

## B. Penjelasan Indikator Standar Pelayanan Minimal Wajib Pengembangan

### 1. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

a.	Pernyataan standar	setiap ibu nifas 6 (enam) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari paska persalinan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar oleh tenaga kesehatan
b.	Dimensi mutu	prosentase ibu nifas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar oleh tenaga kesehatan
c.	Pengertian	pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu nifas oleh tenaga kesehatan
d.	Standar pelayanan	1) pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu; 2) pemeriksaan tinggi <i>fundus uteri</i> (involusi uterus); 3) pemeriksaan <i>lokhia</i> dan pengeluaran per vaginam lainnya; 4) pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan; dan 5) pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU (dua ratus ribu <i>international unit</i> ) sebanyak 2 (dua) kali. Pemberian pertama segera setelah melahirkan, dan pemberian kedua diberikan 24 (dua puluh empat) jam setelah pemberian kapsul Vitamin A pertama.
e.	Definisi operasional capaian Kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	cakupan pelayanan pada ibu nifas sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 (satu) tahun.
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase ibu nifas yang telah memperoleh pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 (satu) tahun
	<i>Numerator</i>	jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 (tiga) kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun 1 (satu) tahun
	<i>Denominator</i>	jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 (satu) tahun
g.	Target	95% (sembilan puluh lima persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) pendataan ibu nifas; 2) pelayanan nifas; 3) pengisian dan pemanfaatan buku kesehatan ibu dan anak (KIA); 4) pencatatan dan pelaporan; dan 5) rujukan pertolongan nifas jika di perlukan.
i.	Monitoring dan evaluasi	<i>kohort</i> ibu dan pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS KIA)
j.	Sumber daya manusia	1) bidan; 2) dokter/dokter layanan primer; dan 3) dokter spesialis.
k.	Sumber data	pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS KIA) dan <i>kohort</i> ibu

l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap 3 (tiga) bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	bidan koordinator, bidan penanggung jawab kesehatan ibu, bidan desa

## 2. Pelayanan Keluarga Berencana

a.	Pernyataan standar	setiap pasangan usia subur (PUS) mendapatkan pelayanan keluarga berencana (KB) sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keamanan, keselamatan, efisiensi
c.	Pengertian	<p>pelayanan keluarga berencana sesuai standar adalah pelayanan yang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten (bidan, dokter, dokter spesialis kebidanan dan kandungan) yang mempunyai surat ijin praktik (SIP) dan surat tanda registrasi (STR);</li> <li>2) dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan; dan</li> <li>3) menggunakan metoda kontrasepsi yang tepat sesuai dengan kebutuhan dan keadaan kesehatan pasien.</li> </ol> <p>fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) puskesmas;</li> <li>2) tempat praktek tenaga kesehatan (bidan, dokter dan dokter spesialis kebidanan dan kandungan);</li> <li>3) klinik pratama dan klinik utama; dan</li> <li>4) rumah sakit pemerintah dan swasta.</li> </ol>
d.	Standar pelayanan	salah satu pasangan usia subur baik wanita atau pria menggunakan salah satu metoda kontrasepsi, meliputi: kondom, suntik, pil, <i>implant</i> , medis operasi wanita (MOW/tubektomi) maupun medis operasi pria (MOP/vasektomi)
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	cakupan pelayanan keluarga berencana sesuai standar di wilayah kerja dalam waktu 1 (satu) tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase pasangan usia subur mendapatkan pelayanan keluarga berencana sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah pasangan usia subur yang mendapatkan pelayanan keluarga berencana sesuai standar
	<i>Denominator</i>	jumlah pasangan usia subur yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) pendataan pasangan usia subur;</li> <li>2) pemeriksaan fisik;</li> <li>3) pelayanan kontrasepsi;</li> <li>4) pencatatan dan pelaporan; dan</li> </ol>

		5) rujukan (jika diperlukan).
i.	Monitoring dan evaluasi	setiap bulan
j.	Sumber daya manusia	bidan, dokter, dokter spesialis kebidanan dan kandungan
k.	Sumber data	<i>kohort</i> keluarga berencana
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggung jawab, pengumpul data dan pelaporan	bidan koordinator keluarga berencana

### 3. Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif

a.	Pelayanan standar	setiap bayi sejak lahir sampai umur 5 (lima) bulan 29 (dua puluh sembilan) hari mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keselamatan dan kualitas
c.	Pengertian	setiap bayi sejak lahir sampai umur 5 (lima) bulan 29 (dua puluh sembilan) hari yang diberi air susu ibu saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral
d.	Standar pelayanan	bayi sejak lahir sampai umur 5 bulan 29 hari hanya mendapat air susu ibu saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral yang diresepkan oleh petugas kesehatan
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	proporsi bayi mencapai umur 5 (lima) bulan 29 (dua puluh sembilan) hari yang diberi air susu ibu saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral terhadap jumlah seluruh bayi yang mencapai umur 5 (lima) bulan 29 (dua puluh sembilan) hari yang tercatat pada register pencatatan di suatu wilayah pada periode tertentu
f.	Rumus perhitungan kinerja	setiap bayi sejak lahir sampai umur 5 (lima) bulan 29 (dua puluh sembilan) hari yang mendapat air susu ibu eksklusif sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah bayi umur 5 (lima) bulan 29 (dua puluh sembilan) hari yang hanya mendapat air susu ibu saja (kecuali obat, vitamin dan mineral tertentu) di suatu wilayah kerja pada periode tertentu
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh bayi yang mencapai umur 5 (lima) bulan 29 (dua puluh sembilan) hari yang tercatat pada register pencatatan di suatu wilayah pada periode tertentu
g.	Target	86% (delapan puluh enam persen)
h.	Langkah kegiatan	pengumpulan data, sosialisasi, monitoring dan evaluasi

i.	Monitoring dan evaluasi	laporan air susu ibu eksklusif
j.	Sumber daya manusia	nutrisionis, bidan, kader
k.	Sumber data	kartu menuju sehat bayi, <i>kohort</i> bayi, <i>kohort</i> air susu ibu, laporan pos pelayanan terpadu
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisa dan pelaporan	setiap semester
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	koordinator gizi

#### 4. Pelayanan Kesehatan Balita Gizi Buruk

a.	Pelayanan standar	setiap balita umur 0 - 59 bulan (nol sampai dengan lima puluh sembilan bulan) dengan gizi buruk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keselamatan dan kualitas
c.	Pengertian	balita gizi buruk (berat badan/tinggi badan (BB/TB) dengan nilai Z-score <-3 SD) yang dirawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan di masyarakat sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada periode tertentu
d.	Standar pelayanan	1) pengukuran antropometri (berat badan, tinggi badan/panjang badan); 2) pemeriksaan gejala klinis; 3) anamnesa gizi; 4) penghitungan kebutuhan gizi; 5) penentuan paket intervensi; 6) pemberian paket intervensi bagi balita gizi buruk sesuai dengan keadaan balita; 7) tindak lanjut kasus balita gizi buruk pasca perawatan; dan 8) konsultasi gizi.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	proporsi kasus balita gizi buruk (BB/TB dengan nilai Z-score <-3 SD) yang dirawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai tata laksana gizi buruk di suatu wilayah kerja pada periode tertentu terhadap jumlah kasus balita gizi buruk yang ditemukan di suatu wilayah pada periode tertentu
f.	Rumus perhitungan kinerja	persentase balita gizi buruk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah kasus balita gizi buruk yang dirawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai tata laksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada periode tertentu

	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh kasus balita gizi buruk yang ditemukan di satu wilayah kerja pada periode tertentu
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah Kegiatan	verifikasi status gizi, komunikasi, informasi edukasi (KIE), perawatan di <i>Therapeutic Feeding Center</i> (TFC), intervensi dengan pemberian makanan tambahan pemulihan
i.	Monitoring dan evaluasi	kenaikan berat badan dengan melihat garis pertumbuhan normal
j.	Sumber daya manusia	a) nutrisisionis; b) bidan; dan c) tim <i>Therapeutic Feeding Center</i> (TFC).
k.	Sumber data	<i>kohort</i> bayi, register kesehatan ibu dan anak (KIA), laporan bidan praktek swasta (BPS), laporan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan di posyandu, sistem pencatatan pelaporan tingkat puskesmas (SP2TP)
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan dan setiap kali ditemukan kasus baru status gizi buruk
m.	Periode analisa dan pelaporan	setiap semester
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	koordinator gizi

##### 5. Pelayanan Kesehatan Remaja

a.	Pernyataan standar	setiap remaja putri umur 12 - 18 (dua belas sampai dengan delapan belas) tahun mendapatkan pelayanan kesehatan berupa tablet tambah darah setiap seminggu sekali sepanjang tahun bagi yang bersekolah di sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP) dan sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA) atau sederajat
b.	Dimensi mutu	keselamatan dan kualitas
c.	Pengertian	jumlah remaja putri yang mendapatkan tablet tambah darah setiap minggu sekali sepanjang tahun setara dengan 52 (lima puluh dua) tablet di suatu wilayah pada periode tertentu
d.	Standar Pelayanan	remaja putri umur 12 - 18 (dua belas sampai dengan delapan belas) tahun yang bersekolah di sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP) dan sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA) atau sederajat mendapat 52 (lima puluh dua) tablet tambah darah (TTD) sejak tahun ajaran baru sampai akhir tahun ajaran
e.	Definisi operasional Capaian Kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	proporsi remaja putri yang mendapatkan tablet tambah darah setiap minggu sekali sepanjang tahun setara dengan 52 (lima puluh dua) tablet terhadap jumlah remaja putri di suatu wilayah pada periode tertentu

f.	Rumus perhitungan kinerja	persentase remaja putri umur 12 - 18 (dua belas sampai dengan delapan belas) tahun mendapatkan pelayanan kesehatan berupa tablet tambah darah setiap seminggu sekali sepanjang tahun yang bersekolah di sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP) dan sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA) atau sederajat
	<i>Numerator</i>	jumlah remaja putri yang mendapatkan tablet tambah darah setiap minggu sekali sepanjang tahun setara dengan 52 (lima puluh dua) tablet di suatu wilayah pada periode tertentu
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh remaja putri di suatu wilayah pada periode tertentu
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah kegiatan	pendataan dan skrining remaja, sosialisasi anemia remaja, pemberian tablet tambah darah, bimbingan teknis pelaporan
i.	Monitoring dan evaluasi	laporan pemberian tablet tambah darah di sekolah, capaian akhir program
j.	Sumber daya manusia	tim usaha kesehatan sekolah (UKS), guru, kepala sekolah
k.	Sumber data	data skrining siswa sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP) dan sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA) atau sederajat yang putri, data pemberian tablet tambah darah di sekolah
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisa dan pelaporan	setiap semester
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	koordinator gizi

