

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON



NOMOR 125 TAHUN 2020 SERI E

PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR 122 TAHUN 2020

TENTANG

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

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI CIREBON,

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

menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat Kalimukti Kabupaten Cirebon.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tanggal 8 Agustus Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
 2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberap 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);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
10. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);

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

MEMUTUSKAN :

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

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah Kabupaten adalah Kabupaten Cirebon.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Cirebon.
3. Bupati adalah Bupati Cirebon.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah perangkat daerah Kabupaten Cirebon yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
7. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas dan Badan Daerah Kabupaten Cirebon.
8. Unit Pelaksana Teknis Daerah Puskesmas Kalimukti, yang selanjutnya disebut Puskesmas Kalimukti adalah UPTD Puskesmas Kalimukti.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola

pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

10. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
11. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan dasar.
12. Pelayanan Kesehatan Puskesmas, yang selanjutnya disebut Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan dan pelaporan yang dituangkan dalam suatu sistem.
13. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.
14. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
15. Upaya Kesehatan Perorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.
16. Puskesmas non rawat inap merupakan Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*home care*), pelayanan gawat darurat, dan pelayanan persalinan normal bagi Puskesmas yang tersedia fasilitas pelayanan persalinan normal.
17. Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap

pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

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

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

Bagian Kesatu

Tugas Puskesmas

Pasal 3

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

Bagian Kedua

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

Pasal 4

Jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Kalimukti, meliputi :

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

Pasal 5

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

- a. pelayanan pemeriksaan umum;
- b. pelayanan kesehatan gigi dan mulut;

- c. pelayanan kesehatan keluarga yang bersifat UKP;
- d. pelayanan gizi yang bersifat UKP;
- e. pelayanan kefarmasian;
- f. pelayanan laboratorium; dan
- g. pelayanan kesehatan lainnya.

Pasal 6

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

- a. pelayanan kesehatan ibu hamil;
- b. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- d. pelayanan kesehatan balita;
- e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- f. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- j. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- k. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis;
- l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (HIV);
- m. pelayanan imunisasi;
- n. pelayanan penyakit menular lainnya (kusta, DBD, ISPA/pneumonia, diare, Filariasis, dan Hepatitis);
- o. pelayanan promosi kesehatan;
- p. pelayanan kesehatan lingkungan;
- q. pelayanan gizi;
- r. pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat;
- s. pelayanan kesehatan gigi masyarakat;
- t. pelayanan kesehatan kerja;
- u. pelayanan kesehatan olahraga;
- v. pelayanan kesehatan tradisional komplementer;
- w. pelayanan kesehatan indera; dan
- x. pelayanan kesehatan pengembangan lainnya (Survailans).

Pasal 7

- (1) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian pada setiap jenis pelayanan untuk Upaya Kesehatan Perorangan pada

Puskesmas Kalimukti tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

- (2) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian pada jenis pelayanan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat pada Puskesmas Kalimukti, tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (3) Uraian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tercantum dalam Lampiran III dan Lampiran IV yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 8

- (1) Puskesmas yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Pemimpin Puskesmas yang menerapkan BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga kesehatan dan non kesehatan dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PENERAPAN

Pasal 9

- (1) Pemimpin Puskesmas yang menerapkan BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Puskesmas yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

- (2) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dengan menggunakan format Rencana Bisnis dan Anggaran.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, dan penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya, dilaksanakan dengan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 10

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

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 11

- (1) Pengawasan dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten Cirebon.

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

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Cirebon.

Ditetapkan di Sumber
pada tanggal 30 November 2020

BUPATI CIREBON,

TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber
pada tanggal ~~3 Desember~~ **2020**

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR **125** SERI **B**

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--|
| | Pengurangan resiko jatuh | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKP | |
|--|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--|

BUPATI CIREBON,

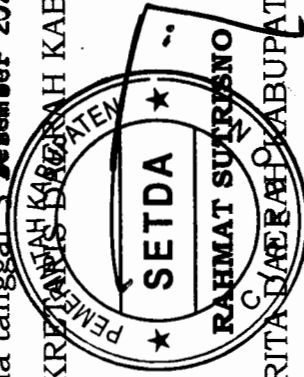
TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber

pada tanggal **3 Desember 2020**

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR **125 SERI B**

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 8 | Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi | Persentase penderita Hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | 100 % | 7,3% | 50 % | 80 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKM |
| 9 | Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus | Persentase penderita Diabetes Melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | 100 % | 63 % | 80 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKM |
| 10 | Pelayanan Kesehatan orang dengan Gangguan Jiwa Berat | Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar | 100 % | 60 % | 80 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKM |
| 11 | Pelayanan Kesehatan orang terduga Tuberkulosis | Persentase orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar | 100 % | 30 % | 80 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKM |
| 12 | Pelayanan Kesehatan orang dengan risiko terinfeksi yang | Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar | 100 % | 70 % | 90 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKM |

| | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 15 | Pelayanan kesehatan Indera | Penanganan katarak | 100 % | 10 % | 30 % | 50 % | 70 % | 80 % | 100 % | PJ UKM | |
| 16 | Pelayanan promosi kesehatan | a. Pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga | 70 % | 9 % | 50 % | 60 % | 70 % | 70 % | 70 % | PJ UKM | |
| | | b. Penyuluhan PHBS keluarga, sekolah, tempat-tempat umum dan fasilitas kesehatan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKM | |
| | | c. Pembinaan PHBS di tatanan Institusi Kesehatan (Puskesmas dan jaringannya : Puskesmas Pembantu, Polindes, Poskesdes, dll). | 100 % | 33 % | 60 % | 80 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | PJ UKM |
| | | d. Pemberdayaan Individu/Keluarga melalui Kunjungan rumah | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | PJ UKM |
| | | e. Cakupan Pembinaan Pemberdayaan | 50 % | 0 % | 30 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | PJ UKM |

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR : 122 TAHUN 2020

TANGGAL : 30 NOVEMBER 2020

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT
KALIMUKTI KABUPATEN CIREBON**INDIKATOR SPM UKP****1. PELAYANAN PEMERIKSAAN UMUM****a. Jam buka pelayanan**

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Jam buka pelayanan |
| Dimensi Mutu | Efisiensi waktu |
| Tujuan | Memberikan kejelasan kepada pelanggan dalam memberikan pelayanan di unit pelayanan pemeriksaan umum |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan adalah ketepatan waktu yang digunakan oleh unit pelayanan pemeriksaan umum dalam memberikan pelayanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari buka tepat waktu |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 08.00 -14.15 WIB |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

b. Kepatuhan petugas terhadap SOP

| | |
|--------------|---|
| Judul | Kepatuhan petugas terhadap SOP |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kesinambungan layanan, efektifitas |

| | |
|---------------------------------|--|
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kepatuhan petugas pada standar operasional yang ada |
| Definisi Operasional | Kepatuhan petugas terhadap SOP adalah tingkat kesesuaian suatu kegiatan atau tindakan terhadap prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kegiatan langkah - langkah yang dilaksanakan sesuai SOP |
| Denominator | Jumlah langkah - langkah yang ada di SOP |
| Sumber Data | Daftar tilik SOP |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

c. Waktu tunggu pasien 30 menit

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Waktu tunggu pasien 30 menit |
| Dimensi Mutu | Akses, kenyamanan |
| Tujuan | Berkurangnya waktu tunggu yang diperlukan pasien untuk diperiksa |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pasien adalah waktu yang diperlukan pasien sampai mendapatkan pelayanan pemeriksaan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata waktu yang diperlukan pasien dari mulai mendaftar sampai mendapatkan pemeriksaan |
| Denominator | Jumlah kunjungan pasien pelayanan pemeriksaan umum |
| Sumber Data | Register kunjungan pasien pelayanan pemeriksaan umum |
| Standar | 100 % |

| | |
|------------------|--------|
| Penanggung Jawab | PJ UKP |
| Pengumpul data | |

d. Kepuasan pasien

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pasien |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan pemeriksaan umum yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pasien adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata – rata pasien merasa puas |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung Jawab | PJ UKP |
| Pengumpul data | |

e. Ketepatan identifikasi pasien

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Ketepatan identifikasi pasien |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kompetensi petugas |
| Tujuan | Untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah dalam proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang datang berobat dan mencegah kesalahan dan kekeliruan dalam proses pemberian pelayanan |
| Definisi Operasional | Ketepatan identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien secara tepat. |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Pengumpulan Data | |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien yang diidentifikasi sesuai ketentuan |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang ditangani dan diidentifikasi |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

f. Peningkatan komunikasi efektif

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Peningkatan komunikasi efektif |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya komunikasi yang bermutu antara pemberi layanan dengan pengguna jasa layanan |
| Definisi Operasional | Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dilakukan antara petugas dengan pasien dalam kaitannya tentang kondisi pasien, rekomendasi penanganan, riwayat pengobatan pasien dan pelaksanaan konfirmasi ulang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

g. Pengurangan resiko jatuh

| | |
|--------------|--------------------------------|
| Judul | Pengurangan resiko jatuh |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Tujuan | Berkurangnya kejadian jatuh di ruang pelayanan pemeriksaan umum |
| Definisi Operasional | Resiko jatuh adalah kejadian tidak diinginkan yang berupa adanya resiko jatuh di ruang pelayanan pemeriksaan umum. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian jatuh |
| Denominator | Jumlah pasien yang ditangani dalam satu tahun |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

2. PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT

a. Jam buka pelayanan

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Jam buka pelayanan |
| Dimensi Mutu | Efisiensi waktu |
| Tujuan | Memberikan kejelasan kepada pelanggan dalam memberikan pelayanan di unit pelayanan kesehatan gigi dan mulut |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan adalah ketepatan waktu yang digunakan oleh unit pelayanan kesehatan gigi dan mulut dalam memberikan pelayanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari buka tepat waktu |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 08.00 -14.15 WIB |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

b. Kepatuhan petugas terhadap SOP

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kepatuhan petugas terhadap SOP |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kesinambungan layanan, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kepatuhan petugas pada standar operasional yang ada |
| Definisi Operasional | Kepatuhan petugas terhadap SOP adalah tingkat kesesuaian suatu kegiatan atau tindakan terhadap prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kegiatan langkah - langkah yang dilaksanakan sesuai SOP |
| Denominator | Jumlah langkah - langkah yang ada di SOP |
| Sumber Data | Daftar tilik SOP |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

c. Waktu tunggu pasien 30 menit

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu pasien 30 menit |
| Dimensi Mutu | Akses, kenyamanan |
| Tujuan | Berkurangnya waktu tunggu yang diperlukan pasien untuk diperiksa |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pasien adalah waktu yang diperlukan pasien sampai mendapatkan pelayanan pemeriksaan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata waktu yang diperlukan pasien dari mulai mendaftar sampai mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut |
| Denominator | Jumlah kunjungan pasien pelayanan |

| | |
|------------------------------------|--|
| | kesehatan gigi dan mulut |
| Sumber Data | Register kunjungan pasien pelayanan kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

d. Kepuasan pasien

| | |
|------------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pasien |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pasien adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata pasien merasa puas |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

e. Ketepatan identifikasi pasien

| | |
|--------------|--|
| Judul | Ketepatan identifikasi pasien |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kompetensi petugas |
| Tujuan | Untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah dalam proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang datang berobat dan mencegah kesalahan dan kekeliruan dalam proses pemberian pelayanan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Definisi Operasional | Ketepatan identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien secara tepat. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien yang diidentifikasi sesuai ketentuan |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang ditangani dan diidentifikasi |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

f. Peningkatan komunikasi efektif

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Peningkatan komunikasi efektif |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya komunikasi yang bermutu antara pemberi layanan dengan pengguna jasa layanan |
| Definisi Operasional | Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dilakukan antara petugas dengan pasien dalam kaitannya tentang kondisi pasien, rekomendasi penanganan, riwayat pengobatan pasien dan pelaksanaan konfirmasi ulang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Sumber Data | Register pasien pelayanan kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 100 % |

| | |
|------------------|--------|
| Penanggung Jawab | PJ UKP |
| Pengumpul data | |

g. Pengurangan resiko infeksi

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pengurangan resiko infeksi |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Berkurangnya kejadian infeksi |
| Definisi Operasional | Resiko infeksi adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keadaan dimana seseorang beresiko diserang oleh agen oportunistik atau patogen (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasite lain) dari sumber endogen atau eksogen |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian infeksi |
| Denominator | Jumlah pasien yang ditangani dalam satu tahun |
| Sumber Data | Register pasien pelayanan kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | PJ UKP |
| Pengumpul data | |

h. Pengurangan resiko jatuh

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pengurangan resiko jatuh |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Berkurangnya kejadian jatuh di ruang pelayanan kesehatan gigi dan mulut |
| Definisi Operasional | Resiko jatuh adalah kejadian tidak diinginkan yang berupa adanya resiko jatuh di ruang pelayanan kesehatan gigi dan mulut |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian jatuh |

| | |
|------------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah pasien yang ditangani dalam satu tahun |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

3. PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA YANG BERSIFAT UKP

a. Jam buka pelayanan

| | |
|------------------------------------|--|
| Judul | Jam buka pelayanan |
| Dimensi Mutu | Efisiensi waktu |
| Tujuan | Memberikan kejelasan kepada pelanggan dalam memberikan pelayanan di unit pelayanan kesehatan keluarga |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan adalah ketepatan waktu yang digunakan oleh unit pelayanan kesehatan keluarga dalam memberikan pelayanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari buka tepat waktu |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 08.00 -14.15 WIB |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

b. Kepatuhan petugas terhadap SOP

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Kepatuhan petugas terhadap SOP |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kesinambungan layanan, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kepatuhan petugas pada standar operasional yang ada |
| Definisi Operasional | Kepatuhan petugas terhadap SOP adalah tingkat kesesuaian suatu kegiatan atau |

| | |
|---------------------------------|--|
| | tindakan terhadap prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kegiatan langkah – langkah yang dilaksanakan sesuai SOP |
| Denominator | Jumlah langkah – langkah yang ada di SOP |
| Sumber Data | Daftar tilik SOP |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

c. Waktu tunggu pasien 15 menit

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu tunggu pasien 30 menit |
| Dimensi Mutu | Akses, kenyamanan |
| Tujuan | Berkurangnya waktu tunggu yang diperlukan pasien untuk diperiksa |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pasien adalah waktu yang diperlukan pasien sampai mendapatkan pelayanan pemeriksaan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata – rata waktu yang diperlukan pasien dari mulai mendaftar sampai mendapatkan pemeriksaan |
| Denominator | jumlah kunjungan pasien pelayanan kesehatan keluarga |
| Sumber Data | Register kunjungan pasien pelayanan kesehatan keluarga |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

d. Kepuasan pasien

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pasien |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan pemeriksaan umum yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pasien adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata – rata pasien merasa puas |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

e. Ketepatan identifikasi pasien

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan identifikasi pasien |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kompetensi petugas |
| Tujuan | Untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah dalam proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang datang berobat dan mencegah kesalahan dan kekeliruan dalam proses pemberian pelayanan |
| Definisi Operasional | Ketepatan identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien secara tepat. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien yang diidentifikasi sesuai |

| | |
|------------------------------------|---|
| | ketentuan |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang ditangani dan diidentifikasi |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

f. Peningkatan komunikasi efektif

| | |
|------------------------------------|---|
| Judul | Peningkatan komunikasi efektif |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya komunikasi yang bermutu antara pemberi layanan dengan pengguna jasa layanan |
| Definisi Operasional | Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dilakukan antara petugas dengan pasien dalam kaitannya tentang kondisi pasien, rekomendasi penanganan, riwayat pengobatan pasien dan pelaksanaan konfirmasi ulang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

g. Pengurangan resiko jatuh

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pengurangan resiko jatuh |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Berkurangnya kejadian jatuh di ruang pelayanan kesehatan keluarga |
| Definisi Operasional | Resiko jatuh adalah kejadian tidak diinginkan yang berupa adanya resiko jatuh di ruang |

| | |
|---------------------------------|---|
| | pelayanan kesehatan keluarga |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian jatuh |
| Denominator | Jumlah pasien yang ditangani dalam satu tahun |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

4. PELAYANAN GIZI YANG BERSIFAT UKP

a. Pemberi pelayanan gizi

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan gizi |
| Dimensi Mutu | Kompetensi |
| Tujuan | Kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan gizi |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan gizi adalah pelayanan yang dilakukan oleh tenaga nutrisisionis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah tenaga nutrisisionis yang memberikan pelayanan |
| Denominator | Jumlah tenaga nutrisisionis |
| Sumber Data | Administrasi ketenagaan |
| Standar | Nutrisisionis |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

b. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi |
| Dimensi Mutu | Akses, mutu dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Memberikan kejelasan tentang tersedianya pelayanan konsultasi gizi kepada pasien |
| Definisi Operasional | Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi adalah |

| | |
|---------------------------------|---|
| | tersedianya pelayanan konsultasi gizi sesuai jadwal |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari pelayanan konsultasi gizi |
| Denominator | Jumlah hari pelayanan Puskesmas |
| Sumber Data | Register pelayanan konsultasi gizi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

c. Kepuasan pelanggan

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan konsultasi gizi yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata pasien merasa puas |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

