

**PENGHITUNGAN UKM ESSENSIAL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS WEDARIJAKSA II TAHUN 2022**

**Puskesmas : UPTD PUSKESMAS WEDARIJAKSA II**  
**Kabupaten : P A T I**

No	Upaya Pelayanan Kesehatan/ Program/ Variabel/ Sub Variabel Program	Target Tahun 2021 dalam %	Satuan Sasaran	Total Sasaran (S)	Target Sasaran (TxS)	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	% Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Analisa	Hambatan/ Permasalahan
								Sub Variabel	Variabel/ Rata2 variabel	Rata2 Program		
1	2	3	4	5	6 = 5 X 3	7	8 = 7/5	9 = 7/6	10.00	11	12	13
<b>UKM ESSENSIAL</b>												
<b>1. Upaya Promosi Kesehatan</b>										96.25		
<b>a. Tatanan Sehat</b>										100.00		
	1) Rumah Tangga Sehat yang memenuhi minimal 11 indikator PHBS	70%	RT	7,710	5397	7,710	100.00	100.00			Sudah tercapai	
	2) Institusi pendidikan yang memenuhi minimal 9 indikator PHBS (klasifikasi IV)	30%	IP	18	5	8	44.44	100.00			Sudah tercapai	
	3) Institusi kesehatan yang memenuhi minimal 9 indikator PHBS (klasifikasi IV)	30%	IK	9	3	9	100.00	100.00			Sudah tercapai	
	4) TTU yang memenuhi minimal 6 indikator PHBS (klasifikasi IV)	30%	TTU	11	3	4	36.36	100.00			Sdh Tercapai	
	5) Tempat kerja yang memenuhi minimal 8 indikator PHBS tempat-tempat kerja (klasifikasi IV)	30%	TK	9	3	3	33.33	100.00			Sdh Tercapai	
	6) Pondok Pesantren yang memenuhi minimal 9 indikator PHBS Pondok Pesantren (Klasifikasi IV)	30%	Ponpes	0	0	0	100.00	100.00				tidak ada ponpes
<b>b. Intervensi/ Penyuluhan</b>										98.77		
	1) Kegiatan intervensi pada kelompok rumah tangga minimal 12 kali dalam setahun	100%	Posyandu	39	39	39	100.00	100.00			Sdh Tercapai	
	2) Kegiatan intervensi pada institusi pendidikan minimal 2 kali dalam setahun	85%	Sekolah	18	15	18	100.00	100.00			Sdh Tercapai	
	3) Kegiatan intervensi pada institusi kesehatan minimal 2 kali dalam setahun	35%	IK	9	3	9	100.00	100.00			Sdh Tercapai	
	4) Kegiatan intervensi pada TTU minimal 2 kali dalam setahun	25%	TTU	11	3	9	81.82	100.00			Sdh Tercapai	
	5) Kegiatan intervensi pada tempat kerja minimal 2 kali dalam setahun	24%	TK	9	2	2	22.22	92.59			Sdh Tercapai	
	6) Kegiatan intervensi pada pondok pesantren minimal 2 kali dalam setahun	24%	PP	0	0	0	-	100.00			Sdh Tercapai	tidak ada ponpes
<b>c. Pengembangan UKBM</b>										100.00		
	1) Posyandu PURI (Purnama Mandiri)	22%	Posyandu	39	9	32	82.05	100.00			Sdh Tercapai	
	2) Poskesdes beroperasi dengan strata Madya, Purnama, dan Mandiri	22%	Poskesdes	9	2	3	33.33	100.00			Sdh Tercapai	
<b>d. Penyuluhan NAPZA (Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif)</b>										100.00		
	1) Penyuluhan Napza minimal 2 kali dalam setahun	100%	kali	2	2	2	100.00	100.00			Sdh Tercapai	
<b>e. Pengembangan Desa Siaga Aktif</b>										100.00		
	1) Desa Siaga Aktif	100%	Desa	9	9	9	100.00	100.00			Sdh Tercapai	

		2) Desa Siaga Aktif PURI (Purnama Mandiri)	60%	Desa	9	5	8	88.89	100.00			Sdh Tercapai	
		3) Pembinaan Desa Siaga Aktif	60%	Desa	9	5	9	100.00	100.00			Sdh Tercapai	
		<b>f. Promosi Kesehatan</b>								75.00			
		1) Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (Sasaran masyarakat ) minimal 12 kali dalam setahun	100%	Kali	1	1	1	100.00	100.00			Target tercapai (akumulasi)	
		2) Promosi kesehatan untuk program prioritas melalui pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (kegiatan di luar gedung Puskesmas) minimal 12 kali dalam setahun	100%	Kali	66	66	33	50.00	50.00			Target tercapai (akumulasi)	Belum waktunya
		<b>g. Program Pengembangan</b>								100.00			
		1) Pembinaan tingkat perkembangan Poskestren minimal 1 kali dalam setahun	100%	Kali	0	0	0	-	100.00				tidak ada ponpes
		2) Poskestren aktif	22%	Poskestren	0	0	0	-	100.00				tidak ada ponpes
		3) Pembinaan tingkat perkembangan Pos UKK minimal 1 kali dalam setahun	100%	Kali	2	2	2	100.00	100.00				
		4) Pembinaan tingkat perkembangan Posbindu PTM minimal 6 Kali dalam setahun	100%	Kali	5	5	5	100.00	100.00				
		5) Pembinaan Kelompok Masyarakat/ Institusi Peduli Kesehatan minimal 6 kali dalam setahun	100%	Kali	9	9	9	100.00	100.00				
		<b>2. Upaya Kesehatan Lingkungan</b>									72.33		
		<b>a. Penyehatan Air</b>									83.33		
		1) Pengawasan Sarana Air Minum (SAM )	25%	SAM	1	2	1	100.00	50.00				
		2) SAM yang memenuhi syarat kesehatan	100%	SAM	1	1	1	100.00	100.00				belum mempunyai sanitarian kit
		3) Rumah Tangga yang memiliki akses terhadap SAM	90%	RT	8593	7734	8126	94.57	100.00				
		<b>b. Penyehatan Makanan dan Minuman</b>									26.84		
		1) Pembinaan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)	44%	TPM	127	56	30	23.62	53.69				
		2) TPM yang memenuhi syarat kesehatan	56%	TPM	0	71	0	#DIV/0!	-				Terkendala pemeriksaan sampel makanan
		<b>c. Penyehatan Perumahan dan Sanitasi Dasar</b>									86.39		
		1) Pembinaan sanitasi perumahan	34%	Rumah	7192	2445	7192	100.00	100.00				
		2) Rumah yang memenuhi syarat kesehatan	66%	Rumah	7192	4747	3455	48.04	72.79				form baru pendataan lebih rinci sehingga prosentase turun
		<b>d. Pembinaan Tempat-Tempat Umum ( TTU )</b>									62.38		
		1) Pembinaan sarana TTU	16.0%	19 TTU	19	3	19	100.00	100.00				
		2) TTU yang memenuhi syarat kesehatan	85%	19 TTU	19	16	4	21.05	24.77				Berhubungan dengan kualitas fisik bangunan
		<b>e. Yankesling (Klinik Sanitasi)</b>									100.00		
		1) Konseling Sanitasi	20%	Pasien	40	8	34	85.00	100.00				
		2) Inspeksi Kesehatan Lingkungan PBL	10%	Pasien	40	4	34	85.00	100.00				
		3) Intervensi terhadap pasien PBL yang di IKL	10%	Pasien		0		#DIV/0!	100.00				
		<b>f. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat ( STBM ) = Pemberdayaan Masyarakat</b>									75.00		
		1) Rumah Tangga memiliki Akses terhadap jamban sehat	97%	RT	8593	8335	8593	100.00	100.00				

