



PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS (PKP) PUSKESMAS SRUWENG TAHUN 2023



PUSKESMAS SRUWENG

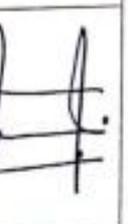
Jln. Raya Sruweng No. 97 Sruweng Telp (0287) 551298

Email : sruweng.puskesmas@gmail.com

Website : www.puskesmas.sruweng.kebumenkab.go.id

**LEMBAR VERIFIKASI
PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS SRUWENG
TAHUN 2023**

**SETELAH MELAKUKAN VERIFIKASI TERHADAP PENILAIAN KINERJA
PUSKESMAS SRUWENG, DENGAN INI MENYETUJUI DAN MENYATAKAN
PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS SRUWENG TELAH SESUAI DENGAN
CAPAIAN KINERJANYA**

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	dr IWAN DANARDONO, Sp.Rad,M.M.R NIP.196803211999031006	Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen	
2	IDA INDRAYANI ACHMAL, AP, MT. NIP. 197510261994122001	Sekretaris Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen	
3.	MOCH NASIR, S.H.,M.Eng NIP.198005211999031003	Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen	
4.	dr. SRI FATMAHWATI, M.Sc NIP.197006252002122003	Kepala Bidang Pelayanan dan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen	
5.	ARYO PRIHASMARA, S. Farm. Apt. NIP. 198511122011005	Kepala Bidang Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen	
6	dr. ARIS EKOSULISTIYONO, M.M. NIP.197403212006041008	Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen	

HALAMAN PENGESAHAN

Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana
Kabupaten Kebumen, dengan ini menyetujui dan mengesahkan Penilaian Kinerja
Puskesmas (PKP) Puskesmas Sruweng Tahun 2023.

Kebumen, Januari 2024

KEPALA DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
KABUPATEN KEBUMEN



[Handwritten Signature]
Dr. IWAN DANARDONO, Sp.Rad,M.M.R

Pemaha Utama Muda (IV/C)

NIP. 19680321 199903 1 006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya kami dapat menyusun Laporan Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2023 Puskesmas Kecamatan Sruweng Kabupaten Kebumen.

Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2023 Puskesmas Kecamatan Sruweng Kabupaten Kebumen juga sangat bermanfaat, dalam mengambil kebijakan keputusan karena didalamnya termuat semua kegiatan pelayanan Puskesmas juga sebagai tolak ukur dalam memantau kinerja pelayanan kesehatan.

Data yang termuat dalam penyusunan Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2023 Puskesmas Kecamatan Sruweng Kabupaten Kebumen bersumber dari pelayanan kesehatan yaitu dari kegiatan masing masing program dalam 1 tahun.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2023 Kecamatan Sruweng Kabupaten Kebumen jauh dari sempurna, untuk itu kami mohon kritik dan sarannya agar dapat menyajikan data dan informasi yang lebih akurat.

Berawal dari niat dan kesungguhan apabila tugas yang dilaksanakan senantiasa akan ringan dalam membangun kesehatan di wilayah kecamatan Sruweng, maka untuk itu kami sampaikan terima kasih yang mendalam dan partisipasinya kepada semua pihak sehingga dapat tersusunnya Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2023 Puskesmas Kecamatan Sruweng Kabupaten Kebumen.

KABUPATEN KEBUMEN
KABUPATEN KEBUMEN
PUSKESMAS SRUWENG
DINKES
KI, S.Kep.Ns



NIP : 19680305 199103 1 009

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indikator Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas Sruweng ..	13
Tabel 2.2 Indikator Pelayanan Promosi Kesehatan	14
Tabel 2.3 Indikator Pelayanan Kesehatan Lingkungan.....	14
Tabel 2.4 Indikator Pelayanan Kesehatan Keluarga	14
Tabel 2.5 Indikator Pelayanan Gizi.....	15
Tabel 2.6 Indikator Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	16
Tabel 2.7 Indikator Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan	17
Tabel 2.8 Indikator Upaya Kesehatan Perorangan	17
Tabel 3.1. Hasil Kinerja UKM Esensial	18
Tabel 3.2. Hasil Kinerja UKM Pengembangan	23
Tabel 3.3. Hasil Kinerja Pelayanan UKM	24
Tabel 3.4. Hasil Indikator Berbasis Komitmen.....	25
Tabel 3.5. Hasil Indikator mutu Puskesmas	26
Tabel 3.6.. Rekap Hasil Kinerja Pelayanan Kesehatan Masyarakat.....	27
Tabel 3.7. Manajemen Puskesmas	27
Tabel 3.8. Indikator Nasional Mutu (INM).....	30
Tabel. 3.9. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	31
Tabel. 3.10. Keselamatan Pasien.....	31
Tabel 3.11. Hasil Kinerja Puskesmas Sruweng Tahun 2023	32
Tabel 4.1.. Peringkat Stunting 21 Desa per Desember tahun 2023	37
Tabel 4.2. Analisa Capaian UKM Pengembangan	41
Tabel 4.3. Hasil Indikator Berbasis Komitmen.....	42
Tabel 4.4. Manajemen Puskesmas	42
Tabel 4.5. Indikator Nasional Mutu (INM).....	43
Tabel 4.6. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	44
Tabel 4.7. Keselamatan Pasien.....	44
Tabel. 4.8. Cara Pemecahan Masalah Kasus AKB	46
Tabel 4.9. Rencana Tindak Lanjut Kasus AKB	48
Tabel 4.10 Tindak Lanjut Kasus Angka Kematian Bayi (AKB).....	49
Tabel 4.11. Tabel Analisa Rencana Tindak Lanjut dan Tindak Lanjut PUS memperoleh pelayanan kontrasepsi.....	52

Tabel 4.12. Tabel Analisa Rencana Tindak Lanjut dan Tindak Lanjut Pelayanan Gizi	53
Tabel 4.13. Tabel Analisa Rencana Tindak Lanjut dan Tindak Lanjut Pelayanan TBC	54
Tabel 4.14. Tabel Identifikasi masalah Program HIV-AIDS	56
Tabel 4.15. Tabel Analisa dan Rencana Tindak Lanjut Program HIV-AIDS .	57
Tabel 5.1. Analisis Organisasi (SWOT) Faktor Internal Puskesmas Sruweng Tahun 2023	78
Tabel 5.2 Analisis Organisasi (SWOT) Faktor Eksternal (Peluang).....	80
Tabel 5.3. Analisis Organisasi (SWOT) Faktor Eksternal (Ancaman) Puskesmas Srweng Tahun 2023	83
Tabel 5.4. Rencana Perbaikan Berdasarkan Hasil Analisis SWOT	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Hasil Pencapaian Kinerja UKM Esensial.....	23
Gambar 4.1. Pelayanan Promosi Kesehatan	33
Gambar 4.2. Hasil Pemetaan Rumah Tangga Sehat.....	33
Gambar 4.3. Hasil Pemetaan Rumah Tangga Sehat Per Indikator	34
Gambar 4.4. Capaian Pelayanan Kesehatan Lingkungan	34
Gambar 4.5. Capaian Persalinan Faskes dan Kunjungan Nifas (Kf)	35
Gambar 4.6. Data Kematian Bayi.....	35
Gambar 4.7. Peta Desa Lokasi Kematian Bayi	36
Gambar 4.8. Capaian PUS KB Aktif	36
Gambar 4.9. Peringkat Stunting 21 Desa per Desember tahun 2023.....	36
Gambar 4.10. Capaian Balita diTimbang	38
Gambar 4.11. capaian jumlah Ibu Hamil Mengonsumsi TTD.....	38
Gambar 4.12. Capaian Suspek TB.....	39
Gambar 4.13. Capaian CDR/ Kasus TB dan diobati	39
Gambar 4.14. Capaian Kasus Pneumonia pada Balita ditangani	40
Gambar 4.15. Capaian Desa UCI.....	40
Gambar 4.16. Capaian Pelayanan Kesehatan Pengembangan.....	41
Gambar 4.17. Capaian Pelayanan Kesehatan Perorangan	42
Gambar 4.18. Capaian Manajemen Puskesmas.....	43
Gambar 4.19. Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Kasus AKB	51
Gambar 4.20. Pencapaian Program TB	55
Gambar 4.21. Analisa Penyebab Masalah Dengan Fish Bone Program HIV-AIDS	59
Gambar 4.22. Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Inventaris Alat.....	63
Gambar 4.23. Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Simpus	64
Gambar 4.24. Capaian IKS per Desa	92
Gambar 4.25. Capaian Indikator PIS PK Tahun 2023.....	92
Gambar 4.26. Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Penderita hipertensi berobat secara teratur masih rendah.....	94

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.2 Hasil Pencapaian Kinerja UKM Pengembangan Tahun 2023	24
Grafik 4.1 Kepatuhan Kebersihan Tangan	65
Grafik 4.2 Kepatuhan Pemakaian APD	66
Grafik 4.3 Identifikasi	67
Grafik 4.4 Keberhasilan pengobatan Pasien TB SO	68
Grafik 4.5 Ibu Hamil yang mendapatkan pelayanan ante natal care (ANC) sesuai standar	69
Grafik 4.6 Kepuasan Pelanggan.....	71
Grafik 4.7 Kepatuhan Identifikasi Pasien Triwulan IV	72
Grafik 4.8 Kepatuhan Komunikasi Efektif Triwulan IV	73
Grafik 4.9 Pelabelan Obat yang perlu diwaspadai Triwulan IV	74
Grafik 4.10 Pelabelan Obat yang perlu diwaspadai Triwulan IV	75
Grafik 4.11 Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh Pasien di Rawat Inap Triwulan IV	76

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR VERIFIKASI	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. PENGERTIAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS.....	2
C. TUJUAN.....	3
D. MANFAAT.....	3
E. SASARAN	3
F. RUANG LINGKUP	4
G. LANDASAN HUKUM	6
H. SISTEMATIKA.....	6
BAB II PELAKSANAAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS	8
A. BAHAN PENILAIAN DAN PEDOMAN.....	8
B. TEKNIS PELAKSANAAN	8
C. INDIKATOR PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS YANG DITETAPKAN OLEH PUSKESMAS.....	12
BAB III KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2023	18
A. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL	18
B. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT PENGEMBANGAN	23
C. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN PERORANGAN	25
D. HASIL KINERJA ADMINISTRASI MANAJEMEN DAN MUTU PUSKESMAS	27
E. REKAPITULASI KINERJA PUSKESMAS	32

BAB IV	ANALISA CAPAIAN KINERJA PUSKESMAS.....	33
A.	DATA PELAYANAN	33
1.	PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL DAN PENGEMBANGAN	33
2.	PELAYANAN KESEHATAN PERORANGAN	42
B.	KEGIATAN MANAJEMEN DAN MUTU PUSKESMAS	42
C.	ANALISA DATA DAN PEMECAHAN MASALAH	46
BAB V	ANALISA ORGANISASI DAN RENCANA PERBAIKAN.....	78
BAB VI	PENUTUP.....	88
A.	KESIMPULAN	88
B.	SARAN	88
1.	PENGELOLA PROGRAM	84
2.	PUSKESMAS	89
3.	DINAS KESEHATAN KAB/ KOTA	89
LAMPIRAN	90

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut Undang- Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1, setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka terus dilakukan peningkatan dan pemerataan Puskesmas dan jaringannya di semua wilayah. Berbagai upaya telah dan akan terus ditingkatkan baik oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah agar peran dan fungsi Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar semakin meningkat.

Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan dan pembinaan kesehatan masyarakat telah dibangun puskesmas. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/ kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Puskesmas berfungsi sebagai :

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
2. Pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat
3. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama

Untuk menunjang pelaksanaan fungsi dan penyelenggaraan upayanya, puskesmas dilengkapi dengan instrument manajemen yang terdiri dari :

1. Perencanaan Tingkat puskesmas
2. Lokakarya Mini Puskesmas
3. Penilaian Kinerja dan manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen system pencatatan dan pelaporan disebut system informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan upaya peningkatan mutu pelayanan (antara lain melalui penilaian penerapan quality assurance).

Mempertimbangkan rumusan pokok-pokok program dan program-program unggulan serta inovasi sebagaimana disebutkan dalam Rencana Strategis Departemen Kesehatan dan program spesifik daerah, maka area program yang akan menjadi prioritas disuatu daerah, perlu dirumuskan secara spesifik oleh daerah sendiri. Demikian pula strategi dalam pencapaian

tujuannya, yang harus disesuaikan dengan masalah, kebutuhan serta potensi wilayah setempat.

Guna memenuhi hal tersebut diatas Puskesmas Sruweng melaksanakan kegiatan Penilaian Kinerja Puskesmas Semester 1 (satu) Tahun 2023, dengan maksud mendapat gambaran seberapa jauh tingkat keberhasilan yang sudah dicapai dan program program yang belum berhasil mencapai target serta sebagai bahan dalam penyusunan perencanaan di akhir tahun 2023.

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisa dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan Puskesmas disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kinerja/ prestasi hasil Puskesmas.

B. PENGERTIAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisa dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan puskesmas disediakan,serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/ prestasi Puskesmas.

Pelaksanaan penilaian dimulai dari tingkat desa oleh masing masing pemegang program sebagai instrument mawas diri, kemudian Puskesmas melakukan penghitungan untuk semua jenis pelayanan dan dilakukan verifikasi hasilnya. Adapun aspek penilaian meliputi hasil pencapaian cakupan dan manajemen kegiatan termasuk mutu pelayanan. Atas perhitungan seluruh komponen penilaian Puskesmas dapat menetapkan kriteria kinerja dari masing masing program, kinerja manajemen dan mutu kriteria kinerja mutu pelayanan ke dalam 3 kriteria penilaian yaitu kelompok I (Baik), Kelompok II (Sedang) dan kelompok III (Kurang).

Dari setiap kelompok tersebut Puskesmas dapat melakukan analisa tingkat kinerja dari semua kegiatan pelayanan yang dilakukan, sehingga urutan pencapaian kinerjanya dapat diketahui serta dapat dilakukan pembinaan secara lebih mendalam dan terfokus.

C. TUJUAN

1. Tujuan

a. Tujuan Umum

Tecapainya tingkat kinerja puskesmas yang berkualitas secara optimal dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan kabupaten.

b. Tujuan Khusus

1. Mendapatkan gambaran tingkat pencapaian hasil cakupan dan mutu kegiatan serta manajemen Puskesmas Tahun 2023.
2. Mengetahui tingkat kinerja Puskesmas Tahun 2023 berdasarkan urutan peringkat kategori kelompok Puskesmas
3. Mendapatkan informasi analisis kinerja Puskesmas dan bahan masukan dalam penyusunan rencana kegiatan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk Tahun 2024.

D. MANFAAT

- a. Puskesmas mengetahui tingkat pencapaian (Prestasi) kunjungan dibandingkan dengan target yang harus dicapai.
- b. Puskesmas dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja Puskesmas (out put dan out come)
- c. Dinas Kesehatan Kabupaten dapat menetapkan dan mendukung kebutuhan sumberdaya, sumber anggaran Puskesmas dan urgensi pembinaan Puskesmas.

E. SASARAN

Sasaran pada Penilaian Kinerja di Puskesmas adalah hasil pelaksanaan Pelayanan Kesehatan, Manajemen Puskesmas dan Mutu Pelayanan.

F. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup kinerja Puskesmas meliputi penilaian kinerja program (UKM), pelaksanaan pelayanan kesehatan (UKP), Kegiatan Manajemen dan Mutu Puskesmas. Penilaian terhadap kinerja puskesmas ditingkat kabupaten

dalam rangka melaksanakan fungsi puskesmas yang diselenggarakan melalui pendekatan kesehatan masyarakat, dengan tetap mengacu pada kebijakan dan strategi untuk mewujudkan visi Puskesmas Sruweng .

✚ VISI PUSKESMAS SRUWENG :

Mewujudkan Kabupaten Kebumen Semakin Sejahtera, Mandiri, Berakhlak Bersama Rakyat .

✚ MISI PUSKESMAS SRUWENG :

Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya.

✚ TATA NILAI PUSKESMAS SRUWENG :

Tata Nilai yang diterapkan di Puskesmas Sruweng sesuai dengan SE MENPAN RB No. 20 tahun 2021 yaitu BERAKHLAK

➤ Berorientasi Pelayanan

Komitmen memberikan Pelayanan Prima Demi Kepuasan Masyarakat

➤ Akuntabel

Bertanggung jawab atas kepercayaan yang diberikan

➤ Kompeten

Terus belajar dan mengembangkan kepabilitas

➤ Harmonis

Saling peduli dan menghargai perbedaan

➤ Adaptif

Terus berinovasi dan antusias dalam menggerakkan serta menghadapi perubahan

➤ Kolaboratif

Membangun kerjasama yang sinergi

✚ MOTO PUSKESMAS SRUWENG:

Bangga Melayani Bangsa

Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas Sruweng berdasarkan program kesehatan telah dilakukan yaitu:

1. Administrasi dan Manajemen :

a. Manajemen Umum Puskesmas

- b. Manajemen Sumber Daya
- c. Manajemen Keuangan dan BMN/ BMD
- d. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat
- e. Manajemen data dan Informasi

2. Upaya Kesehatan Masyarakat

Program kesehatan esensial Puskesmas adalah program yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

- Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial yang harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas adalah:
 - a) Pelayanan Promosi Kesehatan
 - b) Pelayanan Kesehatan Lingkungan
 - c) Pelayanan Kesehatan Keluarga
 - d) Pelayanan Kesehatan Gizi
 - e) Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P)
 - f) Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
- Upaya Kesehatan Non Esensial/ Pengembangan

Program kesehatan masyarakat non esensial adalah program pengembangan berdasarkan kesepakatan Puskesmas untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat meliputi :

- a) Kesehatan Olahraga
- b) Kesehatan Kerja
- c) Kesehatan Gigi Masyarakat
- d) Kesehatan Haji
- Upaya Kesehatan Perorangan

Penilaian UKP disesuaikan dengan kondisi masing-masing variable yang sudah ditetapkan berdasarkan indicator pelayanan
- Upaya Manajemen Mutu

Untuk menghitung penilaian mutu pelayanan berdasarkan hasil cakupan yang dikelompokkan pada skala-skala yang ditetapkan pada setiap variable.

G. LANDASAN HUKUM

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/ Kota
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktek Mandiri Dokter dan dokter gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi darah.
5. RPJMD Kabupaten Kebumen Tahun 2021- 2026
6. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen Nomor 440/180/KEP/2022 TENTANG Penetapan Indikator Mutu dan Kinerja Pusat Kesehatan Masyarakat Tahun 2022- 2026

H. SISTEMATIKA

HALAMAN JUDUL

LEMBAR VERIFIKASI

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

B. PENGERTIAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

C. TUJUAN

D. MANFAAT

E. SASARAN

F. RUANG LINGKUP

G. LANDASAN HUKUM

H. SISTEMATIKA

BAB II	PELAKSANAAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS
	A. BAHAN PENILAIAN DAN PEDOMAN
	B. TEKNIS PELAKSANAAN
	C. INDIKATOR PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS YANG DITETAPKAN OLEH PUSKESMAS
BAB III	KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2023
	A. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL
	B. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT PENGEMBANGAN
	C. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN PERORANGAN
	D. HASIL KINERJA ADMINISTRASI MANAJEMEN DAN MUTU PUSKESMAS
	E. REKAPITULASI KINERJA PUSKESMAS
BAB IV	ANALISA CAPAIAN KINERJA PUSKESMAS
	A. DATA PELAYANAN
	a. PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL DAN PENGEMBANGAN
	b. PELAYANAN KESEHATAN PERORANGAN
	B. KEGIATAN MANAJEMEN DAN MUTU PUSKESMAS
	C. ANALISA DATA DAN PEMECAHAN MASALAH
BAB V	ANALISA ORGANISASI DAN RENCANA PERBAIKAN
BAB VI	PENUTUP
	A. KESIMPULAN
	B. SARAN
	1. PENGELOLA PROGRAM
	2. PUSKESMAS
	3. DINAS KESEHATAN KAB/ KOTA
	LAMPIRAN

BAB II

PELAKSANAAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

A. BAHAN PENILAIAN DAN PEDOMAN

Bahan yang dipakai pada penilaian kinerja puskesmas adalah hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan, manajemen puskesmas dan mutu pelayanan. Sedangkan dalam pelaksanaannya mulai dari pengumpulan data, pengolahan data, analisis hasil/ masalah sampai dengan penyusunan laporan berpedoman pada Buku Pedoman penilaian Kinerja Puskesmas dari Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan R.I tahun 2016.

B. TEKNIS PELAKSANAAN

Teknis pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas Tahun 2023, sebagai berikut:

1. Penetapan target Puskesmas

Target puskesmas yaitu tolak ukur dalam bentuk angka nominal atau presentase yang akan dicapai Puskesmas Tahun 2023

2. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilaksanakan dengan memasukan data hasil kegiatan Puskesmas Tahun 2023 yaitu pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2023 dengan variabel dan sub variabel yang terdapat pada formulir penilaian kinerja puskesmas tahun 2023

Cara pengumpulan data disesuaikan dengan data yang diperlukan sesuai dengan pedoman penilaian kinerja Puskesmas serta kesepakatan Puskesmas dan dinas Kesehatan Kabupaten. Sesuai dengan fungsi Puskesmas, maka data untuk Penilaian Kinerja Puskesmas dapat berasal dari Puskesmas dan jaringannya maupun yang dikumpulkan dari lintas sector terkait serta masyarakat.

Adapun cara pengumpulan data, antara lain melalui :

1. Data dalam pencatatan dan pelaporan Puskesmas (SP2TP/ SP3).
2. Pemeriksaan/ pengecekan pencatatan/ notulen.
3. Pengumpulan data melalui survey sederhana.

