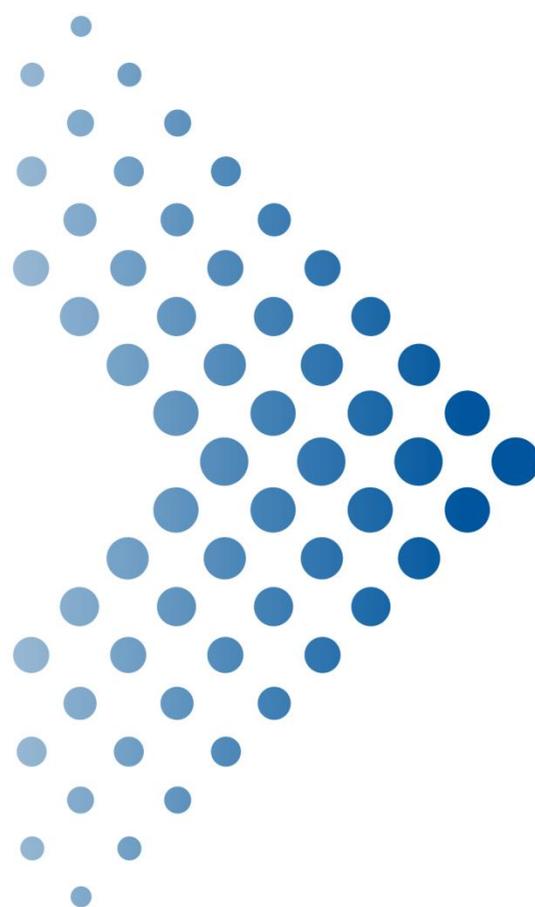


PEDOMAN TATA NASKAH



**UPTD PUSKESMAS
BUKUAN**

II. MANCCIS RT. 09 KEL. BUKUAN KEC. DALARAN

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan berkahNya, kami dapat menyelesaikan Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan Tata Naskah Dokumen UPTD Puskesmas Bukuan. Buku ini kami susun sebagai salah satu upaya untuk memberikan acuan dan kemudahan dalam pelaksanaan penyelenggaraan kegiatan di UPTD Puskesmas Bukuan. Penyelenggaraan pelayanan di UPTD Puskesmas Bukuan mewajibkan adanya pembuktian pelaksanaan seluruh kegiatan pelayanan melalui dokumentasi dan penelusuran, karena pada prinsip pendokumentasian, seluruh kegiatan harus tertulis dan apa yang tertulis harus dikerjakan dengan sesuai. Buku ini berisi contoh-contoh dokumen yang dapat digunakan dalam menyusun dokumen penyelenggaraan kegiatan di UPTD Puskesmas Bukuan.

Pada kesempatan ini perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang terlibat dalam proses penyusunan Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan Tata Naskah Dokumen UPTD Puskesmas Bukuan. Semoga dengan digunakannya buku ini dapat mempermudah seluruh karyawan UPTD Puskesmas Bukuan dalam melaksanakan pendokumentasian seluruh penyelenggaraan kegiatan di UPTD Puskesmas Bukuan.

Kepala UPTD Puskesmas Bukuan


drg. Rosnaniar



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pedoman umum tata naskah di lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan diperlukan dalam mendukung tugas pokok dan fungsi UPTD Puskesmas Bukuan. Salah satu komponen penting dalam ketatalaksanaan UPTD Puskesmas Bukuan adalah administrasi umum. Ruang lingkup administrasi umum meliputi tata naskah penamaan lembaga, singkatan dan akronim, kearsipan, dan tata ruang perkantoran.

Tata naskah di lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan sebagai salah satu unsur administrasi umum mencakup pengaturan tentang jenis, penyusunan, penggunaan lambang Puskesmas, logo, stempel, penggunaan bahasa Indonesia yang baik dan benar dalam naskah.

Keterpaduan tata naskah di lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan sangat diperlukan untuk menunjang kelancaran komunikasi tulis dalam penyelenggaraan tugas Puskesmas Bukuan secara berdaya guna dan berhasil guna. Untuk itu diperlukan pedoman umum tata naskah di lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan sebagai acuan dalam melaksanakan tata naskah di lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan..

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Pedoman Tata Naskah ini dimaksudkan sebagai acuan penyelenggaraan pengelolaan dan pembuatan naskah naskah dinas di lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan.

2. Tujuan

Tersedianya pedoman tata naskah bagi kepala, penanggung jawab dan pelaksana upaya kesehatan di UPTD Puskesmas Bukuan dalam menyusun dokumen-dokumen yang di butuhkan dalam penyelenggaraan Puskesmas.

C. SASARAN

1. Tercapainya kesamaan pengertian, bahasa dan penafsiran dalam penyelenggaraan tata naskah di Lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan.
2. Terwujudnya keterpaduan pengelolaan tata naskah dengan unsur lainnya dalam lingkup administrasi umum.
3. Tercapainya kemudahan dalam pengendalian komunikasi tulis.

4. Tercapainya penyelenggaraan tata naskah di Lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan yang efisien dan efektif.

D. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2016 Tentang Manajemen Puskesmas
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1538 tahun 2011 tentang Pedoman Tata Naskah Dinas Kementerian Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia nomor 80 tahun 2012 tentang Pedoman Tata Naskah Dinas Instansi Pemerintah
7. Pedoman penyusunan dokumentasi akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tahun 2017
8. Peraturan Walikota Samarinda nomor 17 tahun 2011 tentang Tata Naskah Dinas

E. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Pedoman Tata Naskah Puskesmas Bukuan meliputi pengaturan tentang jenis dan format naskah, penyusunan naskah, pengurusan naskah koreksi, pejabat penandatanganan naskah, penggunaan lambang dan logo dalam naskah, serta perubahan, pencabutan, pembatalan, dan ralat naskah.

\

BAB II

TATA NASKAH

A. JENIS

Naskah yang dipergunakan oleh Puskesmas Bukuan terdiri dari dua jenis yaitu sebagai berikut :

1. Naskah yang dirumuskan dalam susunan dan bentuk produk-produk hukum berupa regulasi, yaitu :

a. Keputusan Kepala Puskesmas

Keputusan adalah naskah yang bersifat penetapan, dan memuat kebijakan pokok atau kebijakan pelaksanaan yang merupakan penjabaran dari peraturan perundang-undangan, yaitu kebijakan dalam rangka ketatalaksanaan, penyelenggaraan tugas umum dan pembangunan, misalnya : penetapan organisasi dan tata kerja Unit Pelaksana Teknis, penetapan ketatalaksanaan organisasi, program kerja dan anggaran, pendelegasian kewenangan yang bersifat tetap.

b. Standar Operasional Prosedur

Standar Prosedur Operasional (SOP) adalah naskah yang memuat serangkaian petunjuk tentang cara serta urutan suatu kegiatan operasional atau administratif tertentu yang harus diikuti oleh individu pejabat atau unit kerja.

2. Naskah yang dirumuskan dalam bentuk bukan produk-produk hukum berupa surat.

a. Surat Biasa

Surat Biasa adalah alat penyampaian berita secara tertulis yang berisi pemberitahuan, pertanyaan, permintaan jawaban atau saran dan sebagainya.

b. Surat Tugas

Surat tugas adalah naskah yang dibuat oleh atasan kepada bawahan dan memuat tugas yang harus dilakukan.

c. Surat Undangan

Surat tugas adalah naskah yang dibuat oleh atasan kepada bawahan dan memuat tugas yang harus dilakukan.

d. Surat Keterangan

Surat keterangan adalah naskah yang berisi informasi mengenai hal atau seseorang untuk kepentingan kedinasan.

e. Surat Pengantar

Surat pengantar adalah naskah yang berisikan penjelasan singkat atau informasi mengenai suatu pengiriman yang di gunakan untuk mengantar/ Mengantarkan barang atau naskah

f. Notulen

Notulen adalah Naskah Dinas yang memuat catatan jalanya kegiatan sidang, rapat, mulai dari acara pembukaan, pembahasan masalah sampai dengan pengambilan peraturan serta penutupan.

g. Lembar Disposisi

Lembar disposisi adalah alat komunikasi tertulis yang ditujukan kepada bawahan yang berisi informasi atau perintah.

3. Naskah di Lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan juga dibagi menjadi 2 jenis berdasarkan keperluannya, yaitu :

a. Naskah untuk keperluan Tata Usaha Puskesmas

- 1) Keputusan Kepala Puskesmas
- 2) Standar Prosedur Operasional (SOP)
- 3) Surat Biasa
- 4) Surat Tugas
- 5) Surat Undangan
- 6) Surat Keterangan
- 7) Surat Pengantar
- 8) Notulen
- 9) Lembar Disposisi

b. Naskah untuk keperluan Akreditasi Puskesmas

- 1) Keputusan Kepala Puskesmas
- 2) Manual Mutu
- 3) Rencana Lima Tahunan Puskesmas
- 4) Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Tahunan
- 5) Pedoman / Panduan
- 6) Penyusunan Kerangka Acuan Program/Kegiatan
- 7) Standar Operasional Prosedure

B. BENTUK PENULISAN

Dalam rangka rangka penyeragaman tata naskah di lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan maka ditetapkan aturan umum sebagai berikut :

1. Penggunaan kertas pada penulisan naskah surat-menyurat dan dokumen adalah Kertas Ukuran F4 (21,5 cm x 33,3 cm) warna putih 70 gram, atau menggunakan aturan khusus sesuai permintaan pihak luar.

