

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON



NOMOR 34 TAHUN 2020 SERI 35

PERATURAN BUPATI CIREBON
NOMOR 81 TAHUN 2020

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT PANGENAN
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

- 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 beberap kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23

- Umum (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
 10. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 210);
 11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 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 1355);
 15. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 15 Tahun 2007 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2007 Nomor 15,

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

MEMUTUSKAN :

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

2. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Cirebon.
3. Bupati adalah Bupati Cirebon.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah perangkat daerah Kabupaten Cirebon yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
6. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
7. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas dan Badan Daerah Kabupaten Cirebon.
8. Unit Pelaksana Teknis Daerah Puskesmas Pangenan, yang selanjutnya disebut Puskesmas Pangenan adalah UPTD Puskesmas Pangenan.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
10. Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintah Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
11. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM

12. Pelayanan Kesehatan Puskesmas adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan dan pelaporan yang dituangkan dalam suatu sistem.
13. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.
14. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
15. Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.
16. Puskesmas nonrawat inap merupakan Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*home care*), pelayanan gawat darurat, dan persalinan normal bagi Puskesmas yang tersedia fasilitas pelayanan persalinan normal.
17. Puskesmas rawat inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM Kesehatan dimaksudkan untuk memberi pedoman kepada Pemerintah Daerah Kabupaten dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Kesehatan pada

- (2) SPM Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB III

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

Bagian Kesatu

Tugas

Pasal 3

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

Bagian Kedua

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

Pasal 4

Jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Pangenan, 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 gawat darurat;
- e. pelayanan gizi yang bersifat UKP;
- f. pelayanan persalinan;
- g. pelayanan rawat inap;
- h. pelayanan kefarmasian; dan

Pasal 6

UKM tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b, merupakan pelayanan kesehatan dasar 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 lainnya;
- o. pelayanan promosi kesehatan;
- p. pelayanan kesehatan lingkungan;
- q. pelayanan gizi;
- r. pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat;
- s. pelayanan kesehatan gigi masyarakat;
- t. pelayanan kesehatan kerja;
- u. pelayanan kesehatan olah raga;
- v. pelayanan kesehatan tradisional komplementer;
- w. pelayanan kesehatan indera; dan
- x. pelayanan kesehatan pengembangan lainnya.

Pasal 7

- (1) Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian pada setiap jenis pelayanan untuk UKP pada Puskesmas Pangenan tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Indikator, standar nilai, Batas Waktu Pencapaian pada jenis pelayanan untuk UKM pada Puskesmas Pangenan, tercantum

dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

- (3) Uraian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 8

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

BAB V PENERAPAN

Pasal 9

- (1) Pemimpin Puskesmas yang menerapkan BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Puskesmas yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan menggunakan format Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, dan penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya, dilaksanakan dengan mengacu pada SPM.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 10

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

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 11

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

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 05 Oktober 2020

BUPATI CIREBON,

Ttd

IMRON

Diundangkan di Sumber
pada tanggal 05 Oktober 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 04 SERI 3

| No | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Pen |
|----|-----------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|-----|
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | | pemeriksaan feses/Tinja sesuai standar | | | | | | | | |

Ditetapkan di Sumber
pada tanggal 05 Oktober 20
BUPATI CIREBON,

Ttd

IMRON

Diundangkan di Sumber

pada tanggal 3 Oktober 2020

SEKRETARIS **BUPATI** KABUPATEN CIREBON



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 04 SERI .

IN II : PERATURAN BUPATI CIREBON
NOMOR : 81 TAHUN 2020
TANGGAL : 05 OKTOBER 2020
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT PANGENAN KABUPATEN CIREBON

INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN PADA JENIS PELAYANAN
UNTUK UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT PADA PUSKESMAS PANGENAN

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|-----------------------------------|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| layanan Kesehatan ibu Hamil | Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar | 100% | 97,15% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| layanan Kesehatan ibu Bersalin | Persentase ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar | 100% | 99,12% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| layanan Kesehatan bayi Baru Lahir | Persentase bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai | 100% | 94,02% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|--|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|---------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| | standar | | | | | | | | | |
| layanan Kesehatan lita | Persentase pelayanan balita sesuai standar | 100% | 93,89% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| layanan Kesehatan da Usia Pendidikan sar | Persentase anak usia pendidikan dasar yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar | 100% | 92,0% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| layanan Kesehatan da Usia Produktif | Persentase orang usia 15-59 tahun yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar | 100% | 71,44% | 22,4% | 50% | 70% | 90% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| layanan Kesehatan da Usia Lanjut | Persentase warga negara usia ≥ 60 tahun yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar | 100% | 54,1% | 32,8% | 50% | 70% | 90% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| layanan Kesehatan nderita Hipertensi | Persentase penderita hipertensi yang | 100% | 92,5% | 14,7% | 50% | 70% | 90% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|---------------------|--|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| | mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | | | | | | | | | |
| layanan Kesehatan penderita Diabetes melitus (DM) | Persentase penderita Diabetes Melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | 100% | 86,0% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial | |
| layanan Kesehatan dengan gangguan Jiwa DGJ) berat | Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar | 100% | 85,96% | 97% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan | |
| layanan Kesehatan dengan berkulosis (TB) | Persentase orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar | 100% | 24,5% | 32,8% | 40% | 60% | 80% | 100% | Pj UKM Esensial | |
| layanan Kesehatan dengan Risiko infeksi HIV | Persentase orang dengan Risiko Terinfeksi HIV yang mendapatkan | 100% | 98,96% | 96,4% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial | |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|--|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|-----------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| | pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar | | | | | | | | | |
| ayanan Imunisasi | | | | | | | | | | |
| lan Imunisasi anak sekolah | | | | | | | | | | |
| 3ulan imunisasi anak sekolah (BIAS) Difteri Tetanus (Dt) | Persentase Semua murid kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Difteri-Tetanus (Dt) sesuai standar. | 98% | 96,42% | 99% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| 3ulan imunisasi anak sekolah (BIAS) tetanus Difteri (Td) | Persentase anak usia kelas 2 (dua) dan 5 (lima) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Tetanus Difteri (Td) sesuai standar | 98% | 96,42% | 99% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|--|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| Bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) Measles Rubella (MR) | Persentase anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Measles Rubella (MR) sesuai standar | 98% | 96,42% | 99% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| Universal Child Immunization (UCI) | Persentase Desa dengan persentase minimal 80% bayi usia 0-11 bulan mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) | 93% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| Imunisasi Lanjutan Measles Rubella (MR) pada Bayi usia 18-24 bulan | Persentase bayi usia 18-24 bulan yang mendapatkan imunisasi lanjutan Measles Rubella (MR) sesuai standar | 55% | 48,33 % | 52 % | 52 % | 53 % | 54 % | 55 % | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|---|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| a) Pemeriksaan Kontak pada penderita kusta baru dan <i>Release From Treatment</i> (RFT) | Persentase orang yang kontak dengan Penderita Kusta (kontak serumah, kontak tetangga, kontak sosial) kasus baru dan paska <i>Release From Treatment</i> (RFT) Kusta di wilayah Puskesmas mendapatkan pemeriksaan kontak sesuai standar | 100% | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| b) Rapid Village Survey (RVS)/Pemeriksaan Cepat Desa | Persentase Desa yang memiliki kasus/ riwayat kusta dilakukan Rapid Village Survey (RVS) kusta sesuai standar | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| c) Intensive Case Finding (ICF)/Intensifikasi | Persentase penduduk wilayah Puskesmas dengan distribusi | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| a) Angka Kesembuhan Penderita Kusta Tipe Multibasiler (MB) | Persentase kasus baru MB yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Pj UKM Esensial |
| b) Angka Kesembuhan Penderita Kusta Tipe Pausi Basiler (PB) | Persentase kasus baru PB yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | Pj UKM Esensial |
| 3D | | | | | | | | | |
| ncegahan DBD ngan Penghitungan gka Bebas Jentik 3J) | Cakupan Angka Bebas Jentik (ABJ) | 100% | 70% | 80,81% | 90% | 93% | 95% | 97% | Pj UKM Esensial |
| 3A | | | | | | | | | |
| nemuan Penderita emonia Balita | Cakupan penemuan penderita pneumonia balita | 100% | 467,96% | 92,75% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|-----------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| ARE | | | | | | | | | | |
| Pelayanan Diare pada Kasus Semua Jmur | Cakupan pelayanan diare pada kasus semua umur | 100% | 116,87% | 102,53% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| Pelayanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA) | Cakupan pelayanan rehidrasi oral aktif | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| teksi Dini Hepatitis pada Ibu Hamil | Cakupan deteksi dini Hepatitis B pada Ibu Hamil | 100% | 100% | 94,87% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| urveilans | | | | | | | | | | |
| kelengkapan laporan sistem kewaspadaan dini dan respon penyakit potensial KLB | a. Persentase kelengkapan laporan sistem kewaspadaan dini dan respon penyakit potensial KLB | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| ketepatan laporan sistem kewaspadaan dini dan respon penyakit potensial | b. Persentase ketepatan laporan sistem kewaspadaan dini dan respon penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| KL | potensial KLB | | | | | | | | |
| Kelengkapan surveilans terpadu penyakit | c. Persentase kelengkapan surveilans terpadu penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| Ketepatan surveilans terpadu penyakit | d. Persentase ketepatan surveilans terpadu penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| Penanggulangan Kejadian Luar Biasa | e. Persentase Penanggulangan Kejadian Luar Biasa | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| Kelengkapan laporan sistem kewaspadaan dini dan respon penyakit | f. Persentase Kelengkapan Laporan sistem kewaspadaan dini dan respon penyakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| Ketepatan Laporan sistem kewaspadaan dini dan respon | g. Persentase Ketepatan Laporan sistem kewaspadaan dini dan respon | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|---|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| penyakit | dan respon penyakit | | | | | | | | |
| layanan Promosi kesehatan | | | | | | | | | |
| nyuluhan PHBS keluarga | Cakupan penyuluhan PHBS Keluarga | 100% | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| nyuluhan PHBS sekolah | Cakupan penyuluhan PHBS Sekolah | 100% | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| nyuluhan PHBS tempat-tempat umum | Cakupan penyuluhan PHBS Tempat-tempat umum | 100% | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| nyuluhan PHBS di fasilitas kesehatan | Cakupan penyuluhan PHBS di fasilitas kesehatan | 100% | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| nyuluhan kelompok petugas kesehatan di dalam gedung puskesmas | Cakupan penyuluhan kelompok oleh petugas kesehatan di dalam gedung puskesmas | 100% | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| mbinaan PHBS anan institusi | Cakupan pembinaan PHBS tatanan institusi | 100% | 83,33% | 55,56% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|-----------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| kehatan | kesehatan | | | | | | | | | |
| berdayaan ividu /keluarga alui kunjungan nah | Cakupan Pemberdayaan Individu /keluarga melalui kunjungan rumah | 100% | 80,02% | 63,41% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| mbinaan PHBS di anan rumah tangga | Cakupan Pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga | 100% | 18,66% | 9,52% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| kupan pembinaan berdayaan asyarakat di lihat alui presentase ata desa siaga aktif | Cakupan pembinaan pemberdayaan masyarakat di lihat melalui presentase strata desa siaga aktif | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| mbinaan UKBM ihat melalui esentase posyandu ata purnama dan endiri | Cakupan pembinaan UKBM dilihat melalui presentase posyandu strata purnama dan mandiri | 100% | 15,91% | 14,89% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| ndampingan laksanaan SMD dan | Cakupan Pendampingan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|--|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|-----------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| 4D | pelaksanaan SMD dan MMD | | | | | | | | | |
| ayanan Kesehatan lingkungan | | | | | | | | | | |
| ersentase Penduduk hadap akses sanitasi yang layak (Jamban Sehat) | Persentase Penduduk terhadap akses sanitasi yang layak (Jamban Sehat) | 100% | 72,88% | 58,54% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| mlah desa yang dilaksanakan sanitasi Total berbasis Masyarakat (TBM) | Persentase Jumlah desa yang melaksanakan STBM | 100% | 100% | 57,14% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| speksi Kesehatan lingkungan terhadap sarana air bersih | Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap sarana air bersih | 100% | 64,87% | 55,59% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| speksi Kesehatan lingkungan terhadap Fasilitas | Persentase Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap Tempat | 100% | 92,57% | 63,58% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|---|--|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|-----------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| ikanan tambahan | tambahan | | | | | | | | | |
| 1 Nifas Mendapat psul Vitamin A | Persentase Ibu Nifas mendapat kapsul Vitamin A | 100% | 101,46% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| ayanan perawatan sehatan Masyarakat | | | | | | | | | | |
| luarga Risiko Tinggi ndapatkan Asuhan perawatan | Cakupan keluarga risiko tinggi mendapat Asuhan keperawatan | 100% | 100% | 110% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| ompok Risiko Tinggi Mendapatkan uhan Keperawatan | Cakupan Kelompok Risiko tinggi mendapat Asuhan keperawatan | 100% | 100% | 22,22% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| asyarakat Desa ndapatkan Asuhan perawatan komunitas | Cakupan masyarakat/ desa mendapat askep komunitas | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |
| luarga Mandiri III n IV pada semua | Cakupan keluarga Mandiri III dan IV pada | 100% | 100% | 110% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Esensial |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| pendataan perusahaan/Industri | Cakupan Pendataan Perusahaan/Industri yang ada di wilayah kerja puskesmas baik formal maupun informal | 100% | 0 | 55,56% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| mbinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) | Cakupan Pos UKK yang dibina sesuai standar | 100% | 0 | 55,56% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| ayanan Kesehatan ahraga | | | | | | | | | |
| ngukuran bugaran Jasmani iak Sekolah | Presentasi pengukuran kebugaran jasmani anak sekolah sesuai standar | 100% | 100% | 39,05% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| ngukuran bugaran Jasmani maah Haji | Presentasi Jamaah haji yang di periksa kebugaran jasmani sesuai standar | 100% | 100% | 97,67% | 100% | 100% | 100% | 100% | PJ UKM Pengembangan |
| ientasi tes bugaran bagi guru | Persentase Orientasi tes kebugaran bagi guru | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab | |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|------------------|---------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | | |
| oh raga | olah raga | | | | | | | | | |
| ayanan kesehatan idisional dan mplementer | | | | | | | | | | |
| mbinaan Upaya nyehat Tradisional | Cakupan Pembinaan Upaya penyehat Tradisional | 100% | 80% | 20% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| nyehat Tradisional 'daftar/ berizin | Cakupan Penyehat Tradisional terdaftar/ berizin | 100% | 0 | 33,33% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| mbinaan Kelompok uhan Mandiri manfaat naman obat dan luarga(TOGA) | Cakupan Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan Tanaman obat dan keluarga(TOGA) | 100% | 50% | 66,67% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| ayanan kesehatan dera | | | | | | | | | | |
| giatan skrining tarak di desa | Cakupan desa yang melaksanakan kegiatan skrining katarak | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | | Penanggung Jawab |
|---|---|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|------|---------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| layanan Kesehatan da penderita tarak | Cakupan penderita katarak yang mendapatkan pelayanan sesuai standar | 100% | 93,75% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| eriksa n Indera nglihatan anak kolah | Cakupan pemeriksaan katarak pada anak sekolah sesuai standar | 100% | 89,06% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| nangan ngguan penglihatan da anak sekolah | Cakupan penanganan gangguan penglihatan yang diberikan pada anak sekolah sesuai standar | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |
| layanan kesehatan ngembangan nnya | | | | | | | | | |
| mberantasan nyakit Kecacingan | Persentase anak yang mendapatkan obat cacing | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |

| Jenis Pelayanan | Indikator | Standar | Pencapaian Awal 2019 | Rencana Pencapaian Tahun | | | | Penanggung Jawab |
|---------------------------------|--------------------------------------|---------|----------------------|--------------------------|------|------|------|---------------------|
| | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | |
| Penyalaksanaan Kasus Filariasis | Cakupan tatalaksana kasus Filariasis | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Pj UKM Pengembangan |

