

BULAN JUNI 2025

HASIL KINERJA KLASTER 1 MANAJEMEN

| Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas | | DEFINISI OPERASIONAL | SKALA | | | | HASIL | KET | SUMBER DATA | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|-----|-------------------------------------------------------------|--|
| NO | JENIS VARIABEL | | SKALA 1 (NILAI = 1) | SKALA 2 (NILAI = 4) | SKALA 3 (NILAI = 7) | SKALA 4 (NILAI = 10) | | | | |
| | | | A | MANAJEMEN INTI | | | | | | |
| I | PERENCANAAN (P1) | | | | | | | | | |
| a | | Puskesmas melakukan penyusunan RUK N+1 pada bulan Januari tahun berjalan berdasarkan kajian pencapaian kegiatan tahun sebelumnya, disusun berdasarkan rencana 5 tahunan dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah. Dokumen RUK lengkap, yang meliputi : 1. Proses Persiapan (Pembentukan tim, Dok renstra, target dan indikator Puskesmas) 2. Analisis situasi (Pengumpulan data, analisis data, SMD) 3. Perumusan masalah (Identifikasi masalah, penetapan urutan prioritas masalah, akar penyebab masalah, menetapkan cara penyelesaian masalah), dan 4. Penyusunan perencanaan (Dokumen RUK Puskesmas tahun n+1) | tidak punya | 1 komponen | 2 atau 3 komponen | 4 komponen terpenuhi | 10 | | Dokumen RUK tahun n+1 | |
| b | Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas | Puskesmas menyusun RPK melalui keterpaduan lintas program dan lintas sektor sesuai dengan alokasi anggaran. RPK disusun terinci semuanya yang meliputi RPK Tahunan dan RPK bulanan dari semua sumber anggaran | tidak menyusun | | | Menyusun RPK tahunan dan RPK bulanan dari semua sumber anggaran | 10 | | Dokumen RUK dilampiri RPK Tahunan dan RPK Bulanan tahun n+1 | |
| 2 | PELAKSANAAN LOKAKARYA MINI PUSKESMAS | | | | | | | | | |
| a | Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas | Kegiatan Penggerakan dan Pelaksanaan yang dilakukan oleh Puskesmas dengan standar sebagai berikut : 1. diikuti minimal 75% dari pegawai 2. tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan 3. dilaksanakan rutin tiap bulan 4. ada notulen yang lengkap 5. ada pembahasan RPK bulan yang akan datang | 1 komponen | 2 komponen | 3-4 komponen | 5 komponen | 10 | | DAUN pelaksanaan LOKmin yang dikirimkan tiap bulan | |
| 3 | Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas (P3) | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a | Terlaksananya audit internal | Kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang faktual dan significant melalui interaksi secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang memenuhi tahapan sebagai berikut : 1. Tersedia rencana program audit internal (jadwal audit) 2. Mengumpulkan dan analisa data 3. Tersedia pelaporan dan tindak lanjut audit | tidak dilaksanakan | 1 komponen terpenuhi | 2 komponen terpenuhi | 3 komponen terpenuhi | 10 | | Laporan Audit Internal yang dikirim ke Dinas Kesehatan nilai 7 karena baru ada 2 komponen |
| b | Terlaksananya Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM) | Kegiatan berkala yang dilakukan oleh pimpinan dan tim mutu puskesmas untuk mengevaluasi kinerja dan efektivitas sistem manajemen kesehatan, dengan ketentuan sebagai berikut : 1. Dilakukan dua kali setahun / semesteran (tersedia jadwal di RPK tahunan) 2. Membahas hasil audit internal 3. Membahas hasil survei kepuasan pelanggan 4. Membahas hambatan dan masalah dalam menyelenggarakan mutu dan pelayanan di masing-masing klaten 5. Menyusun rencana perbaikan/rekomendasi 6. Tersedia notulen yang lengkap | tidak dilaksanakan | 1-3 komponen | 4-5 komponen | terpenuhi 6 komponen | 10 | | Dokumen RTM/ karena hanya baru ada 1 komponen |
| c | Puskesmas menyusun PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) | Puskesmas membuat dan mengirimkan laporan PKP lengkap dan tepat waktu | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) kurang, dan salah satu kurang atau keduanya kurang | cakupan hasil manajemen dan cakupan pelayanan kesehatan cukup | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) baik, dan salah satu cukup | Cakupan hasil manajemen baik Cakupan pelayanan kesehatan baik | 0 | belum bisa dinilai karena blm waktunya pealporan | Maksimal tanggal 15 bulan Juli untuk PKP semester 1 dan minggu ke 4 bulan Januari Tahun Berikutnya untuk PKP Tahunan |
| B MANAJEMEN ARSIP | | | | | | | | | |
| 1 | Ada SOP Pengelolaan Arsip | Puskesmas menyusun SOP Pengelolaan Arsip yang terdiri dari : SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip | tidak punya | 1 SOP | 2-3 SOP | 4 SOP | 10 | | SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip |
| 2 | Pedoman Tata Naskah Puskesmas | Puskesmas menyusun pedoman tata naskah Puskesmas | Tidak menyusun | Menyusun, belum sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan belum disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | 10 | | Pedoman Tata Naskah Puskesmas |
| 3 | Dokumen Kepegawaian | Puskesmas memiliki arsip dokumen kepegawaian digital yang valid dan lengkap yang diupload di aplikasi satu data kepegawaian | < 25% pegawai sesuai | 25 % - 50 % pegawai sesuai | ≥50 % - 75 % pegawai sesuai | ≥ 75 - 100% pegawai sesuai | 10 | Dokumen Arsip Digital (Aplikasi Satu Data) | Arsip Digital (Aplikasi Satu Data) |

| C MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 | Menyusun Analisa Jabatan (Anjab) dan Analisa Beban Kerja (ABK) | Puskesmas menyusun Anjab/ABK tiap tahun | Tidak Ada | | | Ada | 10 | Dokumen Anjab dan ABK |
| 2 | Rencana Pemenuhan Sumber Daya Manusia | Dokumen usulan pemenuhan standar minimal SDM Kesehatan Puskesmas sesuai dengan Permenkes yang mengatur penyelenggaraan Puskesmas | Tidak Ada | | | Ada | 10 | Surat usulan dilampiri hasil download aplikasi RENBUT |
| 3 | Menyusun peta jabatan | Puskesmas menyusun peta jabatan yang terdiri dari bezzetting, kebutuhan dan kekurangan pegawai | Tidak Ada | | | Ada | 10 | Dokumen Peta Jabatan |
| 4 | Orientasi Pegawai Baru | Puskesmas melaksanakan kegiatan orientasi bagi Pegawai Baru, termasuk pegawai mutasi/alih jabatan. Meliputi : Kerangka acuan (di dalamnya ada jadwal), daftar kehadiran, dan laporan kegiatan | Tidak ada kerangka acuan dan laporan kegiatan | Hanya ada 1 komponen | Ada 2 komponen | Ada 3 komponen | 10 | KAK, Daftar Hadir, dan Laporan |
| 5 | Updating Data SDM Kesehatan | Puskesmas melakukan updating data SDM Kesehatan melalui Aplikasi SISDM | <3 x / tahun | 4x - 6x / tahun | 7x - 11 x / tahun | 1x setiap bulan | 10 | Aplikasi SISDMK |
| 6 | Kepatuhan pegawai menyusun SKP (Sasaran Kinerja Pegawai) | Kepatuhan dan kelengkapan pegawai ASN menyusun SKP sesuai ketentuan sebagai berikut : a. Semua pegawai ASN menyusun sasaran kinerja di awal tahun b. Semua pegawai ASN menyusun SKP sesuai periode c. Butir kegiatan sesuai dengan jabatan masing-masing pegawai ASN d. Penilaian kinerja sesuai dengan rencana kerja yang telah ditetapkan e. Penyusunan SKP Sesuai ketentuan (penanggalan, pejabat yang bertanda tangan) | <25% pegawai ASN | ≥ 25 % - < 50 % pegawai ASN | ≥ 50 % - < 75 % pegawai ASN | ≥ 75 - 100% pegawai ASN | 10 ada, sudah lengkap semua dari 5 item tersebut | SKP |
| 7 | Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Puskesmas menyusun SK pembagian tugas tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Tidak ada | | | Ada | 10 | SK Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas |
| 8 | Ada rencana pengembangan pegawai | Menyusun Rencana Pengembangan Pegawai | Tidak ada | | | Ada | 10 | Dokumen Perencanaan Pengembangan Pegawai |
| D MANAJEMEN SARANA PRASARANA DAN PERBEKALAN KESEHATAN | | | | | | | | |
| 1 | Pelaksanaan updating ASPAK sesuai standar | Melakukan updating data alat kesehatan pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Pelaksanaan updating dua kali setiap tahun. | Tidak pernah | 1 kali | 2 kali | 2 kali dengan data pendukung lengkap | 10 | |
| 2 | Pelaksanaan updating kondisi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan updating fungsi alat kesehatan (alkes berfungsi, alkes tidak berfungsi dan alkes tidak difungsikan) pada setiap unit pelayanan di fasyankes. Pelaksanaan updating setiap tribulan. | 1 kali | 2 kali | 3 kali | 4 kali | 10 | |
| 3 | Persentase kalibrasi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan kalibrasi alkes yang seharusnya dikalibrasi dalam waktu 1 tahun Jumlah alkes yang dikalibrasi dibanding jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi. (Jumlah alkes dikalibrasi/Jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi) | Kurang dari 20% | 20% - 50 % item | 50% - 80% item | > 80% | 0 belum bisa dinilai pelaksanaan kalibrasi masih di bl Nov | |
| 4 | Monitoring dan evaluasi ke sub unit puskesmas dan mendokumentasikan serta menyampaikan dalam lokakarya mini | Puskesmas melakukan pemantauan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan ke sub unit dengan daftar tilik dan memberikan respon balik kepada penanggung jawab sub unit melalui lokakarya mini | Tidak pernah | 1 kali 1 tahun | setiap semester | setiap tribulan | 10 | |

| E. MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----|---------------------------------|--------------|
| 1 | Puskesmas menetapkan Indikator mutu dan melakukan pengukuran indikator mutu | Puskesmas menyusun indikator mutu yang dilengkapi dengan profil indikator, serta dilakukan pengukuran dan evaluasi tindaklanjut capaian indikator mutu, dengan memenuhi ketentuan sebagai berikut : a. tersedia SK indikator mutu yang bisa terintegrasi dengan SK PKP b. tersedia profil indikator c. tersedia laporan pengukuran indikator mutu d. tersedia evaluasi capaian indikator mutu | tidak ada komponen yang terpenuhi | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | 10 | | |
| 2 | Kepatuhan pelaporan INM di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan INM di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan INM sama dengan jumlah bulan melaporkan INM dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan INM dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak melaporkan INM | kepatuhan pelaporan INM <60% | kepatuhan pelaporan INM 61-99% | kepatuhan pelaporan INM 100 % | 10 | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 3 | Kepatuhan pelaporan IKP di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan IKP di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan IKP sama dengan jumlah bulan melaporkan IKP dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan IKP dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak Melaporkan IKP | kepatuhan pelaporan IKP <60% | kepatuhan pelaporan IKP 61-99% | kepatuhan pelaporan IKP 100 % | 10 | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 4 | Puskesmas menyusun program manajemen risiko dan menyusun profil risiko | Puskesmas melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring serta reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan. Penilaian program manajemen risiko memenuhi komponen : a. Dilaksanakan 1 tahun sekali b. Ada SK terkait program manajemen resiko c. Disusun register resiko d. Disusun profil risiko | tidak dilakukan | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | 10 | | |
| 5 | INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) | | | | | | | | |
| a | Kepuasan pasien | Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Cara penghitungan : Total nilai persepsi seluruh responden dibagi total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25 | Tidak dilakukan Pengukuran | <70 | 70 - 79 | ≥80 | 10 | diisi capaian indikator absolut | |

| | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|--------|-------|----|--|
| b | Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO) | <p>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.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>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 Puskesmas dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70% | 70-89% | ≥ 90% | 10 | |
| c | Ibu hamil yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar (12T) | <p>Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah ibu hamil bersalin yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi jumlah seluruh ibu hamil bersalin di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan dikali 100%</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | 10 | |
| d | Kepatuhan Kebersihan Tangan | <p>Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | 10 | |
| e | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) | <p>Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | 10 | |

