



#bangga
melayani
bangsa

BerAKHLAK
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten
Harmonis Loyal Adaptif Kolaboratif



GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

(PKP)

TAHUN 2025



PEMERINTAH KABUPATEN DEMAK
DINAS KESEHATAN DAERAH
PUSKESMAS KARANGAWEN II

Desa Tlogorejo RT 04 RW 04, Kec.Karangawen, Kab. Demak 59566,
Telepon (024)76583338

Pos-el puskesmaskarangawen2@yahoo.co.id

LEMBAR VERIFIKASI
PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS KARANGAWEN II
KABUPATEN DEMAK
TAHUN 2025

SETELAH MELAKUKAN VERIFIKASI TERHADAP PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS KARANGAWEN II DENGAN INI MENYETUJUI DAN MENYATAKAN PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS KARANGAWEN II TELAH SESUAI DENGAN CAPAIAN KINERJA

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1	<u>Nani Amrin, SKM, M.kes</u>	Plt. Sekretaris Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Demak	
2	<u>Dian Arisanti, S.Si, Apt, MH.Kes</u>	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Demak	
3	<u>Heri Winarno, SKM, M.Kes</u>	Kepala Bidang Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Demak	
4	<u>Sri Puji Astutik, SKM, M, Kes</u>	Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Demak	
5	<u>dr. Haerudin</u>	Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Demak	

HALAMAN PENGESAHAN

Menyetujui dan mengesahkan
Penilaian Kinerja Puskesmas Karangawen II tahun 2025

Demak, 15 Januari 2026
Kepala Dinas Kesehatan Daerah
Kabupaten Demak

dr. Ali Maimun, M.Kes
NIP. 19710410 200212 1 007

KATA PENGANTAR

Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan Puskesmas disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan oleh Puskesmas dan kemudian hasil penilaiannya akan diverifikasi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Penilaian kinerja puskesmas merupakan upaya untuk mengevaluasi capaian kinerja, manajemen dan mutu pelayanan Puskesmas. Penilaian kinerja puskesmas merupakan bentuk akuntabilitas penanggungjawab dalam melaksanakan kegiatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

Penilaian kinerja puskesmas dapat digunakan untuk mendapatkan gambaran tingkat kinerja Puskesmas (hasil cakupan kegiatan, mutu kegiatan, dan manajemen Puskesmas) pada akhir tahun kegiatan, mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang, dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja, mengetahui dan sekaligus dapat melengkapi dokumen untuk persyaratan akreditasi Puskesmas, dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.

Demak, 15 Januari 2026
Kepala Puskesmas Karangawen II

dr. Lukluul Maknun
NIP.19771215 200801 2 009

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR VERIFIKASI	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	
A. LATAR BELAKANG	1
B. PENGERTIAN	2
C. TUJUAN	3
D. MANFAAT	3
E. RUANG LINGKUP	3
F. SISTEMATIKA	5
G. GAMBARAN UMUM PUSKESMAS	6
BAB II PEDOMAN PENGUMPULAN DATA	
A. JENIS DATA	14
B. CARA PENGUMPULAN DATA	14
C. PENGOLAHAN DATA	15
D. INDIKATOR PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS INTEGRASI LAYANAN PRIMER	17
BAB III PENILAIAN KINERJA	
A. INDIKATOR KINERJA INTEGRASI LAYANAN PRIMER PUSKESMAS KARANGAWEN II	43
B. DATA PENCAPAIAN INDIKATOR STANDART PELAYANAN MINIMAL (SPM)	58
C. DATA CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PISPK)	58
D. HASIL TOTAL KINERJA KEGIATAN DI PUSKESMAS KARANGAWEN II	59
BAB IV ANALISA DAN PEMECAHAN MASALAH	
A. HASIL CAPAIAN INDIKATOR KINERJA PUSKESMAS INTEGRASI LAYANAN PRIMER	60
B. CAKUPAN INDIKATOR STANDART PELAYANAN MINIMAL (SPM)	69
C. CAKUPAN INDIKATOR PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PISPK)	70
D. IDENTIFIKASI DAN PRIORITAS MASALAH	71

E. AKAR PENYEBAB MASALAH	72
F. ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH	75
BAB V RENCANA TINDAK LANJUT	77
BAB VI PENUTUP	
A. KESIMPULAN	83
B. SARAN	83

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tidak dapat terpisahkan dari pembangunan nasional, karena kesehatan sangat terkait dalam konotasi dipengaruhi dan dapat juga mempengaruhi aspek demografi/kependudukan, keadaan dan pertumbuhan ekonomi masyarakat termasuk tingkat pendidikan serta keadaan dan perkembangan lingkungan fisik maupun biologik.

Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, disebutkan pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Ketersediaan akan informasi kesehatan yang valid dan akurat sangat dibutuhkan dalam pelaksanaan pembangunan dan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan melalui sistem informasi dan melalui lintas sektoral. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan dewasa ini perlu semakin dimantapkan dan dikembangkan. Hal ini akan mendukung pelaksanaan manajemen kesehatan dan pengembangan penyelenggaraan upaya-upaya kesehatan yang efektif dan efisien dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Salah satu bentuk pengembangan sistem informasi di bidang kesehatan adalah menampilkan hasil pembangunan di bidang kesehatan, yang diwujudkan dalam penyajian data keberhasilan pencapaian program-program kesehatan.

Keberhasilan Dinas Kesehatan dalam pembangunan kesehatan di Kabupaten Demak tidak terlepas dari keberhasilan program yang dicapai oleh Puskesmas sebagai pelaksana operasional kegiatan di tingkat Kecamatan yang mempunyai peran dan tanggung jawab langsung pelayanan di masyarakat sebagai fasilitas pelayanan kesehatan pertama (***Primary Health Care***) yang

bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan (**private goods**) dan upaya kesehatan masyarakat (**public goods**) di wilayah kerjanya.

Penyusunan Laporan Kinerja Puskesmas sangat penting dan strategis oleh karena memiliki karakteristik sebagaimana berikut:

1. Sebagai laporan, Laporan Kinerja Puskesmas adalah suatu media yang berisi data dan informasi tentang kinerja instansi pemerintah
2. Sebagai laporan akuntabilitas, Laporan Kinerja Puskesmas merupakan wujud tertulis pertanggung-jawaban suatu organisasi instansi kepada pemberi delegasi wewenang dan mandat.
3. Laporan Kinerja Puskesmas berisi tentang kinerja instansi, yaitu gambaran tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/ program/ kebijakan strategis dalam mewujudkan Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran organisasi instansi pemerintah.
4. Laporan Kinerja Puskesmas merupakan salah satu fase penting dalam siklus manajemen di instansi pemerintah. Dalam manajemen modern pelaporan merupakan unsur terakhir dari manajemen yang dijadikan alat untuk evaluasi kegiatan yang telah dilaksanakan dan bahan perencanaan kegiatan berikutnya guna perbaikan dalam pencapaian tujuan.
5. Laporan Kinerja Puskesmas juga berfungsi sebagai media utama dalam pelaksanaan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.

Dengan dilatarbelakangi hal-hal tersebut, maka dipertimbangkan area program yang akan menjadi prioritas di suatu daerah, perlu dirumuskan secara spesifik oleh daerah sendiri demikian pula strategi dalam pencapaian tujuannya, yang harus disesuaikan dengan masalah, kebutuhan serta potensi setempat.

Puskesmas adalah garda depan dan menjadi ujung tombak terdepan dalam pembangunan kesehatan, mempunyai peran cukup besar dalam upaya mencapai pembangunan kesehatan. Maka dari itu Mutu pelayanan secara kinerja harus terukur dan terkontrol. Untuk mengetahui tingkat kinerja Puskesmas, perlu adanya Laporan Kinerja Puskesmas.

B. PENGERTIAN

Penilaian kinerja Puskesmas adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja / prestasi Puskesmas.

Pelaksanaan penilaian dimulai dari tingkat Puskesmas sebagai instrumen mawas diri karena setiap Puskesmas melakukan penilaian kinerjanya secara mandiri, kemudian Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota melakukan verifikasi hasilnya. Adapun aspek penilaian meliputi hasil pencapaian cakupan dan manajemen kegiatan termasuk mutu pelayanan (khusus bagi Puskesmas yang telah mengembangkan mutu pelayanan) atas perhitungan seluruh Puskesmas. Berdasarkan hasil verifikasi, dinas kesehatan kabupaten/ kota bersama Puskesmas dapat menetapkan Puskesmas kedalam kelompok (I,II,III) sesuai dengan pencapaian kinerjanya. Pada setiap kelompok tersebut, dinas kesehatan kabupaten/kota dapat melakukan analisa tingkat kinerja puskesmas berdasarkan rincian nilainya, sehingga urutan pencapaian kinerjanya dapat diketahui, serta dapat dilakukan pembinaan secara lebih mendalam dan terfokus.

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tercapainya laporan kinerja puskesmas yang berkualitas secara optimal dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan

2. Tujuan Khusus

- a. Mendapatkan gambaran tingkat pencapaian hasil cakupan dan mutu kegiatan serta manajemen puskesmas pada akhir tahun kegiatan.
- b. Mengetahui tingkat kinerja puskesmas pada akhir tahun berdasarkan urutan peringkat kategori kelompok puskesmas.
- c. Mendapatkan informasi analisis kinerja puskesmas dan bahan masukan dalam penyusunan rencana kegiatan puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota untuk tahun yang akan datang.

D. MANFAAT

1. Puskesmas mengetahui tingkat pencapaian (prestasi) kunjungan dibandingkan dengan target yang harus dicapai.
2. 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*)

3. Puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.
4. Dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan dan mendukung kebutuhan sumber daya puskesmas dan urgensi pembinaan puskesmas.

E. RUANG LINGKUP

Secara garis besar lingkup penilaian kinerja:

1. Data dasar mencakup:
 - a. Identitas Puskesmas
 - b. Wilayah Kerja Puskesmas
 - c. Sumber Daya Puskesmas, meliputi:
 - 1) Manajemen Puskesmas
 - 2) Gedung dan sarana Puskesmas
 - 3) Jejaring Puskesmas, Lintas sektor nserta potensi sumber daya lainnya
 - 4) Sumber daya manusia kesehatan
 - 5) Ketersediaan dan kondisi peralatan Puskesmas
2. Data Klaster I Manajemen:
 - a. Ketatausahaan
 - b. Manajemen Sumber Daya
 - c. Manajemen Puskesmas
 - d. Manajemen Mutu dan Keselamatan
 - e. Manajemen Jejaring Puskesmas
 - f. Sistem Informasi Puskesmas dan Dashboard PWS
3. Data Klaster II Ibu dan Anak:
 - a. Ibu Hamil, Bersalin, Nifas
 - b. Balita dan Anak Pra-Sekolah
 - c. Anak Usia Sekolah dan Remaja
4. Data Klaster III Usia Dewasa dan Lansia
 - a. Usia Dewasa
 - b. Lanjut Usia
5. Data Klaster IV
 - a. Kesehatan Lingkungan
 - b. Surveilans
 - c. Penanggulangan Penyakit Menular
6. Data Lintas Klaster

- a. Kegawatdaruratan
 - b. Laboratorium
 - c. Kefarmasian
 - d. Gigi dan Mulut
7. Kondisi keluarga di wilayah kerjanya yang diperoleh dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga) melalui pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK). Setiap keluarga pada wilayah kerja Puskesmas akan terpantau kondisi status kesehatan sebuah keluarga terkait 12 indikator utama sebagai berikut:
- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB);
 - b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan;
 - c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap;
 - d. Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif;
 - e. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan;
 - f. Penderita Tuberkulosis Paru mendapatkan pengobatan sesuai standar;
 - g. Penderita Hipertensi melakukan pengobatan secara teratur;
 - h. Penderita Gangguan Jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan;
 - i. Anggota Keluarga tidak ada yang merokok;
 - j. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
 - k. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih; dan
 - l. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

F. SISTEMATIKA

Sistematika Laporan Kinerja Puskesmas Karangawen II adalah sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Pengertian
- C. Tujuan
- D. Manfaat
- E. Ruang Lingkup
- F. Sistematika
- G. Gambaran Umum Puskesmas

BAB II PEDOMAN PENGUMPULAN DATA

- A. Jenis Data
- B. Cara Pengumpulan Data
- C. Pengolahan Data

BAB III PENILAIAN KINERJA

- A. Indikator Kinerja Integrasi Layanan Primer Puskesmas Karangawen II
- B. Data Pencapaian Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM)
- C. Data Cakupan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK)
- D. Hasil Total Kinerja Kegiatan di Puskesmas Karangawen II

BAB IV ANALISA PEMECAHAN MASALAH

- A. Hasil Capaian Indikator Integrasi Layanan Primer (ILP)
- B. Cakupan Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM)
- C. Cakupan Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PISPK)
- D. Identifikasi dan Prioritas Masalah
- E. Akar Penyebab Masalah
- F. Alternatif Pemecahan Masalah

BAB V Rencana Tindak Lanjut (RTL)

BAB VI Penutup

G. GAMBARAN UMUM PUSKESMAS

1. VISI DAN MISI PUSKESMAS

Visi dan Misi puskesmas Karangawen II serta yang di tetapkan Puskesmas Karangawen II adalah:

a. VISI

Terwujudnya Masyarakat Puskesmas Karangawen II sehat dan mandiri

b. MISI

- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang profesional
- Menyelenggarakan pelayanan yang konferhensif, mulai promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif
- Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui melalui pemberdayaan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)
- Meningkatkan kerjasama lintas progam dan lintas sektoral.

2. TUJUAN, MOTTO DAN JANJI LAYANAN

1. TUJUAN

Meningkatkan kesadaran kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal diwilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2. MOTO

Kesehatan Anda Tujuan Kami

3. JANJI LAYANAN

Kami Melayani dengan 4 S (SENYUM, SAPA, SALAM, SANTUN)

➤ **SENYUM**

Gelak tawa ekspresif untuk menunjukkan rasa senang, gembira, dan suka. Tersenyumlah maka anda akan terlihat menarik, berikanlah senyum yang tulus kepada lawan bicara. Tatap lawan bicara sehingga senyum yang kita berikan tumbuh dari hati yang paling dalam.

➤ **SAPA**

Sapaan yang hangat, akan memberikan pengaruh yang luar biasapadapelayanan yang kita berikan, Sapaan yang penuh kekeluargaan membuat orang lain merasa di hargaidan di hormati.

➤ **SALAM**

Ucapan Pernyataan hormat yang di sampaikan kepada lawan bicara, berikan salam dengan lembut dan hangat, yang disertai dengan bersalaman tangan. Ucapkan salam dengan nada suara ramah dan sopan. Berikan ucapan selamat sesuai waktu dan adat yang berlaku.

➤ **SANTUN**

Pencerminan perbuatan dengan tingkah laku yang baik. Selalu mempersilahkan kepada orang yang lebih tua atau lebih tinggi jabatannya memasuki ruangan. Berdirilah bila di perkenalkan dengan seseorang. Tidak merokok di ruang ber AC. Buanglah sampah pada tempatnya.

3. TATA NILAI BUDAYA KERJA

“SMILE”

➤ **SEMANGAT** :

Puskesmas Karangawen II berkomitmen untuk bekerja, melayani dengan penuh semangat

- **MANDIRI** :
Puskesmas Karangawen II mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- **INOVATIF** :
Puskesmas Karangawen II mempunyai kemampuan untuk menciptakan sesuatu yang baru dengan sumber daya yang ada.
- **LUHUR** :
Petugas berbudi pekerti yang baik dan tidak membedakan dalam memberikan pelayanan.
- **EMPATI** :
Petugas mempunyai kemampuan berbagi perasaan dengan landasan kepedulian untuk menemukan pemecahan masalahnya.

Puskesmas Karangawen II merupakan Puskesmas rawat jalan yang berada di dataran rendah yang mempunyai wilayah kerja sebanyak 6 desa, yaitu :

1. Desa Rejosari
2. Desa Tlogorejo
3. Desa Wonosekar
4. Desa Jragung
5. Desa Margohayu
6. Desa Teluk

Luas wilayah kerja Puskesmas Karangawen II adalah 36,488 KM².

4. KEDUDUKAN, TUGAS POKOK DAN FUNGSI

a. Kedudukan

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Demak Nomor 6 Tahun 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Demak, Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) sebagai pelaksana operasional tugas/ 10 kegiatan teknis penunjang Dinas Kesehatan yang dalam menjalankan tugas dan fungsinya dibantu Kelompok Jabatan Fungsional. Secara administratif UPTD Puskesmas Karangawen II merupakan perangkat Pemerintah Kabupaten Demak dan

bertanggung jawab langsung baik teknis maupun administratif kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Demak.

b. Tugas Pokok dan Fungsi

Puskesmas Karangawen II adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang dipimpin oleh Kepala Puskesmas yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Ada 3 fungsi dari Puskesmas yaitu :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan

Dapat diukur melalui Indek Potensi Tatanan Sehat (IPTS), yaitu :

✓ Tatanan Sekolah Sehat

Diwilayah kerja Puskesmas Karangawen II terdapat 26 Sekolah Dasar, 12 Sekolah Menengah Pertama, dan 10 Sekolah Menengah Atas. Berdasarkan laporan dari programer kesehatan lingkungan seluruh sekolah tersebut memenuhi syarat sehat.

✓ Tatanan Tempat Kerja (kantor, pabrik, tempat kerja, pertanian, perkebunan, industri rumah tangga).

✓ Tatanan tempat-tempat umum (pasar, tempat ibadah, warung). Pada tahun 2025 di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II terdapat 85 tempat-tempat umum. Sebanyak 85 dilakukan Inspeksi Kesehatan Lingkungan.

2. Memberdayakan masyarakat dan memberdayakan keluarga

Adalah segala fasilitas yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat. Berbagai penyuluhan dilakukan baik di dalam gedung maupun luar gedung.

Selama tahun 2025 Puskesmas Karangawen II telah memberikan penyuluhan tentang bagaimana Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terhadap rumah tangga, institusi pendidikan kesehatan dan institusi sarana kesehatan dengan nilai cakupan sebanyak 100% untuk rumah tangga, 100% untuk institusi pendidikan. Selain itu Puskesmas Karangawen II juga melakukan pembinaan Posyandu,

Pembinaan Pondok Pesantren, Kelas Ibu Hamil, Kelas Ibu Balita, GRABB Jentik (Gerakan Bersama Berantas Jentik), GARDU TBC (Gerakan Terpadu Eliminasi TBC), dan Pembinaan SBH (Saka Bakti Husada).

Jumlah Posyandu aktif di wilayah Puskesmas Karangawen II, yaitu 47 Posyandu dengan 277 orang kader, dengan rincian Strata Posyandu Puskesmas Karangawen II sebagai berikut :

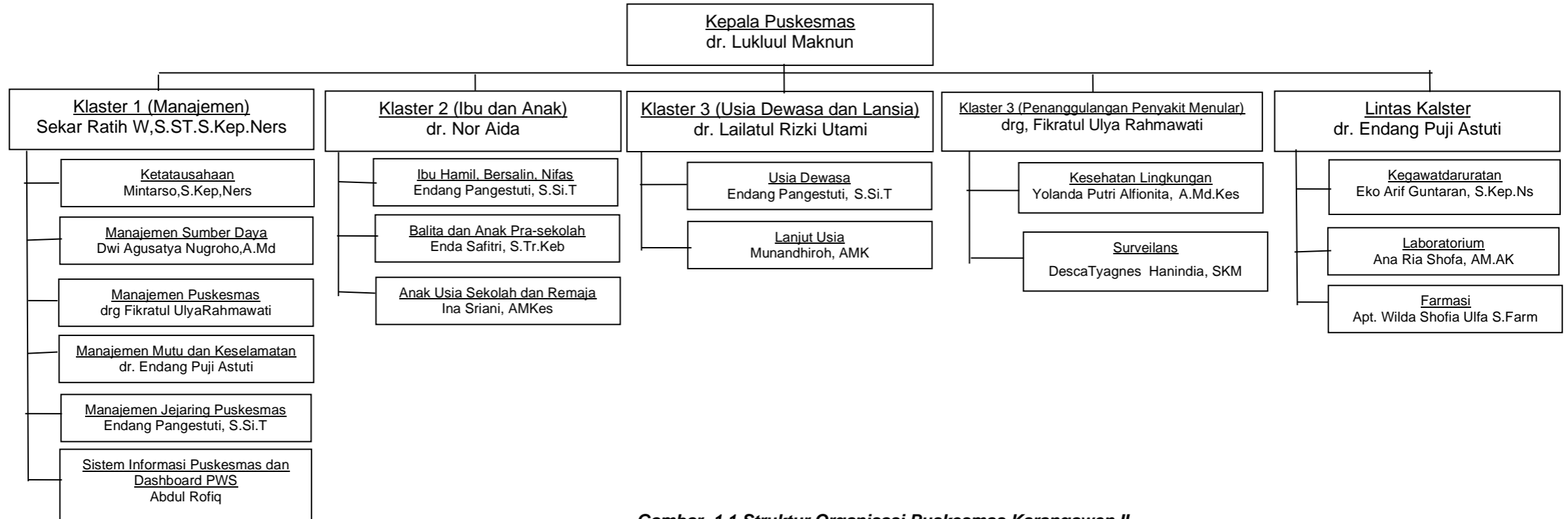
No.	Strata	Jumlah
1.	Pratama	0
2.	Madya	0
3.	Purnama	2
4.	Mandiri	45
Total		47

3. Memberikan pelayanan kesehatan

Program Pelayanan ILP di Puskesmas Karangawen II antara lain :

- ✓ Pelayanan Klaster I (Manajemen) yang terdiri dari : Manajemen inti Puskesmas, Manajemen Arsip, Manajemen Sumber Daya Manusia, Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan, Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah, Manajemen Sistem Informasi Digital, Manajemen Mutu Pelayanan, Manajemen Jejaring, Manajemen Pemberdayaan Masyarakat;
- ✓ Pelayanan Klaster II (Ibu dan Anak) yang terdiri dari : Pelayanan Ibu Hamil, Bersalin, dan Nifas, Pelayanan Balita dan Anak Pra-Sekolah, Pelayanan Anak Usia Sekolah dan Remaja;
- ✓ Pelayanan Klaster III (Usia Dewasa dan Lansia) yang terdiri dari : Usia Dewasa, Dan Lanjut Usia;
- ✓ Pelayanan Klaster IV (Penanggulangan Penyakit Menular) yang terdiri dari : Kesehatan Lingkungan dan Surveilans;
- ✓ Pelayanan Lintas Klaster yang terdiri dari : Pelayanan gawat darurat, Pelayanan laboratorium, Pelayanan Farmasi/ Obat, Pelayanan Gigi dan Mulut;

**5. STRUKTUR ORGANISASI
PUSKESMAS KARANGAWEN II TAHUN 2025**



Gambar 1.1 Struktur Organisasi Puskesmas Karangawen II

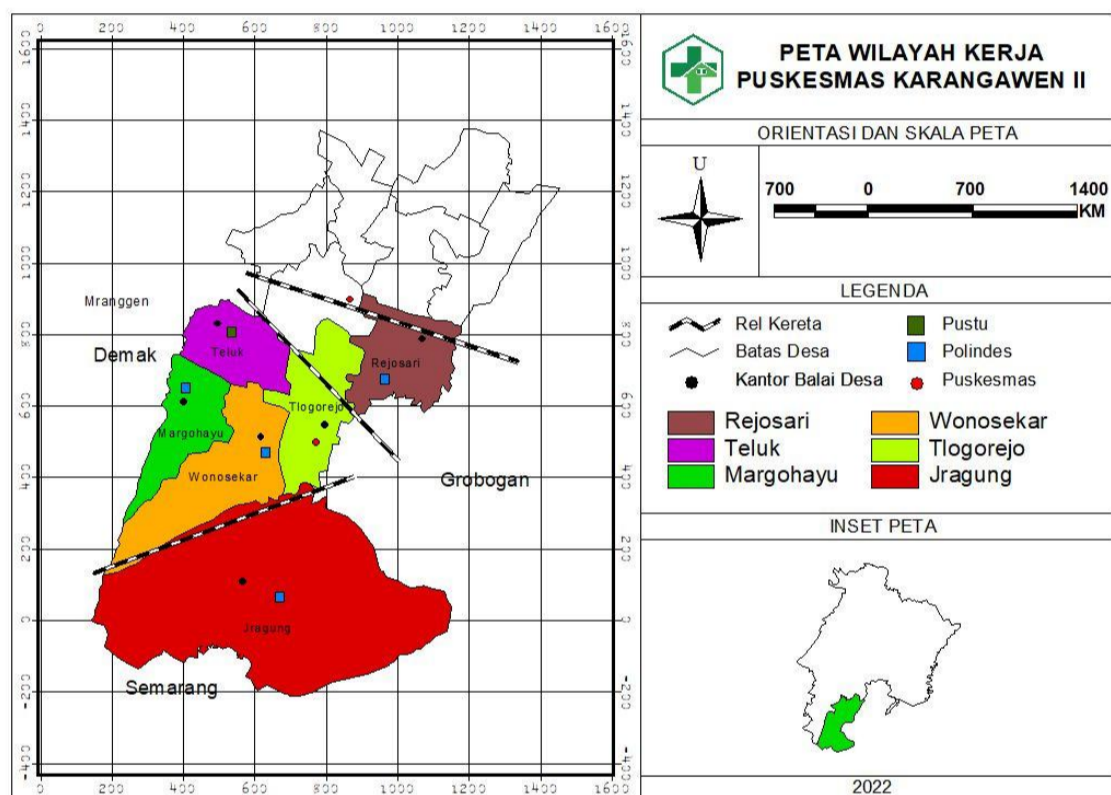
6. BATAS WILAYAH

Adapun batas – batas wilayah kerja Puskesmas Karangawen II adalah sebagai berikut:

- Batas Utara : Desa Brambang
- Batas Timur : Kabupaten Grobogan
- Batas Selatan : Kabupaten Semarang
- Batas Barat : Kecamatan Mranggen

Wilayah kerja Puskesmas Karangawen II terdiri dari 6 desa dengan 76 RW dan 319 RT.

