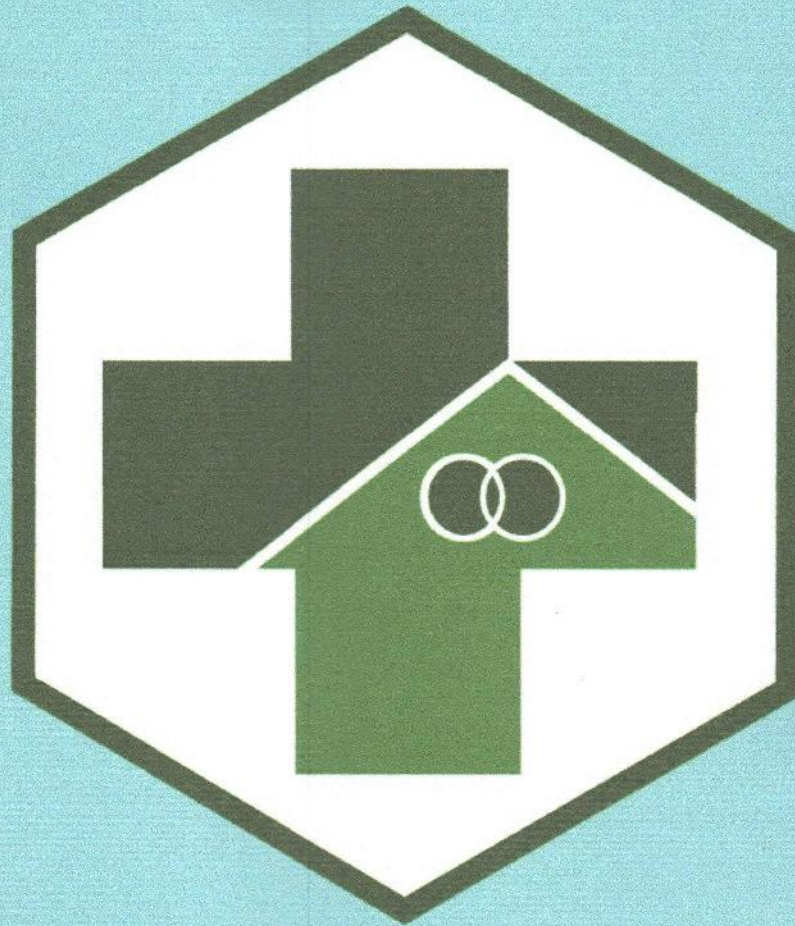


HASIL CAPAIAN KINERJA
PUSKESMAS MOJOLANGU
TAHUN 2022



PUSKESMAS MOJOLANGU
TAHUN 2022

Instrumen Penghitungan Kinerja Administrasi dan Manajemen Puskesmas

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.1. Manajemen Umum							
1	Rencana 5 (lima) tahunan	Rencana 5 (lima) tahunan sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal	Tidak ada rencana 5 (lima) tahunan	Ada, tidak sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	10
2	RUK Tahun (N+1)	RUK (Rencana Usulan Kegiatan) Puskesmas untuk tahun yad (N+1) dibuat berdasarkan analisa situasi, kebutuhan dan harapan masyarakat dan hasil capaian kinerja, prioritas serta data 2 (dua) tahun yang lalu dan data survei, disahkan oleh Kepala Puskesmas	Tidak ada	Ada , tidak sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas,tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada , sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja , ada pengesahan kepala Puskesmas	10
3	RPK/POA bulanan/tahunan	Dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), sebagai acuan pelaksanaan kegiatan yang akan dijadwalkan selama 1 (satu) tahun dengan memperhatikan visi misi dan tata nilai Puskesmas	Tidak ada Ada dokumen RPK	dokumen RPK tidak sesuai RUK, Tidak ada pembahasan dengan LP maupun LS, dalam penentuan jadwal	dokumen RPK sesuai RUK, tidak ada pembahasan dengan LP maupun LS dalam penentuan jadwal	dokumen RPK sesuai RUK, ada pembahasan dengan LP maupun LS dalam penentuan jadwal	10
4	Lokakarya Mini bulanan (lokmin bulanan)	Rapat Lintas Program (LP) membahas review kegiatan, permasalahan LP, rencana tindak lanjut (<i>corrective action</i>) , beserta tindak lanjutnya secara lengkap. Dokumen lokmin awal tahun memuat penyusunan POA, briefing penjelasan program dari Kapus dan detail pelaksanaan program (target, strategi pelaksana) dan kesepakatan pegawai Puskesmas. Notulen memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi.	Tidak ada dokumen	Ada, dokumen tidak memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi	Ada, dokumen <i>corrective action</i> ,daftar hadir, notulen hasil lokmin,undangan rapat lokmin tiap bulan lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin bulan sebelumnya	10
5	Lokakarya Mini tribulanan (lokmin tribulanan)	Rapat lintas program dan Lintas Sektor (LS) membahas review kegiatan, permasalahan LP, <i>corrective action</i> , beserta tindak lanjutnya secara lengkap tindak lanjutnya. Dokumen memuat evaluasi kegiatan yang memerlukan peran LS	Tidak ada dokumen	Ada, dokumen tidak memuat evaluasi bulanan pelaksanaan kegiatan dan langkah koreksi	Ada Dokumen <i>corrective action</i> ,daftar hadir, notulen hasil lokmin,undangan rapat lokmin lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin yang melibatkan peran serta LS	10
6	Survei Keluarga Sehat (12 Indikator Keluarga Sehat)	Survei meliputi: 1. KB 2. Persalinan di faskes 3. Bayi dengan imunisasi dasar lengkap, bayi dengan ASI eksklusif 4. Balita ditimbang 5. Penderita TB, hipertensi dan gangguan jiwa mendapat pengobatan, tidak merokok, JKN, air bersih dan jamban sehat yang dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya	survei kurang dari 30%	Dilakukan survei >30%, dilakukan intervensi awal dan dilakukan entri data aplikasi	Dilakukan survei >30%,dilakukan intervensi awal, dilakukakan entri data aplikasi dan dilakukan analisis hasil survei	Dilakukan survei minimal lebih dari 30%, telah dilakukan intervensi awal, dilakukan entri data aplikasi, dilakukan analisis data dan dilakukan intervensi lanjut`	10

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
7	Survei Mawas Diri (SMD)	Kegiatan mengenali keadaan dan masalah yang dihadapi masyarakat serta potensi yang dimiliki masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut. Hasil identifikasi dianalisis untuk menyusun upaya, selanjutnya masyarakat dapat digerakkan untuk berperan serta aktif untuk memperkuat upaya perbaikannya sesuai batas kewenangannya..	Tidak dilakukan	Ada dokumen KA dan SOP SMD tapi belum dilaksanakan	Ada dokumen KA dan SOP SMD, dilaksanakan SMD, ada rekapan hasil SMD, tidak ada analisis dan jenis kegiatan yang dibutuhkan masyarakat	Ada SOP SMD, kerangka acuan, pelaksanaan, rekapan, analisis dan jenis kegiatan yang dibutuhkan masyarakat dari hasil SMD.	10
8	Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan Individu, Keluarga dan Kelompok	Pertemuan dengan masyarakat dalam rangka pemberdayaan (meliputi keterlibatan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan) Individu, Keluarga dan Kelompok.	Tidak ada pertemuan	Ada pertemuan minimal 2 kali setahun	ada pertemuan minimal 2 kali setahun, ada hasil pembahasan untuk pemberdayaan masyarakat	ada pertemuan minimal 2 kali setahun, ada hasil pembahasan pemberdayaan masyarakat, ada tindak lanjut pemberdayaan	0
9	SK Tim mutu dan uraian tugas	Surat Keputusan Kepala Puskesmas dan uraian tugas Tim Mutu (UKM Essensial, UKM pengembangan, UKP, Administrasi Manajemen, Mutu, PPI, Keselamatan Pasien serta Audit Internal), serta dilaksanakan evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas minimal sekali setahun	Tidak ada SK Tim, uraian tugas serta evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu, tidak ada uraian tugas dan evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu dan uraian tugas, tidak ada evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Ada SK Tim Mutu dan uraian tugas serta evaluasi pelaksanaan uraian tugas	10
10	Rencana program mutu dan keselamatan pasien	Rencana kegiatan perbaikan/peningkatan mutu dan keselamatan pasien lengkap dengan sumber dana dan sumber daya, jadwal audit internal, kerangka acuan kegiatan dan notulen serta bukti pelaksanaan serta evaluasinya	Tidak ada dokumen rencana program mutu dan keselamatan pasien	Ada rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu, tidak ada bukti pelaksanaan dan evaluasinya	Ada sebagian dokumen rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu dan bukti pelaksanaan dan evaluasi belum dilakukan	Ada dokumen rencana program mutu dan keselamatan pasien lengkap dengan sumber dana, sumber daya serta bukti pelaksanaan dan evaluasinya	10
11	Pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas	proses identifikasi, evaluasi, pengendalian dan meminimalkan risiko di Puskesmas	Tidak melakukan proses manajemen risiko dan tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, tidak ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko tidak lengkap	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan dan penanganan risiko, ada dokumen register risiko lengkap	10
12	Pengelolaan Pengaduan Pelanggan	Pengelolaan pengaduan meliputi menyediakan media pengaduan, mencatat pengaduan (dari Kotak saran, sms, email, wa, telpon dll), melakukan analisa, membuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	tidak ada media pengaduan, data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Media dan data tidak lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Media dan data ada lengkap, analisa sebagian ada, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada.	Media dan data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10
13	Survei Kepuasan Masyarakat	Survei Kepuasan adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui kepuasan masyarakat terhadap kegiatan/pelayanan yang telah dilakukan Puskesmas	Tidak ada data	Data tidak lengkap, analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data lengkap, analisa sebagian ada, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta telah dipublikasikan	10