| | | | | | | | | |
|---|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| f | 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. Cara penghitungan : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100% | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | 10 | |
| 5 | Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas yang upaya perbaikannya harus didukung oleh semua klaster. Pasien TB anak mendapatkan pelayanan standart nasional. | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | 10 | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| 6 | Indikator Mutu Prioritas Pelayanan (IMPEL) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di unit masing-masing pelayanan. (Klaster 1 : Kepatuhan pelaksanaan lokmin bulanan sesuai SOP; Klaster 2 : ibu Hamil trimester I diberikan pelayanan USG di Puskesmas Karanganyar; Klaster 3 : Persentase skrining terduga TB; Klaster 4 : Ketepatan laporan SKDR penyakit potensial KLB; Lintas Klaster : Waktu tunggu pelayanan obat non racikan 10 menit dan obat racikan 15 menit) | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | 10 | Klaster 1 100%; Klaster 2 100%; Klaster 3 35%; Klaster 4 100%; Lintas Klaster 100% |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| F | MANAJEMEN KEUANGAN DAN ASET/BMD | | | | | | | |
| 1 | Pendapatan Puskesmas BLUD | Menyetorkan Pendapatan Puskesmas BLUD ke rekening BLUD. BKU Bendahara Penerimaan Pembantu BLUD,Rekapitulasi Surat Tanda Setoran, Slip Setoran, Rekening Koran BLUD | tidak disetorkan | lebih 2 hari | setiap 2 hari | setiap hari | 10 | setor setiap hari |
| 2 | Data Realisasi Keuangan | Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti. SP3BP maksimal tanggal 7 bulan berikutnya (Data /laporan lengkap SPJ, Buku BKU BOK, Buku Bantu APBD, Buku Pengeluaran BLUD, BKU Penerimaan BLUD , Laporan Pendapatan Belanja dan Pembiayaan, Surat Pertanggungjawaban (SPTJ), Laporan Pertanggungjawaban Bendahara Pengeluaran SPJ Belanja-Fungsional, Laporan Penambahan Aset Tetap, Laporan Mutasi Persediaan | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | Data lengkap , tidak tepat waktu | Data lengkap dan tepat waktu | 10 | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 3 | Menyusun Laporan Keuangan BLUD | Menyusun Laporan Keuangan BLUD Semester 1 dan Laporan Keuangan BLUD Semester 2. (Laporan Keuangan BLUD Semester 1 maksimal tanggal 15 Juli tahun berjalan sedangkan Laporan Keuangan BLUD Semester 2 maksimal tanggal 10 Januari tahun berikutnya) | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | | Data lengkap dan tepat waktu | 0 | Belum ada, karena laporan semester 1 masih di bulan Juni, dan Laporan Keuangan Semester 2 masih di bulan Desember 2025 | |
| 4 | Kepala Puskesmas melakukan Pemeriksaan keuangan (P3) | Kepala Puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala. Pemeriksaan Kas (Pemeriksaan Kas Bendahara Pengeluaran BLUD dan Pemeriksaan Kas BOK dilakukan setiap bulan) | Tidak melakukan Pemeriksaan Kas | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari enam bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari dua bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan setiap bulan | 10 | | |
| G MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI DIGITAL | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menerapkan RME | Puskesmas menerapkan RME pada SIMPUS untuk pelayanan Rawat jalan, UGD/Ruang Tindakan, Rawat Inap sampai pelayanan di Pustu danatau Jaringan, dengan ketentuan sebagai berikut : | | | | | | | |
| | | - Untuk Puskesmas non rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD/Ruang Tindakan/ di Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD/Ruang Tindakan dan Pustu dan atau jaringan | 10 | | menerapkan dirawat jalan |
| | | - Untuk Puskesmas dengan Rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD | menerapkan di Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap /Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD, Rawat inap dan Pustu dan atau Jaringan | | | |
| 2 | Puskesmas menyediakan Informasi Pelayanan Publik dalam Media Keterbukaan Informasi Publik | Puskesmas mengunggah Informasi Pelayanan Publik pada websitenya yang meliputi : a. Profil penyelenggara b. Profil Kesehatan dan Data Dasar c. Standar Pelayanan d. Maklumat Pelayanan e. Pengelolaan Pengaduan f. Penilaian kinerja | tidak ada informasi | 2 informasi | 3-5 Informas | 6 Informasi | 10 | | |
| 3 | Puskesmas sudah mengirimkan data ke platform SATUSEHAT (Minimal data kunjungan dan diagnosa penyakit) | Puskesmas mengirimkan data pelayanan kesehatan ke Platform SATUSEHAT | tidak mengirimkan | Mengirimkan <50% data | Mengirimkan > 50 s.d <100 % | 100% | 10 | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Kepatuhan dan kelengkapan pengisian aplikasi MPDN | Aplikasi MPDN Aplikasi MPDN (Maternal Perinatal Death Notification) adalah aplikasi pelaporan kematian ibu dan bayi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Aplikasi ini harus diisi dengan lengkap dan tepat sebagai dasar dilakukannya Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Response (AMPSR) dan dasar pengambilan kebijakan berbasis data. Lengkap (3 komponen) 1. Lengkap notifikasi 2. Lengkap evaluasi 3. Lengkap pelaporan Tepat : tanggal 4 | > tanggal 4 3 komponen kelengkapan tidak terpenuhi | < tanggal 4 1 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 2 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 3 komponen kelengkapan terpenuhi | 10 | 10 | ada kematian ibu 1 bayi 2 |
| H MANAJEMEN JEJARING | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas melakukan pembinaan jejaring | (1) Tersedia data jejaring Puskesmas (2) Puskesmas melakukan pembinaan/monev ke jejaring minimal 2 kali setahun (3) Jejaring melaporkan pelayanan ke Puskesmas (4) Minimal 50% dari Jejaring (Klinik dan TPMD) melaksanakan program prioritas yg dibuktikan dengan adanya MOU dan ketertiban laporan program prioritas | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | 10 | | |
| 2 | Pustu menyelenggarakan ILP | Pustu memenuhi kriteria ILP (1) melaksanakan paket layanan sesuai siklus hidup (2) tersedia 2 nakes (perawat dan bidan) yang setiap hari memberikan pelayanan di pustu pada jam buka pelayanan (3) ada 2 orang kader yang diberikan tugas oleh kades/lurah sebagai kader koordinator posyandu yang dibuktikan dengan SK/surat tugas dan (4) melaksanakan kegiatan pemberdayaan di bidang kesehatan | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | 7 | | nilai 7 karena baru ada 3 komponen dari 4 komponen yaitu : ada 2 kader yang diberi tugas sebagai koordinator posyandu yang diberikan tugas oleh Pak Lurah yang dibuktikan dengan SK atau surat tugas |
| 3 | Puskesmas mempunyai 1 Pustu yang telah sesuai standar ILP | Pustu yg telah ditunjuk melaksanakan paket layanan sebagai berikut : (1) skrining, (2) edukasi kesehatan, (3) pengobatan terbatas, (4) laboratorium dengan PoCT, (5) perencanaan desa dan pendampingan Posyandu, (6) Kunjungan rumah dan (7) Pemantauan Wilayah Setempat) | terpenuhi 2 indikator | terpenuhi 4 indikator | terpenuhi 6 indikator | terpenuhi 7 indikator | 7 | | Laporan Pustu |
| 4 | Persentase Pustu menyelenggarakan Program Kebugaran Jasmani bagi Masyarakat | Pustu melaksanakan kegiatan program kebugaran. Program kebugaran meliputi : peregangan/senam/olahraga bersama/ pengukuran kebugaran . Cara Perhitungan : Jumlah pustu melaksanakan program kebugaran dibagi jumlah seluruh pustu di wilayah kerja puskesmas, dikali 100%. | < 20 % | 20-35 % | > 35 - 50 % | > 50% | 10 | | Laporan Kesjaor |
| | KESEHATAN KERJA | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|------------------------------------|----------------------------------------|
| 5 | Percentase Pembinaan Kesehatan Kerja di Sektor Formal | Perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan advokasi, sosialisasi, koordinasi dan pelaksanaan program kesehatan kerja seperti GP2SP atau K3 Perkantoran atau K3 Fasyankes) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi seluruh perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang ada di wilayah kerjanya, dikali 100%. | < 5 % | 5 - 15 % | 15 - 25 % | > 25 % | 10 | hasil 66% | |
| 6 | Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) | Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan sosialisasi, penyuluhan, fasilitasi kegiatan pengendalian risiko pada Pos UKK yang sudah terbentuk) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi dengan jumlah seluruh Pos UKK yang ada di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100% | < 50% | 50 - 70 % | 70 - 90 % | > 90 % | 10 | | Laporan Kesjaor |
| 7 | Pembinaan UKS/M dan/atau SBH | Percentase sekolah yang melaksanakan UKS/M dan/atau SBH dengan kriteria 1. Adanya Struktur Kelembagaan 2. Mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 3. Pertemuan minimal 1x/tahun dilengkapi dengan notulen | <5 % | \geq 5 - <15 % | \geq 15 - <25 % | \geq 25 % | 1 | Belum semua sekolah dan SBH dibina | Laporan Promkes |
| I MANAJEMEN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT | | | | | | | | | |
| 1 | Percentase Pengukuran Kebugaran Jasmani Kelompok Olahraga Masyarakat | Kelompok olahraga minimal sasaran anak usia sekolah (sekolah, madrasah, pesantren) dan usia produktif (OPD/instansi pemerintah, pekerja informal, kelompok olahraga lainnya) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah kelompok olahraga masyarakat yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani dibagi jumlah seluruh kelompok olahraga masyarakat di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100% | 0 | < 5 % | 5 - 10 % | > 10 % | 10 | hasil 61% | |
| 2 | Puskesmas yang mendukung pelaksanaan Asuhan Mandiri Tanaman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan akupresure | Indikator pelaksanaan kegiatan : 1. Sosialisasi 2. Orientasi Asman TOGA dan Akupresur 3. Pembinaan | Tidak ada | 1 indikator terpenuhi | 2 indikator terpenuhi | 3 indikator terpenuhi | 10 | | DAUN kegiatan Asman TOGA dan Akupresur |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-------------|------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Pembinaan Kelompok Asuhan mandiri Taman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan Akupresur serta pemanfaatannya pada sasaran masyarakat | Percentase kelompok asman TOGA dan Akupresur yang dibina serta pemanfaatannya di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun. Cara menghitung : Jumlah kelompok asman TOGA yang dibina dibagi jumlah posyandu di wilayah kerja Puskesmas x 100 % | 0 < 5 % | 5 % s/d < 10 % | >= 10 % | 10 | | DAUN kegiatan pembinaan Asman TOGA dan Akupresur |
| 4 | PHBS Rumah Tangga Sehat Paripurna | Percentase Rumah tangga yang memenuhi rumah tangga sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun | < 10 % | ≥10 - <25 % | ≥25 - <40 % | ≥40 % | 10 | 45% Laporan Promkes |
| 5 | PHBS Sekolah sehat paripurna | Percentase sekolah (SD, SMP, SMA sederajat) yang memenuhi sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun | <5 % | ≥5 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 4 | Hasil Pendataan PHBS di institusi sekolah sebagian besar berstrata utama sebanyak 22 sekolah dari 26 sekolah yang didata, 1 sekolah strata madya, 3 sekolah strata paripurna (11,5%) Laporan Promkes |
| 6 | PHBS Tempat Kerja sehat Paripurna | Percentase tempat kerja yang memenuhi tempat kerja sehat paripurna di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun | <5 % | ≥5 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 1 | Hasil pendataan PHBS di tempat kerja belum ada yang berstrata paripurna tapi strata utama.. indikator yang tidak terpenuhi di indikator olah raga dan merokok Laporan Promkes |
| 7 | Melaksanakan Survei Mawas Diri | Percentase desa/kelurahan yang melaksanakan SMD melalui tahapan 1. Pengenalan, 2. Pengumpulan, 3. Pengkajian, 4. Rencana tindak lanjut | < 50 % | ≥50 - <70 % | ≥70 - <90 % | ≥90 - 100% | 1 | Jadwal SMD bln September 2025 Laporan Promkes |
| 8 | Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa | Percentase desa/kelurahan yang melaksanakan MMD melalui tahapan 1. Penyajian hasil SMD, 2. Menentukan prioritas masalah, 3. Mencari akar penyebab masalah, 4. Menyusun rencana kerja | < 50 % | ≥50 - <70 % | ≥70 - <90 % | ≥90 - 100% | 1 | Jadwal MMD bln Oktober 2025 Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 9 | Desa siaga aktif Mandiri | Percentase Desa/Kelurahan Siaga Aktif yang memiliki strata mandiri dengan kriteria : (1) FKD/FKK mempunyai SK, melakukan SMD/MMD, mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (2) Pertemuan FKD/FKK minimal 8 kali/tahun dilengkapi dengan notulen (3) Memiliki >9 kader (4) Kemudahan akses pelayanan kesehatan (5) Mempunyai posyandu dan 4 UKBM lainnya (6) Dukungan Dana dari Desa/Kel dan 3 sumber dana lainnya (7) Adanya peran serta masyarakat dan 2 ormas lainnya (8) memiliki kebijakan kesehatan, diterapkan dan ada bukti (9) Rumah Tangga sehat > 90% | <10 % | ≥10 - <25 % | ≥25 - <40 % | ≥ 40 % | 10 | 41,7 | Laporan Promkes |
| 10 | Posyandu aktif siklus hidup | Percentase Posyandu yang memiliki status aktif berdasarkan 3 kriteria yaitu 1. posyandu yang buka setiap bulan atau minimal 8 kali setahun dalam bulan berbeda, 2. memberikan pelayanan kesehatan untuk semua siklus hidup (ibu hamil, bayi, balita, remaja, dewasa, lansia) dan 3. memiliki minimal 5 orang kader | < 55 % | ≥55 - <70 % | ≥70 - <85 % | ≥85 % | 1 | syarat pelayanan minimal 8 kali belum tercapai karena baru sampai bln Juni baru 6x | Laporan Microsite Posyandu |
| 11 | Kader Posyandu Tingkatan Madya | Percentase kader yang telah menguasai 3 keterampilan dasar sesuai dengan tingkatan Purwa ditambahkan dengan 1 keterampilan dasar lain pilihan (bumil/busui, remaja atau usia dewasa/lansia) | <10 % | ≥10 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 10 | Hasil Assesment yang berstrata madya 7 orang dari 57 kader yang dinilai (12,2%), strata utama 5 kader, strata purwa 3 kader --> madya+utama = 21,05% | Laporan Microsite Posyandu |
| 12 | Media Informasi kesehatan yang berfungsi | Jenis Media Informasi Kesehatan yang digunakan untuk penyebarluasan Informasi kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas (Media cetak, media elektronik, media sosial, media papan) | 1 media | 2 media | 3 media | 4 media | 10 | - | Laporan Promkes |
| 13 | Sekolah yang memenuhi stratifikasi standar sekolah sehat | Persentase sekolah yang memenuhi kriteria standar pada sekolah sehat melalui pelaksanaan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam kurun waktu satu tahun | Tidak dilaksanakan | <5% | ≥5 - <10% | ≥10% | 1 | Belum dilaksanakan stratifikasi standar sekolah sehat | Laporan Promkes |
| 14 | Pemeriksaan iodium pada garam dikonsumsi ditingkat rumah tangga | pemeriksaan iodium pada garam yang dikonsumsi di tingkat rumah tangga diwilayahnya kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dengan kriteria : 1. Pelaksanaan minimal 1 x dibulan Agustus 2. Sasaran rumah tangga di wakili oleh siswa kelas 4/5 SD, 3 . Sampel Per desa sejumlah 26 sampel | tidak dilakukan / dilakukan < 50 % jumlah desa | dilakukan pada 50 - <75 % jumlah desa | dilakukan pada 75 - <100% jumlah desa | dilakukan di semua desa | | Belum dilaksanakan (dilaksanakan bulan Agustus) | Laporan Gizi |

BULAN MEI 2025

HASIL KINERJA KLASTER 1 MANAJEMEN

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| a | Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas | Kegiatan Penggerakan dan Pelaksanaan yang dilakukan oleh Puskesmas dengan standar sebagai berikut : 1. dilakukan minimal 75% dari pegawai 2. tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan 3. dilaksanakan rutin tiap bulan 4. ada notulen yang lengkap 5. ada pembahasan RPK bulan yang akan datang | 1 komponen | 2 komponen | 3-4 komponen | 5 komponen | | | DAUN pelaksanaan LOKmin yang dikirimkan tiap bulan |
| 3 | Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas (P3) | | | | | | | | |
| a | Terlaksananya audit internal | Kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang faktual dan significant melalui interaksi secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang memenuhi tahapan sebagai berikut : 1. Tersedia rencana program audit internal (jadwal audit) 2. Mengumpulkan dan analisa data 3. Tersedia pelaporan dan tindak lanjut audit | tidak dilaksanakan | 1 komponen terpenuhi | 2 komponen terpenuhi | 3 komponen terpenuhi | | | Laporan Audit Internal yang dikirim ke Dinas Kesehatan |
| b | Terlaksananya Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM) | Kegiatan berkala yang dilakukan oleh pimpinan dan tim mutu puskesmas untuk mengevaluasi kinerja dan efektivitas sistem manajemen kesehatan, dengan ketentuan sebagai berikut : 1. Dilakukan dua kali setahun / semesteran (tersedia jadwal di RPK tahunan) 2. Membahas hasil audit internal 3. Membahas hasil survei kepuasan pelanggan 4. Membahas hambatan dan masalah dalam menyelenggarakan mutu dan pelayanan di masing-masing klaster 5. Menyusun rencana perbaikan/rekomendasi 6. Tersedia notulen yang lengkap | tidak dilaksanakan | 1-3 komponen | 4-5 komponen | terpenuhi 6 komponen | | | Dokumen RTM |
| c | Puskesmas menyusun PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) | Puskesmas membuat dan mengirimkan laporan PKP lengkap dan tepat waktu | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) kurang, dan salah satu kurang atau keduanya kurang | cakupan hasil manajemen dan cakupan pelayanan kesehatan cukup | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) baik, dan salah satu cukup | Cakupan hasil manajemen baik Cakupan pelayanan kesehatan baik | | Maksimal tanggal 15 bulan Juli untuk PKP semester 1 dan minggu ke 4 bulan Januari Tahun Berikutnya untuk PKP Tahunan | |
| B MANAJEMEN ARSIP | | | | | | | | | |
| 1 | Ada SOP Pengelolaan Arsip | Puskesmas menyusun SOP Pengelolaan Arsip yang terdiri dari : SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip | tidak punya | 1 SOP | 2-3 SOP | 4 SOP | | | SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 2 | Pedoman Tata Naskah Puskesmas | Puskesmas menyusun pedoman tata naskah Puskesmas | Tidak menyusun | Menyusun, belum sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan belum disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | | | Pedoman Tata Naskah Puskesmas |
| 3 | Dokumen Kepegawaian | Puskesmas memiliki arsip dokumen kepegawaian digital yang valid dan lengkap yang diupload di aplikasi satu data kepegawaian | < 25% pegawai sesuai | 25 % - 50 % pegawai sesuai | ≥50 % - 75 % pegawai sesuai | ≥ 75 - 100% pegawai sesuai | 10 | Dokumen Arsip Digital (Aplikasi Satu Data sudah valid dan lengkap) | Arsip Digital (Aplikasi Satu Data) |
| C MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA | | | | | | | | | |
| 1 | Menyusun Analisa Jabatan (Anjab) dan Analisa Beban Kerja (ABK) | Puskesmas menyusun Anjab/ABK tiap tahun | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Anjab dan ABK |
| 2 | Rencana Pemenuhan Sumber Daya Manusia | Dokumen usulan pemenuhan standar minimal SDM Kesehatan Puskesmas sesuai dengan Permenkes yang mengatur penyelenggaraan Puskesmas | Tidak Ada | | | Ada | | | Surat usulan dilampiri hasil download aplikasi RENBUT |
| 3 | Menyusun peta jabatan | Puskesmas menyusun peta jabatan yang terdiri dari bezetting, kebutuhan dan kekurangan pegawai | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Peta Jabatan |
| 4 | Orientasi Pegawai Baru | Puskesmas melaksanakan kegiatan orientasi bagi Pegawai Baru, termasuk pegawai mutasi/alih jabatan. Meliputi : Kerangka acuan (di dalamnya ada jadwal), daftar kehadiran, dan laporan kegiatan | Tidak ada kerangka acuan dan laporan kegiatan | Hanya ada 1 komponen | Ada 2 komponen | Ada 3 komponen | | | KAK, Daftar Hadir, dan Laporan |
| 5 | Updating Data SDM Kesehatan | Puskesmas melakukan updating data SDM Kesehatan melalui Aplikasi SISDM | <3 x / tahun | 4x - 6x / tahun | 7x - 11 x / tahun | 1x setiap bulan | | | Aplikasi SISDMK |
| 6 | Kepatuhan pegawai menyusun SKP (Sasaran Kinerja Pegawai) | Kepatuhan dan kelengkapan pegawai ASN menyusun SKP sesuai ketentuan sebagai berikut : a. Semua pegawai ASN menyusun sasaran kinerja di awal tahun b. Semua pegawai ASN menyusun SKP sesuai periode c. Butir kegiatan sesuai dengan jabatan masing-masing pegawai ASN d. Penilaian kinerja sesuai dengan rencana kerja yang telah ditetapkan e. Penyusunan SKP Sesuai ketentuan (penanggungan, pejabat yang bertanda tangan) | <25% pegawai ASN | ≥ 25 % - < 50 % pegawai ASN | ≥ 50 % - < 75 % pegawai ASN | ≥ 75 - 100% pegawai ASN | 10 | ada, sudah lengkap semua dari 5 item tersebut | SKP |
| 7 | Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Puskesmas menyusun SK pembagian tugas tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Tidak ada | | | Ada | | | SK Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas |
| 8 | Ada rencana pengembangan pegawai | Menyusun Rencana Pengembangan Pegawai | Tidak ada | | | Ada | | | Dokumen Perencanaan Pengembangan Pegawai |
| D MANAJEMEN SARANA PRASARANA DAN PERBEKALAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Pelaksanaan updating ASPAK sesuai standar | Melakukan updating data alat kesehatan pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Pelaksanaan updating dua kali setiap tahun. | Tidak pernah | 1 kali | 2 kali | 2 kali dengan data pendukung lengkap | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| 2 | Pelaksanaan updating kondisi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan updating fungsi alat kesehatan (alkes berfungsi, alkes tidak berfungsi dan alkes tidak difungsikan) pada setiap unit pelayanan di fasyankes. Pelaksanaan updating setiap tribulan. | 1 kali | 2 kali | 3 kali | 4 kali | | | |
| 3 | Persentase kalibrasi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan kalibrasi alkes yang seharusnya dikalibrasi dalam waktu 1 tahun Jumlah alkes yang dikalibrasi dibanding jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi. (Jumlah alkes dikalibrasi/Jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi) | Kurang dari 20% | 20% - 50 % item | 50% - 80% item | > 80% | | | |
| 4 | Monitoring dan evaluasi ke sub unit puskesmas dan mendokumentasikan serta menyampaikan dalam lokakarya mini | Puskesmas melakukan pemantauan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan ke sub unit dengan daftar tilik dan memberikan respon balik kepada penanggung jawab sub unit melalui lokakarya mini | Tidak pernah | 1 kali 1 tahun | setiap semester | setiap tribulan | | | |
| E MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menetapkan Indikator mutu dan melakukan pengukuran indikator mutu | Puskesmas menyusun indikator mutu yang dilengkapi dengan profil indikator, serta dilakukan pengukuran dan evaluasi tindaklanjut capaian indikator mutu, dengan memenuhi ketentuan sebagai berikut : a. tersedia SK indikator mutu yang bisa terintegrasi dengan SK PKP b. tersedia profil indikator c. tersedia laporan pengukuran indikator mutu d. tersedia evaluasi capaian indikator mutu | tidak ada komponen yang terpenuhi | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |
| 2 | Kepatuhan pelaporan INM di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan INM di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan INM sama dengan jumlah bulan melaporkan INM dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan INM dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak melaporkan INM | kepatuhan pelaporan INM <60% | kepatuhan pelaporan INM 61-99% | kepatuhan pelaporan INM 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 3 | Kepatuhan pelaporan IKP di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan IKP di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan IKP sama dengan jumlah bulan melaporkan IKP dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan IKP dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak Melaporkan IKP | kepatuhan pelaporan IKP <60% | kepatuhan pelaporan IKP 61-99% | kepatuhan pelaporan IKP 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 4 | Puskesmas menyusun program manajemen risiko dan menyusun profil risiko | Puskesmas melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring serta reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan. Penilaian program manajemen risiko memenuhi komponen : a. Dilaksanakan 1 tahun sekali b. Ada SK terkait program manajemen risiko c. Disusun register resiko d. Disusun profil risiko | tidak dilakukan | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |

| 5 | INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|---------|-------|--|---------------------------------|--|
| a | Kepuasan pasien | <p>Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Total nilai persepsi seluruh responden dibagi total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70 | 70 - 79 | ≥80 | | diisi capaian indikator absolut | |
| b | Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO) | <p>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.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>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 Puskesmas dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70% | 70-89% | ≥ 90% | | | |
| c | Ibu hamil yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar (12T) | <p>Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah ibu hamil bersalin yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi jumlah seluruh ibu hamil bersalin di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan dikali 100%</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| d | Kepatuhan Kebersihan Tangan | <p>Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|---------------|-------------|--|---------------------------------|--|
| e | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) | Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). Cara penghitungan : Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100 % | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| f | 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. Cara penghitungan : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100% | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| 5 | Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas yang upaya perbaikannya harus didukung oleh semua klaster | | | | | | | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| 6 | Indikator Mutu Prioritas Pelayanan (IMPEL) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di unit masing-masing pelayanan | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| F MANAJEMEN KEUANGAN DAN ASET/BMD | | | | | | | | | |
| 1 | Pendapatan Puskesmas BLUD | Menyetorkan Pendapatan Puskesmas BLUD ke rekening BLUD. BKU Bendahara Penerimaan Pembantu BLUD, Rekapitulasi Surat Tanda Setoran, Slip Setoran, Rekening Koran BLUD | tidak disetorkan | lebih 2 hari | setiap 2 hari | setiap hari | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2 | Data Realisasi Keuangan | Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti. SP3BP maksimal tanggal 7 bulan berikutnya (Data /laporan lengkap SPJ, Buku BKU BOK, Buku Bantu APBD, BKU Pengeluaran BLUD, BKU Penerimaan BLUD , Laporan Pendapatan Belanja dan Pembiayaan, Surat Pertanggungjawaban (SPTJ), Laporan Pertanggungjawaban Bendahara Pengeluaran SPJ Belanja-Fungsional, Laporan Penambahan Aset Tetap, Laporan Mutasi Persediaan | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | Data lengkap , tidak tepat waktu | Data lengkap dan tepat waktu | | | |
| 3 | Menyusun Laporan Keuangan BLUD | Menyusun Laporan Keuangan BLUD Semester 1 dan Laporan Keuangan BLUD Semester 2. (Laporan Keuangan BLUD Semester 1 maksimal tanggal 15 Juli tahun berjalan sedangkan Laporan Keuangan BLUD Semester 2 maksimal tanggal 10 Januari tahun berikutnya) | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | | Data lengkap dan tepat waktu | | Belum ada, karena laporan semester 1 masih di bulan Juni, dan Laporan Keuangan Semester 2 masih di bulan Desember 2025 | |
| 4 | Kepala Puskesmas melakukan Pemeriksaan keuangan (P3) | Kepala Puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala. Pemeriksaan Kas (Pemeriksaan Kas Bendahara Pengeluaran BLUD dan Pemeriksaan Kas BOK dilakukan setiap bulan) | Tidak melakukan Pemeriksaan Kas | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari enam bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari dua bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan setiap bulan | | | |
| G MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI DIGITAL | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menerapkan RME | Puskesmas menerapkan RME pada SIMPUS untuk pelayanan Rawat jalan, UGD/Ruang Tindakan, Rawat Inap sampai pelayanan di Pustu dan atau Jaringan, dengan ketentuan sebagai berikut : | | | | | | | |
| | | - Untuk Puskesmas non rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD/Ruang Tindakan/ di Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD/Ruang Tindakan dan Pustu dan atau jaringan | | | |
| | | - Untuk Puskesmas dengan Rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD | menerapkan di Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap /Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD, Rawat inap dan Pustu dan atau Jaringan | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 2 | Puskesmas menyediakan Informasi Pelayanan Publik dalam Media Keterbukaan Informasi Publik | Puskesmas mengunggah Informasi Pelayanan Publik pada websitenya yang meliputi : a. Profil penyelenggara b. Profil Kesehatan dan Data Dasar c. Standar Pelayanan d. Maklumat Pelayanan e. Pengelolaan Pengaduan f. Penilaian kinerja | tidak ada informasi | 2 informasi | 3-5 Informasi | 6 Informasi | | | |
| 3 | Puskesmas sudah mengirimkan data ke platform SATUSEHAT (Minimal data kunjungan dan diagnosa penyakit) | Puskesmas mengirimkan data pelayanan kesehatan ke Platform SATUSEHAT | tidak mengirimkan | Mengirimkan <50% data | Mengirimkan > 50 s.d <100 % | 100% | | | |
| 4 | Kepatuhan dan kelengkapan pengisian aplikasi MPDN | Aplikasi MPDN Aplikasi MPDN (Maternal Perinatal Death Notification) adalah aplikasi pelaporan kematian ibu dan bayi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Aplikasi ini harus diisi dengan lengkap dan tepat sebagai dasar dilakukannya Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Response (AMPSR) dan dasar pengambilan kebijakan berbasis data. Lengkap (3 komponen) 1. Lengkap notifikasi 2. Lengkap evaluasi 3. Lengkap pelaporan Tepat : tanggal 4 | > tanggal 4 3 komponen kelengkapan tidak terpenuhi | < tanggal 4 1 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 2 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 3 komponen kelengkapan terpenuhi | | | |
| H MANAJEMEN JEJARING | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas melakukan pembinaan jejaring | (1) Tersedia data jejaring Puskesmas (2) Puskesmas melakukan pembinaan/monev ke jejaring minimal 2 kali setahun (3) Jejaring melaporkan pelayanan ke Puskesmas (4) Minimal 50% dari Jejaring (Klinik dan TPM) melaksanakan program prioritas yg dibuktikan dengan adanya MOU dan ketertiban laporan program prioritas | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Koordinat or Jejaring | | |
| 2 | Pustu menyelenggarakan ILP | Pustu memenuhi kriteria ILP (1) melaksanakan paket layanan sesuai siklus hidup (2) tersedia 2 nakes (perawat dan bidan) yang setiap hari memberikan pelayanan di pustu pada jam buka pelayanan (3) ada 2 orang kader yang diberikan tugas oleh kades/lurah sebagai kader koordinator posyandu yang dibuktikan dengan SK/surat tugas dan (4) melaksanakan kegiatan pemberdayaan di bidang kesehatan | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Pustu | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---|------------------------------------|-----------------|
| 3 | Puskesmas mempunyai 1 Pustu yang telah sesuai standar ILP | Pustu yg telah ditunjuk melaksanakan paket layanan sebagai berikut : (1) skrining, (2) edukasi kesehatan, (3) pengobatan terbatas, (4) laboratorium dengan PoCT, (5) perencanaan desa dan pendampingan Posyandu, (6) Kunjungan rumah dan (7) Pemantauan Wilayah Setempat) | terpenuhi 2 indikator | terpenuhi 4 indikator | | | | | Laporan Pustu |
| 4 | Persentase Pustu menyelenggarakan Program Kebugaran Jasmani bagi Masyarakat | Pustu melaksanakan kegiatan program kebugaran. Program kebugaran meliputi : peregangan/senam/olahraga bersama/ pengukuran kebugaran . Cara Perhitungan : Jumlah pustu melaksanakan program kebugaran dibagi jumlah seluruh pustu di wilayah kerja puskesmas, dikali 100%. | < 20 % | terpenuhi 6 indikator | terpenuhi 7 indikator | | | | Laporan Kesjaor |
| | KESEHATAN KERJA | | | | | | | | |
| 5 | Persentase Pembinaan Kesehatan Kerja di Sektor Formal | Perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan advokasi, sosialisasi, koordinasi dan pelaksanaan program kesehatan kerja seperti GP2SP atau K3 Perkantoran atau K3 Fasyankes) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi seluruh perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang ada di wilayah kerjanya, dikali 100%. | < 5 % | > 35 - 50 % | > 50 % | > 25 % | | | Laporan Kesjaor |
| 6 | Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) | Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan sosialisasi, penyuluhan, fasilitasi kegiatan pengendalian risiko pada Pos UKK yang sudah terbentuk) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi dengan jumlah seluruh Pos UKK yang ada di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100% | < 50% | 50 - 70 % | 70 - 90 % | > 90 % | | | Laporan Kesjaor |
| 7 | Pembinaan UKS/M dan/atau SBH | Persentase sekolah yang melaksanakan UKS/M dan/atau SBH dengan kriteria 1. Adanya Struktur Kelembagaan 2. Mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 3. Pertemuan minimal 1x/tahun dilengkapi dengan notulen | <5 % | ≥5 - <15 % | ≥15 - <25 % | ≥25 % | 1 | Belum semua sekolah dan SBH dibina | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 | Persentase Pengukuran Kebugaran Jasmani Kelompok Olahraga Masyarakat | <p>Kelompok olahraga minimal sasaran anak usia sekolah (sekolah, madrasah, pesantren) dan usia produktif (OPD/instansi pemerintah, pekerja informal, kelompok olahraga lainnya) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun</p> <p>Cara Perhitungan :</p> <p>Jumlah kelompok olahraga masyarakat yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani dibagi jumlah seluruh kelompok olahraga masyarakat di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100%</p> | 0 | < 5 % | 5 - 10 % | > 10 % | | | Laporan Kesjaor |
| 2 | Puskesmas yang mendukung pelaksanaan Asuhan Mandiri Tanaman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan akupresur | <p>Indikator pelaksanaan kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi 2. Orientasi Asman TOGA dan Akupresur 3. Pembinaan | Tidak ada | 1 indikator terpenuhi | 2 indikator terpenuhi | 3 indikator terpenuhi | | | DAUN kegiatan Asman TOGA dan Akupresur |
| 3 | Pembinaan Kelompok Asuhan mandiri Taman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan Akupresur serta pemanfaatannya pada sasaran masyarakat | <p>Persentase kelompok asman TOGA dan Akupresur yang dibina serta pemanfaatannya di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun.</p> <p>Cara menghitung :</p> <p>Jumlah kelompok asman TOGA yang dibina dibagi jumlah posyandu di wilayah kerja Puskesmas x 100 %</p> | 0 | < 5 % | 5 % s/d < 10 % | >= 10 % | | | DAUN kegiatan pembinaan Asman TOGA dan Akupresur |
| 4 | PHBS Rumah Tangga Sehat Paripurna | <p>Persentase Rumah tangga yang memenuhi rumah tangga sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | < 10 % | $\geq 10 - < 25\%$ | $\geq 25 - < 40\%$ | $\geq 40\%$ | 1 | Jadwal pelaksanaan pendataan PHBS RT bln Mei 2025 | Laporan Promkes |
| 5 | PHBS Sekolah sehat paripurna | <p>Persentase sekolah (SD, SMP, SMA sederajat) yang memenuhi sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua sekolah dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 6 | PHBS Tempat Kerja sehat Paripurna | <p>Persentase tempat kerja yang memenuhi tempat kerja sehat paripurna di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua tempat kerja dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 7 | Melaksanakan Survei Mawas Diri | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan SMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengenalan, 2. Pengumpulan, 3. Pengkajian, 4. Rencana tindak lanjut | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal SMD bln September 2025 | Laporan Promkes |
| 8 | Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan MMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyajian hasil SMD, 2. Menentukan prioritas masalah, 3. Mencari akar penyebab masalah, 4. Menyusun rencana kerja | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal MMD bln Oktober 2025 | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 9 | Desa siaga aktif Mandiri | Percentase Desa/Kelurahan Siaga Aktif yang memiliki strata mandiri dengan kriteria : (1) FKD/FKK mempunyai SK, melakukan SMD/MMD, mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (2) Pertemuan FKD/FKK minimal 8 kali/tahun dilengkapi dengan notulen (3) Memiliki >9 kader (4) Kemudahan akses pelayanan kesehatan (5) Mempunyai posyandu dan 4 UKBM lainnya (6) Dukungan Dana dari Desa/Kel dan 3 sumber dana lainnya (7) Adanya peran serta masyarakat dan 2 ormas lainnya (8) memiliki kebijakan kesehatan, diterapkan dan ada bukti (9) Rumah Tangga sehat > 90% | <10 % | ≥10 - <25 % | ≥25 - <40 % | ≥ 40 % | 10 | - | Laporan Promkes |
| 10 | Posyandu aktif siklus hidup | Percentase Posyandu yang memiliki status aktif berdasarkan 3 kriteria yaitu 1. posyandu yang buka setiap bulan atau minimal 8 kali setahun dalam bulan berbeda, 2. memberikan pelayanan kesehatan untuk semua siklus hidup (ibu hamil, bayi, balita, remaja, dewasa, lansia) dan 3. memiliki minimal 5 orang kader | < 55 % | ≥55 - <70 % | ≥70 - <85 % | ≥85 % | 1 | syarat pelayanan minimal 8 kali belum tercapai karena baru sampai bln april baru 4x | Laporan Microsite Posyandu |
| 11 | Kader Posyandu Tingkatan Madya | Percentase kader yang telah menguasai 3 ketrampilan dasar sesuai dengan tingkatan Purwa ditambahkan dengan 1 keterampilan dasar lain pilihan (bumil/busui, remaja atau usia dewasa/lansia) | <10 % | ≥10 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 1 | Belum semua kader dilakukan assesment kader | Laporan Microsite Posyandu |
| 12 | Media Informasi kesehatan yang berfungsi | Jenis Media Informasi Kesehatan yang digunakan untuk penyebarluasan Informasi kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas (Media cetak, media elektronik, media sosial, media papan) | 1 media | 2 media | 3 media | 4 media | 10 | - | Laporan Promkes |
| 13 | Sekolah yang memenuhi stratififikasi standar sekolah sehat | Percentase sekolah yang memenuhi kriteria standar pada sekolah sehat melalui pelaksanaan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam kurun waktu satu tahun | Tidak dilaksanakan | <5% | ≥5 - <10% | ≥10% | 1 | Belum dilaksanakan stratififikasi standar sekolah sehat | Laporan Promkes |
| 14 | Pemeriksaan iodium pada garam dikonsumsi ditingkat rumah tangga | pemeriksaan iodium pada garam yang dikonsumsi di tingkat rumah tangga diwilayahnya kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dengan kriteria : 1. Pelaksanaan minimal 1 x dibulan Agustus 2. Sasaran rumah tangga di wakili oleh siswa kelas 4/5 SD, 3 . Sampel Per desa sejumlah 26 sampel | tidak dilakukan / dilakukan < 50 % jumlah desa | dilakukan pada 50 - <75 % jumlah desa | dilakukan pada 75 - <100% jumlah desa | dilakukan di semua desa | 0 | Belum dilaksanakan (dilaksanakan bulan Agustus) | Laporan Gizi |
| | IMUNISASI | | | | | | | | |

BULAN APRIL 2025

HASIL KINERJA KLASTER 1 MANAJEMEN

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| a | Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas | Kegiatan Penggerakan dan Pelaksanaan yang dilakukan oleh Puskesmas dengan standar sebagai berikut : 1. dilakukan minimal 75% dari pegawai 2. tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan 3. dilaksanakan rutin tiap bulan 4. ada notulen yang lengkap 5. ada pembahasan RPK bulan yang akan datang | 1 komponen | 2 komponen | 3-4 komponen | 5 komponen | | | DAUN pelaksanaan LOKmin yang dikirimkan tiap bulan |
| 3 | Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas (P3) | | | | | | | | |
| a | Terlaksananya audit internal | Kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang faktual dan significant melalui interaksi secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang memenuhi tahapan sebagai berikut : 1. Tersedia rencana program audit internal (jadwal audit) 2. Mengumpulkan dan analisa data 3. Tersedia pelaporan dan tindak lanjut audit | tidak dilaksanakan | 1 komponen terpenuhi | 2 komponen terpenuhi | 3 komponen terpenuhi | | | Laporan Audit Internal yang dikirim ke Dinas Kesehatan |
| b | Terlaksananya Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM) | Kegiatan berkala yang dilakukan oleh pimpinan dan tim mutu puskesmas untuk mengevaluasi kinerja dan efektivitas sistem manajemen kesehatan, dengan ketentuan sebagai berikut : 1. Dilakukan dua kali setahun / semesteran (tersedia jadwal di RPK tahunan) 2. Membahas hasil audit internal 3. Membahas hasil survei kepuasan pelanggan 4. Membahas hambatan dan masalah dalam menyelenggarakan mutu dan pelayanan di masing-masing klaster 5. Menyusun rencana perbaikan/rekomendasi 6. Tersedia notulen yang lengkap | tidak dilaksanakan | 1-3 komponen | 4-5 komponen | terpenuhi 6 komponen | | | Dokumen RTM |
| c | Puskesmas menyusun PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) | Puskesmas membuat dan mengirimkan laporan PKP lengkap dan tepat waktu | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) kurang, dan salah satu kurang atau keduanya kurang | cakupan hasil manajemen dan cakupan pelayanan kesehatan cukup | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) baik, dan salah satu cukup | Cakupan hasil manajemen baik Cakupan pelayanan kesehatan baik | | Maksimal tanggal 15 bulan Juli untuk PKP semester 1 dan minggu ke 4 bulan Januari Tahun Berikutnya untuk PKP Tahunan | |
| B MANAJEMEN ARSIP | | | | | | | | | |
| 1 | Ada SOP Pengelolaan Arsip | Puskesmas menyusun SOP Pengelolaan Arsip yang terdiri dari : SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip | tidak punya | 1 SOP | 2-3 SOP | 4 SOP | | | SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 2 | Pedoman Tata Naskah Puskesmas | Puskesmas menyusun pedoman tata naskah Puskesmas | Tidak menyusun | Menyusun, belum sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan belum disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | | | Pedoman Tata Naskah Puskesmas |
| 3 | Dokumen Kepegawaian | Puskesmas memiliki arsip dokumen kepegawaian digital yang valid dan lengkap yang diupload di aplikasi satu data kepegawaian | < 25% pegawai sesuai | 25 % - 50 % pegawai sesuai | ≥50 % - 75 % pegawai sesuai | ≥ 75 - 100% pegawai sesuai | 10 | Dokumen Arsip Digital (Aplikasi Satu Data sudah valid dan lengkap) | Arsip Digital (Aplikasi Satu Data) |
| C MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA | | | | | | | | | |
| 1 | Menyusun Analisa Jabatan (Anjab) dan Analisa Beban Kerja (ABK) | Puskesmas menyusun Anjab/ABK tiap tahun | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Anjab dan ABK |
| 2 | Rencana Pemenuhan Sumber Daya Manusia | Dokumen usulan pemenuhan standar minimal SDM Kesehatan Puskesmas sesuai dengan Permenkes yang mengatur penyelenggaraan Puskesmas | Tidak Ada | | | Ada | | | Surat usulan dilampiri hasil download aplikasi RENBUT |
| 3 | Menyusun peta jabatan | Puskesmas menyusun peta jabatan yang terdiri dari bezetting, kebutuhan dan kekurangan pegawai | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Peta Jabatan |
| 4 | Orientasi Pegawai Baru | Puskesmas melaksanakan kegiatan orientasi bagi Pegawai Baru, termasuk pegawai mutasi/alih jabatan. Meliputi : Kerangka acuan (di dalamnya ada jadwal), daftar kehadiran, dan laporan kegiatan | Tidak ada kerangka acuan dan laporan kegiatan | Hanya ada 1 komponen | Ada 2 komponen | Ada 3 komponen | | | KAK, Daftar Hadir, dan Laporan |
| 5 | Updating Data SDM Kesehatan | Puskesmas melakukan updating data SDM Kesehatan melalui Aplikasi SISDM | <3 x / tahun | 4x - 6x / tahun | 7x - 11 x / tahun | 1x setiap bulan | | | Aplikasi SISDMK |
| 6 | Kepatuhan pegawai menyusun SKP (Sasaran Kinerja Pegawai) | Kepatuhan dan kelengkapan pegawai ASN menyusun SKP sesuai ketentuan sebagai berikut : a. Semua pegawai ASN menyusun sasaran kinerja di awal tahun b. Semua pegawai ASN menyusun SKP sesuai periode c. Butir kegiatan sesuai dengan jabatan masing-masing pegawai ASN d. Penilaian kinerja sesuai dengan rencana kerja yang telah ditetapkan e. Penyusunan SKP Sesuai ketentuan (penanggungan, pejabat yang bertanda tangan) | <25% pegawai ASN | ≥ 25 % - < 50 % pegawai ASN | ≥ 50 % - < 75 % pegawai ASN | ≥ 75 - 100% pegawai ASN | 10 | ada, sudah lengkap semua dari 5 item tersebut | SKP |
| 7 | Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Puskesmas menyusun SK pembagian tugas tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Tidak ada | | | Ada | | | SK Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas |
| 8 | Ada rencana pengembangan pegawai | Menyusun Rencana Pengembangan Pegawai | Tidak ada | | | Ada | | | Dokumen Perencanaan Pengembangan Pegawai |
| D MANAJEMEN SARANA PRASARANA DAN PERBEKALAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Pelaksanaan updating ASPAK sesuai standar | Melakukan updating data alat kesehatan pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Pelaksanaan updating dua kali setiap tahun. | Tidak pernah | 1 kali | 2 kali | 2 kali dengan data pendukung lengkap | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| 2 | Pelaksanaan updating kondisi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan updating fungsi alat kesehatan (alkes berfungsi, alkes tidak berfungsi dan alkes tidak difungsikan) pada setiap unit pelayanan di fasyankes. Pelaksanaan updating setiap tribulan. | 1 kali | 2 kali | 3 kali | 4 kali | | | |
| 3 | Persentase kalibrasi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan kalibrasi alkes yang seharusnya dikalibrasi dalam waktu 1 tahun Jumlah alkes yang dikalibrasi dibanding jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi. (Jumlah alkes dikalibrasi/Jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi) | Kurang dari 20% | 20% - 50 % item | 50% - 80% item | > 80% | | | |
| 4 | Monitoring dan evaluasi ke sub unit puskesmas dan mendokumentasikan serta menyampaikan dalam lokakarya mini | Puskesmas melakukan pemantauan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan ke sub unit dengan daftar tilik dan memberikan respon balik kepada penanggung jawab sub unit melalui lokakarya mini | Tidak pernah | 1 kali 1 tahun | setiap semester | setiap tribulan | | | |
| E MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menetapkan Indikator mutu dan melakukan pengukuran indikator mutu | Puskesmas menyusun indikator mutu yang dilengkapi dengan profil indikator, serta dilakukan pengukuran dan evaluasi tindaklanjut capaian indikator mutu, dengan memenuhi ketentuan sebagai berikut : a. tersedia SK indikator mutu yang bisa terintegrasi dengan SK PKP b. tersedia profil indikator c. tersedia laporan pengukuran indikator mutu d. tersedia evaluasi capaian indikator mutu | tidak ada komponen yang terpenuhi | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |
| 2 | Kepatuhan pelaporan INM di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan INM di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan INM sama dengan jumlah bulan melaporkan INM dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan INM dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak melaporkan INM | kepatuhan pelaporan INM <60% | kepatuhan pelaporan INM 61-99% | kepatuhan pelaporan INM 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 3 | Kepatuhan pelaporan IKP di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan IKP di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan IKP sama dengan jumlah bulan melaporkan IKP dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan IKP dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak Melaporkan IKP | kepatuhan pelaporan IKP <60% | kepatuhan pelaporan IKP 61-99% | kepatuhan pelaporan IKP 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 4 | Puskesmas menyusun program manajemen risiko dan menyusun profil risiko | Puskesmas melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring serta reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan. Penilaian program manajemen risiko memenuhi komponen : a. Dilaksanakan 1 tahun sekali b. Ada SK terkait program manajemen risiko c. Disusun register resiko d. Disusun profil risiko | tidak dilakukan | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |

| 5 | INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|---------|-------|--|---------------------------------|--|
| a | Kepuasan pasien | <p>Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Total nilai persepsi seluruh respondan dibagi total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70 | 70 - 79 | ≥80 | | diisi capaian indikator absolut | |
| b | Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO) | <p>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.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>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 Puskesmas dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70% | 70-89% | ≥ 90% | | | |
| c | Ibu hamil yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar (12T) | <p>Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah ibu hamil bersalin yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi jumlah seluruh ibu hamil bersalin di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan dikali 100%</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| d | Kepatuhan Kebersihan Tangan | <p>Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|---------------|-------------|--|---------------------------------|--|
| e | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) | Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). Cara penghitungan : Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100 % | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| f | 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. Cara penghitungan : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100% | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| 5 | Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas yang upaya perbaikannya harus didukung oleh semua klaster | | | | | | | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| 6 | Indikator Mutu Prioritas Pelayanan (IMPEL) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di unit masing-masing pelayanan | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| F MANAJEMEN KEUANGAN DAN ASET/BMD | | | | | | | | | |
| 1 | Pendapatan Puskesmas BLUD | Menyetorkan Pendapatan Puskesmas BLUD ke rekening BLUD. BKU Bendahara Penerimaan Pembantu BLUD, Rekapitulasi Surat Tanda Setoran, Slip Setoran, Rekening Koran BLUD | tidak disetorkan | lebih 2 hari | setiap 2 hari | setiap hari | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2 | Data Realisasi Keuangan | Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti. SP3BP maksimal tanggal 7 bulan berikutnya (Data /laporan lengkap SPJ, Buku BKU BOK, Buku Bantu APBD, BKU Pengeluaran BLUD, BKU Penerimaan BLUD , Laporan Pendapatan Belanja dan Pembiayaan, Surat Pertanggungjawaban (SPTJ), Laporan Pertanggungjawaban Bendahara Pengeluaran SPJ Belanja-Fungsional, Laporan Penambahan Aset Tetap, Laporan Mutasi Persediaan | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | Data lengkap , tidak tepat waktu | Data lengkap dan tepat waktu | | | |
| 3 | Menyusun Laporan Keuangan BLUD | Menyusun Laporan Keuangan BLUD Semester 1 dan Laporan Keuangan BLUD Semester 2. (Laporan Keuangan BLUD Semester 1 maksimal tanggal 15 Juli tahun berjalan sedangkan Laporan Keuangan BLUD Semester 2 maksimal tanggal 10 Januari tahun berikutnya) | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | | Data lengkap dan tepat waktu | | Belum ada, karena laporan semester 1 masih di bulan Juni, dan Laporan Keuangan Semester 2 masih di bulan Desember 2025 | |
| 4 | Kepala Puskesmas melakukan Pemeriksaan keuangan (P3) | Kepala Puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala. Pemeriksaan Kas (Pemeriksaan Kas Bendahara Pengeluaran BLUD dan Pemeriksaan Kas BOK dilakukan setiap bulan) | Tidak melakukan Pemeriksaan Kas | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari enam bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari dua bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan setiap bulan | | | |
| G MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI DIGITAL | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menerapkan RME | Puskesmas menerapkan RME pada SIMPUS untuk pelayanan Rawat jalan, UGD/Ruang Tindakan, Rawat Inap sampai pelayanan di Pustu dan atau Jaringan, dengan ketentuan sebagai berikut : | | | | | | | |
| | | - Untuk Puskesmas non rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD/Ruang Tindakan/ di Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD/Ruang Tindakan dan Pustu dan atau jaringan | | | |
| | | - Untuk Puskesmas dengan Rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD | menerapkan di Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap /Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD, Rawat inap dan Pustu dan atau Jaringan | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 2 | Puskesmas menyediakan Informasi Pelayanan Publik dalam Media Keterbukaan Informasi Publik | Puskesmas mengunggah Informasi Pelayanan Publik pada websitenya yang meliputi : a. Profil penyelenggara b. Profil Kesehatan dan Data Dasar c. Standar Pelayanan d. Maklumat Pelayanan e. Pengelolaan Pengaduan f. Penilaian kinerja | tidak ada informasi | 2 informasi | 3-5 Informasi | 6 Informasi | | | |
| 3 | Puskesmas sudah mengirimkan data ke platform SATUSEHAT (Minimal data kunjungan dan diagnosa penyakit) | Puskesmas mengirimkan data pelayanan kesehatan ke Platform SATUSEHAT | tidak mengirimkan | Mengirimkan <50% data | Mengirimkan > 50 s.d <100 % | 100% | | | |
| 4 | Kepatuhan dan kelengkapan pengisian aplikasi MPDN | Aplikasi MPDN Aplikasi MPDN (Maternal Perinatal Death Notification) adalah aplikasi pelaporan kematian ibu dan bayi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Aplikasi ini harus diisi dengan lengkap dan tepat sebagai dasar dilakukannya Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Response (AMPSR) dan dasar pengambilan kebijakan berbasis data. Lengkap (3 komponen) 1. Lengkap notifikasi 2. Lengkap evaluasi 3. Lengkap pelaporan Tepat : tanggal 4 | > tanggal 4 3 komponen kelengkapan tidak terpenuhi | < tanggal 4 1 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 2 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 3 komponen kelengkapan terpenuhi | | | |
| H MANAJEMEN JEJARING | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas melakukan pembinaan jejaring | (1) Tersedia data jejaring Puskesmas (2) Puskesmas melakukan pembinaan/monev ke jejaring minimal 2 kali setahun (3) Jejaring melaporkan pelayanan ke Puskesmas (4) Minimal 50% dari Jejaring (Klinik dan TPM) melaksanakan program prioritas yg dibuktikan dengan adanya MOU dan ketertiban laporan program prioritas | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Koordinat or Jejaring | | |
| 2 | Pustu menyelenggarakan ILP | Pustu memenuhi kriteria ILP (1) melaksanakan paket layanan sesuai siklus hidup (2) tersedia 2 nakes (perawat dan bidan) yang setiap hari memberikan pelayanan di pustu pada jam buka pelayanan (3) ada 2 orang kader yang diberikan tugas oleh kades/lurah sebagai kader koordinator posyandu yang dibuktikan dengan SK/surat tugas dan (4) melaksanakan kegiatan pemberdayaan di bidang kesehatan | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Pustu | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---|------------------------------------|-----------------|
| 3 | Puskesmas mempunyai 1 Pustu yang telah sesuai standar ILP | Pustu yg telah ditunjuk melaksanakan paket layanan sebagai berikut : (1) skrining, (2) edukasi kesehatan, (3) pengobatan terbatas, (4) laboratorium dengan PoCT, (5) perencanaan desa dan pendampingan Posyandu, (6) Kunjungan rumah dan (7) Pemantauan Wilayah Setempat) | terpenuhi 2 indikator | terpenuhi 4 indikator | | | | | Laporan Pustu |
| 4 | Persentase Pustu menyelenggarakan Program Kebugaran Jasmani bagi Masyarakat | Pustu melaksanakan kegiatan program kebugaran. Program kebugaran meliputi : peregangan/senam/olahraga bersama/ pengukuran kebugaran . Cara Perhitungan : Jumlah pustu melaksanakan program kebugaran dibagi jumlah seluruh pustu di wilayah kerja puskesmas, dikali 100%. | < 20 % | terpenuhi 6 indikator | terpenuhi 7 indikator | | | | Laporan Kesjaor |
| | KESEHATAN KERJA | | | > 35 - 50 % | > 50 % | | | | |
| 5 | Persentase Pembinaan Kesehatan Kerja di Sektor Formal | Perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan advokasi, sosialisasi, koordinasi dan pelaksanaan program kesehatan kerja seperti GP2SP atau K3 Perkantoran atau K3 Fasyankes) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi seluruh perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang ada di wilayah kerjanya, dikali 100%. | < 5 % | | | > 25 % | | | Laporan Kesjaor |
| 6 | Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) | Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan sosialisasi, penyuluhan, fasilitasi kegiatan pengendalian risiko pada Pos UKK yang sudah terbentuk) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi dengan jumlah seluruh Pos UKK yang ada di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100% | < 50% | 50 - 70 % | 70 - 90 % | > 90 % | | | Laporan Kesjaor |
| 7 | Pembinaan UKS/M dan/atau SBH | Persentase sekolah yang melaksanakan UKS/M dan/atau SBH dengan kriteria 1. Adanya Struktur Kelembagaan 2. Mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 3. Pertemuan minimal 1x/tahun dilengkapi dengan notulen | <5 % | ≥5 - <15 % | ≥15 - <25 % | ≥25 % | 1 | Belum semua sekolah dan SBH dibina | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 | Persentase Pengukuran Kebugaran Jasmani Kelompok Olahraga Masyarakat | <p>Kelompok olahraga minimal sasaran anak usia sekolah (sekolah, madrasah, pesantren) dan usia produktif (OPD/instansi pemerintah, pekerja informal, kelompok olahraga lainnya) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun</p> <p>Cara Perhitungan :</p> <p>Jumlah kelompok olahraga masyarakat yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani dibagi jumlah seluruh kelompok olahraga masyarakat di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100%</p> | 0 | < 5 % | 5 - 10 % | > 10 % | | | Laporan Kesjaor |
| 2 | Puskesmas yang mendukung pelaksanaan Asuhan Mandiri Tanaman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan akupresur | <p>Indikator pelaksanaan kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi 2. Orientasi Asman TOGA dan Akupresur 3. Pembinaan | Tidak ada | 1 indikator terpenuhi | 2 indikator terpenuhi | 3 indikator terpenuhi | | | DAUN kegiatan Asman TOGA dan Akupresur |
| 3 | Pembinaan Kelompok Asuhan mandiri Taman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan Akupresur serta pemanfaatannya pada sasaran masyarakat | <p>Persentase kelompok asman TOGA dan Akupresur yang dibina serta pemanfaatannya di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun.</p> <p>Cara menghitung :</p> <p>Jumlah kelompok asman TOGA yang dibina dibagi jumlah posyandu di wilayah kerja Puskesmas x 100 %</p> | 0 | < 5 % | 5 % s/d < 10 % | >= 10 % | | | DAUN kegiatan pembinaan Asman TOGA dan Akupresur |
| 4 | PHBS Rumah Tangga Sehat Paripurna | <p>Persentase Rumah tangga yang memenuhi rumah tangga sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | < 10 % | $\geq 10 - < 25\%$ | $\geq 25 - < 40\%$ | $\geq 40\%$ | 1 | Jadwal pelaksanaan pendataan PHBS RT bln Mei 2025 | Laporan Promkes |
| 5 | PHBS Sekolah sehat paripurna | <p>Persentase sekolah (SD, SMP, SMA sederajat) yang memenuhi sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua sekolah dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 6 | PHBS Tempat Kerja sehat Paripurna | <p>Persentase tempat kerja yang memenuhi tempat kerja sehat paripurna di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua tempat kerja dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 7 | Melaksanakan Survei Mawas Diri | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan SMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengenalan, 2. Pengumpulan, 3. Pengkajian, 4. Rencana tindak lanjut | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal SMD bln September 2025 | Laporan Promkes |
| 8 | Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan MMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyajian hasil SMD, 2. Menentukan prioritas masalah, 3. Mencari akar penyebab masalah, 4. Menyusun rencana kerja | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal MMD bln Oktober 2025 | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 9 | Desa siaga aktif Mandiri | Percentase Desa/Kelurahan Siaga Aktif yang memiliki strata mandiri dengan kriteria : (1) FKD/FKK mempunyai SK, melakukan SMD/MMD, mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (2) Pertemuan FKD/FKK minimal 8 kali/tahun dilengkapi dengan notulen (3) Memiliki >9 kader (4) Kemudahan akses pelayanan kesehatan (5) Mempunyai posyandu dan 4 UKBM lainnya (6) Dukungan Dana dari Desa/Kel dan 3 sumber dana lainnya (7) Adanya peran serta masyarakat dan 2 ormas lainnya (8) memiliki kebijakan kesehatan, diterapkan dan ada bukti (9) Rumah Tangga sehat > 90% | <10 % | ≥10 - <25 % | ≥25 - <40 % | ≥ 40 % | 10 | - | Laporan Promkes |
| 10 | Posyandu aktif siklus hidup | Percentase Posyandu yang memiliki status aktif berdasarkan 3 kriteria yaitu 1. posyandu yang buka setiap bulan atau minimal 8 kali setahun dalam bulan berbeda, 2. memberikan pelayanan kesehatan untuk semua siklus hidup (ibu hamil, bayi, balita, remaja, dewasa, lansia) dan 3. memiliki minimal 5 orang kader | < 55 % | ≥55 - <70 % | ≥70 - <85 % | ≥85 % | 1 | syarat pelayanan minimal 8 kali belum tercapai karena baru sampai bln april baru 4x | Laporan Microsite Posyandu |
| 11 | Kader Posyandu Tingkatan Madya | Percentase kader yang telah menguasai 3 ketrampilan dasar sesuai dengan tingkatan Purwa ditambahkan dengan 1 keterampilan dasar lain pilihan (bumil/busui, remaja atau usia dewasa/lansia) | <10 % | ≥10 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 1 | Belum semua kader dilakukan assesment kader | Laporan Microsite Posyandu |
| 12 | Media Informasi kesehatan yang berfungsi | Jenis Media Informasi Kesehatan yang digunakan untuk penyebarluasan Informasi kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas (Media cetak, media elektronik, media sosial, media papan) | 1 media | 2 media | 3 media | 4 media | 10 | - | Laporan Promkes |
| 13 | Sekolah yang memenuhi stratififikasi standar sekolah sehat | Percentase sekolah yang memenuhi kriteria standar pada sekolah sehat melalui pelaksanaan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam kurun waktu satu tahun | Tidak dilaksanakan | <5% | ≥5 - <10% | ≥10% | 1 | Belum dilaksanakan stratififikasi standar sekolah sehat | Laporan Promkes |
| 14 | Pemeriksaan iodium pada garam dikonsumsi ditingkat rumah tangga | pemeriksaan iodium pada garam yang dikonsumsi di tingkat rumah tangga diwilayahnya kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dengan kriteria : 1. Pelaksanaan minimal 1 x dibulan Agustus 2. Sasaran rumah tangga di wakili oleh siswa kelas 4/5 SD, 3 . Sampel Per desa sejumlah 26 sampel | tidak dilakukan / dilakukan < 50 % jumlah desa | dilakukan pada 50 - <75 % jumlah desa | dilakukan pada 75 - <100% jumlah desa | dilakukan di semua desa | 0 | Belum dilaksanakan (dilaksanakan bulan Agustus) | Laporan Gizi |
| | IMUNISASI | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| a | Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas | Kegiatan Penggerakan dan Pelaksanaan yang dilakukan oleh Puskesmas dengan standar sebagai berikut : 1. dilakukan minimal 75% dari pegawai 2. tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan 3. dilaksanakan rutin tiap bulan 4. ada notulen yang lengkap 5. ada pembahasan RPK bulan yang akan datang | 1 komponen | 2 komponen | 3-4 komponen | 5 komponen | | | DAUN pelaksanaan LOKmin yang dikirimkan tiap bulan |
| 3 | Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas (P3) | | | | | | | | |
| a | Terlaksananya audit internal | Kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang faktual dan significant melalui interaksi secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang memenuhi tahapan sebagai berikut : 1. Tersedia rencana program audit internal (jadwal audit) 2. Mengumpulkan dan analisa data 3. Tersedia pelaporan dan tindak lanjut audit | tidak dilaksanakan | 1 komponen terpenuhi | 2 komponen terpenuhi | 3 komponen terpenuhi | | | Laporan Audit Internal yang dikirim ke Dinas Kesehatan |
| b | Terlaksananya Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM) | Kegiatan berkala yang dilakukan oleh pimpinan dan tim mutu puskesmas untuk mengevaluasi kinerja dan efektivitas sistem manajemen kesehatan, dengan ketentuan sebagai berikut : 1. Dilakukan dua kali setahun / semesteran (tersedia jadwal di RPK tahunan) 2. Membahas hasil audit internal 3. Membahas hasil survei kepuasan pelanggan 4. Membahas hambatan dan masalah dalam menyelenggarakan mutu dan pelayanan di masing-masing klaster 5. Menyusun rencana perbaikan/rekomendasi 6. Tersedia notulen yang lengkap | tidak dilaksanakan | 1-3 komponen | 4-5 komponen | terpenuhi 6 komponen | | | Dokumen RTM |
| c | Puskesmas menyusun PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) | Puskesmas membuat dan mengirimkan laporan PKP lengkap dan tepat waktu | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) kurang, dan salah satu kurang atau keduanya kurang | cakupan hasil manajemen dan cakupan pelayanan kesehatan cukup | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) baik, dan salah satu cukup | Cakupan hasil manajemen baik Cakupan pelayanan kesehatan baik | | Maksimal tanggal 15 bulan Juli untuk PKP semester 1 dan minggu ke 4 bulan Januari Tahun Berikutnya untuk PKP Tahunan | |
| B MANAJEMEN ARSIP | | | | | | | | | |
| 1 | Ada SOP Pengelolaan Arsip | Puskesmas menyusun SOP Pengelolaan Arsip yang terdiri dari : SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip | tidak punya | 1 SOP | 2-3 SOP | 4 SOP | | | SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 2 | Pedoman Tata Naskah Puskesmas | Puskesmas menyusun pedoman tata naskah Puskesmas | Tidak menyusun | Menyusun, belum sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan belum disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | | | Pedoman Tata Naskah Puskesmas |
| 3 | Dokumen Kepegawaian | Puskesmas memiliki arsip dokumen kepegawaian digital yang valid dan lengkap yang diupload di aplikasi satu data kepegawaian | < 25% pegawai sesuai | 25 % - 50 % pegawai sesuai | ≥50 % - 75 % pegawai sesuai | ≥ 75 - 100% pegawai sesuai | 10 | Dokumen Arsip Digital (Aplikasi Satu Data sudah valid dan lengkap) | Arsip Digital (Aplikasi Satu Data) |
| C MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA | | | | | | | | | |
| 1 | Menyusun Analisa Jabatan (Anjab) dan Analisa Beban Kerja (ABK) | Puskesmas menyusun Anjab/ABK tiap tahun | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Anjab dan ABK |
| 2 | Rencana Pemenuhan Sumber Daya Manusia | Dokumen usulan pemenuhan standar minimal SDM Kesehatan Puskesmas sesuai dengan Permenkes yang mengatur penyelenggaraan Puskesmas | Tidak Ada | | | Ada | | | Surat usulan dilampiri hasil download aplikasi RENBUT |
| 3 | Menyusun peta jabatan | Puskesmas menyusun peta jabatan yang terdiri dari bezetting, kebutuhan dan kekurangan pegawai | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Peta Jabatan |
| 4 | Orientasi Pegawai Baru | Puskesmas melaksanakan kegiatan orientasi bagi Pegawai Baru, termasuk pegawai mutasi/alih jabatan. Meliputi : Kerangka acuan (di dalamnya ada jadwal), daftar kehadiran, dan laporan kegiatan | Tidak ada kerangka acuan dan laporan kegiatan | Hanya ada 1 komponen | Ada 2 komponen | Ada 3 komponen | | | KAK, Daftar Hadir, dan Laporan |
| 5 | Updating Data SDM Kesehatan | Puskesmas melakukan updating data SDM Kesehatan melalui Aplikasi SISDM | <3 x / tahun | 4x - 6x / tahun | 7x - 11 x / tahun | 1x setiap bulan | | | Aplikasi SISDMK |
| 6 | Kepatuhan pegawai menyusun SKP (Sasaran Kinerja Pegawai) | Kepatuhan dan kelengkapan pegawai ASN menyusun SKP sesuai ketentuan sebagai berikut : a. Semua pegawai ASN menyusun sasaran kinerja di awal tahun b. Semua pegawai ASN menyusun SKP sesuai periode c. Butir kegiatan sesuai dengan jabatan masing-masing pegawai ASN d. Penilaian kinerja sesuai dengan rencana kerja yang telah ditetapkan e. Penyusunan SKP Sesuai ketentuan (penanggungan, pejabat yang bertanda tangan) | <25% pegawai ASN | ≥ 25 % - < 50 % pegawai ASN | ≥ 50 % - < 75 % pegawai ASN | ≥ 75 - 100% pegawai ASN | 10 | ada, sudah lengkap semua dari 5 item tersebut | SKP |
| 7 | Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Puskesmas menyusun SK pembagian tugas tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Tidak ada | | | Ada | | | SK Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas |
| 8 | Ada rencana pengembangan pegawai | Menyusun Rencana Pengembangan Pegawai | Tidak ada | | | Ada | | | Dokumen Perencanaan Pengembangan Pegawai |
| D MANAJEMEN SARANA PRASARANA DAN PERBEKALAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Pelaksanaan updating ASPAK sesuai standar | Melakukan updating data alat kesehatan pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Pelaksanaan updating dua kali setiap tahun. | Tidak pernah | 1 kali | 2 kali | 2 kali dengan data pendukung lengkap | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| 2 | Pelaksanaan updating kondisi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan updating fungsi alat kesehatan (alkes berfungsi, alkes tidak berfungsi dan alkes tidak difungsikan) pada setiap unit pelayanan di fasyankes. Pelaksanaan updating setiap tribulan. | 1 kali | 2 kali | 3 kali | 4 kali | | | |
| 3 | Persentase kalibrasi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan kalibrasi alkes yang seharusnya dikalibrasi dalam waktu 1 tahun Jumlah alkes yang dikalibrasi dibanding jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi. (Jumlah alkes dikalibrasi/Jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi) | Kurang dari 20% | 20% - 50 % item | 50% - 80% item | > 80% | | | |
| 4 | Monitoring dan evaluasi ke sub unit puskesmas dan mendokumentasikan serta menyampaikan dalam lokakarya mini | Puskesmas melakukan pemantauan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan ke sub unit dengan daftar tilik dan memberikan respon balik kepada penanggung jawab sub unit melalui lokakarya mini | Tidak pernah | 1 kali 1 tahun | setiap semester | setiap tribulan | | | |
| E MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menetapkan Indikator mutu dan melakukan pengukuran indikator mutu | Puskesmas menyusun indikator mutu yang dilengkapi dengan profil indikator, serta dilakukan pengukuran dan evaluasi tindaklanjut capaian indikator mutu, dengan memenuhi ketentuan sebagai berikut : a. tersedia SK indikator mutu yang bisa terintegrasi dengan SK PKP b. tersedia profil indikator c. tersedia laporan pengukuran indikator mutu d. tersedia evaluasi capaian indikator mutu | tidak ada komponen yang terpenuhi | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |
| 2 | Kepatuhan pelaporan INM di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan INM di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan INM sama dengan jumlah bulan melaporkan INM dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan INM dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak melaporkan INM | kepatuhan pelaporan INM <60% | kepatuhan pelaporan INM 61-99% | kepatuhan pelaporan INM 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 3 | Kepatuhan pelaporan IKP di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan IKP di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan IKP sama dengan jumlah bulan melaporkan IKP dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan IKP dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak Melaporkan IKP | kepatuhan pelaporan IKP <60% | kepatuhan pelaporan IKP 61-99% | kepatuhan pelaporan IKP 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 4 | Puskesmas menyusun program manajemen risiko dan menyusun profil risiko | Puskesmas melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring serta reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan. Penilaian program manajemen risiko memenuhi komponen : a. Dilaksanakan 1 tahun sekali b. Ada SK terkait program manajemen risiko c. Disusun register resiko d. Disusun profil risiko | tidak dilakukan | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |

| 5 | INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|---------|-------|--|---------------------------------|--|
| a | Kepuasan pasien | <p>Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Total nilai persepsi seluruh respondan dibagi total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70 | 70 - 79 | ≥80 | | diisi capaian indikator absolut | |
| b | Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO) | <p>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.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>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 Puskesmas dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70% | 70-89% | ≥ 90% | | | |
| c | Ibu hamil yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar (12T) | <p>Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah ibu hamil bersalin yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi jumlah seluruh ibu hamil bersalin di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan dikali 100%</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| d | Kepatuhan Kebersihan Tangan | <p>Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|---------------|-------------|--|---------------------------------|--|
| e | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) | Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). Cara penghitungan : Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100 % | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| f | 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. Cara penghitungan : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100% | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| 5 | Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas yang upaya perbaikannya harus didukung oleh semua klaster | | | | | | | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| 6 | Indikator Mutu Prioritas Pelayanan (IMPEL) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di unit masing-masing pelayanan | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| F MANAJEMEN KEUANGAN DAN ASET/BMD | | | | | | | | | |
| 1 | Pendapatan Puskesmas BLUD | Menyetorkan Pendapatan Puskesmas BLUD ke rekening BLUD. BKU Bendahara Penerimaan Pembantu BLUD, Rekapitulasi Surat Tanda Setoran, Slip Setoran, Rekening Koran BLUD | tidak disetorkan | lebih 2 hari | setiap 2 hari | setiap hari | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2 | Data Realisasi Keuangan | Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti. SP3BP maksimal tanggal 7 bulan berikutnya (Data /laporan lengkap SPJ, Buku BKU BOK, Buku Bantu APBD, BKU Pengeluaran BLUD, BKU Penerimaan BLUD , Laporan Pendapatan Belanja dan Pembiayaan, Surat Pertanggungjawaban (SPTJ), Laporan Pertanggungjawaban Bendahara Pengeluaran SPJ Belanja-Fungsional, Laporan Penambahan Aset Tetap, Laporan Mutasi Persediaan | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | Data lengkap , tidak tepat waktu | Data lengkap dan tepat waktu | | | |
| 3 | Menyusun Laporan Keuangan BLUD | Menyusun Laporan Keuangan BLUD Semester 1 dan Laporan Keuangan BLUD Semester 2. (Laporan Keuangan BLUD Semester 1 maksimal tanggal 15 Juli tahun berjalan sedangkan Laporan Keuangan BLUD Semester 2 maksimal tanggal 10 Januari tahun berikutnya) | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | | Data lengkap dan tepat waktu | | Belum ada, karena laporan semester 1 masih di bulan Juni, dan Laporan Keuangan Semester 2 masih di bulan Desember 2025 | |
| 4 | Kepala Puskesmas melakukan Pemeriksaan keuangan (P3) | Kepala Puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala. Pemeriksaan Kas (Pemeriksaan Kas Bendahara Pengeluaran BLUD dan Pemeriksaan Kas BOK dilakukan setiap bulan) | Tidak melakukan Pemeriksaan Kas | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari enam bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari dua bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan setiap bulan | | | |
| G MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI DIGITAL | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menerapkan RME | Puskesmas menerapkan RME pada SIMPUS untuk pelayanan Rawat jalan, UGD/Ruang Tindakan, Rawat Inap sampai pelayanan di Pustu dan atau Jaringan, dengan ketentuan sebagai berikut : | | | | | | | |
| | | - Untuk Puskesmas non rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD/Ruang Tindakan/ di Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD/Ruang Tindakan dan Pustu dan atau jaringan | | | |
| | | - Untuk Puskesmas dengan Rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD | menerapkan di Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap /Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD, Rawat inap dan Pustu dan atau Jaringan | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 2 | Puskesmas menyediakan Informasi Pelayanan Publik dalam Media Keterbukaan Informasi Publik | Puskesmas mengunggah Informasi Pelayanan Publik pada websitenya yang meliputi : a. Profil penyelenggara b. Profil Kesehatan dan Data Dasar c. Standar Pelayanan d. Maklumat Pelayanan e. Pengelolaan Pengaduan f. Penilaian kinerja | tidak ada informasi | 2 informasi | 3-5 Informasi | 6 Informasi | | | |
| 3 | Puskesmas sudah mengirimkan data ke platform SATUSEHAT (Minimal data kunjungan dan diagnosa penyakit) | Puskesmas mengirimkan data pelayanan kesehatan ke Platform SATUSEHAT | tidak mengirimkan | Mengirimkan <50% data | Mengirimkan > 50 s.d <100 % | 100% | | | |
| 4 | Kepatuhan dan kelengkapan pengisian aplikasi MPDN | Aplikasi MPDN Aplikasi MPDN (Maternal Perinatal Death Notification) adalah aplikasi pelaporan kematian ibu dan bayi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Aplikasi ini harus diisi dengan lengkap dan tepat sebagai dasar dilakukannya Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Response (AMPSR) dan dasar pengambilan kebijakan berbasis data. Lengkap (3 komponen) 1. Lengkap notifikasi 2. Lengkap evaluasi 3. Lengkap pelaporan Tepat : tanggal 4 | > tanggal 4 3 komponen kelengkapan tidak terpenuhi | < tanggal 4 1 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 2 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 3 komponen kelengkapan terpenuhi | | | |
| H MANAJEMEN JEJARING | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas melakukan pembinaan jejaring | (1) Tersedia data jejaring Puskesmas (2) Puskesmas melakukan pembinaan/monev ke jejaring minimal 2 kali setahun (3) Jejaring melaporkan pelayanan ke Puskesmas (4) Minimal 50% dari Jejaring (Klinik dan TPM) melaksanakan program prioritas yg dibuktikan dengan adanya MOU dan ketertiban laporan program prioritas | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Koordinat or Jejaring | | |
| 2 | Pustu menyelenggarakan ILP | Pustu memenuhi kriteria ILP (1) melaksanakan paket layanan sesuai siklus hidup (2) tersedia 2 nakes (perawat dan bidan) yang setiap hari memberikan pelayanan di pustu pada jam buka pelayanan (3) ada 2 orang kader yang diberikan tugas oleh kades/lurah sebagai kader koordinator posyandu yang dibuktikan dengan SK/surat tugas dan (4) melaksanakan kegiatan pemberdayaan di bidang kesehatan | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Pustu | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---|------------------------------------|-----------------|
| 3 | Puskesmas mempunyai 1 Pustu yang telah sesuai standar ILP | Pustu yg telah ditunjuk melaksanakan paket layanan sebagai berikut : (1) skrining, (2) edukasi kesehatan, (3) pengobatan terbatas, (4) laboratorium dengan PoCT, (5) perencanaan desa dan pendampingan Posyandu, (6) Kunjungan rumah dan (7) Pemantauan Wilayah Setempat) | terpenuhi 2 indikator | terpenuhi 4 indikator | | | | | Laporan Pustu |
| 4 | Persentase Pustu menyelenggarakan Program Kebugaran Jasmani bagi Masyarakat | Pustu melaksanakan kegiatan program kebugaran. Program kebugaran meliputi : peregangan/senam/olahraga bersama/ pengukuran kebugaran . Cara Perhitungan : Jumlah pustu melaksanakan program kebugaran dibagi jumlah seluruh pustu di wilayah kerja puskesmas, dikali 100%. | < 20 % | terpenuhi 6 indikator | terpenuhi 7 indikator | | | | Laporan Kesjaor |
| | KESEHATAN KERJA | | | > 35 - 50 % | > 50 % | | | | |
| 5 | Persentase Pembinaan Kesehatan Kerja di Sektor Formal | Perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan advokasi, sosialisasi, koordinasi dan pelaksanaan program kesehatan kerja seperti GP2SP atau K3 Perkantoran atau K3 Fasyankes) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi seluruh perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang ada di wilayah kerjanya, dikali 100%. | < 5 % | | | > 25 % | | | Laporan Kesjaor |
| 6 | Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) | Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan sosialisasi, penyuluhan, fasilitasi kegiatan pengendalian risiko pada Pos UKK yang sudah terbentuk) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi dengan jumlah seluruh Pos UKK yang ada di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100% | < 50% | 50 - 70 % | 70 - 90 % | > 90 % | | | Laporan Kesjaor |
| 7 | Pembinaan UKS/M dan/atau SBH | Persentase sekolah yang melaksanakan UKS/M dan/atau SBH dengan kriteria 1. Adanya Struktur Kelembagaan 2. Mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 3. Pertemuan minimal 1x/tahun dilengkapi dengan notulen | <5 % | ≥5 - <15 % | ≥15 - <25 % | ≥25 % | 1 | Belum semua sekolah dan SBH dibina | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 | Persentase Pengukuran Kebugaran Jasmani Kelompok Olahraga Masyarakat | <p>Kelompok olahraga minimal sasaran anak usia sekolah (sekolah, madrasah, pesantren) dan usia produktif (OPD/instansi pemerintah, pekerja informal, kelompok olahraga lainnya) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun</p> <p>Cara Perhitungan :</p> <p>Jumlah kelompok olahraga masyarakat yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani dibagi jumlah seluruh kelompok olahraga masyarakat di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100%</p> | 0 | < 5 % | 5 - 10 % | > 10 % | | | Laporan Kesjaor |
| 2 | Puskesmas yang mendukung pelaksanaan Asuhan Mandiri Tanaman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan akupresur | <p>Indikator pelaksanaan kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi 2. Orientasi Asman TOGA dan Akupresur 3. Pembinaan | Tidak ada | 1 indikator terpenuhi | 2 indikator terpenuhi | 3 indikator terpenuhi | | | DAUN kegiatan Asman TOGA dan Akupresur |
| 3 | Pembinaan Kelompok Asuhan mandiri Taman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan Akupresur serta pemanfaatannya pada sasaran masyarakat | <p>Persentase kelompok asman TOGA dan Akupresur yang dibina serta pemanfaatannya di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun.</p> <p>Cara menghitung :</p> <p>Jumlah kelompok asman TOGA yang dibina dibagi jumlah posyandu di wilayah kerja Puskesmas x 100 %</p> | 0 | < 5 % | 5 % s/d < 10 % | >= 10 % | | | DAUN kegiatan pembinaan Asman TOGA dan Akupresur |
| 4 | PHBS Rumah Tangga Sehat Paripurna | <p>Persentase Rumah tangga yang memenuhi rumah tangga sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | < 10 % | $\geq 10 - < 25 \%$ | $\geq 25 - < 40 \%$ | $\geq 40 \%$ | 1 | Jadwal pelaksanaan pendataan PHBS RT bln Mei 2025 | Laporan Promkes |
| 5 | PHBS Sekolah sehat paripurna | <p>Persentase sekolah (SD, SMP, SMA sederajat) yang memenuhi sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15 \%$ | $\geq 15 - < 20 \%$ | $\geq 20 \%$ | 1 | Belum semua sekolah dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 6 | PHBS Tempat Kerja sehat Paripurna | <p>Persentase tempat kerja yang memenuhi tempat kerja sehat paripurna di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15 \%$ | $\geq 15 - < 20 \%$ | $\geq 20 \%$ | 1 | Belum semua tempat kerja dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 7 | Melaksanakan Survei Mawas Diri | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan SMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengenalan, 2. Pengumpulan, 3. Pengkajian, 4. Rencana tindak lanjut | < 50 % | $\geq 50 - < 70 \%$ | $\geq 70 - < 90 \%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal SMD bln September 2025 | Laporan Promkes |
| 8 | Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan MMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyajian hasil SMD, 2. Menentukan prioritas masalah, 3. Mencari akar penyebab masalah, 4. Menyusun rencana kerja | < 50 % | $\geq 50 - < 70 \%$ | $\geq 70 - < 90 \%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal MMD bln Oktober 2025 | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 9 | Desa siaga aktif Mandiri | Percentase Desa/Kelurahan Siaga Aktif yang memiliki strata mandiri dengan kriteria : (1) FKD/FKK mempunyai SK, melakukan SMD/MMD, mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (2) Pertemuan FKD/FKK minimal 8 kali/tahun dilengkapi dengan notulen (3) Memiliki >9 kader (4) Kemudahan akses pelayanan kesehatan (5) Mempunyai posyandu dan 4 UKBM lainnya (6) Dukungan Dana dari Desa/Kel dan 3 sumber dana lainnya (7) Adanya peran serta masyarakat dan 2 ormas lainnya (8) memiliki kebijakan kesehatan, diterapkan dan ada bukti (9) Rumah Tangga sehat > 90% | <10 % | ≥10 - <25 % | ≥25 - <40 % | ≥ 40 % | 10 | - | Laporan Promkes |
| 10 | Posyandu aktif siklus hidup | Percentase Posyandu yang memiliki status aktif berdasarkan 3 kriteria yaitu 1. posyandu yang buka setiap bulan atau minimal 8 kali setahun dalam bulan berbeda, 2. memberikan pelayanan kesehatan untuk semua siklus hidup (ibu hamil, bayi, balita, remaja, dewasa, lansia) dan 3. memiliki minimal 5 orang kader | < 55 % | ≥55 - <70 % | ≥70 - <85 % | ≥85 % | 1 | syarat pelayanan minimal 8 kali belum tercapai karena baru sampai bln april baru 4x | Laporan Microsite Posyandu |
| 11 | Kader Posyandu Tingkatan Madya | Percentase kader yang telah menguasai 3 ketrampilan dasar sesuai dengan tingkatan Purwa ditambahkan dengan 1 keterampilan dasar lain pilihan (bumil/busui, remaja atau usia dewasa/lansia) | <10 % | ≥10 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 1 | Belum semua kader dilakukan assesment kader | Laporan Microsite Posyandu |
| 12 | Media Informasi kesehatan yang berfungsi | Jenis Media Informasi Kesehatan yang digunakan untuk penyebarluasan Informasi kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas (Media cetak, media elektronik, media sosial, media papan) | 1 media | 2 media | 3 media | 4 media | 10 | - | Laporan Promkes |
| 13 | Sekolah yang memenuhi stratififikasi standar sekolah sehat | Percentase sekolah yang memenuhi kriteria standar pada sekolah sehat melalui pelaksanaan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam kurun waktu satu tahun | Tidak dilaksanakan | <5% | ≥5 - <10% | ≥10% | 1 | Belum dilaksanakan stratififikasi standar sekolah sehat | Laporan Promkes |
| 14 | Pemeriksaan iodium pada garam dikonsumsi ditingkat rumah tangga | pemeriksaan iodium pada garam yang dikonsumsi di tingkat rumah tangga diwilayahnya kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dengan kriteria : 1. Pelaksanaan minimal 1 x dibulan Agustus 2. Sasaran rumah tangga di wakili oleh siswa kelas 4/5 SD, 3 . Sampel Per desa sejumlah 26 sampel | tidak dilakukan / dilakukan < 50 % jumlah desa | dilakukan pada 50 - <75 % jumlah desa | dilakukan pada 75 - <100% jumlah desa | dilakukan di semua desa | 0 | Belum dilaksanakan (dilaksanakan bulan Agustus) | Laporan Gizi |
| | IMUNISASI | | | | | | | | |