Yang ditunjukkan oleh peta wilayah kerja Puskesmas Karangawen II dibawah ini :



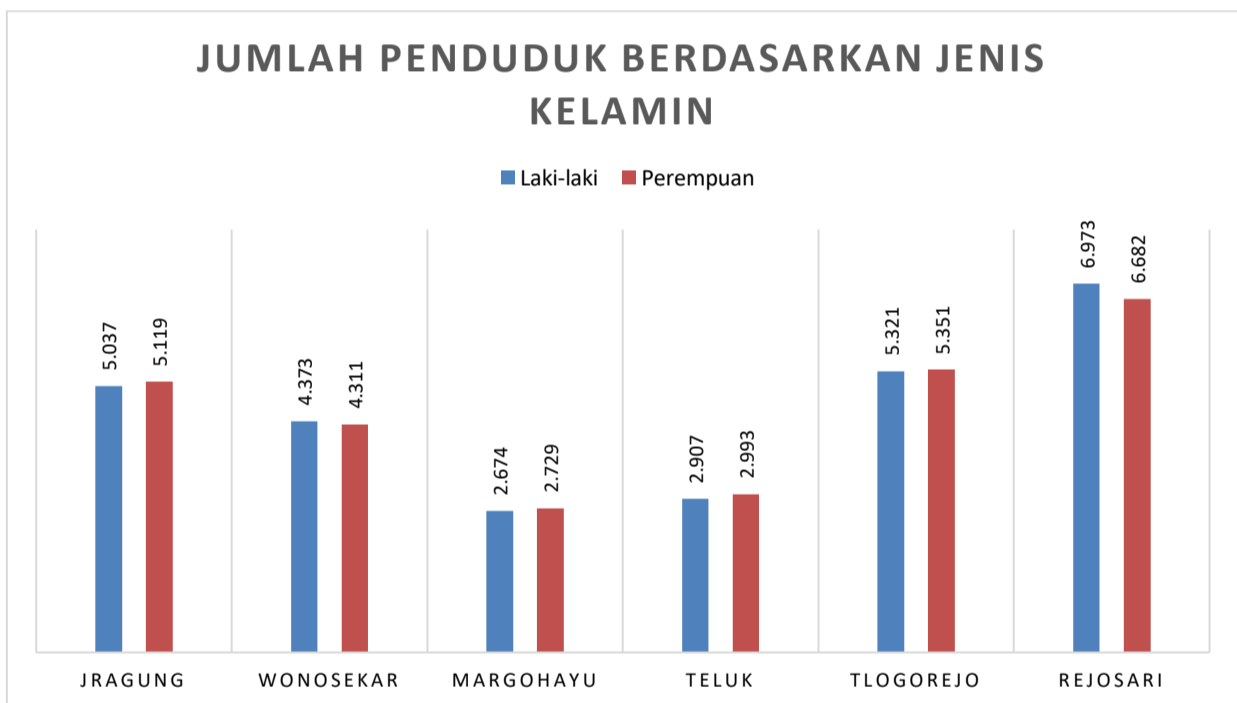
Gambar 1.2 Peta Wilayah Kerja/ Desa Binaan Puskesmas Karangawen II

7. KONDISI PENDUDUK

Jumlah penduduk Kecamatan Karangawen wilayah Puskesmas Karangawen II berdasarkan hasil registrasi penduduk 2025 sebanyak 54.470 jiwa terdiri atas 27285 laki-laki dan 27.185 perempuan. Jumlah penduduk masing-masing desa adalah sebagai berikut :

NO	DESA	JUMLAH PENDUDUK		JUMLAH
		L	P	
1	Rejosari	6973	6682	13655
2	Tlogorejo	5321	5351	10672
3	Wonosekar	4373	4311	8684
4	Jragung	5037	5119	10156
5	Margohayu	2674	2729	5403
6	Teluk	2907	2993	5900
Total		27.285	27.185	54470

Tabel diatas menunjukkan jumlah penduduk masing-masing desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II, berdasarkan Registrasi penduduk Tahun 2025. Desa Rejosari merupakan desa dengan penduduk terbanyak di wilayah Puskesmas Karangawen II.



Gambar 1.3 Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin

8. DESA BINAAN

Desa binaan di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II ada 6 Desa yaitu :

- a. Desa Rejosari
- b. Desa Tlogorejo
- c. Desa Jragung
- d. Desa Wonosekar
- e. Desa Margoahyu
- f. Desa Teluk

9. KONDISI SOSIAL BUDAYA

1. Pendidikan

Prosentase pendidikan tertinggi yang ditamatkan adalah SMA/MA yaitu sebesar 20,2%. Disamping pendidikan formal di sekolah, ada juga penduduk usia sekolah yang juga masuk di Pondok Pesantren.

Sarana pendidikan di wilayah Puskesmas sebagai berikut :

TK : 34 buah

SD/MI : 26 buah

SMP/MTS : 10 buah

SMA/SMK : 16 buah

Pondok Pesantren: 14 buah

2. Mata Pencaharian

Sebagai penduduk negara agraris penduduk di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II sebagian besar memiliki mata pencaharian sebagai petani.

3. Agama

Suasana kerukunan hidup beragama merupakan harapan kita semua. Beragam tempat beribadat menjadi salah satu bukti kerukunan agama diantara umat beragama. Sebagai bagian penduduk Kota Wali penduduk di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II mayoritas beragama Islam.

BAB II

PEDOMAN PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data merupakan kegiatan menghitung data yang diperlukan sesuai dengan pedoman. Kepala Puskesmas bertanggungjawab dalam proses pengumpulan data. Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan oleh penanggung jawab masing-masing program dibantu oleh staf puskesmas lainnya dengan tetap memegang prinsip kerjasama tim

A. JENIS DATA

Data yang dikumpulkan untuk perhitungan 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

B. CARA PENGUMPULAN DATA

Sesuai dengan fungsi Puskesmas, maka data untuk penilaian kinerja Puskesmas dapat berasal dari Puskesmas dan jaringannya maupun data yang dikumpulkan dari lintas sector terkait serta masyarakat.

Adapun cara pengumpulannya, antara lain melalui:

1. Data dari SP3
2. Pelaporan bulanan tiap klaster
3. Pemeriksaan/ pencatatan/ notulen
4. Pengumpulan melalui survey
5. Melalui indikator kinerja masing-masing upaya
6. Aplikasi Keluarga Sehat dari Kementrian Kesehatan RI

C. PENGOLAHAN DATA

1. Kegiatan Pengolahan data meliputi:

- a. Kegiatan untuk meneliti kelengkapan dan kebenaran data yang dikumpulkan
- b. Kegiatan perhitungan khususnya untuk mendapatkan nilai keadaan dan pencapaian hasil kegiatan Puskesmas
- c. Kegiatan memasukan data daam suatu tabulasi yang akan menjadi suatu informasi yang berguna dalam pengambilan keputusan

2. Metode Pengolahan Data

Untuk menghitung pencapaian kinerja Puskesmas, ada 3 komponen penilaian beserta kegiatan utama dan variabel-variabel yang perlu diolah, yaitu :

- a) Komponen hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan Puskesmas

Untuk menghitung hasilnya dalam kelompok masing-masing

- b) Komponen manajemen Puskesmas

Penilaian manajemen disesuaikan dengan kondisi masing-masing variabel yang sudah ditetapkan berdasarkan skala sumber daya

- c) Komponen mutu pelayanan Puskesmas

Untuk menghitung penialain mutu pelayanan berdasarkan hasil cakupan yang dikelompokan pada skala-skala yang ditetapkan pada setiap variabel

3. Penilaian Akhir Penilaian Kinerja Puskesmas

Penilaian Kinerja ditetapkan menggunakan nilai ambang untuk tingkat kelompok Puskesmas, yaitu :

- a. Penilaian Cakupan Kegiatan Pelayanan Kesehatan

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

$$SV (\%) = \frac{H}{T} \times 100\%$$

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

$$V (\%) = \frac{\Sigma SV}{n}$$

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

- 1) Kelompok I (baik) : pencapaian hasil ≥ 91 %
- 2) Kelompok II (cukup) : pencapaian hasil 81 – 90 %
- 3) Kelompok III (kurang) : pencapaian hasil ≤ 80 %

b. Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan dan Manajemen

- 1) Kelompok I (baik) : Nilai Rata-rata ≥ 8.5
- 2) Kelompok II (cukup) : Nilai Rata-rata 5.5 – 8.4
- 3) Kelompok III (kurang) : Nilai Rata-rata < 5.5

c. Penilaian Kegiatan Manajemen Puskesmas

Penilaian kegiatan manajemen puskesmas dikelompokkan menjadi empat kelompok :

- 1) Manajemen Operasional Puskesmas
- 2) Manajemen alat dan obat
- 3) Manajemen keuangan
- 4) Manajemen ketenagaan

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 Penilaian :

- 1) Nilai manajemen dihitung sesuai dengan hasil pencapaian Puskesmas dan dimasukkan ke dalam kolom yang sesuai.
- 2) Hasil nilai skala di masukkan ke dalam kolom nilai akhir tiap variabel

- 3) Hasil rata – rata dari penjumlahan nilai variabel dalam manajemen merupakan nilai akhir manajemen
- 4) Hasil rata-rata dikelompokkan menjadi :
 - a) Kelompok I (baik) : Nilai Rata-rata ≥ 8.5
 - b) Kelompok II (cukup) : Nilai Rata-rata 5.5 – 8.4
 - c) Kelompok III (kurang) : Nilai Rata-rata < 5.5

Penilaian Akhir Kinerja Puskesmas akan dikelompokkan menjadi 3 kelompok Puskesmas :

1. Kelompok I : Puskesmas dengan Tingkat Kinerja Baik
2. Kelompok II : Puskesmas dengan Tingkat Kinerja Cukup
3. Kelompok III : Puskesmas dengan Tingkat Kinerja Kurang

D. INDIKATOR PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

1. KLASTER 1 (MANAJEMEN)

a. Manajemen Inti Puskesmas

Tabel 2.1 Indikator Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Inti Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Mempunyai Rencana Lima Tahunan	10	Tidak Punya	Punya, format tidak sesuai pedoman	Punya, format sesuai pedoman, isi kurang lengkap	Punya, format sesuai pedoman, isi lengkap
2	Ada RUK disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	10	Tidak Menyusun	Ya, Beberapa ada Analisa dan perumusan	Ya, Sebagian ada analisa dan perumusan	Ya, Seluruhnya ada analisa dan perumusan

3	Menyusun RPK secara rinci dan lengkap	10	Tidak Menyusun	Ya, terinci sebagian kecil	Ya, terinci sebagian besar	Ya, terinci semuanya
4	Melaksanakan Loka Karya Mini Bulanan	10	Tidak melaksanakan	< 5 kali/tahun	5-8 kali/tahun	9-12 kali/tahun
5	Melaksanakan mini loka karya tribulanan	10	Tidak melaksanakan	< 2 kali/tahun	2-3 kali/tahun	4 kali/tahun
6	Membuat Penilaian Kinerja di tahun sebelumnya, mengirimkan ke dinas kesehatan kabupaten dan mendapat feedback dari dinas kesehatan kabupaten	10	Tidak membuat	Membuat tapi tidak mengirimkan	Membuat dan mengirimkan tetapi tidak mendapatkan feedback	Membuat, mengirimkan dan mendapat feedback dari dinas kesehatan kabupaten

b. Manajemen Arsip

Tabel 2.2 Indikator Kinerja Indikator Kluster 1 Manajemen Arsip Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7
1	Ada SOP Pengelolaan arsip	10	Tidak ada	Ada dilaksanakan <50%	Ada dilaksanakan 50-99%	Ada dilaksanakan 100%

c. Manajemen Sumber Daya Manusia

Tabel 2.3 Indikator Kinerja Indikator Kluster 1 Manajemen Sumber Daya Manusia Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Dilakukan inventarisasi peralatan di Puskesmas	10	Tidak dilakukan	Ya, beberapa peralatan	Ya, Sebagian besar peralatan	Dilakukan

2	Ada daftar Inventaris sarana di Puskesmas	10	Tidak Ada	Ada, beberapa sarana	Ada, Sebagian besar sarana	Ada, seluruh sarana
3	Mencatat penerimaan dan pengeluaran obat di PKD dan Pustu	10	Tidak dilakukan	Ya, beberapa unit	Ya, sebagian besar unit	Ya, diseluruh unit
4	Ada struktur organisasi	10	Tidak Ada			Ada
5	Ada pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga puskesmas	10	Tidak Ada			Ada
6	Dilakukan evaluasi kinerja tenaga puskesmas 1 tahun sekali	10	Tidak dilaksanakan			Dilaksanakan

d. Manajemen Sarana, Prasarana dan perbekalan Kesehatan

Tabel 2.4 Indikator Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Sarana, prasarana dan perbekalan kesehatan Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7
1	Dilakukan pemeliharaan alat kesehatan	10	< 20%	20-40%	41-60%	>60%
2	Dilakukan pengisian ASPAK	10	< 20%	20-40%	41-60%	>60%

e. Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah

Tabel 2.5 Indikator Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Keuangan dan aset atau barang milik daerah Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Ketepatan Waktu Laporan Keuangan Bulanan	10	Tepat waktu 0 3 x setahun	Tepat waktu 4-5 kali/tahun	Tepat waktu 6-8 kali /tahun	Tepat waktu 9-12 kali/tahun
2	Ketepatan Waktu Laporan Keuangan tribulanan	10	Tidak pernah tepat waktu	Tepat waktu 1 kali/tahun	2-3 kali/ tahun	4 kali/tahun

f. Manajemen Sistem Informasi Digital

Tabel 2.6 Indikator Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Sistem informasi kesehatan Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala			
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Ketersediaan RME	10	Tidak Ada			Ada
2	Adanya Web Site Puskesmas	10	Tidak Ada			Ada

g. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat

Tabel 2.7 Indikator Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Sistem informasi kesehatan Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Definisi Operasional	Rumus	Skala			
					Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Survei Mawas Diri (SMD)	100%	SMD dilaksanakan dalam rangka identifikasi masalah Kesehatan maupun potensi yang ada diwilayah tersebut. Hasil SMD meliputi Kesehatan, penyebab/faktor resiko baik lingkungan maupun perilaku, serta potensi yang ada diwilayah tersebut. SMD dilaksanakan minimal 1 kali dalam setahun	Semua desa dan kelurahan di wilayah kerja puskesmas merencanakan, melaksanakan, menindaklanjuti dan mengevaluasi tindak lanjut hasil SMD dan didokumentasikan	SMD tidak direncanakan dan tidak dilaksanakan	Direncanakan dan dilaksanakan SMD	Tindak lanjut pelaksanaan SMD	Evaluasi dari tindak lanjut hasil SMD dan Dokumentasi

2	Musyawarah masyarakat desa (MMD)	100%	MMD merupakan tindak lanjut kegiatan SMD yang dilaksanakan dengan tujuan menentukan prioritas masalah, pemecahan masalah dan kesepakatan tindak lanjut dengan memanfaatkan potensi yang ada. Hasil MMD dirumuskan dalam bentuk program kerja/rencana kegiatan yang disepakati oleh peserta musyawarah. MMD dilaksanakan minimal 1 kali dalam 1 tahun dan jika ada masalah kesehatan	Semua desa dan kelurahan di wilayah kerja puskesmas merencanakan, melaksanakan, menindaklanjuti dan mengevaluasi tindak lanjut hasil MMD dan didokumentasikan	Tidak direncanakan dan tidak dilaksanakan	Direncanakan dan dilaksanakan MMD	Tindak Lanjut pelaksanaan MMD	Evaluasi dari tindak lanjut hasil MMD dan Dokumentasi
---	----------------------------------	------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------

3	Posyandu ILP	100%	<p>Jumlah posyandu ILP ada di wilayah kerja puskesmas, dengan kriteria posyandu ILP adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posyandu yang melaksanakan pelayanan untuk seluruh siklus hidup - Posyandu yang buka setiap bulan dengan 5 langkah - Posyandu memiliki 5 kader atau lebih - Kader melakukan kunjungan rumah - Kader memiliki wilayah kerja 	Jumlah posyandu ILP yang ada di wilayah kerja dibagi jumlah semua posyandu yang ada di wilayah kerja kali 100%	0%	<85%	85% – <100%	100%
4	Kader posyandu telah dilakukan uji kompetensi	100%	Kader posyandu dilakukan uji kompetensi dan hasilnya ada 3 pengelompokan yaitu kader purwa, madya dan utama	Jumlah kader posyandu yang sudah dilakukan uji kompetensi dibagi jumlah kader posyandu di wilayah kerja dikali 100%	0%	<50%	50% - <100%	100%

5	Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Strata Mandiri	100%	Total sasaran adalah jumlah desa/ kelurahan siaga aktif di wilayah kerja puskesmas. Target sasaran adalah target capaian desa / kelurahan siaga aktif strata mandiri sesuai dengan renstra dinas kesehatan di tahun berjalan (26,41%) dikali total sasaran. Target sasaran dalam nilai absolut.	Jumlah desa siaga aktif strata mandiri di wilayah kerja puskesmas dibagi target sasaran kali 100%	0%	< 10%	10% - <26,41%	≥26,41%
---	---------------------------------------------	------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-------	---------------	---------

h. Manajemen Jejaring Puskesmas

Tabel 2.8 Indikator Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Jejaring Puskesmas
Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Skala			
					Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Dilakukan pembinaan teknis terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan jejaring	100%	Puskesmas melakukan pembinaan teknis terhadap jejaring (klinik dan TPMD) di wilayah kerjanya yang ditetapkan dalam SK kepala Dinas Kesehatan	Jumlah jejaring yang dilakukan pembinaan teknis oleh puskesmas dibagi jumlah seluruh jejaring puskesmas yang ditetapkan dalam SK Kepala Dinas Kesehatan kali 100%	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%

2	Ada komitmen/nota kesepahaman (MoU) antara puskesmas dengan jejaringnya	100%	Terdapat bukti nota kesepahaman antara puskesmas dan jejaringnya (klinik dan TPMD) yang paling sedikit memuat maksud dan tujuan, ruang lingkup, pelaksanaan, tugas dan tanggung jawab, penyelesaian perselisihan, perubahan, pembiayaan, jangka waktu dan korespondensi	Jumlah jejaring yang memiliki MoU dengan puskesmas yang ditetapkan dalam SK dibagi jumlah seluruh jejaring puskesmas yang ditetapkan dalam SK kepala Dinas Kesehatan kali 100%	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%
3	Pelaporan data pelayanan dari jejaring	100%	Prosentase pelaporan dari jejaring kepada puskesmas terkait program prioritas nasional yang ditetapkan (minimal Tuberkulosis, Hipertensi dan Diabetes Melitus)	Jumlah jejaring yang melaporkan kepada puskesmas terkait program prioritas nasional (minimal Tuberkulosis, Hipertensi dan Diabetes Melitus) dibagi jumlah seluruh jejaring puskesmas yang ditetapkan dalam SK kepala Dinas Kesehatan kali 100%	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%

i. Manajemen Mutu Pelayanan

Tabel 2.9 Indikator Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Mutu Pelayanan
Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025	Definisi Operasional	Rumus perhitungan	Skala			
					Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1.	Keselamatan pasien							
	a. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	Kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Puskesmas.	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%

	b. Kepatuhan melaksanakan prosedur transfer (operan, sbar, instruksi dokter)	100%	Kepatuhan petugas dalam melaksanakan prosedur komunikasi percakapan kritis, panggilan telepon antara paramedis dan medis, yang menciptakan harapan bersama antara pengirim dan penerima informasi sehingga keselamatan pasien dapat tercapai	Jumlah petugas yang melaksanakan prosedur SBAR dalam berkonsultasi dengan benar dan mencatat dengan TBAK dalam dibagi jumlah petugas yang diobservasi kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%
	c. Kepatuhan melakukan double cek pada tindakan	100%	Kepatuhan double cek yang dilakukan sebelum tindakan oleh petugas yang melaksanakan prosedur operasi meliputi tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi	Jumlah petugas yang melakukan prosedur double cek dengan tepat dan benar dibagi jumlah petugas yang melakukan tindakan operasi yang diobservasi kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%
	d. Kepatuhan pelabelan obat lasa	100%	Obat LASA adalah obat-obatan yang memiliki nama, rupa dan ucapan yang mirip dan perlu diwaspadai agar tidak terjadi kesalahan dalam pengambilan obat (<i>Dispensing Error</i>). Pelabelan adalah pemberian identitas LASA pada suatu sediaan obat.	Jumlah obat LASA yang diberi label dibagi total obat LASA yang ada di Puskesmas kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%

	e. Kepatuhan pelabelan obat high alert	100%	Obat high alert adalah obat yang harus diwaspadai karena sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (sentinel event) dan Obat yang berisiko tinggi menyebabkan Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan (ROTD). Obat High Alert terdiri dari obat berisiko tinggi, obat LASA, elektrolit konsentrat tinggi, dan obat sitostatika. Pelabelan adalah pemberian identitas High Alert pada suatu sediaan obat	Jumlah obat high alert yang diberi label dibagi total obat high alert yang ada di Puskesmas kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%
	f. Kepatuhan melaksanakan kajian jatuh pada pasien	100%	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama berada di puskesmas ketika berobat	Jumlah petugas yang melakukan kajian jatuh dibagi jumlah petugas yang diamati x 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%
2.	PPI							
	a. Kepatuhan Kebersihan Tangan (KKT)	100%	Kepatuhan pemberi layanan kesehatan untuk menjamin keselamatan petugas dan pasien/pengguna layanan dengan cara mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi kali 100%	< 25%	25-50%	51-75%	76-100%

			menggunakan alkohol (alcohol based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor					
	b. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	Petugas puskesmas yang akan melakukan pelayanan terhadap pasien harus menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan dalam pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Jumlah karyawan yang disurvei yang menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan dalam kurun waktu tertentu dibagi seluruh karyawan yang disurvei dalam kurun waktu yang sama kali 100%	< 25%	25-50%	51-75%	76-100%
	c. Tidak ada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)	100%	Tidak adanya kasus kejadian ikutan pasca imunisasi setelah dilakukan pelayanan imunisasi di Puskesmas, Posyandu dan Pos Pelayanan Imunisasi di Desa,	Jumlah sasaran yang diimunisasi di Puskesmas, Posyandu dan Pos Pelayanan Imunisasi di Desa dikurangi jumlah kasus kejadian ikutan pasca imunisasi yang ditemukan dan dilaporkan dibagi total sasaran yang diimunisasi di Puskesmas, Posyandu dan Pos Pelayanan	< 25%	25-50%	51-75%	76-100%