## 6. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

a.	Pernyataan standar	setiap pasien gigi mulut mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	akses pelayanan, kelangsungan pelayanan, kenyamanan, kompetensi teknis
c.	Pengertian	pelayanan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar yang dilakukan oleh perawat gigi dan dokter gigi sesuai dengan standar prosedur operasi (SPO) yang ditetapkan di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas)
d.	Standar pelayanan	pedoman paket dasar pelayanan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas dan standar prosedur operasi (SPO) yang ditetapkan di puskesmas
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	cakupan pelayanan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase pasien gigi dan mulut mendapatkan pelayanan sesuai standar

	<i>Numerator</i>	jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut sesuai standar dalam satu tahun di puskesmas
	<i>Denominator</i>	jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dalam satu tahun di puskesmas
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) petugas pendaftaran memanggil pasien sesuai dengan urutan antrian;</li> <li>2) petugas pendaftaran berkomunikasi dengan pasien untuk mengetahui keluhan;</li> <li>3) petugas menulis data sosial dan jenis asuransi serta nomor asuransi penjaminan;</li> <li>4) petugas mempersilahkan pasien menuju klinik gigi dan mulut;</li> <li>5) petugas di klinik memanggil pasien sesuai dengan urutan untuk dianamnesa;</li> <li>6) dokter memanggil pasien yang sudah dianamnesa oleh perawat, sesuai dengan urutannya, dan memberi pelayanan sesuai keluhan pasien;</li> <li>7) dokter merujuk ke unit lain atau unit penunjang apabila diperlukan;</li> <li>8) dokter merujuk ke rumah sakit apabila diperlukan;</li> <li>9) pasien menuju kasir apabila merupakan pasien umum/tidak menggunakan jaminan kesehatan; dan</li> <li>10) pasien menuju ruang obat untuk mengambil obat jika pasien mendapatkan resep.</li> </ol>
i.	Monitoring dan evaluasi	dilakukan monitoring setiap semester melalui pertemuan koordinator kesehatan gigi dan mulut
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) dokter gigi, dokter gigi spesialis; dan</li> <li>2) perawat gigi</li> </ol>
k.	Sumber data	laporan bulanan pelayanan kesehatan gigi dan mulut
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap semester
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) koordinator kesehatan gigi dan mulut puskesmas; dan</li> <li>2) pemegang program kesehatan gigi dan mulut dinas kesehatan.</li> </ol>

#### 7. Pelayanan Psikologi di Pusat Kesehatan Masyarakat

a.	Pernyataan standar	setiap orang yang membutuhkan pelayanan psikologi mendapatkan pelayanan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	kualitas dan kompetensi

c.	Pengertian	<p>pelayanan adalah suatu proses interaksi seseorang untuk memenuhi segala apa yang diperlukan orang lain, baik tamu/pelanggan/pasien/pegawai dan sebagainya. Psikologi adalah sebuah bidang ilmu pengetahuan dan ilmu terapan yang mempelajari mengenai perilaku dan fungsi mental manusia secara ilmiah.</p> <p>Pelayanan psikologi adalah segala bentuk kegiatan dan interaksi untuk memenuhi kebutuhan orang lain, terkait perilaku dan fungsi mental manusia terkait dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masalah kesehatan, termasuk memberikan rujukan dan surat keterangan;</li> <li>2) masalah perkembangan manusia usia mulai dari anak sampai dengan lanjut;</li> <li>3) masalah klinis yang muncul dalam ranah pendidikan;</li> <li>4) masalah perkembangan dan pengelolaan diri;</li> <li>5) masalah perkawinan keluarga;</li> <li>6) masalah psikologi klinis dalam ranah forensik; dan</li> <li>7) masalah penyesuaian dan patologi sosial/lingkungan.</li> </ol>
d.	Standar pelayanan	<p>kompetensi psikolog adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) memiliki surat ijin praktek dan telah mendapatkan pelatihan khusus yang tersertifikasi untuk pemeriksaan terkait dengan kesehatan dan hukum; dan</li> <li>2) psikolog klinis yang memiliki surat ijin praktek dan telah mendapatkan pelatihan tersertifikasi dalam melakukan administrasi tes dan pemeriksaan yang terkait dengan hukum.</li> </ol> <p>prosedur <i>assesment</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) melakukan observasi dan wawancara sebagai dasar <i>asesment</i> secara keseluruhan;</li> <li>2) Mengungkap setiap aspek dengan minimal 1 (satu) instrumen obyektif dan 1 (satu) instrumen proyektif;</li> <li>3) Melaksanakan setiap tes sesuai dengan standar administrasi tes psikologis dan sesuai dengan kode etik psikologi;</li> <li>4) pengadaan dan penyimpanan instrumen tes psikologi dilakukan sesuai dengan kode etik psikologi; dan</li> <li>5) level <i>assesment</i> dan instrumen pengukuran menyesuaikan level pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) level 1 (satu/standar): pemeriksaan minimum atas kesehatan jiwa dan potensi fungsional psikologis;</li> </ol> </li> </ol>



		<p>b) level 2 (dua/komprehensif): pemeriksaan komprehensif atas kesehatan jiwa dan potensi fungsional psikologis, kecenderungan gangguan dan potensi kemampuan secara umum akan di periksa; dan</p> <p>c) level 3 (tiga/komprehensif - spesifik): pemeriksaan atas kesehatan jiwa dan potensi fungsional psikologi, kecenderungan gangguan dan potensi kemampuan bekerja produktif, belajar, ditambah aktivitas yang secara spesifik diperlukan akan diperiksa.</p> <p>Instrumen <i>assessment</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kepribadian, meliputi: grafis, 16 PF, EppS, MMpl, TAT, Ro;</li> <li>2) daya tahan terhadap stress, meliputi: grafis, 16 pF, MMpl;</li> <li>3) tingkat inteligensi dan pola kerja, meliputi: IST, DI, pauli, papikostik;</li> <li>4) hubungan interpersonal dan pola komunikasi, meliputi: observasi, wawancara;</li> <li>5) kecenderungan neurotik atau psikotik; dan</li> <li>6) Kesimpulan.</li> </ol>
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	jumlah kunjungan pelayanan psikologi di puskesmas dalam kurun waktu 1 (satu) bulan
f.	Rumus Penghitungan Kinerja	persentase jumlah kunjungan pelayanan psikologi di puskesmas dalam kurun waktu 1 bulan
	<i>Numerator</i>	jumlah kunjungan pelayanan psikologi di puskesmas dalam kurun waktu 1 bulan
	<i>Denominator</i>	110 orang
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	pelayanan psikologi, pencatatan, pelaporan, analisa data, monitoring dan evaluasi
i.	Monitoring dan evaluasi	laporan, pertemuan koordinasi dan evaluasi, <i>public health nursing</i> (PHN) monitoring dan evaluasi
j	Sumber daya manusia	psikolog puskesmas
k	Sumber data	laporan kunjungan pelayanan psikologi di puskesmas
l	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n	Penanggungjawab Pengumpul data pelaporan	psikolog puskesmas

8. Pelayanan Penyakit Menular Demam Berdarah Dengue

a.	Pernyataan standar	penatalaksanaan setiap kasus penyakit menular demam berdarah dengue (DBD) sesuai prosedur
b.	Dimensi mutu	keamanan, hubungan antar manusia, keefektifan
c.	Pengertian	<p>pelayanan demam berdarah dengue sesuai prosedur adalah pelayanan demam berdarah dengue dengan kewaspadaan dini rumah sakit (KDRS) kemudian ditindak lanjuti sesuai prosedur tetap penanganan demam berdarah dengue</p> <p>tatalaksana kasus demam berdarah dengue adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) terdapat kasus demam berdarah dengue yang dilaporkan oleh:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) masyarakat;</li> <li>b) rumah sakit yang merawat pasien dengan prosedur kewaspadaan dini rumah sakit; dan</li> <li>c) rumah sakit melaporkan ke dinas kesehatan atau puskesmas.</li> </ol> </li> <li>2) dinas kesehatan/puskemas menerima kewaspadaan dini rumah sakit dan melakukan verifikasi kasus;</li> <li>3) puskesmas melakukan penyelidikan epidemiologi, sebagai berikut:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) penyelidikan epidemiologi dalam waktu 1 (satu) kali 24 (dua puluh empat) jam; dan</li> <li>b) fokus penularan demam berdarah dengue.</li> </ol> </li> <li>4) puskesmas melakukan pemantauan jentik di sekitar kasus. Target angka bebas jentik (ABJ) &gt;95% (lebih besar dari Sembilan puluh lima persen);</li> <li>5) puskesmas melakukan penyuluhan dan pencegahan demam berdarah dengue:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan menguras, mengubur, menutup. Plusnya memakai obat nyamuk, memakai kelambu saat tidur, menghindari kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah yang bisa menjadi tempat istirahat nyamuk, dan lain-lain (3M plus);</li> <li>b) pemberian larvasida; dan</li> <li>c) penyuluhan kasus demam berdarah dengue.</li> </ol> </li> <li>6) puskesmas melakukan <i>fogging focus</i> bila memenuhi kriteria sebagai berikut:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ada 1 (satu) penderita demam berdarah dengue meninggal, atau;</li> <li>b) ada 1 (satu) penderita <i>Dengue Shock Syndrome (DSS)</i>;</li> </ol> </li> </ol>