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
14	Audit internal	Pemantauan mutu layanan sepanjang tahun, meliputi audit input, proses (PDCA) dan output pelayanan, ada jadwal selama setahun, instrumen, hasil dan laporan audit internal	Tidak dilakukan audit internal	Dilakukan, dokumen lengkap, tidak ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut dan evaluasi	10
15	Rapat Tinjauan Manajemen	Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dilakukan minimal 2x/tahun untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu, dan kinerja pelayanan/ upaya Puskesmas untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan, dan efektifitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan, menghasilkan luaran rencana perbaikan serta peningkatan mutu	Tidak ada RTM, dokumen dan rencana pelaksanaan kegiatan perbaikan dan peningkatan mutu	Dilakukan 1 kali setahun, dokumen notulen, daftar hadir lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), belum ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan 2 kali setahun, ada notulen, daftar hadir, ada analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan belum dilakukan evaluasi	Dilakukan > 2 kali setahun, ada notulen, daftar hadir, analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan evaluasi	10
16	Penyajian/ updating data dan informasi	Penyajian/ updating data dan informasi tentang : capaian program (PKP), KS, hasil survei SMD, IKM, data dasar, data kematian ibu dan anak, status gizi, Kesehatan lingkungan, SPM, Pemantauan Standar Puskesmas	Tidak ada data dan pelaporan	Kelengkapan data 50%	Kelengkapan data 75%	Lengkap pencatatan dan pelaporan, benar	7
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Umum Puskesmas (I)							147
1.2. Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana							
1	Kelengkapan dan Updating data Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (ASPAK)	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan >50% berdasarkan data ASPAK yang telah diupdate secara berkala (minimal 2 kali dalam setahun, tgl 30 Juni dan 31 Desember tahun berjalan) dan telah divalidasi Dinkes Kab/Kota.	Nilai data kumulatif SPA < 60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % dan data ASPAK belum diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA <60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan <50 % berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	Nilai data kumulatif SPA >60 % dan kelengkapan alat kesehatan > 50% berdasarkan data ASPAK yang sudah diupdate dan divalidasi Dinkes Kab/Kota	10
2	Analisis data ASPAK dan rencana tindak lanjut	Analisis data ASPAK berisi ketersediaan Sarana, Prasarana dan alkes (SPA) di masing-masing ruangan dan kebutuhan SPA yang belum terpenuhi. Tindak lanjut berisi upaya yang akan dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan SPA.	Tidak ada analisis data	Ada analisis data, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Ada analisis data SPA, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Ada analisis data lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10
3	Pemeliharaan prasarana Puskesmas	Pemeliharaan prasarana terjadwal serta dilakukan, dilengkapi dengan jadwal dan bukti pelaksanaan	Tidak ada jadwal pemeliharaan prasarana dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Tidak ada bukti pelaksanaan.	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Ada bukti pelaksanaan.	10
4	Kalibrasi alat kesehatan	Kalibrasi alkes dilakukan sesuai dengan daftar peralatan yang perlu dikalibrasi, ada jadwal, dan bukti pelaksanaan kalibrasi.	Tidak ada jadwal kalibrasi dan tidak dilakukan kalibrasi	Ada jadwal kalibrasi dan tidak dilakukan kalibrasi	Ada jadwal kalibrasi dan dilakukan kalibrasi Tidak ada bukti pelaksanaan.	Ada jadwal kalibrasi dan dilakukan kalibrasi Ada bukti pelaksanaan.	10

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
5	Perbaikan dan pemeliharaan peralatan medis dan non medis	Perbaikan dan pemeliharaan peralatan medis dan non medis terjadwal dan sudah dilakukan yang dibuktikan dengan adanya jadwal dan bukti pelaksanaan	Tidak ada jadwal pemeliharaan peralatan dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan tidak dilakukan pemeliharaan	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Tidak ada bukti pelaksanaan.	Ada jadwal pemeliharaan dan dilakukan pemeliharaan. Ada bukti pelaksanaan.	10
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Peralatan dan sarana prasarana (II)							50
1.3. Manajemen Keuangan							
1	Data realisasi keuangan	Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data/laporan tidak lengkap, belum dilakukan analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data/laporan lengkap, ada sebagian analisa, belum ada rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Ada data/laporan keuangan, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10
2	Data keuangan dan laporan pertanggung jawaban	Data pencatatan pelaporan pertanggung jawaban keuangan ke Dinkes Kab/Kota, penerimaan dan pengeluaran, realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data dan laporan tidak lengkap, belum ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data/laporan lengkap, analisa sebagian ada, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data /laporan ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Keuangan (III)							20
1.4. Manajemen Sumber Daya Manusia							
1	Rencana Kebutuhan Tenaga (Renbut)	Metode Penghitungan Kebutuhan SDM Kesehatan secara riil sesuai kompetensinya berdasarkan beban kerja	Tidak ada dokumen	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 4 jenis nakes dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 7 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen renbut, dengan hasil ≤ 9 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) sesuai kebutuhan	10
2	SK, uraian tugas pokok (tanggung jawab dan wewenang) serta uraian tugas integrasi	Surat Keputusan Penanggung Jawab dengan uraian tugas pokok dan tugas integrasi jabatan karyawan	Tidak ada SK tentang SO dan uraian tugas	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas 50% karyawan	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas 75% karyawan	Ada SK Penanggung Jawab dan uraian tugas seluruh karyawan	10
3	Data kepegawaian	data kepegawaian meliputi dokumentasi STR/SIP/SIPP/SIB/SIK/SIPA dan hasil pengembangan SDM (sertifikat, Pelatihan, seminar, workshop, dll), analisa pemenuhan standar jumlah dan kompetensi SDM di Puskesmas, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasinya	Tidak ada data	Data tidak lengkap, tidak ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data lengkap, analisa sebagian ada, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Sumber Daya Manusia (IV)							30
1.5. Manajemen Pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai)							

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	SOP Pelayanan Kefarmasian	SOP pengelolaan sediaan farmasi (perencanaan, permintaan/ pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pencatatan dan pelaporan, dll) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep, penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling, evaluasi penggunaan obat (EPO), Visite pemantauan terapi obat (PTO) khusus untuk Puskesmas rawat inap, pengelolaan obat emergensi dll)	Tidak ada SOP	Ada SOP, tidak lengkap	Ada SOP, lengkap	Ada SOP, lengkap, ada dokumentasi pelaksanaan SOP. Dokumen pelaksanaan : (perencanaan (RKO), permintaan/ pengadaan(LPLPO/SP), penerimaan(BAST), penyimpanan(kartu stok), distribusi(LPLPO unit/SBBK), pencatatan dan pelaporan(LPLPO, Ketersediaan 40 item obat dan 5 item vaksin, laporan narkotika psikotropika) dan pelayanan farmasi klinik (Pengkajian Dan Pelayanan Resep (skrining resep), penyiapan obat, penyerahan obat, pemberian informasi obat (lembar pemberian informasi obat), konseling(form konseling), evaluasi penggunaan obat (EPO)(POR dan ketersediaan obat thd formas), Visite untuk dalam gedung dan Home Pharmacy Care untuk luar gedung (dokumen catatan penggunaan obat pasien/dokumen PTO) pemantauan terapi obat(PTO) (dokumen PTO)khusus untuk Puskesmas rawat inap, pengelolaan obat emergensi (ada emergency kit dan buku monitoring obat emergency)	10
2.	Sarana Prasarana Pelayanan Kefarmasian	Sarana prasarana yang terstandar dalam pengelolaan sediaan farmasi (adanya pallet, rak obat, lemari obat, lemari narkotika psikotropika, lemari es untuk menyimpan obat, APAR, pengatur suhu, thermohigrometer, kartu stok, dll) dan sarana pendukung farmasi klinik (alat peracikan obat, perkamen, etiket, dll)	Tidak ada sarana prasarana	Ada sarana prasarana, tidak lengkap sesuai kebutuhan	Ada sarana prasarana, lengkap sesuai kebutuhan	Ada sarana prasarana, lengkap sesuai kebutuhan, penggunaan sesuai SOP (kondisi terawat, bersih)	10
3.	Data dan informasi Pelayanan Kefarmasian	Data dan informasi terkait pengelolaan sediaan farmasi (pencatatan kartu stok/sistem informasi data stok obat, laporan narkotika/psikotropika, LPLPO, laporan ketersediaan obat) maupun pelayanan farmasi klinik (dokumentasi Verifikasi Resep, PIO, Konseling, EPO, PTO, Visite (khusus untuk puskesmas rawat inap), MESO, laporan POR, kesesuaian obat dengan Formas) secara lengkap, rutin dan tepat waktu,serta adanya Dokumen kegiatan UKM mulai dari perencanaan (Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan), Hasil pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan gemar cermat	Tidak ada data/dokumen	Data tidak lengkap, tidak ada dokumen hasil pelaksanaan, Monitoring evaluasi, tidak terserip dengan baik, rencana tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, terserip dengan baik, tidak ada analisa, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Data ada, terserip dengan baik, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut dan evaluasi	10
Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Pelayanan Kefarmasian (V)							30
Total Nilai Kinerja Administrasi dan Manajemen (I- V)							277
Rata-rata Kinerja Administrasi dan Manajemen							55,4

