PENILAIAN KINERJA
PUSKESMAS KOJA
JANUARI – DESEMBER
TAHUN
2025

JL MAHONI NO.9 TUGU UTARA
JAKARTA UTARA
TELP. 021-43905753 FAX.021-43905753
KODE POS 14260
EMAIL : pkc.koja@jakarta.go.id

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, bahwasanya dengan limpahan rahmatNya kami dapat menyelesaikan Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) Puskesmas Koja periode Januari - Desember Tahun 2025 sesuai rencana. Penilaian Kinerja Puskesmas merupakan upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi puskesmas, bahan acuan untuk melihat capaian pembangunan kesehatan, serta dasar perencanaan pembangunan kesehatan selanjutnya.

Penilaian Kinerja Puskesmas ini kami susun berdasarkan data dasar, hasil kerja serta penilaian yang kami berikan selama kegiatan Januari – Desember Tahun 2025. Kami menyadari dalam penyusunan PKP ini masih banyak kekurangan, maka kami sangat mengharapkan saran dan kritik yang sangat membangun.

Akhir kata semoga Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2025 ini berguna bagi semua pihak terkait, khususnya bagi Puskesmas Koja dan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta untuk dijadikan acuan evaluasi kegiatan masing-masing program kerja periode Januari - Desember Tahun 2025, pelaksanaan kegiatan dan untuk menyusun strategi program kerja di bulan berikutnya Tahun 2026.

Jakarta, 31 Desember 2025
KEPALA PUSKESMAS KOJA
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA UTARA

Ns. Khairiyah, S.Kep, MM
NIP. 197806032014122002

DAFTAR ISI

Kata Pengantar …….. i

Daftar Isi ii

Visi, Misi, dan Tata Nilai iv

BAB I : PENDAHULUAN 1

I.1 Latar Belakang …….. 1

I.2 Tujuan ……. 2

I.3 Manfaat …… 2

1.4 Ruang Lingkup …….. 3

BAB II : MATRIKS PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS 6

II.1 Matriks Penilaian Klaster 1 ……..…….. 6

II.2 Matriks Penilaian Klaster 2 27

II.3 Matriks Penilaian Klaster 3 46

II.4 Matriks Penilaian Klaster 4 54

II.5 Matriks Penilaian Lintas Klaster 62

II.6 Penyajian Grafik Sarang Laba-Laba 69

BAB III : ANALISA HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS …..... 76

III.1 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 1 77

III.2 Analisa HASIL Penilaian Kinerja Klaster 2,3,4 dan Lintas Klaster 79

BAB IV: RENCANA TINDAK LANJUT…… 83

BAB V : PENUTUP…… 91

VISI

“MENJADI PUSKESMAS TERBAIK KEBANGGAAN DKI JAKARTA”

MISI

1. Meningkatkan kualitas dan kompetensi sumber daya manusia secara berkelanjutan
2. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat secara menyeluruh
3. Meningkatkan sarana dan prasarana yang tepat guna
4. Menciptakan suasana kerja yang nyaman dan harmonis
5. Menjalin dan mengembangkan kemitraan dengan lintas sektor dan instansi terkait

TATA NILAI

Tata Nilai Pusat Kesehatan Masyarakat Kecamatan Koja BerAkhlak, yaitu:

1. **Berorientasi Pelayanan**

Hal-hal yang harus dilakukan oleh pegawai

a. Memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat
b. Ramah, cekatan, solutif, dan dapat diandalkan
c. Melakukan perbaikan tiada henti

2. Akuntabel

Hal-hal yang harus dilakukan oleh pegawai

a. Melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, disiplin, dan berintegritas tinggi
b. Menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien
c. Tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan

3. Kompeten

Hal-hal yang harus dilakukan oleh pegawai

a. Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah
b. Membantu orang lain belajar
c. Melaksanakan tugas dengan kulitas terbaik

4. Harmonis

Hal-hal yang harus dilakukan oleh pegawai

a. Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya
b. Suka menolong orang lain
c. Membangun lingkungan kerja yang kondusif

5. Loyal

Hal-hal yang harus dilakukan oleh pegawai

a. Memegang teguh ideology Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945, NKRI serta Pemerintah yang sah
b. Menjaga nama baik sesame ASN, Pimpinan, Instansi dan Negara
c. Menjaga rahasia jabatan dan negara

6. Adaptif

Hal-hal yang harus dilakukan oleh pegawai

a. Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan
b. Terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas
c. Bertindak proaktif

7. Kolaboratif

Hal-hal yang harus dilakukan oleh pegawai

a. Memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi
b. Terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah
c. Menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama

KEBIJAKAN MUTU

Komitmen meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat secara menyeluruh menuju Puskesmas Terbaik Kebanggaan DKI Jakarta.

MOTTO

“RAMAH NYAMAN BERKUALITAS, BANGGA MELAYANI BANGSA”

JANJI PELAYANAN

1. Melayani dengan ketulusan hati
2. Memberikan informasi secara jelas dan benar
3. Mengutamakan keselamatan pasien
4. Mentaati waktu pelayanan
5. Tidak melakukan KKN (Korupsi, Kolusi dan Nepotisme)

MAKLUMAT PELAYANAN

“Dengan ini, kami menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai Standar Pelayanan yang telah ditetapkan.

Dan apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kami, tidak sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan, kami bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku”

BAB I
PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota, yang melaksanakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventtif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan dan pembinaan kesehatan masyarakat telah tersedia Pusat Kesehatan Masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang lebih dikenal dengan sebutan Puskesmas merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama.

Agar Puskesmas dapat mengelola upaya kesehatan dengan baik dan berkesinambungan dalam mencapai tujuannya, maka Puskesmas harus menyusun rencana kegiatan untuk periode 5 (lima) tahunan yang selanjutnya akan dirinci lagi ke dalam rencana tahunan Puskesmas sesuai siklus perencanaan anggaran daerah. Semua rencana kegiatan baik 5 (lima) tahunan maupun rencana tahunan, selain mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan kabupaten/kota harus juga disusun berdasarkan pada hasil analisis situasi saat itu (*evidence based*) dan prediksi kedepan yang mungkin terjadi. Proses selanjutnya adalah penggerakan dan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kegiatan/program yang disusun. Setelah kegiatan dilaksanakan, maka tahap selanjutnya adalah melakukan pengawasan dan pengendalian diikuti dengan upaya-upaya perbaikan dan peningkatan (*Corrective Action*). Setelah semua tahapan dilaksanakan, untuk mengetahui tingkat kinerja Puskesmas perlu

dilaksanakan penilaian hasil kegiatan melalui Penilaian Kinerja Puskesmas.

Sesuai dengan pengertiannya, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Suku Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Oleh karena itu keberhasilan penyelenggaraan Puskesmas, tidak lepas dari tanggung jawab Suku Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta memberikan dukungan penuh dalam proses manajemen Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta sehingga menghasilkan kinerja Puskesmas yang efektif dan efisien.

I.2 Tujuan

1. Tujuan Umum:

   Sebagai pedoman dalam penyusunan laporan Penilaian Kinerja Puskesmas di Wilayah Provinsi DKI Jakarta.
2. Tujuan Khusus:

   a. Menyamakan persepsi dalam penetapan indikator kinerja puskesmas di Wilayah Provinsi DKI Jakarta;
   b. Menyeragamkan teknis penulisan laporan Penilaian Kinerja Puskesmas;
   c. Sebagai bahan untuk melakukan feedback oleh Suku Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

I.3 Manfaat

1. Bagi Puskesmas:
   a. Mendapatkan gambaran kemampuan kinerja serta tingkat pencapaian/prestasi Puskesmas.
   b. Mengetahui masalah dan hambatan dalam penyelenggaraan Puskesmas berdasarkan kesenjangan pencapaian kinerja Puskesmas (*output dan outcome*) sebagai dasar perencanaan..
   c. Sebagai dasar untuk melakukan pembinaan kepada penanggung jawab dan pelaksana Program serta jaringan Puskesmas, serta melakukan koordinasi dengan lintas sektor, sehingga pembinaan dan dukungan yang diberikan lebih terarah.

2. Bagi Dinas Kesehatan:
    a. Mendapatkan gambaran tingkat perkembangan prestasi Puskesmas di wilayah kerjanya.
    b. Mengetahui masalah dan hambatan dalam penyelenggaraan Puskesmas.
    c. Mendapatkan gambaran kemampuan manajemen Puskesmas.
    d. Sebagai dasar untuk melakukan pembinaan kepada Puskesmas

I.3 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.

Proses penyusunan perencanaan, penggerakkan pelaksanaan, dan pelaksanaan penilaian kinerja;

a. Manajemen sumber daya termasuk manajemen sarana, pra sarana, alat, obat, sumber daya manusia, dan lain-lain;
b. Manajemen keuangan dan Barang Milik Negara/ Daerah;
c. Manajemen pemberdayaan masyarakat;
d. Manajemen data dan informasi;
e. Manajemen program, termasuk Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga; dan
f. 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.

I.3.1 Proses Penilaian Kinerja Puskesmas

Proses Penilaian Kinerja Puskesmas meliputi beberapa tahapan antara lain:

a. Pembentukan Tim Penilai Kinerja (Penanggung jawab Klaster, Program dan petugas pengawas kinerja Puskesmas, tim rekapitulasi data hasil kinerja, dan tim mutu)
b. 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.
c. Analisis terhadap hasil yang telah dicapai dibandingkan dengan target yang ditetapkan.
d. Mencari penyebab, faktor faktor pendukung maupun faktor penghambat pencapaian program serta menyusun rencana pemecahannya
e. Hasil analisa dan tindak lanjut rencana pemecahannya,dijadikan dasar dalam penyusunan RUK

I.3.2 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.

I.3.3 Waktu pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas

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

I.3.4 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.

I.3.5 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

I.1 Matriks Penilaian Klaster 1

Penilaian kegiatan manajemen puskesmas dikelompokkan menjadi tujuh kelompok:

1) Menyelenggarakan manajemen inti Puskesmas;
2) Manajemen arsip;
3) Manajemen sumber daya manusia;
4) Manajemen sarana, prasarana, dan perbekalan kesehatan;
5) Manajemen mutu pelayanan;
6) Manajemen keuangan dan aset atau barang milik daerah;
7) Manajemen sistem informasi digital;

Penilaian kegiatan manajemen puskesmas dengan mempergunakan skala nilai sebagai berikut :

- Skala 1 nilai 0
- Skala 2 nilai 4
- Skala 3 nilai 7
- Skala 4 nilai 10

Nilai masing-masing kelompok manajemen adalah rata-rata nilai kegiatan masing-masing kelompok manajemen.

Cara penilaian :

1. Nilai manajemen dihitung sesuai dengan hasil pencapaian puskesmas dan dimasukkan ke dalam kolom yang sesuai
2. Hasil nilai skala dimasukkan ke dalam kolom nilai akhir tiap variabel
3. Hasil rata-rata dari penjumlahan nilai variabel dalam manajemen merupakan nilai akhir manajemen
4. Hasil rata-rata dikelompokkan menjadi :
   Baik : Nilai rata-rata > 8,5
   Cukup : Nilai rata-rata 5,5 – 8,4
   Kurang : Nilai < 5

Hasil capaian indikator Manajemen Puskesmas Bulan Januari – Desember 2025 dapat dilihat pada tabel berikut:

