



PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GEDANGAN

Jl. Jenggala No. 74 Kode Pos 61254 Sidoarjo
Telepon. (031) 99606350
Email : puskesmasgedangan@yahoo.com Website : sidoarjokab.go.id

KEPUTUSAN
KEPALA PUSKESMAS GEDANGAN
NOMOR : 188/ 03 /438.5.2.2.23/2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN KLINIS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA PUSKESMAS GEDANGAN,

- Menimbang :
- a. bahwa pelayanan klinis dapat dikendalikan dengan baik perlu dilakukan pembakuan standar dan prosedur layanan klinis yang disusun berdasarkan acuan yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan;
 - b. bahwa pelaksanaan penyusunan standar/SOP pelayanan klinis berdasarkan prioritas fungsi dan proses pelayanan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf a dan b, perlu menetapkan Keputusan Kepala Puskesmas Gedangan tentang standar layanan klinis;
- Mengingat :
1. UU Nomor 29 tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran;
 2. UU Nomor 36 Tahun 2009, tentang Kesehatan;
 3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;

LAMPIRAN KEPUTUSAN KEPALA
PUSKESMAS GEDANGAN TENTANG
STANDAR PELAYANAN KLINIS
NOMOR 188/ 03 /438.5.2.2.23/2022

SOP PELAYANAN KLINIS

Standart Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi kerja tertulis yang dibakukan (terdokumentasi). Tujuan ditetapkannya standar prosedur operasional pelayanan klinis adalah untuk mengendalikan pelayanan klinis dengan baik. Penyusunan standar operasional prosedur didasarkan pada kebutuhan Puskesmas Gedangan dan prioritas fungsi serta proses pelayanan.

Penyusunan standar prosedur operasional pelayanan klinis terdiri dari:

1. Pengertian, berisi definisi dari judul standar prosedur operasional yang dibuat.
2. Tujuan, berisi tujuan dari pembuatan standar prosedur operasional tersebut dibuat.
3. Kebijakan, berisi Keputusan Kepala Puskesmas Gedangan sebagai konsep untuk menjadi pedoman dalam melaksanakan Pelayanan Klinis Puskesmas Gedangan.
4. Referensi, berisi acuan pembuatan standar prosedur operasional.
5. Prosedur, berisi langkah – langkah pelaksanaan standar prosedur operasional.
6. Diagram alir, diagram yang mewakili alogaritme atau proses yang menampilkan langka-langka dalam bentuk symbol grafik untuk standar prosedur operasional pelayanan klinis yang berupa tindakan.
7. Unit Terkait
8. Dokumen Terkait
9. Rekaman historis perubahan

SOP layanan klinis yang dibuat harus memuat tentang :

1. PeLayanan Klinis Yang Berorientasi Pasien
2. Manajemen Penunjang PeLayanan Klinis
3. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien.



MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS GEDANGAN TENTANG STANDAR PELAYANAN KLINIS

KESATU : Semua tenaga klinis di Puskesmas Gedangan harus mengacu pada SOP pelayanan klinis yang sudah ditetapkan sebagaimana dalam Lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Keputusan ini;

KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya, maka akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sidoarjo

pada tanggal : 03 Juni 2022

KEPALA PUSKESMAS GEDANGAN



dr. B. IRAWATYRATNA K.MM
NIP. 197410192007012008



**PEMERINTAH KABUPATEN
SIDOARJO
DINAS KESEHATAN**

Jl. Mayjend Sungkono No. 46 Sidoarjo
Telepon. 031-8941051, 031-8968736
Email : dinkes@sidoarjokab.go.id Website :sidoarjokab.go.id

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
SIDOARJONOMOR : 188.4/61/438.5.2/2022

TENTANG
INDIKATOR MUTU DAN KINERJA PUSKESMAS TAHUN
2022DI KABUPATEN SIDOARJO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
SIDOARJO,