				Imunisasi x 100%				
3.	Kepuasan Pasien							
	a. Indeks Kepuasan Pasien	85%	Pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan dan juga fasilitas (sarana prasarana) di puskesmas	Jumlah pasien rawat jalan yang menyatakan puas saat disurvei pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei dalam kurun waktu yang sama kali 100%	< 20%	20-50%	51-84%	85-100%
4	Kepatuhan SOP	80%	SOP adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas. Kepatuhan terhadap SOP yaitu evaluasi penerapan/kepatuhan terhadap SOP dengan menilai tingkat kepatuhan terhadap Langkah- langkah di dalam SOP.	Jumlah langkah- langkah yang dipatuhi dalam SOP yang sedang dievaluasi (jumlah YA) pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah seluruh langkah-langkah di dalam SOP yang sedang dievaluasi (jumlah YA + TIDAK) pada kurun waktu yang sama kali 100%	< 25%	25-50-%	50-79%	80-100%
5	Pelayanan Rekam medis							
	a. Kelengkapan	95%	Rekam medis yang telah diisi	Jumlah rekam medis	<30%	30-59%	60-94%	95-100%

	n pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan		lengkap oleh pemberi pelayanan dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, hasil pemeriksaan, diagnose, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, resume dan lainnya	yang diisi lengkap saat di survey pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah rekam medis yang di survey dalam kurun waktu yang sama kali 100%				
	b. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas sebelum Tindakan medis	95%	Adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien / keluarga pasien setelah mendapatkan penjelasan lengkap dari pemberi pelayanan mengenai Tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Yang dimaksud dengan kelengkapan informed consent adalah suda diisinya lembar informed consent secara lengkap sebelum dilakukan tindakan medis	Jumlah pasien yang sudah lengkap dalam pengisian informed consent sebelum dilakukan tindakan medik pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah pasien yang mendapat Tindakan medik dalam kurum waktu yang sama kali 100%	<30%	30-59%	60-94%	95-100%

2. KLAS TER 2 (IBU DAN ANAK)

Tabel 2.10 Indikator Kinerja Indikator Klaster 2 (Ibu dan anak)
Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	KOMPONEN KLAS TER IBU DAN ANAK	SASARAN	TARGET SASARAN 2025	
			%	Angka
1	Pelayanan Ibu bersalin dan Nifas			
	a. Persentase ibu hamil ANC K1 murni	Ibu hamil	100%	683
	b. Persentase ibu hamil ANC 6 kali	Ibu hamil	100%	683
	c. Cakupan tes HIV pada ibu hamil ANC	Ibu hamil	100%	683
	d. Cakupan tes Sifilis pada ibu hamil ANC	Ibu hamil	100%	683
	e. Cakupan ibu hamil yang dideteksi dini Hepatitis B	Ibu hamil	100%	683
	f. Cakupan pemeriksaan cacangan pada ibu hamil anemia	Ibu hamil anemia	100%	34
	g. Persentase ibu hamil komplikasi dirujuk ke Rumah sakit (preeklamsia, obesitas, anemia, KEK, perdarahan, jantung,infeksi)	Ibu hamil	95 %	166
	h. Cakupan imunisasi TT WUS Ibu Hamil	Ibu Hamil	100%	683
	i. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan Kesehatan	Ibu bersalin	100 %	683
	j. Persentase ibu nifas mendapat pelayanan nifas lengkap 4 kali KF 4	Ibu nifas	95%	683
	k. Cakupan ibu hamil mendapat TTD selama masa kehamilan minimal 90 tablet	Ibu hamil	100%	683
2	Pelayanan Bayi dan Anak Pra Sekolah			
	a. Persentase bayi yang mendapatkan pelayanan Kesehatan (KN Lengkap)	Bayi	100%	651
	b. Persentase bayi usia 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	Bayi	55%	27
	c. Proporsi bayi baru lahir dari ibu Hepatitis B yang mendapat HB0 dan HBIg kurang dari 24 jam	Bayi baru lahir	100%	11
	d. Balita yang mendapat pelayanan Kesehatan sesuai standar	Balita	100 %	3424
	e. Cakupan balita 6 – 59 bulan mendapat kapsul vitamin A	Balita	100%	3279
	f. Cakupan Balita yang di Timbang Berat Badannya (D/S)	Balita	85 %	3355
	g. Cakupan Balita Memiliki Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (K/S)	Balita	100 %	3947

	h. Cakupan Pencatatan dan pelaporan data Penimbangan di ePPGBM	Balita	85 %	3947
	i. Cakupan penemuan kasus pneumonia balita	Kasus pneumonia balita	75%	32
	j. Cakupan layanan ISPA sesuai standar	Balita batuk dan atau sesak napas	100%	251
	k. Cakupan pelayanan diare Balita	Penderita diare balita	100%	350
	l. Proporsi Tatalaksana Diare balita sesuai Standar	Penderita diare balita	100%	350
	m. Cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL)	Bayi usia 0 – 11 bulan	100%	791
	n. Cakupan Baduta yang mendapatkan imunisasi lengkap	Baduta usia 18 – 24 bulan	100%	823
3	Pelayanan Anak Usia Sekolah			
	a. Cakupan imunisasi lanjutan lengkap anak usia sekolah dasar	Anak kelas 6 SD/MI/Sederajat	90%	858
	b. Cakupan POPM Cacing	Anak usia 1 -12 tahun	98%	10349
	c. Persentase anak usia sekolah mendapatkan skrining Kesehatan	Siswa siswi TK/RA, SD/MI,SMP/MTS, SMA/MA/SMK	100%	11340
4	Pelayanan Remaja			
	a. Persentase Remaja Putri mendapatkan skiring anemia	Remaja Putri	75 %	567
	b. Persentase remaja putri mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	Remaja Putri	90 %	2778
	c. Cakupan Poskestren yang dibina	Pondok pesantren memiliki poskestren	100%	14
	d. Pembinaan SBH	SBH di wilayah kerja	100%	12

3. KLASTER 3 (DEWASA DAN LANSIA)

Tabel 2.11 Indikator Kinerja Indikator Klaster 3 (Dewasa dan Lansia)
Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	KOMPONEN KLASTER	SATUAN	TARGET SETAHUN	
			%	Angka
1	Upaya Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)			
	a. Cakupan pelayanan kesehatan	Penduduk usia	100%	35.859

		pada usia Produktif	15-59 th		
	b.	Cakupan pelayanan kesehatan penderita hipertensi	Jml Pend > 15 th dikalikan Prevalensi Hipertensi (Berdasarkan prevalensi hipertensi hasil riset terbaru atau SK Bupati)	100%	13.588
	c.	Cakupan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	Jml Pend ≥ 15 tahun dikalikan Prevalensi DM (Berdasarkan Prevalensi DM hasil Riset terbaru atau SK Bupati)	100%	813
	d.	Cakupan Penduduk Tidak Obesitas	Jumlah Penduduk > 18 th	23,40%	33.311
	e.	Cakupan Pemeriksaan IVA SADANIS	Pend Wanita Usia 30-50 th : 3	100%	3017
	f.	Cakupan Institusi dan Instansi menerapkan KTR	Jumlah Institusi (SD,SMP,SMA)	70%	34
	g.	Cakupan Tidak Merokok penduduk usia 10-18 tahun	Jumlah penduduk Usia 10-18 tahun	91,3%	7067
2.	Upaya Kesehatan Jiwa				
	a.	Cakupan Pelayanan ODGJ Berat Sesuai Standart	Jumlah Estimasi ODGJ Berat	100%	64
	b.	Cakupan Bebas Pasung	Jumlah ODGJ	100%	0
	c.	Cakupan deteksi dini kesehatan jiwa	Jumlah Pend >15 th	90 %	41804
	d.	Cakupan Sekolah yang dilakukan Skrining ASSIST	Jumlah Sekolah (SMP dan atau SMA)	25%	14
3.	Upaya Kesehatan Lanjut Usia Lanjut		Lanjut usia ≥ 60 tahun	81,5%	5945
4.	Cakupan Deteksi Dini Indera		Penduduk Usia 7-15 tahun dan 15 tahun ke atas	100%	48984
5.	Persentase penyehat tradisional yang teregristrasi		Penyehat tradisional	30%	30

4. KLAS TER 4 (PENANGGULANGAN PENYAKIT)

Tabel 2.12 Indikator Kinerja Indikator Klaster 4 (Penanggulangan Penyakit) Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	KOMPONEN KLAS TER	SATUAN	TARGET SETAHUN	
			%	Angka
1.	Surveilans			

	a.	Surveilans AFP			
		1) Cakupan penemuan kasus AFP	Anak usia <15 tahun	100%	1
	b.	SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) & Penanganan KLB			
		1) Kelengkapan Laporan SKDR	Kelengkapan Laporan SKDR kumulatif dari Mg 1 – Mg 52	100%	52
		2) Ketepatan Laporan SKDR	Ketepatan Laporan SKDR Kumulatif dari Mg 1 – Mg 52	97%	52
		3) Alert/sinyal KLB yang muncul aplikasi SKDR yang dilakukan respon dalam waktu kurang dari 24 Jam	Alert/sinyal KLB	80%	55
	c.	Cakupan desa/Kelurahan mengalami KLB ditangani dalam waktu < 24 jam	Desa/kelurahan	100 %	0
	d.	Surveilans Campak			
		1) Prosentase Kasus Campak Klinis yang dilakukan investigasi dan diambil sampel darahnya	Penderita campak klinis	80%	2
	e.	Surveilans Kesehatan Haji			
		1) Prosentase Jemaah Haji yang dilakukan pemeriksaan kesehatan	Jemaah haji	100%	47
		2) Prosentase Jemaah Haji yang dilakukan pemantauan pasca haji	Jemaah haji	100%	47
2.	Pengawasan Kualitas Lingkungan				
	a.	Prosentase Sarana Air Minum diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar (aman)	Sarana Air Minum	76%	56
	b.	Prosentase KK SBS (Stop Buang Air Besar Sembarangan)	Kepala Keluarga	100%	12976
	c.	Prosentase Desa/Kelurahan SBS (Stop Buang Air Besar Sembarangan)	Desa/Kelurahan	100%	6
	d.	Prosentase Desa/Kelurahan 5 pilar STBM	Desa/Kelurahan	30%	2
	e.	Prosentase KK Pengelolaan Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (PKURT)	Kepala Keluarga	75%	1080

	f.	Prosentase KK memiliki akses Rumah Sehat	Kepala Keluarga	75%	1080
	g.	Prosentase Tempat Pengolahan Pangan (TPP) memenuhi syarat hygiene sanitasi pangan (Laik HSP)	TPP Komersial (Jasaboga/catering, Restoran, TPP tertentu, Depot Air Minum, rumah makan, gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling, dapur gerai pangan jajanan, dan sentra gerai pangan jajanan/kantin	62%	53
	h.	Prosentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan Pengawasan sesuai standar (IKL)	Sekolah (SD/MI, SMP/MTs) yang terdaftar di kemendikbud dan Kemenag Kab/Kota, Puskesmas, Pasar	75%	85
	i.	Prosentase Upaya Kesehatan Olahraga	Kelompok olahraga (ibu hamil, anak sekolah, jamaah haji, pekerja, lansia, kelompok olahraga lain)	100%	48
	j.	Prosentase Upaya Kesehatan Kerja	Tempat kerja formal dan informal (puskesmas, Pos UKK, GP2SP)	100%	3
	k.	Prosentase Pengelolaan Limbah B3 Fasyankes	Fasyankes (Puskesmas, PKD, Pustu, Poliklinik Swasta, Praktek Dokter Mandiri)	100%	8
	l.	Cakupan Rumah Tangga Sehat	Rumah tangga sehat	100%	1080
3.	Penanggulangan Penyakit Menular				
	a.	P2 TBC			

	1)	Cakupan pelayanan kesehatan orang terduga Tuberkulosis	Terduga Tuberkulosis	100%	797
	2)	Cakupan pengobatan semua kasus TBC (case detection rate/CDR) yang diobati	Semua kasus TBC diobati dan dilaporkan	90%	148
	3)	Angka Keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus	Semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap	90%	57
	4)	Cakupan pemberian terapi pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kotak serumah	Kontak serumah penderita TBC paru yang terkonfirmasi bakteriologis	35%	141
	b.	P2 KUSTA			
	1)	Cakupan Pemberian Kemoprofilaksis Kusta	Kontak penderita kusta	100%	20
	c.	P2 HIV			
	1)	Cakupan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar	Orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TBC, Pasien IMS, penjaja seks, LSL, waria, penasun, WBP)	100%	870
	d.	P2 Malaria			
	1)	Cakupan surveilans migrasi malaria	Orang dari daerah endemis malaria	75%	1
	e.	P2 DBD			
	1)	Angka bebas jentik (ABJ)	Rumah, sekolah, tempat-tempat umum	95 %	95%

5. LINTAS KLASTER

Tabel 2.13 Indikator Kinerja Indikator Lintas Klaster
Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Definisi Operasional	Rumus perhitungan	Skala			
					Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1.	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut							
	a. Cakupan desa yang dilaksanakan UKGM	100%	Capaian kinerja Puskesmas dinilai dari persentase jumlah Masyarakat (Desa) yang mendapatkan pelayanan kesehatan Gigi (Pemeriksaan/ Penyuluhan/ Sosialisasi) di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah Masyarakat (Desa) yang dilakukan pemeriksaan/ penyuluhan Gigi dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah Masyarakat (Desa) di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%

	b. Cakupan Sekolah yg dilaksanakan UKGS	100%	Capaian kinerja Puskesmas dinilai dari persentase jumlah Sekolah (SD) yang mendapatkan pelayanan kesehatan Gigi (Pemeriksaan/ Penyuluhan/ Sikat gigi massal) di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun	Jumlah sekolah (SD) yang dikakukan pemeriksaan/ penyuluhan/ sikat gigi massal dalam kurun waktu satu tahun dibagi Jumlah sekolah (SD) di wilayah Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun yang sama kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%
2.	Pelayanan Gawat Darurat							
	Pelaksanaan TRIASE pada pasien gawat darurat	100%	Adalah usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada agar pasien mendapatkan pelayanan sesuai dengan kegawatdaruratanya. Pelaksanaan TRIASE dilakukan pada pasien gawatdarurat di ruang Tindakan, ruang persalinan maupun IGD	Jumlah pasien gawat darurat yang dilakukan TRIASE pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah seluruh pasien gawat darurat dalam kurun waktu yang sama kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%

			Puskesmas					
3.	Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat							
	a. Tidak adanya kejadian tertukar spesimen	100%	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium milik seseorang dengan orang yang lain	Jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah spesimen yang tertukar pada kurun waktu yang sama dibagi jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa pada kurun waktu yang sama kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%
	b. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratoirum yang diterima oleh pasien yang dilayani di laboratorium	Jumlah pasien yang diperiksa dikurangi jumlah pasien yang terjadi kesalahan pemberian hasil dalam kurun waktu tertentu dibagi jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium tersebut dalam kurun waktu yang sama kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%

4	Pelayanan Kefarmasian							
	a. Tidak adanya kejadian salah pemberian obat	100%	Kejadian kesalahan pemberian obat adalah terjadinya kesalahan didalam farmasi/obat, meliputi : salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang, salah jumlah	Jumlah seluruh pasien pelayanan farmasi/obat di kurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat pada kurun waktu tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien pelayanan farmasi/obat dalam kurun waktu yang sama kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%

	b. Kepatuhan pelayanan obat sesuai prosedur	100%	<p>1. kepatuhan pelayanan obat adalah adalah kepatuhan petugas dalam memberikan pelayanan obat secara tepat dan sesuai dengan prosedur.</p> <p>2. Pelayanan obat adalah suatu proses pelayanan obat mulai dari resep datang hingga penyerahan ke pasien, mulai dari skrining resep, dispensing obat, dan pemberian informasi obat ke pasien.</p>	Jumlah pasien yang diberikan pelayanan obat sesuai prosedur dibagi total pasien yang diberikan pelayanan obat kali 100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%
--	---------------------------------------------	------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	--------	--------	------

	c. Penggunaan obat rasional	80%	Penetapan persentase penggunaan obat rasional di sarana pelayanan kesehatan dasar pemerintah dilakukan melalui pemantauan indicator peresepan untuk 2 (dua) diagnostic penyakit yaitu ISPA Non-Pneumonia dan Diare Non Spesifik	Jumlah capaian masing-masing indikator peresepan di bagi jumlah komponen indikator kali 100%	0-25%	26-50%	51-79%	80-100%
	d. Ketersediaan obat esensial dan vaksin	100%	40 jenis obat dan 5 jenis vaksin esensial indikator yang dipakai sesuai daftar yang ditetapkan kementerian kesehatan	Jumlah obat indikator yang tersedia dipuskesmas dibagi 40 obat dan 5 vaksin indikator kali 100%	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%

BAB III PENILAIAN KINERJA

A. INDIKATOR KINERJA INTEGRASI LAYANAN PRIMER PUSKESMAS KARANGAWEN II

1. KLASSTER 1 (MANAJEMEN)

a. Manajemen Inti Puskesmas

Tabel 3.1 Penilaian Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Inti Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Mempunyai Rencana Lima Tahunan	10	Tidak Punya	Punya, format tidak sesuai pedoman	Punya, format sesuai pedoman, isi kurang lengkap	Punya, format sesuai pedoman, isi lengkap	10
2	Ada RUK disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	10	Tidak Menyusun	Ya, Beberapa ada Analisa dan perumusan	Ya, Sebagian ada analisa dan perumusan	Ya, Seluruhnya ada analisa dan perumusan	10
3	Menyusun RPK secara rinci dan lengkap	10	Tidak Menyusun	Ya, terinci sebagian kecil	Ya, terinci sebagian besar	Ya, terinci semuanya	10
4	Melaksanakan Loka Karya Mini Bulanan	10	Tidak melaksanakan	< 5 kali/tahun	5-8 kali/tahun	9-12 kali/tahun	10
5	Melaksanakan mini loka karya tribulanan	10	Tidak melaksanakan	< 2 kali/tahun	2-3 kali/tahun	4 kali/tahun	10

6	Membuat Penilaian Kinerja di tahun sebelumnya, mengirimkan ke dinas kesehatan kabupaten dan mendapat feedback dari dinas kesehatan kabupaten	10	Tidak membuat	Membuat tapi tidak mengirimkan	Membuat dan mengirimkan tetapi tidak mendapatkan feedback	Membuat, mengirimkan dan mendapat feedback dari dinas kesehatan kabupaten	10
---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---------------	--------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	----

Berdasarkan Tabel 3.1 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Klaster Manajemen Umum sudah mencapai target semua

b. Manajemen Arsip

Tabel 3.2 Penilaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Arsip Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8
1	Ada SOP Pengelolaan arsip	10	Tidak ada	10	Ada dilaksanakan 50-99%	Ada dilaksanakan 100%	10

Berdasarkan Tabel 3.2 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Klaster Manajemen Arsip sudah mencapai target semua

c. Manajemen Sumber Daya Manusia

Tabel 3.3 Penilaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Sumber Daya Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (Skala)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Dilakukan inventarisasi peralatan di Puskesmas	10	Tidak dilakukan	Ya, beberapa peralatan	Ya, Sebagian besar peralatan	Dilakukan	10
2	Ada daftar Inventaris sarana di Puskesmas	10	Tidak Ada	Ada, beberapa sarana	Ada, Sebagian besar sarana	Ada, seluruh sarana	10

3	Mencatat penerimaan dan pengeluaran obat di PKD dan Pustu	10	Tidak dilakukan	Ya, beberapa unit	Ya, sebagian besar unit	Ya, diseluruh unit	10
4	Ada struktur organisasi	10	Tidak Ada			Ada	10
5	Ada pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga puskesmas	10	Tidak Ada			Ada	10
6	Dilakukan evaluasi kinerja tenaga puskesmas 1 tahun sekali	10	Tidak dilaksanakan			Dilaksanakan	10

Berdasarkan Tabel 3.3 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Kluster Manajemen Sumber Daya sudah mencapai target semua.

d. Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan

Tabel 3.4 Penilaian Kinerja Indikator Kluster Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8
1	Dilakukan pemeliharaan alat kesehatan	10	< 20%	20-40%	41-60%	>60%	10
2	Dilakukan pengisian ASPAK	10	< 20%	20-40%	41-60%	>60%	10

Berdasarkan Tabel 3.4 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Kluster Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan sudah mencapai target semua.

e. Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah

Tabel 3.5 Penilaian Kinerja Indikator Kluster Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis	Target 2025 (Skala)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	

	Variabel						
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Ketepatan Waktu Laporan Keuangan Bulanan	10	Tepat waktu 0 3 x setahun	Tepat waktu 4-5 kali/tahun	Tepat waktu 6-8 kali /tahun	Tepat waktu 9-12 kali/tahun	10
2	Ketepatan Waktu Laporan Keuangan tribulanan	10	Tidak pernah tepat waktu	Tepat waktu 1 kali/tahun	2-3 kali/ tahun	4 kali/tahun	10

Berdasarkan table 3.5 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Klaster Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah sudah mencapai target semua

f. Manajemen Sistem Informasi Digital

Tabel 3.6 Penilaian Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Sistem Informasi Digital Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8
1	Ketersediaan RME	10	Tidak Ada			Ada	10
2	Adanya Web Site Puskesmas	10	Tidak Ada			Ada	0

Berdasarkan table 3.6 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Klaster Manajemen Sistem Informasi Digital, ada satu indicator yang belum tercapai yaitu adanya website Puskesmas.

g. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat

Tabel 3.7 Penilaian Kinerja Indikator Klaster 1 Manajemen Pemberdayaan Masyarakat Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Survei Mawas Diri (SMD)	100%	SMD tidak direncanakan	Direncanakan dan	Tindak lanjut	Evaluasi dari tindak lanjut	10

			n dan tidak dilaksanakan	dilaksanakan SMD	pelaksanaan SMD	hasil SMD dan Dokumentasi	
2	Musyawarah masyarakat desa (MMD)	100%	Tidak direncanakan dan tidak dilaksanakan	Direncanakan dan dilaksanakan MMD	Tindak Lanjut pelaksanaan MMD	Evaluasi dari tindak lanjut hasil MMD dan Dokumentasi	10
3	Posyandu ILP	100%	0%	<85%	85% <100%	100%	10
4	Kader posyandu telah dilakukan uji kompetensi	100%	0%	<50%	50% - <100%	100%	10
5	Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Strata Mandiri	100%	0%	< 10%	10% - <26,41%	≥26,41%	10

Berdasarkan table 3.7 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Klaster Manajemen Pemberdayaan Masyarakat sudah tercapai semua.

