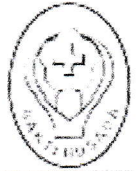


PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
DINAS KESEHATAN

Jl. J.H.Agus Salim Painan (0756) 21218 Fax (0756) 21218



KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PESISIR SELATAN
Nomor : 800.885/MUTU-AKR/DINKES-PS/III/2018

TENTANG

**INDIKATOR PRIORITAS UNTUK MONITORING DAN PENILAIAN KINERJA
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN PESISIR SELATAN**

KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PESISIR SELATAN,

- Menimbang :**
- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan diperlukan bukti adanya monitoring pelaksanaan pelayanan dasar pada urusan kesehatan berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat (SPM);
 - b. bahwa Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan (SPM) sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2018 merupakan acuan bagi Pemerintah Kabupaten Pesisir Selatan dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal;
 - c. bahwa untuk membantu kelancaran dalam pelaksanaan, monitoring dan evaluasinya maka perlu ditetapkan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan di Tingkat Kabupaten Pesisir Selatan dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan.
- Mengingat :**
1. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 2. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 3. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 569);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas;
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan
 7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar Puskesmas;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PESISIR SELATAN TENTANG INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN KABUPATEN PESISIR SELATAN
- KESATU : Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
- KEDUA : Panduan penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan sebagaimana dalam Diktum KESATU mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- KETIGA : Indikator Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan cara penghitungannya tercantum sebagaimana dalam lampiran keputusan ini
- KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Painan

Pada tanggal 22 Maret 2018

KEPALA DINAS KESEHATAN

KABUPATEN PESISIR SELATAN



Dr. H. Satria Wibawa, M. Kes

NIP. 19650531 199803 1 002

INDIKATOR ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

NO	JENIS VARIABEL	NILAI = 10	NILAI = 8	NILAI = 6	NILAI = 4	NILAI = 2	NILAI = 0	NILAI HASIL
I	MANAJEMEN OPERASIONAL PUSKESMAS							#DIV/0!
1.1	Visi Organisasi Puskesmas : O Ada O Makna dari visi O Keterkaitan dengan Visi Dinas Kesehatan Kab/Kota O Tolok Ukur Keberhasilan Visi O Pemahaman Staf tentang Visi (Minimal 3 orang)	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
1.2	Misi Puskesmas : O Ada O Kesesuaian dengan tujuan untuk mencapai Visi O Makna dari Misi O Tolok Ukur Keberhasilan Misi O Pemahaman Staf tentang Misi (Minimal 3 orang)	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
1.3	Dokumen Perencanaan Puskesmas : O Ada O Ada Analisa Situasi O Ada Identifikasi Masalah O Ada Prioritas Masalah O Ada Upaya Pemecahan Masalah O Ada Prioritas Pemecahan Masalah O Ada Rencana Evaluasi/Indikator Keberhasilan O Ada Plan of Action (POA) O Ada Gant Chart	Ada 9 item	Ada 7-8 item	Ada 5-6 item	Ada 3-4 item	Ada 1-2 item	Tidak ada	
1.4	Dokumen Perencanaan Puskesmas memuat Uraian Permasalahan : O Masalah Kesehatan O Masalah dan Pencapaian Visi Puskesmas O Masalah dalam melaksanakan Fungsi Puskesmas O Eksplorasi Akar Penyebab Masalah O Perumusan Akar Penyebab Masalah (4W1H)	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
1.5	Ada Rencana Evaluasi/Indikator Keberhasilan. Lokakarya Mini Bulanan adalah pertemuan yang diselenggarakan setiap bulan di Puskesmas yang dihadiri oleh seluruh staf di Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa serta dipimpin oleh	11-12 kali/tahun	8-10 kali/tahun	5-7 kali/tahun	2-4 kali/tahun	1 kali/tahun	Tidak ada	
1.6	Lokakarya Mini Bulanan : O Sosialisasi masalah-masalah kesehatan terkini O Evaluasi kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan O Problem solving O Rencana Tindak Lanjut (RTL) O Ada notulen, daftar hadir dan bukti fisik yang lain	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
	Lokakarya Triwulanan : O Dipimpin oleh camat atau sekcama O Dihadiri minimal 5 sektor terkait : disdik, kesra, PKK, Anama KR O Evaluasi kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan O Sosialisasi masalah-masalah kesehatan terkini O Ada notulen, daftar hadir dan bukti fisik yang lain	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
1.8	Laporan Bulanan Puskesmas LB1 : O Ada O Terisi lengkap O Dilaporkan maksimal tanggal 5 bulan berikutnya O Dibuat Penyajian Pola Penyakit Terbanyak (Data 21 Penyakit Terbanyak) O Ditanda tangani oleh Pengelola SP3/Program dan Kepala Puskesmas	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
1.9	Laporan Bulanan Puskesmas LB3 : O Ada O Terisi lengkap O Dilaporkan maksimal tanggal 5 bulan berikutnya O Dibuat Penyajian Data Cakupan Program (Cakupan Program Gizi, KIA, Imunisasi, P2M) O Ditanda tangani oleh Pengelola SP3/Program dan Kepala Puskesmas	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
1.10	Laporan Bulanan Puskesmas LB4 : O Ada O Terisi lengkap O Dilaporkan maksimal tanggal 5 bulan berikutnya O Dibuat Penyajian Data Cakupan Program (Cakupan	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	

