJIB BIDANG KESEHATAN

A. Indikator Standar Pelayanan Minimal Wajib Bidang Kesehatan

1. Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar;
2. Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai dengan standar;
3. Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar;
4. Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar;
5. Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai dengan standar;
6. Setiap warga negara Indonesia usia 15 (lima belas) sampai dengan 59 (lima puluh Sembilan) tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai dengan standar;
7. Setiap warga negara Indonesia usia 60 (enam puluh) tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai dengan standar;
8. Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar;
9. Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar;
10. Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar;
11. Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai dengan standar; dan
12. Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna narkoba, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai dengan standar.

B. Jenis Layanan Standar Pelayanan Minimal Wajib Bidang Kesehatan

NO.	JENIS LAYANAN	MUTU LAYANAN DASAR	PENERIMA LAYANAN DASAR	PERNYATAAN STANDAR	TARGET TAHUNAN					KETERANGAN
					2019	2020	2021	2022	2023	
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12
1.	Pelayanan kesehatan ibu hamil	Sesuai standar pelayanan antenatal	Ibu hamil	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
2.	Pelayanan Kesehatan ibu bersalin	Sesuai standar pelayanan persalinan	Ibu bersalin	Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
3.	Pelayanan kesehatan bayi baru lahir	Sesuai standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir	Bayi baru lahir	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
4.	Pelayanan Kesehatan balita	Sesuai standar pelayanan kesehatan balita	Balita	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12
5.	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	Sesuai standar skrining kesehatan usia pendidikan dasar	Anak pada usia pendidikan dasar	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
6.	Pelayanan kesehatan pada usia produktif	Sesuai standar skrining kesehatan usia produktif	Warga Negara Indonesia usia 15 (lima belas) s.d. 59 (lima puluh sembilan) tahun	Setiap warga negara Indonesia usia 15 (lima belas) s.d. 59 (lima puluh sembilan) tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
7.	Pelayanan Kesehatan pada usia lanjut	Sesuai standar skrining kesehatan usia lanjut	Warga negara Indonesia usia 60 (enam puluh) tahun ke atas	Setiap warga negara Indonesia usia 60 (enam puluh) tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12
8.	Pelayanan kesehatan penderita hipertensi	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi	Penderita hipertensi	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
9.	Pelayanan kesehatanm penderita <i>diabetes melitus</i>	Pelayanan kesehatan penderita <i>diabetes melitus</i>	Penderita <i>diabetes melitus</i>	Setiap penderita <i>diabetes mellitus</i> mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
10.	Pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat	Sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa	Orang dengan gangguan jiwa berat	Setiap orang dengan gangguan jiwa berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
11.	Pelayanan kesehatan orang dengan <i>tuberkulosis</i>	Sesuai standar pelayanan kesehatan <i>tuberkulosis</i>	Orang dengan <i>tuberkulosis</i>	Setiap orang dengan <i>tuberculosis</i> mendapatkanpelayanan <i>tuberkulosis</i> sesuaistandar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12
12.	Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi <i>humanimmunodeficiencyvirus</i>	Sesuai standar mendapatkan pemeriksaan <i>humanimmunodeficiencyvirus</i>	Orang berisiko terinfeksi <i>humanimmunodeficiencyvirus</i> (ibu hamil, pasien <i>tuberculosis</i> , pasien infeksi menular seksual, waria/transgender, pengguna narkoba psikotropik adan zat adiktif, serta warga binaan lembaga pemasyarakatan)	Setiap orang berisiko terinfeksi <i>humanimmunodeficiencyvirus</i> (ibu hamil, pasien <i>tuberculosis</i> pasien infeksi menular seksual, waria/transgender, pengguna narkoba psikotropika dan zat adiktif, serta warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan <i>humanimmunodeficiencyvirus</i> sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100	

C. Penjelasan indikator Standar Pelayanan Minimal Wajib Bidang Kesehatan

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

a.	Pernyataan standar	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan <i>antenatal</i> sesuai standar
b.	Dimensi mutu	Jaminan pemberian pelayanan yang diberikan yang berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan sifat petugas yang dipercaya oleh pelanggan. Dimensi mutu meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan.
c.	Pengertian	<p>Pelayanan <i>antenatal</i> sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 (empat) kali kunjungan ke-4 (K4) selama kehamilan dengan jadwal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 kali pada trimester I; 2) 1 kali pada trimester II; dan 3) 2 kali pada trimester III; <p>Dilakukan oleh bidan/dokter/dokter spesialis kebidanan dan kandungan yang memiliki Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik.</p>
d.	Standar pelayanan	<p>Memenuhi kriteria 10 T:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Timbang berat badan dan ukur tinggibadan; 2) Ukur tekanan darah; 3) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/ LILA); 4) Ukur tinggi puncak rahim(<i>fundus uteri</i>); 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ); 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi <i>tetanus toksoid</i> (TT) bila diperlukan; 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet selama kehamilan; 8) Tes laboratorium yang pemberiannya disesuaikan dengan trimester kehamilan; <ol style="list-style-type: none"> a) Tes kehamilan; b) Pemeriksaan haemoglobin darah (Hb); c) Pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan); dan d) Pemeriksaan protein urin (bila diindikasikan); 9) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan; dan