- Menimbang : a. bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan;
- b. bahwa dalam rangka tercapainya tingkat mutu dan kinerja Puskesmas yang berkualitas secara optimal untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan di Kabupaten Sidoarjo;
- Mengingat : a. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo tentang Indikator Mutu dan Kinerja Puskesmas Tahun 2022 di Kabupaten Sidoarjo.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5038);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standart Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Praktek Mandiri Dokter Gigi sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Praktek Mandiri Dokter Gigi;

6. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1423);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standart Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Tahun 2019 Nomor 68);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
9. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Nomor 440/1346/102.4/2022 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas di Jawa Timur.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN SIDOARJO TENTANG INDIKATOR MUTU DAN KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2022 DI KABUPATEN SIDOARJO.
- KESATU : Menetapkan Indikator Mutu dan Kinerja Puskesmas sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KEDUA : Indikator Mutu dan Kinerja Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu dijadikan acuan bagi Dinas Kesehatan dan jajarannya dalam penyelenggaraan program baik UKM Essensial, UKM Pengembangan dan UKP.
- KETIGA : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan keputusan ini dilaksanakan oleh Seksi Pelayanan Primer Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dengan melibatkan secara aktif dan atau bidang terkait.
- KEEMPAT : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Sidoarjo
Tanggal : 6 Juli 2022

KEPALA DINAS KESEHATAN



Ditandatangani secara elektronik oleh

drg. SYAF SATRIAWARMAN.,Sp.Prof
NIP. 196307181991031004

drg. SYAF SATRIAWARMAN.,Sp.Prof
Pembina utama muda
NIP.196307181991031004

Lampiran : Keputusan Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sidoarjo
Nomor : 188.4/61/438.5.2/2022
Tanggal : 6 Juli 2022

INDIKATOR MUTU DAN KINERJA PUSKESMAS TAHUN 2022 DI KABUPTEN SIDOARJO

NO	INDIKATOR	TARGET 2022
I.	UKM ESSENSIAL	
1.1	Pelayanan Promosi Kesehatan	
1.	Pengkajian PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)	
a.	Rumah Tangga yang dikaji	20 %
b.	Institusi Pendidikan yang dikaji	50 %
c.	Pondok Pesantren (Ponpes) yang dikaji	70 %
2.	Tatanan Sehat	
a.	Rumah Tangga Sehat yang memenuhi 10 indikator PBHS	63 %
b.	Institusi Pendidikan yang memenuhi 10-12 indikator PHBS (Klasifikasi IV)	73 %
c.	Pondok Pesantren yang memenuhi 13-15 indikator PHBS Pondok Pesantren (Klasifikasi IV)	45 %
3.	Intervensi/Penyuluhan	
a.	Kegiatan intervensi pada Kelompok Rumah Tangga	100 %
b.	Kegiatan intervensi pada Institusi Pendidikan	100 %
c.	Kegiatan Intervensi pada Pondok Pesantren	100 %
4.	Pengembangan UKBM	
a.	Posyandu Balita PURI (Purnama Mandiri)	76 %
b.	Poskesdes/Poskespel Aktif	77 %
5.	Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	
a.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif	98 %
b.	Desa/Kelurahan Siaga Aktif PURI (Purnama Mandiri)	18 %
c.	Pembinaan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	100 %
6.	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	
a.	Promosi kesehatan untuk program prioritas di dalam gedung Puskesmas dan jaringannya (Sasaran masyarakat).	100 %
b.	Pengukuran dan Pembinaan Tingkat Perkembangan UKBM	100 %
1.2	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	
1.	Penyehatan Air	
a.	Inspeksi Kesehatan Lingkungan Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM)	45 %
b.	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang memenuhi syarat kesehatan	89 %
c.	Sarana Air Bersih (SAB)/Sarana Air Minum (SAM) yang diperiksa kualitas airnya.	68 %
2.	Penyehatan Makanan dan Minuman	
a.	Pembinaan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)	67 %
b.	TPM yang memenuhi syarat kesehatan	50 %
3.	Pembinaan Tempat-Tempat Umum (TTU)	
a.	Pembinaan sarana TTU prioritas	88 %
b.	TTU prioritas yang memenuhi syarat kesehatan	45 %
4.	Yankesling (Klinik Sanitasi)	

