



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN

JL. Dr. Soetomo No 75-77 Jombang. Kode Pos : 61419
Telp. (0321) 866197 Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com
Website : www.jombangkab.go.id

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN JOMBANG
NOMOR:188.4/1812/415.17/2023

TENTANG
INDIKATOR PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS DI KABUPATEN JOMBANG

KEPALA DINAS KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk melaksanakan Pasal 1 huruf a angka 3 Peraturan Menteri Kesehatan No 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, setiap Puskesmas wajib melaksanakan Penilaian Kinerja Puskesmas;
 - b. bahwa untuk melaksanakan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Nomor 188/1340/KPTS/102.4/2023 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas di Jawa Timur;
 - c. bahwa untuk memenuhi maksud sebagaimana huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Indikator Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Jombang dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara No.5038);
 2. Undang-Undang Nomor. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 3. Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587); sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran negara RI Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 6178);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan No 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas);
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Tehnis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan);
 7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;


8. Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Kabupaten Jombang Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Jombang;
9. Peraturan Bupati Jombang Nomor 83 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Pokok dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang;
10. Peraturan Bupati Jombang Nomor 70 Tahun 2022 Tentang Perubahan Peraturan Bupati Jombang Nomor 65 Tahun 2018 Tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Kabupaten Jombang.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

- KESATU** : Indikator Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Jombang.
- KEDUA** : Indikator Penilaian Kinerja Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari keputusan ini.
- KETIGA** : Indikator Penilaian Kinerja Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dipergunakan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Jombang.
- KEEMPAT** : Pembinaan dan Pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan ini dilaksanakan oleh Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang dengan melibatkan secara aktif Seksi / Bidang terkait.
- KELIMA** : Mencabut Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang Nomor : 188.4/026/415.17/2021 tentang Indikator Penilaian Kinerja Puskesmas di Kabupaten Jombang dan menyatakan tidak berlaku
- KEENAM** : Keputusan ini diberlakukan mulai Januari 2023

Ditetapkan di : Jombang
Pada tanggal : 4 April 2023


**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG**
drg. BUDI NUGROHO, MPPM
Pembina Utama Muda
NIP. 19631213 198903 1 006

LAMPIRAN 1 : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN

KABUPATEN JOMBANG

NOMOR : 188.4/1812/415.17/2023

TANGGAL : 4 April 2023

Definisi Operasional Kinerja Administrasi dan Manajemen Puskesmas

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3	4	5	6	7
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
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
3.	RPK/POA bulanan/tahunan	Dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), sebagai acuan pelaksanaan kegiatan yang akan diadwalkan 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 dalam LP maupun LS dalam penentuan jadwal

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3	4	5	6	7
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, <i>briefing</i> penjelasan program dari Kapus dan detail pelaksanaan program (target, strategi pelaksanaan) 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
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 memuat 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 lokmin, undangan rapat lokmin lengkap	Ada, dokumen yang menindaklanjuti hasil lokmin yang melibatkan peran serta LS
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	survei kurang dari 30%	Dilakukan survei >30%, dilakukan intervensi awal dan dilakukan entri data aplikasi	Dilakukan survei >30%, dilakukan intervensi awal, data dilakukan analisis hasil survei	Dilakukan survei minimal lebih dari 30%, telah dilakukan intervensi awal, dilakukan entri data aplikasi, dilakukan analisis data dan intervensi lanjut

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
1	2	3 gangguan jiwa mendapat pengobatan, tidak merokok, JKN, air bersih dan jamban sehat yang dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya	4	5	6	7	
7	Survei Mawas Diri (SMD)	Kegiatan mengenai 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.	
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 pemberdayaan masyarakat	ada pertemuan minimal 2 kali setahun, ada hasil pembahasan pemberdayaan masyarakat, tindak lanjut ada pemberdayaan	
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	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	

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala						
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10			
1	2	3 pelaksanaan uraian tugas minimal sekali setahun	4	5	6	7	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 pelaksanaan kegiatan dan peningkatan mutu, tidak ada bukti pelaksanaan evaluasinya	rencana kegiatan dan peningkatan mutu, bukti pelaksanaan dan evaluasi belum dilakukan	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		
11	Pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas	proses identifikasi, evaluasi, pengendalian dan meminimalkan risiko di Puskesmas	Tidak melakukan manajemen risiko dan tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, tidak ada upaya pencegahan risiko, tidak ada dokumen register risiko	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan risiko, ada dokumen register risiko tidak lengkap	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan risiko, ada dokumen register risiko lengkap	Melakukan identifikasi risiko, ada upaya pencegahan risiko, ada dokumen register risiko lengkap		
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 , tidak lanjut dan evaluasi belum ada	Media dan data ada , rencana tindak lanjut dan evaluasi belum ada .	Media dan data ada , analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tidak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Media dan data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut dan evaluasi		
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 lengkap, analisa rencana tindak lanjut, tidak lanjut serta publikasi belum ada	Data lengkap, analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tidak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data lengkap, analisa sebagian ada , rencana tindak lanjut, tidak lanjut dan evaluasi serta publikasi belum ada	Data ada, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut, tidak lanjut dan evaluasi serta publikasikan		
14	Audit internal	Pemantauan mutu layanan sepanjang tahun, meliputi audit	Tidak dilakukan audit internal	Dilakukan, tidak ada dokumen	Dilakukan, ada dokumen lengkap, ada analisa,	Dilakukan, ada dokumen lengkap, ada analisa,	Dilakukan, ada dokumen lengkap, ada analisa,		

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3 input, proses (PDCA) dan output pelayanan, ada jadwal selama setahun, instrumen, hasil dan laporan audit internal	4	5 analisa, rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi	6 rencana tindak lanjut, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	7 rencana tindak lanjut, tindak lanjut dan evaluasi
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 dan peningkatan mutu	Dilakukan 1 kali setahun, daftar hadir notulen, ada analisa, rencana tindak lanjut (perbaikan/peningkatan mutu), belum ada tindak lanjut dan evaluasi	Dilakukan 2 kali setahun, ada notulen, daftar hadir, 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
16	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, Pemantauan Standar Puskesmas	Tidak ada data dan pelaporan	Kelengkapan data 50%	Kelengkapan data 75%	Lengkap pencatatan dan pelaporan, benar
1.2. Manajemen Peralatan dan Sarana Prasarana						
1	Kelengkapan dan <i>Updating</i> 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	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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3	4	5	6	7
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	Kab/Kota 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
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.
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.
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.
1.3. Manajemen Keuangan						
1	Data realisasi keuangan	Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti	Tidak ada data	Data/laporan belum di analisa, rencana tindak lanjut dan evaluasi	Data/laporan lengkap, analisa, rencana tindak lanjut, dan evaluasi	Ada data/laporan keuangan, lengkap dengan rencana tindak lanjut dan evaluasi

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3	4	5	6	7
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
1.4. Manajemen Sumber Daya Manusia						
1	Rencana Kebutuhan Tenaga (Rambut)	Metode Penghitungan Kebutuhan SDM Kesehatan secara rill sesuai kompetensinya berdasarkan beban kerja	Tidak ada dokumen	Ada dokumen rebut, dengan hasil ≤ 4 jenis nakes dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen rebut, dengan hasil ≤ 7 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) dari 9 nakes sesuai kebutuhan	Ada dokumen rebut, dengan hasil ≤ 9 jenis nakes (termasuk dokter, dokter gigi, bidan dan perawat) sesuai kebutuhan
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
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 evaluasi nya	Tidak ada data	Data tidak lengkap, tidak ada analisa , rencana 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

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3	4	5	6	7
1.5. Manajemen Pelayanan Kefarmasian (Pengelolaan obat, vaksin, reagen dan bahan habis pakai)						
1.	SOP Pelayanan Kefarmasian	SOP pengelolaanediaan farmasi (perencanaan, pengadaan, penyimpanan, 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/SB BK), 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 formasi), Visite untuk dalam gedung dan Home Pharmacy Care

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3	4	5	6	7
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) dan sarana pendukung farmasi klinik (alat peracikan obat, perkamen, etiket)	Tidak ada sarana prasarana	Ada sarana prasarana, tidak lengkap sesuai kebutuhan	Ada sarana prasarana, lengkap sesuai kebutuhan	Untuk luar gedung (dokumen catatan obat pasien/dokumen PTO) pemantauan (PTO) obat(khusus PTO)khusus Puskesmas rawat inap , pengelolaan obat emergensi (ada emergency kit dan buku monitoring obat emergency)
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	Tidak ada data/dokumen	Data tidak lengkap, tidak ada dokumen hasil pelaksanaan, Monitoring evaluasi, tidak terarsip dengan baik, rencana tindak lanjut dan evaluasi belum ada	Data lengkap, terarsip dengan baik, tidak ada analisa, tidak ada tindak lanjut dan evaluasi	Data ada, terarsip dengan baik, analisa lengkap dengan rencana tindak lanjut dan evaluasi

No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
1	2	3 (khusus untuk puskesmas rawat inap) , MESO, laporan POR, kesesuaian obat dengan Fornas) 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 gema cermat	4	5	6	7


KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG
KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG
drg. BUDI NUGROHO, MPPM
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19631213 198903 1 006

LAMPIRAN 2 : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG
 NOMOR : 188.4/1812/415.17/2023
 TANGGAL : 4 April 2023

Definisi Operasional, Cara Penghitungan dan Target Indikator Kinerja UKM Esensial Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.1. UKM Esensial					
2.1.1. Pelayanan Promosi Kesehatan					
2.1.1.1. Pengkajian PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)					
1.	Rumah Tangga yang dikaji	Rumah Tangga (RT) yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan RT di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun. Pelaksanaan pengkajian pada masa pandemi dengan memperhatikan protokol kesehatan	Jumlah Rumah Tangga yang dikaji PHBS dibagi jumlah sasaran Rumah Tangga dikali 100%	20%	Laporan Tahunan
2.	Institusi yang dikaji	Institusi Pendidikan (SD / MI , SLTP / MTs, SLTA/ MA dan atau sederajat) yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan Institusi Pendidikan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah Institusi Pendidikan yang dikaji PHBS dibagi jumlah sasaran Institusi Pendidikan dikali 100%	50%	Laporan Tahunan
3.	Pondok Pesantren (Ponpes) yang dikaji	Pondok Pesantren yang dikaji/dilaksanakan survey PHBS tatanan Pondok Pesantren di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun. Pelaksanaan pengkajian pada masa pandemi dengan memperhatikan protokol kesehatan	Jumlah Pondok Pesantren yang dikaji PHBS dibagi jumlah Ponpes dikali 100%	70%	Laporan Tahunan
2.1.1.2. Tatanan Sehat					
1.	Rumah Tangga Sehat yang memenuhi 10 indikator PHBS	Rumah Tangga (minimal yang dikaji adalah 20% dari Total Rumah Tangga) yang memenuhi 10 indikator PHBS rumah tangga (persalinan ditolong oleh nakes, bayi diberi ASI eksklusif, menimbang bayi/balita,	Jumlah Rumah Tangga yang memenuhi 10 indikator PHBS rumah tangga dibagi jumlah sasaran rumah tangga yang dikaji dikali 100%	55%	Laporan Tahunan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Institusi Pendidikan yang memenuhi 7 - 9 indikator PHBS (klasifikasi IV)	Institusi Pendidikan (minimal yang dikaji adalah 50% dari institusi pendidikan yang ada) yang memenuhi 7 -9 indikator PHBS Institusi Pendidikan (mencuci tangan dengan air yang mengalir & menggunakan sabun, menggunakan jamban bersih dan sehat, menggunakan masker dengan benar, menjaga jarak, melakukan desinfeksi ruang belajar, melakukan cek suhu, membawa peralatan pribadi dan bekal makan sendiri, pengaturan sirkulasi udara, memberantas jentik, tidak merokok di sekolah, mengukur BB dan TB tiap 6 (enam) bulan sekali, membuang sampah pada tempatnya) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.	Jumlah Institusi Pendidikan yang memenuhi 7 - 9 Indikator PHBS Institusi Pendidikan dibagi jumlah sasaran Institusi Pendidikan yang dikaji dikali 100%	74%	Laporan Tahunan
3.	Pondok Pesantren yang memenuhi 13-15 indikator PHBS Pondok Pesantren (Klasifikasi IV)	Pondok Pesantren (minimal yang dikaji adalah 70 % dari Ponpes yang ada) yang memenuhi 13 - 15 indikator PHBS Pondok Pesantren (kebersihan perorangan, penggunaan air minum dan air bersih, kebersihan tempat wudhu, menggunakan kamar mandi dan jamban sehat, kebersihan asrama, kebersihan ruang belajar, kebersihan halaman, tempat penampungan air dan barang bekas bebas jentik, mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, pemanfaatan Poskestren dan sarana yankes, tidak merokok, mengetahui informasi kesehatan prioritas, menjadi peserta dana sehat, membuang sampah di	Jumlah Ponpes yang memenuhi 13 - 15 indikator PHBS Ponpes dibagi jumlah Pondok Pesantren yang dikaji dikali 100% Catatan: tidak dihitung sebagai pembagi bila tidak ada Ponpes	50%	Laporan Tahunan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		tempat sampah, kebersihan dapur) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun.			
2.1.1.3. Intervensi/ Penyuluhan					
1.	Kegiatan intervensi pada Kelompok Rumah Tangga	Kelompok RT di Posyandu Balita yang telah diintervensi minimal 4 kali per Posyandu terkait 10 indikator PHBS bisa dengan penyuluhan kelompok langsung atau memberikan informasi kesehatan melalui WA grup dan atau bentuk intervensi lain (dengan metode apapun) oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah kegiatan penyuluhan/bentuk kelompok /bentuk intervensi lain terkait 10 indikator PHBS pada rumah tangga melalui Posyandu Balita yang ada di wilayah Puskesmas selama 1 tahun dibagi (4 kali jumlah posyandu Balita yang ada di wilayah kerja puskesmas) dikali 100 %	100%	Laporan Tribulanan
2.	Kegiatan intervensi pada Institusi Pendidikan	Institusi Pendidikan (SD / MI ; SLTP / MTs, SLTA/MA) yang telah diintervensi minimal 2 kali per institusi pendidikan baik dengan penyuluhan dan atau bentuk intervensi lainnya (dengan metode apapun) oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah kegiatan penyuluhan/bentuk intervensi lain pada institusi pendidikan yang dikaji PHBS selama 1 tahun dibagi (2 kali jumlah institusi pendidikan yang dikaji PHBS) dikali 100 %	100%	Laporan Semesteran
3.	Kegiatan intervensi pada Pondok Pesantren	Pondok Pesantren yang telah diintervensi minimal 2 kali tiap ponpes baik dengan penyuluhan kelompok langsung atau memberikan informasi kesehatan melalui WA grup dan atau bentuk intervensi lainnya (dengan metode apapun) oleh petugas Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah kegiatan penyuluhan/bentuk intervensi lain pada pondok pesantren yang dikaji PHBS selama 1 tahun dibagi (2 kali jumlah pondok pesantren yang dikaji PHBS) dikali 100 %	100%	Laporan Semesteran
2.1.1.4. Pengembangan UKM					
1.	Posyandu Balita PURI (Purnama Mandiri)	Posyandu Balita yang berstrata Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah Posyandu Balita Purnama dan Mandiri dibagi jumlah Posyandu Balita dikali 100%	76%	Laporan Tahunan
2.	Poskesdes/ Poskeskel Aktif	Poskesdes/Poskeskel yang berstrata Madya, Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah Poskesdes/Poskeskel yang berstrata Madya, Purnama dan Mandiri dibagi jumlah	78%	Laporan Tahunan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.1.1.5 Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif					
1.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif	Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu satu tahun	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri dibagi jumlah total desa dikali 100%	98,3%	Laporan Tahunan
2.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif PURI (Purnama Mandiri)	Desa/Kelurahan Siaga Aktif dengan Strata Purnama dan Mandiri di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga Aktif Purnama dan Mandiri dibagi jumlah total Desa Siaga dikali 100%	17,5%	Laporan Tahunan
3.	Pembinaan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	Pembinaan Desa/Kelurahan Siaga oleh petugas Puskesmas minimal 2 (dua) kali dalam satu tahun di wilayah kerja Puskesmas	Jumlah Desa/Kelurahan Siaga yang dibina 2 kali per tahun dibagi jumlah total desa/Kelurahan Siaga dikali 100 %	100%	Laporan Semesteran
2.1.1.6. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat					
1.	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (sasaran masyarakat)	Puskesmas dan jaringannya (Puskesmas, Pustu, Ponkesdes) memberikan promosi kesehatan program prioritas (Penurunan AKI & AKB, Stunting, Covid, HIV/AIDS, TB, Kusta, Napza, Diabetes Mellitus, Hipertensi, Gangguan Jiwa, Imunisasi, Gernas dan Posyandu) kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya minimal 12 (dua belas) kali dalam satu tahun	Jumlah Puskesmas dan jaringannya yang melakukan promosi kesehatan program prioritas minimal sebanyak 12 (dua belas) kali dalam kurun waktu satu tahun kepada masyarakat yang datang ke Puskesmas dan jaringannya dibagi jumlah Puskesmas dan jaringannya di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100 %	100%	Laporan Bulanan
2	Pengukuran Pembinaan Tingkat Perkembangan UKM dan Tingkat Perkembangan UKM	Pengukuran dan pembinaan tingkat perkembangan UKM adalah penentuan strata UKM yang terdiri dari strata Pratama, Madya, Purnama & Mandiri serta pembinaan tingkat perkembangannya agar meningkat stratanya. UKM yang diukur dan dibina tingkat perkembangannya adalah Posyandu Balita,	Jumlah UKM yang diukur dan dibina tingkat perkembangannya dibagi Jumlah UKM yang ada di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun dikali 100 %	100%	Profil Promkes