		10) Temu wicara(konseling).
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil kunjungan ke-4 (K4) sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satutahun.
f.	Rumus penghitungan kinerja persentase ibu hamil mendapatkan pelayanan <i>antenatal</i> sesuaistandar	
	<i>Numerator</i>	Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan kunjungan ke-4 (K4) di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah danswasta.
	<i>Denominator</i>	Jumlah semua ibu hamil dengan umur kehamilan 28 (dua puluh delapan) minggu atau lebih di wilayah Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun.
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendataan ibuhamil; 2) Pemeriksaan kehamilan/<i>antenatal care</i> (ANC); 3) Pemberian buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); 4) Pencatatan dan pelaporan;dan 5) Rujukan <i>antenatal care</i> (ANC) bila diperlukan.
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem informasi pusat kesehatan masyarakat; 2) Sistem informasi rumah sakit; 3) Sistem informasi kesehatan daerah.
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan; 2) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer(DLP); 3) Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan.
k.	Sumber data:	<i>Kohort</i> ibu hamil, pemantauan wilayah setempat (PWS)
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpulan data dan pelaporan	Bidan koordinator kesehatan ibu dan anak.

2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

a.	Pernyataan standar	Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	<p>Jaminan pemberian pelayanan yang diberikan berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan sifat petugas yang dipercaya oleh pelanggan.</p> <p>Dimensi mutu meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan</p>
c.	Pengertian	<p>Pelayanan persalinan sesuai standar adalah persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan; dan/atau 2) Dokter; dan/atau 3) Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan yang memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik dan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. <p>Fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pusat kesehatan masyarakat; 2) Pusat kesehatan masyarakat pembantu; 3) Bidan praktik mandiri; 4) Klinik pratama dan klinik utama; dan 5) Rumah sakit pemerintah dan swasta.
d.	Standar pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Persalinan normal: Mengacu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual; 2) Persalinan dengan komplikasi: Mengacu Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Rujukan.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu bersalin dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

f.	Rumus penghitungan kinerja persentase ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar	
	<i>Numerator</i>	Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan
	<i>Denominator</i>	Jumlah semua ibu bersalin yang ada di wilayah Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendataan ibu bersalin; 2) Pelayanan persalinan; 3) Pengisian dan pemanfaatan kesehatan ibu dan anak (KIA); 4) Pencatatan dan pelaporan; dan 5) Rujukan pertolongan persalinan jika diperlukan
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem informasi pusat kesehatan masyarakat; 2) Sistem informasi rumah sakit; dan 3) Sistem informasi kesehatan daerah.
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan; 2) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer (DLP); dan 3) Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan.
k.	Sumber data	<i>Kohort</i> ibu hamil, pemantauan wilayah setempat (PWS)
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Bidan koordinator kesehatan ibu dan anak (KIA)

3. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

a.	Pernyataan standar	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	Jaminan pemberian pelayanan yang diberikan berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan sifat petugas yang dipercaya oleh pelanggan. dimensi mutu meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan
c.	Pengertian	<p>Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan pada bayi usia 0-28 (nol sampai dua puluh delapan hari), dilakukan oleh:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan;dan/atau 2) Perawat;dan/atau 3) Dokter;dan/atau 4) Dokter Spesialis Anak. <p>yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) di fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>Fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pusat kesehatanmasyarakat; 2) Pusat kesehatan masyarakat pembantu; 3) Tempat praktek tenaga kesehatan (Praktek Bidan, Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan); 4) Klinik pratama dan klinik utama;dan 5) Rumah sakit pemerintah dan swasta.
d.	Standar pelayanan	Mengacu kepada pelayanan <i>neonatal</i> esensial sesuai yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan paket pelayanan kesehatan bayi baru lahir dinilai dari persentase jumlah bayi baru lahir usia 0-28 (nol sampai dua puluh delapan) hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standardi wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

f.	Rumus penghitungan kinerja persentase bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar.	
	<i>Numerator</i>	Jumlah bayi baru lahir usia 0-28 (nol sampai dua puluh delapan) hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai dengan standar
	<i>Denominator</i>	Jumlah semua bayi baru lahir di wilayah Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun.
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendataan bayi barulahir; 2) Pelayanan kesehatan bayi barulahir; 3) Pengisian dan pemanfaatan buku kesehatan Ibu dan Anak (KIA); 4) Pencatatan dan pelaporan; dan 5) Rujukan pertolongan kasus komplikasi pada bayi baru lahir bila diperlukan.
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem informasi pusat kesehatan masyarakat; 2) Sistem informasi rumah sakit; 3) Sistem informasi kesehatan daerah.
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan; 2) Perawat; 3) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer (DLP); dan 4) Dokter Spesialis Anak.
k.	Sumber data	<i>Kohort</i> bayi
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Bidan koordinator kesehatan ibu dan anak (KIA).

4. Pelayanan Kesehatan Balita

a.	Pernyataan standar	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
b.	Dimensi mutu	<p>Jaminan pemberian pelayanan yang diberikan berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan sifat petugas yang dipercaya oleh pelanggan.</p> <p>Dimensi mutu meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan.</p>
c.	Pengertian	<p>Pelayanan kesehatan balita sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anak berusia 0-59 (nol sampai lima puluh sembilan) bulan dan dilakukan oleh:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan; dan/atau 2) Perawat; dan/atau 3) Dokter/DLP; dan/atau 4) Dokter Spesialis Anak. <p>yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan diberikan di fasilitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kesehatan pemerintah maupun swasta; dan 2) Upaya kesehatan bersumber daya manusia (Posyandu).
d.	Standar pelayanan	<p>Pelayanan kesehatan, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penimbangan, minimal 8 (delapan) kali dalam 1 (satu) tahun; 2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun; 3) Pemberian kapsul vitamin A 100.000 IU, 1 (satu) kali untuk bayi 6 (enam) sampai 11 (sebelas) bulan; 4) pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi, minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun; 5) pemberian imunisasi dasar lengkap; dan 6) pemberian imunisasi <i>booster</i>.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	<p>Dalam memberikan pelayanan kesehatan balita usia 0-59 (nol sampai lima puluh sembilan) bulan dinilai dari cakupan balita yang mendapat pelayanan kesehatan balita sehat sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p>