5. PELAYANAN KEFARMASIAN

a. Jam buka pelayanan

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Jam buka pelayanan |
| Dimensi Mutu | Efisiensi waktu |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan kefarmasian |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan adalah ketepatan waktu yang digunakan oleh unit pelayanan |

| | |
|---------------------------------|---|
| | pemeriksaan umum dalam memberikan pelayanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari buka tepat waktu |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 08.00 -14.15 WIB |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

b. Kepatuhan petugas terhadap SOP

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kepatuhan petugas terhadap SOP |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kesinambungan layanan, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kepatuhan petugas pada standar operasional yang ada |
| Definisi Operasional | Kepatuhan petugas terhadap SOP adalah tingkat kesesuaian suatu kegiatan atau tindakan terhadap prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kegiatan langkah – langkah yang dilaksanakan sesuai SOP |
| Denominator | Jumlah langkah – langkah yang ada di SOP |
| Sumber Data | Daftar tilik SOP |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

c. Waktu penyediaan obat jadi

| | |
|--------------|--|
| Judul | Waktu penyediaan obat jadi |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan obat |

| | |
|---------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Waktu penyediaan obat jadi adalah waktu yang diperlukan untuk menyediakan 1 resep obat tanpa dilakukan peracikan terlebih dahulu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah komulatif waktu yang diperlukan dalam pelayanan obat jadi |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≤ 4 menit |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

d. Waktu tunggu penyediaan obat racikan

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu penyediaan obat racikan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | kesiapan Puskesmas dalam memberikan pelayanan obat |
| Definisi Operasional | Waktu penyediaan obat racik adalah waktu yang diperlukan dalam penyediaan 1 resep yang berisi obat – obatan yang diracik |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah komulatif waktu tunggu yang diperlukan dalam pelayanan obat racikan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≤ 6 menit |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

e. Kepuasan pasien

| | |
|--------------|---|
| Judul | Kepuasan pasien |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan kefarmasian yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Definisi Operasional | Kepuasan pasien adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata – rata pasien merasa puas |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

f. Ketepatan identifikasi pasien

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan identifikasi pasien |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kompetensi petugas |
| Tujuan | Untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah dalam proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang datang berobat dan mencegah kesalahan dan kekeliruan dalam proses pemberian pelayanan |
| Definisi Operasional | Ketepatan identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien secara tepat. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien yang diidentifikasi sesuai ketentuan |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang ditangani dan diidentifikasikan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

g. Peningkatan komunikasi efektif

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Peningkatan komunikasi efektif |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya komunikasi yang bermutu antara pemberi layanan dengan pengguna jasa layanan |
| Definisi Operasional | Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dilakukan antara petugas dengan pasien dalam kaitannya tentang kondisi pasien, rekomendasi penanganan, riwayat pengobatan pasien dan pelaksanaan konfirmasi ulang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata – rata pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

h. Keamanan obat yang perlu diwaspadai

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Keamanan obat yang perlu diwaspadai |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Tercapainya keselamatan pasien dan terhindarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien |
| Definisi Operasional | Obat yang perlu diwaspadai (High Alert Medications) adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki resiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata – rata kejadian salah pemberian |

| | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| | obat |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang berobat |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

i. Pengurangan resiko jatuh

| | |
|------------------------------------|--|
| Judul | Pengurangan resiko jatuh |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Berkurangnya kejadian jatuh di ruang pelayanan pelayanan kefarmasian |
| Definisi Operasional | Resiko jatuh adalah kejadian tidak diinginkan yang berupa adanya resiko jatuh di ruang pelayanan kefarmasian |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian jatuh |
| Denominator | Jumlah pasien yang ditangani dalam satu tahun |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

6. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Jam buka pelayanan

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Jam buka pelayanan |
| Dimensi Mutu | Efisiensi waktu |
| Tujuan | Memberikan kejelasan kepada pelanggan dalam memberikan pelayanan di unit pelayanan laboratorium |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan adalah ketepatan waktu yang digunakan oleh unit pelayanan laboratorium dalam memberikan pelayanan |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Pengumpulan Data | |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari buka tepat waktu |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 08.00 - 14.15 WIB |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

b. Kepatuhan petugas terhadap SOP

| | |
|------------------------------------|--|
| Judul | Kepatuhan petugas terhadap SOP |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kesinambungan layanan, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kepatuhan petugas pada standar operasional yang ada |
| Definisi Operasional | Kepatuhan petugas terhadap SOP adalah tingkat kesesuaian suatu kegiatan atau tindakan terhadap prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kegiatan langkah - langkah yang dilaksanakan sesuai SOP |
| Denominator | Jumlah langkah - langkah yang ada di SOP |
| Sumber Data | Daftar tilik SOP |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

c. Waktu tunggu pasien 20 menit

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu pasien 20 menit |
| Dimensi Mutu | Akses, kenyamanan |
| Tujuan | Berkurangnya waktu tunggu yang diperlukan pasien untuk diperiksa |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pasien adalah waktu yang diperlukan pasien sampai mendapatkan pelayanan pemeriksaan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rata - rata waktu yang diperlukan pasien dari mulai mendaftar sampai mendapatkan pemeriksaan laboratorium |
| Denominator | Jumlah kunjungan pasien pelayanan laboratorium |
| Sumber Data | Register kunjungan pasien pelayanan laboratorium |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

d. Kepuasan pasien

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pasien |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan pemeriksaan umum yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan pasien adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rata - rata pasien merasa puas |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang disurvei |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

e. Ketepatan identifikasi pasien

| | |
|--------------|--|
| Judul | Ketepatan identifikasi pasien |
| Dimensi Mutu | Keselamatan, kompetensi petugas |
| Tujuan | Untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah |

| | |
|---------------------------------|---|
| | dalam proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien yang datang berobat dan mencegah kesalahan dan kekeliruan dalam proses pemberian pelayanan |
| Definisi Operasional | Ketepatan identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien secara tepat. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang diidentifikasi sesuai ketentuan |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang ditangani dan diidentifikasikan |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

f. Peningkatan komunikasi efektif

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Peningkatan komunikasi efektif |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya komunikasi yang bermutu antara pemberi layanan dengan pengguna jasa layanan |
| Definisi Operasional | Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dilakukan antara petugas dengan pasien dalam kaitannya tentang kondisi pasien, rekomendasi penanganan, riwayat pengobatan pasien dan pelaksanaan konfirmasi ulang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rata - rata pasien yang dilakukan komunikasi efektif |
| Denominator | Jumlah semua pasien yang dilakukan |

| | |
|------------------------------------|--------------------|
| | komunikasi efektif |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

g. Pengurangan resiko infeksi

| | |
|------------------------------------|--|
| Judul | Pengurangan resiko infeksi |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Berkurangnya kejadian infeksi |
| Definisi Operasional | resiko infeksi adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keadaan dimana seseorang beresiko diserang oleh agen oportunistik atau patogen (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasite lain) dari sumber endogen atau eksogen |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian infeksi |
| Denominator | Jumlah pasien yang ditangani dalam satu tahun |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

h. Pengurangan resiko jatuh

| | |
|-------------------------------|---|
| Judul | Pengurangan resiko jatuh |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, akses, keselamatan |
| Tujuan | Berkurangnya kejadian jatuh di ruang pelayanan laboratorium |
| Definisi Operasional | Resiko jatuh adalah kejadian tidak diinginkan yang berupa adanya resiko jatuh di ruang pelayanan laboratorium |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |

| | |
|------------------------------------|---|
| Numerator | Jumlah kejadian jatuh |
| Denominator | Jumlah pasien yang ditangani dalam satu tahun |
| Sumber Data | Register pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | PJ UKP |

BUPATI CIREBON,

TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber

pada tanggal **3 Desember 2020**

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR **125** SERI **■**

LAMPIRAN IV : PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR : 122 TAHUN 2020

TANGGAL : 30 NOVEMBER 2020

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

INDIKATOR SPM UKM

1. PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan ibu hamil |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan Puskesmas dalam mengakses pelayanan ibu hamil |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan ibu hamil adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar, meliputi :</p> <p>a. Standar kuantitas</p> <p>Standar kuantitas adalah kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Satu kali pada trimester pertama2) Satu kali pada trimester kedua3) Dua kali pada trimester ketiga <p>b. Standar kualitas</p> <p>Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10T, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pengukuran berat badan2) Pengukuran tekanan darah3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)4) Pengukuran tinggi puncak Rahim (fundus uteri)5) Penentuan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)6) Pemberian imunisasi sesuai dengan |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>status imunisasi</p> <p>7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet</p> <p>8) Tes laboratorium</p> <p>9) Tatalaksana/penanganan kasus</p> <p>10) Temu wicara (konseling)</p> |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah sasaran ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | SIMPUS, dan KOHORT IBU |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pendataan bumil, pembuatan kantong persalinan, pelayanan antenatal, pencatatan pelaporan, MONEV dan PWS |
| Penanggung Jawab | Bidan koordinator |

2. PELAYANAN KESEHATAN IBU BERSALIN

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan kesehatan ibu Bersalin |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Untuk mencegah AKI dan AKB dari proses kehamilan dan persalinan |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan ibu bersalin adalah pelayanan kesehatan ibu bersalin dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar, meliputi :</p> <p>a. Standar persalinan normal</p> <p>Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar meliputi:</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>1) Dilakukan di fasilitas pelayanan Kesehatan</p> <p>2) Tenaga penolong minimal 2 orang, terdiri dari:</p> <p>a) Dokter dan bidan, atau</p> <p>b) Dua orang bidang, atau</p> <p>c) Bidan dan perawat,</p> <p>b. Standar persalinan komplikasi</p> <p>Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah sasaran ibu bersalin di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | SIMPUS, KOHORT IBU dan KOHORT BAYI |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pelayanan persalinan, perawatan nifas, monitoring dan evaluasi serta PWS |
| Penanggung Jawab | Bidan Koordinator |

3. PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kontinuitas |
| Tujuan | Untuk mencegah kematian neonatus dan kecacatan bayi baru lahir |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir adalah cakupan bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>lahir sesuai standar, meliputi :</p> <p>a. Standar kuantitas</p> <p>Standar kuantitas adalah kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal, dengan ketentuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 – 48 jam 2) Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3 – 7 hari 3) Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 8 – 28 hari <p>b. Standar kualitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam), meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a) Pemotongan dan perawatan tali pusat b) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) c) Injeksi vitamin K1 d) Pemberian salep / tetes mata antibiotik e) Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0) 2) Pelayanan Neontal Esensial setelah lahir (6 jam – 28 hari), meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a) Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif b) Memeriksa Kesehatan dengan menggunakan pendekatan MTBM c) Pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas pelayanan Kesehatan atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1 d) Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak di tolong tenaga Kesehatan e) Penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru |

| | |
|------------------|---|
| | lahir sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah sasaran bayi baru lahir di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | SIMPUS, dan KOHORT BAYI, SIRS, dan Klinik |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Peningkatan kompetensi, MTBS, SDIDTK kunjungan bayi dalam dan luar gedung, rujukan audit kematian dan kesakitan |
| Penanggung Jawab | Bidan Koordinator |

4. PELAYANAN KESEHATAN BALITA

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan balita |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kontinuitas |
| Tujuan | Menemukan secara dini gangguan kesehatan dan kelainan tumbuh kembang yang terjadi pada balita |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan balita adalah cakupan balita usia 0-59 bulan dinilai dari cakupan balita yang mendapat pelayanan kesehatan balita sesuai standar, meliputi :</p> <p>a. Pelayanan Kesehatan balita sehat</p> <p>Pelayanan Kesehatan balita sehat adalah pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelayanan kesehatan balita usia 0-11 bulan, meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a) Penimbangan minimal 8 kali setahun b) Pengukuran Panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun c) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun d) Pemberian kapsul vitamin A pada usia 6-11 bulan 1 kali setahun |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>e) Pemberian imunisasi dasar lengkap</p> <p>2) Pelayanan kesehatan balita usia 12-23 bulan, meliputi:</p> <p>a) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan)</p> <p>b) Pengukuran Panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun</p> <p>c) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun</p> <p>d) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun</p> <p>e) Pemberian imunisasi lanjutan</p> <p>3) Pelayanan kesehatan balita usia 24-59 bulan, meliputi:</p> <p>a) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan)</p> <p>b) Pengukuran Panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun</p> <p>c) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun</p> <p>d) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun</p> <p>4) Pemantauan perkembangan balita</p> <p>5) Pemberian kapsul vitamin A</p> <p>6) Pemberian imunisasi dasar lengkap</p> <p>7) Pemberian imunisasi lanjutan</p> <p>8) Pengukuran berat badan dan Panjang/tinggi badan</p> <p>9) Edukasi dan informasi</p> <p>b. Pelayanan Kesehatan balita sakit</p> <p>Pelayanan Kesehatan balita sakit adalah pelayanan balita menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS)</p> |
| <p>Frekuensi pengumpulan data</p> | <p>Setiap hari</p> |

| | |
|------------------|---|
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah balita usia 12-23 bulan yang mendapat Pelayanan Kesehatan sesuai standar ¹ + Jumlah balita usia 23-35 bulan mendapatkan pelayanan Kesehatan sesuai standar ² + Balita usia 36-59 bulan mendapatkan pelayanan sesuai standar ³ |
| Denominator | Jumlah balita umur 12-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | SIMPUS, KOHORT BALITA, Buku KIA, KMS dan Register MTBS |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Peningkatan kompetensi kesehatan balita (MTBM, MTBS, SDIDTK) pelayanan kunjungan balita dan pra sekolah di dalam maupun di luar gedung serta pelayanan rujukan |
| Penanggung Jawab | Bidan koordinator KIA, Koordinator MTBM, MTBS dan Nutrisionis |

5. PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA PENDIDIKAN DASAR

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas |
| Tujuan | Setiap anak pada usia pendidikan dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar adalah cakupan pelayanan kesehatan anak setingkat pendidikan dasar sesuai standar, meliputi :</p> <p>a. Skrining Kesehatan, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penilaian status gizi 2) Penilaian tanda vital 3) Penilaian kesehatan gigi dan mulut 4) Penilaian ketajaman indera <p>b. Tindak lanjut hasil skrining kesehatan,</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan umpan balik hasil skrining Kesehatan 2) Melakukan rujukan jika diperlukan 3) Memberikan penyuluhan kesehatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu tahun sekali |
| Periode Analisa | Satu tahun sekali |
| Numerator | Jumlah anak usia pendidikan dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun ajaran |
| Denominator | Jumlah semua anak usia pendidikan dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun ajaran yang sama |
| Sumber Data | Hasil pencatatan dan pelaporan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pendataan sasaran, pemberian pelayanan skrining kesehatan, tindak lanjut hasil penjangkaran, pencatatan dan pelaporan |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program UKS |

6. PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA PRODUKTIF

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif |
| Dimensi Mutu | Kualitas dan kontinuitas |
| Tujuan | Setiap warga negara usia 15-59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar |
| Definisi operasional | <p>Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif adalah Cakupan pengunjung usia 15-59 tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Edukasi kesehatan termasuk keluarga berencana |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>b. Skrining faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut 2) Pengukuran tekanan darah 3) Pemeriksaan gula darah 4) Anamnesa perilaku beresiko |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah orang usia 15-59 tahun di wilayah kerja Puskesmas yang mendapatkan pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah orang usia 15-59 tahun di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | SIMPUS dan hasil pencatatan dan pelaporan kunjungan pasien, serta hasil kegiatan POSBINDU |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Skrining faktor resiko PTM dan gangguan mental emosional dan perilaku, konseling, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi. |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program PTM |

7. PELAYANAN KESEHATAN PADA USIA LANJUT

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan pada usia lanjut |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas kesehatan |
| Tujuan | Agar setiap warga negara usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan kesehatan pada usia lanjut adalah Cakupan pengunjung usia 60 tahun atau lebih yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>standar, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Edukasi perilaku hidup bersih dan sehat b. Skrining faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular, meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut 2) Pengukuran tekanan darah 3) Pengukuran gula darah 4) Pengukuran gangguan mental 5) Pengukuran gangguan kognitif 6) Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut 7) Anamnesa perilaku beresiko |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah pengunjung berusia 60 tahun ke atas yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali setahun dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh penduduk usia 60 tahun ke atas di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | SIMPUS, Pelaporan dan pencatatan kunjungan |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pendataan lansia, skrining kesehatan lansia, pemberian buku kesehatan lansia, pelayanan rujukan, pencatatan pelaporan |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Usia Lanjut |

8. PELAYANAN KESEHATAN PENDERITA HIPERTENSI

| | |
|--------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas |
| Tujuan | Setiap penderita Hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerja |

| | |
|----------------------------|--|
| Definisi Operasional | Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi adalah Persentase jumlah penderita Hipertensi usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, meliputi : a. Pengukuran tekanan darah b. Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau kepatuhan minum obat |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penderita Hipertensi usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah Estimasi penderita Hipertensi usia ≥ 15 tahun di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan angka Prevalensi Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun pada tahun yang sama |
| Sumber Data | Kohort Kunjungan penderita hipertensi |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pendataan penderita, skrining, melakukan pelayanan sesuai standar, melakukan rujukan, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi. |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program PTM |

9. PELAYANAN KESEHATAN PENDERITA DIABETES MILITUS (DM)

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Militus |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas kesehatan |
| Tujuan | Setiap penderita DM mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerja |
| Definisi Operasional | Pelayanan kesehatan penderita DM adalah persentase penderita DM usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan |

| | |
|----------------------------|--|
| | sesuai standar, meliputi : a. Pengukuran gula darah b. Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau Nutrisi c. Terapi farmakologi |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penderita DM usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah Estimasi penderita DM usia ≥ 15 tahun berdasarkan angka Prevalensi Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun pada tahun yang sama |
| Sumber Data | Kohort Kunjungan penderita Diabetes Militus |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pendataan penderita, skrining, melakukan pelayanan sesuai standar, melakukan rujukan, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi. |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program PTM |

10. PELAYANAN KESEHATAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)

BERAT

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas |
| Tujuan | Setiap penderita OGDJ berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat adalah Jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar, meliputi : a. Pemeriksaan kesehatan jiwa, meliputi: |

| | |
|----------------------------|--|
| | 1) Pemeriksaan status mental 2) Wawancara b. Edukasi kepatuhan minum obat |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap minggu |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah ODGJ berat di Puskesmas yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah ODGJ berat berdasarkan proyeksi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Kohort Kunjungan Penderita ODGJ |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Penyediaan buku pedoman Kesehatan jiwa, Pelayanan kesehatan ODGJ berat di Puskesmas, Pelaksanaan kunjungan rumah, monitoring dan evaluasi. |
| Penanggung Jawab | Penanggung Jawab Upaya Kesehatan Jiwa |

