



Jak
sehat



SUKSES
JAKARTA
UNTUK
INDONESIA

PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

PUSKESMAS SETIABUDI

TAHUN

2024



Jl. Halimun Raya No.13
Kelurahan Guntur Kecamatan Setiabudi
Kota Administrasi Jakarta Selatan



Puskesmas Kecamatan Setiabudi



@puskesmassetiabudi



puskesmassetiabudi.jakarta.go.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Kuasa, karena atas karunia-Nya kami dapat menyelesaikan Laporan Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) Tahun 2024 Puskesmas Setiabudi, Jakarta Selatan.

Laporan Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) merupakan suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan Puskesmas disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Penilaian berdasarkan data yang diperoleh selama bulan Januari sampai dengan Desember 2024.

Harapan kami tentunya, pengukuran Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) ini dapat menjadi informasi untuk menilai gambaran kinerja Puskesmas, mengidentifikasi dan menganalisis masalah untuk dicari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerja serta dengan informasi yang diperoleh tersebut dapat diketahui prioritas perbaikan dan penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang maupun perencanaan penganggaran berikutnya dan juga sekaligus melengkapi dokumen untuk persyaratan akreditasi Puskesmas.

Selain itu, Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) juga menjadi implementasi perwujudan Visi Puskesmas Setiabudi, yaitu Puskesmas Kecamatan Setiabudi berbudaya sehat, informatif serta kolaboratif tahun 2027, dengan misi "Mengembangkan sistem manajemen mutu puskesmas secara terpadu dan berkesinambungan".

Kami mengucapkan terimakasih atas partisipasi seluruh tim yang terlibat dalam pembuatan Penilaian Kinerja Puskesmas ini, para institusi lintas sektor yang bersama membahu dalam mensukseskan kegiatan, institusi terkait yang memberikan arahan dan bimbingan, yaitu Kepala Sudinkes Jakarta Selatan beserta jajarannya, Ibu Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta beserta jajarannya dan juga institusi Kementerian Kesehatan RI.

Semoga kiranya Allah Yang Pengasih dan Penyayang, memberikan kemudahan dan keberkahan untuk melakukan peningkatan kinerja dan kualitas mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Setiabudi di tahun yang akan datang.

Jakarta, 28 Februari 2025

Kepala Puskesmas Kecamatan Setiabudi

dr. Santayana, MPH

NIP 198007092010012027

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	
Daftar Isi	2
VISI, MISI DAN TATA NILAI	3
BAB I PENDAHULUAN	
I.1 Latar Belakang.....	5
I.2. Tujuan.....	5
I.3. Manfaat.....	6
I.4. Ruang Lingkup	7
BAB II MATRIKS PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS	
II.1 Matriks Penilaian Klaster 1	9
II.2 Matriks Penilaian Klaster 2	26
II.3 Matriks Penilaian Klaster 3	40
II.4. Matriks Penilaian Klaster 4	51
II.5 Matriks Penilaian Klaster 5	59
II.6 Penyajian Grafik Sarang Laba-Laba	62
BAB III ANALISA HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS	
III.1 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 1	79
III.2 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 2	83
III.3 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 3	84
III.4 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 4	85
III.5 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 5	88
BAB IV PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	90
B. Saran.....	90

Baik hati dan menarik budi bahasanya; manis tutur kata dan sikapnya dalam melayani masyarakat

8. Inovatif

Bersifat memperkenalkan sesuatu yang baru; bersifat pembaruan (kreasi baru) dalam rangka perbaikan pada layanan kesehatan.

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Tentu saja dalam menjalankan fungsi Puskesmas tersebut diperlukan upaya manajerial yang baik melalui serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.

Salah satu komponen manajerial yang penting untuk dilakukan adalah pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja Puskesmas. Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) merupakan penilaian rutin yang dibuat melalui proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan Puskesmas disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan oleh Puskesmas dan kemudian hasil penilaiannya akan diverifikasi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Hasil dari Penilaian Kinerja Puskesmas ini akan memberikan banyak manfaat untuk perbaikan dan strategi Puskesmas dalam meningkatkan program dan layanan kesehatan serta mutu pelayanan.

I.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas dalam bentuk laporan Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) sebagaimana amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendapatkan gambaran tingkat kinerja Puskesmas (hasil cakupan kegiatan, mutu kegiatan, dan manajemen Puskesmas) pada akhir tahun kegiatan.
- b. Mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang.
- c. Dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja.
- d. Mengetahui dan sekaligus dapat melengkapi dokumen untuk persyaratan akreditasi Puskesmas.
- e. Dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya
- f. Implementasi dari Visi Puskesmas Kecamatan Setiabudi yaitu “Puskesmas Kecamatan Setiabudi berbudaya sehat, informatif serta kolaboratif tahun 2027” melalui misi:
 - 1) Menciptakan budaya kerja yang berorientasi pelayanan;
 - 2) Mengembangkan SDM yang berkualitas;
 - 3) Mengembangkan sistem manajemen mutu puskesmas secara terpadu dan berkesinambungan;
 - 4) Mengembangkan sistem informasi Kesehatan yang inovatif dan berkelanjutan;
 - 5) Mewujudkan kemandirian masyarakat dalam berperilaku hidup sehat.

I.3 Manfaat

Manfaat dilakukan Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) Tahun 202 pada Puskesmas Kecamatan Setiabudi adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui hasil antara perencanaan dengan realisasi kegiatan melalui kesenjangan antara target dengan hasil yang diperoleh;
2. Untuk mengetahui nilai kinerja Puskesmas dari segi cakupan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan manajemen Puskesmas;
3. Untuk mendapatkan informasi mengenai unsur pelayanan mana yang menjadi prioritas untuk dilakukan perbaikan;
4. Sebagai bahan penetapan kebijakan yang perlu diambil sebagai rencana upaya tindak lanjut yang perlu dilakukan;
5. Sebagai bahan pertimbangan untuk menetapkan perencanaan kegiatan maupun perencanaan anggaran berikutnya.

I.4 Ruang Lingkup

Ruang lingkup penilaian kinerja puskesmas meliputi Pencapaian cakupan pelayanan kesehatan klaster 1, klaster 2, klaster 3, klaster 4 dan lintas klaster. Pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam penyelenggaraan kegiatan penilaian

- a. Proses penyusunan perencanaan, penggerakkan pelaksanaan, dan pelaksanaan penilaian kinerja;
- b. Manajemen sumber daya termasuk manajemen sarana, pra sarana, alat, obat, sumber daya manusia, dan lain-lain;
- c. Manajemen keuangan dan Barang Milik Negara/ Daerah;
- d. Manajemen pemberdayaan masyarakat;
- e. Manajemen data dan informasi;
- f. Manajemen program, termasuk Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga; dan
- g. Mutu pelayanan Puskesmas.

Penilaian kinerja masing-masing puskesmas tidaklah sama, melainkan hanya berdasarkan pada kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan oleh puskesmas di wilayah kerjanya, baik yang dilaksanakan dalam gedung maupun di luar gedung.

1.4.1 Proses Penilaian Kinerja Puskesmas

Proses Penilaian Kinerja Puskesmas meliputi beberapa tahapan antara lain:

1. Pembentukan Tim Penilai Kinerja (Penanggung jawab Klaster, Program dan petugas pengawas kinerja Puskesmas, tim rekapitulasi data hasil kinerja, dan tim mutu)
2. Pengumpulan data pencapaian 1 tahun. Data diperoleh dari Sistem Informasi Puskesmas yang mencakup pencatatan hasil surveilans dan capaian pelayanan dari setiap klaster Puskesmas dan jaringannya; survei lapangan; laporan lintas sektor terkait; dan laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
3. Analisis terhadap hasil yang telah dicapai dibandingkan dengan target yang ditetapkan.
4. Mencari penyebab, faktor faktor pendukung maupun faktor penghambat pencapaian program serta menyusun rencana pemecahannya

5. Hasil analisa dan tindak lanjut rencana pemecahannya, dijadikan dasar dalam penyusunan RUK

1.4.2 Penanggung jawab pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas

Dalam proses pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas perlu ditetapkan penanggung jawab pelaksana sehingga proses Penilaian Kinerja Puskesmas dapat berjalan dengan baik. Kepala Puskesmas merupakan penanggung jawab utama dalam proses pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas sebagaimana tugas dan fungsi Kepala Puskesmas yaitu untuk memimpin, mengawasi dan mengkoordinasi kegiatan Puskesmas.

1.4.3 Waktu pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas

Jangka waktu pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas adalah satu tahun terhitung mulai dari bulan Januari hingga bulan Desember tahun berjalan.

1.4.4 Pembagian Wilayah Penilaian Kinerja Puskesmas

Puskesmas di wilayah Provinsi DKI Jakarta terdiri dari Puskesmas Puskesmas Pembantu. Setiap Puskesmas dan Puskesmas Pembantu wajib melakukan Penilaian Kinerja Puskesmas setiap tahun sesuai dengan level tanggung jawabnya berdasarkan konsep wilayah. Puskesmas bertanggung jawab terhadap Puskesmas pembantu begitu pula Puskesmas Pembantu bertanggung jawab dengan RW binaannya.

1.4.5 Evaluasi Penilaian Kinerja Puskesmas

Proses Penilaian Kinerja Puskesmas ini merupakan salah satu upaya self assesment bagi Puskesmas untuk menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) maupun menjadi bahan acuan dalam pelaksanaan Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrembang).

BAB II

Matriks Penilaian Kinerja Puskesmas

II.1 Matriks Penilaian Kluster 1

Indikator Kluster 1 (Manajemen) Penilaian Kinerja Puskesmas							
No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Skala				Nilai Hasil
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
1	2			3	4	5	6
A. Manajemen Inti Puskesmas							10
1	Mempunyai Rencana Lima Tahunan	Rencana lima tahunan puskesmas mengacu kepada Rencana Strategis Dinas kesehatan, Data dan informasi hasil analisis kinerja dan gambaran kesehatan wilayah Puskesmas selama 4 tahun sebelumnya dan juga kebijakan baik Pemerintah Daerah maupun Pemerintah Pusat	Tidak Punya			Punya	10
2	Ada RUK, disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	RUK disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	Tidak menyusun	Ya, beberapa ada analisa dan perumusan	Ya, sebagian ada analisa perumusan	Ya, seluruhnya ada analisa dan perumusan	10
3	Menyusun RPK secara terinci dan lengkap	RPK tahunan dirinci menjadi RPK bulanan bersama dengan target pencapaiannya serta direncanakan kegiatan pengawasan dan pengendaliannya	Tidak menyusun	Ya, terinci sebagian kecil	Ya, terinci sebagian besar	Ya, terinci semuanya	10
4	Melaksanakan mini lokakarya bulanan	<ul style="list-style-type: none"> - Setiap bulan sekali - Dihadiri seluruh staf internal Puskesmas - Peserta : Kepala Puskesmas, Seluruh pegawai Puskesmas, termasuk pegawai yang bertugas di Pustu dan Poskesdes, Jejaring Fasyankes di wilker Puskesmas. - Agenda: Menilai pencapaian & hambatan yang 	Tidak melaksanakan	< 5 kali / tahun	5-8 kali / tahun	9-12 kali / tahun	10

		dijumpai pada bulan atau periode yang lalu, Pemantauan pelaksanaan rencana yang akan datang, Melakukan evaluasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)					
5	Melaksanakan mini lokakarya Tribulanan	<ul style="list-style-type: none"> - Setiap 3 bulan sekali - Dihadiri internal Puskesmas dan LS terkait - Peserta : Camat, Kepala Puskesmas, Pegawai Puskesmas, Perwakilan Dinkes Kab/Kota, Tim penggerak PKK kecamatan. Perwakilan Puskesmas di wilayah kecamatan, Staf kecamatan, LS di kecamatan, a.l pertanian, agama, pendidikan, BKKBN, sosial (sesuai dengan LS yang ada di kecamatan), Lembaga/organisasi kemasyarakatan lain bila perlu. - Agenda: Menggalang dan meningkatkan kerja sama antar sektor terkait dalam pembangunan kesehatan, Menginformasikan & mengidentifikasi capaian hasil kegiatan tribulanan sebelumnya, membahas & memecahkan masalah serta hambatan oleh LS, Menyusun RTL dan kesepakatan/komitmen Lintas Sektor untuk menjalankan RTL secara bersama-sama 	Tidak melaksanakan	< 2 kali / tahun	2-3 kali / tahun	4 kali / tahun	10
6	Membuat Penilaian Kinerja ditahun sebelumnya Mengirimkan ke dinas kesehatan kab/kota, dan mendapatkan feedback dari suku	Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan oleh puskesmas untuk kemudian hasil penilaian akan diverifikasi dan diberikan feedback oleh suku dinas kesehatan kabupaten/kota.	Tidak membuat	Membuat tapi tidak mengirim kan	membuat dan mengirimkan tetapi tidak mendapat feedback	membuat, mengirimkan, dan mendapat mendapat feedback dinas kesehatan kab/kota	10

	dinas kesehatan kab/kota						
7	Tersedia Puskesmas Pembantu yang Menerapkan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Tiap Kelurahan	Puskesmas Pembantu (Pustu) merupakan bagian dari jaringan pelayanan Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di level desa atau kelurahan dan mengoordinasikan partisipasi masyarakat bidang kesehatan dalam wilayah kerja Puskesmas. Kriteria Pustu ILP : 1. Melayani Siklus Hidup 2. Memiliki minimal 1 Orang Bidan dan 1 Orang Perawat 3. Memiliki 2 Orang Kader	Belum memiliki Puskesmas Pembantu ILP			Tersedia Puskesmas Pembantu ILP	10
8	Melakukan pemantauan ketepatan, kelengkapan pengisian data PWS	Pemantauan Wilayah Setempat merupakan alat manajemen pencatatan dan pelaporan guna memantau situasi kesehatan di suatu wilayah baik di tingkat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan di masing-masing daerah yang dilakukan secara berkelanjutan, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerjanya	Tidak			Ya	10
B. Manajemen Sumberdaya							10
9	Ada struktur organisasi	Penataan organisasi dan sumber daya Puskesmas berdasarkan klaster	Tidak ada			Ada	10
10	Ada pembagian tugas dan tanggungjawab tim masing-masing klaster	Pembagian Tugas dan Tanggung Jawab masing-masing Klaster terdiri dari Penanggung Jawab Klaster dan Tim masing-masing Klaster	Tidak ada			Ada	10
11	Tersedia 9 Jenis Tenaga Kesehatan	dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, nutrisisionis, tenaga apoteker dan atau	Tidak Tersedia			Tersedia	10

		tenaga teknis kefarmasian, dan ahli teknologi laboratorium medik					
1 2	Dilakukan evaluasi kinerja tenaga Puskesmas	proses menilai hasil karya tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kegiatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan dalam suatu organisasi melalui instrument penilaian kinerja	Tidak dilaksanakan			Dilaksanakan	10
1 3	Ada Perencanaan pengembangan SDM (Adanya perencanaan SDM)	Menyusun strategi untuk memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan.	Tidak ada			Ada	10
1 4	Jumlah SDM yang ditingkatkan kompetensinya (sesuai renstra)	Pegawai mendapatkan Pelatihan Minimal 40 JP/ Tahun	< 2 % dari jumlah pegawai mendapatkan pelatihan	2-5 % dari jumlah pegawai mendapatkan pelatihan	6-10 % dari jumlah pegawai mendapatkan pelatihan	>10 % dari jumlah pegawai mendapatkan pelatihan	10
C. Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan							10
1 5	dilakukan inventarisasi peralatan di Puskesmas	Inventarisasi peralatan di puskesmas adalah kegiatan pencatatan atau pendaftaran seluruh peralatan yang dimiliki puskesmas	Tidak dilakukan			Dilakukan	10
1 6	Ada daftar inventaris sarana di Puskesmas	Inventarisasi peralatan di puskesmas dapat meliputi data barang, data supplier, proses barang masuk, proses barang keluar, laporan daftar supplier, laporan daftar barang, laporan daftar barang masuk, laporan daftar barang keluar, dan laporan stok barang	Tidak ada			Ada	10
1 7	Dilakukan Pegisian ASPAK	barang yang diterimadiberikan kepada pengurus barang untuk dikelola sebagai barang	<20 %	20-40 %	41-60%	>60 %	10

		inventaris dan dicatatkan di ASPAK					
18	Dilakukan pemeliharaan alat kesehatan	Pemeliharaan alat Terencana dan Tidak Terencana	<20 %	20-40 %	41-60%	>60 %	10
19	Mencatat penerimaan dan pengeluaran obat di setiap unit pelayanan	Penacatatan Penerimaan dan Pengeluaran Obat di masing-masing Klaster	Tidak dilakukan	Ya, beberapa unit	Ya, sebagian besar unit	Ya, diseluruh unit	10
D. Manajemen Data dan Sistem Informasi							10
20	Tersedia Rekam Medik Elektronik (RME)	Tersedia Sistem Informasi Puskesmas yang terintegrasi dengan satu sehat	Tidak			Ya	10
21	Ditetapkan nya tim Sistem Informasi Puskesmas (petugas dan SK Tim)	Tersedia SK Penetapan Tim Sistem Data dan Informasi Puskesmas	Tidak ditetapkan			Ditetapkan	10
22	Melakukan validasi data SDMK	proses untuk memastikan data Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM) yang dimasukkan ke dalam Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) benar dan sesuai standar	Tidak dilakukan	Dilakukan <2 Kali/ tahun	Dilakukan 2-3 Kali/ tahun	Dilakukan 4 kali/ tahun (per TW)	10
23	Membuat dan mengirim laporan bulanan ke sudinkes kota/kab tepat waktu	Laporan Program dan Klaster	Tidak mengirim	Mengirim kan <6 laporan tepat waktu	Mengirimkan 6 s.d. 9 laporan tepat waktu	Mengirimkan 10 s.d. 12 laporan tepat waktu	10
E. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan							10
24	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan	Tidak baik 25.00 - 64.99	Kurang Baik 65.00 - 76.60	Baik 76.61-88.30	Sangat Baik 88.31 - 100	10

		membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.					
25	Tersedia Manajemen Risiko	Manajemen risiko adalah proses untuk mengelola risiko dengan cara mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring dan reuiu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung, serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan UKM serta masyarakat. Upaya manajemen risiko dilaksanakan dengan menyusun program manajemen risiko setiap tahun yang mencakup proses manajemen risiko yaitu komunikasi dan konsultasi, menetapkan konteks, identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko, dan pemantauan dan review yang dilakukan serta pelaporan manajemen resiko.	Tidak ada	Ada tapi tidak mencakup seluruh aspek dipuskesmas	Ada dan Mencakup seluruh aspek namun belum dilakukan tindak lanjut	Ada, mencakup seluruh aspek dan sudah dilakukan tindak lanjut	10
26	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	Laporan kejadian atau situasi yang dapat menyebabkan cedera, penyakit, cacat, atau kematian yang tidak seharusnya terjadi	Tidak dilaporkan			Ada pelaporan dan jika ada insiden dilakukan investigasi, analisis dan tindak lanjut	10
27	Tercapainya Target Indikator Nasional Mutu di Puskesmas	Indikator Nasional Mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan Indikator Nasional Mutu yang mencapai target adalah indikator yang mencapai target selama minimal 10 bulan dalam 1 tahun Indikator Nasional Mutu di Puskesmas dan targetnya adalah sebagai berikut 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan ($\geq 85\%$) dengan waktu pengukuran tiap bulan 2. Kepatuhan	Kurang dari 3 INM yang mencapai target	Sebanyak 3 - 4 INM yang mencapai target	Sebanyak 5 INM yang mencapai target	Seluruh INM mencapai target	10