NO	INDIKATOR	TARGET 2022
b.	Inspeksi Sanitasi PBL	20 %
c.	Intervensi terhadap pasien PBL yang di IS	40 %
5.	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) = Pemberdayaan Masyarakat	
a.	Kepala Keluarga (KK) yang akses terhadap jamban sehat	93 %
b.	Desa/Kelurahan yang stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	82 %
c.	Desa/Kelurahan ber STBM 5 Pilar	10 %
1.3	Pelayanan Kesehatan Keluarga	
1.	Kesehatan Ibu	
a.	Kunjungan Pertama Ibu Hamil (K1)	100 %
b.	Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (PF)-SPM	100 %
c.	Pelayanan Nifas oleh tenaga kesehatan (KF)	92 %
d.	Penanganan komplikasi kebidanan (PK)	80 %
e.	Ibu hamil yang diperiksa HIV	95 %
f.	Ibu hamil yang terinput di aplikasi Si Cantik (Si Cantik Bumil)	50 %
g.	Ibu bersalin yang terinput di aplikasi Si Cantik (Si Cantik Buah Hati)	15 %
h.	Ibu Nifas yang terinput di aplikasi Si Cantik (Si Cantik Buah Hati)	15 %
2.	Kesehatan Bayi	
a.	Pelayanan kesehatan neonatus pertama (KN1)	100 %
b.	Pelayanan kesehatan neonatus 0-28 hari (KN Lengkap)-SPM	100 %
c.	Penanganan komplikasi neonatus	80 %
d.	Pelayanan kesehatan bayi 29 hari – 11 bulan	92 %
e.	Bayi baru lahir yang terinput di aplikasi Si Cantik (Si Cantik Buah Hati Neonatus)	15 %
f.	Bayi yang terinput di aplikasi Si Cantik (Si Cantik Buah Hati Bayi)	10 %
3.	Kesehatan Anak Balita dan Anak Pra Sekolah	
a.	Pelayanan kesehatan balita (0-59 bulan)	100 %
b.	Pelayanan kesehatan anak pra sekolah (60-72 bulan)	84 %
c.	Balita yang terinput di aplikasi Si Cantik (Si Cantik Buah Hati Balita)	10 %
4.	Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja	
a.	Sekolah setingkat SD/MI/SDLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100 %
b.	Sekolah setingkat SMP/MTs/SMPLB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100 %
c.	Sekolah setingkat SMA/SMK/SMALB yang melaksanakan pemeriksaan penjarangan kesehatan	100 %
d.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas I setingkat SD/MI/SDLB	100 %
e.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar kelas VII setingkat SMP/MTs/SMPLB	100 %
f.	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar kelas 1 s/d kelas 9 dan diluar satuan pendidikan dasar.	100 %
g.	Murid kelas X setingkat SMA/MA/SMK/SMALB yang diperiksa penjarangan kesehatan	100 %
e.	Pelayanan kesehatan remaja.	100 %
5.	Pelayanan Kesehatan Lansia	
a.	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut (Usia > 60 tahun)-SPM	100 %