Data yang dikumpulkan untuk perhitungan penilaian kinerja adalah hasil kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, yang terdiri atas :

1. Data pencapaian hasil kegiatan Puskesmas
2. Data pelaksanaan manajemen Puskesmas
3. Data hasil pengukuran/ penilaian mutu pelayanan puskesmas

Variable penilaian kinerja Puskesmas seyogyanya mewakili/ merepresentasikan fungsi, azas, dan upaya pelayanan Puskesmas beserta jaringannya. Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas dikelompokkan dalam 3 komponen penilaian, yaitu :

1. Komponen pelaksanaan pelayanan kesehatan yang terdiri dari :
 - a. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial:
 - 1) Pelayanan Promosi Kesehatan
 - 2) pelayanan Kesehatan Lingkungan
 - 3) Pelayanan Kesehatan Keluarga
 - 4) Pelayanan Gizi
 - 5) Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
 - 6) Pelayanan Keperawatan kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
 - b. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Pengembangan
 - 1) Kesehatan Olahraga
 - 2) Kesehatan Kerja
 - 3) Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM)
 - 4) Kesehatan lainnya (Program haji)
2. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
3. Komponen Manajemen Puskesmas
4. Komponen Mutu Pelayanan Puskesmas

3. Pengolahan Data

Setelah proses pengumpulan data selesai, dilanjutkan dengan penghitungan sebagaimana berikut dibawah ini:

a. Penilaian Cakupan Kegiatan Pelayanan Kesehatan

Cakupan sub variabel (SV) dihitung dengan membagi hasil pencapaian (H) dengan target sasaran (T) dikalikan 100

Cakupan variabel (V) dihitung dengan menjumlah seluruh nilai sub variabel kemudian dibagi dengan jumlah variabel (n)

Jadi nilai cakupan kegiatan pelayanan kesehatan adalah rerata per jenis kegiatan. Kinerja cakupan pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi 3, yaitu:

1. Kelompok I (kinerja baik) : Tingkat pencapaian hasil $\geq 91 \%$
2. Kelompok II (kinerja cukup) : Tingkat pencapaian hasil 81-90 %
3. Kelompok III (Kinerja kurang) : Tingkat pencapaian hasil $\leq 80\%$

b. Penilaian Kegiatan Manajemen Puskesmas

Penilaian kegiatan manajemen puskesmas dikelompokkan menjadi 4 kelompok:

- a) Manajemen Umum Puskesmas
- b) Manajemen Sumber Daya
- c) Manajemen Keuangan dan BMN/ BMD
- d) Manajemen Pemberdayaan Masyarakat
- e) Manajemen data dan Informasi

Penilaian kegiatan manajemen Puskesmas dengan mempergunakan skala nilai sebagai berikut:

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

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

Cara menilai:

1. Nilai manajemen dihitung sesuai dengan hasil pencapaian puskesmas dan dimasukkan ke dalam kolom yang sesuai
2. Hasil nilai skala dimasukkan ke 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 5,5 – 8,4
 - Kurang : Nilai < 5

c. Penilaian Mutu Pelayanan

Cara menilai:

1. Nilai mutu 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 nilai variabel dalam satu komponen merupakan nilai akhir mutu.
4. Nilai mutu dikelompokkan menjadi:
 - Baik : Nilai rata-rata $> 8,5$
 - Cukup : Nilai $5,5 - 8,4$
 - Kurang : Nilai < 5

4. Analisa hasil dan langkah Pemecahan

- a. Melakukan identifikasi masalah, kendala/ hambatan dan penyebab serta latar belakangnya dengan cara mengisi format analisa data dengan mencantumkan kesenjangan hasil kegiatan pokok dan hasil kegiatan lainnya yang terkait, input sumber daya pendukungnya, lingkungan social dan fisik yang mempengaruhi serta proses pelaksanaannya
- b. Mencari alternative dalam upaya penanggulangan/ pemecahan masalahnya
- c. Merumuskan langkah langkah pemecahan masalah dengan memperhatikan arahan dan rencana pengembangan di dalam wilayah kabupaten
- d. Merumuskan bentuk rencana usulan Semester 2, sebagai bagian dari kegiatan perencanaan Puskesmas

5. Pelaksanaan Penilaian di Puskesmas

- a. Dilaksanakan oleh Puskesmas dalam rangka mawas diri mengukur keberhasilan kinerjanya.
- b. Kepala Puskesmas membentuk tim kecil Puskesmas untuk melakukan kompilasi hasil pencapaian (out-put dan out-come).
- c. Masing masing penanggung jawab kegiatan maelakukan pengumpulan data pencapaian, dengan memperhitungkan cakupan hasil (out-put) kegiatan dan mutu bila hal tersebut memungkinkan.

- d. Hasil yang telah dicapai, masing masing penanggungjawab kegiatan melakukan analisis masalah, identifikasi kendala/ hambatan, mencari penyebab dan latar belakangnya, mengenali factor- factor pendukung dan penghambat.
- e. Bersama –sama tim kecil Puskesmas menyusun rencana pemecahannya dengan mempertimbangkan kecenderungan timbulnya masalah (ancaman) ataupun kecenderungan untuk perbaikan (peluang) dengan metode analisa sederhana maupun analisa kecenderungan dengan menggunakan data yang ada
- f. Hasil perhitungan, analisa data dan usulan rencana pemecahannya dilaporkan ke Dinas Kesehatan kabupaten.

C. INDIKATOR PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS YANG DITETAPKAN OLEH PUSKESMAS

Penilaian Kinerja Puskesmas merupakan suatu upaya memberikan penilaian terhadap hasil kerja/ prestasi dengan cara menilai sendiri hasil kegiatan dan mutu pelayanan di Puskesmas. Penilaian dilakukan terhadap indikator kinerja yang telah sebelumnya ditetapkan.

Indikator kinerja Puskesmas merupakan acuan minimal yang diperlukan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga lebih bermutu, komprehensif dan berkesinambungan.

Indikator Kinerja Puskesmas merupakan indikator yang terdiri dari indikator administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan masyarakat (UKM) esensial, Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Pengembangan, Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Mutu.

Adapun Indikator Kinerja Puskesmas Sruweng Kabupaten Kebumen Tahun 2023 yaitu

I. INDIKATOR KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PUSKESMAS

Tabel 2.1 Indikator Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas Sruweng

No		Indikator	Target
A	Manajemen Umum Puskesmas	Mempunyai rencana Lima Tahunan sesuai RPJM Dinas Kesehatan	10
		Tersusunnya RUK, berdasarkan Rencana Lima Tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	10
		tersusunnya RPK secara terinci dan lengkap	10
		Melaksanakan Mini Lokakarya Bulanan	10
		Melaksanakan Mini Lokakarya Triwulan dengan lintas sector	10
		Membuat penilaian kinerja satahun dua kali, mengirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan mendapatkan feedback dari Dinas Kesehatan Kab/Kota	10
B	Manajemen Sumber Daya	Dilakukan Inventarisasi Peralatan diPuskesmas	10
		Ada Daftar Inventarisasi sarana di Puskesmas	10
		Ada struktur Organisasi Puskesmas	10
		Ada pembagian tugas dan tanggungjawab tenaga Puskesmas	10
		Perencanaan peningkatan kompetensi SDM	10
		Tercukupinya kebutuhan SDM sesuai kompetensinya	10
C	Manajemen Keuangan dan BMN/BMD	Membuat catatan bulanan uang keluar masuk dalam buku kas	10
		Ketepatan dan kelengkapan laporan keuangan	10
		Ketepatan realisasi pelaksanaan kegiatan berdasarkan perencanaan	10
D	Manajemen pemberdayaan masyarakat	Setiap Desa Melakukan SMD dan MMD	10
E	Manajemen Data dan Informasi	tersedianya sistem Informasi Puskesmas	10

II. INDIKATOR KINERJA UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT

A. UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT ESSENSIAL

1. PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN

Tabel 2.2 Indikator Pelayanan Promosi Kesehatan

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
a.	Persentase Posyandu Aktif Mandiri	69,54 %
b.	Terbentuknya tatanan sehat sesuai dengan Pedoman	
	Persentase pembinaan rumah tangga sehat	95,20%
c.	Proses Pemberdayaan Masyarakat	
	Persentase desa siaga aktif	50,58%

2. PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN

Tabel 2.3 Indikator Pelayanan Kesehatan Lingkungan

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
a.	Persentase Desa STBM	26%
b.	Persentase Tempat Fasilitas Umum (TFU) yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar	91%
c.	Persentase Tempat Pengolahan Pangan (TPP) yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar	97%

3. PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA

Tabel 2.4 Indikator Pelayanan Kesehatan Keluarga

NO	INDIKATOR KINERJA SPM	TARGET
a.	Persentase ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal terpadu sesuai standard	100%
b.	Persentase Ibu Bersalin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standard	100%
c.	Persentase Bayi Baru Lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standard	100%
d.	Persentase balita yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standard	100%

e.	Persentase anak usia sekolah dan remaja yang dilakukan penjangkaran Kesehatan	100%
f.	Persentase lanjut usia yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standard	100%
NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
g..	Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan peduli remaja	100%
h.	Persentase calon pengantin yang mendapatkan skrining Kesehatan	100%
i.	Persentase pasangan usia subur memperoleh pelayanan kontrasepsi	100%
NO	INDIKATOR RPJMD	TARGET
j.	Angka Kematian Ibu	1 Kasus
k.	Angka Kematian Bayi	4 kasus

4. PELAYANAN GIZI

Tabel 2.5 Indikator Pelayanan Gizi

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
a.	Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapatkan makanan tambahan	100%
b.	Persentase Ibu Hamil yang mengonsumsi tablet tambah darah (TTD) 90 tablet	100%
c.	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif	72%
d.	Persentase Bayi Baru Lahir yang mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	72%
e.	Balita Kurus yang mendapat makanan tambahan	99%
f.	Persentase remaja putrimendapatkan tablet tambah darah	55%
g.	Prevalensi Balita Stunting	14%
h.	Persentase kasus gizi buruk	<0.002
i.	Persentase balita gizi kurang (BB/TB)	5%
j.	Persentase Anak 6-23 bulan mendapat MPASI	70%

k.	Balita ditimbang (D/S)	90%
----	------------------------	-----

5. PELAYANAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Tabel 2.6 Indikator Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET
a.	PELAYANAN TBC	
	1) Persentase Pelayanan Kesehatan Orang dengan terduga Tuberkulosis (TB) sesuai standar	100% (745)
	2) Case Detection Rate (CDR) kasus TB	90% (138)
b.	PELAYANAN HIV AIDS	
	Persentase Pelayanan Kesehatan orang dengan Risiko Terinfeksi HIV	100%
c.	PELAYANAN DIARE	
	Persentase Kasus Diare balita ditangani dengan pemberian oralit dan zinc	100%
d.	PELAYANAN ISPA	
	Persentase kasus pneumonia pada balita ditangani	100%
e.	PELAYANAN DBD	
	Persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) pengambilan sampel dilakukan secara random	95%
	Persentase penderita DBD ditemukan dan ditangani	100%
f.	PELAYANAN SURVEILANS	
	Persentase KLB yang di tangani < 24 jam	100%
g.	PELAYANAN IMUNISASI	
	1) Persentase Imunisasi Dasar Lengkap	90%
	2) Desa UCI	100%
h.	PELAYANAN KECACINGAN	
	1). Persentase pemberian obat cacing di Posyandu	100%
	2). Persentase pemberian obat cacing pada anak sekolah	100%
i.	PELAYANAN PENYAKIT TIDAK MENULAR	
	1) Persentase orang usia 15-59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standart	100%
	2) Persentase penderita Hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standart	100%
	3) Persentase penderita Diabetes Melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standart	100%
j.	PELAYANAN KESEHATAN JIWA	
	1) Persentase penduduk usia ≥ 15 tahun dengan risiko masalah kesehatan jiwa yang mendapatkan skrining	60%
	2) Persentase penderita ODGJ Berat yang mendapatkan	100%

	pelayanan kesehatan jiwa sesuai Standart	
k.	PELAYANAN KESEHATAN INDERA	
	Persentase penduduk usia ≥ 7 tahun yang dilakukan deteksi dini gangguan penglihatan dan pendengaran	40%
	Persentase pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dengan pendekatan Keluarga	100%

B. UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT PENGEMBANGAN

Tabel 2.7 Indikator Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan

NO	INDIKATOR	TARGET
1.	KESEHATAN OLAH RAGA	
	. Persentase pembinaan kebugaran ASN	10%
2.	KESEHATAN KERJA	
	a. Persentase pembinaan Pos UKK	100%
	b. Persentase pelayanan kesehatan di pos UKK	80%
3.	UPAYA KESEHATAN GIGI MASYARAKAT (UKGM)	
	Penyuluhan UKGM	15 kali/Tahun
4.	UPAYA KESEHATAN LAINNYA	
	a KESEHATAN HAJI	
	Persentase pembinaan kebugaran calon jamaah haji	75%
	Persentase pembinaan kesehatan calon jamaah haji	100%

III. UPAYA KESEHATAN PERORANGAN

Tabel 2.8 Indikator Upaya Kesehatan Perorangan

NO	INDIKATOR	TARGET
1.	Angka Kontak	15 %
2.	Rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik	2%
3.	Rasio peserta prolanis terkendali	5%

BAB III

HASIL KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2023

A. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL

Hasil Kinerja Puskesmas Sruweng Tahun 2023, berdasarkan data pada bulan Januari sampai dengan Desember 2023, dapat kami sajikan sebagai berikut :

Tabel 3.1. Hasil Kinerja UKM Esensial

No	Indikator Kinerja	Target (%)	Jml sasaran	Pencapaian	Tahun 2023	
					Sub VRB	VRB
A.	PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN					
	a. Rumah tangga ber-PHBS	95.20	17319	16389	94.63	
	b. Desa Siaga Aktif Mandiri	50.58	15	15	100	
	c. Posyandu mandiri	69.54	72	77	106.94	
	Nilai rata-rata Kinerja Pelayanan Promosi Kesehatan					100.52
B.	Pelayanan KESEHATAN LINGKUNGAN					
	Prosentase capaian desa STBM	38	4	20	250	
	Persentase Tempat Fasilitas umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar	91	47	48	102.13	
	Persentase Tempat Pengolahan Pangan (TPP) yang dilakukan pengawasan sesuai standar	97	45	45	100	
	Nilai rata-rata Kinerja Pelayanan Kesehatan Lingkungan					150.71
C.	PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA					
	• Persentase ibu hamil mendapat pelayanan antenatal terpadu sesuai standar	100	610	610	100	

	• Persentase ibu bersalin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standart	100	610	610	100	
	• Persentase Bayi baru lahir(BBL) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100	605	605	100	
	• Persentase balita yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100	3171	3171	100	
	• Angka Kematian Ibu (AKI)	1 Kasus	1	0	100	
	• Angka Kematian Bayi (AKB)	4 Kasus		11 Kasus	0	
	• Persentase anak usia sekolah dan remaja yang dilakukan penjangkaran kesehatan	100	7145	7145	100	
	• Puskesmas Melaksanakan pelayanan kesehatan peduli remaja	100	12	12	100	
	• Persentase calon pengantin yang mendapatkan skrining kesehatan	100	671	671	100	
	• Persentase pasangan usia subur memperoleh pelayanan kontrasepsi	63.50	5415	5352	98.84	
	• Persentase lanjut usia yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100	8183	8183	100	
	Nilai rata-rata Kinerja Kesehatan Keluarga					90.80
D.	PELAYANAN GIZI					

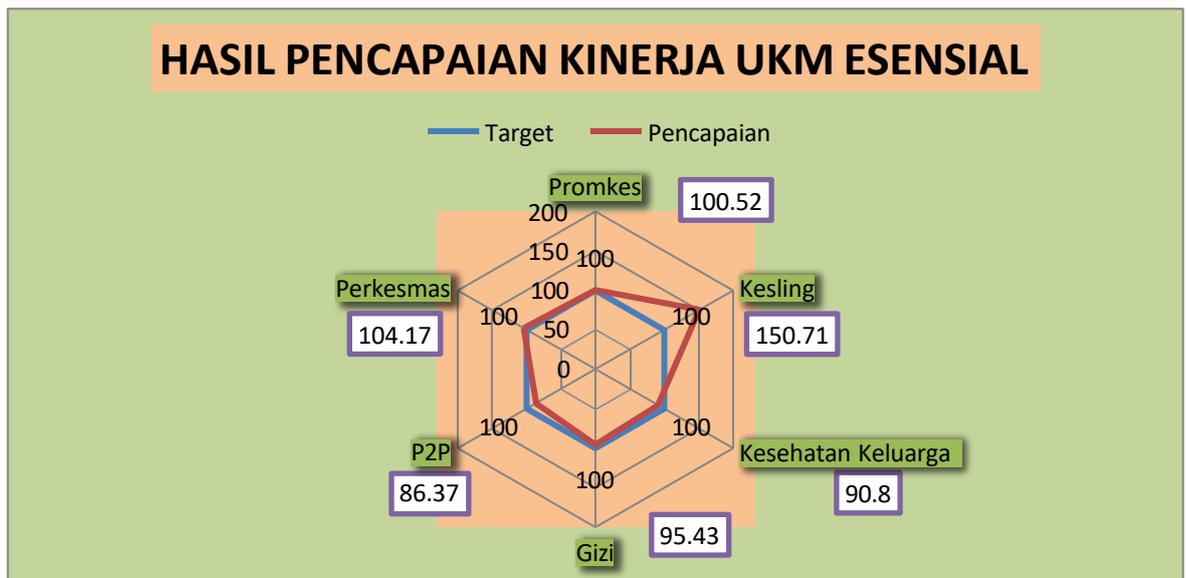
	a.Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat makanan tambahan	100	50	50	100	
	b.Persentase ibu hamil yang mendapatkan tablet tambah darah (TTD)	100	637	637	100	
	c.Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	72	342	274	80.12	
	d.Persentase bayi baru lahir yang mendapat Inisiasi Menyusui Dini	72	44	37	84.09	
	e.Balita kurus yang mendapatkan makanan tambahan	99	210	204	97.14	
	f. Persentase remaja putri yang mendapatkan tablet tambah darah	55	981	981	100	
	g.Prevalensi Balita Stunting	14	3270	319	9.76	Skor 100
	h.Persentase kasus gizi buruk	<0.002		0	100	
	i. Persentase balita gizi kurang (BB/TB)	5	3270	151	4.62	Skor 92.4
	j. Persentase anak 6-23 bulan mendapat MPASI	70	799	799	100	
	k.Balita ditimbang (D/S)	90	3821	3777	98.85	
	NILAI Rata-Rata KINERJA GIZI					95.43
E.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALAN PENYAKIT (P2P)					
	a. PELATANAN TBC					50.42
	1) Presentase pelayanan kesehatan orang dengan terduga	100	745	589	79.06	

	Tuberculosis (TB) sesuai standar					
	2) Case Detection Rate (CDR) kasus TB	90	138	27	21.77	
	b. PELAYANAN HIV AIDS					85.42
	Presentase pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV	100	830	709	85.42	
	c. PELAYANAN DIARE					100
	Presentase kasus diare balita ditangani dengan pemberian oralit dan zinc	100	221	221	100	
	d. PELAYANAN ISPA					100
	Persentase kasus pnemonia pada balita ditangani	100	223	223	100	
	e. PELAYANAN DBD					98.81
	1) Persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) pengambilan sampel dilakukan secara random	95		28	97.62	
	2) Persentase penderita DBD ditemukan dan ditangani	100	2	2	100	
	f. PELAYANAN SURVEILANS					0
	Persentase KLB yang ditangani <24 jam	100		NIHIL	0	
	g. PELAYANAN IMUNISASI					100
	1) Presentase Imunisasi dasar lengkap	100	650	650	100	
	2) Desa UCI	100	21	21	100	
	h. PELAYANAN KECACINGAN					100
	1) Presentase pemberian obat cacicng diposyandu	100	3214	3214	100	
	2) Presentase pemberian obat	100	6400	6400	100	

	cacing pada anak sekolah					
	i. PELAYANAN PENYAKIT TIDAK MENULAR					100
	1) Persentase orang usia 15-59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100	21358	21358	100	
	2) Persentase penderita Hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standart	100	2411	2411	100	
	3) Persentase penderita Diabetes Melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standart	100	463	463	100	
	j. PELAYANAN KESEHATAN JIWA					61.40
	1) Persentase penduduk usia ≥ 15 tahun dengan resiko masalah kesehatan jiwa yang mendapatkan skrining	60	6581	1500	22.79	
	2) Persentase penderita ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standart	100	248	248	100	
	k. PELAYANAN KESEHATAN INDERA					67.69
	Persentase penduduk usia ≥ 7 tahun yang dilakukan deteksi dini gangguan penglihatan dan pendengaran	100	16176	10949	64.46	
	NILAI KINERJA P2P					86.37
	E. PERKESMAS					
	Persentase Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat	100	144	150	104.17	

(Perkesmas) dengan pendekatan keluarga						
NILAI Rata-rata Perkesmas						104.17
NILAI KINERJA UKM ESENSIAL						104.67

Gambar 3.1. Hasil Pencapaian Kinerja UKM Esensial



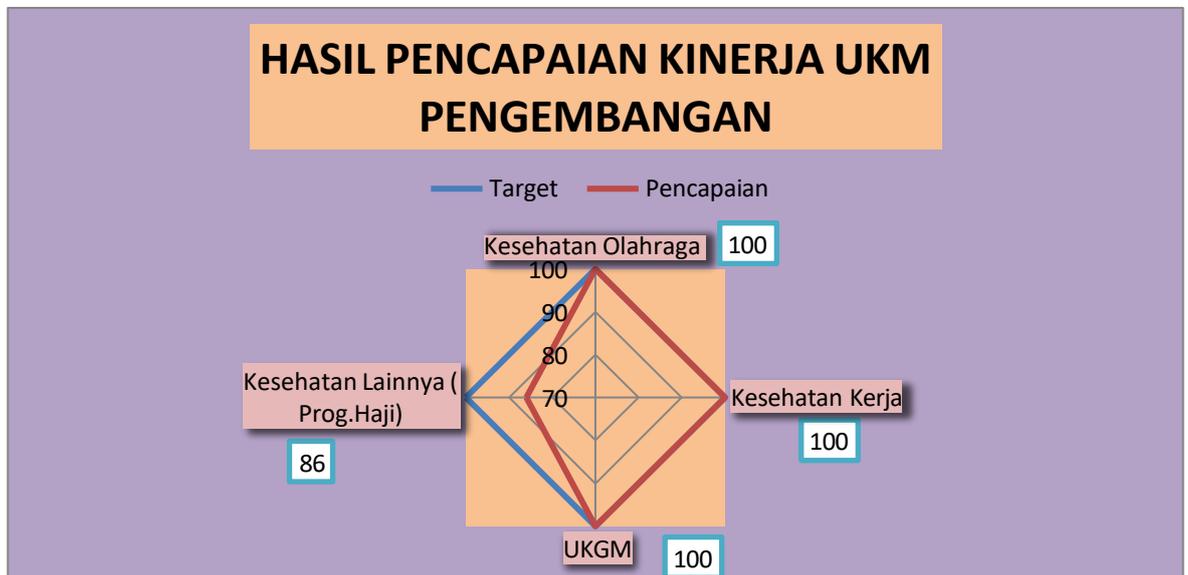
B. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT PENGEMBANGAN

Tabel 3.2. Hasil Kinerja UKM Pengembangan

No	Indikator Kinerja	Target (%)	Jml sasaran	Pencapaian	Tahun 2023	
					Sub VRB	VRB
1	KESEHATAN OLAHRAGA					100
	Persentase pembinaan kebugaran ASN	10	498	52	10.44	
2	KESEHATAN KERJA					100
	Persentase Pembinaan Pos UKK	100	1	1	100	
	Persentase pelayanan kesehatan di pos UKK	80			83.33	
3	KESEHATAN GIGI MASYARAKAT (UKGM)					100
	Penyuluhan UKGM	15x/th	15	15	100	
4	KESEHATAN LAINNYA					86
	a. Kesehatan Haji					

	Persentase pembinaan kebugaran calon jamaah haji	75	55	40	72	
	Persentase pembinaan calon jamaah haji	100	55	55	100	
NILAI KINERJA UKM PENGEMBANGAN						96.5

Grafik 3.2. Hasil Pencapaian Kinerja UKM Pengembangan Tahun 2023



Nilai cakupan Kinerja Pelayanan Kesehatan UKM adalah nilai rata-rata nilai UKM esensial dan UKM Pengembangan, atau dengan kata lain adalah UKM esensial + UKM Pengembangan di bagi 2 (dua).