Ditetapkan di Sumber
pada tanggal 05 Oktober 2020
BUPATI CIREBON,

Ttd

IMRON

Ditetapkan di Sumber

tanggal 05 Oktober 2020

RAHMAT SUTRISNO
BUPATI KABUPATEN CIREBON



DALAM RANGKAIAN RENCANA KERJA DAN ANGGARAN KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 4 SERI 4

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI CIREBON

NOMOR : 81 TAHUN 2020

TANGGAL : 05 OKTOBER 2020

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA UNIT PELAKSANA TEKNIK DAERAH PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT PANGENAN KABUPATEN CIREBON

I. INDIKATOR SPM UKP

A. Pelayanan Pemeriksaan Umum

| Judul | Pelayanan pemeriksaan umum |
|----------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien Rawat Jalan dengan masalah dan penyakit non spesialisik yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mendapat pelayanan pemeriksaan umum sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan pemeriksaan umum adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien Rawat Jalan dengan masalah dan penyakit non spesialisik yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer sesuai standar. Pelayanan pemeriksaan umum sesuai standar adalah pelayanan yang mengacu pada Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer yang berlaku. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien Rawat Jalan dengan masalah dan penyakit non spesialisik yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di |

| | |
|---------------------------------|---|
| | mendapat pelayanan pemeriksaan umum sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua pasien Rawat Jalan dengan masalah dan penyakit non spesialisik yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register pemeriksaan umum |
| Target | 100% |
| Langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesis (<i>Subjective</i>) 2. Pemeriksaan fisik dan penunjang (<i>Objective</i>) 3. Penegakan diagnosis (<i>Assessment</i>) 4. Penatalaksanaan Komprehenship (<i>Plan</i>) 5. Konseling dan Edukasi 6. Prognosis |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan Pemeriksaan Umum menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan Pemeriksaan Umum 3. melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Koordinator Rawat Jalan |
| Sumber Daya Manusia | Dokter Umum, Tenaga Keperawatan |

B. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

| | |
|--------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien Rawat Jalan dengan masalah kesehatan gigi dan mulut yang bisa ditangani |

| | |
|----------------------------|--|
| | Pelayanan Kesehatan Primer mendapat pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan masalah kesehatan gigi dan mulut yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer sesuai standar. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sesuai standar adalah pelayanan yang mengacu pada Panduan Praktik Klinis Kedokteran Gigi di Pelayanan Primer yang berlaku. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien Rawat Jalan dengan masalah kesehatan gigi dan mulut yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mendapat pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua pasien Rawat Jalan dengan masalah kesehatan gigi dan mulut yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Registrasi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut |
| Target | 100 % |
| Langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesis (<i>Subjective</i>) 2. Gejala Klinis dan Pemeriksaan 3. Diagnosis Banding 4. Klasifikasi Terapi <i>International</i> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | 6. Prosedur Tindakan Kedokteran Gigi 7. Pemeriksaan Penunjang 8. Peralatan dan bahan/obat 9. Lama Perawatan 10. Faktor Penyulit 11. Prognosis 12. Keberhasilan Perawatan 13. Faktor sosial yang perlu diperhatikan 14. Tingkat Pembuktian |
| Monitoring dan Evaluasi | 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Koordinator Rawat Jalan |
| Sumber Daya Manusia | Dokter Gigi, Terapis Gigi dan Mulut (TGM) |

C. Pelayanan Kesehatan Keluarga yang Bersifat UKP

1. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua remaja, calon pengantin, dan/ atau pasangan usia subur mendapat pelayanan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada remaja, calon pengantin, dan atau pasangan usia subur sesuai standar. Pelayanan Kesehatan sesuai standar meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian imunisasi suplementasi gizi dan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah remaja, calon pengantin, dan/ atau pasangan usia subur mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah remaja, calon pengantin, dan/ atau pasangan usia subur di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| Target | 100 % |
| Langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fisik 2. Pemeriksaan penunjang 3. Pemberian imunisasi 4. Suplementasi gizi 5. Konsultasi Kesehatan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Koordinator Rawat Jalan dan Koordinator Bidan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Dokter, Tenaga Bidan, Tenaga Perawat |

2. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Masa Hamil |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan |

| | |
|----------------------------|--|
| | Kesehatan Masa Hamil sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan Kesehatan Masa Hamil adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan dilayani sesuai standar. Pelayanan Kesehatan sesuai standar adalah pelayanan antenatal terpadu. Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas b. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan c. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman d. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi e. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan f. Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi <p>Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan sekurang kurangnya 4 (empat) kali selama masa kehamilan yang dilakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 1 (satu) kali pada trimester pertama b. 1 (satu) kali pada trimester kedua c. 2 (dua) kali pada trimester ketiga |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ibu hamil mendapatkan pelayanan |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua ibu hamil di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| Target | 100 % |
| Langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan antenatal dan konseling 2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan 3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman 4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi 5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan 6. Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Koordinator Rawat Jalan dan Bidan Koordinator |
| Sumber Daya Manusia | Dokter, Tenaga Bidan, Tenaga Perawat |

3. Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan

| | |
|--------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dan etis berfokus pada |

| | |
|----------------------|--|
| | pelayanan. |
| Tujuan | Semua Ibu nifas dan Bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Ibu nifas dan Bayi baru lahir sesuai standar.</p> <p>A. Ibu nifas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periode waktu pelayanan dilakukan paling sedikit 3 (tiga) kali selama masa nifas dengan periode waktu : <ol style="list-style-type: none"> a. 1 (satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 3 (tiga) hari paska persalinan b. 1 (satu) kali pada periode 4 (empat) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari paska persalinan c. 1 (satu) kali pada periode 29 (dua puluh Sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua hari) paska persalinan 2. Meliputi kegiatan pelayanan : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan tekanan darah b. Pemeriksaan tinggi fundus uteri c. Pemeriksaan lochia dan perdarahan d. Pemeriksaan jalan lahir e. Pemeriksaan payudara dan anuran pemberian ASI Eksklusif f. Pemberian Kapsul Vitamin A g. Pelayanan Kontrasepsi paska persalinan h. Konseling i. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas <p>B. Bayi Baru Lahir</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meniaga bavi agar tetap hangat |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>hidung jika diperlukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengeringkan badan bayi 4. Memantau tanda bahaya 5. Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, sekitar 2 menit setelah lahir 6. Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) 7. Memberikan suntikan vitamin K1 1 miligram intramuscular, di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini 8. Beri salep mata antibiotika pada kedua mata 9. Pemeriksaan fisik 10. Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml intramuscular, di paha kanan anterolateral, sekitar 1 (satu) sampai 2 (dua) jam setelah pemberian vitamin K1 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah Ibu nifas dan Bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua Ibu nifas dan Bayi baru lahir di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| Target | 100 % |
| Langkah Kegiatan | <p>A. Ibu nifas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan tekanan darah 2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri 3. Pemeriksaan lochia dan perdarahan 4. Pemeriksaan jalan lahir 5. Pemeriksaan payudara dan areola |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>6. Pemberian Kapsul Vitamin A</p> <p>7. Pelayanan Kontrasepsi paska persalinan</p> <p>8. Konseling</p> <p>9. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas</p> <p>C. Bayi Baru Lahir</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga bayi agar tetap hangat 2. Menghisap lender dari mulut dan hidung jika diperlukan 3. Mengeringkan badan bayi 4. Memantau tanda bahaya 5. Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, sekitar 2 menit setelah lahir 6. Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) 7. Memberikan suntikan vitamin K1 1 miligram intramuscular, di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini 8. Beri salep mata antibiotika pada kedua mata 9. Pemeriksaan fisik 10. Memberikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml intramuscular, di paha kanan anterolateral, sekitar 1 (satu) sampai 2 (dua) jam setelah pemberian vitamin K1 |
| Monitoring dan Evaluasi | <p>Monitoring pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Masa sesudah Melahirkan menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Koordinator Rawat Jalan dan Koordinator |
| Sumber Daya Manusia | Dokter, Tenaga Bidan, Tenaga Perawat |

4. Pelayanan Kontrasepsi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kontrasepsi |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua Ibu nifas, Pasangan Usia Subur (PUS), dan Wanita Usia Subur (WUS) mendapatkan Pelayanan Kontrasepsi sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan Kontrasepsi adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Ibu nifas, Pasangan Usia Subur (PUS), dan Wanita Usia Subur (WUS) sesuai standar. Pelayanan sesuai standar adalah :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma budaya, etika serta segi kesehatan2. Pelayanan yang dimaksud meliputi :<ol style="list-style-type: none">a. Pergerakan pelayanan kontrasepsib. Pemberian atau pemasangan kontrasepsic. Penanganan terhadap efek samping, komplikasi, dan kegagalan kontrasepsi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah Ibu nifas, Pasangan Usia Subur (PUS), dan Wanita Usia Subur (WUS) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua Ibu nifas, Pasangan Usia Subur (PUS), dan Wanita Usia Subur (WUS) di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Pelayanan Kesehatan Keluarga |
| Target | 100 % |

| | |
|---------------------------------|--|
| Langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan pelayanan kontrasepsi 2. Pemberian atau pemasangan kontrasepsi 3. Penanganan terhadap efek samping, komplikasi, dan kegagalan kontrasepsi |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Pelayanan Kontrasepsi menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kontrasepsi melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Koordinator Rawat Jalan dan Koordinator Bidan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Dokter, Tenaga Bidan, Tenaga Perawat |

D. Pelayanan Gawat Darurat

1. Penanganan Kegawatdaruratan Prafasilitas

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Penanganan kegawatdaruratan Prafasilitas |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien yang memerlukan Penanganan Kegawatdaruratan Prafasilitas mendapat pelayanan sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Penanganan Kegawatdaruratan prafasilitas adalah penanganan kegawatdaruratan yang diberikan kepada pasien dengan cepat dan tepat di tempat kejadian sesuai standar sebelum mendapatkan tindakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Penanganan Kegawatdaruratan prafasilitas sesuai standar adalah penanganan yang mengacu pada Pedoman Pelayanan Kegawatdaruratan yang |

| | |
|---------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kasus penanganan kegawatdaruratan Prafasilitas melalui akses komunikasi PSC 119 atau saluran komunikasi lainnya yang ditangani di wilayah kerja Puskesmas Pangenan dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua kasus kegawatdaruratan Prafasilitas melalui akses komunikasi PSC 119 atau saluran komunikasi lainnya di wilayah kerja puskesmas pangenan dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Penanganan Kegawatdaruratan Prafasilitas |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Pertama Pada Gawat Darurat (PPGD), Tim Pusat Pelayanan Kesehatan Terpadu atau <i>Public Safety Center</i> (PSC 119) |
| Langkah-langkah Kegiatan | <p>Tenaga kesehatan dari PSC 119 ataupun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Triase memilah kondisi Pasien agar mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment/Exposure). Stabilisasi/Resusitasi Resusitasi diperuntukkan bagi Pasien yang mengalami henti jantung ataupun yang mengalami krisis tanda vital (jalan napas, pernapasan, sirkulasi, kejang). Evakuasi Medik merupakan upaya memindahkan Pasien dari lokasi kejadian ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan oleh Pasien dengan |

| | |
|-------------------------|--|
| | disertai dengan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi. |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan penanganan kegawatdaruratan prafasilitas sesuai daftar tilik SOP penanganan kegawatdaruratan prafasilitas. 2. Evaluasi pencapaian SPM penanganan kegawatdaruratan prafasilitas melalui pertemuan pra lokakarya mini bulanan UKP. 3. Evaluasi pencapaian SPM penanganan kegawatdaruratan prafasilitas oleh Dinas Kesehatan. |
| Sumber Daya Manusia | Dokter dan atau Tenaga Perawat yang mempunyai kompetensi penanganan kegawatdaruratan. |

2. Pelayanan Kegawatdaruratan Intrafasilitas

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pelayanan kegawatdaruratan Intrafasilitas |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien yang memerlukan Pelayanan Kegawatdaruratan Intrafasilitas mendapat pelayanan sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kegawatdaruratan intrafasilitas merupakan tindakan pertolongan terhadap Pasien yang cepat dan tepat sesuai standar di Ruang Gawat Darurat Puskesmas. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kasus kegawatdaruratan Intrafasilitas yang ditangani sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |

| | |
|---------------------------------|--|
| Denominator | Jumlah semua kasus kegawatdaruratan Intrafasilitas di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Register Kasus Kegawatdaruratan Intrafasilitas |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Pertama Pada Gawat Darurat (PPGD) |
| Langkah-langkah Kegiatan | <p>a. Triase memilah kondisi Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit.</p> <p>b. Survei Primer Menilai kondisi pasien berdasarkan prioritas ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment/Exposure).</p> <p>c. Rujukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujukan dilaksanakan jika tindak lanjut penanganan terhadap Pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan di Puskesmas Pangenan karena keterbatasan sumber daya. 2. Sebelum Pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju mengenai kondisi Pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh pasien. 3. Proses pengiriman Pasien dilakukan bila kondisi Pasien stabil, menggunakan ambulan Gawat Darurat atau ambulan transportasi yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, didampingi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi dan membawa |

| | |
|-------------------------|--|
| Monitoring dan Evaluasi | <p>1. Monitoring pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas sesuai daftar tilik SOP penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas.</p> <p>2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas melalui pertemuan pra lokakarya mini bulanan UKP.</p> |
| Sumber Daya Manusia | Dokter dan/atau Tenaga Perawat yang mempunyai kompetensi penanganan kegawatdaruratan |

E. Pelayanan Gizi yang Bersifat UKP

1. Pelayanan Asuhan Gizi Pada Pasien Rawat Inap

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Asuhan Gizi pada pasien rawat inap |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien rawat inap mendapatkan asuhan gizi sesuai standar |
| Definisi Operasional | Asuhan gizi sesuai standar adalah serangkaian kegiatan terorganisir yang dilakukan oleh tenaga gizi untuk mengidentifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan gizi pasien rawat inap diberikan 1 x 24 jam selama masa perawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa gizi, intervensi gizi (perencanaan, penyediaan makanan, edukasi, konseling gizi, Koordinasi interprofesi, serta monitoring dan evaluasi). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang mendapatkan asuhan gizi sesuai standar di wilayah |

| | |
|---------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah semua pasien rawat inap yang mendapatkan asuhan gizi sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Register asuhan gizi pasien rawat inap |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Tenaga Gizi |
| Langkah-langkah Kegiatan | <p>a. Pengkajian Pengumpulan data subjektif dan objektif meliputi antropometri, biokimia, pemeriksaan fisik /klinis, riwayat pasien</p> <p>b. Penetapan diagnosa gizi Penulisan diagnose gizi terstruktur dengan konsep PES (Problem, etiologi dan symptom)</p> <p>c. Intervensi gizi Perencanaan, penyediaan makanan, edukasi, konseling gizi, koordinasi interprofesi</p> <p>d. Monitoring dan evaluasi Memonitoring perkembangan kondisi kesehatan pasien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh pasien dan tenaga kesehatan</p> |
| Monitoring dan Evaluasi | <p>1. Monitoring pelaksanaan pelayanan asuhan gizi menggunakan daftar tilik SOP</p> <p>2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Persalinan pelayanan asuhan gizi melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas.</p> |
| Sumber Daya Manusia | Tenaga Gizi |