		<p>c) ada 1 (satu) penderita demam berdarah dengue dengan diagnosa pasti dari rumah sakit dan tersangka demam berdarah dengue atau penderita panas lainnya; dan</p> <p>d) angka bebas jentik &lt; 95% (kurang dari sembilan puluh lima persen).</p> <p>7) pelaksanaan fogging fokus, sebagai berikut:</p> <p>a) melakukan penyuluhan;</p> <p>b) melakukan pemberantasan sarang nyamuk;</p> <p>c) dilaksanakan paling lama 3 x 24 (tiga kali dua puluh empat) jam setelah penyelidikan epidemiologi;</p> <p>d) sebanyak 2 (dua) siklus dengan interval 1 (satu) minggu; dan</p> <p>e) radius 200 (dua ratus) meter.</p>
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	prosentase jumlah kasus yang ditindaklanjuti sesuai prosedur di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	prosentase penatalaksanaan kasus penyakit menular demam berdarah dengue sesuai prosedur
	<i>Numerator</i>	jumlah kasus demam berdarah dengue yang dilakukan tatalaksana sesuai prosedur pada kurun waktu satu tahun
	<i>Denominator</i>	jumlah kasus demam berdarah dengue di wilayah kerjanya pada kurun waktu satu tahun
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<p>1) rumah sakit yang merawat demam berdarah dengue membuat kewaspadaan dini rumah sakit;</p> <p>2) dinas kesehatan menerima kewaspadaan dini rumah sakit;</p> <p>3) puskesmas menerima informasi kewaspadaan dini rumah sakit;</p> <p>4) puskesmas melakukan penyelidikan epidemiologi;</p> <p>5) puskesmas melakukan pemantauan jentik di sekitar kasus;</p> <p>6) puskesmas melakukan penyuluhan demam berdarah dengue; dan</p> <p>7) puskesmas melakukan <i>fogging focus</i> bila memenuhi kriteria.</p>
i.	Monitoring dan evaluasi	<p>1) kewaspadaan dini rumah sakit;</p> <p>2) laporan pemantauan jentik berkala (PJB); dan</p> <p>3) laporan penyelidikan epidemiologi.</p>
j.	Sumber daya manusia	<p>1) dokter;</p> <p>2) programer demam berdarah dengue dinas kesehatan;</p> <p>3) petugas/penanggung jawab demam berdarah dengue puskesmas; dan</p>

		4) epidemiolog puskesmas.
k.	Sumber data	<i>programmer</i> demam berdarah dengue dinas kesehatan
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap semester
m.	Periode analisa	setiap semester
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	kepala seksi pencegahan dan penanggulangan penyakit menular

9. Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dengan Pendekatan Keluarga

a.	Pernyataan standar	setiap keluarga dengan risiko/rawan kesehatan mendapatkan perawatan kesehatan masyarakat dengan pendekatan keluarga sesuai standar
b.	Dimensi mutu	hubungan antar manusia, akses pelayanan, kelangsungan pelayanan, kompetensi
c.	Pengertian	setiap keluarga dengan risiko/rawan kesehatan yang ditemukan saat pendataan keluarga sehat mendapatkan perawatan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan di puskesmas sesuai dengan standar pelayanan
d.	Standar pelayanan	1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas; dan 2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016 Tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kab.Sleman	dalam melakukan perawatan kesehatan masyarakat terutama bagi keluarga risiko/rawan kesehatan harus sesuai standar yang ada, dan berdasarkan hasil pendataan keluarga sehat dengan pendekatan keluarga di masing-masing wilayah
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase keluarga dengan risiko/rawan kesehatan mendapatkan perawatan kesehatan masyarakat dengan pendekatan keluarga sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah kepala keluarga dengan risiko/rawan kesehatan
	<i>Denominator</i>	jumlah kepala keluarga terdaftar di wilayah yang menjadi lokus pada tahun tersebut
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) penemuan kasus keluarga resiko rawan kesehatan dari pelayanan dalam gedung dan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK); 2) kunjungan rumah untuk dilakukan intervensi sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO); dan 3) monitoring keluarga risiko rawan kesehatan.

i.	Monitoring dan evaluasi	1) indeks keluarga sehat; dan 2) monitoring ke puskesmas tentang perkesmas.
j.	Sumber daya manusia	1) dokter; 2) perawat; 3) bidan; 4) sanitarian; 5) ahli gizi; dan 6) petugas promosi kesehatan dan tenaga kesehatan lainnya.
k.	Sumber data	1) data jumlah kepala keluarga (KK) di desa/kecamatan; dan 2) laporan perkesmas.
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap 6 (enam) bulan
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	1) programer Perkesmas di Puskesmas 2) programer Perkesmas di Dinas Kesehatan

#### 10. Pelayanan Rawat Jalan

a.	Pernyataan standar	setiap orang yang menggunakan rawat jalan di puskesmas mendapatkan pelayanan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	akses pelayanan, kelangsungan pelayanan, kompetensi teknis
c.	Pengertian	setiap orang yang menggunakan rawat jalan di puskesmas berhak mendapatkan pelayanan yang sesuai standar pelayanan di puskesmas
d.	Standar pelayanan	standar pelayanan operasional (SPO) rawat jalan di puskesmas
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kab.Sleman	setiap orang yang menggunakan rawat jalan di puskesmas berhak mendapatkan pelayanan yang sesuai standar pelayanan yang ditetapkan di puskesmas
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase orang yang menggunakan rawat jalan di puskesmas mendapatkan pelayanan sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah pasien rawat jalan yang mendapatkan pelayanan sesuai standar
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh pasien rawat jalan dalam satu tahun
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) petugas pendaftaran memanggil pasien sesuai dengan urutan antrian; 2) petugas pendaftaran berkomunikasi dengan pasien untuk mengetahui keluhan; 3) petugas menulis data sosial dan jenis asuransi serta nomor asuransi penjaminan; 4) petugas mempersilahkan pasien menuju klinik yang dituju;

		<p>5) petugas di klinik memanggil pasien sesuai dengan urutan untuk dianamnesa;</p> <p>6) dokter memanggil pasien yang sudah dianamnesa oleh perawat, sesuai dengan urutannya, dan memberi pelayanan sesuai keluhan pasien;</p> <p>7) dokter merujuk ke unit lain atau unit penunjang apabila diperlukan;</p> <p>8) dokter merujuk ke rumah sakit apabila diperlukan;</p> <p>9) pasien menuju kasir apabila merupakan pasien umum/tidak menggunakan jaminan kesehatan; dan</p> <p>10) pasien menuju ruang obat untuk mengambil obat jika pasien mendapatkan resep.</p>
i.	Monitoring dan evaluasi	<p>1) rekam medis rawat jalan terisi lengkap; dan</p> <p>2) survei kepuasan pelanggan eksternal.</p>
j.	Sumber daya manusia	<p>1) pendaftaran, perekam medis;</p> <p>2) dokter, dokter gigi;</p> <p>3) perawat;</p> <p>4) bidan;</p> <p>5) sanitarian;</p> <p>6) ahli gizi; dan</p> <p>7) petugas promosi kesehatan dan sumber daya manusia di puskesmas.</p>
k.	Sumber Data	<p>1) laporan kunjungan rawat jalan; dan</p> <p>2) laporan/rekapitulasi keluhan pelanggan rawat jalan.</p>
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap semester
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	koordinator pelayanan klinis

#### 11. Pelayanan Rawat Inap

a.	Pernyataan standar	setiap pasien yang menggunakan rawat inap di puskesmas mendapatkan pelayanan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	akses pelayanan, kelangsungan pelayanan, kenyamanan, kompetensi teknis
c.	Pengertian	setiap orang yang menggunakan rawat inap di puskesmas berhak mendapatkan pelayanan yang sesuai standar pelayanan di puskesmas
d.	Standar pelayanan	standar prosedur operasional (SPO) rawat inap di puskesmas
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	setiap pasien yang menggunakan rawat inap di puskesmas mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar prosedur operasional yang ditetapkan

f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase pasien yang menggunakan rawat inap di puskesmas mendapatkan pelayanan sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah pasien rawat inap di puskesmas yang mendapatkan pelayanan sesuai standar
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu tahun
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) menjelaskan hasil pemeriksaan dokter kepada pasien/keluarga bahwa pasien harus rawat inap/mondok;</li> <li>2) menanyakan apakah pasien mempunyai kartu berobat/kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan/ Jamkesmas/Jamkesda/ Jamkessos atau kartu jaminan yang lain;</li> <li>3) menjelaskan tata cara selama dirawat inap, tarif rawat inap dan syarat-syarat pemakaian kartu jaminan;</li> <li>4) menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan mempersilahkan pasien/keluarga untuk menandatangani <i>informed consent</i>;</li> <li>5) membuatkan rekam medis pasien rawat inap dan melaksanakan tindakan sesuai advis dokter;</li> <li>6) mengantarkan pasien ke ruang rawat inap dengan kursi roda atau brankar sesuai dengan kondisi pasien;</li> <li>7) menyertakan rekam medis dan obat - obatan sesuai resep dokter/obat darurat (sementara) sambil menunggu terapi dokter; dan</li> <li>8) pasien mendapat pelayanan rawat inap sampai sembuh atau di rujuk.</li> </ol>
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) berkas rekam medis rawat inap terisi lengkap; dan</li> <li>2) laporan kunjungan rawat inap.</li> </ol>
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) petugas pendaftaran dan perekam medis;</li> <li>2) dokter/dokter gigi;</li> <li>3) perawat;</li> <li>4) bidan;</li> <li>5) ahli gizi; dan</li> <li>6) apoteker dan tenaga lainnya sesuai dengan kebutuhan pasien.</li> </ol>
k.	Sumber data	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) laporan kunjungan rawat inap; dan</li> <li>2) laporan/rekapitulasi keluhan pelanggan rawat inap.</li> </ol>
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap semester

n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	koordinator pelayanan klinis
----	--	------------------------------

## 12. Standarisasi Mutu Pelayanan

a.	Pernyataan standar	setiap puskesmas memberikan pelayanan sesuai standar mutu
b.	Dimensi mutu	memenuhi 8 (delapan) dimensi mutu
c.	Pengertian	pelayanan sesuai standar mutu adalah pelayanan yang dilakukan oleh puskesmas, mencakup: 1) akses terhadap pelayanan; 2) keefektifan; 3) efisiensi; 4) keamanan; 5) kelangsungan layanan; 6) kompetensi teknis; 7) kenyamanan; dan 8) hubungan antar manusia.
d.	Standar pelayanan	1) standar struktur/input; 2) standar proses; dan 3) standar outcome.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	puskesmas terstandar mutu dengan akreditasi
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase puskesmas terstandarisasi mutu pelayanan
	<i>Numerator</i>	jumlah puskesmas yang memiliki status akreditasi minimal madya
	<i>Denominator</i>	jumlah puskesmas yang ada dalam 1 (satu) wilayah
g.	Target	65% (enam puluh lima persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) melakukan sosialisasi; 2) mengikuti <i>workshop</i> ; 3) mengikuti Pendampingan <i>self assestment</i> (SA); 4) mengikuti pendampingan penyusunan dokumen; 5) mengikuti pendampingan implementasi; 6) membuat <i>self assestment</i> (SA); 7) pendampingan penilaian <i>pra survey</i> ; 8) melakukan usulan ke dinas kesehatan untuk diusulkan <i>survey</i> ; dan 9) melakukan <i>survey</i> .
i.	Monitoring dan evaluasi	1) penyelesaian rekomendasi; 2) melakukan <i>self assestment</i> (SA); tiap 6 (enam) bulan sekali; 3) evaluasi Surat Keputusan (SK) dan standar prosedur operasional (SPO); dan 4) evaluasi regulasi pedoman masih berlaku apa tidak.