Tabel 3.3. Hasil Kinerja Pelayanan UKM

NO	INDIKATOR KINERJA	HASIL CAKUPAN	TINGKAT KINERJA	KETERANGAN
PELAYANAN UKM ESENSIAL				
1	Pelayanan promosi kesehatan	100.52	Baik	Hasil rata-rata di

2	Pelayanan kesehatan lingkungan	150.71	Baik	Kelompokkan mjd:
3	Pelayanan kesehatan keluarga	90.80	Baik	Baik ($\geq 91\%$)
4	Pelayanan gizi	95.43	Baik	Cukup (= 81-90%)
5	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P)	86.37	Baik	Kurang ($\leq 80\%$)
6	Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat	104.17	Baik	
	Rata-rata Kinerja	104.67	Baik	
PELAYANAN UKM PENGEMBANGAN				
1	Kesehatan Olahraga	100	Baik	Hasil rata-rata di Kelompokkan mjd:
2	Kesehatan Kerja	100	Baik	Baik ($\geq 91\%$)
3	Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM)	100	Baik	Cukup (= 81-90%)
4	Kesehatan lainnya (Program Haji)	86	Cukup	Kurang ($\leq 80\%$)
	Rata –rata Kinerja	96.50	Baik	
JADI HASIL KINERJA UKM				100.58 (BAIK)

C. HASIL KINERJA UPAYA KESEHATAN PERORANGAN

Tabel 3.4. Hasil Indikator Berbasis Komitmen

NO	INDIKATOR	TARGET		HASIL ANALISIS		ANALISIS
		Nilai	%	Nilai	%	
1	Angka kontak	3433	150%	3891	16.9%	Sesuai Target

2	Rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisistik	0	2%	0	0%	Sesuai Target
3	Rasio peserta prolanis terkendali	31	5%	26	4.18%	Belum sesuai Target
		Rerata			94.62	BAIK

Tabel 3.5. Hasil Indikator mutu Puskesmas

NO	INDIKATOR	JML RESPONDEN	TARGET		HASIL ANALISIS		ANALISIS
			Nilai	%	Nilai	%	
1	Kelengkapan pengisian rekam medis rawat jalan	1897	1612	85	1571	82	Belum Sesuai Target
2	Penatalaksanaan diagnose A09 (Diare non spesifik) tanpa pemberian antibiotic	14	1	7	0	0	Sesuai Target
3	Pengisian odontogram untuk pengkajian awal pasien baru	103	67	65	103	100	Sesuai Target
4	Kesesuaian peresepan dengan formularium Puskesmas	1402	1191	85	11320	94.15	Sesuai Target
5	Tindakan pengambilan darah vena dengan sekali tusuk	101	80	80	101	100	Sesuai Target
6	Pasien ibu hamil anemia mendapat konseling Gizi	10	8	85	10	100	Sesuai Target

7	Kelengkapan pengisian Formulir Tatalaksana Manajemen Balita sakit	127	82	65	116	91.33	Sesuai Target
---	---	-----	----	----	-----	-------	---------------

Nilai Hasil Kinerja Pelayanan Kesehatan adalah Nilai Hasil Cakupan UKM Esensial + UKM Pengembangan + UKP dibagi 3 (tiga).

Tabel 3.6.. Rekap Hasil Kinerja Pelayanan Kesehatan Masyarakat

NO	INDIKATOR	CAPAIAN	KRITERIA
1	UKM ESENSIAL	104.67	BAIK
2	UKM PENGEMBANGAN	96.50	BAIK
3	UKP	94.62	BAIK
	JUMLAH RATA-RATA	98.59	BAIK

**NILAI KINERJA CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN
TAHUN 2023 : 98.60
KATEGORI BAIK**

D. HASIL KINERJA ADMINISTRASI MANAJEMEN DAN MUTU PUSKESMAS

a. Manajemen Puskesmas

Tabel 3.7. Manajemen Puskesmas

NO	JENIS VARIABEL	SKALA				NILAI HASIL
		NILAI 0	NILAI 4	NILAI 7	NILAI 10	
A	MANAJEMEN UMUM PUSKESMAS					
1	Mempunyai rencana lima tahunan sesuai RPJM Dinas kesehatan	Tidak punya			Punya	10

2	Tersusunnya RUK, berdasarkan rencana lima tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	Tidak menyusun	Ya, beberapa ada analisis dan perumusan	Ya, sebagian ada analisis dan perumusan	Ya, seluruhnya ada analisis dan perumusan	10
3	Tersusunnya RPK secara terperinci dan lengkap	Tidak menyusun	Ya, terperinci sebagian kecil	Ya, terperinci sebagian besar	Ya, terperinci semuanya	10
4	Melaksanakan mini lokakarya bulanan	Tidak melaksanakan	< 5 kali/tahun	5-8 kali/tahun	9-12 kali/tahun	10
5	Melaksanakan mini lokakarya tribulanan dengan lintas sektor	Tidak melaksanakan	< 2 kali/tahun	2-3 kali/tahun	4 kali/tahun	10
6	Membuat penilaian kinerja ditahun sebelumnya, mengirimkan ke dinas kesehatan kab/ kota, dan mendapat feedback dari dinas kesehatan kab/ kota	Tidak membuat	Membuat tapi tidak mengirimkan	Membuat dan mengirimkan tapi tidak dapat feedback	Membuat, mengirimkan dan dapat feedback dari dinkes	10
Nilai Rata-Rata Manajemen Umum Puskesmas						10
B	MANAJEMEN SUMBER DAYA					

1	Dilakukan inventarisasi peralatan di puskesmas	Tidak dilakukan	dilakukan inventarisasi <50%	dilakukan inventarisasi 50%-75%	dilakukan inventarisasi >75%	7
2	Ada daftar inventarisasi sarana di puskesmas	Tidak ada			Ada	10
3	Ada Struktur Organisasi Puskesmas	Tidak ada			Ada	10
4	Ada Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga puskesmas	Tidak ada			Ada	10
5	Perencanaan peningkatan kompetensi SDM	Tidak ada			Ada	10
6	Tercukupinya kebutuhan SDM sesuai kompetisinya	Tidak Cukup			Cukup	10
	Nilai Rata-Rata Manajemen Sumber Daya					9.5
C	MANAJEMEN KEUANGAN DAN BMN/ BMD					
1	Membuat catatan bulanan uang keluar masuk dalam buku kas	Tidak ada			ada	10
2	Ketepatan dan kelengkapan laporan keuangan	Tidak Tepat dan tidak	Ketepatan dan kelengkapan 50%	Ketepatan dan kelengkapan	Ketepatan dan kelengkapan	10

		lengkap		50%-80%	>80%	
3	Ketepatan realisasi pelaksanaan kegiatan berdasarkan perencanaan	Tidak tepat	50%	50-80%	>80%	10
	Nilai Rata-Rata Manajemen Keuangan dan BMN/BMD					10
D	MANAJEMEN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT					
1	Setiap desa melakukan SMD dan MMD	Tidak melakukan	1%-50%	50-80%	>80%	10
	Nilai Rata- Rata Manajemen Pemberdayaan masyarakat					10
E	MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI					
1	Tersedianya system informasi Puskesmas	Tidak tersedia	Tersedia sebagian kecil(1-2)	Tersedia sebagian besar(3)	Tersedia seluruhnya(4-5)	7
	Nilai Rata- Rata Manajemen Data dan Informasi					7
	NILAI MANAJEMEN PUSKESMAS					9.3
	KATEGORI					BAIK

Mutu Pelayanan Puskesmas

- Indikator Nasional Mutu (INM)

Tabel 3.8. Indikator Nasional Mutu (INM)

NO.	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan (KTT)	85%	85.7
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99.1
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100

4	Keberhasilan pengobatan pasien Tuberkolosis semua kasus sensitive obat (SO)	92%	100
5	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal care (ANC) sesuai standar	100%	84.03
6	Kepuasan Pasien	≥78%	82.92

❑ Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tabel. 3.9. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

NO.	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN
1	Indikator Infeksi saluran kemih (ISK)	<7.5 permil	0
2	Plebitis	< 5 permil	0
3	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	<2%	0%
4	Abses Gigi	<2%	0%
5	Kejadian Infeksi Pasca Imunisasi (KIPI)	<2%	0%

❑ Keselamatan Pasien

Tabel. 3.10. Keselamatan Pasien

NO	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	INDIKATOR PENGUKURAN	TARGET (%)	CAPAIAN
1	Identifikasi pasien dengan benar	Kepatuhan identifikasi pasien	100	100
2	Komunikasi efektif dalam pelayanan	Kepatuhan pelaksanaan komunikasi efektif (SBAR dan TBK)	100	100
3	Keamanan obat yang perlu diwaspadai	Kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai	100	100
4	Memastikan lokasi pembedahan yang	Kepatuhan prosedur pembedahan (SOAP pasien, monitoring	100	100

	benar, prosedur yang benar	pemberian anastesi local pra, selama dan post operasi serta laporan operasi, inform consent)		
5	Mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Kepatuhan petugas melakukan hand hygiene	85	99,03
6	Mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh	Presentase kejadian pasien jatuh	100	100

E. REKAPITULASI KINERJA PUSKESMAS

Tabel 3.11. Hasil Kinerja Puskesmas Sruweng Tahun 2023

NO	JENIS KEGIATAN	PENCAPAIAN				TREN
		2022	KRITERIA	2023	KRITERIA	
1	Pelayanan Kesehatan	84.87	CUKUP	98.60	BAIK	NAIK
2	Manajemen Pelayanan Puskesmas	9.4	BAIK	9.3	BAIK	TURUN

BAB IV

ANALISA CAPAIAN KINERJA PUSKESMAS

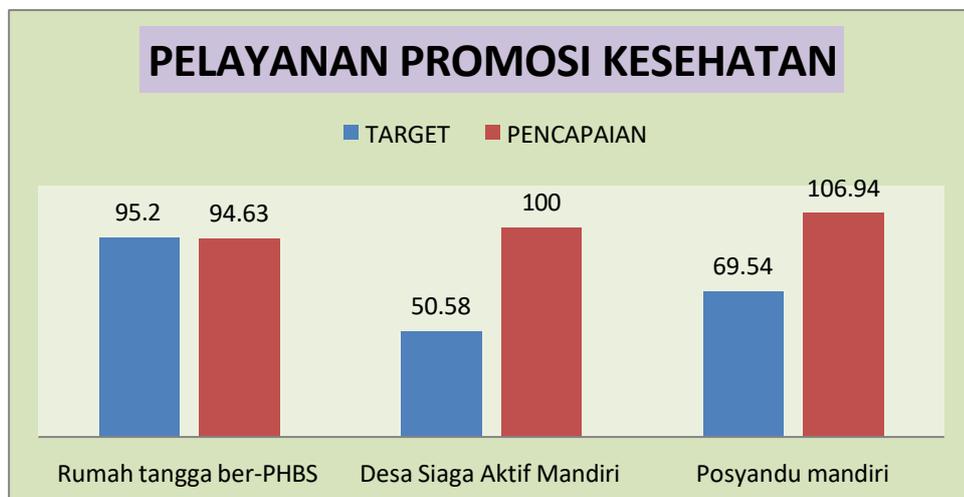
A. DATA PELAYANAN

1. PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL DAN PENGEMBANGAN

1) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Esensial

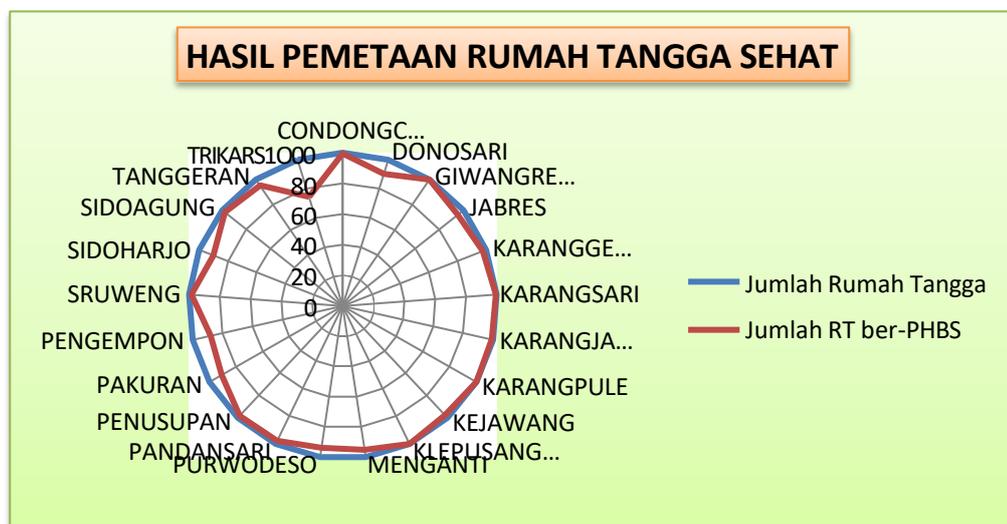
a. Pelayanan Promosi Kesehatan

Gambar 4.1. Capaian Pelayanan Promosi Kesehatan



Berdasarkan gambar diatas kegiatan Desa Siaga Aktif Mandiri dan Posyandu Mandiri sudah mencapai target, sementara untuk Kegiatan Rumah tangga ber-PHBS belum mencapai target.

Gambar 4.2. Hasil Pemetaan Rumah Tangga Sehat

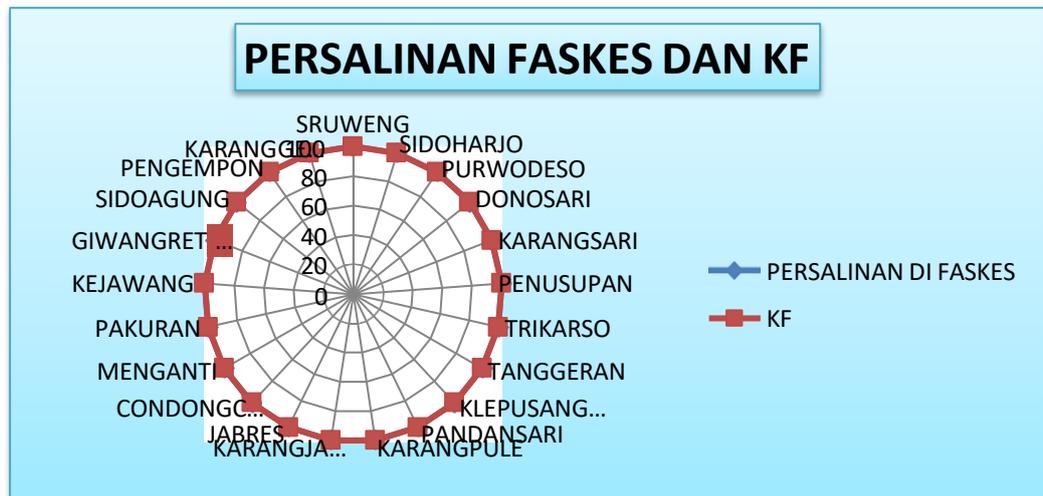


c. Pelayanan Kesehatan Keluarga

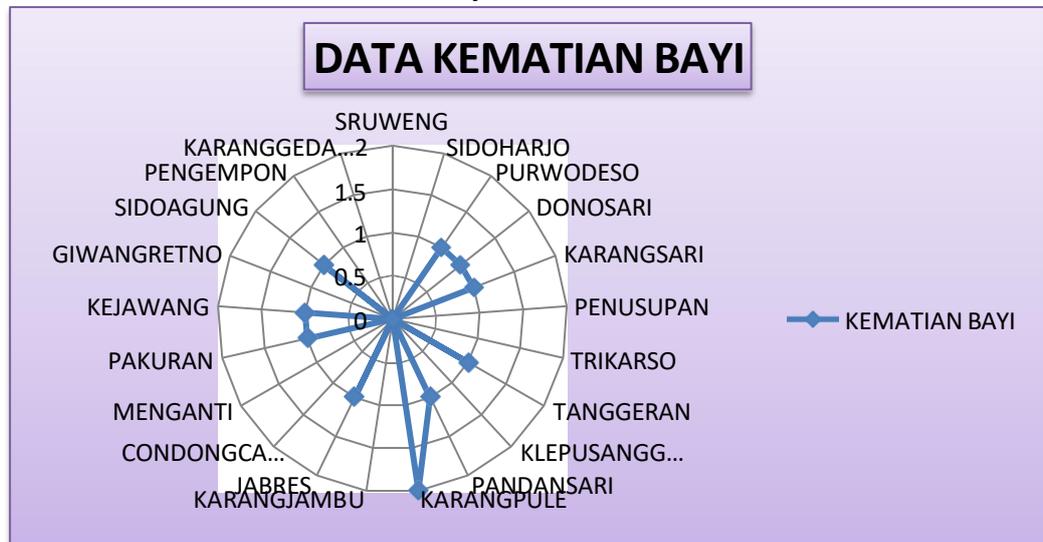
Angka kematian ibu di wilayah kerja Puskesmas Sruweng Tahun 2023 tidak ada kematian Ibu. Tetapi Angka Kematian Bayi di wilayah kerja Puskesmas Sruweng masih ada 11 Kasus.

Adapun kasus Kematian Bayi tersebut ada di desa Purwodeso, Donosari, Karang Sari, Penusupan, Tanggeran, Pandansari, Karangpule, Jabres, Pakuran, Kejawang dan Sidoagung. Keseluruhan kasus kematian bayi di Rumah Sakit. Adapun penyebab Kematian Bayi tersebut karena BBLR (3 kasus), BBLR Prematur (2 kasus), Kelaianan Kongenital (5 kasus), Asfiksia (1 kasus).

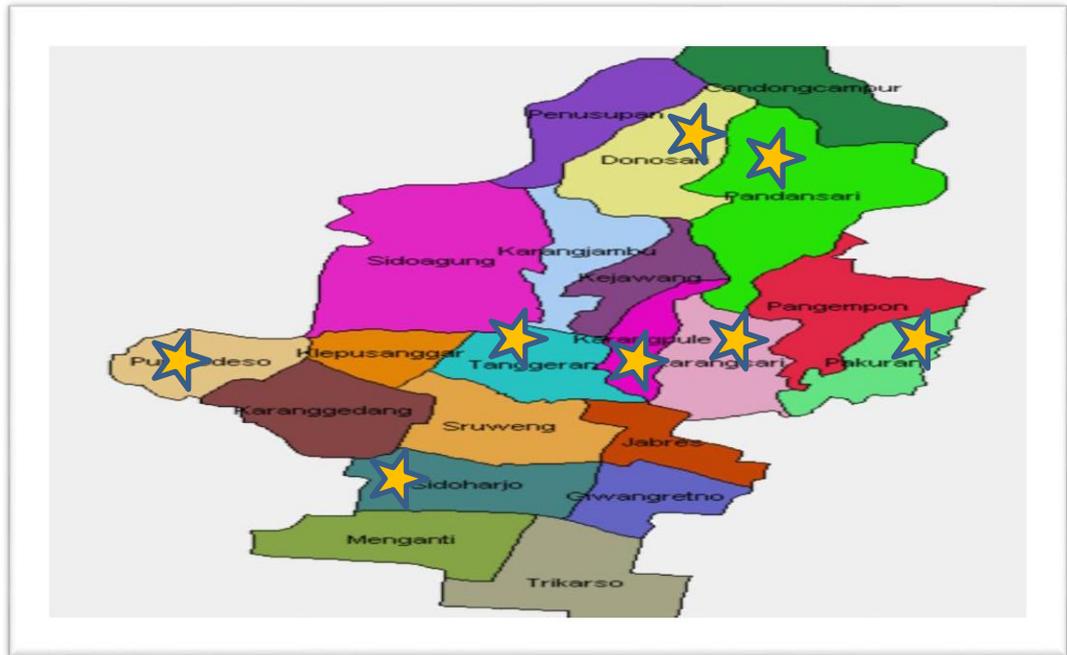
Gambar 4.5. Capaian Persalinan Faskes dan Kunjungan Nifas (Kf)



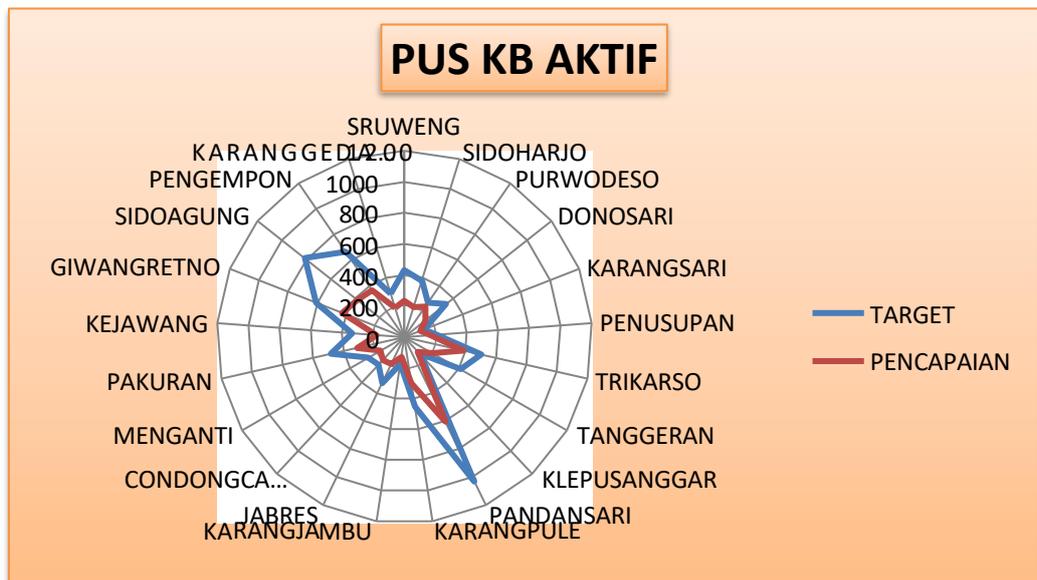
Gambar 4.6 Data Kematian Bayi



Gambar 4.7 Peta Desa Lokasi Kematian Bayi



Gambar 4.8. Capaian PUS KB Aktif



Capaian PUS memperoleh kontrasepsi (KB Aktif) belum mencapai target karena sebagian PUS ada yang tidak ber-KB.

d. Pelayanan Gizi

- Prevalensi Balita stunting

Tabel 4.1.. Peringkat Stunting 21 Desa per Desember tahun 2023

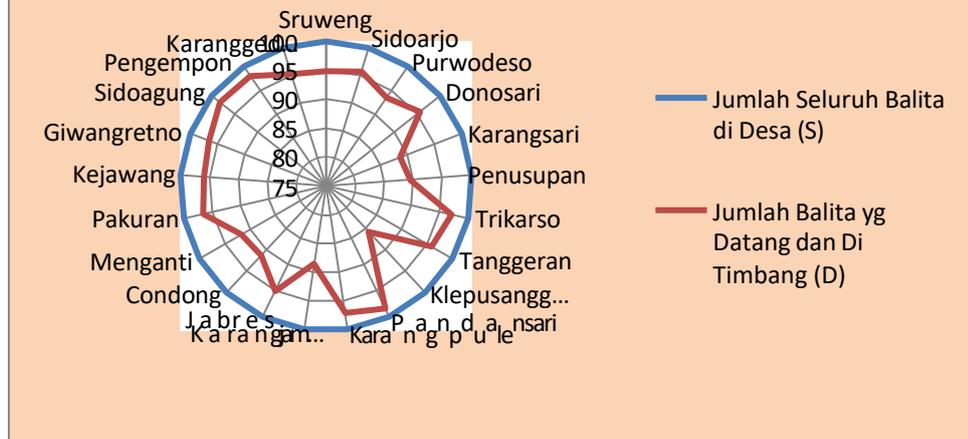
NO	DESA	PREVALENSI STUNTING
1	SIDOAGUNG	18,58
2	KARANGPULE	18,13
3	PENGEMPON	14,03
4	DONOSARI	13,91
5	KARANGSARI	12,96
6	KARANGGEDANG	11,45
7	PENUSUPAN	9,72
8	SIDOHARJO	8,78
9	TRIKARSO	8,67
10	PANDANSARI	7,73
11	PAKURAN	7,59
12	KEJAWANG	7,24
13	GIWANGRETNO	7,19
14	TANGGERAN	6,54
15	SRUWENG	6,29
16	MENGANTI	6,02
17	JABRES	5,97
18	CONDONGCAMPUR	4,40
19	KARANGJAMBU	3,39
20	PURWODESO	2,78
21	KLEPUSANGGAR	0,00

Untuk Wilayah kerja Puskesmas Sruweng pada Prevalensi Balita Stunting ada 1 desa yang o (Nol) jumlah stunting yaitu desa Klepusanggar.