INSTRUMEN PENGHITUNGAN KINERJA UKM ESENSIAL DAN PERKESMAS

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
2.1.UKM Esensial dan Perkesmas													
2.1.1.Pelayanan Promosi Kesehatan											90,1		
2.1.1.1 Pengkajian PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)											90,34		
											100,00		
1.	Rumah Tangga yang dikaji	20%	Rumah Tangga	14276	2855	3017	21,1	100,0			Tercapai		
2.	Institusi Pendidikan yang dikaji	50%	Institusi Pendidikan	45	23	43	95,6	100,0			Tercapai		
3.	Pondok Pesantren (Ponpes) yang dikaji	70%	Ponpes	2	1	2	100,0	100,0			Tercapai		
2.1.1.2.Tatanan Sehat											57,98		
1.	Rumah Tangga Sehat yang memenuhi 10 indikator PHBS	63%	Rumah Tangga	2855	1799	1330	46,6	73,9			Tidak tercapai	melakukan peningkatan kesadaran dan pengetahuan masyarakat terkait merokok, ASI dan datang ke posyandu melalui sarana penyuluhan dengan metode online dan penyuluhan langsung dengan sasaran kelompok ibu balitadan ibu hamil. Membuka klinik UBM di puskesmas dan kegiatan germas bersinergi dengan koordinator PTM	
2.	Institusi Pendidikan yang memenuhi 10-12 indikator PHBS (klasifikasi IV)	73%	Institusi Pendidikan	23	16	24	106,7	100,0			Tercapai		
3.	Pondok Pesantren yang memenuhi 13-15 indikator PHBS Pondok Pesantren (Klasifikasi IV)	45%	Ponpes	1	1	0	0,0	0,0			Tidak tercapai		
2.1.1.3.Intervensi/ Penyuluhan											84,07		
1.	Kegiatan intervensi pada Kelompok Rumah Tangga	100%	kali	152	152	173	113,8	100,0			Tercapai		
2.	Kegiatan intervensi pada Institusi Pendidikan	100%	kali	90	90	47	52,2	52,2			Tidak tercapai		
3.	Kegiatan intervensi pada Pondok Pesantren	100%	kali	4	4	5	125,0	100,0			Tercapai		
2.1.1.4.Pengembangan UKBM											100,00		
1.	Posyandu Balita PURI (Purnama Mandiri)	76%	Posyandu	38	29	32	84,2	100,0			Tercapai		
2.	Poskesdes/ Poskeskel Aktif	77%	Poskesdes/ Poskeskel	4	3	4	100,0	100,0			Tercapai		
2.1.1.5 Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif											100,00		
1.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif	98%	Desa	4	4	4	100,0	100,0			Tercapai		
2.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif PURI (Purnama Mandiri)	18%	Desa	4	1	4	100,0	100,0			Tercapai		
3.	Pembinaan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	100%	Desa	8	8	44	550,0	100,0			Tercapai		
2.1.1.6. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat											100,00		

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1.	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	100%	Puskesmas & Jaringannya	48	48	112	233,3	100,0					
2	Pengukuran dan Pembinaan Tingkat Perkembangan UKBM	100%	Jenis UKBM	7	7	7	100,0	100,0			tercapai		
2.1.2. Pelayanan Kesehatan Lingkungan										92,21			
2.1.2.1. Penyehatan Air										99,60			
1.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air Bersih (SAB) / Sarana Air Minum (SAM)	45%	SAB	467	210	262	56,1	100,0			tercapai		
2.	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat kesehatan	89%	SAB	262	233	262	100,0	100,0			tercapai		
3.	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang diperiksa kualitas airnya	68%	SAB	262	178	176	67,2	98,8			tercapai		
2.1.2.2. Penyehatan Makanan dan Minuman										94,78			
1.	Pembinaan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)	67%	TPM	90	60	54	60,0	89,6			tercapai		
2.	TPM yang memenuhi syarat kesehatan	50%	TPM	54	27	40	74,1	100,0			tercapai		
2.1.2.3. Pembinaan Tempat-Tempat Umum (TTU)										100,00			
1.	Pembinaan sarana TTU Prioritas	88%	TTU	37	33	37	100,0	100,0			tercapai		
2.	TTU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	45%	TTU	37	17	36	97,3	100,0			tercapai		
2.1.2.4. Yankesling (Klinik Sanitasi)										100,00			
1.	Konseling Sanitasi	10%	Orang	1640	164	164	10,0	100,0			tercapai		
2.	Inspeksi Sanitasi PBL	20%	Orang	164	33	89	54,3	100,0			tercapai		
3.	Intervensi terhadap pasien PBL yang di IS	40%	Orang	89	36	89	100,0	100,0			tercapai		
2.1.2.5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) = Pemberdayaan Masyarakat										66,67			
1.	Kepala Keluarga (KK) yang Akses terhadap jamban sehat	93%	KK	15778	14673,5	15778	100,0	100,0			tercapai		
2.	Desa/kelurahan yang Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	82%	Desa/Kel	4	3	4	100,0	100,0			tercapai		

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	% Kinerja Puskesmas			(12)	(13)	(14)
								(9)	(10)	(11)			
3.	Desa/ Kelurahan ber STBM 5 Pilar	10%	Desa/Kel	4	0	0	0,0	0,0				1. Manusia : Kurangnya sosialisasi 5 pilar STBM 2. Dana : Tidak ada dana 3. Metode : Kurang terariknya materi saat pemucuan 4. Sarana : Belum adanya leaflet tentang masing-masing dari 5 pilar STBM 5. Lingkungan: Belum menjadi prioritas utama untuk kehidupan sehari-hari 1. Manusia : Kurangnya sosialisasi 5 pilar STBM 2. Dana : Tidak ada dana 3. Metode : Kurang terariknya materi saat pemucuan 4. Sarana : Belum adanya leaflet tentang masing-masing dari 5 pilar STBM 5. Lingkungan: Belum menjadi prioritas utama untuk kehidupan sehari-hari	Melakukan pendampingan STBM di PKK RW
2.1.3	Pelayanan Kesehatan Keluarga									80,43	Tidak tercapai		
2.1.3.1	Kesehatan Ibu								86,17				
1.	Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1)	100%	Ibu hamil	837	837	777	92,8	92,8			tidak tercapai	masih kurang lengkapnya pencatatan, pendataan dan pelaporan	pendataan tiap bulan oleh kader dan biwil, melakukan feed back lap kader, melengkapi RM (cek no telp pasien), mendata perumahan dan menjadwalkan penyuluhan
2	Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (Pf) -SPM	100%	Orang	837	837	685	81,8	81,8			tidak tercapai	masih kurang lengkapnya pencatatan, pendataan dan pelaporan	pendataan tiap bulan oleh kader dan biwil, melakukan feed back lap kader, melengkapi RM (cek no telp pasien), mendata perumahan dan menjadwalkan penyuluhan
3	Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF)	92%	Orang	770	708	685	89,0	96,7			tidak tercapai	masih kurang lengkapnya pencatatan, pendataan dan pelaporan	pendataan tiap bulan oleh kader dan biwil, melakukan feed back lap kader, melengkapi RM (cek no telp pasien), mendata perumahan dan menjadwalkan penyuluhan
4	Penanganan komplikasi kebidanan (PK)	80%	Orang	167	134	170	101,8	100,0			tercapai		
5	Ibu hamil yang diperiksa HIV	95%	Ibu hamil	837	795	473	56,5	59,5			tidak tercapai	masih kurang lengkapnya pencatatan, pendataan dan pelaporan	pendataan tiap bulan oleh kader dan biwil, melakukan feed back lap kader, melengkapi RM (cek no telp pasien), mendata perumahan dan menjadwalkan penyuluhan
2.1.3.2	Kesehatan Bayi								96,35				