j.	Sumber daya manusia	1) <i>top management</i> ; 2) penanggung jawab kelompok kerja 1 (satu), 2 (dua), dan 3 (tiga); dan 3) seluruh karyawan.
k.	Sumber data	hasil <i>self assessment (SA)</i>
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap semester
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap semester
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	koordinator mutu

### 13. Pengelolaan Limbah Medis

a.	Pernyataan standar	setiap sarana kesehatan mengelola limbah medis padat dan cair sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keselamatan dan kualitas
c.	Pengertian	setiap sarana kesehatan wajib mengelola limbah medis padat dan cair sesuai standar baik dengan sarana pengelolaan sendiri maupun dipihak ketigakan. Sarana kesehatan yang dimaksud adalah meliputi rumah sakit, puskesmas, klinik, bidan praktik mandiri, laboratorium
d.	Standar pelayanan	Sarana kesehatan melakukan pewadahan, penampungan sementara, dan pengangkutan limbah medis (kerjasama dengan pihak ketiga). Bagi sarana yang memiliki sarana pengelolaan sendiri harus memiliki perijinan yang berlaku dan melakukan pengujian baku mutu hasil pengolahan limbah secara periodik 6 (enam) bulan sekali
e.	Definisi operasional capaian inerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	jumlah sarana kesehatan yang mengelola limbah medis padat dan cair sesuai standar dibagi jumlah sarana kesehatan yang ada dalam suatu wilayah puskesmas dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100% (seratus persen)
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase pengelolaan limbah medis sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah sarana kesehatan yang mengelola limbah medis sesuai standar
	<i>Denominator</i>	jumlah sarana kesehatan yang ada
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) inventarisasi sarana kesehatan yang ada di wilayah puskesmas; 2) menyusun rencana pengawasan pengelolaan limbah medis; 3) menyiapkan instrumen pengawasan; 4) melakukan pengawasan pengelolaan limbah medis ke sarana kesehatan; dan 5) melakukan pencatatan dan pelaporan.

i.	Monitoring dan evaluasi	1) memberikan feedback ke sarana kesehatan yang telah diawasi; dan
		2) melakukan evaluasi melalui pertemuan di puskesmas.
j.	Sumber daya manusia	sanitarian puskesmas
k.	Sumber data	data primer hasil pengawasan sarana kesehatan
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	sanitarian puskesmas

#### 14. Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan

a.	Pernyataan standar	setiap puskesmas dalam mengelola obat dan alat kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	Keamanan dan keselamatan
c.	Pengertian	pengelolaan obat puskesmas sesuai standar adalah pengelolaan obat dimulai dari gudang obat, penyimpanan dan pendistribusian, pencatatan kartu stok, pencatatan dan pelaporan serta penyerahan obat dilaksanakan dengan baik
d.	Standar pelayanan	pengelolaan obat dikatakan sesuai standar jika total hasil pemeriksaan dari pengelolaan obat di puskesmas bernilai diatas 90% (sembilan puluh persen)
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan di suatu wilayah kerja. Pengelolaan obat adalah rangkaian kegiatan puskesmas yang menyangkut aspek perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, pengawasan obat
f.	Rumus perhitungan kinerja	persentase pengelolaan obat dan alat kesehatan sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah pengelolaan obat dan alat kesehatan yang memenuhi kriteria
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh kriteria
g.	Target	70% (tujuh puluh persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) penyiapan <i>ceklist</i> pengelolaan obat; 2) pembuatan jadwal pemeriksaan pengelolaan obat; 3) pelaksanaana pemeriksaan pengelolaan obat di puskesmas; 4) rekapitulasi hasil pemeriksaan pengelolaan obat di puskesmas; dan 5) pembuatan laporan hasil pemeriksaan kepada kepala puskesmas.

i.	Monitoring dan evaluasi	menggunakan ceklist pemeriksaan pengelolaan obat di puskesmas
j.	Sumber daya manusia	apoteker dan tenaga teknis kefarmasian
k.	Sumber data	laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO), kartu stok, laporan penggunaan obat rasional, etiket obat, <i>ceklist</i> pemberian informasi kepada pasien
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan Pelaporan	setiap semester
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	apoteker puskesmas

#### 15. Pelayanan Kalibrasi

a.	Pernyataan standar	setiap alat kesehatan wajib kalibrasi dilakukan pemeriksaan kalibrasi sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keamanan, keselamatan
c.	Pengertian	kalibrasi adalah proses pengecekan dan penyesuaian akurasi dari alat ukur dengan cara membandingkan dengan standar/tolok ukur yang mampu telusur ( <i>traceable</i> ) ke standar nasional maupun internasional untuk satuan ukuran dan atau internasional dan bahan acuan tersertifikasi
d.	Standar pelayanan	setiap alat kesehatan wajib kalibrasi untuk pelayanan kesehatan di puskesmas, unit pelaksana teknis (UPT) Laboratorium, Pengelolaan Obat dan alat kesehatan (POAK) di Kabupaten Sleman terkalibrasi atau terverifikasi 100% (seratus persen) dalam kurun waktu tertentu
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	capaian alat kesehatan wajib kalibrasi dikalibrasi adalah rata-rata capaian unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan dalam memenuhi instrumen ukur yang terkalibrasi
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase alat kesehatan wajib kalibrasi dilakukan pemeriksaan kalibrasi sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah alat kesehatan wajib kalibrasi yang terkalibrasi
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh alat kesehatan wajib kalibrasi
g.	Target	95% (sembilan puluh lima persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) pembinaan pengelola sarana prasarana dan alat kesehatan; 2) update data aplikasi pengelolaan data sarana, prasarana dan alat-alat kesehatan (ASPAK); 3) validasi data aplikasi pengelolaan data sarana, prasarana dan alat-alat kesehatan (ASPAK); dan 4) monitoring dan evaluasi aplikasi pengelolaan data sarana, prasarana dan alat-alat kesehatan (ASPAK).
i.	Monitoring dan evaluasi	aplikasi pengelolaan data sarana, prasarana dan alat-alat kesehatan (ASPAK)

j.	Sumber daya manusia	1) pengelola barang puskesmas atau elektromedis puskesmas; dan 2) staf seksi sarana dan prasarana.
k.	Sumber data	aplikasi pengelolaan data sarana, prasarana dan alat-alat kesehatan (ASPAK)
l.	Frekuensi pengumpulan data	sekali setahun
m.	Periode analisis dan pelaporan	sekali setahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	pengelola barang

#### 16. Pelayanan Pangan Industri Rumah Tangga (PIRT)

a.	Pernyataan standar	setiap pemohon pangan industri rumah tangga (PIRT) mendapat pelayanan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keamanan dan keselamatan
c.	Pengertian	pelayanan sertifikasi pangan industri rumah tangga (PIRT) adalah serangkaian proses pemberian pelayanan bagi pemohon sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT) meliputi produk pangan olahan mulai dari penerimaan berkas permohonan, verifikasi persyaratan administrasi dan teknis sampai dengan diterbitkan/ditunda/ditolak permohonan tersebut
d.	Standar pelayanan	sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT) diterbitkan maksimal 10 (sepuluh) hari sejak terpenuhinya persyaratan administrasi dan persyaratan teknis; atau diterbitkannya surat keterangan penundaan/penolakan dalam hal belum/tidak terpenuhinya persyaratan sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO) Penerbitan Sertifikat Pangan Industri Rumah Tangga (PIRT)
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	1) industri rumah tangga pangan (IRTP) adalah perusahaan pangan yang memiliki tempat usaha di tempat tinggal dengan peralatan pengolahan pangan manual hingga semi otomatis; dan 2) sertifikat pangan industri rumah tangga (SP-IRT) adalah jaminan tertulis yang diberikan oleh Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan terhadap pangan produksi industri rumah tangga pangan (IRTP) di wilayah kerjanya yang telah memenuhi persyaratan dalam rangka peredaran pangan.
f.	Rumus perhitungan kinerja	persentase pemohon sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT) mendapat pelayanan sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah pemohon sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT) mendapat pelayanan sesuai standar
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh pemohon sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT)

g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah	puskesmas
	Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) menerima sampel makanan dari pemohon pangan industri rumah tangga (PIRT) dan meneruskan ke Unit Pelaksana Teknis (UPT) Laboratorium Kesehatan untuk dilakukan pemeriksaan/pengujian;</li> <li>2) menentukan besaran retribusi pemeriksaan sampel makanan sesuai peraturan daerah, menerima retribusi dan meneruskan retribusi ke Unit Pelaksana Teknis Laboratorium Kesehatan;</li> <li>3) mengambil hasil uji sampel makanan di Unit Pelaksana Teknis Laboratorium Kesehatan, melakukan analisa hasil uji dan menyampaikan hasil uji ke pemohon pangan industri rumah tangga (PIRT) untuk dilampirkan dalam berkas permohonan ke Dinas Kesehatan; dan</li> <li>4) khusus untuk pemohon pangan industri rumah tangga (PIRT) perpanjangan/perubahan/penambahan produk, selain melakukan langkah1 (satu), 2 (dua), 3 (tiga) di atas, juga melakukan pemeriksaan tempat dan sarana produksi dengan menggunakan format baku, dan menerbitkan Berita Acara Hasil Pemeriksaan.</li> </ol> <p>dinas kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) menerima dan mencatat setiap berkas permohonan sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT) yang masuk dan menerbitkan tanda terima;</li> <li>2) menyelenggarakan tahapan proses penerbitan sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT) meliputi Penyuluhan Keamanan Pangan, pemeriksaan tempat dan sarana produksi, dan verifikasi atas tindak lanjut hasil pemeriksaan; dan</li> <li>3) menerbitkan sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT) dalam waktu maksimal 10 (sepuluh) hari sejak terpenuhinya semua persyaratan, atau menerbitkan keterangan penundaan/penolakan jika belum/tidak terpenuhi persyaratan.</li> </ol>
i.	Monitoring dan evaluasi	lembar kendali pelayanan pangan industri rumah tangga (PIRT)
j.	Sumber daya manusia	tenaga administrator, tenaga teknis sesuai kompetensi (bersertifikat), pejabat yang berwenang mengesahkan/menandatangani sertifikat pangan industri rumah tangga (PIRT)
k.	Sumber data	<i>database</i> pemohon pangan industri rumah tangga PIRT di seksi farmasi makanan dan minuman
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan

m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap 3 (tiga) bulan
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	1) pengumpul data: staf seksi pangan industri rumah tangga (PIRT); dan 2) pelaporan: kepala seksi farmasi makanan dan minuman