Sedangkan desa yang paling banyak jumlah balita stunting yaitu desa sidoagung.

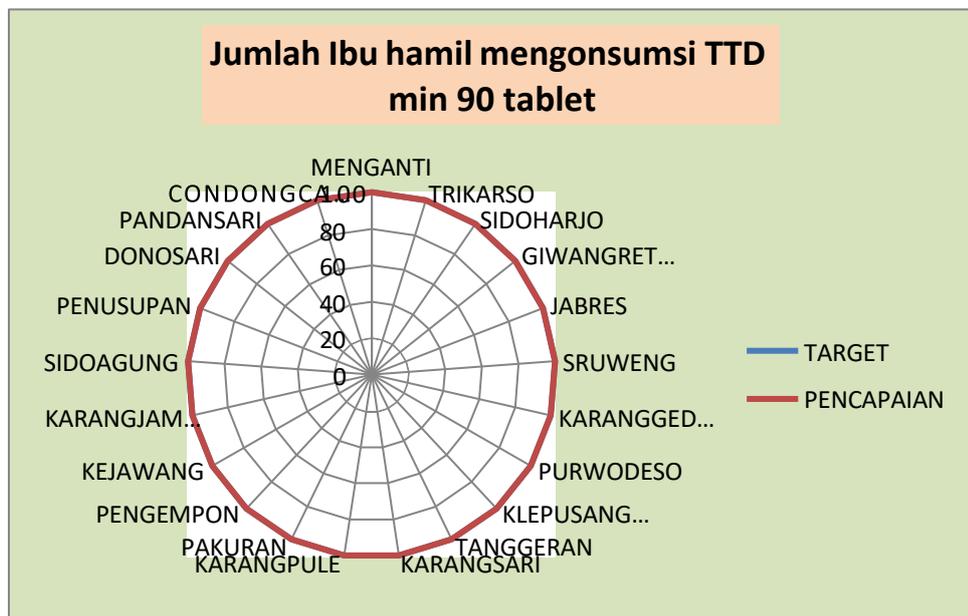
Gambar 4.10 Capaian Balita diTimbang

CAPAIAN BALITA DITIMBANG (D/S)



Dari grafik diatas, desa dengan cakupan D/S terendah adalah Desa Klepusanggar sebesar 85.71%, Desa Karangjambu sebesar 88.52%, dan Desa Karangjambu sebesar 88.70%

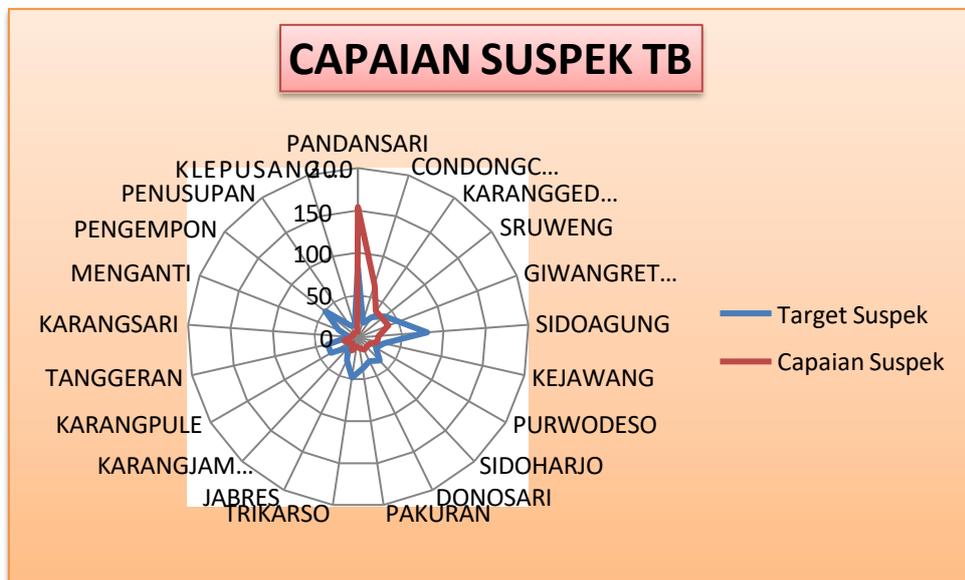
Gambar 4.11. Capaian jumlah Ibu Hamil Mengonsumsi TTD



Pencapaian Jumlah ibu hamil mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) di wilayah kerja Puskesmas Sruweng sudah mencapai target.

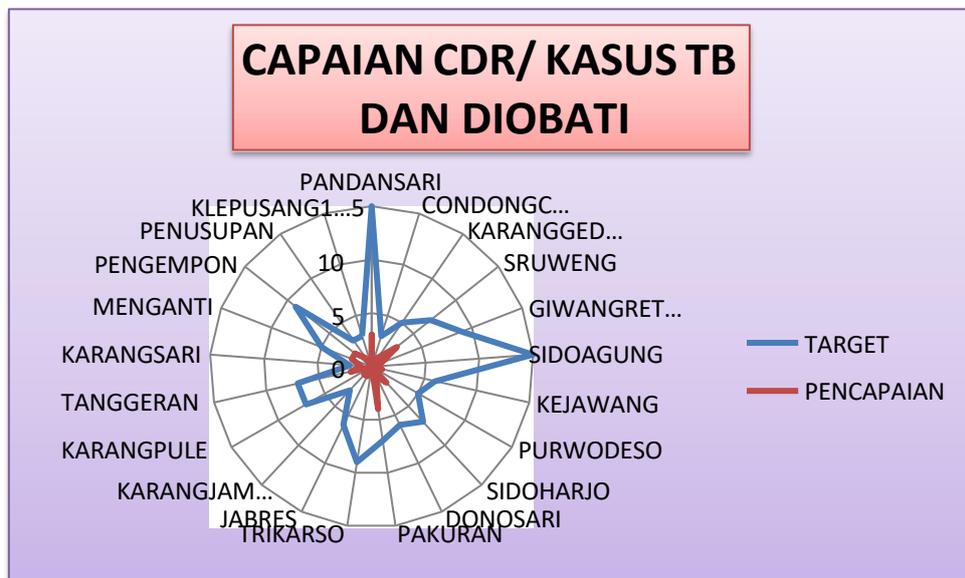
e. Pelayanan TBC

Gambar 4.12. Capaian Suspek TB



Pada Capaian Suspek TB belum mencapai target. Adapun capaian suspek TB paling banyak adalah Desa Pandansari dan capaian paling sedikit yaitu desa Klepusanggar.

Gambar 4.13 Capaian CDR/ Kasus TB dan diobati



Capaian CDR/ Kasus TB dan diobati yang paling banyak adalah desa Pakuran ada 4 kasus.

f. Pelayanan HIV/AIDS

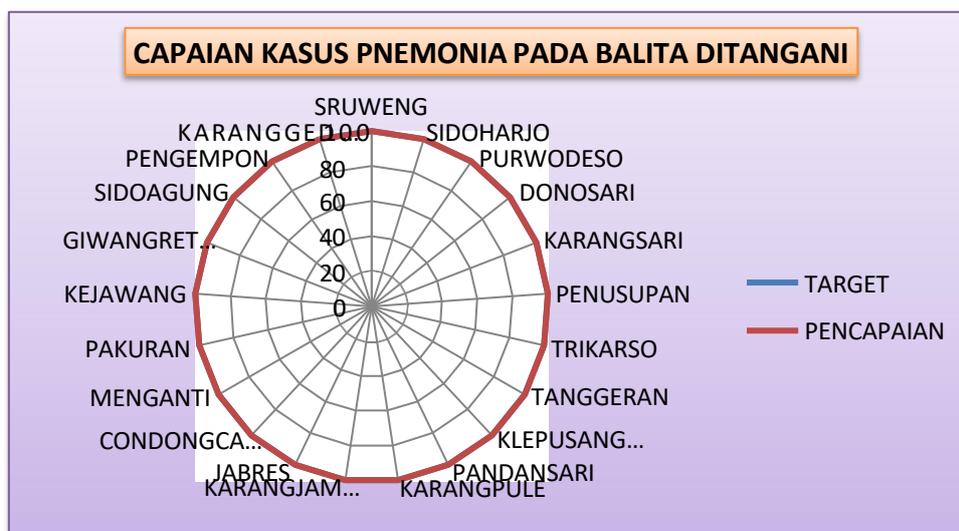
pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV belum mencapai target (85.42%).

g. Pelayanan Diare

Kasus diare balita ditangani dengan pemberian oralit dan zinc sudah mencapai target (100%).

h. Pelayanan Pnemonia

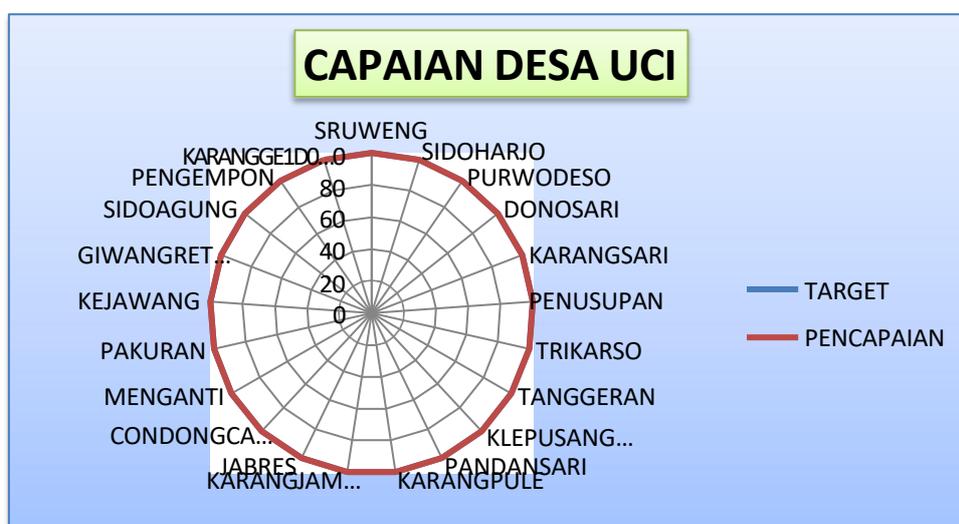
Gambar 4.14. Capaian Kasus Pnemonia pada Balita ditangani



Kasus Pnemonia pada Balita ditangani di wilayah Puskesmas Sruweng sudah mencapai target.

i. Pelayanan Imunisasi

Gambar 4.15 Capaian Desa UCI

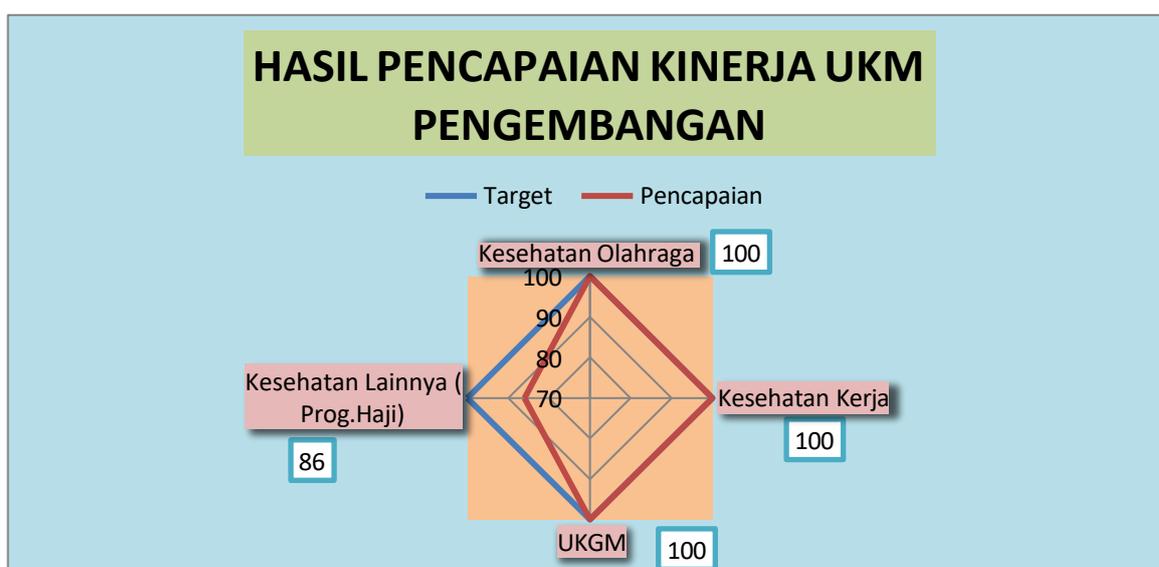


2). Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pengembangan

Tabel 4.2. Analisa Capaian UKM Pengembangan

NO	KEGIATAN	TARGET (%)	CAPAIAN (%)	ANALISA
1	KESEHATAN OLAHRAGA			
	Persentase pembinaan kebugaran ASN	10	100	Sesuai Target
2	KESEHATAN KERJA			
	Persentase Pembinaan Pos UKK	100	100	Sesuai Target
	Persentase pelayanan kesehatan di pos UKK	80	100	Sesuai Target
3	KESEHATAN GIGI MASYARAKAT (UKGM)			
	Penyuluhan UKGM	15x/th	100	Sesuai Target
4	KESEHATAN LAINNYA			
	a. Kesehatan Haji			
	Persentase pembinaan kebugaran calon jamaah haji	75	72	Belum Sesuai Target
	Persentase pembinaan calon jamaah haji	100	100	Sesuai Target

Gambar 4.16 Capaian Pelayanan Kesehatan Pengembangan

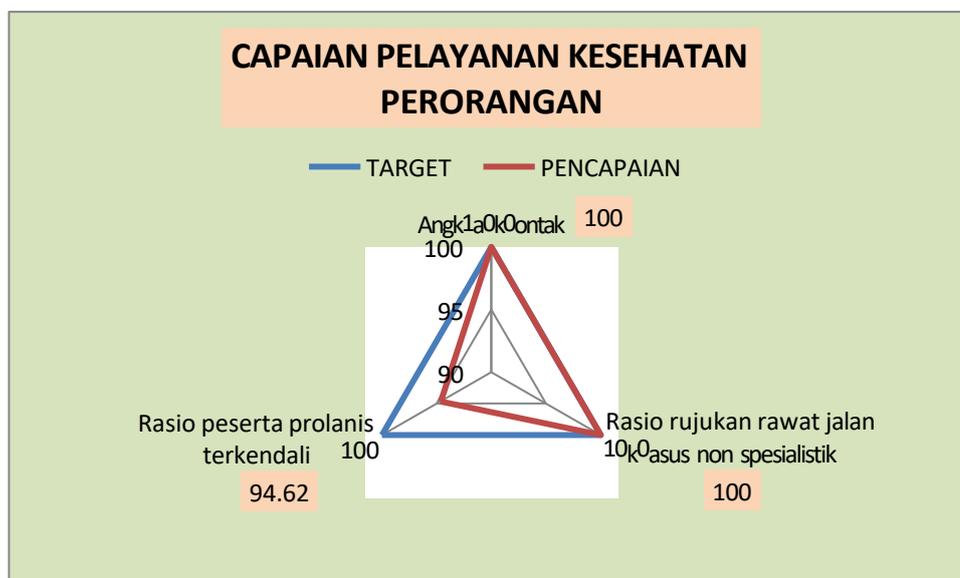


2. PELAYANAN KESEHATAN PERORANGAN

Tabel 4.3. Hasil Indikator Berbasis Komitmen

NO	INDIKATOR	TARGET		HASIL ANALISIS		ANALISIS
		Nilai	%	Nilai	%	
1	Angka kontak	3433	150%	3891	169%	Sesuai Target
2	Rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisistik	0	2%	0	0%	Sesuai Target
3	Rasio peserta prolanis terkendali	31	5%	26	4.18%	Belum sesuai Target

Gambar 4.17. Capaian Pelayanan Kesehatan Perorangan



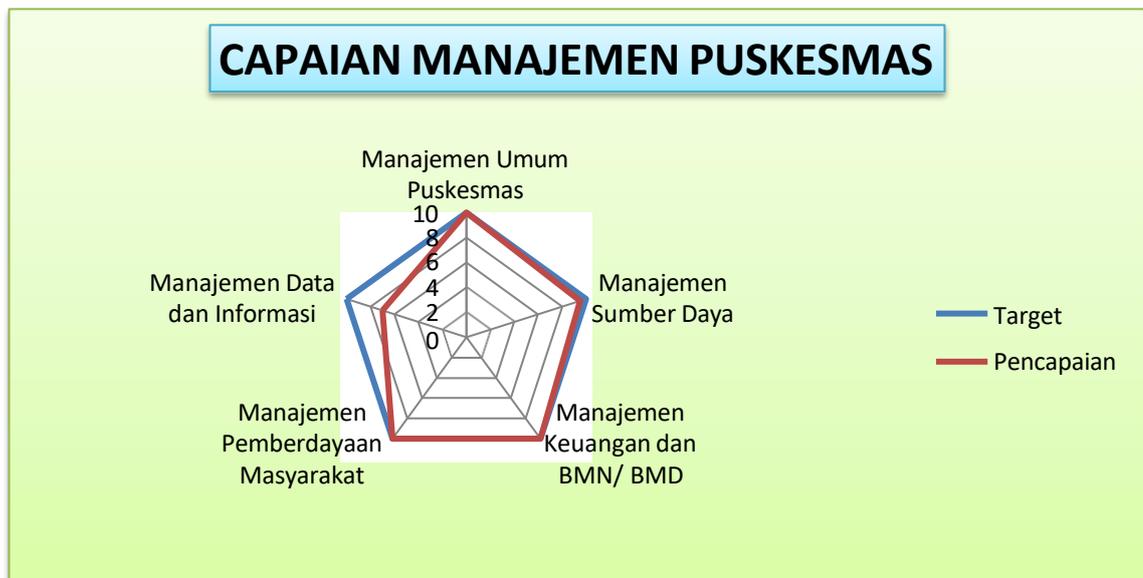
B. KEGIATAN MANAJEMEN DAN MUTU PUSKESMAS

Tabel 4.4. Manajemen Puskesmas

NO	JENIS VARIABEL	TARGET SKALA 1-10	NILAI RERATA	ANALISA
1	Manajemen Umum Puskesmas	10	10	BAIK
2	Manajemen Sumber Daya	10	9.5	BAIK

NO	JENIS VARIABEL	TARGET SKALA 1-10	NILAI RERATA	ANALISA
3	Manajemen Keuangan dan BMN/ BMD	10	10	BAIK
4	Manajemen Pemberdayaan Masyarakat	10	10	BAIK
5	Manajemen Data dan Informasi	10	7	CUKUP

Gambar 4.18. Capaian Manajemen Puskesmas



Mutu Pelayanan Puskesmas

- ❑ Indikator Nasional Mutu (INM)

Tabel 4.5. Indikator Nasional Mutu (INM)

NO.	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	ANALISA
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan (KTT)	85%	85.7	Sesuai Target
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99.1	Belum sesuai Target
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	Sesuai target

4	Keberhasilan pengobatan pasien Tuberkolosis semua kasus sensitive obat (SO)	92%	100	Sesuai target
5	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal care (ANC) sesuai standar	100%	84.03	Belum sesuai target
6	Kepuasan Pasien	≥78%	82.92	Sesuai target

❑ Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tabel 4.6. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

No.	Indikator	Target TH 2023	Capaian Tahun 2023
1	Indikator Infeksi saluran kemih (ISK)	<7.5 permil	0
2	Plebitis	< 5 permil	0
3	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	<2%	0%
4	Abses Gigi	<2%	0%
5	Kejadian Infeksi Pasca Imunisasi (KIPI)	<2%	0%

❑ Keselamatan Pasien

Tabel 4.7. Keselamatan Pasien

NO	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	INDIKATOR PENGUKURAN	TARGET (%)	CAPAIAN
1	Identifikasi pasien dengan benar	Kepatuhan identifikasi pasien	100	100
2	Komunikasi efektif dalam pelayanan	Kepatuhan pelaksanaan komunikasi efektif (SBAR dan TBK)	100	100

NO	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	INDIKATOR PENGUKURAN	TARGET (%)	CAPAIAN
3	Keamanan obat yang perlu diwaspadai	Kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai	100	100
4	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar	Kepatuhan prosedur pembedahan (SOAP pasien, monitoring pemberian anastesi local pra, selama dan post operasi serta laporan operasi, inform consent)	100	100
5	Mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Kepatuhan petugas melakukan hand hygiene	85	99,03
6	Mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh	Presentase kejadian pasien jatuh	100	100

C. ANALISA DATA DAN PEMECAHAN MASALAH

1. Upaya Kesehatan Masyarakat

a. Pelayanan Kesehatan Keluarga

- ❑ Angka Kematian Bayi (AKB) di wilayah Puskesmas Sruweng ada 11 kasus kematian.