	○ Tersedia lemari es khusus untuk produk tertentu ○ Obat dikelompokkan dalam jumlah yang mudah dihitung ○ Obat dengan kadaluarsa lebih pendek disimpan lebih depan dibandingkan dengan obat yang mempunyai masa kadaluarsa lebih panjang (First Expire First Out)							
2.7	○ Untuk obat yang tidak mempunyai masa kadaluarsa, penyimpanan berdasarkan kedatangannya. Yang lebih dahulu datang disimpan lebih depan dibandingkan dengan yang datang belakangan (First In First Out) Proses distribusi ○ Tersedia rencana dan jadwal distribusi obat ke sub unit ○ Tersedia permohonan permintaan dari masing-masing sub unit ○ Tersedia catatan pengiriman, penerimaan, pemeriksaan barang oleh sub unit ○ Tersedia laporan distribusi kepada Kepala Puskesmas dari sub unit dengan menggunakan LPLPO sub unit ○ Tersedia sarana re-packing KEGIATAN PENGELOLAAN OBAT DI KAMAR OBAT (APOTIK) PUSKESMAS	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
2.8	Kegiatan pelayanan obat ○ Adanya buku pencatatan harian pemakaian obat ○ Resep yang dilayani dicatat dan disimpan sesuai dengan masing-masing kelompok pasien (umum, Gakin/Gratis, Askes dan lain-lain) ○ Arsip resep disimpan ditempat khusus sekurang-kurangnya selama 3 (tiga) tahun	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item			Tidak ada	
2.9	Kelengkapan resep obat ○ Setiap resep diberi nomor urut tiap harinya ○ Mencantumkan nama penulis resep ○ Mencantumkan alamat puskesmas ○ Mencantumkan nama obat ○ Mencantumkan cara pakai ○ Mencantumkan tanda tangan/paraf ○ Mencantumkan nama pasien ○ Mencantumkan alamat pasien ○ Mencantumkan jenis kelamin ○ Mencantumkan umur/berat badan	Ada 10 item	Ada 8-9 item	Ada 6-7 item	Ada 4-5 item	Ada 1-3 item	Tidak ada	
2.10	Proses Pelayanan Obat ○ Tidak terdapat obat yang telah disimpan/dikemas dalam wadah yang siap diberikan kepada pasien ○ Tidak mengambil obat dalam bentuk tablet/kapsul/kaplet secara langsung, tapi menggunakan sendok/spatula ○ Tidak terdapat obat berlebih diluar wadah obat (petugas kamar obat mengembalikan kelebihan tablet/kapsul ke dalam wadah dan ditutup sebelum membuka yang lain) ○ Tidak terdapat obat puyer yang dikemas sebelum ada permintaan resep ○ Tidak menyediakan obat antibiotika yang telah dioplos sebelum permintaan ○ Jumlah obat yang diberikan sesuai dengan jumlah yang tertulis pada resep	Ada ≥ 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	
2.11	Cara penyerahan dan pemberian informasi ○ Petugas kamar obat memanggil pasien berdasarkan no urut dan menanyakan kembali nama pasien dan no urut setelah dipanggil ○ Petugas kamar obat memberikan informasi nama obat, cara pemakaian, manfaat obat, apa yang dilakukan bila terdapat efek samping obat ○ Petugas kamar obat meminta pasien untuk mengulang petunjuk yang telah diberikan kepada pasien ○ Petugas memisahkan setiap jenis obat dalam kemasan yang berbeda ○ Petugas kamar obat memberi etiket dan label pada kemasan dengan nama pasien, tanggal, cara pemakaian	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada	