INDIKATOR KLASTER 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	- 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 dijumpai pada bulan atau periode yang lalu, Pemantauan pelaksanaan rencana yang akan datang, Melakukan evaluasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)	Tidak melaksanakan	< 5 kali / tahun	5-8 kali / tahun	9-12 kali / tahun	10
5	Melaksanakan mini lokakarya Tribulanan	- 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 sebulumnya Mengirimkan ke dinas kesehatan kab/kota, dan mendapatkan feedback dari suku dinas kesehatan kab/kota	Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan oleh puskesmas untuk kemudian hasil penilaian akan diverifikasi dan diberikan feedbackoleh suku dinas kesehatan kabupaten/kota.	Tidak membuat	Membuat tapi tidak mengirimkan	membuat dan mengirimkan tetapi tidak mendapat feedback	membuat, mengirimkan, dan mendapat mendapat feedback dinas kesehatan kab/kota	10
7	Membuat Laporan Kinerja BLUD ditahun sebelumnya untuk dilaporkan ke Gubernur melalui dinas kesehatan dan BPKD	Laporan Kinerja BLUD terdiri atas laporan kinerja keuangan dan non keuangan tahun sebelumnya yang setiap tahunnya di laporkan di Semester 1 tahun berjalan.	Tidak ada laporan	membuat laporan sebagian/ tidak lengkap	membuat laproan lengkap tapi tidak mengirimkan atau mengirimkan tidak tepat waktu	Ada laporan, dikirimkan tepat waktu	10
8	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
9	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
10	Ada struktur organisasi	Penataan organisasi dan sumber daya Puskesmas berdasarkan klaster	Tidak ada			Ada	10
11	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
12	Tersedia SDM BLUD Bersertifikat	Tersedia SDM Puskesmas yang sudah mengikuti pelatihan Manajemen keuangan BLUD	Tidak ada			Ada	10
13	Tersedia 9 Jenis Tenaga Kesehatan	dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, nutrisionis, tenaga apoteker dan atau tenaga teknis kefarmasian, dan ahli teknologi laboratorium medik	Tidak Tersedia			Tersedia	10
14	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 keiatan yang terlibaat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatn dalam suatu organisasi melalui instrument penilaian kinerja	Tidak dilaksanakan			Dilaksanakan	10
15	Ada Perencanaan pengembangan SDM (Adanya perencanaan SDM)	Menyusun strategi untuk memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan.	Tidak ada			Ada	10
16	Jumlah SDMK 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							**8.6**
17	Ada daftar inventaris sarana prasarana 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
18	Persentase keaktifan pembaruan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)	Data sarana, prasarana dan alat kesehatan dilakukan pembaharuan pencatatan di dalam sistem ASPAK	<100%			100%	0
19	Persentase kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)	Data sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dilakukan pencatatan di dalam sistem ASPAK sudah sesuai standar	<61%		61%-80%	>80%	7
20	Dilakukan inventarisasi Alat Kesehatan di Puskesmas	Inventarisasi Alat Kesehatan di puskesmas adalah kegiatan pencatatan seluruh Alat Kesehatan yang dimiliki puskesmas ke dalam database Alat Kesehatan sesuai SE nomor 48/SE/2024 melalui link https://bit.ly/DatabaseAlatkesehatanDinkesProvinsiDKIJakarta	Tidak dilakukan			Dilakukan	10
21	Dilakukan pemeliharaan alat kesehatan	Pemeliharaan alat kesehatan merupakan serangkaian kegiatan pemeliharaan alat kesehatan selain alat kesehatan habis pakai yang meliputi uji fungsi, kalibrasi, uji keselamatan, uji kinerja dan perbaikan	<100%			100%	10
22	Tersedia Barang Medis Habis Pakai sesuai standar	Bahan medis habis pakai adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai terdiri dari alkes non elektromedik steril/non steril dan produk diagnostik in vitro sesuai standar	<40%	40%-60%	61%-92%	>92%	10

23	Pelayanan Kefarmasian dilaksanakan oleh Apoteker	Pelayanan Kefarmasian termasuk Pengelolaan obat dan pelayanan farmasi klinis	Dilaksanakan oleh bukan apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian	Tidak sepanjang waktu pelayanan dilaksanakan oleh Tenaga Teknis Kefarmasian	Sepanjang waktu dilaksanakan oleh Tenaga Teknis Kefarmasian	Sepanjang waktu dilaksanakan oleh Apoteker	10
24	Pelaporan Kefarmasian dilaksanakan tepat waktu dan lengkap	Pelaporan pengelolaan obat dan pelayanan farmasi klnis	Tidak mengirimkan	Mengirimkan laporan tidak lengkap dan tidak tepat waktu	Mengirimkan lengkap namun tidak tepat waktu	Mengirimkan lengkap dan tepat waktu	10
25	Tersedia Laporan Stok Opname Persediaan (Obat dan BMHP)	Penacatatan Penerimaan dan Pengeluaran Obat di masing-masing Klaster	Tidak dilakukan	Ya, beberapa unit	Ya, sebagian besar unit	Ya, diseluruh unit	10
D. Manajemen Keuangan dan Barang milik Daerah							10
26	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	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

				terdapat perubahan RBA > 12 kali			
27	Ketepatan waktu membuat laporan bulanan keuangan per bulan (laporan meliputi E BKU diselesaikan kurang dari tanggal 5 bulan berikutnya)		Tidak menyampaikan Laporan Buku Kas Umum Bulanan.	Menyampaikan Laporan Buku Kas Umum Bulanan secara lengkap tapi terlambat di atas 5 hari dari target waktu.	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
28	Standar Operasional Prosedur pengelolaan kas	Standar Operasioanal 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
29	Penyerapan anggaran >= 90% (DES)	Penyerapan Anggaran merupakan indikator kinerja yang digunakan untuk mengukur kualitas pelaksanaan anggaran berdasarkan kesesuaian eksekusi belanja dengan target penyerapan anggaran >90 % pertahun	Realisasi penyerapan anggaran <=50%	Realisasi penyerapan anggaran 51 - 75%	Realisasi penyerapan anggaran 76 - 90%	Realisasi penyerapan anggaran > 90 %	10

E. Manajemen Sistem Informasi Digital							10
30	Tersedia Rekam Medik Elektronik (RME)	Tersedia Sistem Informasi Puskesmas yang terintegrasi dengan satu sehat	Tidak			Ya	10
31	Ditetapkannya tim Sistem Informasi Puskesmas (petugas dan SK Tim)	Tersedia SK Penetapan Tim Sistem Data dan Informasi Puskesmas	Tidak ditetapkan			Ditetapkan	10
32	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
33	Membuat dan mengirim laporan bulanan ke sudinkes kota/kab tepat waktu	Laporan Program dan Klaster	Tidak mengirimkan	Mengirimkan <6 laporan tepat waktu	Mengirimkan 6 s.d. 9 laporan tepat waktu	Mengirimkan 10 s.d. 12 laporan tepat waktu	10
F. Manajemen Jejaring							10
34	Terdapat MOU dengan jejaring pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas	Terdapat MOU Puskesmas dengan Jejaring Pelayanan Kesehatan	Tidak ada			Ada	10
35	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
36	Tersedia laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas	Puskesmas mengkoordinir kebutuhan laporan dari Jejaring di wilayah kerjanya	Tidak ada			Ada	10

G. Manajemen Promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat							**10**
37	Terlaksananya identifikasi kebutuhan masyarakat (SMD, MMD, dan upaya lain) dinilai dari pelaksanaan, pengumpulan laporan dan tindak lanjut	Proses menilai untuk memperoleh kebutuhanyang diinginkan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan diPuskesmas 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
38	Adanya Posyandu siklus hidup 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	10
39	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 sehinga 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 alternatif kegiatan lainnya seperti kunjungan rumah, pemantauan jarak jauh, pengukuran mandiri dan	<20 %	20-40 %	41-60%	>60 %	10

		janji temu. Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan --- Rumus Perhitungan : Jumlah UKBM yang Aktif di suatu wilayah dibagi Jumlah UKBM yang ada di suatu wilayah dikali 100%					
40	UKBM melaksanakan revitalisasi pelayanan	Penjelasan : Revitalisasi pelayanan UKBM yang dimaksud adalah upaya pengintegrasian layanan kesehatan bayi, balita, usia produktif, ibu, dan/atau lansia dalam satu bentuk UKBM terintegrasi. Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan --- Rumus Perhitungan : Jumlah UKBM yang melaksanakan revitalisasi pelayanan --- Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan	0			2	10
41	Persentase Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang Dilakukan Pendampingan	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 sehinga jenis UKBM di satu wilayah dengan	0	<20%	20-30%	>30%	10

		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. Pendampingan adalah proses pemantauan dan evaluasi pelaksanaan UKBM di masingh-masing wilayah yang dapat menghasilkan keluaran berupa pencatatan, pelaporan, profil dan evaluasi UKBM. Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan --- Rumus Perhitungan : Jumlah UKBM yang dilakukan pendampingan dibagi jumlah UKBM yang ada di suatu wilayah 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					
H. Manajemen Mutu Pelayanan Puskesmas							**10**
42	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.	Tidak baik 25.00 - 64.99	Kurang Baik 65.00 - 76.60	Baik 76.61-88.30	Sangat Baik 88.31 - 100	10

43	Tersedia Manajemen Risiko	Manajemen risiko adalah proses untuk mengelola risiko dengan cara mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring dan reviu 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 mancakup 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
44	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

45	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 (>=85%) dengan waktu pengukuran tiap bulan 2. Kepatuhan 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 (>=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 (>=76,61) dengan waktu pengukuran per semester	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
I. Manajemen Program						**10**	
46	Indeks Keluarga Sehat (IKS)	Penjelasan: Keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator. Dalam rangka pelaksanaaan 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	< 0.5			0.5 - 0.8	10

		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. Sumber : Formulir Penilaian Khusus/Sistem Informasi Puskesmas/EIS --- Rumus Perhitungan : Jumlah Indikator Keluarga Sehat yang bernilai 1/(12-Jumlah Indikator yang tidak bernilai 1)					

47	Cakupan pendataan PIS PK dari jumlah KK yang diinput (diinput per jumlah KK)	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. Pendataan Kesehatan adalah kunjungan yang dilakukan oleh petugas kesehatan/kader dalam rangka melakukan pendataan kesehatan sesuai dengan 12 Indikator Keluarga sehat. Sasaran Penduduk DKI Jakarta adalah jumlah Kepala Keluarga yang terdapat dalam STBM Kementerian Kesehatan dengan total sasaran 2.333.781 KK. Sumber : Instrumen Pendataan PIS-PK ----- Rumus Perhitungan : Jumlah Pendataan Kesehatan PIS-PK-KPLDH dibagi sasaran penduduk DKI Jakarta dikali 100%	0-24%	25-49%	50-74%	75-100%	10

48	Puskesmas Melaksanakan Pelayanan Penanganan Malnutrisi Terpadu	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 tenaga gizi. 2) Memiliki Standar Prosedur Operasional tata laksana gizi buruk pada balita. Sumber Data : e-PPGBM --- Rumus Perhitungan : Jumlah Puskesmas mampu tatalaksana gizi buruk dibagi dengan jumlah seluruh Puskesmas 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	0			100	10

49	Puskesmas Melaksanakan Surveilans Gizi	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 masalah gizi pada seluruh balita gizi buruk. 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 Rumus Perhitungan : Jumlah Puskesmas melaksanakan surveilans gizi dibagi dengan jumlah seluruh Puskesmas dikali 100%	0			100	10
50		Penjelasan : Tersedianya klinik atau ruang khusus dan	Tidak			Ya	10

	Penyediaan Klinik Upaya Berhenti Merokok (UBM) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	tenaga terlatih yang dapat memberikan terapi berhenti merokok di Puskesmas di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun. Layanan UBM mencakup : 1. Promotif 2. Preventif 3. Kuratif 4. Rehabilitatif Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat. Dokumentasi berupa laporan dan foto kegiatan. --- Rumus Perhitungan : Jumlah klinik UBM yang terbentuk di Puskesmas dan Rumah Sakit di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.					
51	Puskesmas Memiliki Kelompok Dukungan Keluarga untuk Penyandang 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	Tidak			Ya	10

52	Melaksanakan 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
53	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 mandiri secara berjenjang.	Tidak			Ya	10

54	Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional	Penjelasan: Pelaksanaan upaya kesehatan tradisional oleh Puskesmas terhadap masyarakat di wilayah kerjanya yang memenuhi kriteria: - 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

Penilaian Cakupan Klaster 1 Manajeman :
Nilai Baik (9.84)

Hasil rata - rata di kelompokan menjadi :

Baik = nilai rata-rata (≥ 8.5)

Cukup = nilai rata-rata (5.5 – 8.4)

Kurang = nilai rata-rata (< 5.5)

I.2 Matriks Penilaian Klaster 2

No	Siklus Hidup	Kegiatan	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan %
1	2	3		4	5	6	7	8
	Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas	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	3	3	100%
		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	%	30	28	20	100%
		Persentase Ibu Hamil Melaksanakan Ante Natal Care (ANC) Sebanyak 6 Kali Sesuai Standar	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). 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	%	55	6712	6574	100%

			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 : 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 gluko-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 menyusu dini, ASI eksklusif. Jumlah Seluruh Ibu hamil adalah Seluruh ibu Hamil dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala DInas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Sumber Data : LB3 KIA --- Rumus Perhitungan : Jumlah ibu hamil yang diberikan pelayanan ANC minimal 6x dibagi dengan jumlah seluruh ibu hamil 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					
		Persentase Ibu bersalin yang Mendapatkan Pelayanan Persalinan sesuai Standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	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: 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	%	100	6407	7424	100%

			tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter-bidan, bidan-bidan, atau bidan-perawat. Sedangkan Standar persalinan komplikasi dilakukan sesuai dengan prosedur tatalaksana komplikasi dan/atau rujukan 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 Jumlah ibu bersalin adalah Seluruh ibu bersalin dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala DInas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Sumber Data : LB3 KIA --- Rumus Perhitungan : Jumlah ibu bersalin mendapat pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan di suatu wilayah dibagi dengan jumlah seluruh ibu bersalin 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					
		Persentase Ibu Nifas yang Mendapatkan	Penjelasan : 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).	%	100	6407	7424	100%

		Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	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: a. Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6 jam sampai dengan 2 harisetelah persalinan. (KF 1) b. Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan. (KF 2) c. Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8-28 hari setelah persalinan. (KF 3) d. Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan (KF4) Jumlah ibu Nifas adalah Seluruh ibu Nifas dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala DInas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Sumber Data : LB3 KIA --- Rumus Perhitungan : 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%` --- Pada kondisi awal (tahun 2021) data tidak tersedia (NA) karena instrumen, konsep dan kriteria perhitungan indikator belum diaplikasikan. Namun, target masih memungkinkan untuk diproyeksikan					

		Persentase Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	Penjelasan : Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar adalah pelayanan kegawatdaruratan yang dibaerikan kepada ibu maupun bayi baru lahir yang ditemukan masalah kegawatdaruratan sesuai dengan hasil pemeriksaan 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 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 Sumber Data : LB3 KIA ----- Rumus Perhitungan: Jumlah kasus kegawatdaruratan yang dilayani sesuai standar dibagi dengan jumlah kasus kegawatdaruratan maternal neonatal yang ditemukan dikali 100%	%	100	1187	1187	100%
		Persentase Ibu Hamil Dilakukan Penapisan	Penjelasan : Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B bersama-sama atau yang sering disebut “triple	%	80	6712	5561	100%

		Tripel Eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B)	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 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. Sumber : Website SIHEPI, Pelaporan Data Agregat Puskesmas dan Rumah Sakit melalui Spreadsheet --- Rumus Perhitungan : Jumlah ibu hamil yang dilakukan penapisan (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dibagi dengan jumlah seluruh ibu hamil 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					
		Persentase Bayi Baru Lahir Normal yang Mendapatkan Pelayanan Asuhan Bayi Baru Lahir Sesuai Standar	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: 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 menyusu dini 7. Injeksi Vitamin K1 8. Pemberian salep/tetes mata antibiotic. 9. Pemeriksaan Fisik 10. Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0). 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 Sumber Data : LB3 KIA ----- Rumus Perhitungan : Jumlah bayi baru lahir normal yang mendapat pelayanan asuhan bayi baru lahir sesuai standar di suatu wilayah dibagi dengan jumlah seluruh	%	100	7424	7424	100%

			bayi baru lahir normal di suatu wilayah 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					
		Jumlah Bayi Baru Lahir yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	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: 1). Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam) meliputi: 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). 2). Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam – 28 hari) meliputi: 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 peertumbuhan neonatus; f. masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus Pelayanan neonatal esensial dilakukan	orang	7424	7424	7424	100%

			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) Jumlah Bayi Baru Lahir adalah Seluruh Bayi Lahir hidup dalam suatu wilayah yang ditetapkan melalui keputusan Kepala DInas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Sumber Data : LB3 KIA -----					
		Persentase Bayi Baru Lahir dari Ibu Hamil Penderita HIV/Sifilis/Hepatitis B yang Diberikan Tata Laksana Sesuai Standar	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. Sumber : Website SIHEPI, Pelaporan Data Agregat Puskesmas dan Rumah Sakit melalui Spreadsheet ----- 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	%	20	51	51	100%

			B 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					
		Pelayanan kesehatan pada balita sesuai standar	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 (Mendaptkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar) Pelayanan kesehatan tersebut, meliputi : 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. Sumber Data : LB3 KIA --- Rumus Penghitungan: Jumlah balita usia 0-59 Bulan yang mendapatkan pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar di	orang	24034	24034	24235	100%

			suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu					
		Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)	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 ----- 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 dibagi 95% jumlah bayi usia 0-11 bulan selama kurun waktu yang sama, dikali 100.	%	100	4768	4734	99,30%
		Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru	Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar antigen baru, meliputi imunisasi PCV dan imunisasi rotavirus sesuai dosis jenis vaksin yang digunakan dalam kurun waktu satu tahun ------- 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	%	100	4768	4746	99,50%

			seluruh bayi usia 0-11 bulan yang menjadi sasaran introduksi imunisasi rotavirus dalam kurun waktu yang sama) dikali 100					
		Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta	Persentase anak usia 12-24 bulan yang sudah mendapat imunisasi lanjutan baduta (bayi usia di bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis imunisasi DPT-HB-HiB serta 1 dosis imunisasi Campak Rubela di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun --------- 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	%	100	4836	4792	99,10%
		Persentase Balita Dipantau Tumbuh Kembangnya	Penjelasan : Balita adalah anak usia 0-59 bulan 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 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 ----- Rumus Perhitungan : Jumlah balita dipantau tumbuh kembangnya sesuai standar dibagi dengan jumlah seluruh	%	80	24034	20849	100%

			balita di suatu wilayah 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					
		Persentase Bayi Usia 0-6 Bulan mendapatkan ASI Eksklusif	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 kecualiobat, 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 yangdatang dan tercatat dalam register pencatatan/Buku KIA/KMS di suatu wilayah pada periode tertentux 100 %	%	80	207	169	100%
		Persentase anak balita kurus yang mendapatkan makanan tambahan	1) Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan1) 2) Balita kurus mendapat makanan tambahan adalh 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 makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluarmakanan utama dalam bentuk makanan tambahan pebrikan atau makanan tambahan bahan panganlokal yang diberikan minimal	%	90	48	48	100%

			selama 90 Hari Makan Anak (HMA) berturut-turut3) 4) Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan adalah proporsi balita kurus yang mendapatmakanan tambahan selama 90 HMA terhadap jumlah balita kurus di suatu wilyah pada periodetertentu x 100%					
		Persentase Kasus Gizi Buruk (Upaya Pencegahan Stunting) Ditindaklanjuti	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. Sumber Data : Laporan Rutin Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan --- Rumus Perhitungan : Jumlah Balita Gizi Buruk yang Ditindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Balita Gizi Buruk yang ada di suatu wilayah 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	%	55	36	36	100%
		Persentase Hasil Skrining Kesehatan	Penjelasan : Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar dilaksanakan di satuan	%	14	3947	3822	100%

		Usia Sekolah yang ditindaklanjuti	pendidikan dasar (SD/MI dan SMP/MTS) dan di luar satuan pendidikan dasar seperti di pondok pesantren, panti/LKSA, lapas/LPKA dan lainnya, meliputi: a) Penilaian status gizi. b) Penilaian tanda vital. c) Penilaian kesehatan gigi dan mulut. d) Penilaian ketajaman indera. 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 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					
		Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	Persentase anak usia kelas 6 Sekolah Dasar (SD)/MI/?sederajat yang sudah mendapat imunisasi lanjutan lengkap meliputi: 1 dosis imunisasi Difteri Tetanus (DT), 1 dosis imunisasi Campak Rubela (MR), 2 dosis imunisasi Td di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun -------- 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	%	95	4409	3671	87,70%
		Persentase Remaja Putri yang Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)	1) Remaja puteri adalah remaja puteri yang berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SLTP dan SLTA2) 2) TTD program adalah tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0,25 mg asam folat yangdisediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada remaja puteri3) 3) TTD mandiri adalah TTD atau multi vitamin dan mineral, minimal mengandung elemental besi danasam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai anjuran4) 4) Remaja Puteri mendapat TTD adalah jumlah emaja Puteri yang mendapat minimal 4 butir TTD	%	56	10251	10051	100%

			setiapbulan5) 5) Persentase remaja puteri mendapat TTD adalah proporsi remaja puteri yang mendapat TTD 1 tabletsetiap minggu terhadap jumlah remaja puteri di suatu wilayah pada periode tertentu x 100%					
		Jumlah anak Usia Pendidikan dasar yang mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai standar	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: a) Penilaian Status Gizi b) Penilaian Tanda -tanda vital c) Penilaian kesehatan gigi dan mulut d) Penilaian ketajaman indra dalam satu tahun ajaran. Sumber Data : Laporan Capaian Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala Usia Pendidikan Dasar Kabupaten/Kota ----- 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	orang	100	60758	60758	100%

Penilaian Cakupan Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak :
Nilai Baik (99,35%)

Hasil rata - rata di kelompokan menjadi :

Baik = nilai rata-rata (≥ 91%)

Cukup = nilai rata-rata (81% - 90%)

Kurang = nilai rata-rata (< 80%)

II.3 Matriks Penilaian Klaster 3

No	Siklus Hidup	Kegiatan	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan %
1	2	3		4	5	6	7	8
	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%	2837	2837	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) lingkar lengan atas khusus catin perempuan untuk mendeteksi secara dini terkait hasil satus gizi dengan Kurus, IMT < 18,5 IMT disebut Kurus dengan kekurangan berat badan tingkat ringan sampai berat atau KEK tingkat ringan sampai berat yang perlu di tindak lanjuti dan menyiapkan calon ibu agar dapat menjalankan kehamilan yang sehat. 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	%	80%	2837	2837	100%

			sampai T5 (Imunisasi Tetanus lengkap) maka diberikan suntikan imunisasi T di tempat. 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. 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. 5. HIV AIDS adalah penyakit menular yang dapat menularkan dari ibu ke bayi pasa 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 Pemenuhan Komponen Layanan Kesehatan Bagi Korban KtPA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Penjelasan : 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	%	70	10	9	100%

		Milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta	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: 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 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	%	50	619	611	100%
		Pelayanan kesehatan pada penduduk	Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada warga penderita hipertensi sesuai standar yang meliputi:	%	75	24747	24900	100%

		penderita hipertensi sesuai standar	a. Pengukuran tekanan darah b. Pelayanan edukasi non farmakologi c. Pelayanan farmakologi d. Konseling kepatuhan terapi non farmakologi dan farmakologi					
		Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita diabetes melitus sesuai standar	Pelayanan Kesehatan yang 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	%	75	10324	10555	100%
		Persentase Penduduk Usia Produktif dan Lanjut Usia yang Mendapatkan Edukasi Kesehatan	Penjelasan : Usia Produktif adalah penduduk usia 15-59 tahun, Lanjut Usia adalah penduduk usia 60 tahun keatas. Edukasi kesehatan pada usia produktif dan usia lanjut dilaksanakan pada kunjungan baru ke fasilitas pelayanan kesehatan milik pemprov DKI dan UKBM di wilayah kerjanya. 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. Edukasi pada lanjut usia meliputi: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat/edukasi peningkatan kesehatan/pencegahan dan pengendalian/faktor risiko penyakit menular/penyakit tidak menular.	%	55	28774	29552	100%

		Persentase Penderita Hipertensi yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ	Setiap penderita hipertensi mendapatkan layanan skrining komplikasi organ meliputi: a. Skrining kardiovaskuller menggunakan CARTA (minimal 1 kali per tahun) b. Pemeriksaan komplikasi organ ginjal dan salah satu organ lainnya (minimal 1 kali per tahun) 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.	%	20	1139	1151	100%
		Persentase Penderita Diabetes Melitus yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ	Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan layanan skrining komplikasi organ meliputi: a. Skrining kardiovaskuller menggunakan CARTA (minimal 1 kali per tahun) b. Pemeriksaan komplikasi organ ginjal dan salah satu organ lainnya (minimal 1 kali per tahun) 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.	%	20	601	611	100%
		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	%	75	244524	244625	100%

			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					
		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 kepatuhan minum obat 3. Melakukan rujukan jika diperlukan Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas Kecamatan melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat. Rumus Penghitungan: Jumlah ODGJ berat (psikotik akut dan skizofrenia) yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar di suatu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun.	orang	100	597	613	100%
		Pelayanan kesehatan Pada lansia sesuai standar	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.	%	75	28774	29552	100%

		Persentase Penduduk Usia Lanjut Dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) atau Skrining Lansia Sederhana (SKILAS) dan Activity Daily Living (ADL)	Jumlah penduduk usia lanjut yang dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)	%	75	28774	29552	100%
		Persentase Orang yang Dilakukan Penapisan Kesehatan Jiwa dengan Aplikasi e-Jiwa	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. Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas Kecamatan melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat. 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%	%	7	16793	17328	100%
		Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK)	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. Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa, meliputi Depresi,	Dokumen	4	4	4	100%

			Gangguan mental emosional, termasuk masalah kejiwaan akibat dari penyalahgunaan NAPZA Dokumen Laporan Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK) mencakup : 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 Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK) di level Dinas Kesehatan, Suku Dinas dan Puskesmas dihimpun/disusun per triwulan pada tahun berjalan Sumber Data : Laporan administrasi berjenjang ke Dinas Kesehatan dari Puskesmas Kecamatan melalui Suku Dinas Kesehatan wilayah setempat. Rumus Perhitungan : Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan					

Penilaian Cakupan Klaster 3 Usia Dewasa dan Lansia :
Nilai Baik (100 %)

