

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami ucapkan kehadiran Allah SWT karena atas segala rahmat dan karunia-Nya, maka kami dapat menyelesaikan penyusunan "**Penilaian Kinerja UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025**".

Penilaian Kinerja UPTD Puskesmas Pagambiran tahun 2025 ini bertujuan untuk memberikan gambaran pencapaian kinerja puskesmas selama tahun 2025.

Kami menyadari PKP ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi penulisan maupun materinya, namun diharapkan hal tersebut tidak mengurangi isi dari PKP yang menjadi tujuan dari pembuatan laporan ini. Oleh sebab itu, kami mohon kritikan dan saran demi kesempurnaan untuk pembuatan PKP tahun berikutnya.

Kami mengharapkan PKP ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan segala informasi yang berkaitan dengan aktivitas Puskesmas Pagambiran Kota Padang.

Padang, Januari 2026

Kepala UPTD Puskesmas Pagambiran

dr. Aprilini Fitrisia
NIP. 19910411 201902 2004

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	1
DAFTAR TABEL.....	3
DAFTAR GAMBAR	Error! Bookmark not defined.
BAB I	4
PENDAHULUAN.....	4
A. LATAR BELAKANG.....	4
B. TUJUAN	4
BAB II	6
MATRIKS PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS	6
A. MATRIKS PENILAIAN KLASSTER I DAN LINTAS KLASSTER.....	6
B. MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 2	12
C. MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 3	19
D. MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 4	21
BAB III	28
HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS.....	28
A. HASIL PENILAIAN KLASSTER I DAN LINTAS KLASSTER.....	28
B. HASIL PENILAIAN KLASSTER 2,3 DAN 4	30
C. HASIL TOTAL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS.....	32
BAB IV	33
A. IDENTIFIKASI MASALAH DAN PRIORITAS MASALAH	33
B. PRIORITAS MASALAH	33
C. RUMUSAN MASALAH	35
D. AKAR PENYEBAB MASALAH	35
E. ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH DAN RENCANA TINDAK LANJUT	41
F. RENCANA TINDAK LANJUT	45

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Matriks Penilaian Klaster I UPTD Puskesmas Pagambiran TW I Tahun 2025	6
Tabel 2. 2 Matriks Penilaian Lintas klaster UPTD Puskesmas Pagambiran Triwulan I Tahun 2025	11
Tabel 2. 3 Matriks Penilaian Klaster 2 UPTD Puskesmas Pagambiran Triwulan I Tahun 2025	12
Tabel 2. 4 Matriks Penilaian Klaster 3 UPTD Puskesmas Pagambiran Triwulan I Tahun 2025	19
Tabel 2. 5 Matriks Penilaian Klaster 4 UPTD Puskesmas Pagambiran Triwulan I Tahun 2025	21
Tabel 4. 1 Identifikasi Masalah UPTD Puskesmas Pagambiran.....	33
Tabel 4. 2 Prioritas Masalah UPTD Puskesmas Pagambiran TW I.....	35

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan Kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan Nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan Kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia.

Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut bagi setiap Puskesmas wajib untuk melihat sejauh mana Puskesmas mampu menggerakkan semua sumber daya yang ada untuk menghasilkan capaian Program yang diharapkan dan memberi daya ungkit terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Untuk itu harus dibuat laporan pelaksanaan kegiatan dalam bentuk penilaian kinerja puskesmas.

Agar upaya kesehatan terselenggara secara optimal, maka Puskesmas Pagambiran harus melaksanakan manajemen dengan baik untuk menghasilkan kegiatan efektif yang efisien. Manajemen puskesmas yang baik terdiri dari perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan, pertanggungjawaban dan harus dilakukan penilaian (output/outcome). Pelaksanaan penilaian hasil kegiatan puskesmas atau kinerja puskesmas ini meliputi serangkaian kegiatan yang dimulai sejak awal tahun anggaran pada saat penyusunan yang meliputi penilaian puskesmas dan jaringannya, yaitu puskesmas pembantu serta berbagai UKBM serta upaya pemberdayaan masyarakat lainnya.

Penilaian Kinerja **Puskesmas (PKP)** adalah salah satu instrumen manajemen Puskesmas. Penilaian Kinerja Puskesmas dilaksanakan sebagai instrumen untuk melihat sampai sejauh mana

Puskesmas melaksanakan tugas pelayanan kesehatan pada tahun berjalan

Penilaian kinerja puskesmas adalah suatu proses yang objektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien cakupan pelayanan kesehatan serta cakupan manajemen puskesmas sebagai penilaian hasil kerja/ prestasi puskesmas. Penilaian kinerja puskesmas dilaksanakan oleh puskesmas untuk kemudian hasil penilaian akan diverifikasi dan diberikan feedback oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

B. TUJUAN

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui capaian kinerja Puskesmas Pagambiran tahun 2025 dalam upaya mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya capaian indicator kinerja dari masing-masing kluster
- b. Diketuinya hasil penilaian kinerja Puskesmas Pagambiran pada Tahun 2025
- c. Diketuinya permasalahan dan rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan

BAB II

MATRIKS PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

A. MATRIKS PENILAIAN KLASTER I DAN LINTAS KLASTER

Berikut matriks penilaian klaster I dan lintas klaster UPTD

Puskesmas Pagambiran Tahun 2025, sebagai berikut:

**Tabel 2. 1 Matriks Penilaian Klaster I UPTD Puskesmas Pagambiran
Tahun 2025**

NO	JENIS VARIABEL	SKALA				NILAI CAPAI AN
		NILAI 0	NILAI 4	NILAI 7	NILAI 10	
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
NILAI MANAJEMEN TOTAL						9.93
1. CAPAIAN Indikator Kinerja Manajemen Klaster 1						9.85
A. Manajemen Inti						10
1	Rencana Lima Tahunan	Tidak menyusun	Sebagian < 50%	>50% - 80%	100%	10
2	Rencana Tahunan					
	a. Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Klaster	Tidak ada dokumen RUK	-	-	Ada dokumen RUK tahun mendatang (N+1)	10
	b. Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Klaster	Tidak ada dokumen RPK	-	-	Ada dokumen RPK tahun berjalan (N)	10
3	Terlaksananya lokakarya mini bulanan	Tidak melaksanakan	<5 kali/tahun	5-8 kali/tahun	>9 kali/tahun	10
4	Terlaksananya lokakarya mini triwulanan	Tidak melaporkan	<2 laporan/tahun	2-3 laporan/tahun	4 laporan/tahun	10
5	Laporan Penilaian Kinerja Puskesmas	Tidak melaporkan	<2 laporan/tahun	2-3 laporan/tahun	4 laporan/tahun	10
B. Manajemen Arsip						10
1	Pengelolaan Arsip Dinamis (Penciptaan Arsip)	Tidak melakukan	-	-	4 instrumen	10
2	Pengelolaan Arsip Dinamis (Penggunaan Arsip)	Tidak Ada		-	Ada	7
3	Pengelolaan Arsip Dinamis (Pemeliharaan Arsip)	Tidak melakukan	<50%	50% s.d 80%	>80%	7
4	Pengelolaan Arsip Dinamis (Penyusutan Arsip)	Tidak melakukan	-	-	dilakukan 1 kali/tahun	7

5	Sumber daya Kearsipan (Sumber daya manusia Kearsipan)	Tidak ada	-	-	Ada	10
6	Sumber daya Kearsipan (Prasarana dan sarana kearsipan)	tidak ada	-	-	Ada	10
C. Manajemen Sumber Daya Manusia						10
1	Adanya pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga puskesmas	Tidak ada	Sebagian < 50%	>50% - 80%	100%	10
2	Adanya Perencanaan Pengembangan Kompetensi Pegawai	Tidak ada perencanaan	Sebagian < 50%	>50% - 80%	100%	10
3	Adanya Surat Izin Praktek untuk Tenaga Fungsional Tertentu Puskesmas	Tidak ada yang memiliki SIP	Sebagian < 50% tenaga JFT memiliki SIP	>50% - 80% tenaga JFT memiliki SIP	100% tenaga JFT memiliki SIP	10
D. Manajemen Sarana, Prasarana dan Perbekalan Kesehatan						10
1	Dilakukan pemeliharaan alat kesehatan (kalibrasi)	Tidak dilakukan	-	-	1 kali / tahun	10
2	Dilakukan Pengisian ASPAK (Aplikasi Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan)	Tidak melakukan update	Sebagian < 50%	>50% - 80%	100%	10
E. Manajemen Data dan Informasi Digital						10
1	Ketersediaan RME	Tidak memiliki	Sebagian < 50%	>50% - 80%	100% RME	10
2	Pemantauan Sistrute dalam Pelaksanaan Rujukan	Akun Sistrute belum tersedia	Aplikasi Sistrute telah tersedia tetapi frekuensi pemanfaatannya < 25 kasus	Aplikasi Sistrute telah tersedia tetapi frekuensi pemanfaatannya 25 - < 50 kasus	Aplikasi Sistrute tersedia dan dimanfaatkan secara rutin ≥50 kasus pertahun	10
F. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan						10
1	Jumlah indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target yang ditetapkan oleh kementerian	Tidak memenuhi semua target INM	Memenuhi sebagian target INM	Memenuhi semua target tidak dilakukan setiap bulan (<12 kali/tahun)	Memenuhi semua target yang dilakukan setiap bulan (12 kali/tahun)	10
G. Manajemen Keuangan dan Aset BMD						10
1	Ketepatan waktu membuat laporan bulanan keuangan per bulan	Tidak membuat laporan	Tidak tepat waktu dan <100%	Tepat waktu dan <100%	Tepat waktu dan 100%	10
2	Penyerapan Anggaran	<50%	50%-80%	<80%-91%	>91%	10
H. Manajemen Jejaring						10