	2) Desa/ Kelurahan yang sudah ODF	50%	Desa/kel	9	5	9	100.00	100.00				
	3) Jamban Sehat	87%	Jamban	7035	6120	6679	94.94	100.00				
	4) Pelaksanaan Kegiatan STBM di Puskesmas	93%	9 Desa/kel	9	2	0	-	-				
<b>3. Upaya pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, dan Keluarga Berencana</b>										41.28		
<b>a. Kesehatan Ibu</b>										61.90		
	1) Pelayanan kesehatan untuk ibu hamil (K1)	100%	ibu hamil	339	339	208	61.36	61.36		Target tercapai	belum ada	
	2) Pelayanan kesehatan untuk ibu hamil (K4)	100%	ibu hamil	339	339	161	47.49	47.49		Target tercapai	Kehamilan belum memasuki K4	
	3) Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)	100%	orang	323	323	175	54.18	54.18		Target tercapai	belum ada	
	4) Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	100%	orang	323	323	175	54.18	54.18		Target tercapai	belum ada	
	5) Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF)	100%	orang	323	323	175	54.18	54.18		Target tercapai	belum ada	
	6) Penanganan komplikasi kebidanan (PK)	100%	orang	68	68	71	104.41	100.00		Target tercapai	belum ada	
<b>b. Kesehatan Bayi</b>										58.48		
	1) Pelayanan Kesehatan neonatus pertama ( KN1)	100%	bayi	308	308	179	58.12	58.12		Target tercapai	belum ada	
	2) Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 - 28 hari (KN lengkap)	100%	bayi	308	308	179	58.12	58.12		Target tercapai	belum ada	
	3) Penanganan komplikasi neonatus	100%	bayi	46	46	28	60.87	60.87		Target tercapai	belum ada	
	4) Pelayanan kesehatan bayi 29 hari - 11 bulan	100%	bayi	308	308	175	56.82	56.82		Target tercapai	belum ada	
<b>c. Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah</b>										34.86		
	1) Pelayanan kesehatan anak balita (12 - 59 bulan)	100%	balita	1232	1232	638	51.79	51.79		Target tercapai		
	2) Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan)	100%	balita	1540	1540	813	52.79	52.79		Target tercapai		
	3) Pelayanan kesehatan Anak pra sekolah (60 - 72 bulan)	100%	anak	500	500	0	-	-		belum ada kegiatan penjangkaran anak sekolah		
<b>d. Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja</b>										5.61		
	1) Sekolah setingkat SD/ MI/ SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjangkaran kesehatan	100%	sekolah	0	0	0	#DIV/0!	-		belum dilaksanakan penjangkaran		
	2) Sekolah setingkat SMP/ MTs/ SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjangkaran kesehatan	100%	sekolah	0	0	0	#DIV/0!	-				
	3) Sekolah setingkat SMA/ MA/ SMK/ SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjangkaran kesehatan	100%	sekolah	0	0	0	#DIV/0!	-				
	4) Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas I setingkat SD/ MI/ SDLB	100%	orang	0	0	0	#DIV/0!	-				
	5) Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas VII setingkat SMP/ MTs/ SMPLB	100%	orang	0	0	0	#DIV/0!	-				
	6) Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100%	orang	0	0	0	#DIV/0!	-				
	7) Murid kelas X setingkat SMA/ MA/ SMK/ SMALB yang diperiksa penjangkaran kesehatan	80%	orang	0	0	0	#DIV/0!	-				
	8) Pelayanan kesehatan remaja	100%	Remaja	3981	3981	1786	44.86	44.86				
<b>e. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)</b>										45.57		
	1) KB aktif ( <i>Contraceptive Prevalence Rate / CPR</i> )	85%	orang	4374	3718	2263	51.74	60.87				
	2) Akseptor KB <i>Drop Out</i>	5%	orang	4374	219	71	1.62	32.46				
	3) Peserta KB mengalami komplikasi	5%	orang	4374	219	55	1.26	25.15				
	4) Peserta KB mengalami efek samping	5%	orang	4374	219	55	1.26	25.15				
	5) PUS dengan 4 T ber KB	25%	orang	1685	421	80	4.75	18.99				

		6) KB pasca persalinan	10%	orang	323	32	181	56.04	100.00				
		7) Ibu hamil yang diperiksa HIV	100%	orang	323	323	182	56.35	56.35				
<b>4. Upaya Pelayanan Gizi</b>											69.13		
<b>a. Pelayanan Gizi Masyarakat</b>											91.20		
		1) Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi (warna biru) pada bayi umur 6-11 bulan	100%	bayi	157	157	157	100.00	100.00				
		2) Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi (warna merah) pada balita umur 12-59 bulan 2 (dua) kali setahun	100%	balita	1431	1431	1431	100.00	100.00				
		3) Pemberian 90 tablet Besi pada ibu hamil	95%	bumil	340	167	170	50.00	100.00				Sasaran belum memenuhi targrt
		4) Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri	100%	rematri	574	574	372	64.81	64.81			belum tercapai	bulan Juni siswa siswi kelas 9 sudah tidak masuk sekolah
<b>b. Penanggulangan Gangguan Gizi</b>											100.00		
		1) Pemberian PMT pada balita kurus	100%	Balita Kurus	130	85	130	100.00	100.00				
		2) Ibu Hamil KEK yang mendapat PMT-Pemulihan	100%	Bumil KEK	14	14	14	100.00	100.00				
		3) Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar tata laksana gizi buruk	100%	Balita	4	4	4	100.00	100.00				
<b>c. Pemantauan Status Gizi</b>											85.30		
		1) Penimbangan balita D/ S	90%	balita	1696	1526	1325	78.13	86.81			belum tercapai	Masih ada ibu balita yang tidak mau menimbang balitanya
		2) Balita naik berat badannya (N/ D)	90%	balita	1,325	1193	735	55.47	61.64			belum tercapai	ibu balita kurang memahami pemberian makanan yang baik
		3) Balita Bawah Garis Merah (BGM)	1%	Balita	1,325	10	32	2.42	100.00			belum tercapai	anak kurang nafsu makannya
		4) Rumah Tangga mengkonsumsi garam beryodium	87%	RT	189	164	149	78.84	90.62				
		5) Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK)	10%	Bumil	340	32	14	4.12	43.34				
		6) Bayi usia 6 (enam ) bulan mendapat ASI Eksklusif	65%	Bayi	124	81	87	70.16	100.00				
		7) Bayi yang baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusu Dini)	59%	bayi	32	19	32	100.00	100.00				
		8) Balita pendek ( <i>Stunting</i> )	8%	balita	1325	106	213	16.08	100.00				
<b>5. Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</b>											#DIV/0!		
<b>a. Diare</b>											63.26		
		1) Pelayanan Balita Diare	20%	Balita	308	61.6	39	12.66	63.31			tidak tercapai	pasien tidak semua datang ke puskesmas sehingga pelaporan tidak masuk ( berobat ke FKTP lain, nakes, diobati sendiri)
		2) Penggunaan oralit pada balita diare	100%	Balita	39	39	37	94.87	94.87			tercapai	
		3) Penggunaan Zinc pada balita diare	100%	Balita	39	39	37	94.87	94.87			tercapai	
		4) Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	100%	Kegiatan	1	1	0	-	-			tercapai	



		1) Anak sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/ AIDS	90%	anak	4	3.6	0	-	-		tercapai	Masa pandemi sekolah libur, menunggu barengan dengan program promkes untuk kolaborasi
		2) Orang yang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV	100%	orang	651	651	491	75.42	75.42			Sebagian yang diperiksa HIV tidak bisa dimasukkan ke SIHA
		3) Orang HIV yang mendapatkan pengobatan ARV	90%	orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		4) Jumlah pasien TB yang mengetahui status HIV-nya	70%	orang	13	9.1	9	69.23	98.90		tercapai	
		<b>f. Demam Berdarah Dengue (DBD)</b>							94.59			
		1) Angka Bebas Jentik (ABJ)	90	rumah	90	86	67	74.44	78.36			
		2) Penderita DBD ditangani	100%	px	10	10	10	100.00	100.00		tercapai	Belum ada kesadaran dari masyarakat untuk membasmi jentik nyamuk
		3) PE kasus DBD	100%	px	10	10	10	100.00	100.00		tercapai	
		4) Angka kematian DBD	1%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		<b>g. Malaria</b>							100.00			
		1) Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	100%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		2) Penderita positif Malaria yang diobati sesuai standar (ACT)	100%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		3) Penderita positif Malaria yang di <i>follow up</i>	100%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		<b>h. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies</b>							100.00			
		1) Cuci luka terhadap kasus gigitan HPR	100%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		2) Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi	100%	Orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		<b>i. Hepatitis</b>							100.00			
		1) Pemeriksaan hepatitis pada bumil dengan rapid HBSag	100%	Orang	181	181	181	100.00	100.00		tercapai	
		2) Pemberian Hbig (diberikan dalam 24 jam setelah lahir) pada bayi dari bumil reaktif hepatitis	100%	Orang	5	5	5	100.00	100.00		tercapai	
		<b>j. Filariasis</b>							100.00			
		1) Kasus filariasis yang ditemukan dan ditangani sesuai standar	100%	orang	0	0	0	#DIV/0!	100.00		tercapai	
		<b>k. Leptospirosis</b>							100.00			
		1) Kasus leptospirosis yang ditemukan dan ditangani sesuai standar	100%	orang	4	4	4	100.00	100.00		tercapai	
		<b>l. Pelayanan Imunisasi</b>							45.93			
		1) IDL (Imunisasi Dasar Lengkap)	95%	Bayi	365	347	148	40.55	42.68		tercapai	karena ada bayi yg sakit
		2) Desa/ Kelurahan UCI	100%	Desa	9	9	9	100.00	100.00		tercapai	
		3) Imunisasi Booster Campak/ MR	90%	Baduta	365	329	104	28.49	31.66		tercapai	karena ada bayi yg sakit