11. PELAYANAN KESEHATAN ORANG TERDUGA TUBERKULOSIS

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan orang terduga Tuberkulosis |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas |
| Tujuan | Setiap orang terduga TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan orang terduga Tuberkulosis adalah persentase jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar, meliputi : a. Pemeriksaan klinis b. Pemeriksaan penunjang c. Edukasi perilaku beresiko dan pencegahan penularan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap minggu |

| | |
|------------------|--|
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah orang terduga TBC yang dilakukan pemeriksaan penunjang dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah orang yang terduga TBC dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan TB |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Peningkatan SDM TB, Penyediaan KIE TB, Pelayanan dan Pemeriksaan TB, rujukan kasus TB, Jejaring kemitraan pelayanan TB, Pencatatan Pelaporan, Monitoring dan evaluasi. |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program TB |

12. PELAYANAN KESEHATAN ORANG DENGAN RISIKO TERINFEKSI HIV

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas |
| Tujuan | Setiap orang beresiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga permasyarakatan) mendapat pemeriksaan HIV sesuai standar. |
| Definisi Operasioonal | Pelayanan Kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV adalah persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan HIV sesuai standar, meliputi : a. Edukasi perilaku beresiko dan pencegahan penularan b. Skrining |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu minggu dua kali |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah orang beresiko terinfeksi HIV yang datang ke Puskesmas dan mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar di wilayah |

| | |
|---------------------------------|---|
| | kerja dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah orang beresiko terinfeksi HIV yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | Register kunjungan |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pemetaan kelompok sasaran, penyediaan SDM, Penyuluhan, Jejaring dan Kemitraan pemeriksaan HIV, Rujukan kasus HIV, Pencatatan dan pelaporan, Monitoring dan Evaluasi |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Penanggung jawab program HIV |

13. PELAYANAN IMUNISASI

a. Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Ummunization (UCI) |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah bayi yang ada sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap di suatu wilayah |
| Definisi Operasional | Cakupan Desa Universal Child Immunization (UCI) adalah desa dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dala 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dala 1 tahun |
| Numerator | jumlah Desa/Kelurahan UCI di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh Desa/Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program imunisasi |

| | |
|------------------|------------------------------------|
| Standar | 93% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Imunisasi |

b. Cakupan IDL

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan IDL |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian bayi 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap |
| Definisi Operasional | Cakupan IDL adalah cakupan bayi 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap (BCG 1 kali, Polio 4 kali, DPTHB-Hib 3 kali, Campak 1 kali) di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi 0-11 bulan mendapatkan imunisasi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah sasaran bayi 0-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Kohort imunisasi |
| Standar | 93% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Imunisasi |

14. PELAYANAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA (KUSTA, DBD, ISPA/PNEUMONIA, DIARE, FILARIASIS, DAN HEPATITIS)

a. Angka kesembuhan Kusta (MB dan PB)

1) Angkat kesembuhan MB

| | |
|--------------|---|
| Judul | Angka kesembuhan MB |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah penderita kusta MB yang sembuh setelah mendapatkan pengobatan |

| | |
|----------------------------|--|
| | kusta sesuai dengan standar |
| Definisi Operasional | Jumlah kasus baru MB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (12 dosis dalam 12-18 bulan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah kasus batu MB yang menyelesaikan 12 dosis dalam 12-18 bulan pada periode satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh kasus baru MB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yang sama |
| Sumber Data | Register pengobatan penderita kusta |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Kusta |

2) Angka kesembuhan PB

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Angka kesembuhan PB |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah penderita kusta PB yang sembuh setelah mendapatkan pengobatan kusta sesuai dengan standar |
| Definisi Operasional | Jumlah kasus baru PB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (6 dosis dalam 6-9 bulan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah kasus baru PB yang menyelesaikan 6 dosis dalam 6-9 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh kasus baru PB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yang sama |

| | |
|------------------|-------------------------------------|
| Sumber Data | Register pengobatan penderita kusta |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Kusta |

b. Cakupan angka bebas jentik

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan angka bebas jentik |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui persentase rumah dan tempat yang bebas jentik dalam upaya pencegahan penyakit DBD |
| Definisi Operasional | Persentase rumah dan tempat-tempat umum yang diperiksa jentik dalam kurun waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah rumah dan tempat umum yang diperiksa jentik dan hasilnya negatif tidak ada jentik dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah rumah dan tempat umum yang diperiksa jentik dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan PJB dan PSN |
| Standar | 95 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Surveilans |

c. Cakupan penemuan penderita pneumonia

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Cakupan penemuan penderita pneumonia |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui besaran penemuan balita pneumonia oleh petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Cakupan penemuan penderita pneumonia adalah persentase balita dengan pneumonia yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di sarana kesehatan di wilayah |

| | |
|----------------------------|--|
| | kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita di wilayah kerja Pukesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program ISPA |
| Standar | 86 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program ISPA |

d. Cakupan pelayanan diare

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan pelayanan diare |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian dan penanganan kasus diare oleh petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Cakupan pelayanan diare adalah jumlah/angka penemuan kasus diare yang mendapatkan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penderita diare dilayani dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Target penemuan penderita diare dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program diare |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program diare |

e. Cakupan pelayanan penderita filariasis

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan pelayanan penderita filariasis |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam menangani kasus filariasis yang ditemukan |
| Definisi Operasional | Cakupan pelayanan penderita filariasis adalah persentase kasus filariasis yang dilakukan tatalaksana minimal 7 kali kunjungan rumah di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap ada kasus |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah kasus filariasis yang dilakukan tatalaksana |
| Denominator | Jumlah kasus filariasis yang ditemukan dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program filariasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Surveilans |

f. Cakupan pelayanan deteksi dini hepatitis B pada Ibu Hamil

| | |
|-----------------------|---|
| Judul | Cakupan pelayanan deteksi dini Hepatitis B pada ibu hamil |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk menggambarkan kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan pada ibu hamil dalam upaya mencegah penularan Hepatitis B |
| Definisi Operasional | Cakupan pelayanan deteksi dini Hepatitis B pada Ibu Hamil adalah jumlah ibu hamil yang dilakukan pelayanan skrining hepatitis B satu kali selama umur kehamilan sesuai standar oleh tim VCT Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan | Setiap bulan |

| | |
|------------------|---|
| Data | |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah ibu hamil yang diperiksa dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran ibu hamil dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Program KIA |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Bidan Koordinator |

15. PELAYANAN KESEHATAN INDERA

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Indera |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kualitas |
| Tujuan | Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kesehatan Indera. |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan indera adalah Jumlah orang yang mendapatkan pelayanan kesehatan indera sesuai standar |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah orang yang mendapatkan pelayanan indera sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran pelayanan indera yang ada di wilayah Puskesmas pada kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan Indera |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Indera |

16. PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN

a. Pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga

| | |
|--------------|--|
| Judul | Pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |

| | |
|----------------------------|--|
| Tujuan | Untuk merubah sikap keluarga untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat |
| Definisi Operasional | Pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga adalah pengkajian dan pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga dengan melihat 10 indikator, meliputi : Persalinan oleh tenaga Kesehatan, memberi ASI eksklusif, menimbang bayi dan balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik, makan sayur dan buah, melakukan aktifitas fisik, tidak merokok di dalam rumah pada setiap rumah tangga yang ada di wilayah kerja Puskesmas. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah rumah tangga ber-PHBS di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Jumlah seluruh rumah tangga yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Register pembinaan PHBS dan format asuhan keperawatan keluarga |
| Standar | 70 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

b. Penyuluhan PHBS keluarga, sekolah, tempat-tempat umum dan fasilitas Kesehatan

1) Penyuluhan PHBS Keluarga

| | |
|--------------|---|
| Judul | Penyuluhan PHBS Keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Menyampaikan informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas dengan sasaran keluarga |
| Definisi | Penyuluhan PHBS keluarga adalah kegiatan |

| | |
|----------------------------|---|
| Operasional | penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas dengan sasaran keluarga dan anggotanya yang mendapat intervensi PIS/PK atau keluarga yang tidak ber-PHBS, didukung alat bantu/media penyuluhan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga yang mendapat penyuluhan oleh petugas/mitra kerja di rumah pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran intervensi PIS/PK atau keluarga tidak ber-PHBS di wilayah kerja Puskesmas pada periode tertentu |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

2) Penyuluhan PHBS Sekolah

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Penyuluhan PHBS Sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Menerapkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan sekolah sehat |
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS sekolah adalah kegiatan penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas secara berkelompok dengan sasaran siswa, guru dan masyarakat sekolah, tujuannya adalah agar tahu, mau dan mampu menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dengan menerapkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan sekolah sehat, dilaksanakan setiap triwulan terintegrasi dengan kegiatan penjangkaran sekolah, didukung alat bantu/media penyuluhan |

| | |
|----------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah sekolah yang mendapat penyuluhan tentang PHBS di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Jumlah seluruh sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