1	Pembinaan Jaringan Pelayanan dan jejaring Puskesmas (Bentuk kegiatan: Pembinaan melalui Lokmin Bulanan, Pembinaan Langsung, dan/atau Pertemuan Jaringan dan Jejaring Puskesmas)	Tidak melaksanakan	<5 kali/tahun	5-8 kali/tahun	>9 kali/tahun	10
I. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat						10
1	Posyandu Aktif	< 50 %	50 - 74 %	75 - 79 %	≥ 80%	10
2	PHBS dengan 5 Tatanan	≤ 25 %	26 - 49 %	50 - 74 %	≥ 75%	10
3	Masyarakat Melaksanakan Germas	< 50 %	50 - 74 %	75 - 79 %	≥ 80%	10
J. Visite Rate		Tidak melaporkan data visit	Visite Rate <2,5	Visite Rate 2,5 -<2,8	Visite Rate ≥2,8	10

2. CAPAIAN Indikator Kinerja Manajemen Lintas Kluster						10.0
A. Pelayanan Kefarmasian						10
1	Membuat SOP Manajemen Kefarmasian ruangan	Tidak ada	<4 SOP	Tersedia 4-8 jenis SOP	Tersedia 9 jenis SOP (lengkap semua SOP)	10
2	Membuat laporan semesteran dan laporan akhir tahun barang inventaris	Tidak membuat	< 2 kali pertahun	2 kali pertahun	2 kali pertahun, dan laporan akhir tahun	10
3	Laporan E-Farmasi / E-Puskesmas	Tidak melaksanakan	Ya,kadang - kadang	Ya, hampir tiap hari	Ya,tiap hari	10
4	Melakukan Stok Opname sediaan farmasi	Tidak melaksanakan	1 kali/tahun	2 kali/tahun	4 kali/tahun	10
5	Melakukan penginputan laporan di aplikasi Simona	Tidak melaksanakan	3 bulan sekali	6 bulan sekali	Setiap bulan	10
6	Membuat dan mengisi rutin kartu stok untuk setiap jenis obat/ sediaan farmasi di gudang obat dan semua unit	Tidak membuat	Ya <50% item obat	Ya, 70% sebagian besar item obat	Ya, 100% seluruh item obat	10
7	Menerapkan penyusunan FIFO dan FEFO	Tidak menerapkan	Ya,beberapa item obat	Ya, sebagian besar item obat	Ya, seluruh item obat	10
8	Membuat Laporan Ketersediaan obat indikator esensial di puskesmas melalui aplikasi Selena	Tidak sesuai	< 3 kali /thn	3-6 kali/tahun	Setiap bulan	10
9	Membuat Laporan Penggunaan Obat Rasional (POR)	Tidak sesuai	< 3 kali /thn	3-6 kali/tahun	Setiap bulan	10
10	Membuat laporan rencana kebutuhan obat (POR)	Tidak ada	ada, tidak terdokumentasi	ada dan terdokumentasi	Ada terdokumentasi dan terpenuhi semua kebutuhan obat sesuai RKO	10

B. Pelayanan Laboratorium						10
1	Membuat kartu stok untuk setiap jenis bahan laboratorium (reagen)	Tidak membuat	Ya, <50% item obat	Ya, 70% sebagian besar item	Ya, 100% seluruh	10
C. Manajemen Kesehatan Gigi dan Mulut						10
1	Ketersediaan SK dan SOP Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut	Tidak ada dokumen SK dan SOP	Hanya memiliki SK saja atau SOP saja	Memiliki SK dan <5 SOP	Dokumen 1 SK dan 5 SOP	10
2	Kecukupan sarana, obat dan alat kesehatan	Tidak memiliki dokumen	-	-	Terdapat Dokumen daftar tilik dan terpenuhi 100%	10
D. Manajemen UGD						10
1	Ketersediaan SK dan SOP Manajemen UGD	Tidak ada dokumen SK dan SOP	Hanya memiliki SK saja atau SOP saja	Memiliki SK dan <2 SOP	Dokumen 1 SK dan 2 SOP	10
2	Kecukupan sarana, obat dan alat kesehatan di UGD	Tidak memiliki dokumen	-	-	Terdapat Dokumen daftar tilik dan terpenuhi 100%	10
E. Pelayanan Kesehatan Tradisional						10
1	Monitoring dan Evaluasi terhadap Penyehat Tradisional di wilayah kerja Puskesmas	Tidak melakukan	Melakukan pendataan tetapi tidak sesuai dengan daftar tilik dan tidak lengkap	Laporan data penyehat Tradisional (Hattra) berdasarkan jenis layanan sesuai daftar tilik ada, tetapi laporan jumlah cakupan layanan hattra tidak ada	Laporan lengkap terdiri data Penyehat tradisional (Hattra) berdasarkan jenis layanan sesuai daftar tilik, jumlah cakupan layanan Hattra ada	10
2	adanya TOGA percontohan di Puskesmas dan Pustu	Tidak ada tanaman TOGA di Puskesmas dan Pustu	Jumlah TOGA kurang dari 10 jenis dan/atau tidak terawat dan/atau tidak dimanfaatkan yang buktikan dengan dalam buku di Puskesmas dan Pustu	Jumlah TOGA 10-19 jenis ada label, terawat, dan/atau tidak dimanfaatkan yang buktikan dengan dalam buku di Puskesmas dan Pustu	Jumlah TOGA 20 Jenis, ada label, terawat dan dimanfaatkan yang buktikan dalam buku di Puskesmas dan Pustu	10

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja manajemen klaster I tahun 2025 adalah 9,93. Sedangkan untuk matriks penilaian lintas klaster UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Matriks Penilaian Lintas klaster UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025

N O	JENIS LAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	TOTAL SASARAN	TARGET SASARAN (%)	SASARAN JAN-DES	PENCAPAIAN	CAKUPAN	
								SUBVARIABEL	VARIABEL
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) = [(5) X (6)]*0.75	(8)	(9)= (8) : (7)	(10)
CAPAIAN								97.73	
A	Pelayanan Farmasi							97.96	
	1	Jumlah Pelayanan Kefarmasian	Jumlah Lembar Resep	12000	100%	12000	31296	100.00	
	2	% Capaian Indikator Peresepan Obat Rasional (POR)	% Capaian Kinerja POR		60%	0		90.00	
	3	% Ketersediaan Obat esensial di Puskesmas	% Obat esensial yang tersedia di puskesmas	100	80%	80	98	100.00	
B	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut							95.23	
	1	Persentase penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas	Penduduk	3059	100%	3059	2655	86,79.00	
	2	Persentase ibu hamil mendapatkan pelayanan terintegrasi kesehatan gigi dan mulut	Ibu Hamil	1098	50%	549	543	98,91	
	3	Rasio penambalan terhadap pencabutan gigi tetap	Pasien Gigi dan Mulut		1:1	466 : 517	1:1.6	100.00	
C	Persentase Pelayanan Pasien Laboratorium							100.00	
	1	Persentase pelayanan pasien laboratorium	Pasien	4062	95%	2894	4062	100.00	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indikator kinerja lintas klaster tahun 2025 adalah 97,73

B. MATRIKS PENILAIAN KLASTER 2

Berikut matriks penilaian klaster 2 UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025, sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Matriks Penilaian Klaster 2 UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025

NO	JENIS LAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	TOTAL SASARAN	TARGET SASARAN (%)	SASARAN JAN-DES	PENCAPAIAN	CAKUPAN	
								SUBVARIABEL	VARIABEL
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) = [(5) X (6)]	(8)	(9)= (8) : (7)	(10)
CAPAIAN								89,28	
A	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas							95,54	
	1	Persentase ANC Ibu Hamil K1	Ibu Hamil	1098	88%	966,24	1011	100.00	
	2	Persentase Ibu Hamil ANC Trimester 1 dengan USG (K1)	Ibu Hamil	1098	84%	922,32	1011	100.00	
	3	Persentase Ibu Hamil ANC Trimester 3 dengan USG (K5)	Ibu Hamil	1098	82%	900,36	963	100.00	
	4	Persentase Antenatal Care (ANC) 6 kali	Yang sudah melahirkan	1091	80%	878,4	963	100.00	
	5	Cakupan Antenatal Care (ANC) sesuai standar (12T)	Ibu Bersalin	1091	63%	687,33	1011	100.00	
	6	Persentase ibu hamil yang di skrining TD	Ibu Hamil	1098	88%	966,24	1011	100,00	