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	(1)	(2)	(3)	(4)	Cara Penghitungan	Target Th 2023	(5)	(6)	Sumber Data
		Posyandu Lansia, Poskesdes, Pos Kesehatan Pesantren, Saka Bhakti Husada, yang ada di wilayah kerja Puskesmas, oleh petugas Puskesmas selama 1 (satu) tahun. Skor strata berdasarkan Buku Pedoman Pengukuran Tingkat Perkembangan UKBM yaitu Posyandu Balita (Pratama: <60; Madya: 64-74; Purnama :75-94; Mandiri: 95 -100); Poskesdes dan Poskestren (Pratama: <50, Madya: 50 - 69; Purnama:70-89; Mandiri : 90 - 100); SBH (Pratama : < 30; Madya : 30 - 49; Purnama: 50 - 69; Mandiri : 70 -100).									
2.1.2. Pelayanan Kesehatan Lingkungan											
2.1.2.1. Penyehatan Air											
1.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air Minum (SAM)	Monitoring/ Inspeksi Kesehatan Lingkungan /IKL terhadap Sarana Air Minum (SAM), yaitu yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> • jaringan perpipaan, (PDAM, Hippam / BPSPAM), • Bukan Jaringan Perpipaan Komunal (sumur pompa tangan, sumur bor dengan pompa, sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa) • Perlindungan Mata Air (PMA), • Penampungan Air Hujan (PAH) yang disebut sebagai sistim penyediaan air bersih/Minum (SPAM) di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu tertentu. 		Jumlah SAM yang di IKL dibagi jumlah SAM yang ada dikali 100 %	50%						Laporan Bulanan
2.	Sarana Air Minum (SAM) yang telah di IKL	Sarana Air Minum (SAM) dimana hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) secara teknis dalam kategori resiko rendah dan sedang, sehingga aman untuk dipakai kebutuhan sehari-hari (termasuk untuk kebutuhan makan dan minum) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu		Jumlah SAM yang di IKL dengan hasil rendah dan sedang dibagi jumlah SAM yang di IKL dikali 100 %	90%						Laporan Bulanan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Sarana Air Minum (SAM) yang diperiksa kualitas airnya	Sarana Air Minum (SAM) yang beresiko rendah dan sedang di uji kualitas airnya (laboratorium/sanitarian kit) di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu tertentu	Jumlah SAM yang di uji kualitas airnya dibagi jumlah SAM resiko rendah dan sedang dikali 100%	72%	Laporan Bulanan
4.	Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat	Sarana Air Minum (SAM) yang sudah diuji kualitas secara fisik, kimia, dan mikrobiologi (laboratorium/sanitarian kit) memenuhi syarat kesehatan	Jumlah SAM yang uji kualitas airnya memenuhi syarat dibagi jumlah SAM yang diuji kualitas airnya	15%	Laporan Bulanan
2.1.2.2. Penyehatan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)					
1.	Pembinaan Pengelolaan (TPP) Pangan	Monitoring/ Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) Tempat Pengelolaan Makanan (TPP) dengan sasaran: <ul style="list-style-type: none"> • Jasa Boga / Katering (Gol A, B, dan C) • Restoran • DAM (Depot Air Minum) • TPP Tertentu (Makanan yang tahan hingga 7 hari) • Rumah Makan (Gol A1 dan A2) • Penyediaan Makanan Keliling Tempat Tidak Tetap (Gerai Pangan Jajanan Keliling Gol A1, A2, dan B) • Restoran dan Penyediaan Makanan Keliling Lainnya (Sentra Pangan Jajanan/Kantin, Gerai Pangan Jajanan, dan Dapur Gerai Pangan Jajanan) pada kurun waktu tertentu 	Jumlah TPP yang di IKL dibagi jumlah TPP yang ada dikali 100 %	68%	Laporan Tribulan
2.	TPP yang memenuhi syarat kesehatan	TPP yang dari segi fisik (sanitasi), penjamah, kualitas makanan memenuhi syarat tidak berpotensi menimbulkan kontaminasi atau dampak negatif kesehatan, dengan bukti hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) yang memenuhi syarat kesehatan selama di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah TPP yang memenuhi syarat kesehatan dibagi jumlah TPP yang dibina dikali 100 %	55%	Laporan Tribulan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.1.2.3. Pembinaan Tempat Fasilitas Umum (TFU)					
1.	Pembinaan sarana TFU Prioritas	Inspeksi kesehatan lingkungan dan pembinaan yang meliputi rekomendasi teknis dll terhadap penanggung jawab dan petugas pada TFU Prioritas (Puskesmas, SD/MI, SMP/MTs) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah TFU Prioritas yang dibina dibagi jumlah TFU Prioritas yang terdaftar dikali 100 %	80%	Laporan Tribulan
2.	TFU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	TFU prioritas yang memenuhi syarat kesehatan, dimana secara teknis cukup aman untuk dipergunakan dan tidak memiliki resiko negatif terhadap pengguna, petugas dan lingkungan sekitar dengan dibuktikan hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) yang memenuhi syarat pada kurun waktu tertentu	Jumlah TFU Prioritas yang memenuhi syarat kesehatan dibagi jumlah TFU Prioritas yang terdaftar dikali 100 %	30%	Laporan Tribulan
2.1.2.4. Yankesling (Klinik Sanitasi)					
1.	Konseling Sanitasi	Pelayanan berupa Konseling Sanitasi yang diberikan kepada pasien/penderita Penyakit yang Berbasis Lingkungan (PBL), yaitu ISPA, TBC, DBD, Malaria, Chikungunya, Flu burung, Filariasis, Diare, Kecacingan, Kulit, keracunan makanan dan peptisida di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah pasien PBL yang dikonseling dibagi dengan jumlah Pasien PBL di wilayah Puskesmas dikali 100 %	10%	Laporan Bulanan Puskesmas (LB1), laporan/jumlah pasien jumlah
2.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan PBL	Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap sarana pasien PBL yang telah dikonseling	Jumlah IKL sarana pasien PBL yang dikonseling dibagi dengan jumlah pasien yang dikonseling dikali 100%	20%	Laporan Bulanan Puskesmas
3.	Intervensi terhadap pasien PBL yang di IKL	Pasien PBL menindaklanjuti hasil inspeksi	Jumlah pasien PBL yang menindaklanjuti hasil inspeksi dibagi jumlah pasien PBL yang di IKL dikali 100%	40%	Laporan Bulanan Puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	(1)	(2)	(3)	(4)	Target Th 2023	(5)	Sumber Data	(6)
2.1.2.5. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) = Pemberdayaan Masyarakat											
1.	Desa/kelurahan yang Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	Desa/Kelurahan yang masyarakatnya sudah tidak ada yang berperilaku buang air besar di sembarangan tempat tetapi sudah buang air besar di tempat yang terpusat/jamban sehat pada kurun waktu tertentu.	Jumlah Desa/Kelurahan yang sudah Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dibagi jumlah desa/kelurahan yang ada dikali 100 %				90%		Laporan Bulanan STBM		
2.	Desa/ Kelurahan Implementasi STBM 5 Pilar	Desa/Kelurahan yang: <ul style="list-style-type: none"> • Minimal ada intervensi pemicuan 5 Pilar STBM; • Ada Natural Leader terlatih 5 Pilar STBM; • Ada rencana aksi kegiatan menuju 5 Pilar STBM. 	Jumlah Desa/Kelurahan implementasi STBM 5 Pilar dibagi jumlah desa/kelurahan yang ada dikali 100%				30%		Laporan Bulanan STBM		
3.	Desa/ Kelurahan ber STBM 5 Pilar	Desa/Kelurahan yang masyarakatnya: <ul style="list-style-type: none"> • Pilar pertama/ Stop BABS 100%; • Keempat pilar lainnya (cuci tangan pakai sabun, Mengelola air minum dan makanan yang aman, Mengelola sampah dengan benar, Mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman) telah mencapai 50% dari total KK, dan dibuktikan dengan Berita Acara Verifikasi 	Jumlah Desa/ Kelurahan STBM 5 Pilar dibagi jumlah Desa/ Kelurahan yang ada dikali 100 %				15%		Laporan Bulanan STBM		
2.1.3 Pelayanan Kesehatan Keluarga											
2.1.3.1. Kesehatan Ibu											
1.	Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1)	Ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal sesuai standar (10T) oleh tenaga kesehatan pada masa kehamilan trimester pertama di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.	Jumlah Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar (K1) dibagi sasaran ibu hamil dikali 100%				100%		Laporan PWS KIA		
2	Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (Pf) - SPM	Adalah Ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan dibagi jumlah sasaran ibu bersalin dikali 100%				100%		Laporan PWS-KIA		

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF)	Adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan, dengan distribusi waktu; 1 kali pada 6 - 48 jam, 1 kali pada 3 - 7 hari, 1 kali pada 8 - 28 hari dan 1 kali pada 29 - 42 hari	Jumlah ibu nifas yang memperoleh 4 kali pelayanan nifas sesuai standar dibagi sasaran ibu bersalin dikali 100%	92%	Laporan PWS-KIA
4	Penanganan komplikasi kebidanan (PK)	Adalah penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensiabortus, antara lain: perdarahan, Pre eklamsi/ eklamsi, persalinan macet, infeksi, abortus, malaria, HIV/AIDS, Sifilis, Hepatitis, TB, hipertensi, diabetes melitus, anemia gizi besi dan Kurang Energi Kronis (KEK)	Jumlah ibu hamil,bersalin dan nifas dengan komplikasi kebidanan yang mendapatkan penanganan definitif (sampai selesai) dibagi 20% sasaran ibu hamil dikali 100%	80%	Laporan PWS-KIA
5	Ibu hamil yang diperiksa HIV	Adalah Ibu hamil diperiksa <i>Human Imuno Deficiency Virus</i> (HIV)	Jumlah ibu hamil yang diperiksa HIV dibagi ibu hamil K1 dikali 100 %	95%	LAPORAN LB3KIA
2.1.3.2. Kesehatan Bayi					
1.	Pelayanan Kesehatan Neonatus pertama (KN1)	Neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 (enam) sd 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir. Pelayanan yang diberikan meliputi: Inisiasi Menyusu Dini (IMD), salep mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1, imunisasi Hepatitis B (HB0) dan pemeriksaan menggunakan Form Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)	Jumlah neonatus yang mendapat pelayanan sesuai standar pada 6-48 jam setelah lahir di bagi sasaran lahir hidup dikali 100%	100%	Laporan PWS-KIA
2.	Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 - 28 hari (KN lengkap) - SPM	Neonatus umur 0-28 hari yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar paling sedikit 3 (tiga) kali dengan distribusi waktu : 1 (satu) kali pada 6 – 48 jam setelah lahir; 1 (satu) kali pada hari ke 3 – 7; 1 (satu) kali pada hari ke 8 – 28	Jumlah neonatus umur 0-28 hari yang memperoleh minimal 3 kali pelayanan sesuai standar dibagi sasaran lahir hidup dikali 100%	100%	Laporan PWS KIA