17. Pengelolaan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang Memenuhi Syarat Kesehatan

a.	Pernyataan standar	setiap tempat pengelolaan makanan (TPM) menyelenggarakan pengelolaan makanan yang memenuhi persyaratan kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	prosentase tempat pengelolaan makanan memenuhi persyaratan kesehatan
c.	Pengertian	tempat pengelolaan makanan memenuhi persyaratan kesehatan adalah kondisi dan upaya dalam mengendalikan faktor resiko terjadinya kontaminasi pada makanan sesuai ketentuan-ketentuan teknis yang telah ditetapkan (standar) terhadap bahan, tempat, personil, peralatan dan produk pangan untuk menjamin keamanan makanan
d.	Standar pelayanan	tempat pengelolaan makanan memenuhi persyaratan kesehatan dibuktikan dengan hasil inspeksi sanitasi oleh petugas kesehatan yang kompeten minimal sekali dalam satu tahun sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO) Pengawasan dan Pengendalian Tempat Pengelolaan Makanan
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah kabupaten Sleman	makanan memenuhi persyaratan kesehatan dibuktikan dengan hasil inspeksi sanitasi oleh adalah setiap tempat beserta sarana dan prasarannya dimana orang atau badan menjalankan usaha di bidang pengelolaan pangan siap saji yang meliputi restoran/rumah makan, jasaboga, depot air minum, kantin, sentra makanan jajanan, pedagang kreatif lapangan (PKL) pangan dan pedagang asongan makanan jajanan
f.	Rumus perhitungan kinerja	persentase tempat pengelolaan makanan (TPM) menyelenggarakan pengelolaan makanan yang memenuhi persyaratan kesehatan sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah tempat pengelolaan makanan memenuhi syarat kesehatan sesuai standar
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh tempat pengelolaan makanan (TPM)
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	puskesmas 1) pelaksanaan pengawasan tempat pengelolaan makanan (TPM) dengan melakukan inspeksi sanitasi dan menentukan kriteria keterpenuhan persyaratannya oleh petugas yang kompeten; dan

		2) pelaporan hasil pengawasan oleh petugas puskesmas ke Dinas Kesehatan setiap bulan. dinas kesehatan: 1) rekapitulasi laporan bulanan pengawasan tempat pengelolaan makanan (TPM); 2) mengolah, mengevaluasi dan menganalisis data setiap 3 (tiga) bulan; dan 3) menyampaikan umpan balik rekapitulasi hasil pengawasan tempat pengelolaan makanan (TPM) ke semua puskesmas.
i.	Monitoring dan evaluasi	verifikasi laporan, <i>entry</i> data, evaluasi
j.	Sumber daya manusia	sanitarian puskesmas, sanitarian dinas kesehatan, tenaga administrator
k.	Sumber data	laporan bulanan pengawasan tempat pengelolaan makanan (TPM) puskesmas
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap 3 (tiga) bulan
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	1) pengumpul data: subbagian umum; 2) rekapitulasi data: staf Farmakmin, analisis; dan 3) pelaporan: Kasie Farmakmin

#### 18 Pengelolaan Tempat Tempat Umum (TTU) Yang Memenuhi Syarat Kesehatan

a.	Pernyataan standar	setiap tempat tempat umum (TTU) yang diperiksa memenuhi syarat kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keselamatan dan kualitas
c.	Pengertian	sarana tempat-tempat umum (TTU) yang dilakukan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL), hasil penilaiannya minimal mencapai 70% (tujuh puluh persen). Sarana tempat tempat umum (TTU) dimaksud meliputi sekolah, pasar, dan hotel
d.	Standar pelayanan	1) ada rencana kerja tahunan inspeksi kesehatan lingkungan tempat tempat umum (IKL TTU); 2) tersedia instrumen inspeksi kesehatan lingkungan tempat tempat umum (IKL TTU); dan 3) dilaksanakannya pembinaan dan pengawasan tempat tempat umum (TTU).
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	jumlah tempat tempat umum (TTU) yang dilakukan inspeksi kesehatan lingkungan dan hasilnya memenuhi syarat dalam kurun waktu tertentu dibagi jumlah tempat tempat umum (TTU) yang dilakukan inspeksi kesehatan lingkungan dalam kurun waktu tertentu kali 100% (seratus persen)
f.	Rumus penghitungan kinerja	Persentase pengelolaan tempat-tempat umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan

	<i>Numerator</i>	jumlah tempat tempat umum (TTU) yang memiliki hasil inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) memenuhi syarat
	<i>Denominator</i>	jumlah tempat tempat umum (TTU) yang dilakukan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL)
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) melakukan inventarisasi data tempat tempat umum (TTU); 2) menyusun rencana inspeksi kesehatan lingkungan (IKL); 3) melaksanakan inspeksi kesehatan lingkungan tempat tempat umum (IKL TTU); 4) merekap hasil inspeksi kesehatan lingkungan tempat tempat umum (IKL TTU); 5) melaporkan hasil inspeksi kesehatan lingkungan tempat tempat umum (IKL TTU) ke dinas kesehatan; dan 6) melaksanakan pembinaan terhadap tempat tempat umum (TTU) yang tidak memenuhi syarat.
i.	Monitoring	melaksanakan pembinaan pengelola tempat tempat umum (TTU) setiap 6 (enam) bulan sekali
j.	Sumber daya manusia	sanitarian puskesmas
k.	Sumber data	laporan bulanan program kesehatan lingkungan
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	sanitarian puskesmas

#### 19. Pemeriksaan Kualitas Air

a.	Pernyataan standar	setiap pemohon pemeriksaan kualitas air mendapatkan pelayanan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keselamatan dan kualitas
c.	Pengertian	pelayanan pemeriksaan kualitas air yang diberikan kepada klien atau pasien puskesmas mulai dari pendaftaran, konsultasi, pengambilan sampel, pengambilan hasil uji dan pemberian rekomendasi
d.	Standar Pelayanan	1) standar pelayanan operasional (SPO) pelayanan pemeriksaan kualitas air; 2) waktu pelayanan; 3) tarif retribusi pelayanan; dan 4) formulir evaluasi layanan.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	pemohon (klien atau pasien) yang mendapat pelayanan pemeriksaan kualitas air sesuai standar dalam kurun waktu tertentu dibagi jumlah pemohon pelayanan pemeriksaan kualitas



		air dalam kurun waktu tertentu kali 100% (seratus persen)
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase pemeriksaan kualitas air sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah pemohon pemeriksaan kualitas air yang dilayani sesuai standar
	<i>Denominator</i>	jumlah pemohon pelayanan pemeriksaan kualitas air
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) menyusun standar prosedur operasional (SPO) pelayanan pemeriksaan kualitas air; 2) menginformasikan alur pelayanan pemeriksaan kualitas air baik didalam maupun diluar gedung; 3) melakukan rekapitulasi hasil evaluasi pemenuhan standar pelayanan pemeriksaan kualitas air; dan 4) melaporkan capaian hasil pelayanan ke dinas kesehatan.
i.	Monitoring dan evaluasi	dilakukan melalui survei kepuasan pelanggan secara periodik setiap 6 (enam) bulan sekali
j.	Sumber daya manusia	sanitarian puskesmas
n.	Sumber data	buku kegiatan pelayanan pemeriksaan kualitas air
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	sanitarian puskesmas

## 20. Bangunan Rumah Bebas Jentik

a.	Pernyataan Standar	setiap bangunan rumah tidak terdapat perindukan jentik nyamuk sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keselamatan
c.	Pengertian	keadaan suatu bangunan (rumah dan institusi) yang tidak ditemukan jentik nyamuk <i>aedes aegypti</i> pada tempat penampungan air baik diluar maupun didalam bangunan
d.	Standar pelayanan	1) tersedia kartu pemantauan jentik berkala (PJB); 2) terbentuk petugas pemantau jentik tiap pedukuhan (surat keputusan kepala puskesmas); 3) tersedia jumantik kit; 4) ada gerakan pemberantasan sarang nyamuk oleh masyarakat; dan 5) dilaksanakannya monitoring dan evaluasi.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	bangunan yang tidak ditemukan jentik dibagi bangunan yang diperiksa jentik dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100% (seratus persen)

f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase bangunan rumah bebas jentik sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah bangunan yang bebas jentik
	<i>Denominator</i>	jumlah bangunan yang diperiksa
g.	Target	≥95% (lebih besar dari atau sama dengan sembilan puluh lima persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) pembentukan juru pemantau jentik (jumantik); 2) pembinaan juru pemantau jentik; 3) menerima laporan hasil pemantauan jentik; 4) melakukan rekapitulasi laporan hasil pemantauan angka bebas jentik (ABJ); 5) memberikan <i>feedback</i> ke pemerintah desa; dan 6) mengirim laporan ke dinas kesehatan.
i.	Monitoring dan evaluasi	melalui lokakarya mini bulanan maupun lintas sektor
j.	Sumber daya manusia	1) sanitarian puskesmas; 2) juru pemantau jentik; dan 3) kader kesehatan lingkungan.
k.	Sumber data	laporan kader
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	sanitarian puskesmas

#### 21. Pembentukan Desa Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

a.	Pernyataan standar	setiap desa mendeklarasikan dan menerapkan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keselamatan dan kualitas
c.	Pengertian	desa yang masyarakatnya sudah berperilaku higienis dan saniter dengan menerapkan 5 (lima) pilar sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) meliputi: 1) stop buang air besar sembarangan (Stop BABS); 2) cuci tangan pakai sabun (CTPS); 3) pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga (PAMM-RT); 4) pengamanan sampah rumah tangga; dan 5) pengamanan limbah cair rumah tangga.
d.	Standar pelayanan	1) terbentuk fasilitator sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) tingkat desa; 2) terbentuk tim kerja masyarakat & <i>tokoh masyarakat</i> ; 3) terlaksananya pemicuan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM); 4) ada rencana kerja masyarakat; 5) pemantauan pasca pemicuan; 6) verifikasi;