	7	Persentase Ibu Hamil yang telah mengikuti kelas ibu minimal 4 kali	sudah melahirkan	1098	25%	274,5	300	100,00	
	8	Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan	Ibu Bersalin	1091	88%	960,08	961	100.00	
	9	Cakupan KF lengkap sesuai standar	Ibu Nifas	1091	80%	872,8	963	100,00	
	10	Persentase Ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	Ibu Hamil	1098	10%	109,8	38	100,00	
	11	Persentase Ibu Hamil KEK Mendapatkan Tambahan Asupan Gizi	Ibu Hamil	38	90%	34,2	21	61,40	
	12	Cakupan Ibu Hamil yang mendapat TTD Selama masa kehamilan minimal 90 tablet	Ibu Hamil	1098	90%	988,2	1011	100,00	
	13	Persentase Ibu Hamil Anemia	Ibu Hamil	1098	33%	362,34	1311	100,00	
	14	Persentase ibu hamil anemia yang mendapat terapi TTD oral	Ibu Hamil	1098	100%	1098	1311	100.00	
	15	Cakupan ibu Nifas mendapat kapsul vitamin A	Ibu Hamil	1098	82%	900,36	963	100,00	
	16	Cakupan ibu hamil yang mendapatkan skrining kesehatan jiwa	Ibu Hamil	1098	100%	1098	1011	92,08	
	17	Cakupan status imunisasi T2+ pada Ibu Hamil	Ibu Hamil	1098	65%	713,7	922	100,00	
	18	Pemeriksaan Triple Eliminasi	Ibu Hamil	1098	95%	1043,1	718	68,83	
	19	Persentase Ibu Nifas mendapat Pelayanan Nifas lengkap 4 kali KF4	Ibu Nifas	1091	95%	1036,45	063	92,91	

B	Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir							95,30	
	1	Cakupan kunjungan Neonatal (KN) lengkap sesuai standar	Bayi Baru Lahir	1025	91%	933	955	100,00	
	2	Persentase Bayi Baru Lahir yang mendapatkan pelayanan SHK	Bayi Baru Lahir	1025	65%	666	908	100,00	
	3	Persentase Bayi Baru Lahir yang mendapatkan pelayanan Skrining HAK	Bayi Baru Lahir	1025	30%	308	382	100,00	
	4	Persentase Bayi Baru Lahir yang mendapatkan pelayanan Skrining G6PD	Bayi Baru Lahir	1025	30%	308	347	100,00	
	5	Persentase Bayi Baru Lahir yang mendapatkan pelayanan Skrining Atresia Biliar	Bayi Baru Lahir	1025	30%	308	260	84,55	
	6	Persentase Bayi Baru Lahir yang mendapatkan Skrining Penyakit Jantung Bawaan Kritis	Bayi Baru Lahir	1025	25%	256	748	100,00	
	7	Persentase bayi lahir prematur (<37 minggu)	Bayi Baru Lahir	1025	11%	113	18	100,00	
	8	Persentase bayi dengan BBLR (berat badan <2500 gr)	Bayi Baru Lahir	1025	5,80%	59	63	94,03	
	9	Persentase bayi prematur dan BBLR yang mendapat buku KIA bayi kecil	Bayi Baru Lahir	1025	50%	513	63	100,00	
	10	Cakupan Imunisasi lengkap	bayi	1025	80%	820	676	82,44	
	11	cakupan Imunisasi Lengkap 14 antigen mencapai target	Bayi dan Anak	1025	74%	759	698	92,02	
	12	Cakupan Imunisasi MR1 Pada Bayi	Bayi	1025	84%	861	728	84,55	

C	Pelayanan Kesehatan Balita							85,78	
	1	Persentase bayi baru lahir mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	Balita	5268	70%	3688	535	100,00	
	2	Prevalensi Balita stunting (pendek dan sangat pendek)	Balita	5268	19%	990	38	100,00	
	3	Prevalensi balita wasting (gizi kurang dan gizi buruk)	Balita	5268	7%	369	83	100,00	
	4	Prevalensi balita underweight (berat badan kurang dan sangat kurang)	Balita	5268	12%	632	140	100,00	
	5	Prevalensi balita overweight (gizi lebih dan obesitas)	Balita	5268	4,0%	211	63	100,00	
	6	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif	Balita	444	80%	355	158	44,48	
	7	Persentase bayi usia dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif	Balita	444	55%	244	388	100,00	
	8	Persentase anak 6-23 bulan mendapatkan MPASI	Balita	796	80%	637	789	100.00	
	9	Jumlah balita yang mendapatkan suplementasi gizi mikro	Balita	0	Sesuai perhitungan di Puskesmas	0	0	100,00	
	10	Cakupan balita 6-59 bulan mendapatkan kapsul vitamin A	Balita	5268	90%	4741	3525	74,35	

	11	Cakupan balita yang ditimbang berat badannya (D/S)	Balita	5268	85%	4478	3977	88,82	
	12	Cakupan balita memiliki buku KIA/KMS (K/S)	Balita	5268	100%	5268	4008	76,08	
	13	Cakupan balita yang naik berat badannya (N/D)	Balita	5268	88%	4636	2814	60,70	
	14	Persentase kelas ibu balita	Kelurahan	310	100%	310	310	100,00	
	15	Persentase balita gizi buruk mendapatkan pelayanan tata laksana gizi buruk	Balita	5268	90%	4741	1	100,00	
	16	Persentase balita gizi buruk mendapatkan pelayanan tata laksana gizi buruk	Balita	5268	90%	4741	1	100,00	
	17	Persentase balita berat badan tidak naik (T) yang mendapatkan tambahan asupan gizi	Balita	5268	60%	3161	821	100,00	
	18	Persentase balita berat badan kurang (BGM) yang mendapatkan tambahan asupan gizi	Balita	5268	60%	3161	60	100,00	
	19	Persentase balita bermasalah gizi mendapat penanganan	Balita	5268	70%	3688	171	100,00	
	20	Persentase balita stunting dirujuk Puskesmas ke RS	Balita	5268	20%	1054	4	100,00	
	21	Cakupan imunisasi Lengkap pada Baduta	Baduta	2183	70%	1528	484	31,67	

	22	Persentase balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan	Balita	5268	50%	2634	4410	100,00	
	23	Cakupan balita memiliki buku KIA (K/S)	Balita	5268	78%	4109	4008	100,00	
	24	Cakupan balita dan anak prasekolah dilayani SDIDTK di FKTP	Balita dan Apras	5268	50%	2634	1738	100,00	
	25	Cakupan balita dilayani MTBS di FKTP	Balita	5268	86%	4530	1598	35,27	
	26	Persentase balita dengan kelengkapan pengisian Buku KIA bagian pemantauan perkembangan	Balita	5268	70%	3688	4410	100,00	
	27	Persentase balita yang mengikuti kelas ibu balita minimal 4 kali	Balita	5268	30%	1580	310	19,62	
	28	Cakupan penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok balita dan usia prasekolah	Balita	5268	50%	2634	1495	56,76	
	29	Cakupan tatalaksana balita batuk sesuai standar	balita	921	60%	553	921	100,00	
D	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar							74.49	
	1	Cakupan penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia sekolah dan remaja	Anak usia sekolah dan remaja	5522	35%	1933	6000	100,00	

	2	Persentase sekolah mendapatkan skrining kesehatan	Sekolah	23	90%	21	23	100,00	
	3	Persentase Puskesmas yang melaksanakan pembinaan pada rumah singgah /panti/LKSA (Lembaga kesejahteraan Sosial Anak)	Puskesmas	1	30%	0	0	100,00	
	4	Persentase Puskesmas membina lapas/Rutan/Lembaga anak/LPKA (Lembaga Pembinaan Khusus Anak)	Puskesmas	1	20%	0	0	100,00	
	5	Cakupan imunisasi di Usia Sekolah Dasar	Usia Pendidikan Dasar	3389	88%	2982	308	10,33	
	6	Cakupan imunisasi HPV	Usia Pendidikan Dasar	801	90%	721	264	36,62	
E	Pelayanan Kesehatan pada Remaja							97.50	
	1	Persentase remaja putri mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	Remaja	330	90%	297	293	98,65	
	2	Persentase remaja putri yang di skrining anemia	Remaja	114	90%	102,6	86	83,82	
	3	Persentase Remaja putri anemia	Remaja	215	28%	60,2	153	100,00	
	4	Persentase sekolah mendapatkan skrining anemia	Sekolah	2	55%	1	2	100.00	
	5	Persentase sekolah melakukan aksi bergizi	Sekolah	2	75%	1	2	100.00	

	6	Persentase Puskesmas PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja)	Puskesmas	1	82%	1	1	100.00	
	7	Persentase penduduk usia 10-21 tahun yang diskriminasi merokok	Sekolah	3022	100%	3022	3022	100.00	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja klaster 2 tahun 2025 adalah 89,72