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	(1)	(2)	(3)	(4)	Target Th 2023	(5)	Sumber Data	(6)
3.	Penanganan komplikasi neonatus	Neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan tertentu. Neonatal dengan komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, cacatan dan/kematian, dan neonatus dengan komplikasi meliputi trauma lahir, asfiksia, ikterus, hipotermi, Tetanus Neonatorum, sepsis, Bayi Berat Badan Lahir (BBLR) kurang dari 2500 gr, kelainan kongenital, sindrom gangguan pernafasan maupun termasuk klasifikasi kuning dan merah pada MTBM.	Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan sesuai standar dibagi 15% sasaran lahir hidup kali 100%					80%		Laporan PWS-KIA	
4.	Pelayanan kesehatan bayi 29 hari - 11 bulan	Bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna sesuai standar minimal 4 (empat) kali yaitu 1 (satu) kali pada umur 29 hari - 2 bulan; 1 (satu) kali pada umur 3-5 bulan, 1 (satu) kali pada umur 6-8 bulan dan 1 (satu) kali pada umur 9-11 bulan sesuai standar dan telah lulus KN lengkap pada kurun waktu tertentu. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi , pemberian Vitamin A 1 (satu) kali, imunisasi dasar lengkap, SDDITK 4 kali bila sakit di MTBS.	Jumlah bayi usia 29 hari- 11 bulan yang telah memperoleh 4 kali pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi sasaran bayi dikali 100%					92%		PWS-KIA	
2.1.3.3. Kesehatan Anak Balita dan Anak Prasekolah											
1	Pelayanan kesehatan balita (0 - 59 bulan)	Pelayanan kesehatan balita berusia 0-59 bulan sesuai standar meliputi pelayanan kesehatan balita sehat dan balita sakit 1. Pelayanan kesehatan balita usia 0-11 bulan sehat meliputi: a. Perimbangan minimal 8 kali setahun b. Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun. c. Pemantauan perkembangan minimal 2	Jumlah Balita usia 12-23 bulan yang mendapat Pelayanan Kesehatan sesuai Standar 1 + Jumlah Balita usia 24-35 bulan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 2 + Balita usia 36-59 bulan mendapatkan pelayanan sesuai standar 3 sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi					100%		Laporan PWS-KIA	

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	(1)	(2)	(3)	(4)	Target Th 2023	(5)	Sumber Data	(6)
2	Pelayanan kesehatan Anak pra sekolah (60 - 72 bulan)	<p>Anak pra sekolah umur 60-72 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 (delapan) kali dalam 1 (satu) tahun; pemantauan perkembangan</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Pemberian kapsul vitamin A pada fusia 6-11 bulan 1 kali setahun. e. Pemberian imunisasi dasar lengkap. <ol style="list-style-type: none"> 2. Pelayanan kesehatan Balita usia 12-23 bulan: <ol style="list-style-type: none"> a. Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan). Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun b. Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun c. Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun. d. Pemberian Imunisasi Lanjutan. 3. Pelayanan kesehatan Balita usia 24-59 bulan: <ol style="list-style-type: none"> a. Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan). b. Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun. c. Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun d. Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun. e. Pemberian imunisasi lanjutan. f. Edukasi dan informasi. 4. Pelayanan kesehatan balita sakit adalah pelayanan balita menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	<p>Jumlah anak umur 60-72 bulan yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi sasaran anak prasekolah dikali 100%</p>				84%		Laporan PWS-KIA		

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun pada kurun waktu tertentu.			
2.1.3.4. Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja					
1.	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang mendapatkan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan (contoh: data PKP 2020 menggunakan data Juli 2019 sd Juni 2020)	Jumlah sekolah setingkat SD/ MI/ SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah seluruh sekolah setingkat SD/MI/ SDLB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama dikali 100%	100%	Laporan Penjarangan Kesehatan
2.	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang mendapatkan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan	Jumlah sekolah setingkat SMP/ MTs/ SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah seluruh sekolah setingkat SD/MI/ SDLB di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama dikali 100%	100%	Laporan Penjarangan Kesehatan
3.	Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	Sekolah setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang mendapatkan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan	Jumlah sekolah setingkat SMA/ MA/SMK/SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah seluruh sekolah setingkat SMA/MA/SMK/ SMALB di wilayah	100%	Laporan skrining/penjarangan Kesehatan

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas 1 sampai dengan kelas 9 dan di luar pendidikan dasar	Murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun pendidikan. Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi : skrining kesehatan (penilaian status gizi, penilaian tanda vital, penilaian kesehatan gigi dan mulut dan penilaian ketajaman indera) dan tindak lanjut hasil skrining (Standar Pelayanan Minimal ke 5) kesehatan	Jumlah murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan dibagi jumlah semua murid kelas 1 sampai dengan kelas 9 (SD/MI dan SMP/MTs) dan usia 7 -15 tahun diluar sekolah (pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya) di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun ajaran pendidikan yang sama dikali 100%	100%	Laporan skrining/penjaringan kesehatan (dalam dan luar sekolah)
5.	Pelayanan kesehatan remaja	Remaja usia 10 – 18 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan remaja berupa skrining kesehatan sesuai standar, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) , konseling dan pelayanan medis di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun . Skrining kesehatan sesuai standar meliputi : <ul style="list-style-type: none"> • pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut, • pengukuran tekanan darah, • anamnesis perilaku berisiko. 	Jumlah remaja usia 10 - 18 tahun yang mendapat pelayanan kesehatan remaja berupa skrining kesehatan sesuai standar, KIE, konseling dan pelayanan medis di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah semua remaja usia 10 - 18 tahun di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu tahun yang sama dikali 100%	100%	Laporan pelayanan kesehatan remaja, Laporan skrining/penjaringan kesehatan.

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	(1)	(2)	(3)	(4)	Target Th 2023	(5)	Sumber Data	(6)
2.1.3.5 Pelayanan Kesehatan Lansia											
1.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut (usia ≥ 60 tahun) (Standar Pelayanan Minimal ke 7)	Setiap warga negara usia 60 tahun atau lebih yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali pada kurun waktu satu tahun. Skrining meliputi: 1. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkaran perut 2. Pengukuran tekanan darah 3. Pemeriksaan gula darah dan kolesterol. 4. Pemeriksaan gangguan mental 5. Pemeriksaan gangguan kognitif Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut Anamnesa perilaku berisiko. Tindaklanjuti hasil skrining kesehatan meliputi: a. Melakukan rujukan jika diperlukan b. Memberikan penyuluhan kesehatan	Jumlah warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 (satu) kali di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun di bagi jumlah semua warga negara berusia 60 tahun atau lebih di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama di kali 100 %.	100%	Laporan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut						
2.	Pelayanan Kesehatan pada Pra usia lanjut (45 - 59 tahun)	Setiap warga negara usia 45 tahun sampai 59 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi: 1. Edukasi kesehatan 2. Skrining faktor resiko yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun.	Jumlah warga negara usia 45 tahun sampai 59 tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun di bagi jumlah semua warga negara usia 45 tahun sampai 59 tahun di wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu satu tahun yang sama di kali 100 %.	100%	Laporan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut dan Pra Usia lanjut						
2.1.3.6. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)											
1.	KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate/ CPR)	Peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alokon terus-menerus hingga saat ini untuk menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan.	Jumlah Peserta KB aktif dibagi jumlah PUS dikali 100% < 65 % = sesuai capaian 65 % - 70 % = 100 % 71 % - 75 % = 90 %	70%	LB3 USUB						

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Peserta KB baru	Pasangan Usia Subur (PUS) yang baru pertama kali menggunakan metode kontrasepsi termasuk mereka yang pasca keguguran, sesudah melahirkan, atau pasca istirahat minimal 3 (tiga) bulan pada kurun waktu tertentu .	Jumlah peserta KB baru dibagi jumlah PUS dikali 100%	10%	LB3 USUB
3.	Akseptor KB Drop Out	Peserta yang tidak melanjutkan penggunaan kontrasepsi (drop out) dalam 1 (satu) tahun kalender diwilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu. Kasus drop out tidak termasuk mereka yang ganti cara.	Jumlah peserta KB aktif yang drop out dibagi jumlah KB aktif dikali 100% Jumlah peserta KB yang drop out dibagi jumlah peserta KB aktif dikali 100 %. Catatan untuk kinerja Puskesmas : < 10% = 100%; 10 - 12,5% = 75%; >12,5-15% =50%; >15 -17,5% =25% >17,5% = 0%	< 10 %	LB3 USUB
4.	Peserta KB mengalami komplikasi	Peserta KB baru atau lama yang mengalami gangguan kesehatan dan mengarah pada keadaan patologis sebagai akibat dari proses tindakan/ pemberian/ pemasangan alat kontrasepsi yang digunakan seperti perdarahan, infeksi/ abses, flour albus patologis, perforasi, translokasi, hematoma, tekanan darah meningkat, perubahan Hemoglobin, edikaliptusi. Komplikasi yang terjadi dalam periode 1 (satu) tahun kalender dihitung 1 (satu) kali serta dihitung per metode (IUD, implant, suntik, pil, MOP dan MOW) di wilayah kerja Puskesmas pada kurun	Jumlah peserta KB yang mengalami komplikasi dibagi jumlah KB aktif dikali 100% . Catatan untuk kinerja Puskesmas: < 3,5% = 100%; 3,5 - 4,5% = 75%; > 4,5-7,5% = 50%; > 7,5 -10% = 25% > 10% = 0%	< 3 ,5 %	LB3 USUB

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.	PUS dengan 4 T ber KB	PUS dimana istrinya memiliki salah satu kriteria "4T" yaitu: 1. berusia kurang dari 20 tahun; 2. berusia lebih 35 tahun; 3. telah memiliki anak hidup lebih dari 3 orang; atau 4. jarak kelahiran antara satu anak dengan lainnya kurang dari 2 tahun.	Jumlah PUS 4T ber KB dibagi jumlah PUS dengan 4T dikali 100 %	80%	LB3 USB, LB3 USB,
7.	KB pasca persalinan	Ibu yang mulai menggunakan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan (sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan).	jumlah ibu pasca persalinan ber KB dibagi Jumlah sasaran ibu bersalin x 100%	60%	LB3 USB
8.	CPW dilayanan kespro catin	calon pengantin perempuan yang telah mendapat pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin di Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah calon pengantin perempuan yang telah mendapat pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin, dibagi jumlah calon pengantin perempuan yang terdaftar di KUA/lembaga agama lain di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100%	65%	Laporan Bulanan Catin
2.1.4. Pelayanan Gizi					
2.1.4.1. Pelayanan Gizi Masyarakat					
1.	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita (6-59 bulan)	Bayi umur 6 - 11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna biru dengan kandungan vitamin A sebesar 100.000 Satuan Internasional (SI) dan anak umur 12 sampai 59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna merah dengan kandungan vitamin A sebesar 200.000 SI	Jumlah balita 6 - 59 bulan yang mendapat kapsul Vit. A di bagi Jumlah balita 6 - 59 bulan di kali 100 %.	89%	Sigizi Kinerja /IKG//51
2	Pemberian 90 tablet Besi pada ibu hamil	Ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah minimal 90 tablet	jumlah ibu hamil yang mendapat minimal 90 Tablet Tambah darah di bagi Jumlah ibu hamil yang ada di kali 100 %.	83%	Sigizi Kinerja /IKG//77

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Pemberian Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri	Remaja perempuan berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat mendapat Tablet tambah darah (TTD) seminggu sekali yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat.	Jumlah remaja putri mendapat TTD di bagi Jumlah seluruh remaja puteri 12-18 tahun di sekolah di kali 100 %.	56%	Sigizi Kinerja /IKG)/44 (Indikator Gizi)
2.1.4.2. Penanggulangan Gangguan Gizi					
1.	Pemberian makanan tambahan bagi balita gizi kurang	Balita usia 6 bulan sampai dengan 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score -3 SD sampai kurang dari -2 SD yang mendapat tambahan asupan gizi selain makanan utama.	Jumlah balita gizi kurang mendapat makanan tambahan di bagi jumlah seluruh balita gizi kurang di kali 100 %.	85%	Sigizi Kinerja Gizi /IKG) (Indikator Gizi)
2	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	Ibu hamil dengan risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) yang di tandai dengan ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm. Yang mendapat makanan tambahan asupan zat gizi di luar makanan utama.	Jumlah ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan di bagi Jumlah sasaran ibu hamil KEK yang ada di kali 100 %.	80%	Sigizi Kinerja Gizi /IKG) (Indikator Gizi)
3	Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar tatalaksana gizi buruk	Anak usia 0 - 59 bulan yang memiliki tanda klinis gizi buruk dan atau indeks Berat Badan menurut panjang Badan (BB/Pb) atau Berat badan menurut Tinggi badan (BB/TB) dengan nilai Z-score kurang dari -3 SD atau LILA <11,5 cm pada balita usia 6 - 59 bulan yang di hawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai dengan tata laksana gizi buruk	Jumlah gizi buruk pada bayi 0-5 bulan + balita 6 - 59 bulan yang mendapat perawatan di bagi Jumlah seluruh gizi buruk pada balita 0-59 bulan di kali 100 % .	88%	Sigizi Kinerja Gizi /IKG) (Indikator Gizi)
4	Pemberian Asuhan Gizi di Puskesmas (sesuai buku pedoman asuhan gizi tahun 2018 warna	Proses di Puskesmas (sesuai PTM serta PMBA	jumlah kasus yang di tangani (12 kasus) di bagi jumlah dokumen yang di buat (12 dokumen)	12 dokumen (00 %)	Dokumen PAG

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.1.4.3. Pemantauan Status Gizi					
1.	Balita yang di timbang berat badanya (D/S)	Anak yang berusia 0 bulan sampai 59 bulan yang di timbang berat badanya (D/S)	Jumlah balita di timbang (D) di bagi Jumlah Balita yang ada (S) di kali 100 %	80%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
2.	Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D)	Anak yang berusia 0 bulan sampai 59 bulan yang memiliki grafik berat badan mengikuti garis pertumbuhan atau kenaikan berat badan pada bulan ini dibandingkan bulan sebelumnya sesuai standar.	Jumlah balita naik berat badannya (N) di bagi Jumlah seluruh balita yang di timbang (D) di kali 100 %	86%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
3	Balita stunting (pendek dan sangat pendek)	Anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) memiliki Z-score kurang dari -2SD	Jumlah balita pendek di bagi Jumlah balita yang diukur panjang /tinggi badan di kali 100 % .	16,00%	e-PPGBM
4	Bayi usia 6 (enam) bulan mendapat ASI Eksklusif	Bayi yang sampai usia 6 bulan yang hanya diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral sejak lahir.	Jumlah bayi usia 6 bulan mendapat ASI Eksklusif di bagi jumlah bayi usia 6 bulan di kali 100 %	50%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
5	Bayi yang baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusu Dini)	Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah Proses menyusui di mulai segera setelah lahir. IMD dilakukan dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya segera setelah lahir dan berlangsung minimal 1 (satu) jam.	Jumlah bayi baru lahir hidup yang mendapat IMD di bagi Jumlah seluruh bayi baru lahir hidup di kali 100 %	66%	Sigizi (Indikator Kinerja Gizi /IKG)
2.1.5. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit					
2.1.5.1. Diare					
1.	Pelayanan Diare Balita	Penemuan kasus diare balita di sarana kesehatan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah penderita balita diare yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dibagi target dikali 100%. Target = (20% x 843/1000) x jumlah balita (sesuai data pUSDatin) di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu tertentu Balita adalah anak usia 0-59 bulan.	100%	Laporan Register PISP (diare) pada <i>worksheet</i> DIARE REKAP, kolom 16

