

PEDOMAN PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI

FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP)



**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI
PELAYANAN KESEHATAN**

TAHUN 2017

362.11

Ind
p

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Pelayanan Kesehatan

**Pedoman penyusunan dokumen akreditasi fasilitas
kesehatan tingkat pertama.**--- Jakarta Kementerian
Kesehatan RI. 2017

ISBN 978-602-235-730-8

1. Judul I. COMMUNITY HEALTHSERVICES
- II. HEALTH FACILITY PLANNING
- III. ACCREDITATION

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayahNya, kami dapat menyelesaikan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Buku ini kami susun sebagai salah satu upaya untuk memberikan acuan dan kemudahan dalam pelaksanaan persiapan akreditasi baik oleh pendamping maupun pelaksana akreditasi FKTP.

Akreditasi mempersyaratkan adanya pembuktian pelaksanaan seluruh kegiatan pelayanan melalui dokumentasi dan penelusuran, karena pada prinsip akreditasi, seluruh kegiatan harus tertulis dan apa yang tertulis harus dikerjakan dengan sesuai. Buku ini berisi contoh-contoh dokumen yang dapat digunakan dalam menyusun dokumen akreditasi.

Pada kesempatan ini perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang terlibat dalam proses penyusunan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP. Semoga dengan digunakannya buku ini dapat mempermudah pembaca dalam menyiapkan dokumen akreditasiFKTP.

Jakarta, Maret 2017
Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

dr. Eka Viora, Sp.Kj



DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR . _____	i
DAFTAR ISI . _____	iii
DAFTAR LAMPIRAN . _____	iv
DAFTAR GAMBAR . _____	v
BAB I. PENDAHULUAN . _____	1
A. Latar Belakang . _____	1
B. Maksud dan Tujuan . _____	1
C. Sasaran . _____	2
D. Dasar Hukum . _____	2
BAB II. DOKUMENTASI AKREDITASI FKTP . _____	4
A. Jenis Dokumen Berdasarkan Sumber . _____	4
B. Jenis Dokumen Akreditasi FKTP . _____	4
C. Jenis Dokumen yang Perlu Disediakan . _____	5
BAB III. PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI . _____	7
A. Kebijakan . _____	7
B. Manual Mutu . _____	9
C. Rencana Lima Tahunan Puskesmas . _____	12
D. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Tahunan . _____	16
E. Pedoman/Panduan . _____	18
F. Penyusunan Kerangka Acuan Program/Kegiatan . _____	20
G. Standar Operasional Prosedur (SOP) . _____	23
H. Prosedur Pengendalian Dokumen di FKTP . _____	31
I. Rekam Implementasi . _____	34
BAB IV. PENUTUP . _____	35
LAMPIRAN . _____	39

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Contoh Kerangka Program Kesehatan Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM).....	39
Lampiran 2 Contoh Surat Keputusan Tentang Kebijakan Mutu dan Keselamatan Pasien.....	44
Lampiran 3 Contoh Template Pedoman Mutu.....	47
Lampiran 4 Contoh SOP.....	54
Lampiran 5 Contoh Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas.....	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Contoh Siklus Manajemen Puskesmas _____	19



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Salah satu unsur penting dan sangat vital yang menentukan keberhasilan akreditasi FKTP adalah bagaimana mengatur sistem pedokumentasian dokumen.

Pengaturan sistem dokumentasi dalam satu dalam proses implementasi akreditasi FKTP dianggap penting karena dokumen merupakan acuan kerja, bukti pelaksanaan dan penerapan kebijakan, program dan kegiatan, serta bagian dari salah satu persyaratan Akreditasi FKTP. Dengan adanya sistem dokumentasi yang baik dalam suatu institusi/organisasi diharapkan fungsi-fungsi setiap personil maupun bagian-bagian dari organisasi dapat berjalan sesuai dengan perencanaan bersama dalam upaya mewujudkan kinerja yang optimal.

Dokumen yang dimaksud dalam Akreditasi FKTP secara garis besar dibagi atas dua bagian yaitu dokumen internal dan eksternal. Dokumen tersebut digunakan untuk membangun dan membakukan sistem manajemen mutu dan sistem manajemen pelayanan. Dokumen internal tersebut adalah Kebijakan, Pedoman, Standar operasional prosedur (SOP) dan dokumen lain disusun berdasarkan peraturan perundangan dan pedoman-pedoman eksternal yang berlaku.

Agar para pemangku kepentingan Akreditasi FKTP memiliki acuan dan memudahkan dalam melakukan dokumentasi perlu disusun Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Pedoman ini dimaksudkan agar semua pemangku kepentingan memiliki acuan dalam melakukan standarisasi tata naskah seluruh dokumen terkait akreditasi FKTP.

2. Tujuan

- a. Tersedianya pedoman bagi Kepala, penanggung jawab dan pelaksana upaya kesehatan di FKTP dalam menyusun dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dalam standar akreditasi,

- b. Tersedianya Pedoman bagi pendamping akreditasi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan pendamping pada FKTP,
- c. Tersedianya pedoman bagi Surveior dalam melakukan penilaian akreditasi FKTP,
- d. Tersedianya pedoman penyusunan dokumen untuk pelatihan akreditasi FKTP.

C. SASARAN

- a. Pelatih akreditasi
- b. Pendamping dan surveior akreditasi FKTP
- c. Kepala FKTP, penanggungjawab, pelaksana dan Tim Mutu/Akreditasi FKTP
- d. Pemerhati akreditasi FKTP

D. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
7. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
10. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 24;

11. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193;
12. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang RPJMN Tahun 2015 – 2019;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 148 Tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464 Tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/3/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2015 tentang Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019;
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 432 Tahun 2016 tentang Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

BAB II

DOKUMENTASI AKREDITASI FKTP

A. Jenis Dokumen Berdasarkan Sumber

1. Dokumen Internal

Sistem manajemen mutu, sistem penyelenggaraan pelayanan upaya kesehatan perorangan, dan sistem penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (untuk Puskesmas) perlu dibakukan berdasarkan dokumen internal yang ditetapkan oleh Kepala FKTP. Dokumen internal tersebut disusun dan ditetapkan dalam bentuk dokumen yang harus disediakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk memenuhi standar akreditasi.

2. Dokumen Eksternal

Dokumen eksternal yang berupa peraturan perundangan dan pedoman-pedoman yang diberlakukan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan organisasi profesi, yang merupakan acuan bagi FKTP dalam menyelenggarakan administrasi manajemen dan upaya kesehatan perorangan serta khusus bagi Puskesmas untuk penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat.

Dokumen-dokumen eksternal sebaiknya ada di FKTP tersebut, sebagai dokumen yang dikendalikan, meskipun dokumen eksternal tersebut tidak merupakan persyaratan dalam penilaian akreditasi.

B. Jenis Dokumen Akreditasi FKTP

1. Dokumen Induk

Dokumen asli dan telah disahkan oleh Kepala FKTP.

2. Dokumen terkendali

Dokumen yang didistribusikan kepada sekretariat/ tiap unit/ pelaksana, terdaftar dalam Daftar Distribusi Dokumen Terkendali, dan menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan dapat ditarik bila ada perubahan (revisi). Dokumen ini harus ada tanda/stempel "TERKENDALI".

3. Dokumen tidak terkendali
Dokumen yang didistribusikan untuk kebutuhan eksternal atau atas permintaan pihak di luar FKTP digunakan untuk keperluan insidental, tidak dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan memiliki tanda/stempel "TIDAK TERKENDALI". Yang berhak mengeluarkan dokumen ini adalah Penanggung jawab Manajemen Mutu dan tercatat pada Daftar Distribusi Dokumen Tidak Terkendali.
4. Dokumen Kedaluwarsa
Dokumen yang dinyatakan sudah tidak berlaku oleh karena telah mengalami perubahan/revisi sehingga tidak dapat lagi menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan. Dokumen ini harus ada tanda/stempel "KEDALUWARSA". Dokumen induk diidentifikasi dan dokumen sisanya dimusnahkan.

C. Jenis Dokumen yang Perlu Disediakan

Dokumen-dokumen yang perlu disediakan di Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan manajemen Puskesmas:
 - a. Kebijakan Kepala Puskesmas,
 - b. Rencana Lima Tahunan Puskesmas,
 - c. Pedoman/manual mutu,
 - d. Pedoman/panduan teknis yang terkait dengan manajemen,
 - e. Standar operasional prosedur (SOP),
 - f. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP):
 - 1) Rencana Usulan Kegiatan (RUK), dan
 - 2) Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
 - g. Kerangka Acuan Kegiatan.
2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM):
 - a. Kebijakan Kepala Puskesmas,
 - b. Pedoman untuk masing-masing UKM (esensial maupun pengembangan),
 - c. Standar operasional prosedur (SOP),
 - d. Rencana Tahunan untuk masing-masing UKM terintegrasi dalam RUK dan RPK
 - e. Kerangka Acuan Kegiatan pada tiap-tiap UKM.

3. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
 - a. Kebijakan Kepala Puskesmas
 - b. Pedoman Pelayanan Klinis,
 - c. Standar operasional prosedur (SOP) klinis,
 - d. Rencana Tahunan UKP terintegrasi dalam RUK dan RPK;
 - e. Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Dokumen-dokumen yang perlu disediakan oleh Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, antara lain adalah:

1. Rencana strategis/ rencana lima tahunan,
2. Rencana tahunan,
3. Kebijakan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama,
4. Pedoman/panduan mutu,
5. Standar operasional prosedur (SOP),
6. Panduan-panduan teknis,
7. Kerangka Acuan Kegiatan.

Sebagai bukti pelaksanaan kegiatan dan pelayanan, Puskesmas dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama perlu menyiapkan rekam implementasi (bukti tertulis kegiatan yang dilaksanakan) dan dokumen-dokumen pendukung lain, seperti foto copy ijazah, sertifikat pelatihan, sertifikat kalibrasi, dan sebagainya.

BAB III

PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI

A. Kebijakan

Kebijakan adalah Peraturan/ Surat Keputusan yang ditetapkan oleh Kepala FKTP yang merupakan garis besar yang bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh penanggung jawab maupun pelaksana. Berdasarkan kebijakan tersebut, disusun pedoman/ panduan dan standar operasional prosedur (SOP) yang memberikan kejelasan langkah-langkah dalam pelaksanaan kegiatan di Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Penyusunan Peraturan/Surat Keputusan tersebut harus didasarkan pada peraturan perundangan, baik Undang-undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Daerah, Peraturan Kepala Daerah, Peraturan Menteri dan pedoman-pedoman teknis yang berlaku seperti yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Peraturan/ Surat Keputusan Kepala FKTP dapat dituangkan dalam pasal-pasal dalam keputusan tersebut, atau merupakan lampiran dari peraturan/ keputusan.