2. Pelayanan Asuhan Gizi pada Balita Gizi Buruk

| | |
|-------|---|
| Judul | Pelayanan Asuhan Gizi pada Balita Gizi |
|-------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua Balita gizi buruk mendapatkan asuhan gizi sesuai standar |
| Definisi Operasional | adalah serangkaian kegiatan terorganisir yang dilakukan oleh tenaga gizi untuk mengidentifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan gizi pada Balita gizi buruk diberikan selama masa perawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa gizi, intervensi gizi (perencanaan, penyediaan makanan, edukasi, konseling gizi, Koordinasi interprofesi, serta monitoring dan evaluasi). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah Balita gizi buruk mendapatkan asuhan gizi sesuai standar selama masa perawatan di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua Balita gizi buruk di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register asuhan gizi pada Balita gizi buruk |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Tenaga Gizi |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian pengumpulan data subjektif dan objektif meliputi antropometri, biokimia, pemeriksaan fisik /klinis, riwayat pasien 2. Penetapan diagnosa gizi penulisan diagnose gizi terstruktur dengan konsep PES (Problem. etiologi dan |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>3. Intervensi gizi perencanaan, penyediaan makanan, edukasi, konseling gizi, koordinasi interprofesi</p> <p>4. Monitoring dan evaluasi memonitoring perkembangan kondisi kesehatan pasien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh pasien dan tenaga kesehatan</p> |
| Monitoring dan Evaluasi | <p>1. Monitoring pelaksanaan pelayanan asuhan gizi pada Balita gizi buruk menggunakan daftar tilik SOP</p> <p>2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan asuhan gizi pada Balita gizi buruk melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas.</p> |
| Sumber Daya Manusia | Tenaga Gizi |

F. Pelayanan Persalinan

1. Pelayanan Persalinan Normal

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan Persalinan Normal |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua ibu bersalin tanpa masalah penyulit/komplikasi persalinan mendapatkan pelayanan persalinan normal sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan persalinan normal adalah pelayanan persalinan yang diberikan kepada ibu bersalin tanpa masalah penyulit/komplikasi sesuai standar. Sesuai standar adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ditolong oleh tenaga kesehatan terdiri dari dokter dan/atau 2 orang bidan. |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>langkah asuhan persalinan normal (APN)</p> <p>3. Pemantauan persalinan menggunakan lembar partograf</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ibu bersalin tanpa masalah penyulit/komplikasi persalinan yang mendapatkan pelayanan persalinan normal sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah ibu bersalin tanpa masalah penyulit/komplikasi persalinan di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register pelayanan persalinan normal |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Bidan Desa |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. 60 (enam puluh) langkah asuhan persalinan normal (APN) 2. Pemantauan persalinan menggunakan Partograf |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Pelayanan Persalinan Normal menggunakan daftar tilik SOP 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Persalinan Normal melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas. |
| Sumber Daya Manusia | Dokter , Tenaga Bidan |

2. Pelayanan Persalinan dengan Penyulit/Komplikasi

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Persalinan dengan Penyulit/ Komplikasi |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua ibu bersalin dengan masalah penyulit/atau komplikasi persalinan mendapatkan pelayanan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan persalinan dengan penyulit/komplikasi adalah pelayanan persalinan yang diberikan kepada ibu bersalin dengan masalah penyulit/komplikasi persalinan yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mampu PONEB sesuai standar. Sesuai standar adalah : <ol style="list-style-type: none">1. Ditolong oleh tenaga kesehatan terdiri dari dokter dan/atau 2 orang bidan.2. Kasus Penyulit/komplikasi adalah kasus yang bisa ditangani oleh Puskesmas3. Pemantauan persalinan menggunakan lembar partograf |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ibu bersalin dengan masalah penyulit/atau komplikasi persalinan yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mampu PONEB dan mendapatkan pelayanan persalinan dengan komplikasi sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua ibu bersalin dengan masalah penyulit/atau komplikasi persalinan yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di |

| | |
|---------------------------------|--|
| | PONED di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register pelayanan persalinan dengan penyulit/komplikasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Bidan Desa |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ditolong oleh tenaga kesehatan terdiri dari dokter dan/atau 2 orang bidan. 2. Kasus Penyulit/komplikasi adalah kasus yang bisa ditangani oleh Puskesmas 3. Pemantauan persalinan menggunakan lembar partograf |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Pelayanan Persalinan dengan penyulit/atau komplikasi menggunakan daftar tilik SOP 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Persalinan dengan penyulit/atau komplikasi melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas. |
| Sumber Daya Manusia | Dokter , Tenaga Bidan |

3. Rujukan Pasien Persalinan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL)

| | |
|--------------|--|
| Judul | Rujukan Pasien Persalinan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien persalinan (ibu bersalin dan/atau Bayi baru lahir) dengan masalah |

| | |
|----------------------------|--|
| | tidak bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) sesuai standar |
| Definisi Operasional | Rujukan Pasien Persalinan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) adalah pelayanan rujukan yang diberikan kepada pasien persalinan (ibu bersalin dan/atau Bayi baru lahir) dengan masalah penyulit/atau komplikasi persalinan yang bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) sesuai standar. Sesuai standar adalah : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan penanganan pra rujukan sebelum sampai di FKTL tujuan 2. Didampingi oleh tenaga kesehatan (Dokter dan/atau tenaga Bidan) menggunakan ambulan sampai ke FKTL tujuan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien persalinan (Ibu bersalin dan/atau Bayi baru lahir) dengan masalah penyulit/atau komplikasi persalinan yang tidak bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua pasien persalinan (Ibu |

| | |
|---------------------------------|---|
| | masalah penyulit/atau komplikasi persalinan yang tidak bisa ditangani secara mandiri dan tuntas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register pelayanan persalinan dengan penyulit/komplikasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Bidan Desa |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penanganan pra rujukan 2. Menggunakan ambulan 3. Mendampingi pasien sampai ke FKTL tujuan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Rujukan pasien persalinan dengan penyulit/atau komplikasi menggunakan daftar tilik SOP 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan rujukan persalinan dengan penyulit/atau komplikasi melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas. |
| Sumber Daya Manusia | Dokter , Tenaga Bidan |

G. Pelayanan Rawat Inap

1. Visite dokter

| | |
|--------------|--|
| Judul | Visite dokter |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien rawat inap mendapatkan visite dokter sesuai standar |
| Definisi | adalah kunjungan dokter penanggung jawab |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>sesuai standar. Sesuai standar adalah :</p> <p>A. Standar Kualitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendatangi pasien Dokter bertemu dengan pasien secara langsung sesuai jam operasional Puskesmas 2. Melakukan pemeriksaan kepada pasien (anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan terapi) 3. Berkomunikasi dengan pasien : <ol style="list-style-type: none"> a. Menyampaikan informasi terkait perkembangan kondisi kesehatan pasien b. Memberikan edukasi terkait kondisi kesehatan pasien <p>B. Standar kuantitas :</p> <p>1 x 24 jam selama dalam masa perawatan</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang divisite oleh dokter sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register visite dokter. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan rawat inap |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter mendatangi pasien di ruang rawat inap. b. Dokter melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang bila diperlukan, dan terapi. c. Dokter memberikan informasi terkait |

| | |
|-------------------------|---|
| | d. Dokter memberikan edukasi terkait kondisi kesehatan pasien. |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan visite dokter sesuai daftar tilik SOP visite dokter 2. Evaluasi pencapaian SPM visite dokter melalui pertemuan pra lokakarya mini bulanan Puskesmas. |
| Sumber Daya Manusia | Dokter. |

2. Asuhan Keperawatan

| Judul | Asuhan Keperawatan |
|----------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Asuhan keperawatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis (cairan, oksigen, nutrisi), kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki, kebutuhan akan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. |
| Definisi Operasional | <p>Asuhan Keperawatan pasien rawat inap adalah pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan sesuai standar. Sesuai standar adalah pendekatan proses keperawatan (<i>Nursing Process</i>) meliputi tahap pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, penetapan rencana tindakan, implementasi tindakan keperawatan dan tahap evaluasi. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, maka secara bertahap terjadi proses alih peran dari perawat Puskesmas kepada pasien.</p> <p>Standar Kualitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian <ul style="list-style-type: none"> Pengumpulan data subyektif dan obyektif (DSDO) |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>diagnosa keperawatan</p> <p>3. Intervensi keperawatan Rencana tindakan dan tindakan</p> <p>4. Evaluasi Menilai keberhasilan Askep pasien rawat inap</p> <p>Standar Kuantitas Diberikan 3 x 24 Jam selama masa perawatan pasien</p> <p>Asuhan keperawatan menggunakan acuan <i>Nursing Interventions Clasification (NIC)</i> dan <i>Nursing Outcomes Classification (NOC)</i></p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang mendapatkan asuhan keperawatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua pasien rawat inap di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Rekam medis pasien rawat inap. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan rawat inap |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat melakukan pengkajian dengan mengumpulkan data subyektif dan obyektif (DSDO) 2. Perawat menentukan diagnose keperawatan 3. Perawat memberikan Intervensi keperawatan (rencana tindakan dan tindakan) |

| | |
|-------------------------|---|
| | Menilai keberhasilan Askep pasien rawat inap. |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai daftar tilik SOP asuhan keperawatan. 2. Evaluasi pencapaian SPM asuhan keperawatan melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas. |
| Sumber Daya Manusia | Dokter, Tenaga Perawat. |

3. Rujukan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Rujukan Pasien Rawat Inap ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Semua pasien rawat inap yang dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lanjutan (FKTL) sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Rujukan Pasien rawat inap ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) adalah pelayanan rujukan yang diberikan kepada pasien rawat inap sesuai standar. Sesuai standar adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan penanganan pra rujukan sebelum sampai di FKTL tujuan 2. Didampingi oleh tenaga kesehatan (Dokter dan/atau tenaga Perawat) 3. Menggunakan ambulan sampai ke FKTL tujuan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lanjutan |

| | |
|---------------------------------|--|
| | dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua pasien rawat inap yang dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lanjutan (FKTL) di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Register rujukan rawat inap |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan rawat inap |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penanganan pra rujukan 2. Menggunakan ambulan 3. Mendampingi pasien sampai ke FKTL tujuan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Rujukan pasien rawat inap menggunakan daftar tilik SOP 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan rujukan pasien rawat inap melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas. |
| Sumber Daya Manusia | Dokter , Tenaga Perawat, Supir ambulan |

H. Pelayanan Kefarmasian

1. Pelayanan Farmasi Klinik

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Farmasi Klinik |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Setiap pasien mendapatkan pelayanan Farmasi Klinik sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Pelayanan Farmasi Klinik adalah pelayanan farmasi yang diberikan kepada pasien sesuai standar. Pelayanan Farmasi Klinik yang sesuai standar meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan dan pelayanan ... |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> 3. Konseling 4. Visite pasien (Khusus Puskesmas rawat inap) 5. Monitoring efek samping obat (MESO) 6. Pemantauan terapi obat (PTO) 7. Evaluasi penggunaan obat |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan Farmasi Klinik sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah semua pasien di wilayah Puskesmas selama dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Pelayanan Farmasi Klinik |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Apoteker |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian dan pelayanan resep 2. Pelayanan informasi obat (PIO) 3. Konseling 4. Visite pasien (Khusus Puskesmas rawat inap) 5. Monitoring efek samping obat (MESO) 6. Pemantauan terapi obat (PTO) 7. Evaluasi penggunaan obat |
| Monitoring dan Evaluasi | <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan Farmasi Klinik menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) melalui pertemuan lokakarya mini bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Apoteker, Asisten Apoteker |

I. Pelayanan Laboratorium

1. Pemeriksaan Hematologi Dasar

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pemeriksaan Hematologi Dasar |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Setiap pasien mendapatkan pemeriksaan hematologi dasar sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan pemeriksaan hematologi dasar adalah pelayanan pemeriksaan hematologi dasar yang diberikan kepada pasien sesuai standar. Pelayanan pemeriksaan hematologi dasar sesuai standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Parameter pemeriksaan Hematologi Dasar hemoglobin, hematokrit, hitung eritrosit, hitung leukosit, hitung jenis leukosit, hitung trombosit, laju endap darah, waktu perdarahan dan pembekuan darah.2. Kualitas hasil pemeriksaan parameter hematologi dasar melalui proses pemantapan mutu internal (PMI) dan pemantapan mutu eksternal (PME)/uji profisiensi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan hematologi dasar sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua pasien pemeriksaan hematologi dasar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | <ol style="list-style-type: none">1. Register pemeriksaan laboratorium.2. Register pemantapan mutu internal (Pra analitik, analitik dan Paska analitik).3. Laporan hasil kalibrasi neracalan |

| | |
|---------------------------------|--|
| | 4. Laporan hasil uji profisiensi/pemantapan mutu eksternal. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Laboratorium |
| Langkah-langkah Kegiatan | 1. Pra analitik, analitik, dan paska analitik 2. Uji pemantapan mutu eksternal/uji profisiensi |
| Monitoring dan Evaluasi | 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan pemeriksaan hematologi dasar menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pemeriksaan hematologi dasar melalui pertemuan lokakarya mini bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM) |

2. Pemeriksaan Kimia Klinik Dasar

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pemeriksaan Kimia Klinik Dasar |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Setiap pasien mendapatkan pemeriksaan kimia klinik dasar sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Pelayanan pemeriksaan kimia klinik dasar adalah pelayanan pemeriksaan kimia klinik dasar yang diberikan kepada pasien sesuai standar. Pelayanan pemeriksaan kimia klinik dasar sesuai standar meliputi : 1. Parameter pemeriksaan kimia klinik dasar Glukosa, asam urat, dan kolesterol total. 2. Kualitas hasil pemeriksaan parameter kimia klinik dasar melalui proses pemantapan mutu internal (PMI) dan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien mendapatkan pemeriksaan kimia klinik dasar sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua pasien pemeriksaan kimia klinik dasar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Sumber Data | <ol style="list-style-type: none"> 1. Register pemeriksaan laboratorium. 2. Register pemantapan mutu internal (Pra analitik, analitik dan Paska analitik). 3. Laporan hasil kalibrasi peralatan laboratorium. 4. Laporan hasil uji profisiensi/atau pemantapan mutu eksternal. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Laboratorium |
| Langkah-langkah Kegiatan | Pra Analitik, Analitik, dan Paska Analitik |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan Pemeriksaan kimia klinik dasar menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Ahli Teknologi Laboratorium Medis |