Hasil rata - rata di kelompokan menjadi :

Baik = nilai rata-rata (≥ 91%)

Cukup = nilai rata-rata (81% - 90%)

Kurang = nilai rata-rata (< 80%)

II.4 Matriks Penilaian Klaster 4

No	Siklus Hidup	Kegiatan	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan %
1	2	3		4	5	6	7	8
	Kesehatan Lingkungan	Persentase tempat dan fasilitas umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar	Tempat dan Fasilitas Umum dilakukan pengawasan sesuai standard/Inspeksi Kesehatan lingkungan (IKL) berdasarkan Renstra sasarannya yaitu : 1.Pasar yang dimaksud adalah pasar rakyat yang terdaftar di Kementerian Perdagangan/Dinas perdagangan Kabupaten/kota, 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, 3.Puskesmas yang dimaksud adalah puskesmas yang terdaftar (teregistrasi) 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.	%	30	302	233	100%

		Persentase tempat pengolahan makanan yang memenuhi syarat kesehatan lingkungan	Persentase Tempat Pengolahan Pangan (TPP) yang di lakukan Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) dan Memenuhi Syarat Higine dan Sanitasi Pangan	%	80,3	275	164	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	6	6	100%
	Surveilans	Persentase kasus suspek campak yang dilakukan pengambilan spesimen	Jumlah suspek campak dengan gejala demam dan ruam makulopapular yang ditemukan diambil spesimen darahnya dan dikirim ke Lakesda Provinsi DKI Jakarta. 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. Sumber data: website Dinkes DKI jakarta (https://surveilans-dinkes.jakarta.go.id/)	%	95	57	57	100%
		Persentase Rumor KLB dan atau KLB yang dilakukan investigasi dalam waktu kurang dari atau sama dengan 24 jam	Jumlah Rumor KLB (Kejadian Luar Biasa) dan atau KLB yang dilakukan investigasi dalam waktu kurang dari atau sama dengan 24 jam. Rumor penyakit adalah informasi penyakit yang dapat berpotensi menimbulkan KLB, tetapi belum terverifikasi kebenarannya Apabila ditemukan alert (sinyal peringatan)/ rumor terhadap suatu penyakit maka petugas surveilans kabupaten/kota menghubungi petugas dari Puskesmas untuk melakukan verifikasi terhadap sinyal tersebut kurang dari atau sama	%	98	297	297	100%

			dengan 24 jam. Sumber data : website SKDR Kemenkes (https://skdr.surveilans.org)					
		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 mwenggunakan 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 : website SKDR Kemenkes (https://skdr.surveilans.org)	%	80	297	287	100%
		Case Fatality Rate Demam Berdarah Dengue kurang dari 1 %	ukuran proporsi kematian akibat demam berdarah dengue (DBD) di antara individu yang terinfeksi virus dengue	%	< 1 %	< 1 %	4	100%
		Proporsi penemuan kasus kusta baru tanpa cacat	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. Kasus kusta baru adalah kasus kusta yang baru ditemukan dalam periode 1 tahun.	%	95	4	4	100%

			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). Proporsi penemuan 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. ----- 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%					
		Jumlah Kelurahan yang Memanfaatkan Aplikasi SmartDB dalam Pengendalian Vektor Dengue	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. Vektor Dengue : Adalah nyamuk Aedes Sp. dalam fase jentik/larva Jumlah Kelurahan dihitung berdasarkan Jumantik sesuai tempat tugasnya yang menggunakan aplikasi SmartDB dalam melaporkan tugas dan fungsinya. Sumber : Sistem Informasi SmartDB ----- Rumus Perhitungan : Jumlah kumulatif Kelurahan yang melakukan input laporan Jumantik dalam aplikasi SmartDB	Kelurahan	1	2	2	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					
		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 pennegakan diagnosis, penetapan klasifikasi dan tipe pasien TBC dan dilanjutkan dengan inisiasi pengobatan sesuai dengan standar dan berpihak pada pasien.	Persentase (%)	85	698	598	100%
	HIV	Persentase Penderita HIV Baru yang Mendapatkan Terapi Antiretroviral (ARV)	Capaian kinerja dalam memberikan pelayanan pengobatan ARV bagi orang terdiagnosa HIV (ODHIV) baru dibagi dengan orang yang terdiagnosa HIV baru dalam kurun waktu tertentu	Persentase (%)	93	50	50	100%
		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	Persentase (%)	100	6665	8258	100%

			standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.					
		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	Persentase (%)	100	12411	12411	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.	Persentase (%)	90	506	482	100%
		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	Persentase (%)	90	598	454	100%
		Jumlah Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)	Cakupan orang yang mendapatkan terapi pencegahan TBC diantara jumlah kontak yang menjadi sasaran pemberian TPT memenuhi kriteria TPT	Persentase (%)	80	260	375	100%
		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	Persentase (%)	67	323	309	100%

Penilaian Cakupan Klaster 4 Usia Dewasa dan Lansia :
Nilai Baik (100 %)

Hasil rata - rata di kelompokan menjadi :

Baik = nilai rata-rata (≥ 91%)

Cukup = nilai rata-rata (81% - 90%)

Kurang = nilai rata-rata (< 80%)

II. 5 Matriks Penilaian Lintas Klaster

No	Siklus Hidup	Kegiatan	Definisi Operasional	Satuan	Target Sasaran	Jumlah sasaran	Pencapaian Absolut	Cakupan %
1	2	3		4	5	6	7	8
1	Kefarmasian	Persentase Ketersediaan Obat Sesuai Standar	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. Sumber Data : Laporan Ketersediaan Obat ----- Rumus Penghitungan: Jumlah Jenis Obat yang memiliki ketersediaan sesuai standar dibagi jumlah Jenis Obat sesuai standar dikali 100%	%	98,00	100	100	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%
3	Rawat Jalan dan Rujukan	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik	Jumlah rujukan kasus non spesialistik dibagi jumlah rujukan Puskesmas x 100	%	1	1	1	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	1678	1711	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	2988	3046	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	15690	15690	100%
5	Pelayanan gawat darurat	Puskesmas memiliki kemampuan dan standar pelayanan tata laksana gawat darurat	Puskesmas memiliki kemampuan dan standar pelayanan tata laksana gawat darurat yang meliputi: 1. Triase 2. Survei Primer/ Primary Survey 3. Survei Sekunder/ secondary survey 4. Tatalaksana kasus 5. Rujuk Target: seluruh puskesmas mampu tata laksana	Puskesmas	1	1	1	100%
6	Penanggulangan Krisis Kesehatan	Puskesmas memiliki kemampuan dalam merespon krisis kesehatan	Puskesmas memiliki kemampuan dalam respon krisis kesehatan yang meliputi: 1. Fase pra krisis: tersedianya SOP mitigasi risiko krisis kesehatan 2. Fase Tanggap Darurat: memiliki SK	Puskesmas	1	1	1	100%

			Subklaster kesehatan terdiri dari: subklaster yankes, subklaster pengendaluan penyakit, subklaster penyehatan lingkungan dan penyiapan air bersih, subklaster pelayanan gizi, subklaster logistik kesehatan, subklaster kia dan reproduksi, subklaster keswa dan subklaster infokes 3. Fase Pasca Krisis: Laporan pelaksanaan pasca krisis sesuai dengan bencana					

Penilaian Cakupan Lintas Klaster :
Nilai Baik (100 %)

Hasil rata - rata di kelompokan menjadi :

Baik = nilai rata-rata (≥ 91%)

Cukup = nilai rata-rata (81% - 90%)

Kurang = nilai rata-rata (< 80%)

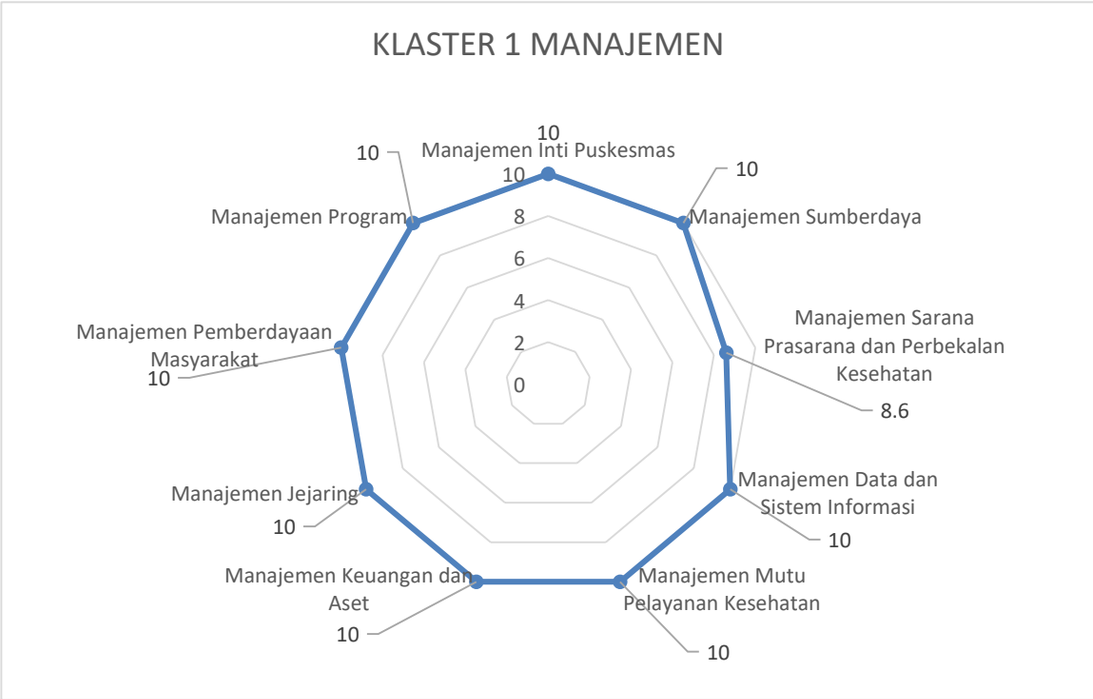
II.6 Penyajian Grafik Sarang Laba – Laba

II.6.1 Hasil Penilaian Cakupan Kegiatan Klaster 1 Manajemen

Berikut ini adalah grafik yang menggambarkan hasil kinerja kegiatan Klaster 1 Manajemen Puskesmas Koja periode Januari - Desember Tahun 2025. Pada penilaian kinerja Klaster 1 Manajemen dapat dijabarkan ke dalam pencapaian kinerja masing-masing pelayanan sebagai berikut:

Tabel Rekapitulasi Klaster 1

No	Jenis	Nilai
A	Manajemen Inti Puskesmas	10
B	Manajemen Sumberdaya	10
C	Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan	8.6
D	Manajemen Data dan Sistem Informasi	10
E	Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan	10
F	Manajemen Keuangan dan Aset	10
G	Manajemen Jejaring	10
H	Manajemen Pemberdayaan Masyarakat	10
I	Manajemen Program	10
	Cakupan Klaster 1	**9.84**