	O Ditanda tangani oleh Pengelola SP3/Program dan Kepala Puskesmas						
1.11	Laporan Tahunan Puskesmas LSD1 : O Ada O Terisi lengkap O Dilaporkan maksimal tanggal 5 bulan Januari tahun berikutnya O Dibuat Penyajian Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Pelayanan O Ditanda tangani oleh Pengelola SP3/Program dan Kepala Puskesmas	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
1.12	Laporan Tahunan Puskesmas LSD2 : O Ada O Terisi lengkap O Dilaporkan maksimal tanggal 5 bulan Januari tahun berikutnya O Dibuat Penyajian Sumber Daya Manusia di Puskesmas O Ditanda tangani oleh Pengelola SP3/Program dan Kepala Puskesmas	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
1.13	Laporan Tahunan Puskesmas LSD3 : O Ada O Terisi lengkap O Dilaporkan maksimal tanggal 5 bulan Januari tahun berikutnya O Dibuat Penyajian Ketersediaan Alat Kesehatan yang ada di Puskesmas O Ditanda tangani oleh Pengelola SP3/Program dan Kepala Puskesmas	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
1.14	Laporan Kejadian Luar Biasa (KLB) : O Ada W1 dan atau W2 O Dilaporkan W2 setiap minggu sekali pada hari Senin O Terisi lengkap O Ditanda tangani oleh Kepala Puskesmas dan Pengelola Program O Dibuat Penyajian Data Kejadian Luar Biasa atau Wabah	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
1.15	Laporan Tahunan : O Ada O Kesesuaian dengan Perencanaan Puskesmas O Kesesuaian dengan Data Laporan Bulanan dan Tahunan O Indikator Keberhasilan meliputi Input, Proses, Output dan Outcome O Teridentifikasi Masalah pada Pelaksanaan Kegiatan dan Pencapaian Program O Terdapat Rencana Tindak Lanjut dan Rekomendasi	Ada, 5-6 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
1.16	Laporan Kegiatan : O Ada O Kesesuaian dengan Output Program O Indikator Keberhasilan meliputi Input, Proses dan Output O Dibuatnya jadwal kegiatan O Terdapat Rencana Tindak Lanjut dan atau Rekomendasi	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
1.17	Kesesuaian data laporan SP3 dengan data yang dilaporkan program O LB3 KIA dengan PWS KIA O LB3 Gizi dengan Laporan Gizi O LB3 P2P dengan laporan Imunisasi O LB3 P2P dengan Laporan Penyakit Diare O LB3 P2P dengan Laporan Penyakit TB Paru O LB3 P2P dengan Laporan Kusta O LB3 P2P dengan Laporan Pneumonia O LB3 P2P dengan Laporan Malaria O LB4 dengan Laporan Promkes	Ada ≥ 6 item	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 1-2 item	Tidak ada
1.18	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik O Ada rekam/status pasien O Sesuai standar terdiri dari : - Identitas Pasien - Tanggal/Waktu - Anamnesa - Pemeriksaan Fisik/Penunjang Medik - Diagnosa - Pengobatan/Tindakan - Tanda tangan oleh pemeriksa/dokter	Ada rekam medik, sesuai standar, terisi lengkap		Ada rekam medik, tidak sesuai standar, tidak terisi lengkap			Tidak ada rekam medik
1.19	Melaksanakan Validasi Data di Puskesmas	Ya, setiap bulan Jika ada	Ya, setiap 3 bulan Jika ada	Ya, setiap 6 bulan Jika ada	Ya, setiap 1 tahun Jika	Ya, tidak tentu	Tidak pernah Tidak ada
1.20	Profil Kesehatan Puskesmas						