3. Pemeriksaan Urinalisa Dasar

| | |
|--------------|--|
| Judul | Pemeriksaan Urinalisa Dasar |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Setiap pasien mendapatkan pemeriksaan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan pemeriksaan urinalisa dasar adalah pelayanan pemeriksaan urinalisa dasar yang diberikan kepada pasien sesuai standar. Pelayanan pemeriksaan urinalisa dasar sesuai standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parameter pemeriksaan urinalisa dasar Makroskopis (warna, kejernihan, bau, volume), pH, Berat Jenis Protein, Glukosa, Bilirubin, Urobilinogen, Keton, Nitrit, Lekosit, Eritrisit dan Mikroskopis (sedimen). 2. Kualitas hasil pemeriksaan parameter urinalisa dasar melalui proses pemantapan mutu internal (PMI) dan pemantapan mutu eksternal (PME)/atau uji profisiensi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan urinalisa dasar sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua pasien pemeriksaan urinalisa dasar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | <ol style="list-style-type: none"> 1. Register pemeriksaan laboratorium. 2. Register pemantapan mutu internal (Pra analitik, analitik dan Paska analitik). 3. Laporan hasil kalibrasi peralatan laboratorium. 4. Laporan hasil uji profisiensi/atau pemantapan mutu eksternal. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Laboratorium |
| Langkah-langkah Kegiatan | Pra Analitik, Analitik, dan Paska Analitik |
| Monitoring dan | 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan urinalisa |

| | |
|---------------------|---|
| | Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Ahli Teknologi Laboratorium Medis |

4. Pemeriksaan Mikrobiologi dan Parasitologi Dasar

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pemeriksaan Mikrobiologi dan Parasitologi |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Setiap pasien mendapatkan pemeriksaan mikrobiologi dan parasitologi dasar sesuai standar. |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan pemeriksaan mikrobiologi dan parasitologi dasar adalah pelayanan pemeriksaan mikrobiologi dan parasitologi dasar yang diberikan kepada pasien sesuai standar. Pelayanan pemeriksaan mikrobiologi dan parasitologi dasar sesuai standar meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parameter pemeriksaan mikrobiologi dan parasitologi dasar mikroskopik, pengecatan, dan tes cepat molecular (TCM) untuk <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>, <i>Diplococcus</i> gram negatif, <i>Trichomonas Vaginalis</i>, <i>Candida albicans</i>, Bacterial vaginosis, Malaria, Mikrofilaria dan Jamur permukaan. 2. Kualitas hasil pemeriksaan parameter mikrobiologi dan parasitologi dasar melalui proses pemantapan mutu internal (PMI) dan pemantapan mutu eksternal (PME)/atau uji profesiensi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan mikrobiologi dan parasitologi dasar sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua pasien pemeriksaan mikrobiologi dan parasitologi dasar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | <ol style="list-style-type: none"> 1. Register pemeriksaan laboratorium. 2. Register pemantapan mutu internal (Pra analitik, analitik dan Paska analitik). 3. Laporan hasil kalibrasi peralatan laboratorium. 4. Laporan hasil uji profisiensi/atau pemantapan mutu eksternal. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Laboratorium |
| Langkah-langkah Kegiatan | Pra Analitik, Analitik, dan Paska Analitik |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan mikrobiologi dan parasitologi dasar menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Ahli Teknologi Laboratorium Medis |

5. Pemeriksaan Immunologi Dasar

| | |
|--------------|--|
| Judul | Pemeriksaan Immunologi Dasar |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Setiap pasien mendapatkan pemeriksaan immunologi dasar sesuai standar |

| | |
|---------------------------------|--|
| Operasional | <p>adalah pelayanan pemeriksaan imunologi dasar yang diberikan kepada pasien sesuai standar. Pelayanan pemeriksaan imunologi dasar sesuai standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parameter pemeriksaan Imunologi dasar Tes kehamilan, golongan darah, widal, VDRL-RPR, HbsAg, , Anti HIV , antigen/antibody dengue, dan Antibodi Covid-19. 2. Kualitas hasil pemeriksaan parameter imunologi dasar melalui proses pemantapan mutu internal (PMI) dan pemantapan mutu eksternal (PME)/atau uji profisiensi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan imunologi sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua pasien pemeriksaan imunologi dasar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | <ol style="list-style-type: none"> 1. Register pemeriksaan laboratorium. 2. Register pemantapan mutu internal (Pra analitik, analitik dan Paska analitik). 3. Laporan hasil kalibrasi peralatan laboratorium. 4. Laporan hasil uji profisiensi/atau pemantapan mutu eksternal. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Laboratorium |
| Langkah-langkah Kegiatan | Pra Analitik, Analitik, dan Paska Analitik |
| Monitoring dan | 1. Monitoring pelaksanaan pelayanan |

| | |
|---------------------|---|
| | Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Ahli Teknologi Laboratorium Medis |

6. Pemeriksaan Feses/Tinja Dasar

| Judul | Pemeriksaan Feses/Tinja Dasar |
|----------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, berfokus pada pasien, adil dan aman, kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Setiap pasien mendapatkan pemeriksaan imunologi dasar sesuai standar. |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan pemeriksaan feses/tinja dasar adalah pelayanan pemeriksaan feses/tinja dasar yang diberikan kepada pasien sesuai standar. Pelayanan pemeriksaan feses/tinja dasar sesuai standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parameter pemeriksaan feses/tinja dasar makroskopik, darah samar dan mikroskopik 2. Kualitas hasil pemeriksaan parameter feses/tinja dasar melalui proses pemantapan mutu internal (PMI) dan pemantapan mutu eksternal (PME)/ atau uji profisiensi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan feses/tinja dasar sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. |
| Denominator | Jumlah semua pasien pemeriksaan feses/tinja |

| | |
|---------------------------------|--|
| | waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | <ol style="list-style-type: none"> 1. Register pemeriksaan laboratorium. 2. Register pemantapan mutu internal (Pra analitik, analitik dan Paska analitik). 3. Laporan hasil kalibrasi peralatan laboratorium. 4. Laporan hasil uji profisiensi/atau pemantapan mutu eksternal. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Koordinator Pelayanan Laboratorium |
| Langkah-langkah Kegiatan | Pra Analitik, Analitik, dan Paska Analitik |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan pemeriksaan feses/tinja dasar menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Ahli Teknologi Laboratorium Medis |

II. INDIKATOR SPM UKM

A. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan ibu hamil adalah pelayanan antenatal yang diberikan kepada ibu hamil sesuai standar. Pelayanan antenatal yang sesuai standar meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Standar kuantitas Kunjungan minimal 4 kali selama periode kehamilan dengan ketentuan : |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>b. Satu kali pada trimester kedua.</p> <p>c. Dua kali pada trimester ketiga.</p> <p>Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan.</p> <p>2. Standar kualitas</p> <p>Pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T, meliputi :</p> <p>a. Pengukuran berat badan dan tinggi badan.</p> <p>b. Pengukuran tekanan darah.</p> <p>c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA).</p> <p>d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).</p> <p>e. Penentuan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).</p> <p>f. Pemberian imunisasi TT atau TD sesuai dengan status imunisasi.</p> <p>g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.</p> <p>h. Tes Laboratorium.</p> <p>i. Tatalaksana/penanganan kasus.</p> <p>j. Temu wicara (konseling).</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah sasaran ibu hamil di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama. |
| Sumber Data | Laporan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA/laporan bidan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung Jawab UKM |

| | |
|-------------------------------|--|
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan ibu hamil 2. Pemeriksaan Antenatal <ol style="list-style-type: none"> a. Pelayanan dalam gedung b. Pelayanan luar gedung 3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA 4. Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu 5. Pencatatan dan pelaporan 6. Rujukan ANC jika diperlukan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan ibu hamil menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan ibu hamil melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat |

B. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar. |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan ibu bersalin adalah Pelayanan persalinan sesuai standar, yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persalinan normal <p>Standar persalinan normal adalah yang mengacu pada Asuhan Persalinan Normal (APN) sesuai standar :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dilakukan di Fasilitas pelayanan kesehatan b. Tenaga penolong minimal 2 orang, terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter dan bidan. atau |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>3) Bidan dan perawat.</p> <p>2. 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 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di Fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun. |
| Denominator | Jumlah sasaran ibu bersalin di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama. |
| Sumber Data | Laporan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA/laporan bidan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpul Data | Penanggung jawab UKM Koordinator KIA |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan ibu bersalin 2. Pelayanan persalinan 3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA 4. Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu 5. Pencatatan dan pelaporan 6. Rujukan pertolongan persalinan (jika diperlukan). |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan ibu bersalin menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan ibu bersalin melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Bidan |

C. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan neonatal esensial sesuai standar. |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan pada bayi usia 0-28 hari yang sesuai standar, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Standar kuantitas Adalah kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal, dengan ketentuan :<ol style="list-style-type: none">a. Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6-48 jamb. Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3-7 haric. Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 8-28 hari2. Standar kualitas yaitu :<ol style="list-style-type: none">a. Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam):<ol style="list-style-type: none">1) Pemotongan dan perawatan tali pusar2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)3) Injeksi vitamin K14) Pemberian salep/tetes mata antibiotika5) Pemberian imunisasi hepatitis HB0b. Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam - 28 hari):<ol style="list-style-type: none">1) Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif2) Memeriksa kesehatan dengan menggunakan pendekatan MTBM3) Pemberian vitamin K14) Imunisasi hepatitis B injeksi untuk bayi usia <24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan5) Penanganan dan rujukan kasus |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Pelayanan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Praktek Bidan Mandiri, Klinik pratama, Klinik utama, Klinik bersalin, Balai kesehatan ibu dan anak, Rumah sakit pemerintah maupun swasta), Posyandu dan atau kunjungan rumah. |
| Frekuensi Pengumpul Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai dengan standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah sasaran bayi baru lahir di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA/laporan bidan. |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab UKM Koordinator KIA |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan bayi baru lahir 2. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir 3. Pengisian dan pemanfaatan Buku KIA 4. Pencatatan dan pelaporan 5. Rujukan pertolongan kasus komplikasi pada bayi baru lahir jika diperlukan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan bayi baru lahir menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan bayi baru lahir melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat |

D. Pelayanan Kesehatan Balita

| Judul | Pelayanan Kesehatan Balita |
|----------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan balita sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan balita adalah pelayanan kesehatan balita berusia 0-59 bulan sesuai standar, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pelayanan kesehatan balita sehat Pelayanan balita sehat adalah pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang, meliputi :<ol style="list-style-type: none">a. Pelayanan kesehatan balita usia 0-11 bulan :<ol style="list-style-type: none">1) Penimbangan minimal 8 kali setahun2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali / tahun3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali / tahun4) Pemberian kapsul vitamin A pada usia 6 - 11 bulan 1 kali setahun5) Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap (IDL).b. Pelayanan kesehatan balita usia 12-23 bulan :<ol style="list-style-type: none">1) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 4 bulan)2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>c. Pelayanan kesehatan balita usia 24-59 bulan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penimbangan minimal 8 kali setahun 2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun 3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun 4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali/setahun. <p>d. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita</p> <p>e. Pemberian kapsul vitamin A</p> <p>f. Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap</p> <p>g. Pemberian Imunisasi Lanjutan</p> <p>h. Edukasi dan informasi</p> <p>2. Pelayanan balita sakit</p> <p>Pelayanan balita sakit adalah pelayanan balita menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBM)</p> <p>Pelayanan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Praktek Bidan Mandiri, Klinik pratama, Klinik utama, Klinik bersalin, Balai kesehatan ibu dan anak, Rumah sakit pemerintah maupun swasta), Posyandu dan atau kunjungan rumah.</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah balita usia 12-23 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar + Jumlah balita usia 24-35 + Jumlah balita usia 36-59 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah balita usia 12-59 bulan di wilayah |

| | |
|---------------------------------|--|
| Sumber Data | Register Kohort Anak, Register Posyandu, Buku KIA |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab UKM Koordinator KIA |
| Langkah-langkah Kegiatan | 1. Pendataan Balita 0-59 bulan 2. Pemberian Pelayanan Kesehatan balita 3. Pengisian dan pemanfaatan buku KIA 4. Pencatatan dan Pelaporan |
| Monitoring dan Evaluasi | 1. Monitoring pelayanan kesehatan Balita menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan balita melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat |

E. Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar di Puskesmas |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar adalah pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar sesuai standar yang dilakukan pada anak usia kelas 1 sampai dengan kelas 9 di Sekolah minimal satu kali dalam satu tahun ajaran dan usia 7 sampai 15 tahun di luar sekolah, meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Skrining kesehatan Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>pendidikan dasar (SD/MI dan SMP/MTS) dan di luar satuan pendidikan dasar seperti di pondok pesantren, panti/LKSA, laps/LPKA dan lainnya, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penilaian status gizi (tinggi badan, berat badan, tanda klinis anemia) b. Penilaian tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas) c. Penilaian kesehatan gigi dan mulut d. Penilaian ketajaman indera penglihatan dengan kartu snellen atau snellen chart e. Penilaian ketajaman indera pendengaran dengan garpu tala <p>2. Tindak lanjut hasil skrining kesehatan, meliputi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan umpan balik hasil skrining kesehatan b. Melakukan rujukan jika diperlukan c. Memberikan penyuluhan kesehatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 tahun |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah anak usia pendidikan dasar yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun ajaran |
| Denominator | Jumlah semua anak usia pendidikan dasar yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun ajaran yang sama |
| Sumber Data | Register Anak Sekolah |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab UKM Koordinator Usaha Kesehatan Anak Sekolah (UKS) |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dan pendataan sasaran 2. Pelaksanaan skrining kesehatan 3. Pelaksanaan tindak lanjut hasil skrining |

| | |
|-------------------------------|---|
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga Kesehatan : <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter/dokter gigi b. Bidan, atau c. Perawat d. Gizi e. Tenaga kesehatan masyarakat 2. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu : <ol style="list-style-type: none"> a. Guru b. Kader kesehatan/dokter kecil/<i>peer counselor</i> |

F. Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif

| Judul | Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif |
|----------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap masyarakat usia 15 tahun sampai 59 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan usia produktif sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan usia produktif sesuai standar, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan edukasi kesehatan termasuk keluarga berencana. Edukasi pada usia produktif adalah edukasi yang dilaksanakan di Fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau UKBM. 2. Pelayanan skrining faktor resiko penyakit menular dan penyakit tidak menular yang |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut b. Pengukuran tekanan darah c. Pemeriksaan gula darah d. Anamnesa perilaku beresiko e. Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) dan cek IVA khusus untuk wanita usia 30-50 tahun yang sudah menikah atau mempunyai riwayat berhubungan seksual beresiko. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah orang usia 15-59 tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah Orang usia 15-59 tahun yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Posbindu, Register Rawat Jalan, Register IVA, Register Anak Sekolah |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab UKM Koordinator PTM |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Skrining faktor risiko PTM dan gangguan mental emosional dan perilaku 2. Konseling tentang faktor risiko PTM 3. Pelatihan teknis petugas skrining kesehatan bagi tenaga kesehatan dan petugas pelaksana (kader) Posbindu PTM 4. Penyediaan sarana dan prasarana skrining (Kit Posbindu PTM) 5. Pelatihan surveilans faktor risiko PTM berbasis web 6. Pelayanan rujukan kasus ke Faskes |

| | |
|-------------------------------|--|
| | 7. Pencatatan dan pelaporan faktor risiko PTM |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan pada usia produktif menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan pada usia produktif melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga Kesehatan : <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter/dokter gigi b. Bidan, atau c. Perawat d. Gizi e. Tenaga kesehatan masyarakat 2. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu, kader kesehatan |

G. Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap masyarakat usia 60 tahun ke atas mendapatkan pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan pada usia lanjut adalah pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Adalah pelayanan edukasi yang dilaksanakan di Fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau UKBM dan/atau kunjungan rumah. 2. Pelayanan skrining faktor resiko pada usia |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>dalam setahun untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut b. Pengukuran tekanan darah c. Pemeriksaan gula darah d. Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku, termasuk kepikunan menggunakan mini cog atau Mini Mental Status Examination (MMSE/Test Mental Mini atau Abreviated Mental Test (AMT) dan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) e. Pemeriksaan gangguan kognitif f. Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut dengan instrument <i>Indeks Barthel Modifikasi</i> g. Anamnesa perilaku berisiko <p>3. Tindak lanjut hasil skrining kesehatan, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan rujukan jika diperlukan b. Memberikan penyuluhan kesehatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penduduk usia ≥ 60 tahun yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah penduduk usia ≥ 60 tahun yang ada di wilayah Puskesmas selama periode waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Posbindu, Register Rawat Jalan, Register Posyandu Lansia |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Penanggung Jawab UKM |

| | |
|-------------------------------|---|
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan sasaran lansia 2. Skrining kesehatan lansia 3. Pencatatan dan pelaporan termasuk pemberian buku kesehatan lansia 4. Pelayanan rujukan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan pada usia lanjut menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan pada lanjut melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga Kesehatan : <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter/dokter gigi b. Bidan, atau c. Perawat d. Nutrisionis e. Tenaga kesehatan masyarakat 2. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu, kader kesehatan |

H. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap penderita hipertensi usia 15 tahun keatas mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan penderita hipertensi adalah pelayanan kesehatan penderita hipertensi usia 15 tahun keatas sesuai standar, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal 1 kali sebulan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>kepatuhan minum obat</p> <p>3. Melakukan rujukan jika diperlukan</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penderita hipertensi usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh penderita hipertensi yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register rawat jalan, register posbindu |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab UKM Koordinator PTM |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pendataan penderita hipertensi menurut wilayah kerja Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) 2. Melakukan penemuan kasus hipertensi untuk seluruh pasien usia ≥ 15 tahun di FKTP 3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa edukasi untuk perubahan gaya hidup (diet seimbang, istirahat yang cukup, aktivitas fisik dan kelola stress) serta edukasi kepatuhan minum obat atau terapi farmakologi 4. Melakukan rujukan ke FKRTL sesuai kriteria untuk pencegahan komplikasi 5. Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang hipertensi bagi tenaga kesehatan, termasuk pelatihan surveilans faktor risiko hipertensi berbasis web 6. Penyediaan peralatan kesehatan hipertensi 7. Penyediaan obat hipertensi |

| | |
|-------------------------------|--|
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan penderita hipertensi menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan penderita hipertensi melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Bidan, atau 3. Perawat 4. Tenaga kesehatan masyarakat |

I. Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap penderita diabetes melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan penderita diabetes adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengukuran gula darah dilakukan minimal 1 kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan 2. Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau Nutrisi 3. Terapi farmakologi 4. Melakukan rujukan jika diperlukan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penderita Diabetes Melitus usia ≥ 15 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah |

| | |
|---------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah estimasi penderita Diabetes Melitus usia ≥ 15 tahun di wilayah Puskesmas berdasarkan angka prevalensi kabupaten dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register harian rawat jalan, register Posbindu |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung jawab UKM Koordinator PTM |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pendataan penderita Diabetes Melitus menurut wilayah kerja FKTP 2. Melakukan skrining faktor risiko Diabetes Melitus untuk seluruh pasien di FKTP 3. Melakukan pelayanan kesehatan sesuai standar, berupa pengukuran gula darah minimal 1 kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan, edukasi tentang diet makanan dan aktivitas fisik serta terapi farmakologi 4. Melakukan rujukan ke FKRTL untuk pencegahan komplikasi 5. Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang Diabetes Melitus bagi tenaga kesehatan, termasuk pelatihan surveilans Diabetes Melitus berbasis web 6. Penyediaan peralatan kesehatan Diabetes Melitus, termasuk HbA1C 7) Penyediaan obat Diabetes Melitus 7. Pencatatan dan pelaporan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Bidan atau |

| | |
|--|--------------------------------|
| | 4. Tenaga kesehatan masyarakat |
|--|--------------------------------|

J. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa berat |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap orang dengan gangguan jiwa berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan kesehatan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) sesuai standar bagi psikotik akut dan Skizofrenia yang meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan kesehatan jiwa <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan status mental b. Wawancara 2. Edukasi (Kepatuhan minum obat) 3. Melakukan rujukan jika diperlukan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa promotif preventif sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah semua ODGJ berat berdasarkan proyeksi di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register harian rawat jalan, register kesehatan jiwa |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung jawab UKM Koordinator kesehatan jiwa |
| Langkah-langkah Kegiatan | 1. Penetapan sasaran pada ODGJ berat berdasarkan proyeksi |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>dan melakukan penatalaksanaan medis</p> <p>3. Pelaksanaan kunjungan rumah (KIE Keswa, melatih perawatan diri, minum obat sesuai anjuran dokter dan berkesinambungan, kegiatan rumah tangga dan aktifitas bekerja sederhana)</p> <p>4. Melakukan rujukan ke FKRTL atau Rumah sakit Jiwa (RSJ)</p> <p>5. Pencatatan dan pelaporan</p> |
| Monitoring dan Evaluasi | <p>1. Monitoring pelayanan kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur.</p> <p>2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM.</p> |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter dan/atau Perawat yang terlatih jiwa dan/atau tenaga kesehatan terlatih |

K. Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap orang terduga Tuberkulosis (TBC) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan orang terduga Tuberkulosis (TBC) sesuai standar bagi orang terduga TBC meliputi :</p> <p>1. Pemeriksaan klinis</p> <p>Pelayanan klinis terduga TBC dilakukan bersama dengan kegiatan kunjungan kontak serumah penderita TBC dan</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>2. Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis</p> <p>3. Pengobatan dengan menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan panduan OAT standar</p> <p>4. Edukasi perilaku beresiko dan pencegahan penularan</p> <p>5. Melakukan rujukan jika diperlukan</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah orang terduga TBC yang dilakukan pemeriksaan penunjang dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah orang terduga TB di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Rawat Jalan Puskesmas, Register Pustu, Register Pusling, data PISPK |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung jawab UKM Koordinator Program TB |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan Kapasitas SDM TB 2. Pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang 4. Edukasi 5. Rujukan kasus TB dengan penyulit termasuk TB resisten Obat kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjut, jaringan dan kemitraan pelayanan TB 6. Pemantauan mutu layanan laboratorium untuk penegakan diagnosa TB 7. Pencatatan dan pelaporan TB melalui penyediaan Formulir pencatatan dan pelaporan |
| Monitoring dan | 1. Monitoring pelayanan kesehatan Orang |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>tilik Standar Operasional Prosedur.</p> <p>2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis melalui pertemuan lokakarya mini bulanan UKM.</p> |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <p>1. Tenaga Kesehatan</p> <p>a. Dokter</p> <p>b. Perawat</p> <p>c. Analis Teknik Laboratorium Medik (ATLM)</p> <p>d. Tenaga kesehatan masyarakat</p> <p>2. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu; kader kesehatan</p> |

L. Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus Yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia (Human Immunodeficiency Virus = HIV)

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus Yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia (Human Immunodeficiency Virus = HIV) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | <p>Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar, meliputi :</p> <p>1. Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan</p> <p>2. Skrining dilakukan dengan pemeriksaan Tes Cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun.</p> <p>3. Melakukan rujukan jika diperlukan</p> <p>Orang dengan risiko terinfeksi virus HIV yaitu :</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>sedang hamil</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien TBC, yaitu pasien yang terbukti terinfeksi TBC dan sedang mendapat pelayanan terkait TBC 3. Pasien Infeksi Menular Seksual (IMS), yaitu pasien yang terbukti terinfeksi IMS selain HIV dan sedang mendapat pelayanan terkait IMS 4. Penjaja Seks, yaitu seseorang yang melakukan hubungan seksual dengan orang lain sebagai sumber penghidupan utama maupun tambahan, dengan imbalan tertentu berupa uang, barang atau jasa 5. Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), yaitu lelaki yang pernah berhubungan seks dengan lelaki lainnya, sekali, sesekali atau secara teratur apapun orientasi seksnya (heteroseksual, homoseksual atau biseksual) 6. Transgender/Waria, yaitu orang yang memiliki identitas gender atau ekspresi gender yang berbeda dengan jenis kelamin atau seksnya yang ditunjuk saat lahir, kadang disebut juga transeksual 7. Pengguna napza suntik (penasun), yaitu orang yang terbukti memiliki riwayat menggunakan narkotika dan atau zat adiktif suntik lainnya. 8. Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), yaitu orang yang dalam pembinaan pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM dan telah mendapatkan vonis tetap. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 3 bulan |
| Numerator | Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Jumlah orang beresiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register harian rawat jalan, register HIV |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpul data | Penanggung jawab UKM Koordinator P2 HIV |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penentuan sasaran 2. Pemetaan kelompok sasaran 3. Penyiapan SDM 4. Promosi kesehatan dan penyuluhan 5. Jejaring kerja dan kemitraan 6. Sosialisasi pencegahan 7. Pemeriksaan deteksi dini HIV 8. Rujukan kasus HIV untuk mendapatkan pengobatan ARV 9. Pencatatan dan pelaporan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus = HIV) menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur. 2. Evaluasi pencapaian SPM pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus = HIV) melalui pertemuan lokakarya mini bulanan Puskesmas. |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1) Tenaga kesehatan <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter b. Perawat c. Bidan |

| | |
|--|---|
| | <p>e. Tenaga kesehatan masyarakat</p> <p>2) Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu :</p> <p>a. Pendamping</p> <p>b. Penjangkauan</p> |
|--|---|

M. Pelayanan Imunisasi

1. Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)

a. Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Difteri Tetanus (Dt)

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Difteri Tetanus (Dt) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar atau sederajat (SD) mendapatkan imunisasi lanjutan Difteri-Tetanus (Dt) sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Imunisasi BIAS Dt adalah imunisasi lanjutan Difteri-Tetanus yang diberikan kepada anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat sesuai standar. Sesuai standar adalah pemberian imunisasi sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) BIAS Dt. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator. | Jumlah anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Difteri-Tetanus (Dt) sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Sumber Data | Laporan Bulan Imunisasi (BIAS) Difteri-Tetanus (Dt) |
| Standar | 98% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan sasaran 2. Pelaksanaan 3. Pencatatan dan Pelaporan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Difteri Tetanus (Dt) menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Difteri Tetanus melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter, Tenaga Perawat, Tenaga Bidan |

b. Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Tetanus Difteri (Td)

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Tetanus Difteri (Td) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua anak usia kelas 2 (dua) dan 5 (lima) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Tetanus Difteri (Td) sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Imunisasi BIAS Td adalah imunisasi lanjutan Tetanus Difteri yang diberikan kepada anak usia kelas 2 (satu) dan 5 (lima) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat sesuai standar Sesuai |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | Standar Operasional Prosedur (SOP) BIAS Td. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah anak usia kelas 2 (dua) dan 5 (lima) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Tetanus Difteri (Td) sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua anak usia kelas 2 (dua) dan 5 (lima) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan Bulan Imunisasi (BIAS) Tetanus Difteri (Td) |
| Standar | 98% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan sasaran 2. Pelaksanaan 3. Pencatatan dan Pelaporan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Tetanus Difteri (Td) menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Tetanus Difteri (Td) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter, Tenaga Perawat, Tenaga Bidan |

c. Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Measles Rubella (MR)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Measles Rubella (MR) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Measles Rubella (MR) sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Imunisasi BIAS MR adalah imunisasi lanjutan Measles Rubella yang diberikan kepada anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat sesuai standar. Sesuai standar adalah pemberian imunisasi sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) BIAS MR. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat mendapatkan imunisasi lanjutan Measles Rubella (MR) sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua anak usia kelas 1 (satu) Sekolah Dasar (SD) atau sederajat di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan Bulan Imunisasi (BIAS) Measles Rubella (MR) |
| Standar | 98% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |
| Langkah-langkah | 1. Pendataan sasaran 2. Pelaksanaan |

| | |
|-------------------------------|--|
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Measles Rubella (MR) menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) Measles Rubella (MR) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter, Tenaga Perawat, Tenaga Bidan |

2. Universal Child Immunization (UCI) Desa

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Universal Child Immunization (UCI) Desa |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah Desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas dimana minimal 80% bayi yang ada di Desa tersebut mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) |
| Definisi Operasional | Universal Child Immunization/UCI adalah persentase minimal 80% bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan IDL di suatu Desa di wilayah kerja Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Desa dengan persentase minimal 80% bayi usia 0-11 bulan yang mendapat IDL di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh Desa di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu bulan yang sama |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Standar | 93% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |
| Langkah-langkah Kegiatan | Melihat Laporan Bulanan Imunisasi |
| Monitoring dan Evaluasi | Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) UCI Desa melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Koordinator imunisasi |

3. Imunisasi Lanjutan

a. Imunisasi Lanjutan Measles Rubella (MR) Bayi Usia 18-24 Bulan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Imunisasi Lanjutan Measles Rubella (MR) Pada Bayi Usia 18-24 Bulan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua bayi usia 18-24 bulan mendapatkan imunisasi lanjutan Measles Rubella (MR) sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Imunisasi lanjutan Measles Rubella (MR) adalah imunisasi yang diberikan kepada bayi usia 18-24 bulan sesuai standar. Sesuai standar adalah pemberian imunisasi sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) imunisasi MR. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi usia 18-24 bulan yang mendapatkan imunisasi lanjutan Measles Rubella (MR) sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Denominator | Jumlah bayi usia 18-24 bulan di wilayah kerja |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Sumber Data | Laporan Program imunisasi |
| Standar | 55% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter, Tenaga Perawat, Tenaga Bidan |

b. Imunisasi Lanjutan DPT-HB-Hib Bayi Usia 18-24 Bulan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Imunisasi Lanjutan DPT-HB-Hib Bayi Usia 18-24 Bulan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua bayi usia 18-24 bulan mendapatkan imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib adalah imunisasi yang diberikan kepada bayi usia 18-24 bulan sesuai standar. Sesuai standar adalah pemberian imunisasi sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi usia 18-24 bulan yang mendapatkan imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah bayi usia 18-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan Program Imunisasi |
| Standar | 55% |

| | |
|-------------------------------|--|
| jawab pengumpulan data | |
| Langkah-langkah Kegiatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan sasaran 2. Pelaksanaan 3. Pencatatan dan Pelaporan |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan imunisasi DPT-HB-Hib menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Imunisasi DPT-HB-Hib melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter, Tenaga Perawat, Tenaga Bidan |

4. Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah bayi usia 0-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas yang mendapatkan imunisasi HB0 1 (satu) kali, BCG 1 (satu) kali, Polio 4 (empat) kali, DPTHB-Hib 3 (tiga) kali, Measles Rubella (MR) 1 (satu) kali |
| Definisi Operasional | Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) adalah persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi HB0 1(satu) kali, BCG 1 (satu) kali, Polio 4 (empat) kali, DPTHB-Hib 3 (tiga) kali, Measles Rubella (MR) 1 (satu) kali di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun. |
| Frekuensi | Setian bulan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi HB0 1(satu) kali, BCG 1 (satu) kali, Polio 4 (empat) kali, DPTHB-Hib 3 (tiga) kali, Measles Rubella (MR) 1 (satu) kali di dalam kurun waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh bayi usia 0-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu bulan yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program imunisasi |
| Standar | 93% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Koordinator Imunisasi |
| Langkah-langkah Kegiatan | Melihat Laporan Bulanan Imunisasi |
| Monitoring dan Evaluasi | Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) IDL melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Koordinator imunisasi |