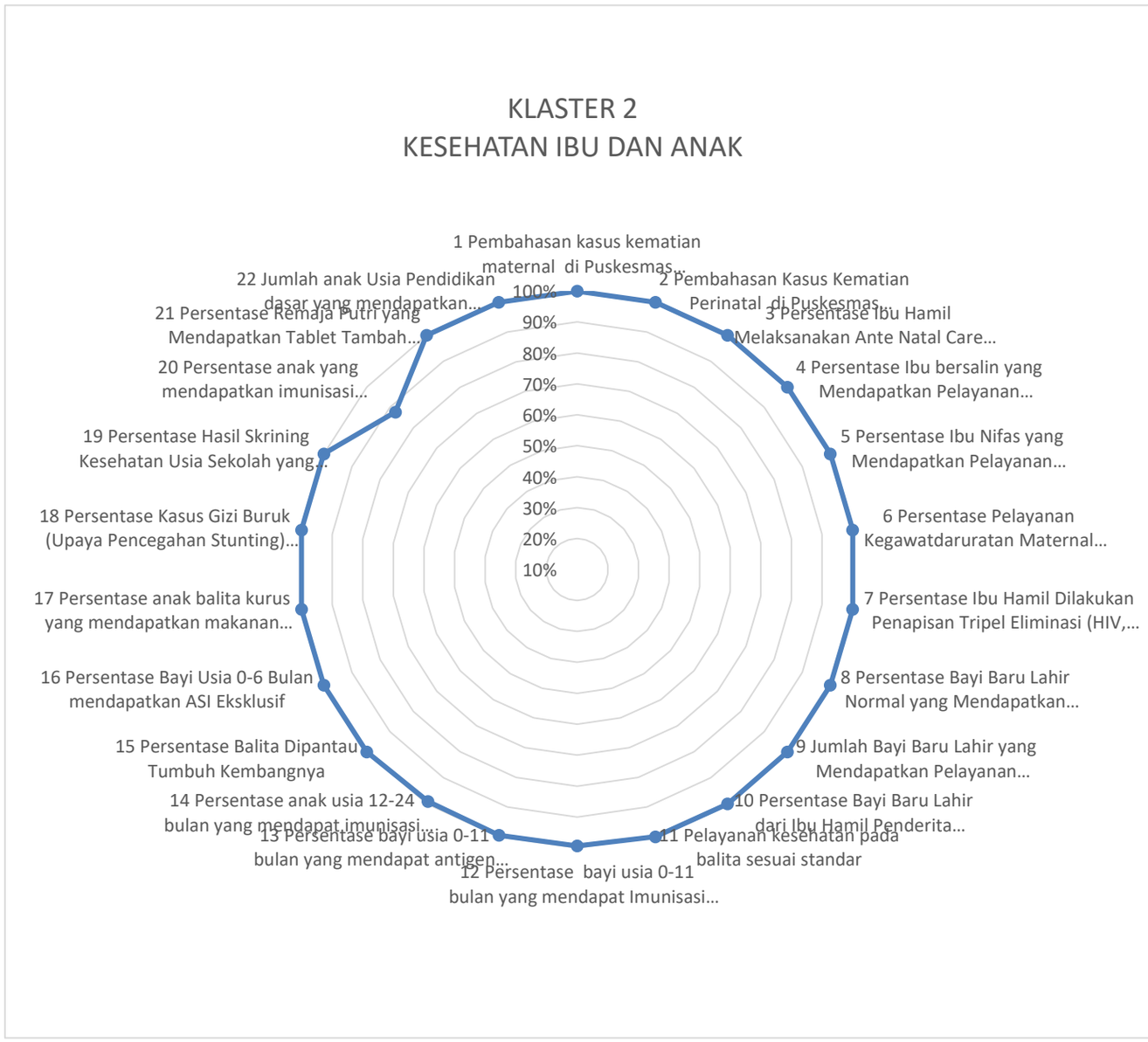
Berdasarkan Grafik diatas diperoleh hasil kinerja Klaster 1 Manajemen di Puskesmas Koja periode Januari - Desember Tahun 2025 yang memiliki indikator dengan capaian terendah adalah Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan.

II.6.2 Hasil Penilaian Cakupan Kegiatan Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak

Berikut ini adalah grafik yang menggambarkan hasil kinerja kegiatan Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Koja periode Januari - Desember Tahun 2025. Pada penilaian kinerja Klaster 2 Kesehatan Ibu dan Anak dapat dijabarkan ke dalam pencapaian kinerja masing-masing pelayanan sebagai berikut:

Tabel Rekapitulasi Klaster 2

No	Jenis	Nilai
1	Pembahasan kasus kematian maternal di Puskesmas Kecamatan	100%
2	Pembahasan Kasus Kematian Perinatal di Puskesmas Kecamatan	100%
3	Persentase Ibu Hamil Melaksanakan Ante Natal Care (ANC) Sebanyak 6 Kali Sesuai Standar	100%
4	Persentase Ibu bersalin yang Mendapatkan Pelayanan Persalinan sesuai Standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	100%
5	Persentase Ibu Nifas yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	100%
6	Persentase Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	100%
7	Persentase Ibu Hamil Dilakukan Penapisan Tripel Eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B)	100%
8	Persentase Bayi Baru Lahir Normal yang Mendapatkan Pelayanan Asuhan Bayi Baru Lahir Sesuai Standar	100%
9	Jumlah Bayi Baru Lahir yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	100%
10	Persentase Bayi Baru Lahir dari Ibu Hamil Penderita HIV/Sifilis/Hepatitis B yang Diberikan Tata Laksana Sesuai Standar	100%
11	Pelayanan kesehatan pada balita sesuai standar	100%
12	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)	99.30%
13	Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru	99.50%
14	Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta	99.10%
15	Persentase Balita Dipantau Tumbuh Kembangnya	100%
16	Persentase Bayi Usia 0-6 Bulan mendapatkan ASI Eksklusif	100%
17	Persentase anak balita kurus yang mendapatkan makanan tambahan	100%
18	Persentase Kasus Gizi Buruk (Upaya Pencegahan Stunting) Ditindaklanjuti	100%
19	Persentase Hasil Skrining Kesehatan Usia Sekolah yang ditindaklanjuti	100%
20	Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	87.7%
21	Persentase Remaja Putri yang Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)	100%
22	Jumlah anak Usia Pendidikan dasar yang mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai standar	100%
	Cakupan Klaster 2	**99.35%**

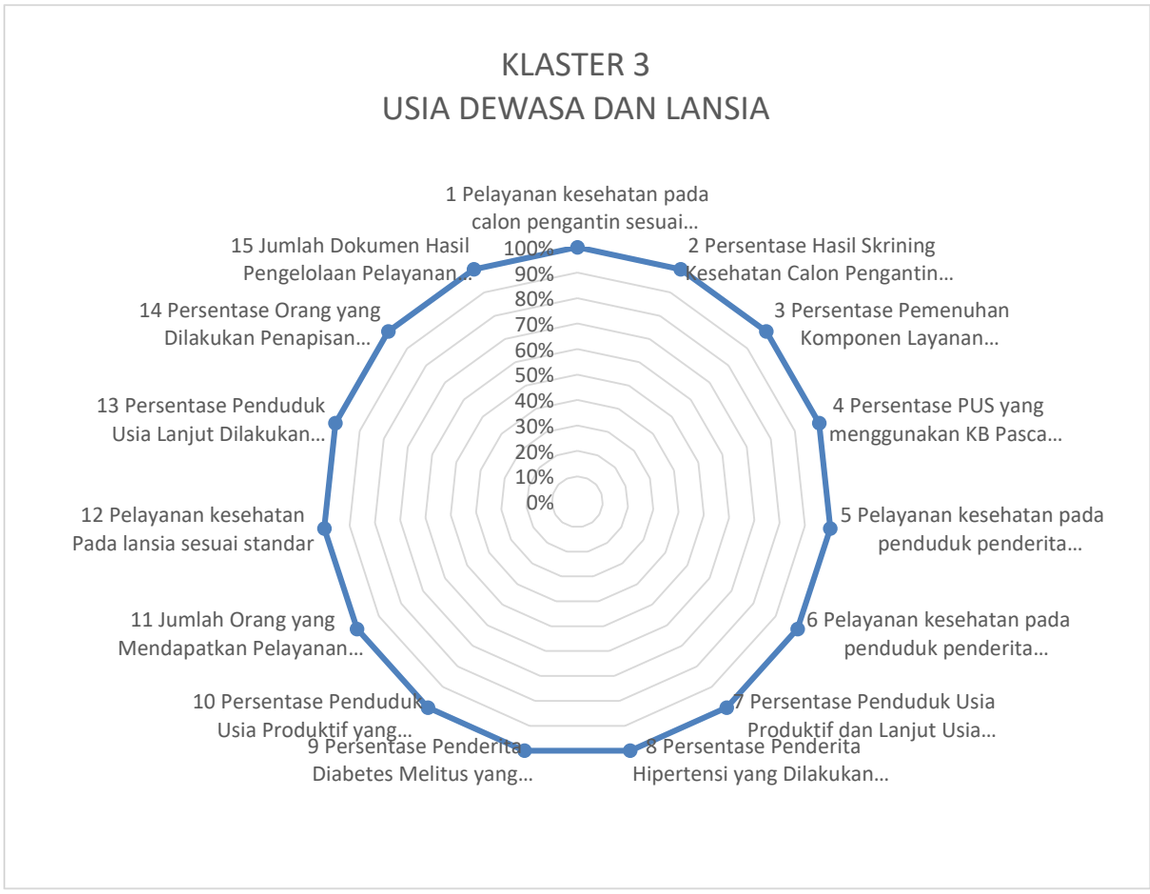


II.6.3 Hasil Penilaian Cakupan Kegiatan Klaster 3 Usia Dewasa dan Lansia

Berikut ini adalah grafik yang menggambarkan hasil kinerja kegiatan Klaster 3 Kesehatan Usia Dewasa dan Lansia Puskesmas Koja periode Januari - Desember Tahun 2025. Pada penilaian kinerja Klaster 3 Usia Dewasa dan Lansia dapat dijabarkan ke dalam pencapaian kinerja masing-masing pelayanan sebagai berikut:

Tabel Rekapitulasi Klaster 3

No	Jenis	Nilai
1	Pelayanan kesehatan pada calon pengantin sesuai standar	100%
2	Persentase Hasil Skrining Kesehatan Calon Pengantin (Catin) Ditindaklanjuti	100%
3	Persentase Pemenuhan Komponen Layanan Kesehatan Bagi Korban KtPA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta	100%
4	Persentase PUS yang menggunakan KB Pasca Persalinan pada masa bersalin dan nifas	100%
5	Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita hipertensi sesuai standar	100%
6	Pelayanan kesehatan pada penduduk penderita diabetes melitus sesuai standar	100%
7	Persentase Penduduk Usia Produktif dan Lanjut Usia yang Mendapatkan Edukasi Kesehatan	100%
8	Persentase Penderita Hipertensi yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ	100%
9	Persentase Penderita Diabetes Melitus yang Dilakukan Penapisan Komplikasi Organ	100%
10	Persentase Penduduk Usia Produktif yang Mendapatkan Penapisan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular	100%
11	Jumlah Orang yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat Sesuai Standar	100%
12	Pelayanan kesehatan Pada lansia sesuai standar	100%
13	Persentase Penduduk Usia Lanjut Dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) atau Skrining Lansia Sederhana (SKILAS) dan Activity Daily Living (ADL)	100%
14	Persentase Orang yang Dilakukan Penapisan Kesehatan Jiwa dengan Aplikasi e-Jiwa	100%
15	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Masalah Kesehatan Jiwa (ODMK)	100%
	Cakupan Klaster 3	**100.00**

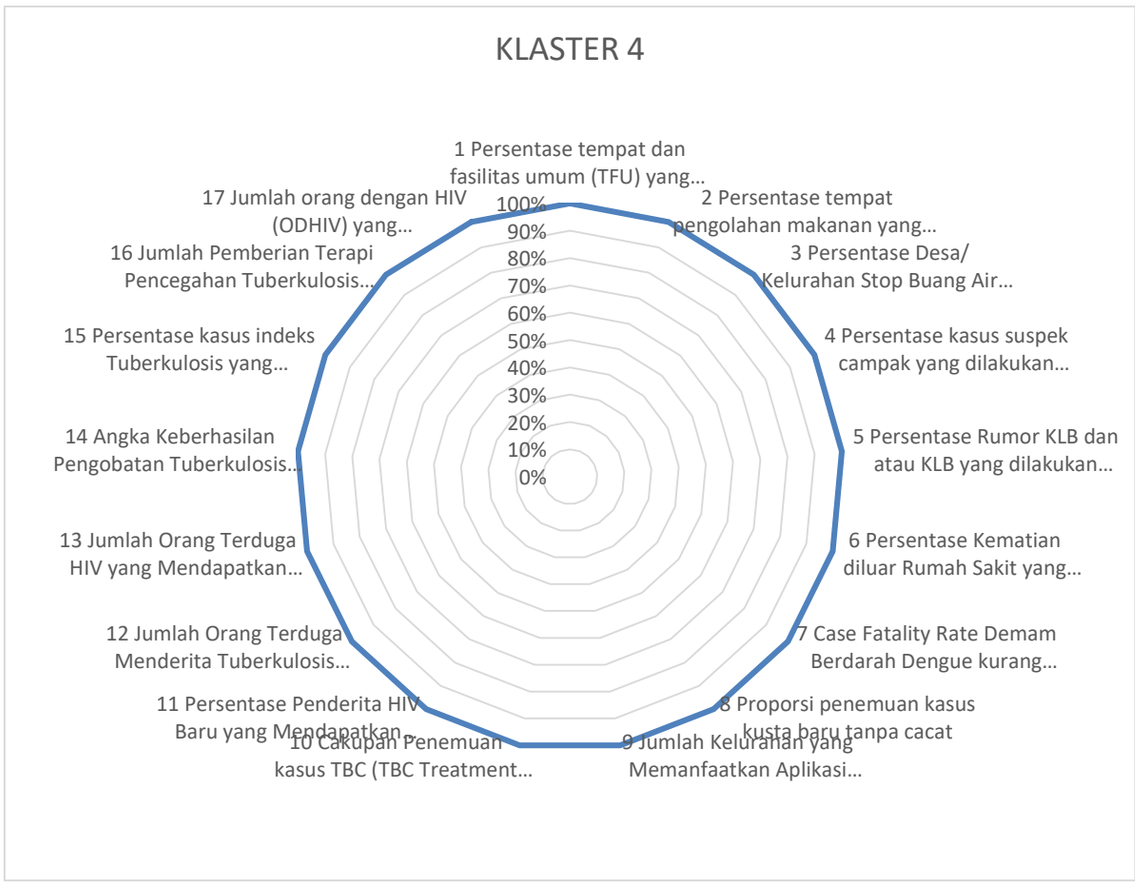


II.6.4 Hasil Penilaian Cakupan Kegiatan Klaster 4 Penanggulangan Penyakit Menular