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2	Cakupan Pemberian Oralit dan Zinc pada Penderita Diare Balita	Penderita diare balita yang berobat mendapat oralit dan tablet Zinc di sarana kesehatan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita diare balita yang mendapat oralit dan tablet Zinc yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dibagi total penderita diare balita di sarana kesehatan dikali 100 %	100%	Laporan Register PISP (diare) pada <i>worksheets</i> DIARE REKAP, kolom 40
3	Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	LROA aktif bila melakukan minimal 2 (dua) dari 6 kegiatan LRO, yaitu 1. Layanan konseling rehidrasi diare/promosi upaya rehidrasi oral dan pemberian Zinc 2. Tata laksana diare 3. Sosialisasi dan peningkatan kapasitas masyarakat tentang diare dan upaya pencegahan dan penanggulungannya 4. Pemberian pelayanan penderita diare dengan dehidrasi ringan sampai sedang 5. Observasi penderita diare dengan dehidrasi ringan sampai sedang paling sedikit 3 (tiga) jam 6. Mengajarkan cara penyiapan oralit dan berapa banyak oralit yang harus diminum kepada orang tua/pengasuh/kehuarganya	Layanan kegiatan LROA secara terus menerus dalam 3 bulan dengan periode pelaporan per tribulan. Dalam 1 tribulan, laporan bulanan harus ada dan lengkap. Kalau dalam 1 tribulan hanya ada laporan 1 bulan, maka dianggap tidak ada LROA. Kalau dalam 1 tahun hanya lapor tribulan 4 saja, dianggap kinerja mencapai 25%. (Yang dihitung adalah jumlah layanan)	100%	Laporan register PISP (diare) pada <i>worksheets</i> LRO
2.1.5.2. Pencegahan dan Penanggulangan Hepatitis B pada Ibu Hamil					
1.	Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil	Semua ibu hamil yang diperiksa HBSAg di sarana kesehatan dalam kurun waktu tertentu	Pemeriksaan HBSAg pada ibu hamil dengan RDT HBSAg (baik dari Kemenkes atau APBD II) dan pemeriksaan metode lain. Persentase ibu hamil yang diperiksa = jumlah ibu hamil yang diperiksa HBSAg dalam kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil dalam kurun waktu yang sama dikali 100%	100%	Pencatatan dan Pelaporan Hepatitis B, <i>Worksheets</i> Tahunan, Kolom 7

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Tatalaksana bu Hamil dengan Hepatitis B Reaktif	Semua ibu hamil dengan Hepatitis B Reaktif dirujuk ke Rumah Sakit yang mampu tatalaksana Hepatitis B dalam kurun waktu tertentu	Jumlah ibu hamil dengan HBsAg Reaktif dirujuk dalam kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah total ibu hamil dengan HBsAg Reaktif dalam kurun waktu yang sama dikali 100%	100%	Pencatatan dan Pelaporan Hepatitis B, <i>Worksheet</i> Tahunan, Kolom 10
2.1.5.3. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas)					
1	Cakupan penderita balita	Penemuan Pneumonia balita yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah penderita Pnemonia balita yang ditangani dibagi target perkiraan balita dikali 100%. Target balita = 4,45 % x jml balita	75%	Register ISPA/Pneumonia
2	Penderita pneumonia yang sesuai standar	Kasus Pneumonia balita yang ditemukan dan diberikan pengobatan antibiotik di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.	Jumlah kasus balita Pneumonia yang diberi pengobatan antibiotik dibagi seluruh kasus pneumonia pada balita yang berkunjung ke fasyankes di kali 100%	70%	Register ISPA/Pneumonia
2.1.5.4.Kusta					
1.	Pemeriksaan kontak dari kasus Kusta baru	Pemeriksaan kontak serumah dan tetangga sejumlah lebih kurang 10 (sepuluh) rumah disekitar penderita Kusta baru yang diperiksa. Dengan asumsi jumlah kontak yang ada disekitar penderita sejumlah 25 (dua puluh lima) orang di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kontak dari kasus Kusta baru yang diperiksa dalam 1 (satu) tahun dibagi jumlah kontak dari kasus Kusta baru seluruhnya dikali 100%	lebih dari 80%	Register kohort PB dan MB
2.	RFT penderita Kusta	<i>Release From Treatment</i> (RFT) bila penderita baru tipe PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan tipe MB 2 (dua) tahun sebelumnya menyelesaikan pengobatan tepat waktu di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita baru PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan MB 2 (dua) tahun sebelumnya yang menyelesaikan pengobatan dibagi jumlah penderita baru PB 1 (satu) tahun sebelumnya dan MB 2 (dua) tahun sebelumnya yang seharusnya menyelesaikan pengobatan dikali	lebih dari 90%	Register kohort PB dan MB

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Proporsi kesehatan tersosialisasi tenaga Kusta	Prosentase tenaga kesehatan yang ada telah tersosialisasi Program P2 Kusta dari seluruh tenaga kesehatan yang ada	Jumlah tenaga kesehatan telah mendapat sosialisasi kusta dibagi jumlah seluruh tenaga kesehatan dikali 100%	lebih dari 95%	Daftar hadir
4.	Kader Posyandu yang telah mendapat sosialisasi kusta	Kader Posyandu yang telah tersosialisasi Program P2 Kusta terutama untuk membantu penemuan suspek kusta di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kader Posyandu telah mendapat sosialisasi kusta dibagi jumlah seluruh kader Posyandu dikali 100%	lebih dari 95%	Daftar hadir
5.	SD/ MI telah dilakukan screening Kusta	SD/ MI yang telah dilakukan screening Kusta pada kurun waktu tertentu	Jumlah SD / MI telah dilakukan screening Kusta dibagi jumlah seluruh SD / MI dikali 100%	100%	Form Surveilans bercak pada anak SD
2.1.5.5.TBC					
1.	Kasus TBC yang ditemukan dan diobati	Jumlah kasus TBC yang ditemukan, diobati secara baku dan dilaporkan	Jumlah kasus TBC yang ditemukan, diobati secara baku dan dilaporkan dibagi jumlah kasus TBC yang ditemukan dan diobati dikali 100%.	LIHAT LAMPIRAN (BERDASA RKAN SURAT DIR P2PM DITJEN P2P KEMENKES RI TANGGAL 28 FEBRUARI 2023 NOMOR : PM.01.01/C.III/2004/2 023 PERIHAL:	TB 01, TB 03 & TB 07 SITB (TBC SO dan RO TH 2023)

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Persentase Pelayanan orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar (Standar Pelayanan Minimal ke 11)	Pelayanan orang terduga TBC sesuai standar bagi orang terduga TBC meliputi: 1. Pemeriksaan klinis terduga TBC dilakukan minimal 1 kali setahun, adalah pemeriksaan gejala seseorang dengan batuk lebih dari 2 minggu disertai dengan gejala dan tanda lainnya 2. Pemeriksaan penunjang, adalah pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis 3. Edukasi perilaku beresiko dan pencegahan penularan 4. Melakukan rujukan jika diperlukan 5. Edukasi Etika Batuk	Jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar di fasyankes dalam kurun waktu satu tahun dibagi Jumlah target orang terduga TBC yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100% (Jumlah orang terduga TBC yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota masing-masing)	100%	TB 06
3.	Angka Keberhasilan pengobatan kasus TBC (Success Rate/SR)	Jumlah pasien TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap dari semua pasien TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan, berdasarkan data kohort 1 tahun sebelumnya	Jumlah pasien TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap dibagi jumlah semua kasus TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan dikali 100%	≥90%	TB 03, TB 08 SITB (th 2022)
4	Persentase pasien TBC dilakukan Investigasi Kontak	Jumlah pasien TBC yang dilakukan investigasi kontak dari semua pasien TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan	Jumlah TBC yang dilakukan investigasi kontak dibagi jumlah semua pasien TBC yang diobati, dicatat dan dilaporkan dikali 100%	≥90%	TB 16, TB 16K, TB 16RK SITB (th 2023)

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.1.5.6. Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS					
1.	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/AIDS	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah disuluh atau dijelaskan tentang penyakit HIV/AIDS di wilayah kerja Puskesmas selama bulan pada kurun waktu tertentu	Jumlah sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang mendapatkan penyuluhan HIV/AIDS dibagi jumlah seluruh sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	100%	Data dari laporan kegiatan penyuluhan
2.	Orang yang berisiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV (Standar Pelayanan Minimal ke 12)	Setiap orang yang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, TB, pasien Infeksi Menular Sexual/IMS), waria, Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), pengguna napza mendapatkan pemeriksaan HIV oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya di Puskesmas dan jaringannya serta lapas/ rutan narkoba	Jumlah orang yang berisiko terinfeksi HIV dibagi jumlah orang berisiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar di Puskesmas dan jaringannya dalam kurun waktu 1 tahun dikali 100%	100%	Data dari SIHA (Sistim Informasi HIV AIDS)
2.1.5.7. Demam Berdarah Dengue (DBD)					
1.	Angka Bebas Jentik (ABJ)	Rumah yang bebas jentik di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah rumah bebas jentik dibagi jumlah rumah yang diperiksa jentiknya dikali 100 %	≥95%	Laporan Puskesmas PJB
2.	Penderita DBD ditangani	Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang ditemukan berdasarkan kriteria World Health Organization (WHO) dan ditangani sesuai standar Tataaksana Pengobatan DBD di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus DBD yang ditangani sesuai standar Tataaksana Pengobatan DBD dibagi dengan jumlah seluruh DBD yang dilaporkan di wilayah Puskesmas dikali 100% Catatan: tidak dihitung sebagai pembagi bila tidak ada kasus	100%	Kewaspadaan Dimi Rumah Sakit (KDRS)
3.	PE kasus DBD	Penyelidikan epidemiologi (PE) meliputi kegiatan pemeriksaan jentik, pencarian kasus DBD yang lain serta menentukan tindakan penanggulangan fokus selanjutnya. yang dilakukan terhadap setiap kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu	Jumlah kasus DBD yang dilakukan PE dibagi jumlah seluruh kasus DBD di wilayah Puskesmas dikali 100%. Catatan: tidak dihitung sebagai pembagi bila tidak ada kasus DBD	100%	Laporan Form PE

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.1.5.8. Malaria					
1.	Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	Kasus klinis malaria yang diperiksa Sediaan Darah (SD) nya secara laboratorium di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus klinis Malaria yang diperiksa SD nya secara laboratorium dibagi jumlah suspect kasus Malaria dikali 100%	100%	Form Pemeriksaan Laboratorium
2.	Penderita positif Malaria yang diobati sesuai pengobatan standar	Penderita malaria berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, yang dalam sediaan darahnya terdapat Plasmodium baik Plasmodium Falciparum, Vivax atau campuran yang mendapat pengobatan standart ((Artesunat Combination Therapi (ACT)/DHP dan primaquin) dengan dosis pengobatan sesuai jenis Plasmodium di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah penderita Malaria yang mendapat pengobatan ACT sesuai jenis Plasmodium dibagi jumlah kasus Malaria dikali 100 %	100%	Laporan E Sismal <i>online</i>
3.	Penderita positif Malaria yang di follow up	Kasus malaria yang dilakukan follow up pengobatannya pada hari ke 3, 7, 14 dan 28 sampai hasil pemeriksaan laboratoriumnya negatif di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus malaria yang telah dilakukan follow up pengobatannya pada hari ke 3, 7, 14 dan 28 sampai hasil pemeriksaan laboratoriumnya negatif dibagi jumlah kasus malaria dikali 100 %	100%	Register penderita, register laboratorium
2.1.5.9. Pencegahan dan Penanggulangan Rabies					
1.	Cuci luka terhadap kasus gigitan HPR	Kasus gigitan HPR (Hewan Penular Rabies) yang dilakukan cuci luka di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus gigitan HPR yang dilakukan cuci luka dibagi jumlah kasus gigitan HPR dikali 100 %	100%	Laporan Bulanan
2.	Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi	Kasus gigitan HPR terindikasi yang mendapatkan vaksinasi di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah kasus gigitan HPR terindikasi yang mendapatkan vaksinasi dibagi jumlah kasus gigitan HPR terindikasi dikali 100%	100%	Laporan Bulanan
2.1.5.10. Pelayanaan Imunisasi					
1.	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang	Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi	Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap	100%	Kohort bayi

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)	dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B pada usia 0-7 hari, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes (bOPV), 1 dosis Polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis Campak Rubela (MR) di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun	yang terdiri dari: satu dosis Imunisasi Hepatitis B, satu dosis imunisasi BCG, empat dosis imunisasi Polio oral, satu dosis imunisasi IPV, tiga dosis imunisasi DPT-HB-Hib, dan satu dosis imunisasi Campak Rubella dalam kurun waktu satu tahun dibagi 95% jumlah bayi yang diperkirakan hidup usia 0-11 bulan (Surviving Infant) selama kurun waktu yang sama, dikali 100.		
2.	UCI desa	Jumlah desa yang tercapai UCI (Universal Child Immunization) adalah suatu desa/keurahan telah tercapai minimal 80 % bayi yang ada di desa tersebut mendapatkan imunisasi dasar lengkap di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu 1 tahun.	Jumlah Desa UCI dibagi jumlah Desa di wilayah Puskesmas dikali 100 %	100%	Kohort bayi
3.	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru	Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar antigen baru, meliputi imunisasi PCV dan imunisasi rotavirus sesuai dosis jenis vaksin yang digunakan dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar PCV dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun, dan jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar rotavirus dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun, dibagi 80% jumlah bayi yang diperkirakan hidup usia 0-11 bulan (Surviving Infant) dalam kurun waktu yang sama dikali 100	100%	kohort bayi