	3 Kesenambungan data satu dengan data lainnya yang terkait (lihat data sasaran kesehatannya/penduduknya yang sama).						
	4 Peta/Grafik data cakupan						
1.21	Penyajian Data Program Kesehatan ☐ Ada ☐ Situasi daerah, misal geografi, jalur angkutan, desa ☐ Fasilitas kesehatan, misal Pustu, Pusling, Rumah Sakit, Rumah Bersalin, Balai Pengobatan, Posyandu, dll ☐ Sarana Pendidikan misal SD, SMP, SMA, Akademi/Perguruan Tinggi ☐ Data kependudukan misal jumlah KK, penduduk per desa/kelurahan, penduduk per golongan umur, per jenis kelamin ☐ <i>Vital Statistik, misal jumlah kematian kasar, kelahiran, kematian ibu, kematian balita, kematian Bayi</i> ☐ Data ketenagaan Puskesmas, misal tenaga menurut jenis ketenagaan ☐ Gambaran 10 penyakit terbanyak ☐ Gambaran cakupan program-program (minimal 6 program wajib) ☐ Distribusi penyebaran penyakit misal malaria, kusta, tuberkulosis, diare, DBD, HIV/AIDS dll	Ada $\geq$ 7 item	Ada 6 item	Ada 5 item	Ada 3-4 item	Ada 1-2 item	Tidak ada
II MANAJEMEN ALAT & OBAT							
2.1	PENGELOLAAN OBAT DI GUDANG OBAT PUSKESMAS Kegiatan Permintaan Obat, Narkotika, Psikotropika ☐ Petugas Puskesmas membuat permintaan obat menggunakan form LPLPO ☐ Semua kolom dalam LPLPO diisi lengkap ☐ Puskesmas menetapkan stok optimum untuk setiap item obat ☐ LPLPO ditanda tangani kepala puskesmas, petugas puskesmas, Kepala GFK Kab/Kota dan Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota ☐ LPLPO diarsipkan minimal 1 (satu) tahun terakhir	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
2.2	Penerimaan Obat, Narkotika dan Psikotropika ☐ Ada petugas khusus di puskesmas yang bertugas menerima obat ☐ Petugas selalu memeriksa kemasan dan bentuk fisik obat pada saat penerimaan obat ☐ Petugas memeriksa kesesuaian antara obat yang diterima dengan item obat yang dikirim dan yang tercatat dalam LPLPO ☐ Petugas memeriksa dan mencatat tanggal kadaluarsa obat ☐ Petugas penerima mencatat dokumen penyerahan obat dalam buku penerimaan obat, serta mencatat obat narkotika dan psikotropika dalam buku khusus	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
2.3	Pemeriksaan terhadap obat yang diragukan kualitasnya ☐ Petugas menolak/tidak menerima obat yang kadaluarsa atau obat rusak ☐ Petugas menyimpan secara terpisah obat rusak/kadaluarsa ☐ Terdapat buku catatan obat rusak dan kadaluarsa ☐ Terdapat Berita Acara Pemusnahan obat ☐ Terdapat kesesuaian antara obat rusak/kadaluarsa dengan catatan	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
2.4	Lokasi dan kelengkapan penyimpanan obat di gudang ☐ Gudang obat terpisah dari ruang pelayanan ☐ Tersedia kartu stok seluruh item obat yang ada ☐ Tersedia buku penerimaan obat ☐ Tersedia rak penyimpanan atau pallet ☐ Tersedia cukup ventilasi, sirkulasi udara dan penerangan						
2.5	Sarana/gudang obat puskesmas ☐ Jumlah obat sesuai dengan kapasitas gudang/tersedia ruang yang cukup untuk bergerak ☐ Bersih, tidak berdebu, atap gudang obat dalam keadaan baik dan tidak ada yang bocor ☐ Jendela mempunyai teralis ☐ Sarana/Gudang Obat selalu terkunci. Kunci dipegang oleh satu orang petugas ☐ Bebas dari tikus, kecoa dan tanda-tanda yang menunjukkan tikus didalamnya	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada
2.6	Fasilitas penyimpanan	Ada 5 item	Ada 4 item	Ada 3 item	Ada 2 item	Ada 1 item	Tidak ada

2.12	Puskesmas selalu membuat PWS indikator persepsian O Presentase penggunaan antibiotika untuk kasus ISPA tidak lebih dari 20 % O Presentase penggunaan antibiotika untuk kasus diare tidak lebih dari 20 % Presentase penggunaan injeksi untuk kasus mialgia tidak lebih dari 20 % Rata-rata jumlah obat yang dresapkan tidak lebih dari 3 jenis Penggunaan injeksi tidak lebih dari 10 %							
2.13	Kegiatan Pelayanan Farmasi Klinik O SDM pengelola obat adalah apoteker sesuai PPSI O Sosialisasi tentang pelayanan farmasi (PIO) melalui pertemuan, leaflet, poster dan spanduk O Pelayanan Informasi Obat untuk petugas kesehatan O Penyuluhan/promosi kesehatan kepada masyarakat O Konseling O Visite mandiri dan visite bersama tim medis O Pembuatan leaflet, newsletter, poster obat O Home care O Evaluasi kegiatan PIO dan penyampaian hasil evaluasi O PIO untuk pasien rawat jalan dan rawat inap O Ada ruangan untuk konseling PIO	Ada 10-11 item	Ada 7-9 item	Ada 4-6 item	Ada 2-3 item	Ada 1 item	Tidak ada	
III MANAJEMEN KEUANGAN								
3.1	Puskesmas mempunyai buku/catatan administrasi keuangan 1. Dokumen lengkap (buku kas berisi : uang masuk & uang keluar) berdasarkan kegiatan dan sumber anggaran	Item no.1	Item no.2	Item no.3	Item no.4	Item no.5	Tidak ada dokumen keuangan	