N. Pelayanan penyakit lainnya

1. Kusta

a. Penanggulangan Penyakit Kusta (Survailan Kusta)

1) Pemeriksaan Kontak pada Penderita Kusta baru dan paska Release From Treatment (RFT)

| | |
|--------------|--|
| Judul | Pemeriksaan Kontak pada Penderita Kusta baru dan paska Release From Treatment (RFT) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua orang yang kontak dengan Penderita Kusta (kontak serumah, kontak tetangga, kontak sosial) kasus baru dan paska <i>Release From Treatment</i> (RFT) Kusta mendapatkan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| <p>Definisi Operasional</p> | <p>Pemeriksaan kontak pada Penderita Kusta adalah pemeriksaan yang diberikan kepada kontak serumah, kontak tetangga, dan kontak sosial yang meliputi ;</p> <p><i>Standar Kualitas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. anamnesis, termasuk riwayat kontak b. pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> 1) pemeriksaan kulit/dermatologis bercak putih mati rasa atau merah pada kulit. 2) pemeriksaan saraf tepi pemeriksaan saraf tepi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba saraf tepi antara lain saraf ulnaris, peroneus communis, dan tibialis posterior. Pemeriksaan fungsi saraf dilakukan secara sistematis pada mata, tangan dan kaki. 3) Pemeriksaan bakteriologis dan Penunjang lain. <p><i>Standar Kuantitas</i></p> <p>Pemeriksaan dilakukan 1 (satu) kali setahun selama 5 (lima) tahun.</p> |
| <p>Frekuensi Pengumpulan Data</p> | <p>Setiap tahun</p> |
| <p>Periode Analisa</p> | <p>Setiap tahun</p> |
| <p>Numerator</p> | <p>Jumlah orang yang kontak dengan Penderita Kusta (kontak serumah, kontak tetangga, kontak sosial) kasus baru dan paska <i>Release From Treatment</i> (RFT) Kusta di wilayah Puskesmas mendapatkan pemeriksaan kontak sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun</p> |
| <p>Denominator</p> | <p>Jumlah orang yang kontak dengan Penderita Kusta (kontak serumah, kontak tetangga,</p> |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <i>From Treatment</i> (RFT) Kusta di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan Survai Kontak |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Program Kusta |
| Langkah-langkah Kegiatan | Melakukan kegiatan pemeriksaan kontak serumah, tetangga dan kontak social. |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Pemeriksaan Kontak pada Penderita Kusta baru dan paska Release From Treatment (RFT) menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pemeriksaan Kontak pada Penderita Kusta baru dan paska Release From Treatment (RFT) melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter, Tenaga Perawat, Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM) |

2) Rapid Village Survey (RVS)/Pemeriksaan Cepat Desa

| | |
|--------------|--|
| Judul | Rapid Village Survey (RVS)/Pemeriksaan Cepat Desa |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, aman dan kesinambungan. |
| Tujuan | 10% dari populasi penduduk Desa yang memiliki kasus/ riwayat kusta dilakukan Rapid Village Survey (RVS) kusta sesuai standar |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>kasus/riwayat kusta meliputi ;</p> <p><i>Standar Kualitas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. anamnesis, termasuk riwayat kontak b. pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> 1) pemeriksaan kulit/dermatologis bercak putih mati rasa atau merah pada kulit. 2) pemeriksaan saraf tepi pemeriksaan saraf tepi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba saraf tepi antara lain saraf ulnaris, peroneus communis, dan tibialis posterior. Pemeriksaan fungsi saraf dilakukan secara sistematis pada mata, tangan dan kaki. 3) Pemeriksaan bakteriologis dan Penunjang lain. <p><i>Standar Kuantitas</i></p> <p>Pemeriksaan dilakukan kepada 10% dari populasi penduduk Desa yang memiliki kasus/riwayat kusta</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun (jika memenuhi kriteria untuk dilakukan Rapid Village Survey (RVS) |
| Periode Analisa | Setiap tahun (jika memenuhi kriteria untuk dilakukan Rapid Village Survey (RVS) |
| Numerator | Jumlah Desa yang memiliki kasus/ riwayat kusta dilakukan Rapid Village Survey (RVS) kusta sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah Desa yang memiliki kasus/ riwayat kusta dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan RVS |
| Standar | 100% |

| | |
|-------------------------------|--|
| pengumpulan data | |
| Langkah-langkah Kegiatan | Melakukan kegiatan Rapid Village Survey (RVS) |
| Monitoring dan Evaluasi | 1. Monitoring pelaksanaan RVS menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RVS melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia Kesehatan | Dokter, Tenaga Perawat, Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM), Tim P2 Kusta Dinkes Kabupaten Cirebon, Lintas Sektor tingkat Desa |

3) Intensive Case Finding (ICF)/Intensifikasi Penemuan Penderita Kusta

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Intensive Case Finding (ICF)/Intensifikasi Penemuan Penderita Kusta |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, aman dan kesinambungan. |
| Tujuan | minimal 80% penduduk wilayah Puskesmas dengan distribusi penderita kusta masih cukup luas dalam kurun waktu 2 (dua) sampai 5 (lima) tahun terakhir dilakukan Intensive Case Finding (ICF) sesuai standar. |
| Definisi Operasional | Intensive Case Finding (ICF) kusta adalah penemuan kasus penderita kusta secara intensif apabila distribusi penderita kusta di wilayah Puskesmas masih cukup luas dan masih terus ditemukan kasus dalam kurun waktu 2 (dua) sampai 5 (lima) tahun terakhir meliputi ; <i>Standar Kualitas</i> a. anamnesis, termasuk riwayat kontak b. pemeriksaan fisik |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>bercak putih mati rasa atau merah pada kulit</p> <p>2. pemeriksaan saraf tepi pemeriksaan saraf tepi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba saraf tepi antara lain saraf ulnaris, peroneus communis, dan tibialis posterior. Pemeriksaan fungsi saraf dilakukan secara sistematis pada mata, tangan dan kaki</p> <p>3. Pemeriksaan bakteriologis dan Penunjang lain.</p> <p><i>Standar Kuantitas</i></p> <p>Pemeriksaan dilakukan kepada minimal 80% dari populasi penduduk wilayah Puskesmas dengan distribusi penderita kusta masih cukup luas dalam kurun waktu 2 (dua) sampai 5 (lima) tahun terakhir</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun (Jika memenuhi kriteria untuk dilakukan Intensive Case Finding (ICF) |
| Periode Analisa | Setiap tahun (Jika memenuhi kriteria untuk dilakukan Intensive Case Finding (ICF) |
| Numerator | 80% penduduk wilayah Puskesmas dengan distribusi penderita kusta masih cukup luas dalam kurun waktu 2 (dua) sampai 5 (lima) tahun terakhir dilakukan Intensive Case Finding sesuai standar |
| Denominator | Jumlah semua penduduk wilayah Puskesmas dengan distribusi penderita kusta masih cukup luas dalam kurun waktu 2 (dua) sampai 5 (lima) tahun terakhir |
| Sumber Data | Laporan Intensive Case Finding (ICF) |
| Standar | 80 % |
| Penanggung jawab | Pengelola Program Kusta |

| | |
|--------------------------|---|
| Langkah-langkah Kegiatan | Melakukan kegiatan Intensive Case Finding. |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Intensive Case Finding (ICF) menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) ICF melalui pertemuan Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Dokter, Tenaga Perawat, Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM), Tim P2 Kusta Dinkes Kabupaten Cirebon, Lintas Sektor tingkat Kecamatan. |

4) Survey School Kusta/Pemeriksaan Kusta Anak Sekolah

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Survey School Kusta/Pemeriksaan Kusta Anak Sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, aman dan kesinambungan. |
| Tujuan | anak sekolah mendapatkan pemeriksaan kusta/Survey School sesuai standar terintegrasi dengan kegiatan penjangkaran kesehatan anak sekolah. |
| Definisi Operasional | <p>Survey School kusta adalah penemuan kasus penderita kusta di sekolah sesuai standar pada wilayah Puskesmas yang memiliki kasus kusta anak kurang dari 15 (lima belas) tahun terintegrasi dengan kegiatan penjangkaran kesehatan anak sekolah meliputi ;</p> <p><i>Standar Kualitas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. anamnesis, termasuk riwayat kontak b. pemeriksaan fisik : <ol style="list-style-type: none"> 1) pemeriksaan kulit/dermatologis bercak putih mati rasa atau merah pada kulit 2) pemeriksaan saraf tepi pemeriksaan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>dilakukan dengan cara meraba saraf tepi antara lain saraf ulnaris, peroneus communis, dan tibialis posterior. Pemeriksaan fungsi saraf dilakukan secara sistematis pada mata, tangan dan kaki</p> <p>3) Pemeriksaan bakteriologis dan Penunjang lain.</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun (Jika memenuhi kriteria untuk dilakukan Survey School) |
| Periode Analisa | Setiap tahun (Jika memenuhi kriteria untuk dilakukan Survey School) |
| Numerator | Jumlah anak sekolah yang mendapatkan pemeriksaan kusta/Survey School sesuai standar pada wilayah Puskesmas yang memiliki kasus kusta anak kurang dari 15 (lima belas) tahun dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah semua anak sekolah pada wilayah Puskesmas yang memiliki kasus kusta anak kurang dari 15 (lima belas) tahun dalam kurun waktu satu tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan Survey School Kusta |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Program Kusta |
| Langkah-langkah Kegiatan | Melakukan kegiatan Survey School Kusta terintegrasi dengan kegiatan penjangkaran kesehatan anak sekolah. |
| Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring pelaksanaan Survey School Kusta menggunakan daftar tilik Standar Operasional Prosedur 2. Evaluasi pencapaian Standar Pelayanan |

| | |
|---------------------|---|
| | Puskesmas |
| Sumber Daya Manusia | Pengelola Program P2 Kusta, Pengelola Program UKS, Guru |

b. Angka Kesembuhan Penderita Kusta/Release From Treatment (RFT)

1) Angka Kesembuhan Penderita Kusta Tipe Multibasiler (MB)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Angka kesembuhan Penderita Kusta Tipe Multibasiler (MB) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah penderita kusta MB yang sembuh setelah mendapatkan pengobatan Kusta sesuai dengan standar |
| Definisi Operasional | Jumlah kasus baru MB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (12 dosis dalam 12-18 bulan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah kasus baru MB yang menyelesaikan 12 dosis dalam 12-18 bulan pada periode satu tahun |
| Denominator | Jumlah Seluruh kasus baru MB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yang sama |
| Sumber Data | Sistem Informasi Pencatatan Kusta (SIPK) |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Program Kusta |

2) Angka Kesembuhan Penderita Kusta Tipe Pausi Basiler (PB)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Angka Kesembuhan Penderita Tipe Pausi Basiler (PB) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah penderita kusta PB yang sembuh setelah mendapatkan pengobatan Kusta sesuai dengan standar |
| Definisi Operasional | Jumlah kasus baru PB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (6 dosis dalam 6-9 bulan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah kasus baru PB yang menyelesaikan 6 dosis dalam 6-9 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh kasus baru PB yang mulai MDT pada periode kohort tahun yang sama |
| Sumber Data | Register Pengobatan Penderita Kusta |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Program Kusta |

2. DBD

Pencegahan DBD dengan Penghitungan Angka Bebas Jentik (ABJ)

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pencegahan DBD dengan Penghitungan Angka Bebas Jentik (ABJ) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | tempat yang bebas jentik dalam upaya pencegahan penyakit DBD |
| Definisi Operasional | Persentase rumah dan tempat-tempat umum yang diperiksa jentik dalam kurun waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah rumah dan tempat umum yang diperiksa jentik dan hasilnya negatif tidak ada jentik dalam waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah rumah dan tempat-tempat umum yang diperiksa jentik dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan PJB dan PSN |
| Standar | 95% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

3. Ispa

Penemuan Penderita Pneumonia Balita

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Penemuan Penderita Pneumonia Balita |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui besaran penemuan balita pneumonia oleh petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Penemuan Penderita Pneumonia Balita adalah 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 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita di wilayah kerja pada waktu yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program ISPA |
| Standar | 86% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program ISPA |

4. Diare

a. Pelayanan Diare Pada Kasus Semua Umur

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Pelayanan Diare Pada Kasus Semua Umur |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian dan penanganan kasus diare oleh petugas Puskesmas dalam waktu tertentu |
| Definisi Operasional | Pelayanan diare pada kasus semua umur adalah jumlah/angka penemuan kasus Diare pada semua umur yang mendapatkan pelayanan/pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penderita diare semua umur dilayani dalam periode tertentu |
| Denominator | Target penemuan penderita diare semua umur |
| Sumber Data | Laporan bulanan program diare |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program diare |

b. Pelayanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)

| Judul | Pelayanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA) |
|-----------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mencegah penderita diare menderita dehidrasi sedang sampai berat sehingga harus mendapatkan rawat inap |
| Definisi Operasional | Pelayanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA) adalah Layanan yg berada di fasyankes, yg melakukan kegiatan tatalaksana diare dan/atau kegiatan lainnya sebagaimana tersebut diatas, paling tidak pada 3 bulan terakhir dalam periode pelaporan tahun berjalan, yang dibuktikan dengan adanya data hasil pelaksanaan kegiatan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah LROA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah LROA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program diare |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program diare |

5. Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil

| Judul | Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil |
|--------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui kasus Hepatitis B pada ibu |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Definisi Operasional | Deteksi dini Hepatitis Ibu hamil adalah Ibu hamil yang diperiksa HbSag 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 Ibu hamil yang diperiksa HBsAg di wilayah kerja pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah perkiraan ibu hamil yang ada di satu wilayah kerja pada waktu yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Hepatitis |
| Standar | 90% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola Program Hepatitis |

6. Surveilans

a. Kelengkapan Laporan Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon Penyakit Potensial KLB

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan Laporan Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon Penyakit Potensial KLB |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk ketertiban laporan secara lengkap dalam rangka mengetahui kewaspadaan penyakit potensial KLB di wilayah tertentu |
| Definisi Operasional | Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan respon penyakit potensial KLB adalah Kelengkapan pengumpulan data hasil pengamatan/ identifikasi Penyakit potensi KLB Mingguan (dengan menggunakan Form W2) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 52 minggu |
| Sumber Data | Laporan W2 Surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

b. Ketepatan Laporan Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon Penyakit Potensial KLB