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.	Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta	Persentase anak usia 12-24 bulan yang sudah mendapat imunisasi lanjutan baduta (bayi usia di bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis imunisasi DPT-HB-HiB serta 1 dosis imunisasi Campak Rubela di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bayi usia di bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis imunisasi DPT HB-HiB serta 1 dosis imunisasi Campak Rubela di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun, dibagi 90% jumlah anak usia 18-24 bulan (Surviving Infant tahun lalu) dalam kurun waktu yang sama, dikali 100	100%	Kohort baduta
5.	Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	Persentase anak usia kelas 6 Sekolah Dasar (SD)/MI/ sederajat yang sudah mendapat imunisasi lanjutan lengkap meliputi: 1 dosis imunisasi Difteri Tetanus (DT), 1 dosis imunisasi Campak Rubela (MR), 2 dosis imunisasi Td di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah anak usia kelas 6 SD yang mendapat imunisasi lanjutan lengkap yaitu: satu dosis imunisasi DT, satu dosis imunisasi MR, dua dosis Td dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah anak usia kelas 6 SD/MI/Sederajat selama kurun waktu yang sama dikali 100	80%	Laporan imunisasi (BIAS)
6.	Persentase wanita usia subur yang memiliki status imunisasi T2+	TT2+: Ibu hamil yang telah mempunyai status T2 sampai dengan T5. Persentase ibu hamil yang sudah memiliki status imunisasi T2+ di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah ibu hamil yang sudah memiliki status imunisasi T2+ (berdasarkan hasil skrining maupun pemberian selama masa kehamilan) dalam kurun waktu satu tahun, dibagi jumlah ibu hamil selama kurun waktu yang sama, dikali 100	80%	Kohort Ibu Hamil / Laporan TT
7.	Pemantauan suhu, VVM, serta Alarm Dingin pada lemari es penyimpanan vaksin	Pencatatan suhu, Kondisi <i>Vial Vaccine Monitor</i> (VVM) (A/B/C/D) serta Kondisi alarm dingin (V) dengan <i>freeze tag/ freeze alert/ fride tag</i> 2 di lemari es penyimpanan vaksin 2 (dua) kali sehari pagi dan siang pada buku grafik suhu di Puskesmas pada	Jumlah bulan pemantauan (grafik) suhu lemari es pagi dan sore tiap hari (lengkap harinya, VVM dan alarm dingin) dibagi jumlah bulan dalam setahun (12) dikali 100 %	100%	Buku grafik suhu per lemari es

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8.	Ketersediaan catatan stok dengan vaksin sesuai dengan jumlah program imunisasi serta pelarutnya	Ketersediaan buku catatan stok vaksin sesuai jumlah vaksin dan pelarut serta terisi lengkap sesuai penerimaan dan pengeluarannya ditunjukkan dengan pengisian buku stok vaksin di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu 1 tahun	Jumlah buku stok vaksin dan pelarut yg telah diisi lengkap dibagi 12 bulan dikali 100 %	100%	Buku stok vaksin
9.	Laporan KIPi Zero reporting / KIPi Non serius	Laporan zero reporting KIPi / KIPi (Kejadian Ikutan Paska Imunisasi) non serius yang lengkap di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu 1 tahun	Jumlah laporan KIPi non serius dibagi jumlah laporan 12 bulan dikali 100 %	90%	Laporan KIPi
2.1.5.11. Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)					
1.	Laporan STP yang tepat waktu	Laporan STP (SurveilansTerpadu Penyakit) yang tepat waktu sampai dengan tanggal 5 (lima) setiap bulan.	Jumlah laporan STP tepat waktu (Ketepatan waktu) dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥80%	Laporan STP
2.	Kelengkapan laporan STP	Laporan STP yang lengkap 12 (dua belas) bulan di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah laporan STP yang lengkap (kelengkapan laporan) dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥ 90%	Laporan STP
3.	Laporan MR01 tepat waktu	Laporan MR01 (Campak) yang tepat waktu setiap minggu	Jumlah laporan MR01 tepat waktu dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥80%	Laporan MR01
4.	Kelengkapan laporan MR01	Laporan MR01 yang lengkap di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah laporan MR01 lengkap dibagi jumlah laporan (12 bulan) dikali 100 %	≥ 90%	Laporan MR01
5.	Ketepatan Laporan W2 (format SKDR)	Laporan W2 (KLB/Wabah Mingguan) dari unit pelapor (Puskesmas, Rumah Sakti) yang masuk dengan tepat waktu kedalam sistem (SKDR) pada hari senin atau selasa pada minggu epidemiologi berikutnya. Minggu epidemiologi adalah dimulai dari hari senin - minggu	Jumlah laporan W2 (format SKDR) yang masuk dari unit pelapor puskesmas, rumah sakit) secara tepat waktu dibagi jumlah unit pelapor (puskesmas, rumah sakit dikali 100 %	≥80%	Laporan W2 (format SKDR)
6.	Kelengkapan laporan W2 (format SKDR)	Laporan W2 yang lengkap (52 minggu)di wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu	Jumlah laporan W2 (format SKDR) yang masuk dari unit pelapor	≥ 90 %	Laporan W2 (format SKDR)

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7.	Persentase Alert yang direspon peringatan ini KLB/Wabah (alert system) minimal 80% di Puskesmas	Jumlah Alert di Puskesmas dalam kurun waktu tertentu $\geq 80\%$ dibandingkan dengan seluruh Alert di Puskesmas dalam kurun waktu tertentu	Jumlah Alert yang direspon $\geq 80\%$ dibagi jumlah seluruh alert di Puskesmas dalam kurun waktu tertentu dikali 100%	$> 90\%$	Laporan W2 (format SKDR)
8.	Desa/ Kelurahan yang mengalami KLB ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam	Desa/ Kelurahan yang mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang laporan Wabah (W1) nya diselidiki dan ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam oleh Puskesmas dan atau Kabupaten/Kota dan atau Provinsi.	Jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dan ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (dua puluh empat) jam dibagi jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dikali 100 %	100%	Laporan KLB/ W1
9.	Persentase kabupaten/kota yang memiliki peta risiko penyakit emerging	Jumlah kab/kotayang melakukan pemetaan risikopenyakit infeksi emerging minimal 1x dalam setahundibandingkan dengan jumlah kab/kota pada tahun yang sama, dinyatakan dalam persen	Jumlah kab/kota yang melakukan pemetaan risiko penyakit infeksi emerging $\geq 1x$ dalam setahun dibagi jumlah kab/kota padatahuan yang sama dikali 100%	15%	
2.1.5.12. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular					
1	Fasyankes yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	Semua sarana atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) (100% bebas asap rokok), yaitu 1. Tidak ditemukan orang merokok di dalam gedung 2. Tidak ditemukan ruang merokok di dalam gedung 3. Tidak tercium bau Rokok 4. Tidak ditemukan puntung rokok 5. Tidak ditemukan penjualan rokok	Jumlah fasyankes (RS, Puskesmas, klinik) yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR dibagi jumlah fasyankes (RS, Puskesmas, klinik) di wilayah Puskesmas dikali 100%	100%	terdapat Berita Acara Monev KTR (memenuhi indikator) 8

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2	Sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	<p>6. Tidak ditemukan asbak atau korek api</p> <p>7. Tidak ditemukan iklan atau promosi rokok</p> <p>8. Ada tanda dilarang merokok</p> <p>Semua sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) (100% bebas asap rokok), yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ditemukan orang merokok di dalam gedung 2. Tidak ditemukan ruang merokok di dalam gedung 3. Tidak tercium bau rokok 4. Tidak ditemukan puntung rokok 5. Tidak ditemukan penjualan rokok 6. Tidak ditemukan asbak atau korek api 7. Tidak ditemukan iklan atau promosi rokok 8. Ada tanda dilarang merokok 	<p>Jumlah sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR dibagi jumlah sekolah di wilayah Puskesmas dikali 100% (SD, SMP, SMA dan yang sederajat)</p>	100%	terdapat Berita Acara Monev KTR (memenuhi indikator) 8
3	Tempat Anak Bermain yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	<p>Semua tempat atau arena yang diperuntukkan untuk kegiatan anak-anak baik yang ada di ruangan terbuka ataupun tertutup, yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) (100% bebas asap rokok), yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ditemukan orang merokok di dalam gedung 2. Tidak ditemukan ruang merokok di dalam gedung 3. Tidak tercium bau rokok 4. Tidak ditemukan puntung rokok 5. Tidak ditemukan penjualan rokok 6. Tidak ditemukan asbak atau korek api 7. Tidak ditemukan iklan atau promosi rokok 8. Ada tanda dilarang merokok 	<p>Jumlah Tempat Anak Bermain (PAUD, TK, taman kota) yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR dibagi jumlah Taman Bermain Anak (PAUD, TK, Taman Kota) di wilayah Puskesmas dikali 100%</p>	100%	terdapat Berita Acara Monev KTR (memenuhi indikator) 8
4	Persentase merokok penduduk usia 10 - 18 tahun	<p>Jumlah penduduk usia 10-18 tahun yang merokok diwilayah kerja puskesmas</p>	<p>Jumlah penduduk usia 10-18 tahun yang merokok diwilayah kerja puskesmas dibagi jumlah penduduk usia 10-18 tahun di wilayah</p>	< 8,8 %	

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5	Puskesmas menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	Puskesmas yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dengan minimal terdapat 1 (satu) klien yang berkunjung setiap bulan	Jumlah Puskesmas yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dibagi jumlah puskesmas di wilayah puskesmas dikali 100%	100%	SK UBM dan Laporan Bulanan Klien UBM
6	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	<p> Skrining yang dilakukan minimal sekali setahun untuk penyakit menular dan penyakit tidak menular meliputi:</p> <p>a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut</p> <p>b. Pengukuran tekanan darah</p> <p>c. Pemeriksaan gula darah</p> <p>d. Anamnesa perilaku beresiko</p> <p>Keterangan: wanita usia 30-50 tahun yang sudah menikah atau mempunyai riwayat berhubungan seksual berisiko dilakukan pemeriksaan SADANIS dan cek IVA (Standar Pelayanan Minimal Ke 6)</p>	Jumlah orang usia 15 - 59 tahun di puskesmas yang mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah orang usia 15 - 59 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	100%	Layanan puskesmas dan jaringannya
7	Deteksi Dini Penyakit Hipertensi	Deteksi Dini penyakit Hipertensi yang dilakukan dengan pemeriksaan tekanan darah minimal sekali setahun	Jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun yang diperiksa tekanan darah dibagi Jumlah sasaran penduduk usia ≥ 15 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	70%	
8	Deteksi Dini Obesitas	Deteksi Dini Obesitas yang dilakukan dengan pemeriksaan IMT/Lingkar perut minimal sekali setahun. Klasifikasi IMT berdasarkan Permenkes Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang	Jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun yang diperiksa Obesitas (IMT/Lingkar Perut) dibagi Jumlah sasaran penduduk usia ≥ 15 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	70%	

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9	Deteksi Dini Penyakit Diabetes Melitus	Deteksi Dini Penyakit Diabetes Melitus dilakukan dengan pemeriksaan Gula darah Sewaktu (GDA) tes minimal sekali setahun	Jumlah penduduk usia \geq 40 tahun dan penduduk usia 15-39 tahun dengan obesitas yang diperiksa Gula Darah dibagi Jumlah sasaran penduduk usia \geq 40 tahun dan penduduk usia 15-39 tahun dengan obesitas di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%. Perhitungan penduduk usia 15-39 tahun dengan obesitas adalah jumlah penduduk usia 15-39 tahun x prevalensi obesitas per wilayah (hasil Riskesdas 2018)	70%	
10	Deteksi Dini Stroke	Deteksi Dini Penyakit Stroke dengan pemeriksaan profil lipid minimal sekali setahun bagi penderita DM adan atau HT usia \geq 40 tahun	Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia \geq 40 tahun yang diperiksa Profil Lipid dibagi Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia \geq 40 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	70%	
11	Deteksi Dini Penyakit Jantung	Deteksi Dini Penyakit Jantung dengan EKG minimal sekali setahun bagi penderita DM adan atau HT usia \geq 40 tahun	Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia \geq 40 tahun yang diperiksa EKG dibagi Jumlah penderita Hipertensi dan DM usia \geq 40 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%	70%	
12	Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)	Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) bagi perokok usia \geq 40 tahun dan atau mempunyai riwayat paparan: asap rokok, polusi udara, lingkungan tempat kerja dan atau Mempunyai gejala	Jumlah perokok usia \geq 40 tahun yang diperiksa PUMA dibagi Jumlah Perokok usia \geq 40 di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu	70%	

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		dan keluhan batuk berdarah, sesak nafas, gejala berlangsung lama umumnya semakin memberat dengan Kuesioner PUMA	tahun yang sama dikali 100%. Jumlah Perokok usia ≥ 40 didapatkan dari jumlah penduduk usia 40 th+ pada KMK No HK.01.07/ MENKES/5675/ 2021 dikalikan proporsi merokok (perokok setiap hari + perokok kadang-kadang) pada Riskesdas 2018		
13	Deteksi Dini Kanker Payudara	Deteksi Dini Kanker Payudara dengan pemeriksaan SADANIS oleh tenaga kesehatan bagi Wanita Usia Subur (WUS) usia 30 - 50 tahun	Jumlah Wanita usia 30 - 50 tahun yang dideteksi dini Kanker Payudara dalam 3 tahun terakhir dibagi Jumlah sasaran dari penduduk Wanita usia 30 - 50 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	70%	Hasil kegiatan SADA NIS di Puskesmas dan jaringan , Bidan praktek mandiri serta OPD lain (KB, Disnaker) dsb
14	Deteksi Dini Kanker Leher Rahim	Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dengan pemeriksaan IVA Tes atau pap smear bagi Wanita Usia Subur (WUS) usia 30 - 50 tahun	Jumlah Wanita usia 30 - 50 tahun yang dideteksi dini Kanker Leher Rahim dalam 3 tahun terakhir dibagi Jumlah sasaran dari penduduk Wanita usia 30 - 50 tahun di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	70%	Pemeriksa IVA tes dalam dan luar gedung di FKTP dan jaringan. OPD lain (KB, Disnaker) dsb serta Pemeriksaan papsmear di RS , laboratorium swasta dsb
15	Deteksi Dini Gangguan Indera	Deteksi Dini Gangguan Indera (Deteksi dini gangguan penglihatan dan atau gangguan pendengaran bagi penduduk usia 7 tahun keatas. Cara Pemeriksaan : Deteksi Dini Kelainan Refraksi atau deteksi dini gangguan penglihatan: pemeriksaan tajam penglihatan yang dilakukan dengan metode hitung	Jumlah penduduk usia 7 keatas yang dilakukan deteksi dini Indera (Gangguan Penglihatan dan atau gangguan pendengaran) dibagi Jumlah penduduk usia 7 ke atas di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama	70%	Screening Kesehatan Pada Usia Sekolah di UKS, Screening Kesehatan Pada Usia Produktif, Screening Kesehatan Pada Usia Lanjut,