Format Peraturan/ Surat Keputusan disesuaikan dengan Peraturan Daerah yang berlaku atau dapat disusun sebagai berikut:

1. Pembukaan ditulis dengan huruf kapital:
 - a. Kebijakan : Peraturan/Keputusan Kepala (sebutkan nama FKTP),
 - b. Nomor : ditulis sesuai sistem penomoran di FKTP,
 - c. Judul : ditulis judul Peraturan/Keputusan tentang ...
 - d. Dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa
 - e. Jabatan pembuat keputusan ditulis simetris, diletakkan di tengah margin diakhiri dengan tanda koma(,)
2. Konsideran, meliputi:
 - a. Menimbang:
 - 1) Memuat uraian singkat tentang pokok-pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan keputusan,

- 2) Huruf awal kata “menimbang” ditulis dengan huruf kapital diakhiri dengan tanda baca titik dua (:), dan diletakkan di bagian kiri,
 - 3) Konsideran menimbang diawali dengan penomoran menggunakan huruf kecil dan dimulai dengan kata “bahwa” dengan “b” huruf kecil, dan diakhiri dengan tanda baca (;).
- b. Mengingat:
- 1) Memuat dasar kewenangan dan peraturan perundangan yang memerintahkan pembuat Peraturan/Surat Keputusan tersebut,
 - 2) Peraturan perundangan yang menjadi dasar hukum adalah peraturan yang tingkatannya sederajat atau lebih tinggi,
 - 3) Kata “mengingat” diletakkan di bagian kiri sejajar kata menimbang,
 - 4) Konsideran yang berupa peraturan perundangan diurutkan sesuai dengan hirarki tata perundangan dengan tahun yang lebih awal disebut lebih dulu, diawali dengan nomor 1, 2, dst, dan diakhiri dengan tanda baca (;).
3. Diktum:
- a. Diktum “MEMUTUSKAN” ditulis simetris di tengah, seluruhnya dengan huruf kapital;
 - b. Diktum Menetapkan dicantumkan setelah kata memutuskan sejajar dengan kata menimbang dan mengingat, huruf awalkata menetapkan ditulis dengan huruf kapital, dan diakhiri dengan tanda baca titik dua (:);
 - c. Nama keputusan sesuai dengan judul keputusan (kepala), seluruhnya ditulis dengan huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca titik (.).
4. Batang Tubuh.
- a. Batang tubuh memuat semua substansi Peraturan/Surat Keputusan yang dirumuskan dalam diktum-diktum, misalnya:
Kesatu :
Kedua :
dst
 - b. Dicantumkan saat berlakunya Peraturan/Surat Keputusan, perubahan, pembatalan, pencabutan ketentuan, dan peraturan lainnya, dan
 - c. Materi kebijakan dapat dibuat sebagai lampiran Peraturan/ Surat Keputusan, dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh pejabat yang menetapkan Peraturan/Surat Keputusan.

5. Kaki:
Kaki Peraturan/Surat Keputusan merupakan bagian akhir substansi yang memuat penanda tangan penerapan Peraturan/Surat Keputusan, pengundangan peraturan/keputusan yang terdiri dari:
 - a. tempat dan tanggal penetapan,
 - b. nama jabatan diakhiri dengan tanda koma(,),
 - c. tanda tangan pejabat, dan
 - d. nama lengkap pejabat yang menandatangani.
6. Penandatanganan:
Peraturan/Surat Keputusan Kepala FKTP ditandatangani oleh Kepala FKTP, dituliskan nama tanpa gelar.
7. Lampiran Peraturan/Surat Keputusan:
 - a. Halaman pertama harus dicantumkan nomor dan Judul Peraturan/ Surat Keputusan,
 - b. Halaman terakhir harus ditandatangani oleh Kepala FKTP.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen Peraturan / Surat Keputusan yaitu:

1. Kebijakan yang telah ditetapkan Kepala FKTP tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala FKTP hingga adanya kebutuhan revisi atau pembatalan.
2. Untuk Kebijakan berupa Peraturan, pada Batang Tubuh tidak ditulis sebagai diktum tetapi dalam bentuk Bab-bab dan Pasal-pasal.

B. Manual Mutu

Manual mutu adalah dokumen yang memberi informasi yang konsisten ke dalam maupun ke luar tentang sistem manajemen mutu. Manual mutu disusun, ditetapkan, dan dipelihara oleh organisasi. Manual mutu tersebut meliputi:

Kata Pengantar

I. Pendahuluan

- A. Latar belakang
 1. Profil Organisasi
 2. Kebijakan Mutu
 3. Proses Pelayanan (Proses Bisnis)

- B. Ruang Lingkup
- C. Tujuan
- D. Landasan hukum dan acuan
- E. Istilah dan definisi

II. Sistem Manajemen Mutu dan Sistem Penyelenggaraan Pelayanan:

- A. Persyaratan umum
- B. Pengendalian dokumen
- C. Pengendalian rekaman

III. Tanggung Jawab Manajemen:

- A. Komitmen manajemen
- B. Fokus pada sasaran/pasien
- C. Kebijakan mutu
- D. Perencanaan Sistem Manajemen Mutu dan Pencapaian Sasaran Kinerja/Mutu
- E. Tanggung jawab, wewenang dan komunikasi
- F. Wakil Manajemen Mutu/Penanggung Jawab Manajemen Mutu
- G. Komunikasi internal

IV. Tinjauan Manajemen:

- A. Umum
- B. Masukan Tinjauan Manajemen
- C. Luaran tinjauan

V. Manajemen Sumber Daya:

- A. Penyediaan sumber daya
- B. Manajemen sumber daya manusia
- C. Infrastruktur
- D. Lingkungan kerja

VI. Penyelenggaraan Pelayanan:

- A. Upaya Kesehatan Masyarakat Puskesmas:
 - 1. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat, akses dan pengukuran kinerja (Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP))
 - 2. Proses yang berhubungan dengan sasaran:
 - a. Penetapan persyaratan sasaran
 - b. Tinjauan terhadap persyaratan sasaran
 - c. Komunikasi dengan sasaran
 - 3. Pembelian (jika ada)

4. Penyelenggaraan UKM:
 - a. Pengendalian proses penyelenggaraan upaya
 - b. Validasi proses penyelenggaraan upaya
 - c. Identifikasi dan mampu telusur
 - d. Hak dan kewajiban sasaran
 - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (jika ada)
 - f. Manajemen risiko dan keselamatan
 5. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan sasaran kinerja UKM:
 - a. Umum
 - b. Pemantauan dan pengukuran:
 - 1) Kepuasan pelanggan
 - 2) Audit internal
 - 3) Penilaian Kinerja Puskesmas:
 - a) Pemantauan dan pengukuran proses
 - b) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
 - c. Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
 - d. Analisis data
 - e. Peningkatan berkelanjutan
 - f. Tindakan korektif
 - g. Tindakan preventif
- B. Pelayanan klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan):
1. Perencanaan Pelayanan Klinis
 2. Proses yang berhubungan dengan pelanggan
 3. Pembelian/pengadaan barang terkait dengan pelayanan klinis:
 - a. Proses pembelian
 - b. Verifikasi barang yang dibeli
 - c. Kontrak dengan pihak ketiga
 4. Penyelenggaraan pelayanan klinis:
 - a. Pengendalian proses pelayanan klinis
 - b. Validasi proses pelayanan
 - c. Identifikasi dan ketelusuran
 - d. Hak dan kewajiban pasien
 - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (spesiemen, rekam medis, dsb)
 - f. Manajemen risiko dan keselamatan pasien

5. Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan Pasien:
 - a. Penilaian indikator kinerja klinis
 - b. Pengukuran pencapaian sasaran keselamatan pasien
 - c. Pelaporan insiden keselamatan pasien
 - d. Analisis dan tindak lanjut
 - e. Penerapan manajemen risiko
6. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan:
 - 1) Umum
 - 2) Pemantauan dan pengukuran:
 - a) Kepuasan pelanggan
 - b) Audit internal
 - c) Pemantauan dan pengukuran proses, kinerja
 - d) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
 - 3) Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
 - 4) Analisis data
 - 5) Peningkatan berkelanjutan
 - 6) Tindakan korektif
 - 7) Tindakan preventif

VII. Penutup

Lampiran (jika ada)

C. Rencana Lima Tahunan Puskesmas

Sejalan dengan rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas perlu menyusun rencana kinerja lima tahunan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan target kinerja yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Rencana lima tahunan tersebut harus sesuai dengan visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Dalam menyusun rencana lima tahunan, Kepala Puskesmas bersama seluruh jajaran karyawan yang bertugas di Puskesmas melakukan analisis situasi yang meliputi analisis pencapaian kinerja, mencari faktor-faktor yang menjadi pendorong maupun penghambat kinerja, sehingga dapat menyusun program kerja lima tahunan yang dijabarkan dalam kegiatan dan rencana anggaran.

1. Sistematika Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas
Sistematika Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas dapat disusun dengan sistematika sebagai berikut:

Kata Pengantar

Bab I. Pendahuluan

- A. Keadaan Umum Puskesmas
- B. Tujuan penyusunan rencana lima tahunan

Bab II. Kendala dan Masalah

- A. Identifikasi keadaan dan masalah
 - a. Tim mempelajari kebijakan, RPJMN, rencana strategis Kementerian Kesehatan, Standar Pelayanan Minimal (SPM) kabupaten/kota, Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota, target kinerja lima tahunan yang harus dicapai oleh Puskesmas.
 - b. Tim mengumpulkan data:
 - a) Data umum
 - b) Data wilayah
 - c) Data penduduk sasaran
 - d) Data cakupan
 - e) Data sumber daya
 - c. Tim melakukan analisis data
 - d. Alternatif pemecahan masalah
- B. Penyusunan rencana
 - 1) Penetapan tujuan dan sasaran
 - 2) Penyusunan rencana
 - a) Penetapan strategi pelaksanaan
 - b) Penetapan kegiatan
 - c) Pengorganisasian
 - d) Perhitungan sumber daya yang diperlukan
- C. Penyusunan Rencana Pelaksanaan (*Plan of Action*)
 - 1) Penjadwalan
 - 2) Pengalokasian sumber daya
 - 3) Pelaksanaan kegiatan
 - 4) Penggerak pelaksanaan
- D. Penyusunan Pelengkap Dokumen

Bab III. Indikator dan standar kinerja untuk tiap upaya dan jenis pelayanan Puskesmas.

Puskesmas menetapkan indikator kinerja capaian tiap upaya/program dan jenis pelayanan

Bab IV. Analisis Kinerja

- A. Pencapaian Kinerja untuk tiap jenis pelayanan dan upaya Puskesmas
- B. Analisis Kinerja: menganalisis faktor pendukung dan penghambat pencapaian kinerja

Bab V. Rencana Pencapaian Kinerja Lima Tahun

- A. Program Kerja dan kegiatan: berisi program-program kerja yang akan dilakukan yang meliputi antara lain:
 - 1) Program Kerja Pengembangan SDM, yang dijabarkan dalam kegiatan-kegiatan, misalnya: pelatihan, pengusulan penambahan SDM, seminar, workshop, dsb.
 - 2) Program Kerja Pengembangan sarana, yang dijabarkan dalam kegiatan-kegiatan, misalnya: pemeliharaan sarana, pengadaan alat-alat kesehatan, dsb.
 - 3) Program Kerja Pengembangan Manajemen
 - 4) Program Kerja Pengembangan UKM dan UKP dan seterusnya.
- B. Rencana anggaran: yang merupakan rencana biaya untuk tiap-tiap program kerja dan kegiatan-kegiatan yang direncanakan secara garis besar.