3) Penyuluhan PHBS Tempat-tempat Umum

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

| | |
|------------------|--|
| | tertentu |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

4) Penyuluhan PHBS Fasilitas Kesehatan

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

c. Pembinaan PHBS di Tatanan Institusi Kesehatan

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pembinaan PHBS di tatanan institusi Kesehatan |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Memberikan pengetahuan dan merubah sikap |

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

d. Pemberdayaan Individu/Keluarga Melalui Kunjungan Rumah

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

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

e. Cakupan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat dilihat melalui Persentase Strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Cakupan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat dilihat melalui Persentase Strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam upaya memberdayakan masyarakat yang direspon dengan meningkatnya presentase desa siaga aktif. |
| Definisi Operasional | Desa/Kelurahan menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Purnama dan Mandiri minimal 50% dari jumlah Desa/Kelurahan yang ada 8 indikator strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif : Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, KPM/Kader Kesehatan, Kemudahan Akses Ke Pelayanan Kesehatan Dasar, Posyandu dan |

| | |
|----------------------------|--|
| | UKBM, Dana untuk Desa/Kelurahan Siaga Aktif, Peran Serta Masyarakat dan Organisasi Kemasyarakatan, Peraturan di Desa/Kelurahan tentang Desa/Kelurahan Siaga Aktif dan Pembinaan PHBS Rumah Tangga. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Desa/Kelurahan ber-Strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif Purnama dan Mandiri |
| Denominator | Seluruh Desa/Kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan kegiatan desa siaga |
| Standar | 50% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

f. Cakupan Pembinaan UKBM dilihat melalui Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Cakupan Pembinaan UKBM dilihat melalui Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk menilai kinerja Puskesmas dalam membina UKBM |
| Definisi Operasional | <p>1. Posyandu Purnama adalah Posyandu yang dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya utamanya lebih dari 50%, mempunyai kegiatan tambahan lebih dari 2 kegiatan, dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya masih terbatas yakni kurang dari 50% kepala keluarga di wilayah kerja posyandu.</p> <p>2. Posyandu mandiri adalah posyandu yang</p> |

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

g. Advokasi Puskesmas kepada Kepala Desa, Camat dan Lintas Sektor

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Advokasi Puskesmas kepada Kepala Desa, Camat dan Lintas Sektor |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mempengaruhi penentu kebijakan agar mendapatkan dukungan dari lintas sektor dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas di dalam dan luar gedung |
| Definisi Operasional | Kegiatan advokasi yang dilakukan tenaga kesehatan Puskesmas dengan sasaran kepada Kepala Desa/Kelurahan, Camat, Lintas Sektor, dilakukan minimal (satu) kali dalam satu bulan, |

| | |
|----------------------------|--|
| | guna mendapatkan komitmen/dukungan kebijakan/anggaran dalam bidang kesehatan. Pembuktian dengan buku visum, substansi advokasi, nama petugas yang mengadvokasi, tanggal pelaksanaan kegiatan, hasil advokasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Kegiatan advokasi kepada kepala Desa/Lurah, Camat/Lintas Sektor |
| Denominator | 12 Kali |
| Sumber Data | Laporan program Promosi Kesehatan |
| Standar | 80% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

h. Penggalangan Kemitraan

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

| | |
|------------------|--|
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |
|------------------|--|

i. Orientasi Promosi Kesehatan Bagi Kader

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

j. Penggunaan Media KIE

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Penggunaan Media KIE |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mempermudah menyebarkan informasi dengan mengikuti perkembangan teknologi |
| Definisi Operasional | Kegiatan penyebarluasan informasi kesehatan dengan menggunakan berbagai media |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang ada di Puskesmas, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam gedung : media cetak (leaflet, booklet, poster), alat peraga, media elektronik (TV, infokus) 2. Luar gedung : spanduk, billboard, umbul-umbul 3. Media Elektronik : TV, radio, SMS 4. Media sosial 5. Media tradisional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah jenis media KIE yang digunakan untuk penyebarluasan informasi kesehatan |
| Denominator | 5 jenis media (dalam gedung, luar gedung, media elektronik, medsos dan media tradisional) |
| Sumber Data | Laporan program Promosi Kesehatan |
| Standar | 85 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

k. Pendampingan Pelaksanaan SMD dan MMD

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

| | |
|----------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah Desa mendapat pendampingan kegiatan pemberdayaan masyarakat (SMD, MMD) |
| Denominator | Jumlah Desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan program Promosi Kesehatan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab Program Promosi Kesehatan |

17. PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN

a. Persentase penduduk terhadap akses sanitasi yang layak (jamban sehat)

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Persentase penduduk terhadap akses sanitasi yang layak (jamban sehat) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kesadaran masyarakat tentang manfaat jamban keluarga |
| Definisi Operasional | Persentase Penduduk terhadap akses sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah perbandingan antara penduduk yang akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) dengan penduduk seluruhnya, dinyatakan dalam persentase |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) di suatu wilayah pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah penduduk di wilayah dan pada periode yang sama |

| | |
|------------------|--|
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Sanitarian |

b. Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap Sarana Air Bersih

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

18. PELAYANAN GIZI

a. Persentase Bayi \leq 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Persentase Bayi \leq 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah bayi yang hanya mendapatkan ASI saja sampai dengan umur 6 bulan |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none">1. Bayi usia 6 bulan adalah seluruh bayi yang mencapai 5 bulan 29 hari2. Bayi mendapat ASI Eksklusif 6 bulan adalah bayi sampai umur 6 bulan yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral sejak lahir3. Persentase bayi umur \leq 6 bulan mendapat ASI Eksklusif adalah jumlah bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif 6 bulan terhadap jumlah seluruh bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari dikali 100%. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif |
| Denominator | Jumlah bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari |
| Sumber Data | Laporan bulanan program gizi |
| Standar | 80% |
| Penanggung Jawab | Pelaksana program gizi |

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

| | |
|--------------|---|
| Judul | Persentase Remaja Putri mendapatkan Tablet Tambah Darah |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |

| | |
|----------------------------|---|
| Tujuan | Untuk mengetahui distribusi dan kecukupan TTD bagi remaja putri sebagai upaya mencegah anemia pada remaja |
| Definisi Operasional | <p>Remaja Putri adalah remaja putri yang berusia 12 -18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat.</p> <p>TTD adalah tablet yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah maupun diperoleh secara mandiri.</p> <p>Remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu sebanyak 1 tablet.</p> <p>Persentase remaja putri mendapat TTD adalah jumlah remaja putri yang mendapat TTD secara rutin setiap minggu terhadap jumlah remaja putri yang ada dikali 100%.</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap triwulan |
| Periode Analisa | Setiap triwulan |
| Numerator | Jumlah remaja putri mendapat TTD |
| Denominator | Jumlah seluruh remaja puteri 12-18 tahun di sekolah |
| Sumber Data | Laporan program gizi |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Pelaksana program gizi |

c. Persentase Balita Ditimbang yang Naik Berat Badannya (N/D)

| | |
|--------------|--|
| Judul | Persentase Balita Ditimbang yang Naik Berat Badannya (N/D) |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui persentase balita yang mengalami kenaikan berat badan |

| | |
|----------------------------|--|
| Definisi Operasional | <p>Balita adalah anak yang berumur dibawah 5 tahun (0-59 bulan 29 hari).</p> <p>Balita ditimbang (D) adalah anak umur 0-59 bulan 29 hari yang ditimbang.</p> <p>Berat badan naik (N) adalah hasil penimbangan berat badan dengan grafik berat badan mengikuti garis pertumbuhan atau kenaikan berat badan sama dengan kenaikan berat badan minimum atau lebih. Kenaikan berat badan ditentukan dengan membandingkan hasil penimbangan bulan ini dengan bulan lalu.</p> <p>Balita tidak ditimbang bulan lalu (O) adalah balita yang tidak memiliki catatan hasil penimbangan bulan lalu.</p> <p>Balita baru (B) adalah balita yang baru datang ke posyandu dan tidak terdaftar sebelumnya.</p> <p>D' adalah jumlah seluruh balita yang ditimbang dikurangi balita tidak ditimbang bulan lalu dan balita yang baru bulan ini yang tidak terdaftar sebelumnya</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah balita ditimbang yang naik berat badannya |
| Denominator | Jumlah seluruh balita yang ditimbang dikurangi balita yang tidak ditimbang bulan lalu ditambah balita baru dikalikan 100 % |
| Sumber Data | Laporan program gizi |
| Standar | 76 % |
| Penanggung Jawab | Pelaksana program gizi |

d. Persentase Balita 6-59 bulan mendapat Kapsul Vitamin A

| | |
|-------|--|
| Judul | Persentase Balita 6-59 Bulan mendapat Kapsul Vitamin A |
|-------|--|