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan Laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit Potensial KLB |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk memberikan laporan secara tepat ke dinas kesehatan dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dalam merespon penyakit potensial KLB |
| Definisi Operasional | Ketepatan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan respon penyakit potensial KLB adalah Ketepatan pengumpulan data hasil pengamatan/identifikasi Penyakit potensi KLB Mingguan (dengan menggunakan Form W2) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah W2 yang dilaporkan Puskesmas tepat waktu dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 52 minggu |
| Sumber Data | Laporan W2 Surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Surveilans |

c. Kelengkapan Surveilans Terpadu Penyakit

| Judul | Kelengkapan Surveilans Terpadu Penyakit |
|-----------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk ketertiban administrasi dalam pelaporan pengumpulan data dalam waktu satu tahun |
| Definisi Operasional | Kelengkapan Surveilans Terpadu Penyakit adalah kelengkapan pengumpulan data hasil pengamatan penyakit bulanan di wilayah Puskesmas dalam waktu satu tahun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah laporan STP yang dilaporkan Puskesmas pada kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 12 bulan |
| Sumber Data | Laporan bulanan surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

d. Ketepatan surveilans Terpadu Penyakit

| Judul | Ketepatan Surveilans Terpadu Penyakit |
|----------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja surveilans dalam melaporkan pengumpulan data hasil pengamatan penyakit sesuai waktu yang telah ditentukan |
| Definisi Operasional | Ketepatan Surveilans Terpadu Penyakit adalah ketepatan pengumpulan data hasil |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | Puskesmas dalam waktu satu tahun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah laporan STP yang dilaporkan Puskesmas tepat waktu pada kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 12 bulan |
| Sumber Data | Laporan bulanan surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

e. Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian Puskesmas dalam merespon penanganan KLB penyakit dan keracunan makanan dalam waktu 1 x 24 jam |
| Definisi Operasional | Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah Penanggulangan Penyakit dan keracunan makanan yang dilakukan dalam waktu 1 x 24 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah KLB penyakit dan keracunan makanan yang ditanggulangi 1 x 24 jam dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah KLB penyakit dan keracunan |

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Sumber Data | Laporan KLB surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

f. Kelengkapan Laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan Laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja surveilans dalam membuat pelaporan SKD dan respon penyakit potensial KLB dengan menggunakan form W2 |
| Definisi Operasional | Kelengkapan laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan respon penyakit potensial KLB adalah Kelengkapan pengumpulan data hasil pengamatan/ identifikasi Penyakit potensi KLB Mingguan (dengan menggunakan Form W2) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah laporan W2 yang dilaporkan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | 52 minggu |
| Sumber Data | Laporan W2 surveilans |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Surveilans |

g. Ketepatan Laporan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit

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

O. Pelayanan Promosi Kesehatan

1. Penyuluhan PHBS Keluarga

| | |
|--------------|---|
| Judul | Penyuluhan PHBS Keluarga |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | Puskesmas/mitra kerja Puskesmas dengan sasaran keluarga. |
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS di Keluarga adalah Kegiatan penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas dengan sasaran keluarga dan anggotanya yang mendapat intervensi PIS/PK atau Keluarga yang tidak ber PHBS, didukung alat bantu/media penyuluhan berdasarkan 10 Indikator PHBS RT. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga yang mendapat penyuluhan oleh petugas/mitra kerja di rumah pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran intervensi PIS/PK atau keluarga tidak berPHBS di wilayah kerja Puskesmas pada periode tertentu |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 69% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

2. Penyuluhan PHBS Sekolah

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Penyuluhan PHBS Sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk menerapkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan sekolah sehat. |
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS di Sekolah adalah kegiatan penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas secara berkelompok dengan sasaran siswa, guru dan masyarakat sekolah, tujuannya adalah agar |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | sendiri di bidang kesehatan dengan menerapkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan sekolah sehat, dilaksanakan setiap triwulan terintegrasi dengan kegiatan penjangkaran sekolah, didukung alat bantu/media penyuluhan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah sekolah yang mendapat penyuluhan tentang PHBS di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Jumlah seluruh sekolah yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

3. Penyuluhan PHBS Tempat-Tempat Umum

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Penyuluhan PHBS Tempat-Tempat Umum |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk memberikan informasi kepada pengunjung secara berkelompok di tempat umum untuk menerapkan PHBS |
| Definisi Operasional | Penyuluhan PHBS di Tempat-Tempat Umum adalah kegiatan penyampaian informasi oleh petugas Puskesmas/mitra kerja Puskesmas kepada pengelola tempat-tempat umum secara berkelompok (5-30 orang) dengan sasaran tempat-tempat Umum/TTU yang terdiri dari masjid, terminal, hotel, pasar, tempat wisata, dilaksanakan 2 kali dalam setahun, didukung alat bantu/media penyuluhan. |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Numerator | Jumlah Tempat-Tempat Umum yang mendapat penyuluhan tentang PHBS di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Tempat-Tempat Umum di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

4. Penyuluhan PHBS Di Fasilitas Kesehatan

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

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

5. Penyuluhan Kelompok Oleh Petugas Kesehatan Di Dalam Gedung Puskesmas

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Penyuluhan Kelompok Oleh Petugas Kesehatan Di dalam Gedung Puskesmas |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan serta merubah sikap pengunjung Puskesmas agar dapat hidup lebih sehat |
| Definisi Operasional | Penyuluhan kelompok oleh petugas kesehatan di dalam gedung Puskesmas adalah kegiatan penyuluhan kelompok 10 s.d 20 orang (menyesuaikan dengan jumlah pengunjung Puskesmas) yang dilaksanakan di dalam gedung Puskesmas kepada pelanggan yang datang ke Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penyuluhan kelompok yang dilaksanakan di dalam gedung |
| Denominator | 96 kali |
| Sumber Data | Register penyuluhan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

6. Pembinaan PHBS Tatanan Institusi Kesehatan

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pembinaan PHBS Tatanan Institusi Kesehatan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan |

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

7. Pemberdayaan Individu/Keluarga Melalui Kunjungan Rumah

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pemberdayaan Individu/Keluarga Melalui Kunjungan Rumah |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk pembinaan lebih lanjut dengan metoda KIP/K kepada individu/keluarga |
| Definisi Operasional | Pemberdayaan Individu/Keluarga adalah suatu bentuk kegiatan yang dilakukan oleh |

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

8. Pembinaan PHBS Di Tatanan Rumah Tangga

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pembinaan PHBS Di Tatanan Rumah Tangga |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk merubah sikap keluarga untuk menerapkan hidup dan perilaku sehat |
| Definisi Operasional | Pembinaan PHBS di tatanan Rumah Tangga adalah pengkajian dan pembinaan PHBS di tatanan Rumah Tangga dengan melihat 10 indikator, meliputi : Linakes, memberi ASI Eksklusif, menimbang bayi dan balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan sabun & air bersih, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik, makan sayur dan buah, melakukan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | pada setiap rumah tangga yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Pembuktian dengan : adanya data hasil kajian PHBS RT, adanya hasil analisis, rencana dan jadwal tindak lanjut dari hasil kajian. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah rumah tangga ber PHBS di wilayah kerja Puskesmas |
| Denominator | Seluruh rumah tangga yang ada di wilayah Puskesmas |
| Sumber Data | Register pembinaan PHBS dan format asuhan keperawatan keluarga |
| Standar | 70% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

9. Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Dilihat Melalui Persentase Strata Desa Siaga Aktif

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Dilihat Melalui Persentase Strata Desa Siaga Aktif |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam upaya memberdayakan masyarakat yang direspon dengan meningkatnya persentase 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, Kemandirian, Akses Ke Pelayanan |

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

10. Pembinaan UKBM Dilihat Melalui Persentase Posyandu Strata Purnama Dan Mandiri

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pembinaan UKBM Dilihat Melalui Persentase Posyandu Strata Purnama Dan Mandiri |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk menilai kinerja Puskesmas dalam membina UKBM. |
| Definisi Operasional | 1. Posyandu Purnama adalah Posyandu yang dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya utamanya lebih dari 50%, mempunyai kegiatan tambahan lebih dari 2 kegiatan, dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang berpartisipasi lebih |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>keluarga di wilayah kerja posyandu.</p> <p>2. Posyandu Mandiri adalah Posyandu yang dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mempunyai kegiatan tambahan lebih dari 2 kegiatan serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya lebih dari 50% kepala keluarga yang bertempat tinggal di wilayah kerja Posyandu.</p> <p>3. Pembuktian dengan : data strata Posyandu, SK Pokjanal Kecamatan, SK Pokja Desa/Kelurahan</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Posyandu strata Purnama dan Mandiri |
| Denominator | Seluruh Posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan kegiatan bulanan program Promkes |
| Standar | 40% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Promosi Kesehatan |

11. Pendampingan Pelaksanaan SMD dan MMD

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pendampingan Pelaksanaan SMD dan MMD |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Agar kegiatan SMD dan MMD dapat berjalan secara kontinyu berdasarkan kebutuhan masyarakat |
| Definisi Operasional | Kegiatan di Desa/Kelurahan yang ada di wilayah Kerja Puskesmas yang memerlukan pemberdayaan masyarakat dengan langkah- |

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

P. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

1. Persentase Penduduk Terhadap Akses Sanitasi Yang Layak (Jamban Sehat)

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Persentase Penduduk Terhadap Akses Sanitasi Yang Layak (Jamban Sehat) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| 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 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | suatu wilayah pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah penduduk di wilayah dan pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

2. Jumlah Desa Yang Melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Jumlah Desa Yang Melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui dukungan lintas sektor dan tokoh yang peduli manfaat kepemilikan jamban dan tujuan desa Open Defecation Free (ODF) |
| Definisi Operasional | Jumlah desa yang melaksanakan STBM di Wilayah Puskesmas setiap tahunnya adalah dimana Desa yang melaksanakan ditandai desa tersebut sudah melakukan pemicuan minimal 1 dusun/RW, adanya rencana kerja masyarakat (RKM) dan adanya natural leader |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah desa yang melaksanakan STBM di wilayah Puskesmas pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Desa di wilayah Puskesmas dan pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan program Kesehatan Lingkungan |
| Standar | 100% |

3. Inspeksi Kesehatan Lingkungan Terhadap Sarana Air Bersih

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Inspeksi Kesehatan Lingkungan Terhadap Sarana Air Bersih |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| 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 Puskesmas pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Sarana Air Bersih di wilayah Puskesmas pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

4. Inspeksi Kesehatan Lingkungan Terhadap Tempat Fasilitas Umum (TFU)

| | |
|--------------|---|
| Judul | Inspeksi Kesehatan Lingkungan Terhadap Tempat Fasilitas Umum (TFU) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat |

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

5. Inspeksi Kesehatan Lingkungan Terhadap Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Inspeksi Kesehatan Lingkungan Terhadap Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan sehat pada TPP |
| Definisi Operasional | Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap TPP adalah kegiatan pemeriksaan dan pengamatan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan sehat pada TPP |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah IKL yang dilaksanakan terhadap sarana TPP di wilayah Puskesmas pada periode tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh Sarana TPP di wilayah Puskesmas dan pada periode yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan lingkungan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Sanitarian |

Q. Pelayanan Gizi

1. ASI Eksklusif

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | ASI Eksklusif |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua bayi baru lahir sampai umur 6 bulan diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral |
| Definisi Operasional | Bayi umur 6 bulan : jumlah bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari mendapat ASI EKSLUSIF yang tercatat pada register pencatatan pemberian ASI di wilayah kerja puskesmas. Catatan : Pelaporan pemberian ASI Eksklusif dilakukan pada setiap bulan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| | yang mendapat ASI Eksklusif di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah bayi mencapai usia 5 bulan 29 hari yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan Gizi, PWS KIA |
| Standar | 50% |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Penanggung jawab program GIZI |

2. Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Mendapatkan Makanan Tambahan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Mendapatkan Makanan Tambahan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) mendapatkan makanan tambahan sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal |
| Definisi Operasional | Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Mendapatkan Makanan adalah Ibu hamil dengan ukuran LILA (Lingkar Lengan Atas) kurang dari 23,5 cm yang mendapatkan makanan tambahan sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Nominator | Jumlah ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |

| | |
|------------------|---|
| | wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan program Gizi |
| Standart | (90%) |
| Penanggung Jawab | Pengelola Program GIZI |
| Pengumpul Data | |

3. Remaja Puteri Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Remaja Puteri Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua remaja putri usia 12-18 tahun mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) sesuai standar sebagai upaya mencegah Anemia pada remaja putri. |
| Definisi Operasional | Remaja Puteri Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) adalah remaja putri yang berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat, yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) 1 tablet setiap minggu atau 1 tablet setiap hari selama 10 hari masa haid. Tablet Tambah Darah (TTD) yang diberikan dapat berupa TTD program atau TTD mandiri. TTD program adalah tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0.25 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada remaja putri. TTD mandiri adalah TTD atau multi vitamin dan mineral, minimal mengandung elemental besi dan asam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai anjuran. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tri wulan |
| Periode Analisa | Setiap tri wulan |
| Nominator | Jumlah Remaja Puteri berusia 12-18 tahun |

| | |
|------------------------------------|---|
| | wilayah Puskesmas mendapatkan TTD sesuai standar dalam kurun waktu 1 tahun. |
| Denominator | Jumlah seluruh Remaja Puteri berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan TTD Rematri |
| Standart | (100%) |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Pelaksana program Gizi |

4. Balita kurus mendapatkan makanan tambahan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Balita kurus mendapatkan makanan tambahan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua balita gizi kurus mendapatkan makanan tambahan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Balita kurus mendapatkan makanan tambahan adalah balita usia 6 bulan sampai 59 bulan 29 hari dengan status gizi kurus (BB/PB atau BB/TB - 3 SD sampai dengan 2 SD) mendapatkan makanan tambahan sesuai standar sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Nominator | Jumlah balita gizi kurus yang mendapatkan makanan tambahan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh balita gizi kurus yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Standart | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Pelaksana program Gizi |

5. Ibu Nifas Mendapat Kapsul Vitamin A

| | |
|------------------------------------|---|
| Judul | Ibu Nifas Mendapat Kapsul Vitamin A |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua ibu nifas mendapat kapsul vitamin A sesuai standar |
| Definisi Operasional | Ibu nifas mendapat kapsul vitamin A adalah ibu nifas (baru melahirkan sampai hari ke 42) mendapatkan 2 kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 UI), satu kapsul diberikan setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan 24jam setelah pemberian pertama. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 1 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 1 bulan |
| Nominator | Jumlah ibu nifas yang mendapat kapsul vitamin A sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun. |
| Denominator | Jumlah seluruh ibu nifas yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan program Gizi |
| Standart | 98% |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Penanggung jawab program GIZI |

R. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat

1. Keluarga Risiko Tinggi Mendapatkan Asuhan Keperawatan

| | |
|--------------|--|
| Judul | Keluarga Risiko Tinggi Mendapatkan Asuhan Keperawatan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Tujuan | Semua keluarga risiko tinggi mendapatkan asuhan keperawatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Keluarga resiko tinggi mendapatkan asuhan keperawatan adalah keluarga mendapatkan asuhan keperawatan keluarga sesuai standar dan terdokumentasikan melalui asuhan keperawatan sesuai dengan permasalahan yang ditemukan termasuk tindak lanjut permasalahan pada indikator program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap minggu |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga yang mendapatkan asuhan keperawatan keluarga sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah sasaran keluarga yang bermasalah kesehatan dan tercatat dalam register R1 perkesmas yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Data PIS-PK, Register R1 Perkesmas, asuhan keperawatan keluarga |
| Standar | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pengumpulan data keluarga dari data PIS-PK, penjadwalan kunjungan, pelaksanaan kunjungan rumah, pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan keluarga, intervensi, evaluasi, tindaklanjut, monitoring, pencatatan dan pelaporan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab Program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) |