		4) Imunisasi Booster DPT-HB-HIB	90%	Anak sek	365	329	141	38.63	100.00			tercapai	karena ada bayi yg sakit
		5) BIAS DT pada anak kelas 1 SD/ MI	98%	Anak sek	0	0	0	-	-			tidak tercapai	
		6) BIAS Campak/ MR pada anak kelas 1 SD/ MI	98%	Anak sek	0	0	0	#DIV/0!	-			tidak tercapai	
		7) BIAS Td pada anak SD/ MI kelas 2	98%	anak	0	0	0	#DIV/0!	-			tidak tercapai	
		8) BIAS Td pada anak SD/ MI kelas 5	98%	anak	0	0	0	#DIV/0!	-			tidak tercapai	
		9) Imunisasi Td2 plus bumil	80%	anak	298	238	183	61.41	76.76			tercapai	
		10) Pemantauan suhu lemari es vaksin	100%	Catatan	1	1	1	100.00	100.00			tercapai	
		11) Ketersediaan catatan stok vaksin	100%	Catatan	1	1	1	100.00	100.00			tercapai	
		12) Laporan KIPi Non serius	100%	Catatan	0	0	0	-	-			tercapai	
<b>m. Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)</b>										100.00			
		1) Laporan STP yang tepat waktu	80%	Laporan	6	4.8	6	100.00	100.00			tercapai	
		2) Kelengkapan laporan STP	90%	Laporan	6	5.4	6	100.00	100.00			tercapai	
		3) Laporan C1 tepat waktu	80%	Laporan	6	4.8	6	100.00	100.00			tercapai	
		4) Kelengkapan laporan C1	90%	Laporan	6	5.4	6	100.00	100.00			tercapai	
		5) Laporan W2 (mingguan) yang tepat waktu	80%	Laporan	26	20.8	26	100.00	100.00			tercapai	
		6) Kelengkapan laporan W2 (mingguan)	90%	Laporan	26	23.4	26	100.00	100.00			tercapai	
		7) Analisa <i>Trend</i> Bulanan Penyakit Potensial Wabah (6 Penyakit)	80%	Laporan	0	0	0	#DIV/0!	100.00			tercapai	
		8) Desa/ Kelurahan yang mengalami KLB ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam	100%	Laporan	9	9	9	100.00	100.00			tercapai	
<b>n. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular</b>										#DIV/0!			
		1) Desa/ Kelurahan yang melaksanakan kegiatan Posbindu PTM	40%	Desa	9	9	5	55.56	55.56				Pembentukan posbindu 4 desa rencana dilaksanakan di bulan maret 2021
		2) Sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	100%	Sekolah	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!				
		3) Setiap warga negara Indonesia usia 15 - 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100%	Orang	16904	16904	2113	12.50	12.50				Belum terbentuk posbindu smua desa
		4. Pelayanan Kesehatan penderita hipertensi	100%	Orang	8217	8219	3712	45.17	45.16				Belum terbentuk posbindu smua desa
		5. Pelayanan Kesehatan Penderita DM	100%	Orang	829	829	57	6.88	6.88				Belum terbentuk posbindu smua desa
<b>6. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)</b>										48.70	48.70		
		a. Rasio Kunjungan Rumah (RKR)	80%	KK	106	85	48	45.28	56.60			tercapai	Pertahankan
		b. Individu dan keluarganya dari keluarga rawan yang mendapat keperawatan kesehatan masyarakat ( <i>Home care</i> )	80%	Keluarga	106	85	48	45.28	56.47			tercapai	Pertahankan
		c. Kenaikan tingkat kemandirian keluarga setelah pembinaan	20%	Keluarga	106	21.2	7	6.60	33.02			tercapai	Pertahankan
<b>TOTAL NILAI KINERJA UKM ESENSIAL (I-VI)</b>						70%		Keluarga		#DIV/0!	#DIV/0!		

	20%	Keluarga
1. Baik bila nilai rata-rata	≥ 91%	
2. Cukup bila nilai rata-rata	81 - 90 %	
3. Rendah bila nilai rata-rata	≤ 80%	

**PENGHITUNGAN PENILAIAN KINERJA SETENGAH SEMESTER MENEJEMEN UKM PENGEMBANGAN PUSKESMAS WEDARIJAKSA II Tahun 2018**

Puskesmas :

Kabupaten :

No	Upaya pelayanan Kesehatan/ Program/ Variabel/ Sub Variabel Program	Target Tahun 2018 (T) dalam %	Satuan sasaran (S)	Total Sasaran	Target Sasaran (Tx S)	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Analisa	Hambatan/ Permasalahan
								Sub Variabel	Variabel/ Rata2 variabel	Rata2 Program		
1	2	3	4	5	6	7	8.00	9.00	10.00	11	12	13
<b>UKM PENGEMBANGAN</b>												
<b>1. Pelayanan Kesehatan Jiwa</b>										88.6		
	a. Pemberdayaan kelompok masyarakat terkait program kesehatan jiwa	30%	kelp masy	3	0.9	3	100.00	-	100.00			
	b. Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	pasien	65	65	62	95.38	-	95.38			
	c. Penanganan kasus ODGJ berat melalui rujukan ke RS/ Spesialis	100%	pasien	33	33	30	90.91	-	90.91			
	d. Kunjungan rumah pasien ODGJ berat	100%	pasien	20	20	14	70.00	-	70.00			
	e. Setiap Orang Dengan Gangguan Jiwa ( ODGJ) ringan atau Gangguan Mental Emosional (GME) mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	pasien	89	89	77	86.52	-	86.52			
<b>2. Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat</b>										#DIV/0!		
	a. PAUD/ TK yang mendapat penyuluhan/ pemeriksaan gigi dan mulut	50%	PAUD/ TK	0	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!		tidak tercapai	tidak dilaksanakan ada pandemi covid 19
	b. Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	1%	Posyandu	0	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!			
<b>3. Pelayanan Kesehatan Tradisional</b>										0.0		
	a. Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	15%	orang	0	0	0	#DIV/0!	-	-		target tercapai	
	b. Pembinaan ke Penyehat Tradisional	100%	orang	0	0	0	#DIV/0!	-	-		belum tercapai	dihapus
	c. Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk	3%	desa	0	0	0	#DIV/0!	-	-		belum tercapai	dihapus
<b>4. Pelayanan Kesehatan Olahraga</b>										66.7		
	a. Kelompok/ klub olahraga yang dibina	100%	Klub	1	1	1	100.00	-	100.00			
	b. Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	50%	CJH	12	12	9	75.00	-	100.00			tidak ada pemberangkatan calon jamaah haji
	c. Pengukuran Kebugaran jasmani pada anak sekolah	80%	Siswa	0	0	0	#DIV/0!	-	-			Belum bisa dilakukan karena masih pandemi