		7) deklarasi; dan 8) pelaporan.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	jumlah desa yang telah mendeklarasikan sebagai desa sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) (menerapkan 5 pilar ) dibagi jumlah desa yang ada di wilayah puskesmas dalam kurun waktu tertentu dikalikan 100%
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase jumlah desa yang telah mendeklarasikan sebagai desa sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)
	<i>Numerator</i>	jumlah desa yang telah mendeklarasikan sebagai desa sanitasi total berbasis masyarakat (STBM)
	<i>Denominator</i>	jumlah desa yang ada di wilayah kerja puskesmas
g.	Target	30%
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) puskesmas melakukan advokasi ke desa tentang program sanitasi total berbasis masyarakat (STBM);</li> <li>2) puskesmas memfasilitasi pembentukan tim fasilitator sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) tingkat desa;</li> <li>3) merencanakan kegiatan pemicuan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM);</li> <li>4) melaksanakan pemicuan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) di tingkat dusun;</li> <li>5) menunjuk <i>tokoh masyarakat</i>;</li> <li>6) mendokumentasikan rencana kerja masyarakat dari tindak lanjut pemicuan;</li> <li>7) melaksanakan pendampingan terhadap masyarakat yang terpicu;</li> <li>8) melakukan verifikasi penerapan 5 (lima) pilar sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) bersama tim verifikasi sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) Kecamatan;</li> <li>9) melaporkan hasil kemajuan akses sanitasi masyarakat melalui web sanitasi total berbasis masyarakat (STBM); dan</li> <li>10) memfasilitasi pelaksanaan deklarasi bersama pemerintah desa.</li> </ol>
i.	Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) melakukan kompilasi pemicuan;</li> <li>2) pendampingan ke masyarakat pedukuhan yang terpicu;</li> <li>3) melaksanakan rapat koordinasi sanitasi total berbasis masyarakat (STBM); dan</li> <li>4) menyusun dan melaporkan dokumen pemicuan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) ke dinas kesehatan.</li> </ol>
j.	Sumber daya manusia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) sanitarian;</li> <li>2) tim fasilitator sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) desa;</li> <li>3) tim verifikasi sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) kecamatan; dan</li> <li>4) tokoh masyarakat.</li> </ol>
k.	Sumber data	laporan puskesmas

l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	sanitarian puskesmas

## 22 Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga

a.	Pernyataan standar	rumah tangga mendapatkan pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga
b.	Dimensi mutu	informasi
c.	Pengertian	rumah tangga mendapatkan pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dalam bentuk penyuluhan dalam kurun waktu satu tahun yang meliputi 10 (sepuluh) indikator perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga yaitu persalinan ditolong tenaga kesehatan, memberi bayi air susu ibu (ASI) eksklusif, menimbang balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk di rumah, makan buah dan sayur setiap hari, melakukan aktifitas fisik setiap hari, tidak merokok di dalam rumah.
d.	Standar pelayanan	pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dalam bentuk penyuluhan
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	persentase penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga minimal 12 (dua belas) kali dalam satu wilayah puskesmas selama kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dalam satu wilayah puskesmas selama kurun waktu satu tahun
	<i>Numerator</i>	jumlah penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dalam satu wilayah puskesmas selama kurun waktu satu tahun
	<i>Denominator</i>	12 kali penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga dalam kurun waktu satu tahun
g.	Target	100%
h.	Langkah-langkah kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) identifikasi masalah perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga;</li> <li>2) perencanaan kegiatan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga;</li> <li>3) melakukan pembinaan melalui penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga;</li> <li>4) melakukan evaluasi hasil penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga; dan</li> </ol>

		5) Melakukan tindak lanjut hasil penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) <i>pre test</i> dan <i>post test</i> kegiatan penyuluhan; 2) laporan bulanan promosi kesehatan; dan 3) Sistem informasi promosi kesehatan online (Siprokol).
j.	Sumber daya manusia	1) petugas promosi kesehatan puskesmas; dan 2) lintas program di puskesmas;
k.	Sumber data	laporan bulanan promosi kesehatan
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap tahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	1) pengumpul data: staf promosi kesehatan masyarakat; dan 2) pelaporan data: kepala seksi promosi dan kesehatan masyarakat

### 23 Pemantauan Kawasan Tanpa Rokok

a.	Pernyataan standar	setiap tempat proses belajar mengajar dilakukan pemantauan kawasan tanpa rokok berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 42 Tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok
b.	Dimensi mutu	hubungan antar manusia
c.	Pengertian	tempat proses belajar mengajar meliputi sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas dan sederajat dilakukan pemantauan kawasan tanpa rokok berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 42 Tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok
d.	Standar pelayanan	setiap tempat proses belajar mengajar meliputi sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas dan sederajat dilakukan pemantauan kawasan tanpa rokok dengan instrumen Pemantauan kawasan tanpa rokok (KTR) oleh petugas puskesmas
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah daerah Kabupaten Sleman	persentase tempat belajar mengajar yang dipantau kawasan tanpa rokok (KTR) di wilayah puskesmas pada kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase tempat belajar mengajar yang dipantau kawasan tanpa rokok
	Numerator	jumlah tempat belajar mengajar (sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas dan sederajat) yang dipantau kawasan tanpa rokok
	Denominator	jumlah seluruh tempat belajar mengajar (sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas dan sederajat) di wilayah puskesmas
g.	Target	100% (seratus persen)

h.	Langkah-langkah kegiatan	1) mengidentifikasi tempat belajar mengajar sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas dan sederajat) di wilayah puskesmas; 2) menyiapkan instrumen pemantauan kawasan tanpa rokok; 3) menyusun jadwal pemantauan kawasan tanpa rokok; 4) melaksanakan pemantauan kawasan tanpa rokok di tempat belajar mengajar; 5) monitoring dan evaluasi; dan 6) membuat tindak lanjut hasil evaluasi.
i.	Monitoring dan evaluasi	laporan hasil pemantauan
j.	Sumber daya manusia	promosi kesehatan
k.	Sumber data	data primer
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap tahun
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap tahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	1) pengumpul data: staf promosi kesehatan masyarakat; dan 2) pelaporan data: kepala seksi promosi kesehatan masyarakat.

24 Pembinaan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat Pos Pelayanan Terpadu (UKBM Posyandu) Balita

a.	Pernyataan standar	setiap upaya kesehatan bersumber daya masyarakat pos pelayanan terpadu balita (UKBM Posyandu Balita) dibina sesuai kemandirian
b.	Dimensi mutu	akses terhadap layanan dan kelangsungan layanan
c.	Pengertian	upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) Posyandu Balita dibina oleh petugas puskesmas dalam kurun waktu satu tahun
d.	Standar pelayanan	seluruh upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) Posyandu Balita dibina kemandiriannya meliputi frekuensi penimbangan, kader bertugas, cakupan jumlah balita yang ditimbang dengan dibagi dengan jumlah semua balita di wilayah kerja (cakupan D/S), cakupan kumulatif keluarga berencana (KB), cakupan kumulatif kesehatan ibu dan anak (KIA), cakupan kumulatif imunisasi, program tambahan dan dana sehat
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemkab Sleman	Persentase upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) Posyandu Balita yang dibina dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) Posyandu Balita yang dibina
	<i>Numerator</i>	jumlah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) Posyandu Balita dibina di

		wilayah kerja
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) Posyandu Balita di wilayah kerja pada tahun yang sama
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) mengidentifikasi jumlah Posyandu Balita di wilayah kerja; 2) menyiapkan instrumen pembinaan; 3) menyusun jadwal pembinaan; 4) melaksanakan pembinaan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) Posyandu Balita; 5) monitoring dan evaluasi; dan 6) membuat tindak lanjut hasil evaluasi.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) laporan kemandirian posyandu; dan 2) laporan profil promosi kesehatan tahunan.
j.	Sumber daya manusia	1) tenaga promosi kesehatan puskesmas; dan 2) lintas program di puskesmas.
k.	Sumber data	data primer
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap tahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	1) pengumpul data: staf promosi kesehatan masyarakat; dan 2) pelaporan data: kepala seksi promosi dan penyuluh kesehatan masyarakat

## 25 Desa Siaga Aktif

a.	Pernyataan standar	setiap desa menerapkan desa siaga aktif bidang kesehatan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	kualitas dan keselamatan
c.	Pengertian	seluruh desa menerapkan desa siaga aktif bidang kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1529 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
d.	Standar pelayanan	standar pelayanan desa siaga aktif merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1529 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, meliputi: 1) memiliki forum masyarakat desa yang berjalan; 2) memiliki kader kesehatan desa; 3) kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari; 4) memiliki pos pelayanan terpadu dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) lain yang aktif;

		5) mendapat dukungan dana dari pemerintah desa dan atau sumber lainnya; 6) mendapat dukungan organisasi kemasyarakatan; 7) memiliki dukungan kebijakan formal (tertulis) dari pemerintah desa; dan 8) berjalannya pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	persentase desa siaga aktif bidang kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase desa siaga aktif bidang kesehatan
	<i>Numerator</i>	jumlah desa siaga aktif bidang kesehatan
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh desa yang berada di wilayah kerja
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) menyiapkan instrumen desa siaga aktif; 2) melaksanakan penilaian desa siaga aktif; 3) monitoring dan evaluasi; dan 4) membuat tindak lanjut hasil evaluasi.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) laporan desa siaga aktif; dan 2) laporan profil promosi kesehatan tahunan.
j.	Sumber daya manusia	1) bidan penanggung jawab desa siaga; dan 2) petugas promosi kesehatan puskesmas.
k.	Sumber data	1) data primer; dan 2) profil puskesmas.
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap tahun
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap tahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	1) pengumpul data staf promosi dan penyuluh kesehatan masyarakat (PKM); dan 2) pelaporan data: kepala seksi promosi dan penyuluh kesehatan masyarakat (PKM)

## 26 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

a.	Pernyataan standar	setiap penduduk sudah menjadi anggota jaminan kesehatan
b.	Dimensi mutu	akses terhadap pelayanan kesehatan
c.	Pengertian	jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatori) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
d.	Standar pelayanan	kepemilikan kartu jaminan kesehatan



e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	setiap penduduk sudah menjadi anggota jaminan kesehatan yang meliputi: jaminan kesehatan nasional (JKN), jaminan kesehatan sosial (Jamkessos), jaminan kesehatan khusus (Jamkessus), dan asuransi kesehatan lainnya
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase penduduk sudah memiliki kartu peserta jaminan kesehatan
	<i>Numerator</i>	jumlah penduduk sudah memiliki kartu peserta jaminan kesehatan
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh penduduk di Kabupaten Sleman
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	pengumpulan data berkaitan dengan jaminan kesehatan, koordinasi lintas program dan lintas sektor
i.	Monitoring dan evaluasi	laporan kepesertaan jaminan kesehatan nasional (JKN), jaminan kesehatan sosial (Jamkessos), jaminan kesehatan khusus (Jamkessus), dan asuransi kesehatan lainnya
j.	Sumber daya manusia	seksi kesehatan khusus dan penjaminan kesehatan
k.	Sumber data	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Badan Pelayanan (Bapel) Jamkessos
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap 3 (tiga) bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap 3 (tiga) bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	seksi kesehatan khusus dan penjaminan kesehatan