	2. Dokumen lengkap (buku kas berisi : uang masuk & uang keluar) berdasarkan sumber anggaran 3. Dokumen lengkap (buku kas berisi : uang masuk & uang keluar) berdasarkan kegiatan 4. Dokumen retribusi yang lengkap tetapi dokumen keuangan lainnya tidak lengkap 5. Ada dokumen tetapi tidak lengkap							
3.2	Membuat catatan bulanan uang masuk-keluar dalam buku kas	Ya, setiap bulan	Ya, setiap 3 (tiga) bulan	Ya, setiap 6 (enam) bulan	Ya, setiap satu tahun	Ya, tidak tentu	Tidak pernah	
3.3	Kepala puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala	Ya, setiap bulan	Ya, setiap 3 (tiga) bulan	Ya, setiap 6 (enam) bulan	Ya, setiap satu tahun	Ya, tidak tentu	Tidak pernah	
3.4	Laporan pertanggungjawaban keuangan program Jamkesmas. Laporan keuangan lengkap meliputi sisa dana tahun lalu; total dana yankes tahun berjalan; biaya pelkes yang dikeluarkan bulan ini (untuk Yandas & persalinan); biaya pelkes yang telah dikeluarkan sampai dengan bulan ini (untuk Yandas & persalinan)	Membuat laporan dan mengisi format laporan keuangan dengan	Membuat laporan dan mengisi format laporan keuangan (tidak	Membuat laporan dan mengisi format laporan keuangan (tidak	Tidak membuat laporan keuangan dan mengisi format pelaporan	Membuat laporan keuangan tetapi tidak mengisi format pelaporan	Tidak membuat laporan keuangan dan tidak mengisi format pelaporan	
IV MANAJEMEN KETENAGAAAN								
4.1	Membuat daftar/catatan kepegawaian petugas/Daftar Urutan Kepangkatan (DUK) ada dan setiap kolom berisi O 1. Seluruh petugas O 2. Nomor, Nama dan NIP O 3. Pendidikan terakhir O 4. Umur O 5. Pangkat / Golongan O 6. TMT pangkat / golongan O 7. Jabatan O 8. Status perkawinan O 9. DUK dibuktikan dengan bukti fisik	Ada 8 item (no. 1-8)	Ada 6-7 item (no. 1-6/7)	Ada 4-5 item (no. 1-4/5)	Ada 2-3 item (no. 1-2/3)	Ada 1 item (no. 1)	Tidak ada	
4.2	Puskesmas mempunyai arsip kepegawaian petugas (semua item dibuktikan dengan arsip) : O 1. Seluruh petugas O 2. FC SK Calon Pegawai O 3. FC SK PNS O 4. FC SK Terakhir O 5. FC Ijazah Pendidikan Terakhir O 6. FC SK Penugasan O 7. DP3 O 8. Kenaikan Gaji Berkala	Ada 9 item (no. 1-9)	Ada 7-8 item (no.	Ada 5-6 item (no.	Ada 3-4 item (no.	Ada 1-2 item (no.	Tidak ada	