<b>5. Pelayanan Kesehatan Indera</b>										100.0	
<b>a. Mata</b>										100.00	
	1) Penemuan dan penanganan Kasus refraksi	100%	Px	7	7	7	100.00	100.00			
	2) Penemuan kasus penyakit mata di Puskesmas	100%	Px	276	276	276	100.00	100.00			
	3) Penemuan kasus katarak pada usia di atas 45 tahun	100%	Px	24	24	24	100.00	100.00			
	4) Pelayanan rujukan mata	100%	Px	18	18	18	100.00	100.00			
<b>b. Telinga</b>										100.00	100.0
	1) Penemuan kasus yang rujukan ke spesialis di Puskesmas melalui pemeriksaan fungsi pendengaran	100%	Kasus	1	1	1	100.00	100.00			
	2) Penemuan kasus penyakit telinga di Puskesmas	100%	Kasus	87	87	87	100.00	100.00			
	3) Penemuan Kasus Serumen prop	100%	Kasus	9	9	9	100.00	100.00			
<b>6. Pelayanan Kesehatan Lansia</b>										33.7	
	Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.	100%	Lansia	3107	3107	1046	33.67	-	33.67		
<b>7. Pelayanan Kesehatan Kerja</b>										86.3	
	a. Pekerja sakit yang dilayani	100%	Orang	100	100	45	45.00	-	45.00		
	b. Jumlah Pos UKK yang dibina	100%	Pos UKK	2	2	2	100.00	-	100.00		
	c. Jumlah Perusahaan dengan pekerja perempuan (GP2SP) yang dibina	100%	Perusahaan	0	0	0	100.00	-	100.00		
	d. Petugas Puskesmas yang menggunakan APD (masker sesuai standar)	100%	Petugas	60	60	60	100.00		100.00		
<b>8. Kesehatan Matra</b>										#DIV/0!	
	a. Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata.	80%	CJH	12	10	12	100.00	-	100.00		
	b. Terbentuknya Tim TRC (Tim Reaksi Cepat)	100%	SK	0	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!		
<b>Jumlah Nilai Pelayanan Kesehatan Matra (VII)</b>											
<b>TOTAL NILAI UKM PENGEMBANGAN (I-VII)</b>										#DIV/0!	

Interpretasi rata2 program:

1. Baik bila nilai rata-rata	≥ 91%
2. Cukup bila nilai rata-rata	81 - 90 %
3. Rendah bila nilai rata-rata	≤ 80%

#### PENGHITUNGAN PENILAIAN KINERJA SETENGAH SEMESTER MENEJEMEN UKP PUSKESMAS WEDARIJAKSA II Tahun 2020

Puskesmas :  
Kabupaten :

No	Upaya pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2020 (T) dalam %	Satuan sasaran (S)	Total Sasaran	Target Sasaran (Tx S)	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Analisa	Hambatan/Permasalahan
								Sub Variabel	Variabel/Rata 2 variabel	Rata2 Program		
1	2	3	4	5	6	7	8.00	9.00	10.00	11	12	13
<b>Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)</b>												
<b>1. Pelayanan Non Rawat Inap</b>										98.3		



<b>3. Pelayanan Kefarmasian</b>										100.0		
	a. Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fornas	80%	item obat	119	95	112	94.12	-	100.00			
	b. Ketersediaan obat dan vaksin terhadap 20 obat indikator	90%	obat	45	41	43	95.56	-	100.00			
	c. Penggunaan obat rasional	70%	Resep	807	484	807	100.00	-	100.00			
<b>4. Pelayanan laboratorium</b>										74.8		
	a. Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	100%	jenis	20	20	20	100.00	-	100.00			
	b. Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	100%	menit	235	235	235	100.00	-	100.00			
	c. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	100%	Hasil Pemeriksaan	26	26	26	100.00	-	100.00			
	d. Pemeriksaan Hemoglobin pada ibu hamil K1	100%	orang	342	342	181	52.92	-	52.92			
	e. Pengambilan sputum BTA	100%	orang	302	302	63	20.86	-	20.86			
<b>5. Pelayanan Rawat Inap</b>											#DIV/0!	
	a. <i>Bed Occupation Rate</i> (BOR)	75%	Persen	10	8	0	-	-	-			
	b. Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap dalam 24 jam	100%	berkas	0	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!			
	<b>Jumlah Nilai Pelayanan Rawat Inap (V)</b>											
	<b>TOTAL NILAI UPAYA KESEHATAN PERSEORANGAN (UKP) (I-V)</b>										#DIV/0!	

Interpretasi Kinerja rata2 program:

1. Baik bila nilai rata-rata	≥ 91%
2. Cukup bila nilai rata-rata	81 - 90 %
3. Rendah bila nilai rata-rata	≤ 80%

PENGHITUNGAN TENGAH SEMESTER PENILAIAN KINERJA MUTU PUSKESMAS WEDARIJAKSA II Tahun 2020

Puskesmas : WEDARIJAKSA II  
Kabupaten : PATI

No	Upaya pelayanan Kesehatan/ Program/Variabel/Sub Variabel Program	Target Tahun 2018 (T) dalam %	Satuan sasaran (S)	Total Sasaran	Target Sasaran (TxS)	Pencapaian (dalam satuan sasaran)	%Cakupan Riil	% Kinerja Puskesmas			Analisa	Hambatan/ Permasalahan
								Sub Variabel	Variabel/Rata 2 variabel	Rata2 Program		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>1. MUTU</b>										<b>81.7</b>		
	a. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	78%	Persen	195	152.1	150	76.92	-	98.62		survey dilaksanakan 1 tahun sekali di bulan Desember	

		b. Survei Kepuasan Pasien	100%	Laporan	58	58	57	98.28	-	98.28	Ketidakpuasan pelanggan terjadi saat diruang loket, kemungkinan disebabkan oleh panjangnya antrian	jumlah pasien yang meningkat saat awal bulan Juni membuat antrian pasien memanjang
		c. Standar jumlah dan kualitas tenaga di Puskesmas	90%	Jumlah Profesi	-	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!		
		d. Standar ruang pelayanan Puskesmas	60%	Ruang	0	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!		
		e. Standar peralatan Kesehatan di Puskesmas	60%	Set	0	0	0	#DIV/0!	-	#DIV/0!		
		f. Sasaran keselamatan pasien										
		1) Identifikasi Pasien dengan benar										
		Kepatuhan petugas kefarmasian melakukan identifikasi pasien pada saat memberikan obat di ruang farmasi	100%	Pasien	768	768	768	100.00		100.00		
		2) Komunikasi efektif dalam pelayanan										
		Kepatuhan pelaksanaan SBAR dan TBK di Unit Gawat Darurat	100%	Pasien	24	24	24	100.00		100.00	tidak terdapat pasien rawat inap yang dikonsulkan	
		3) Keamanan obat yang perlu diwaspadai										
		Penyimpanan dan pelabelan obat LASA dan high alert di ruang farmasi dan gudang obat	100%	Labelling	19	19	19	100.00		100.00		
		4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar										
		Kepatuhan terhadap prosedur Bedah minor ( <i>compliance rate</i> ) di UGD/Tindakan/ Persalinan dan Poli Gigi	100%	Kasus	252	252	252	100.00		100.00		
		5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan										
		Kepatuhan petugas melakukan <i>hand hygiene</i>	100%	Orang	28	28	28	100.00		100.00		
		6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh										
		Kepatuhan melakukan asesmen jatuh pada pasien rawat inap dan rawat jalan	100%	Pasien	0	0	0	100.00		100.00	tidak terdapat pasien rawat inap yang dikonsulkan	
		<b>a. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)</b>										
		80.0										
		1) Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	petugas	30	30	30	100.00		100.00	petugas dipelayanan sudah menggunakan APD	
		2) Desinfeksi Tingkat Tinggi dan sterilisasi		Persen	5	5	5	100.00		100.00	sterilisasi sudah dilaksanakan di ruang IGD, KIA, Mampu persalinan	

		3) Tindakan aseptis dan aspirasi sebelum menyuntik	100%	petugas	9	9	9	100.00		100.00		Petugas melakukan tindakan sesuai SOP	
		4) KIE etika batuk	100%	petugas	21	21	21	100.00		100.00		Petugas melakukan edukasi etika batuk kepada pasien	
		5) Pembuangan jarum suntik memenuhi standar	100%	ceklist monitoring	3	3	3	100.00		100.00		Jarum suntik dibuang pada safety box sesuai SOP	
											80.8		

Interpretasi rata2 kinerja Mutu :

1. Baik bila nilai rata-rata	$\geq 91\%$
2. Cukup bila nilai rata-rata	81 - 90 %
3. Rendah bila nilai rata-rata	$\leq 80\%$



