BULAN FEBRUARI 2025

HASIL KINERJA KLASTER 1 MANAJEMEN

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| a | Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas | Kegiatan Penggerakan dan Pelaksanaan yang dilakukan oleh Puskesmas dengan standar sebagai berikut : 1. dilakukan minimal 75% dari pegawai 2. tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan 3. dilaksanakan rutin tiap bulan 4. ada notulen yang lengkap 5. ada pembahasan RPK bulan yang akan datang | 1 komponen | 2 komponen | 3-4 komponen | 5 komponen | | | DAUN pelaksanaan LOKmin yang dikirimkan tiap bulan |
| 3 | Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas (P3) | | | | | | | | |
| a | Terlaksananya audit internal | Kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang faktual dan significant melalui interaksi secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang memenuhi tahapan sebagai berikut : 1. Tersedia rencana program audit internal (jadwal audit) 2. Mengumpulkan dan analisa data 3. Tersedia pelaporan dan tindak lanjut audit | tidak dilaksanakan | 1 komponen terpenuhi | 2 komponen terpenuhi | 3 komponen terpenuhi | | | Laporan Audit Internal yang dikirim ke Dinas Kesehatan |
| b | Terlaksananya Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM) | Kegiatan berkala yang dilakukan oleh pimpinan dan tim mutu puskesmas untuk mengevaluasi kinerja dan efektivitas sistem manajemen kesehatan, dengan ketentuan sebagai berikut : 1. Dilakukan dua kali setahun / semesteran (tersedia jadwal di RPK tahunan) 2. Membahas hasil audit internal 3. Membahas hasil survei kepuasan pelanggan 4. Membahas hambatan dan masalah dalam menyelenggarakan mutu dan pelayanan di masing-masing klaster 5. Menyusun rencana perbaikan/rekomendasi 6. Tersedia notulen yang lengkap | tidak dilaksanakan | 1-3 komponen | 4-5 komponen | terpenuhi 6 komponen | | | Dokumen RTM |
| c | Puskesmas menyusun PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) | Puskesmas membuat dan mengirimkan laporan PKP lengkap dan tepat waktu | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) kurang, dan salah satu kurang atau keduanya kurang | cakupan hasil manajemen dan cakupan pelayanan kesehatan cukup | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) baik, dan salah satu cukup | Cakupan hasil manajemen baik Cakupan pelayanan kesehatan baik | | Maksimal tanggal 15 bulan Juli untuk PKP semester 1 dan minggu ke 4 bulan Januari Tahun Berikutnya untuk PKP Tahunan | |
| B MANAJEMEN ARSIP | | | | | | | | | |
| 1 | Ada SOP Pengelolaan Arsip | Puskesmas menyusun SOP Pengelolaan Arsip yang terdiri dari : SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip | tidak punya | 1 SOP | 2-3 SOP | 4 SOP | | | SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 2 | Pedoman Tata Naskah Puskesmas | Puskesmas menyusun pedoman tata naskah Puskesmas | Tidak menyusun | Menyusun, belum sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan belum disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | | | Pedoman Tata Naskah Puskesmas |
| 3 | Dokumen Kepegawaian | Puskesmas memiliki arsip dokumen kepegawaian digital yang valid dan lengkap yang diupload di aplikasi satu data kepegawaian | < 25% pegawai sesuai | 25 % - 50 % pegawai sesuai | ≥50 % - 75 % pegawai sesuai | ≥ 75 - 100% pegawai sesuai | 10 | Dokumen Arsip Digital (Aplikasi Satu Data sudah valid dan lengkap) | Arsip Digital (Aplikasi Satu Data) |
| C MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA | | | | | | | | | |
| 1 | Menyusun Analisa Jabatan (Anjab) dan Analisa Beban Kerja | Puskesmas menyusun Anjab/ABK tiap tahun | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Anjab dan ABK |
| 2 | Rencana Pemenuhan Sumber Daya Manusia | Dokumen usulan pemenuhan standar minimal SDM Kesehatan Puskesmas sesuai dengan Permenkes yang mengatur penyelenggaraan Puskesmas | Tidak Ada | | | Ada | | | Surat usulan dilampiri hasil download aplikasi RENBUT |
| 3 | Menyusun peta jabatan | Puskesmas menyusun peta jabatan yang terdiri dari bezetting, kebutuhan dan kekurangan pegawai | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Peta Jabatan |
| 4 | Orientasi Pegawai Baru | Puskesmas melaksanakan kegiatan orientasi bagi Pegawai Baru, termasuk pegawai mutasi/alih jabatan. Meliputi : Kerangka acuan (di dalamnya ada jadwal), daftar kehadiran, dan laporan kegiatan | Tidak ada kerangka acuan dan laporan kegiatan | Hanya ada 1 komponen | Ada 2 komponen | Ada 3 komponen | | | KAK, Daftar Hadir, dan Laporan |
| 5 | Updating Data SDM Kesehatan | Puskesmas melakukan updating data SDM Kesehatan melalui Aplikasi SISDM | <3 x / tahun | 4x - 6x / tahun | 7x - 11 x / tahun | 1x setiap bulan | | | Aplikasi SISDMK |
| 6 | Kepatuhan pegawai menyusun SKP (Sasaran Kinerja Pegawai) | Kepatuhan dan kelengkapan pegawai ASN menyusun SKP sesuai ketentuan sebagai berikut : a. Semua pegawai ASN menyusun sasaran kinerja di awal tahun b. Semua pegawai ASN menyusun SKP sesuai periode c. Butir kegiatan sesuai dengan jabatan masing-masing pegawai ASN d. Penilaian kinerja sesuai dengan rencana kerja yang telah ditetapkan e. Penyusunan SKP Sesuai ketentuan (penanggungan, pejabat yang bertanda tangan) | <25% pegawai ASN | ≥ 25 % - < 50 % pegawai ASN | ≥ 50 % - < 75 % pegawai ASN | ≥ 75 - 100% pegawai ASN | 10 | ada, sudah lengkap semua dari 5 item tersebut | SKP |
| 7 | Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Puskesmas menyusun SK pembagian tugas tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Tidak ada | | | Ada | | | SK Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas |
| 8 | Ada rencana pengembangan pegawai | Menyusun Rencana Pengembangan Pegawai | Tidak ada | | | Ada | | | Dokumen Perencanaan Pengembangan Pegawai |
| D MANAJEMEN SARANA PRASARANA DAN PERBEKALAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Pelaksanaan updating ASPAK sesuai standar | Melakukan updating data alat kesehatan pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Pelaksanaan updating dua kali setiap tahun. | Tidak pernah | 1 kali | 2 kali | 2 kali dengan data pendukung lengkap | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| 2 | Pelaksanaan updating kondisi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan updating fungsi alat kesehatan (alkes berfungsi, alkes tidak berfungsi dan alkes tidak difungsikan) pada setiap unit pelayanan di fasyankes. Pelaksanaan updating setiap tribulan. | 1 kali | 2 kali | 3 kali | 4 kali | | | |
| 3 | Persentase kalibrasi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan kalibrasi alkes yang seharusnya dikalibrasi dalam waktu 1 tahun Jumlah alkes yang dikalibrasi dibanding jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi. (Jumlah alkes dikalibrasi/Jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi) | Kurang dari 20% | 20% - 50 % item | 50% - 80% item | > 80% | | | |
| 4 | Monitoring dan evaluasi ke sub unit puskesmas dan mendokumentasikan serta menyampaikan dalam lokakarya mini | Puskesmas melakukan pemantauan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan ke sub unit dengan daftar tilik dan memberikan respon balik kepada penanggung jawab sub unit melalui lokakarya mini | Tidak pernah | 1 kali 1 tahun | setiap semester | setiap tribulan | | | |
| E MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menetapkan Indikator mutu dan melakukan pengukuran indikator mutu | Puskesmas menyusun indikator mutu yang dilengkapi dengan profil indikator, serta dilakukan pengukuran dan evaluasi tindaklanjut capaian indikator mutu, dengan memenuhi ketentuan sebagai berikut : a. tersedia SK indikator mutu yang bisa terintegrasi dengan SK PKP b. tersedia profil indikator c. tersedia laporan pengukuran indikator mutu d. tersedia evaluasi capaian indikator mutu | tidak ada komponen yang terpenuhi | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |
| 2 | Kepatuhan pelaporan INM di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan INM di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan INM sama dengan jumlah bulan melaporkan INM dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan INM dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak melaporkan INM | kepatuhan pelaporan INM <60% | kepatuhan pelaporan INM 61-99% | kepatuhan pelaporan INM 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 3 | Kepatuhan pelaporan IKP di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan IKP di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan IKP sama dengan jumlah bulan melaporkan IKP dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan IKP dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak Melaporkan IKP | kepatuhan pelaporan IKP <60% | kepatuhan pelaporan IKP 61-99% | kepatuhan pelaporan IKP 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 4 | Puskesmas menyusun program manajemen risiko dan menyusun profil risiko | Puskesmas melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring serta reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan. Penilaian program manajemen risiko memenuhi komponen : a. Dilaksanakan 1 tahun sekali b. Ada SK terkait program manajemen risiko c. Disusun register resiko d. Disusun profil risiko | tidak dilakukan | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |

| 5 | INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|---------|-------|--|---------------------------------|--|
| a | Kepuasan pasien | <p>Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Total nilai persepsi seluruh responden dibagi total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70 | 70 - 79 | ≥80 | | diisi capaian indikator absolut | |
| b | Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Semua Kasus Sensitif Obat (SO) | <p>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.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>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 Puskesmas dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <70% | 70-89% | ≥ 90% | | | |
| c | Ibu hamil yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar (12T) | <p>Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah ibu hamil bersalin yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi jumlah seluruh ibu hamil bersalin di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan dikali 100%</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| d | Kepatuhan Kebersihan Tangan | <p>Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>Cara penghitungan :</p> <p>Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100 %</p> | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|---------------|-------------|--|---------------------------------|--|
| e | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) | Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). Cara penghitungan : Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100 % | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| f | 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. Cara penghitungan : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100% | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| 5 | Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas yang upaya perbaikannya harus didukung oleh semua klaster | | | | | | | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| 6 | Indikator Mutu Prioritas Pelayanan (IMPEL) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di unit masing-masing pelayanan | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | |
| F MANAJEMEN KEUANGAN DAN ASET/BMD | | | | | | | | | |
| 1 | Pendapatan Puskesmas BLUD | Menyetorkan Pendapatan Puskesmas BLUD ke rekening BLUD. BKU Bendahara Penerimaan Pembantu BLUD, Rekapitulasi Surat Tanda Setoran, Slip Setoran, Rekening Koran BLUD | tidak disetorkan | lebih 2 hari | setiap 2 hari | setiap hari | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2 | Data Realisasi Keuangan | Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti. SP3BP maksimal tanggal 7 bulan berikutnya (Data /laporan lengkap SPJ, Buku BKU BOK, Buku Bantu APBD, BKU Pengeluaran BLUD, BKU Penerimaan BLUD , Laporan Pendapatan Belanja dan Pembiayaan, Surat Pertanggungjawaban (SPTJ), Laporan Pertanggungjawaban Bendahara Pengeluaran SPJ Belanja-Fungsional, Laporan Penambahan Aset Tetap, Laporan Mutasi Persediaan | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | Data lengkap , tidak tepat waktu | Data lengkap dan tepat waktu | | | |
| 3 | Menyusun Laporan Keuangan BLUD | Menyusun Laporan Keuangan BLUD Semester 1 dan Laporan Keuangan BLUD Semester 2. (Laporan Keuangan BLUD Semester 1 maksimal tanggal 15 Juli tahun berjalan sedangkan Laporan Keuangan BLUD Semester 2 maksimal tanggal 10 Januari tahun berikutnya) | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | | Data lengkap dan tepat waktu | | Belum ada, karena laporan semester 1 masih di bulan Juni, dan Laporan Keuangan Semester 2 masih di bulan Desember 2025 | |
| 4 | Kepala Puskesmas melakukan Pemeriksaan keuangan (P3) | Kepala Puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala. Pemeriksaan Kas (Pemeriksaan Kas Bendahara Pengeluaran BLUD dan Pemeriksaan Kas BOK dilakukan setiap bulan) | Tidak melakukan Pemeriksaan Kas | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari enam bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari dua bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan setiap bulan | | | |
| G MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI DIGITAL | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menerapkan RME | Puskesmas menerapkan RME pada SIMPUS untuk pelayanan Rawat jalan, UGD/Ruang Tindakan, Rawat Inap sampai pelayanan di Pustu dan atau Jaringan, dengan ketentuan sebagai berikut : | | | | | | | |
| | | - Untuk Puskesmas non rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD/Ruang Tindakan/ di Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD/Ruang Tindakan dan Pustu dan atau jaringan | | | |
| | | - Untuk Puskesmas dengan Rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD | menerapkan di Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap /Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD, Rawat inap dan Pustu dan atau Jaringan | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 2 | Puskesmas menyediakan Informasi Pelayanan Publik dalam Media Keterbukaan Informasi Publik | Puskesmas mengunggah Informasi Pelayanan Publik pada websitenya yang meliputi : a. Profil penyelenggara b. Profil Kesehatan dan Data Dasar c. Standar Pelayanan d. Maklumat Pelayanan e. Pengelolaan Pengaduan f. Penilaian kinerja | tidak ada informasi | 2 informasi | 3-5 Informasi | 6 Informasi | | | |
| 3 | Puskesmas sudah mengirimkan data ke platform SATUSEHAT (Minimal data kunjungan dan diagnosa penyakit) | Puskesmas mengirimkan data pelayanan kesehatan ke Platform SATUSEHAT | tidak mengirimkan | Mengirimkan <50% data | Mengirimkan > 50 s.d <100 % | 100% | | | |
| 4 | Kepatuhan dan kelengkapan pengisian aplikasi MPDN | Aplikasi MPDN Aplikasi MPDN (Maternal Perinatal Death Notification) adalah aplikasi pelaporan kematian ibu dan bayi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Aplikasi ini harus diisi dengan lengkap dan tepat sebagai dasar dilakukannya Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Response (AMPSR) dan dasar pengambilan kebijakan berbasis data. Lengkap (3 komponen) 1. Lengkap notifikasi 2. Lengkap evaluasi 3. Lengkap pelaporan Tepat : tanggal 4 | > tanggal 4 3 komponen kelengkapan tidak terpenuhi | < tanggal 4 1 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 2 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 3 komponen kelengkapan terpenuhi | | | |
| H MANAJEMEN JEJARING | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas melakukan pembinaan jejaring | (1) Tersedia data jejaring Puskesmas (2) Puskesmas melakukan pembinaan/monev ke jejaring minimal 2 kali setahun (3) Jejaring melaporkan pelayanan ke Puskesmas (4) Minimal 50% dari Jejaring (Klinik dan TPM) melaksanakan program prioritas yg dibuktikan dengan adanya MOU dan ketertiban laporan program prioritas | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Koordinat or Jejaring | | |
| 2 | Pustu menyelenggarakan ILP | Pustu memenuhi kriteria ILP (1) melaksanakan paket layanan sesuai siklus hidup (2) tersedia 2 nakes (perawat dan bidan) yang setiap hari memberikan pelayanan di pustu pada jam buka pelayanan (3) ada 2 orang kader yang diberikan tugas oleh kades/lurah sebagai kader koordinator posyandu yang dibuktikan dengan SK/surat tugas dan (4) melaksanakan kegiatan pemberdayaan di bidang kesehatan | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Pustu | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 3 | Puskesmas mempunyai 1 Pustu yang telah sesuai standar ILP | Pustu yg telah ditunjuk melaksanakan paket layanan sebagai berikut : (1) skrining, (2) edukasi kesehatan, (3) pengobatan terbatas, (4) laboratorium dengan PoCT, (5) perencanaan desa dan pendampingan Posyandu, (6) Kunjungan rumah dan (7) Pemantauan Wilayah Setempat) | terpenuhi 2 indikator | terpenuhi 4 indikator | | | | | Laporan Pustu | |
| 4 | Persentase Pustu menyelenggarakan Program Kebugaran Jasmani bagi Masyarakat | Pustu melaksanakan kegiatan program kebugaran. Program kebugaran meliputi : peregangan/senam/olahraga bersama/ pengukuran kebugaran . Cara Perhitungan : Jumlah pustu melaksanakan program kebugaran dibagi jumlah seluruh pustu di wilayah kerja puskesmas, dikali 100%. | < 20 % | terpenuhi 6 indikator | terpenuhi 7 indikator | | | | Laporan Kesjaor | |
| | KESEHATAN KERJA | | | > 35 - 50 % | > 50 % | | | | | |
| 5 | Persentase Pembinaan Kesehatan Kerja di Sektor Formal | Perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan advokasi, sosialisasi, koordinasi dan pelaksanaan program kesehatan kerja seperti GP2SP atau K3 Perkantoran atau K3 Fasyankes) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi seluruh perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang ada di wilayah kerjanya, dikali 100%. | < 5 % | | | > 25 % | | | Laporan Kesjaor | |
| 6 | Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) | Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan sosialisasi, penyuluhan, fasilitasi kegiatan pengendalian risiko pada Pos UKK yang sudah terbentuk) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi dengan jumlah seluruh Pos UKK yang ada di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100% | < 50% | 50 - 70 % | 70 - 90 % | > 90 % | | | | Laporan Kesjaor |
| 7 | Pembinaan UKS/M dan/atau SBH | Persentase sekolah yang melaksanakan UKS/M dan/atau SBH dengan kriteria 1. Adanya Struktur Kelembagaan 2. Mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 3. Pertemuan minimal 1x/tahun dilengkapi dengan notulen | <5 % | ≥5 - <15 % | ≥15 - <25 % | ≥25 % | 1 | Belum semua sekolah dan SBH dibina | | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 | Persentase Pengukuran Kebugaran Jasmani Kelompok Olahraga Masyarakat | <p>Kelompok olahraga minimal sasaran anak usia sekolah (sekolah, madrasah, pesantren) dan usia produktif (OPD/instansi pemerintah, pekerja informal, kelompok olahraga lainnya) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun</p> <p>Cara Perhitungan :</p> <p>Jumlah kelompok olahraga masyarakat yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani dibagi jumlah seluruh kelompok olahraga masyarakat di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100%</p> | 0 | < 5 % | 5 - 10 % | > 10 % | | | Laporan Kesjaor |
| 2 | Puskesmas yang mendukung pelaksanaan Asuhan Mandiri Tanaman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan akupresur | <p>Indikator pelaksanaan kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi 2. Orientasi Asman TOGA dan Akupresur 3. Pembinaan | Tidak ada | 1 indikator terpenuhi | 2 indikator terpenuhi | 3 indikator terpenuhi | | | DAUN kegiatan Asman TOGA dan Akupresur |
| 3 | Pembinaan Kelompok Asuhan mandiri Taman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan Akupresur serta pemanfaatannya pada sasaran masyarakat | <p>Persentase kelompok asman TOGA dan Akupresur yang dibina serta pemanfaatannya di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun.</p> <p>Cara menghitung :</p> <p>Jumlah kelompok asman TOGA yang dibina dibagi jumlah posyandu di wilayah kerja Puskesmas x 100 %</p> | 0 | < 5 % | 5 % s/d < 10 % | >= 10 % | | | DAUN kegiatan pembinaan Asman TOGA dan Akupresur |
| 4 | PHBS Rumah Tangga Sehat Paripurna | <p>Persentase Rumah tangga yang memenuhi rumah tangga sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | < 10 % | $\geq 10 - < 25\%$ | $\geq 25 - < 40\%$ | $\geq 40\%$ | 1 | Jadwal pelaksanaan pendataan PHBS RT bln Mei 2025 | Laporan Promkes |
| 5 | PHBS Sekolah sehat paripurna | <p>Persentase sekolah (SD, SMP, SMA sederajat) yang memenuhi sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua sekolah dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 6 | PHBS Tempat Kerja sehat Paripurna | <p>Persentase tempat kerja yang memenuhi tempat kerja sehat paripurna di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua tempat kerja dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 7 | Melaksanakan Survei Mawas Diri | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan SMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengenalan, 2. Pengumpulan, 3. Pengkajian, 4. Rencana tindak lanjut | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal SMD bln September 2025 | Laporan Promkes |
| 8 | Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan MMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyajian hasil SMD, 2. Menentukan prioritas masalah, 3. Mencari akar penyebab masalah, 4. Menyusun rencana kerja | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal MMD bln Oktober 2025 | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 9 | Desa siaga aktif Mandiri | Percentase Desa/Kelurahan Siaga Aktif yang memiliki strata mandiri dengan kriteria : (1) FKD/FKK mempunyai SK, melakukan SMD/MMD, mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (2) Pertemuan FKD/FKK minimal 8 kali/tahun dilengkapi dengan notulen (3) Memiliki >9 kader (4) Kemudahan akses pelayanan kesehatan (5) Mempunyai posyandu dan 4 UKBM lainnya (6) Dukungan Dana dari Desa/Kel dan 3 sumber dana lainnya (7) Adanya peran serta masyarakat dan 2 ormas lainnya (8) memiliki kebijakan kesehatan, diterapkan dan ada bukti (9) Rumah Tangga sehat > 90% | <10 % | ≥10 - <25 % | ≥25 - <40 % | ≥ 40 % | 10 | - | Laporan Promkes |
| 10 | Posyandu aktif siklus hidup | Percentase Posyandu yang memiliki status aktif berdasarkan 3 kriteria yaitu 1. posyandu yang buka setiap bulan atau minimal 8 kali setahun dalam bulan berbeda, 2. memberikan pelayanan kesehatan untuk semua siklus hidup (ibu hamil, bayi, balita, remaja, dewasa, lansia) dan 3. memiliki minimal 5 orang kader | < 55 % | ≥55 - <70 % | ≥70 - <85 % | ≥85 % | 1 | syarat pelayanan minimal 8 kali belum tercapai karena baru sampai bln april baru 4x | Laporan Microsite Posyandu |
| 11 | Kader Posyandu Tingkatan Madya | Percentase kader yang telah menguasai 3 ketrampilan dasar sesuai dengan tingkatan Purwa ditambahkan dengan 1 keterampilan dasar lain pilihan (bumil/busui, remaja atau usia dewasa/lansia) | <10 % | ≥10 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 1 | Belum semua kader dilakukan assesment kader | Laporan Microsite Posyandu |
| 12 | Media Informasi kesehatan yang berfungsi | Jenis Media Informasi Kesehatan yang digunakan untuk penyebarluasan Informasi kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas (Media cetak, media elektronik, media sosial, media papan) | 1 media | 2 media | 3 media | 4 media | 10 | - | Laporan Promkes |
| 13 | Sekolah yang memenuhi stratififikasi standar sekolah sehat | Percentase sekolah yang memenuhi kriteria standar pada sekolah sehat melalui pelaksanaan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam kurun waktu satu tahun | Tidak dilaksanakan | <5% | ≥5 - <10% | ≥10% | 1 | Belum dilaksanakan stratififikasi standar sekolah sehat | Laporan Promkes |
| 14 | Pemeriksaan iodium pada garam dikonsumsi ditingkat rumah tangga | pemeriksaan iodium pada garam yang dikonsumsi di tingkat rumah tangga diwilayahnya kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dengan kriteria : 1. Pelaksanaan minimal 1 x dibulan Agustus 2. Sasaran rumah tangga di wakili oleh siswa kelas 4/5 SD, 3 . Sampel Per desa sejumlah 26 sampel | tidak dilakukan / dilakukan < 50 % jumlah desa | dilakukan pada 50 - <75 % jumlah desa | dilakukan pada 75 - <100% jumlah desa | dilakukan di semua desa | 0 | Belum dilaksanakan (dilaksanakan bulan Agustus) | Laporan Gizi |
| | IMUNISASI | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|--|--|--|
| 15 | Desa atau Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) | Desa atau Kelurahan UCI adalah desa atau kelurahan dimana minimal 80 % bayi kurang satu tahun yang ada di desa tersebut mendapatkan imunisasi dasar lengkap di wilayah kerja Puskesmas selama kurun waktu tertentu Cara menghitung : Jumlah desa/ kelurahan UCI dibagi jumlah seluruh desa dikalikan 100% | Tidak tercapai atau < 80% | Tidak tercapai atau < 80% | Tidak tercapai atau < 80% | Tercapai atau >80% | | | |
| | | | | | | | | | |

BULAN JANUARI 2025

HASIL KINERJA KLASTER 1 MANAJEMEN

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| a | Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas | Kegiatan Penggerakan dan Pelaksanaan yang dilakukan oleh Puskesmas dengan standar sebagai berikut : 1. dilakukan minimal 75% dari pegawai 2. tersedia bahan evaluasi/RPK bulanan 3. dilaksanakan rutin tiap bulan 4. ada notulen yang lengkap 5. ada pembahasan RPK bulan yang akan datang | 1 komponen | 2 komponen | 3-4 komponen | 5 komponen | | | DAUN pelaksanaan LOKmin yang dikirimkan tiap bulan |
| 3 | Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Puskesmas (P3) | | | | | | | | |
| a | Terlaksananya audit internal | Kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang faktual dan significant melalui interaksi secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang memenuhi tahapan sebagai berikut : 1. Tersedia rencana program audit internal (jadwal audit) 2. Mengumpulkan dan analisa data 3. Tersedia pelaporan dan tindak lanjut audit | tidak dilaksanakan | 1 komponen terpenuhi | 2 komponen terpenuhi | 3 komponen terpenuhi | | | Laporan Audit Internal yang dikirim ke Dinas Kesehatan |
| b | Terlaksananya Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM) | Kegiatan berkala yang dilakukan oleh pimpinan dan tim mutu puskesmas untuk mengevaluasi kinerja dan efektivitas sistem manajemen kesehatan, dengan ketentuan sebagai berikut : 1. Dilakukan dua kali setahun / semesteran (tersedia jadwal di RPK tahunan) 2. Membahas hasil audit internal 3. Membahas hasil survei kepuasan pelanggan 4. Membahas hambatan dan masalah dalam menyelenggarakan mutu dan pelayanan di masing-masing klaster 5. Menyusun rencana perbaikan/rekomendasi 6. Tersedia notulen yang lengkap | tidak dilaksanakan | 1-3 komponen | 4-5 komponen | terpenuhi 6 komponen | | | Dokumen RTM |
| c | Puskesmas menyusun PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) | Puskesmas membuat dan mengirimkan laporan PKP lengkap dan tepat waktu | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) kurang, dan salah satu kurang atau keduanya kurang | cakupan hasil manajemen dan cakupan pelayanan kesehatan cukup | salah satu cakupan (manajemen / pelayanan) baik, dan salah satu cukup | Cakupan hasil manajemen baik Cakupan pelayanan kesehatan baik | | Maksimal tanggal 15 bulan Juli untuk PKP semester 1 dan minggu ke 4 bulan Januari Tahun Berikutnya untuk PKP Tahunan | |
| B MANAJEMEN ARSIP | | | | | | | | | |
| 1 | Ada SOP Pengelolaan Arsip | Puskesmas menyusun SOP Pengelolaan Arsip yang terdiri dari : SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip | tidak punya | 1 SOP | 2-3 SOP | 4 SOP | | | SOP Penciptaan Arsip, SOP Penggunaan Arsip, SOP Pemeliharaan Arsip, dan SOP Penyusutan Arsip |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 2 | Pedoman Tata Naskah Puskesmas | Puskesmas menyusun pedoman tata naskah Puskesmas | Tidak menyusun | Menyusun, belum sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan belum disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | Menyusun, sesuai dengan Perbup tentang tata naskah dinas dan disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas | | | Pedoman Tata Naskah Puskesmas |
| 3 | Dokumen Kepegawaian | Puskesmas memiliki arsip dokumen kepegawaian digital yang valid dan lengkap yang diupload di aplikasi satu data kepegawaian | < 25% pegawai sesuai | 25 % - 50 % pegawai sesuai | ≥50 % - 75 % pegawai sesuai | ≥ 75 - 100% pegawai sesuai | 10 | Dokumen Arsip Digital (Aplikasi Satu Data sudah valid dan lengkap) | Arsip Digital (Aplikasi Satu Data) |
| C MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA | | | | | | | | | |
| 1 | Menyusun Analisa Jabatan (Anjab) dan Analisa Beban Kerja | Puskesmas menyusun Anjab/ABK tiap tahun | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Anjab dan ABK |
| 2 | Rencana Pemenuhan Sumber Daya Manusia | Dokumen usulan pemenuhan standar minimal SDM Kesehatan Puskesmas sesuai dengan Permenkes yang mengatur penyelenggaraan Puskesmas | Tidak Ada | | | Ada | | | Surat usulan dilampiri hasil download aplikasi RENBUT |
| 3 | Menyusun peta jabatan | Puskesmas menyusun peta jabatan yang terdiri dari bezetting, kebutuhan dan kekurangan pegawai | Tidak Ada | | | Ada | | | Dokumen Peta Jabatan |
| 4 | Orientasi Pegawai Baru | Puskesmas melaksanakan kegiatan orientasi bagi Pegawai Baru, termasuk pegawai mutasi/alih jabatan. Meliputi : Kerangka acuan (di dalamnya ada jadwal), daftar kehadiran, dan laporan kegiatan | Tidak ada kerangka acuan dan laporan kegiatan | Hanya ada 1 komponen | Ada 2 komponen | Ada 3 komponen | | | KAK, Daftar Hadir, dan Laporan |
| 5 | Updating Data SDM Kesehatan | Puskesmas melakukan updating data SDM Kesehatan melalui Aplikasi SISDM | <3 x / tahun | 4x - 6x / tahun | 7x - 11 x / tahun | 1x setiap bulan | | | Aplikasi SISDMK |
| 6 | Kepatuhan pegawai menyusun SKP (Sasaran Kinerja Pegawai) | Kepatuhan dan kelengkapan pegawai ASN menyusun SKP sesuai ketentuan sebagai berikut : a. Semua pegawai ASN menyusun sasaran kinerja di awal tahun b. Semua pegawai ASN menyusun SKP sesuai periode c. Butir kegiatan sesuai dengan jabatan masing-masing pegawai ASN d. Penilaian kinerja sesuai dengan rencana kerja yang telah ditetapkan e. Penyusunan SKP Sesuai ketentuan (penanggungan, pejabat yang bertanda tangan) | <25% pegawai ASN | ≥ 25 % - < 50 % pegawai ASN | ≥ 50 % - < 75 % pegawai ASN | ≥ 75 - 100% pegawai ASN | 10 | ada, sudah lengkap semua dari 5 item tersebut | SKP |
| 7 | Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Puskesmas menyusun SK pembagian tugas tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas | Tidak ada | | | Ada | | | SK Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga Puskesmas |
| 8 | Ada rencana pengembangan pegawai | Menyusun Rencana Pengembangan Pegawai | Tidak ada | | | Ada | | | Dokumen Perencanaan Pengembangan Pegawai |
| D MANAJEMEN SARANA PRASARANA DAN PERBEKALAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Pelaksanaan updating ASPAK sesuai standar | Melakukan updating data alat kesehatan pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Pelaksanaan updating dua kali setiap tahun. | Tidak pernah | 1 kali | 2 kali | 2 kali dengan data pendukung lengkap | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| 2 | Pelaksanaan updating kondisi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan updating fungsi alat kesehatan (alkes berfungsi, alkes tidak berfungsi dan alkes tidak difungsikan) pada setiap unit pelayanan di fasyankes. Pelaksanaan updating setiap tribulan. | 1 kali | 2 kali | 3 kali | 4 kali | | | |
| 3 | Persentase kalibrasi alat kesehatan sesuai standar | Melakukan kalibrasi alkes yang seharusnya dikalibrasi dalam waktu 1 tahun Jumlah alkes yang dikalibrasi dibanding jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi. (Jumlah alkes dikalibrasi/Jumlah alkes yang seharusnya dikalibrasi) | Kurang dari 20% | 20% - 50 % item | 50% - 80% item | > 80% | | | |
| 4 | Monitoring dan evaluasi ke sub unit puskesmas dan mendokumentasikan serta menyampaikan dalam lokakarya mini | Puskesmas melakukan pemantauan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan ke sub unit dengan daftar tilik dan memberikan respon balik kepada penanggung jawab sub unit melalui lokakarya mini | Tidak pernah | 1 kali 1 tahun | setiap semester | setiap tribulan | | | |
| E MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menetapkan Indikator mutu dan melakukan pengukuran indikator mutu | Puskesmas menyusun indikator mutu yang dilengkapi dengan profil indikator, serta dilakukan pengukuran dan evaluasi tindaklanjut capaian indikator mutu, dengan memenuhi ketentuan sebagai berikut : a. tersedia SK indikator mutu yang bisa terintegrasi dengan SK PKP b. tersedia profil indikator c. tersedia laporan pengukuran indikator mutu d. tersedia evaluasi capaian indikator mutu | tidak ada komponen yang terpenuhi | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |
| 2 | Kepatuhan pelaporan INM di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan INM di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan INM sama dengan jumlah bulan melaporkan INM dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan INM dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak melaporkan INM | kepatuhan pelaporan INM <60% | kepatuhan pelaporan INM 61-99% | kepatuhan pelaporan INM 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 3 | Kepatuhan pelaporan IKP di mutu fasyankes | Puskesmas rutin dan tertib melaporkan IKP di web mutufasyankes.kemkes.go.id Kepatuhan laporan IKP sama dengan jumlah bulan melaporkan IKP dibagi dengan seluruh bulan yang seharusnya melaporkan IKP dikali 100%. Sumber data diambil dari web mutufasyankes.kemkes.go.id | Tidak Melaporkan IKP | kepatuhan pelaporan IKP <60% | kepatuhan pelaporan IKP 61-99% | kepatuhan pelaporan IKP 100 % | | diisi capaian indikator absolut | Laporan mutu |
| 4 | Puskesmas menyusun program manajemen risiko dan menyusun profil risiko | Puskesmas melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring serta reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan. Penilaian program manajemen risiko memenuhi komponen : a. Dilaksanakan 1 tahun sekali b. Ada SK terkait program manajemen risiko c. Disusun register resiko d. Disusun profil risiko | tidak dilakukan | memenuhi 1-2 komponen | memenuhi 3 komponen | memenuhi 4 komponen | | | |