h. Manajemen Jejaring

Tabel 3.8 Penilaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Jejaring Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Dilakukan pembinaan teknis terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan jejaring	100%	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	10

2	Ada komitmen/nota kesepahaman (MoU) antara puskesmas dengan jejaringnya	100%	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	10
3	Pelaporan data pelayanan dari jejaring	100%	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	10

Berdasarkan table 3.8 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Klaster Manajemen Jejaring Puskesmas sudah mencapai target semua

i. Manajemen Mutu

Tabel 3.9 Penilaian Indikator Kinerja Manajemen Mutu Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Jenis Variabel	Target 2025 (%)	Skala				Hasil Nilai
			Nilai 0	Nilai 4	Nilai 7	Nilai 10	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1.	Keselamatan pasien						
	a. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%	10
	b. Kepatuhan melaksanakan prosedur transfer (operan, sbar, instruksi dokter)	100%	0-50%	51-70%	71-99%	100%	10
	c. Kepatuhan melakukan double cek pada tindakan	100 %	0-50%	51-70%	71-99%	100%	10
	d. Kepatuhan pelabelan obat lasa	100 %	0-50%	51-70%	71-99%	100%	10
	e. Kepatuhan pelabelan obat high alert	100 %	0-50%	51-70%	71-99%	100%	10

	f. Kepatuhan melaksanakan kajian jatuh pada pasien	100 %	0-50%	51-70%	71-99%	100%	10
2.	PPI						
	a. Kepatuhan Kebersihan Tangan (KKT)	100 %	< 25%	25-50%	51-75%	76-100 %	10
	b. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100 %	< 25%	25-50%	51-75%	76-100 %	10
	c. Tidak ada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)	100 %	< 25%	25-50%	51-75%	76-100 %	10
3.	Kepuasan Pasien						
	a. Indeks Kepuasan Pasien	85 %	< 20%	20-50%	51-84%	85-100 %	10
	b. Kepatuhan SOP	80 %	<25%	25-50%	50-79%	80-100%	10
4.	Pelayanan Rekam medis						
	a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	95%	<30%	30-59%	60-94%	95-100%	10
	b. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas sebelum Tindakan medis	95%	<30%	30-59%	60-94%	95-100%	10

Berdasarkan table 3.9 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Klaster Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien sudah mencapai target semua

Tabel 3.10 Hasil Pencapaian Kinerja Klaster Manajemen Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	KOMPONEN KLASTER 1 MANAJEMEN	HASIL CAPAIAN (%)	TINGKAT KINERJA	KETERANGAN
1	Manajemen Inti Puskesmas	10	Baik	
2	Manajemen Arsip	10	Baik	
3	Manajemen Sumber Daya Manusia	10	Baik	
4	Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan	10	Baik	
5	Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah	10	Baik	
6	Manajemen Sistem Informasi Digital	5	Kurang	
7	Manajemen Pemberdayaan Masyarakat	10	Baik	
8	Manajemen Jejaring	10	Baik	
9	Manajemen Mutu	10	Baik	
Rata-rata Kinerja		9,44	Baik	

2. KLASTER 2 (IBU DAN ANAK)

Tabel 3.11 Penilaian Kinerja Indikator Klaster Ibu dan Anak Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	UPAYA	KEGIATAN	SATUAN	TARGET		CAPAIAN (%)	
				%	ANGKA	VARIABEL	SUB VARIABEL
1	Pelayanan Ibu Bersalin dan Nifas	Persentase ibu hamil ANC KI Murni	Ibu hamil	100%	683	99,89%	98,83%
		Persentase ibu hamil ANC 6 kali	Ibu hamil	100%	683		100%
		Cakupan tes HIV pada ibu hamil ANC	Ibu hamil	100%	683		100%
		Cakupan tes Sifilis pada ibu hamil ANC	Ibu hamil	100%	683		100%
		Cakupan ibu hamil yang dideteksi dini Hepatitis	Ibu hamil	100%	683		100%
		Cakupan pemeriksaan cacingan pada ibu hamil anemia	Ibu hamil anemia	100%	174		100%
		Persentase ibu hamil komplikasi dirujuk ke Rumah	Ibu hamil	95 %	284		100%

		sakit (preeklamsia, obesitas, anemia, KEK, perdarahan, jantung, infeksi)					
		Cakupan imunisasi TT WUS Ibu Hamil	Ibu hamil	100%	683		100%
		Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan Kesehatan	Ibu bersalin	100 %	683		100%
		Persentase ibu nifas mendapat pelayanan nifas lengkap 4 kali KF 4	Ibu nifas	95%	683		100%
		Cakupan ibu hamil mendapat TTD selama masa kehamilan minimal 90 tablet	Ibu hamil	100%	683		100%
2	Pelayanan Bayi dan Anak Pra Sekolah	Persentase bayi yang mendapatkan pelayanan Kesehatan (KN Lengkap)	Bayi	100%	651	98,15%	100%
		Persentase bayi usia 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	Bayi	55%	27		100%
		Proporsi bayi baru lahir dari ibu Hepatitis B yang mendapat HB0 dan HBIg kurang dari 24 jam	Bayi baru lahir	100%	11		100%
		Balita yang mendapat pelayanan Kesehatan sesuai standar	Balita	100 %	3424		100%
		Cakupan balita 6 – 59 bulan mendapat kapsul vitamin A	Balita	100%	3279		100%
		Cakupan Balita yang di Timbang Berat Badannya (D/S)	Balita	85 %	3355		100%
		Cakupan Balita Memiliki Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (K/S)	Balita	100 %	3947		100%
		Cakupan Pengunggahan	Balita	85 %	3947		100%

		data Penimbangan di ePPGBM					
		Cakupan penemuan kasus pneumonia balita	Kasus pneumonia balita	75%	32		100%
		Cakupan layanan ISPA sesuai standar	Balita batuk dan atau sesak napas	100%	251		100%
		Cakupan pelayanan diare Balita	Penderita diare balita	100%	350		100%
		Proporsi Tatalaksana Diare balita sesuai Standar	Penderita diare balita	100%	350		100%
		Cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL)	Bayi usia 0 – 11 bulan	100%	791		94.2%
		Cakupan Baduta yang mendapatkan imunisasi lengkap	Baduta usia 18 – 24 bulan	100%	823		76.2%
		Cakupan imunisasi lanjutan lengkap anak usia sekolah dasar	anak usia sekolah (kelas 1 sampai kelas 9)	100%	7674		100%
		Cakupan POPM Cacing	Anak kelas 6 SD/MI/ sederajat	90%	858		100%
3	Pelayanan Anak Usia Sekolah	Cakupan imunisasi lanjutan lengkap anak usia sekolah dasar	Anak kelas 6 SD/MI/ Sederajat	90%	858	99,33	100%
		Cakupan POPM Cacing	Anak usia 1 - 12 tahun	98%	10349		98%
		Persentase anak usia sekolah mendapatkan skrining Kesehatan	Siswa siswi TK/RA, SD/MI, SMP/MTS, SMA/MA /SMK	100%	11340		100%
4	Pelayanan Remaja	Persentase Remaja Putri mendapatkan skrining anemia	Remaja Putri	75 %	567	100%	100%
		Persentase remaja putri mengkonsumsi Tablet Tambah	Remaja Putri	90 %	2778		100%

		Darah (TTD)					
		Cakupan Poskestren yang dibina	Pondok pesantren memiliki poskestren	100%	14		100%
		Pembinaan SBH	SBH di wilayah kerja	100%	12		100%

Tabel 3.12 Hasil Pencapaian Kinerja Indikator Kluster Ibu dan Anak Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Komponen Kegiatan	Hasil Capaian(%)	Tingkat kinerja	Ket
1	Pelayanan Ibu Bersalin dan Nifas	99,89%	Baik	
2	Pelayanan Bayi dan Anak Pra Sekolah	98,15%	Baik	
3	Pelayanan Anak Usia Sekolah	99,33%	Baik	
4	Pelayanan Remaja	100%	Baik	
RATA-RATA KINERJA		99,34%	Baik	

3. KLASTER 3 (USIA DEWASA DAN LANSIA)

Tabel 3.13 Hasil Pencapaian Kinerja Kluster Usia Dewasa dan Lanjut Usia Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	UPAYA	KEGIATAN	SATUAN	TARGET		CAPAIAN (%)	
				%	ANGKA	VARIABEL	SUB VARIABEL
1	Upaya Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)	Cakupan Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif	Penduduk Usia 15 – 59 th	100%	35.859	83,23%	100%
		Cakupan Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi	Jml Pend > 15 th dikalikan Prevalensi Hipertensi (Berdasarkan prevalensi hipertensi hasil riset terbaru atau SK Bupati)	100%	13.588		100%

		Cakupan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	Jml Pend ≥ 15 tahun dikalikan Prevalensi DM (Berdasarkan Prevalensi DM hasil Riset terbaru atau SK Bupati)	100%	813		100%
		Cakupan Penduduk Tidak Obesitas	Jumlah Penduduk > 18 th	23,40 %	7794		100%
		Cakupan Pemeriksaan IVA	Pend Wanita Usia 30-50 th : 3	100%	3017		25,75%
		Cakupan Pemeriksaan SADANIS	Pend Wanita Usia 30-50 th : 3	100%	3017		40,07%
		Cakupan Institusi dan Instansi menerapkan KTR	Jumlah Institusi (SD,SMP,SMA)	70%	34		100%
		Cakupan Tidak Merokok penduduk usia 10-18 tahun	Jumlah penduduk Usia 10-18 tahun	91,3%	7067		100%
2.	Upaya Kesehatan Jiwa	Cakupan Pelayanan ODGJ Berat Sesuai Standart	Jumlah Estimasi ODGJ Berat	100%	64	87,27%	100%
		Cakupan Bebas Pasung	Jumlah ODGJ	100%	0		100%
		Cakupan deteksi dini kesehatan jiwa	Jumlah Pend >15 th	90 %	41804		49,07%
		Cakupan Sekolah yang dilakukan Skrining ASSIST	Jumlah Sekolah (SMP dan atau SMA)	25%	14		100%
3.	Upaya Kesehatan Lanjut Usia Lanjut	Lanjut usia ≥ 60 tahun		81,5%	5945	100%	100%

4.	Cakupan Deteksi Dini Indera	Penduduk Usia 7-15 tahun dan 15 tahun ke atas	100%	48984	97,52%	97,52%
5.	Persentase penyehat tradisional yang teregristrasi	Penyehat tradisional	30%	9	10	100%

Tabel 3.14 Hasil Pencapaian Kinerja Indikator Kluster Usia Dewasa dan Lanjut Usia Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Komponen Kegiatan	Hasil Capaian (%)	Tingkat kinerja	Ket
1.	Upaya Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)	83,23	Cukup	
2.	Upaya Kesehatan Jiwa	87,27	Cukup	
3.	Upaya Kesehatan Lanjut Usia Lanjut	100	Baik	
4.	Cakupan desa yang dilaksanakan UKGM	100	Baik	
5.	Cakupan Deteksi Dini Indera	100	Baik	
6.	Persentase penyehat tradisional yang teregristrasi	100	Baik	
RATA-RATA KINERJA		95,08	Baik	

3. KLASSTER 4 (PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR)

Tabel 3.14 Hasil Pencapaian Kinerja Kluster 4 Penanggulangan Penyakit Menular Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	KOMPONEN KLASSTER	KEGIATAN	SATUAN	TARGET SARAN	CAPAIAN	CAKUPAN (%)	
						VARIABEL	SUB VARIABEL
1	Surveilans					100%	
	a. Surveilans AFP						
	1. Cakupan penemuan kasus AFP	Anak usia <15 tahun	100%	1			100%
	b. SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) & Penanganan KLB						
	1. Kelengkapan Laporan SKDR	Kelengkapan Laporan SKDR	100%	52		100%	

		kumulatif dari Mg 1 – Mg 52				
	2. Ketepatan Laporan SKDR	Ketepatan Laporan SKDR Kumulatif dari Mg 1 – Mg 52	97%	52		100%
	3. Alert/sinyal KLB yang muncul aplikasi SKDR yang dilakukan respon dalam waktu kurang dari 24 Jam	Alert/sinyal KLB	80%	55		100%
	c. Cakupan desa/Kelurahan mengalami KLB ditangani dalam waktu < 24 jam	Desa/kelurahan	100%	0		100%
	d. Surveilans Campak					
	1) Prosentase Kasus Campak Klinis yang dilakukan investigasi dan diambil sampel darahnya	Penderita campak klinis	80%	2		100%
	e. Surveilans Kesehatan Haji					
	1) Prosentase Jemaah Haji yang dilakukan pemeriksaan kesehatan	Jemaah haji	100%	47		100%
	2) Prosentase Jemaah Haji yang dilakukan pemantauan pasca haji	Jemaah haji	100%	47		100%
2.	Pengawasan Kualitas Lingkungan					
	a. Pengawasan Kualitas Lingkungan	Sarana Air Minum	76%	57	100%	100%
	b. Prosentase KK SBS (Stop Buang Air Besar Sembarangan)	Kepala Keluarga	100%	17302		100%
	c. Prosentase Desa/Kelurahan SBS (Stop Buang Air Besar Sembarangan)	Desa/Kelurahan	100%	6		100%
	d. Prosentase Desa/Kelurahan 5 pilar STBM	Desa/Kelurahan	30%	2		100%
	e. Prosentase KK Pengelolaan Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (PKURT)	Kepala Keluarga	75%	12977		100%

	f. Prosentase KK memiliki akses Rumah Sehat	Kepala Keluarga	75%	12977		100%
	g. Prosentase Tempat Pengolahan Pangan (TPP) memenuhi syarat hygiene sanitasi pangan (Laik HSP)	TPP Komersial (Jasaboga/catering, Restoran, TPP tertentu, Depot Air Minum, rumah makan, gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling, dapur gerai pangan jajanan, dan sentra gerai pangan jajanan/kantin	62%	53		100%
	h. Prosentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan Pengawasan sesuai standar (IKL)	Sekolah (SD/MI, SMP/MTs) yang terdaftar di kemendikbud dan Kemenag Kab/Kota, Puskesmas, Pasar	75%	85		100%
	i. Prosentase Upaya Kesehatan Olahraga	Kelompok olahraga (ibu hamil, anak sekolah, jamaah haji, pekerja, lansia, kelompok olahraga lain)	100%	48		100%
	j. Prosentase Upaya Kesehatan Kerja	Tempat kerja formal dan informal (puskesmas, Pos UKK, GP2SP)	100%	3		100%
	k. Prosentase Pengelolaan Limbah B3 Fasyankes	Fasyankes (Puskesmas, PKD, Pustu, Poliklinik Swasta, Praktek Dokter Mandiri)	100%	8		100%
	l. Cakupan Rumah Tangga Sehat	Rumah tangga sehat	100%	17302		100%
2.	Penanggulangan Penyakit Menular					

	a. P2 TBC				84,44%	
	1) Cakupan pelayanan kesehatan orang terduga Tuberkulosis	Terduga Tuberkulosis	100%	797		100%
	2) Cakupan pengobatan semua kasus TBC (case detection rate/CDR) yang diobati	Semua kasus TBC diobati dan dilaporkan	90%	148		42,50%
	3) Angka Keberhasilan pengobatan pasien TBC semua kasus	Semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap	90%	57		100%
	4) Cakupan pemberian terapi pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kotak serumah	Kontak serumah penderita TBC paru yang terkonfirmasi bakteriologis	35%	141		33%
	b. P2 KUSTA					
	1) Cakupan Pemberian Kemoprofilaksis Kusta	Kontak penderita kusta	100%	20		100%
	c. P2 HIV					
	1) Cakupan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar	Orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TBC, Pasien IMS, penjaja seks, LSL, waria, penasun, WBP)	100%	870		100%
	d. P2 Malaria					
	1) Cakupan surveilans migrasi malaria	Orang dari daerah endemis malaria	75%	1	100%	
	e. P2 DBD					
	Angka bebas jentik (ABJ)	Rumah, sekolah, tempat-tempat umum	95%	95%	100%	

Tabel 3.15 Hasil Pencapaian Kinerja Indikator Kluster Penanggulangan Penyakit Menular Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No	Komponen Kluster	Hasil Capaian(%)	Tingkat kinerja	Ket
1	Surveilans	100	Baik	
2	Pengawasan Kualitas Lingkungan	100	Baik	

3	Penanggulangan Penyakit Menular	84,44	Cukup	
RATA-RATA KINERJA		94,81	Baik	

Berdasarkan table 3.15 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Kluster Penanggulangan Penyakit Menular dengan hasil capaian 94,81 % yang artinya tingkat kinerja baik.

5. LINTAS KLAS TER

Tabel 3.16 Penilaian Kinerja Indikator Lintas Kluster Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	JENIS VARIABEL	KEGIATAN	SATUAN	TARGET SASARAN		CAKUPAN (%)	
				%	ANGKA	VARIABEL	SUB VARIABEL
1.	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	a. Cakupan desa yang dilaksanakan UKGM	Jumlah Masyarakat	100%	52.030	95%	90%
		b. Cakupan Sekolah yg dilaksanakan UKGS	Jumlah SD	100%	26		100%
2.	Pelayanan Gawat Darurat	Pelaksanaan TRIASE pada pasien gawat darurat	Jumlah pasien pada gawat darurat	100%	133	100%	100%
3.	Pelayanan Laboratorium Sederhana	a. Tidak adanya kejadian tertukar spesimen	Jumlah Specimen	100%	4295	100%	100%
		b. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	Jumlah Pasien Yang di Periksa laboratorium	100%	4295		100%
4.	Pelayanan farmasi/obat	a. Tidak adanya kejadian salah pemberian obat	Jumlah pasien yang diberikan pelayanan farmasi	100%	26471	100%	100%

		b. Kepatuhan pelayanan obat sesuai prosedur	Jumlah pasien yang diberikan pelayanan farmasi	100%	26471		100%
		c. Penggunaan obat rasional	Jumlah resep dengan kasus diagnostic penyakit yaitu ISPA Non-Pneumonia dan Diare Non spesifik	80%	427		100%
		d. Ketersediaan obat dan vaksin	Jumlah obat dan Vaksin esensial yang tersedia	85%	40		100%

Tabel 3.17 Hasil Pencapaian Kinerja Lintas Klaster Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

NO	KOMPONEN KEGIATAN UPAYA KESEHATAN PENGEMBANGAN	HASIL CAPAIN (%)	TINGKAT KINERJA	KETERANGAN
1	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	95	Baik	
2	Pelayanan Gawat Darurat	100	Baik	
3	Pelayanan Laboratorium Sederhana	100	Baik	
4	Pelayanan Farmasi atau Obat	100	Baik	
Rata-rata Kinerja		98,75	Baik	

Berdasarkan table 3.17 diketahui bahwa hasil cakupan kinerja Indikator Lintas Klaster dengan hasil capaian 98,75 % yang artinya tingkat kinerja baik.

B. DATA PENCAPAIAN INDIKATOR STANDART PELAYANAN MINIMAL (SPM)

Tabel 3.18 Penilaian Cakupan Indikator SPM Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

INDIKATOR	SATUAN	TARGET	CAPAIAN	REALISASI
1. Pelayanan kesehatan ibu hamil	ORANG	683	683	100
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin	ORANG	683	683	100
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir (KN lengkap)	ORANG	651	651	100
4. Pelayanan kesehatan balita	ORANG	3424	3424	100
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	ORANG	11340	11340	100
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif	ORANG	35859	35859	100
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut	ORANG	5945	5945	100
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi	ORANG	13588	13588	100
9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	ORANG	813	813	100
10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat	ORANG	64	64	100
11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberculosis	ORANG	797	797	100
12. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV	ORANG	870	870	100

C. DATA CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT PENDEKATAN KELUARGA (PISPK)

Tabel 3.19 Penilaian Cakupan PISPK Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

Upaya Kesehatan	INDIKATOR	Satuan	Target Sasaran	Capaian	Realisasi
PISPK	Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)	%	85,00	90,45	100
	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	%	85,00	92,68	100
	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	%	85,00	99,61	100
	Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif	%	68,00	94,89	100
	Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan	%	72,25	98,35	100

	Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	%	85,00	56,67	66,67
	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	%	85,00	85,63	100
	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan	%	85,00	85,63	100
	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	%	59,50	55,93	94
	Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	%	85,00	90,11	100
	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	%	85,00	97,60	100
	Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat	%	85,00	99,23	100

D. HASIL TOTAL KINERJA KEGIATAN DI PUSKESMAS KARANGAWEN II

Tabel 3.20 Hasil Total Kinerja Kegiatan Puskesmas Karangawen II Tahun 2025

No.	Komponen Kegiatan	Pencapaian (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
1	Klaster Manajemen	94,44	BAIK	Cakupan Kinerja Pelayanan 97,02 %
2	Klaster Ibu dan Anak	99,34	BAIK	
3	Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia	95,08	BAIK	
4	Klaster Penanggulangan Penyakit Menular	94,81	BAIK	
5	Lintas Klaster	98,75	BAIK	
6	SPM	100	BAIK	
7	PISPK	96,72	BAIK	
	Rata-rata Kinerja	97,02	BAIK	

Berdasarkan table 3.20 diketahui bahwa tingkat kinerja Puskesmas Karangawen II secara menyeluruh berkinerja Baik dengan nilai rata – rata 97,02 %

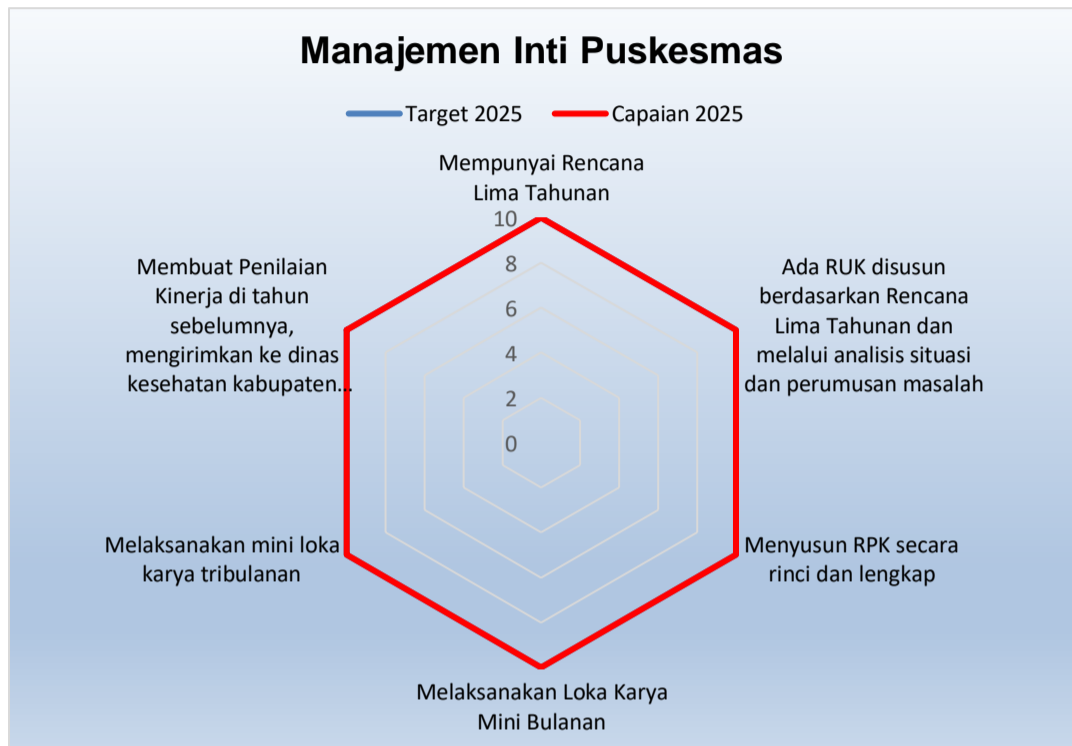
BAB IV ANALISA DAN PEMECAHAN MASALAH

A. HASIL CAPAIAN INDIKATOR KINERJA PUSKESMAS INTEGRASI LAYANAN PRIMER

1. Klaster 1 (Manajemen)

a. Manajemen Inti Puskesmas

Gambar 4.1 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Inti Puskesmas



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Inti Puskesmas sudah mencapai target semua.