Bab VI. Pemantauan dan Penilaian

Bab VII. Penutup

Lampiran: matriks rencana kinerja lima tahunan Puskesmas/ Klinik.

- 2. Langkah-langkah Penyusunan Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas: Adapun tahapan penyusunan rencana lima tahunan Puskesmas adalah sebagai berikut:
 - a. Membentuk tim penyusunan rencana kinerja lima tahun yang terdiri dari Kepala Puskesmas bersama dengan penanggung jawab upaya Puskesmas dan Pelayanan Klinis.
 - b. Tim mempelajari RPJMN, rencana strategis Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, Standar Pelayanan Minimal (SPM) kabupaten/kota sebagai acuan target kinerja lima tahunan yang harus dicapai oleh Puskesmas.

- c. Tim menetapkan indikator kinerja tiap upaya Puskesmas.
- d. Tim mengumpulkan data pencapaian kinerja.
- e. Tim melakukan analisis kinerja.
- f. Tim menyusun pentahapan pencapaian indikator kinerja untuk tiap upaya Puskesmas dengan penjabaran pencapaian untuk tiap tahun.
- g. Tim menyusun program kerja dan kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai target pada tiap-tiap indikator kinerja.
- h. Tim menyusun dokumen rencana kinerja lima tahunan untuk disahkan oleh Kepala Puskesmas.
- i. Sosialisasi rencana pada seluruh jajaran Puskesmas.

Matriks Rencana Kinerja Lima Tahunan (lihat form excel)

Panduan dalam mengisi matriks rencana kinerja lima tahunan:

- a. Nomor: diisi dengan nomor urut.
- b. Pelayanan/Upaya Puskesmas: diisi dengan Pelayanan Klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan), dan Upaya Kesehatan Masyarakat yang dilaksanakan di Puskesmas tersebut, misalnya Upaya KIA, Upaya KB, Upaya PKM, dan seterusnya.
- c. Indikator: diisi dengan indikator-indikator yang menjadi tolok ukur kinerja Upaya/Pelayanan.
- d. Standar: diisi dengan standar kinerja untuk tiap indikator.
- e. Pencapaian: diisi dengan pencapaian kinerja tahun terakhir.
- f. Target pencapaian: diisi dengan target-target yang akan dicapai pada tiap tahap tahunan.
- g. Program Kerja: diisi dengan Program Kerja yang akan dilakukan untuk mencapai target pada tiap tahun berdasarkan hasil analisis kinerja, misalnya program kerja pengembangan SDM, program kerja peningkatan mutu, program kerja pengembangan SDM, program kerja pengembangan sarana, dsb.
- h. Kegiatan: merupakan rincian kegiatan untuk tiap program yang direncanakan, misalnya untuk program pengembangan SDM, kegiatan Pelatihan Perawat, Pelatihan Tenaga PKM, dan sebagainya.
- i. Volume: diisi dengan volume kegiatan yang direncanakan untuk tiap tahapan tahunan.
- j. Harga Satuan: harga satuan untuk tiap kegiatan.
- k. Perkiraan Biaya: diisi dengan perkalian antara volume dengan harga satuan.

3. Penutup

Panduan ini disusun dengan harapan akan membantu Kepala Puskesmas dalam menyusun rencana kinerja lima tahunan, yang kemudian diuraikan dalam rencana tahunan dalam bentuk Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pencapaian Kegiatan.

D. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Tahunan

Perencanaan adalah: suatu proses kegiatan secara urut yang harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia secara berhasil guna dan berdaya guna.

Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) diartikan sebagai proses penyusunan rencana kegiatan Puskesmas pada tahun yang akan datang, dilakukan secara sistematis untuk mengatasi masalah atau sebagian masalah kesehatan masyarakat diwilayah kerjanya.

Perencanaan Puskesmas mencakup semua kegiatan upaya Puskesmas yang dilakukan di Puskesmas baik dalam menjalankan fungsi penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) maupun Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, UKM baik esensial, maupun pengembangan sebagai rencana Tahunan Puskesmas yang dibiayai oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun daerah serta sumber dan lain.

1. Mekanisme Perencanaan Tingkat Puskesmas.

Langkah pertama dalam mekanisme Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) adalah dengan menyusun Rencana Usulan Kegiatan yang meliputi usulan mencakup seluruh kegiatan Puskesmas.

Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik secara global, nasional maupun daerah sesuai dengan hasil kajian data dan informasi yang tersedia di Puskesmas. Puskesmas perlu mempertimbangkan masukan dari masyarakat melalui kajian maupun asupan dari lintas sektoral Puskesmas.

Rencana Usulan Kegiatan harus dilengkapi usulan pembiayaan untuk kebutuhan rutin, sarana, prasarana dan operasional Puskesmas. RUK yang disusun merupakan RUK tahun mendatang (H+1). Penyusunan RUK tersebut dilakukan pada bulan Januari tahun berjalan (H) berdasarkan hasil kajian pencapaian kegiatan tahun sebelumnya (H-1) dan diharapkan proses

penyusunan RUK telah selesai dilaksanakan di Puskesmas pada akhir bulan Januari tahun berjalan (H). RUK kemudian dibahas di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota selanjutnya terangkum dalam usulan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota akan diajukan ke DPRD untuk memperoleh persetujuan pembiayaan dan dukungan politis. Setelah mendapatkan persetujuan, selanjutnya diserahkan ke Puskesmas melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Berdasarkan alokasi biaya yang telah disetujui tersebut, secara rinci RUK dijabarkan ke dalam rencana pelaksanaan kegiatan (RPK). Penyusunan RPK dilaksanakan pada bulan Januari tahun berjalan dalam forum Lokakarya Mini yang pertama.

2. Tahap penyusunan RUK.

a. Tahap persiapan.

Tahap ini mempersiapkan staf Puskesmas yang terlibat dalam proses penyusunan RUK agar memperoleh kesamaan pandangan dan pengetahuan untuk melaksanakan tahap-tahap perencanaan. Kepala Puskesmas membentuk Tim Penyusun PTP yang anggotanya terdiri dari staf Puskesmas.

b. Tahap analisis situasi.

Tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan permasalahan yang dihadapi Puskesmas melalui proses analisis terhadap data yang dikumpulkan tim yang telah ditunjuk oleh Kepala Puskesmas. Data-data tersebut mencakup data umum, dan data khusus (hasil penilaian kinerja Puskesmas).

3. Tahap penyusunan RUK.

Penyusunan RUK memperhatikan hal-hal untuk mempertahankan kegiatan yang sudah dicapai pada periode sebelumnya dan memperhatikan program/ upaya yang masih bermasalah, menyusun rencana kegiatan baru yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan di wilayah tersebut dan kemampuan Puskesmas.

Penyusunan RUK terdiri dua tahap, yaitu:

a. Analisis Masalah dan Kebutuhan Masyarakat.

Analisis masalah dan kebutuhan masyarakat dilakukan melalui kesepakatan Tim Penyusun PTP dan lintas sektoral Puskesmas melalui:

- 1) Identifikasi masalah dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, melalui analisis kesehatan masyarakat (*community health analysis*),
- 2) Menetapkan urutan prioritas masalah,

- 3) Merumuskan masalah,
 - 4) Mencari akar penyebab, dapat mempergunakan diagram sebab akibat, pohon masalah, curah pendapat, dan alat lain yang dapat digunakan.
- b. Penyusunan RUK.
- Penyusunan RUK meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, UKM esensial dan pengembangan yang meliputi:
- 1) Kegiatan tahun yang akandatang,
 - 2) Kebutuhan sumberdaya,
 - 3) Rekapitulasi rencana usulankegiatan.
4. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan.
- Rencana Pelaksanaan Kegiatan baik Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, UKM esensial dan pengembangan secara bersama-sama, terpadu dan terintegrasi, dengan langkah-langkah:
- a. Mempelajari alokasi kegiatan,
 - b. Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan RUK,
 - c. Menyusun rancangan awal secara rinci,
 - d. Mengadakan lokakaryamini,
 - e. Membuat Rencana PelaksanaanKegiatan.

Proses penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas dengan menggunakan format-format sesuai dengan Pedoman Manajemen Puskesmas yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2016. Adapun format-format untuk dilihat didalam lampiran buku panduan penyusunan dokumen ini.

E. Pedoman/ Panduan

Pedoman/ panduan adalah: kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah langkah-langkah yang harus dilakukan. Pedoman merupakan dasar untuk menentukan dan melaksanakan kegiatan. Panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan, sehingga dapat diartikan pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya mengatur 1 (satu) kegiatan. Pedoman/ panduan dapat diterapkan dengan baik dan benar melalui penerapan SOP.

Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman/panduan maka FKTP menyusun/membuat sistematika buku pedoman/ panduan sesuai kebutuhan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman atau panduan yaitu:

1. Setiap pedoman atau panduan harus dilengkapi dengan peraturan atau keputusan Kepala FKTP untuk pemberlakuan pedoman/ panduan tersebut.
2. Peraturan Kepala FKTP tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala FKTP.
3. Setiap pedoman/ panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
4. Bila Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Pedoman/ Panduan untuk suatu kegiatan/ pelayanan tertentu, maka FKTP dalam membuat pedoman/ panduan wajib mengacu pada pedoman/ panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan.
5. Format baku sistematika pedoman panduan yang lazim digunakan sebagai berikut:
 - a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja
 - Kata pengantar
 - BAB I Pendahuluan
 - BAB II Gambaran Umum FKTP
 - BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan FKTP
 - BAB IV Struktur Organisasi FKTP
 - BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja
 - BAB VI Uraian Jabatan
 - BAB VII Tata Hubungan Kerja
 - BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil
 - BAB IX Kegiatan Orientasi
 - BAB X Pertemuan/ Rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian
 2. Laporan Bulanan
 3. Laporan Tahunan
- b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja
Kata pengantar

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Sasaran Pedoman
- D. Ruang Lingkup Pedoman
- E. Batasan Operasional

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
- B. Distribusi Ketenagaan
- C. Jadwal Kegiatan

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruang
- B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

- A. Lingkup Kegiatan
- B. Metode
- C. Langkah Kegiatan

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN SASARAN KEGIATAN/PROGRAM

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

- c. Format Panduan Pelayanan

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

Sistematika pedoman/panduan pelayanan Puskesmas dapat dibuat sesuai dengan materi/isi pedoman/panduan. Pedoman/panduan yang harus dibuat adalah pedoman/panduan minimal yang harus ada di FKTP yang dipersyaratkan sebagai dokumen yang diminta dalam elemen penilaian. Bagi FKTP yang telah menggunakan *e-file* tetap harus mempunyai *hardcopy* pedoman/panduan yang dikelola oleh tim akreditasi FKTP atau bagian Tata Usaha FKTP.