f.	Rumus penghitungan kinerja Persentase anak usia 0-59 (nol sampai lima puluh sembilan) bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan balita sesuai standar.	
	<i>Numerator</i>	Jumlah balita usia 0-59 (nol sampai lima puluh sembilan) bulan yang mendapat pelayanan kesehatan balita sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun
	<i>Denominator</i>	Jumlah balita usia 0-59 (nol sampai lima puluh sembilan) bulan yang ada di wilayah kerja Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun.
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendataan balita usia 0-59 (nol sampai lima puluh sembilan) bulan; 2) Pemberian pelayanan kesehatan balita; dan 3) Pencatatan dan pelaporan.
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem informasi pusat kesehatan masyarakat; 2) Sistem informasi rumah sakit; dan 3) Sistem informasi kesehatan daerah.
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan; 2) Perawat; 3) Tenaga Gizi; 4) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer (DLP); dan 5) Dokter Spesialis Anak.
k.	Sumber data	Kader pos pelayanan terpadu (posyandu)
l.	frekuensi pengumpulan data:	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap semester
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Bidan koordinator kesehatan ibu dan anak (KIA)

5. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar

a.	Pernyataan standar	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuaistandar
b.	Dimensi mutu	Cepat tanggap dimasukkan kedalam kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan. Harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Pelayanan kesehatan yang responsif ditentukan oleh sikap staf yang didepan karena berhubungan langsung dengan para pengguna jasa dan keluarganya.
c.	Pengertian	Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar adalah penjangkaran kesehatan yang diberikan kepada anak usia pendidikan dasar, minimal satu kali pada kelas 1 (satu) dan kelas 7 (tujuh) yang dilakukan oleh pusat kesehatan masyarakat dan pemberian imunisasi anak sekolah.
d.	Standar pelayanan	Standar pelayanan penjangkaran kesehatan adalah pelayanan yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Penilaian status gizi (tinggi badan, berat badan, tanda klinis anemia); 2) Penilaian tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas); 3) Penilaian kesehatan gigi danmulut; 4) Penilaian ketajaman indera penglihatan dengan <i>Poster Snellen</i>; 5) Penilaian ketajaman indera pendengaran dengan garpu tala; dan 6) Pemberian imunisasi anak sekolah.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar sesuai standar di wilayah Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	Persentase anak usia pendidikan dasar yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.

	<i>Numerator</i>	Jumlah anak usia pendidikan dasar kelas 1 (satu) dan 7 (tujuh) yang mendapat pelayanan skrining kesehatan di satuan pendidikan dasar.
	<i>Denominator</i>	Jumlah semua anak usia pendidikan dasar kelas 1 (satu) dan 7 (tujuh) yang ada di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendataan anak usia pendidikan dasar; 2) Prapenjarangan: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Informed consent</i>; dan b) Pembagian Buku Rapor Kesehatanku dan penjelasan penggunaan; 3) Pelaksanaan penjarangan kesehatan dan imunisasi anak sekolah; 4) Pelaksanaan tindak lanjut hasil penjarangan kesehatan: <ol style="list-style-type: none"> a) Rujukan jika diperlukan; dan b) Komunikasi informasi edukasi (KIE); 5) Pencatatan dan pelaporan.
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem informasi pusat kesehatan masyarakat; dan 2) Sistem informasi kesehatan daerah.
j.	Sumber daya manusia	Tim usaha kesehatan sekolah (UKS)
k.	Sumber data	Laporan pencatatan dan laporan skrining
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap tahun
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap tahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Petugas promosi kesehatan (Promkes).

6. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif

a.	Pernyataan standar	Setiap warga Negara Indonesia (WNI) usia 15-59 (lima belas sampai lima puluh sembilan) tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.
c.	Pengertian	<p>Pelayanan skrining kesehatan usia 15 - 59 (lima belas sampai lima puluh sembilan) tahun sesuai standar adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelayanan skrining kesehatan usia 15-59 (lima belas sampai lima puluh sembilan) tahun diberikan sesuai kewenangan oleh: <ol style="list-style-type: none"> a) Dokter; b) Bidan; c) Perawat; d) Nutrisisionis/Tenaga Gizi; dan e) Petugas pelaksana pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM) terlatih. 2) Dilakukan di: <ol style="list-style-type: none"> a) Pusat kesehatan masyarakat dan jaringannya; b) Posbindu penyakit tidak menular (PTM); dan c) Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang bekerjasama dengan pemerintah daerah. 3) Minimal dilakukan satu tahun sekali.
d.	Standar pelayanan	<p>Standar pelayanan skrining kesehatan usia 15-59 (lima belas sampai lima puluh sembilan) tahun meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Deteksi kemungkinan obesitas dilakukan dengan memeriksa: <ol style="list-style-type: none"> a) Tinggi badan (TB); b) Berat badan (BB); dan c) Lingkar perut. 2) Deteksi hipertensi dengan memeriksa tekanan darah sebagai pencegahan primer;