4.3	O 9. Surat Keterangan Cuti Puskesmas membuat Struktur Organisasi beserta uraian tugas dan tanggung jawab setiap petugas O 1. Adanya Struktur Organisasi yang jelas O 2. Adanya uraian tugas dan tanggung jawab yang jelas untuk seluruh petugas O 3. Jabatan jelas sesuai dengan pendidikan dan jenjang karier yang ditetapkan O 4. Uraian tugas harus realistis dari aspek teknik O 5. Uraian tugas harus realistis dari aspek keterjangkauan sumber daya	Ada 5 item (no. 1-5)	Ada 4 item (no. 1-5)	Ada 3 item (no. 1-5)	Ada 2 item (no. 1-5)	Ada 1 item (no. 1-5)	Tidak ada	
4.4	Puskesmas membuat rencana kerja bulanan dan tahunan bagi setiap petugas sesuai dengan tugas, wewenang dan tanggung jawab O 1. Rencana kerja bulanan ada bagi seluruh petugas O 2. Rencana kerja tahunan bagi seluruh puskesmas O 3. Rencana kerja bulanan ada bagi 50% - <100% petugas O 4. Rencana kerja tahunan ada untuk 50% - <100% petugas O 5. Rencana kerja bulanan dan atau tahunan hanya ada di sebagian kecil petugas (<50%)	Ada 2 item (no.1 & 2)	Ada 2 item (no.1 & 4)	Ada 3 item (no.2,3 & 4)	Ada 2 item (no.3 & 4)	Ada 1 item	Tidak ada	
4.5	Puskesmas melakukan pembinaan kepada petugas dengan cara penilaian DP3, pemberian penghargaan, kesejahteraan petugas dan pemberian sanksi O Penilaian DP3 O Pemberian penghargaan	Memenuhi ke-4 aspek tersebut dan tepat waktu	Memenuhi ke-4 aspek tersebut dan tidak tepat waktu	Memenuhi hanya 3 aspek tersebut dan tepat waktu	Memenuhi hanya 2 aspek tersebut dan tepat waktu	Memenuhi hanya 1 aspek tersebut dan tepat waktu	Memenuhi ke-4 aspek tersebut dan tepat waktu	
4.6	O Kesejahteraan petugas O Pemberian sanksi Puskesmas mempunyai data keadaan, kebutuhan, Nakes, Non Nakes, PNS, Non PNS, dan sesuai PP 32 Tahun 1996 / sesuai format rutin Jawa Barat	Data lengkap memenuhi	Hanya memenuhi i 5-6	Hanya memenuhi i 3-4	Hanya memenuhi i 1-2	Tidak sesuai dengan	Tidak ada	
4.7	Puskesmas mempunyai data keadaan dan kebutuhan bidan di desa 1 Ada dan lengkap dengan data kepegawaiannya 2 Ada tetapi tidak lengkap dengan data kepegawaiannya	Ada, item no. 1		Ada, item no.2				
4.8	Puskesmas mempunyai daftar pejabat fungsional yang O Per jenis tenaga O Membuat tugas pokok dan fungsi sesuai dengan profesi O Membuat catatan kegiatan harian O Membuat DUPAK per semester O DUPAK ditandatangani oleh Kepala Puskesmas	Memenuhi 5 aspek	Memenuhi 4 aspek	Memenuhi 3 aspek	Memenuhi 2 aspek	Memenuhi 1 aspek		
4.9	Puskesmas mempunyai data sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya 1 Ada 2 Tidak ada	Ada, no. 1					Tidak ada, no. 2	
4.10	Puskesmas mempunyai daftar institusi Pendidikan Kesehatan yang ada di wilayah kerjanya 1 Ada 2 Tidak ada	Ada, no. 1					Tidak ada, no. 2	
V PROGRAM PENGAMATAN & PENCEGAHAN PENYAKIT								#DIV/0!
5.1	Membuat PWS per desa / per wilayah : O DPT - HB1 O Polio 4 O Hepatitis B1 < 7 hari O Campak O DO DPT HB1 - Campak	5 jenis PWS	5 jenis PWS	5 jenis PWS	5 jenis PWS	5 jenis PWS	Tidak ada PWS	
5.2	Menyampaikan hasil analisis dan rencana tindak lanjut PWS dalam rapat koordinasi tingkat kecamatan	12 kali dalam setahun lengkap	8 kali dalam setahun 3 mitra	6 kali dalam setahun 2 mitra	4 kali dalam setahun 1 mitra instansi terkait	2 kali dalam setahun 1 mitra program terkait	tidak / belum pernah tidak / belum terjalin kemitraan	
5.3	Menjalin kemitraan dengan : O Program terkait (KIA, Promkes, SE) O Instansi terkait (Diknas, Depag) O Kepala Desa O Tokoh masyarakat							
5.4	Kewaspadaan dini KLB penyakit potensial wabah melalui O Membuat grafik mingguan O Melakukan analisis O Membuat rencana berdasarkan no. 1 & 2 O Melaksanakan rencana yang dibuat	lengkap	Membuat no. 1-3 SKD	Membuat no. 1-2 SKD	Membuat no. 1 SKD	Membuat laporan W2 tanpa membuat grafik	Tidak ada W2	

5.5	Menjalankan Sistem Kewaspadaan Dini faktor risiko (pilih 1 atau lebih penyakit potensial KLB di Wil.Kerja Puskesmas) melalui : O Pemetaan faktor risiko O Dokumentasi faktor risiko penyakit O Ada rencana intervensi faktor risiko O Ada dokumentasi intervensi faktor risiko	lengkap	Membuat no. 1-3	Membuat no. 1-2	Membuat no. 1	Hanya dokumen asli	Tidak ada	
TOTAL NILAI								
NILAI RATA-RATA								