2. Kelompok Risiko Tinggi Mendapatkan Asuhan Keperawatan

| | |
|--------------|--|
| Judul | Kelompok Risiko Tinggi Mendapatkan Asuhan Keperawatan |
| Dimensi Mutu | Efektif efisien tepat diukur dapat |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | aman. |
| Tujuan | Semua kelompok risiko tinggi mendapatkan asuhan keperawatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Kelompok risiko tinggi mendapatkan asuhan keperawatan adalah kelompok resiko tinggi (Prolanis, kelompok ibu hamil resiko tinggi, balita resiko tinggi, dll) mendapatkan asuhan keperawatan kelompok sesuai standar oleh Petugas Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap minggu |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah kelompok risti yang mendapatkan asuhan keperawatan keluarga sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah kelompok risiko tinggi yang ada dan tercatat dalam buku register kelompok risiko tinggi yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Buku register kelompok risti Asuhan keperawatan kelompok |
| Standar | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pengumpulan data kelompok risiko tinggi, penjadwalan kunjungan, pelaksanaan kunjungan kelompok, pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan kelompok, intervensi, evaluasi, tindaklanjut, monitoring, pencatatan dan pelaporan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab Program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) |

3. Masyarakat Desa Mendapatkan Asuhan Keperawatan Komunitas

| | |
|--------------|---|
| Judul | Masyarakat Desa Mendapatkan Asuhan Keperawatan Komunitas |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien adil dan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Semua Desa atau RW atau RT mendapatkan asuhan keperawatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Masyarakat Desa mendapatkan asuhan keperawatan komunitas adalah asuhan keperawatan komunitas ke Desa atau RW atau RT sesuai standar oleh petugas Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Desa atau RW atau RT mendapatkan asuhan keperawatan komunitas sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah Desa atau RW atau RT minimal 1 kali mendapatkan asuhan keperawatan komunitas |
| Sumber Data | Desa atau RW atau RT Register asuhan keperawatan komunitas |
| Standar | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pengumpulan data Desa atau RW atau RT sesuai dengan permasalahan yang ada, penjadwalan kunjungan, pelaksanaan kunjungan, pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan komunitas, intervensi, evaluasi, tindak lanjut, monitoring, pencatatan dan pelaporan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab Program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) |

4. Keluarga Mandiri III Dan IV Pada Semua Kasus

| | |
|--------------|---|
| Judul | Keluarga Mandiri III Dan IV Pada Semua Kasus |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua keluarga rawan yang dibina memenuhi kriteria hasil akhir tingkat kemandirian keluarga (KM III dan IV) |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Operasional | adalah cakupan hasil akhir tingkat kemandirian keluarga (KM III dan IV) pada seluruh keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya setelah mendapatkan asuhan keperawatan keluarga minimal 4 kali kunjungan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah keluarga rawan yang dibina memenuhi kriteria hasil akhir tingkat kemandirian keluarga (KM III dan IV) di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah keluarga rawan yang dibina di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Data PIS-PK, Register R1 Perkesmas, Asuhan keperawatan keluarga |
| Standar | 100% |
| Langkah Kegiatan | Data PIS-PK, penjadwalan kunjungan, pelaksanaan kunjungan, pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan komunitas, intervensi, evaluasi, penentuan kriteria keluarga setelah selesai pembinaan tindak lanjut, monitoring, pencatatan dan pelaporan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab Perkesmas |

S. Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat

1. Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat Di Desa (UKGMD)

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat Di Desa (UKGMD) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua Posyandu mendapatkan pembinaan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Pelayanan kesehatan gigi masyarakat Desa (UKGMD) adalah Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang mendapatkan pembinaan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar oleh Petugas Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah posyandu yang mendapatkan pembinaan kesehatan gigi dan mulut di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh posyandu yang ada di wilayah Puskesmas pada kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Data Posyandu Laporan bulanan kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 80% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab kesehatan gigi dan mulut |

2. Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat Di SD/MI (UKGS)

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat Di SD/MI (UKGS) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua SD/ MI mendapatkan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan kesehatan gigi masyarakat di SD/MI (UKGS) adalah SD/MI yang mendapatkan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar oleh Petugas puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah SD/MI yang mendapatkan Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh SD/MI yang ada di wilayah |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Sumber Data | Data sekolah SD/MI, laporan bulanan kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab kesehatan gigi dan mulut |

3. Pemeriksaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Siswa SD/MI

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pemeriksaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Siswa SD/MI |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua murid SD/MI mendapatkan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut |
| Definisi Operasional | Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut pada siswa SD/MI adalah Pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada murid SD/MI sesuai standar oleh Petugas Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah SD/MI yang mendapatkan Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh SD/MI yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Data sekolah SD/MI Laporan bulanan kesehatan gigi dan mulut |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab kesehatan gigi dan mulut |

T. Pelayanan Kesehatan Kerja

1. Pendataan Perusahaan/Industri

| | |
|-------|--------------------------------------|
| Judul | Pendataan Perusahaan/Industri |
|-------|--------------------------------------|

| | |
|-----------------------------------|---|
| | diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah Perusahaan dalam periode tertentu |
| Definisi Operasional | Pendataan Perusahaan/Industri adalah pendataan Perusahaan/Industri yang ada di wilayah kerja Puskesmas baik formal maupun informal yang di lakukan oleh petugas kesehatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah Perusahaan/Industri yang sudah di lakukan pendataan oleh petugas kesehatan di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh Perusahaan/Industri yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan program kesehatan kerja |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab program kesehatan kerja |

2. Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK)

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) mendapatkan pembinaan sesuai standar oleh petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Upaya Kesehatan Kerja (UKK) adalah jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang dibina oleh petugas Puskesmas |
| Frekuensi | Satukan bulan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Pos UKK yang dibina di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh Pos UKK yang ada di wilayah Puskesmas pada kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Register kesehatan Kerja, data Pos UKK dan Pekerja dan laporan bulan kesehatan kerja |
| Standar | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pendataan sasaran, pembinaan, penyuluhan Pencatatan Pelaporan, Monitoring dan evaluasi. |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab program kesehatan kerja |

U. Pelayanan kesehatan olah raga

1. Pengukuran Kebugaran Jasmani Anak Sekolah

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pengukuran Kebugaran Jasmani Anak Sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua anak sekolah mendapat pengukuran kebugaran jasmani sesuai standar oleh petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Pengukuran kebugaran jasmani anak sekolah adalah persentase anak sekolah yang diperiksa kebugaran jasmaninya sesuai standar oleh petugas kesehatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah anak sekolah yang diperiksa kebugaran jasmaninya sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Data sekolah, data siswa, laporan kesehatan olahraga |
| Standar | 100% |
| Langkah Kegiatan | Pendataan sasaran, pembuatan jadwal pembinaan, koordinasi kegiatan pembinaan, pengukuran kebugaran jasmani anak sekolah, pencatatan dan pelaporan, evaluasi, pelayanan rujukan bila diperlukan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab program kesehatan olahraga |

2. Pengukuran Kebugaran Jasmani Jemaah Haji

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pengukuran Kebugaran Jasmani Jemaah Haji |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua jemaah haji mendapat pemeriksaan kebugaran jasmani sesuai standar oleh petugas Puskesmas |
| Definisi Operasional | Pengukuran kebugaran jasmani jema'ah haji adalah persentase jema'ah haji yang diperiksa kebugaran jasmaninya oleh petugas kesehatan sesuai standar |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 2 kali dalam 1 tahun |
| Periode Analisa | 2 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah jema'ah haji yang diperiksa kebugaran jasmaninya sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah jema'ah haji yang ada di wilayah Puskesmas pada kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Data KBIH, data jema'ah haji , laporan kesehatan olahraga |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Langkah Kegiatan | Pendataan sasaran, pembuatan jadwal pembinaan, koordinasi kegiatan pembinaan, pengukuran kebugaran jasmani anak sekolah, pencatatan dan pelaporan, evaluasi, pelayanan rujukan bila diperlukan |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab program kesehatan olahraga |

3. Orientasi Tes Kebugaran Bagi Guru Olah Raga

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Orientasi Tes Kebugaran Bagi Guru Olah Raga |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Meningkatkan pengetahuan guru olahraga tentang teknis pengukuran kebugaran pada anak sekolah sesuai pedoman pengukuran Baik, Benar, Teratur dan Terukur (BBTT) |
| Definisi Operasional | Jumlah guru olah raga yang mengikuti orientasi tes kebugaran dalam kurun waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah guru olah raga yang mengikuti orientasi tes kebugaran jasmani di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Denominator | Jumlah guru olah raga yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program kesehatan olah raga |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab program kesehatan olah raga |

V. Pelayanan kesehatan tradisional dan komplementer

1. Pembinaan Upaya Penyehat Tradisional

| Judul | Pembinaan Upaya Penyehat Tradisional |
|-----------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua penyehat tradisional mendapatkan pembinaan oleh petugas Puskesmas sesuai standar |
| 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 1 tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah Penyehat Tradisional yang dibina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah Penyehat Tradisional seluruhnya di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Kestrads |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program upaya penyehat tradisional |

2. Penyehat Tradisional Terdaftar/Berizin

| Judul | Cakupan Penyehat Tradisional Terdaftar/Berizin |
|--------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Tujuan | Untuk mengetahui jumlah praktisi 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 dibina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah Penyehat Tradisional yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu tertentu |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Kestrاد |
| Standar | 10% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program upaya penyehat tradisional |

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

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pembinaan Kelompok Asuhan Mandiri Pemanfaatan Taman Obat dan Keluarga (TOGA) |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman |
| Tujuan | Semua kelompok Tanaman Obat dan Keluarga (TOGA) mendapatkan pembinaan oleh petugas Puskesmas sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pembinaan kelompok TOGA (5-10 KK) yang dibina oleh petugas Puskesmas yang berada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dibagi 1 kelompok TOGA |
| Frekuensi | 1 kali dalam 1 tahun |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Periode Analisa | 1 kali dalam 1 tahun |
| Numerator | Jumlah kelompok TOGA yang dibina petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | 1 kelompok TOGA di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun |
| Sumber Data | Laporan bulanan program Hattra |
| Standar | 10% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program upaya penyehat tradisional |

W. Pelayanan kesehatan indera

1. Kegiatan skrining katarak di desa

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cakupan desa yang melaksanakan kegiatan skrining katarak |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui pencapaian kinerja program kesehatan indera dalam memberikan pelayanan kepada sasaran yang beresiko |
| Definisi Operasional | Cakupan desa yang melaksanakan kegiatan skrining katarak adalah pencapaian kinerja program kesehatan indera dalam memberikan pelayanan kepada sasaran beresiko dalam kurun waktu tertentu di luar gedung Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah desa yang melaksanakan kegiatan dalam kurun waktu tertentu |
| Denominator | Jumlah seluruh desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas |
| Sumber Data | Laporan program kesehatan indera |
| Standar | 100% |

2. Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Katarak

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Katarak |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Setiap penderita penyakit katarak mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Katarak adalah penderita penyakit katarak yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah penderita katarak yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh penderita katarak yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan program kesehatan indera |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program kesehatan indera |

3. Pemeriksaan Indera Penglihatan Anak Sekolah

| | |
|--------------|---|
| Judul | Pemeriksaan Indera Penglihatan Anak Sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui status kesehatan indera |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Pemeriksaan indera penglihatan anak sekolah adalah kegiatan skrining kesehatan sesuai standar yang dilaksanakan oleh petugas Puskesmas yang terintegrasi dengan program UKS kepada sasaran siswa usia sekolah dalam waktu 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah siswa yang mendapat pemeriksaan penglihatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran siswa di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan program indera |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana program kesehatan indera |

4. Penanganan Gangguan Penglihatan Pada Anak Sekolah

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Penanganan Gangguan Penglihatan Pada Anak Sekolah |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Semua anak sekolah yang menderita gangguan penglihatan mendapatkan penanganan sesuai standar |
| Definisi Operasional | Penanganan Gangguan Penglihatan Pada Anak Sekolah adalah penanganan kasus gangguan penglihatan sesuai standar yang ditemukan oleh petugas kesehatan pada saat melakukan skrining penglihatan di sekolah kepada siswa baik ditangani di Puskesmas maupun dirujuk ke Rumah Sakit |
| Frekuensi | Setiap kegiatan skrining indera penglihatan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Periode Analisa | Setiap bulan |
| Numerator | Jumlah anak sekolah yang mendapatkan penanganan gangguan penglihatan sesuai standar di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh anak sekolah yang mengalami gangguan penglihatan dalam wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Laporan bulanan kesehatan indera |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pengelola program kesehatan indera |

X. Pelayanan kesehatan pengembangan lainnya

1. Pemberantasan Penyakit Kecacingan

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pemberantasan Penyakit Kecacingan |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Meningkatkan cakupan program pengendalian kecacingan pada anak usia sekolah dan anak pra sekolah sehingga menurunkan angka kecacingan dan tidak menjadi masalah kesehatan di masyarakat |
| Definisi Operasional | <p>Capaian kinerja Puskesmas dalam pemberian obat cacing suatu kegiatan yang di laksanakan 2 kali setahun untuk menurunkan angka kecacingan dengan sasaran anak usia 1 – 12 tahun. Terselenggaranya Pemberian Obat Pencegahan Masal (POPM) kecacingan, meningkatkan capaian cakupan pemberian obat cacing.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis dan dosis obat <ol style="list-style-type: none"> a. Obat yang digunakan untuk POPM Kecacingan adalah albendazole b. Dosis obat 10 ml : anak usia 1th sampai |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>sampai 12 th 1 tablet, untuk yang suspensi sebelum di gunakan harus di kocok terlebih dahulu</p> <p>2. Strategi</p> <p>Pemberian obat pencegahan kecacingan di berikan secara masal di berikan 6 bulan sekali di posyandu, PAUD, TK, SD/MI.</p> <p>Mengintegrasikan kegiatan penanggulangan kecacingan dengan kegiatan lintas program dan lintas sektor terkait</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap 6 bulan |
| Periode Analisa | Setiap 6 bulan |
| Numerator | Jumlah anak yang mendapat obat cacing di Posyandu, PAUD, TK, SD/MI yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh sasaran anak di Posyandu, PAUD, TK, SD/MI yang ada di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama |
| Sumber Data | Catatan dan pelaporan hasil pemberian obat cacing |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Penanggung jawab program kecacingan |

2. Tatalaksana kasus Filariasis

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Cakupan tatalaksana kasus Filariasis |
| Dimensi Mutu | Efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima/berfokus pada pasien, adil, dan aman. |
| Tujuan | Untuk mengetahui kinerja Puskesmas dalam menangani kasus filariasis yang ditemukan |
| Definisi Operasional | Cakupan Pelayanan Penderita Filariasis adalah persentase Kasus Filariasis yang ditaklukan |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap ada kasus |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah Kasus Filariasis yang dilakukan tatalaksana |
| Denominator | Jumlah Kasus Filariasis yang ditemukan dalam 1 tahun |
| Sumber Data | Laporan Program Filariasis |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | Pelaksana Program Filariasis/Surveilans |

Ditetapkan di Sumber
pada tanggal 05 Oktober 2020

BUPATI CIREBON,

Ttd

IMRON

Diundangkan di Sumber
pada tanggal 05 Oktober 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON



BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2020 NOMOR 34 SERI .E