## 27 Pendataan Keluarga dengan Pendekatan Keluarga

a.	Pernyataan standar	setiap keluarga dilakukan pendataan sesuai standar Program Indonesia Sehat-pendekatan Keluarga (PIS-PK)
b.	Dimensi mutu	hubungan antar manusia
c.	Pengertian	setiap keluarga yang ada di Kabupaten Sleman, telah dilakukan pendataan keluarga sehat dengan pendekatan keluarga oleh petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya) di masing-masing puskesmas
d.	Standar pelayanan	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	Puskesmas melakukan pendataan keluarga sehat dengan pendekatan keluarga pada lokus yang telah ditetapkan.
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase keluarga dilakukan pendataan dengan pendekatan keluarga sesuai standar

	<i>Numerator</i>	jumlah kepala keluarga (KK) yang sudah dilakukan pendataan dan <i>entry</i> data di lokus yang sudah ditentukan dalam tahun tersebut.
	<i>Denominator</i>	jumlah kepala keluarga (KK) terdaftar di wilayah yang menjadi lokus pada tahun tersebut
g.	Target	100% kepala keluarga (KK)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) koordinasi tingkat kabupaten; 2) pembentukan tim Program Indonesia Sehat-pendekatan Keluarga (PIS-PK) tingkat Kabupaten; 3) sosialisasi ke puskesmas yang menjadi lokus baru; 4) pelatihan bagi puskesmas lokus baru; 5) proses pendataan keluarga sehat dengan pendekatan keluarga; dan 6) <i>entry</i> dan olah data.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) indeks keluarga sehat (IKS); dan 2) monitoring ke puskesmas.
j.	Sumber daya manusia	1) dokter, dokter gigi; 2) perawat; 3) bidan; 4) sanitarian; 5) ahli gizi; 6) petugas promosi kesehatan dan tenaga kesehatan lainnya; dan 7) kader Kesehatan yang sudah dilatih.
k.	Sumber data	data jumlah kepala keluarga (KK) di desa/kecamatan
l.	Frekuensi pengumpulan Data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	koordinator tim Program Indonesia Sehat-Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di masing-masing puskesmas

## 28. Pengelolaan Tenaga Kesehatan

a.	Pernyataan standar	setiap tenaga kesehatan memberikan pelayanan memiliki surat ijin praktek sesuai standar
b.	Dimensi mutu	kompetensi teknis
c.	Pengertian	sesuai dengan kompetensi dan profesi organisasi
d.	Standar pelayanan	uji kompetensi dan surat tanda registrasi (STR)
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas dan melakukan pelayanan memiliki surat ijin praktik (SIP)
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase pengelolaan tenaga kesehatan sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah tenaga kesehatan puskesmas yang memiliki surat ijin praktik (SIP)

	<i>Denominator</i>	jumlah tenaga kesehatan yang ada di puskesmas
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah	1) mengikuti sosialisasi persyaratan pengurusan SIP di organisasi profesi; 2) mengurus surat tanda registrasi (STR); 3) mengurus surat rekomendasi profesi; 4) melampirkan hasil pemeriksaan kualitas air; dan 5) mengajukan dokumen lengkap persyaratan surat izin praktik (SIP) ke dinas kesehatan.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) melakukan pembinaan dan pengawasan; dan 2) cek masa berlaku.
j.	Sumber daya manusia	1) top manajemen; 2) profesi; dan 3) tim perijinan.
k.	Sumber data	hasil pembinaan dan pengawasan
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap 3 (tiga) bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap 3 (tiga) bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	Kepala subbagian tata usaha

## 29 Pelayanan Penilaian Angka Kredit Jabatan Fungsional

a.	Pernyataan standar	setiap pejabat fungsional kesehatan mendapatkan pelayanan penilaian angka kredit sesuai standar
b.	Dimensi mutu	keefektifan dan ketepatan waktu
c.	Pengertian	kegiatan memberikan nilai dari setiap butir kegiatan dan atau akumulasi nilai nilai butir-butir kegiatan yang harus dicapai oleh pejabat fungsional dalam rangka pengembangan karier pada pejabat fungsional tersebut.
d.	Standar pelayanan	1) standar prosedur operasional dinas kesehatan nomor dokumen: SPO-SDK-SPD-01 tentang Penilaian Angka Kredit; dan 2) surat keputusan penilaian angka kredit (SK PAK) yang ditetapkan tiga bulan sebelum kenaikan pangkat.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	1) jabatan fungsional adalah: kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang pegawai negeri sipil (PNS) dalam suatu satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri; 2) angka kredit adalah: suatu nilai dari setiap butir kegiatan dan/atau akumulasi nilai butir-butir kegiatan dalam rangka pembinaan karir yang bersangkutan; 3) daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) adalah daftar usulan penilaian angka kredit yang diusulkan oleh tenaga fungsional; dan

		4) penilaian angka kredit (PAK) adalah penilaian angka kredit oleh kepala dinas selaku ketua tim penilai di dinas kesehatan
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase pejabat fungsional kesehatan mendapatkan pelayanan penilaian angka kredit sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah pejabat fungsional yang mengumpulkan daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK)
	<i>Denominator</i>	jumlah semua pejabat fungsional tertentu di dinas kesehatan dan unit pelaksana teknis (UPT)
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) menyampaikan surat pemberitahuan pengumpulan daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK): <ol style="list-style-type: none"> <li>a) penetapan tanggal pengumpulan daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK);</li> <li>b) Lampiran daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK), meliputi: penilaian angka kredit (PAK) terakhir, surat keputusan (SK) terakhir, ijazah terakhir, fotokopi kartu tanda anggota profesi, fotokopi sertifikat pelatihan/seminar;</li> <li>c) melampirkan buku catatan pribadi (BCP); dan</li> <li>d) periode pengumpulan daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) (Desember sampai dengan Mei dan Juni sampai November).</li> </ol> </li> <li>2) unit pelaksana teknis (UPT) mengumpulkan daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) ke dinas kesehatan sesuai dengan periode waktu yang ditetapkan;</li> <li>3) penerimaan berkas daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK): <ol style="list-style-type: none"> <li>a) menerima berkas daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) dari kepala subbagian tata usaha;</li> <li>b) mencermati dan memeriksa kelengkapan daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK); dan</li> <li>c) mencatat dalam buku register penilaian angka kredit (PAK).</li> </ol> </li> <li>4) persiapan penilaian <ol style="list-style-type: none"> <li>a) melaksanakan rapat koordinasi tim penilai;</li> <li>b) mempersiapkan sarana prasarana pelaksanaan penilaian angka kredit.</li> </ol> </li> <li>5) pelaksanaan penilaian <ol style="list-style-type: none"> <li>a) mencermati dan memberikan penilaian terhadap daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) sesuai panduan;</li> <li>b) menulis hasil penilaian dalam daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) dan formulir rekapitan hasil; dan</li> <li>c) mengembalikan bendel daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) dan hasil penilaian ke sekretariat.</li> </ol> </li> </ol>

		<p>6) penerbitan penilaian angka kredit (PAK) meneliti hasil penilaian dan membuat konsep penilaian angka kredit (PAK);</p> <p>a) mengusulkan konsep penilaian angka kredit (PAK) untuk diteliti kepala seksi dan kepala bidang;</p> <p>b) melakukan pengetikan penilaian angka kredit (PAK) sesuai konsep; dan</p> <p>c) memeriksa pengetikan penilaian angka kredit (PAK) dan mengusulkan penilaian angka kredit (PAK) untuk pengesahan;</p> <p>d) melakukan revisi pengetikan bila ada kekeliruan; dan</p> <p>e) pengesahan penilaian angka kredit (PAK).</p> <p>7) penerimaan penilaian angka kredit (PAK) menyerahkan surat keputusan penilaian angka kredit (SK PAK) kepada kepala subbagian tata usaha puskesmas.</p>
i.	Monitoring dan evaluasi	Dilakukan umpan balik hasil penilaian DUPAK satu tahun dua kali
j.	Sumber daya manusia	<p>1) 5 (lima) orang seksi PSDK; dan</p> <p>2) 25 (dua puluh lima) orang tim penilai daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK)</p>
k.	Sumber Data	laporan semesteran penilaian angka kredit (PAK)
l.	Frekuensi pengumpulan data	2 (dua) kali dalam satu tahun (setiap bulan Juni dan Desember)
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap semester
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	kepala seksi pengembangan sumber daya kesehatan

### 30 Pelayanan Kenaikan Pangkat Pegawai

a.	Pernyataan standar	setiap pegawai mendapatkan pelayanan kenaikan pangkat sesuai standar
b.	Dimensi mutu	kompetensi teknis
c.	Pengertian	<p>1) pangkat adalah kedudukan yang menunjukkan tingkat seseorang pegawai negeri sipil berdasarkan jabatannya dalam rangkaian susunan kepegawaian dan digunakan sebagai dasar penggajian</p> <p>2) kenaikan pangkat adalah penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai negeri sipil terhadap Negara;</p> <p>3) kenaikan pangkat reguler adalah penghargaan yang diberikan kepada pegawai negeri sipil yang telah memenuhi syarat yang ditentukan tanpa terikat pada jabatan; dan</p> <p>4) kenaikan pangkat pilihan adalah kepercayaan dan penghargaan yang diberikan kepada pegawai negeri sipil atas prestasinya yang tinggi.</p>