b. Manajemen Arsip

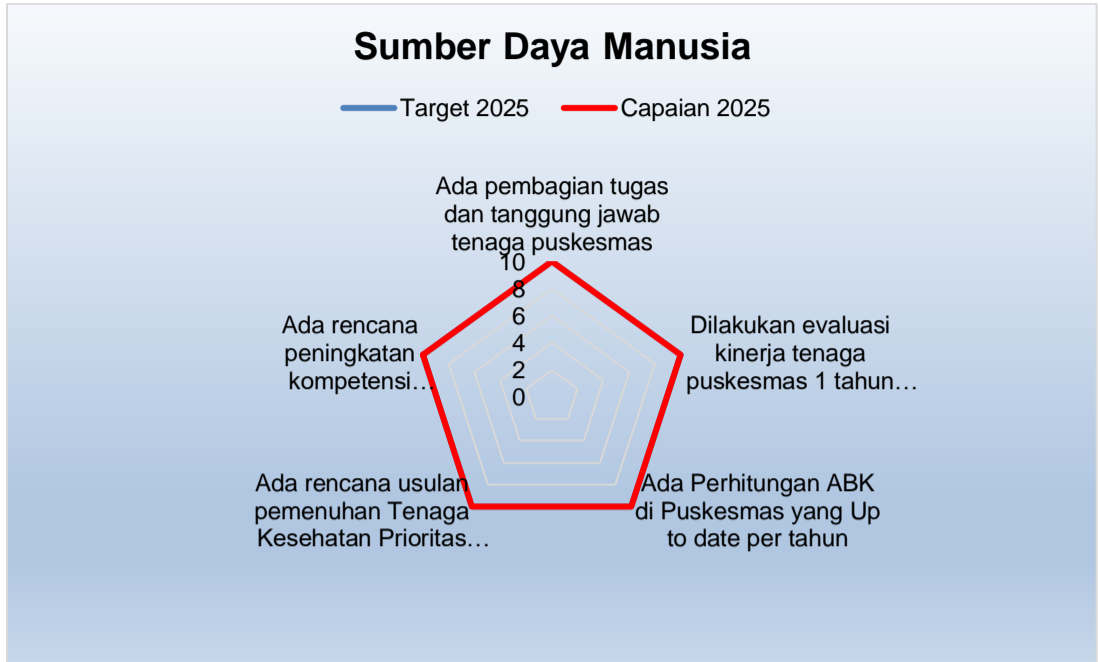
Gambar 4.2 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Arsip



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Arsip sudah mencapai target semua.

c. Manajemen Sumber Daya Manusia

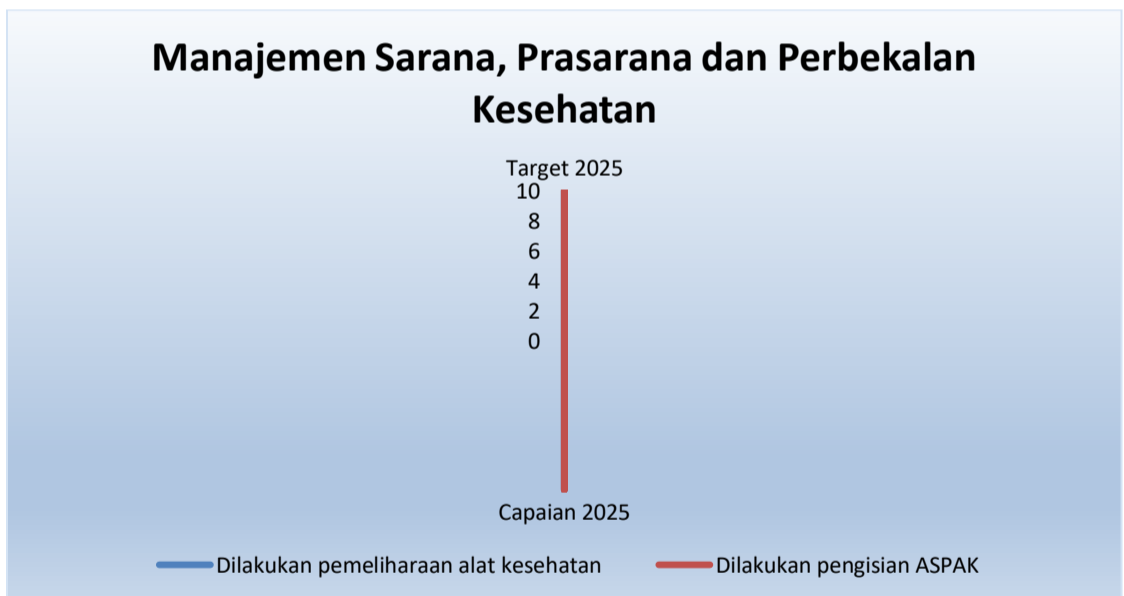
Gambar 4.3 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Sumber Daya Manusia



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Sumber Daya Manusia sudah mencapai target semua

d. Manajemen Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan

Gambar 4.4 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan sudah mencapai target semua.

e. Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah

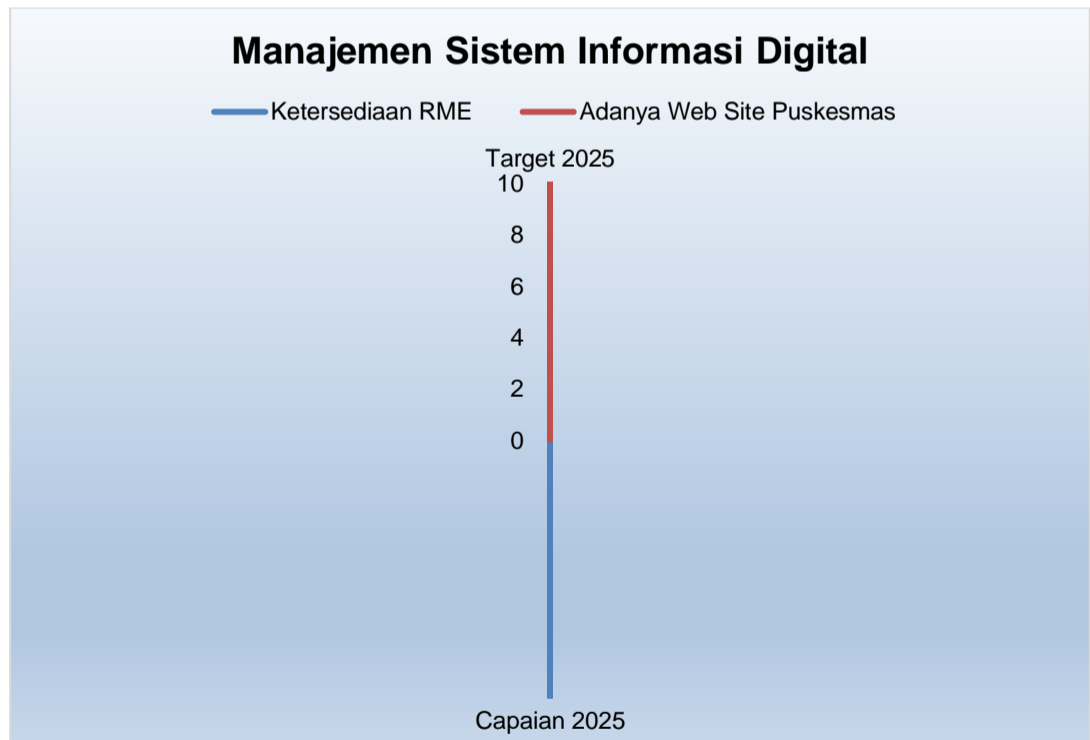
Gambar 4.5 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Manajemen Keuangan dan Aset atau Barang Milik Daerah sudah mencapai target semua.

f. Manajemen Sistem Informasi Digital

Gambar 4.6 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Sistem Informasi Digital



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Sistem informasi digital ada yang belum tercapai yaitu belum adanya website Puskesmas.

g. Manajemen Mutu

1. Keselamatan Pasien

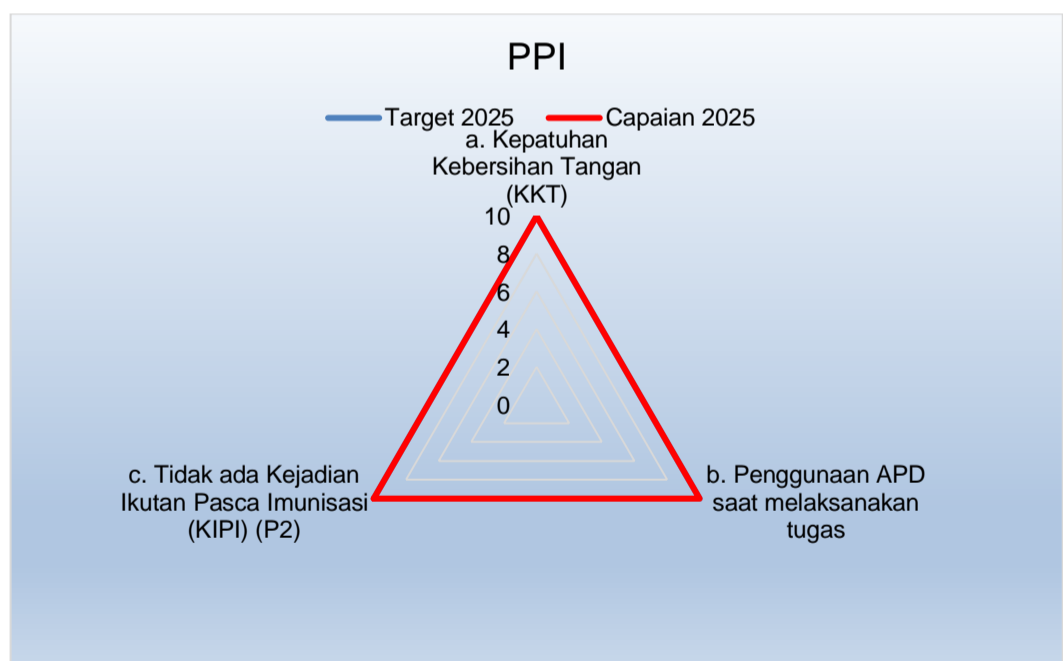
Gambar 4.7 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Mutu (Keselamatan Pasien)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Mutu (Keselamatan Pasien) sudah mencapai target semua.

2. PPI

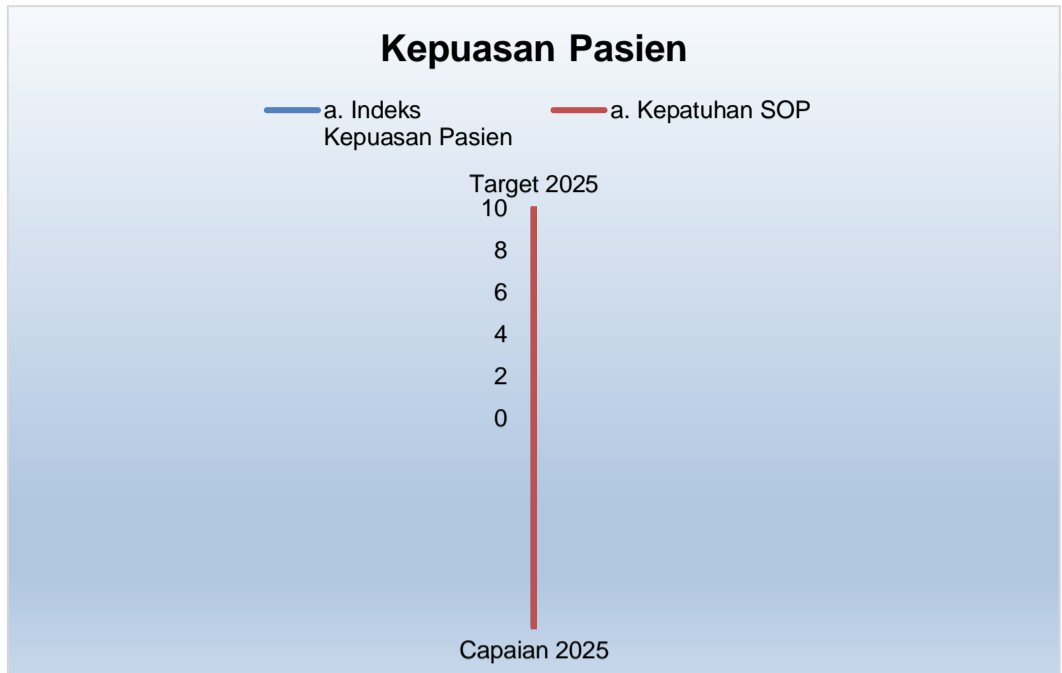
Gambar 4.8 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Mutu (PPI)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Mutu (PPI) sudah mencapai target semua

3. Kepuasan Pasien

Gambar 4.9 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Mutu (Kepuasan Pasien)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Mutu (Keselamatan Pasien) sudah mencapai target semua.

4. Rekam Medik

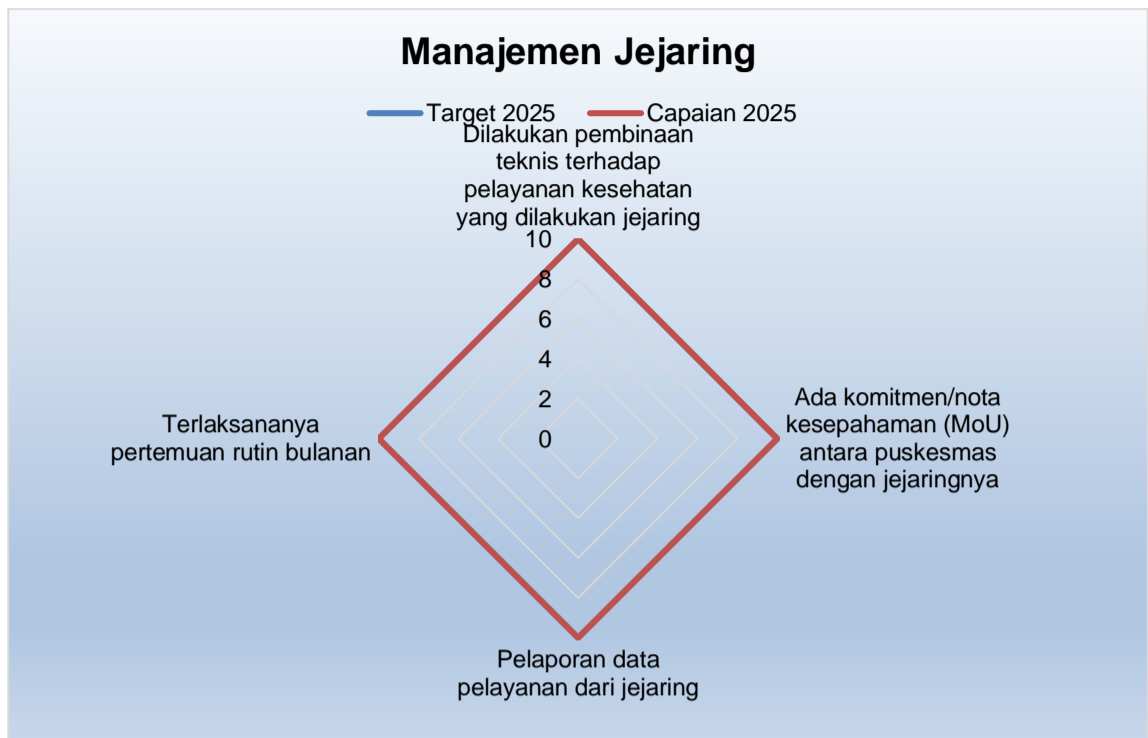
Gambar 4.10 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Mutu (Rekam Medik)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Mutu (Rekam Medik) sudah mencapai target semua.

h. Manajemen Jejaring

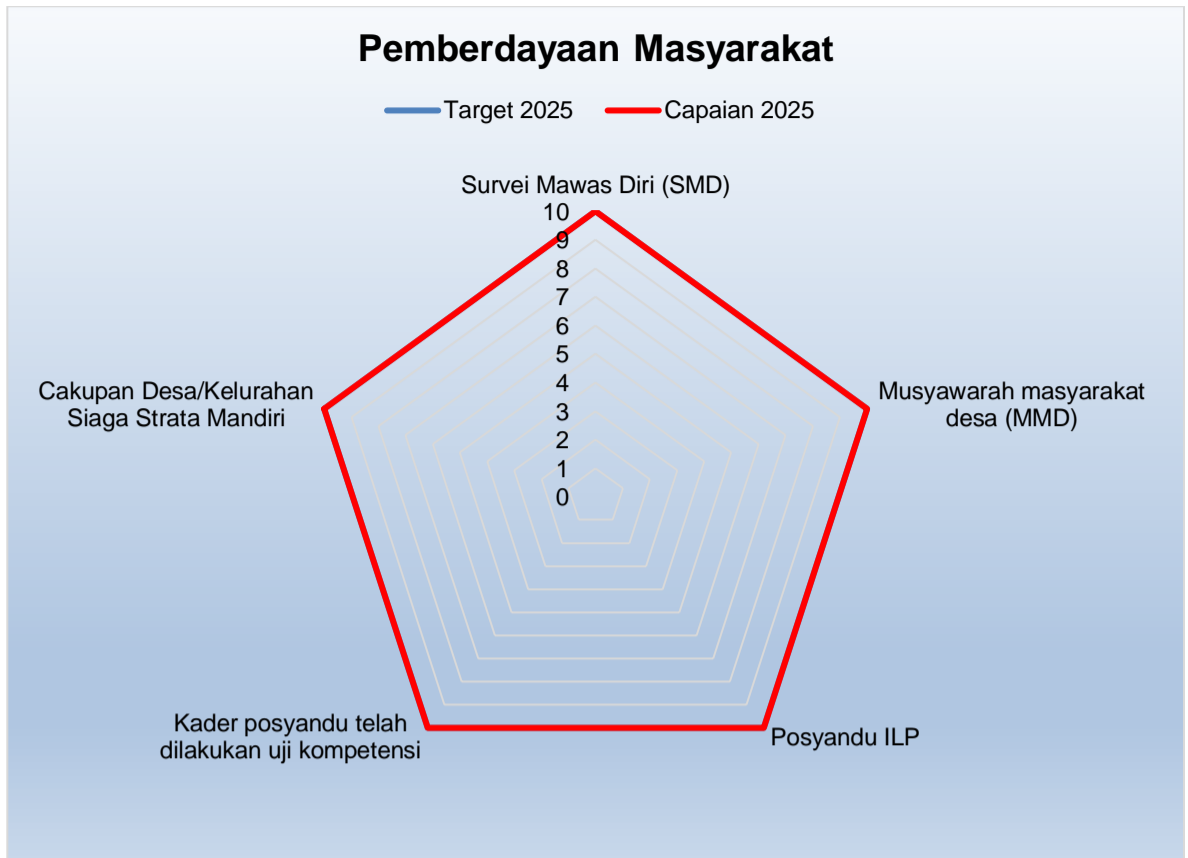
Gambar 4.11 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Jejaring



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Klaster Manajemen Jejaring sudah mencapai target semua.

i. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat

Gambar 4.12 Identifikasi Masalah Klaster Manajemen Pemberdayaan Masyarakat

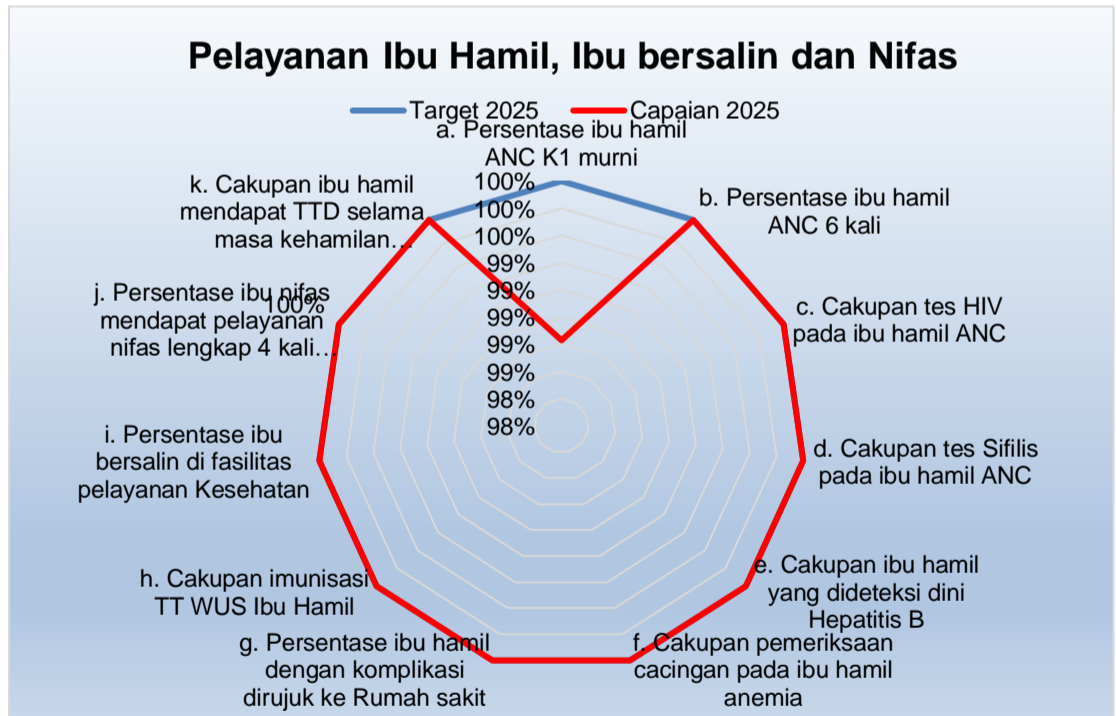


Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Kluster Manajemen Pemberdayaan Masyarakat sudah mencapai target semua.