		Penggunaan Alat Pelindung Diri (100%) dengan waktu pengukuran tiap bulan 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien (100%) dengan waktu pengukuran tiap bulan 4. Keberhasilan pengobatan pasien Tuberkolosis semua kasus Sensitif Obat ($\geq 90\%$) dengan waktu pengukuran tiap bulan 5. Ibu Hamil yang mendapatkan pelayanan Ante Natal Care (ANC) sesuai standar (100%) dengan waktu pengukuran tiap bulan 6. Kepuasan Pengguna Layanan ($\geq 76,61$) dengan waktu pengukuran per semester					
F. Manajemen Keuangan dan Aset							10
28	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)	dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, standar pelayanan minimal, target kinerja dan anggaran BLUD	RBA disampaikan setelah tgl. 31 Desember tahun sebelumnya.	RBA disampaikan sebelum tgl. 31 Desember tahun sebelumnya dan sesuai dengan format dalam Peraturan Perundangan yang berlaku, serta terdapat perubahan RBA > 12 kali	RBA disampaikan sebelum tgl. 31 Desember tahun sebelumnya dan sesuai dengan format dalam Peraturan Perundangan yang berlaku, serta terdapat perubahan RBA 6 -12 kali	RBA disampaikan sebelum tgl. 31 Desember tahun sebelumnya dan sesuai dengan format dalam Peraturan Perundangan yang berlaku, serta terdapat perubahan RBA < 6 kali	10
29	Ketepatan waktu membuat laporan bulanan keuangan per bulan (laporan meliputi E BKU diselesaikan kurang dari		Tidak menyampaikan Laporan Buku Kas Umum Bulanan.	Menyampaikan Laporan Buku Kas Umum Bulanan secara lengkap tapi terlambat di atas 5 hari dari	Menyampaikan Laporan Buku Kas Umum Bulanan secara lengkap tapi terlambat dalam rentang waktu 1 s.d. 5 hari dari target waktu.	Menyampaikan Laporan Buku Kas Umum Bulanan secara lengkap dengan tepat waktu.	10

	tanggal 5 bulan berikutnya)			target waktu.			
30	Standar Operasional Prosedur pengelolaan kas	Standar Operasional Prosedur Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (SOP BLUD) mengenai : 1. Penganggaran Badan Layanan Umum Daerah 2. Pelaksanaan Anggaran dan Pengelolaan KAS BLUD 3. Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan BLUD	Tidak ada SOP pengelolaan kas.	Ada SOP pengelolaan kas yang telah ditandatangani oleh pemimpin BLUD dan lengkap mencakup semua kegiatan pengelolaan kas.	Ada SOP pengelolaan kas yang telah ditandatangani oleh pemimpin BLUD, lengkap mencakup semua kegiatan pengelolaan kas, telah disosialisasi ke seluruh pihak di BLUD, dan rutin direview dan diupdate.	Ada SOP pengelolaan kas yang telah ditandatangani oleh pemimpin BLUD, lengkap mencakup semua kegiatan pengelolaan kas, telah disosialisasi ke seluruh pihak di BLUD, rutin direview dan diupdate, dan tidak ada temuan terkait SOP pengelolaan kas.	10
31	Penyerapan anggaran >= 85% (DES)	Penyerapan Anggaran merupakan indikator kinerja yang digunakan untuk mengukur kualitas pelaksanaan anggaran berdasarkan kesesuaian eksekusi belanja dengan target penyerapan anggaran >85 % pertahun	Realisasi penyerapan anggaran < 85 %			Realisasi penyerapan anggaran >= 85 %	10
G. Manajemen Jejaring							10
32	Terdapat MOU dengan jejaring pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas	Terdapat MOU Puskesmas dengan Jejaring Pelayanan Kesehatan	Tidak ada			Ada	10
33	Terlaksananya pertemuan rutin bulanan	Puskemas melaksanakan pertemuan rutin dengan jejaring di wilayah kerjanya	Tidak ada	1 kali/tahun	2 kali/tahun	≥ 4 kali/tahun	10
34	Tersedia laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas	Puskemas mengkoordinir kebutuhan laporan dari Jejaring di wilayah kerjanya	Tidak ada			Ada	10
H. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat							9,4

35	Terlaksananya identifikasi kebutuhan masyarakat (SMD, MMD, dan upaya lain) dinilai dari pelaksanaan, pengumpulan laporan dan tindak lanjut	Proses menilai untuk memperoleh kebutuhan masyarakat diinginkan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.	tidak Melaksanakan identifikasi, tidak mengumpulkan laporan dan tidak melaksanakan tindak lanjut	Melaksanakan identifikasi, tidak mengumpulkan laporan dan tidak melaksanakan tindak lanjut	Melaksanakan identifikasi, mengumpulkan laporan dan tidak melaksanakan tindak lanjut	Melaksanakan identifikasi, mengumpulkan laporan dan melaksanakan tindak lanjut	10
36	Adanya Posyandu ILP di tiap Kelurahan	Kriteria Posyandu ILP : 1. Melayani Siklus Hidup 2. Memiliki Minimal 5 orang Kader 3. Melaksanakan Kunjungan Rumah	Belum memiliki Posyandu ILP		Tersedia Posyandu ILP namun belum di setiap kelurahan,	Tersedia Posyandu ILP di masing-masing kelurahan	7
37	Proporsi Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) Aktif	Penjelasan : Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya. UKBM yang dimaksud beragam jenisnya yang didasarkan pada kebutuhan suatu wilayah sehingga jenis UKBM di satu wilayah dengan wilayah lainnya dapat berbeda. Di antara beberapa UKBM yang ada di suatu wilayah diantaranya yaitu Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Posyandu Lansia, Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), Saka Bakti Husada (SBH) dan UKBM lain yang berperan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. UKBM Aktif adalah UKBM yang melaksanakan kegiatan baik secara fisik maupun	<20 %	20-40 %	41-60%	>60 %	10

		<p>alternatif kegiatan lainnya seperti kunjungan rumah, pemantauan jarak jauh, pengukuran mandiri dan janji temu.</p> <p>Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan -----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah UKBM yang Aktif di suatu wilayah dibagi Jumlah UKBM yang ada di suatu wilayah dikali 100%</p>					
38	UKBM melaksanakan revitalisasi pelayanan	<p>Penjelasan : Revitalisasi pelayanan UKBM yang dimaksud adalah upaya pengintegrasian layanan kesehatan bayi, balita, usia produktif, ibu, dan/atau lansia dalam satu bentuk UKBM terintegrasi.</p> <p>Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan -----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah UKBM yang melaksanakan revitalisasi pelayanan -----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>	0			2	10
39	Persentase Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang Dilakukan Pendampingan	<p>Penjelasan : Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas</p>	0	<20%	20-30%	>30%	10

		<p>sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya. UKBM yang dimaksud beragam jenisnya yang didasarkan pada kebutuhan suatu wilayah sehingga jenis UKBM di satu wilayah dengan wilayah lainnya dapat berbeda. Di antara beberapa UKBM yang ada di suatu wilayah diantaranya yaitu Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Posyandu Lansia, Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), Saka Bakti Husada (SBH) dan UKBM lain yang berperan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.</p> <p>Pendampingan adalah proses pemantauan dan evaluasi pelaksanaan UKBM di masing-masing wilayah yang dapat menghasilkan keluaran berupa pencatatan, pelaporan, profil dan evaluasi UKBM.</p> <p>Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah UKBM yang dilakukan pendampingan dibagi jumlah UKBM yang ada di suatu wilayah dikali 100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>					
I. Manajemen Program							9,7
40	Indeks Keluarga Sehat (IKS)	Penjelasan: Keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti	< 0.5			0.5 - 0.8	10

		<p>(ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga, antara lain yaitu 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB); 2) Ibu melakukan persalinan di Fasilitas Kesehatan; 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; 4) Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif; 5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan; 6) Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar; 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur; 8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan; 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok; 10) Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); 11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih; 12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat. Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga.</p> <p>Sumber : Formulir Penilaian Khusus/Sistem Informasi Puskesmas/EIS</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

		----- Rumus Perhitungan : Jumlah Indikator Keluarga Sehat yang bernilai 1/(12-Jumlah Indikator yang tidak bernilai 1)					
4 1	Cakupan pendataan PIS PK dari jumlah KK yang diinput (diinput per jumlah KK)	<p>Penjelasan: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) - Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH) adalah Program yang di laksanakan untuk mewujudkan kecamatan sehat di wilayah kerja Puskesmas. Kegiatannya di fokuskan kepada kunjungan pendataan kesehatan yang mengacu pada 12 Indikator Keluarga Sehat.</p> <p>Pendataan Kesehatan adalah kunjungan yang dilakukan oleh petugas kesehatan/kader dalam rangka melakukan pendataan kesehatan sesuai dengan 12 Indikator Keluarga sehat.</p> <p>Sasaran Penduduk DKI Jakarta adalah jumlah Kepala Keluarga yang terdapat dalam STBM Kementerian Kesehatan dengan total sasaran 2.333.781 KK.</p> <p>Sumber : Instrumen Pendataan PIS-PK ----- Rumus Perhitungan : Jumlah Pendataan Kesehatan PIS-PK- KPLDH dibagi sasaran penduduk DKI Jakarta dikali 100%</p>	0-24%	25-49%	50-74%	75-100%	7
4 2	Puskesmas Melaksana kan Pelayanan Penangana n Malnutrisi Terpadu	<p>Penjelasan : Puskesmas mampu melakukan tata laksana gizi buruk pada balita adalah Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan dengan kriteria: 1) Mempunyai Tim Asuhan Gizi terlatih, terdiri dari dokter, bidan/perawat dan</p>	0			100	10

		<p>tenaga gizi. 2) Memiliki Standar Prosedur Operasional tata laksana gizi buruk pada balita.</p> <p>Sumber Data : e-PPGBM</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah Puskesmas mampu tatalaksana gizi buruk dibagi dengan jumlah seluruh Puskesmas dikali 100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>						
43	<p>Puskesmas Melaksanakan Surveilans Gizi</p>	<p>Penjelasan : Puskesmas adalah puskesmas yang memiliki wilayah binaan. Wilayah binaan adalah lokasi/RW dalam Kelurahan yang menjadi tanggung jawab Puskesmas. Puskesmas yang melaksanakan surveilans gizi adalah Puskesmas yang melakukan kegiatan pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, serta diseminasi informasi, dengan kriteria: 1. Pengumpulan data adalah puskesmas di wilayah kerja Kabupaten/Kota melakukan entri data sasaran balita dan ibu hamil serta data pengukuran melalui Sistem Informasi Gizi Terpadu, rerata setiap bulan mencapai minimal 60% sasaran ibu hamil dan balita. 2. Pengolahan dan analisis data adalah puskesmas di wilayah kerja Kabupaten/Kota melakukan konfirmasi dan identifikasi penyebab</p>	0				100	10

		<p>masalah gizi pada seluruh balita gizi buruk.</p> <p>3. Diseminasi informasi adalah puskesmas di wilayah kerja Kabupaten/Kota melakukan penyusunan rencana kegiatan berdasarkan hasil surveilans gizi dan di-upload ke dalam sistem setiap triwulan</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah Puskesmas melaksanakan surveilans gizi dibagi dengan jumlah seluruh Puskesmas dikali 100%</p>					
4	Penyediaan Klinik Upaya Berhenti Merokok (UBM) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	<p>Penjelasan : Tersedianya klinik atau ruang khusus dan tenaga terlatih yang dapat memberikan terapi berhenti merokok di Puskesmas di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun. Layanan UBM mencakup :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promotif 2. Preventif 3. Kuratif 4. Rehabilitatif <p>Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat. Dokumentasi berupa laporan dan foto kegiatan.</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah klinik UBM yang terbentuk di Puskesmas dan Rumah Sakit di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.</p>	Tidak			Ya	10
			Tidak			Ya	10

4 5	Puskesmas Memiliki Kelompok Dukungan Keluarga untuk Penyandang g ODGJ	Puskesmas membentuk dan membina Kelompok Dukungan Keluarga untuk penyandang ODGJ di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun. Pembentukan Kelompok Dukungan Keluarga bertujuan untuk : a. mendukung penyandang ODGJ agar lebih mandiri dalam aktifitas sehari - hari b. mengurangi stigma terhadap penyandang ODGJ di masyarakat					
4 6	Melaksana kan Perkesmas	Perkesmas (Perawatan Kesehatan Masyarakat) adalah program yang memadukan ilmu keperawatan dan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Program Perkesmas dilakukan dengan: Melakukan upaya kesehatan dasar Membina keluarga Melakukan pendampingan kesehatan pada keluarga Mengutamakan pelayanan promotif dan preventif Melibatkan pasien sebagai mitra kerja Menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan	Tidak			Ya	10
4 7	Pembinaan kelompok asman toga	Upaya pengembangan kesehatan tradisional melalui asuhan mandiri pemanfaatan taman obat keluarga dan keterampilan bertujuan untuk terselenggaranya asuhan mandiri pemanfaatan taman obat keluarga dan keterampilan, melalui: - Pembentukan dan pengembangan kelompok asuhan mandiri - Kegiatan kelompok asuhan mandiri secara benar dan berkesinambungan; - Pelaksanaan pembinaan asuhan	Tidak			Ya	10

		mandiri secara berjenjang.					
48	Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional	<p>Penjelasan: Pelaksanaan upaya kesehatan tradisional oleh Puskesmas terhadap masyarakat di wilayah kerjanya yang memenuhi kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puskesmas yang memiliki kelompok asuhan mandiri kesehatan tradisional ramuan - Puskesmas mampu melakukan pengolahan Herbal/Memanfaatkan TOGA - Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan sudah dilatih/melaksanakan upaya kesehatan tradisional (pelatihan akupresur untuk perawat, bidan, dokter; akupunktur untuk dokter) 	Tidak			Ya	10

Hasil Penilaian Manajemen Puskesmas Setiabudi Tahun 2024

No	Komponen Kegiatan Manajemen Puskesmas	Hasil Cakupan	Tingkat Kinerja	Keterangan
1	Manajemen Inti Puskesmas	10	Baik	> 8.4
2	Manajemen Sumberdaya	10	Baik	> 8.4
3	Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan	10	Baik	> 8.4
4	Manajemen Data dan Sistem Informasi	10	Baik	> 8.4
5	Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan	10	Baik	> 8.4
6	Manajemen Keuangan dan Aset	10	Baik	> 8.4
7	Manajemen Jejaring	10	Baik	> 8.4
8	Manajemen Pemberdayaan Masyarakat	9.4	Baik	> 8.4
9	Manajemen Program	9.7	Baik	> 8.4

II.2 MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 2

INDIKATOR KLASSTER 2 (KESEHATAN IBU DAN ANAK) PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS								
No	Jenis Variabel	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah Sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan (%)	Capaian PKP
1	2	3	4	3	4	5	6	7
A. Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas								
1	Pembahasan kasus kematian maternal di Puskesmas Kecamatan	Jumlah Kasus Kematian Maternal di Wilayah Puskesmas Kecamatan yang dilakukan Pembahasan Kasus dibagi Seluruh Jumlah Kematian Maternal di Wilayah Puskesmas Kecamatan dalam Kurun Waktu tertentu	%	100	0	0	100	100%
2	Pembahasan Kasus Kematian Perinatal di Puskesmas Kecamatan	Jumlah Kasus Kematian Perinatal di Wilayah Puskesmas Kecamatan yang dilakukan Pembahasan Kasus dibagi Seluruh Jumlah Kematian Perinatal di Wilayah Puskesmas Kecamatan dalam Kurun Waktu tertentu	%	100	0	0	100	100%
3	Persentase Ibu Hamil Melaksanakan Ante Natal Care (ANC) Sebanyak 6 Kali Sesuai Standar	<p>Penjelasan: Pelayanan ANC (Antenatal Care) ibu hamil minimal 6 kali selama kehamilan dengan distribusi waktu : 1 kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu), 2 kali pada trimester ke-2 (>12 minggu-24 minggu), dan 3 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai kelahirannya) yang dilakukan oleh Bidan dan atau Dokter dan atau Dokter spesialis Kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).</p> <p>Pelayanan ANC 6 kali termasuk oleh dokter pada trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama, dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil. Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 3 (tiga) dilakukan perencanaan persalinan, dan rujukan terencana bila diperlukan. Yang disebut dengan standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu :</p>	%	55	2137	2270	106	100%

		<p>a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan; b) Ukur tekanan darah; c) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA) d) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri); e) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ); f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan; g) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan; h) Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B,) malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti glukosa-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini talasemia dan pemeriksaan lainnya. i) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan; j) Temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa. Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.</p> <p>Jumlah Seluruh Ibu hamil adalah Seluruh ibu Hamil dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta</p> <p>Sumber Data : LB3 KIA ----- Rumus Perhitungan : Jumlah ibu hamil yang diberikan pelayanan ANC minimal 6x dibagi dengan jumlah seluruh ibu hamil dikali 100%</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

		----- Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan						
4	Persentase Ibu bersalin yang Mendapatkan Pelayanan Persalinan sesuai Standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	<p>Penjelasan: Pelayanan Kesehatan Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar persalinan normal atau standar persalinan komplikasi. Standar persalinan normal adalah Asuhan Persalinan Normal (APN) sesuai standard dan memenuhi persyaratan, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan 2. Tenaga adalah tim penolong persalinan, terdiri dari dokter, bidan dan perawat 3. persalinan dilakukan oleh tim minimal 2 orang tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter-bidan, bidan-bidan, atau bidan-perawat. <p>Sedangkan Standar persalinan komplikasi dilakukan sesuai dengan prosedur tatalaksana komplikasi dan/atau rujukan</p> <p>Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi Pos Kesehatan, Puskesmas, bidan praktek swasta, klinik pratama, klinik utama, klinik bersalin, balai kesehatan ibu dan anak, rumah sakit pemerintah maupun swasta</p> <p>Jumlah ibu bersalin adalah Seluruh ibu bersalin dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta</p> <p>Sumber Data : LB3 KIA</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah ibu bersalin mendapat pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan di suatu wilayah dibagi dengan jumlah seluruh ibu bersalin dikali</p>	%	94	124	124	100	100%

		<p>100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>						
5	Persentase Ibu Nifas yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	<p>Penjelasan :</p> <p>Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu selama masa nifas (6 jam sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan). Pelayanan kesehatan ibu nifas dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) sesuai kompetensi dan kewenangan. Pelayanan kesehatan ibu nifas dilaksanakan minimal 4 (empat) kali /Kunjungan Nifas Lengkap (KF Lengkap) dengan waktu kunjungan ibu yaitu:</p> <p>a. Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6 jam sampai dengan 2 hari setelah persalinan. (KF 1)</p> <p>b. Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan. (KF 2)</p> <p>c. Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8-28 hari setelah persalinan. (KF 3)</p> <p>d. Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan (KF4)</p> <p>Jumlah ibu Nifas adalah Seluruh ibu Nifas dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta</p> <p>Sumber Data : LB3 KIA</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan :</p> <p>Jumlah ibu nifas yang mendapat pelayanan pada masa nifas sesuai standar di suatu wilayah dibagi jumlah ibu nifas di suatu wilayah dalam waktu 1 tahun dikali 100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target</p>	%	55	124	73	100	100%

		masih memungkinkan untuk diproyeksikan						
6	Persentase Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	<p>Penjelasan : Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar adalah pelayanan kegawatdaruratan yang diberikan kepada ibu maupun bayi baru lahir yang ditemukan masalah kegawatdaruratan sesuai dengan hasil pemeriksaan</p> <p>A. Jenis pelayanan Rumah Sakit Daerah, meliputi 1. Kesiapan SDM dan sarana prasarana pendukung 2. Penanganan kegawatdaruratan 3. Pelayanan rujukan, terdiri dari: a. Stabilisasi pra-rujukan b. Proses rujukan</p> <p>B. Jenis pelayanan Puskesmas Kecamatan, meliputi: 1. Kesiapan SDM dan sarana prasarana pendukung 2. Penanganan kegawatdaruratan 3. Pelayanan rujukan, terdiri dari: a. Stabilisasi pra-rujukan b. Proses rujukan</p> <p>Sumber Data : LB3 KIA ----- Rumus Perhitungan: Jumlah kasus kegawatdaruratan yang dilayani sesuai standar dibagi dengan jumlah kasus kegawatdaruratan maternal neonatal yang ditemukan dikali 100%</p>	%	100	237	237	100	100%
7	Persentase Ibu Hamil Dilakukan Penapisan Tripel Eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B)	<p>Penjelasan : Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B bersama-sama atau yang sering disebut “triple eliminasi” ini dilakukan untuk memastikan bahwa sekalipun ibu terinfeksi HIV, Sifilis, dan/atau Hepatitis B sedapat mungkin tidak menular ke anaknya. Infeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B adalah penyakit yang dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi ke anaknya selama kehamilan, persalinan, dan menyusui, serta menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian, sehingga berdampak buruk pada kelangsungan dan kualitas hidup anak. Namun demikian, hal ini dapat dicegah dengan intervensi sederhana dan efektif berupa</p>	%	70	2203	1571	70	100%