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1.	Pelayanan Kesehatan Neonatus pertama (KN1)	100%	Bayi	733	733	681	92,9	92,9			tidak tercapai	masih kurang lengkapnya pencatatan, pendataan dan pelaporan	pendataan tiap bulan oleh kader dan biwil, melakukan feed back lap kader, melengkapi RM (cek no telp pasien), mendata perumahan dan menjadwalkan penyuluhan
2.	Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 - 28 hari (KN lengkap) -SPM	100%	Bayi	733	733	678	92,5	92,5			tidak tercapai	masih kurang lengkapnya pencatatan, pendataan dan pelaporan	pendataan tiap bulan oleh kader dan biwil, melakukan feed back lap kader, melengkapi RM (cek no telp pasien), mendata perumahan dan menjadwalkan penyuluhan
3.	Penanganan komplikasi neonatus	80%	Bayi	110	88	88	80,0	100,0			tercapai		
4.	Pelayanan kesehatan bayi 29 hari - 11 bulan	92%	Bayi	804	740	767	95,4	100,0			tercapai		
2.1.3.3. Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah									94,02				
1	Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan)	100%	Balita	2985	2985	2628	88,0	88,0			tidak tercapai	kunjungan balita ke posyandu masih kurang	memeberikan informasi terkait jadwal buka posyandu di wilayah perumahan
2	Pelayanan kesehatan Anak pra sekolah (60 - 72 bulan)	84%	Anak	744	625	765	102,8	100,0			tercapai		
2.1.3.4. Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja									90,15				
1.	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100%	Sekolah	25	25	22	88,0	88,0			Tidak tercapai		
2.	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100%	Sekolah	11	11	8	72,7	72,7			Tidak tercapai		

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
3.	Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjangkaran kesehatan	100%	Sekolah	10	10	9	90,0	90,0					
4.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 dan diluar satuan pendidikan dasar	100%	Orang	6364	6364	7330	115,2	100,0			Tidak tercapai		
5.	Pelayanan kesehatan remaja	100%	Orang	7169	7169	7169	100,0	100,0			Tercapai	skrining online masih dalam proses pengisian, belum semua sekolah siswanya mengisi form skrining online tersebut.	mengingatkan kembali kepada guru UKS agar skrining online untuk ditindak lanjuti
2.1.3.5 Pelayanan Kesehatan Lansia													
1.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut (usia ≥ 60 tahun) (Standar Pelayanan Minimal ke 7)	100%	Orang	7151	7151	2583	36,1	36,1			24,4		
											tidak tercapai	1. Petugas entry data skrining lansia terbatas; 2. Kurangnya evaluasi terhadap kader posyandu untuk pengentry an data skrining lansia; 3. Data jumlah lansia mengambil dari proyeksi lansia yang jumlahnya selisih lebih banyak dibandingkan dengan jumlah lansia riil yang didata oleh kader dan petugas; 4. Petugas entry data skrining pra lansia terbatas	1. Melaksanakan entry data skrining pra lansia dan lansia dibantu oleh kader lansia; 2. Mengingatkan kader lansia untuk segera mengentry data skrining pra lansia dan lansia yang sudah didapatkan; 3. Melaksanakan evaluasi pengentry an data skrining lansia dan pra lansia secara berkala; 4. Mengusulkan kepada dinkes agar memakai data riil lansia yang sudah didata oleh kader lansia pada tahun berjalan

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut	
								Sub Variabel	Variabel	Program				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	
2.	Pelayanan Kesehatan pada Pra usia lanjut (45 - 59 tahun)	100%	Orang	10786	10786	1371	12,7	12,7						
											tidak tercapai	1. Petugas entry data skrining lansia terbatas; 2. Kurangnya evaluasi terhadap kader posyandu untuk pengentry an data skrining lansia; 3. Data jumlah lansia mengambil dari proyeksi lansia yang jumlahnya selisih lebih banyak dibandingkan dengan jumlah lansia riil yang didata oleh kader dan petugas; 4. Petugas entry data skrining pra lansia terbatas	1. Melaksanakan entry data skrining pra lansia dan lansia dibantu oleh kader lansia; 2. Mengingatkan kader lansia untuk segera mengentry data skrining pra lansia dan lansia yang sudah didapatkan; 3. Melaksanakan evaluasi pengentry an data skrining lansia dan pra lansia secara berkala; 4. Mengusulkan kepada dinkes agar memakai data riil lansia yang sudah didata oleh kader lansia pada tahun berjalan	
2.1.3.6. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)														
1.	KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate/ CPR)	70%	Orang	9708	6796	5900	60,8	86,8			91,46			
2.	Peserta KB baru	10%	Orang	9708	971	714	7,4	73,5						
3.	Akseptor KB Drop Out	< 10 %	Orang	6795	680	40	0,6	100,0						
4.	Peserta KB mengalami komplikasi	< 3,5 %	Orang	6795	238	0	0,0	100,0						
5	PUS dengan 4 T ber KB	80%	Orang	1942	1554	2722	140,2	100,0						
6	KB pasca persalinan	60%	Orang	770	462	385	50,0	83,3				Petugas kurang maksimal dalam pendataan PUS 4T berKB	Melakukan pendataan ulang melalui PLKB dan Sub PPKBD	
7	CPW dilayanan kespro catin	62%	Orang	269	167	161	59,9	96,5						
2.1.4. Pelayanan Gizi														
2.1.4.1. Pelayanan Gizi Masyarakat														
													92,15	
2.1.4.1.1. Pelayanan Gizi Masyarakat													90,20	
1.	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita (6-59 bulan)	88%	Balita	3786	3332	2352	62,1	70,6				tidak tercapai	tingkat kehadiran ibu balita ke posyandu tidak maksimal.	mengoptimalkan kehadiran balita ke posyandu melalui menguatkan pentingnya vitamin A untuk balita melalui branding promosi digital
2	Pemberian 90 tablet Besi pada ibu hamil	82%	Ibu hamil	777	637	657	84,6	100,0				tercapai		
3	Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri	54%	Orang	3033	1638	3067	101,1	100,0				tercapai		
2.1.4.2. Penanggulangan Gangguan Gizi													100,00	
1.	Pemberian makanan tambahan bagi balita gizi kurang	85%	Balita	174	148	174	100,0	100,0				tercapai		
2	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	80%	Ibu hamil KEK	96	77	96	100,0	100,0				tercapai		
3	Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar tataaksana gizi buruk	86%	Balita	3	3	3	100,0	100,0				tercapai		
4	Pemberian Proses Asuhan Gizi di Puskesmas (sesuai buku pedoman asuhan gizi tahun 2018 warna kuning)	12 dokumen (100 %)	Balita (Dokumen)	1074	1074	1074	100,0	100,0				tercapai		
2.1.4.3. Pemantauan Status Gizi													86,25	

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1.	Balita yang di timbang berat badanya (D/S)	75%	Balita	3792	2844	1990	52,5	70,0			Tidak tercapai	masih ditemukan berbagai kesulitan ibu balita untuk bisa datang ke posyandu. seperti karena sakit, mengantarkan kakak sekolah, lokasi posyandu yang dituju terlalu jauh sehingga tidak ada yang mengantar	menyebarkan informasi dan penguatan pentingnya posyandu ke masyarakat secara luas khususnya perumahan melalui promosi digital, penempelan jadwal posyandu di tempat umum, penguatan peran linsek untuk membantu peningkatan capaian.
2.	Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D)	84%	Balita	1990	1672	1024	51,5	61,3			Tidak tercapai	mobilitas balita yang timbang setiap bulannya karena tidak rutin sehingga tidak bisa dinilai kenaikan berat badannya, banyaknya balita yang tidak naik disebabkan sakit	mengoptimalkan capaian D/S, mengajukan pelayanan konseling terpadu di posyandu lintas program (ispa, diare, kesling, kecacingan) untuk membantu menurunkan "T" balita
3	Balita stunting (pendek dan sangat pendek)	< 18,4%	Balita	1990	366	287	14,4	100,0			Tercapai		
4	Bayi usia 6 (enam) bulan mendapat ASI Eksklusif	50%	Bayi	247	124	191	77,3	100,0			Tercapai		
5	Bayi yang baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusu Dini)	62%	Bayi	681	422	681	100,0	100,0			tercapai		
2.1.5.Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit										87,33			
2.1.5.1. Diare										79,90			
1.	Pelayanan Diare Balita	100%	Balita	639	639	139	21,8	21,8			tidak tercapai	belum adanya evaluasi terhadap register diare di Posyandu	Diadakan evaluasi berkala melalui pertemuan kader
2.	Proporsi penggunaan oralit pada balita	100%	Balita	139	139	138	99,3	99,3			tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
3.	Proporsi penggunaan Zinc	100%	Balita	139	139	138	99,3	99,3			tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
4.	Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	100%	orang	139	139	138	99,3	99,3			tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
2.1.5.2. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas)										31,71			
1	Penemuan penderita Pneumonia balita	65%	Balita	262	170	54	20,6	31,7			Tidak tercapai	Jumlah bayi balita dengan gejala Pneumonia langsung periksa ke RS dan jarang yang memeriksakan diri ke Puskesmas	Melanjutkan koordinasi dengan RS jejaring untuk pengumpulan data
2.1.5.3.Kusta										100,00			
1.	Pemeriksaan kontak dari kasus Kusta baru	lebih dari 80%	Orang	0	0	0	100,0	100,0	tidak ada kasus		tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
2.	RFT penderita Kusta	lebih dari 90%	Orang	0	0	0	100,0	100,0	tidak ada kasus		tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
3	Proporsi tenaga kesehatan Kusta tersosialisasi	lebih dari 95%	Orang	42	40	42	100,0	100,0			tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
4.	Kader Posyandu yang telah mendapat sosialisasi kusta	lebih dari 95%	Orang	38	36	76	200,0	100,0			tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
5.	SD/ MI telah dilakukan screening Kusta	100%	SD/MI	6418	6418	6418	100,0	100,0			tercapai	tidak ada permasalahan	mempertahankan capaian
2.1.5.4.TBC										93,42			
1.	Kasus TBC yang ditemukan dan diobati	90%	Orang	18	16	13	72,2	80,2			Tidak tercapai	1. Man : Pasien tidak mengirimkan sampel dahak 2. Money : tidak ada 3. Method : Penemuan kasus dengan skrining aktif dan pasif 4. Material : Tidak ada 5. Machine : Tidak ada 6. Environment : Tidak ada	a. Mengingatnkan pasien untuk mengirimkan dahak sebagai pemeriksaan b. Melakukan kunjungan rumah sebagai skrining aktif untuk keluarga kontak erat pasien TB positif