2. Kluster 2 (Ibu dan Anak)

a. Pelayanan Ibu Bersalin dan Nifas

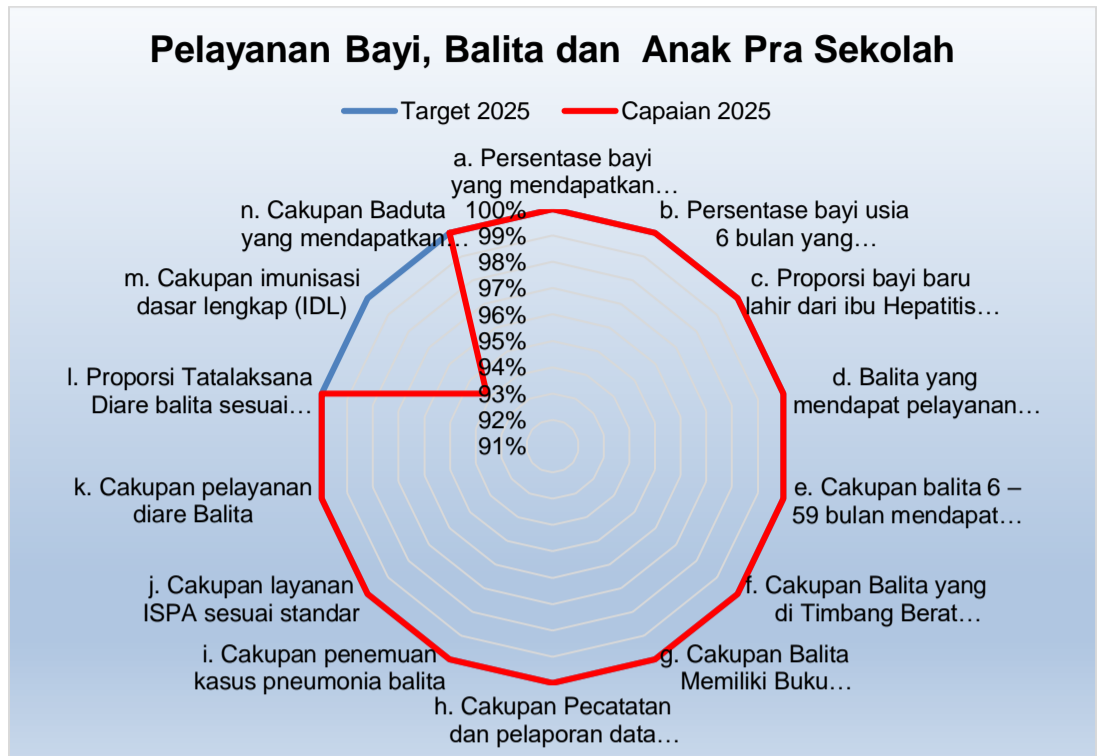
Gambar 4.13 Identifikasi Masalah Pelayanan Ibu Bersalin dan Nifas



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Pelayanan ibu bersalin dan nifas, ada 1 indikator yang belum mencapai target, yaitu Persentase ibu hamil ANC K1 murni (98,83%).

b. Pelayanan Bayi dan Anak Pra sekolah

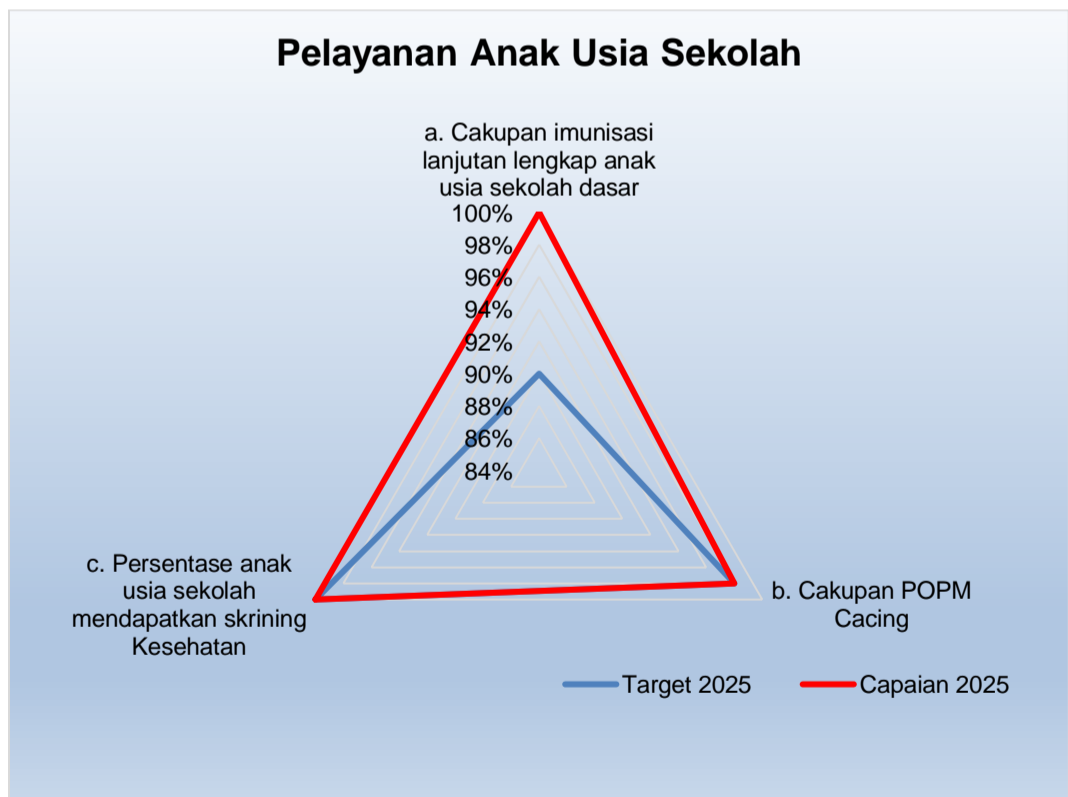
Gambar 4.14 Identifikasi Masalah Pelayanan Bayi dan Anak Pra Sekolah



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Pelayanan Bayi dan Anak Prasekolah ada 1 Indikator yang belum mencapai target, yaitu Cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) (94,20%).

c. Pelayanan Anak Usia Sekolah

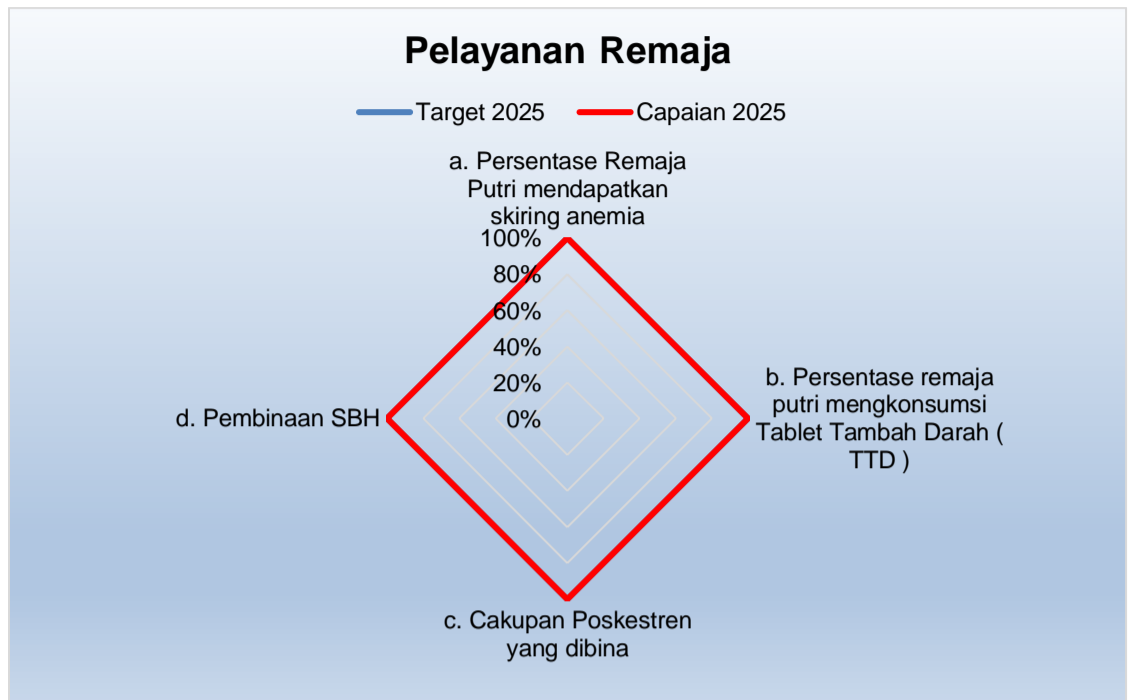
Gambar 4.15 Identifikasi Masalah Pelayanan Anak Usia Sekolah



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Pelayanan Anak Usia sekolah sudah mencapai target semua.

d. Pelayanan Remaja

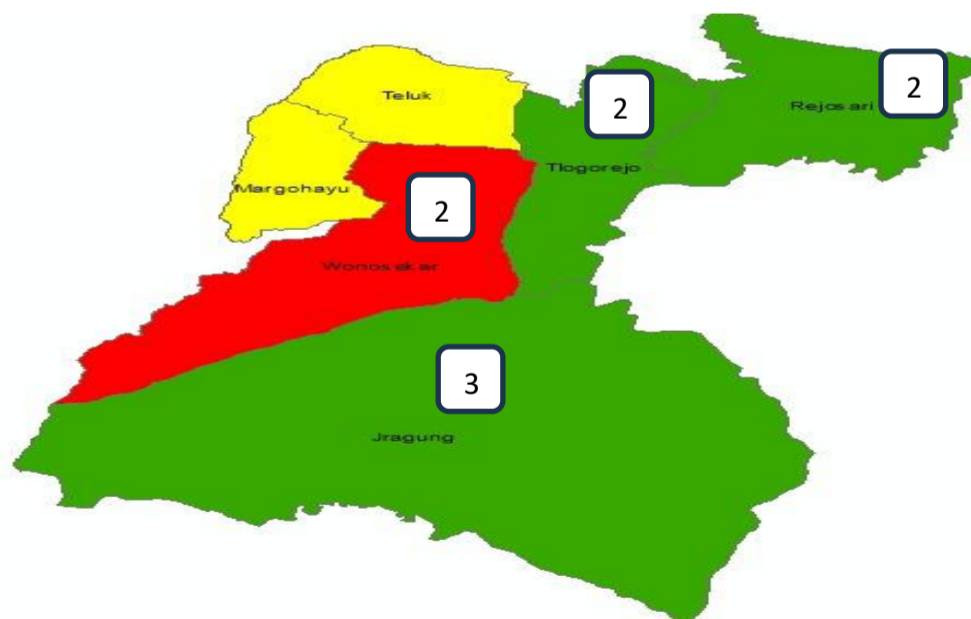
Gambar 4.16 Identifikasi Masalah Pelayanan Remaja



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Pelayanan Remaja sudah mencapai target semuanya.

e. AKB-AKABA

Gambar 4.17 Angka Kematian Bayi dan Balita (AKB-AKABA)

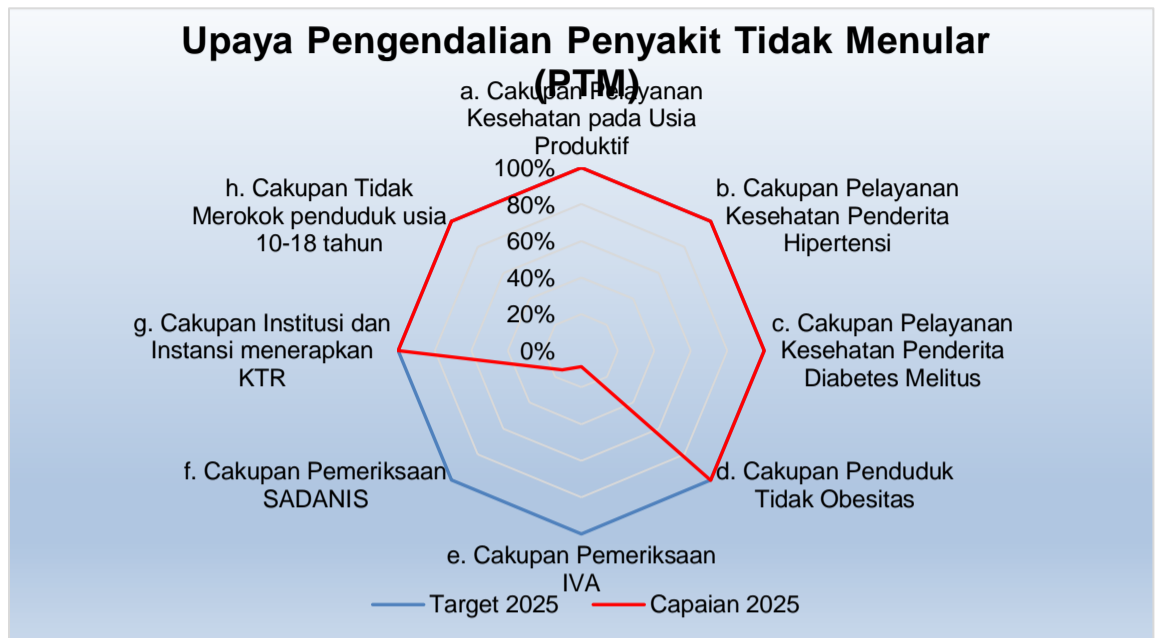


Dari gambar tersebut, menunjukkan adanya Angka Kematian Bayi dan Balita (AKB-AKABA) di Desa Wonosekar 2 anak, Desa Jragung 3 anak, Desa Rejosari 2 anak, dan Desa Wonosekar 2 anak.

3. Klaster 3 (Dewasa dan Lansia)

a. Upaya Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)

Gambar 4.18 Identifikasi Masalah Upaya Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Upaya Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) ada indikator yang belum mencapai target, yaitu cakupan pemeriksaan IVA (8,60%) dan SADANIS (14,7%).

b. Upaya Kesehatan Jiwa

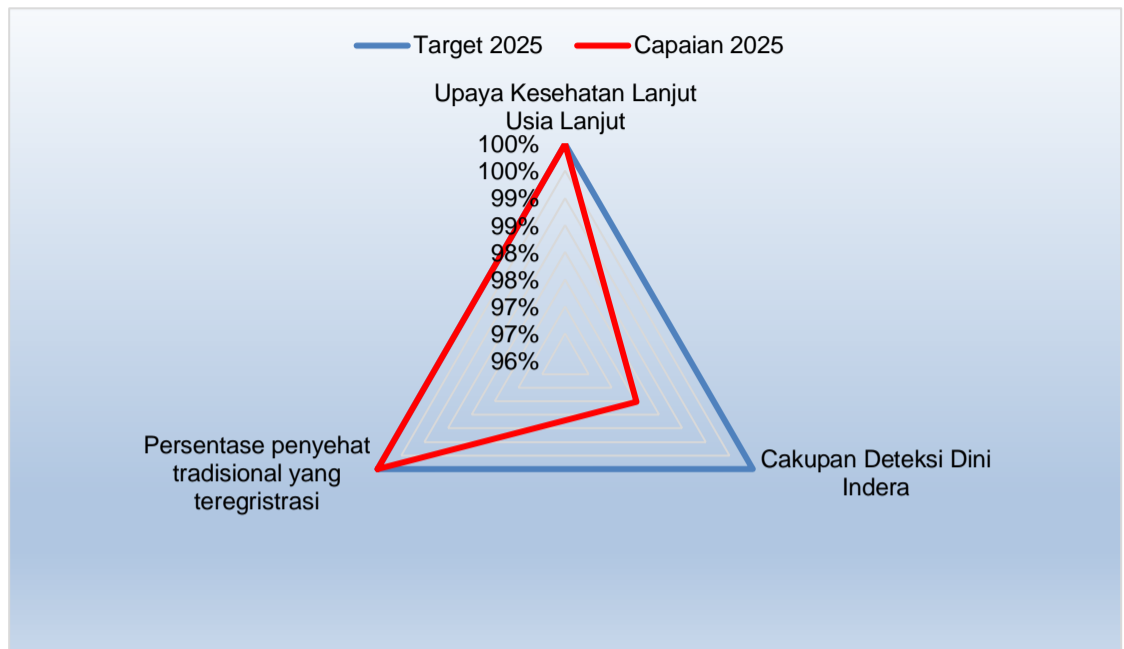
Gambar 4.19 Identifikasi Masalah Upaya Kesehatan Jiwa



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Upaya Kesehatan Jiwa, ada indikator yang belum mencapai target, yaitu cakupan deteksi dini Kesehatan jiwa (49,07%).

c. **Upaya Kesehatan Lanjut Usia Lanjut, Cakupan Deteksi Dini Indera, Persentase penyehat tradisional yang teregristrasi**

Gambar 4.20 Identifikasi Masalah Upaya Kesehatan Lanjut Usia Lanjut, Cakupan Deteksi Dini Indera, Persentase penyehat tradisional yang teregristrasi

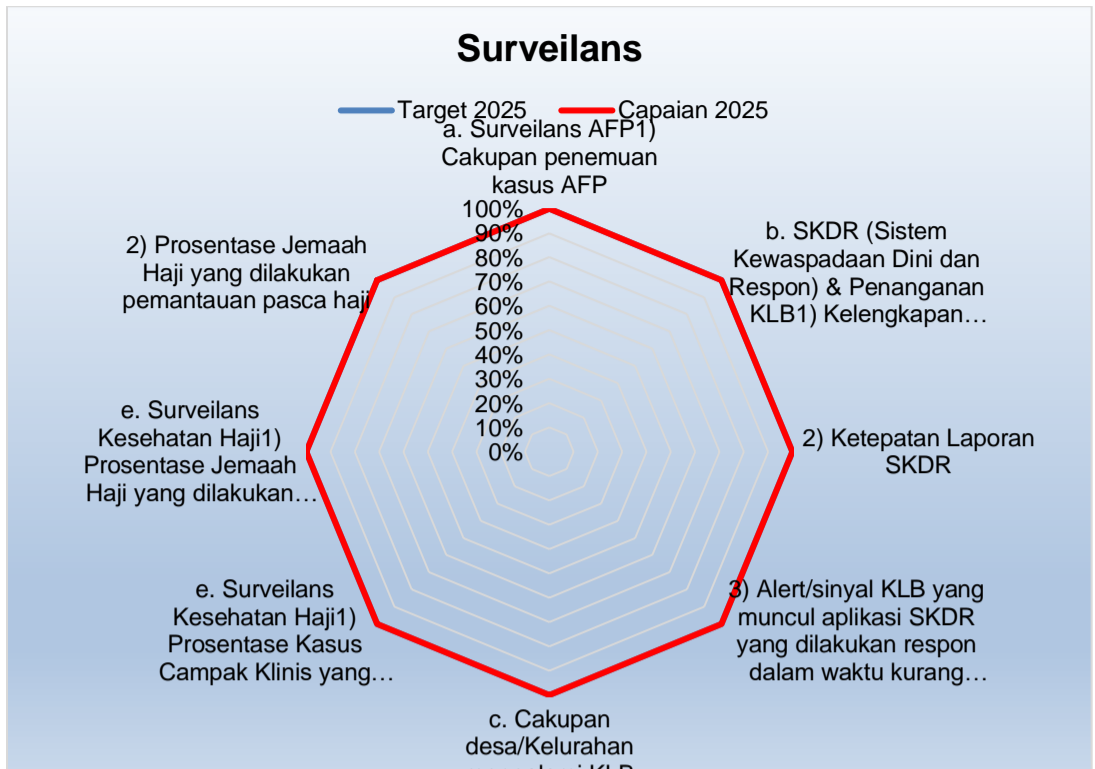


Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Upaya Kesehatan Lanjut Usia Lanjut, Cakupan Deteksi Dini Indera, Persentase penyehat tradisional yang teregristrasi, masih ada 1 indikator yang belum mencapai target yaitu Deteksi Dini Indera (97,52%).

4. **Klaster 4 (Penanggulangan Penyakit)**

a. **Surveilans**

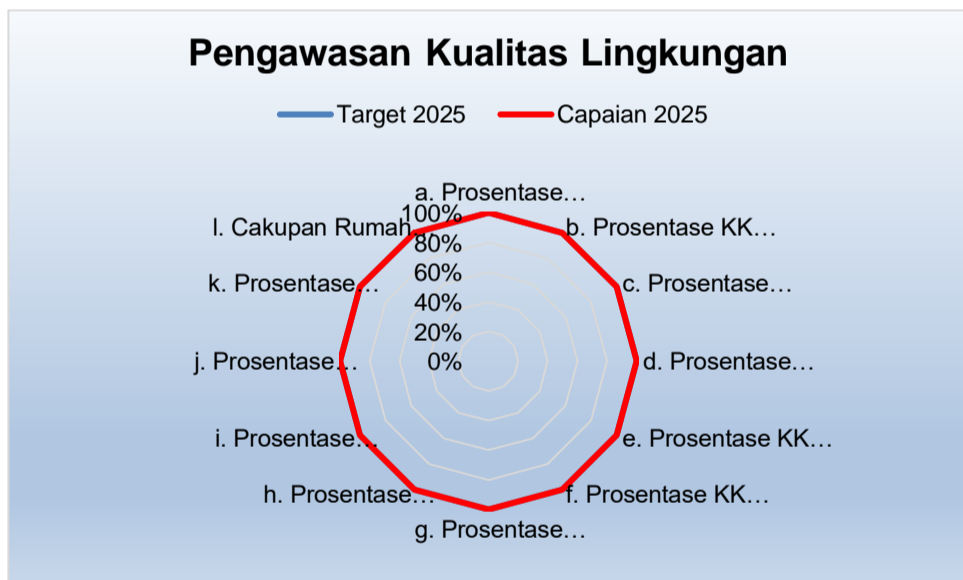
Gambar 4.21 Identifikasi Masalah Surveilans



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Surveilans sudah mencapai target semua.

b. Pengawasan Kualitas Lingkungan

Gambar 4.22 Identifikasi Masalah Pengawasan Kualitas Lingkungan

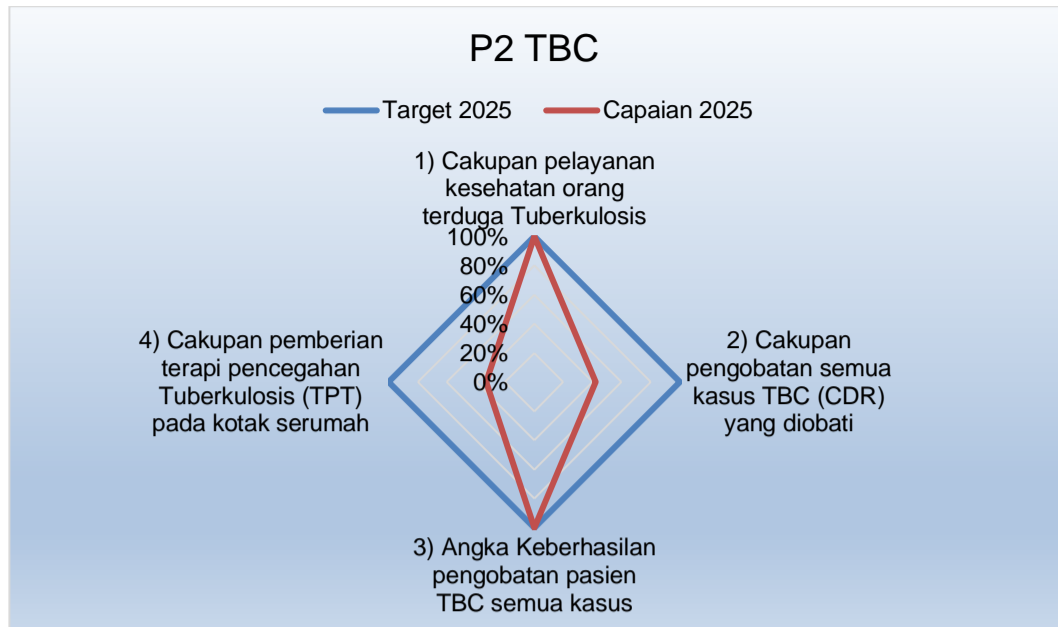


Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Kesehatan lingkungan sudah mencapai target semua.

c. Penanggulangan Penyakit Menular

1. P2 TBC

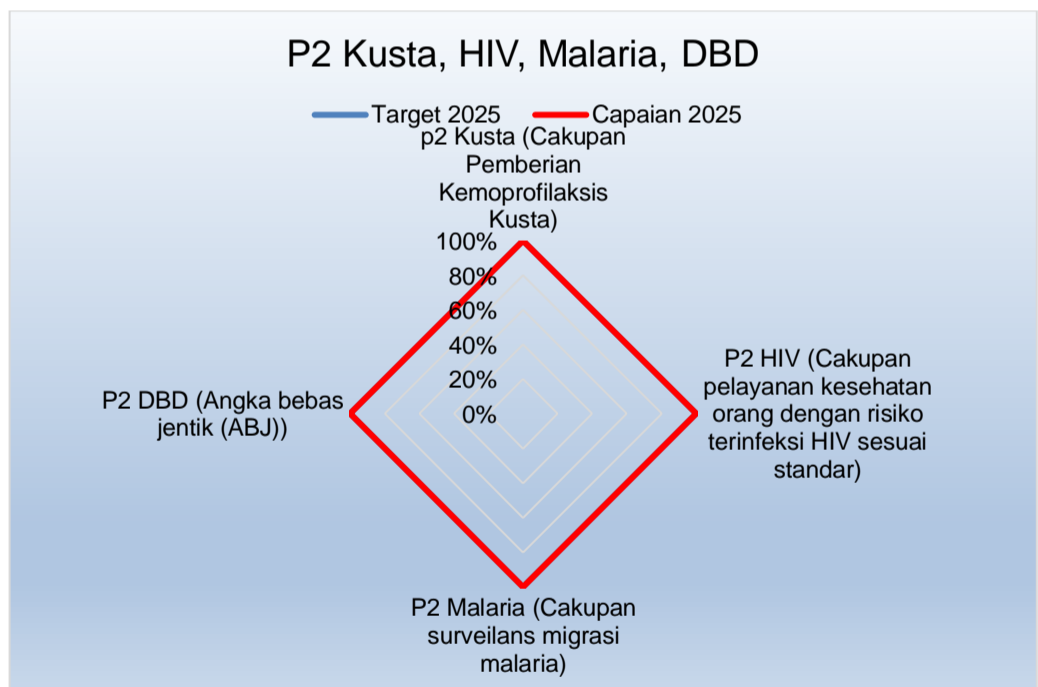
Gambar 4.23 Identifikasi Masalah P2 TBC



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Pengendalian Penyakit Menular TBC ada 2 indikator yang belum memenuhi target, yaitu : Cakupan pengobatan semua kasus TBC (CDR) yang diobati (42,17%), Cakupan pemberian terapi pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kotak serumah (32%).