		<p>deteksi dini (skrining) pada saat pelayanan antenatal, penanganan dini, dan imunisasi. Dalam rangka upaya eliminasi penularan Human Immunodeficiency Virus, Sifilis, dan Hepatitis B yang disebut dengan triple eliminasi, dari ibu ke anak, perlu dilakukan penanggulangan yang terintegrasi, komprehensif berkesinambungan, efektif, dan efisien; dilakukan melalui pemeriksaan darah pada ibu hamil paling sedikit 1 (satu) kali pada masa kehamilan.</p> <p>Sumber : Website SIHEPI, Pelaporan Data Agregat Puskesmas dan Rumah Sakit melalui Spreadsheet</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah ibu hamil yang dilakukan penapisan (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dibagi dengan jumlah seluruh ibu hamil dikali 100 %</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>						
A. Balita dan Anak Pra Sekolah								
1	Persentase Bayi Baru Lahir Normal yang Mendapatkan Pelayanan Asuhan Bayi Baru Lahir Sesuai Standar	<p>Penjelasan: Pelayanan Asuhan Bayi Baru Lahir Normal Sesuai Standar adalah Pelayanan Asuhan Bayi Baru Lahir yang diberikan kepada bayi baru lahir sejak usia 0 - 6 jam dengan kriteria : Bayi cukup bulan, ketuban jernih, bayi menangis atau bernafas, tonus otot baik/bayi bergerak aktif. Asuhan Bayi baru lahir Sesuai Standar yang diberikan meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga bayi tetap hangat 2. Isap lendir dari mulut dan hidung (hanya jika perlu) 3. Keringkan 4. Pemantauan tanda bahaya 5. Pemotongan tali pusat 6. Lakukan Inisiasi menyusui dini 7. Injeksi Vitamin K1 8. Pemberian salep/tetes mata antibiotic. 9. Pemeriksaan Fisik 	%	100	2291	2291	100	100%

		<p>10. Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0).</p> <p>Jumlah Bayi Baru Lahir Normal adalah Seluruh Bayi Lahir hidup dalam suatu wilayah yang memenuhi seluruh kriteria sebagai berikut : Bayi cukup bulan, ketuban jernih, bayi menangis atau bernafas, tonus otot baik/bayi bergerak aktif</p> <p>Sumber Data : LB3 KIA</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah bayi baru lahir normal yang mendapat pelayanan asuhan bayi baru lahir sesuai standar di suatu wilayah dibagi dengan jumlah seluruh bayi baru lahir normal di suatu wilayah dikali 100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>						
2	Jumlah Bayi Baru Lahir yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	<p>Penjelasan: Pelayanan kesehatan bayi baru lahir adalah pelayanan yang diberikan pada bayi baru lahir dimulai sejak usia 0 -28 hari. Pelayanan Kesehatan bayi baru lahir sesuai standar meliputi:</p> <p>1). Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam) meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemotongan dan perawatan tali pusat. b. Inisiasi Menyusu Dini (IMD). c. Injeksi vitamin K1. d. Pemberian salep/tetes mata antibiotic. e. Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0). <p>2). Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam – 28 hari) meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menjaga bayi tetap hangat; b. pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM); c. bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI; d. perawatan metode Kangguru (PMK) pada Bayi Berat Lahir Rendah; e. pemantauan pertumbuhan 	orang	100	2290	2290	100	100%

		<p>neonatus; f. masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus Pelayanan neonatal esensial dilakukan sebanyak 3 (tiga) kali kunjungan (KN Lengkap), yang meliputi: • 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam; (KN 1) • 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari (KN 2); dan • 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari. (KN 3)</p> <p>Jumlah Bayi Baru Lahir adalah Seluruh Bayi Lahir hidup dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta</p> <p>Sumber Data : LB3 KIA -----</p>						
3	Persentase Bayi Baru Lahir dari Ibu Hamil Penderita HIV/Sifilis/Hepatitis B yang Diberikan Tata Laksana Sesuai Standar	<p>Penjelasan : Untuk ibu hamil dengan kasus HIV/Sifilis/Hepatitis B, ketika bayi lahir dilakukan tatalaksana yang bertujuan sekalipun ibu terinfeksi HIV, Sifilis, dan/atau Hepatitis B sedapat mungkin tidak menular ke anaknya. Penanganan bagi bayi yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV, Sifilis, dan/atau Hepatitis B sebagaimana dimaksud dilakukan melalui pemberian kekebalan (imunisasi), profilaksis, diagnosis dini, dan/atau pengobatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>Sumber : Website SIHEPI, Pelaporan Data Agregat Puskesmas dan Rumah Sakit melalui Spreadsheet -----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah bayi lahir dari ibu penderita HIV/Sifilis/Hepatitis B yang diberikan tata laksana sesuai standar dibagi dengan Jumlah bayi baru lahir dari ibu hamil penderita HIV, Sifilis/Hepatitis B dikali 100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target</p>	%	20	4	4	100	100%

		masih memungkinkan untuk diproyeksikan						
4	Pelayanan kesehatan pada balita sesuai standar	<p>Penjelasan: Pelayanan kesehatan balita sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anak berusia 0-59 bulan dan dilakukan oleh Bidan dan atau Perawat dan atau Dokter/DLP dan atau Dokter Spesialis Anak yang memiliki Surat Tanda Register (STR) dan diberikan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan UKBM. Sasaran pelayanan kesehatan balita diberikan kepada balita yang memiliki Buku KIA (Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar) Pelayanan kesehatan tersebut, meliputi :</p> <p>a) Penimbangan minimal 8 kali setahun b) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali setahun c) Pemberian kapsul vitamin A 2 kali setahun. d) Pemberian imunisasi dasar lengkap.</p> <p>Sumber Data : LB3 KIA ----- Rumus Penghitungan: Jumlah balita usia 0-59 Bulan yang mendapatkan pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu</p>	Orang	100	7437	7437	100	100%
5	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)	<p>Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B pada usia 0-7 hari, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes (bOPV), 1 dosis Polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis Campak Rubela (MR) di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun</p> <p>----- Cara Perhitungan: Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari: satu dosis Imunisasi Hepatitis B, satu dosis imunisasi BCG, empat dosis imunisasi Polio oral, satu dosis imunisasi IPV, tiga dosis imunisasi DPT-HB-Hib, dan satu dosis imunisasi Campak Rubella dalam kurun waktu satu tahun</p>	%	100	1369	1478	108	100%

		dibagi 95% jumlah bayi usia 0-11 bulan selama kurun waktu yang sama, dikali 100.						
6	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru	<p>Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar antigen baru, meliputi imunisasi PCV dan imunisasi rotavirus sesuai dosis jenis vaksin yang digunakan dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>-----</p> <p>Cara Perhitungan: Jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar PCV dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun, ditambah jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar rotavirus dosis terakhir dalam kurun waktu satu tahun, dibagi 80% (jumlah seluruh bayi usia 0-11 bulan yang menjadi sasaran introduksi imunisasi PCV dalam kurun waktu yang sama, ditambah jumlah seluruh bayi usia 0-11 bulan yang menjadi sasaran introduksi imunisasi rotavirus dalam kurun waktu yang sama) dikali 100</p>	%	100	1686	1873	111	100%
7	Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta	<p>Persentase anak usia 12-24 bulan yang sudah mendapat imunisasi lanjutan baduta (bayi usia di bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis imunisasi DPT-HB-HiB serta 1 dosis imunisasi Campak Rubela di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun</p> <p>-----</p> <p>Cara Perhitungan: Jumlah anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bayi usia di bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis imunisasi DPT-HB-HiB serta 1 dosis imunisasi Campak Rubela di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun, dibagi 90% jumlah anak usia 18-24 bulan dalam kurun waktu yang sama, dikali 100</p>	%	100	1686	1945	115	100%
8	Persentase Balita Dipantau Tumbuh Kembangnya	<p>Penjelasan :</p> <p>Balita adalah anak usia 0-59 bulan</p> <p>Balita dipantau tumbuh kembang adalah balita yang dilakukan pemantauan pertumbuhan minimal 10 kali per tahun dan perkembangan 2 kali per tahun yang dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah, swasta, dan di</p>	%	50	7437	5079	68	100%

		<p>masyarakat di suatu wilayah. Pemantauan pertumbuhan dilakukan dengan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi/panjang badan. Pemantauan perkembangan dilakukan dengan skrining/pemeriksaan perkembangan anak. Sumber Data : LB3 KIA, LB3 Gizi, e-PPGBM</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah balita dipantau tumbuh kembangnya sesuai standar dibagi dengan jumlah seluruh balita di suatu wilayah dikali 100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>						
9	Persentase Bayi Usia 0-6 Bulan mendapatkan ASI Eksklusif	<p>1) Bayi umur 0-6 bulan adalah seluruh bayi umur 0 bulan 1 hari sampai 5 bulan 29 hari2) 2) Bayi umur 6 bulan adalah seluruh bayi yang mencapai umur 5 bulan 29 hari3) 3) Bayi mendapat ASI Eksklusif adalah bayi yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan recall 24 jam4) 4) Persentase bayi umur 6 bulan mendapat ASI Eksklusif adalah proporsi bayi mencapai umur 5 bulan 29hari mendapat ASI Eksklusif 6 bulan terhadap jumlah seluruh bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari yang datang dan tercatat dalam register pencatatan/Buku KIA/KMS di suatu wilayah pada periode tertentu 100 %</p>	%	60	289	248	86	100%
10	Persentase anak balita kurus yang mendapatkan makanan tambahan	<p>1) Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan1) 2) Balita kurus mendapat makanan tambahan adalah jumlah anak usia 6 bulan 0 hari sampai dengan 59bulan 29 hari dengan status gizi kurus (BB/PB atau BB/TB = -3 SD sampai dengan <- 2 SD)yangmendapat makanan tambahana selama 90 hari berturut-turut2) 3) Makanan tambahan adalah</p>	%	90	17	17	100	100%

		makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pebrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal yang diberikan minimal selama 90 Hari Makan Anak (HMA) berturut-turut3) 4) Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan adalah proporsi balita kurus yang mendapat makanan tambahan selama 90 HMA terhadap jumlah balita kurus di suatu wilayah pada periode tertentu x 100%						
11	Persentase Kasus Gizi Buruk (Upaya Pencegahan Stunting) Ditindaklanjuti	<p>Penjelasan : Kasus gizi buruk adalah anak umur 0 sampai 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -3SD. Balita gizi buruk yang ditindaklanjuti adalah balita gizi buruk yang dirawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai dengan tata laksana gizi buruk.</p> <p>Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah Balita Gizi Buruk yang Ditindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Balita Gizi Buruk yang ada di suatu wilayah dikali 100%</p> <p>-----</p> <p>Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>	%	55	7	7	100	100%
B. Remaja								
1	Persentase Hasil Skrining Kesehatan Usia Sekolah yang ditindaklanjuti	<p>Penjelasan : Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar dilaksanakan di satuan pendidikan dasar (SD/MI dan SMP/MTS) dan di luar satuan pendidikan dasar seperti di pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya, meliputi:</p>	%	12	21394	17793	83	100%

		<p>a) Penilaian status gizi. b) Penilaian tanda vital. c) Penilaian kesehatan gigi dan mulut. d) Penilaian ketajaman indera.</p> <p>Masalah pada hasil skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar yang ditindaklanjuti meliputi: a) Masalah status gizi, meliputi sangat kurus, kurus, gemuk, dan obesitas b) Masalah tanda vital, meliputi tekanan darah abnormal, frekuensi nadi abnormal, frekuensi pernapasan abnormal dan suhu tubuh demam) c) Masalah kesehatan gigi dan mulut, meliputi gigi berlubang, bengkak, dan terasa sakit) d) Penilaian ketajaman indera, meliputi Mata Perih/merah dan bengkak, tidak dapat melihat/membaca dengan baik/kabur, menggunakan kacamata, mata juling, tidak dapat membedakan warna dengan baik, tidak mendengar bila dipanggil, tidak dapat mendengar dengan jelas, keluar cairan dari telinga, telinga tertutup atau tersumbat, dan nyeri telinga</p> <p>Sumber Data : Laporan Capaian Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala Usia Pendidikan Dasar Kabupaten/Kota ----- Rumus Perhitungan : Jumlah masalah pada hasil skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar yang ditindaklanjuti dibagi dengan jumlah masalah pada hasil skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar dikali 100% ----- Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan</p>						
2	Persentase anak yang mendapatkan imunisasi	Persentase anak usia kelas 6 Sekolah Dasar (SD)/MI/?sederajat yang sudah mendapat imunisasi lanjutan	%	90	1302	1246	95,7	100%

	lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	<p>lengkap meliputi: 1 dosis imunisasi Difteri Tetanus (DT), 1 dosis imunisasi Campak Rubela (MR), 2 dosis imunisasi Td di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>-----</p> <p>Cara Perhitungan: Jumlah anak usia kelas 6 SD yang mendapat imunisasi lanjutan lengkap yaitu: satu dosis imunisasi DT, satu dosis imunisasi MR, dua dosis Td dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah anak usia kelas 6 SD/MI/Sederajat selama kurun waktu yang sama dikali 100</p>						
3	Persentase Remaja Putri yang Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)	<p>1) Remaja putri adalah remaja putri yang berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SLTP dan SLTA2)</p> <p>2) TTD program adalah tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0,25 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada remaja putri3)</p> <p>3) TTD mandiri adalah TTD atau multi vitamin dan mineral, minimal mengandung elemental besi dan asam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai anjuran4)</p> <p>4) Remaja Putri mendapat TTD adalah jumlah remaja Putri yang mendapat minimal 4 butir TTD setiap bulan5)</p> <p>5) Persentase remaja putri mendapat TTD adalah proporsi remaja putri yang mendapat TTD 1 tablet setiap minggu terhadap jumlah remaja putri di suatu wilayah pada periode tertentu x 100%</p>	%	54	3148	3113	99	100%
4	Jumlah anak Usia Pendidikan dasar yang mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai standar	<p>Pelayanan Skrining Kesehatan anak usia sekolah adalah kegiatan skrining kesehatan yang diberikan kepada setiap anak usia pendidikan dasar minimal satu kali pada kelas 1 sampai dengan kelas 9 di dalam sekolah dan usia 7 s.d 15 tahun di luar sekolah yang dilakukan oleh Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta sesuai standar meliputi:</p> <p>a) Penilaian Status Gizi b) Penilaian Tanda -tanda vital c) Penilaian kesehatan gigi dan mulut d) Penilaian ketajaman indra dalam satu tahun ajaran.</p> <p>Sumber Data : Laporan Capaian Penjangkaran Kesehatan dan</p>	orang	100	21394	21394	100	100%

		<p>Pemeriksaan Berkala Usia Pendidikan Dasar Kabupaten/Kota</p> <p>-----</p> <p>Rumus Penghitungan: Jumlah anak usia pendidikan dasar (kelas 1 s.d 9) dalam sekolah dan usia 7 s.d 15 tahun di luar sekolah yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar dalam satu tahun ajaran di wilayah kerja</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

II.3 MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 3

N o	Siklus Hidup	Kegiatan	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah Sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan (%)	Capaian PKP
1	Usia Dewasa dan Lansia	Pelayanan kesehatan pada calon pengantin sesuai standar	Calon pengantin individu (catin laki-laki dan catin perempuan) yang mendapatkan pelayanan kespro catin (KIE kespro catin dan pemeriksaan kesehatan minimal pemeriksaan Hb dan status gizi) di fasyankes	Calon Pengantin	100%	1150	1150	100	100%
		Persentase Hasil Skrining Kesehatan Calon Pengantin (Catin) Ditindaklanjuti	Penjelasan : Hasil Skrining Kesehatan Calon Pengantin (Catin) bila bermasalah dan Ditindaklanjuti , terdiri dari: 1. Status Gizi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan menimbang berat badan, mengukur tinggi badan dan mengukur (LILA) lingkaran lengan atas khusus catin perempuan untuk mendeteksi secara dini terkait hasil status gizi dengan Kurus, IMT < 18,5 IMT disebut Kurus dengan kekurangan berat badan tingkat ringan sampai berat	%	75%	508	508	75	100%

			<p>atau KEK tingkat ringan sampai berat yang perlu di tindak lanjuti dan menyiapkan calon ibu agar dapat menjalankan kehamilan yang sehat.</p> <p>2. Status Imunisasi T yaitu imunisasi pada catin perempuan yang merupakan imunisasi lanjutan terhadap penyakit Tetanus, sehingga akan memiliki kekebalan seumur hidup untuk melindungi ibu dan bayi dari penyakit Tetanus dan Difteri dengan cara mencek pemberian Imunisasi Tetanusnya. Bila belum lengkap sampai T5 (Imunisasi Tetanus lengkap) maka diberikan suntikan imunisasi T di tempat.</p> <p>3. Anemia adalah kondisi dimana kadar hemoglobin (Hb) pada catin perempuan di dalam darah kurang dari normal (Hb < 12 g%) dan atau mengalami gizi kurang yang perlu di tindak lanjuti.</p> <p>4. DM adalah penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar gula dalam darah lebih atau sama dengan 200 mg/dL (pada pemeriksaan gula darah sewaktu) yang di tindak lanjuti.</p> <p>5. HIV AIDS adalah penyakit menular yang dapat menularkan dari ibu</p>						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

			ke bayi pada saat kehamilan, persalinan, dan ketika menyusui (Penularan HIV dari Ibu ke Anak) dengan cara pemeriksaan darah vena di lengan catin perempuan dan laki-laki dan hasil tes positif dan perlu di tindak lanjuti. 6. Hepatitis B adalah penyakit menular melalui hubungan seksual maupun dari ibu hamil ke bayinya dengan hasil pemeriksaan positif dan perlu di tindak lanjuti. 7. Sifilis adalah termasuk penyakit infeksi menular seksual (IMS) dengan hasil pemeriksaan positif dan perlu di tindak lanjuti. 8. Keswa adalah pemeriksaan kejiwaan catin perempuan dan laki-laki dengan menggunakan Self-Reporting Quiestionnaire (SRQ-20) yang bermasalah dan perlu di tindak lanjuti.						
		Persentase wanita usia subur yang memiliki status imunisasi T2+	TT2+ : Ibu hamil yang telah mempunyai status T2 sampai dengan T5. Persentase ibu hamil yang sudah memiliki status imunisasi T2+ di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun ----- Cara Perhitungan: Jumlah ibu hamil yang sudah memiliki status imunisasi T2+ (berdasarkan hasil skrining	%	100				100%
						1468	1819		

			maupun pemberian selama masa kehamilan) dalam kurun waktu satu tahun, dibagi jumlah ibu hamil selama kurun waktu yang sama, dikali 100						
		Persentase Pemenuhan Komponen Layanan Kesehatan Bagi Korban KtPA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta	<p>Penjelasan :</p> <p>Definisi Layanan Kesehatan Bagi Korban KtPA di adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitasi yang dimiliki oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang terdiri dari Layanan Dasar (Puskesmas Kecamatan) maupun Layanan Rujukan RSUD/RSKD (Tipe D, C, B dan A). Layanan Kesehatan yang dimaksud adalah Layanan Kesehatan Bagi Korban Kekerasan terhadap Perempuan Anak (KtPA) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Daerah yang mencakup 32 PPT KtPA RSUD/RSKD dan 44 Layanan KtPA Puskesmas Kecamatan, melingkupi 10 komponen yang harus disiapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki SK Tim 2. Memiliki SOP dan Standar yang berlaku 3. Dalam penanganan korban, pelayanan tidak bergabung dengan layanan lainnya 4. Hak sepenuhnya diserahkan pada 	%	70	15	15	70	100%

			korban dan tetap dilaporkan ke P2TP2A 5. Memiliki prosedur, alur 6. Memiliki ruangan khusus 7. Tersedia furniture dan logistic yang sesuai standar 8. Melakukan pendekatan multi disiplin dan berjalan baik 9. Catatan dan pelaporan (Catpor) sesuai konsep yaitu memiliki data dan informasi data kasus yang pernah terjadi dan potensi kasus KtPA dan melakukan analisa serta menyusun rencana kerja 10. Melakukan evaluasi dan pengendalian mutu layanan yaitu melaksanakan sosialisasi program tentang KtPA.						
		Persentase PUS yang menggunakan KB Pasca Persalinan pada masa bersalin dan nifas	Pasangan usia subur yang mulai menggunakan alat kontrasepsi segera setelah melahirkan (0-42 hari pasca melahirkan) dengan semua metode kontrasepsi modern	%	100	2244	2244	100	100%
		Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita hipertensi sesuai standar	Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada warga penderita hipertensi sesuai standar yang meliputi: a. Pengukuran tekanan darah b. Pelayanan edukasi non farmakologi c. Pelayanan farmakologi d. Konseling kepatuhan terapi non farmakologi dan farmakologi	%	100				
		Pelayanan kesehatan	Pelayanan Kesehatan yang	%	100	10377	10489	100	100%
		Pelayanan kesehatan	Pelayanan Kesehatan yang	%	100	3555	3592	100	100%

		pada penduduk penderita diabetes melitus sesuai standar	diberikan pada warga penderita diabetes melitus sesuai standar yang meliputi: a. Pemeriksaan klinis b. Pemeriksaan penunjang c. Terapi non farmakologi (edukasi gaya hidup sehat) d. Terapi farmakologi						
		Persentase Penduduk Usia Produktif dan Lanjut Usia yang Mendapatkan Edukasi Kesehatan	<p>Penjelasan : Usia Produktif adalah penduduk usia 15-59 tahun, Lanjut Usia adalah penduduk usia 60 tahun keatas.</p> <p>Edukasi kesehatan pada usia produktif dan usia lanjut dilaksanakan pada kunjungan baru ke fasilitas pelayanan kesehatan milik pemprov DKI dan UKBM di wilayah kerjanya.</p> <p>Edukasi pada usia produktif meliputi: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat/edukasi kesehatan reproduksi/edukasi peningkatan kesehatan/pencegahan dan pengendalian risiko penyakit menular/penyakit tidak menular.</p> <p>Edukasi pada lanjut usia meliputi: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat/edukasi peningkatan kesehatan/pencegahan dan pengendalian/faktor risiko penyakit menular/penyakit tidak menular.</p>	%	55				100%
						14617	14617	100	