		<p>3) Deteksi kemungkinan <i>diabetes mellitus</i> menggunakan tes cepat guladarah;</p> <p>4) Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku;</p> <p>5) Pemeriksaan ketajaman penglihatan;</p> <p>6) Pemeriksaan ketajaman pendengaran;</p> <p>7) Deteksi dini kanker dilakukan melalui:</p> <p>a) Pemeriksaan payudara klinis dan</p> <p>b) Pemeriksaan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) khusus untuk wanita usia 30- 59 (tiga puluh sampai limapuluh sembilan) tahun. Pengunjung yang ditemukan menderita kelainan wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut.</p>
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan skrining kesehatan warga Negara Indonesia (WNI) berusia 15-59 (lima belas sampai lima puluh Sembilan) tahun dinilai dari persentase pengunjung usia 15-59 (lima belas sampai lima puluh Sembilan) tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.
f.	Rumus penghitungan kinerja	
	Persentase warga Negara Indonesia usia 15-59 (lima belas sampai lima puluh sembilan) tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.	
	<i>Numerator</i>	Jumlah pengunjung usia 15-59 (lima belas sampai lima puluh sembilan) tahun mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun.
	<i>Denominator</i>	Jumlah warga Negara Indonesia usia 15-59 (lima belas sampai lima puluh sembilan) tahun yang ada di wilayah Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<p>1) Skrining faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) dan gangguan mental emosional dan perilaku;</p> <p>2) Konseling tentang faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) dan gangguan</p>

		mental emosional dan perilaku;
		<ol style="list-style-type: none"> 3) Pelatihan teknis petugas skrining kesehatan bagi tenaga kesehatan dan petugas pelaksana 4) Pos pemninaan terpadu penyakit tidak menular (kader Posbindu PTM); penyediaan sarana dan prasarana skrining kit pos bidan desa penyakit tidak menular (Kit Posbindu PTM); 5) Pelatihan surveilans faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) berbasis web; 6) Pelayanan rujukan kasus ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP); 7) Pencatatan dan Pelaporan faktor risiko penyakit tidak menular (PTM);dan 8) Monitoring dan evaluasi.
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Laporan fasilitas pelayanan kesehatan; rapor kesehatanku untuk peserta didik 2) SMP/MTs, SMA/MA/SMK; 3) Laporan monitoring faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) berbasis pos pembinaan terpadu (Posbindu); 4) Pelayanan terpadu penyakit tidakmenular (PANDU PTM), yaitu laporan monitoring faktor risiko penyakit tidak menular berbasis fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP);dan 5) Portal <i>website</i> penyakit tidak menular (PTM).
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter; 2) Bidan; 3) Perawat; 4) Nutrisionis/Petugas Gizi;dan 5) Petugas pelaksana pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM) terlatih.
k.	Sumber data	Laporan pos pelayanan terpadu
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator penyakit tidak menular (PTM)

	dan pelaporan	pusat kesehatan masyarakat
--	---------------	----------------------------

7. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut

a.	Pernyataan standar	Setiap warga Negara Indonesia (WNI) usia 60 (enam puluh) tahun keatas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.
b.	Dimensi mutu	Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.
c.	Pengertian	<p>Pelayanan skrining kesehatan warga Negara Indonesia (WNI) usia 60 (enam puluh tahun) tahun keatas sesuai standar adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelayanan skrining kesehatan diberikan sesuai kewenangan oleh: <ol style="list-style-type: none"> a) Dokter; b) Bidan; c) Perawat; d) Nutrisisionis/Tenaga Gizi;dan e) Kader Posyandu Lansia/Posbindu. 2) Dilakukan di: <ol style="list-style-type: none"> a) Pusat kesehatan masyarakat dan jaringannya; b) Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;dan c) Kelompok Lansia yang bekerjasama dengan pemerintah daerah; 3) Minimal dilakukan satu tahun sekali
d.	Standar pelayanan	<p>Standar pelayanan skrining kesehatan warga Negara Indonesia (WNI) usia 60 (enam puluh) tahun keatas meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Deteksi hipertensi dengan mengukur tekanan darah; 2) Deteksi <i>diabetes melitus</i> dengan pemeriksaan kadar gula darah; 3) Deteksi kadar kolesterol dalam darah; dan 4) Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku termasuk kepikunan,

		dengan menggunakan: a) <i>Mini Cog</i> atau <i>Mini Mental Status Examination (MMSE)</i> /Tes Mental Mini;
		b) <i>Abreviated Mental Test (AMT)</i> ;dan c) <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> . Pengunjung yang ditemukan memiliki faktor risiko, wajib dilakukan intervensi secara dini pengunjung yang ditemukan menderita penyakit wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan skrining kesehatan warga Negara Indonesia (WNI) usia 60 (enam puluh) tahun keatas dinilai dari persentase pengunjung usia 60 (enam puluh) tahun keatas yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 (satu) kali di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.
f.	Rumus penghitungan kinerja persentase warga Negara Indonesia (WNI) usia 60 (enam puluh) tahun keatas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	
	<i>Numerator</i>	Jumlah pengunjung usia 60 (enam puluh) tahun keatas yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 (satu) kali dalam kurun waktu satu tahun.
	<i>Denominator</i>	Jumlah semua penduduk usia 60 (enam puluh) tahun keatas yang ada di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) Pendataan lansia; 2) Skrining kesehatan lansia; 3) Pemberian buku kesehatan lansia; 4) Pelayanan rujukan;dan 5) Pencatatan dan pelaporan.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) Sistem informasi pusat kesehatan masyarakat; 2) Laporan fasilitas pelayanan kesehatan; 3) Buku kesehatan lansia; 4) Laporan monitoring faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) berbasis Posbindu; 5) Pelayanan laporan monitoring faktor risiko penyakit tidak menular (PTM)

		berbasis FKTP (pelayanan terpadu penyakit tidak menular /PANDU PTM); dan
		6) Portal <i>website</i> penyakit tidak menular (PTM).
j.	Sumber daya manusia	1) Bidan; 2) Perawat; 3) Tenaga Gizi; dan 4) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer (DLP).
k.	Sumber data	Pusat kesehatan masyarakat, pusat pembinaan terpadu, pusat pembinaan terpadu lansia
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Koordinator lanjut usia (Lansia) pusat kesehatan masyarakat

8. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi

a.	Pernyataan standar	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
b.	Dimensi mutu	Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.
c.	Pengertian	1) Sasaran adalah penduduk usia 15 (lima belas) tahun keatas 2) Penderita hipertensi esensial atau hipertensi tanpa komplikasi: a) Memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar; b) Upaya promosi kesehatan melalui modifikasi gaya hidup; c) Di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP); 3) Penderita hipertensi dengan komplikasi (jantung, stroke, penyakit ginjal kronis, <i>diabetes melitus</i> dirujuk ke fasilitas

		kesehatan tingkat lanjut (FKTL) yang mempunyai kompetensi penanganan komplikasi.
d.	Standar pelayanan	<p>Standar pelayanan kesehatan penderita Hipertensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengikuti Panduan Praktik Klinik bagi Dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) 2) Melakukan pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> a) Pemeriksaan dan monitoring tekanan darah; b) Edukasi; c) Pengaturan diet seimbang; d) Aktifitas fisik; dan e) Pengelolaan farmakologis. 3) Mempertahankan tekanan darah: <ol style="list-style-type: none"> a) Usia dibawah 60 (enam puluh) tahun kurang dari seratus empat puluh per sembilan puluh milimeter airaksa (< 140/90 mmHg); dan b) Usia 60 (enam puluh) tahun dan lebih kurang dari seratus lima puluh persembilan puluh milimeter air raksa (<150/90 mmHg). Apabila tekanan darah tidak dapat dipertahankan atau mengalami komplikasi, penderita dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL).
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita hipertensi, dinilai dari persentase jumlah penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	
	persentase penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.	
	<i>Numerator</i>	Jumlah penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun
	<i>Denominator</i>	Jumlah estimasi penderita hipertensi berdasarkan angka prevalensi Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun yang sama (berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Tahun 2013.

	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendataan penderita hipertensi di wilayah kerjanya; 2) Melakukan skrining faktor risiko hipertensi untuk seluruh pasien di FKTP; 3) Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar berupa : <ol style="list-style-type: none"> a) Edukasi tentang diet makanan; b) Edukasi aktivitas fisik; dan c) Terapi farmakologi. 4) Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) untuk pencegahan komplikasi; 5) Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang hipertensi bagi tenaga kesehatan, termasuk pelatihan surveilans faktor risiko hipertensi berbasis <i>web</i>; 6) Penyediaan peralatan kesehatan hipertensi; 7) Penyediaan obat hipertensi; 8) Pencatatan dan pelaporan; 9) Monitoring dan evaluasi.
.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Laporan Surveilans <i>Web</i> penyakit tidak menular (PTM) berbasis fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP); 2) Laporan sistem pencatatan pelaporan terpadu pusat kesehatan masyarakat (SP2TP) melalui Sistem Informasi Puskesmas (SIP); dan 3) Sistem Informasi <i>p-care</i> jaminan kesehatan nasional (JKN).
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer (DLP); 2) Bidan; 3) Perawat; 4) Apoteker; dan 5) Pengelola program penyakit tidak menular (PTM).
k.	Sumber data	Pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, dokter praktek swasta, badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan

l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Koordinator penyakit tidak menular (PTM) pusat kesehatan masyarakat

9. Pelayanan Kesehatan Penderita *Diabetes melitus*

a.	Pernyataan standar	Setiap penderita <i>diabetes melitus</i> mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya
c.	Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sasaran adalah penyandang <i>diabetes mellitus</i> di wilayah kerja 2) Penderita/penyandang <i>diabetes melitus</i> tanpa komplikasi <ol style="list-style-type: none"> a) Memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar; b) Upaya promosi dan preventasi kesehatan melalui modifikasi gaya hidup; c) Di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). 3) Penderita <i>diabetes melitus</i> dengan komplikasi (jantung, stroke, penyakit ginjal kronis, hipertensi) dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) yang mempunyai kompetensi penanganan komplikasi 4) Pelayanan kesehatan penyandang <i>diabetes melitus</i> diberikan sesuai kewenangannya oleh: <ol style="list-style-type: none"> a) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer; b) Perawat; dan c) Nutrisi/Tenaga Gizi.
d.	Standar Pelayanan	Standar pelayanan kesehatan penderita <i>diabetes melitus</i> , ada 4 (empat) pilar