NO	INDIKATOR	TARGET 2022
b.	Pelayanan kesehatan pada pra usia lanjut (45-59 tahun)	100 %
1.4.	Pelayanan Keluarga Berencana (KB)	
a.	KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate/CPR)	70 %
b.	Peserta KB baru	10 %
c.	Akseptor KB Drop Out	< 10 %
d.	Peserta KB mengalami komplikasi	< 3,5 %
e.	PUS dengan 4 T ber KB	80 %
f.	KB pasca persalinan	60 %
g.	CPW dilayani kespro catin	62%
1.5.	Pelayanan Gizi	
1.	Pelayanan Gizi Masyarakat	
a.	Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita (6-59 bulan)	88 %
b.	Pemberian 90 tablet tambah darah pada ibu hamil	82 %
c.	Pemberian tablet tambah darah pada remaja putri	54 %
2.	Penanggulangan Gangguan Gizi	
a.	Pemberian makanan tambahan bagi balita gizi kurang	85 %
b.	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	80 %
c.	Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standart tata laksana gizi buruk	86 %
d.	Pemberian proses asuhan gizi di Puskesmas (Sesuai buku pedoman asuhan gizi tahun 2018 warna kuning)	12 Dokumen (100 %)
3.	Pemantauan Status Gizi	
a.	Balita yang ditimbang berat badannya (D/S)	75 %
b.	Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D)	84 %
c.	Balita stunting (Pendek dan sangat pendek)	18,40 %
d.	Bayi usia 6 (Enam) bulan mendapat ASI Eksklusif	50 %
e.	Bayi baru lahir mendapat IMD (Inisiasi Menyusui Dini)	62 %
1.6.	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	
1.	Diare	
a.	Pelayanan diare balita	100 %
b.	Proporsi penggunaan oralit pada balita	100 %
c.	Proporsi penggunaan Zinc	100 %
d.	Pelaksanaan kegiatan Layanan Rehidrasi Oral Aktif (LROA)	100 %
2.	ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas)	
a.	Penemuan penderita pneumonia balita	100 %
3.	Kusta	
a.	Pemeriksaan kontak dari kasus kusta baru	> 80 %
b.	RFT penderita kusta	> 90 %
c.	Proporsi tenaga kesehatan kusta tersosialisasi	> 95 %
d.	Kader Posyandu yang telah mendapat sosialisasi kusta	> 95 %
e.	SD/MI telah dilakukan screening kusta	100 %
4.	TBC	
a.	Kasus TBC yang ditemukan dan diobati	LIHAT SHEET LAMPIRAN (BERDASARKAN SURAT DIR P2ML DITJEN P2P KEMENKES RI TANGGAL4 FEBRUARI 2021 NOMOR PM.01.01/1/328/20

NO	INDIKATOR	TARGET 2022
		SURAT PEMBERITAHUAN TARGET PROGRAM PENGENDALIAN TBC TAHUN 2020 - 2024)
b.	Persentase pelayanan orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standart (Standart Pelayanan Minimal ke 11)	100 %
c.	Angka keberhasilan pengobatan kasus TBC (Success Rate/SR)	≥ 90 %
5.	Pencegahan dan Penanggulangan PMS dan HIV/AIDS	
a.	Sekolah (SMP dan SMA/ sederajat) yang sudah dijangkau penyuluhan HIV/AIDS	100 %
b.	Orang yang beresiko terinfeksi HIV mendapatkan pemeriksaan HIV (Standart Pelayanan Minimal ke 12)	100 %
c.	Orang dengan HIV mendapatkan ARV	90 %
d.	Orang dengan HIV yang Adherence ARV	90 %
6.	Demam Berdarah Dengue (DBD)	
a.	Angka Bebas Jentik (ABJ)	≥ 95 %
b.	Penderita DBD ditangani	100 %
c.	PE kasus DBD	100 %
7.	Malaria	100 %
a.	Penderita Malaria yang dilakukan pemeriksaan SD	100 %
b.	Penderita positif malaria yang diobati sesuai pengobatan standart	100 %
c.	Penderita positif malaria yang di follow up	100 %
8.	Pencegahan dan Penanggulangan Rabies	100 %
a.	Cuci luka terhadap kasus gigitan HPR	100 %
b.	Vaksinasi terhadap kasus gigitan HPR yang berindikasi	100 %
9.	Pencegahan dan Penanggulangan Hepatitis	
a.	Ibu hamil yang diskriming hepatitis	80 %
b.	Populasi berisiko terinfeksi dilakukan skrining Hepatitis	80 %
10.	Pelayanan Imunisasi	
a.	IDL (Imunisasi Dasar Lengkap)	94,2 %
b.	UCI desa	100 %
c.	Imunisasi Lanjutan Baduta (Usia 18 s/d 24 bulan)	95 %
d.	Imunisasi DT pada anak kelas 1 SD	95 %
e.	Imunisasi campak pada anak kelas 1 SD	95 %
f.	Imunisasi TD pada anak SD kelas 2 dan 5	95 %
g.	Imunisasi TT 5 pada WUS (15-49 Tahun)	95 %
h.	Imunisasi TT2 plus bumil (15-49 Tahun)	95 %
i.	Pemantauan suhu, VVM serta alarm dingin pada lemari es penyimpanan vaksin	100 %
j.	Ketersediaan buku catatan stok vaksin sesuai dengan jumlah vaksin program imunisasi serta pelarutnya	100 %
k.	Laporan KIPi zero reporting/KIPi non serius	90 %
11.	Pengamatan Penyakit (Surveillance Epidemiology)	
a.	Laporan STP yang tepat waktu	≥ 80 %
b.	Kelengkapan laporan STP	≥ 90 %
c.	Laporan C1 tepat waktu	≥ 80 %
d.	Kelengkapan laporan C1	≥ 90 %
e.	Laporan W2 (mingguan) yang tepat waktu	> 85 %