**PENILAIAN KINERJA SETENGAH SEMESTER MANAJEMEN PUSKESMAS WEDARIJAKSA II Tahun 2022**

**Puskesmas** :

**Kabupaten** :

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Hasil	Analisa	Hambatan/ Permasalahan
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
<b>1. Manajemen Umum</b>									
	a. Rencana 5 (lima) tahunan	Rencana 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. Ada dokumen Rencana Strategis Bisnis.	Tidak ada rencana 5 (lima) tahunan	Ada rencana 5 tahunan, tetapi tidak sesuai visi, misi, tugas pokok, dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada rencana 5 tahunan, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tetapi tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	Ada rencana 5 tahunan, sesuai visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas, tetapi tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat	10		
	b. 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. Ada dokumen Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) atau Usulan.	Tidak ada	Ada RUK, tetapi tidak sesuai visi, misi, tugas pokok, dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada RUK, sesuai visi, misi, tugas pokok, dan fungsi Puskesmas, tidak berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja	Ada RUK, sesuai visi, misi, tugas pokok, dan fungsi Puskesmas, berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat dan kinerja, ada pengesahan Kepala Puskesmas	10		
	c. RPK/ POA bulanan/ tahunan	Dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) program UKM, sebagai acuan pelaksanaan kegiatan program yang akan dijadwalkan selama 1 tahun oleh PJ UKM dan PL UKM, ada jadwal, dilaksanakan dengan memperhatikan visi misi, dalam menentukan jadwal ada pembahasan dengan LP/ LS. Ada dokumen RBA atau DPA dan DPA Perubahan	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		
	d. Lokakarya Mini bulanan (lokmin bulanan)	Rapat Lintas Program (LP) membahas <i>review</i> kegiatan, permasalahan LP, rencana tindak lanjut ( <i>Corrective action</i> ), beserta tindak lanjutnya secara lengkap. Dokumen lokmin awal tahun memuat penyusunan POA, <i>briefing</i> penjelasan program dari Kepala Puskesmas 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> , dafar hadir, notulen hasil lokmin, undangan rapat lokmin tiap bulan lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin bulan sebelumnya	10		

	e. Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)	PKP Tahun 2018-1 dibuat dengan sistematika sesuai pedoman, disajikan dan dilakukan analisa serta ada Rencana Tindak Lanjutnya, serta nilai kinerja terbaca	Tidak ada dokumen	Ada dokumen, disusun tidak sesuai pedoman tapi nilai kinerja terbaca	Ada dokumen, disusun sesuai pedoman tapi tidak dilakukan analisa dan RTL, nilai terbaca	Ada dokumen, disusun sesuai pedoman, dianalisa dan ada RTL, nilai terbaca	10		
	f. 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. 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> , dafar hadir, notulen hasil lokmin, undangan rapat lokmin lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin yang melibatkan peran serta LS	10		
	g. Pembinaan Wilayah dan Jaringan Puskesmas	Pembinaan Pustu, Polindes/ Ponkesdes/ Poskesdes oleh Kepala Puskesmas, dokter, dan Penanggung Jawab UKM	tidak ada pembinaan/ monitoring	adanya monitoring tetapi tidak ada evaluasi	adanya monitoring dan evaluasi hasil monitoring	Adanya Tindak lanjut monitoring	10		
	h. 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. Ada bukti survei, laporan, analisa, dan rencana tindak lanjut	Ada survei tapi kurang dari 50% KK	Ada bukti survei lebih dari 50% KK dan <i>entry</i> data ke aplikasi tapi belum ada analisis data dan rencana tindak lanjut	Ada bukti survei lebih dari 50% KK, <i>entry</i> data di aplikasi, ada analisis data dan rencana tindak lanjut tapi belum ada <i>intervensi</i>	Ada bukti survei lengkap lebih dari 50% KK, <i>entry</i> data di aplikasi, ada analisis, rencana tindak lanjut serta <i>intervensi</i>	10		
<b>Jumlah Nilai Manajemen Umum Puskesmas (I)</b>							<b>10.00</b>		
<b>2. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat</b>									
	a. Survei Mawas Diri (SMD)	Identifikasi kebutuhan masyarakat terhadap program. Sebelum menetapkan upaya, hasil identifikasi dianalisis untuk menyusun upaya. Dokumen yang harus dilengkapi adalah Kerangka Acuan Identifikasi Kebutuhan Masyarakat, kuesioner/ instrumen SMD, dan SOP identifikasi	Tidak dilakukan	Dilakukan, ada dokumen Kerangka acuan SMD, rencana kegiatan, tidak ada analisis masalah/ kebutuhan masyarakat, rencana tindak lanjut, dan tindak lanjut serta evaluasi	Dilakukan, ada dokumen Kerangka acuan SMD, rencana kegiatan, analisis masalah/ kebutuhan masyarakat, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut serta evaluasi	Dilakukan, ada dokumen Kerangka acuan SMD, rencana kegiatan, analisis masalah/ kebutuhan masyarakat, rencana tindak lanjut dan tindak lanjut serta evaluasi			
	b. 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 1 kali pertemuan dalam 1 tahun, lengkap dengan dokumen	Ada 2-3 kali pertemuan dalam 1 tahun, lengkap dengan dokumen	Ada $\geq 4$ kali pertemuan dalam 1 tahun, lengkap dengan dokumen			dilaksanakan bualan Agustus
<b>Jumlah Nilai Manajemen Pemberdayaan Masyarakat (II)</b>							<b>#DIV/0!</b>		
<b>3. Manajemen Peralatan</b>									

	a. Data peralatan, analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Inventarisasi peralatan medis dan non medis dan non kesehatan, data kalibrasi alat, KIR dan laporan seluruh inventaris alat kesehatan. Analisa pemenuhan standar peralatan, kondisi alat, kecukupan jumlah alat di Puskesmas dan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasinya. Ada Berita Acara Rekonsiliasi Tahunan.	tidak ada data	Data tidak lengkap, analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi				
	b. Rencana Perbaikan, kalibrasi dan pemeliharaan alat	Rencana Perbaikan. kalibrasi dan pemeliharaan alat, termasuk tindak lanjut dan evaluasi	Tidak ada rencana	ada rencana perbaikan, kalibrasi dan pemeliharaan alat tidak dilaksanakan, dokumentasi tidak lengkap	ada rencana perbaikan, kalibrasi dan pemeliharaan alat dokumentasi tidak lengkap	ada rencana Perbaikan, kalibrasi dan pemeliharaan alat ada, dilaksanakan, dokumen lengkap				
	c. Jadwal pemeliharaan , perbaikan dan kalibrasi alat dan pelaksanaannya	Jadwal pemeliharaan, perbaikan dan kalibrasi alat di Puskesmas, telah dilaksanakan dan didokumentasikan lengkap	Tidak ada dokumen	ada Jadwal pemeliharaan , perbaikan dan kalibrasi alat jdan tidak dilaksanakan, tidak ada dokumen	ada Jadwal pemeliharaan , perbaikan dan kalibrasi alat dan tidak dilaksanakan, tidak ada dokumentasi	Dokumen lengkap				
<b>Jumlah Nilai Manajemen Peralatan (III)</b>							<b>#DIV/0!</b>			
<b>4. Manajemen Sarana Prasarana</b>										
	Data sarana prasarana, analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data sarana prasarana serta fasilitas Puskesmas ( data bangunan/ gedung, listrik, air, IPAL, laundry dan kendaraan pusling/ambulans ) meliputi, Jadwal pemeliharaan , pencatatan pemeriksaan dan pemeliharaan sarana prasarana berkala (sesuai dengan tata graha /5R resik, rapi, rajin, ringkas dan rawat), analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	tidak ada data	Data tidak lengkap, analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, ada analisa , rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi				
<b>Jumlah Nilai Manajemen Sarana Prasarana (IV)</b>							<b>#DIV/0!</b>			
<b>5. Manajemen Keuangan</b>										
	a. Permintaan uang muka kegiatan	1) Ada SOP uang muka 2) Dilakukan pengendalian oleh Kepala Puskesmas dan PJ Keuangan 3) Dilakukan pembukuan sesuai kebutuhan	0 item	1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi				
	b. Data realisasi keuangan	realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	tidak ada data	Data/laporan tidak lengkap, analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	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			