C. MATRIKS PENILAIAN KLASSTER 3

Berikut matriks penilaian klaster 3 UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025, sebagai berikut

Tabel 2. 4 Matriks Penilaian Klaster 3 UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025

NO	JENIS LAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	TOTAL SASARAN	TARGET SASARAN (%)	SASARAN JAN-DES	PENCAPAIAN	CAKUPAN	
								SUBVARIABEL	VARIABEL
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) = [(5)X(6)]	(8)	(9)= (8) : (7)	(10)
CAPAIAN								93.36	
A	Usia Dewasa dan Lanjut Usia							93.36	
	1	Persentase PUS mendapatkan Pelayanan KB Aktif	PUS	6806	62%	4206	4120	97.96	
	2	Persentase PUS mendapatkan pelayanan KB Pasca Salin	Ibu Nifas	1098	51%	560	438	78,22	

	3	Penduduk usia produktif yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Penduduk usia 15-59 tahun	21433	100%	21433	21748	100.00	
	4	Penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Penderita Hipertensi	2121	100%	2121	2123	100.00	
	5	Penderita diabetes melitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Penderita Dm	610	100%	610	650	100.00	
	6	Orang dengan gangguan jiwa berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	ODGJ	129	100%	129	129	100,00	
	7	Penduduk 7 tahun ke atas dengan resiko masalah kesehatan jiwa yang mendapat skrining	Usia 7 tahun keatas	3481	10%	348,1	4027	100,00	
	8	Penduduk usia dewasa yang dilakukan skrining CKG	Usia Dewasa	46418	35%	16246,3	16057	98,83	
	9	Penduduk usia lansia yang dilakukan skrining CKG	Lanjut Usia	7265	50%	3632,5	2283	62,85	
	10	Persentase lansia mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	Lanjut Usia	1458	50%	729	1458	100,00	
	11	Persentasi lansia yang mandiri	Lanjut Usia	7265	75%	5448,75	6946	100,00	
	12	Persentase lanjut usia dengan ketergantungan sedang, berat dan total mendapatkan perawatan jangka panjang (PJP)	Lanjut Usia	180	10%	18	180	100	
	13	Persentase penduduk penerima pemeriksaan kesehatan gratis kelompok usia lanjut	Lanjut Usia	7265	50%	3632,5	7265	100	
	14	Persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja	Pekerja	27805	10%	2780,5	2532	91,1	
	15	Persentase tempat kerja formal yang melaksanakan kesehatan	Tempat Kerja	54	25%	13,5	54	100	

		kerja							
	16	Jumlah Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) yang terbentuk di tempat kerja Informal	Pos UKK	2	15%	2	2	100,00	
	17	Persentase Fasyankes melaksanakan pelayanan kesehatan penyakit akibat kerja	Fasyankes	1	10%	0,1	1	100	
	18	Proporsi penduduk dengan aktifitas fisik yang cukup	Penduduk	27805	65%	18073,25	8263	45,7	
	19	Persentase pustu yang melakukan pembinaan kesehatan pada komunitas olahraga masyarakat di Desa/Kelurahan	Pustu	5	40%	2	5	100	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja klaster 3 tahun 2025 adalah 93.36

D. MATRIKS PENILAIAN KLASTER 4

Berikut matriks penilaian klaster 4 UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025, sebagai berikut:

Tabel 2. 5 Matriks Penilaian Klaster 4 UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025

NO	JENIS LAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	TOTAL SASARAN	TARGET SASARAN (%)	SASARAN JAN-DES	PENCAPAIAN	CAKUPAN	
								SUBVARIABEL	VARIABEL
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) = [(5)X(6)]	(8)	(9)= (8) : (7)	(10)
CAPAIAN								99,75	
A	Penanggulangan Penyakit Menular							99,24	

	a	Tuberkulosis							90.39
	1	Terduga Tuberkulosis Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	Terduga TBC	893	100%	893	912	100,00	
	2	Cakupan Penemuan Tuberkulosis (Treatment Coverage)	Kasus TBC	92	100%	92	62	67,39	
	3	Persentase Pasien TBC SO yang Memulai Pengobatan (Enrollment Rate TBC SO)	Kasus TBC	35	95%	33,25	61	100,00	
	4	Angka Keberhasilan Pengobatan TBC SO (Treatment Success Rate TBC SO)	Kasus TBC	96	90%	86,4	96	100,00	
	5	Cakupan Penemuan Kasus TBC Anak	Kasus TBC	18	100%	18	20	100,00	
	6	Pasien TBC Mengetahui Status HIV	Kasus TBC	50	85%	42,5	80	100,00	
	7	Cakupan Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT pada Kontak Serumah)	Kontak Serumah TBC	90	72%	64,8	52	80,25	
	8	Persentase Indeks Kasus TBC Terkonfirmasi Bakteriologis yang Dilakukan Investigasi Kontak	Kasus TBC	46	90%	41,4	113	100,00	
	9	Persentase Indeks Kasus TBC Terdagnosis Klinis yang Dilakukan Investigasi Kontak	Kasus TBC	13	40%	5,2	59	100,00	
	10	Fasyankes Melaksanakan Uji Silang	Puskesmas	1	100%	1	1	100,00	
	11	Penyandang Diabetes Mellitus yang Dilakukan Skrining TBC	Pasien DM	1214	100%	1214	567	46,71	
	b	HIV							100.00

	1	Orang yang beresiko terinfeksi HIV di layani sesuai standar	Orang yang beresiko terinfeksi HIV di layani sesuai standar	807	100%	807	968	100.00	
	2	ODHIV On ARV	ODHIV	0	60%	0	0	100.00	
	3	ODHIV baru memulai ARV	ODHIV	0	90%	0	0	100.00	
	4	Tes Viral load (ODHIV yang sudah minum ARV 6 – 12 bulan)	ODHIV	0	70%	0	0	100.00	
	c	Pneumonia						100,00	
	1	Persentase penemuan kasus pneumonia balita	Balita	34	40%	13,6	42	100,00	
	2	Persentase pengobatan kasus pneumonia balita sesuai standar	Balita	34	95%	32,3	42	100.00	
	d	Kusta						100.00	
	1	Proporsi Kusta Baru tanpa disabilitas (cacat)	Kasus	0	86%	0.86	0	100.00	
	2	Proporsi kusta anak di antara kasus kusta baru	Kasus Kusta Anak	0	<5%	0	0	100.00	
	3	Persentase penderita kusta menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	Kasus	1	90%	0.9	1	100.00	
	e	Frambusia						100.00	
	1	Laporan Frambusia Online	Puskesmas	1	100%	1	1	100.00	
	f	Diare						100.00	
	1	Tata laksana diare sesuai standar	Puskesmas	1	85%	1	1	100.00	

	9	Hepatitis						99,76	
	1	Puskesmas melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) pada ibu hamil	Puskesmas	1	100%	1	1	100,00	
	2	Persentase ibu hamil yang Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB)	Ibu Hamil	1043	100%	1043	1043	100,00	
	3	Persentase bayi yang mendapat HB0 < 24 Jam	Bayi Baru Lahir	1025	95%	973,75	962	98,79	
	4	Persentase bayi lahir dari ibu HbsAg reaktif mendapat HBIG < 24 jam	Bayi lahir hidup dari ibu HBsAg	4	100%	4	4	100,00	
	5	Persentase bayi usia 9 -12 bln dari ibu reaktif yang dites HBsAg	Bayi usia 9 - 12 bln dari ibu reaktif yang dites HBsAg	2	100%	2	4	100,00	
	h	Malaria						100.00	
	1	Angka Kesakitan Malaria (API)	Kasus	0	<1/1000	0	0	100.00	
	2	Positivity Rate (SPR) malaria	Kasus	0	<5%	0	0	100.00	
	3	PE Kasus Malaria	Kasus	0	100%	0	0	100.00	
	4	Persentase pemetaan reseptifitas malaria	Kelurahan	0	100%	0	0	100.00	
	5	Pengobatan malaria sesuai standar	Kasus	0	≥95%	0	0	100.00	
	6	Kelengkapan Laporan	Laporan	12	100%	12	12	100.00	
	i	DBD						50.00	
	1	Case Fatality Rate (CFR) DBD	Kasus	0	<1%	0	0	100.00	