Berikut ini adalah grafik yang menggambarkan hasil kinerja kegiatan Klaster 4 Penanggulangan Penyakit Menular Puskesmas Koja periode Januari - Desember Tahun 2025. Pada penilaian kinerja Klaster 4 Penanggulangan Penyakit Menular dapat dijabarkan ke dalam pencapaian kinerja masing-masing pelayanan sebagai berikut:

Tabel Rekapitulasi Klaster 4

No	Jenis	Nilai
1	Persentase tempat dan fasilitas umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar	100%
2	Persentase tempat pengolahan makanan yang memenuhi syarat kesehatan lingkungan	100%
3	Persentase Desa/ Kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	100%
4	Persentase kasus suspek campak yang dilakukan pengambilan spesimen	100%
5	Persentase Rumor KLB dan atau KLB yang dilakukan investigasi dalam waktu kurang dari atau sama dengan 24 jam	100%
6	Persentase Kematian diluar Rumah Sakit yang dilakukan otopsi Verbal	100%
7	Case Fatality Rate Demam Berdarah Dengue kurang dari 1 %	100%
8	Proporsi penemuan kasus kusta baru tanpa cacat	100%
9	Jumlah Kelurahan yang Memanfaatkan Aplikasi SmartDB dalam Pengendalian Vektor Dengue	100%
10	Cakupan Penemuan kasus TBC (TBC Treatment Coverage)	100%
11	Persentase Penderita HIV Baru yang Mendapatkan Terapi Antiretroviral (ARV)	100%
12	Jumlah Orang Terduga Menderita Tuberkulosis yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Standar	100%
13	Jumlah Orang Terduga HIV yang Mendapatkan Pelayanan Sesuai Standar	100%
14	Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat	100%
15	Persentase kasus indeks Tuberkulosis yang dilakukan Investigasi Kontak	100%
16	Jumlah Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)	100%
17	Jumlah orang dengan HIV (ODHIV) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%
	Cakupan Klaster 4	**100%**



II.6.5 Hasil Penilaian Cakupan Kegiatan Lintas Klaster

Berikut ini adalah grafik yang menggambarkan hasil kinerja kegiatan Lintas Klaster Puskesmas Koja periode Januari - Desember Tahun 2025. Pada penilaian kinerja Lintas Klaster dapat dijabarkan ke dalam pencapaian kinerja masing-masing pelayanan sebagai berikut:

Tabel Rekapitulasi Lintas Klaster

No	Jenis	Nilai
1	Persentase Ketersediaan Obat Sesuai Standar	100
2	Puskesmas memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans	100
3	Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik	100
4	Ibu Hamil yang dilakukan skrining Gigi dan Mulut	100
5	Balita dan anak pra sekolah dilakukan skrining Gigi dan Mulut	100
6	Anak Usia sekolah dilakukan skrining Gigi dan Mulut	100
	Cakupan Lintas Klaster	**100.00**



REKAPITULASI PENILAIAN LAYANAN KLASTER PUSKESMAS

Puskesmas : Koja, Jakarta Utara
Kabupaten/Kota : Jakarta Utara
Tahun : Januari - Desember 2025

NO	KOMPONEN	HASIL CAKUPAN
1.	KLASTER 2	99.35%
2.	KLASTER 3	100%
3.	KLASTER 4	100%
4.	LINTAS KLASTER	100%
CAKUPAN PELAYANAN KLASTER		99.83%

BAB III

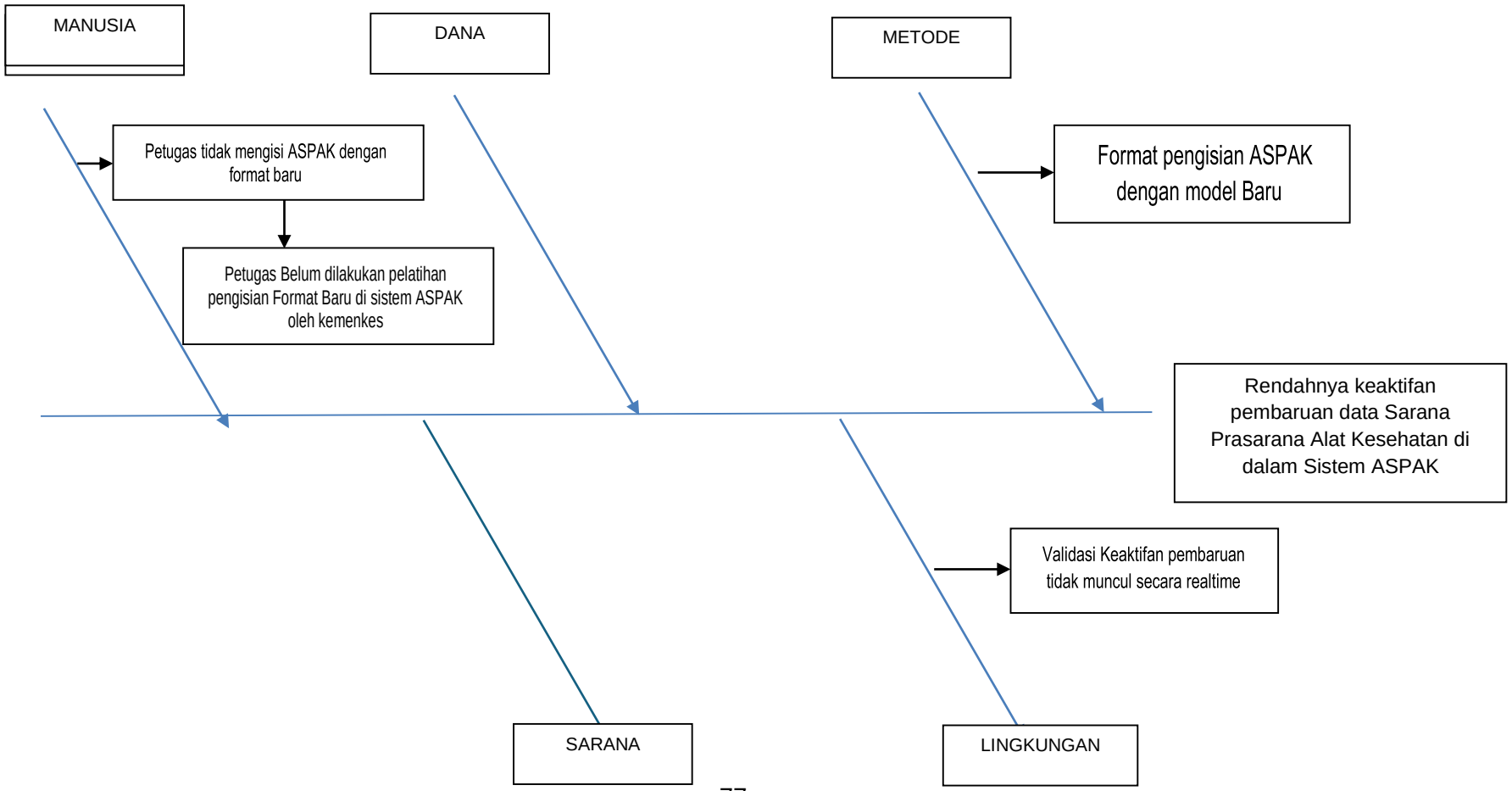
ANALISA HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

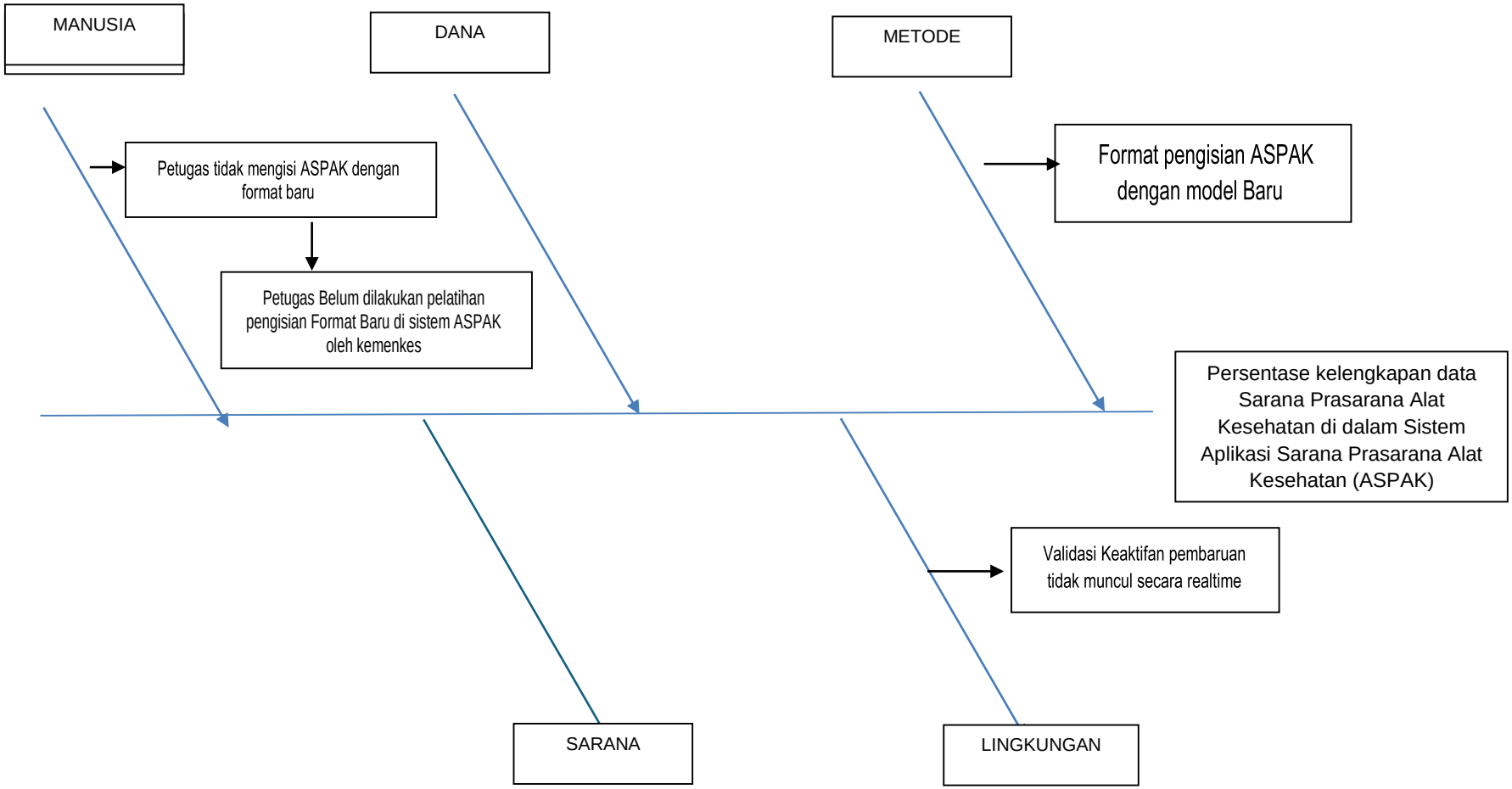
III.1 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 1

Dari beberapa indikator dalam Manajemen Puskesmas di Puskesmas Koja terdapat indikator yang belum tercapai yaitu :

No	**Jenis Manajemen**	**Kegiatan**	**Target**	**Capaian**
1	Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan	Persentase keaktifan pembaruan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)	10	0
2		Persentase kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)	10	7

Persentase keaktifan pembaruan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK) dan Persentase kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)Tidak Mencapai Target dalam hal ini dilakukan Analisa secara mendalam dengan menggunakan metode Fish Bone atau diagram Ishikawa. Metode Analisa masalah tersebut dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut:




MANUSIA
DANA
METODE
Petugas tidak mengisi ASPAK dengan format baru
Petugas Belum dilakukan pelatihan pengisian Format Baru di sistem ASPAK oleh kemenkes
Format pengisian ASPAK dengan model Baru
Persentase kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)
Validasi Keaktifan pembaruan tidak muncul secara realtime
SARANA
LINGKUNGAN

III.2 Analisa Hasil Penilaian Kinerja Klaster 2, 3, 4 dan Lintas Klaster

Dari beberapa indikator dalam Klaster 2,3,4 dan Lintas Klaster di Puskesmas Koja terdapat indikator yang belum tercapai yaitu :