	c. Data keuangan dan laporan pertanggung jawaban, analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	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, analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	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		
	d. Laporan keuangan oleh auditor independen	Adanya laporan keuangan BLUD dari kantor akuntan publik yang teregistrasi oleh Kementerian Keuangan	Tidak ada data	Data/ laporan tidak lengkap, analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut, dan evaluasi belum ada	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		
	<b>Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Keuangan ( V)</b>						<b>10</b>		
<b>6. Manajemen Sumber Daya Manusia</b>									
	a. SK, uraian tugas pokok (tanggung jawab & wewenang) serta uraian tugas integrasi seluruh pegawai Puskesmas	Surat Keputusan Penanggung Jawab dengan uraian tugas pokok dan tugas integrasi jabatan karyawan	Tidak ada SK tentang SO dan uraian tugas tidak lengkap	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		
	b. SOP manajemen sumber daya manusia	SOP kredensial, SOP analisa kompetensi pegawai, SOP penilaian kinerja pegawai	tidak ada	ada 1 SOP	ada 2 SOP	ada 3 SOP	10		
	c. Penilaian kinerja pegawai	Penilaian kinerja untuk PNS , kredensialing untuk penilaian kinerja tenaga honorer	tidak ada	50% pegawai ada dokumentasi	75% pegawai ada dokumentasi	lengkap	10		
	d. Data kepegawaian, analisa pemenuhan standar jumlah dan kompetensi SDM di Puskesmas , rencana tindak lanjut dan tindak lanjut serta evaluasi nya	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 evaluasi nya	tidak ada data	Data tidak lengkap, analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	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		
	<b>Jumlah Nilai Kinerja Manajemen Sumber Daya Manusia ( VI)</b>						<b>10</b>		
<b>7. Manajemen pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai)</b>									
	a. SDM kefarmasian	Ketentuan: 1. Ada apoteker penanggungjawab kefarmasian sesuai PMK 74 tahun 2016. 2. Apoteker dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian 3. Semua tenaga kefarmasian mempunyai ijin praktek sesuai PP 51 tentang pekerjaan kefarmasian dan PMK 31/2016.	0 item terpenuhi	1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	7		

b. Ruang Farmasi	Persyaratan: 1. Luas ruang farmasi sesuai dengan volume pekerjaan sejumlah tenaga kefarmasian beserta peralatan dan sarana yang diperlukan untuk menunjang pelaksanaan pelayanan kefarmasian yaitu pengelolaan sediaan farmasi dan pelayanan farmasi klinis 2. Adanya pencahayaan yang cukup 3. Kelembaban dan temperatur sesuai dengan persyaratan (25-28°C) 4. Ruang bersih dan bebas hama	0 item	1 item terpenuhi	2-3 item terpenuhi	4 item terpenuhi	10		
c. Peralatan ruang farmasi	Persyaratan: 1. Jumlah rak dan lemari obat sesuai jumlah obat 2. Lemari obat narkotika dan psikotropika di ruang farmasi yang memenuhi permenkes No. 3 Tahun 2015 3. Tersedia plastik obat, kertas puyer, etiket sesuai kebutuhan, label yang cukup untuk penandaan <i>obat high alert</i> dan LASA. 4. Tersedia alat-alat peracikan (sesuai yang tercantum dalam Permenkes 75 Tahun 2014) yang memadai 5. Tersedia thermohygrometer 6. Pendingin udara (AC/kipas angin) 7. Tersedia kartu pengontrol suhu dan kelembaban	0- 1 item	2-3 item terpenuhi	4-5 item terpenuhi	6 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
d. Gudang Obat	Persyaratan: 1. Luas gudang obat sesuai dengan volume obat 2. Adanya pencahayaan yang cukup 3. Kelembaban dan temperatur ruangan memenuhi syarat (25-28°C) 4. Ruang bersih dan bebas hama 5. Ruang terkunci dan berpengaman teralist serta korden	0- 1 item terpenuhi	2-3 item terpenuhi	4-5 item terpenuhi	6 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
e. Sarana gudang obat	Persyaratan: 1. Jumlah rak dan lemari obat sesuai jumlah obat 2. Jumlah palet sesuai kebutuhan 3. Tempat penyimpanan obat khusus sesuai dengan perundang-undangan [narkotika, psikotropika, prekursor, OOT dan obat yang disimpan pada suhu rendah (vaksin, dll)] 4. Tersedia AC 5. Tersedia thermohygrometer 6. Tersedia kartu pengontrol suhu dan kelembaban	0- 1 item	2-3 item terpenuhi	4-5 item terpenuhi	6 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
f. Perencanaan	Persyaratan perencanaan obat: 1. Ada SOP 2. Ada perencanaan tahunan 3. Ada sistem dalam perencanaan ke dinkes kab/ kota 4. Perencanaan dikirim	0- 1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
g. Persentase kesesuaian Perencanaan	Ada evaluasi persentase kesesuaian perencanaan obat yang dihitung dengan rumus: kesesuaian perencanaan = jumlah obat yang direncanakan/ (penggunaan obat + sisa persediaan) dikalikan 100%, jika diperoleh kesesuaian rata-rata = 100%-80% diberi nilai 10, 60%-79% diberi nilai 7, 40%-69% diberi nilai 4, ≤39% diberi nilai 0	≤39 %	40%-59%	60%-79%	80%-100%	7		
h. Permintaan/pengadaan	Persyaratan permintaan/pengadaan : 1. Ada SOP 2. Ada Permintaan/Pengadaan 3. Ada sistem jadwal permintaan/pengadaan obat dalam membuat permintaan/pengadaan 4. Permintaan /pengadaan terdokumentasi	0- 1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		

i. Penerimaan	Persyaratan:1. Ada SOP Penerimaan 2.Penerimaan dilakukan oleh tenaga kefarmasian 3. Dilakukan pengecekan kesesuaian jenis dan jumlah barang yang diterima dengan permintaan 4.Dilakukan pengecekan dan pencatatan tanggal kadaluarsa dan nomor batch barang yang diterima 5.Dilakukan pengecekan kondisi barang yang diterima (misal : kemasan rusak)	0- 1 item terpenuhi	2-3 item terpenuhi	4 item terpenuhi	5 item terpenuhi	7		
j. Penyimpanan	Persyaratan: 1.Ada SOP distribusi obat dan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai) 2.Tersedia rencana dan jadwal distribusi ke sub unit pelayanan 3.Tersedia Form Permintaan dari sub unit pelayanan 4.Tersedia tanda bukti pengeluaran barang	0- 1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	7		
k. Pendistribusian	Persyaratan: 1.Ada SOP distribusi obat dan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai) 2.Tersedia rencana dan jadwal distribusi ke sub unit pelayanan 3.Tersedia Form Permintaan dari sub unit pelayanan 4.Tersedia tanda bukti pengeluaran barang	0- 1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	7		
l. Pengendalian	Memenuhi persyaratan: 1.Ada SOP Pengendalian obat dan BMHP 2.Dilakukan pengendalian persediaan obat dan BMHP 3.Dilakukan pengendalian penggunaan obat dan BMHP 4.Ada catatan obat yang rusak dan kadaluwarsa	tidak ada	1- 2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
m. Pencatatan, Pelaporan dan Pengarsipan	Persyaratan: 1.Ada catatan penerimaan dan pengeluaran obat 2.Ada catatan mutasi obat dan BMHP. 3.Ada catatan penggunaan obat dan BMHP. 4.Semua penggunaan obat dilaporkan secara rutin dan tepat waktu 5.Semua catatan dan laporan diarsipkan dengan rapi	tidak ada	1- 2 item terpenuhi	3-4 item terpenuhi	5 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
n. Pemantauan dan Evaluasi	Persyaratan: 1.Ada SOP pemantauan dan evaluasi 2.Dilakukan pemantauan obat dan BMHP di sub unit pelayanan 3.Ada evaluasi hasil pemantauan 4.Hasil evaluasi dilaporkan	0- 1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
<b>elayanan Farmasi Klinik</b>								
o. Pengkajian resep	Persyaratan: 1.Ada SOP Pengkajian resep 2.Dilakukan pengkajian persyaratan administratif 3.Dilakukan pengkajian persyaratan Farmasetik resep. 4.Dilakukan pengkajian persyaratan Klinis resep	0- 1 item terpenuhi	1- 2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar			
p. Peracikan dan Pengemasan	Persyaratan: 1.Ada SOP peracikan dan pengemasan. 2.Semua obat yang dilayani sesuai dengan resep. 3.Semua obat masing-masingdiberi etiket sesuai dengan ketentuan. 4. Dilakukan pengecekan ulang sebelum obat diserahkan.	0- 1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item semuanya terpenuhi	10		