		<p>penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Edukasi; 2) Aktivitas fisik; 3) Terapi nutrisimedisi; 4) Intervensi farmakologis; dan 5) Pemeriksaan HbA1c.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penyandang <i>diabetes melitus</i> , dinilai dari persentase penyandang <i>diabetes melitus</i> yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja persentase penyandang <i>diabetes melitus</i> yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	
	<i>Numerator</i>	Jumlah penyandang <i>diabetes mellitus</i> yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun
	<i>Denominator</i>	Jumlah penyandang <i>diabetes melitus</i> berdasarkan angka prevalensi <i>diabetes melitus</i> nasional Kabupaten Subang dalam kurun waktu satu tahun yang sama
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendataan penderita/penyandang <i>diabetes melitus</i> di wilayah kerjanya; 2) Melakukan skrining faktor risiko <i>diabetes melitus</i> untuk seluruh pasien di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP); 3) Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar berupa: <ol style="list-style-type: none"> a) Edukasi tentang diet makanan; b) Edukasi aktivitas fisik; dan c) Terapi farmakologi; 4) Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) untuk pencegahan komplikasi;
		5) Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang <i>diabetes melitus</i> bagi tenaga kesehatan, termasuk pelatihan surveilans faktor risiko <i>diabetes melitus</i> berbasis web;

		6) Penyediaan peralatan kesehatan <i>diabetes melitus</i> , termasuk HbA1c; 7) Penyediaan obat <i>diabetes melitus</i> ; 8) Pencatatan dan pelaporan; dan 9) Monitoring dan evaluasi.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) Laporan surveilans pelayanan terpadu penyakit tidak menular (PANDU PTM) berbasis fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) melalui Portal <i>web</i> penyakit tidak menular (PTM). 2) Laporan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP) melalui Sistem Informasi Puskesmas (SIP). 3) Laporan fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan <i>diabetes melitus</i> kepada penderita/penyandang <i>diabetes melitus</i> sesuai standar. 4) Sistem Informasi <i>p-care</i> jaminan kesehatan nasional (JKN).
j.	Sumber daya manusia	1) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer(DLP); 2) Perawat; 3) Nutrisionis; 4) Apoteker; dan 5) Pengelola program penyakit tidak menular.
k.	Sumber data	Pusat kesehatan masyarakat
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Petugas koordinator penyakit tidak menular

10. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat

a.	Pernyataan standar	Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
b.	Dimensi mutu	Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf

		kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.
c.	Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sasaran adalah orang dengan gangguan jiwa berat di wilayah kerja. 2) Meningkatkan kesehatan jiwa orang dengan gangguan jiwa berat (psikotik) dan mencegah terjadinya kekambuhan dan pemasungan, dengan: <ol style="list-style-type: none"> a) Pelayanan promotif dan preventif; dan b) Penyediaan materi konseling informasi dan edukasi (KIE) dan buku kerja sederhana; 3) Pelayanan kesehatan jiwa pada orang dengan gangguan jiwa berat diberikan sesuai kewenangannya oleh: <ol style="list-style-type: none"> a) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer; dan b) Perawat.
d.	Standar pelayanan	<p>Standar pelayanan kesehatan jiwa pada orang dengan gangguan jiwa berat, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Edukasi dan evaluasi, tentang <ol style="list-style-type: none"> a) Tanda dan gejala gangguan jiwa; b) Kepatuhan minum obat dan informasi lain terkait tobat; c) Mencegah tindakan pemasungan; d) Kebersihan diri; e) Sosialisasi; dan f) Kegiatan rumah tangga dengan aktivitas bekerja sederhana; 2) Tindakan kebersihan diri orang dengan gangguan jiwa berat.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat dinilai dengan jumlah orang dengan gangguan jiwa berat (psikotik) di wilayah kerjanya yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa promotif dan preventif sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun

f.	<p>Rumus penghitungan kinerja</p> <p>Persentase orang dengan gangguan jiwa berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar.</p>	<p><i>Numerator</i></p> <p>Jumlah orang dengan gangguan jiwa berat (psikotik) di wilayah kerja yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa promotif dan preventif sesuai standar dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.</p>
	<p><i>Denominator</i></p>	<p>Jumlah orang dengan gangguan jiwa berat (psikotik) yang ada di wilayah kerjanya dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.</p>
g.	<p>Target</p>	<p>100% (seratus persen)</p>
h.	<p>Langkah-langkah kegiatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penyediaan materi komunikasi informasi dan edukasi (KIE) kesehatan jiwa; 2) Pedoman dan buku kerja kesehatan jiwa; 3) Peningkatan pengetahuan sumber 4) Penyediaan formulir pencatatan dan pelaporan; 5) Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat di Puskesmas; 6) Pelaksanaan kunjungan rumah: <ol style="list-style-type: none"> a) Komunikasi informasi dan edukasi (KIE) Kesehatan Jiwa; dan b) Dukungan psikososial; 7) Monitoring dan evaluasi.
i.	<p>Monitoring dan evaluasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem Informasi Puskesmas (SIP); 2) Laporan monitoring dan evaluasi puskesmas.
j.	<p>Sumber daya manusia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer (DLP); 2) Perawat; dan 3) Kader yang terlatih.
k.	<p>Sumber data</p>	<p>Pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, puskesmas kesehatan masyarakat</p>
l.	<p>Frekuensi pengumpulan data</p>	<p>Setiap bulan</p>
m.	<p>Periode analisis</p>	<p>Setiap bulan</p>

	dan pelaporan	
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Koordinator petugas kesehatan jiwa di puskesmas.