NO	INDIKATOR	TARGET 2022
g.	Grafik Trent Mingguan Penyakit Potensial Wabah	100 %
h.	Desa/Kelurahan yang mengalami KLB ditanggulangi dalam waktu kurang dari 24 (Dua puluh empat) jam	100 %
12.	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	
a.	Sekolah yang ada di wilayah Puskesmas melaksanakan KTR	70 %
b.	Persentase merokok penduduk usia 10-18 Tahun	< 8,9 %
c.	FKTP yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	≥ 40 %
d.	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	100 %
e.	Deteksi Dini Faktor Resiko PTM usia ≥ 15 Tahun	80 %
f.	Deteksi dini kanker payudara dan kanker serviks pada wanita usia 30-50 Tahun atau wanita yang memiliki	40 %
13.	Pelayanan Kesehatan Jiwa	
a.	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat	100 %
b.	Pelayanan Kesehatan Jiwa Depresi	4 %
c.	Pelayanan Kesehatan Gangguan Mental Emosional (GME)	3 %
d.	Temuan Kasus Pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat	< 15 %
e.	Penurunan Jumlah Kasung Pasung	10,03 % dari kasus yang ada
f.	Kunjungan Pasien ODGJ	50 % dari target ODGJ Berat (Minimal dikunjungi 12 kali/tahun)
g.	Penanganan Kasus melalui rujukan ke Rumah Sakit Umum/RSJ	< 10 % (Batas maksimal rujukan) dari kasus yang ada
1.7.	Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)	
a.	Keluarga binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	60 %
b.	Keluarga yang dibina dan telah mandiri/memenuhi kebutuhan kesehatan	40 %
c.	Kelompok binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	50 %
d.	Desa/Kelurahan binaan yang mendapatkan asuhan keperawatan	30 %
II.	UKM PENGEMBANGAN	
1.	Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat	
a.	PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/pemeriksaan gigi dan mulut	50 %
b.	Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	30 %
2.	Pelayanan Kesehatan Indera	
a.	Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran paling kurang pada 40 % populasi	40 %
3.	Penanganan Masalah Penyalahgunaan Napza	
a.	Penyuluhan bahaya penyalahgunaan NAPZA	10 %
b.	Klien penyalahguna Napza yang mendapatkan pelayanan kesehatan/skrining ASSIST	100 %
c.	Penyediaan sarana informasi tentang pencegahan bahaya NAPZA	100 %
d.	Deteksi dini penyalahgunaan NAPZA melalui pemeriksaan urine yang dilakukan terhadap karyawan	10 %