2. P2 Kusta, HIV, Malaria, DBD

Gambar 4.24 Identifikasi Masalah P2 Kusta, HIV, Malaria, DBD



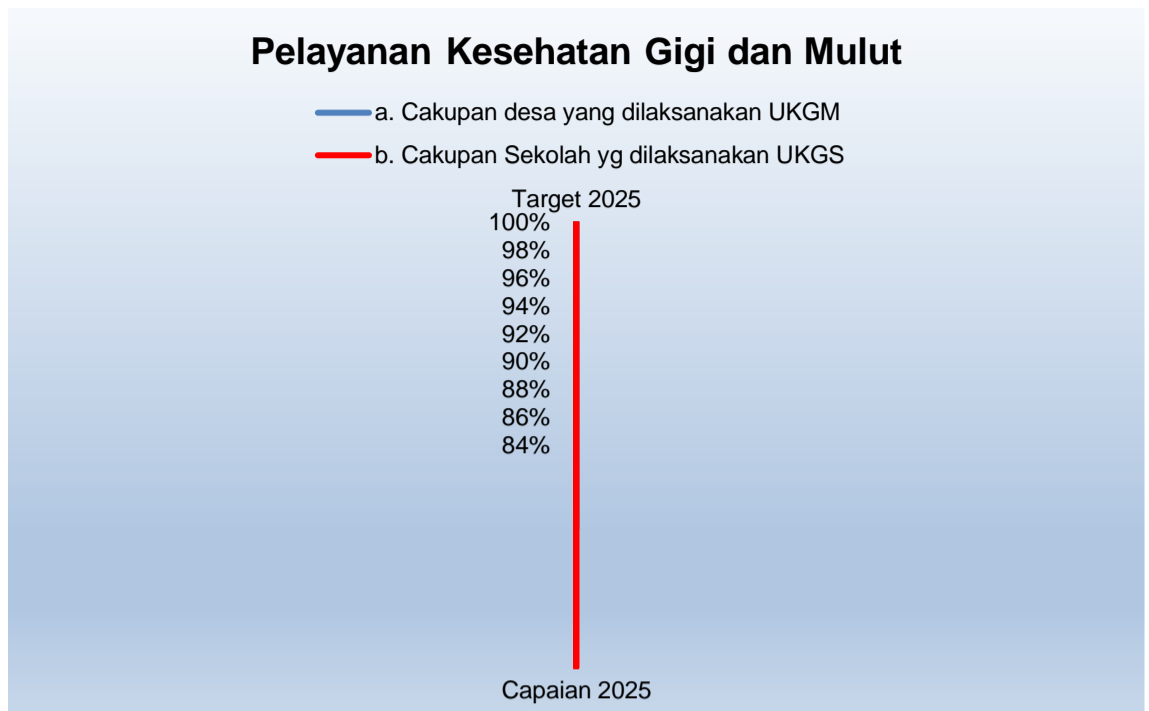
Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Masalah P2 Kusta, HIV, Malaria, DBD sudah mencapai target semua.

5. Lintas Klaster

a. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Gambar 4.25 Identifikasi Masalah Lintas Klaster

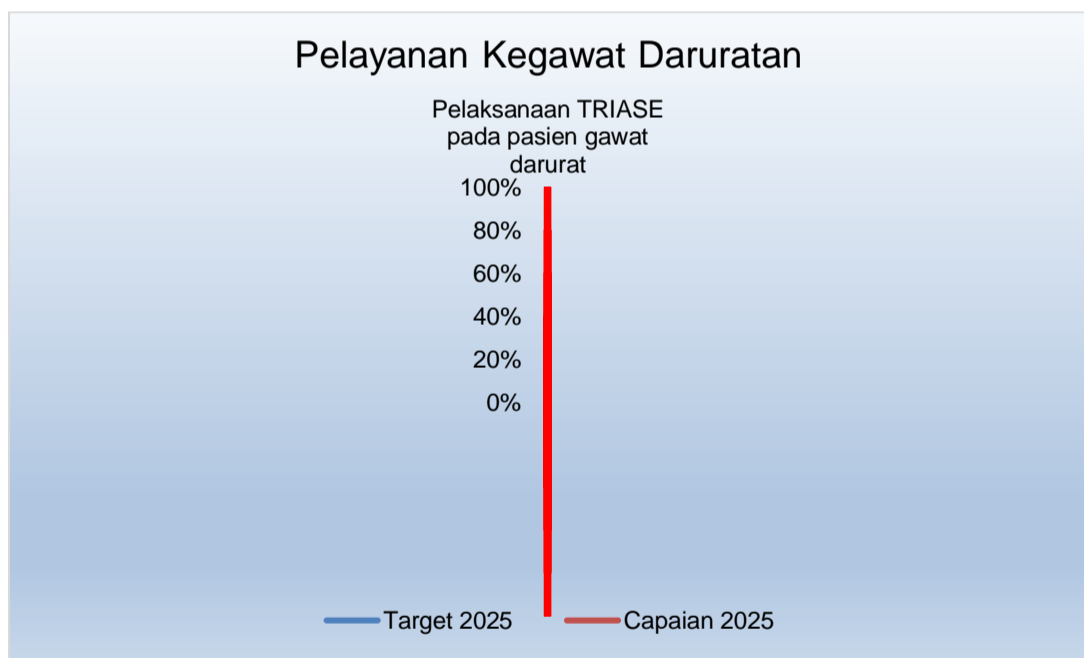
(Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Lintas Klaster (Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut) sudah mencapai target semua.

b. Pelayanan Kegawat Daruratan

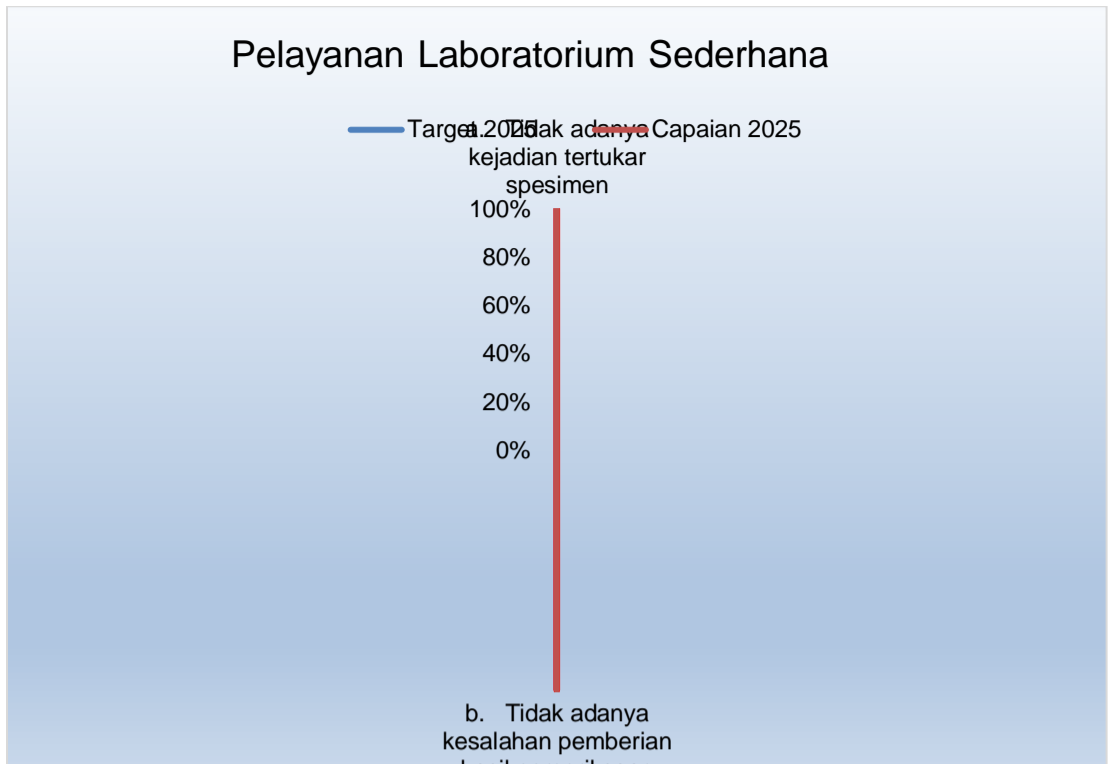
Gambar 4.26 Identifikasi Masalah Lintas Klaster
(Pelayanan Kegawat Daruratan)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Lintas Klaster (Pelayanan Kegawat Daruratan) sudah mencapai target semua.

c. Pelayanan Laboratorium Sederhana

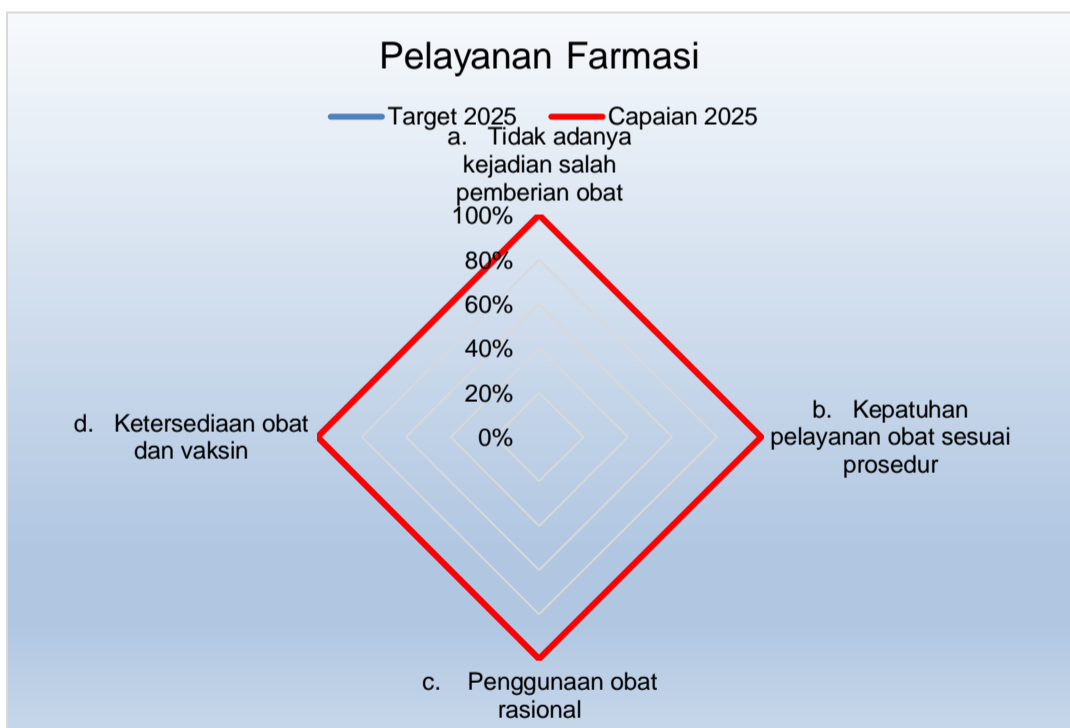
Gambar 4.27 Identifikasi Masalah Lintas Klaster
(Pelayanan Laboratorium Sederhana)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Lintas Klaster (Pelayanan Laboratorium Sederhana) sudah mencapai target semua.

d. Pelayanan Farmasi

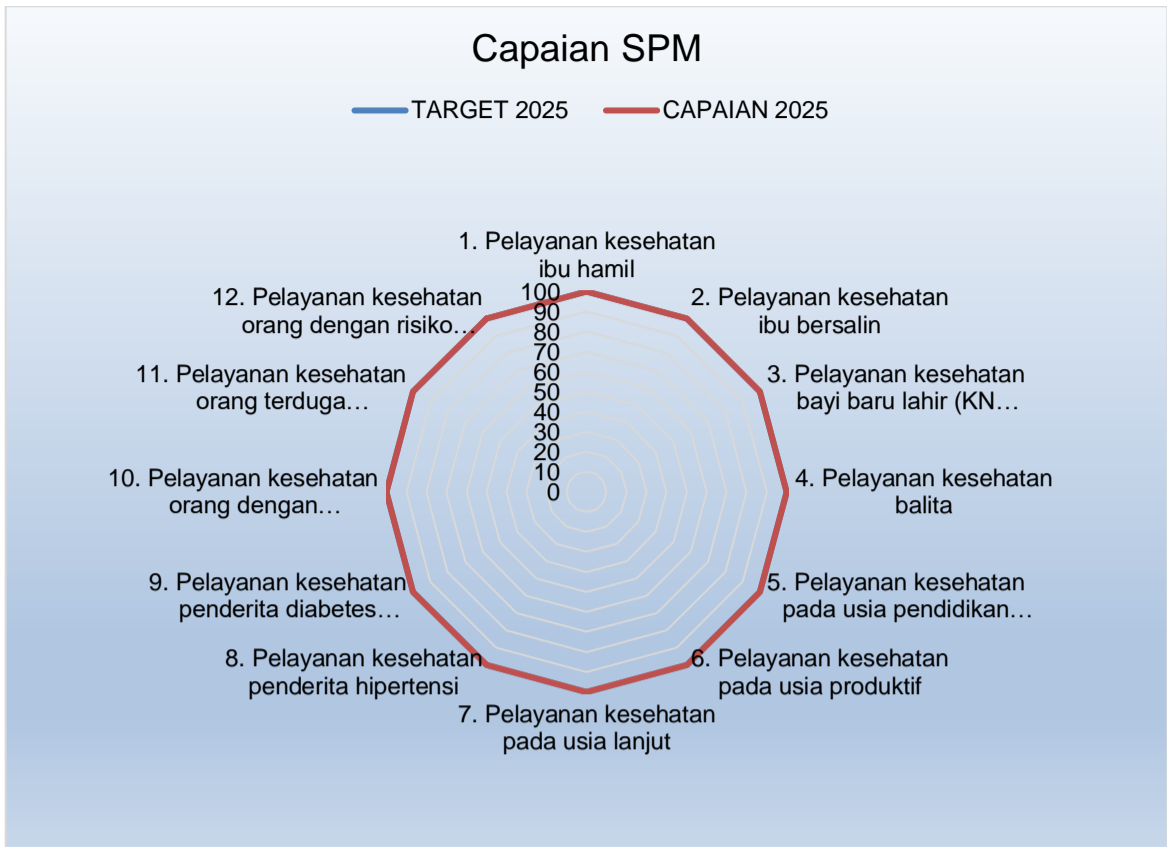
Gambar 4.28 Identifikasi Masalah Lintas Klaster (Pelayanan Farmasi)



Dari gambar tersebut, menunjukkan bahwa Capaian Kinerja Indikator Lintas Klaster (Pelayanan Kesehatan Farmasi) sudah mencapai target semua.

B. CAKUPAN INDIKATOR STANDART PELAYANAN MINIMAL (SPM)

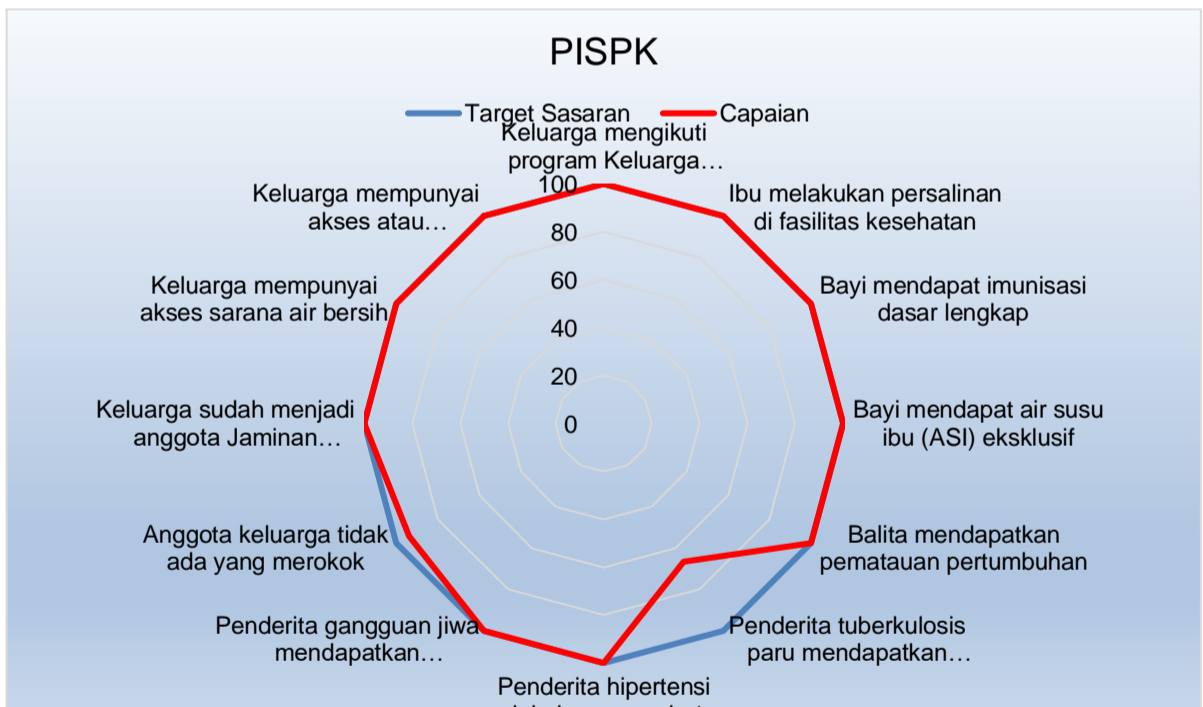
Gambar 4.29 Cakupan Indikator SPM



Berdasarkan gambar diatas, dari 12 Indikator SPM (Standart Minimal Pelayanan) sudah mencapai target.

C. CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT PENDEKATAN KELUARGA (PISPK)

Gambar 4.30 Identifikasi Masalah Program PISPK



Berdasarkan grafik diatas yang bersumber dari aplikasi Keluarga Sehat Kementerian Kesehatan , Puskesmas Karangawen II pada tahun 2025 terdapat 2 cakupan indikator

PISPK bernilai kurang yaitu Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar (66,67%), dan Anggota Keluarga tidak merokok cakupannya masih (94%).

D. IDENTIFIKASI DAN PRIORITAS MASALAH

Hasil identifikasi masalah Puskesmas Karangawen II dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.31 Identifikasi Masalah Puskesmas Karangawen II

NO	MASALAH
1	Belum Adanya Web Site Puskesmas
2	Masih ada 1,17 % Ibu Hamil yang belum ANC K1 Murni di tahun 2025
3	Masih ada 5,8% Bayi, dan Balita belum mendapatkan imunisasi dasar lengkap (IDL) di tahun 2025
4	Masih ada 91,4% Penduduk usia produktif yang belum melakukan pemeriksaan IVA di tahun 2025
5	Masih ada 85,3% Penduduk usia produktif yang belum melakukan pemeriksaan SADANIS di tahun 2025
6	Masih ada 2,48% Penduduk usia 7-15 tahun yang belum melakukan deteksi dini Indera di tahun 2025
7	Masih ada 50,4% Penduduk yang belum melakukan Deteksi Dini Kesehatan Jiwa di tahun 2025
8	Masih ada 57,83% kasus TBC (CDR) yang belum diobati di tahun 2025
9	Masih ada 67% kontak TBC belum diberikan terapi pencegahan di tahun 2025
10	Ada 9 kasus kematian bayi dan balita di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II tahun 2025

Penentuan prioritas masalah adalah salah satu proses yang dilakukan oleh sekelompok orang dengan menggunakan metode tertentu untuk menentukan urutan masalah yang ada. Penentuan masalah dapat menggunakan metode USG, adapun langkah-langkahnya terdiri dari:

a) Urgency/ Urgensi

Masalah yang sangat mendesak (dari segi ketersediaan waktu) untuk ditanggulangi.

b) Serousness/ Keseriusan

Masalah yang perlu penanganan serius dan apabila tidak diatasi akan semakin memperburuk masalah (hingga kematian).

c) Growth/ Perkembangan

Masalah yang apabila tidak ditanggulangi akan semakin meluas atau berkembang.