| | |
|----------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk kesehatan pertumbuhan tulang serta membantu untuk melindungi tubuh dari infeksi |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi umur 6-11 bulan adalah bayi umur 6-11 bulan yang ada di suatu wilayah 2. Balita umur 12-59 bulan adalah balita umur 12-59 bulan yang ada di suatu wilayah 3. Balita 6-59 bulan adalah balita umur 6-59 bulan yang ada di suatu wilayah 4. Kapsul vitamin A adalah kapsul yang mengandung vitamin A dosis tinggi, yaitu 100.000 Satuan Internasional (SI) untuk bayi umur 6-11 bulan dan 200.000 SI untuk anak balita 12-59 bulan 5. Persentase balita mendapat kapsul vitamin A adalah jumlah bayi 6-11 bulan ditambah jumlah balita 12-59 bulan yang mendapat 1 (satu) kapsul vitamin A pada periode 6 (enam) bulan terhadap jumlah seluruh balita 6-59 bulan dikali 100%. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 6 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 6 bulan |
| Numerator | Jumlah bayi 6-11 bulan + balita 12-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah balita 6-59 bulan dalam satu tahun |
| Sumber Data | Laporan KIA |
| Standar | 90 % |
| Penanggung Jawab | Bidan / Bidan Koordinator dan Petugas Gizi |

e. Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Mendapat Makanan Tambahan

| | |
|-------|---|
| Judul | Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis |
|-------|---|

| | |
|----------------------------|--|
| | (KEK) Mendapat Makanan Tambahan |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian ibu hamil yang mendapat PMT dalam upaya mengurangi faktor resiko tinggi gangguan tumbuh kembang pada ibu hamil dan pada bayi |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu hamil KEK adalah Ibu hamil dengan Lingkar Lengan Atas (LiLA) < 23,5 cm 2. Makanan Tambahan adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal. 3. Persentase Ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan adalah jumlah ibu hamil KEK yang mendapatkan makanan tambahan terhadap jumlah ibu hamil KEK yang ada dikali 100%. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan |
| Denominator | Jumlah sasaran ibu hamil KEK yang ada |
| Sumber Data | Laporan program gizi |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Pelaksana program gizi |

19. PELAYANAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

a. Cakupan Keluarga Mandiri III dan IV

| | |
|--------------|---|
| Judul | Cakupan Keluarga Mandiri III dan IV |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat mengatasi masalah kesehatan dikeluarganya secara mandiri sehingga siap untuk lepas bina |

| | |
|----------------------------|---|
| | dari asuhan keperawatan |
| Definisi Operasional | Cakupan hasil akhir tingkat kemandirian Keluarga (KM III dan IV) pada keseluruhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya, setelah mendapatkan askep keluarga minimal 4 kali kunjungan Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga rawan yang dibina yang memenuhi kriteria KM III dan IV di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Seluruh keluarga rawan yang ada di wilayah yang sama dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Perkesmas |

b. Cakupan Keluarga Resiko Tinggi Mendapat Askep Keluarga

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Cakupan Keluarga Resiko Tinggi Mendapat Askep keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif, Efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan kemauan serta memberikan keterampilan sehingga keluarga dapat mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya |
| Definisi Operasional | Jumlah keluarga yang mendapat asuhan keperawatan keluarga dan terdokumentasikan melalui askep keluarga sesuai dengan permasalahan yang ditemukan termasuk tindak lanjut permasalahan pada indikator Program |

| | |
|----------------------------|---|
| | Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga Target program keluarga resiko tinggi yang di bina menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan ($88\% \times (2,66\% \times \Sigma \text{ keluarga rawan yang ada})$) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga yang mendapat Askep Keluarga di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Jumlah sasaran keluarga yang bermasalah kesehatan dan tercatat dalam register R1 Perkesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 80% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Perkesmas |

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

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada Keluarga dengan Hipertensi yang mendapat Askep keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui sejauh mana keluarga dengan hipertensi dapat mengatasi masalah kesehatan dikeluarganya secara mandiri sehingga siap untuk lepas bina dari asuhan keperawatan |
| Definisi Operasional | Cakupan hasil akhir tingkat kemandirian Keluarga (KM III dan IV) pada keluarga dengan penderita Hipertensi, setelah mendapatkan askep keluarga minimal 4 kali kunjungan. Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang |

| | |
|----------------------------|--|
| | diberikan asuhan keperawatan keluarga dengan penderita hipertensi). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah KM III dan IV pada keluarga dengan penderita hipertensi di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah keluarga yang anggota keluarganya terdapat penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Perkesmas |

d. Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada Keluarga dengan ODGJ yang mendapat Askep Keluarga

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Cakupan Keluarga Mandiri (KM III dan IV) pada Keluarga dengan ODGJ yang mendapat Askep Keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk untuk mengetahui sejauh mana keluarga dengan ODGJ dapat mengatasi masalah kesehatan dikeluarganya secara mandiri sehingga siap untuk lepas bina dari asuhan keperawatan |
| Definisi Operasional | Cakupan hasil akhir tingkat kemandirian Keluarga (KM III dan IV) pada keluarga dengan penderita Orang dengan gangguan Jiwa (ODGJ), setelah mendapatkan askep keluarga minimal 4 kali kunjungan Target program menyesuaikan perhitungan dari Dinas Kesehatan (30% dari jumlah sasaran yang diberikan asuhan keperawatan keluarga |

| | |
|----------------------------|---|
| | keluarga dengan ODGJ). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah KM III dan IV pada keluarga dengan penderita ODGJ diwilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah keluarga yang anggota keluarganya terdapat ODGJ dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Perkesmas |

e. Persentase Kunjungan Pasien ke Sentra Keperawatan Aktif

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Persentase kunjungan pasien ke sentra keperawatan aktif |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pemanfaatan dan kualitas sentra keperawatan oleh pasien Puskesmas |
| Definisi Operasional | Persentase kunjungan pasien ke sentra keperawatan aktif adalah Jumlah kunjungan pasien ke sentra keperawatan untuk mendapatkan pelayanan baik preventif, promotif, kuratif atau rehabilitatif di puskesmas, dimana hari buka pelayanan sentra keperawatan minimal 1 kali perminggu dan berkelanjutan sepanjang tahun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah kunjungan pasien sentra keperawatan |
| Denominator | 10% Jumlah kunjungan Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |

| | |
|------------------|------------------------------------|
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Perkesmas |

f. Cakupan Kelompok Resiko Tinggi Mendapatkan Askep

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan kelompok resiko tinggi mendapatkan askep |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kelompok resiko tinggi |
| Definisi Operasional | Jumlah kelompok resiko tinggi (prolanis, kelompok bumil resti, kelompok balita resti, dll) yang mendapat askep kelompok oleh petugas Puskesmas. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah kelompok resti yang ada di wilayah kerja Puskesmas yang mendapat askep kelompok pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Kelompok resiko tinggi yang ada dan tercatat pada buku register kelompok resti di Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Perkesmas |

g. Cakupan Masyarakat/Desa Mendapatkan Askep Komunitas

| | |
|--------------|--|
| Judul | Cakupan masyarakat/desa mendapatkan askep komunitas |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk untuk mengetahui kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai |

| | |
|----------------------------|---|
| | lanjutan intervensi PIS-PK |
| Definisi Operasional | Jumlah desa/ kelurahan/RW yang mendapat asuhan keperawatan komunitas oleh perawat |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah desa atau RW atau RT atau kelurahan yang mendapat askep komunitas pada kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah desa atau RW atau RT atau kelurahan minimal 1 mendapat askep komunitas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Perkesmas |
| Standar | 80 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program Perkesmas |

20. PELAYANAN KESEHATAN GIGI MASYARAKAT

a. Cakupan Pembinaan Kesehatan Gigi di Masyarakat (UKGMD)

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan pembinaan kesehatan gigi di Masyarakat (UKGMD) |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk melihat hasil kinerja program Kesehatan gigi dan mulut di masyarakat |
| Definisi Operasional | Cakupan UKGMD adalah persentase UKGMD yang mendapat pembinaan dari petugas puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah posyandu yang mendapat pembinaan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |

| | |
|------------------|--|
| Denominator | Jumlah posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 80% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut |

b. Cakupan Pembinaan Kesehatan Gigi dan Mulut di SD/MI

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan pembinaan kesehatan gigi dan mulut di SD/MI |
| Dimensi Mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengajarkan cara merawat gigi dan mulut sesuai dengan kaidah kesehatan secara benar |
| Definisi Operasional | Pembinaan kesehatan gigi dan mulut adalah kegiatan untuk mengubah perilaku mereka dari kurang menguntungkan menjadi menguntungkan terhadap kesehatan gigi pada murid kelas 1 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah SD/MI yang mendapat pembinaan Kesehatan gigi dan mulut oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah SD/MI yang berada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 80 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut |

c. Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa SD

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut siswa SD |
| Dimensi Mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut Siswa SD adalah untuk mengetahui status kesehatan gigi dan mulut siswa SD serta tindak lanjut apabila ditemukan masalah kesehatan gigi dan mulut pada anak |
| Definisi Operasional | Cakupan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut siswa SD adalah persentase siswa SD yang mendapat pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut dari petugas Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah siswa SD yang mendapat pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah siswa SD yang berada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 80 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut |

d. Cakupan Penanganan Siswa SD Yang Membutuhkan Perawatan Kesehatan Gigi

| | |
|--------------|---|
| Judul | Cakupan penanganan siswa SD yang membutuhkan perawatan kesehatan gigi |
| Dimensi Mutu | Kualitas dan keselamatan |

| | |
|----------------------------|--|
| Tujuan | Untuk memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan pada kesehatan gigi dan mulut yang ditemukan pada saat pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut |
| Definisi Operasional | Cakupan Penanganan Siswa SD/MI yang Membutuhkan Perawatan Kesehatan Gigi adalah persentase siswa SD/MI yang mendapatkan penanganan berupa perawatan gigi oleh Petugas di Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | Satu tahun sekali |
| Numerator | Jumlah siswa SD/ MI yang mendapat penanganan oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah siswa SD/MI yang membutuhkan perawatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan gigi dan mulut |