11. Pelayanan Kesehatan Orang dengan *Tuberculosis* (TB)

a.	Pernyataan standar	Setiap orang dengan <i>tuberculosis</i> (TB) mendapatkan pelayanan <i>tuberculosis</i> TB sesuai standar.
b.	Dimensi mutu	Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.
c.	Pengertian	Pelayanan <i>tuberculosis</i> (TB) sesuai standar adalah pelayanan kesehatan diberikan kepada seluruh orang dengan <i>tuberculosis</i> (TB) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya: <ol style="list-style-type: none"> 1) Di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) (Puskesmas dan jaringannya); dan 2) Di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) (pemerintah dan swasta)
d.	Standar pelayanan	Pelayanan yang diberikan sesuai Pedoman Penanggulangan <i>tuberculosis</i> TB yang berlaku: <ol style="list-style-type: none"> 1) Penegakkan diagnosis dilakukan secara: <ol style="list-style-type: none"> a) Bakteriologis; b) Klinis; dan c) Dapat didukung dengan pemeriksaan penunjang lainnya. 2) Dilakukan pemeriksaan pemantauan kemajuan pengobatan, pada: <ol style="list-style-type: none"> a) Akhir pengobatan intensif; dan b) Bulan ke 5; dan c) Akhir pengobatan. 3) Pengobatan dengan menggunakan panduan standar obat anti <i>tuberculosis</i> (OAT); 4) Gejala utama <i>tuberculosis</i> (TB) adalah:

		<ul style="list-style-type: none"> a) Batuk selama 2 (dua) minggu atau lebih; b) Batuk dapat diikuti dengan dahak bercampur darah/batuk darah; c) Sesak nafas; d) Badan lemas; e) Nafsu makan menurun; f) Berat badan (BB) menurun; g) Berkeringat malam hari tanpa aktivitas fisik; dan h) Badan meriang lebih 1 (satu) bulan. <p>5) Kegiatan promotif dan preventif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Penemuan kasus secara dini; b) Penemuan kasus secara aktif; c) Pemberian komunikasi, informasi dan edukasi untuk pencegahan penularan dengan penerapan etika batuk; d) Pengendalian faktor risiko; dan e) Pemberian obat pencegahan. <p>6) Prinsip pelayanan <i>tuberculosis</i> (TB) adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Penemuan orang dengan <i>tuberculosis</i> (TB) sedini mungkin; b) Tatalaksana penanganan sesuai standar; c) Pemantauan hingga sembuh; dan d) TOSS (temukan obati sampai sembuh).
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	Dalam memberikan pelayanan orang dengan <i>tuberculosis</i> (TB) dinilai dari persentase jumlah orang yang mendapatkan pelayanan <i>tuberculosis</i> (TB) sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.
f.	Rumus penghitungan kinerja	
	Persentase orang dengan <i>tuberculosis</i> (TB) mendapatkan pelayanan <i>tuberculosis</i> (TB) sesuai standar	
	<i>Numerator</i>	Jumlah orang yang mendapatkan pelayanan <i>tuberculosis</i> (TB) sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun
	<i>Denominator</i>	Jumlah orang dengan <i>tuberculosis</i> (TB) yang ada di wilayah kerjanya pada kurun waktu satu tahun yang sama.
g.	Target	100% (seratus persen)

h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peningkatan kapasitas sumber daya manusia <i>tuberkulosis</i> (SDM TB); 2) Penyuluhan dan penyediaan media komunikasi informasi edukasi <i>tuberkulosis</i> (KIETB); 3) Pelayanan dan pemeriksaan <i>tuberkulosis</i> (TB) dalam gedung dan luargedung; 4) Rujukan kasus <i>tuberkulosis</i> (TB) dengan penyulit termasuk <i>tuberkulosis</i> (TB) resisten obat kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTL); 5) Jejaring dan kemitraan pelayanan <i>tuberkulosis</i> (TB); 6) Pemantauan mutu layanan laboratorium <i>tuberkulosis</i> (TB) untuk penegakkan diagnosis; 7) Pencatatan dan pelaporan SITT (Sistem Informasi <i>Tuberkulosis</i> Terpadu); dan 8) Monitoring dan evaluasi.
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Register <i>tuberkulosis</i> unit pengelola kegiatan (TB 06UPK); 2) Register <i>tuberkulosis</i> unit pengelola kegiatan (TB 03UPK); 3) Laporan triwulan <i>tuberculosis</i> (TB) pusat kesehatan masyarakat; dan 4) Laporan triwulan penemuan kasus <i>tuberkulosis</i> (TB 07).
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter Umum/Dokter Layanan Primer (DLP) terlatih program <i>tuberkulosis</i>(TB); 2) Perawat terlatih program <i>tuberkulosis</i>(TB); 3) Pranata laboratorium kesehatan yang terlatih mikroskopis <i>tuberkulosis</i> (TB) dan atau test cepat molekuler (TCM); 4) Bidan yang terlatih untuk men skrininggejala <i>tuberkulosis</i> (TB) Anak; dan 5) Petugas program <i>tuberkulosis</i> (TB).
k.	Sumber data	Pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, fasilitas kesehatan swasta
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap 6 (enam) bulan

m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap 6 (enam) bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Koordinator <i>tuberkulosis</i> (TB) pusat kesehatan masyarakat

12. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi *Human immunodeficiency virus* (HIV)

a.	Pernyataan standar	Setiap orang berisiko terinfeksi <i>human immunodeficiency virus</i> (HIV), meliputi ibu hamil, pasien <i>tuberkulosis</i> , pasien infeksi menular seksual (IMS), waria/transgender, pengguna narkotika, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA), dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan <i>human immunodeficiency virus</i> (HIV) sesuai standar.
b.	Dimensi mutu	Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.
c.	Pengertian	<p>1) Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi <i>human immunodeficiency virus</i> (HIV) sesuai standar, adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ibu hamil; b) Pasien <i>tuberkulosis</i>; c) Pasien infeksi menular seksual (IMS); d) Waria/transgender; e) Pengguna narkotika, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA); dan f) Warga binaan lembaga pemasyarakatan. <p>2) Dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), yaitu Puskesmas dan jaringannya);