NO	INDIKATOR	TARGET 2022
4.	Kesehatan Matra	
a.	Hasil pemeriksaan kesehatan jamaah haji 3 bulan sebelum operasional terdata	100 %
5.	Pelayanan Tradisional	
a.	Penyehat tradisional yang memiliki STPT	15 %
b.	Kelompok asuhan mandiri yang terbentuk	20 %
c.	Panti Sehat berkelompok yang berijin	15 %
d.	Pembinaan penyehat tradisional	50 %
6.	Pelayanan Kesehatan Olahraga	
a.	Kelompok/Klub olahraga yang dibina	35 %
b.	Pengukuran kebugaran calon jamaah haji	80 %
c.	Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan olahraga internal	30 %
d.	Pengukuran kebugaran anak sekolah	20 %
7.	Pelayanan Kesehatan Kerja	
a.	Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (Internal)	30 %
b.	Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran	35 %
c.	Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja	40 %
8.	Kefarmasian	
1.	Edukasi dan pemberdayaan masyarakat tentang obat pada gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat.	
a.	Kader aktif pada kegiatan edukasi dan pemberdayaan masyarakat tentang obat pada gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat.	25 %
b.	Jumlah wilayah yang dilakukan kegiatan gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat.	25 %
c.	Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasi gema cermat.	25 %
III.	UKP	
1.	Pelayanan Non Rawat Inap	
a.	Angka kontak komunikasi	≥ 150 per mil
b.	Rasio Rujukan Rawat Jalan kasus Non Spesialistik (RRNS)	≤ 2 %
c.	Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT)	≥ 5 %
d.	Pelayanan kesehatan penderita Hypertensi (Standart Pelayanan Minimal ke 8).	100 %
e.	Pelayanan Kesehatan Diabetes Mellitus (Standart Pelayanan Minimal ke 9).	100 %
f.	Kelengkapan pengisian rekam medik.	100 %
g.	Rasio gigi yang ditambal terhadap gigi tetap yang dicabut.	> 1 %
h.	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan kesehatan gigi.	100 %
2.	Pelayanan Gawat Darurat	
a.	Kelengkapan pengisian informed consent	100 %
3.	Pelayanan Kefarmasian	
a.	Kesesuaian item obat yang tersedia dalam fornas	80 %
b.	Ketersediaan obat dan vaksin terhadap 45 item obat dan vaksin indikator.	85 %
c.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan ISPA non pneumonia.	≤ 20 %
d.	Penggunaan antibiotika pada penatalaksanaan kasus diare non spesifik..	≤ 8 %
e.	Penggunaan Injeksi Myalgia	≤ 1 %
f.	Rerata item obat yang diresepkan	$\leq 2,6$ %
g.	Pembelitan resep pelayanan kesehatan dengan informasi farmasi	80 %

NO	INDIKATOR	TARGET 2022
	obat.	
h.	Konseling	5 %
i.	Pelayanan informasi obat	10 %
4.	Pelayanan Laboratorium	
a.	Kesesuaian jenis pelayanan laboratorium dengan standart	60 %
b.	Ketepatan waktu tunggu penyerahan hasil pelayanan laboratorium.	100 %
c.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu internal (PMI).	100 %
d.	Pemeriksaan haemoglobin pada ibu hamil.	100 %
5.	Pelayanan Rawat Inap	
a.	Bed Occupation Rate (BOR)	10-60 %
b.	Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap	100 %
IV.	MUTU	
a.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85 %
b.	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100 %
c.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %
d.	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB semua kasus Sensitif Obat (SO)	100 %
e.	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standart.	100 %
f.	Kepuasan Pasien	≥ 76,61 %
V.	MANAJEMEN PUSKESMAS	
	Target dan indikator mutu kinerja program manajemen mengacu SK Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Nomor 440/1346/102.4/2022 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas di Jawa Timur.	

KEPALA DINAS KESEHATAN



Ditandatangani secara elektronik oleh

drg. SYAF SATRIAWARMAN.,Sp.Pro
NIP. 196307181991031004

drg. SYAF SATRIAWARMAN.,Sp.Pro

Pembina Utama Muda

NIP. 196307181991031004