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
2.	Persentase Pelayanan orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar (Standar Pelayanan Minimal ke 11)	100%	Orang	95	95	187	196,8	100,0			Tercapai	1. Man : Petugas yang terbatas untuk melakukan skrining 2. Money : tidak ada 3. Method : Koordinasi dengan kader dalam melakukan skrining aktif di luar gedung 4. Material : Belum adanya sputum booth untuk pengambilan dahak sewaktu 5. Machine : Belum tersedianya alat pemeriksaan TCM 6. Environment : Tidak ada	Pelaksanaan skrining aktif dan pasif di dalam dan luar gedung
3.	Angka Keberhasilan pengobatan kasus TBC (Success Rate/SR)	≥ 90%	Orang	8	8	8	100,0	100,0			Tercapai	1. Man : Pasien terkadang lupa untuk jadwal kontrol 2. Money : tidak ada 3. Method : Menuliskan jadwal kontrol pada kartu kontrol pasien 4. Material : Adanya keterlambatan stok OAT, sehingga OAT dipakai bersama dengan pasien yang lainnya 5. Machine : Tidak ada 6. Environment : Keterlibatan keluarga dalam pengawasan minum obat pasien	a. Mengingatkan pasien untuk kontrol tepat waktu b. Mengingatkan pasien dan PMO untuk minum obat teratur sesuai dosis dan jadwal yang telah ditentukan
2.1.5.5.Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS									81,00				
1.	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/AIDS	100%	Siswa	20	20	20	100,0	100,0			Tercapai		
2.	Orang yang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV (Standar Pelayanan Minimal ke 12)	100%	Orang	837	837	519	62,0	62,0			Tidak tercapai	Man : pasien tdk semua tahu ttg pemeriksaan hiv / triple eliminasi pada ibu hamil dan pasien berisiko, Faskes lain / dr tdk menyarankan untuk px hamil periksa triple eliminasi Money : tdk ada Metode : penyampaian leaflet ,koordinasi dengan jejaring agar semua pasien hamil / berisiko disarankan periksa triple eliminasi ke puskesmas Material : tdk ada Machine : tdk ada Envirotmen: keterlibatan kader untuk menyarankan pemeriksaan di puskesmas	koordinasi dengan tim jejaring untuk rs / dr. / faskes lain agar menyarankan pemeriksaan triple eliminasi
2.1.5.6. Demam Berdarah Dengue (DBD)									100,00				
1.	Angka Bebas Jentik (ABJ)	≥95%	Rumah	800	760	3673	459,1	100,0			Tercapai		
2.	Penderita DBD ditangani	100%	Orang	1	1	50	5000,0	100,0			Tercapai		
3.	PE kasus DBD	100%	Orang	1	1	50	5000,0	100,0			Tercapai		
2.1.5.7. Malaria									100,00				
1.	Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	100%	Orang	0	0	1	100,0	100,0			Tercapai		

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
2.	Penderita positif Malaria yang diobati sesuai pengobatan standar	100%	Orang	0	0	1	100,0	100,0			Tercapai		
3.	Penderita positif Malaria yang di follow up	100%	Orang	0	0	1	100,0	100,0			Tercapai		
2.1.5.8. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies													
1.	Cuci luka terhadap kasus gigitan HPR	100%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			Tidak ada kasus		
2.	Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi	100%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!			Tidak ada kasus		
2.1.5.9. Pelayanan Imunisasi										97,11			
1.	IDL (Imunisasi Dasar Lengkap)	93%	orang	804	748	735	91,4	98,3			Tidak tercapai	Kurangnya tingkat pengetahuan orang tua akan pentingnya imunisasi bagi kesehatan putra putrinya kedepannya. Orang tua ada yang menolak anaknya diimunisasi	Melakukan penyuluhan tentang imunisasi di posyandu posyandu dan membuka vaksinasi di posyandu. Melakukan vaksinasi kejar untuk anak yang belum lengkap imunisasinya sampai anak bagi anak yg usianya 9-59 bulan
2.	UCI desa	100%	orang	4	4	4	100,0	100,0			Tercapai		
3.	Imunisasi Lanjutan Baduta (usia 18 sd 24 bulan)	95%	orang	818	777	676	82,6	87,0			Tidak tercapai	Kurangnya tingkat pengetahuan orang tua akan pentingnya imunisasi bagi kesehatan putra putrinya kedepannya. Orang tua ada yang menolak anaknya diimunisasi	Melakukan penyuluhan tentang imunisasi di posyandu posyandu dan membuka vaksinasi kejar untuk anak yang belum lengkap imunisasinya sampai anak bagi anak yg usianya 9-59 bulan
4.	Imunisasi DT pada anak kelas 1 SD	95%	orang	1067	1014	980	91,8	96,7			Tidak tercapai	Orang tua banyak yang menolak anaknya untuk divaksin terutama pada sekolah yang mayoritas jumlah siswanya banyak	Melakukan pertemuan dengan guru UKS sebelum melaksanakan BIAS untuk memberikan/refresing kembali tentang pentingnya imunisasi BIAS sehingga bisa meneruskan info pentingnya imunisasi ini ke orang tua walimurid
5.	Imunisasi Campak pada anak kelas 1 SD	95%	orang	1067	1014	976	91,5	96,3			Tidak tercapai	Orang tua banyak yang menolak anaknya untuk divaksin terutama pada sekolah swasta yang mayoritas jumlah siswanya banyak	Melakukan pertemuan dengan guru UKS sebelum melaksanakan BIAS untuk memberikan/refresing kembali tentang pentingnya imunisasi BIAS sehingga bisa meneruskan info pentingnya imunisasi ini ke orang tua walimurid
6.	Imunisasi Td pada anak SD kelas 2 dan 5	95%	orang	2230	2119	2105	94,4	99,4			Tercapai		
7.	Imunisasi TT 5 pada WUS (15-49 th)	85%	orang	15283	12991	11775	77,0	90,6			Tidak tercapai	Data TT WUS tahun 2021 yang sudah terscrening belum masuk semua di tahun 2022	Memasukkan data TT Wus tahun 2022 yang sudah tersekrining kemudain menambahkan WUS baru Remaja perempuan yang sudah menginjak usia 15 tahun
8.	Imunisasi TT2 plus bumil (15-49 th)	85%	orang	837	711	721	86,1	100,0			Tercapai		
9.	Pemantauan suhu, VVM, serta Alarm Dingin pada lemari es penyimpanan vaksin	100%	Buku grafik suhu per lemari es	302	302	302	100,0	100,0			Tercapai		
10	Ketersediaan buku catatan stok vaksin sesuai dengan jumlah vaksin program imunisasi serta pelarutnya	100%	Buku stok vaksin	9	9	9	100,0	100,0			Tercapai		