Prioritas Masalah Kinerja Tahun 2025 Puskesmas Karangawen II dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.32 Penentuan Prioritas Masalah

No	MASALAH	U	S	G	Total	Ranking
----	---------	---	---	---	-------	---------

1	Belum Adanya Web Site Puskesmas	5	5	5	15	10
2	Masih ada 1,17 % Ibu Hamil yang belum ANC K1 Murni di tahun 2025	7	5	5	17	8
3	Masih ada 5,8% Bayi, dan Balita belum mendapatkan imunisasi dasar lengkap (IDL) di tahun 2025	7	7	4	18	7
4	Masih ada 91,4% Penduduk usia produktif yang belum melakukan pemeriksaan IVA di tahun 2025	8	8	7	23	3
5	Masih ada 85,3% Penduduk usia produktif yang belum melakukan pemeriksaan SADANIS di tahun 2025	8	8	6	22	4
6	Masih ada 2,48% Penduduk usia 7-15 tahun yang belum melakukan deteksi dini Indera di tahun 2025	6	5	5	16	9
7	Masih ada 50,4% Penduduk yang belum melakukan Deteksi Dini Kesehatan Jiwa di tahun 2025	7	8	6	21	5
8	Masih ada 57,83% kasus TBC (CDR) yang belum diobati di tahun 2025	8	9	7	24	2
9	Masih ada 67% kontak TBC belum diberikan terapi pencegahan di tahun 2025	7	7	6	20	6
10	Ada 9 kasus kematian bayi dan balita di wilayah kerja Puskesmas Karangawen II tahun 2025	9	9	8	26	1

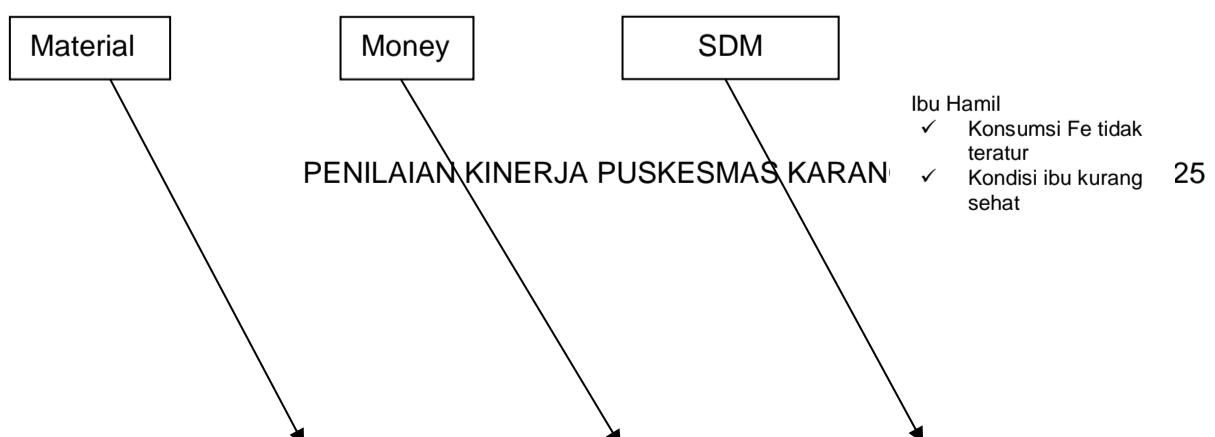
Berdasarkan tabel tersebut diperoleh hasil 3 besar prioritas masalah Puskesmas Karangawen II adalah sebagai berikut :

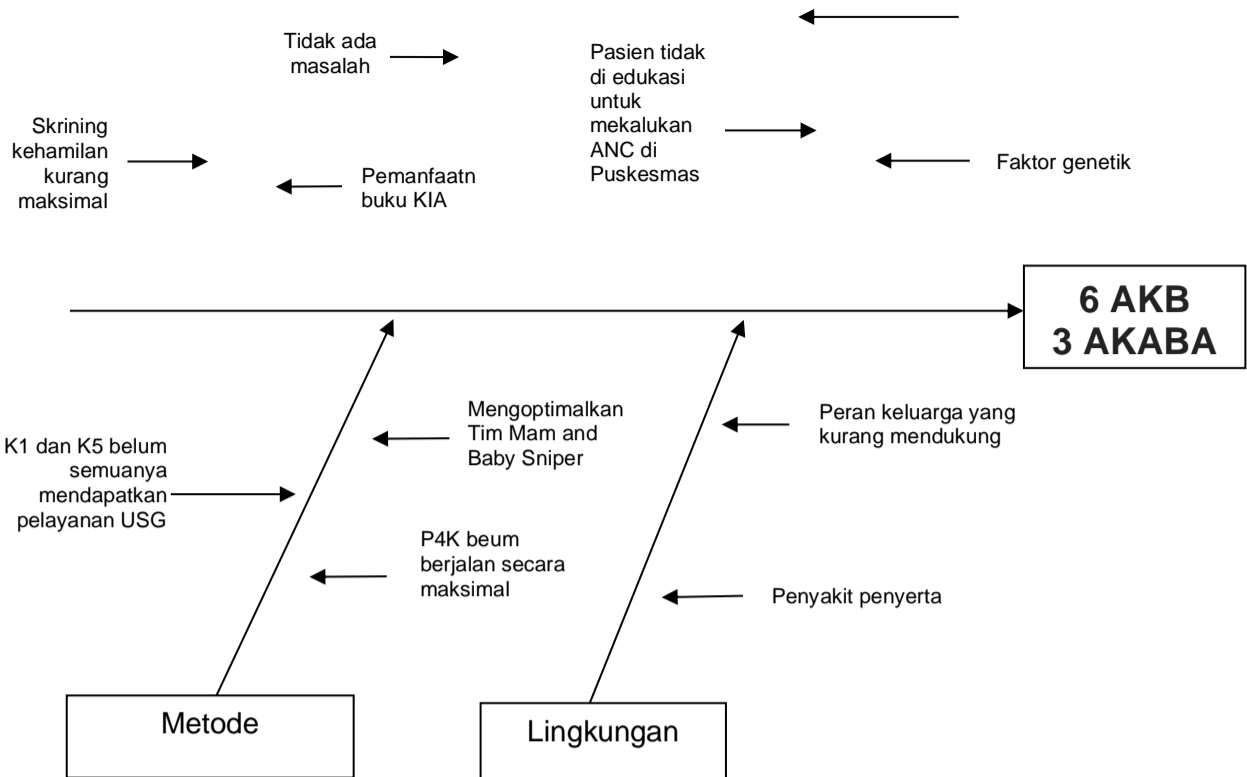
1. Ada 9 kasus kematian bayi dan bali
2. Masih ada 57,83% kasus TBC (CDR) yang belum diobati
3. Masih ada 91,4% Penduduk usia produktif yang belum melakukan pemeriksaan IVA

E. AKAR PENYEBAB MASALAH

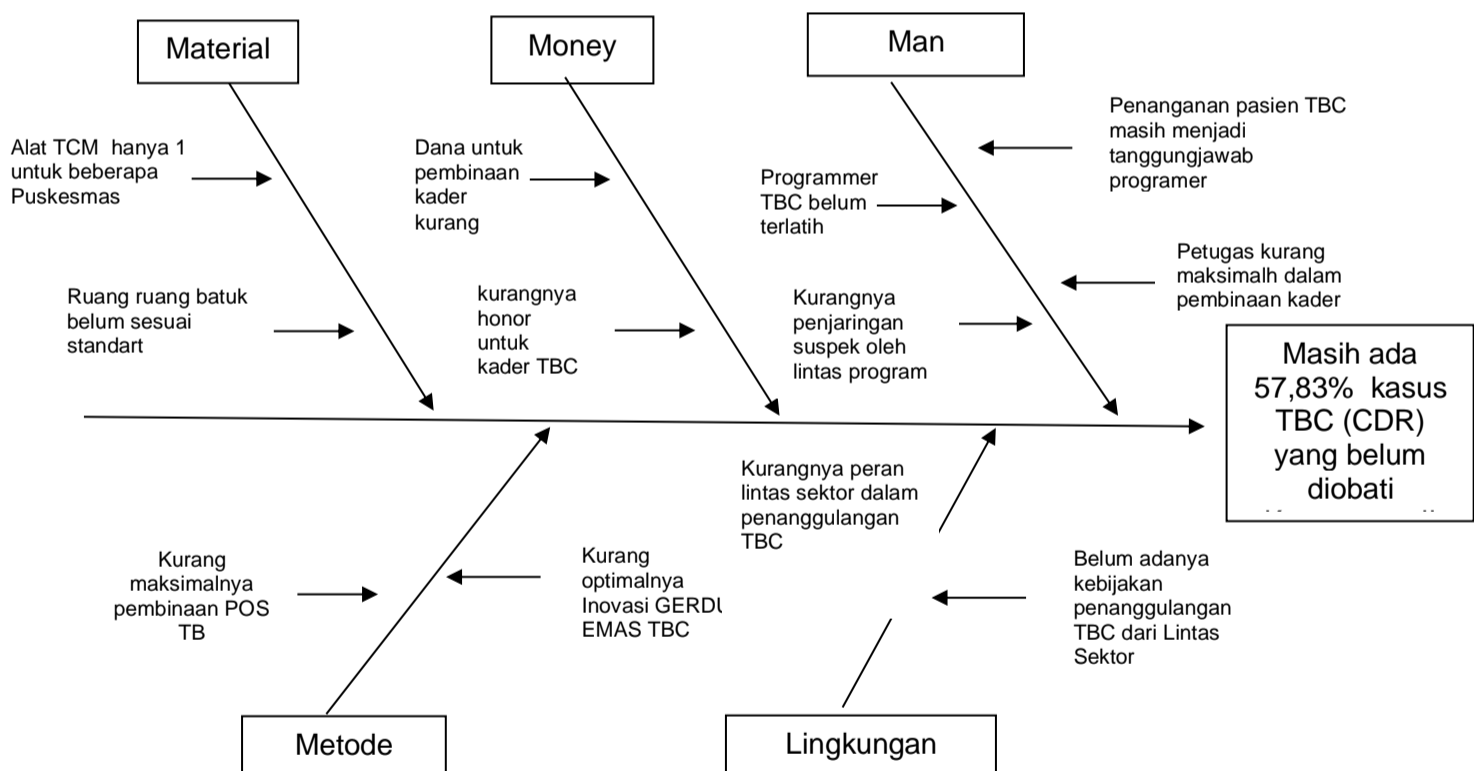
Berdasarkan tabel penentuan Prioritas masalah di atas diperoleh prioritas masalah yang kemudian dilakukan analisis akar penyebab masalah melalui analisis fishbone sebagai berikut :

1. ANGKA KEMATIAN BAYI DAN BALITA

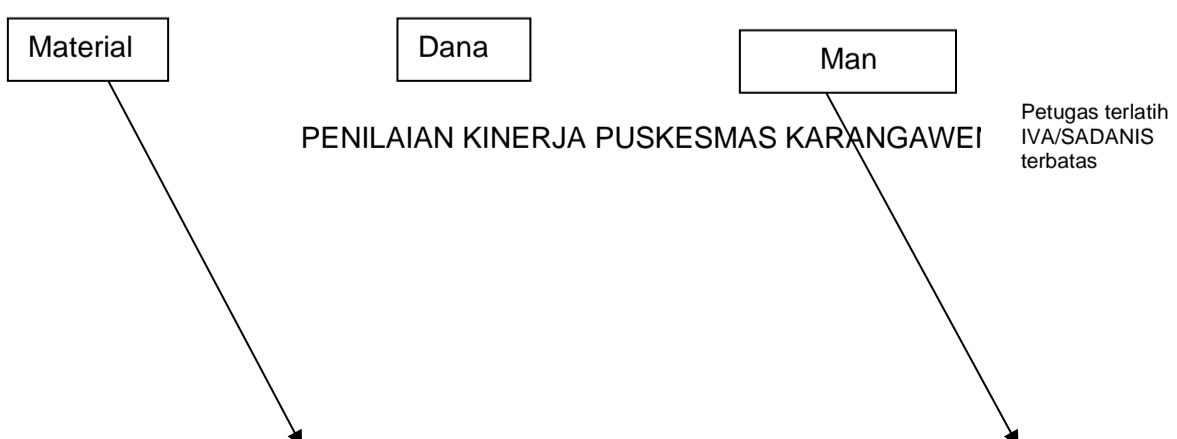


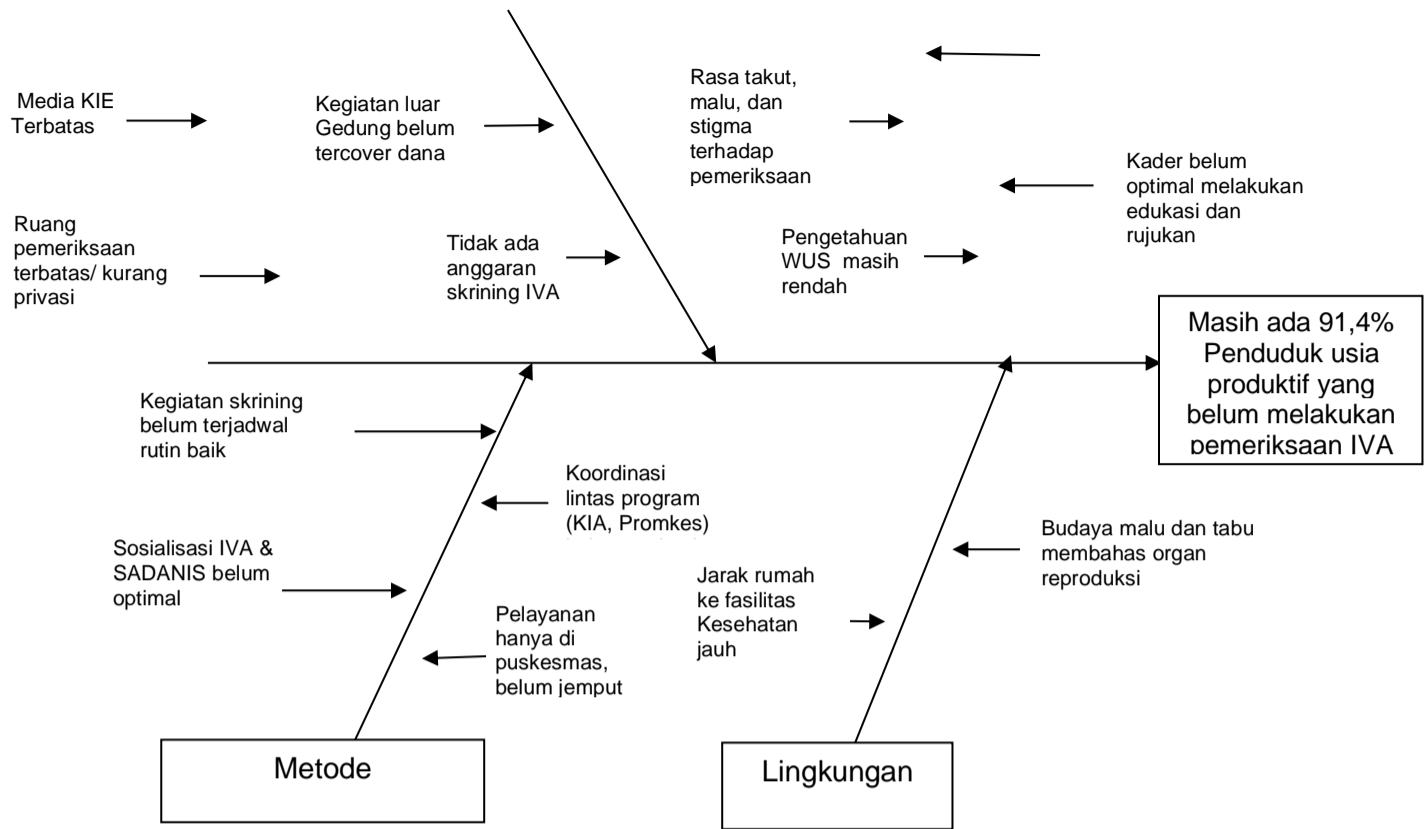


2. KASUS TBC YANG BELUM DIobati



3. DETEKSI DINI IVA





F. ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH

NO	Faktor Risiko/ Penyebab Masalah	Alternatif Pemecahan Masalah
Angka Kematian Bayi dan Balita (AKB-AKABA)		
1	Kualitas ANC terpadu kurang maksimal	Sosialisasi Kembali SOP ANC terpadu
2	K1 dan K5 belum semuanya mendapatkan pelayanan USG	a. Sosialisasi adanya pelayanan USG b. Pembuatan promosi tentang pelayanan USG di media sosial c. Penjaringan K1 dan K5 oleh bidan dan kader pada setiap kegiatan posyandu
3	Menggalakan mom and baby sniper	Melakukan re aktifasi mom and baby sniper
Kasus TBC (CDR) yang belum diobati		
1	Ruang pelayanan dan Ruang Batuk belum sesuai standard	Pengusulan Tempat Berdahak sesuai standart PPI
2	Alat TCM hanya 1 utk beberapa PKM	Pengajuan alat TCM ke dinas
3	Belum ada honor untuk kader TBC	Pengajuan anggaran honor untuk kader TBC
4	Dana pembinaan kader masih kurang	Pengajuan penambahan anggaran pembinaan kader
5	Kurangnya penjaringan suspek oleh petugas	Meningkatkan Kerjasama jejaring dan jaringan
6	Petugas belum terlatih	Pengajuan usulan pelatihan bagi programmer TBC
7	Masalah TBC masih menjadi tanggung jawab progamer	Penggalangan komitmen lintas program untuk penanggulangan kasus TBC
8	Peran pos TB desa kurang maksimal	Pembinaan dan monev pos TB
9	Kurang monev oleh petugas	Penjadwalan monev
10	Belum ada kebijakan tentang TBC dari Lintas sektor	Advokasi dan Kordinasi dengan Lintas Sektor
Penduduk usia produktif yang belum melakukan pemeriksaan IVA		
1.	Kurangnya petugas terlatih dalam pemeriksaan IVA	Pelatihan IVA, Koordinasi dengan Klaster 1 (Manajemen) untuk peaksanaan IHT (In House Training)
2.	Kurangnya sosialisasi ke kader dan	Sosialisasi ke kader dan masyarakat lewat

	masyarakat	media sosial, kegiatan dalam maupun luar gedung
3	Jadwal pelaksanaan IVA kurang maksimal	Jadwal pelaksanaan pemeriksaan IVA dimaksimalkan (setiap hari kerja)
4	Kurangnya koordinasi lintas program	Koordinasi dan komunikasi dengan programmer ibu dalam pengiriman pasien IVA

BAB V RENCANA TINDAK LANJUT

Tabel 5.1 Rencana Tindak Lanjut

NO	MASALAH	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	WAKTU PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	INDIKATOR CAPAIAN	DANA
1	Kasus Kematian Bayi							
	Kualitas ANC terpadu kurang maksimal	Sosialisasi SOP ANC terpadu	Agar petugas melakukan Pemeriksaan kehamilan sesuai SOP	Bidan	Januari - Desember	Pj Klaster 2	Petugas melaksanakan ANC sesuai SOP	-
	K1 dan K5 belum semuanya mendapatkan pelayanan USG	Sosialisasi ulang adanya pelayanan USG	Agar masyarakat mengetahui adanya pelayanan USG di puskesmas	ibu hamil	Januari - Desember	Promkes	Sudah ada sosialisasi ulang pelayanan USG	-

NO	MASALAH	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	WAKTU PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	INDIKATOR CAPAIAN	DANA
			kehamilan					
	Menggalakan mom and baby sniper	Melakukan re aktifasi tim mom and baby sniper di tiap desa	Solusi percepatan penurunan AKB dan AKABA	Ibu Hamil	Januari - Desember	Pj Klaster 2	mom and baby sniper sudah berjalan di 6 desa	-
2	Kasus TBC (CDR) yang belum diobati							
	Kurangnya Dana	Pengajuan anggaran di RUK	Terpenuhinya pendanaan untuk ruang pelayanan, alat, dan pembinaan kader	Ruang pelayanan, alat TCM, kader	Januari	Pj Klaster 4	Adanya dana untuk ruang pelayanan, alat TCM, dan pembinaan kader	BOK
	Kurangnya penjangkaran suspek oleh petugas	Koordinasi jejaring dan jaringan	Meningkatkan cakupan suspek TB	BPM, DPM, klinik	Januari - Desember	Pj Jejaring	Peningkatan cakupan suspek TBC	BOK
	Petugas kurang maksimal dalam pembinaan kader	Pertemuan kader TBC	Meningkatkan peran kader	Kader TBC	Januari -	Pj Klaster 4	Peningkatan penemuan	BOK

NO	MASALAH	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	WAKTU PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	INDIKATOR CAPAIAN	DANA
			dalam penemuan suspek TBC tentang PHBS		Desember		suspek TBC	
	Belum ada kebijakan tentang TBC dari pemdes	Advokasi ke pemdes	Terbentuknya Desa Siaga TB	Camat Karangawen Dan Kepala desa	Januari	Pj Klaster 1	Terbentuknya Desa Percontohan Desa Siaga TBC	-
3	Penduduk usia produktif yang belum melakukan pemeriksaan IVA							
	Kurangnya petugas terlatih dalam pemeriksaan IVA	In House Training pada seluruh tenaga medis yang akan melaksanakan pelayanan IVA	Meningkatkan Skill/ kemampuan dalam melakukan pelayanan IVA pada tenaga medis	Dokter, Bidan	Jan- Des	Pj Klaster 3	Tenaga medis dapat melakukan pelayanan IVA	-
	Kurangnya sosialisasi ke kader dan masyarakat	Sosialisasi ke kader dan masyarakat	Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran Masyarakat akan pentingnya	Kader dan Masyarakat	Jan - Des	Pj Klaster 3	Masyarakat sadar dan mau untuk melakukan pemeriksaan IVA	-

NO	MASALAH	KEGIATAN	TUJUAN	SASARAN	WAKTU PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	INDIKATOR CAPAIAN	DANA
			melakukan deteksi dini kanker leher rahim melalui pemeriksaan IVA baik melalui pertemuan langsung maupun melalui media sosial					
	Jadwal pelaksanaan IVA kurang maksimal	Membuat jadwal pelayanan IVA, SOP, dan alur pelayanan	Meningkatkan efisiensi dan mengoptimalkan pelayanan IVA	Seluruh karyawan puskesmas	Jan - Des	Pj Klaster 3	Adanya jadwal, SOP, dan Alur pelayanan IVA	-
	Ruang pemeriksaan terbatas/ kurang privasi	Persiapan ruang pemeriksaan beserta alkes dan BMHP pelayanan IVA	Terdapat ruangan pemeriksaan IVA yang memenuhi standart	Ruang Pemeriksaan IVA	Jan - Des	Pj MFK	Adanya Ruang pemeriksaan, Alkes, dan BMHP pemeriksaan IVA	-

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan komponen penilaian kinerja Puskesmas, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penilaian kinerja Integrasi Layanan Primer Klaster 1 (Manajemen) di Puskesmas Karangawen II termasuk dalam kategori baik dengan prosentasi nilai rata-rata 94,44 %.
2. Penilaian kinerja Integrasi Layanan Primer Klaster 2 (Ibu dan Anak) di Puskesmas Karangawen II termasuk dalam kategori baik dengan prosentasi nilai rata-rata 99,34 %.
3. Penilaian kinerja Integrasi Layanan Primer Klaster 3 (Dewasa dan Lansia) di Puskesmas Karangawen II termasuk dalam kategori baik dengan prosentasi nilai rata-rata 95,08 %.
4. Penilaian kinerja Integrasi Layanan Primer Klaster 4 (Penanggulangan Penyakit) di Puskesmas Karangawen II termasuk dalam kategori baik dengan prosentasi nilai rata-rata 94,81 %.
5. Penilaian kinerja Integrasi Layanan Primer Lintas Klaster di Puskesmas Karangawen II termasuk dalam kategori baik dengan prosentasi nilai rata-rata 98,75 %.
6. Penilaian Capaian Standart Penilaian Minimum (SPM) juga termasuk dalam kategori Baik dengan prosentasi nilai rata-rata 100% .
7. Penilaian Capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) juga termasuk dalam kategori Baik dengan prosentasi nilai rata-rata 96,72% .
8. Hasil total keseluruhan Kinerja Kegiatan Puskesmas KARANGAWEN II termasuk dalam kategori Baik dengan nilai rata-rata **97,02 %**.

B. SARAN

1. Untuk mencapai penilaian kinerja puskesmas yang baik, harus selalu dilaksanakan manajemen perbaikan dan peningkatan yang terus menerus oleh manajemen Puskesmas;
2. Melaksanakan monitoring dan evaluasi setiap bulan untuk memantau hasil kegiatan berdasarkan indikator kinerja yang telah ditetapkan;

3. Melaksanakan perbaikan pada sistem pelaporan sehingga tidak terjadi keterlambatan pelaporan SP3;
4. Melaksanakan tindak lanjut dari hasil monev untuk mencapai target kinerja apabila target kinerja belum tercapai.

Kepala Puskesmas Karangawen II

TIM PELAKSANA

MONITORING

dr. Lukluul Maknun
NIP. 197712152008012009

1. PJ KLASSTER 1 (MANAJEMEN)

Sekar Ratih Widowati, S.ST.S.Kep.Ners
NIP. 197110061994032001

2. PJ KLASSTER 2 (IBU DAN ANAK)

dr. Nor Aida
NIK BLUD. 202309012014

3. PJ KLASSTER 3 (DEWASA DAN LANSIA)

dr. Lailatul Rizki Utami
NIP. 199102142019032004

4. PJ KLASSTER 4 (PENANGGULANGAN
PENYAKIT)

drg. Fikratul Ulya Rahmawati
NIP. 199005272019032003

5. PJ LINTAS KLASSTER

dr. Endang Puji Astuti
NIP. 197908172010012023