q. Penyerahan dan Pemberian Informasi Obat	Persyaratan: 1.Ada SOP Penyerahan obat. 2.Obat diserahkan dengan disertai pemberian informasi obat yang terdokumentasi 3.Informasi obat yang diberikan sesuai dengan ketentuan 4.Obat dapat dipastikan sudah diberikan pada pasien yang tepat	tidak ada	1- 2 item terpenuhi	3-4 item terpenuhi	4 item semuanya terpenuhi	10		
r. Pelayanan informasi obat (PIO)	Persyaratan: 1.Ada SOP pelayanan Informasi Obat. 2.Tersedia informasi obat di Puskesmas. 3.Ada catatan pelayanan informasi obat. 4.Ada kegiatan penyuluhan kepada masyarakat tentang kefarmasian tiap tahun 5.Ada kegiatan pelatihan/diklat kepada tenaga farmasi dan tenaga kesehatan lainnya 6.Tersedia sumber informasi yang dibutuhkan.	0- 1 item	2-3 item terpenuhi	4-5 item terpenuhi	6 item terpenuhi dan memenuhi standar	0		
s. Konseling	Persyaratan: 1.Ada SOP Konseling. 2.Tersedia tempat untuk melakukan konseling. 3.Tersedia kriteria pasien yang dilakukan konseling. 4.Tersedia form konseling. 5.Hasil konseling setiap pasien dapat ditelusuri	tidak ada	1- 2 item terpenuhi	3-4 item terpenuhi	5 item terpenuhi dan memenuhi standar	0		
t. Visite pasien di puskesmas rawat inap	Persyaratan: 1.Ada SOP ronde/visite pasien. 2.Dilakukan visite mandiri. 3.Dilakukan visite bersama dokter. 4.Ada catatan hasil visite .5.Ada evaluasi hasil visite	0 item	1-2 item terpenuhi	3-4 item terpenuhi	5 item terpenuhi dan memenuhi standar	0		
u. Pemantauan dan Pelaporan Efek Samping Obat	Persyaratan: 1.Ada SOP pemantauan dan pelaporan efek samping obat. 2.Terdapat dokumen pencatatan efek samping obat pasien.. 3.Ada pelaporan efek samping obat pada dinas kesehatan	tidak ada	1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
v. Pemantauan terapi obat (PTO)	Persyaratan: 1.Ada SOP pemantauan terapi Obat. 2.Dilakukan PTO baik rawat inap maupun rawat jalan 3.Ada dokumen pencatatan PTO.	tidak ada	1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
w. Evaluasi penggunaan obat (EPO)	Persyaratan: 1.Ada SOP Evaluasi Penggunaan Obat. 2'Ada SOP Evaluasi Penggunaan Obat. 3. Evaluasi dilakukan secara berkala. 4. Ada dokumen pencatatan EPO.	tidak ada	1-2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
<b>Administrasi obat</b>								
x. Pengelolaan resep	Persyaratan: 1.Resep disimpan minimal 5 tahun. 2.Arsip resep disimpan sesuai dengan urutan tanggal. 3.Resep narkotika dan psikotropika disendirikan. 4.Resep yang sudah tersimpan > 5 tahun dapat dimusnahkan dengan disertai dokumentasi dan berita acara pemusnahan resep.	tidak ada	1-2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		

y. Kartu stok	Persyaratan: 1.Tersedia kartu stock untuk obat yang disimpan di gudang obat, ruang farmasi, ruang pelayanan, pustu dan polindes . 2.Pencatatan kartu stock dilakukan setiap kali transaksi (pemasukan maupun pengeluaran). 3.Sisa stok sesuai dengan fisik. 4.Kartu stok diletakan didekat masing-masing barang	tidak ada	1-2 item terpenuhi	3 item terpenuhi	4 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
z. LPLPO	Persyaratan: 1.Form LPLPO sesuai dengan kebutuhan. 2.LPLPO semua sub unit pelayanan tersimpan dengan baik. 3.LPLPO dilaporkan sesuai dengan ketentuan	tidak dibuat LPLPO	1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
aa. Narkotika dan Psikotropika	Persyaratan: 1.Ada laporan narkotika dan psikotropika 2.Ada catatan harian narkotika sesuai dengan ketentuan. 3.Laporan narkotika dan psikotropika tersimpan dengan baik.	tidak dibuat Laporan	1 item terpenuhi	2 item terpenuhi	3 item terpenuhi dan memenuhi standar	10		
bb. Pelabelan obat high alert	Ada pelabelan tertentu untuk seluruh item obat yang beresiko tinggi pada pasien jika penggunaan tidak sesuai ketentuan	Tidak ada label untuk obat high alert	Ada, tidak lengkap	Ada labeling obat high alert, namun penataan obat high alert tidak beraturan	memenuhi standar	10		
<b>Jumlah manajemen pelayanan Kefarmasian (VII)</b>						<b>8.33</b>		
<b>8. Manajemen Data dan Inform</b>								
a. Data dan informasi lengkap dengan analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta dilaporkan ke kab/ kota	Pencatatan data dasar, data PKP (program UKM dan UKP, manajemen dan mutu), data 155 penyakit di Puskesmas,laporan KLB, laporan mingguan, bulanan, tahunan, laporan surveilans sentinel, laporan khusus, pelaporan lintas sektor terkait, umpan balik pelaporan,klasifikasi dan kodifikasi data	tidak ada data	Data tidak lengkap,analisa , rencana tindak lanjut , tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap,ada analisa , rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	7		
b. Validasi data	Data ASPAK, ketenagaan,sarana prasarana dan fasilitas , data progam UKM, UKP, mutu,data SIP, data surveillans dan PWS,PKP	Tidak ada	50% pencatatan program ada	75% pencatatan program ada	Lengkap pencatatan dan pelaporan, benar dan dilaporkan ke Dinkes kab/ kota	10		
c. Penyajian/ <i>updating</i> data dan informasi	Penyajian/ <i>updating</i> data dan informasi tentang : capaian program (PKP), KS, hasil survei SMD, IKM,data dasar, data kematian ibu dan anak, status gizi , Kesehatan lingkungan, SPM, Standar Puskesmas	Tidak ada data dan pelaporan	Kelengkapan data 50%	Kelengkapan data 75%	Lengkap pencatatan dan pelaporan, benar	7		
<b>Jumlah nilai manajemen data dan informasi (VIII)</b>						<b>8</b>		
<b>9. Manajemen Program UKM esensial</b>								
a. KA kegiatan masing-masing UKM	Rancangan kegiatan yang digunakan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan	tidak ada KAK	KAK lengkap untuk 2-3 program	KAK lengkap untuk 4 program	KAK lengkap untuk 5 program	10		
b. Pencatatan pelaporan kegiatan	Pelaksanaan program bail dalam gedung maupun luar gedung yg secara rutin dilaporkan ke Dinkes kab/ kota	Indikator kinerja yang lengkap 0-1 indikator	Pencatatan pelaporan lengkap untuk 2-3 program	Pencatatan pelaporan lengkap untuk 4 program	Pencatatan pelaporan lengkap untuk 5 program			