F. Penyusunan Kerangka Acuan Program/Kegiatan

Kerangka acuan disusun untuk program atau kegiatan yang akan dilakukan oleh FKTP. Program/kegiatan yang dibuat kerangka acuan adalah sesuai dengan Standar Akreditasi, antara lain: Program Pengembangan SDM, Program Peningkatan Mutu Puskesmas Dan Keselamatan Pasien, Program Pencegahan Bencana, Program Pencegahan Kebakaran, kegiatan pelatihan triase gawat darurat dan sebagainya.

Dalam menyusun kerangka acuan harus jelas tujuan dan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan dalam mencapai tujuan. Tujuan dibedakan atas tujuan umum yang merupakan tujuan secara garis besar dari keseluruhan program/kegiatan, dan tujuan khusus yang merupakan tujuan dari tiap-tiap kegiatan yang akan dilakukan. Dalam kerangka acuan harus dijelaskan bagaimana cara melaksanakan kegiatan agar tujuan tercapai, dengan penjadwalan yang jelas, dan evaluasi serta pelaporan.

Kerangka acuan dapat menggunakan format yang diterapkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota masing-masing atau contoh Sistematika Kerangka Acuan sebagai berikut:

a. Pendahuluan

Yang ditulis dalam pendahuluan adalah hal-hal yang bersifat umum yang masih terkait dengan upaya/ kegiatan.

b. Latar belakang

Latar belakang adalah merupakan justifikasi atau alasan mengapa program tersebut disusun. Sebaiknya dilengkapi dengan data-data sehingga alasan diperlukan program tersebut dapat lebih kuat.

c. Tujuan umum dan tujuan khusus

Tujuan ini adalah merupakan tujuan Program/kegiatan. Tujuan umum adalah tujuan secara garis besarnya, sedangkan tujuan khusus adalah tujuan secara rinci

d. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan

Kegiatan pokok dan rincian kegiatan adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya tujuan Program/kegiatan. Oleh karena itu antara tujuan dan kegiatan harus berkaitan dan sejalan.

e. Cara melaksanakan kegiatan

Cara melaksanakan kegiatan adalah metode untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan. Metode tersebut bisa antara lain dengan membentuk tim, melakukan rapat, melakukan audit, dan lain-lain.

f. Sasaran

Sasaran program adalah target pertahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan upaya/ kegiatan.

Sasaran Program/ kegiatan menunjukkan hasil antara yang diperlukan untuk merealisasikan tujuan tertentu. Penyusunan sasaran program perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

Sasaran yang baik harus memenuhi “SMART” yaitu:

1) Spesific:

Spesifik dan jelas, sehingga dapat dipahami dan tidak ada kemungkinan kesalahan interpretasi/ Tidak multi tafsir dan menjawab masalah.

2) Measurable:

Dapat diukur secara obyektif baik yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif, yaitu dua atau lebih mengukur indikator kinerja mempunyai kesimpulan yang sama.

3) Achievable:

Dapat dicapai dengan sumber daya yang tersedia, penting, dan harus berguna untuk menunjukkan keberhasilan masukan, keluaran, hasil, manfaat, dan dampak serta proses.

4) Relevan/Realistic:

Indikator kinerja harus sesuai dengan kebijakan yang berlaku

g. Jadwal pelaksanaan kegiatan

Jadwal adalah merupakan perencanaan waktu untuk tiap-tiap rincian kegiatan yang akan dilaksanakan, yang digambarkan dalam bentuk bagan Gantt.

h. Monitoring Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan

Yang dimaksud dengan monitoring adalah melaksanakan pemantauan terhadap pelaksanaan program/kegiatan agar tidak terjadi penyimpangan, sementara evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan kegiatan terhadap jadwal yang direncanakan. Jadwal tersebut akan dievaluasi setiap berapa bulan sekali (kurun waktu tertentu), sehingga apabila dari evaluasi diketahui ada pergeseran jadwal atau penyimpangan jadwal, maka dapat segera diperbaiki sehingga tidak mengganggu Program/kegiatan secara keseluruhan. Karena itu yang ditulis dalam kerangka acuan adalah kapan (setiap kurun waktu berapa lama) evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan dan siapa yang melakukan.

Yang dimaksud dengan pelaporannya adalah bagaimana membuat laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan tersebut dan kapan laporan tersebut harus dibuat. Jadi yang harus ditulis di dalam kerangka acuan adalah cara bagaimana membuat laporan evaluasi dan kapan laporan tersebut harus dibuat dan ditujukan kepadanya.

i. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

Pencatatan adalah catatan kegiatan dan yang ditulis dalam kerangka acuan adalah bagaimana melakukan pencatatan kegiatan atau membuat dokumentasi kegiatan.

Pelaporan adalah bagaimana membuat laporan program dan kapan laporan harus diserahkan dan kepada siapa saja laporan tersebut harus diserahkan. Evaluasi kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan Program/kegiatan secara menyeluruh. Jadi yang ditulis di dalam kerangka acuan, bagaimana melakukan evaluasi dan kapan evaluasi harus dilakukan. Jika diperlukan, dapat ditambahkan butir-butir lain sesuai kebutuhan, tetapi tidak diperbolehkan mengurangi, misalnya rencana pembiayaan dan anggaran

G. Standar operasional prosedur (SOP)

Terdapat sejumlah pengertian istilah prosedur, diantaranya:

1. Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas
2. Instruksi kerja adalah petunjuk kerja terdokumentasi yang dibuat secara rinci, spesifik dan bersifat instruktif, yang dipergunakan oleh pekerja sebagai acuan dalam melaksanakan suatu pekerjaan spesifik agar dapat mencapai hasil kerja sesuai persyaratan yang telah ditetapkan (Susilo, 2003).

3. Langkah di dalam penyusunan instruksi kerja, sama dengan penyusunan prosedur, namun ada perbedaan, instruksi kerja adalah suatu proses yang melibatkan satu bagian/unit/ profesi, sedangkan prosedur adalah suatu proses yang melibat lebih dari satu bagian/ unit/ profesi. Prinsip dalam penyusunan prosedur dan instruksi kerja adalah kerjakan yang ditulis, tulis yang dikerjakan, buktikan dan tindak-lanjut, serta dapat ditelusur hasilnya.
4. Istilah Standar Prosedur Operasional (SPO) digunakan di UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU Nomor 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit.
5. Beberapa Istilah Prosedur yang sering digunakan yaitu:
 - a. Prosedur yang telah ditetapkan disingkat Protap,
 - b. Prosedur untuk panduan kerja (prosedur kerja, disingkat PK),
 - c. Prosedur untuk melakukan tindakan,
 - d. Prosedur penatalaksanaan,
 - e. Petunjuk pelaksanaan disingkat Juklak,
 - f. Petunjuk pelaksanaan secara teknis, disingkat Juknis,
 - g. Prosedur untuk melakukan tindakan klinis: protokol klinis, *Algoritma/ Clinical Pathway*.

Karena beraneka ragamnya istilah tentang prosedur dan untuk menghindari salah tafsir serta dalam rangka menyeragamkan istilah maka dalam pedoman penyusunan dokumen ini digunakan istilah “**Standar Operasional Prosedur (SOP)**” sebagaimana yang tercantum dalam Permenpan Nomor 35 tahun 2012.

Prosedur yang dimaksud dalam Istilah “**Standar Operasional Prosedur (SOP)**” bersifat institusi maupun perorangan sebagai profesi sehingga dianggap lebih tepat karena prosedur yang dimaksud dalam pedoman penyusunan dokumen akreditasi FKTP ini adalah prosedur yang bersifat institusi maupun perorangan sebagai profesi, sementara istilah “**Standar Prosedur Operasional (SPO)**” yang dipergunakan dalam undang-undang Praktik Kedokteran maupun dalam undang-undang Kesehatan lebih bersifat **perorangan sebagai profesi**.

6. Tujuan Penyusunan SOP
Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

7. Manfaat SOP

- a. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Puskesmas
- b. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
- c. Memastikan staf Puskesmas memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

Contoh:

SOP Pemberian informasi, SOP Pemasangan infus, SOP Pemindahan pasien dari tempat tidur ke kereta dorong.


8. Format SOP

- a. Jika sudah terdapat Format baku SOP berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) masing-masing, maka Format SOP dapat disesuaikan dengan Perdatersebut.
- b. Jika belum terdapat Format Baku SOP berdasarkan Perda, maka SOP dapat dibuat mengacu Permenpan No. 35/2012 atau pada contoh format SOP yang ada dalam buku Pedoman Penyusunan Dokumen ini.
- c. Prinsipnya adalah “**Format**” SOP yang digunakan dalam satu institusi harus “**SERAGAM**”
- d. Contoh yang dapat digunakan di luar format SOP Permenpan terlampir dalam Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP ini.
- e. Format merupakan format minimal, oleh karena itu format ini dapat diberi tambahan materi/kolom misalnya, nama penyusun SOP, unit yang memeriksa SOP. Untuk SOP tindakan agar memudahkan di dalam melihat langkah-langkahnya dengan bagan alir, persiapan alat dan bahan dan lain- lain, namun tidak boleh mengurangi item-item yang ada di SOP.

Format SOP sebagai berikut:

1) Kop/*heading* SOP

a) Puskesmas:

Logo Pemda	Judul		 (lambang Puskesmas)
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
	Halaman :		
Nama Puskesmas	Ttd Ka Puskesmas		Nama Ka Puskesmas NIP

b) Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi

LOGO FKTP	Judul		
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
	Halaman :		
Nama FKTP	Ttd Ka FKTP		Nama Ka FKTP

c) Jika SOP disusun lebih dari satu halaman, pada halaman kedua dan seterusnya SOP dibuat tanpa menyertakan kop/*heading*.

2) Komponen SOP

1. Pengertian	
2. Tujuan	
3. Kebijakan	
4. Referensi	
5. Prosedur/ Langkah- langkah	
6. Diagram Alir (jika dibutuhkan)	
7. Unit terkait	

• Penjelasan:

Penulisan SOP yang harus tetap di dalam tabel/kotak adalah: nama Puskesmas dan logo, judul SOP, nomor dokumen, tanggal terbit dan tanda tangan Kepala Puskesmas, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur/langkah-langkah, dan unit terkait boleh tidak diberi tabel/kotak.

f. Petunjuk Pengisian SOP

1) **Logo:**

- a) bagi Puskesmas, logo yang dipakai adalah logo Pemerintah kabupaten/kota, dan lambang Puskesmas.
- b) bagi Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, logo yang dicantumkan adalah logo Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

2) **Kotak Kop/Heading** diisi sebagai berikut:

- a) *Heading* hanya dicetak halaman pertama.
- b) Kotak FKTP diberi Logo pemerintah daerah, dan nama Puskesmas atau logo dan nama Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
- c) Kotak Judul diberi Judul /nama SOP sesuai proses kerjanya.
- d) Nomor Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Puskesmas/FKTP yang bersangkutan, dibuat sistematis agar adakeseragaman.
- e) No. Revisi: diisi dengan status revisi, dapat menggunakan huruf. Contoh: dokumen baru diberi huruf A, dokumen revisi pertama diberi huruf B dan seterusnya. Tetapi dapat juga dengan angka, misalnya untuk dokumen baru dapat diberi nomor 0, sedangkan dokumen revisi pertama diberi nomor 1, dan seterusnya.
- f) Tanggal terbit: diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal diberlakukannya SOP tersebut.
- g) Halaman: diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SOP tersebut (misal 1/5). Namun, di tiap halaman selanjutnya dibuat **footer** misalnya pada halaman kedua: 2/5, halaman terakhir: 5/5.
- h) Ditetapkan Kepala FKTP: diberi tandatangan Kepala FKTP dan nama jelasnya.