		<p>b) Fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) (pemerintah dan swasta); dan</p> <p>c) Lembaga pemasyarakatan / rumah tahanan narkotika.</p>
d.	Standar pelayanan	<p>Standar pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi <i>Human immunodeficiency virus</i> (HIV):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Upaya pencegahan pada orang yang memiliki risiko terinfeksi HIV; 2) Pemeriksaan HIV ditawarkan secara aktif oleh petugas kesehatan bagi orang yang berisiko dimulai dengan: <ol style="list-style-type: none"> a) Pemberian informasi terkait HIV-AIDS (<i>Human immunodeficiency virus- Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>); b) Pemeriksaan <i>human immunodeficiency virus</i> (HIV) menggunakan tes cepat <i>human immunodeficiency virus</i> (HIV); c) Orang dengan hasil pemeriksaan HIV positif (+) harus dirujuk untuk mendapatkan: <ol style="list-style-type: none"> i. Pengobatan anti retroviral (ARV); dan ii. Konseling (<i>Human immunodeficiency virus- Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> HIV-AIDS) bagi orang dengan (<i>Human immunodeficiency virus-Aids</i> (ODHA) dan pasangannya. d) Orang dengan faktor risiko hasil pemeriksaan <i>Human immunodeficiency virus</i> negatif (HIV (-)) pemeriksaan diulang: <ol style="list-style-type: none"> i. 3 (tiga) bulan dari pemeriksaan pertama; ii. 6 (enam) bulan dari pemeriksaan pertama; dan iii. 12 (dua belas) bulan dari pemeriksaan pertama.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Subang	<p>Dalam memberikan pemeriksaan <i>Human immunodeficiency virus</i>- (HIV) terhadap orang berisiko terinfeksi <i>Human immunodeficiency virus</i>- (HIV) dinilai dari persentase seorang berisiko terinfeksi <i>Human immunodeficiency virus</i>- (HIV) yang datang ke fasilitas pelayanan</p>

		kesehatan dan mendapatkan pemeriksaan <i>Human immunodeficiency virus-(HIV)</i> sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satutahun.
f.	Rumus penghitungan kinerja persentase orang berisiko terinfeksi <i>Human immunodeficiency virus-(HIV)</i> mendapatkan pemeriksaan <i>Human immunodeficiency virus-(HIV)</i> sesuai standar	
	Numerator	Jumlah orang berisiko terinfeksi <i>Human immunodeficiency virus- (HIV)</i> yang mendapatkan pemeriksaan <i>Human immunodeficiency virus- (HIV)</i> sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan dalam kurun waktu satu tahun
	Denominator	Jumlah orang berisiko terinfeksi <i>Human immunodeficiency virus (HIV)</i> yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun yang sama
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pemetaan kelompok sasaran; 2) Penyiapan sumber daya manusia (SDM); ; 3) Jejaring kerja dankemitraan; 4) Sosialisasi; 5) Pemeriksaan HIV; 6) Rujukan kasus HIV untuk mendapatkan pengobatan antiretroviral (ARV); 7) Pencatatan dan pelaporan;dan 8) Monitoring dan evaluasi.
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Register system informasi <i>Human immunodeficiency virus-Acquired immunodeficiency syndrome (SIHA)</i> di fasilitas pelayanankesehatan; 2) Laporan triwulan sistem informasi <i>Human immunodeficiency virus-Acquired immunodeficiency syndrome (SIHA)</i>;dan 3) Estimasi sasaran kelompok berisiko.
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter Spesialis sesuai kewenangannya; 2) Dokter/Dokter gigi di FKTP, FKTL; dan lembaga masyarakatan (Lapas)/

		<p><i>Human immunodeficiency virus-Acquired immunodeficiency syndrome</i>(HIV)-AIDS;</p> <p>3) Tenaga kesehatan di FKTP, FKTL; dan Lapas/Rutan yang terlatih <i>Human immunodeficiency virus-Acquired immunodeficiency syndrome</i> (HIV-AIDS) atau Konselor HIV;</p> <p>4) Pranata laboratorium kesehatan di puskesmas dan rumah sakit umum daerah yang terlatih pemeriksaan <i>Human immunodeficiency virus-Acquired immunodeficiency syndrome</i> (HIV-AIDS);</p> <p>5) Petugas pencatatan dan pelaporan/ perekam medis yang terlatih dibidang pencatatan dan pelaporan <i>Human immunodeficiency virus-Acquired immunodeficiency syndrome</i> (HIV-AIDS) dan penyakit infeksi menular seksual (IMS); dan</p> <p>6) Pengelola program pencegahan dan pengendalian <i>Human immunodeficiency virus-Acquired immunodeficiency syndrome</i> (HIV-AIDS) dan penderita infeksi menular seksual (IMS).</p>
k.	Sumber data	Pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, fasilitas pelayanan kesehatan swasta.
l.	Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	Setiap tahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Petugas surveilans pusat kesehatan masyarakat.

PARAF KOORDINASI	
Sekda Kab. Subang	
Asisten Pemerintah / Kasra	
Kapala Dinas Kesehatan	
Kabag Hukum Sekda Kab. Subang	
Sekretaris Dinas Kesehatan	
pelaksana kebidanan	