	c. Data program, analisa pelaksanaan program UKMesensialn, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data program, analisa pelaksanaan program UKMesensialn, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	data program tidak lengkap, tidak ada analisa pelaksanaan program UKM esensial , rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	data program tidak lengkap , ada sebagian analisa pelaksanaan program UKM esensial , rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	ada data program, analisa pelaksanaan program UKM pengembangan, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Ada data program, analisa pelaksanaan program UKM esensial n, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10		
<b>Jumlah Nilai Manajemen Program UKM Essensial (IX)</b>							<b>10</b>		
<b>10. Manajemen Program UKM Pengembangan</b>									
	a. KA kegiatan masing-masing UKM pengembangan	Rancangan kegiatan yang digunakan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan	Tidak ada KAK	KAK lengkap untuk 2-3 program	KAK lengkap untuk 4-7 program	KAK lengkap untuk semua program	10		
	b. Pencatatan pelaporan kegiatan	Pelaksanaan program bail dalam gedung maupun luar gedung yg secara rutin dilaporkan ke Dinkes kab/ kota	Tidak ada	Ada ,tetapi belum ada SK Ka Pusk	Ada SK Ka Pusk, tetapi belum ada pembahasan dg LP	Lengkap pencatatan dan pelaporan, benar dan dilaporkan ke Dinkes kab/ kota	10		
	c. Data program, analisa pelaksanaan program UKM pengembangan, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Analisa pelaksanaan program UKM pengembangan dan rencana tindak lanjutnya	Data program tidak lengkap, tidak ada analisa pelaksanaan program UKM pengembangan, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Data program tidak lengkap , ada sebagian analisa pelaksanaan program UKM pengembangan, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Ada data program, analisa pelaksanaan program UKM pengembangan, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Ada data program, analisa pelaksanaan program UKM pengembangan, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10		
<b>Jumlah nilai manajemen UKM Pengembangan (X)</b>							<b>10</b>		
<b>11. Manajemen Program UKP</b>									
	a. SOP pelayanan	SOP masing-masing pemeriksaan ( medis, gawat darurat, tindakan, keperawatan, kebidanan, farmasi, gizi, laboratorium)	tidak ada SOP	Kelengkapan SOP 50%	Kelengkapan SOP 75%	SOP lengkap	10		
	b. Daftar rujukan UKP dan MOU	Daftar rujukan dengan bukti perjanjian kerjasama dengan fasilitas rujukan lain (contoh: limbah, laboratorium, rujukan medis)	tidak ada dokumen	tidak ada daftar rujukan dan ada sebagian MOU	Ada, ada sebagian MOU	dokumen lengkap	10		

	c. Pencatatan dan Pelaporan program UKP	Pencatatan dengan dokumen jadwal jaga, pengisian lengkap rekam medis, informed consent, lembar observasi, register2/ laporan2 di pelayanan serta laporan bulanan ke Dinkes Kab Kota, monitoring program UKP, form pemeriksaan lab, form rujukan internal,lembar rawat inap, lembar asuhan keperawatan.	Tidak ada	50% pencatatan program ada	75% pencatatan program ada	dokumen lengkap	7		
	d. Data UKP, analisa pelaksanaan UKP, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Tersedia data UKP, dianalisa pelaksanaan program UKP, membuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	tidak ada data UKP, dianalisa pelaksanaan program UKP, membuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	ada data UKP, belum dianalisa pelaksanaan program UKP, membuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	ada data UKP, dianalisa pelaksanaan program UKP, membuat rencana tindak lanjut, belum di tindak lanjuti dan dievaluasi	Ada data UKP, dianalisa pelaksanaan program UKP, membuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	10		
<b>Jumlah nilai manajemen UKP (XI)</b>							<b>9.25</b>		
<b>12. Manajemen Mutu</b>									
	a. SK Tim mutu admin, UKM dan UKP, SK Tim PPI, SK Tim Keselamatan Pasien, uraian tugas serta evaluasi uraian tugas	SK dan uraian tugas Tim mutu yang terdiri dari ketua pokja UKM, UKP, manajemen, mutu, PPI, Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Audit Internal. Tim yang bertanggung jawab terhadap implementasi kebijakan mutu Puskesmas.	Tidak ada	Ada SK Tim mutudan uraian tugas serta evaluasi uraian tugas tidak ada	Ada SK Tim, uraian tugas tidak ada, serta evaluasi uraian tugas	Ada SK Tim, uraian tugas serta evaluasi uraian tugas	10		
	b. Rencana program mutu dan keselamatan pasien serta pelaksanaan dan evaluasinya	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	dokumen rencana program mutu dan keselamatan pasien lengkap dengan sumber dana, sumber daya serta bukti pelaksanaan dan evaluasinya	10		
	c. Pengelolaan risiko di Puskesmas	Membuat register risiko admin, ukm dan UKP, membuat laporan insiden KTD, KPC, KTC, KNC, melakukan analisa, melakukan tindak lanjut dan evaluasi, ada pelaporan ke Dinkes kab/ kota	Tidak ada dokumen	ada register risiko admin, ukm dan UKP, laporan insiden KTD, KPC, KTC, KNC, tidak ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta pelaporan ke Dinkes kab/ kota	ada register risiko admin, ukm dan UKP, laporan insiden KTD, KPC, KTC, KNC, analisa, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut, evaluasi dan pelaporan ke Dinkes kab/ kota	ada register risiko admin, ukm dan UKP, laporan insiden KTD, KPC, KTC, KNC, analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi sertapelaporan ke Dinkes kab/ kota	10		

	d. 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		
	e. Survei Kepuasan Masyarakat dan Survei Kepuasan Pasien	Survei Kepuasan didokumentasikan, dianalisa, dibuat rencana tindak lanjut, tindak lanjut, dievaluasi serta dipublikasikan	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		
	f. Audit internal UKM, UKP, manajemen dan mutu	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	Dilakukan, dokumen lengkap, tidak ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan, dokumen lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi hasil tindak lanjut	10		
	g. Rapat Tinjauan Manajemen	Rapat Tinjauan Manajemen ( RTM) dilakukan minimal 1x/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. Ada notulen, daftar hadir, ada analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi serta menghasilkan luaran rencana perbaikan, 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_1 kali setahun, dokumen notulen, daftar hadir lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut ( perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan belum dilakukan evaluasi	Dilakukan $\geq 1$ kali setahun, dokumen notulen, daftar hadir lengkap, ada analisa, rencana tindak lanjut ( perbaikan/peningkatan mutu), tindak lanjut dan evaluasi	10		
	<b>Jumlah nilai manajemen mutu ( XII)</b>						<b>10</b>		
	<b>TOTAL NILAI KINERJA MANAJEMEN (I- XII)</b>						<b>9.65</b>		

Interpretasi rata2 manajemen:

1. Baik bila nilai rata-rata	$\geq 8,5$
2. Cukup bila nilai rata-rata	5,5 - 8,4
3. Rendah bila nilai rata-rata	$\leq 5,5$





















































































## REKAPITULASI NILAI,ANALLISA , HAMBATAN DAN RENCANA TINDAK LAN

Puskesmas : WEDARIJAKSA II  
Kabupaten : PATI

NO	Upaya pelayanan Kesehatan, Manajemen dan Mutu	Rata2 Program
(1)	(2)	(3)
<b>I</b>	<b>Manajemen Puskesmas</b>	
	1. Manajemen Umum	
	2. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat	
	3. Manajemen Peralatan	
	4. Manajemen Sarana Prasarana	
	5. Manajemen Keuangan	
	6. Manajemen Sumber Daya Manusia	
	7. Manajemen pelayanan Kefarmasian	
	8. Manajemen Data dan Informasi	
	9. Manajemen Program UKM esensial	
	10. Manajemen Program UKM Pengembangan	
	11. Manajemen Program UKP	
	12. Manajemen Mutu	
<b>II</b>	<b>UKM Esensial</b>	
	1. Upaya Promosi Kesehatan	
	2. Kesehatan Lingkungan	
	3. Kesehatan Ibu, Anak dan KB	
	4. Upaya pelayanan Gizi	
	5. Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	
	6. Perkesmas	
<b>III</b>	<b>UKM Pengembangan</b>	
	1. pelayanan Kesehatan Jiwa	
	2. pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat	
	3. pelayanan Kesehatan Tradisional	
	4. pelayanan Kesehatan Olahraga	
	5. pelayanan Kesehatan Indera	
	6. pelayanan Kesehatan Lansia	
	7. pelayanan Kesehatan Kerja	
	8. Kesehatan Matra	

	<b>UKP</b>	
<b>IV</b>	1.pelayanan Non Rawat Inap	
	2.pelayanan gawat darurat	
	3.pelayanan Kefarmasian	
	4. pelayanan Laboratorium	
	5.Rawat inap	
	<b>Mutu</b>	
<b>V</b>	1. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	
	2. Survei Kepuasan Pasien	
	3. Standar jumlah dan kualitas tenaga di Puskesmas	
	4. Standar ruang pelayanan Puskesmas	
	5. Standar peralatan Kesehatan Puskesmas	
	6. Sasaran Keselamatan pasien	
	7. PPI	
		rata-rata :

Interpretasi rata2 program:

1. Baik bila nilai rata-rata	$\geq 91\%$
2. Cukup bila nilai rata-rata	81 - 90 %
3. Rendah bila nilai rata-rata	$\leq 80\%$

Interpretasi rata2 manajemen:

1. Baik bila nilai rata-rata	$\geq 8,5$
2. Cukup bila nilai rata-rata	5,5 - 8,4
3. Rendah bila nilai rata-rata	$\leq 5,5$





























