Tabel. 4.8. Cara Pemecahan Masalah Kasus AKB

NO	PRIORITAS MASALAH	PENYEBAB MASALAH	ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH	PEMECAHAN MASALAH TERPILIH
1	Masih adanya kasus AKB (6 Kasus sampai dengan bulan September 2023)	Manusia : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ibu hamil dengan resiko tinggi ▪ SDM ibu dan keluarga masih rendah ▪ Kurangnya kesadaran ibu tentang ANC ▪ Faktor genetik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deteksi dini resiko tinggi dan melakukan rujukan jika ditemukan resiko tinggi ▪ Kunjungan ibu hamil resiko tinggi ▪ Kolaborasi tenaga kesehatan dengan OPD/PEMDES terkait P4K dan pemantauan ibu hamil resti 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunjungan ibu hamil resiko tinggi • Melakukan deteksi resti dan rujukan • Rakor dengan OPD/PEMDES dan tokoh masyarakat terkait P4K dan pemantauan ibu hamil Resti
		Metode :		

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurangnya kie dari petugas ▪ Kurang optimalnya P4K 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap ANC, petugas memberikan KIE secara optimal ▪ Pemanfaatan buku KIA dioptimalkan Kolaborasi tenaga kesehatan dengan OPD/PEMDES terkait P4K dan pemantauan ibu hamil resti 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemanfaatan buku KIA dioptimalkan • Rakor dengan OPD/PEMDES dan tokoh masyarakat terkait P4K dan pemantauan ibu hamil Resti • Kelas ibu hamil di tiap desa • Kelas ibu hamil resti di puskesmas • Penyuluhan ibu hamil di puskesmas
		<p>Sarana :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan ANC Terpadu belum optimal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi dengan dokter umum, dokter gigi, petugas gizi, laboratorium, dan bidan dioptimalkan 	<p>Kolaborasi dengan dokter umum, dokter gigi, petugas gizi, laboratorium, dan bidan dioptimalkan</p>
		<p>Dana :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemanfaatan BPJS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melaksanakan koordinasi dengan pemdes dalam kepemilikan JKN bagi ibu hamil 	<p>Melaksanakan koordinasi dengan pemdes dalam kepemilikan JKN bagi ibu hamil</p>

		Lingkungan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keterlambatan dalam pengambilan keputusan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengikutsertakan pendamping (orang tua) dalam kelas ibu hamil ▪ Adanya materi tentang pentingnya keputusan yang cepat dan tepat dalam kasus gawat darurat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengikutsertakan pendamping (suami/orang tua) dalam kelas ibu hamil
--	--	---	--	---

Tabel. 4.9. Rencana Tindak Lanjut Kasus Angka Kematian Bayi (AKB)

Permasalahan	Rencana Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Penanggung Jawab	Pelaksana	Waktu	Indikator Hasil
Masih adanya kasus AKB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deteksi dini resiko tinggi dan melakukan rujukan jika ditemukan resiko tinggi ▪ Kunjungan ibu hamil resiko tinggi ▪ Kolaborasi tenaga kesehatan dengan OPD/PEMDES terkait P4K dan pemantauan ibu hamil resti 	Menurunkan AKB	Ibu hamil, Pemdes TOMA, kader kesehatan	Bidan Koordinator	Bidan, dokter umum, dokter gigi, petugas gizi, laborat.	Januari s/d Desember 2023	AKB turun

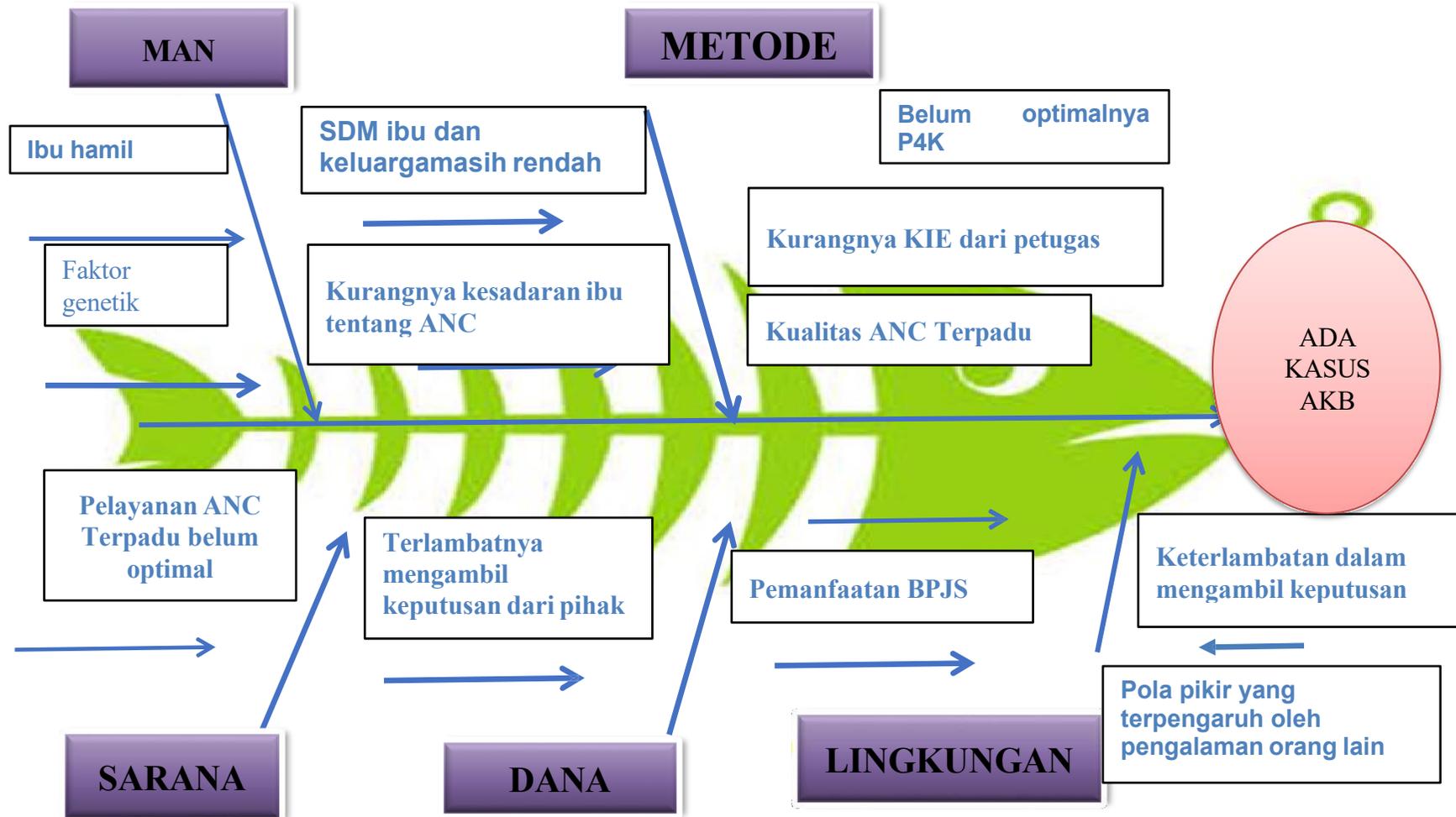
	<ul style="list-style-type: none"> • Kelas ibu hamil di tiap desa • Kelas ibu hamil resti di puskesmas • Penyuluhan ibu hamil di puskesmas • Kolaborasi dengan dokter umum, dokter gigi, petugas gizi, laboratorium, dan bidan dioptimalkan ▪ Melaksanakan koordinasi dengan pemdes dalam kepemilikan JKN bagi ibu hamil ▪ Mengikutsertakan pendamping (suami/orang tua) dalam kelas ibu hamil 						
--	--	--	--	--	--	--	--

Tabel 4.10 Tindak Lanjut Kasus Angka Kematian Bayi (AKB)

Permasalahan	Waktu	Tindak Lanjut	Tujuan	Sasaran	Penanggung jawab	Pelaksana	Evaluasi
Masih adanya kasus AKB	Januari s/d Desember 2023	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deteksi dini resiko tinggi dan melakukan rujukan jika ditemukan resiko tinggi 	Menurunkan AKB	Ibu hamil, pemdesTOMA, kader kesehatan	Bidan Koordinator	Bidan, dokter umum, dokter gigi, petugas gizi, laborat.	Kegiatan terlaksana sesuai jadwal

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kunjungan ibu hamil resiko tinggi ▪ Kolaborasi tenaga kesehatan dengan OPD/PEMDES terkait P4K dan pemantauan ibu hamil resti • Kelas ibu hamil di tiap desa • Kelas ibu hamil resti di puskesmas • Penyuluhan ibu hamil di puskesmas • Kolaborasi dengan dokter umum, dokter gigi, petugas gizi, laboratorium, dan bidan dioptimalkan ▪ Melaksanakan koordinasi dengan pemdes dalam kepemilikan JKN bagi ibu hamil Mengikutsertakan pendamping (suami/orang tua) dalam kelas ibu hamil 					
--	--	--	--	--	--	--	--

Gambar 4.19 Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Kasus AKB



- ❑ Persentase pasangan usia subur memperoleh pelayanan kontrasepsi.

Capaian Persentase pasangan usia subur memperoleh pelayanan kontrasepsi belum mencapai target, adapun analisisnya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.11. Tabel Analisa Rencana Tindak Lanjut dan Tindak Lanjut PUS memperoleh pelayanan kontrasepsi.

MASALAH	ANALISA	RENCANA TINDAK LANJUT	TINDAK LANJUT
Persentase pasangan usia subur memperoleh pelayanan kontrasepsi belum mencapai target	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Belum semua PUS ikut program KB ❑ Ada ketakutan masyarakat yang apabila dengan menggunakan KB akan mempengaruhi perubahan fisiknya ❑ Masyarakat ada yang belum ber-Kb karena sebagian suami merantau 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Penyuluhan terkait pentingnya ber- KB untuk mengatur jarak kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Memberikan Edukasi kepada PUS pentingnya ber-KB ❑ Memberikan edukasi tentang jenis dan efek samping ber-KB

- Ada ketakutan masyarakat yang apabila dengan menggunakan KB akan mempengaruhi perubahan fisiknya
- Masyarakat ada yang belum ber-Kb karena sebagian suami merantau

b. Pelayanan Gizi

Tabel 4.12. Tabel Analisa Rencana Tindak Lanjut dan Tindak Lanjut Pelayanan Gizi

MASALAH	ANALISA	RENCANA TINDAK LANJUT	TINDAK LANJUT
<p>Capaian Prevalensi Balita Stunting</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masih ada desa dengan Prosentase stunting yang tinggi ▪ Intake gizi kurang/Asupan makanan yang kurang/tidak adekuat. ▪ Pola asuh yang kurang tepat. ▪ Rendahnya Pengetahuan ibu tentang pemberian MP-ASI & gizi seimbang (PMBA). ▪ Infeksi penyakit berulang yang tidak segera ditangani. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyuluhan Gizi terkait PMBA, MPASI, ▪ Gizi Seimbang, ▪ Pola Asuh ▪ Pemantauan pertumbuhan & validasi status gizi Bersama Bidan desa & kader melalui aplikasi Sigizi Terpadu ▪ Rujuk bayi & balita dengan masalah gizi (Bila perlu) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukasi/Penyuluhan/KIE Gizi terkait PMBA, MPASI, Gizi Seimbang, Pola Asuh pada kelas Balita, Kelas Bumil, Gerakan Gerakan aksi bergizi di Posyandu & Gerakan Peduli Stunting tingkat Kecamatan ▪ Pemantauan pertumbuhan & validasi status gizi Bersama Bidan desa & kader Pengelola data Stunting Desa (Kader EPPGBM)melalui aplikasi Sigizi Terpadu ▪ Kunjungan Rumah Bayi BBLR, Bayi Balita dengan masalah gizi

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal hygiene rumah tangga kurang. ▪ Kesadaran akan personal Higien yang rendah. ▪ Belum semua balita kurus yang ter entri di EPPGBM dilakukan validasi dan monitoring, ▪ Hanya balita yang dilaporkan di F1 gizi yang dilakukan monitoring 		
--	---	--	--

c. Analisa Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

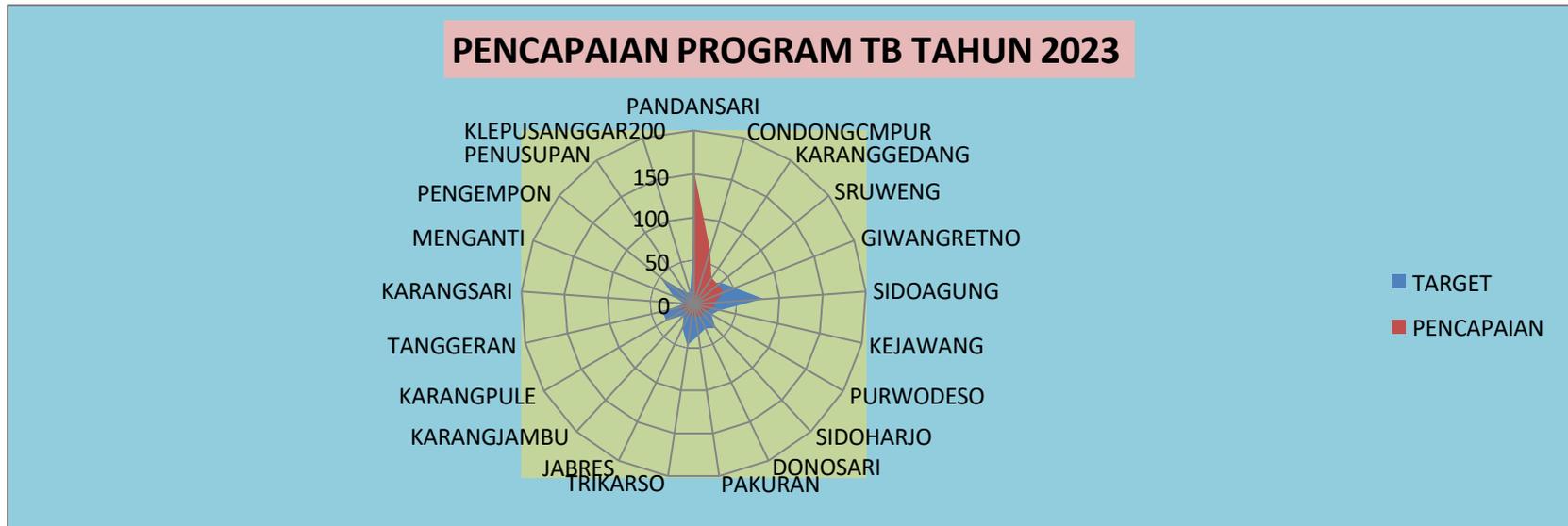
☐ Pelayanan TBC

Tabel 4.13. Tabel Analisa Rencana Tindak Lanjut dan Tindak Lanjut Pelayanan TBC

MASALAH	ANALISA	RENCANA TINDAK LANJUT	TINDAK LANJUT
Persentase pelayanan kesehatan orang dengan terduga TB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peran Programmer/ Tim DOTS belum Optimal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengoptimalkan kinerja Programmer/Tim DOTS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengoptimalkan kinerja Programmer/Tim DOTS dan kader RW

sesuai standar belum mencapai target	<ul style="list-style-type: none"> Belum semua desa terbentuk kader TB RW 	<ul style="list-style-type: none"> Edukasi cara mengeluarkan dahak secara efektif kpd suspek/pasien Mengoptimal Kinerja Kader TB RW lwt keg Tebar Jala TB 	<ul style="list-style-type: none"> Edukasi cara mengeluarkan dahak secara efektif kpd suspek/pasi
--------------------------------------	--	---	--

Gambar 4.20 Pencapaian Program TB



Dari Grafik di atas bisa diketahui bahwa desa yang paling sedikit capaian suspek sampai bulan Desember adalah Desa Klepusanggar, sedangkan desa yang paling tinggi capaiannya adalah desa Condong Campur

❑ Pelayanan HIV/ AIDS

Presentase pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV, Capaian secara menyeluruh belum memenuhi target tetapi target itu berdasar jumlah ibu hamil dan pasien TB. Sementara pasien TB memiliki target yang melebihi jumlah pasien TB di Puskesmas Sruweng. Dan untuk ibu hamil memiliki rentang prosentase yang tidak begitu besar

Tabel 4.14. Tabel Identifikasi masalah Program HIV-AIDS

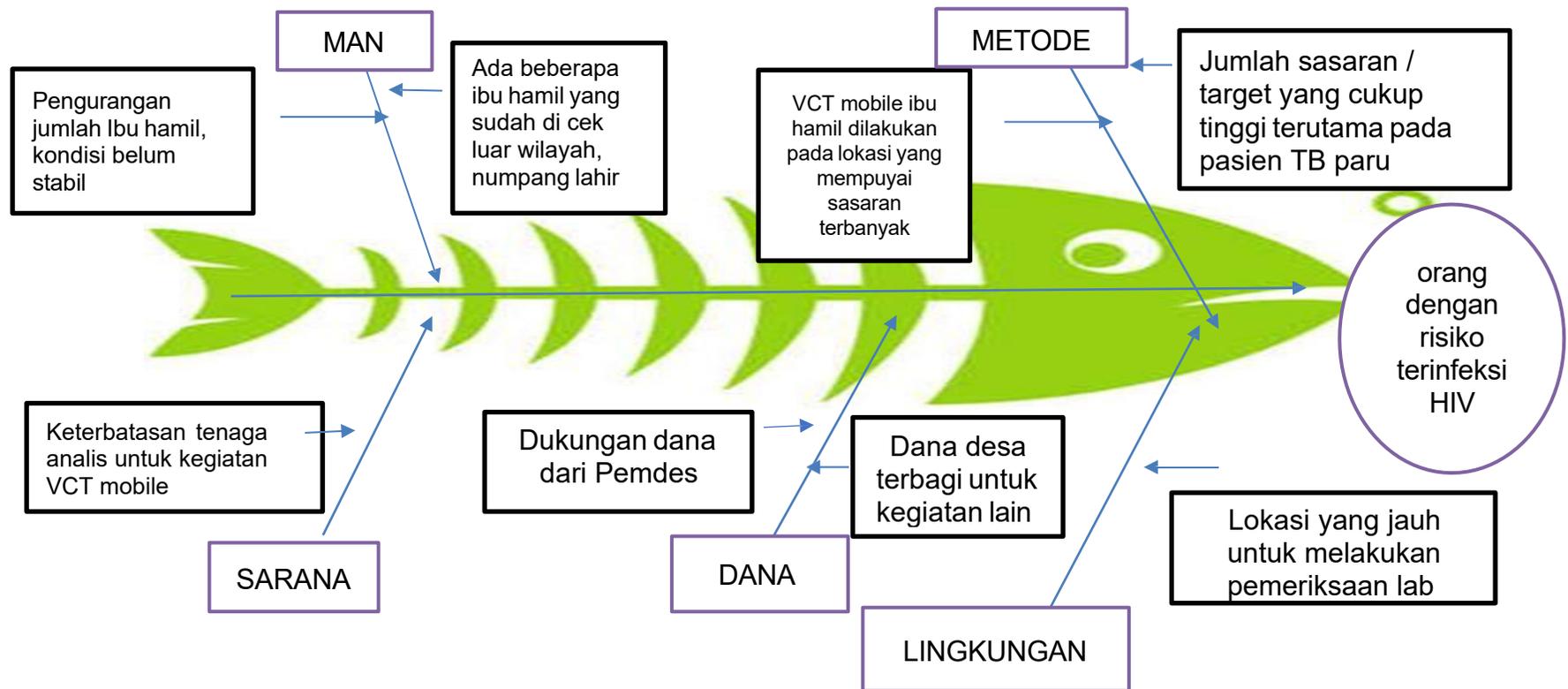
UPAYA	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	MASALAH	SUMBER DATA
PROGRAM HIV - AIDS	Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV	100%	85,4 %	<p>Capaian secara menyeluruh belum memenuhi target tetapi target itu berdasar jumlah ibu hamil dan pasien TB. Sementara ps TB memiliki target yang melebihi jumlah ps TB di Puskesmas Sruweng.</p> <p>Dan untuk ibu hamil memiliki rentang prosentase yang tidak begitu besar yaitu 14,6 %.</p> <p>Dengan gambaran hitungan dari sasaran orang dengan resiko terinfeksi HIV. Dari ibu hamil dengan target 757 ibu hamil = 89,69 % ($679/757 \times 100\%$). Dan TB dengan target 73 pasien = 41,9 % ($30/73 \times 100\%$)</p>	Data SITB dan Kunjungan K1 ibu hamil di Puskesmas Sruweng

Tabel 4.15. Tabel Analisa dan Rencana Tindak Lanjut Program HIV-AIDS

No	Permasalahan	Analisa	RTL	Tujuan	Sasaran	Penanggung Jawab	Pelaksana	Waktu	Indikator Hasil
1	Capaian secara menyeluruh belum memenuhi target tetapi target itu berdasar jumlah ibu hamil dan pasien TB. Sementara ps TB memiliki target yang melebihi jumlah ps TB di Puskesmas Sruweng. Dan untuk ibu hamil memiliki rentang prosentase yang tidak begitu besar yaitu 14,6 %.	Pemeriksaan ibu hamil sudah melebihi jumlah K1 yang berkunjung di Layanan Pkm Sruweng dan masih ada beberapa ibu hamil yang belum dilakukan pemeriksaan HIV. Pemeriksaan TB dilakukan berdasar jumlah pasien yang terdapat di Pkm Sruweng	Koordinasi dengan unit terkait (TB dan KIA)	Menaikan capaian	Ibu hamil dan pasien TB Puskesmas Sruweng	Programer HIV	Dokter Konselor HIV Bidan Perawat Analis Programer TB	Januari 2024	Capaian pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV mengalami kenaikan

No	Permasalahan	Analisa	RTL	Tujuan	Sasaran	Penanggung Jawab	Pelaksana	Waktu	Indikator Hasil
	<p>Dengan gambaran hitungan dari sasaran orang dengan resiko terinfeksi HIV. Dari ibu hamil dengan target 757 ibu hamil = 89,69% ($679/757 \times 100\%$). Dan TB dengan target 73 pasien = 41,9% ($30/73 \times 100\%$)</p>								

Gambar 4.21 Analisa Penyebab Masalah Dengan Fish Bone Program HIV-AIDS



- Prosentase penderita DBD ditemukan dan ditangani
Untuk kasus DBD 0 kasus, tetapi ada 19 kasus Demam dengue (Jabres 6, KrJambu 1, Giwang 1, Donosari 1, Tanggeran 4, Pandansari 5, Karang Sari 1). Adapun analisisnya adalah sebagai berikut:
 - Hasil PE masih ditemukan rumah yang positif jentik (ABJ<95%)
 - Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang DBD,
 - Kader Jumantik belum aktif,
 - kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya PSN

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi tentang penyakit DBD lewat media sosial Puskesmas (Web, instagram);
- Sosialisasi/edukasi pentingnya PSN kpd masyarakat (integrasi program) ,
- mengaktifkan kader Jumantik desa dalam PSN lewat anggaran BOK

🚦 Analisa UKP

- Pasien ibu hamil anemia mendapatkan konseling Gizi

Adapun analisisnya adalah sebagai berikut:

- Ibu hamil KEK dan Anemia periksa kehamilan diluar jadwal konseling gizi (Senin dan kamis)
- Petugas konseling berhalangan disebabkan adanya kepentingan dinas

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi kembali Pelimpahan wewenang konseling gizi dari petugas gizi ke petugas KIA
- Petugas KIA menuliskan di rekam medis dan buku KIA untuk mengarahkan kepada pasien untuk konseling gizi di hari senin dan kamis
- Koordinasi dengan bidan desa untuk menyarankan ibu hamil periksa HB di puskesmas saat jadwal klinik gizi dan jadwal ANC terpadu

- Menyarankan ibu hamil anemia untuk konseling pada jadwal klinik gizi atau pada pemeriksaan berikutnya serta menuliskannya pada buku KIA dan RM ibu hamil
- Kelengkapan pengisian rekam medis rawat jalan
 - ❖ Permasalahan :
 - Kelengkapan pengisian rekam medis rawat jalan belum mencapai target karena masih ada petugas yang belum mengisi rekam medis dengan lengkap.
 - ❖ Analisa :
 - Kelengkapan rekam medis belum mencapai target karena masih ada petugas yang belum menuliskan/ mengisi rekam medis dengan lengkap seperti penulisan rekam medis pada asuhan keperawatan, asuhan kebidanan, dan tanda tangan petugas
 - ❖ Rencana Tindak Lanjut :
 - a. Koordinasi dengan petugas yang bertugas untuk melengkapi rekam medis
 - b. Setelah pelayanan rekam medis harus segera dikembalikan ke petugas rekam medis untuk di lihat kelengkapan dalam pengisiannya rekam medis
 - c. Rekam medis yang belum terisi lengkap akan dikembalikan ke petugas untuk melengkapinya

2. Analisa Hasil Kinerja Manajemen Puskesmas

- Inventaris Alat

Aspak untuk pelayanan masih 90% dan luar gedung masih 60%

 - ❖ Analisa masalah:
 - Metode:
 - Petugas belum memahami aplikasi
 - Petugas belum pernah mengikuti pelatihan entri
 - Sarana
 - Belum adanya pendataan up date data terkait aspak

- Belum adanya form
- Lingkungan
- Aplikasi banyak
- Aplikasi Belum koordinir semua

Manusia

- Pengurus barang double joub
- Sibuk
- Belum melakukan up date ASPAK

Dana

- Dana anggaran terbagi dengan kegiatan

❖ Alternatif Pemecahan Masalah

- Melakukan pengentrian ASPAK dengan pendampingan tim Dinkes/Pengurus barang yang lain
- Melakukan updateng data dengan form
- Membuat Jadwal pengentrian
- Melakukan penngentrian Aplikasi
- Petugas melakukan koordinasi dengan uKP dan UKM
- Mengusulkan rencana pengadaan alat

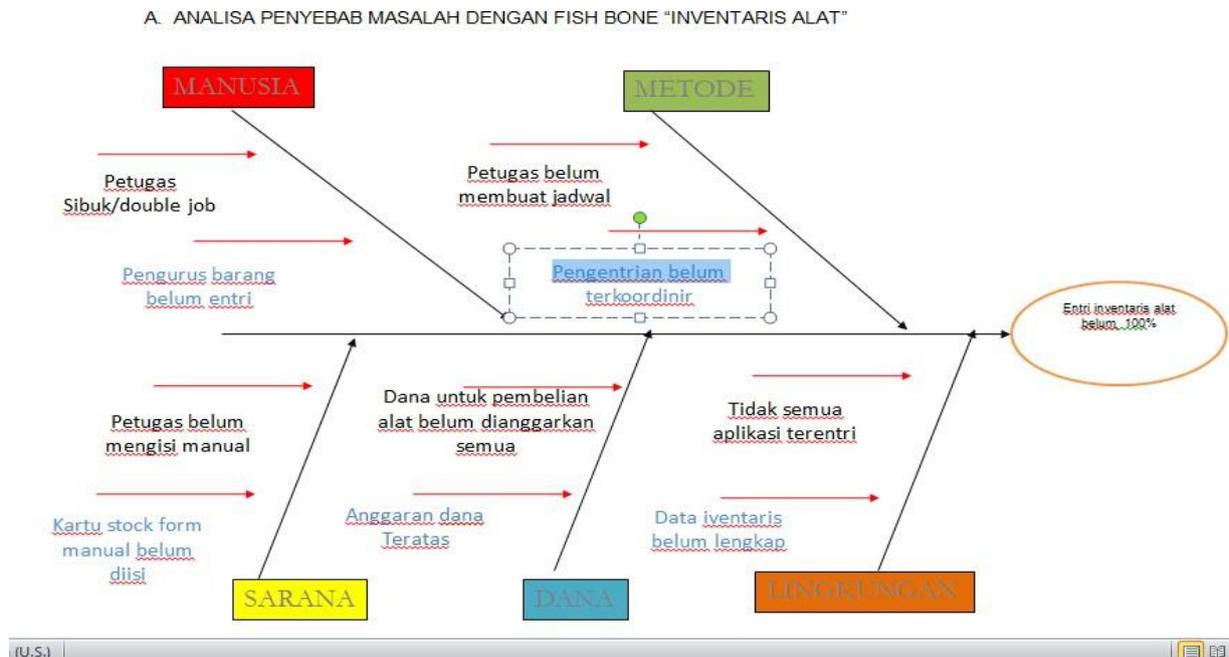
❖ Pemecahan masalah terpilih: :

- Melakukan pengentrian ASPAK dengan pendampingan tim Dinkes/Pengurus barang
- Melakukan up date
- Melakukan pengentrian
- Melakukan koordinasi
- Mengusulkan anggaran

❖ Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan pendataan inventaris alat peruangan
- Membuat kartu KIR
- Melakukan pengecekan kartu stock
- Melaksanakan entri di ASPAK

Gambar 4.22 Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Inventaris Alat



❑ Sistem Informasi Puskesmas

- Simpus masih kurang yaitu belum mencapai 50%

Metode

- Petugas belum memahami Simpus Puskesmas
- Petugas belum tahu cara menginput di drive puskesmas

Sarana

- Belum adanya pendataan up date data terkait simpus
- Belum adanya form

Lingkungan

- Aplikasi banyak
- Aplikasi Belum koordinir semua

Manusia

- Petugas double joub
- Sibuk
- Belum melakukan pendataan secara rutin

Dana

- Dana anggaran terbagi dengan kegiatan

❖ Alternatif Pemecahan masalah:

Melakukan pengentrian dengan pendampingan tim simpus

- Melakukan updateng data dengan form
- Membuat Jadwal pengentrian
- Melakukan penngentrian Aplikasi
- Petugas melakukan koordinasi dengan uKP dan UKM
- Mengusulkan rencana pengadaan alat

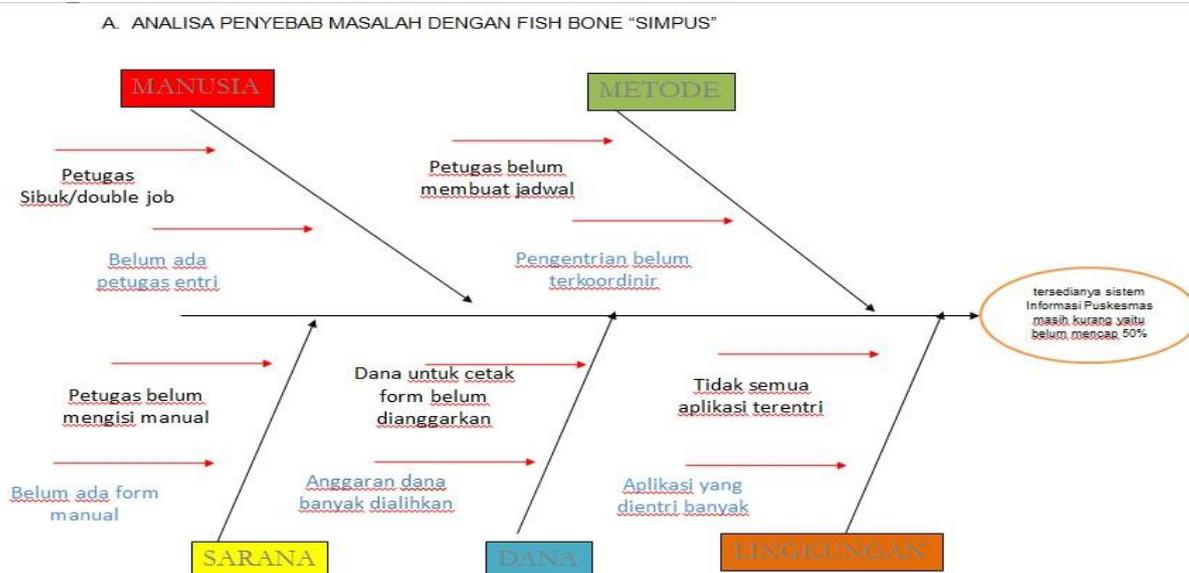
❖ Pemecahan Masalah Terpilih:

- Pengentrian
- Melakukan up date
- Membuat Jadwalpengentrian
- Melakukan koordinasi
- Mengusulkan anggaran

❖ Rencana Tindak Lanjut:

- Membuat jadwal pengentrian
- Melakukan membagikan form simpus

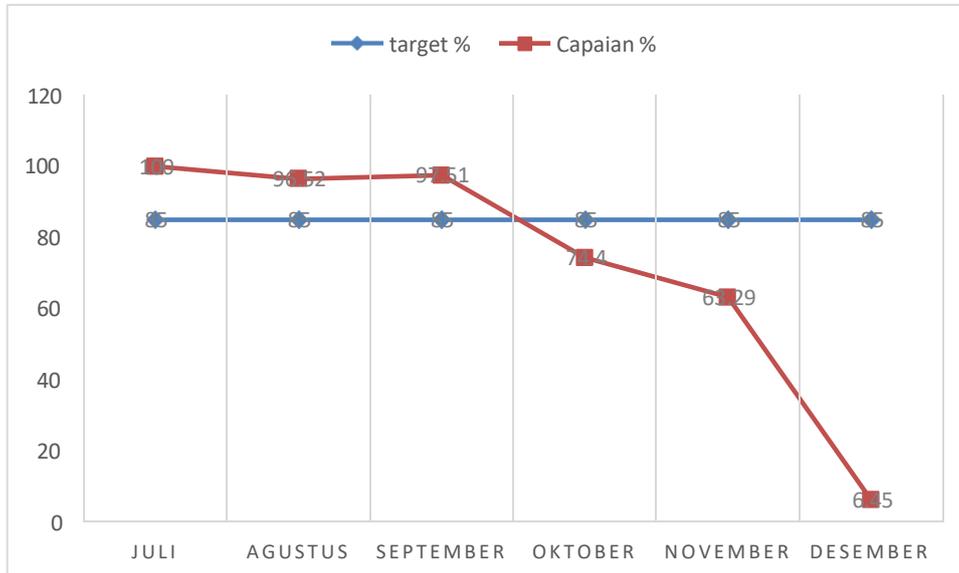
Gambar 4.23 Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Simpuss



🚩 INDIKATOR NASIONAL MUTU

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Grafik 4.1 Kepatuhan Kebersihan Tangan



Sumber laporan bulanan Indikator Mutu

Analisis : Petugas belum patuh tentang kebersihan tangan sehingga terjadi penurunan pada bulan Oktober, November dan Desember

PLAN :

1. Tim berencana mengetahui Kepatuhan Kebersihan Tangan petugas
2. Semua Petugas diminta untuk Patuh terhadap Kebersihan tangan 5 moment dan 6 langkah cuci tangan
3. Tim melakukan Observasi Cuci tangan pada petugas di semua unit

DO :

1. Pengumpulan Data di lakukan setiap bulan
2. Tim Melakukan Edukasi, sosialisasi, serta Pelatihan Cuci tangan
3. Tim melakukan pemantauan terkait tentang Kepatuhan Kebersihan Tangan Petugas di semua unit

STUDY

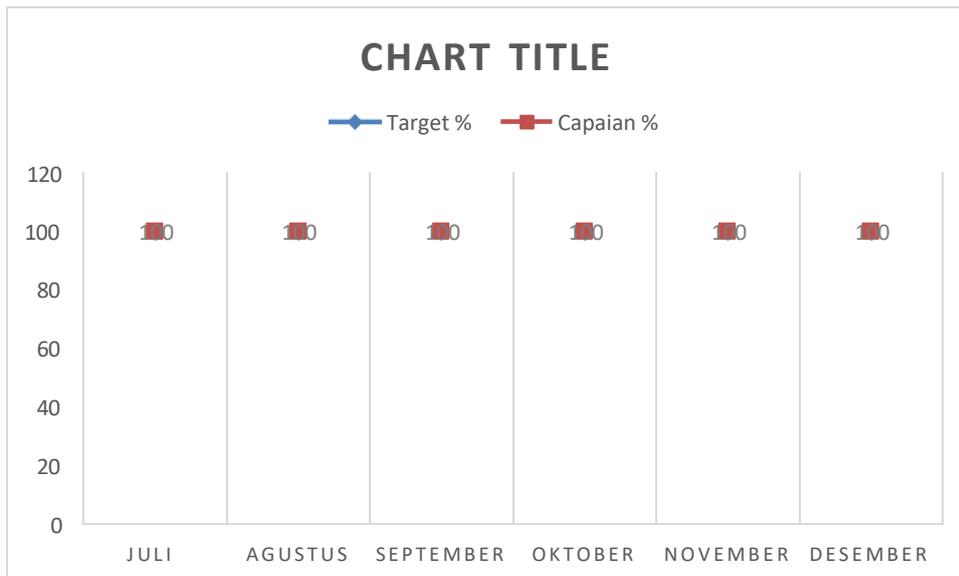
1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 5 Moment dan 6 Langkah dilakukan petugas di semua Unit dapat meningkat
2. Edukasi dan sosialisasi kepada Petugas secara berkesinambungan

ACTION :

Rekomendasi yang di usulkan berdasarkan grafik dan Analisa Team Mutu harus melakukan Pemantauan dan Evaluasi setiap 3 bulan dalam bentuk PDCA untuk mempertahankan dan meningkatkan Kepatuhan Kebersihan Tangan Petugas di semua Unit

2. Kepatuhan Pemakaian APD

Grafik 4.2 Kepatuhan Pemakaian APD



Sumber laporan bulanan INM

Analisis : Kepatuhan Petugas dalam Kepatuhan Penggunaan APD sudah tercapai

PLAN :

1. Tim Berencana mengetahui Kepatuhan Penggunaan APD pada Petugas
2. Tim PPI diminta untuk selalu memantau setiap Bulan
3. Target Kepatuhan Petugas dalam Penggunaan APD 100 %

Do :

1. Penilaian Data dilakukan setiap Bulan oleh Tim PPI
2. Periode Pengumpulan Data dilakukan setiap Bulan dan di Analiss 3 bulan sekali
3. Tim Melakukan Pemantauan terkait Kepatuhan Penggunaan APD

STUDY :

Penggunaan APD bertujuan untuk menjamin keselamatan petugas serta pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi

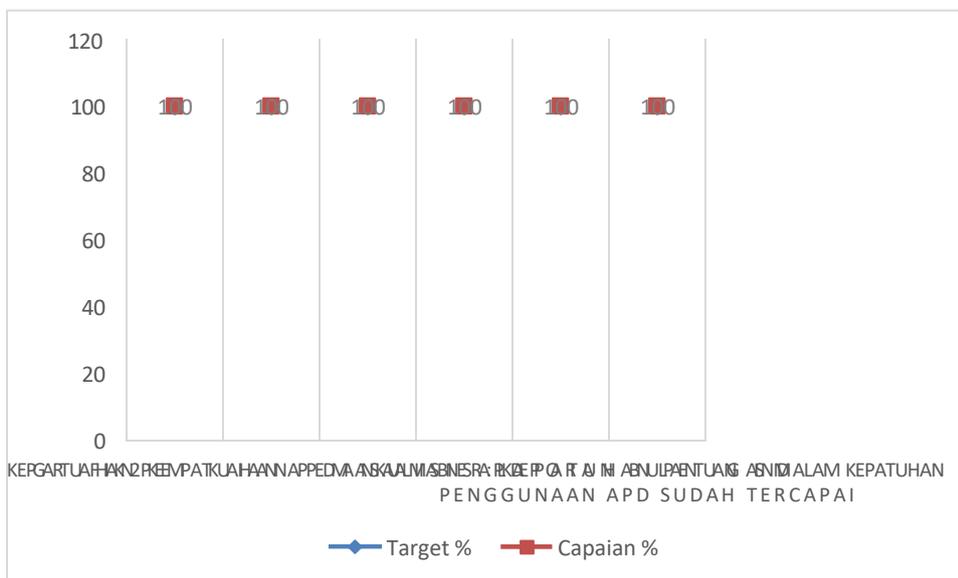
Dari Grafik di atas Petugas sudah Patuh Dalam Penggunaan APD sesuai Standar dan Indikasi

ACTION :

Rekomendasi TIM Mutu untuk melaksanakan Pemantaun dan analisis dan PDCA untuk mempertahankan capaian Kepatuhan Penggunaan APD

3. Identifikasi

Grafik 4.3 Identifikasi



Sumber Data laporan INM

Analisis : Kepatuhan Petugas dalam Identifikasi sudah tercapai

PLAN :

1. Tim Berencana mengetahui Kepatuhan Petugas dalam Identifikasi Pasien
2. Tim diminta untuk selalu memantau setiap Bulan
3. Target Kepatuhan Petugas dalam Mengidentifikasi Pasien sudah mencapai 100 %

Do :

1. Penilaian Data dilakukan setiap Bulan Oleh Koordinator RM Bersama tim Keselamatan Pasien

2. Periode Pengumpulan Data dilakukan setiap Bulan dan di Analiss 3 bulan sekali
3. Tim Melakukan Pemantauan terkait Kepatuhan Mengidentifikasi

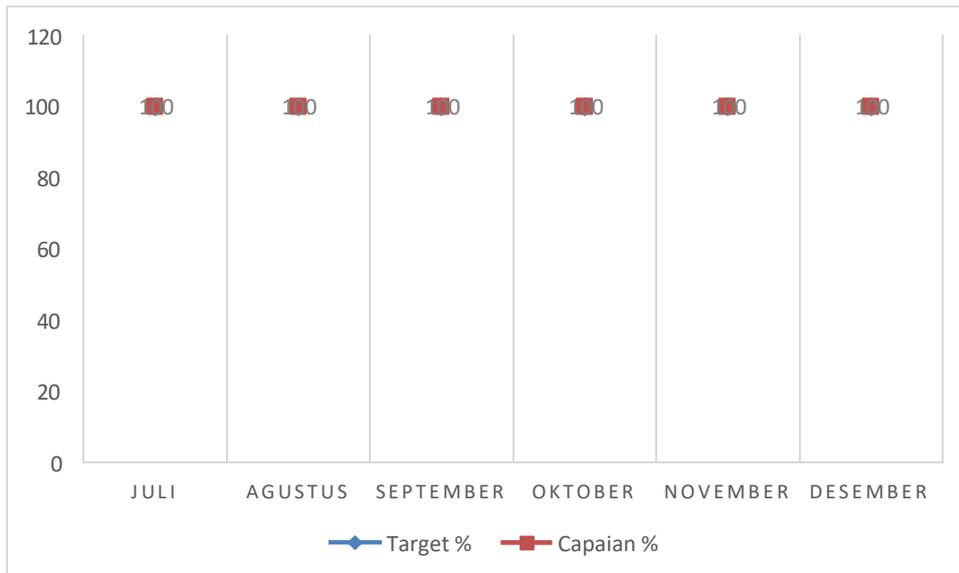
STUDY :

Penggunaan APD bertujuan untuk menjamin keselamatan petugas serta pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi

Dari Grafik di atas Petugas sudah Patuh Dalam Penggunaan APD sesuai Standar dan Indikasi

4. Keberhasilan pengobatan pasien Tuberkolosis semua kasus Sensitif Obat (SO)

Grafik 4.4 Keberhasilan pengobatan Pasien TB SO



Sumber Laporan Bulanan INM

Analisa : Dari grafik diatas capaian sudah mencapai target

PLAN :

1. Tim berencana memantau setiap bulan Kesermbuhan Pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan Lengkap di entri ke INM

Do :

1. Tim Memantau Kepada Petugas TB Tiap bulan untuk mengentri Pasien TB SO yang dinyatakan Sembuh

STUDY :

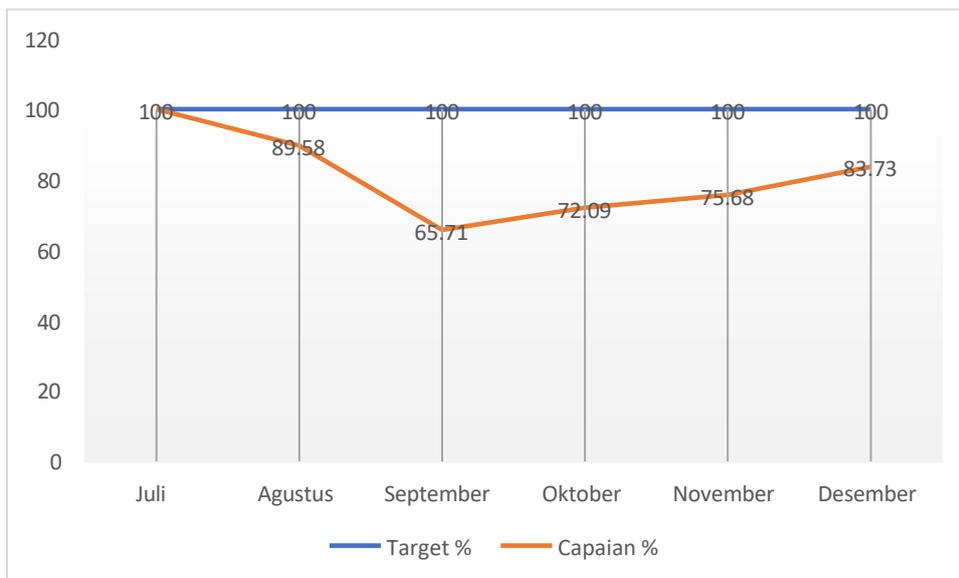
Pemantauan Pasien TB so Yang dinyatakan Sembuh dan Pengobatan Lengkap terentri pada INM dapat di laksanakan sehingga capaian dapat di tingkatkan Dan Pasien TB SO pada bulan triwulan ke 4 sudah mencapai target capaian di pertahankan sesuai Bulan Kesembuhan.