3) **Isi SOP**

Isi dari SOP setidaknya adalah sebagai berikut:

- a) **Pengertian:** diisi definisi judul SOP, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/menimbulkan multi persepsi.
- b) **Tujuan:** berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci: "Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk ...".

- c) **Kebijakan:** berisi **kebijakan** Kepala FKTP yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut, misalnya untuk SOP imunisasi pada bayi, pada kebijakan dituliskan: Keputusan Kepala Puskesmas No 005/2014 tentang Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.
- d) **Referensi:** berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bisa berbentuk buku, peraturan perundang-undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka.
- e) **Langkah-langkah prosedur:** bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerjatertentu.
- f) **Unit terkait:** berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

Dari keenam isi SOP sebagaimana diuraikan di atas, dapat ditambahkan antara lain: bagan alir, dokumen terkait.

g) Diagram Alir/ bagan alir (Flow Chart):

Di dalam penyusunan prosedur maupun instruksi kerja sebaiknya dalam langkah-langkah kegiatan dilengkapi dengan diagram alir/ bagan alir untuk memudahkan dalam pemahaman langkah-langkahnya. Adapun bagan alir secara garis besar dibagi menjadi dua macam, yaitu diagram alir makro dan diagram alir mikro.

- (1) Diagram alir makro, menunjukkan kegiatan-kegiatan secara garis besar dari proses yang ingin kita tingkatkan, hanya mengenal satu simbol, yaitu simbol balok:



- (2) Diagram alir mikro, menunjukkan rincian kegiatan-kegiatan dari tiap tahapan diagram makro, bentuk simbol sebagai berikut:

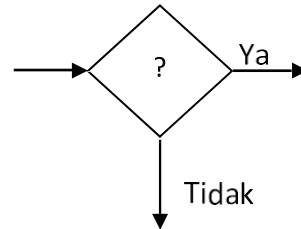
○ Awal kegiatan:



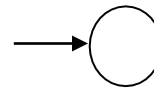
○ Akhir kegiatan:



○ Simbol Keputusan:



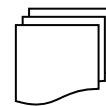
○ Penghubung:



○ Dokumen :



○ Arsip :



g. Syarat penyusunan SOP:

- 1) Perlu ditekankan bahwa SOP **harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan** tersebut atau oleh unit kerja tersebut. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas/FKTP hanya untuk menanggapi dan mengoreksi SOP tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SOP hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan personel/unit kerja dalam penyusunan SOP.
- 2) SOP harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim Mutu diminta memberikan tanggapan.
- 3) Di dalam SOP harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan, dan mengapa.

- 4) SOP jangan menggunakan kalimat majemuk. Subjek, predikat dan objek SOP harus jelas.
- 5) SOP harus menggunakan kalimat perintah/instruksi bagi pelaksana dengan bahasa yang dikenal pemakai.
- 6) SOP harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan. Untuk SOP pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SOP profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) kesehatan, dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

h. Evaluasi SOP

Evaluasi SOP dilakukan terhadap isi maupun penerapan SOP.

- 1) Evaluasi penerapan/kepatuhan terhadap SOP dapat dilakukan dengan menilai tingkat kepatuhan terhadap langkah-langkah dalam SOP. Untuk evaluasi ini dapat dilakukan dengan menggunakan daftar tilik/*checklist*:
 - a) Daftar tilik adalah daftar urutan kerja (actions) yang dikerjakan secara konsisten, diikuti dalam pelaksanaan suatu rangkaian kegiatan, untuk diingat, dikerjakan, dan diberi tanda (*check-mark*).
 - b) Daftar tilik merupakan bagian dari sistem manajemen mutu untuk mendukung standarisasi suatu proses pelayanan.
 - c) Daftar tilik tidak dapat digunakan untuk SOP yang kompleks.
 - d) Daftar tilik digunakan untuk mendukung, mempermudah pelaksanaan dan memonitor SOP, bukan untuk menggantikan SOP itu sendiri.
 - e) Langkah-langkah menyusun daftar tilik:

Langkah awal menyusun daftar tilik dengan melakukan Identifikasi prosedur yang membutuhkan daftar tilik untuk mempermudah pelaksanaan dan monitoringnya.

 - (1) Gambarkan *flow-chart* dari prosedur tersebut,
 - (2) Buat daftar kerja yang harus dilakukan,
 - (3) Susun urutan kerja yang harus dilakukan,
 - (4) Masukkan dalam daftar tilik sesuai dengan format tertentu,

- (5) Lakukan uji-coba,
 - (6) Lakukan perbaikan daftartilik,
 - (7) Standarisasi daftar tilik.
- f) Daftar tilik untuk mengecek kepatuhan terhadap SOP dalam langkah-langkah kegiatan, dengan rumus sebagai berikut.

$$\text{Compliance rate (CR)} = \frac{\sum Ya}{\sum Ya + \text{Tidak}} \times 100 \%$$

- 2) Evaluasi isi SOP
 - a) Evaluasi SOP dilaksanakan sesuai kebutuhan dan **minimal dua tahun sekali** yang dilakukan oleh masing-masing unit kerja.
 - b) Hasil evaluasi: SOP masih tetap bisa dipergunakan, atau SOP tersebut perlu diperbaiki/direvisi. Perbaikan/revisi isi SOP bisa dilakukan sebagian atau seluruhnya.
 - c) Perbaikan/ revisi perlu dilakukan bila:
 - Alur SOP sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada,
 - Adanya perkembangan Ilmu dan Teknologi (IPTEK) pelayanan kesehatan,
 - Adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru,
 - Adanya perubahan fasilitas.
 - d) Peraturan Kepala FKTP tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala FKTP.

H. Prosedur Pengendalian Dokumen diFKTP

Prosedur Pengendalian Dokumen di FKTP harus ditetapkan oleh Kepala FKTP yang dijadikan acuan oleh seluruh unit di FKTP.

Tujuan Pengendalian Dokumen adalah terkendalinya kerahasiaan dokumen, proses perubahan, penerbitan, distribusi dan sirkulasi dokumen.

1. Identifikasi Penyusunan/PerubahanDokumen

Identifikasi kebutuhan, dilakukan pada tahap *self-assesment* dalam Pendampingan Akreditasi. Hasil *self-assessment* digunakan sebagai acuan untuk mengidentifikasi dokumen sesuai Standar Akreditasi yang sudah ada

di FKTP. Bila dokumen sudah ada, dapat diidentifikasi dokumen tersebut masih efektif atau tidak.

2. Penyusunan Dokumen

Kepala Subag Tata Usaha Puskesmas, Penanggung jawab Admen di Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, dan Penanggung jawab UKM dan UKP bertanggung jawab terhadap pelaksanaan identifikasi/perubahan serta penyusunan dokumen.

Penyusunan dokumen secara keseluruhan dikoordinir oleh tim mutu/ tim akreditasi FKTP dengan mekanisme sebagai berikut:

- a) SOP yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke tim mutu/ tim akreditasi,
- b) Fungsi tim mutu/ tim akreditasi Puskesmas di dalam penyusunan dokumen adalah:
 - (1) Memberikan tanggapan, mengoreksi dan memperbaiki dokumen yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan,
 - (2) Mengkoordinir proses pembuatan dokumen sehingga tidak terjadi duplikasi/ tumpang tindih dokumen antarunit,
 - (3) Melakukan cek ulang terhadap dokumen yang akan ditandatangani oleh Kepala FKTP.

3. Pengesahan Dokumen

Dokumen disahkan oleh Kepala FKTP

4. Sosialisasi Dokumen

Agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana maka perlu dilakukan sosialisasi dokumen tersebut, khusus bagi SOP, bila rumit maka untuk melaksanakan SOP tersebut perlu dilakukan pelatihan.

5. Pencatatan Dokumen, Distribusi dan Penarikan Dokumen

Kepala FKTP menunjuk salah satu anggota Tim Mutu/ Tim Akreditasi sebagai Petugas Pengendali Dokumen.

Petugas tersebut bertanggung jawab atas:

a. Penomoran dokumen

1) Tata cara penomoran Dokumen

Penomoran diatur pada kebijakan pengendalian dokumen, dengan ketentuan:

- a) Semua dokumen harus diberi nomor,

- b) Puskesmas/ FKTP agar membuat kebijakan tentang pemberian nomor sesuai dengan tata naskah yang dijadikan pedoman,
 - c) Pemberian nomor mengikuti tata naskah FKTP, atau ketentuan penomoran (bisa menggunakan garis miring atau dengan sistem digit).
 - d) Pemberian nomor sebaiknya dilakukan secara terpusat.
 - b. Pencatatan dalam Daftar Dokumen Eksternal atau Internal
 - c. Menyerahkan dokumen kepada pengusul untuk menggandakan
 - d. Mendistribusikan dokumen yang sudah diberi stempel terkendali
 - 1) Tata Cara Pendistribusian dokumen
 - a) Distribusi adalah kegiatan atau usaha menyampaikan dokumen kepada unit upaya atau pelaksana yang memerlukan dokumen tersebut agar dapat digunakan sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatannya. Kegiatan ini dilakukan oleh tim mutu atau bagian Tata Usaha Puskesmas/FKTP sesuai pedoman tata naskah.
 - b) Distribusi harus memakai ekspedisi dan/atau formulir tanda terima.
 - c) Distribusi dokumen bisa hanya untuk unit kerja tertentu tetapi bisa juga untuk seluruh unit kerja lainnya.
 - d) Bagi Puskesmas/ Klinik yang sudah menggunakan *e-file* maka distribusi dokumen bisa melalui jejaring area lokal, dan diatur kewenangan otorisasi di setiap unit kerja, sehingga unit kerja dapat mengetahui batas kewenangan dalam membuka dokumen.
 - e. Menarik dokumen lama apabila dokumen ini adalah dokumen pengganti serta mengisi format usulan penambahan/ penarikan dokumen.
 - f. Mengarsipkan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan stempel “Kedaluwarsa” dan kemudian menyimpan dokumen tersebut selama 2 tahun.
 - g. Memusnahkan dokumen sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
6. Tata Cara Penyimpanan dokumen
- a. Dokumen asli (master dokumen yang sudah dinomori dan sudah ditandatangani) agar disimpan di sekretariat Tim Akreditasi Puskesmas/ FKTP atau Bagian Tata Usaha Puskesmas/ FKTP, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di organisasi tersebut tentang tata cara pengarsipan

dokumen yang diatur dalam pedoman/tata naskah. Penyimpanan dokumen yang asli harus rapi, sesuai metode pengarsipan sehingga mudah dicari kembali bila diperlukan.