No	**Siklus Hidup**	**Kegiatan**	**Target**	**Capaian**
1.	Balita dan Anak Pra Sekolah	Persentase anak usia 0 sampai 11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap	100%	99.30%
2.		Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta	100%	99.10%
3.	Remaja	Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	95%	87.7%

Analisa cakupan Penilaian Klaster 2,3,4 dan Lintas Klaster

DIAGRAM ISHIKAWA : IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA ANAK USIA 0 - 11 RENDAH

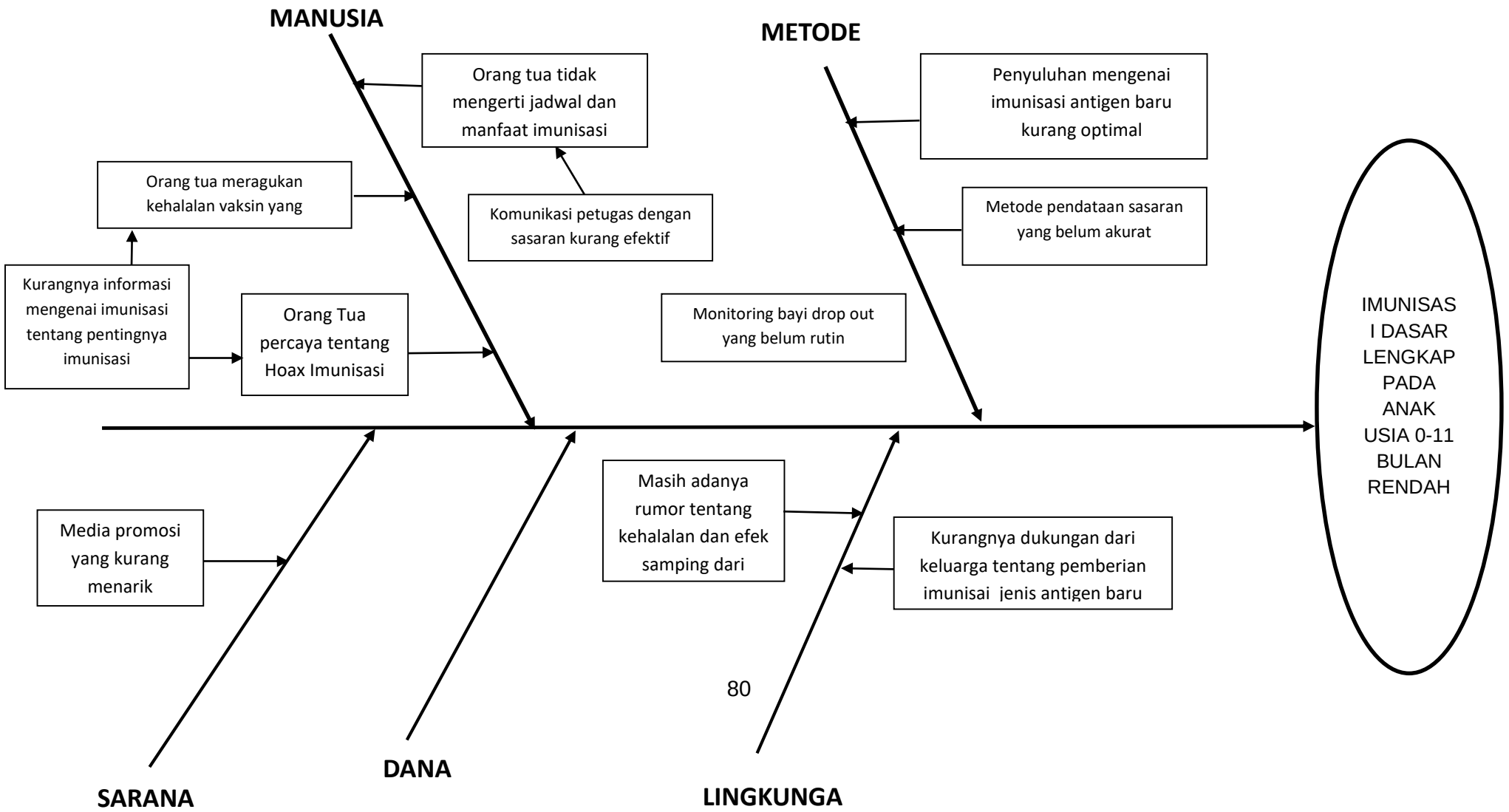


DIAGRAM ISHIKAWA : IMUNISASI BADUTA LENGKAP PADA ANAK USIA 12-23 BULAN DASAR RENDAH

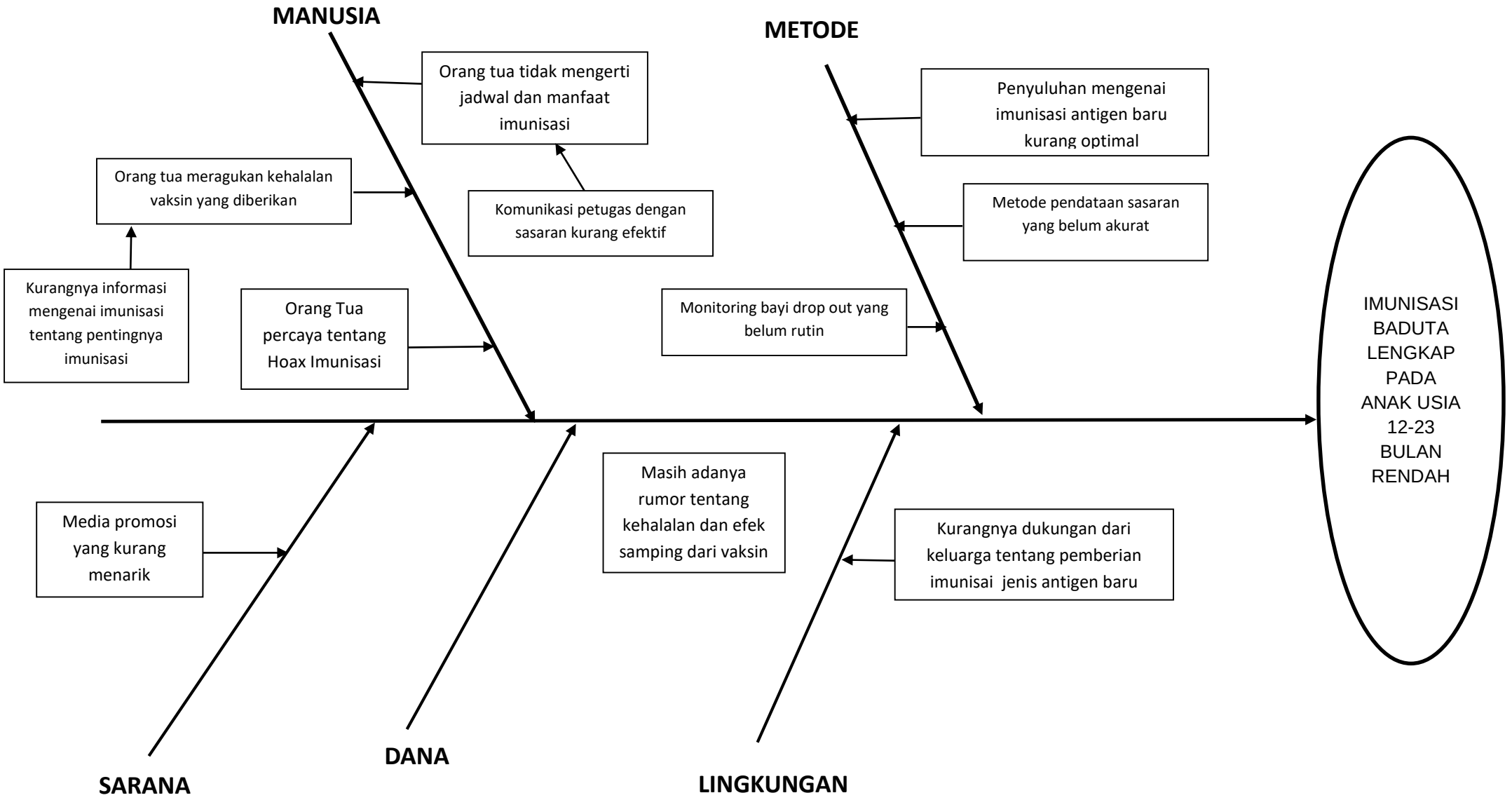
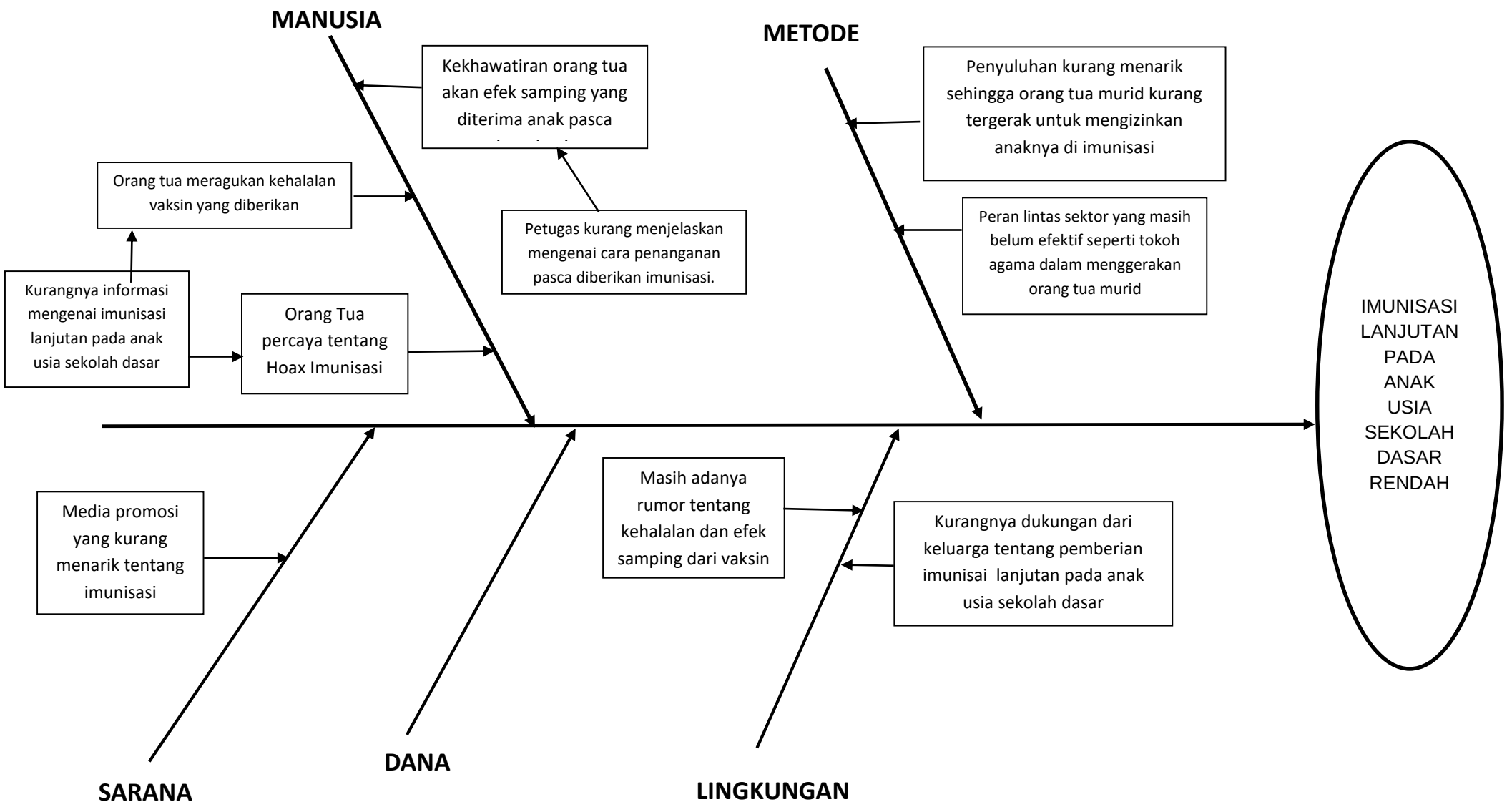