ACTION :

Rekomendasi Capaian lebih di tingkatkan pada bulan kesembuhan dan petugas selalu mengentri pada bulan Kesembuhan

5. Ibu Hamil yang mendapatkan pelayanan ante natal care (ANC) sesuai standar

Grafik 4. 5 Ibu Hamil yang mendapatkan pelayanan ante natal care (ANC) sesuai standar



Sumber Laporan Bulanan INM

Analisa Belum mencapai target pada triwulan 1 dan bulan Mei

1. Sebagian Petugas dalam entri E kohort, Kohort, SIMKIA Tidak Lengkap sehingga data ANC tidak sesuai standar
2. Belum semua desa menjalankan kohort
3. Belum semua desa Melaporkan data ibu Bersalin by name
4. Tidak semua ibu bersalin kontak dengan bidan desa ,dokter sehingga data tidak lengkap

PLAN :

1. Sosialisasi cara pengisian E kohort oleh petugas Bidan yang sudah

- di latih dalam pengisian E kohort
2. Semua Bidan desa menjalankan E ekohort atau kohort atau SIMKIA
 3. Semua Bidan Desa melaporkan data ibu bersalin by name
 4. Sosialisasi di setiap pertemuan kader, kelas ibu bersalin dan Pada saat BUMIL melakukan Pemeriksaan pada Petugas Bidan atau dokter

DO :

1. Pengumpulan Data dilakukan tiap bulan dan di analisis setiap 3 bulan menggunakan PDCA
2. Pemantauan dan penerapan Pengisian E kohort atau Kohort, SIMKIA setiap Bulan
3. Pemantauan Data ibu Bersalin pada E Kohort, Kohort, SIMKIA

STUDY :

1. Sebagian Bidan masih ada Pengisian E Kohort, Kohort, SIMKIA belum Lengkap karena ibu hamil memeriksakan Kehamilannya pada bidan atau dokter tidak pada di Semester pertama
2. Ibu hamil datang ke puskesmas bukan jadwal anct sehingga belum kontak dengan dokter
3. Sosialisasi di setiap pertemuan kader, kelas ibu bersalin dan Pada saat BUMIL melakukan Pemeriksaan pada Petugas Bidan atau dokter

ACTION

1. Pemberitahuan ke ibu hamil pada saat kunjungan selanjutnya pada hari adanya jadwal anct
2. Bidan atau dokter memberi Edukasi kepada Bumil tentang pemeriksaan Kandungan mulai dari awal kehamilan

6. Kepuasan Pelanggan

Grafik 4.6 Kepuasan Pelanggan



Sumber Pelaporan INM

Analisa :

Pengumpulan Data di lakukan Semesteran dan Di Analisa 6 bulan Sekali

Pada semester 2 Kepuasan Pasien sudah mencapai target

PLAN :

Melakukan Pelaporan pada semester 2

DO

Pelaporan dan evaluasi di lakuakn 6 bulan sekali

STUDY

Pada Semester ke dua dilakukan pengukuran dan sudah mencapai target

ACT

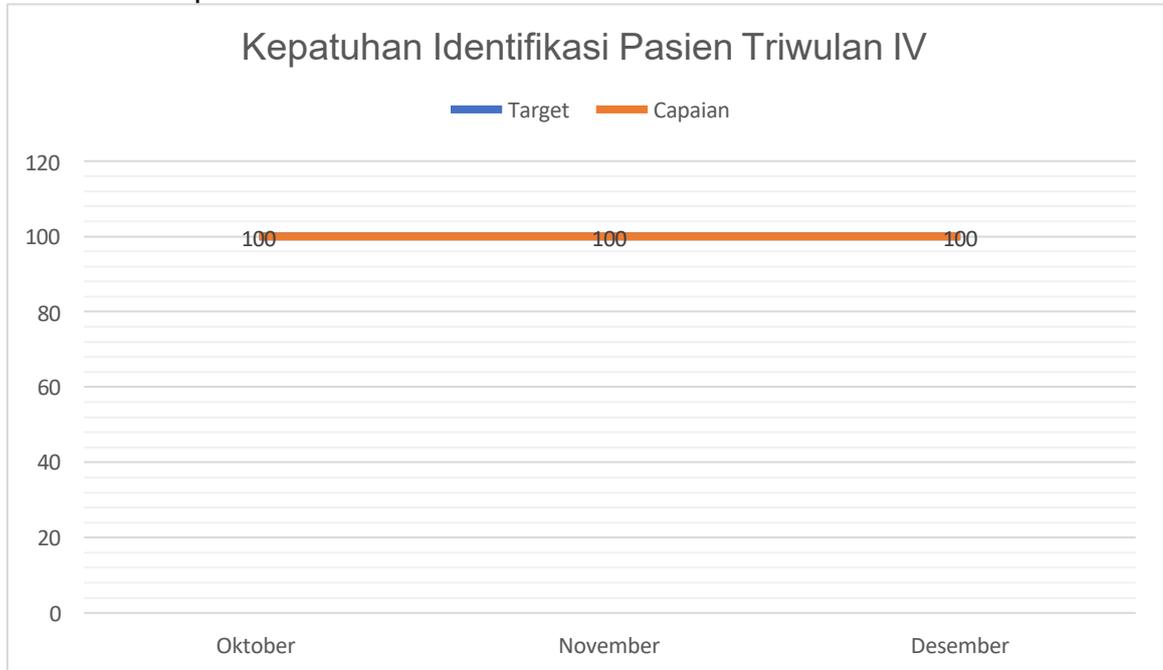
Pelaporan dan evaluasi pada PDCA di lakukan pada semester 2 pada bulan

Desember 2023 sudah mencapai Target

INDIKATOR KESELAMATAN PASIEN

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Grafik 4.7 Kepatuhan Identifikasi Pasien Triwulan IV



Plan

1. Seluruh petugas pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan kepada pasien
2. Melakukan monitoring kepatuhan identifikasi pasien kepada petugas pemberi pelayanan setiap bulan
3. Memenuhi target kepatuhan identifikasi pasien adalah 100%

Do

1. Melakukan observasi pada petugas pemberi pelayanan yang dilakukan oleh observer yang ditunjuk
2. Melakukan sosialisasi dan pembiasaan melakukan identifikasi pasien pada petugas yang memberikan pelayanan
3. Membuat laporan bulanan kepatuhan identifikasi pasien

Check

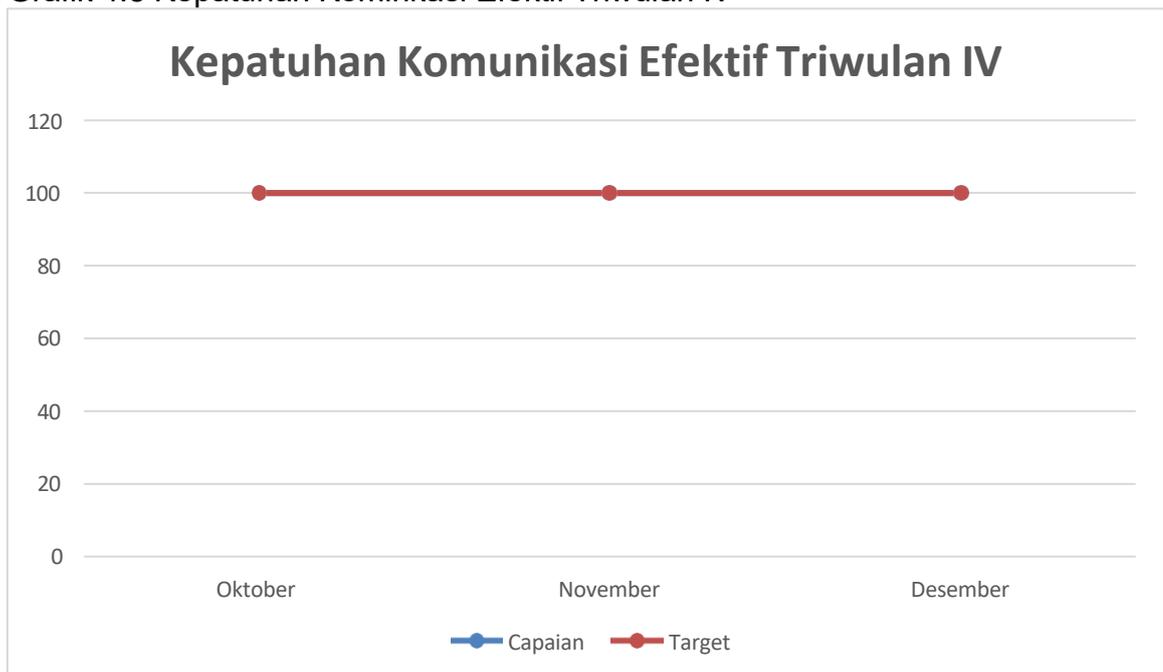
Melakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan terhadap hasil pengamatan observer terkait kepatuhan identifikasi pasien

Action

Berdasarkan grafik dan Analisa, Pemantauan dan Evaluasi dilaksanakan setiap 3 bulan untuk mempertahankan dan meningkatkan Kepatuhan Identifikasi Pasien oleh Petugas di semua Unit.

2. Kepatuhan Komunikasi Efektif

Grafik 4.8 Kepatuhan Komunikasi Efektif Triwulan IV



Plan

1. Mendokumentasikan seluruh komunikasi efektif terkait kondisi pasien baik secara internal maupun eksternal (rujukan) menggunakan form SBAR/TBK sebagai bukti yang dilakukan oleh petugas rawat inap persalinan 24 jam
2. Melakukan monitoring kepatuhan komunikasi efektif kepada petugas rawat inap persalinan 24 jam
3. Memenuhi target kepatuhan komunikasi efektif adalah 100%

Do

1. Melakukan monitoring pengisian form SBAR/TBK
2. Melakukan sosialisasi dan pembiasaan pengisian form SBAR/TBK setiap melakukan komunikasi dengan DPJP maupun RS Rujukan pasien kepada petugas rawat inap persalinan 24 Jam

Check

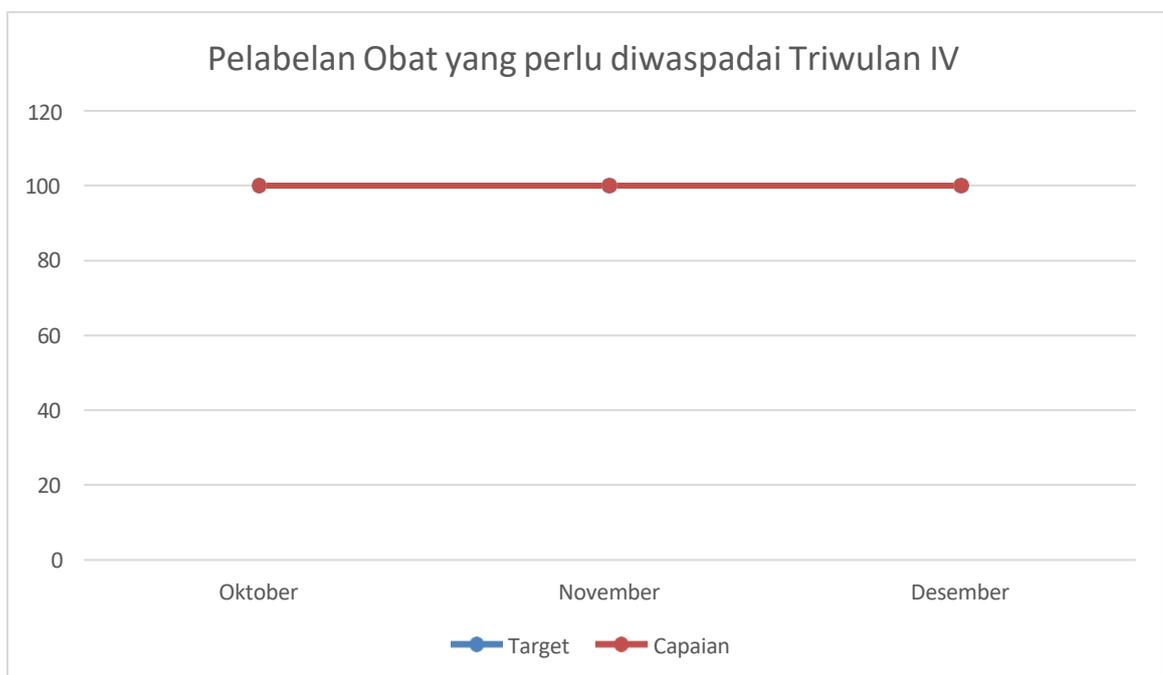
Melakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan terhadap kepatuhan pengisian form SBAR/TBK

Action

Berdasarkan grafik dan Analisa, Pemantauan dan Evaluasi dilaksanakan setiap 3 bulan untuk mempertahankan dan meningkatkan Kepatuhan komunikasi efektif oleh petugas rawat inap persalinan 24 Jam .

3. Pelabelan Obat yang perlu diwaspadai

Grafik 4.9 Pelabelan Obat yang perlu diwaspadai Triwulan IV



Plan

1. Mempertahankan capaian kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai
2. Memenuhi target kepatuhan komunikasi efektif adalah 100%

Do

1. Melakukan monitoring kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai
2. Melakukan sosialisasi dan pembiasaan kepada petugas farmasi tentang kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai

Check

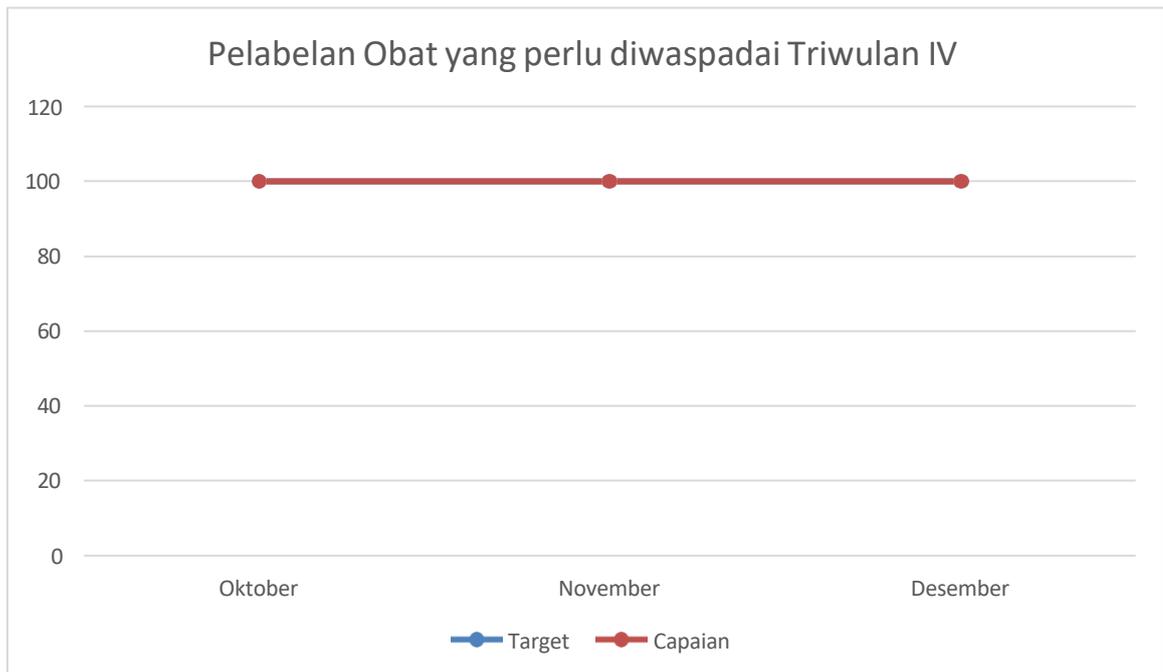
Melakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan terhadap kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai

Action

Berdasarkan grafik dan Analisa, Pemantauan dan Evaluasi dilaksanakan setiap 3 bulan untuk mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai

4. Kepatuhan Terhadap Prosedur Pembedahan

Grafik 4.10 Pelabelan Obat yang perlu diwaspadai Triwulan IV



Plan

1. Mempertahankan kepatuhan pengisian ceklist keselamatan tindakan medis dengan lengkap
2. Menyiapkan ketersediaan ceklist keselamatan tindakan medis

Do

1. Melakukan sosialisasi dan pembiasaan SOP tindakan pembedahan dan cara pengisian ceklist keselamatan tindakan medis yang lengkap dan benar
2. Melakukan monitoring kepatuhan pelabelan obat yang perlu diwaspadai

Check

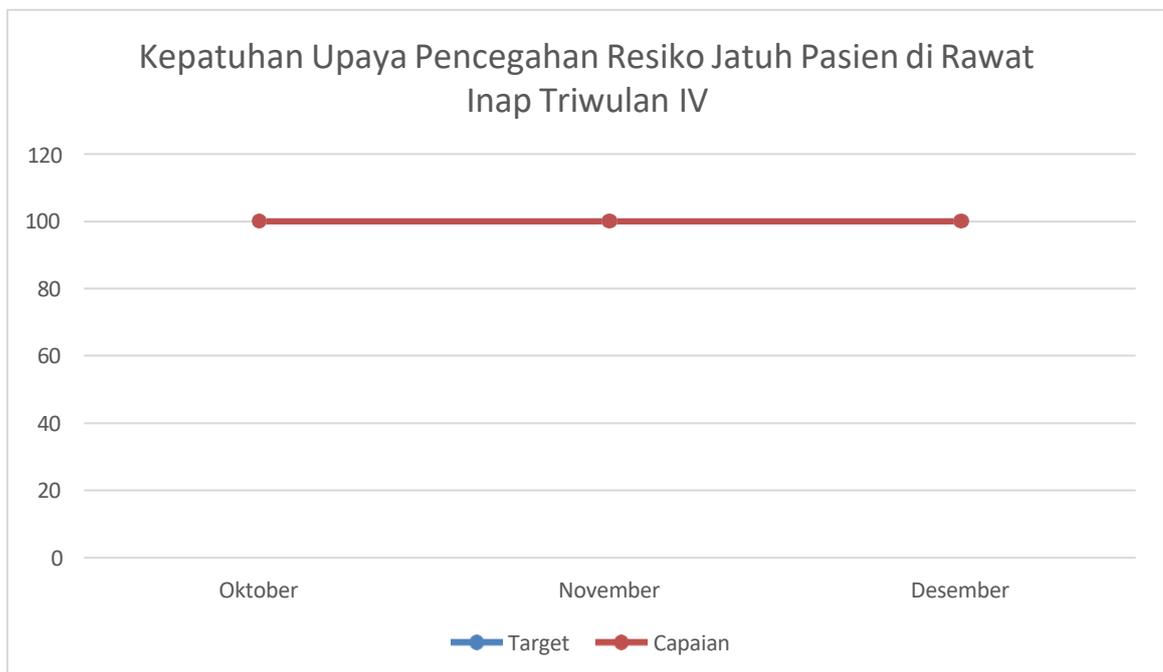
Melakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan terhadap kepatuhan terhadap SOP prosedur pembedahan

Action

Berdasarkan grafik dan Analisa, Pemantauan dan Evaluasi dilaksanakan setiap 3 bulan untuk mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan terhadap SOP prosedur pembedahan

5. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh Pasien di Rawat Inap

Grafik 4.11 Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Jatuh Pasien di Rawat Inap Triwulan IV



Plan

Mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pasien di rawat inap

Do

1. Melakukan Sosialisasi lembar monitoring pasien resiko jatuh
2. Menyediakan penanda untuk mempermudah dalam mengidentifikasi pasien resiko jatuh

Check

1. Melakukan supervisi/mengingatkan kepada petugas terkait pelaksanaan upaya pencegahan resiko jatuh pasien di rawat inap
2. Melakukan monitoring petugas oleh tim SKP

Action

Berdasarkan grafik dan Analisa, Pemantauan dan Evaluasi dilaksanakan setiap 3 bulan untuk mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pasien di rawat inap

BAB V

ANALISA ORGANISASI DAN RENCANA PERBAIKAN

Strategi dan kebijakan dibentuk untuk mencapai tujuan dan sasaran. Strategi dirumuskan dengan menentukan langkah pilihan yang tepat melalui analisis metode SWOT.