- b. Dokumen fotocopy disimpan di masing-masing unit upaya Puskesmas/FKTP, dimana dokumen tersebut dipergunakan. Bila tidak berlaku lagi atau tidak dipergunakan maka unit kerja wajib mengembalikan dokumen yang sudah tidak berlaku tersebut ke sekretariat Tim mutu atau Bagian Tata Usaha sehingga di unit kerja hanya ada dokumen yang masih berlaku saja. Sekretariat Tim Mutu atau Bagian Tata Usaha organisasi dapat memusnahkan fotocopy dokumen yang tidak berlaku tersebut, namun untuk dokumen yang asli agar tetap disimpan, dengan lama penyimpanan sesuai ketentuan dalam ketentuan retensi dokumen yang berlaku di Puskesmas/FKTP.
- c. Dokumen di unit upaya Puskesmas/FKTP harus diletakkan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil, dan mudah dibaca oleh pelaksana.

7. Penataan Dokumen

Untuk memudahkan di dalam pencarian dokumen akreditasi Puskesmas/ FKTP dikelompokkan masing-masing bab/ kelompok pelayanan/ UKM dengan diurutkan setiap urutan kriteria dan elemen penilaian, dan diberikan daftar secara berurutan.

8. Revisi atau perubahandokumen

- a. Dilakukan setelah proses pengkajian serta harus mendapat pengesahan sesuai pejabat yang berwenang
- b. Setiap kali revisi seluruh halaman akan mengalami perubahan
- c. Isi revisi atau perubahan harus tercatat pada Riwayat Perubahan Dokumen
- d. Tanggal terbit pada sudut kanan atas cover merupakan tanggal terbit dokumen terkini (untuk dokumen selain kebijakan dan SOP)

I. Rekam implementasi

1. Rekam implementasi adalah dokumen yang menjadi bukti obyektif dari kegiatan yang dilakukan atau hasil yang dicapai sesuai kegiatan yang direncanakan.

2. Catatan/ rekam implementasi sebagai bukti pelaksanaan kegiatan juga harus dikendalikan. Organisasi harus menetapkan SOP terdokumentasi untuk mendefinisikan pengendalian yang diperlukan untuk identifikasi, penyimpanan, perlindungan, pengambilan, lama simpan dan pemusnahan. Catatan/ rekam implementasi harus dapat terbaca, segera dapat teridentifikasi dan dapat diakses kembali.

Untuk memperjelas, buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP dilengkapi dengan contoh-contoh dokumen sebagai lampiran dari pedoman ini.

BAB IV

PENUTUP

Pada prinsipnya dokumen akreditasi adalah “TULIS YANG DIKERJAKAN DAN KERJAKAN YANG DITULIS, BISA DIBUKTIKAN SERTA DAPAT DITELUSURI DENGAN BUKTINYA”. Namun pada penerapannya tidaklah semudah itu. Penyusunan kebijakan, pedoman/ panduan, standar operasional prosedur dan program selain diperlukan komitmen Kepala Puskesmas/FKTP, juga diperlukan staf yang mampu dan mau menyusun dokumen akreditasi tersebut. Dengan tersusunnya Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP diharapkan dapat membantu Puskesmas/ FKTP dan fasilitator pendamping akreditasi dalam menyusun dokumen-dokumen yang dipersyaratkan oleh standar akreditasi.

LAMPIRAN





Lampiran 1. Contoh Kerangka Acuan Program Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat

CONTOH KERANGKA ACUAN PROGRAM USAHA KESEHATAN GIGI MASYARAKAT PUSKESMAS X

I. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas terdiri dari pelayanan di dalam gedung yaitu di poli gigi dan pelayanan luar gedung yaitu program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dan Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM). Masalah kesehatan gigi yang paling banyak ditemukan adalah karies gigi, hal ini terjadi karena kurangnya tingkat pengetahuan masyarakat terhadap pentingnya kesehatan gigi dan mulut dari mulai bayi dalam kandungan sampai tua (life cycle).

Program UKGM merupakan program kesehatan gigi dan mulut yang ditujukan untuk masyarakat terutama pada kelompok rawan/resiko tinggi, yang termasuk kelompok rawan tersebut adalah : Ibu Hamil, Balita, Anak Pra Sekolah dan Lansia.

Pelaksanaan kegiatan program UKGM dilaksanakan sesuai visi Puskesmas x yaitu memberikan pelayanan kesehatan paripurna melalui pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan, pemberian pelayanan yang cepat dan tepat sasaran sesuai dengan tata nilai UPT Puskesmas X yang telah ditetapkan yaitu Cekatan, Informatif, Profesional, Akurat, Handal, Optimal, Responsif, Efisien.

II. Latar belakang

Puskesmas X terletak di wilayah kecamatan A yang terdiri dari 4 desa dengan jumlah penduduk 12.000 jiwa, 23 ibu hamil, 120 balita, 100 anak pra sekolah dan 80 lansia berdasarkan data penduduk tahun 2017.

Dari hasil penilaian kinerja Puskesmas tahun 2016 jumlah kunjungan bumil yang diperiksa kesehatan gigi dan mulut hanya 40%, anak pra sekolah yang telah diperiksa kesehatan gigi dan mulut 50% dan lansia yang telah diperiksa kesehatan gigi dan mulut 20%.

Berdasarkan data tersebut di atas maka disusunlah kerangka acuan program Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM) Puskesmas X tahun 2017 yang disusun berdasarkan RUK/RPK Puskesmas x tahun 2017.

III. Tujuan:

- A. Tujuan umum: meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan gigi dan mulut di masyarakat khususnya pada kelompok rawan.
- B. Tujuan khusus:
 1. Meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada ibu hamil
 2. Meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak pra sekolah
 3. Meningkatkan pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada lansia

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan
A	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Ibu Hamil	Penyuluhan
		Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut
		Rujukan
B	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut anak pra sekolah	Penyuluhan
		Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut
		Sikat gigi bersama
		Rujukan
C	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Lansia	Penyuluhan
		Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut
		Rujukan

V. Cara melaksanakan kegiatan dan sasaran:

No	Kegiatan Pokok	Pelaksana Program UKGM	Lintas program terkait	Lintas sektor terkait	Ket
A	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Ibu Hamil	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun rencana kegiatan - Koordinasi dengan LP/LS - Menentukan tempat dan waktu pelaksanaan kegiatan - Menyiapkan form laporan & Rujukan - Menyiapkan bahan penyuluhan - Menyiapkan alat pemeriksaan kes. Gigi & Mulut - Membuat laporan kegiatan 	1. Program KIA - Menyusun jadwal kegiatan ada pemeriksaan kes. Gigi & Mulut bagi Ibu hamil pada saat pelaksanaan kelas Bumil	1. Kader - Mengkoordinir Bumil untuk diperiksa kesehatan gigi & mulut - Memantau kesehatan gigi & mulut Bumil	Sumber pembiayaan BOK KIA
B	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut anak pra sekolah	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun rencana kegiatan - Koordinasi dengan LP/LS - Menentukan tempat dan waktu pelaksanaan kegiatan - Menyiapkan form laporan & Rujukan - Menyiapkan bahan penyuluhan - Menyiapkan alat pemeriksaan kes. Gigi & Mulut - Membuat laporan kegiatan 	1. Program Gizi - Menyusun jadwal kegiatan ada pemeriksaan kes. Gigi & Mulut bagi Balita pada saat pelaksanaan penimbangan Balita Posyandu - Menyusun jadwal pemeriksaan kes. Gigi & Mulut pada anak yang BGM dan Gizi Kurang	1. Kader - Mengkoordinir anak prasekolah untuk diperiksa kesehatan gigi & mulut di posyandu - Memantau kesehatan gigi & mulut anak yang BGM dan Gizi Kurang	Sumber pembiayaan BOK Gizi
C	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Lansia	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun rencana kegiatan - Koordinasi dengan LP/LS - Menentukan tempat dan waktu pelaksanaan kegiatan - Menyiapkan form laporan & Rujukan - Menyiapkan bahan penyuluhan - Menyiapkan alat pemeriksaan kes. Gigi & Mulut - Membuat laporan kegiatan 	2. Program Lansia - Menyusun jadwal kegiatan ada pemeriksaan kes. Gigi & Mulut bagi Lansia pada saat pelaksanaan Posbindu Lansia	1. Kader - Mengkoordinir Lansia untuk diperiksa kesehatan gigi & mulut - Memantau kesehatan gigi & mulut Lansia	Sumber pembiayaan BOK

I. SASARAN

1. Anak Pra Sekolah
2. Ibu Hamil
3. Masyarakat Lanjut Usia

II. JADWAL KEGIATAN (GAMBARKAN DALAM BAGAN Gantt untuk rencana satu tahun)

No	Kegiatan	2016		2017											
		Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
1	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Ibu		X	x	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X
2	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut anak pra sekolah		X	x	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X
3	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Lansia		X	x	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X

III. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporannya

Evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan dilakukan tiap bulan sesuai dengan jadwal kegiatan, dengan pelaporan hasil-hasil yang dicapai pada bulan tersebut.

IV. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

Pencatatan dengan menggunakan register dan format laporan yang telah ditetapkan dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota setiap tanggal 5 bulan berikutnya, evaluasi kegiatan dilakukan setiap tiga bulan sekali sesuai dengan jadwal monitoring dan evaluasi Puskesmas X.

Lampiran 2. Contoh Surat Keputusan Tentang Kebijakan Mutu dan Keselamatan Pasien

KEPUTUSAN
KEPALA PUKESMAS ABCD
Nomor : 009/KAPUS/III/2014

TENTANG

KEBIJAKAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN PUSKESMAS ABCD

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

KEPALA PUSKESMAS ABCD,

Menimbang : a. bahwa pasien mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan yang bermutu dan aman;
b. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di PUSKESMAS ABCD perlu disusun kebijakan mutu dan keselamatan pasien;

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien RumahSakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS TENTANG KEBIJAKAN MUTU DAN KESELAMATAN PUSKESMAS ABCD.

Kesatu : Kebijakan mutu dan keselamatan pasien Puskesmas ABCD sebagaimana tercantum dalam Lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini.

Kedua : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan/perubahan sebagaimanamestinya.