		<p>Persentase Penderita Hipertensi yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ</p> <p>Setiap penderita hipertensi mendapatkan layanan skrining komplikasi organ meliputi:</p> <p>a. Skrining kardiovaskuler menggunakan CARTA (minimal 1 kali per tahun)</p> <p>b. Pemeriksaan komplikasi organ ginjal dan salah satu organ lainnya (minimal 1 kali per tahun)</p> <p>Pemeriksaan wajib adalah pemeriksaan komplikasi organ ginjal, untuk pemeriksaan organ lainnya dapat berupa pemeriksaan mata, pemeriksaan kardiovaskuler, pemeriksaan saraf dan otot, pemeriksaan profil lipid dan pemeriksaan fungsi hati.</p>	%	40				
					10377	7107	68	100%
		<p>Persentase Penderita Diabetes Melitus yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ</p> <p>Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan layanan skrining komplikasi organ meliputi:</p> <p>a. Skrining kardiovaskuler menggunakan CARTA (minimal 1 kali per tahun)</p> <p>b. Pemeriksaan komplikasi organ ginjal dan salah satu organ lainnya (minimal 1 kali per tahun)</p> <p>Pemeriksaan wajib adalah pemeriksaan komplikasi organ ginjal, untuk pemeriksaan organ lainnya dapat berupa pemeriksaan mata, pemeriksaan</p>	%	40				
					3555	1566	44	100%

			kardiovaskuler, pemeriksaan saraf dan otot, pemeriksaan profil lipid dan pemeriksaan fungsi hati.						
		Persentase Penduduk Usia Produktif yang Mendapatkan Penapisan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular	Penjelasan : Terlaksananya penapisan faktor risiko penyakit tidak menular penduduk usia produktif yang merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019, Skrining Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular pada penduduk usia 15 - 59 tahun sesuai standar adalah pemeriksaan kesehatan mencakup: 1. Pengukuran tinggi badan 2. Pengukuran berat badan 3. Pengukuran lingkar perut 4. Pemeriksaan tekanan darah 5. Pemeriksaan gula darah sewaktu 6. Untuk wanita usia 30 - 50 tahun (atau yang sudah melakukan hubungan seksual) dilakukan deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara	%	100				100%
		Jumlah Orang yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat Sesuai Standar	Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019, pelayanan kesehatan jiwa pada ODGJ berat sesuai standar bagi psikotik akut dan skizofrenia meliputi: 1. Pemeriksaan kesehatan jiwa: a. Pemeriksaan status mental b. Wawancara 2. Edukasi	Orang	246	83334 246	84038 263	100 263	100%

			<p>kepatuhan minum obat</p> <p>3. Melakukan rujukan jika diperlukan</p> <p>Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas Kecamatan melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat.</p> <p>Rumus Penghitungan: Jumlah ODGJ berat (psikotik akut dan skizofrenia) yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar di suatu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun.</p>						
		Pelayanan kesehatan Pada lansia sesuai standar	<p>Pengelolaan pelayanan kesehatan usia lanjut meliputi pelayanan kesehatan pada warga negara berusia 60 tahun keatas yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.</p>	%	100				100%
		Persentase Penduduk Usia Lanjut Dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) atau Skrining Lansia Sederhana (SKILAS) dan Activity Daily Living (ADL)	<p>Jumlah penduduk usia lanjut yang dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)</p>	%	52	14617	14617	100	100%
						14617	14617	100	

		<p>Persentase Orang yang Dilakukan Penapisan Kesehatan Jiwa dengan Aplikasi e-Jiwa</p> <p>Terlaksananya penapisan kesehatan jiwa dengan aplikasi E-Jiwa pada orang berusia lebih dari sama dengan 18 tahun oleh Puskesmas di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas Kecamatan melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat.</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah orang yang yang Dilakukan Penapisan Kesehatan Jiwa dengan Aplikasi e-Jiwa dibagi jumlah penduduk usia di atas 18 tahun di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun dikali 100%</p>	%	5	87529	5295	6,16	100%
		<p>Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK)</p> <p>Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK) mencakup kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk mendukung upaya penguatan dan peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan jiwa.</p> <p>Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan,</p>	Dokumen	4	4	4	100	100%

			<p>dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa, meliputi Depresi, Gangguan mental emosional, termasuk masalah kejiwaan akibat dari penyalahgunaan NAPZA</p> <p>Dokumen Laporan Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK) mencakup :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data Penemuan kasus depresi 2. Data penemuan kasus gangguan mental emosional termasuk masalah kejiwaan akibat penyalahgunaan NAPZA 3. Analisa penemuan kasus depresi dan penemuan kasus gangguan mental emosional 4. Monitoring dan evaluasi Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) 5. Laporan kegiatan promotif dan preventif upaya penguatan dan peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan jiwa <p>Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK) di level Dinas Kesehatan,</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>Suku Dinas dan Puskesmas dihimpun/disusun per triwulan pada tahun berjalan</p> <p>Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas Kecamatan melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat.</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan</p>						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

II.4 MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 4

N o.	Indikator	Kegiatan	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah Sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan (%)	Capaian PKP
1	Kesehatan Lingkungan	Persentase tempat dan fasilitas umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar	<p>Tempat dan Fasilitas Umum dilakukan pengawasan sesuai standard/Inspeksi Kesehatan lingkungan (IKL) berdasarkan Renstra sasarannya yaitu :</p> <p>1.Pasar yang dimaksud adalah pasar rakyat yang terdaftar di Kementerian Perdagangan/Dinas perdagangan Kabupaten/kota,</p> <p>2.Sekolah yang dimaksud adalah sekolah SD/MI dan SMP/MTs yang terdaftar di Kemendikbud/Dinas pendidikan dan Kebudayaan dan Kantor Kementerian Agama Kabupaten/Kota,</p> <p>3.Puskesmas yang</p>	%	86	59	58	98	100%

			<p>dimaksud adalah puskesmas yang terdaftar (terregistrasi) di Pusdatin Kemenkes. Frekuensi pelaksanaan IKL minimal 1 kali dalam kurun waktu setahun. Pengawasan sesuai standard (IKL) adalah IKL yang dilakukan sudah sesuai dengan NSPK yang telah ditetapkan. Hasil dari IKL tersebut Memenuhi Syarat kesehatan lingkungan (MS) atau Tidak Memenuhi Syarat kesehatan lingkungan (TMS) yang direkomendasikan oleh Puskesmas/Dinas Kesehatan Kab/Kota kepada Penyelenggara/Pengelola TFU. TFU yang hasil IKL nya Tidak Memenuhi Syarat (TMS) harus ditindak lanjuti oleh Penyelenggara/Pengelola TFU untuk dilakukan Intervensi bersama dengan sektor/OPD terkait.</p>						
		<p>Persentase tempat pengolahan makanan yang memenuhi syarat kesehatan lingkungan</p>	<p>1. Semua masyarakat telah Buang Air Besar hanya di jamban yang aman dan layak dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang aman dan layak. 2. Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar 3. Ada mekanisme pemantauan umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban layak dan aman.</p>	%	90	179	164	91	100%

		Persentase Desa/Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) didefinisikan sebagai desa/kelurahan yang seluruh penduduknya tidak lagi melakukan praktik buang air besar sembarangan melalui proses verifikasi	%	100	49	47	95	95%
2	Surveilans	Persentase kasus suspek campak yang dilakukan pengambilan spesimen	Jumlah suspek campak dengan <u>gejala demam dan ruam makulopapular yang ditemukan diambil spesimen darahnya dan dikirim ke Lakesda Provinsi DKI Jakarta.</u> <u>Penemuan suspek campak secara aktif dilakukan melalui investigasi dan pemeriksaan kontak erat, sedangkan penemuan suspek campak secara pasif dilakukan melalui pemeriksaan pasien yang datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</u> <u>Sumber data: website Dinkes DKI Jakarta (https://surveilans-dinkes.jakarta.go.id/)</u>	%	100	19	19	100	100%
	Surveilans	Persentase Rumor KLB dan atau KLB yang dilakukan investigasi dalam waktu kurang dari atau sama dengan 24 jam	<u>Jumlah Rumor KLB (Kejadian Luar Biasa) dan atau KLB yang dilakukan investigasi dalam waktu kurang dari atau sama dengan 24 jam.</u> <u>Rumor penyakit adalah informasi penyakit yang dapat berpotensi menimbulkan KLB, tetapi belum terverifikasi</u>	%	80	22	22	100	100%

			<u>kebenarannya</u> <u>Apabila ditemukan</u> <u>alert (sinyal</u> <u>peringatan)/ rumor</u> <u>terhadap suatu</u> <u>penyakit maka</u> <u>petugas surveilans</u> <u>kabupaten/kota</u> <u>menghubungi</u> <u>petugas dari</u> <u>Puskesmas untuk</u> <u>melakukan verifikasi</u> <u>terhadap sinyal</u> <u>tersebut kurang dari</u> <u>atau sama dengan 24</u> <u>jam. Sumber data :</u> <u>website SKDR</u> <u>Kemenkes</u> <u>(https://skdr.surveilans.org)</u>						
		Persentase Kematian diluar Rumah Sakit yang dilakukan otopsi Verbal	Kematian di Luar Rumah Sakit dilakukan Autopsi Verbal untuk mendapatkan informasi terkait penyebab kematian. Autopsi verbal adalah suatu cara pengumpulan data untuk mencari penyebab kematian dengan menggunakan instrumen terstruktur dalam melakukan anamnesa dan menggali penyebab kematiannya melalui informasi anggota keluarga yang mengetahui riwayat kematian almarhum/almarhumah berdasarkan lokasi. Rumus perhitungan: Jumlah kematian di luar Rumah Sakit yang dilakukan Autopsi Verbal dibagi jumlah seluruh kematian di luar Rumah sakit Sumber data :	%	70	240	240	100	100%

		website SKDR Kemenkes (https://skdr.surveilans.org)						
	Case Fatality Rate Demam Berdarah Dengue kurang dari 1 %	ukuran proporsi kematian akibat demam berdarah dengue (DBD) di antara individu yang terinfeksi virus dengue	%	0	0	0	100	100%
	Proporsi penemuan kasus kusta baru tanpa cacat	<p>Penjelasan: Kusta adalah penyakit menular menahun melalui pernafasan/ kontak erat dan lama yang disebabkan oleh kuman Mycobacterium Leprae, menyerang kulit, saraf tepi, dan organ tubuh lain pada manusia yang mengakibatkan cacat penampilan & fisik, gangguan sosialisasi serta diskriminasi.</p> <p>Kasus kusta baru adalah kasus kusta yang baru ditemukan dalam periode 1 tahun.</p> <p>Kasus kusta baru tanpa cacat adalah kasus kusta baru yang ditemukan dalam keadaan tidak mengalami kecacatan (tidak dalam kondisi status cacat tingkat 1 maupun cacat tingkat 2).</p> <p>Proporsi penemuan</p>	%	90	3	3	100	100%

		<p>kasus kusta baru tanpa cacat adalah persentase perbandingan jumlah penemuan kasus kusta baru tanpa cacat dengan jumlah total kasus kusta baru yang ditemukan dalam 1 tahun.</p> <p>-----</p> <p>Rumus Penghitungan: Jumlah kasus kusta baru tanpa cacat di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah kasus kusta baru yang ditemukan di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu dikali 100%</p>						
	Jumlah Kelurahan yang Memanfaatkan Aplikasi SmartDB dalam Pengendalian Vektor Dengue	<p>Penjelasan : Aplikasi SmartDB : adalah aplikasi yang digunakan untuk input hasil pemantauan jentik nyamuk yang dilakukan oleh Juru pemantau jentik sesuai wilayah tempat tugasnya masing-masing.</p> <p>Vektor Dengue : Adalah nyamuk Aedes Sp. dalam fase jentik/larva</p> <p>Jumlah Kelurahan dihitung berdasarkan Jumlah sesuai tempat tugasnya yang menggunakan aplikasi SmartDB dalam melaporkan tugas dan fungsinya.</p> <p>Sumber : Sistem Informasi SmartDB</p> <p>-----</p> <p>Rumus Perhitungan : Jumlah kumulatif Kelurahan yang melakukan input laporan Jumlah</p>	Kelurahan	1	1	1	100	100%

		dalam aplikasi SmartDB ----- Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan						
	Cakupan Penemuan kasus TBC (TBC Treatment Coverage)	Jumlah semua kasus terkonfirmasi TBC yang ditemukan dan dilaporkan diantara perkiraan jumlah semua kasus TBC. Penemuan kasus TBC secara aktif dilakukan melalui investigasi dan pemeriksaan kontak, skrining secara massal terutama pada kelompok rentan dan kelompok berisiko, dan skrining pada kondisi situasi khusus, sedangkan Penemuan kasus TBC secara pasif dilakukan melalui pemeriksaan pasien yang datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Penemuan kasus TBC ditentukan setelah dilakukan pennegekan diagnosis, penetapan klasifikasi dan tipe pasien TBC dan dilanjutkan dengan inisiasi pengobatan sesuai dengan standar dan berpihak pada pasien.	%	90	212	205	96,7	100%
HIV	Persentase Penderita HIV Baru yang	Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan pengobatan ARV bagi	%	92	82	82	100	100%

		Mendapatkan Terapi Antiretroviral (ARV)	orang terdiagnosa HIV (ODHIV) baru dibagi dengan orang yang terdiagnosa HIV baru dalam kurun waktu tertentu						
		Jumlah Orang Terduga Menderita Tuberkulosis yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Standar	Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan terduga TBC dinilai dari persentase jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.	%	100	1753	1979	112,89	100%
HIV		Jumlah Orang Terduga HIV yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Standar	Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan beresiko HIV dinilai dari persentase jumlah orang beresiko HIV yang mengetahui status dibagi dengan estimasi orang beresiko HIV di suatu wilayah	%	100	4049	4049	100	100%
		Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat	Cakupan kualitas pengobatan TBC sensitif obat (TBC SO) dalam kohort 1 tahun pengobatan dinilai dari jumlah semua kasus TBC SO diobati yang memiliki hasil akhir pengobatan sembuh dan pengobatan lengkap.	%	90	181	136	75,14	83%
		Persentase kasus indeks Tuberkulosis yang dilakukan Investigasi Kontak	Menggambarkan jumlah kasus indeks TBC terkonfirmasi bakteriologis dan klinis yang dilakukan investigasi kontak di antara jumlah semua kasus TBC yang ditemukan	%	90	205	140	68,29	76%

		Jumlah Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)	Cakupan orang yang mendapatkan terapi pencegahan TBC diantara jumlah kontak yang menjadi sasaran pemberian TPT memenuhi kriteria TPT	%	50	315	37	11,75	24%
	HIV	Jumlah orang dengan HIV (ODHIV) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan HIV dinilai dari persentase jumlah orang dengan HIV (ODHIV) yang mengetahui status dibagi dengan estimasi orang beresiko HIV di suatu wilayah dalam satu kurun waktu tertentu	%	100	84	84	100	100%

II.5 MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 5

No	Siklus Hidup	Kegiatan	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah Sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan (%)	Capaian PKP
1	Kefarmasian	Persentase Ketersediaan Obat Sesuai Standar	<p>Penjelasan : Standar ketersediaan obat di Puskesmas adalah memiliki minimal 80% dari 40 jenis obat esensial dan 5 jenis vaksin. Standar ketersediaan obat di RSUD adalah memiliki minimal 75% ketersediaan jenis obat sesuai Formularium Nasional. Standar ketersediaan obat di Klinik dan Fasilitas Kesehatan Milik Pemprov lainnya adalah sesuai standar yang ditetapkan oleh Kepala Dinas.</p> <p>Sumber Data : Laporan Ketersediaan Obat ----- Rumus Penghitungan: Jumlah Jenis Obat</p>	%	98,00	540	534	98,8	100%

			yang memiliki ketersediaan sesuai standar dibagi jumlah Jenis Obat sesuai standar dikali 100%						
2	Laboratorium kesehatan masyarakat	Puskesmas memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans	Kemampuan Surveilans : kemampuan dalam mengelola data laboratorium untuk deteksi dini penyakit dan atau faktor risiko kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dan Kab/Kota.	Puskesmas	1	1	1	100	100%
3	Rawat Jalan dan Rujukan	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik	Jumlah rujukan kasus non spesialistik dibagi jumlah rujukan Puskesmas x 100	%	2	25204	18	0,0007 14172 3536	100%
4	Pelayanan Gigi dan Mulut	Ibu Hamil yang dilakukan skrining Gigi dan Mulut	Target : Jumlah Kunjungan Ibu hamil ke Puskesmas Pencapaian : Ibu Hamil yang dilakukan skrining Gigi dan Mulut	Orang	100	1057	1057	100	100%
		Balita dan anak pra sekolah dilakukan skrining Gigi dan Mulut	Target : Jumlah Kunjungan balita dan anak pra sekolah ke Puskesmas Pencapaian : Balita dan anak pra sekolah yang dilakukan skrining Gigi dan Mulut	Orang	100	455	455	100	100%
		Anak Usia sekolah dilakukan skrining Gigi dan Mulut	Target : Jumlah kunjungan anak usia sekolah ke Puskesmas Pencapaian : anak usia sekolah yang dilakukan skrining Gigi dan Mulut	Orang	100	3309	3309	100	100

Hasil Penilaian Kinerja Pelayanan Kesehatan Puskesmas Setiabudi Tahun 2024

No	Komponen Kegiatan	Hasil Cakupan (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
----	-------------------	-------------------	-----------------	------------

1	Klaster 2	100	Baik	> 90%
2	Klaster 3	100	Baik	> 90%
3	Klaster 4	92,82	Baik	> 90%
4	Lintas Klaster	100	Baik	> 90%
Rata-rata Kinerja		98,2	Baik	

Nilai cakupan kinerja pelayanan Kesehatan adalah rata-rata nilai masing-masing upaya kesehatan. Nilai kinerja cakupan pelayanan kesehatan Puskesmas Setiabudi Tahun 2024 dapat di kategorikan Baik dengan nilai rata-rata 98,2 persen. Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui juga bahwa cakupan komponen kinerja yang memiliki persentase terendah adalah Klaster 4 sebesar 92,82 persen.