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
11.	Laporan KIPI Zero reporting / KIPI Non serius	90%	Laporan KIPI	12	11	12	100,0	100,0			Tercapai		
2.1.5.10. Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)									100,00				
1.	Laporan STP yang tepat waktu	≥80%	laporan	12	10	12	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
2.	Kelengkapan laporan STP	≥ 90%	laporan	12	11	12	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
3.	Laporan C1 tepat waktu	≥80%	laporan	12	10	12	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
4.	Kelengkapan laporan C1	≥ 90%	laporan	12	11	12	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
5.	Laporan W2 (mingguan) yang tepat waktu	≥80%	laporan	52	42	52	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
6.	Kelengkapan laporan W2 (mingguan)	≥ 90%	laporan	52	47	52	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
7.	Grafik Trend Mingguan Penyakit Potensial Wabah	100%	laporan	52	52	52	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
8.	Desa/ Kelurahan yang mengalami KLB ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam	100%	desa/kelurahan	2	2	2	100,0	100,0			Tercapai	tidak ada masalah	melanjutkan kegiatan pengamatan penyakit melalui sistem kewaspadaan dini dan respon (SKDR)
2.1.5.11. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular									77,50				
1	Sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	70%	Sekolah	46	32	38	82,6	100,0			Tercapai		
2	Persentase merokok penduduk usia 10 - 18 tahun	< 8,9%	Orang	7169	638	6	0,1	100,0			Tercapai		
3	FKTP yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	≥ 40%	FKTP	5	2	1	20,0	50,0			Tidak tercapai	1. Man : Belum ada pelatihan UBM 2. Method : belum ada peraturan wajib UBM bagi jejaring, belum ada sosialisasi UBM kepada jejaring 3. Material : belum variatif media edukasi UBM 4. Machine : tidak ada 5. Money : tidak ada 6. Environment : tidak ada	1. Pengusulan pelatihan UBM bagi pemegang program PTM 2. Sosialisasi UBM kepada jejaring 3. Pembuatan media edukasi mengenai UBM

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
4	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	100%	Orang	39145	39145	32254	82,4	82,4				<p>Man :</p> <ol style="list-style-type: none"> Petugas screening terbatas Tidak ada petugas entri data PTM melalui aplikasi ASIK dan SIPTM Kurangnya pemahaman masyarakat pentingnya deteksi dini faktor resiko PTM Pemeriksaan Posbindu pada hari kerja <p>Metode :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelaksanaan Posbindu hanya bersamaan dengan Posyandu dan Germas Sikeling Penyuluhan PTM belum optimal <p>Material :</p> <ol style="list-style-type: none"> Media promosi posbindu PTM belum optimal Posbindu Kit yang terbatas Lembar screening PTM tidak sesuai dengan sasaran <p>Machine :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sambungan Wifi Puskesmas sering eror untuk entri data secara online <p>Money :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak ada transport untuk petugas skrining 	<ol style="list-style-type: none"> Penjadwalan petugas screening secara rutin Pengusulan pengajuan petugas entri data ASIK dan SIPTM per kelurahan Penjadwalan edukasi Posbindu PTM Pelaksanaan Posbindu di sekolah SMP dan SMA bersinergi dengan UKS Pelaksanaan Posbindu di UKK bersinergi dengan UKK Pelaksanaan Posbindu di kantor Kelurahan Pelaksanaan Posbindu di Pondok Pesantren Penjadwalan edukasi PTM Pembuatan media promosi yang lebih variatif bersinergi dengan Promkes Pengusulan pengusulan Posbindu Kit Pengusulan pengadaan lembar screening PTM Pengusulan modem jaringan Wifi untuk entri data PTM Pengusulan transport petugas skrining
5	Deteksi Dini Faktor Risiko PTM usia ≥ 15 tahun	80%	Orang	46296	37036,8	39428	85,2	100,0				<p>Man :</p> <ol style="list-style-type: none"> Petugas screening terbatas Tidak ada petugas entri data PTM melalui aplikasi ASIK dan SIPTM Kurangnya pemahaman masyarakat pentingnya deteksi dini faktor resiko PTM Pemeriksaan Posbindu pada hari kerja <p>Metode :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelaksanaan Posbindu hanya bersamaan dengan Posyandu dan Germas Sikeling Penyuluhan PTM belum optimal <p>Material :</p> <ol style="list-style-type: none"> Media promosi posbindu PTM belum optimal Posbindu Kit yang terbatas Lembar screening PTM tidak sesuai dengan sasaran <p>Machine :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sambungan Wifi Puskesmas sering eror untuk entri data secara online <p>Money :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak ada transport untuk petugas skrining 	<ol style="list-style-type: none"> Penjadwalan petugas screening secara rutin Pengusulan pengajuan petugas entri data ASIK dan SIPTM per kelurahan Penjadwalan edukasi Posbindu PTM Pelaksanaan Posbindu di sekolah SMP dan SMA bersinergi dengan UKS Pelaksanaan Posbindu di UKK bersinergi dengan UKK Pelaksanaan Posbindu di kantor Kelurahan Penjadwalan edukasi PTM Pembuatan media promosi yang lebih variatif bersinergi dengan Promkes Pengusulan pengajuan Posbindu Kit Pengusulan pengajuan lembar screening PTM Pengusulan modem jaringan Wifi untuk entri data PTM Pengusulan transport petugas skrining

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
6	Deteksi dini kanker payudara dan kanker serviks pada perempuan usia 30-50 tahun atau perempuan yang memiliki riwayat seksual aktif	40%	Orang	8049	3220	1050	13,0	32,6				<p>Man :</p> <ol style="list-style-type: none"> Petugas screening terbatas Kurangnya kesadaran untuk pemeriksaan IVA - SADARI Masih melekat rasa malu dan takut pemeriksaan IVA dan SADARI Belum memahami bahaya kanker serviks dan kanker payudara <p>Metode :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelaksanaan IVA test terbatas dalam gedung Puskesmas dan Pustu <p>Material :</p> <ol style="list-style-type: none"> Spekulum disposable tidak tersedia Belum variatif media edukasi deteksi dini kanker serviks dan kanker payudara <p>Machine :</p> <p>tidak ada</p> <p>Money :</p> <p>tidak ada transport untuk petugas skining</p> <p>Environment:</p> <p>Belum ada dorongan dari keluarga atau</p>	<ol style="list-style-type: none"> Penjadwalan petugas screening IVA Edukasi Kanker serviks dan Kanker Payudara Edukasi IVA test dan SADARI Pengusulan spekulum disposable Pembuatan media edukasi yang variatif terkait kanker serviks dan kanker payudara Pengusulan transport petugas screening
2.1.5.12 Pelayanan Kesehatan Jiwa													
1	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa. (ODGJ) Berat.	100% dari Target SPM	Orang	36	36	93	258,3	100,0					
2	Pelayanan Kesehatan Jiwa Depresi	4 % dari estimasi	orang	1	0	11	1100,0	100,0					
3	Pelayanan Kesehatan Gangguan Mental Emosional (GME)	4% dari estimasi	orang	5600	224	1659	29,6	100,0					
4	Temuan Kasus Pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat.	15% dari estimasi	orang	1	0,15	0	0,0	100,0					
5	Penurunan Jumlah Kasus Pasung	10,03 % dari kasus yang ada	orang	1	0,1003	0	0,0	100,0					
6	Kunjungan Pasien ODGJ	50% dari kasus yang ada	Kunjungan Pasien	32	16	50	156,3	100,0					
7	Penanganan Kasus Melalui Rujukan ke Rumah Sakit Umum / RSJ.	30% (Batas Maksimal rujukan) dari kasus yang ada	kunjungan petugas	8	2,4	27	337,5	100,0					
2.1.6 Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)													
										98,2			

No	Indikator UKM Esensial Dan Perkesmas	Target Th 2022	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1	Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	60%	Keluarga	7108	4265	3953	55,6	92,7				<p>1. Man : Keterbatasan tenaga yang melakukan kunjungan ruman untuk memberikan Asuhan keperawatan kepada keluarga Binaan karena terbentur dengan kegiatan program yang lain</p> <p>2. Money : Tidak Ada Transport untuk petugas yang melakukan kunjungan</p> <p>3. Method : kurang kedisiplinan petugas dalam melakukan pelaporan hasil kunjungan sehingga tidak tercatat</p> <p>4. Material : tidak ada</p> <p>5. Machine : tidak tersedia PHN kit yang memadai</p> <p>6. Environment : -</p>	1. koordinasi dengan lintas program untuk meningkatkan kedisiplinan dalam pelaporan hasil kunjungan
2	Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/ memenuhi kebutuhan kesehatan	40%	Keluarga	3953	1581	1779	45,0	100,0			Tidak tercapai		
3	Kelompok binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	50%	Kelompok Masyarakat	123	62	121	98,4	100,0			Tercapai		
4	Desa/kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	30%	desa/kelurahan	4	1	4	100,0	100,0			Tercapai		