Ditetapkan di :
pada tanggal : 1 April 2014
KEPALA PUSKESMAS ABCD,

Nama

KEBIJAKAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN PUSKESMAS ABCD

1. Kepala Puskesmas dan seluruh penanggung jawab UKP dan penanggung jawab UKM wajib berpartisipasi dalam program mutu dan keselamatan pasien mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.
2. Para pimpinan wajib melakukan kolaborasi dalam pelaksanaan Program mutu dan keselamatan pasien yang diselenggarakan di seluruh jajaran Puskesmas.
3. Perencanaan mutu disusun oleh seluruh jajaran Puskesmas ABCD dengan pendekatan multidisiplin, dan dikoordinasikan oleh Wakil Manajemen Mutu.
4. Perencanaan mutu berisi paling tidak:
 - a. Area prioritas berdasarkan data dan informasi, baik dari hasil monitoring dan evaluasi indikator, maupun keluhan pasien/keluarga/staf dengan mempertimbangan kekritisannya, risiko tinggi dan kecenderungan terjadinya masalah.
 - b. Salah satu area prioritas adalah sasaran keselamatan pasien.
 - c. Kegiatan-kegiatan pengukuran dan pengendalian mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi dari semua unit kerja dan unit pelayanan.
 - d. Pengukuran mutu dan keselamatan pasien dilakukan dengan pemilihan indikator, pengumpulan data, untuk kemudian dianalisis dan ditindaklanjuti dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - e. Indikator meliputi indikator manajerial, indikator kinerja UKM, dan indikator klinis, yang meliputi indikator struktur, proses, dan *outcome*.
 - f. Upaya-upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui standarisasi, perancangan sistem, rancang ulang sistem untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - g. Penerapan manajemen risiko pada semua lini pelayanan baik pelayanan klinis maupun penyelenggaraan UKM.
 - h. Manajemen risiko klinis untuk mencegah terjadinya kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan keadaan potensial cedera.
 - i. Program dan Kegiatan-kegiatan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien, termasuk di dalamnya program peningkatan mutu laboratorium dan program peningkatan mutu pelayanan obat.
 - j. Program pelatihan yang terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - k. Rencana pertemuan sosialisasi dan koordinasi untuk menyampaikan permasalahan, tindak lanjut, dan kemajuan tindak lanjut yang dilakukan.
 - l. Rencana monitoring dan evaluasi program mutu dan keselamatan pasien.

5. Perancangan sistem/proses pelayanan memperhatikan butir-butir di bawahini:
 - a. Konsisten dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas, dan perencanaan Puskesmas,
 - b. Memenuhi kebutuhan pasien, keluarga, dan staf,
 - c. Menggunakan pedoman penyelenggaraan UKM, pedoman praktik klinis, standar pelayanan klinis, kepustakaan ilmiah dan berbagai panduan dari profesi maupun panduan dari Kementerian Kesehatan,
 - d. Sesuai dengan praktik bisnis yang sehat,
 - e. Mempertimbangkan informasi dari manajemen risiko,
 - f. Dibangun sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan yang ada di Puskesmas,
 - g. Dibangun berbasis praktik klinis yang baik,
 - h. Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan yang terkait,
 - i. Mengintegrasikan serta menggabungkan berbagai proses dan sistem pelayanan.
6. Seluruh kegiatan mutu dan keselamatan pasien harus didokumentasikan.
7. Wakil manajemen mutu wajib melaporkan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Kepala Puskesmas tiap tribulan.
8. Berdasarkan pertimbangan hasil keluhan pasien/keluarga dan staf, serta mempertimbangkan kekritisn, risiko tinggi, dan potensial bermasalah, maka area prioritas yang perlu mendapat perhatian dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah:
 - a. Pencapaian 6 sasaran keselamatan pasien.
 - b. Pelayanan rawat jalan
 - c. Pelayanan Farmasi
 - d. Pelayanan Gawat Darurat

Lampiran 3. Contoh Template Pedoman Mutu

PEDOMAN/MANUAL MUTU

I. Pendahuluan, yang berisi:

A. Latar belakang:

1. Profil organisasi

- a. Gambaran umum organisasi
- b. Visi organisasi
- c. Misi organisasi
- d. Struktur organisasi
- e. Motto
- f. Tata nilai

2. Kebijakan mutu:

- a. Kami jajaran pengelola dan seluruh karyawan Puskesmas X berkomitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan pelanggan. Kami berkomitmen untuk memperbaiki proses pelayanan berdasarkan fakta.
- b. Kebijakan teknis dalam perbaikan mutu dan keselamatan pasien ada pada lampiran pedoman ini.

3. Proses pelayanan (proses bisnis)

- a. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat:.....dst
- b. Penyelenggaraan Pelayanan Klinis.....dst

B. Ruang Lingkup:

Lingkup pedoman mutu ini disusun berdasarkan persyaratan ISO 9001:2008 dan standar akreditasi Puskesmas, yang meliputi: persyaratan umum sistem manajemen mutu, tanggung jawab manajemen, manajemen sumber daya, proses pelayanan yang terdiri dari penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat, yang meliputi: upaya.....dst, dan Pelayanan Klinis.

Dalam penyelenggaraan UKM dan pelayanan klinis memperhatikan keselamatan sasaran/pasien dengan menerapkan manajemen risiko.

C. Tujuan:

Pedoman mutu ini disusun sebagai acuan bagi Puskesmas dalam membangun sistem manajemen mutu baik untuk penyelenggaraan UKM maupun untuk penyelenggaraan pelayanan klinis.

D. Landasan hukum dan acuan:

Landasan hukum yang digunakan dalam menyusun pedoman mutu ini adalah: (sebutkan peraturan yang terkait dengan Puskesmas).

Acuan yang digunakan dalam menyusun pedoman mutu ini adalah: standar akreditasi puskesmas.

E. Istilah dan definisi (urutkan sesuai abjad):

- a. Pelanggan
- b. Kepuasan pelanggan
- c. Pasien
- d. Koreksi
- e. Tindakan korektif
- f. Tindakan preventif
- g. Pedoman mutu
- h. Dokumen
- i. Rekaman
- j. Efektivitas
- k. Efisiensi
- l. Proses
- m. Sasaran mutu
- n. Perencanaan mutu
- o. Kebijakan mutu
- p. Sarana
- q. Prasarana.....dsb (sesuai kebutuhan)

II. Sistem Manajemen Mutu dan Sistem Penyelenggaraan Pelayanan

A. Persyaratan umum:

Puskesmas X menetapkan, mendokumentasikan, memelihara sistem manajemen mutu sesuai dengan standar akreditasi Puskesmas. Sistem ini disusun untuk memastikan telah diterapkannya persyaratan pengendalian terhadap proses-proses penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat

baik penyelenggaraan upaya Puskesmas maupun pelayananan klinis, yang meliputi kejelasan proses pelayanan dan interaksi proses dalam penyelenggaraan pelayananan, kejelasan penanggung jawab, penyediaan sumber daya, penyelenggaraan pelayanan itu sendiri mulai dari perencanaan yang berdasar kebutuhan masyarakat/pelanggan, verifikasi terhadap rencana yang disusun, pelaksanaan pelayanan, dan verifikasi terhadap proses pelayanan dan hasil-hasil yang dicapai, monitoring dan evaluasi serta upaya penyempurnaan yang berkesinambungan.

B. Pengendalian dokumen:

Secara umum dokumen-dokumen dalam sistem manajemen mutu yang disusun meliputi:

Dokumen level 1: Kebijakan, dokumen level 2: pedoman/manual, dokumen level 3: standar prosedur operasional, dan dokumen level 4: rekaman-rekaman sebagai catatan sebagai akibat pelaksanaan kebijakan, pedoman, dan prosedur. (Jelaskan bagaimana pengendalian dokumen di Puskesmas: proses penyusunan dokumen, pengesahan, penomoran, pemberlakuan, distribusi, penyimpanan, pencarian kembali, proses penarikan dokumen yang kadaluwarsa, dsb).

C. Pengendalian rekam implementasi (jelaskan bagaimana pengendalian rekam implementasi di Puskesmas).

III. Tanggung jawab manajemen:

A. Komitmen manajemen

Kepala Puskesmas, penanggung jawab manajemen mutu, penanggung jawab upaya, penanggung jawab pelayanan klinis, dan seluruh karyawan Puskesmas bertanggung jawab untuk menerapkan seluruh persyaratan yang ada pada manual mutu ini.

B. Fokus pada sasaran/pasien:

Pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas dilakukan dengan berfokus pada pelanggan. Pelanggan dilibatkan mulai dari identifikasi kebutuhan dan harapan pelanggan, perencanaan penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan klinis, pelaksanaan pelayanan, monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut pelayanan.

C. Kebijakan mutu:

Seluruh karyawan berkomitmen untuk menyelenggarakan pelayanan yang berfokus pada pelanggan, memperhatikan keselamatan pelanggan, dan melakukan penyempurnaan yang berkelanjutan. Kebijakan mutu dituangkan dalam surat keputusan Kepala Puskesmas yang meliputi kebijakan mutu pelayanan klinis dan kebijakan mutu pelayanan UKM.

D. Perencanaan Sistem Manajemen Mutu dan Pencapaian Sasaran Kinerja/ Mutu.

Sasaran mutu ditetapkan berdasarkan standar kinerja/standar pelayanan minimal yang meliputi indikator-indikator pelayanan klinis, indikator penyelenggaraan upaya Puskesmas. Perencanaan disusun dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan pelanggan, hak dan kewajiban pelanggan, serta upaya untuk mencapai sasaran kinerja yang ditetapkan. Perencanaan mutu Puskesmas dan keselamatan pasien berisi program-program kegiatan peningkatan mutu yang meliputi:

1. Penilaian dan peningkatan kinerja baik UKM maupun UKP.
2. Upaya pencapaian enam sasaran keselamatan pasien.
3. Penerapan manajemen risiko pada area prioritas.
4. Penilaian kontrak/kerjasama pihak ketiga.
5. Pelaporan dan tindak lanjut insiden keselamatan pasien.
6. Peningkatan mutu pelayanan laboratorium.
7. Peningkatan mutu pelayanan obat.
8. Pendidikan dan pelatihan karyawan tentang mutu dan keselamatan pasien.

E. Tanggung jawab, wewenang (jelaskan tanggung jawab dan wewenang mulai dari Kepala, wakil manajemen mutu/penanggung jawab mutu, penanggung jawab UKM, tanggung jawab pelayanan klinis, dan seluruh karyawan dalam peningkatan mutu.

F. Wakil manajemen mutu/Penanggung jawab manajemen mutu

Kepala Puskesmas menunjuk seorang wakil manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinir seluruh kegiatan mutu di Puskesmas:

- Memastikan sistem manajemen mutu ditetapkan, diimplementasikan, dan dipelihara

- Melaporkan kepada manajemen kinerja dari sistem manajemen mutu dan kinerja pelayanan
- Memastikan kesadaran seluruh karyawan terhadap kebutuhan dan harapan sasaran/pasien

G. Komunikasi internal

Komunikasi internal dilakukan dengan cara workshop (mini lokakarya), pertemuan, diskusi, email, sms, memo dan media lain yang tepat untuk melakukan komunikasi.