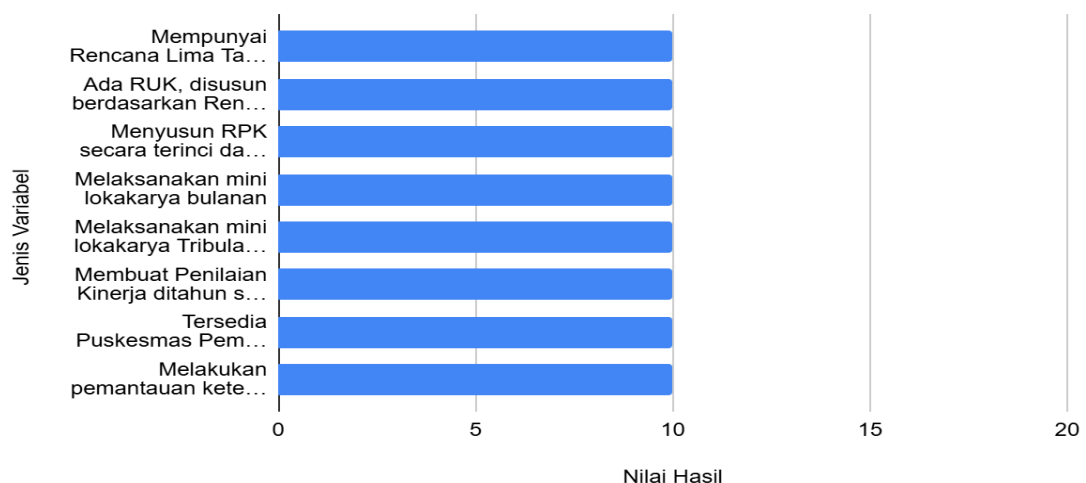
Hasil Total Penilaian Kinerja Kegiatan Puskesmas Cilandak Tahun 2024

No	Komponen Kegiatan	Pencapaian	Tingkat Kinerja
1	Manajemen	9,9	Baik
2	Pelayanan Kesehatan	98,2	Baik

II.6 PENYAJIAN GRAFIK DAN JARING LABA-LABA

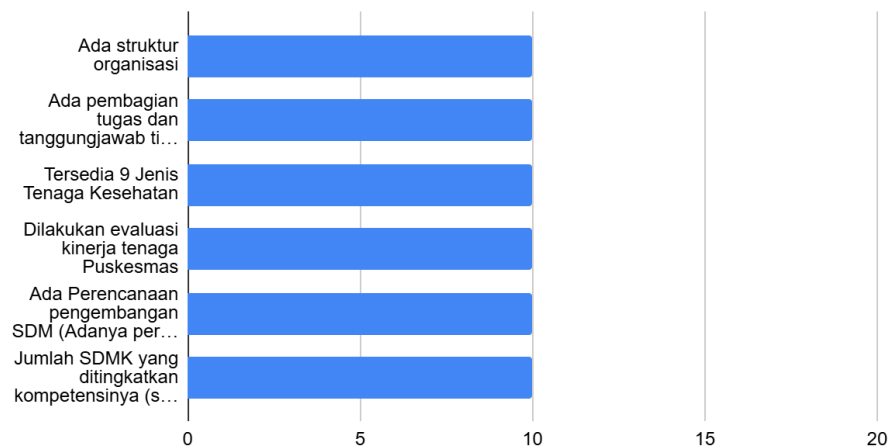
Berikut adalah penyajian grafik dan analisis untuk Penilaian Manajemen Puskesmas (Klaster 1):

Capaian Manajemen Inti Puskesmas Setiabudi Tahun 2025



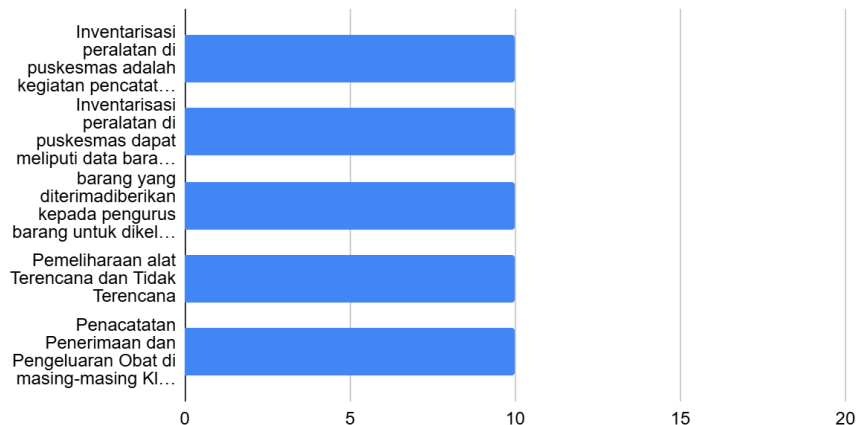
Pada bagian Manajemen Inti Puskesmas, terdapat 8 indikator penilaian. Seluruh indikator tersebut mencapai nilai sempurna yaitu mendapat 10 poin untuk tiap-tiap indikator.

Capaian Manajemen Sumberdaya Puskesmas Setiabudi Tahun 2024



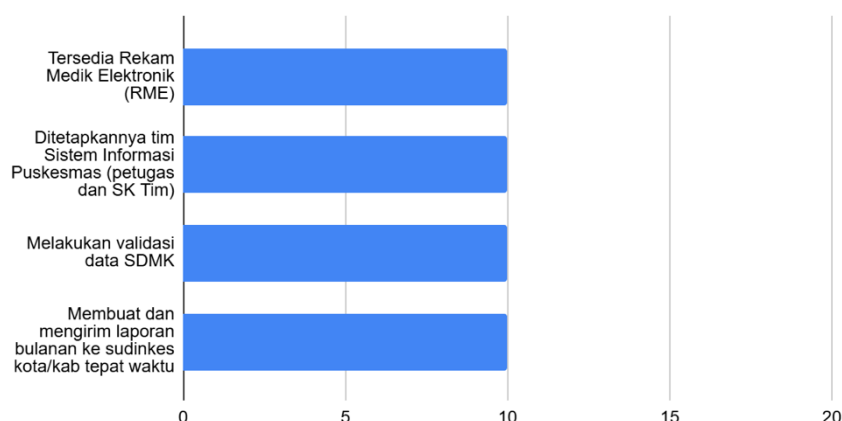
Pada bagian Manajemen Sumberdaya Puskesmas, terdapat 6 indikator penilaian. Seluruh indikator tersebut mencapai nilai sempurna yaitu mendapat 10 poin untuk tiap-tiap indikator.

Capaian Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan Puskesmas Setiabudi Tahun 2024



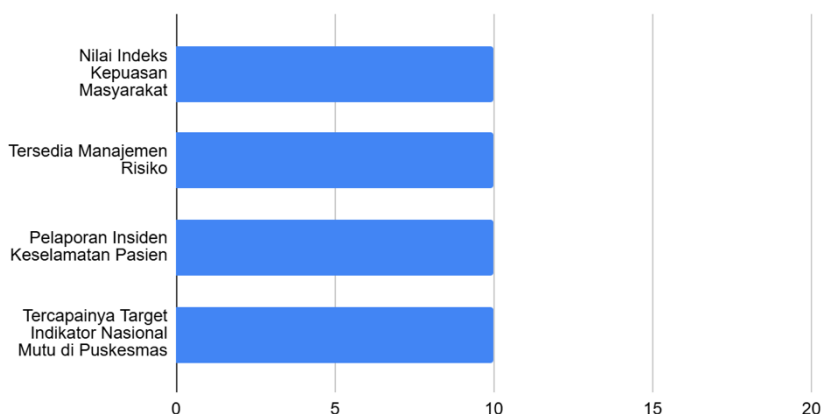
Pada bagian Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan Puskesmas, terdapat 5 indikator penilaian. Seluruh indikator tersebut mencapai nilai sempurna yaitu mendapat 10 poin untuk tiap-tiap indikator.

Capaian Manajemen Data dan Sistem Informasi Puskesmas Setiabudi Tahun 2024



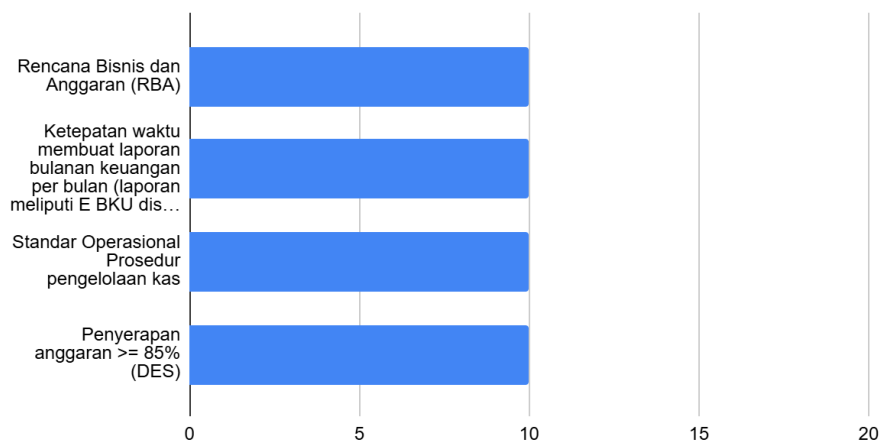
Pada bagian Manajemen Data dan Sistem Informasi Puskesmas, terdapat 4 indikator penilaian. Seluruh indikator tersebut mencapai nilai sempurna yaitu mendapat 10 poin untuk tiap-tiap indikator. Puskesmas Setiabudi telah bekerjasama dengan penyedia Rekam Medik Elektronik. Tim sistem informasi juga telah ditetapkan dengan SK yang terdiri dari petugas Datin dan IT. Validasi data SDM dilakukan oleh bagian Kepegawaian setiap bulannya, serta laporan bulanan dikirimkan oleh bagian Datin setiap bulannya ke Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Selatan dengan tepat waktu.

Capaian Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas Setiabudi Tahun 2024



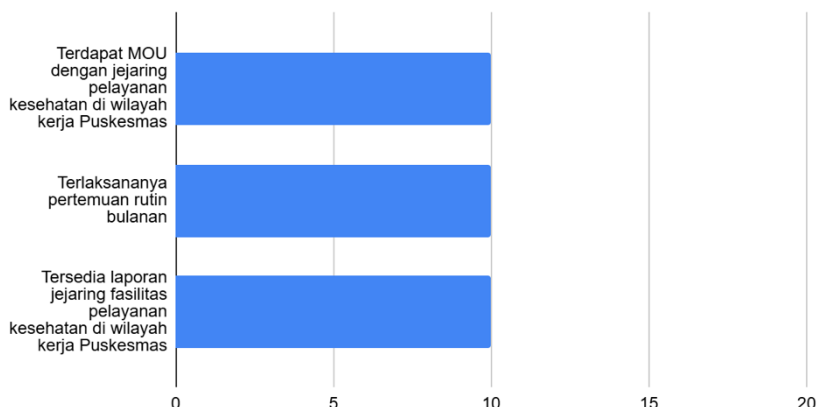
Pada bagian Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas, terdapat 4 indikator penilaian. Seluruh indikator tercapai nilai sempurna 10. Indikator terdiri dari Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat, Tersedia Manajemen Risiko, Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan Tercapainya Target Indikator Nasional Mutu di Puskesmas.

Capaian Manajemen Keuangan dan Aset Puskesmas Setiabudi Tahun 2024



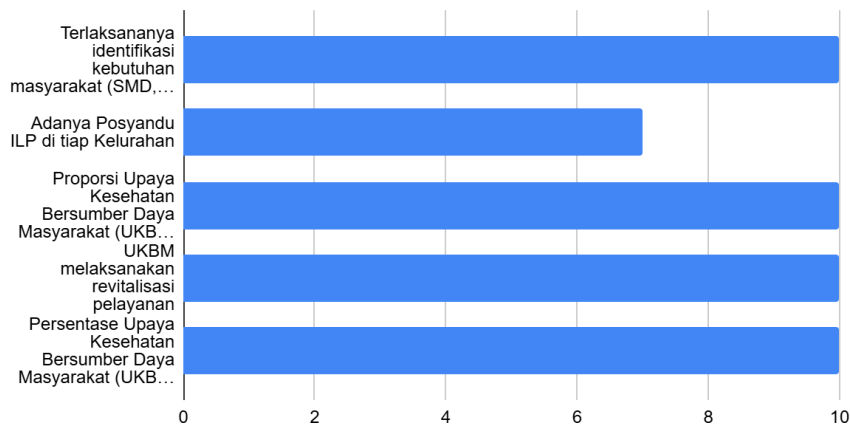
Pada bagian Manajemen Keuangan dan Aset Puskesmas, terdapat 4 indikator penilaian. Seluruh indikator tercapai nilai sempurna 10. Indikator terdiri dari indikator adanya RBA, Ketepatan waktu membuat laporan bulanan keuangan, terdapat SOP pengelolaan kas, serta penyerapan anggaran lebih dari 85% di bulan Desember tahun 2024.

Capaian Manajemen Jejaring Puskesmas Setiabudi Tahun 2024



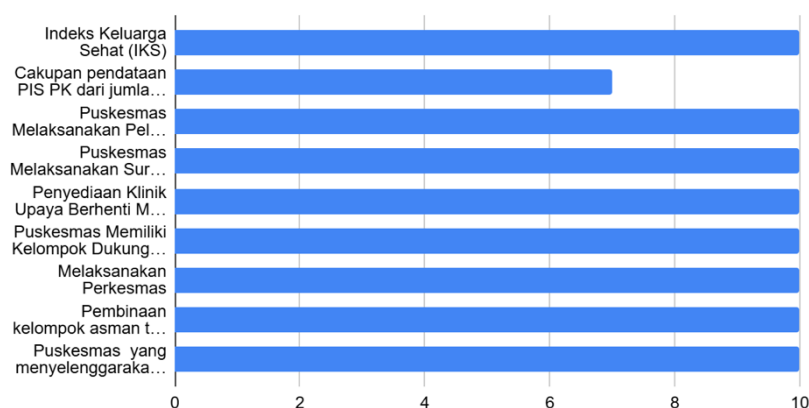
Pada bagian Manajemen Jejaring Puskesmas, terdapat 3 indikator penilaian. Seluruh indikator tercapai nilai sempurna 10. Indikator terdiri dari indikator adanya MoU dengan jejaring, terlaksananya pertemuan rutin bulanan, serta tersedia laporan jejaring fasyankes di Puskesmas.

Capaian Manajemen Pemberdayaan Masyarakat Puskesmas Setiabudi Tahun 2024



Pada bagian Manajemen Pemberdayaan Masyarakat Puskesmas, terdapat 5 indikator penilaian. Seluruh indikator tercapai nilai sempurna 10, namun ada 1 indikator yaitu indikator Adanya Posyandu ILP di tiap kelurahan yang hanya mencapai nilai 7. Hal ini dikarenakan belum semua kelurahan memiliki posyandu ILP. Dari 8 kelurahan yang ada di wilayah kecamatan Setiabudi, baru kelurahan Karet, kelurahan Pasar Manggis dan kelurahan Kuningan Timur yang memiliki posyandu ILP. Bersamaan dengan itu, telah dilakukan 6 revitalisasi posyandu di kelurahan Guntur dan Karet.

Capaian Manajemen Program Puskesmas Setiabudi Tahun 2024

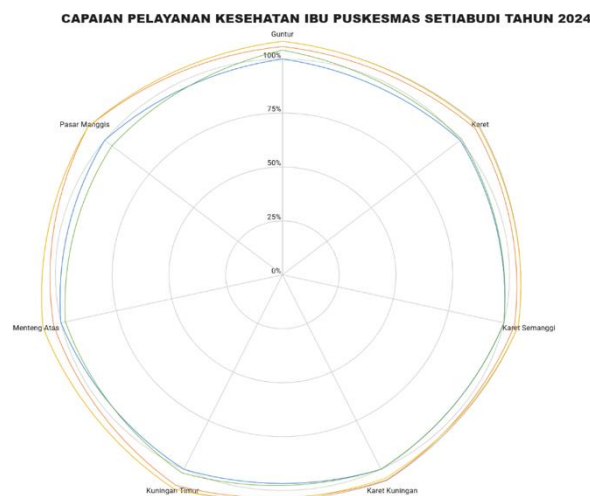


Pada bagian Manajemen Program Puskesmas, terdapat 9 indikator penilaian yang mencakup penilaian pada program PIS PK, program gizi, program Upaya Berhenti Merokok (UBM), program dukungan untuk penyandang ODGJ, program Perkesmas, program pembinaan kelompok asman toga, serta

program pelayanan kesehatan tradisional. Seluruh indikator mencapai nilai 10, namun ada 1 indikator yang hanya mencapai poin 7 yaitu indikator Cakupan pendataan PIS PK dari jumlah KK yang diinput (diinput per jumlah KK). Hal ini dikarenakan hingga Desember tahun 2024 capaian pendataan hanya sebesar 66 %.

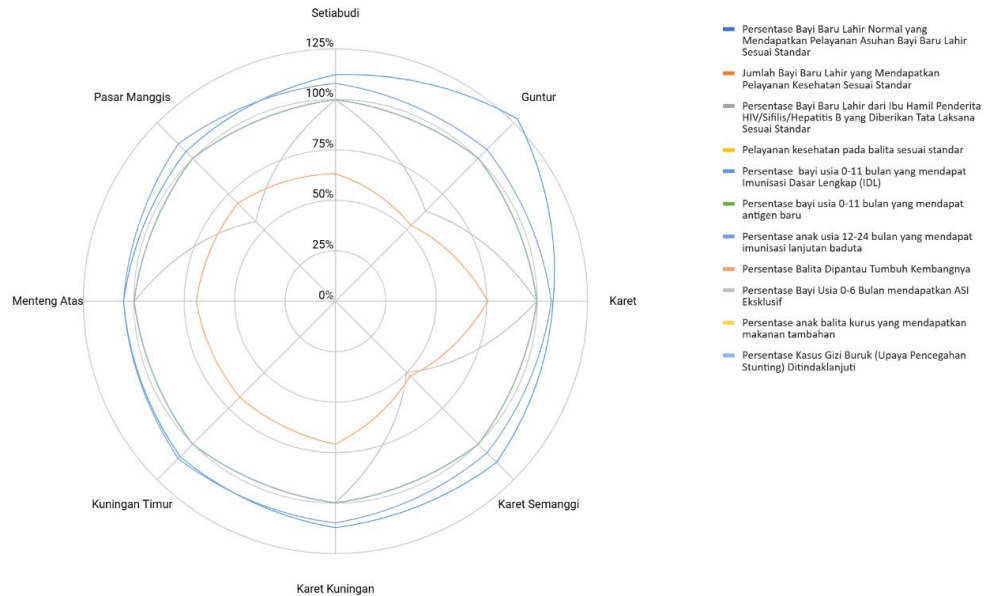
Berikut adalah penyajian grafik dan analisis untuk Penilaian Klaster 2:

1. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan Klaster 2



Capaian Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas terdapat 7 indikator kinerja dan semua tercapai di Tahun 2024. Nilai capaian untuk Pelayanan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas Tahun 2024 adalah 100%.

CAPAIAN PELAYANAN BALITA DAN PRA SEKOLAH DI PUSKESMAS SETIABUDI TAHUN 2024



Capaian Pelayanan Balita dan Anak Pra Sekolah terdapat 11 indikator kinerja. Nilai capaian untuk Pelayanan Balita dan Anak Pra Sekolah Tahun 2024 adalah 100%.