INDIKATOR MUTU UKM

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	SATUAN	TARGET	KET
	UKM ESENSIAL					
1	PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN	1	Cakupan nagari siaga aktif	Nagari	100	
		2	Cakupan PHBS di rumah tangga	RT	75	
		3	Posyandu purnama dan mandiri	Posyandu	60	
		4	Cakupan Nagari Siaga Mandiri	Nagari	50	
2	PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN	1	Persentase Penduduk yang Memiliki Akses Air Bersih	Penduduk	70	
		2	Persentase Penduduk yang Menggunakan Jamban Sehat	Penduduk	78	
		3	Cakupan Nagari Stop BABS	Nagari	50	
		4	Cakupan Rumah Sehat	RT	88	
		5	Cakupan TTU yang memenuhi syarat	TTU	89	
		6	Cakupan TPM yang Memenuhi Syarat	RM		
3	PELAYANAN KESEHATAN KIA DAN KB	1	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K1	Bumil	98	
		2	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4	Bumil	90	
		3	Cakupan pertolongan persalinan di Fasilitas Kesehatan	Bulin	90	
		4	Cakupan Pelayanan Kesehatan Bumil Resti Masyarakat	Bumil Resti	100	
		5	Cakupan pelayanan ibu nifas (KF3)	Bulin	90	
		6	Penanganan Komplikasi Maternal	Bumil Resti	80	
		7	CDR	Pddk	75	
		8	Cakupan kunjungan bayi	Bayi	80	
		9	Cakupan balita	Balita	80	
		10	Cakupan Kunjungan Neonatus (KN I)	Bayi	90	
		11	Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN 3)	Bayi	90	
		12	Penanganan Komplikasi Neonatus	Bayi Resti	80	
		13	Cakupan MTBS	Balita Sakit	80	
4	PELAYANAN GIZI		Prevalensi gizi kurang BB/T3(≤2 SD)(wasting) kurus & sangat kurus	Balita	4,65	
		2	% kasus balita gizi buruk yg mendapat perawatan	Balita	100	
		3	% balita yg ditimbang berat badannya	Balita	87	
		4	% bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif	Bayi	47	
		5	% RT mengkonsumsi garam beryodium	RT	95	
		6	% balita 6-59 bulan mendapat kapsul vit A	Balita	89	
		7	% ibu hamil yg mendapat tablet tambah darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan	Bumil	95	
		8	% ibu hamil kurang energi kronik (KEK) yg mendapat makanan tambahan	Bumil	80	
		9	% balita kurus yang mendapat makanan tambahan	Balita	85	
		10	% Remaja Putri (umur 10 s/d 18 th) Mendapat TTD	Remaja	25	
		11	% ibu nifas mendapat kapsul Vit A	Bufas	82	

		12	% bayi yang baru lahir mendapat IMD	Bayi	47	
		13	% bayi dengan BBLR / berat badan ≤ 2500 g	Bayi	6,5	
		14	% balita mempunyai buku KIA / KMS	Balita	100	
		15	% balita ditimbang yang naik berat badannya	Balita	87	
		16	% balita ditimbang yang tidak naik berat badannya	Balita	6	
		17	% balita ditimbang yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut (2T)	Balita	2	
		18	% balita dibawah garis merah	Balita	0,4	
		19	% ibu hamil anemia	Bumil	20	
5	PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT	1	Cakupan desa/kelurahan UCI	Nagari	90	
		2	Cakupan imunisasi lengkap pada bayi	Bayi	96	
			Cakupan imunisasi pada balita	Balita	50	
		3	Penemuan balita pnemonuia balita	Balita	90	
		4	Penemuan pasien baru TB BTA Positif	Pdrt	90	
		5	Cakupan angka kesembuhan dan atau pengobatan lengkap penderita BTA +	Pdrt	90	
		6	Penderita DBD yang ditangani	Pddk	52/100.000	
		7	Cakupan penderita diare	Pddk	0,027	
		8	Cakupan pengamatan penyakit berpotensi wabah (W2)		100	
		9	Cakupan desa atau kelurahan yang mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan		100	
					100	
		10	Cakupan angka bebas jentik	RT	95	
			Kasus gigitan HPR yang dapat tata laksana kasus	Pdrt	100	
6	PELAYANAN KEPERIWATAN MASYARAKAT	1	Cakupan Keluarga Binaan Perkesmas	KK	85	
		2	Cakupan Keluarga Mandiri (KM3-4) Perkesmas	KK	65	
		3	Kelompok Resti Binaan Perkesmas	KK Resti	85	
	UKM PENGEMBANGAN					
1	PELAYANAN KES JIWA	1	% ODGJ Mendapat Pelayanan Kesehatan	ODGJ	100	
2	PELAYANAN KES GIGI MASYARAKAT	1	Cakupan UKGMD	Pddk	80	
		2	Cakupan UKGS	Sekolah	85	
3	PELAYANAN KES TRADISIONAL KOMPLEMENTER	1	Cakupan pelayanan kes tradisional alternatif dan komplementer (Yankestradkom)	Pusk	6	
		2	Pemanfaatan Toga Aktiv	Pusk	45	
		3	Cakupan Kelompok Asuhan Mandiri (Asman)	Kelompok	3	
4	PELAYANAN KES OLAH RAGA	1	Cakupan pelayanan kes olah raga pada kelompok masyarakat	Pusk	100	
5	PELAYANAN KES INDERA	1	Cakupan pelayanan kesehatan indera	Pusk	100	
6	PELAYANAN KES LANSIA	1	Pelayanan kesehatan lansia	Lansia	100	
		2	Puskesmas Santun Lansia	Pusk	35	
		3	Puskesmas Membina Posyandu Lansia	Pusk	70	
7	PELAYANAN KES KERJA	1	Pembentukan Pos UKK	Pusk	100	