Instrumen Penghitungan Kinerja UKM Pengembangan Puskesmas

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
UKM Pengembangan													
2.2.1. Pelayanan Kesehatan Gigi													
											92,22821519		
											100,0		
1.	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/pemeriksaan gigi dan mulut	50%	PAUD / TK	45	23	23	51,1	-	100,0		tercapai		
2.	Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	30%	Posyandu	38	11	12	31,6	-	100,0		tercapai		
2.2.2. Pelayanan Kesehatan Indera													
											100,0		
1	Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran paling kurang pada 40% populasi	40%	orang	29755	11902	15312	51,5		100,0		Tercapai		
2.2.3 Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza													
											100,0		
1.	Penyediaan dan penyebaran informasi tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan Napza	10%	sekolah	45	5	14	31,1		100,0		tercapai		
2.2.4. Pelayanan Kesehatan Matra													
											100,0		
1.	Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata.	100%	orang	78	78	78	100,0	-	100,0		tercapai		
2.2.5. Pelayanan Kesehatan Tradisional													
											100,0		
1.	Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	15%	orang	13	1,95	5	38,5	-	100,0		tercapai		
2.	Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk	20%	desa	4	0,8	6	150,0	-	100,0		tercapai		
3.	Panti Sehat berkelompok yang berijin	15%	panti sehat	1	0,15	1	100,0	-	100,0		tercapai		
4	Pembinaan Penyehat Tradisional	50%	orang	13	6,5	13	100,0	-	100,0		tercapai		
2.2.6. Pelayanan Kesehatan Olahraga													
											100,0		
1.	Kelompok /klub olahraga yang dibina	35%	Kelompok	42	15	25	59,5	-	100,0		tercapai	tidak ada hambatan	mempertahankan capaian
2.	Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	80%	orang	76	61	62	81,6	-	100,0		tercapai	tidak ada hambatan	mempertahankan capaian
3.	Puskemas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga internal	30%		4	1,2	2	50,0	-	100,0		tercapai	tidak ada hambatan	mempertahankan capaian
4	Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	20%		25	5	7	28,0	-	100,0		tercapai	tidak ada hambatan	mempertahankan capaian
2.2.7. Pelayanan Kesehatan Kerja													
											100,0		
1	Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal)	30%	Puskesmas	11	3	4	36,4	-	100,0		tercapai		
2	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran	35%	Kantor	4	1	4	100,0	-	100,0		tercapai		
3.	Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja	40%	kelompok	2	1	2	100,0	-	100,0		tercapai		
2.2.8 Pelayanan Kefarmasian													

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada													
		25%	kader	20	5	0	0,0		0,0	37,8			
1.	Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat										tidak tercapai	pembekalan atau sosialisasi kepada kader kurang mendalam, kurangnya koordinasi dan pemantauan pada kader GEMA CERMAT karena melibatkan pesantren yang mana kadernya tidak membawa alat komunikasi (HP)	memberdayakan kader kesehatan di salah satu RW sebagai percontohan, melakukan sosialisasi berkesinambungan untuk meningkatkan pemahaman materi kepada kader
2	Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan	25%	wilayah	4	1	4	100,0		100,0		tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian
3	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat	25%	orang	14276	3569	481	3,4		13,5		tidak tercapai	jumlah sasaran yang sangat besar	menerapkan penyuluhan rutin di tiap gemas sikeling untuk tahun 2023

INSTRUMEN PENGHITUNGAN KINERJA UPAYA KESEHATAN PERSEORANGAN PUSKESMAS

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
2,3	UKP									98,59803			
2.3.1.	Pelayanan Non Rawat Inap									97,0			
1.	Angka Kontak Komunikasi	≥150 per mil	orang	19027	150,00	162,70	100,0		100,0		Tercapai		
2.	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)	≤2%	kasus	0	0	0,0	0,000	-	100,0		Tercapai		
3.	Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	≥ 5%	orang	1430	72	110	7,692	-	100,0		Tercapai		
4.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (Standar Pelayanan Minimal ke 8)	100%	orang	14768	14768	11564	78,3	-	78,3		Tidak tercapai	<p>Man :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kurangnya pemahaman bahaya hipertensi Pasien tidak tahu memiliki hipertensi Gaya hidup tidak sehat Kurangnya frekuensi pelayanan dokter di pusku Kader masih ada yang belum melakukan pemeriksaan tekanan darah sesuai prosedur yang benar <p>Metode :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelaksanaan Posbindu untuk screening hipertensi belum optimal Pelaporan jejaring belum optimal Intervensi PIS -PK indikator penderita hipertensi yang tidak berobat belum optimal <p>Material :</p> <ol style="list-style-type: none"> Media promosi hipertensi belum variatif <p>Machine :</p> <p>kurang aktifnya grup WALI HT (Whatsapp peduli Hipertensi)</p> <p>Money :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak ada transport untuk petugas skrining atau kunjungan 	<ol style="list-style-type: none"> Edukasi Hipertensi bersinergi dengan promkes Pengusulan penambahan frekuensi pelayanan dokter di pusku bersinergi dengan admen Sosialisasi Posbindu PTM kepada kader Pelaksanaan Posbindu di sekolah SMP dan SMA bersinergi dengan UKS Pelaksanaan Posbindu di UKK bersinergi dengan UKK Pelaksanaan Posbindu di kantor kelurahan dan perkantoran Pelaksanaan Posbindu di Pondok Pesantren Pertemuan dengan jejaring tentang pelaporan data hipertensi bersinergi dengan koordinator jejaring Koordinasi dengan PIS - PK tentang data Hipertensi Pembuatan media edukasi yang lebih variatif bersinergi dengan promkes Mengaktifkan kembali grup WALI HT (Whatsapp Peduli Hipertensi)
5.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (Standar Pelayanan Minimal ke 9)	100%	orang	1435	1435	2245	156,4	-	100,0		Tercapai		
6.	Kelengkapan pengisian rekam medik	100%	berkas	22362	22362	21914	98,0	-	98,0		Tidak tercapai	Pengisian SOAP belum lengkap terutama pasien dengan rujukan dan pasien tidak diajak, edukasi, diagnosa dan kode pada rekam medis masih belum terisi lengkap	-Meningatkan petugas untuk melengkapi rekam medis (baik pengisian SOAP, kode diagnosa, diagnosa, edukasi) dan mengecek kembali rekam medis sebelum dikembalikan ke ruang rekam medis, mengembalikan rekam medis yang belum lengkap pada ruang pelayanan
7.	Rasio gigi tetap yang ditambal terhadap gigi tetap yang dicabut	>1	gigi	>1	>1	>1	100,0	-	100,0		tercapai		
8.	Bumil yang mendapat pelayanan kesehatan gigi	100%	bumil	671	671	671	100,0	-	100,0		tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
2.3.2. Pelayanan Gawat Darurat													
1	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i>	100%	berkas	120	120	120	100,0	-	100,0	100,0	Tercapai	1. Manusia : Beberapa petugas belum memahami pengisian informed consent 2. Metode : tidak ada hambatan 3. Sarana : tidak ada hambatan 4. Biaya : tidak ada hambatan 5. Lingkungan : tidak ada hambatan 1. Manusia : Beberapa petugas belum memahami pengisian informed consent 2. Metode : tidak ada hambatan 3. Sarana : tidak ada hambatan 4. Biaya : tidak ada hambatan 5. Lingkungan : tidak ada hambatan 1. Manusia : Beberapa petugas belum memahami pengisian informed consent 2. Metode : tidak ada hambatan 3. Sarana : tidak ada hambatan 4. Biaya : tidak ada hambatan 5. Lingkungan : tidak ada hambatan	Sosialisasi revisi informed consent terhadap petugas
2.3.3. Pelayanan Kefarmasian											97,4		
1.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fornas	80%	item obat	130	104	117	90,0	-	100,0		tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian dengan cara selalu melakukan pemantauan ketersediaan obat fornas dan melakukan permintaan jika terjadi kekosongan
2 .	Ketersediaan obat dan vaksin terhadap 45 item obat dan vaksin indikator	85%	obat	45	38	44	97,8	-	100,0		tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian dengan cara selalu melakukan pemantauan ketersediaan obat indikator dan melakukan permintaan jika terjadi kekosongan
3.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia	≤ 20 %	resep	24	<4,8	0	100,0	-	100,0		tercapai	tidak ada masalah	
4	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	≤ 8 %	resep	25	<2	0	100,0	-	100,0		tercapai	tidak ada masalah	
5.	Penggunaan Injeksi pada Myalgia	≤ 1 %	resep	25	0	0	100,0	-	100,0		tercapai	tidak ada masalah	
6.	Rerata item obat yang diresepkan	≤ 2,6	resep	≤ 2,6	≤ 2,6	2	100,0	-	100,0		tercapai	tidak ada masalah	
7	Pengkajian resep, pelayanan resep dan pemberian informasi obat	80%	resep	17921	14337	17921	100,0	-	100,0		tercapai	tidak ada masalah	
8	Konseling	5%	resep	420	21	16	3,8	-	76,2		Tidak tercapai	Petugas farmasi tidak mengidentifikasi pasien yang masuk kriteria konseling secara rutin, kurangnya koordinasi dengan petugas layanan klinis untuk merujuk pasien yang masuk kriteria konseling	melakukan briefing kepada petugas farmasi tentang kriteria pasien yang harus dikonseling, melakukan identifikasi pasien yang masuk kriteria konseling, meningkatkan koordinasi dengan petugas layanan klinis untuk melakukan rujukan konseling obat untuk pasien HT, DM, TB, ODGJ
9	Pelayanan Informasi Obat	10%	dokumen	22	2	22	100,0	-	100,0		Tercapai	tidak ada masalah	mempertahankan capaian dengan selalu melakukan dokumentasi PIO
2.3.4. Pelayanan laboratorium											100,0		
1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	60%	jenis	50	30	40	80,0	-	100,0		tercapai		

No	Pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub Variabel	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	100%	menit	405	405	405	100,0	-	100,0		tercapai		
3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	100%	pemeriksaan	4	4	4	100,0	-	100,0		tercapai		
4.	Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil	100%	orang	719	719	719	100,0	-	100,0		tercapai		
2.3.5. Pelayanan Rawat Inap										#DIV/0!			
1.	Bed Occupation Rate (BOR)	10% - 60%	Bed	0	#VALUE!	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!				
2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	100%	berkas	0	0		#DIV/0!	-	#DIV/0!				