d.	Standar pelayanan	standar pelayanan kenaikan pangkat pegawai meliputi: 1) ketepatan waktu periode kenaikan pangkat: a) periode kenaikan pangkat April; dan b) periode kenaikan pangkat Oktober. 2) ketepatan jenis kenaikan pangkat: a) kenaikan pangkat reguler; dan b) kenaikan pangkat fungsional. 3) kelengkapan persyaratan kenaikan pangkat untuk setiap jenis jabatan: a) persyaratan usulan kenaikan pangkat reguler/ penyesuaian ijazah jabatan fungsional umum; b) persyaratan usulan kenaikan pangkat pilihan jabatan struktural; c) persyaratan usulan kenaikan pangkat pilihan jabatan fungsional tertentu; dan d) persyaratan usulan kenaikan pangkat pilihan penyesuaian ijazah jabatan fungsional tertentu. 4) kelengkapan berkas kenaikan pangkat: a) dokumen asli; b) dokumen legalisir; dan c) jumlah lembar setiap jenis dokumen. 5) ketepatan penyampaian surat keputusan (SK) kenaikan pangkat: penyampaian surat keputusan (SK) kenaikan pangkat sebelum tanggal masa tugas (TMT) kenaikan pangkat
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	capaian pelayanan kenaikan pangkat pegawai adalah kegiatan pengajuan berkas usulan kenaikan pangkat pegawai dapat terselesaikan tepat waktu untuk 2 (dua) periode (April dan Oktober)
f.	Rumus Penghitungan Kinerja	persentase pelayanan kenaikan pangkat pegawai sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah berkas usulan kenaikan pangkat yang diterima
	<i>Denominator</i>	jumlah berkas usulan kenaikan pangkat yang diproses badan pendidikan dan pelatihan pegawai (BKPP)
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) penyampaian edaran kenaikan pangkat; 2) menyiapkan data penjagaan kenaikan pangkat periode April dan Oktober; 3) verifikasi dan validasi berkas usulan kenaikan pangkat; 4) pengiriman berkas kenaikan pangkat; 5) menyampaikan informasi mengenai kekurangan, kesalahan berkas dan kegagalan kenaikan pangkat jika tidak memenuhi persyaratan; 6) mengevaluasi kegagalan kenaikan pangkat sebagai upaya antisipasi supaya tidak terjadi kegagalan yang selanjutnya; dan

		7) membagikan surat keputusan (SK) kenaikan pangkat kepada pegawai negeri sipil.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) periode usulan kenaikan pangkat April dan Oktober; 2) kelengkapan berkas usulan kenaikan pangkat; 3) validasi berkas usulan kenaikan pangkat; dan 4) persyaratan usulan kenaikan pangkat.
j.	Sumber daya manusia	1) pengelola kepegawaian di puskesmas; 2) pengelola kepegawaian di dinas kesehatan; 3) pengelola daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) di dinas kesehatan; dan 4) organisasi profesi.
k.	Sumber data	1) sistem informasi kepegawaian (SIMPEG); 2) file berkas kepegawaian; dan 3) <i>update</i> data <i>bezetting</i> kepegawaian.
l.	Frekuensi pengumpulan data	1) periode April; dan 2) periode Oktober.
m.	periode analisis dan pelaporan	1) periode April; dan 2) periode Oktober
n.	Penanggungjawab pengumpul data dan pelaporan	1) pengelola kepegawaian di puskesmas; dan 2) pengelola kepegawaian di dinas kesehatan.

### 31 Laporan Program

a.	Pernyataan standar	setiap program kegiatan membuat laporan secara berkala sesuai standar
b.	Dimensi Mutu	pemenuhan kinerja organisasi puskesmas
c.	Pengertian	pembuatan laporan secara berkala sesuai standar adalah kegiatan untuk menyusun laporan baik harian, bulanan, laporan tribulanan, laporan semesteran dan laporan tahunan puskesmas untuk memenuhi kinerja organisasi sesuai yang telah ditetapkan indikator pencapaiannya sesuai dengan ketepatan waktu pelaporan
d.	Standar pelayanan	standar pelayanan laporan program meliputi: 1) ketepatan waktu pelaporan: a) laporan harian dilaporkan setiap hari; b) laporan mingguan setiap hari senin; c) laporan bulanan paling lambat tanggal (lima) 5 bulan berikutnya; dan d) laporan tahunan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) tahun berikutnya. 2) kelengkapan unsur atau item yang dilaporkan: a) keterisian data; dan b) kelengkapan item yang terisi 3) keakuratan laporan data laporan yang disampaikan benar

e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	capaian laporan secara berkala adalah kegiatan penyusunan dan pengiriman laporan sesuai dengan format dan waktu pelaporan yang ada di masing-masing puskesmas dan unit pelaksana teknis (UPT) dalam kurun waktu tertentu
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase laporan program sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah unit pelaksana teknis (Puskesmas dan unit pelaksana teknis lainnya) yang melaporkan program menurut ketepatan waktu, kelengkapan dan keakuratan.
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh puskesmas dan unit pelaksana teknis
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) penyiapan format laporan;
		2) pengumpulan data laporan;
		3) pengolahan laporan;
		4) analisa laporan;
		5) evaluasi hasil laporan; dan
		6) pengiriman laporan.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) sistem informasi puskesmas;
		2) sistem informasi rumah sakit; dan
		3) sistem informasi kesehatan daerah.
j.	Sumber daya manusia	1) petugas puskesmas;
		2) pengelola program; dan
		3) petugas sistem informasi kesehatan (SIK) puskesmas.
k.	Sumber data	sistem informasi puskesmas
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	pemegang program puskesmas dan petugas sistem informasi puskesmas (SIK) puskesmas

### 32 Laporan Keuangan

a.	Pernyataan standar	setiap pembuku membuat laporan keuangan secara berkala dan sesuai standar
b.	Dimensi mutu	kesesuaian standar dan keakuratan data
c.	Pengertian	penyusunan laporan keuangan sesuai standar adalah suatu proses pencatatan transaksi-transaksi keuangan yang terjadi selama satu tahun sesuai dengan standar pelaporan di wilayah kerjanya
d.	Standar pelayanan	1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penerapan Standar Akuntansi Pemerintahan Berbasis Akrual Pada Pemerintah Daerah; dan 2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 217/PMK.05/2015 tentang PSAP Nomor 13 tentang Penyajian Laporan Keuangan Badan Layanan Umum.



e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	capaian kinerja pemerintah daerah kabupaten dalam memberikan pelayanan kesehatan dinilai dari persentase unit pelaksana teknis membuat dan melaporkan dokumen laporan keuangan yang sesuai standar pelaporan di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun
f.	Rumus penghitungan kinerja	persentase laporan keuangan unit pelaksana teknis yang dibuat sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah jenis laporan keuangan yang disusun sesuai standar pelaporan pada kurun waktu tertentu
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh Jenis laporan keuangan unit pelaksana teknis yang harus disusun sesuai standar
g.	Target	100% (seratus persen)
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) menyiapkan data keuangan; 2) pengolahan data; 3) menyusun laporan realisasi anggaran; 4) menyusun laporan perubahan saldo anggaran lebih; 5) menyusun neraca; 6) menyusun laporan operasional; 7) menyusun laporan arus kas; 8) menyusun laporan perubahan ekuitas; 9) menyusun catatan atas laporan keuangan; 10) evaluasi dokumen laporan keuangan; dan 11) pengiriman dokumen laporan keuangan.
i.	Monitoring dan evaluasi	1) sistem informasi akuntansi dinas dan daerah (SIADINDA); dan
		2) melakukan telusur;
j.	Sumber daya manusia	1) bendahara unit pelaksana teknis (UPT) dan dinas kesehatan;
		2) pembuku unit pelaksana teknis (UPT) dan dinas kesehatan; dan
		3) pengelola barang.
k.	Sumber data	1) sistem informasi akuntansi dinas dan daerah (SIADINDA);
		2) dokumen pertanggungjawaban (SPJ);
		3) dokumen laporan barang.
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap 6 (enam) bulan
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap 6 (enam) bulan
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	kepala subbagian tata usaha unit pelaksana teknis dan kepala subbagian keuangan dinas kesehatan

### 33 Laporan Perencanaan dan Evaluasi

a.	Pernyataan standar	setiap puskesmas dan unit pelaksana teknis (UPT) menyusun perencanaan dan evaluasi sesuai standar
b.	Dimensi mutu	pemenuhan kinerja organisasi puskesmas;

c.	Pengertian	penyusunan perencanaan dan evaluasi sesuai standar adalah proses menyusun dokumen usulan untuk bahan perencanaan (Rencana Strategis Bisnis (RSB), Rencana Bisnis Anggaran (RBA), RBA definitif, RBA definitif perubahan, Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP), membuat rencana usulan kegiatan (RUK), rencana pelaksanaan kegiatan (RPK), dan laporan standar pelayanan minimal (SPM) serta melakukan evaluasi secara berkala sesuai standar
d.	Standar pelayanan	standar pelayanan perencanaan 1) Penyusunan RSB, RBA, RBA definitif, dan RBA definitif perubahan dan laporan standar pelayanan minimal (SPM): a) penyiapan bahan penyusunan; b) menyusun dokumen; c) mengirimkan dokumen ke kabupaten; dan d) mendokumentasikan rekam kegiatan. 2) penyusunan perencanaan tingkat puskesmas (PTP): a) penyiapan bahan; b) identifikasi masalah; c) penyusunan prioritas masalah; d) menyusun RUK dan RPK; dan e) mendokumentasikan rekam kegiatan. 3) standar pelayanan evaluasi: a) evaluasi bulanan; b) evaluasi tri bulanan; c) evaluasi semester; dan d) evaluasi tahunan.
e.	Definisi operasional capaian kinerja Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman	perencanaan dan evaluasi proses menyusun dokumen usulan untuk bahan perencanaan serta melakukan evaluasi secara berkala sesuai standar.
f.	Rumus Penghitungan Kinerja	persentase laporan perencanaan dan evaluasi puskesmas dan unit pelaksana teknis sesuai standar
	<i>Numerator</i>	jumlah laporan perencanaan dan evaluasi yang dibuat sesuai dengan standar
	<i>Denominator</i>	jumlah seluruh laporan perencanaan dan evaluasi yang harus dibuat
g.	Target	100%
h.	Langkah-langkah kegiatan	1) penyiapan format bahan penyusunan perencanaan; 2) pengumpulan data; 3) pengolahan data; 4) analisa; 5) evaluasi hasil; dan 6) Pengiriman.
i.	Monitoring dan Evaluasi	1) sistem informasi puskesmas; 2) sistem informasi rumah sakit; dan 3) sistem informasi kesehatan daerah.

j.	Sumber daya manusia	1) penanggung jawab upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat (UKP dan UKM) beserta administrasi puskesmas; 2) pengelola program; dan 3) petugas sistem informasi kesehatan (SIK) puskesmas
k.	Sumber Data	sistem informasi puskesmas
l.	Frekuensi pengumpulan data	setiap tahun
m.	Periode analisis dan pelaporan	setiap tahun
n.	Penanggung jawab pengumpul data dan pelaporan	kepala subbagian tata usaha puskesmas

KEPALA DINAS KESEHATAN

NURULHAYAH