CAPAIAN KESEHATAN REMAJA PUSKESMAS SETIABUDI TAHUN 2024

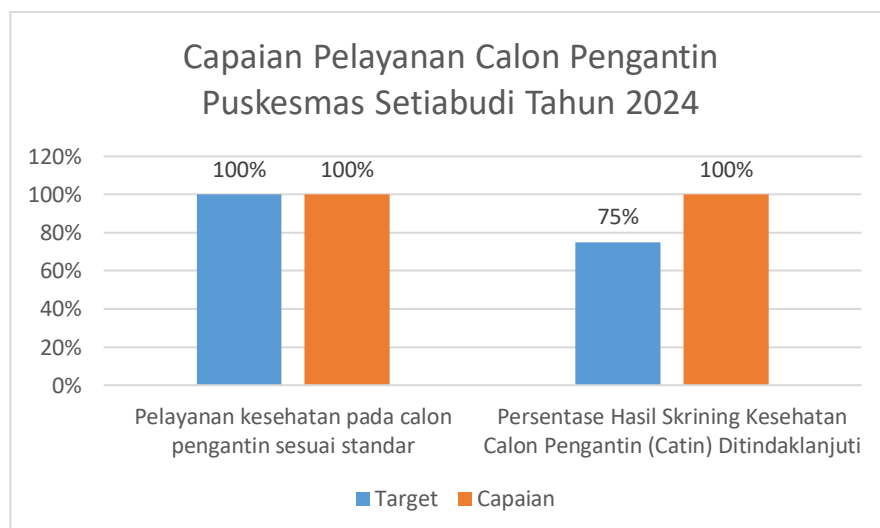


Pelayanan Kesehatan Remaja terdapat 4 indikator kinerja. Capaian Indikator kinerja Remaja. Capaian indikator kinerja Remaja Tahun 2024 adalah 100%.

Persentase Puskesmas Melaksanakan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi di Sekolah Minimal 1x Setahun Tingkat Pendidikan SMP/MTs dan SMA/MA/SMK di Kelurahan Karet dan Karet Semanggi null karena tidak ada sekolah tingkat SMP dan SMA di wilayah tersebut.

Berikut adalah penyajian grafik dan analisis untuk Penilaian Kluster 3:

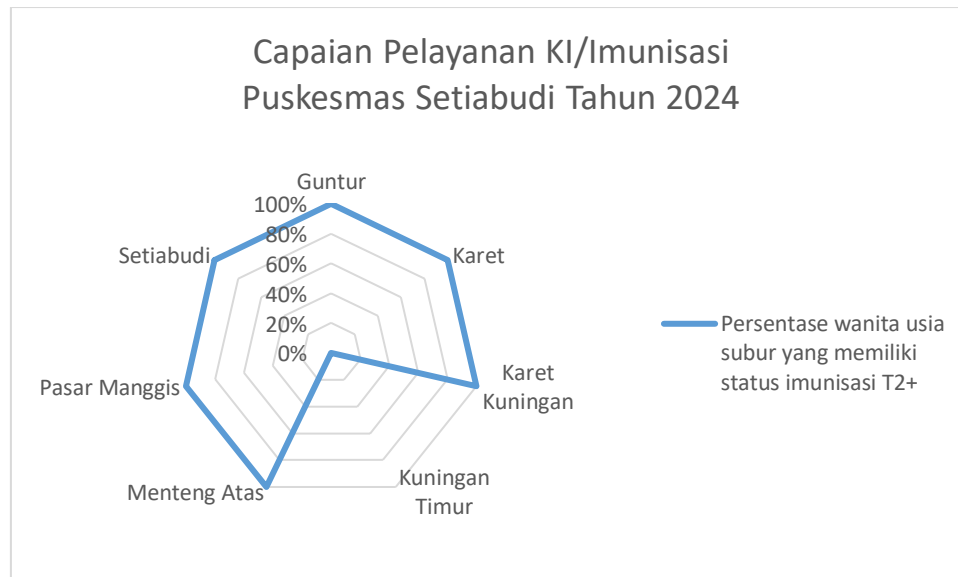
1. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan Catin



Semua Calon pengantin individu (catin laki-laki dan catin perempuan) mendapatkan pelayanan kespro catin (KIE kespro catin dan pemeriksaan kesehatan minimal pemeriksaan Hb dan status gizi) di fasyankes. Semua hasil skrining kesehatan Calon Pengantin (Catin) ditindaklanjuti. Terdapat 2 indikator

kinerja Pelayanan Calon Pengantin dihitung di tingkat Kecamatan dan tercapai di Tahun 2024.

2. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan KI/Imunisasi



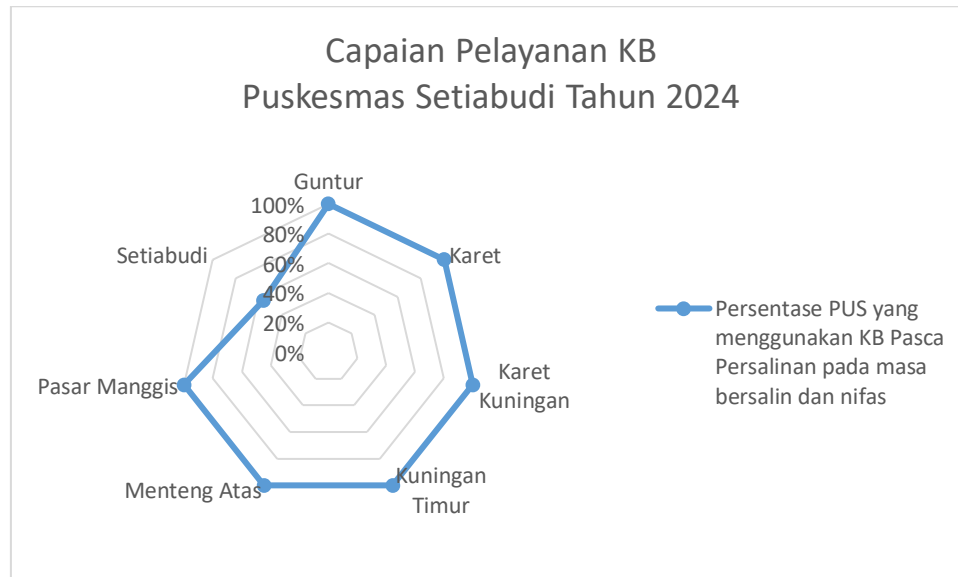
Pada capaian Pelayanan KI dan imunisasi terdapat satu indikator kinerja. Indikator kinerja persentase wanita usia subur yang memiliki status imunisasi T2+ dihitung per wilayah. Wilayah Kuningan timur tidak terdapat kasus PUS (Pasangan Usia Subur) yang memiliki status imunisasi T2+, sehingga indikator tahun 2024 tercapai.

3. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan KTPA



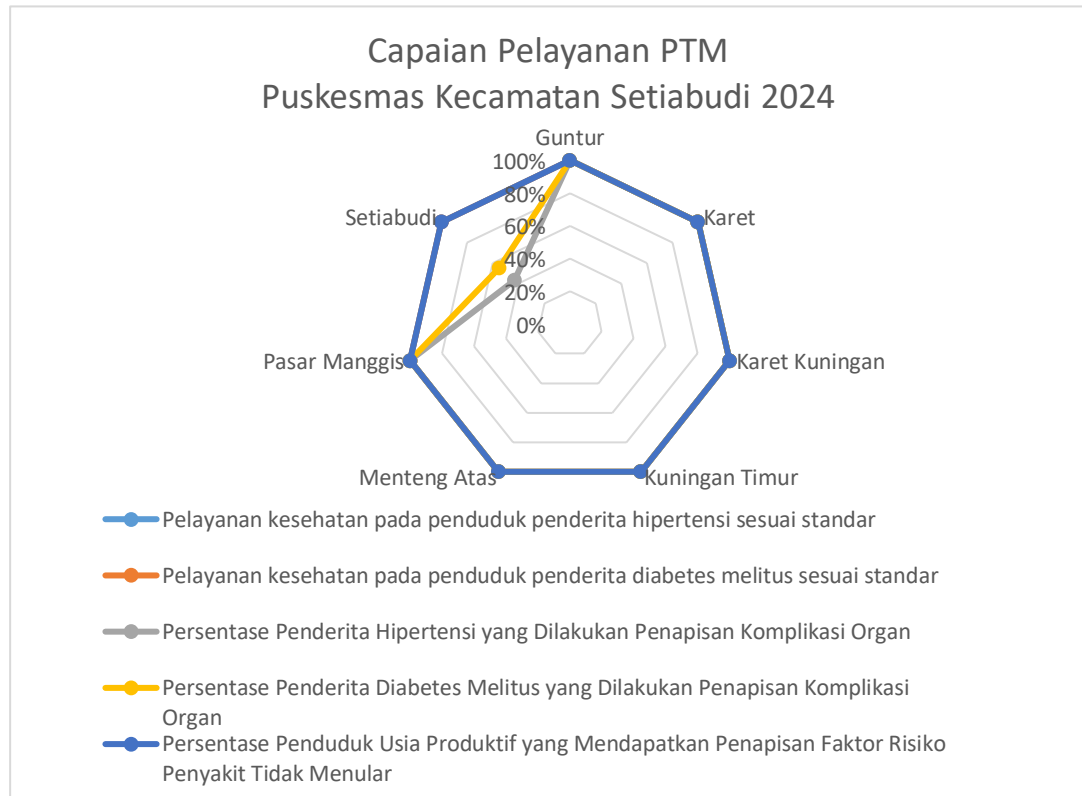
Capaian Pelayanan KTPA terdapat 1 indikator kinerja yaitu persentase pemenuhan komponen layanan kesehatan bagi korban KTPA di fasilitas Pelayanan Kesehatan milik pemerintah tercapai di Tahun 2024.

4. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan KB



Capaian Pelayanan Keluarga Berencana terdapat 1 indikator kinerja yaitu Persentase PUS (Pasangan Usia Subur) yang menggunakan KB Pasca Persalinan pada masa bersalin dan tercapai 100% pada tahun 2024 di wilayah Guntur, Karet Kuningan, Kuningan timur, Menteng atas, dan Pasar manggis.

5. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan PTM



Pada capaian Pelayanan PTM terdapat lima indikator kinerja yang dihitung per wilayah. Pada indikator Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita hipertensi sesuai standar target tercapai 100% di semua wilayah. Indikator Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita diabetes melitus sesuai standar tercapai 100% di semua wilayah. Indikator Persentase Penduduk Usia Produktif yang Mendapatkan Penapisan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular tercapai 100% di semua wilayah. Pada dua indikator lain, wilayah Setiabudi mencapai target 40% dengan capaian 43% dan 55%.

Indikator capaian Pelayanan PTM tahun 2024 tercapai 100%.

6. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan Lansia



Capaian pada layanan kesehatan lanjut usia memiliki tiga indikator. Indikator pertama, persentase penduduk usia produktif dan lanjut usia yang mendapatkan edukasi kesehatan memiliki target capaian 55% dan semua wilayah mencapai target tersebut dengan capaian 100% kecuali wilayah Setiabudi dengan capaian 65%. Indikator kedua, Pelayanan kesehatan pada lansia sesuai standar dapat tercapai 100% di semua wilayah. Indikator Persentase Penduduk Usia Lanjut Dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) atau Skrining Lansia Sederhana (SKILAS) dan Activity Daily Living (ADL) dengan target capaian 100% dapat tercapai di semua wilayah. Capaian Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia dengan tiga indikator kinerja yang dihitung perwilayah tercapai di tahun 2024.

7. Grafik Laba-laba/ Grafik Batang Capaian Pelayanan Jiwa

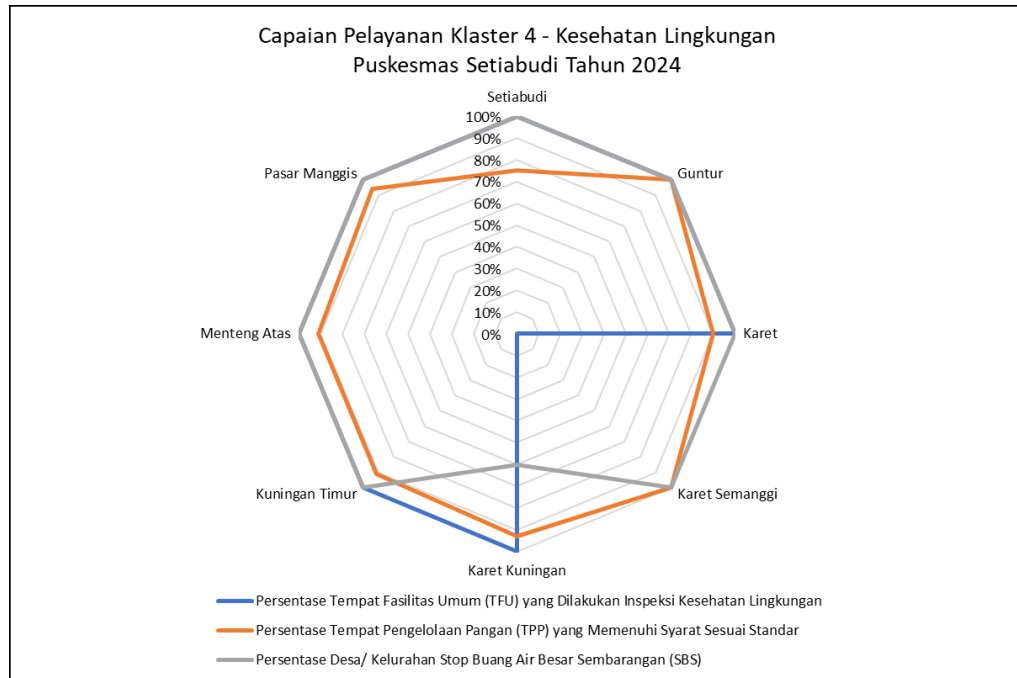


Capain pelayanan jiwa terdapat tiga indikator kinerja. Pada indikator Jumlah Orang yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat Sesuai Standar, beberapa wilayah tidak mencapai target. Wilayah karet Kuningan dengan capaian 62,22%, wilayah Kuningan timur dengan capaian 74%, wilayah Menteng atas dengan capaian 80%, dan wilayah Pasar dengan capaian 97%.

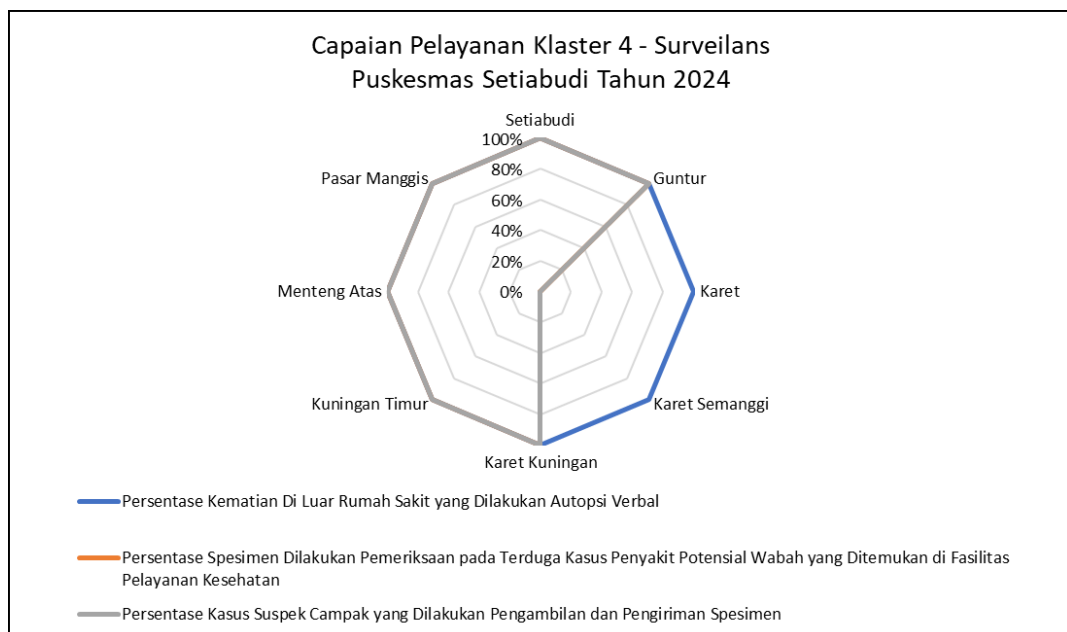
Indikator Persentase Orang yang Dilakukan Penapisan Kesehatan Jiwa dengan Aplikasi e-Jiwa, wilayah Menteng atas tidak mencapai target dengan capaian 2,5%.

Indikator Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK) tercapai 100% di semua wilayah pada tahun 2024.

Berikut adalah penyajian grafik dan analisis untuk Penilaian Kluster 4:

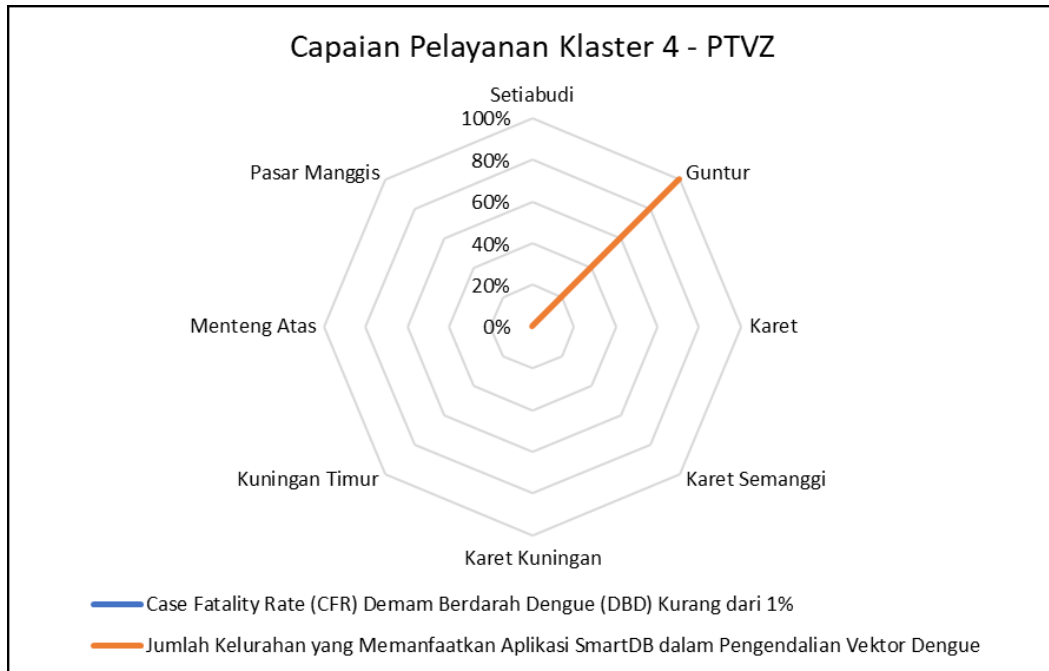


Pada capaian Pelayanan Kesehatan Lingkungan terdapat 3 indikator kinerja yang dihitung per kelurahan. Indikator kinerja Presentase Desa / Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kelurahan Karet Kuningan tidak tercapai target. Terdapat 2 RW yang belum melaksanakan Stop Buang Air Besar Sembangan (BABS).