	2	Incident Rate (IR)	Incident Rate (IR)	15	49/100.000 Jumlah Penduduk	15	75.0	100,00	
	j	Filariasis dan Kecacingan						100.00	
	1	Presentase Kelengkapan laporan data penderita filariasis kronis desa/kelurahan (100%)	Kasus	0	100%	0	0	100.00	
	2	Presentase penderita Filariasis mendapat pengobatan dan perawatan (100%)	Kasus	0	100%	0	0	100.00	
	3	Cakupan Pemberian Obat Pencegahan Masal (POPM) Kecacingan	Usia 1-12 tahun	15526	87.2%	13537.8	15525	100.00	
	k	Rabies						100.00	
	1	Persentase kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) yang dilakukan pencucian luka sesuai protap	Kasus	5	100%	5	38	100.00	
	2	Persentase jumlah kasus GHPR kategori luka 2 dan 3 yang mendapatkan VAR lengkap	Kasus	35	100%	35	35	100.00	
	l	Leptospirosis						100.00	
	1	Persentase kasus leptospirosis yang ditangani sesuai SOP	Kasus	0	100%	0	0	100.00	
	m	Antraks						100.00	
	1	Persentase kasus antraks yang ditangani sesuai SOP	Kasus	0	100%	0	0	100.00	

B	Surveilans							100.00	
	1	Ketepatan Laporan	Laporan	12	80%	9.6	12	100.00	
	2	Kelengkapan Laporan	Laporan	12	90%	10.8	12	100.00	
	3	Persentase kemunculan Alert	Laporan	12	> 50 %	12	12	100.00	
	4	Respon alert <24 jam	Laporan	26	100%	26	92	100.00	
	5	Discarded Rate	Kasus	0	$\frac{2}{100000} \times \text{Jumlah Pddk}$	0	0	100.00	
	6	NPAFP	Kasus	0	$\frac{3}{100000} \times \text{Jmlh pddk usia <15 tahun}$	0	0	100.00	
C	Kesehatan Lingkungan							100.00	
	1	% Kualitas air minum aman (memenuhi syarat)	Sarana Air Minum	2920	82%	2394	2860	100,00	
	2	% Penduduk akses terhadap air minum berkualitas (layak)	Penduduk	60134	100%	60134	60494	100,00	
	3	% KK yang memiliki jamban sehat	Kepala Keluarga	14028	75,80%	10633	13335	100,00	
	4	%Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	Kepala Keluarga	14028	93,50%	13116	13527	100,00	
	5	% TFU (Tempat Fasilitas Umum) yang memenuhi syarat	Tempat Fasilitas Umumnya (TFU)	22	88,20%	19	22	100,00	

	6	% TPP (Tempat Pengelolaan Pangan) yang memenuhi syarat	Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)	90	74,20%	67	90	100,00	
	7	% Penduduk Stop BABS/Akses Jamban Sehat	Penduduk	5	100%	5	5	100,00	
	8	% Cakupan Rumah yang memenuhi syarat kesehatan	Rumah	14028	81,30%	11405	12046	100,00	
	9	%KK Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT)	Kepala Keluarga	14028	81,30%	11405	11823	100,00	
	10	%KK Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT)	Kepala Keluarga	14028	81,30%	11405	12651	100,00	
	11	Jumlah Pasar yang dibina	Pasar	1	14%	0	1	100,00	
	12	Jumlah Kader Kesling yang dibina	Kader Kesling	5	Sesuai dengan jumlah kelurahan di Puskesmas	5	5	100,00	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja klaster 4 tahun 2025 adalah 99,75

BAB III HASIL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

A. HASIL PENILAIAN KLASTER I DAN LINTAS KLASTER

Berikut hasil penilaian klaster I dan Lintas klaster Tahun 2025, sebagai berikut:

Tabel 3. 1 Hasil Penilaian Kinerja Klaster I Puskesmas Pagambiran

No	Hasil Penilaian Kinerja	Hasil Cakupan (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
Capaian Kinerja Manajemen Klaster 1				9.93 (Baik)
1	Manajemen Inti	10	Baik	Baik $\geq 8,5$ Cukup $\geq 5,5 - 8,4$ Kurang $< 5,5$
2	Manajemen Arsip	8.5	Baik	
3	Manajemen Sumber Daya Manusia	10	Baik	
4	Sarana dan Perbekalan Kesehatan	10	Baik	
5	Data dan Informasi Digital	10	Baik	
6	Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan	10	Baik	
7	Keuangan dan Aset BMD	10	Baik	
8	Manajemen Jejaring	10	Baik	
9	Pemberdayaan Masyarakat	10	Baik	
10	Visite Rate	10	Baik	
Rata-rata Kinerja		9,93	Baik	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indikator kinerja klaster 1 tahun 2025 adalah 9.93 (Baik).

Tabel 3. 2 Hasil Penilaian Kinerja Manajemen Lintas klaster

No	Hasil Penilaian Kinerja	Hasil Cakupan (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
Capaian Kinerja Manajemen Lintas klaster				10 (Baik)
1	Pelayanan Kefarmasian	10	Baik	Baik $\geq$ 8,5 Cukup $\geq$ 5,5 – 8,4 Kurang $<$ 5,5
2	Pelayanan Laboratorium	10	Baik	
3	Manajemen Kesehatan Gigi dan Mulut	10	Baik	
4	Manajemen UGD	10	Baik	
5	Pelayanan Kesehatan Tradisional	10	Baik	
Rata-rata Kinerja		10	Baik	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indikator kinerja manajemen lintas klaster tahun 2025 adalah 10 (Baik).

Tabel 3. 3 Hasil Penilaian Kinerja Lintas klaster

No	Hasil Penilaian Kinerja	Hasil Cakupan (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
Capaian Kinerja Lintas klaster				97,73 (Baik)
1	Pelayanan Farmasi	97.96	Baik	Baik $\geq$ 91 % Cukup $\geq$ 81 – 90 % Kurang $\leq$ 80 %
2	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	95.23	Baik	
3	Persentase Pelayanan Pasien Laboratorium	100	Baik	
Rata-rata Kinerja		98.89	Baik	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja lintas klaster tahun 2025 adalah 97,73 (Baik).

B. HASIL PENILAIAN KLASTER 2, 3 DAN 4

Berikut hasil penilaian klaster 2, 3 dan 4 Tahun 2025, sebagai berikut:

Tabel 3. 4 Hasil Penilaian Kinerja Klaster 2

No	Hasil Penilaian Kinerja	Hasil Cakupan (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
Capaian Kinerja Klaster 2				89,72 (Cukup)
1	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas	95,54	Cukup	Baik ≥ 91 % Cukup $\geq 81 - 90$ % Kurang ≤ 80 %
2	Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir	95,30	Baik	
3	Pelayanan Kesehatan Balita	85,78	Kurang	
4	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar	74.49	Kurang	
5	Pelayanan Kesehatan pada Remaja	97.5	Baik	
Rata-rata Kinerja		89,72	Cukup	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja klaster 2 tahun 2025 adalah 89,72 (Cukup). Berikut hasil penilaian kinerja klaster 3 sebagai berikut:

Tabel 3. 5 Hasil Penilaian Kinerja Klaster 3

No	Hasil Penilaian Kinerja	Hasil Cakupan (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
Capaian Kinerja Klaster 3				93.36 (Baik)
1	Usia Dewasa dan Lanjut Usia	93.36	Baik	Baik ≥ 91 % Cukup $\geq 81 - 90$ % Kurang ≤ 80 %
Rata-rata Kinerja		93.36	Baik	

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja klaster 3 tahun 2025 adalah 93.36 (Baik). Berikut hasil penilaian kinerja klaster 4 sebagai berikut:

Tabel 3. 6 Hasil Penilaian Kinerja Klaster 4

No	Hasil Penilaian Kinerja	Hasil Cakupan (%)	Tingkat Kinerja	Keterangan
Capaian Kinerja Klaster 4				99,75 (Baik)
Capaian Kinerja Penanggulangan Penyakit Menular				99,24 (Baik)
1	Tuberkulosis	90.39	Baik	Baik $\geq$ 91 % Cukup $\geq$ 81–90% Kurang $\leq$ 80 %
2	HIV	100	Baik	
3	Pneumonia	100	Baik	
4	Kusta	100	Baik	
5	Frambusia	100	Baik	
6	Diare	100	Baik	
7	Hepatitis	99.76	Baik	
8	Malaria	100	Baik	
9	DBD	100	Baik	
10	Filariasis dan Kecacingan	100	Baik	
11	Rabies	100	Baik	
12	Leptospirosis	100	Baik	
13	Antraks	100	Baik	
Capaian Kinerja Surveilans				100 (Baik)
Capaian Kinerja Kesehatan Lingkungan				100 (Baik)

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa capaian indicator kinerja klaster 4 tahun 2025 adalah 99,75 (Baik).