DIAGRAM ISHIKAWA : IMUNISASI LANJUTAN PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR RENDAH



BAB IV

RENCANA TINDAK LANJUT

MONITORING DAN EVALUASI CAPAIAN KLASTER MANAJEMEN
PUSKESMAS KOJA
YANG TIDAK TERCAPAI PERIODE TW IV 2025

NO	SIKLUS HIDUP	INDIKATOR	TARGET	ANALISIS MASALAH	RENCANA TINDAK LANJUT	TINDAK LANJUT	EVALUASI	TINDAK LANJUT (ACTION)
	MANAJEMEN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT							
1	**Manajemen Sarana Prasarana dan Perbekalan Kesehatan**	Persentase keaktifan pembaruan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)	100%	Presentase keaktifan belum mencapai target sebersar 100% saat Validasi Oleh Sudinkes.	Lebih giat melakukan pembaruan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem ASPAK sebelum di VAlidasi oleh sistem	Melakukan pembaruan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem ASPAK setiap sebelum jadwal validasi	Berkoordinasi dengan Sudinkes terkait capaian Sitem dan Validasi Presentase keaktifan menginput sistem ASPAK	Melakukan pembaruan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem ASPAK

2		Persentase kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK)	100%	Terdapat perubahan sistem penginputan kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem APSAK	Menginput kembali kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem APSAK sesuai Form Terbaru	Menyesuaikan kembali seuai Form isan terbaru pada Sistem Aplikasi ASPAK	Berkoordinasi dengan Sudinkes terkait kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem APSAK sesuai Form Terbaru	Melakukan pembaruan kelengkapan data Sarana Prasarana Alat Kesehatan di dalam Sistem ASPAK

MONITORING DAN EVALUASI CAPAIAN KLASTER 2,3,4 DAN LINTAS KLASTER
PUSKESMAS KOJA
YANG TIDAK TERCAPAI PERIODE TW IV 2025

NO	SIKLUS HIDUP	INDIKATOR	TARGET	% CAPAIAN	ANALISIS MASALAH	RENCANA TINDAK LANJUT	TINDAK LANJUT	EVALUASI	TINDAK LANJUT (ACTION)
KLASTER 2									
1		Persentase anak usia 0 sampai 11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap.	100%	99.30%	Target belum tercapai karena masih adanya penolakan terhadap imunisasi pada masyarakat dan Keterbatasan tenaga dalam menginput data pelayanan imunisasi ke dalam ASIK, hanya satu petugas di setiap Pustu yang melakukan penginputan data sehingga hasil tidak maksimal	Akan melakukan monitoring terhadap capaian inputan pelayanan imunisasi ke dalam ASIK.	Melakukan monitoring terhadap capaian inputan pelayanan imunisasi ke dalam ASIK.	monitoring sudah dilakukan namun hasil belum tercapai karena petugas penginput juga melakukan tugas program yang lain	Melakukan monitoring dan Evaluasi terhadap capaian imunisasi Tahun 2026

		Persentase Cakupan Imunisasi Lanjutan pada Anak Usia 12-23 bulan	100%	99.10%	Target belum tercapai karena bayi drop out imunisasi tidak terdata dengan baik.	Akan melakukan kerjasama dengan lintas sektor dalam pendataan bayi dengan drop out imunisasi	Melakukan kerjasama dengan lintas sektor dalam pendataan bayi dengan drop out imunisasi	Kerjasama dengan lintas sektor yaitu kader kesehatan dalam pendataan bayi dengan drop out imunisasi saat posyandu balita	Melakukan monitoring dan Evaluasi terhadap capaian imunisasi Tahun 2026
	Remaja	Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar	95%	87.7%	Target belum tercapai karena masih adanya penolakan terhadap imunisasi pada masyarakat dan Keterbatasan tenaga dalam menginput data pelayanan imunisasi ke dalam ASIK, hanya satu petugas di setiap Pustu yang melakukan penginputan data sehingga hasil tidak maksimal	Akan melakukan monitoring terhadap capaian inputan pelayanan imunisasi ke dalam ASIK.	Melakukan monitoring terhadap capaian inputan pelayanan imunisasi ke dalam ASIK.	monitoring sudah dilakukan namun hasil belum tercapai karena petugas penginput juga melakukan tugas program yang lain	Melakukan monitoring dan Evaluasi terhadap capaian imunisasi Tahun 2026

FORMAT SWOT
IDENTIFIKASI FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEGIATAN
PUSKESMAS KOJA
PERIODE TW III 2025

NO	VARIABEL PENILAIAN	KEKUATAN	KELEMAHAN	PELUANG	ANCAMAN
1	Sumber daya Tenaga	Sebagian Pegawai sudah terlatih	Implementasi dari hasil pelatihan tidak di transfer ilmunya (transfer knowledge) ke pegawai lain yang belum ikut pelatihan	In House Training melalui transfer knowledge (yang sudah mengikuti pelatihan memberikan sosialisasi kepada pegawai yang belum ikut pelatihan	Pelaksanaan kurang maksimal karena ada beberapa pelatihan tidak dapat dilaksanakan dampak dari silpa yang ditarik oleh pemda dan adanya pergeseran jadwal pelatihan dari penyelenggara
	Biaya	Memiliki sumber dana yang kontinue dari APBD dan BLUD	Anggaran Belanja BLUD tidak memenuhi kebutuhan sehingga Puskesmas mengajukan anggaran APBDP dari sumber pendapatan	Perencaaan kegiatan sudah bisa disusun sesuai dengan anggaran pendapatan yang direncanakan	Program tidak dapat dilaksanakan sesuai jadwal, sehingga terjadi dampak dari silpa

					yang ditarik oleh pemda
	Alat	Alat Sebagian besat sudah sesuai standar	Alat Kesehatan masih kurang Alat Kesehatan mudah rusak karena usia alat yang Sebagian besar sudah lama lebih dari 5 tahun	Dapat pengajuaan pemeliharaan dan pengadaan alat dengan Anggaran BLUD	Maintenance butuh biaya tinggi dan butuh waktu untuk penanganan perbaikan
	Obat	Stock Opname obat selalu tersedia di Gudang farmasi karena belanja melalu anggaran BLUD	Gudang farmasi yang belum memadai ruangan kurang besar jadi terbagi dibeberapa lokasi sehingga penempatan obat yang menumpuk	Belanja obat dapat dilakukan sesuai yang direncanakan	Obat-obatan yang sudah Exfired Date
	Sarana Kesehatan	Usia Gedung puksemas masih dibawah 5 tahun	Lahan parkir kurang memadai, dengan adanya Pandemi Covid-19 Puskesmas membutuhkan pemisahan layanan khusus untuk pemeriksaan terduga Covid-19	Puskesmas Kecamatan memiliki Puskesmas Kelurahan sebagai jaringan, yang dapat menampung layanan pemeriksaan Covid-19 yang tidak dapat dilakukan di Puskesmas Kecamatan oleh karena keterbatasan lahan	Dengan adanya Pandemi Covid-19 dibutuhkan tambahan anggaran perbaikan sarana untuk antisipasi pencegahan dan pengendalian infeksi
2	Lingkungan	Lingkungan Strategis	Bila hujan jalanan sedikit banjir	Mudah dijangkau kendaraan	Banjir

	Fisik	Bangunan tata kota	Pemukiman padat	Gedung tertata rapih	Persaingan gedung baru
	Non Fisik	Transportasi mudah	Lalu lintas padat	Kunjungan dapat meningkat	Jalanan macet
3	Perencanaan	Peraturan/Kebijakan terkait perencanaan sudah jelas	Usulan perencanaan seringkali berubah, Kebijakan baru yang muncul di pertengahan tahun anggaran	Sumber anggaran dari APBD (Subsidi) dan BLUD	Sistem berbasis online seringkali sulit di akses terkendala server down/penuh dan jaringan internet sering mengalami gangguan
4	Pelaksanaan	Tugas sudah terbagi sesuai dengan tupoksi dan SOP	Perubahan kegiatan dengan adanya Pandemi Covid-19 yang tidak dapat diprediksi	Pembagian tugas masih bisa lebih diefektifkan	Adanya kegiatan yang tidak dapat dilaksanakan sesuai Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
5	Evaluasi	Kinerja dapat diketahui dan diukur	Peraturan dari Pusat senantiasa berubah cepat oleh karena peningkatan kasus Covid-19	Bahan untuk perencanaan selanjutnya	Tidak tercapai secara maksimal

MATRIKS RAGPIE

(UNTUK EVALUASI KEGIATAN)

KEGIATAN MANAJEMEN PUSKESMAS

PERIODE TRIWULAN III 2025

	SUMBER DAYA	KEGIATAN	PENCAPAIAN
PERENCANAAN	Sumber daya manusia sudah terpenuhi	Monitoring Pola Ketenagaan Pegawai	Tersedia Pola Ketenagaan Pegawai
EVALUASI	Membuat maping kebutuhan pegawai sebagian besar sudah terpenuhi (> 95%), karena ada beberapa pegawai yang mengundurkan diri	Usulan kebutuhan tenaga sesuai kompetensi	>95% Kebutuhan pegawai sudah terpenuhi

MATRIKS RAGPIE

(UNTUK EVALUASI KEGIATAN)

KEGIATAN MANAJEMEN PUSKESMAS

	SUMBER DAYA	KEGIATAN	PENCAPAIAN
PERENCANAAN	Kebutuhan alat kesehatan dan obat	Membuat usulan perencanaan kebutuhan alat kesehatan dan obat Puskesmas Kecamatan dan 7 Puskesmas Pembantu	Terpenuhinya sebagian besar kebutuhan alat kesehatan dan obat sesuai kebutuhan
PELAKSANAAN	Membuat Rencana Kebutuhan Barang Unit	Membuat Daftar Kebutuhan Barang Unit sesuai dengan Rencana Kerja Anggaran	Terpenuhinya sebagian besar kebutuhan alat kesehatan dan obat sesuai yang direncanakan
EVALUASI	Merencanakan pengadaan alat kesehatan dan obat sesuai kebutuhan	Menginventarisasi kebutuhan alat kesehatan dan obat	Terpenuhinya sebagian besar dari kebutuhan alat kesehatan dan obat sesuai dengan kebutuhan yang di perlukan

MATRIKS RAGPIE

(UNTUK EVALUASI KEGIATAN)

KEGIATAN PELAYANAN PUSKESMAS

	SUMBER DAYA	KEGIATAN	PENCAPAIAN
PERENCANAAN	Meningkatkan pelayanan kesehatan baik dalam gedung dan luar gedung sesuai tupoksi Puskesmas	Membuat rencana kerja program pelayanan kesehatan dalam dan luar gedung sesuai progam dan kegiatan berdasarkan indikator mutu	Terselenggaranya kegiatan program pelayanan kesehatan masayarakat
PELAKSANAAN	Membuat program dan kegiatan sesuai dengan progam kerja masing - masing	Membuat program dan kegiatan serta uraian kegiatan sesuai dengan perencanaan masing masing program / unit	Terselenggaranya pencapaian target pelayanan dan kesehatan masyarakat sesuai target yang sudah ditetapkan
EVALUASI	Menginventaris pelaksanaan program dan kegiatan yang tidak mencapai target	Mengidentifikasi masalah dan analisa penyebab program/kegiatan yang tidak mencapai target	Melaksanakan rapat koordinasi lintas program dan lintas sektor untuk memecahkan masalah program/kegiatan yang belum mencapai target

BAB IV
PENUTUP

Pengumpulan data untuk penilaian kinerja puskesmas ini dilaksanakan dengan memasukkan data hasil kegiatan di Puskesmas Koja Periode Januari - Desember Tahun 2025 dengan sub variabel dan variabel yang terdapat dalam formulir penilaian kinerja puskesmas tahun 2025. Dari hasil kegiatan diperoleh hasil yaitu:

Klaster Manajemen Puskesmas memiliki nilai rata-rata sebesar **9,84** dengan kategori **baik**

Klaster Pelayanan Kesehatan Ibu dan anak memiliki nilai rata-rata sebesar **99,35%** dengan kategori **baik**

Klaster Pelayanan Kesehatan dewasa dan lanjut usia memiliki nilai rata-rata sebesar **100%** dengan kategori **baik**

Klaster Pelayanan Penanggulangan penyakit menular dan Kesehatan lingkungan memiliki nilai rata-rata sebesar **100%** dengan kategori **baik**

Klaster Pelayanan lintas klaster memiliki nilai rata-rata sebesar **100%** dengan kategori **baik**

V.2 SARAN

1. Dengan adanya hasil penilaian Kinerja puskesmas Periode Januari - Desember Tahun 2025 ini, bisa dijadikan bahan atau acuan dalam pembinaan Puskesmas oleh SKPD Kesehatan atau instansi yang lebih tinggi di atasnya.

2. Dengan adanya hasil penilaian Kinerja puskesmas Periode Januari - Desember Tahun 2025 ini, bisa dijadikan bahan atau acuan setiap unit atau program di setiap pokja untuk melakukan analisa capaian yang rendah dan dilakukan tindak lanjut sehingga dapat menigkatkan capaian di tahun 2025

3. Perhitungan target atau sasaran untuk masing-masing upaya Klaster harus jelas dan petugas yang membidanginya harus dibina tentang strategi program dalam pencapaiannya