USULAN INDIKATOR LAYANAN KLINIS PUSKESMAS

NO	UNIT PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET
1	Ruang Pendaftaran	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah tenaga terlatih	100%
		Indikator Proses: Pelayanan di ruang pendaftaran sesuai SOP	100%
		Indikator Output: - Waktu tunggu pelayanan di ruang pendaftaran <10 menit - Kesalahan pemberian rekam medis - Berkas rekam medis pasien ulangan yang tidak ditemukan	100% 0% 0%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
2	Poli Umum	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah dokter	100%
		Indikator Proses: Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: - Waktu tunggu pelayanan <15 menit - Peresepan sesuai formularium Puskesmas - Jumlah rujukan kasus non spesialis	100% 100% <10%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
3	Poli KIA	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah dokter atau bidan terlatih	100%
		Indikator Proses: Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: - Pelayanan ANC sesuai standar - Pelayanan MTBS dan MTBM sesuai standar	100% 100%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
4	Poli KB	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah dokter atau bidan terlatih	100%
		Indikator Proses: Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: Kejadian infeksi paska pemasangan implan	0%

		Kejadian infeksi paska penyuntikan obat KB	0%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
5	Poli Gigi	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah dokter gigi atau perawat gigi	100%
		Indikator Proses: Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: Jumlah rujukan kasus non spesialis	<10%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
6	Laboratorium	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah analis	100%
		Indikator Proses: Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: - Kesalahan identifikasi jenis pemeriksaan - Waktu tunggu pemeriksaan sesuai standar yang ditetapkan di Puskesmas	0% 100%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
7	Apotek	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah tenaga farmasi	100%
		Indikator Proses: Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: - Kesalahan pemberian obat - Pemberian informasi obat kepada pasien	0% 100%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
8	UGD	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah tenaga yang terlatih kegawat darurat	100%
		Indikator Proses: Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: - Kejadian pasien jatuh dari tempat tidur - Kejadian infeksi paska penjahitan luka	0% <5%
		Indikator Outcome: Kepuasan Pelanggan	>80%
9	Rawat Inap	Indikator Input: Pemberi pelayanan adalah dokter dan paramedis	100%
		Indikator Proses:	

		• Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: • Kejadian pasien jatuh dari tempat tidur • Kejadian flebitis paska pemasangan infus	0% 0%
		Indikator Outcome: • Kepuasan Pelanggan	>80%
		Indikator Input: • Pemberi pelayanan adalah tenaga yang terlatih (Dokter, Bidan, Perawat)	100%
10	Ruang Bersalin / Poned	Indikator Proses: • Pelayanan sesuai SOP	100%
		Indikator Output: • Kejadian pasien jatuh dari tempat tidur • Kasus kematian ibu di ruang bersalin • Kasus kematian bayi di ruang bersalin	0% 0% 0%
		Indikator Outcome: • Kepuasan Pelanggan	>80%

Ditetapkan di : Painan
Tanggal : 22 Maret 2018

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Pesisir Selatan

Dr. H. Satria Wibawa, M. Kes
NIP. 19650531 199803 1 002