C. HASIL TOTAL PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

Berikut hasil total penilaian kinerja UPTD Puskesmas Pagambiran Tahun 2025, sebagai berikut:

Tabel 3. 7 Hasil Total Penilaian Kinerja UPTD Puskesmas Pagambiran

No.	Komponen Kegiatan	Pencapaian	Tingkat Kinerja	Keterangan
	Cakupan Pelayanan Kesehatan			95,14 (Baik)
1	Lintas klaster	97,73	Baik	Baik $\geq$ 91 % Cukup $\geq$ 81 – 90 % Kurang $\leq$ 80 %
2	Klaster 2	89,72	Cukup	
3	Klaster 3	93,36	Baik	
4	Klaster 4	99,75	Baik	
	Manajemen			9.96 (Baik)
1	Manajemen Klaster 1	9.93	Baik	Baik $\geq$ 8,5 Cukup $\geq$ 5,5 – 8,4 Kurang $<$ 5,5
2	Manajemen Lintas klaster	10	Baik	

Berdasarkan tabel 3.7 diketahui bahwa hasil total kinerja untuk cakupan hasil total penilaian kinerja puskesmas Pagambiran adalah:

Kelompok II: Puskesmas dengan tingkat kinerja Baik

BAB IV RENCANA TINDAK LANJUT

A. IDENTIFIKASI MASALAH DAN PRIORITAS MASALAH

Tabel 4. 1 Identifikasi Masalah UPTD Puskesmas Pagambiran

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAKUPAN
KLAUSTER 1			
1	Manajemen Arsip	10	8,5
KLAUSTER 2			
1	Cakupan Imunisasi Lengkap	80	65,95
2	Cakupan Imunisasi MR1 Pada Bayi	84	71,02
3	Cakupan imunisasi Lengkap pada Baduta	70	31,67
4	Persentase balita yang mengikuti kelas ibu balita minimal 4 kali	30	19,62
5	Cakupan imunisasi di Usia Sekolah Dasar	88	10,33
6	Cakupan imunisasi HPV	90	36,62
KLAUSTER 3			
1	Penduduk usia lansia yang dilakukan skrining CKG	50	31,42
2	KB Pasca salin	51	39,89
KLAUSTER 4			
8	Cakupan Penemuan TBC (treatment coverage) TBC SO	90	68,47

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa ada 8 indikator kinerja yang tidak mencapai target pada Tahun 2025.

B. PRIORITAS MASALAH

Dalam menetapkan urutan prioritas masalah kita menggunakan metode USG (Urgency, Seriousness, Growth (USG)) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menentukan skala nilai 1 – 5 atau 1 – 10.

Isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas. Untuk lebih jelasnya, dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Urgency : Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi. Urgency dilihat dari tersedianya waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.
2. Seriousness : Seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri. Seriousness dilihat dari dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, dan membahayakan sistem atau tidak.
3. Growth: Seberapa kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan Berdasarkan hasil prioritas masalah dengan perhitungan tingkat kriteria Urgensi (U), Keseriusan (S) dan Perkembangan (G) $/(USG)$, didapatkan prioritas masalah sebagai berikut :

**Tabel 4. 2 Prioritas Masalah UPTD Puskesmas Pagambiran
Tahun 2025**

NO	INDIKATOR KINERJA	PRORITAS			TOTAL	
		U	S	G	SKOR	RANGKING
Klaster 1						
1	Manajemen Arsip	3	3	3	9	6
Klaster 2						
1	Cakupan Imunisasi Lengkap	5	5	5	15	1
2	Cakupan Imunisasi MR1 pada bayi	4	4	4	12	5
3	Cakupan Imunisasi lengkap pada Baduta	5	5	5	15	2
4	Persentase balita yang mengikuti kelas ibu balita minimal 4 kali	1	2	2	5	10
5	Cakupan imunisasi di usia Sekolah Dasar	2	3	1	6	9
6	Cakupan Imunisasi HPV	2	3	2	7	8
Klaster 3						
1	Penduduk usia lansia yang dilakukan skrining CKG	1	5	2	8	7
2	KB Pasca salin	3	3	4	10	4
Klaster 4						
1	Cakupan Penemuan TBC (treatment coverage) TBC SO	4	5	5	14	3

C. RUMUSAN MASALAH

Dalam merumuskan masalah mencakup (4W + 1 H = What, Who, When, Where, and How). Berdasarkan kesenjangan dan prioritas masalah maka dapat dirumuskan permasalahan kesehatan yang ada, adapun yang dijadikan prioritas sebanyak 5 masalah kesehatan sebagai berikut:

1. Belum tercapainya cakupan Imunisasi Lengkap sebesar 14,05
2. Belum tercapainya Cakupan imunisasi Lengkap pada Baduta sebesar 38, 33
3. Belum tercapainya cakupan KB Pasca Salin 39,89
4. Belum tercapainya cakupan penemuan TBC (treatment Coverage) TBC SO 68,47

D. AKAR PENYEBAB MASALAH

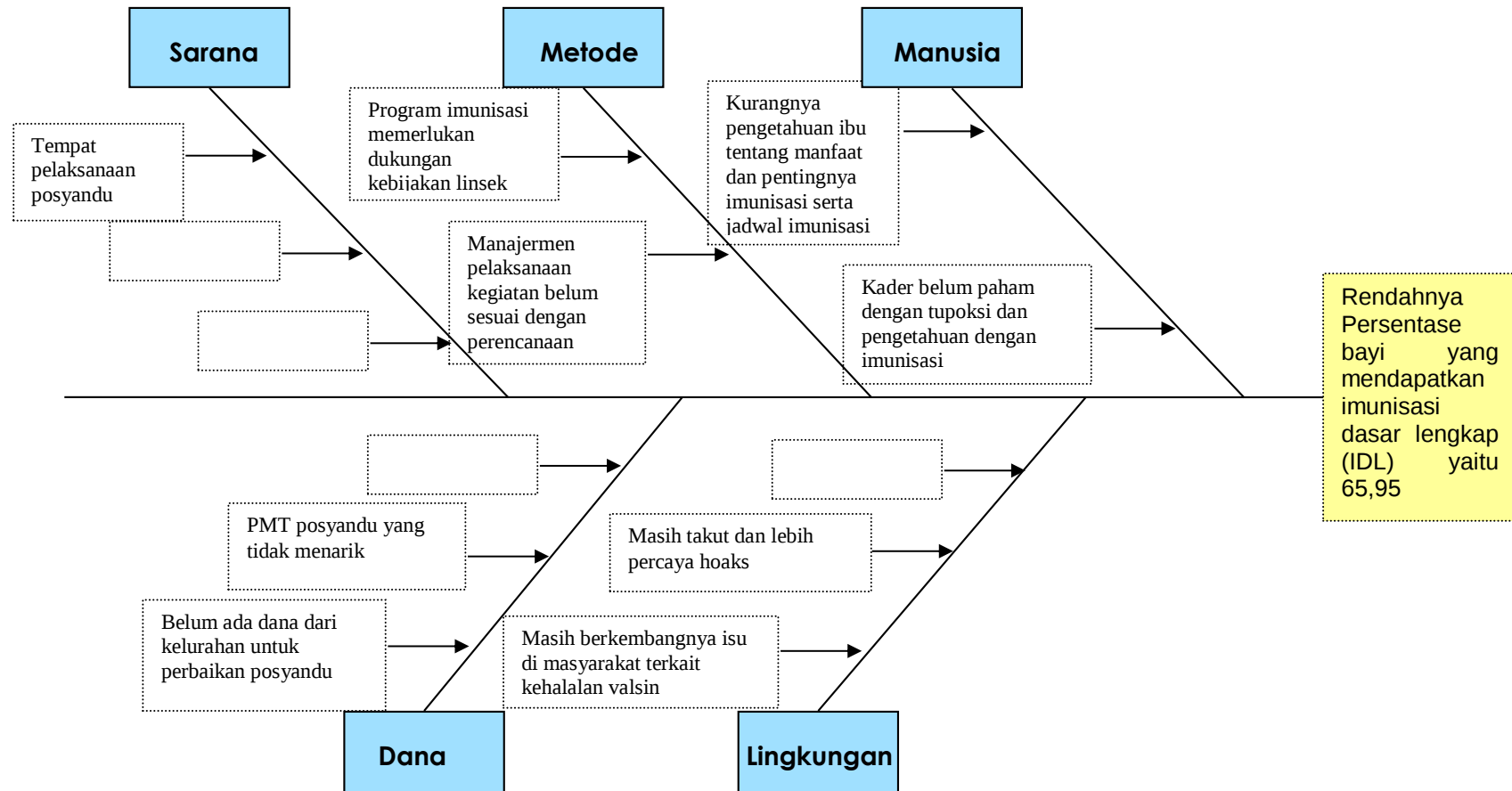
Mencari akar penyebab masalah menggunakan metode diagram sebab akibat dari Ishikawa / Diagram Tulang Ikan / Fishbone, yang didukung oleh unsur:

- a. Manusia

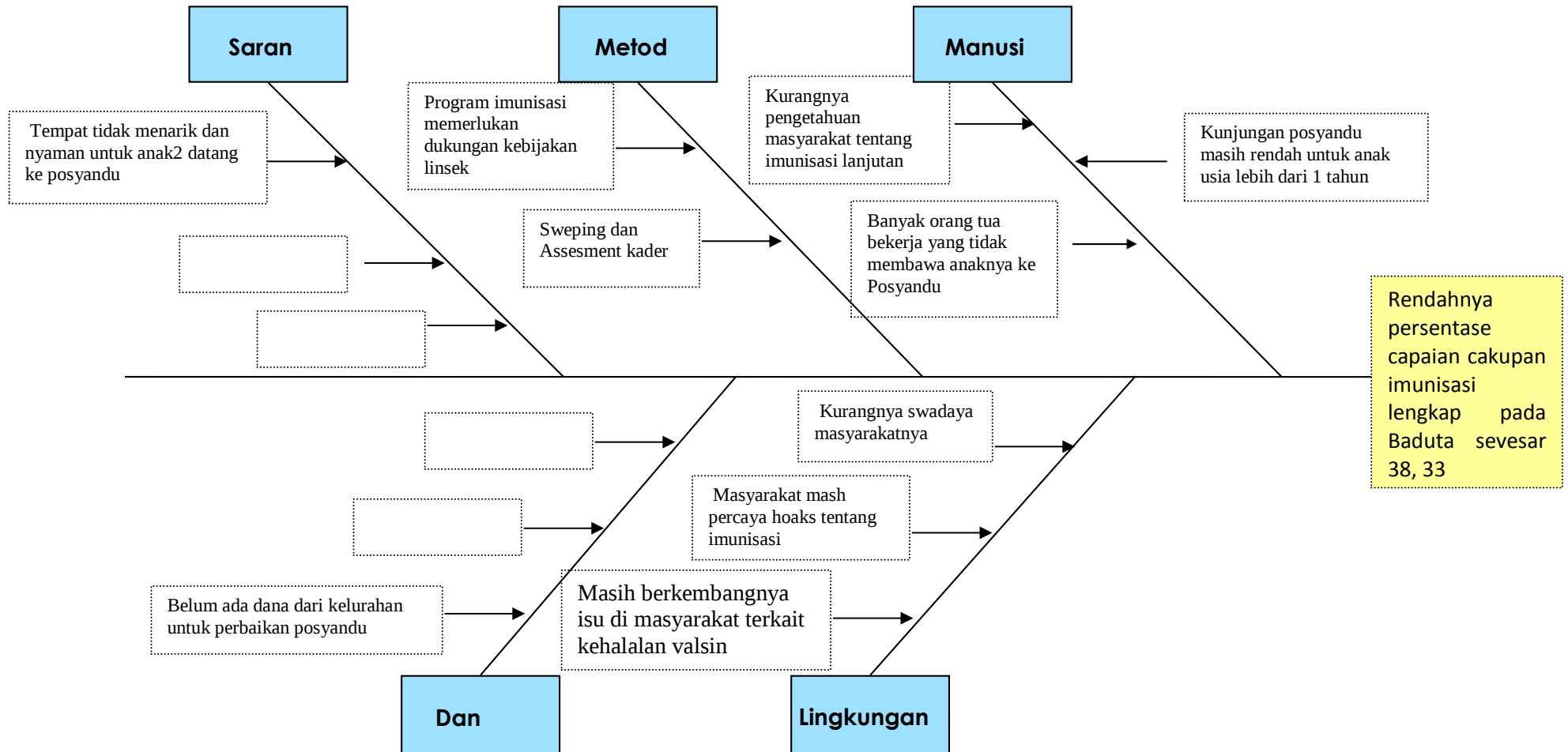
- b. Metode
- c. Sarana
- d. Dana
- e. Lingkungan

Di bawah ini Diagram tulang ikan atau fishbone dari beberapa prioritas masalah yang telah dirumuskan: Analisis dan kajian Penyebab masalah spesifik dengan menggunakan Analisa Tulang Ikan (Fishbone Analysis):

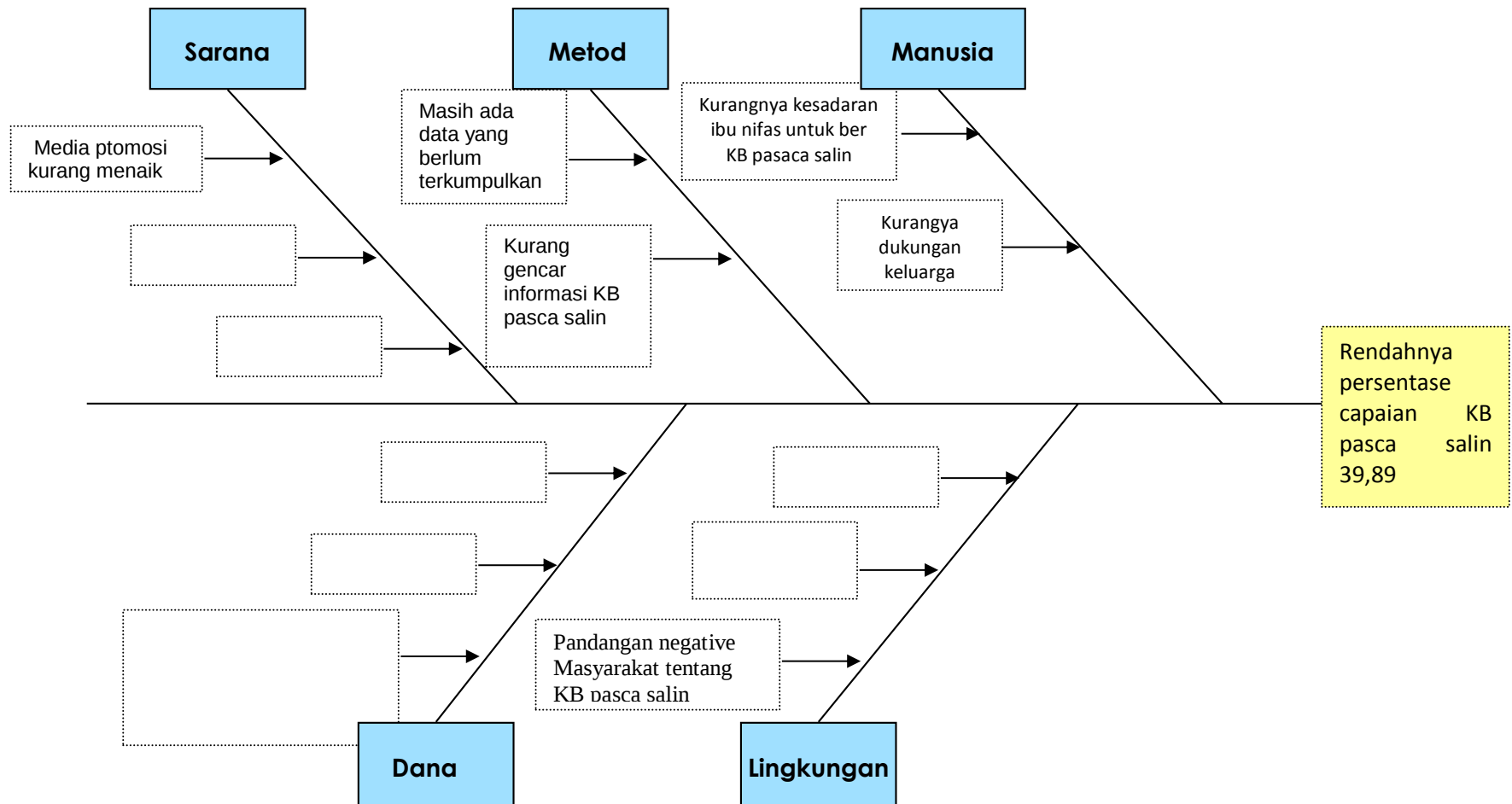
a. Fishbone I: Belum tercapainya persentase bayi yang mendapatkan Imunisasi dasar lengkap (IDL) sebesar 65,95%