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		jari, dan/atau e-tumbling, dan/atau snellen chart. Deteksi Dini OMSK atau deteksi dini gangguan pendengaran pemeriksaan tajam pendengaran yang dilakukan dengan metode berbisik modifikasi dan/atau garpu tala dan/atau inspeksi telinga.	dikali 100%.		Pemeriksaan Kesehatan (Surat Kererangan Sehat) di Puskesmas, Pemeriksaan Mata dan Telinga di Puskesmas
16	Prosentase Penderita TB yang diperiksa Gula Darahnya	Prosentase penderita TB yang diperiksa Gula Darah minimal 1 kali dalam masa pengobatan TB di FKTP	Jumlah Penderita TB] diperiksa Gula darahnya dibagi Jumlah penderita TB yang berobat di FKTP dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	100%	Rekap Medis , TB 01
2.1.5.13 Pelayanan Kesehatan Jiwa					
1	Prosentase penduduk usia ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang mendapatkan skrining	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase penduduk usia ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang dilakukan skrining dengan menggunakan instrumen SDQ (untuk usia 15-18 tahun) atau SRQ-20 (usia di atas 18 tahun) dan/atau ASSIST, yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan/atau kader kesehatan dan/atau guru terlatih. • Hasil estimasi penduduk ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa diperoleh dari $\frac{1}{4}$ (data WHO yang menyatakan 1 dari 4 orang berisiko mengalami gangguan jiwa) dikalikan jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun di wilayah tersebut dalam kurun waktu yang sama. 	Jumlah penduduk usia ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang mendapatkan skrining, dibagi Jumlah estimasi penduduk ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa, dikali 100%	60 %	Simkeswa puskesmas
2	Persentase penyandang gangguan jiwa yang memperoleh layanan di Fasyankes	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase penderita gangguan jiwa (gangguan campuran cemas dan depresi serta skizofrenia) yang memperoleh layanan di Fasyankes dengan kriteria: 1) Sesuai dengan Pedoman Penggolongan dan 	Jumlah penderita gangguan jiwa (penyandang gangguan campuran cemas dan depresi serta penyandang skizofrenia) yang dilayani di fasyankes,	60%	Simkeswa puskesmas

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	(1)	(2)	(3)	(4)	Target Th 2023	(5)	Sumber Data	(6)
3	Jumlah kunjungan pasien pasung	<ul style="list-style-type: none"> Pasien pasung adalah pasien yang mengalami tindakan berupa pengikatan dan atau pengekangan mekanis/fisik lainnya dan/atau penelantaran dan/atau pengisolasian sehingga merampas kebebasan dan hak asasi seseorang, termasuk hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah kunjungan pasien pasung adalah jumlah/banyaknya pasien pasung yang dikunjungi petugas atau Kader Kesehatan Jiwa (KKJ), minimal 12 kali dalam tahun berlangsung. Jumlah pasien pasung adalah jumlah riil terman kasus pasung di wilayah kerja, berdasarkan pendataan petugas & konfirmasi dengan data Dinas Sosial. 	<p>dibagi</p> <p>Jumlah estimasi penderita gangguan jiwa (penyandang gangguan campuran cemas dan depresi berat dan penyandang skizofrenia) yang mendapatkan layanan di Fasyankes berdasarkan riskedas terbaru, dikali 100%</p>			<p>100%</p>	Simkeswa puskesmas				

No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4	Persentase kasus pasung yang dilepaskan/dibebaskan	<ul style="list-style-type: none"> Pasien pasung adalah pasien yang mengalami tindakan berupa pengikatan dan/atau pengkekangan mekanis/fisik lainnya dan/atau penelantaran dan/atau pengisolasian sehingga merampas kebebasan dan hak asasi seseorang, termasuk hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pelepasan/pembebasan pasung adalah pembebasan pasien dari tindakan-tindakan pengikatan dan/atau pengkekangan mekanis/fisik lainnya dan/atau penelantaran dan/atau pengisolasian, tanpa mengalami re-pasung/pemasungan kembali pada tahun berlangsung. Jumlah pasien pasung adalah jumlah riil temuan kasus pasung di wilayah kerja, berdasarkan pendataan petugas & konfirmasi dengan data Dinas Sosial). 	<p>Jumlah pasien pasung yang dibebaskan dalam kurun waktu satu tahun, dibagi Jumlah pasien pasung yang ada di wilayah kerja puskesmas, dikali 100%</p> <p>Jika pada wilayah kerja tidak ditemukan kasus pasung/nihil (setelah dikonfirmasi juga dengan data dari Dinas Sosial), maka capaian dianggap telah memenuhi target.</p>	10 %	Simkeswa puskesmas
2.1.6 Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)					
1	Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	<p>Jumlah keluarga binaan baru dan lanjutan pada bulan ini yang mendapatkan asuhan keperawatan keluarga oleh tim terpadu Puskesmas (medis, paramedis, gizi, kesling, promkes sesuai kebutuhan) Yang termasuk keluarga binaan adalah keluarga dengan penyakit menular, tidak menular, termasuk jiwa, ibu hamil resiko tinggi, KEK dan balita resiko tinggi, KEK dan lain-lain di Puskesmas dan jaringannya pada periode Januari - Desember.</p>	<p>Keluarga yang dibina dan mendapat Asuhan Keperawatan, dibagi jumlah keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dikali 100 %</p>	60%	Kartu asuhan keperawatan keluarga berdasarkan PMK 31 tahun 2019
2	Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/memenuhi kebutuhan Kesehatan	<p>Jumlah Keluarga binaan pada bulan ini yang telah Mandiri /mencapai KM IV (adalah keluarga mampu melakukan tindakan preventif dan promotif secara aktif sesuai kasus/anjuran petugas) pada periode</p>	<p>Keluarga yang dibina dan telah Mandiri/mencapai KM IV, dibagi jumlah seluruh keluarga yang dibina, dikali 100%</p>	40%	

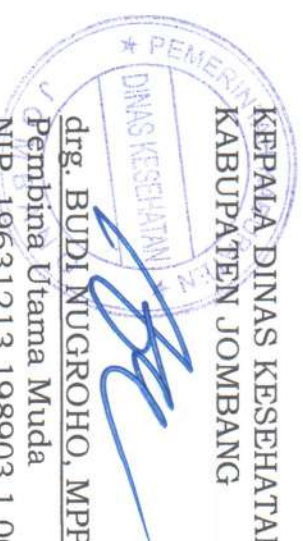
No	Indikator UKM Esensial	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Kelompok binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	Januari – Desember Jumlah Kelompok binaan baru dan lanjutan pada bulan ini yang mendapat asuhan keperawatan kelompok oleh tim terpadu Puskesmas (medis, paramedis, gizi, kesling, promkes sesuai kebutuhan). Yang termasuk kelompok binaan antara lain Posyandu Balita, Posyandu Lansia, Posbindu, posyandu Jiwa, Poskestren, Pos UKK, Sekolah, Panti Asuhan, Panti Werda, Lapas dll pada periode Januari – Desember	Kelompok yang dibina dibagi jumlah kelompok yang ada, dikali 100 %	50%	Kartu asuhan keperawatan kelompok PMK berdasarkan 31 Tahun 2019
4	Desa/kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	Jumlah desa/kelurahan binaan baru dan lanjutan bulan ini yang mendapatkan asuhan keperawatan pada periode Januari - Desember	Desa/kelurahan yang dibina dibagi desa/kelurahan yang ada, dikali 100 %	30%	Kartu asuhan keperawatan kelompok PMK berdasarkan 31 Tahun 2019

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG

drg. BUDI NUGROHO, MPPM

Pembina Utama Muda

NIP. 19631213 198903 1 006



LAMPIRAN 3 : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG
 NOMOR :188.4/1812/415.17/2023
 TANGGAL : 4 April 2023

Definisi Operasional, Cara Penghitungan dan Target Indikator Kinerja UKM Pengembangan Puskesmas

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.2.UKM Pengembangan					
2.2.1.Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat					
1.	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan /pemeriksaan gigi dan mulut	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/ pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/ pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut dibagi jumlah PAUD/TK di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	55%	Lap Puskesmas
2.	Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	Kunjungan petugas Puskesmas terkait kesehatan gigi dan mulut ke Posyandu (Posyandu Balita dan Lansia) di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu 1 tahun	Jumlah posyandu yang dikunjungi petugas Puskesmas terkait kesehatan gigi dan mulut ke Posyandu dibagi jumlah Posyandu di wilayah kerja Puskesmas dikali 100%	30%	Lap Puskesmas
2.2.2 Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza					
1.	Persentase sekolah yang mendapatkan sosialisasi/penyuluhan tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan NAPZA	Sosialisasi/Penyuluhan tentang pencegahan & penanggulangan bahaya penyalahgunaan NAPZA kepada siswa sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA), dengan cakupan materi wajib : - Definisi - Jenis-jenis dan contoh Bahaya penyalahgunaan NAPZA - Fasilitasi pertolongan/bantuan/perlindungan bagi korban penyalahgunaan NAPZA	Jumlah sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) di wilayah kerja yang mendapatkan penyuluhan dalam kurun waktu satu tahun,dibagi Jumlah total sekolah (setingkat SD, SLTP & SLTA) di wilayah kerja,dikali 100%	10 %	<ul style="list-style-type: none"> • Puskesmas • Sippitnewa Laporan

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		mencegah dan mengatasi masalah gangguan kesehatan ringan secara mandiri oleh individu dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dengan memanfaatkan Taman Obat Keluarga/TOGA dan akupresur.			
5.	Kelompok Mandiri mendukung Prioritas Asuhan yang Program	Kelompok Asman yang berpartisipasi dalam kegiatan Posbindu PTM di Wilayah Puskesmas	Jumlah Kelompok Asman yang berpartisipasi dalam kegiatan Posbindu PTM berupa edukasi (KIE) tentang ramuan tradisional dan akupresur terkait PTM sesuai dengan Buku Kader Posbindu PTM di wilayah Puskesmas	1 kelompok	Laporan Tribunal PKT
2.2.5. Pelayanan Kesehatan Olahraga					
1.	Kelompok /klub olahraga yang dibina	Kelompok/ klub olahraga, meliputi kelompok olahraga di sekolah, klub antara lain jantung sehat, senam asma, senam usila, senam ibu hamil, senam diabetes, senam osteoporosis, kebugaran jamah haji dan kelompok olahraga/latihan fisik lainnya yang dibina di wilayah kerja Puskesmas selama pada kurun waktu tertentu.	Jumlah kelompok/klub olahraga yang dibina dibagi jumlah kelompok/ klub olahraga yang ada dikali 100%	40%	Data dasar, SITKO. LBKO
2.	Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	Calon Jamaah Haji (CJH) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani sesuai dengan pedoman yang ada.	Jumlah CJH yang dilakukan pengukuran Kebugaran Jasmani oleh Puskesmas pada tahun berjalan dibagi Jumlah CJH yang terdaftar di Puskesmas pada tahun berjalan dikali 100 %	90%	Data dasar, Kementerian agama, SITKO
3.	Puskemas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga internal	Puskemas yang melaksanakan pelayanan kesehatan olahraga internal, yaitu : 1. perencanaan tahunan dan bulanan; 2. peragaan minimal 2-5 kali dalam seminggu ; 3. senam bersama seminggu sekali; 4. pengukuran kebugaran jasmani karyawan	Jumlah bulan yang mencapai minimal 75 % dari 4 Indikator layanan kesehatan olahraga internal	30%	Data Dasar/LBKO, SITKO

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4	Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	Puskesmas minimal 1 kali per tahun) Sekolah Dasar/MI adalah lembaga pendidikan yang menyelenggarakan program pendidikan enam tahun bagi anak usia 6-12 tahun. Pengukuran Kebugaran Anak Sekolah /Madarasah adalah pengukuran kebugaran pada anak kelas 4-6 tahun yang berusia 10 - 12 tahun	Jumlah Sekolah Dasar/MI yang diukur kebugaran jasmani dibagi jumlah SD/MI yang ada di wilayah kerja x 100 %	35%	Data dasar, SITKO. LBKO

2.2.6. Pelayanaan Kesehatan Kerja

1	Puskesmas menyelenggarakan Puskesmas (internal)	Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal) adalah puskesmas menyelenggarakan K3 di internal sesuai dengan permenkes nomor 52 Tahun 2018 yaitu: 1) Pengendalian potensi bahaya dan pengendalian risiko K3 Fasyankes 2) Penerapan kewaspadaan standar 3) Penerapan prinsip ergonomi 4) pemberian imunisasi 5) Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di fasyankes 6) Pemeriksaan kesehatan berkala 7) Pengelolaan sarana dan prasarana fasyankes dari aspek K3 8) Pengelolaan peralatan medis dari aspek K3 9) kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana, termasuk kebakaran 10) Pengelolaan bahan B3 dan limbah B3 11) Pengelolaan limbah domestik	Jumlah bulan yang mencapai minimal 80% dari 11 indikator K3 Fasyankes yang ada pada Permenkes Nomor 52 Tahun 2018 dalam satu bulan dibagi 12 bulan dikali 100%	50%	Dokumen pelaksanaan kegiatan puskesmas, Data dasar dan Regerster Kesehatan SITKO
2	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan perkantoran K3	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 adalah pembinaan setiap SDM di puskesmas yang melakukan assesment dengan menggunakan format assesment yang sudah ditetapkan. Perkantoran	Jumlah kantor yang dibina (assement dengan minimal hasil cukup) K3 Perkantoran dibagi jumlah total perkantoran (kelurahan dan	50%	Data dasar Laporan Pelaksanaan Kegiatan puskesmas

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		adalah kantor kecamatan dan kantor kelurahan	kecamatan) yang ada di wilayah kerja dikali 100%		dan Buku Register Bantu Kesehatan Kerja, SITKO
3.	Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja informal	Salah satu atau seluruh kegiatan promosi (penyuluhan, konseling, latihan olahraga dll) dan/ atau preventif (imunisasi, pemeriksaan kesehatan, APD, ergonomi, pengendalian bahaya lingkungan dll) yang dilakukan minimal 1 (satu) kali tiap bulan selama 12 (dua belas) bulan pada kelompok kesehatan kerja informal	Jumlah kelompok kerja informal (Pos UKK) yang dilakukan kegiatan promotif dan/ atau preventif yang dilakukan dalam satu bulan dibagi jumlah seluruh Pos UKK (kali 12) di wilayah binaan dikali 100%	50%	Data dasar, Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP) dan Buku Register Bantu Kesehatan Kerja, SITKO.