Adapun interaksi dan hasil interaksi dapat diikuti pada tabel berikut:
Analisis SWOT untuk tujuan Meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, status gizi dan pengendalian dengan pelayanan kesehatan bermutu

Tabel 5.1. Analisis Organisasi (SWOT) Faktor Internal
Puskesmas Sruweng Tahun 2023

Faktor Internal	Kekuatan (S)	Kelemahan (W)
	1. Adanya Sistem manajemen yang berlaku (akreditasi FKTP)	1. Keterbatasan jumlah dan beberapa jenis tenaga penunjang, seperti perawat, Pranata Komputer, Perekam medik, tenaga adminisitrasi umum dan pelaksana program dibanding beban kerja pelayanan UKP dan program UKM
	2. Adanya Komitmen pimpinan	2. Kurangnya jenis peningkatan kapasitas (pelatihan) petugas yang sudah terpenuhi
	3. Adanya Alat Kesehatan yang mencukupi untuk beragam jenis	3. Keterbatasan anggaran operasional (listrik, air, internet, kebersihan, dll)

	layanan (alat pemeriksaan umum, pemeriksaan penunjang CTG, pemeriksaan laboratoriumcanggih)	
	4. Adanya sarana yang memadai (gedung, kendaraan pusling, sarana IPAL)	4. Keterbatasan anggaran pemeliharaan dan pengadaan sarana (gedung, alat kesehatan, kendaraan, IPAL)
	5. Adanya jenis ketenagaan yang mencukupi (dokter, apoteker, dokter gigi, perekam medis, perawat, bidan, ahli gizi, perawat gigi, sanitarian, analis medis, kesehatan masyarakat dan administrasi)	5. Rendahnya gaji/jasa pelayanan pegawai non PNS
	6. Adanya akses yang mudah terjangkau masyarakat	6. Rendahnya kemampuan Puskesmas menjangkau peserta JKN di luar wilayah Puskesmas
	7. Adanya tarif pelayanan yang terjangkau	7. Tingginya Ratio Rujukan Non spesialistik
	8. Adanya layanan program yang mendukung promotif,	

	preventif, kuratif dan rehabilitatif (pencegahan HIV dan IMS, kanker leher rahim, hepatitis, tuberkulosis)	
	9. Adanya Dukungan lintas sekto	

Faktor Eksternal – Peluang

Tabel 5.2. Analisis Organisasi (SWOT) Faktor Eksternal (Peluang)
Puskesmas Sruweng Tahun 2023

Peluang (O)	SO	WO
1. Meningkatnya daya beli masyarakat terhadap kesehatan	1. Mengoptimalkan mutu pelayanan melalui sistem manajemen mutu yang baik dan peningkatan strata akreditasi Puskesmas (S1, O1) 2. Mengoptimalkan ketersediaan alat kesehatan dan jenis layanan yang dapat dipenuhi (S3, O1) 3. Mengoptimalkan kondisi sarana pelayanan melalui pemeliharaan dan perawatan yang baik (S4, O1)	1. Mengatasi keterbatasan jumlah tenaga kesehatan melalui peluang peningkatan pendapatan Puskesmas (W1,O1) 2. Mengatasi keterbatasan anggaran operasional melalui peluang peningkatan pendapatan Puskesmas (W3,O1) 3. Mengatasi keterbatasan anggaran pemeliharaan sarana melalui peluang peningkatan pendapatan Puskesmas (W4,O1) 4. Mengatasi rendahnya gaji/jasa pelayanan pegawai

	<p>4. Mengoptimalkan tenaga pelayanan dengan panduan SOP Pelayanan (S5, O1)</p> <p>5. Mengoptimalkan informasi tarif pelayanan yang terjangkau kepada masyarakat luas (S7, O1)</p>	<p>Non PNS melalui peluang peningkatan pendapatan Puskesmas (W5,O1)</p>
<p>2. Adanya dukungan kebijakan daerah tentang pemenuhan sarana dan operasional Puskesmas</p>	<p>Mengoptimalkan adanya komitmen pimpinan dengan memanfaatkan adanya dukungan kebijakan daerah melalui perencanaan dan manajemen yang baik (S2,O2)</p>	<p>1. Mengatasi keterbatasan anggaran operasional melalui perencanaan sesuai kebijakan daerah (W3,O2)</p> <p>2. Mengatasi keterbatasan anggaran pemeliharaan sarana melalui perencanaan sesuai kebijakan daerah (W4,O2)</p>
<p>3. Adanya dukungan Kebijakan Pengadaan Formasi Pegawai dari Kementerian Pemberdayaan Aparatur Sipil Negara dan pemerintah daerah Kabupaten</p>	<p>1. Mengoptimalkan jenis dan jumlah tenaga yang ada di Puskesmas Puskesmas Sruweng melalui pembagian tugas tambahan kepada tenaga dengan memperhatikan kinerja dan kompetensi pegawai(S5, O3)</p>	<p>1. Mengatasi Keterbatasan jumlah tenaga yang belum sesuai dengan standar baik secara standar permenkes 43 tahun 2019 maupun ABK (W1, O3)</p>

Kebumen		
4. Adanya Kebijakan Universal Health Coverage (UHC) sistem Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengoptimalkan ketersediaan alat kesehatan dan jenis layanan yang dapat di penuhi (S3,03) 2. Mengoptimalkan kondisi sarana pelayanan melalui pemeliharaan dan perawatan yang baik (S4,03) 3. Mengoptimalkan tenaga pelayanan dengan panduan SOP Pelayanan (S5,03) 4. Mengoptimalkan informasi keberadaan layanan JKN dan keunggulan Puskesmas melalui berbagai sarana informasi(S6,03) 5. Mengoptimalkan informasi layanan program yang dapat diperoleh masyarakat di Puskesmas (S8,03) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatasi keterbatasan jumlah tenaga melalui peluang peningkatan pendapatan kapitasi JKN (W1,03) 2. Mengatasi keterbatasan kapasitas petugas kesehatan melalui peluang peningkatan pendapatan kapitasi JKN (W2,03) 3. mengatasi keterbatasan anggaran operasional melalui peluang peningkatan pendapatan kapitasi JKN (W3,03) 4. mengatasi keterbatasan anggaran pemeliharaan melalui peluang peningkatan pendapatan kapitasi JKN (W4,03)

Faktor Eksternal – Ancaman

Tabel 5.3. Analisis Organisasi (SWOT) Faktor Eksternal (Ancaman)
Puskesmas Sruweng Tahun 2023

Ancaman (T)	ST	WT
<p>1. Tingginya jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) kompetitor dan jarak yang terlalu dekat antar FKTP</p>	<p>1. Mengoptimalkan adanya sistem manajemen mutu akreditasi Puskesmas (S1,T1)</p> <p>2. Mengoptimalkan jenis layanan dan keunggulan Puskesmas (S6, T1)</p> <p>3. Mengoptimalkan layanan program dan kegiatan luar gedung sebagai differensiasi layanan Puskesmas (S8, T1)</p>	<p>1. Mengatasi keterbatasan tenaga kesehatan untuk mengatasi Jarak Fasilitas Kesehatan Kompetitor yang terlalu dekat (W1, T1)</p> <p>2. Mengatasi keterbatasan Puskesmas menjangkau peserta JKN di luar wilayah dengan teknologi komunikasi untuk mengatasi kompetitor FKTP (W6, T1)</p>
<p>2, Tingginya Kesadaran masyarakat tentang hukum</p>	<p>1. Mengoptimalkan mutu pelayanan melalui sistem manajemen mutu, panduan SOP pelayanan dan pelaksanaan akreditasi Puskesmas sebagai dasar</p>	<p>Mengatasi rendahnya gaji/jasa pelayanan pegawai Non PNS untuk mengatasi kesadaran masyarakat tentang hukum (W5,T2</p>

	<p>hukum kinerja pelayanan Puskesmas (S1, T2)</p> <p>2. Mengoptimalkan komitmen pimpinan tentang masalah perlindungan hukum (S2,T2)</p>	
<p>3. Kebijakan pelayanan JKN yang berubah-ubah dan tidak menguntungkan</p>	<p>1. Mengoptimalkan mutu pelayanan melalui sistem manajemen mutu, panduan SOP pelayanan dan pelaksanaan akreditasi Puskesmas sebagai kebijakan pelayanan JKN di Puskesmas (S1, T3)</p> <p>2. Mengoptimalkan komitmen pimpinan tentang kebijakan pelayanan JKN di Puskesmas (S2,T3)</p>	<p>Mengatasi rendahnya gaji/ jasa pelayanan pegawai non PNS untuk mengatasi kebijakan pelayanan yang berubah-ubah dan tidak menguntungkan (W2.T2)</p>
	<p>Mengoptimalkan komitmen pimpinan tentang kebijakan pelayanan JKN di Puskesmas (S2,T3)</p>	<p>Mengatasi Tingginya Ratio Rujukan Non spesialisik dengan edukasi kepada masyarakat tentang 144 jenis penyakit yang</p>

		dapat dilayani di FKTP secara tuntas (W7, T3)
--	--	---

Berdasarkan perumusan strategi dengan menggunakan metode SWOT tersebut Strategi maka dapat disusun kerangka strategi Puskesmas Sruweng untuk mencapai sasaran dan tujuan sebagai beriku

Tabel 5.4. Rencana Perbaikan Berdasarkan Hasil Analisis SWOT

TUJUAN	SASARAN	STRATEGI	KEBIJAKAN
Meningkatkan aksesibilitas, kualitas dan daya saing sumber daya manusia	Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat dan jangkauan pelayanan kesehatan	1. Peningkatan pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, dan lansia	1. pelayanan persalinan di puskesmas dengan pembuatan Kartu Indonesia Sehat bagi ibu bayi baru lahir dari ibu peserta JKN 2. Menetapkan Layanan One Stop Service untuk lansia dan posyandu lansia dengan pemenuhan alkes dan Bahan Habis Pakai posyandu lansia
		2. Penanganan masalah gizi kurang, buruk dan Stunting pada bayi, balita, ibu hamil dan ibu menyusui	2. Menetapkan layanan untuk ibu dan anak seperti ANC terpadu, persalinan 24 jam, konseling laktasi, konseling gizi, pemeriksaan MTBS,

			KB pasca salin)
		3. Peningkatan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	3. Meningkatkan Sosialisasi dan Menetapkan anggaran peningkatan kapasitas petugas dan kader setiap tahun dan meningkatkan promosi kesehatan melalui media sosial . Penyebarluasan informasi/ kampanye PHBS
		4. Peningkatan Pengendalian penyakit menular dan tidak menular serta kesehatan lingkungan	4 Menetapkan layanan pemeriksaan infeksi menular seksual dan HIV, layanan IVA, Posbindu, peningkatan Testing, Tracking dan Treatment COVID 19
		5.Peningkatan pembinaan dan kerjasama jejaring dan jaringan Puskesmas	5. Membentuk jejaring kerjasama dengan BPM, klinik dan RS melalui supervisi dan pembinaan

		6. Peningkatan mutu pelayanan, kecukupan dan kualitas SDM, sarana prasarana dan perbekalan kesehatan	6. Menganggarkan pelatihan SDM kesehatan, mencukupi kebutuhan jenis SDM sesuai standar akreditasi Puskesmas dan pengadaan obat serta perbekalan kesehatan melalui kapitasi JKN
		Pengembangan layanan sesuai kebutuhan masyarakat dan kebijakan bidang kesehatan	7. Menetapkan PMP 24 jam.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Puskesmas Sruweng telah melaksanakan Penilaian Kinerja Tahun 2022/23 dengan hasil sebagai berikut :

1. Pelayanan Kesehatan Puskesmas Sruweng
 - a. Penilaian Kinerja Puskesmas dari hasil pencapaian pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial (UKM Esensial) di Puskesmas Sruweng capaiannya adalah 104.67 % dengan kriteria Baik
 - b. Penilaian Kinerja Puskesmas dari hasil Pencapaian pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan (UKM Pengembangan) di Puskesmas Sruweng capaiannya 96.50 % dengan kriteria Baik
 - c. Penilaian Kinerja Puskesmas dari hasil Pencapaian pelaksanaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di puskesmas Sruweng capaiannya 94.62 % dengan Kriteria Baik

Rerata untuk ketiga pelayanan kesehatan tersebut adalah 98.59 % dengan kriteria Baik
2. Penilaian Kinerja Puskesmas dari hasil pencapaian pelaksanaan Manajemen di Puskesmas Sruweng 9.3 dengan kriteria Baik.
3. Hasil PIS PK Puskesmas Sruweng Tahun 2023, untuk IKS masuk dalam kriteria Tidak sehat (0.22). Dengan Capaian IKS terendah desa Pandansari (0.13) dan IKS tertinggi Desa Klepusanggar (0.6). Capaian terendah pada penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur 23.54%.

B. SARAN

B.1 Pengelola Program

- a. Meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sector guna lebih memacu peningkatan program yang belum mencapai target.
- b. Meningkatkan kemampuan SDM agar bisa menciptakan inovasi kegiatan dalam upaya meningkatkan partisipasi masyarakat.
- c. Diharapkan masing masing program dapat meningkatkan kinerjanya, terutama program-program yang masih dibawah target.

B.2 Puskesmas Sruweng

- a. Selalu mendukung dan memonitoring secara berkala program atau upaya kesehatan, manajemen dan mutu pelayanan untuk memantau pencapaian sesuai dengan target yang ditentukan.
- b. Merencanakan program tahunan sesuai dengan alokasi dan kebutuhan untuk perbaikan penilaian kinerja terutama bagi program yang menjadi prioritas masalah baik UKM, UKP, atau Manajemen.

B.2 Dinas Kesehatan Kab/ Kota

- a. Melakukan pengawasan, pendampingan, dan pembinaan kepada Puskesmas Sruweng atas hasil Kinerja Puskesmas, terutama bagi program yang belum mencapai target
- b. Memberikan feedback dari Penilaian Kinerja Puskesmas sebagai bahan perbaikan.



LAMPIRAN

Hasil Kinerja PIS PK

1. IKS Wilayah

- Untuk IKS Kabupaten Kebumen target 0.32, sedangkan wilayah kerja Puskesmas Sruweng 0,22 sehingga masuk kategori TIDAK SEHAT
- Indikator dan kategori Nilai KS :
 - ✓ Keluarga Sehat : Nilai IKS > 0,8
 - ✓ Keluarga Pra Sehat : Nilai IKS 0,5 – 0,8
 - ✓ Keluarga Tidak Sehat : Nilai IKS < 0,5
 - ✓ Jumlah KK dengan IKS sehat sebanyak 3.458 kk
 - ✓ Jumlah KK dengan IKS Pra sehat sebanyak 10.587 kk
 - ✓ Jumlah KK dengan IKS tidak Sehat sebanyak 2.201 kk

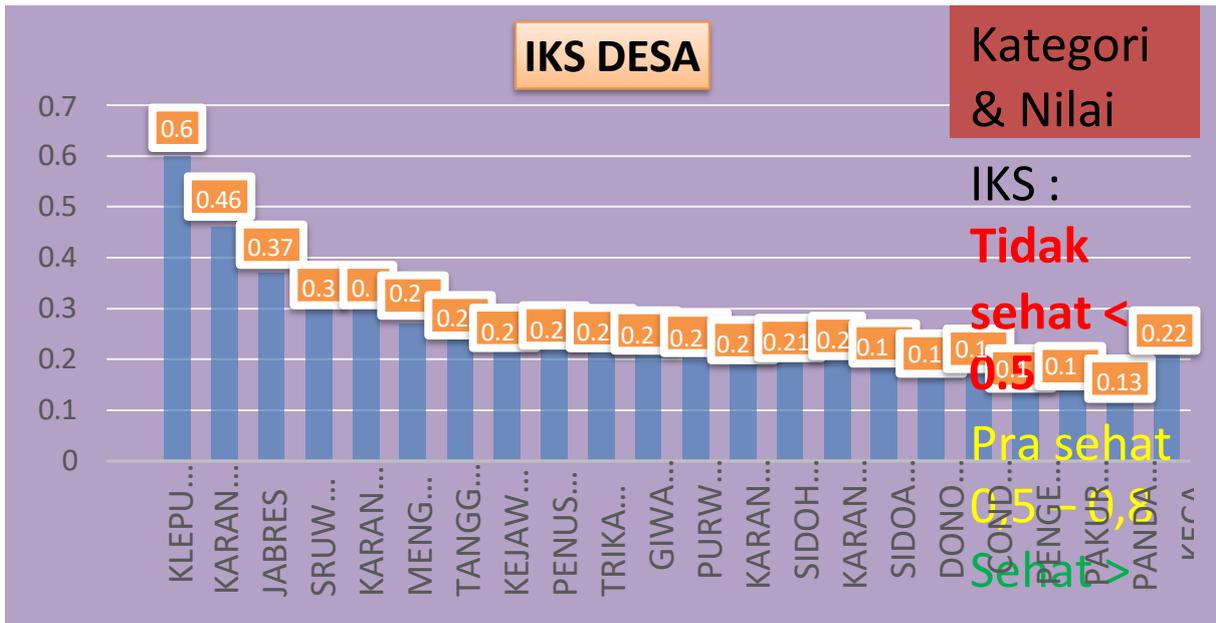
2. Capaian 12 Indikator

NO	INDIKATOR	PENCAPAIAN
1	Keluarga mengikuti program keluarga berencana (KB)	36.06 %
2	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	95.49%
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	97.51%
4	Bayi mendapatkan ASI Eksklusif	91.85%
5	Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan	95,71%
6	Penderita TB Paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	53.79%
7	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	23.54%
8	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan	34.73%
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	50.03%
10	Keluarga sudah menjadi anggota jaminan kesehatan	53.33
11	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	90.64
12	Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat	95.31%

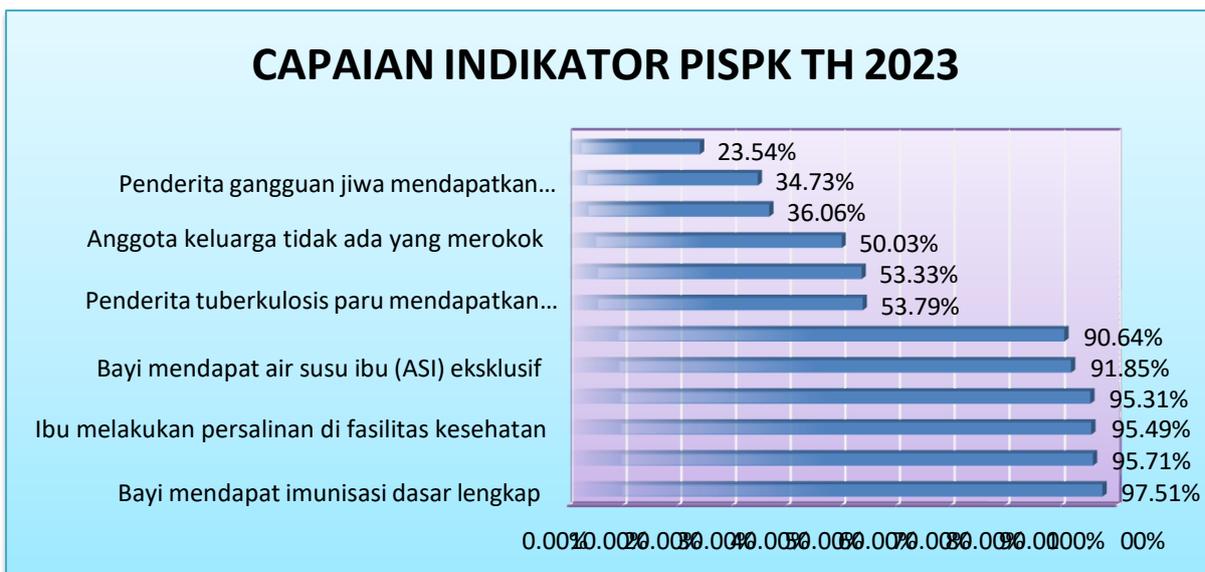
Dari 12 indikator kinerja PIS PK ada beberapa indicator yang masih kurang sehingga akan di laksanakan rencana tindak lanjut sebagai berikut :

- koordinasi lintas program secara berkala untuk tindak lanjut hasil PIS-PK
- koordinasi dan Kerjasama dengan penanggungjawab bina wilayah (desa)
- keterlibatan lintas sektor dalam mendukung implementasi PIS-PK
- memanfaatkan data PIS-PK untuk perencanaan tingkat Puskesmas.

Gambar 4.24 Capaian IKS per Desa



Gambar 4.25 Capaian Indikator PIS PK Tahun 2023



Analisa Kinerja PIS-PK

NO	MASALAH	U	S	G	Total	Prioritas
1	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur masih rendah	4	5	3	12	1
2	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan masih rendah	4	4	3	11	2
3	Anggota keluarga tidak ada yang merokok masih rendah	3	3	2	8	3

- Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur masih rendah

Analisa:

- Masyarakat menganggap bahwa penyakit hipertensi tidak berbahaya

Rencana Tindak Lanjut:

- Koordinasi dengan bidan desa, kader, melalui kegiatan posbindu dan germas
- Kunjungan rumah pada pasien hipertensi

- Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan

Analisa :

- Keluarga menganggap bahwa penyakit gangguan jiwa tidak perlu diobati

Rencana Tindak lanjut :

- Koordinasi dengan programmer jiwa, bidan desa melalui kegiatan posbindu dan germas.

- Anggota keluarga ada yang tidak merokok

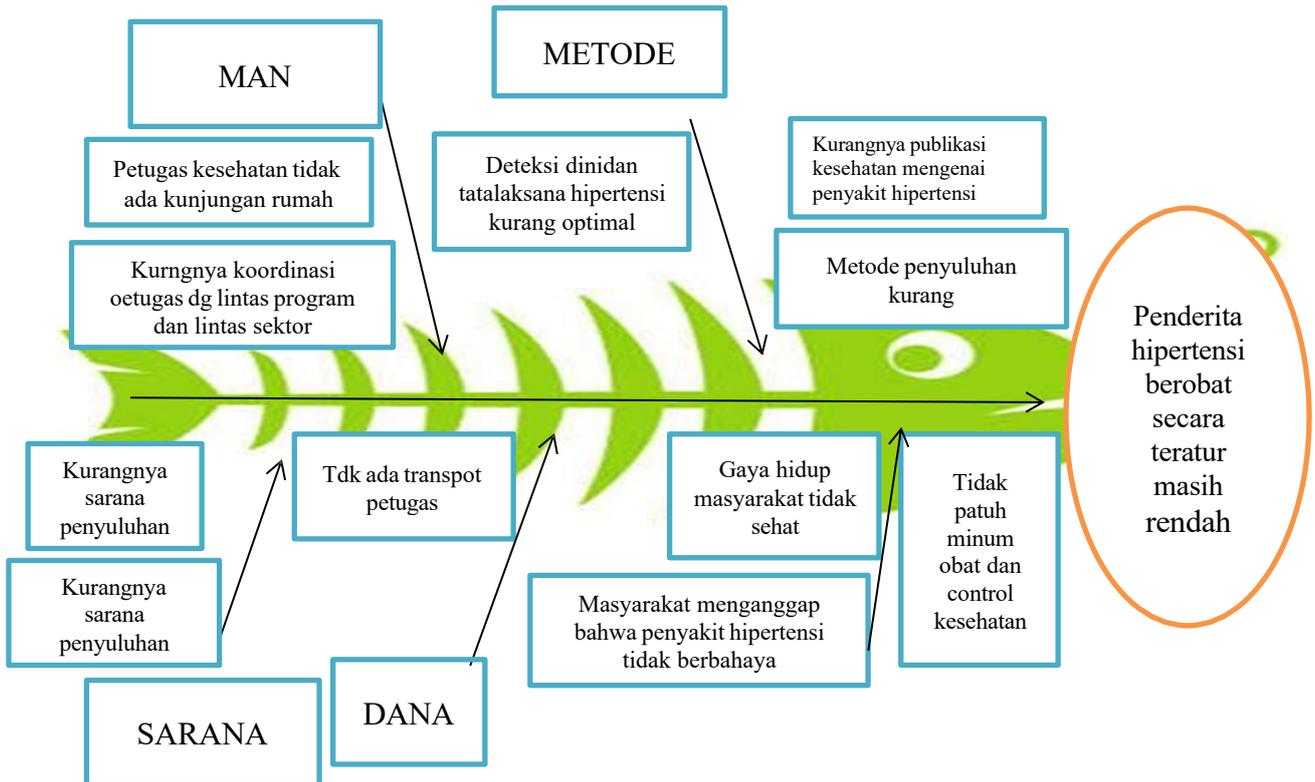
Analisa :

- Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang bahaya merokok

Rencana Tindak Lanjut:

- Koordinasi dengan programmer UKK, badan desa melalui kegiatan posbindu dan Germas

Gambar 4.26 Analisa Penyebab Masalah dengan Fish Bone Penderita hipertensi berobat secara teratur masih rendah



- Prosentase penderita DBD ditemukan dan ditangani
Untuk kasus DBD 0 kasus, tetapi ada 19 kasus DEmam dengue (Jabres 6, KrJambu 1, Giwang 1, Donosari 1, Tanggeran 4, Pandansari 5, Karang Sari 1). Adapun analisisnya adalah sebagai berikut:
 - Hasil PE masih ditemukan rumah yang positif jentik (ABJ<95%)
 - Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang DBD,
 - Kader Jumantik belum aktif,
 - kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya PSN

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi tentang penyakit DBD lewat media sosial Puskesmas (Web, instagram);
- Sosialisasi/edukasi pentingnya PSN kpd masyarakat (integrasi program) ,
- mengaktifkan kader Jumantik desa dalam PSN lewat anggaran BOK

- b. Meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sector guna lebih memacu peningkatan program yang belum mencapai target.
 1. Meningkatkan kemampuan SDM agar bisa menciptakan inovasi kegiatan dalam upaya meningkatkan partisipasi masyarakat.
 2. Diharapkan masing masing program dapat meningkatkan kinerjanya, terutama program-program yang masih dibawah target.
 3. Untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan dan mengantisipasi segala dampak yang ditimbulkan oleh pembangunan terhadap kesehatan masyarakat.

Sruweng , Desember 2023