| 5 | INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|---------|-------|--|---------------------------------|--|
| a | Kepuasan pasien | Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Cara penghitungan : Total nilai persepsi seluruh respondan dibagi total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25 | Tidak dilakukan Pengukuran | <70 | 70 - 79 | ≥80 | | diisi capaian indikator absolut | |
| b | 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. Cara penghitungan : 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 Puskesmas dikali 100 % | Tidak dilakukan Pengukuran | <70% | 70-89% | ≥ 90% | | | |
| c | Ibu hamil yang Mendapatkan Pelayanan Ante Natal Care (ANC) Sesuai Standar (12T) | Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kuantitas dan standar kualitas selama periode kehamilan di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan. Cara penghitungan : Jumlah ibu hamil bersalin yang telah mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai standar di wilayah kerja Puskesmas pada tahun berjalan dibagi jumlah seluruh ibu hamil bersalin di wilayah kerja puskesmas pada tahun berjalan dikali 100% | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |
| d | Kepatuhan Kebersihan Tangan | Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Cara penghitungan : Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100 % | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|---------------|-------------|--|---------------------------------|--|--|
| e | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) | Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). Cara penghitungan : Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100 % | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | | |
| f | 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. Cara penghitungan : Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100% | Tidak dilakukan Pengukuran | <75% | 75-99% | 1 | | | | |
| 5 | Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas yang upaya perbaikannya harus didukung oleh semua klaster | | | | | | | | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | | |
| 6 | Indikator Mutu Prioritas Pelayanan (IMPEL) ** | Indikator ini dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan di unit masing-masing pelayanan | | | | | | diisi capaian indikator absolut | | |
| | Diisi sesuai indikator Puskesmas masing-masing | | | | | | | diisi capaian indikator absolut | | |
| F MANAJEMEN KEUANGAN DAN ASET/BMD | | | | | | | | | | |
| 1 | Pendapatan Puskesmas BLUD | Menyetorkan Pendapatan Puskesmas BLUD ke rekening BLUD. BKU Bendahara Penerimaan Pembantu BLUD,Rekapitulasi Surat Tanda Setoran, Slip Setoran, Rekening Koran BLUD | tidak disetorkan | lebih 2 hari | setiap 2 hari | setiap hari | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2 | Data Realisasi Keuangan | Realisasi capaian keuangan yang disertai bukti. SP3BP maksimal tanggal 7 bulan berikutnya (Data /laporan lengkap SPJ, Buku BKU BOK, Buku Bantu APBD, BKU Pengeluaran BLUD, BKU Penerimaan BLUD , Laporan Pendapatan Belanja dan Pembiayaan, Surat Pertanggungjawaban (SPTJ), Laporan Pertanggungjawaban Bendahara Pengeluaran SPJ Belanja-Fungsional, Laporan Penambahan Aset Tetap, Laporan Mutasi Persediaan | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | Data lengkap , tidak tepat waktu | Data lengkap dan tepat waktu | | | |
| 3 | Menyusun Laporan Keuangan BLUD | Menyusun Laporan Keuangan BLUD Semester 1 dan Laporan Keuangan BLUD Semester 2. (Laporan Keuangan BLUD Semester 1 maksimal tanggal 15 Juli tahun berjalan sedangkan Laporan Keuangan BLUD Semester 2 maksimal tanggal 10 Januari tahun berikutnya) | Tidak membuat laporan | Data /laporan kurang lengkap | | Data lengkap dan tepat waktu | | Belum ada, karena laporan semester 1 masih di bulan Juni, dan Laporan Keuangan Semester 2 masih di bulan Desember 2025 | |
| 4 | Kepala Puskesmas melakukan Pemeriksaan keuangan (P3) | Kepala Puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala. Pemeriksaan Kas (Pemeriksaan Kas Bendahara Pengeluaran BLUD dan Pemeriksaan Kas BOK dilakukan setiap bulan) | Tidak melakukan Pemeriksaan Kas | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari enam bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan lebih dari dua bulan sekali | Pemeriksaan Kas dilakukan setiap bulan | | | |
| G MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI DIGITAL | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas menerapkan RME | Puskesmas menerapkan RME pada SIMPUS untuk pelayanan Rawat jalan, UGD/Ruang Tindakan, Rawat Inap sampai pelayanan di Pustu dan atau Jaringan, dengan ketentuan sebagai berikut : | | | | | | | |
| | | - Untuk Puskesmas non rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD/Ruang Tindakan/ di Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD/Ruang Tindakan dan Pustu dan atau jaringan | | | |
| | | - Untuk Puskesmas dengan Rawat inap | tidak menerapkan | menerapkan di Rawat Jalan dan UGD | menerapkan di Rawat Jalan, UGD dan Rawat Inap /Pustu dan atau Jaringan | menerapkan di Rawat Jalan, UGD, Rawat inap dan Pustu dan atau Jaringan | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 2 | Puskesmas menyediakan Informasi Pelayanan Publik dalam Media Keterbukaan Informasi Publik | Puskesmas mengunggah Informasi Pelayanan Publik pada websitenya yang meliputi : a. Profil penyelenggara b. Profil Kesehatan dan Data Dasar c. Standar Pelayanan d. Maklumat Pelayanan e. Pengelolaan Pengaduan f. Penilaian kinerja | tidak ada informasi | 2 informasi | 3-5 Informasi | 6 Informasi | | | |
| 3 | Puskesmas sudah mengirimkan data ke platform SATUSEHAT (Minimal data kunjungan dan diagnosa penyakit) | Puskesmas mengirimkan data pelayanan kesehatan ke Platform SATUSEHAT | tidak mengirimkan | Mengirimkan <50% data | Mengirimkan > 50 s.d <100 % | 100% | | | |
| 4 | Kepatuhan dan kelengkapan pengisian aplikasi MPDN | Aplikasi MPDN Aplikasi MPDN (Maternal Perinatal Death Notification) adalah aplikasi pelaporan kematian ibu dan bayi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Aplikasi ini harus diisi dengan lengkap dan tepat sebagai dasar dilakukannya Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Response (AMPSR) dan dasar pengambilan kebijakan berbasis data. Lengkap (3 komponen) 1. Lengkap notifikasi 2. Lengkap evaluasi 3. Lengkap pelaporan Tepat : tanggal 4 | > tanggal 4 3 komponen kelengkapan tidak terpenuhi | < tanggal 4 1 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 2 komponen kelengkapan terpenuhi | < tanggal 4 3 komponen kelengkapan terpenuhi | | | |
| H MANAJEMEN JEJARING | | | | | | | | | |
| 1 | Puskesmas melakukan pembinaan jejaring | (1) Tersedia data jejaring Puskesmas (2) Puskesmas melakukan pembinaan/monev ke jejaring minimal 2 kali setahun (3) Jejaring melaporkan pelayanan ke Puskesmas (4) Minimal 50% dari Jejaring (Klinik dan TPM) melaksanakan program prioritas yg dibuktikan dengan adanya MOU dan ketertiban laporan program prioritas | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Koordinat or Jejaring | | |
| 2 | Pustu menyelenggarakan ILP | Pustu memenuhi kriteria ILP (1) melaksanakan paket layanan sesuai siklus hidup (2) tersedia 2 nakes (perawat dan bidan) yang setiap hari memberikan pelayanan di pustu pada jam buka pelayanan (3) ada 2 orang kader yang diberikan tugas oleh kades/lurah sebagai kader koordinator posyandu yang dibuktikan dengan SK/surat tugas dan (4) melaksanakan kegiatan pemberdayaan di bidang kesehatan | 1 kriteria terpenuhi | 2 kriteria terpenuhi | 3 kriteria terpenuhi | 4 kriteria terpenuhi | Laporan Pustu | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|---|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 3 | Puskesmas mempunyai 1 Pustu yang telah sesuai standar ILP | Pustu yg telah ditunjuk melaksanakan paket layanan sebagai berikut : (1) skrining, (2) edukasi kesehatan, (3) pengobatan terbatas, (4) laboratorium dengan PoCT, (5) perencanaan desa dan pendampingan Posyandu, (6) Kunjungan rumah dan (7) Pemantauan Wilayah Setempat) | terpenuhi 2 indikator | terpenuhi 4 indikator | | | | | Laporan Pustu | |
| 4 | Persentase Pustu menyelenggarakan Program Kebugaran Jasmani bagi Masyarakat | Pustu melaksanakan kegiatan program kebugaran. Program kebugaran meliputi : peregangan/senam/olahraga bersama/ pengukuran kebugaran . Cara Perhitungan : Jumlah pustu melaksanakan program kebugaran dibagi jumlah seluruh pustu di wilayah kerja puskesmas, dikali 100%. | < 20 % | terpenuhi 6 indikator | terpenuhi 7 indikator | | | | Laporan Kesjaor | |
| | KESEHATAN KERJA | | | > 35 - 50 % | > 50 % | | | | | |
| 5 | Persentase Pembinaan Kesehatan Kerja di Sektor Formal | Perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan advokasi, sosialisasi, koordinasi dan pelaksanaan program kesehatan kerja seperti GP2SP atau K3 Perkantoran atau K3 Fasyankes) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi seluruh perusahaan, kantor pemerintahan, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan puskesmas yang ada di wilayah kerjanya, dikali 100%. | < 5 % | | | > 25 % | | | Laporan Kesjaor | |
| 6 | Pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) | Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja (berupa kegiatan sosialisasi, penyuluhan, fasilitasi kegiatan pengendalian risiko pada Pos UKK yang sudah terbentuk) dalam kurun waktu 1 tahun Cara Perhitungan : Jumlah Pos UKK yang dilakukan pembinaan kesehatan kerja dibagi dengan jumlah seluruh Pos UKK yang ada di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100% | < 50% | 50 - 70 % | 70 - 90 % | > 90 % | | | | Laporan Kesjaor |
| 7 | Pembinaan UKS/M dan/atau SBH | Persentase sekolah yang melaksanakan UKS/M dan/atau SBH dengan kriteria 1. Adanya Struktur Kelembagaan 2. Mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 3. Pertemuan minimal 1x/tahun dilengkapi dengan notulen | <5 % | ≥5 - <15 % | ≥15 - <25 % | ≥25 % | 1 | Belum semua sekolah dan SBH dibina | | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 | Persentase Pengukuran Kebugaran Jasmani Kelompok Olahraga Masyarakat | <p>Kelompok olahraga minimal sasaran anak usia sekolah (sekolah, madrasah, pesantren) dan usia produktif (OPD/instansi pemerintah, pekerja informal, kelompok olahraga lainnya) yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun</p> <p>Cara Perhitungan :</p> <p>Jumlah kelompok olahraga masyarakat yang dilakukan pengukuran kebugaran jasmani dibagi jumlah seluruh kelompok olahraga masyarakat di wilayah kerja puskesmas dikalikan 100%</p> | 0 | < 5 % | 5 - 10 % | > 10 % | | | Laporan Kesjaor |
| 2 | Puskesmas yang mendukung pelaksanaan Asuhan Mandiri Tanaman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan akupresur | <p>Indikator pelaksanaan kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi 2. Orientasi Asman TOGA dan Akupresur 3. Pembinaan | Tidak ada | 1 indikator terpenuhi | 2 indikator terpenuhi | 3 indikator terpenuhi | | | DAUN kegiatan Asman TOGA dan Akupresur |
| 3 | Pembinaan Kelompok Asuhan mandiri Taman Obat Keluarga (Asman TOGA) dan Akupresur serta pemanfaatannya pada sasaran masyarakat | <p>Persentase kelompok asman TOGA dan Akupresur yang dibina serta pemanfaatannya di wilayah kerja Puskesmas dalam waktu satu tahun.</p> <p>Cara menghitung :</p> <p>Jumlah kelompok asman TOGA yang dibina dibagi jumlah posyandu di wilayah kerja Puskesmas x 100 %</p> | 0 | < 5 % | 5 % s/d < 10 % | >= 10 % | | | DAUN kegiatan pembinaan Asman TOGA dan Akupresur |
| 4 | PHBS Rumah Tangga Sehat Paripurna | <p>Persentase Rumah tangga yang memenuhi rumah tangga sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | < 10 % | $\geq 10 - < 25\%$ | $\geq 25 - < 40\%$ | $\geq 40\%$ | 1 | Jadwal pelaksanaan pendataan PHBS RT bln Mei 2025 | Laporan Promkes |
| 5 | PHBS Sekolah sehat paripurna | <p>Persentase sekolah (SD, SMP, SMA sederajat) yang memenuhi sehat paripurna di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua sekolah dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 6 | PHBS Tempat Kerja sehat Paripurna | <p>Persentase tempat kerja yang memenuhi tempat kerja sehat paripurna di wilayah kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun</p> | <5 % | $\geq 5 - < 15\%$ | $\geq 15 - < 20\%$ | $\geq 20\%$ | 1 | Belum semua tempat kerja dilakukan PHBS | Laporan Promkes |
| 7 | Melaksanakan Survei Mawas Diri | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan SMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengenalan, 2. Pengumpulan, 3. Pengkajian, 4. Rencana tindak lanjut | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal SMD bln September 2025 | Laporan Promkes |
| 8 | Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa | <p>Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan MMD melalui tahapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyajian hasil SMD, 2. Menentukan prioritas masalah, 3. Mencari akar penyebab masalah, 4. Menyusun rencana kerja | < 50 % | $\geq 50 - < 70\%$ | $\geq 70 - < 90\%$ | $\geq 90 - 100\%$ | 1 | Jadwal MMD bln Oktober 2025 | Laporan Promkes |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 9 | Desa siaga aktif Mandiri | Percentase Desa/Kelurahan Siaga Aktif yang memiliki strata mandiri dengan kriteria : (1) FKD/FKK mempunyai SK, melakukan SMD/MMD, mempunyai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (2) Pertemuan FKD/FKK minimal 8 kali/tahun dilengkapi dengan notulen (3) Memiliki >9 kader (4) Kemudahan akses pelayanan kesehatan (5) Mempunyai posyandu dan 4 UKBM lainnya (6) Dukungan Dana dari Desa/Kel dan 3 sumber dana lainnya (7) Adanya peran serta masyarakat dan 2 ormas lainnya (8) memiliki kebijakan kesehatan, diterapkan dan ada bukti (9) Rumah Tangga sehat > 90% | <10 % | ≥10 - <25 % | ≥25 - <40 % | ≥ 40 % | 10 | - | Laporan Promkes |
| 10 | Posyandu aktif siklus hidup | Percentase Posyandu yang memiliki status aktif berdasarkan 3 kriteria yaitu 1. posyandu yang buka setiap bulan atau minimal 8 kali setahun dalam bulan berbeda, 2. memberikan pelayanan kesehatan untuk semua siklus hidup (ibu hamil, bayi, balita, remaja, dewasa, lansia) dan 3. memiliki minimal 5 orang kader | < 55 % | ≥55 - <70 % | ≥70 - <85 % | ≥85 % | 1 | syarat pelayanan minimal 8 kali belum tercapai karena baru sampai bln april baru 4x | Laporan Microsite Posyandu |
| 11 | Kader Posyandu Tingkatan Madya | Percentase kader yang telah menguasai 3 ketrampilan dasar sesuai dengan tingkatan Purwa ditambahkan dengan 1 keterampilan dasar lain pilihan (bumil/busui, remaja atau usia dewasa/lansia) | <10 % | ≥10 - <15 % | ≥15 - <20 % | ≥20 % | 1 | Belum semua kader dilakukan assesment kader | Laporan Microsite Posyandu |
| 12 | Media Informasi kesehatan yang berfungsi | Jenis Media Informasi Kesehatan yang digunakan untuk penyebarluasan Informasi kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas (Media cetak, media elektronik, media sosial, media papan) | 1 media | 2 media | 3 media | 4 media | 10 | - | Laporan Promkes |
| 13 | Sekolah yang memenuhi stratififikasi standar sekolah sehat | Percentase sekolah yang memenuhi kriteria standar pada sekolah sehat melalui pelaksanaan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat dalam kurun waktu satu tahun | Tidak dilaksanakan | <5% | ≥5 - <10% | ≥10% | 1 | Belum dilaksanakan stratififikasi standar sekolah sehat | Laporan Promkes |
| 14 | Pemeriksaan iodium pada garam dikonsumsi ditingkat rumah tangga | pemeriksaan iodium pada garam yang dikonsumsi di tingkat rumah tangga diwilayahnya kerja puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dengan kriteria : 1. Pelaksanaan minimal 1 x dibulan Agustus 2. Sasaran rumah tangga di wakili oleh siswa kelas 4/5 SD, 3 . Sampel Per desa sejumlah 26 sampel | tidak dilakukan / dilakukan < 50 % jumlah desa | dilakukan pada 50 - <75 % jumlah desa | dilakukan pada 75 - <100% jumlah desa | dilakukan di semua desa | 0 | Belum dilaksanakan (dilaksanakan bulan Agustus) | Laporan Gizi |
| | IMUNISASI | | | | | | | | |