2.2.7 Kefarmasian

Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat

1.	Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat	Jumlah kader kesehatan/ kader gema cermat yang telah tersosialisasi gema cermat yang aktif menjadi fasilitator kegiatan gema cermat kepada masyarakat diwilayah kerjanya.	% Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat = Jumlah kader kesehatan aktif yang telah tersosialisasikan gema cermat dibagi jumlah kader yang mengikuti sosialisasi x 100%. Contoh : Kader kesehatan dipuskesmas yang disosialisasi sebanyak 100 orang Kader kesehatan yang setelah sosialisasi aktif sebagai fasilitator gema cermat di wilayahnya sebanyak 20 orang. Cara Perhitungan : $20/100 \times 100\% = 20\%$ Tugas kader sebagai fasilitator adalah memfasilitasi kegiatan gema	25%	Data kegiatan penyuluhan di puskesmas
----	--	---	--	-----	---------------------------------------

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	(1)	(2)	(3)	(4)	Target T ^h 2023	(5)	Sumber Data	(6)
2	Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat	Jumlah desa/kelurahan di wilayah kerja puskesmas yang telah tersosialisasi kegiatan gema cermat.	<p>cermat ke masyarakat diwilayahnya. Contoh Tugas sebagai fasilitator : Membuat jadwal pertemuan, Memfasilitasi pertemuan, Mengedarkan daftar hadir, Mencatat pertanyaan masyarakat selama kegiatan sosialisasi, Mendokumentasikan kegiatan ,Membuat laporan kegiatan gema cermat di wilayah masing-masing.</p> <p>% Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat = Jumlah desa atau kelurahan yang telah tersosialisasi gema cermat dibagi jumlah desa kelurahan di wilayah kerja x 100% Contoh : Puskesmas mempunyai 10 wilayah kerja (desa/kelurahan) Yang tersosialisasi : 5 desa/kelurahan Cara perhitungan : $5 / 10 \times 100\% = 50\%$ Catatan : Perhitungan capaian kumulatif.</p>				25%		Data kegiatan penyuluhan puskesmas		/notulen di
3	Jumlah masyarakat yang tersosialisasikan gema cermat	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat = Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat dibagi jumlah masyarakat (usia > 15 tahun) yang ditargetkan di wilayah kerja dikali 100% dengan materi awal Dagusibu 50 serta materi tematik (TB, HT, DM, Stunting, Jiwa)	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat = Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat dibagi jumlah masyarakat (usia > 15 tahun) yang ditargetkan di wilayah kerja dikali 100% dengan materi awal				25%		Data kegiatan penyuluhan puskesmas		/notulen di

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	(1)	(2)	(3)	(4)	Target Th 2023	(5)	Sumber Data	(6)
			<p>Dagusibu 50 serta materi tematik (TB, HT ,DM, Stunting, Jiwa) Contoh</p> <p>Jumlah penduduk diwilayah kerja puskesmas>15 tahun : 5.000</p> <p>Jumlah yang ditargetkan oleh puskesmas per tahun : 1000</p> <p>Jumlah penduduk yang tersosialisasi tahun 2023 : 500 orang</p> <p>Cara perhitungan : $500 / 1000 \times 100\% = 50\%$</p> <p>Catatan : Perhitungan capaian kumulatif.</p>								

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG



drg. **BUDI NUGROHO, MPPM**
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19631213 198903 1 006

Definisi Operasional, Cara Penghitungan dan Target Indikator Kinerja UKP Puskesmas

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.3 UKP Puskesmas					
2.3.1. Pelayanan Non Rawat Inap					
1.	Angka Kontak Komunikasi	Indikator untuk mengetahui aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer oleh peserta berdasarkan jumlah peserta jaminan kesehatan (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan (kontak sakit maupun sehat) di Puskesmas per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan	Perbandingan jumlah peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total Jumlah Peserta terdaftar di Puskesmas dikali 1000 (seribu) Catatan Kinerja Puskesmas : ≥150 % = 100% > 145 - <150 % = 75% > 140 - 145 % = 50% > 135 - 140 % = 25% ≤ 135 = 0%	≥150 per mil	Register Pelayanan UKP dan Laporan Pelayanan UKM
2.	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)	Indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di Puskesmas sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya. Kasus non spesialisik adalah kasus terkait 144 diagnosa yang harus ditangani di Puskesmas serta kriteria <i>Time-Age-Complication-Comorbidity (TACC)</i> . Kelayakan rujukan kasus tersebut berdasarkan kesepakatan dalam bentuk perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan, Puskesmas, Dinkes Kabupaten/Kota dan organisasi profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan Puskesmas	Perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialisik dengan jumlah seluruh rujukan oleh Puskesmas dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 2% = 100% > 2 - 2,5% = 75% > 2,5 - 3% = 50% > 3 - 3,5% = 25% > 3,5% = 0%	≤2%	Register rujukan, <i>P-Care</i> .

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	serta progresifitas penyakit yang merupakan keadaan khusus dan/atau keadaruratan medis Indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan prolanis oleh Puskesmas dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien diabetes tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien HT. Penyakit kronis masuk Prolanis yaitu Diabetes Mellitus dan Hipertensi. Aktifitas Prolanis: (1) Edukasi Klub (2) Konsultasi Medis (3) Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang (4) Senam Prolanis (5) <i>Home visit</i> /kunjungan rumah (6) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB)	Capaian rasio peserta prolanis DM terkendali ditambah capaian rasio peserta prolanis HT terkendali dibagi 2 Catatan untuk kinerja Puskesmas: ≥ 5% = 100%; 4 - < 5% = 75% 3 - < 4% = 50% 2 - < 3% = 25% < 2% = 0%	≥ 5%	Aplikasi P-Care, Laporan pelaksanaan Prolanis
4.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (Standar Pelayanan Minimal ke 8)	Pelayanan kesehatan sesuai standar meliputi : a. Pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau kepatuhan minum obat c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Tekanan Darah Sewaktu (TDS) lebih dari 140 mmHg ditambahkan pelayanan terapi farmakologi	Jumlah penderita hipertensi usia > 15 tahun di wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah estimasi penderita hipertensi usia > 15 tahun yang berada didalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.	100%	Register Pelayanan
5.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (Standar Pelayanan Minimal ke 9)	Pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi : a. Pengukuran gula darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Edukasi perubahan gaya hidup dan / atau nutrisi c. Melakukan rujukan jika diperlukan. Gula darah	Jumlah penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun	100%	Rekam Medik

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		Sewaktu (GDS) lebih dari 200 mg/dl ditambahkan pelayanan terapi farmakologi	di bagi jumlah estimasi penderita Diabetes Mellitus usia ≥ 15 tahun yang berada di dalam wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikali 100%.		
6	Persentase Penyandang Hipertensi Yang Tekanan Darahnya Terkendali	Persentase penyandang hipertensi yang tekanan sistol dan diastol turun dari 140/90 mmHg dalam kurun waktu 1 tahun minimal 3 kali (3 bulan) dalam 1 tahun	Jumlah penyandang hipertensi yang tekanan sistol dan diastol turun dari kurang dari 140/90 mmHg dalam kurun waktu 1 tahun minimal 3 kali (3 bulan) dalam 1 tahun dibagi jumlah seluruh penyandang hipertensi dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikalikan 100 %	63%	Rekam Medis
7.	Persentase Penyandang Diabetes Melitus Yang Gula Darahnya Terkendali	Persentase penyandang diabetes melitus yang gula darah puasa < 126 mg/dl atau gula darah 2 jam pp nya < 200 mg/dl sebanyak minimal 3 kali (3 bulan) atau HbA1c < 7% minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun	Jumlah penyandang diabetes melitus yang gula darah puasa < 126 mg/dl atau gula darah 2 jam pp nya < 200 mg/dl sebanyak minimal 3 kali (3 bulan) atau HbA1c < 7% minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun dibagi jumlah seluruh penyandang diabetes melitus dalam kurun waktu satu tahun yang sama dikalikan 100 %	58%	Rekam Medis
8.	Rasio gigi tetap yang ditambah terhadap gigi tetap yang dicabut	Pelayanan kuratif kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan di Puskesmas, dinilai dengan membandingkan perlakuan tambal/cabut gigi tetap	Jumlah gigi tetap yang di tambal permanen dibandingkan dengan gigi tetap yang dicabut. Catatan kinerja Puskesmas: = 100% > 1	> 1	Register gigi

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9.	Bumil yang mendapat pelayanan kesehatan gigi	Pelayanan kesehatan gigi ibu hamil minimal 1 kali selama kehamilan di Puskesmas (konseling/ pemeriksaan/ perawatan)	Jumlah ibu hamil (minimal 1x selama kehamilan) yang mendapat pelayanan kesehatan gigi di Puskesmas dibagi jumlah ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dikali 100% $0,75 - 1 = 75\%$, $0,5 - < 0,75 = 50\%$ $0,25 - < 0,5 = 25\%$ $< 0,25 = 0\%$	100%	Register gigi
10.	Kelengkapan pengisian rekam medik	Rekam medik yang lengkap dalam 24 jam setelah selesai pelayanan, diisi oleh tenaga medis dan atau paramedis (identitas, SOAP, KIE, askep, diagnosis, kode ICD X, kajian sosial, pengobatan, tanda tangan) serta pengisian identitas rekam medik lengkap oleh petugas rekam medik (nama, nomor rekam medik, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, no kartu BPJS)	Jumlah rekam medik rawat jalan yang diisi lengkap dibagi jumlah rekam medik rawat jalan dikali 100%	100%	Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
2.3.2. Pelayanan Gawat Darurat					
1	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i>	Kelengkapan pengisian data <i>informed consent</i> meliputi identitas pasien, informasi (diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis dari tindakan yang akan dilakukan serta perkiraan pembiayaan) dan tanda tangan saksi serta pemberi layanan.	Jumlah <i>informed consent</i> gawat darurat yang diisi lengkap dibagi jumlah <i>informed consent</i> di pelayanan gawat darurat dikali 100%	100%	Rekam Medik Pelayanan Gawat Darurat
2.3.3. Pelayanan Kefarmasian					
1.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam Fornas	Evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia di Puskesmas terhadap Fornas FKTP. Perhitungan evaluasi kesesuaian item obat yang tersedia dengan Fornas dilakukan setiap bulan.	Jumlah item obat di Puskesmas yang sesuai dengan Fornas FKTP dibagi jumlah item obat yang tersedia di Puskesmas dikali 100 %.	80%	Data stok obat

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Ketersediaan obat 40 obat indikator	Tersedianya obat untuk pelayanan kesehatan dasar terhadap 40 item obat indikator (Albendazol /Pirantel Pamoat, Alopurinol, Amlodipin/Kaptopril, Amoksisilin 500 mg, Amoksisilin sirup, Antasida tablet kunyah/antasida suspensi, Amitriptilin tab, Asam Askorbat (Vitamin C), Asiklovir, Betametason salep, Deksametason tablet/deksametason injeksi, Diazepam injeksi 5 mg/ml, Diazepam, Dihidroartemisin+piperakuin (DHP) dan primaquin, Difenhidramin Inj. 10 mg/ml, Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1 % (sebagai HCl), Fitomenadion (Vitamin K) injeksi, Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT), Garam Oralit serbuk, Glibenklamid/Metformin, Hidrokortison krim/salep, Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi tablet/Kotrimoksazol suspensi, Ketoconazol tab, Klorfeniramin Maleat (CTM) tab, Lidokain inj, Magnesium Sulfat injeksi, Metilergometrin Maleat injeksi 0,200 mg-1 ml, Natrium Diklofenak, OAT FDC Kat 1, Oksitosin injeksi, Parasetamol sirup 120 mg / 5 ml, Parasetamol 500 mg, Prednison 5 mg, Retinol 100.000/200.000 IU, Salbutamol, Salep Mata/Tetes Mata Antibiotik, Simvastatin, Tablet Tambah Darah, Vitamin B6 (Piridoksin), Zinc 20 mg)..Pemilihan obat dan vaksin 45 item tersebut adalah sesuai dengan Indikator Kinerja Kementerian pada Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekes Ditjen FarmalKes	<p>Contoh: Jumlah obat Puskesmas yang sesuai dengan fornas 297 item, yang tersedia 513 item, maka % kesesuaian = $297 / 513 \times 100 \% = 57,89\%$</p> <p>Bila obat tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 1, bila obat tidak tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 0. Perhitungan diperoleh dengan cara = Jumlah kumulatif item obat indikator yang tersedia di Puskesmas dibagi 40 dikali 100 %</p>	85%	Data stok obat/LPLPO, Data pelaporan SELENA