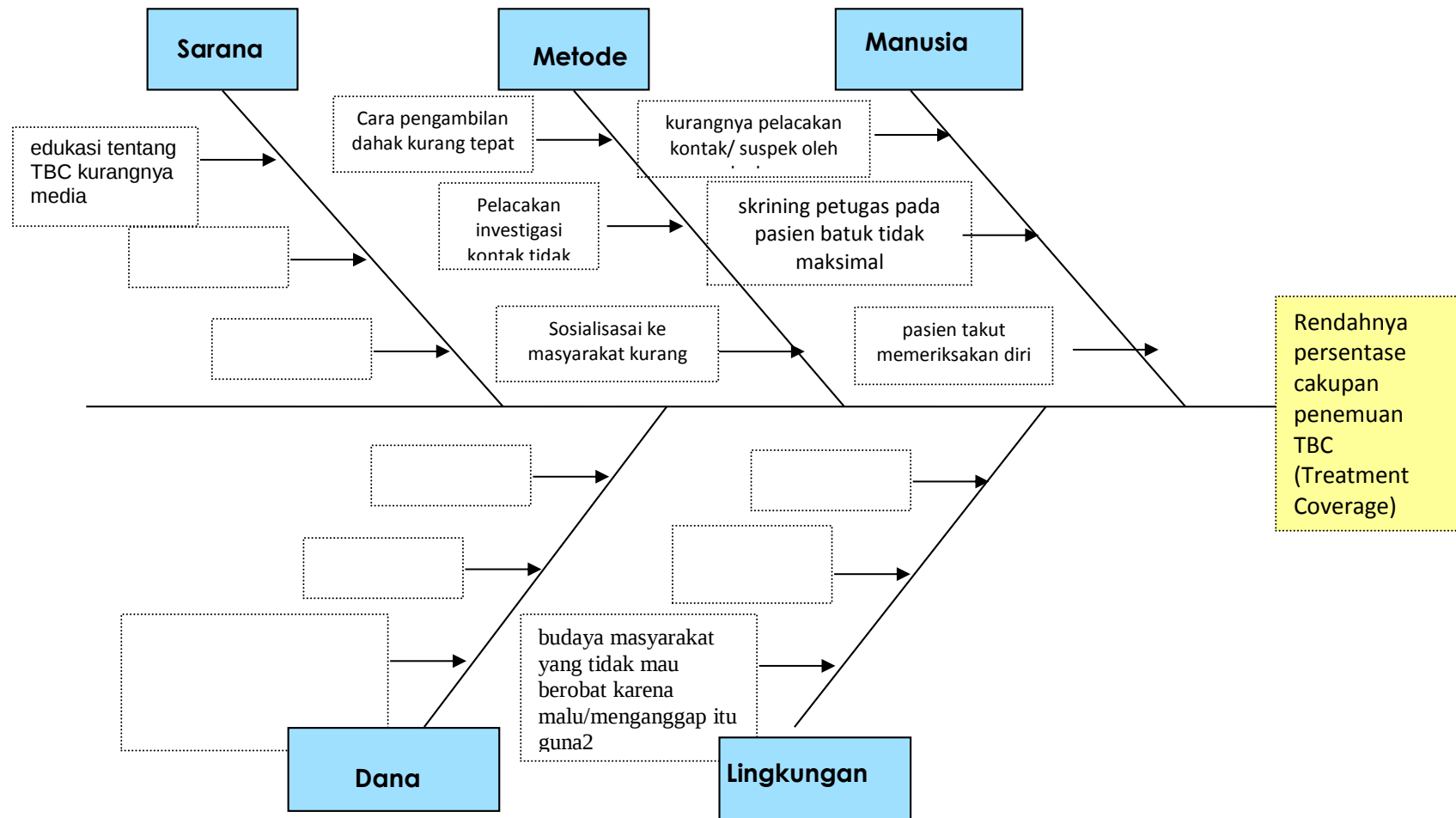
b. Fishbone II: Belum tercapainya cakupan imunisasi lengkap pada Baduta sebesar 38,33



c. Fishbone III: Belum tercapainya cakupan KB Pasca Salin 39,89



d. Fishbone III: Belum tercapainya cakupan penemuan TBC (treatment Coverage) TBC SO 68,47



E. ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH DAN RENCANA TINDAK LANJUT

NO	MASALAH	PENYEBAB MASALAH	PEMECAHAN MASALAH	PEMECAHAN MASALAH TERPILIH
1	Belum tercapainya persentase bayi yang mendapatkan Imunisasi dasar lengkap (IDL) sebesar 65,95%	<u>Manusia</u> 1. Kurangnya pengetahuan ibu tentang manfaat dan pentingnya imunisasi serta jadwal imunisasi. 2. Kader belum paham dengan tupoksi dan pengetahuan Imunisasi <u>METODE</u> 1. Program imunisasi memerlukan dukungan kebijakan linsek 2. Manajemen pelaksanaan kegiatan belum sesuai dengan perencanaan <u>SARANA</u> Tempat pelaksanaan posyandu belum representatif <u>LINGKUNGAN</u> 1. Masih takut dan lebih percaya hoaks	- Sweping dilaksanakan secara menyeluruh - Melaksanakan assesment kader - Advokasi dengan linsek terkait kebijakan dan dana	- Optimalkan sweping Kembali, edukasi dan sosialisasi serta penguatan dari Lintas Sektor - Melaksanakan Assesment kader - Inovasi “Sinergi Ayah dan Ibu untuk Anak Imunisasi Giat dan Inovatif (Sayangi)”

		2. Masih berkembangnya isu di masyarakat terkait kehalalan vaksin		
		<u>Dana</u> - PMT posyandu yang tidak menarik - Belum ada dana dari kelurahan untuk perbaikan posyandu		
2	Belum tercapainya Cakupan imunisasi Lengkap pada Baduta sebesar 38,33	<u>MANUSIA</u> 1. Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang imunisasi lanjutan 2. Kunjungan posyandu masih rendah untuk anak usia lebih dari 1 tahun 3. Banyak orang tua bekerja yang tidak membawa anaknya ke Posyandu <u>METODE</u> 1. Program imunisasi memerlukan dukungan kebijakan linsek 2. Sweping dan Assesment kader <u>SARANA</u> 1. Tempat tidak menarik dan nyaman untuk anak-anak datang ke posyandu	- Sweping dilaksanakan secara menyeluruh - Melaksanakan assessment kader - Advokasi dengan linsek terkait kebijakan dan dana	- Optimalkan sweping Kembali, edukasi dan sosialisasi serta penguatan dari Lintas Sektor. - Melaksanakan Asessment kader - Inovasi “Sinergi Ayah dan Ibu untuk Anak Imunisasi Giat dan Inovatif (Sayangi)”

		<u>LINGKUNGAN</u> - <u>Kurangnya swadaya masyarakat</u> - <u>Masyarakat masih percaya hoaks tentang imunisasi.</u> - <u>Masih berkembangnya isu di masyarakat terkait kehalalan vaksin</u>		
3	Belum tercapainya KB Pasca salin 39,89	<u>MANUSIA</u> 1. Kurangnya kesadaran ibu nifas untuk ber KB pasac salin. 2. Kurangnya dukungan keluarga <u>METODE</u> 1. Masih ada data yang belum terkumpulkan. 2. Kurang gencarnya informasi KB pasca salin. <u>SARANA</u> 1. Media promosi kurang menarik <u>LINGKUNGAN</u> 1. Pandangan negative masyarakat tentang KB pasaca salin	- Sosialisasi/penyuluhan , motivasi dan kunjungan rumah pada ibu nifas KF 2 - Menyebarkan media promosi KB pada Masyarakat - Media Promosi melalui media sosial - Kerjasama dengan linsek - Mengumpulkan data rill dari kader KB dengan berkoordinasi dengan pemwil	- Sosialisasi/penyuluhan , motivasi dan kunjungan rumah pada ibu nifas KF 2 - Menyebarkan media promosi KB pada Masyarakat - Media Promosi melalui media sosial - Kerjasama dengan linsek - Mengumpulkan data rill dari kader KB dengan berkoordinasi dengan pemwil

4	Rendahnya persentase cakupan penemuan TBC (Treatment Coverage)	<u>MANUSIA</u> 1. Kurangnya pelacakan kontak/suspek oleh kader 2. Skrining petugas pada pasien batuk tidak maksimal 3. Pasien takut memeriksakan	- Meningkatkan penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat. - Melakukan skrining pada pasien batuk lebih maksimal	- Meningkatkan penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat. - Melakukan skrining pada pasien batuk lebih maksimal
		<u>METODE</u> 1. Cara pengambilan dahak kurang 2. Pelacakan investigasi kontak tidak menyeluruh 3. Sosialisasi ke masyarakat kurang	- Cara pengambilan dahak diperbaiki - Meningkatkan pelacakankontak/suspec TB oleh kader	- Cara pengambilan dahak diperbaiki - Meningkatkan pelacakankontak/suspec TB oleh kader
		<u>SARANA</u> Edukasi tentang TBC kurangnya media		
		<u>LINGKUNGAN</u> 1. Budaya Masyarakat yang tidak mau berobat karena malu/menganggap itu guna-guna		

F. RENCANA TINDAK LANJUT

NO	RENCANA	WAKTU PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	DANA
1	Melaksanakan Sweping	Minggu 1 s.d 4	Pj Kluster 2	-
2	Sosialisasi/penyuluhan Imunisasi, KB dan Penyakit Menular dan Tidak Menular	Minggu 1 s.d 4	Pj Kluster 2, 3 dan 4	-
3	Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu nifas KF 2	Minggu 1 s.d 4	PJ. Klaster 3	Dana BOK
4	Meningkatkan Pelacakan kontak/suspek TBC oleh kader	Minggu 1 s.d 4	PJ. Klaster 4	-

BAB V KESIMPULAN

1. Matrik penilaian kinerja puskesmas di Puskesmas Pagambiran triwulan 1 Tahun 2025 terdiri dari matrik klaster 1, klaster 2, klaster 3, klaster 4 dan lintas klaster
2. Hasil penilaian kinerja Puskesmas Pagambiran Triwulan 1 Tahun 2025 adalah Klaster 1 adalah baik, klaster 2 adalah cukup, klaster 3 adalah baik, klaster 4 adalah kurang dan lintas klaster adalah baik
3. Rencana tindak lanjut hasil penilaian kinerja Triwulan 1 Tahun 2025 Puskesmas Pagambiran dibuat berdasarkan hasil capaian kinerja yang belum mencapai target yang terdiri dari klaster 2, 3 dan 4.