INSTRUMEN PENGHITUNGAN KINERJA MUTU PUSKESMAS

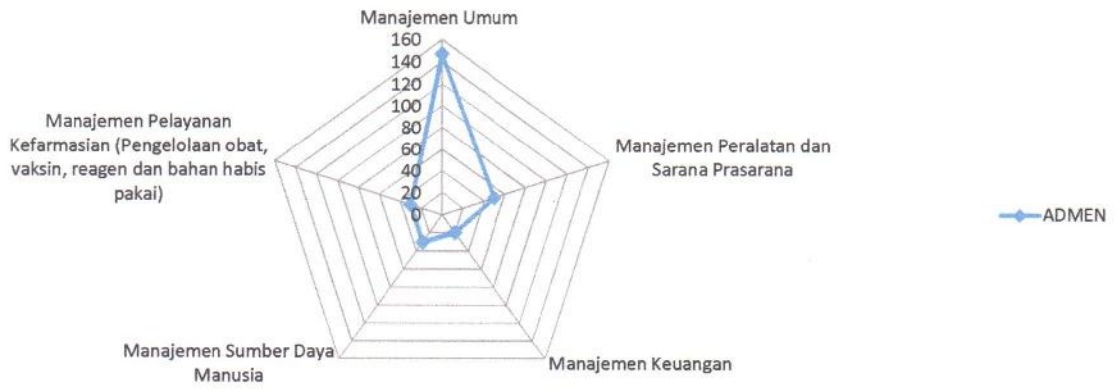
No (1)	Pelayanan Kesehatan/Program/Variabel/Sub (2)	Target Tahun 2022 (dalam %) (3)	Satuan sasaran (4)	Total Sasaran (5)	Target Sasaran (6)	Pencapaian (dalam satuan sasaran) (7)	% Cakupan Riil (8)	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n (12)	Analisa Akar Penyebab Masalah (13)	Rencana Tindak Lanjut (14)
								Sub (9)	Variabel (10)	Program (11)			
										98,1			
2.5.1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	Momen	1793	1524	1633	91,1		100,0			<ul style="list-style-type: none"> 1. Man : Beberapa petugas lupa melakukan momen KKT terutama setelah kontak dengan lingkungan pasien 2. Money : tidak ada 3. Method : Pembagian tugas monitor sudah berjalan 4. Material : Belum tersedia poster cara pemakaian handrub di dekat fasilitas handrub 5. Machine : Terkadang air wastafel berbau sehingga petugas enggan cuci tangan, alternatif dengan handrub 6. Environment : tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi langkah dan momen KKT pada petugas 2. Pembagian ulang monitor KKT terkait perubahan petugas Puskesmas 3. Pembuatan poster handrub
2.5.2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	Orang	420	420	388	92,4		92,4		Tercapai	<ul style="list-style-type: none"> 1. Man : Beberapa petugas lupa mengenakan hair cap dan/atau handscoon 2. Money : tidak ada 3. Method : Pembagian tugas monitor sudah berjalan 4. Material : Terkadang haircap habis, handscoon tidak sesuai ukuran sehingga petugas enggan memakai 5. Machine : Tidak ada 6. Environment : Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi pemakaian APD pada petugas 2. Pembagian ulang monitor APD terkait perubahan petugas Puskesmas 3. Revisi poster zona APD sesuai indikasi
2.5.3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	Orang	336	336	333	99,1		99,1		Tidak tercapai	<ul style="list-style-type: none"> 1. Man : Petugas tidak paham SOP Identifikasi pasien, petugas lupa 2. Money : tidak ada 3. Method : Kurangnya pengawasan koordinator keselamatan pasien di pelayanan klinis 4. Material : Poster / stiker keselamatan pasien belum tersedia di layanan klinis 5. Machine : tidak ada 6. Environment : tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SOP identifikasi pasien di tiap layanan klinis 2. Penguatan fungsi tim keselamatan pasien di tiap pelayanan klinis 3. Pembuatan poster / stiker keselamatan pasien di seluruh pelayanan klinis
2.5.4	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)	100%	Pasien	5	5	5	100,0		100,0		Tercapai	<ul style="list-style-type: none"> 1. Man : Pasien lupa jadwal kontrol 2. Money : tidak ada 3. Method : Pengawasan minum obat dilakukan oleh keluarga 4. Material : Adanya keterlambatan drop OAT dari pusat, sehingga OAT dipakai bersama dengan pasien lain 5. Machine : tidak ada 6. Environment : tidak 	<ul style="list-style-type: none"> 1. KIE ulang untuk jadwal kontrol tepat waktu 2. KIE PMO untuk minum obat pasien 3. Pemberian poster/leaflet terkait TB pada pasien dan PMO

No	Pelayanan Kesehatan/Program/Variabel/Sub	Target Tahun 2022 (dalam %)	Satuan sasaran	Total Sasaran	Target Sasaran	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Ketercapaian Target Tahun n	Analisa Akar Penyebab Masalah	Rencana Tindak Lanjut
								Sub	Variabel	Program			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
2.5.5	Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan ANC Sesuai Standar	100%	Ibu Hamil	297	297	289	97,3		97,3			<p>1. Man : Informasi tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan sesuai standar di Puskesmas dan jam layanan bagi ibu hamil baru yang baru berkunjung ke Puskemas masih banyak yang belum mengerti</p> <p>2. Money : tidak ada</p> <p>3. Method : Peran serta petugas dan kader dalam pendataan dan pendampingan ibu hamil kurang maksimal</p> <p>4. Material : Kurangnya data dari jejaring (tidak ada nomor telpon, sehingga menyulitkan pendataan dan pendampingan)</p> <p>5. Machine : tidak ada</p> <p>6. Environment : tidak ada</p>	<p>1. Sosialisasi tentang pentingnya ANC sesuai standar dan jam layanan ANC di puskesmas melalui media sosial (Instagram, whatsapp group, status whatsapp)</p> <p>2. Melakukan kegiatan pendataan dan pendampingan ibu hamil oleh petugas dan kader setiap bulan</p> <p>3. advokasi ke jejaring untuk penambahan nomor telepon pada laporan bulanan</p>
2.5.6	Kepuasan Pasien	≥ 76.61	Pasien	14004	10728	12592	89,9		100,0		Tidak tercapai		
											Tercapai		

REKAP KINERJA PUSKESMAS MOJOLANGU KOTA MALANG TAHUN 2022

No	Jenis Variabel	PUSKESMAS 1
KINERJA PUSKESMAS		95,14155974
KINERJA ADMEN		95,51724138
1	ADMEN	9,551724138
1.1.	Manajemen Umum	147
1.2.	Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana	50
1.3.	Manajemen Keuangan	20
1.4.	Manajemen Sumber Daya Manusia	30
1.5.	Manajemen Pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai)	30
KINERJA PROGRAM		94,7658781
2.1.	UKM Esensial dan Perkesmas	90,10484986
2.1.1	Pelayanan Promosi Kesehatan	90,34229943
2.1.2.	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	92,20773099
2.1.3	Pelayanan Kesehatan Keluarga	80,42752029
2.1.4.	Pelayanan Gizi	92,14814912
2.1.5	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	87,33
2.1.6	Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)	98,17224723
2.2	UKM Pengembangan	92,22821519
2.2.1	Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat	100
2.2.2	Pelayanan Kesehatan Indera	100
2.2.3	Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza	100
2.2.4	Pelayanan Kesehatan Matra	100
2.2.5	Pelayanan Kesehatan Tradisional	100
2.2.6	Pelayanan Kesehatan Olahraga	100
2.2.7	Pelayanan Kesehatan Kerja	100
2.2.8	Pelayanan Kefarmasian	37,83
2.3	UKP	98,59803195
2.3.1	Pelayanan Non Rawat Inap	97,03763043
2.3.2	Pelayanan Gawat Darurat	100
2.3.3	Pelayanan Kefarmasian	97,35
2.3.4	Pelayanan laboratorium	100
2.3.5	Pelayanan Rawat Inap	PUSK NON
2.5	MUTU	98,13241542
2.5.1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	100
2.5.2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	92,38
2.5.3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	99,11
2.5.4	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)	100
2.5.5	Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan ANC Sesuai Standar	97,31
2.5.6	Kepuasan Pasien	100

ADMEN



UKM Esensial dan Perkesmas



UKM Pengembangan