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.	Ketersediaan 5 item vaksin indikator	Kemkes RI. Penilaian ketersediaan obat dan vaksin dilakukan setiap bulan. Tersedianya vaksin untuk pelayanan kesehatan dasar terhadap 5 item vaksin indikator (Vaksin Hepatitis B, Vaksin BCG, Vaksin DPT - Hb - Hib, Vaksin Polio, Vaksin Campak/Vaksin Rubella) Pemilihan obat dan vaksin 45 item tersebut adalah sesuai dengan Indikator Kinerja Kementerian pada Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekkes Ditjen Farmalikes Kemkes RI. Penilaian ketersediaan obat dan vaksin dilakukan setiap bulan.	Bila obat tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 1, bila obat tidak tersedia untuk pelayanan di Puskesmas maka diberi angka 0 Perhitungan diperoleh dengan cara = Jumlah kumulatif item obat indikator yang tersedia di Puskesmas dibagi 5 dikali 100 %	100%	Data stok obat/LPLPO, Data pelaporan SELENA
4	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus ISPA non pneumoni per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pada penatalaksanaan kasus ISPA non-pneumonia memiliki batas toleransi maksimal sebesar 20%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit misal seperti ISPA ats (acute upper respiratory tract infection) (diagnosa dokter/perawat tidak spesifik), pilek (common cold), batuk-pilek, otitis media, sinusitis atau dalam kode ICD X berupa J00, J01, J04, J05, J06, J10, J11.	Jumlah Penggunaan Antibiotika pada ISPA non Pneumonia dibagi Jumlah kasus ISPA non Pneumonia dikali 100 %. Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 20% = 100% 21-40 % =75% 41-60 % = 50% 61-80 % = 25% > 80 % = 0%	≤ 20 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
5.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan antibiotik pd penatalaksanaan kasus diare non-spesifik memiliki batas toleransi maksimal 8 % . Diare Non Spesifik meliputi Gastroenteritis, penyebab tidak jelas, virus, dll (non bakterial). Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit ditulis	Jumlah penggunaan Antibiotika pada diare non spesifik dibagi jumlah kasus diare non spesifik dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : ≤ 8 % = 100% 9 - 20 % = 75% 21 - 40 % = 50% 41 - 60 % = 25%	≤ 8 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6.	Penggunaan Injeksi pada Myalgia	Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia terhadap seluruh kasus tersebut. Penggunaan injeksi pada penatalaksanaan kasus myalgia dengan batas toleransi maksimal 1%. Data sampel diambil dari resep 1 kasus per hari dengan urutan pertama dengan diagnosa penyakit nyeri otot, pegal-pegal sakit pinggang, atau sejenisnya yang tidak membutuhkan injeksi (misal vitamin B1)	Jumlah penggunaan injeksi pada myalgia dibagi jumlah kasus myalgia dikali 100% Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 1 % = 100% 2 - 10 % = 75% 11 - 20 % = 50% 21 - 30 % = 25% > 30 % = 0%	≤ 1 %	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
7	Rerata item obat yang diresepkan	rerata item obat per lembar resep terhadap seluruh kasus tersebut. Rerata item obat perlembar resep dengan batas toleransi 2,6. (perhitungan sesuai dengan laporan Penggunaan Obat Rasional bulanan puskesmas)	Jumlah item obat per lembar resep dibagi jumlah resep Catatan kinerja Puskesmas: ≤ 2,6 = 100% 2,7 - 4 = 75% 5 - 7 = 50% 8 - 9 = 25% > 9 = 0%	≤ 2,6	Resep, diagnosa pasien , Laporan POR bulanan
8	Pengkajian resep, pelayanan resep dan pemberian informasi obat	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi.	Jumlah kegiatan pengkajian resep ,pelayanan resep dan pemberian informasi obat yang terdokumentasi dibagi jumlah resep yang masuk setiap bulan dikali 100%.	80%	Resep, diagnosa pasien , dokumentasi pengkajian resep dan pemberian informasi obat, Laporan Pelayanan Kefarmasian
9	Konseling	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis (penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi.	Jumlah Konseling yang dilakukan pada pasien kronis (penderita DM, Hipertensi, TB, HIV/AIDS, ODGJ) yang terdokumentasi dibagi jumlah	5%	Resep, diagnosa pasien ,Dokumentasi konseling, Laporan

No	Indikator UKM Peningkatan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10	Pelayanan Informasi Obat	Jumlah pelayanan Informasi Obat yang terdokumentasi. Pelayanan informasi obat adalah kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Apoteker untuk memberikan informasi secara akurat, jelas dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien serta pihak lain diluar fasyankes.	Jumlah pelayanan informasi obat yang terdokumentasi di bagi jumlah kegiatan pelayanan informasi obat (pertanyaan nakes, masyarakat, leaflet, brosur, penyuluhan) setiap bulan dikali 100%	80%	Dokumentasi PIO, Laporan Pelayanan Kefarmasian, Laporan Kegiatan Gemma cermat.
2.3.4. Pelayanan laboratorium					
1.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standar	50 Jenis pelayanan meliputi: a. Hemoglobin, Hematokrit, Hitung eritrosit, Hitung trombosit, Hitung leukosit, Hitung jenis leukosit, LED, Masa perdarahan dan Masa pembekuan. b. Kimia klinik: Glukosa, Protein, Albumin, Bilirubin total, Bilirubin direk, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, Asam urat, Ureum/BUN, Kreatinin, Trigliserida, Kolesterol total, Kolesterol HDL dan Kolesterol LDL. c. Mikrobiologi dan Parasitologi: BTA, Diplococcus gram negatif, Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Bacterial vaginosis, Malaria, Microfilaria dan Jamur permuakaan. d. Imunologi: Tes kehamilan, Golongan darah, Widal, VDRL, HbsAg, Anti Hbs, Anti HIV dan Antigen/antibody dengue. e. Urinalisa: Makroskopis (Warna, Kejernihan, Bau, Volume), pH, Berat jenis, Protein, Glukosa,	Jumlah jenis pelayanan yang tersedia dibagi Jumlah standar jenis pelayanan (50) dikali 100%	60%	Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Jenis Layanan

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		Bilirubin, Urobilinogen, Keton, Nitrit, Lekosit, Eritrosit dan Mikroskopik (sedimen). f. Tinja: Makroskopik, Darah samar dan Mikroskopik.			
2.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium	Waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan tentang waktu tunggu penyerahan hasil	Jumlah pasien dengan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium sesuai jenis pemeriksaan dan kebijakan dibagi jumlah seluruh pemeriksaan dikali 100%	100%	Survey, register
3.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI)	Pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium oleh Tenaga Puskesmas yang kompeten, dilakukan evaluasi, analisa dan tindak lanjut	Jumlah pemeriksaan mutu internal yang memenuhi standar minimal 1 (satu) parameter dari hematologi, Kimia Klinik, serologi, dan bakteriologi dibagi jumlah pemeriksaan dalam 1 (satu) bulan dikali 100%	100%	Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Internal
2.3.5. Pelayanan Rawat Inap					
1.	<i>Bed Occupation Rate</i> (BOR)	Prosentase pemakaian tempat tidur rawat inap umum di Puskesmas rawat inap setiap bulan	Jumlah hari perawatan rawat inap umum dalam 1 bulan dibagi hasil kali jumlah tempat tidur dengan jumlah hari dalam 1 bulan dikali 100 % Catatan kinerja Puskesmas : 10% - 60% = 100% >60 - 70% = 75% >70 - 80% = 50% >80 - 90% = 25% <10% atau >90% = 0%	10% - 60%	Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap Umum

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	Rekam medik yang telah diisi lengkap pada pelayanan rawat inap oleh staf medis dan atau tenaga yang diberikan pelimpahan kewenangan, meliputi kelengkapan pengisian identitas, SOAP, KIE, asuhan keperawatan, lembar observasi, lembar rujukan, asuhan gizi, resume medis, surat pemulangan, <i>informed consent</i> , monitoring rujukan, monitoring pra, selama dan sesudah pemberian anestesi dan laporan operasi	Jumlah rekam medis yang lengkap dibagi jumlah rekam medis per bulan di pelayanan rawat inap dikali 100%	100%	Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap Umum dan Persalinan



**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG**

drg. BUDI NUGROHO, MPPM
Pembina Utama Muda

NIP. 19631213 198903 1 006

LAMPIRAN 5 : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JOMBANG
 NOMOR :188.4/1812/415.17/2023
 TANGGAL : 4 April 2023

Definisi Operasional, Cara Penghitungan dan Target Indikator Kinerja Mutu Puskesmas

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.4 Mutu Puskesmas					
2.4.1. INDIKATOR NASIONAL MUTU PUSKESMAS					
1	Kepatuhan Tangan Kebersihan	Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan. Ada lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari; 1. Sebelum kontak dengan pasien 2. Sesudah kontak dengan pasien 3. Sebelum melakukan prosedur aseptik 4. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien 5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman. Tindakan kebersihan yang tangan dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100%	≥ 85%	Hasil observasi yang dilakukan setiap bulan, minimal 200 peluang dalam 1 (satu) bulan.

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh terkena cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100%	100%	Hasil observasi yang dilakukan setiap bulan, jumlah petugas yang diobservasi menggunakan rumus Slovin.
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Puskesmas. Identifikasi pasien secara benar dilakukan antara lain pada: a. Pemberian pengobatan b. Prosedur tindakan c. Prosedur diagnostik	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%	100%	Hasil observasi yang dilakukan setiap bulan, jumlah petugas yang diobservasi menggunakan rumus Slovin.
4	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO)	Keberhasilan pengobatan pasien TB adalah angka yang menunjukkan persentase semua pasien TB yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua pasien TB yang diobati dan dilaporkan sesuai dengan periodisasi waktu pengobatan TB. Angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan semua kasus dan angka pengobatan lengkap semua kasus yang menggambarkan kualitas pengobatan TB	Jumlah semua pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap pada tahun berjalan di wilayah kerja Puskesmas dibagi jumlah semua kasus TB SO yang diobati pada tahun berjalan di wilayah kerja dikali 100%	90%	Formulir TB/Sistem Informasi TB (SITB). Dihitung setiap bulan. Tidak dihitung bila: pasien TB pindahan tidak dilengkapi TB.09, hasil positif pada bulan 5 atau 6, dan meninggal sebelum berakhir masa pengobatan.

No	Indikator UKM Peningkatan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5	Ibu Hamil Yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah bersalin serta mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali. 1 (satu) kali pada trimester pertama, 2 (dua) kali pada trimester kedua, 3 (tiga) kali pada trimester ketiga. Ibu hamil paling sedikit kontak dengan dokter 2 (dua) kali yaitu 1 (satu) kali di trimester pertama dan 1 (satu) kali di trimester ketiga. Pelayanan sesuai standar meliputi 10T yaitu: 1. Pengukuran berat badan dan tinggi badan 2. Pengukuran tekanan darah 3. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA) 4. Pengukuran tinggi fundus uteri 5. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin 6. Imunisasi 7. Pemberian tablet tambah darah 8. Laboratorium (Golongan darah, Hb, Gluko protein urin, HIV) 9. Tata laksana 10. Temu wicara	Jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi Jumlah seluruh ibu hamil yang telah bersalin yang mendapatkan pelayanan ANC di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dikali 100%	100%	Kohort Ibu, Kartu Ibu, PWS KIA, Buku Register Ibu, e-kohort. Dihitung setiap bulan. Tidak dihitung bila: K1 bukan di trimester 1, pindah domisili, abortus, pindahan tidak memiliki catatan riwayat kehamilan yang lengkap, meninggal sebelum bersalin, dan prematur.
6	Kepuasan Pasien	Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasyankes terhadap pasien dilakukan dengan survei kepuasan pasien. Unsur survei	Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25	≥ 76,61	Hasil survei yang dilakukan setiap semester.

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		kepuasan pasien menurut Permenpan RB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik meliputi: 1. Persyaratan 2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur 3. Waktu Penyelesaian 4. Biaya/Tarif 5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan 6. Kompetensi Pelaksana 7. Perilaku Pelaksana 8. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan 9. Sarana dan prasarana			
2.4.2 SASARAN KESELAMATAN PASIEN					
1	Kepatuhan melakukan komunikasi efektif	Petugas melakukan komunikasi efektif di rekam medis antara lain: penyampaian pesan verbal lewat telepon atau media komunikasi dengan SBAR (<i>Situational, Background, Assessment, Recommendation</i>) pada pelaporan kasus dan TBK (Tulis, Baca, Konfirmasi) pada saat menerima instruksi dokter : penyampaian nilai kritis hasil pemeriksaan penunjang, <i>transfer/operan</i> pada waktu serah terima pasien dan rujukan	Jumlah prosentase kepatuhan petugas yang melakukan komunikasi efektif sesuai prosedur dibagi jumlah petugas di UGD/ ruang tindakan, ruang bersalin, rawat inap serta laboratorium yang diamati kepatuhannya	100%	Dokumen rekam medik dan ceklis kepatuhan komunikasi efektif
2	Pengelolaan Obat obat yang perlu diwaspadai	Pengelolaan obat obat yang diwaspadai dilakukan dengan pelabelan obat <i>high alert</i> (obat yang berisiko tinggi), misal : insulin, narkotika, agonis adrenergik, antagonis adrenergik, anestesi (general, inhalasi, IV), antitrombotic, dextrose 20%, parenteral nutrisi, oral hipoglikemik), obat yang mempunyai nama, bunyi dan seediaan hampir sama (LASA/ <i>Look Alike Sound Alike</i>) dan pelabelan kadaluarsa di ruang farmasi dan	Jumlah prosentase kepatuhan petugas terhadap SOP dalam mengelola label obat high alert, LASA dan kadaluarsa) dihitung compliance rate petugas	100%	Ceklis kepatuhan petugas terhadap SOP pengelolaan seediaan farmasi pada pelabelan obat high alert, LASA dan kadaluarsa)

No	Indikator UKM Pengembangan	Definisi Operasional	Cara Penghitungan	Target Th 2023	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar pada tindakan/bedah minor	Untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar double check terhadap prosedur pembedahan untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar dan pada pasien yang benar di UGD/tindakan, persalinan, KIA-KB dan poli gigi, agar tidak terjadi kesalahan orang dan salah sisi	Jumlah prosentase kepatuhan petugas dalam melakukan double check pada tindakan/bedah minor dibagi jumlah petugas yang diamati kepatuhannya (UGD/ruang tindakan, persalinan, KIA-KB dan poli gigi)	100%	Ceklis kepatuhan melakukan double check pada tindakan/bedah minor
4	Mengurangi risiko cedera pada pasien akibat terjatuh	Cedera pada pasien dapat terjadi karena jatuh di fasilitas kesehatan. Untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh dilakukan pentapisan/ <i>screening</i> . Kriteria untuk melakukan pentapisan kemungkinan terjadinya risiko jatuh harus ditetapkan, dan dilakukan upaya untuk mencegah atau meminimalkan kejadian jatuh di fasilitas kesehatan. Pentapisan dilakukan untuk meminimalkan terjadinya risiko jatuh di Puskesmas. Upaya dan penandaan dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien dari situasi dan lokasi yang dapat mengakibatkan pasien jatuh	Jumlah pentapisan (<i>screening</i>) pasien dengan risiko jatuh dibagi jumlah pasien risiko jatuh dikali 100%	100%	Ceklis Kepatuhan prosedur pentapisan (<i>screening</i>) pasien dengan risiko jatuh
2.4.3 PELAPORAN INSIDEN					
1	Pelaporan insiden	Melakukan pelaporan insiden (KTD, Sentinel, KTC, KNC dan KPC signifikan) sesuai prosedur.	Jumlah dokumen pelaporan insiden dibanding insiden yang terjadi dikali 100%	100%	Form laporan insiden, Hasil Investigasi Sederhana, RCA

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG

drg. BUDI NUGROHO, MPPM

Pembina Utama Muda

NIP. 19631213 198903 1 006