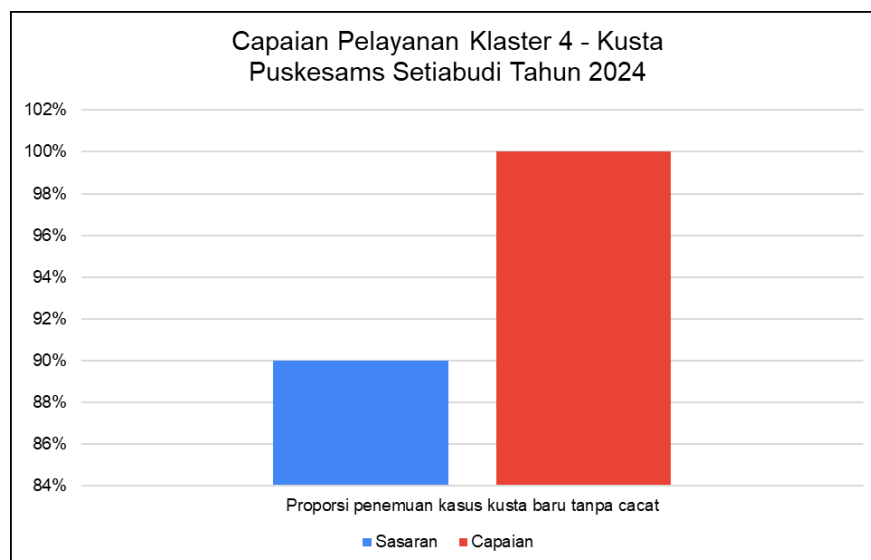


Capaian Pelayanan Surveilans terdapat 3 indikator kinerja yang dihitung per wilayah Kelurahan. Capaian Persentase Kasus Suspek Campak yang

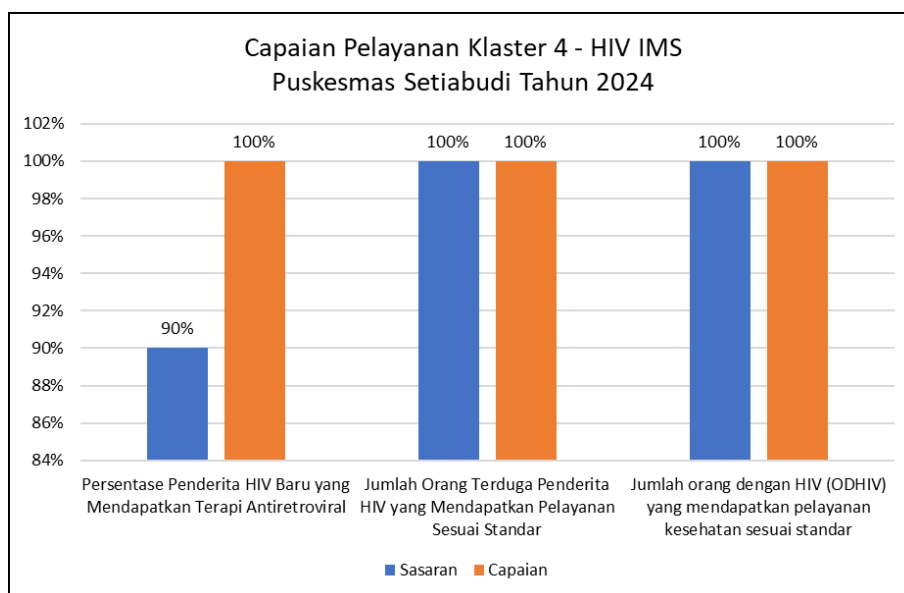
Dilakukan Pengambilan di Kelurahan Karet dan Karet Semanggi *null* karena tidak ada Kasus Suspek Campak yang dilaporkan di wilayah tersebut. Semua indikator tercapai di Tahun 2024.



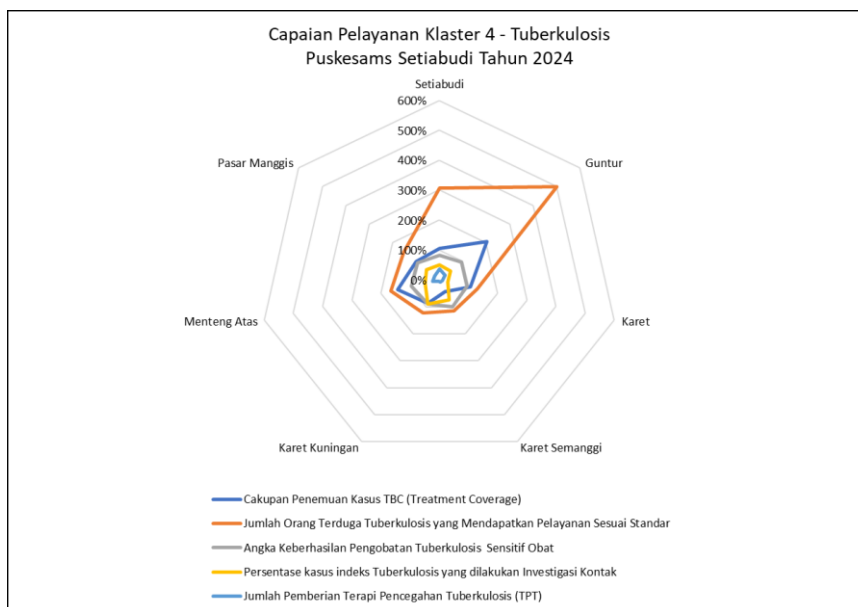
Pelayanan Penyakit Tular Vektor Zoonotik (PTVZ) terdapat 2 indikator kinerja yang dihitung per Kelurahan. Capaian Indikator *Case Fatality Rate (CFR)* demam Berdarah Dengue kurang dari 1% tercapai, karena tidak ada kematian yang terjadi pada kasus DBD di wilayah Kecamatan Setiabudi. Indikator Jumlah Kelurahan yang memanfaatkan aplikasi SmartdDB juga tercapai yaitu ada di 1 kelurahan yaitu kelurahan Guntur.



Berdasarkan indikator pelayanan kusta proporsi penemuan kasus kusta baru tanpa cacat tercapai yaitu 100% terdapat 2 kasus baru di wilayah kecamatan Setiabudi Tahun 2024.



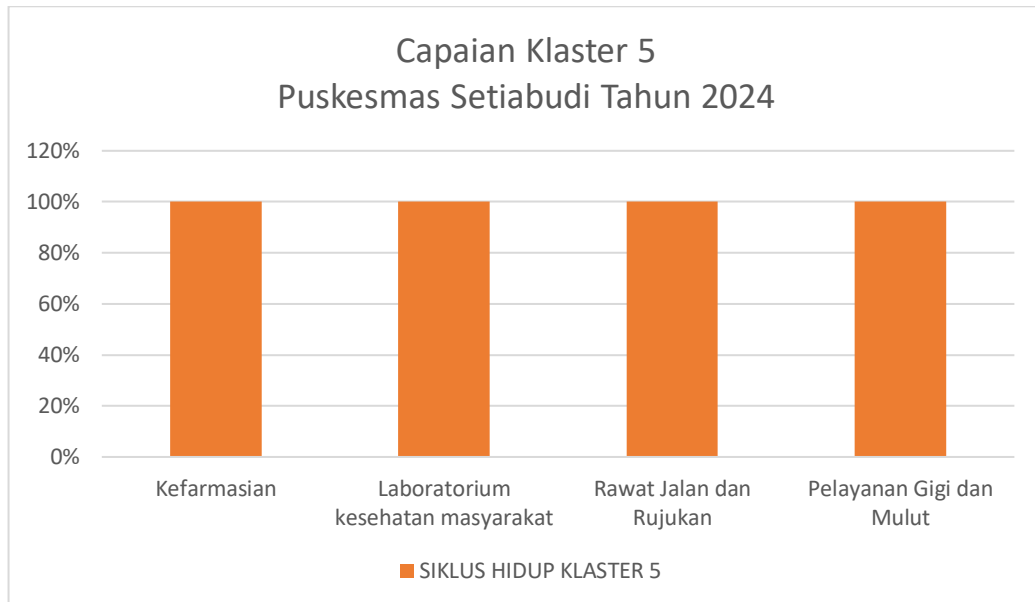
Pelayanan HIV IMS terdapat 3 Indikator Kinerja yang dilaporkan di tingkat kecamatan, karena untuk pelayanan HIV dan IMS hanya dilaksanakan di Puskesmas Setiabudi. Dari 3 Indikator tersebut semua indikaotr tercapai dari sasaran yang telah di ditetapkan pada Tahun 2024.



Pada capaian Pelayanan Tuberkulosis terdapat 5 indikator kinerja. Capaian Indikator Presentase Enrollment Kasus TBC SO yang tidak tercapai terdapat pada kelurahan Setiabudi sebesar 82%, Karet Kuningan 89% dan Kuningan Timur 26% dari 90% sasaran yang ditetapkan. Capaian indikator kinerja Cakupan Pemberian TPT di yang tercapai hanya di 2 kelurahan yaitu

Kelurahan Setiabudi sebesar 36% dan Guntur sebesar 25%. Indikator Kinerja Presentas Pasien TBC yang dilakukan invetigasi kontak juga tidak tercapai sekecamatan hanya 52% dari 80% sasaran yang ditetapkan.

Berikut adalah penyajian grafik dan analisis untuk Penilaian Klaster 5:



Pada unit Farmasi, tersedia 534 obat dan vaksin dari sasaran sejumlah 540 dengan capaian 98,8% dari sasaran sebesar 98% dengan kata lain tercapai.

Sebagai Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Tingkat I, Puskesmas Setiabudi telah mampu untuk melaksanakan pemeriksaan sample dan lingkungan sesuai dengan standar Kementerian Kesehatan dengan mempertimbangkan kaidan Surveilans dan bekerjasama dengan Tim Kesehatan Lingkungan dan Epidemiolog dalam rangka menjalankan fungsi Surveilans penyakit.

Dalam menjalankan pelayanan kesehatan yang paripurna, Puskesmas Setiabudi akan menatalaksana kasus sesuai dengan pedoman dan SOP. Pada kasus-kasus yang memerlukan rujukan, tim Puskesmas akan merujuk baik pada kasus rawat jalan poliklinik maupun kasus kegawatdaruratan ke IGD Rumah Sakit. Dalam 1 tahun, Puskesmas Setiabudi melakukan rujukan kasus Non Spesialistik sebesar 18 kasus atau <0,001% dengan sasaran sebesar <2% dalam 1 tahun.

Pada Pelayanan Gigi dan Mulut, Tim Layanan Gigi kami melaksanakan skrining gigi baik di dalam maupun luar Gedung dalam rangka pelayanan

Integrasi Layanan Primer. Untuk K1 ibu hamil, didapatkan 1057 ibu hamil dan seluruhnya dilakukan skrining Kesehatan gigi dan mulut. Di layanan kami, 455 kunjungan berasal dari kelompok usia balita dan pra sekolah dan seluruhnya dilakukan skrining Kesehatan gigi dan mulut. Begitu juga pada anak usia sekolah, dalam 1 tahun sejumlah 3309 anak dilakukan skrining Kesehatan gigi dan mulut bersamaan dengan dilakukannya penjangkaran dan pemeriksaan Kesehatan di sekolah.

BAB III

ANALISA HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

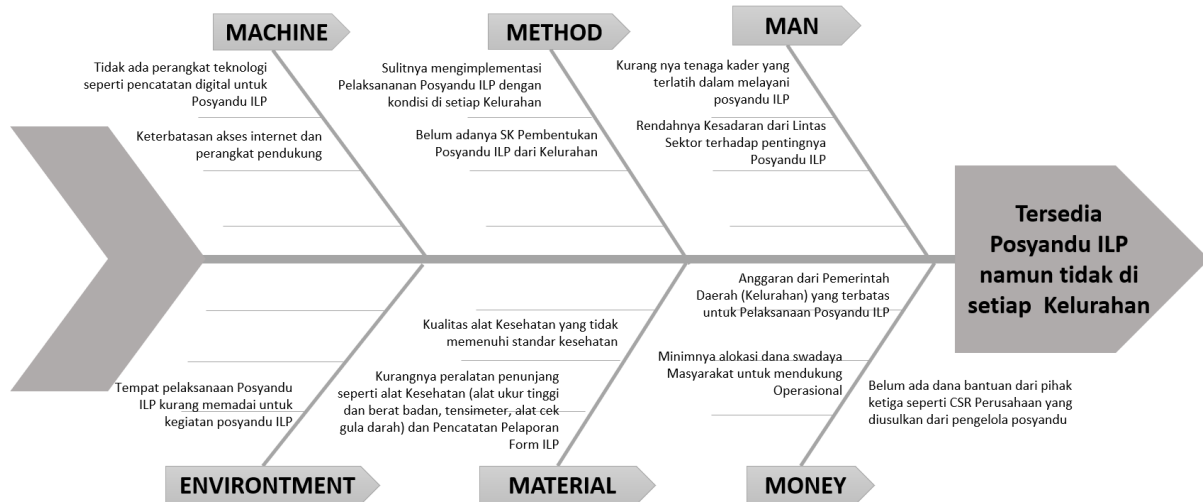
A. Rekapitulasi Kesenjangan Capaian Klaster 1

No	Uraian	Target	Capaian	GAP
TABEL KESENJANGAN CAPAIAN MANAJEMEN PUSKESMAS				
A. Manajemen Inti Puskesmas				
1	Mempunyai Rencana Lima Tahunan	10	10	0
2	Ada RUK, disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	10	10	0
3	Menyusun RPK secara terinci dan lengkap	10	10	0
4	Melaksanakan mini lokakarya bulanan	10	10	0
5	Melaksanakan mini lokakarya Tribulanan	10	10	0
6	Membuat Penilaian Kinerja ditahun sebelumnya Mengirimkan ke dinas kesehatan kab/kota, dan mendapatkan feedback dari suku dinas kesehatan kab/kota	10	10	0
7	Tersedia Puskesmas Pembantu yang Menerapkan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Tiap Kelurahan	10	10	0
8	Melakukan pemantauan ketepatan, kelengkapan pengisian data PWS	10	10	0
B. Manajemen Sumber Daya				
1	Ada struktur organisasi	10	10	0
2	Ada pembagian tugas dan tanggungjawab tim masing-masing klaster	10	10	0
3	Tersedia 9 Jenis Tenaga Kesehatan	10	10	0
4	Dilakukan evaluasi kinerja tenaga Puskesmas	10	10	0
5	Ada Perencanaan pengembangan SDM (Adanya perencanaan SDM)	10	10	0
6	Jumlah SDM yang ditingkatkan kompetensinya (sesuai renstra)	10	10	0
C. Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan				
1	dilakukan inventarisasi peralatan di Puskesmas	10	10	0
2	Ada daftar inventaris sarana di Puskesmas	10	10	0
3	Dilakukan Pegisian ASPAK	10	10	0
4	Dilakukan pemeliharaan alat kesehatan	10	10	0
5	Mencatat penerimaan dan pengeluaran obat di setiap unit pelayanan	10	10	0
D. Manajemen Data dan Sistem Informasi				
1	Tersedia Rekam Medik Elektronik (RME)	10	10	0
2	Ditetapkannya tim Sistem Informasi Puskesmas (petugas dan SK Tim)	10	10	0
3	Melakukan validasi data SDM	10	10	0
4	Membuat dan mengirim laporan bulanan ke sudinkes kota/kab tepat waktu	10	10	0
E. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan				
1	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat	10	10	0

No	Uraian	Target	Capaian	GAP
TABEL KESENJANGAN CAPAIAN MANAJEMEN PUSKESMAS				
2	Tersedia Manajemen Risiko	10	10	0
3	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	10	10	0
4	Tercapainya Target Indikator Nasional Mutu di Puskesmas	10	10	0
F. Manajemen Keuangan dan Aset				
1	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)	10	10	0
2	Ketepatan waktu membuat laporan bulanan keuangan per bulan (laporan meliputi E BKU diselesaikan kurang dari tanggal 5 bulan berikutnya)	10	10	0
3	Standar Operasional Prosedur pengelolaan kas	10	10	0
4	Penyerapan anggaran $\geq 85\%$ (DES)	10	10	0
G. Manajemen Jejaring				
1	Terdapat MOU dengan jejaring pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas	10	10	0
2	Terlaksananya pertemuan rutin bulanan	10	10	0
3	Tersedia laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas	10	10	0
H. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat				
1	Terlaksananya identifikasi kebutuhan masyarakat (SMD, MMD, dan upaya lain) dinilai dari pelaksanaan, pengumpulan laporan dan tindak lanjut	10	10	0
2	Adanya Posyandu ILP di tiap Kelurahan	10	7	3
3	Proporsi Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) Aktif	10	10	0
4	UKBM melaksanakan revitalisasi pelayanan	10	10	0
5	Persentase Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang Dilakukan Pendampingan	10	10	0
I. Manajemen Program				
1	Indeks Keluarga Sehat (IKS)	10	10	0
2	Cakupan pendataan PIS PK dari jumlah KK yang diinput (diinput per jumlah KK)	10	7	3
3	Puskesmas Melaksanakan Pelayanan Penanganan Malnutrisi Terpadu	10	10	0
4	Puskesmas Melaksanakan Surveilans Gizi	10	10	0
5	Penyediaan Klinik Upaya Berhenti Merokok (UBM) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	10	10	0
6	Puskesmas Memiliki Kelompok Dukungan Keluarga untuk Penyandang ODGJ	10	10	0
7	Melaksanakan Perkesmas	10	10	0
8	Pembinaan kelompok asman toga	10	10	0
9	Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional	10	10	0

Analisa hasil Kesenjangan Capaian Klaster 1

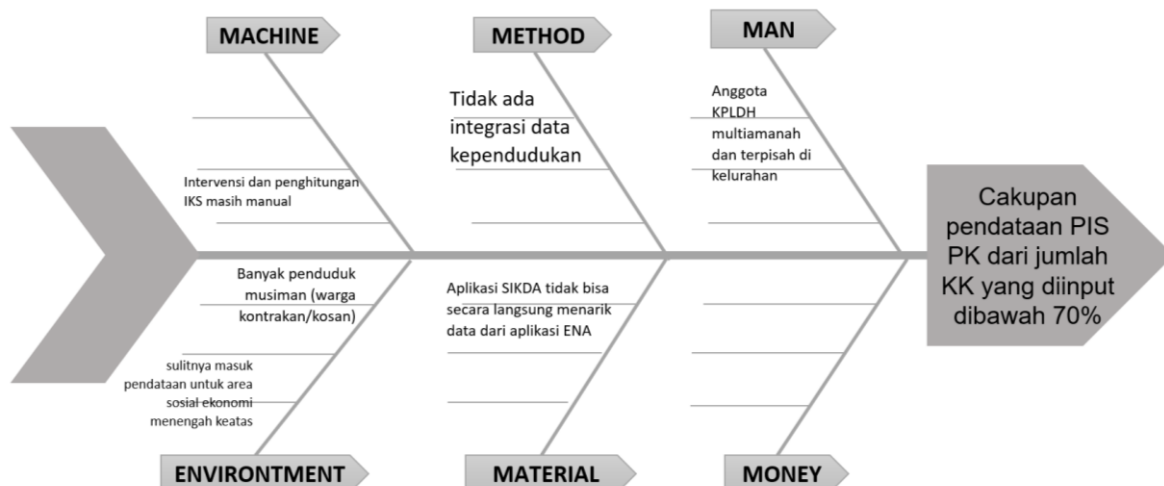
1. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat; Adanya Posyandu ILP di tiap Kelurahan. Target nilai 10, poin 7 (sudah ada posyandu ILP tapi belum di semua kelurahan), kesenjangan 3 poin.