21. PELAYANAN KESEHATAN KERJA

a. Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang Terbentuk di Wilayah Kerja Puskesmas

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Jumlah pos upaya kesehatan kerja (UKK) yang terbentuk di wilayah kerja Puskesmas |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah Pos UKK yang terbentuk dalam periode tertentu |
| Definisi Operasional | Jumlah Pos UKK yang terbentuk minimal 1 (satu) Puskesmas terbentuk 1 (satu) Pos UKK di |

| | |
|----------------------------|--|
| | wiayah kerja pada kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah Pos UKK yang terbentuk di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 1 (satu) pos UKK yang terbentuk yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan program kesehatan kerja |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan kerja |

b. Pendataan Perusahaan/Industri Informal

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pendataan perusahaan/industri informal |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah perusahaan/industri informal yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas |
| Definisi Operasional | Pendataan perusahaan/industri informal adalah kegiatan pendataan perusahaan/industri yang ada di wilayah kerja Puskesmas baik formal maupun informal |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah perusahaan (industri) yang dilakukan pendataan oleh petugas Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah perusahaan (industri) yang ada di |

| | |
|------------------|--|
| | wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan program kesehatan kerja |
| Standar | 20 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan kerja |

22. PELAYANAN KESEHATAN OLAHRAGA

a. Persentase Jemaah Haji yang diperiksa Kebugaran Jasmani

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Persentase jemaah haji yang diperiksa kebugaran jasmani |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian pemeriksaan kebugaran jemaah haji untuk melengkapi syarat istitoah haji |
| Definisi Operasional | Persentase jemaah haji yang diperiksa kebugaran jasmani adalah jumlah jemaah haji yang diperiksa kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas di banding dengan jumlah jemaah haji yang ada di wilayah kerja Puskesmas pada periode tertentu, dinyatakan dalam persentase |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah Jemaah haji yang diukur kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah Jemaah haji yang mengikuti kebugaran di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan olahraga |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan olahraga |

b. Persentase Pengukuran Kebugaran Anak Sekolah

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Persentase pengukuran kebugaran anak sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian kegiatan pengukuran kebugaran pada anak sekolah |
| Definisi Operasional | Persentase anak sekolah yang diperiksa kebugaran jasmani adalah jumlah anak sekolah yang diperiksa kebugaran jasmani di wilayah kerja puskesmas di banding dengan jumlah anak sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas pada periode tertentu, dinyatakan dalam persentase |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah anak sekolah yang diukur kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah anak sekolah yang mengikuti kebugaran di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan olahraga |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan olahraga |

c. Orientasi Tes Kebugaran Bagi Guru Olahraga

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Orientasi tes kebugaran bagi guru olahraga |
| Dimensi Mutu | Efektif |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah guru yang berperan serta dalam kegiatan olahraga dan keadaan jasmani guru olahraga |
| Definisi Operasional | Jumlah guru olahraga yang mengikuti tes kebugaran dalam kurun waktu tertentu |

| | |
|----------------------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah guru olahraga yang di ukur tes kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah guru olahraga yang mengikuti tes kebugaran di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan olahraga |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan olahraga |

d. Jumlah Kelompok Olahraga

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Jumlah kelompok olahraga |
| Dimensi Mutu | Efektif dan efisien |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah kelompok olahraga yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Definisi Operasional | Jumlah kelompok olahraga adalah jumlah kelompok olahraga yang didata oleh petugas kesehatan dalam kurun waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah kelompok olahraga yang didata oleh petugas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah kelompok olahraga yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan olahraga |
| Standar | 100% |

| | |
|------------------|---|
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program kesehatan olahraga |
|------------------|---|

23. PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL KOMPLEMENTER

a. Cakupan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga (TOGA)

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan pembinaan kelompok asuhan mandiri pemanfaatan tanaman obat keluarga (TOGA) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja program Hattra dalam membina kelompok TOGA yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Definisi Operasional | Cakupan pembinaan kelompok TOGA (5-10 KK) yang di bina oleh petugas Puskesmas yang berada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dibagi 1 kelompok TOGA |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah Penyehat Tradisional yang di bina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | 1 kelompok TOGA di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program tradisional komplementer |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program tradisional komplementer |

b. Cakupan Pembinaan Penyehat Tradisional Terdaftar/Berizin

| | |
|--------------|--|
| Judul | Cakupan pembinaan penyehat tradisional terdaftar/berizin |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah praktisi Penyehat |

| | |
|----------------------------|---|
| | Tradisional (HATTRA) untuk melegalkan praktek pengobatan tradisional |
| Definisi Operasional | Cakupan Penyehat Tradisional Terdaftar/Berizin adalah persentase penyehat tradisional yang terdaftar atau berizin (yang mempunyai STPT/STRKT) di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Penyehat Tradisional yang di bina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program tradisional komplementer |
| Standar | 80 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program tradisional komplementer |

c. Cakupan Pembinaan Upaya Penyehat Tradisional

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Cakupan pembinaan upaya penyehat tradisional |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam membina praktisi penyehat tradisional yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Definisi Operasional | Pembinaan penyehat tradisional adalah upaya yang dilakukan oleh Puskesmas berupa inventarisir, identifikasi, dengan aplikasi Gan Hattra, pencatatan dan pelaporan kunjungan klien, serta fasilitasi rekomendasi registrasi kesehatan tradisional di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|------------------|---|
| Pengumpulan Data | |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Penyehat Tradisional yang dibina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah Penyehat Tradisional seluruhnya di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program tradisional komplementer |
| Standar | 13 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program tradisional komplementer |

24. PELAYANAN KESEHATAN PENGEMBANGAN LAINYA (SURVEILANS)

a. Cakupan Ketepatan Surveilans Terhadap Penyakit

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan ketepatan surveilans terpadu penyakit |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam mengumpulkan data hasil pengamatan penyakit yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Definisi Operasional | Cakupan ketepatan surveilans terpadu penyakit adalah cakupan ketepatan pengumpulan data hasil pengamatan penyakit bulanan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah laporan STP yang dilaporkan Puskesmas tepat waktu dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan STP yang dilaporkan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |

| | |
|------------------|-------------------------------------|
| Sumber Data | Laporan STP |
| Standar | 90 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program surveilans |

b. Cakupan Kelengkapan Surveilans Terpadu Penyakit

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam mengumpulkan data hasil pengamatan penyakit yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Definisi Operasional | Cakupan kelengkapan surveilans terpadu penyakit adalah cakupan kelengkapan pengumpulan data hasil pengamatan penyakit bulanan di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah laporan STP yang lengkap yang dilaporkan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan STP yang dilaporkan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan STP |
| Standar | 90 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program surveilans |

c. Cakupan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)

| | |
|--------------|--|
| Judul | Cakupan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien dan keselamatan |

| | |
|----------------------------|---|
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas terjadi KLB penyakit dan keracunan makanan yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Definisi Operasional | Cakupan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) adalah cakupan penanggulangan KLB penyakit dan keracunan makanan yang dilakukan dalam waktu 1 x 24 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap ada kasus |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah KLB penyakit dan keracunan makanan yang ditanggulangi 1 x 24 jam dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah KLB penyakit dan keracunan makanan dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan kejadian KLB |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab | Penanggung jawab program surveilans |

BUPATI CIREBON,

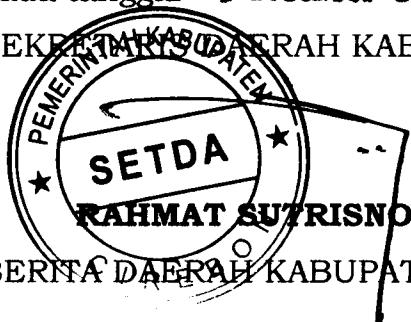
TTD

IMRON

Diundangkan di Sumber

pada tanggal 3 Desember 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 125 SERI ■