IV. Tinjauan Manajemen:

A. Umum: Rapat tinjauan manajemen dilakukan minimal dua kali dalam setahun.

B. Masukan tinjauan manajemen meliputi:

1. Hasil audit
2. Umpan balik pelanggan
3. Kinerja proses
4. Pencapaian sasaran mutu
5. Status tindakan koreksi dan pencegahan yang dilakukan
6. Tindak lanjut terhadap hasil tinjauan manajemen yang lalu
7. Perubahan terhadap Kebijakan mutu
8. Perubahan yang perlu dilakukan terhadap sistem manajemen mutu/ sistem pelayanan

C. Luaran tinjauan: Hasil yang diharapkan dari tinjauan manajemen adalah peningkatan efektivitas sistem manajemen mutu, peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan pelanggan, dan identifikasi perubahan-perubahan, termasuk penyediaan sumber daya yang perlu dilakukan.

V. Manajemen sumber daya:

A. Penyediaan sumber daya

Kepala Puskesmas berkewajiban menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas. Penyediaan sumber daya meliputi: (baik untuk penyelenggaraan UKM maupun pelayanan klinis).

B. Manajemen sumber daya manusia

Penyediaan sumber daya manusia, proses rekrutmen, proses kredensial, proses pelatihan dan peningkatan kompetensi.

C. Infrastruktur (jelaskan pengelolaan infrastruktur yang harus dilakukan).

D. Lingkungan kerja (jelaskan bagaimana upaya memelihara lingkungan kerja tetap aman, hijau, dan bersih, serta mengupayakan penghematan).

VI. Penyelenggaraan Pelayanan:

A. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM):


1. Perencanaan UKM, akses, dan pengukurankinerja
2. Proses yang berhubungan dengan sasaran:
 - a. Penetapan persyaratan sasaran
 - b. Tinjauan terhadap persyaratan sasaran
 - c. Komunikasi dengansasaran
3. Pembelian (jika ada)
4. Penyelenggaraan UKM
 - a. Pengendalian proses penyelenggaraanupaya
 - b. Validasi proses penyelenggaraanupaya
 - c. Identifikasi dan mampu telusur
 - d. Hak dan kewajibansasaran
 - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (jikaada)
 - f. Manajemen risiko dankeselamatan
5. Pengukuran, analisis dan penyempurnaan Sasaran Kinerja UKM:
 - a. Umum
 - b. Pemantauan dan pengukuran:
 - 1) Kepuasan pelanggan
 - 2) Audit internal
 - 3) Pemantauan dan pengukuran proses
 - 4) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
 - c. Pengendalian jika ada hasil yang tidaksesuai
 - d. Analisis data
 - e. Peningkatanberkelanjutan
 - f. Tindakan korektif
 - g. Tindakan preventif

- B. Pelayanan klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan):
- a. Perencanaan Pelayanan Klinis
 - b. Proses yang berhubungan dengan pelanggan
 - c. Pembelian/pengadaan barang terkait dengan pelayanan klinis:
 - 1) Proses pembelian
 - 2) Verifikasi barang yang dibeli
 - 3) Kontrak dengan pihak ketiga
 - d. Penyelenggaraan pelayanan klinis:
 - 1) Pengendalian proses pelayanan klinis
 - 2) Validasi proses pelayanan
 - 3) Identifikasi dan ketelusuran
 - 4) Hak dan kewajiban pasien
 - 5) Pemeliharaan barang milik pelanggan (spesiemen, rekam medis, dsb)
 - 6) Manajemen risiko dan keselamatan pasien
 - e. Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan Pasien:
 - a. Penilaian indikator kinerja klinis
 - b. Pengukuran pencapaian sasaran keselamatan pasien
 - c. Pelaporan insiden keselamatan pasien
 - d. Analisis dan tindak lanjut
 - e. Penerapan manajemen risiko
 - f. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan:
 - 1) Umum
 - 2) Pemantauan dan pengukuran:
 - a) Kepuasan pelanggan
 - b) Audit internal
 - c) Pemantauan dan pengukuran proses, kinerja
 - d) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
 - 3) Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
 - 4) Analisis data
 - 5) Peningkatan berkelanjutan
 - 6) Tindakan korektif
 - 7) Tindakan preventif
- Penutup

VII. Penutup

Lampiran (jika ada)

Lampiran 4. Contoh SOP

LOGO PEMDA	Injeksi Intra Muskular		
	SOP	No. Dokumen : SOP/UKP/RJ/01	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24/11/2014	
Halaman : 1/2			
Nama Puskesmas	<i>Dp</i>	Nama Ka Puskesmas NIP	
1. Pengertian	Injeksi intra muskular adalah: pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan otot menggunakan spuit injeksi dilakukan pada otot pangkal lengan atau otot paha bagian luar (yaitu 1/3 tengah paha sebelah luar)		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam pemberian obat melalui Injeksi Intra muskular		
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No.004/2014 tentang Jenis – Jenis pelayanan klinis		
4. Referensi	Pedoman Perawatan dasar Depkes RI Tahun 2005		
5. Prosedur/ Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat & Bahan: <ol style="list-style-type: none"> a. Bak Instrumen Steril, b. Medical Record c. Buku register pasien d. Disposable Spuit e. Obat Injeksi f. Kapas alkohol g. Bak instrument 2. Petugas yang melaksanakan: <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter b. Perawat c. Bidan 3. Langkah – langkah : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas mencuci tangan b. Petugas memakai APD c. Petugas menyiapkan alat-alat dan bahan dalam bak instrumen steril, d. Petugas memberi tahu maksud tindakan kepada pasien e. Petugas melakukan aspirasi obat sesuai dosis dengan spuit injeksi f. Petugas mengatur posisipasien g. Petugas memilih area penusukan yang bebas dari lesi dan peradangan h. Petugas membersihkan area penusukan menggunakan kapas alkohol i. Petugas membuka tutupjarum j. Petugas menusukkan jarum ke daerah penusukan dengan sudut 90 derajat, kira- kira sampai jaringanotot k. Petugas meLakukan aspirasispuit l. Petugas mengobservasi ada tidak darah dalam spuit, Jika ada darah tarik kembali jarum dari kulit m. Petugas menekan tempat penusukan dengan kapas alkohol n. Petugas mengganti penusukan ke tempat lain, Jika tidak ada darah, masukkan obat perlahan-lahan hingga habis o. Petugas mencabutjarum p. Petugas menekan tempat penusukan dengan kapas alkohol q. Petugas memberitahu kepada pasien bahwa tindakan sudah selesai r. Petugas membuang sampah medis pada tempatnya s. Petugas mencatat tindakan dalam rekam medis t. Petugas merapikan alat danbahan u. Petugas mencuci tangan 		

<p>6. Bagan Alir</p>	<pre> graph TD A([Cuci Tangan]) --> B[Menyiapkan alat & bahan dalam bak instrumen steril] B --> C[Memberi tahu maksud kepada pasien] C --> D[Melakukan aspirasi obat sesuai dosis] D --> E[Mengatur posisi pasien] E --> F[Memilih area penusukan] F --> G[Membersihkan area penusukan] G --> H[Membuka tutup jarum] H --> I[Menusukkan jarum] I --> J[Melakukan aspirasi spuit] J --> K{Ada darah dalam spuit?} K -- Ya --> L[Tarik kembali jarum] L --> M[Menekan tempat penusukan dengan alkohol] M --> N[Memberitahu pasien] N --> O[Membuang sampah medis] O --> P[Mencatat dalam rekam medis] P --> Q[Merapikan alat dan bahan] Q --> R([Cuci tangan]) K -- Tidak --> S[Masukkan obat perlahan hingga habis] S --> T[Mencabut jarum] T --> U[Menekan tempat penusukan dengan alkohol] U --> N </pre>								
<p>7. Hal-hal yang perlu diperhatikan</p>	<p>Observasi pasien antara 5 sampai dengan 15 menit terhadap reaksi obat.</p>								
<p>8. Unit terkait</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poli/BP Umum 2. Poli/BP Gigi, 3. Rawat Inap, 5. Immunisasi, 6. Ruang KIA.KB, 7. Puskesmas Pembantu. 								
<p>9. Dokumen terkait</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekam Medis 2. Catatantindakan 								
<p>10. Rekaman historis perubahan</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Yang diubah</th> <th>Isi Perubahan</th> <th>Tanggal mulai diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan				
No	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan						

TIM PENYUSUN

drg. Kartini Rustandi, M.Kes
dr. H. KM Taufik, MMR
dr. Tjahjono Kuntjoro, MPH, PhD.
dr. Soenoe Joewana, MMR
Djemingin Pamungkas, AMK, S.Pd, M.Kes.
dr. Ganda Raja Partogi S, MKM; Tinexcellly Simamora, SKM, MKM
dr. Dewi Irawati, MKM; drg. Naneu Retna Arfani
Ruri Purwandani, SP; dr. Ernawati Atmaningtyas
dr. Mugi Lestari; dr. Irni Dwi Aprianti
drg. Aditia Putri; Indi Susanti, SKM, M. Epid

EDITOR

dr. Tjahjono Kuntjoro, MPH, PhD;
dr. H. KM. Taufiq. MMR; dr. Ganda Raja Partogi, MKM;
Ruri Purwandani, SP; dr. Ernawati Atmaningtyas;
drg. Aditia Putri; dr. Irni Dwi Aprianti

KONTRIBUTOR

dr. Sri Hastuti Nainggolan, MPH; dr. Lina Kurniawati, M.Kes; Prof. dr. Ascobat Gani, MPH; Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U(K); dr. Budihardja Singgih, MPH; Dr. dr. Sutoto, M.Kes; dr. Djoti Atmodjo, Sp.A, MARS; Ir. Hendrumal Pandjaitan, MSc.; Sundoyo, SH, MH; drg. Bulan Rachmadi, M.Kes; drg. Haslinda, M.Kes; dr. M. Ilhami, Sp. OG; dr. Diah Wahyu Indriati, MARS; Indriarti, MARS; dr. B. Eka Anoegrahi Wahjoeni, M.Kes; drg. Enizar Nuridin; Drs. Sutanto, MM; Ahmad Eru S, SKp, M.Kep, Sp.Kom; Ns. Riyanto, M.Kes, S.Kp, M.Kep; drg. Anwarul Amin, MARS; drg. Sudono, M.Kes; Hazna Halta, SKM, MKM; Rita Utrajani, SKM, MKM; Endardi, SKM; drg. Roozana Medalia; dr. Nirmala; drg. Rochendah, M.Kes; drg. Lili Apriliani, M.Kes; dr. Ribut Pantjarohana; dr. Rostina Soehardi, M.Kes; drg. Nana; drg. Retno Lukitawati, M.Kes; dr. Ida Ayu Merthawati; dr. Kamal Amirudin, MARS; Uud Cahyono, SH, MARS; Prapti Widyaningsih, SH; Bayu K, SH; dr. Yayan Gusman; drg. Fara Rosalina, Feni Melanie, SH; dr. Putu Lohita Rachmawati, MPH; Fitri Wulandari, SH