No	Analisa Masalah	Rencana Tindak Lanjut
1	Kurang nya tenaga kader yang terlatih dalam melayani posyandu ILP	Mengadakan Pelatihan 25 Keterampilan dasar kader
2	Belum adanya SK Pembentukan Posyandu ILP dari Kelurahan	Melakukan advokasi ke Lintor terkait pembentukan Posyandu ILP
3	Rendahnya Kesadaran dari Lintas Sektor terhadap pentingnya Posyandu ILP	Melakukan Sosialisasi tentang Posyandu ILP ke Lintor, PKK, Kader Kesehatan dan Toma

2. Manjemen Program; Cakupan pendataan PIS PK dari jumlah KK yang diinput (diinput per jumlah KK). Target Keberhasilan Program = 70% dari Target Sasaran. Adapun target sasaran = 26.826, maka target keberhasilan program = $26.826 \times 80\% = 21.461$. Pencapaian program senilai 17.825 dari 21.461, sehingga kesenjangannya = $(-13.56)\%$

Analisa *Fishbone* :



Kesimpulan :

No	Analisa Masalah	Rencana Tindak Lanjut
1	<ul style="list-style-type: none"> • Man Anggota KPLDH multiamanah, ada beberapa anggota tim KPLDH yang menjadi pengganti cuti melahirkan, pos pelayanan yang ditambah membuat personil bidan dan perawat tidak memiliki waktu untuk pendataan (ada layanan siang, poli KI/KA/imunisasi buka setiap hari). Semua personil akan mendahulukan program lain/pelayanan daripada mengurus KPLDH. Tim KPLDH bertempat di masing-masing kelurahan. • Material Belum ada aplikasi yang bisa mencatatkan intervensi KPLDH dan menarik datanya (pencatatan manual), sangat rumit dan multistep (harus membuka ENA, SIKDA, PCARE BPJS, Family Folder), belum ada pencatatan yang praktis. Tidak ada edaran resmi yang terbaru sebagai landasan hukum dan promosi KPLDH dalam melakukan pendataan, terakhir 2016. Sedangkan masyarakat Kecamatan Setiabudi yang memiliki social ekonomi menengah ke atas kritis dan melihat banyak kemungkinan masalah kebocoran data mengenai pendataan dan intervensi. • Method Tidak ada integrasi data antara data kependudukan, Tim KPLDH tidak mampu laksana untuk melakukan tracing pindah, lahir, 	<ul style="list-style-type: none"> • Advokasi agar tim KPLDH mempunyai waktu khusus untuk mengerjakan KPLDH. Meningkatkan komitmen tim dengan mengadakan laporan bulanan • Advokasi untuk menyederhakan form dan aplikasi KPLDH • Koordinasi bersama kader dasawisma dan PPAPP kecamatan dan keluarahan untuk melaporkan update data penduduk • Advokasi sudin dan dinkes untuk bisa membuat aturan terbaru mengenai PISPK KPLDH • Melanjutkan pendataan, update data, dan intervensi yang bisa dilakukan

	<p>meninggal, dan update kelompok usia yang bisa merubah IKS. Form pendataan KPLDH rumit berbeda dengan form IKS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Environment <p>Sulitnya masuk pendataan untuk area sosial ekonomi menengah keatas, bahkan pihak kelurahan tidak memiliki data penduduk yang tinggal. Penduduk juga banyak yang musiman tinggal dikosan/kontrakan.</p>	
--	---	--

B. Rekapitulasi Kesenjangan Capaian Klaster 2

No	Uraian	Target	Capaian	Kesenjangan
Klaster 2				
	Promosi Kesehatan			
	Pelayanan Promosi Kesehatan			
	Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas			
1	Pembahasan kasus kematian maternal di Puskesmas Kecamatan	100%	100%	0%
2	Pembahasan Kasus Kematian Perinatal di Puskesmas Kecamatan	100%	100%	0%
3	Persentase Ibu Hamil Melaksanakan Ante Natal Care (ANC) Sebanyak 6 Kali Sesuai Standar	55%	106%	Tercapai
4	Persentase Ibu bersalin yang Mendapatkan Pelayanan Persalinan sesuai Standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	94%	100%	Tercapai
5	Persentase Ibu Nifas yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	55%	100%	Tercapai
6	Persentase Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	100%	100%	0%
7	Persentase Ibu Hamil Dilakukan Penapisan Tripel Eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B)	70%	70%	Tercapai
	Kesehatan Balita dan Anak Pra Sekolah			
1	Persentase Bayi Baru Lahir Normal yang Mendapatkan Pelayanan Asuhan Bayi Baru Lahir Sesuai Standar	100%	100%	0%
2	Jumlah Bayi Baru Lahir yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	100%	100%	0%
3	Persentase Bayi Baru Lahir dari Ibu Hamil Penderita HIV/Sifilis/Hepatitis B yang Diberikan Tata Laksana Sesuai Standar	20%	100%	Tercapai
4	Pelayanan kesehatan pada balita sesuai standar	100%	100%	0%
5	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)	100%	108%	Tercapai
6	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru	100%	111%	Tercapai

No	Uraian	Target	Capaian	Kesenjangan
7	Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta	100%	115%	Tercapai
8	Persentase Balita Dipantau Tumbuh Kembangnya	50%	68%	Tercapai
9	Persentase Bayi Usia 0-6 Bulan mendapatkan ASI Eksklusif	60%	86%	Tercapai
10	Persentase anak balita kurus yang mendapatkan makanan tambahan	90%	100%	Tercapai
11	Persentase Kasus Gizi Buruk (Upaya Pencegahan Stunting) Ditindaklanjuti	55%	100%	Tercapai
	Kesehatan Remaja			
1	Persentase Hasil Skrining Kesehatan Usia Sekolah yang ditindaklanjuti	12%	83%	Tercapai
2	Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	90%	95,7%	Tercapai
3	Persentase Remaja Putri yang Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)	54%	99%	Tercapai
4	Jumlah anak Usia Pendidikan dasar yang mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai standar	100%	100%	0%

Semua indikator yang ada di Klaster 2 tidak ada kesenjangan dan tercapai sesuai dengan target

C. Rekapitulasi Kesenjangan Capaian Klaster 3

TABEL KESENJANGAN CAPAIAN UKP				
No	Uraian	Target	Capaian	Kesenjangan
1. Pelayanan KI/imunisasi				
1	Presentase wanita usia subur yang memiliki status imunisasi T2+	100%	100%	0%
2. Pelayanan Keluarga Berencana				
1	Presentase PUS yang menggunakan KB pasca persalinan pada masa bersalin dan nifas.	100%	100%	0%
3. Pelayanan PTM				
1	Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita hipertensi sesuai standar	100%	100%	0%
2	Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita diabetes melitus sesuai standar	100%	100%	15%
3	Persentase Penderita Hipertensi yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ	55%	100%	45%
4	Persentase Penderita Diabetes Melitus yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ	40%	100%	60%
5	Persentase Penduduk Usia Produktif yang Mendapatkan Penapisan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular	40%	100%	60%
4. Pelayanan Lansia				
1	Persentase Penduduk Usia Produktif dan Lanjut Usia yang Mendapatkan Edukasi Kesehatan	55%	100%	45%
2	Pelayanan kesehatan Pada lansia sesuai standar	100%	100%	0%
3	Persentase Penduduk Usia Lanjut Dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) atau Skrining Lansia Sederhana (SKILAS) dan Activity Daily Living (ADL)	52%	100%	48%
5. Pelayanan Jiwa				

TABEL KESENJANGAN CAPAIAN UKP				
No	Uraian	Target	Capaian	Kesenjangan
1	Jumlah Orang yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat Sesuai Standar	100%	100%	0%
2	"Persentase Orang yang Dilakukan Penapisan Kesehatan Jiwa dengan Aplikasi e-Jiwa"	5%	100%	95%
3	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK)	4%	100%	96%
6. Pelayanan Caten				
1	Pelayanan kesehatan pada calon pengantin sesuai standar	100%	100%	0%
2	Persentase Hasil Skrining Kesehatan Calon Pengantin (Catin) Ditindaklanjuti	70%	70%	0%
7. Pelayanan KtPA				
1	Persentase Pemenuhan Komponen Layanan Kesehatan Bagi Korban KtPA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta	70%	90 %	0%

Semua indikator yang ada di Klaster 3 tidak ada kesenjangan dan tercapai sesuai dengan target

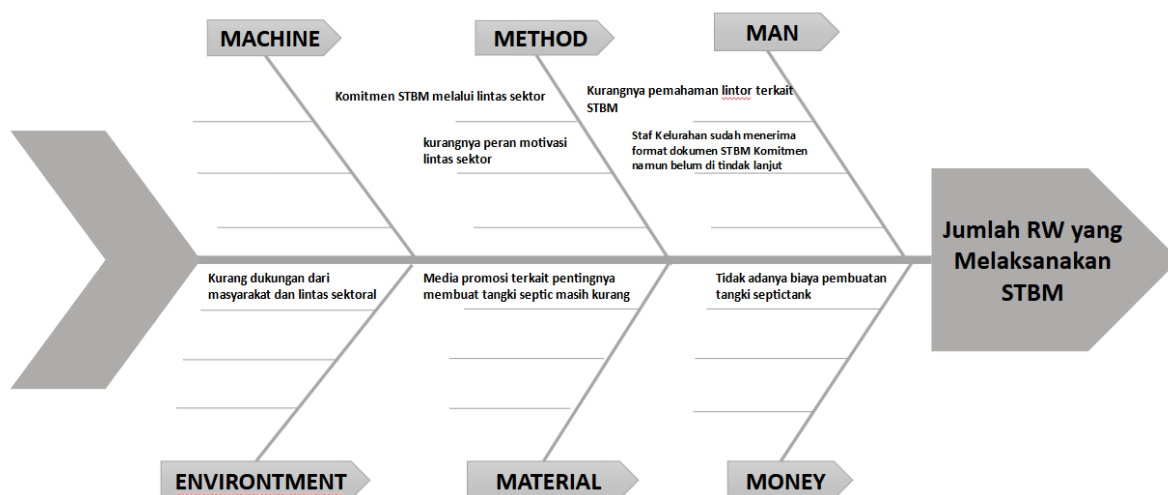
D. Rekapitulasi Kesenjangan Capaian Klaster 4

No	Uraian	Target	Capaian	Kesenjangan
KLASTER 4				
Kesehatan Lingkungan				
1	Persentase tempat dan fasilitas umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar	100%	100%	0%
2	Persentase tempat pengolahan makanan yang memenuhi syarat kesehatan lingkungan	100%	100%	0%
3	Persentase Desa/ Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	100%	96%	-4%
Surveilans				
1	Persentase Kematian Di Luar Rumah Sakit yang Dilakukan Autopsi Verbal	70%	100%	30%
2	Persentase Spesimen Dilakukan Pemeriksaan pada Terduga Kasus Penyakit Potensial Wabah yang Ditemukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	98%	100%	2%
3	Persentase Kasus Suspek Campak yang Dilakukan Pengambilan dan Pengiriman Spesimen	90%	100%	10%
PTVZ				
1	Case Fatality Rate (CFR) Demam Berdarah Dengue (DBD) Kurang dari 1%	<1%	0%	0%
2	Jumlah Kelurahan yang Memanfaatkan Aplikasi SmartDB dalam Pengendalian Vektor Dengue	1	1	1
Kusta				

No	Uraian	Target	Capaian	Kesenjangan
1	Proporsi penemuan kasus kusta baru tanpa cacat	90%	100%	0%
HIV-IMS				
1	Persentase Penderita HIV Baru yang Mendapatkan Terapi Antiretroviral	90%	100%	10%
2	Jumlah Orang Terduga Penderita HIV yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Standar	100%	100%	0%
3	Jumlah orang dengan HIV (ODHIV) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	100%	0%
Tuberkulosis				
1	Cakupan Penemuan Kasus TBC (Treatment Coverage)	90%	100%	10%
2	Jumlah Orang Terduga Tuberkulosis yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Standar	100%	100%	0%
3	Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat	90%	83%	-7%
4	Persentase kasus indeks Tuberkulosis yang dilakukan Investigasi Kontak	90%	76%	-14%
5	Jumlah Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)	50%	24%	-26%

Analisa hasil Kesenjangan Capaian Klaster 4

- Jumlah RW yang Melaksanakan STBM;
Target Keberhasilan Program = 100% dari Target Sasaran.
Adapun target sasaran = 47
Pencapaian program senilai 45 dari 47, sehingga kesenjangannya = (-4)%
Analisa *Fishbone*



Kesimpulan :

No	Analisa Masalah	Rencana Tindak Lanjut
----	-----------------	-----------------------

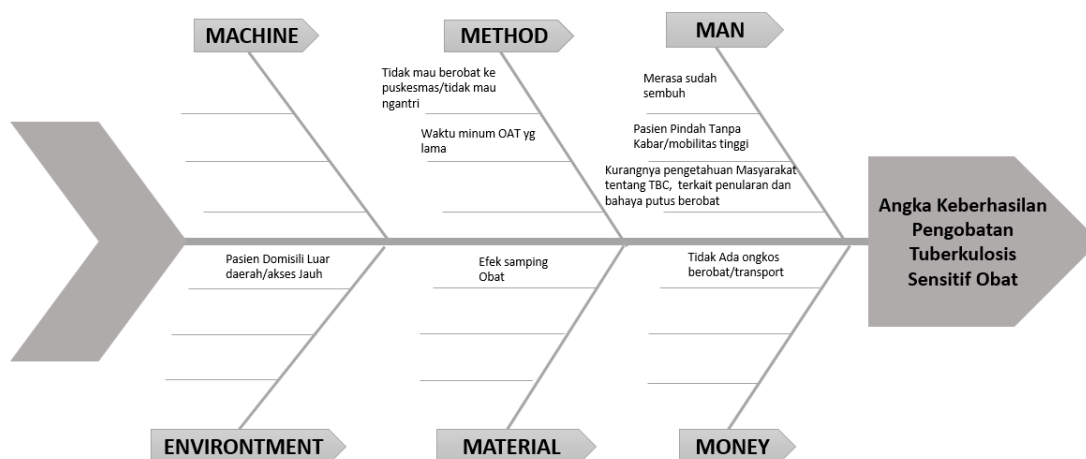
1	Masyarakat yang masih BABS belum meningkatkan akses sarana menjadi lebih aman	Melanjutkan kegiatan verifikasi dan monitoring setiap RW yang belum ODF
---	---	---

2. Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat

Target Keberhasilan program = 90% dari Target Sasaran.

Adapun target sasaran = $181 \times 90\% = 163$

Pencapaian program senilai 136, dari 163 sehingga kesenjangannya = (-7%)



Kesimpulan :

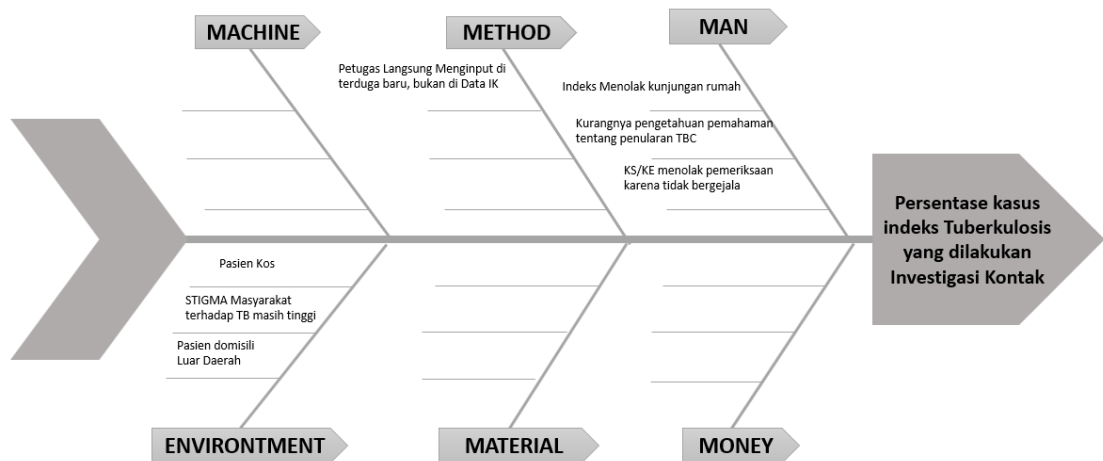
No	Analisa Masalah	Rencana Tindak Lanjut
1	Masih ada pasien yang belum datang berobat	Menghubungi kembali pasien dengan hasil diagnosis positif TB untuk segera mendapatkan pengobatan dan tindak lanjut. Berkoordinasi dengan kader TB setempat untuk melakukan pelacakan kasus TB yang belum berobat

3. Persentase kasus indeks Tuberkulosis yang dilakukan Investigasi Kontak

Target Keberhasilan program = 90% dari Target Sasaran.

Adapun target sasaran = $205 \times 90\% = 185$

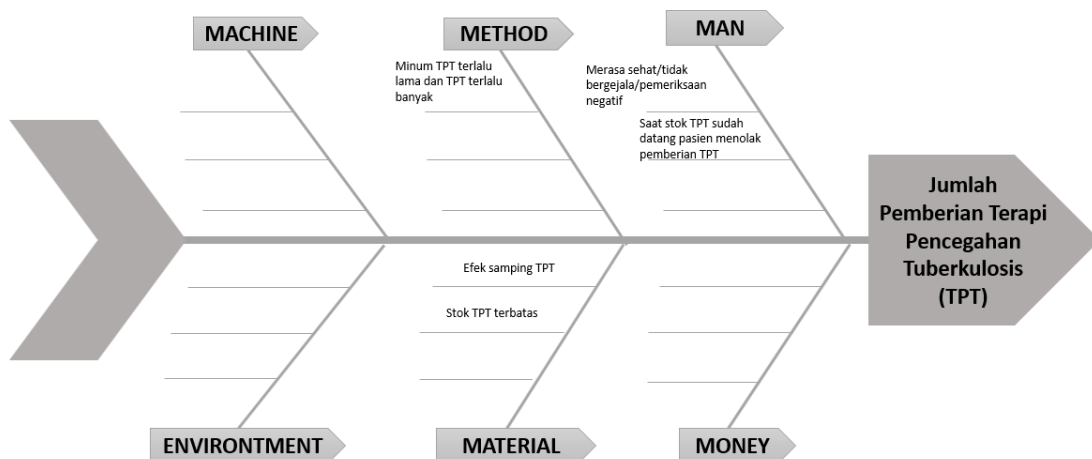
Pencapaian program senilai 140, dari 185 sehingga kesenjangannya = (-76%)



Kesimpulan :

No	Analisa Masalah	Rencana Tindak Lanjut
1	Hal ini dikarenakan kegiatan Investigasi Kontak dilakukan secara pasif. Lalu masih banyak Kontak Serumah dan Kontak Erat yang langsung di input terduga tapi tidak di input di data kontak	Melakukan Investigasi Kontak aktif kepada indeks kasus yang belum dilakukan Investigasi Kontak , berkoordinasi dengan kader KMP TB untuk melakukan IK, menginput data KE dan KS ke data kontak indek kasus

4. Jumlah Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)
- Target Keberhasilan program = 50% dari Target Sasaran.
- Adapun target sasaran = $315 \times 50\% = 157$
- Pencapaian program senilai 37, dari 157 sehingga kesenjangannya = (-26%)



Kesimpulan :

No	Analisa Masalah	Rencana Tindak Lanjut
1	Indikator belum mencapai tercapai. Hal ini dikarenakan masih ada penolakan TPT dari keluarga pasien karena merasa sehat dan tidak ada keluhan/gejala, dan stok TPT yg belum turun dari sudinkes	Melakukan KIE kepada seluruh kontak serumah pasien TB terkonfirmasi bakteriologis terkait skrining TB dan ILTB serta TPT dan juga memberikan TPT kepada kontak serumah dengan ILTB. Berkoordinasi dengan sudin kesehatan untuk ketersediaan TPT

E. Rekapitulasi Kesenjangan Capaian Klaster 5

TABEL KESENJANGAN CAPAIAN			
Uraian	Target	Capaian	Kesenjangan
Lintas Klaster			
8. Kefarmasian			
Persentase Ketersediaan Obat sesuai Standar	100%	100%	0%
9. Laboratorium Kesehatan Masyarakat			
Puskesmas memiliki Laboratorium Kesehatan Masyarakat dengan Kemampuan Surveilans	100%	100%	0%
10. Rawat Jalan dan Rujukan			
Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik	<2%	0%	0%
11. Pelayanan Gigi dan Mulut			
Ibu Hamil yang Dilakukan Skrining Gigi dan Mulut	100%	100%	0%
Balita dan Anak Pra Sekolah dilakukan Skrining Gigi dan Mulut	100%	100%	0%
Anak Usia Sekolah dilakukan Skrining Gigi dan Mulut	100%	100%	0%

Semua indikator yang ada di Klaster 3 tidak ada kesenjangan dan tercapai sesuai dengan target

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Puskesmas Setiabudi telah melaksanakan Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2024 dengan hasil sebagai berikut:

1. Kinerja cakupan pelayanan kesehatan dengan nilai termasuk kategori kinerja 98.2% **Baik**
2. Kinerja kegiatan manajemen puskesmas dengan nilai termasuk kategori kinerja 9.9 **Baik**.
3. Berdasarkan Penilaian Kinerja Puskesmas Setiabudi Tahun 2024 diatas hasil kinerja dapat dikategorikan **Baik**.

A. Saran

1. Monitoring dan evaluasi baik dari internal Puskesmas Setiabudi maupun dari Suku Dinas Kesehatan,
2. Meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektor serta berbagai upaya untuk lebih meningkatkan partisipasi masyarakat,
3. Diharapkan untuk tahun-tahun ke depan, masing-masing program dapat meningkatkan Hasil Penilaian Kinerjanya, terutama untuk program-program yang hasil pencapaian kegiatannya masih di bawah target sasaran,
4. Untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan dan mengantisipasi segala dampak pembangunan perlu dibuat upaya baru dalam menanggulangi dan menghadapi masalah-masalah yang ada,
5. Sumber daya kesehatan perlu terus ditingkatkan baik kualitas maupun kuantitasnya, dan

6. Lebih memaksimalkan pengadaan sarana dan prasarana kesehatan guna kelancaran pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan.

Jakarta, 1 Maret 2024
Kepala Puskesmas Kecamatan Setiabudi

dr. Santayana, MPH
NIP 198007092010012027