2. Aturan pengetikan
 - a. Penggunaan huruf Arial 11-12 atau disesuaikan kebutuhan
 - b. Spasi 1,5 atau sesuai kebutuhan.
 - c. Warna tinta hitam
 - d. Menyelaraskan penggunaan kertas, ruang tepi, alinea, penomoran, pemberian nomor halaman, kata penyambung
3. Demi keserasian dan kerapian (estetika) dalam penyusunan naskah dinas, diatur supaya tidak seluruh permukaan kertas digunakan secara penuh. Oleh karena itu, perlu ditetapkan batas antara tepi kertas dan naskah, baik pada tepi atas, kanan, bawah, maupun pada tepi kiri sehingga terdapat ruang yang dibiarkan kosong. Penentuan ruang tepi dilakukan berdasarkan ukuran yang terdapat pada peralatan yang digunakan untuk membuat naskah dinas, yaitu:
 - a Ruang tepi atas : 2 cm dari tepi atas kertas;
 - b Ruang tepi bawah : 2 cm dari tepi bawah kertas;
 - c Ruang tepi kiri : 3 cm dari tepi kiri kertas;
 - d Ruang tepi kanan : 2 cm dari tepi kanan kertas.

4. Ketentuan Khusus

Menetapkan penulisan Kop Naskah Dinas sebagai berikut :

- a. Memuat sebutan Pemerintah Kota Samarinda, sebutan Dinas Kesehatan Kota sebutan UPTD Puskesmas Bukuan, alamat, nomor telepon serta menggunakan Logo Pemerintah daerah Samarinda dan Lambang Puskesmas.
- b. Spasi 1 atau 1,5 sesuai kebutuhan
 - 1) Ukuran huruf : Arial dilakukan penebalan huruf (*bold*)
 - a) PEMERINTAH KOTA SAMARINDA, huruf kapital ukuran 14
 - b) DINAS KESEHATAN KOTA , huruf kapital ukuran 14
 - c) UPTD PUSKESMAS BUKUAN, huruf kapital ukuran 18
 - d) Alamat Puskesmas huruf kecil ukuran 12
 - 2) Margin : Tengah (center)
 - 3) Logo : Pemerintah Kota pojok kiri atas
: Puskesmas pojok kanan atas
 - 4) Ditutup dengan 2 garis

Contoh



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN

Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. PalaranTelp. (0541) 6212110
Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241



5. Naskah yang dirumuskan dalam bentuk bukan produk-produk hukum

a. Surat Biasa

Bentuk dan susunan surat biasa adalah sebagai berikut :

1) Kepala

- a) Kop surat dinas;
- b) Tanggal pembuatan surat diletakkan di sebelah kanan atas;
- c) Pejabat / Alamat yang dituju, diawali dengan Kata "Kepada kemudian di bawah baris kepada nama pejabat Yth."

Diletakkan tegak lurus dibawah kepada

- d) Nomor surat;
- e) Sifat surat;
- f) Lampiran surat;
- g) Perihal surat;

2) Isi Surat

Isi surat di rumuskan dalam bentuk uraian yang terdiri atas alinea pembuka, isi dan penutup.

3) Bagian akhir surat

Bagian akhir surat terdiri atas

- a) Nama jabatan
- b) Tanda tangan pejabat;
- c) Nama lengkap, Pangkat dan NIP
- d) Stempel UPTD Puskesmas Bukuan
- e) Tembusan, memuat nama jabatan pejabat penerima tembusan.

NB : Untuk table verifikator bersifat fleksibel sesuai dengan maksud dan tujuan surat



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN**



Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. Palaran Telp. (0541) 6212110
Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241

Tempat, Tanggal Bulan dan Tahun

Kepada

Nomor :/...../.....

Yth.....

Sifat :

Lampiran :

di

Perihal :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kepala

Nama Jelas
Pangkat
NIP

Tembusan :

1.....

2.....

b. Surat Perintah Tugas

Susunan Surat Perintah Tugas terdiri atas :

1) Kepala surat

Kepala surat perintah tugas terdiri dari :

a) Kop surat

b) Tulisan “Surat Tugas” yang ditulis dengan huruf capital ukuran 16 di beri garis bawah dan yang diletakkan di tengah margin tanpa tanda baca

c) Nomor sesuai penomoran di Puskesmas Bukuan

2) Isi Surat

Isi surat perintah tugas antara lain :

a) Dasar dan pertimbangan penugasan

b) Tulisan “Menugaskan” yang dituliskan seluruhnya dengan huruf kapital yang diletakkan di tengah margin diakhiri tanda baca titik dua (:)

c) Nama, NIP, Pangkat/gol, Jabatan yang diberi tugas dan jenis tugas serta waktu pelaksanaan tugas dan tempat, bila yang ditugaskan lebih dari satu orang bisa menyesuaikan format yang ada (sesuai kebutuhan)

3) Bagian akhir surat

Bagian akhir Surat perintah tugas antara lain:

a) Nama tempat;

b) Tanggal, Bulan, Tahun;

c) Nama Jabatan;

d) Tanda tangan pejabat yang memberi tugas

e) Nama Jelas pejabat

f) Pangkat dan NIP

g) Stempel Puskesmas

h) Tabel Verifikasi (untuk arsip menggunakan Kolom verifikasi untuk yang asli tidak perlu menggunakan kolom verifikasi)



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN



Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. Palaran Telp. (0541) 6212110
Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241

SURAT TUGAS

NOMOR : / /100.02.024

Dasar : 1

MENUGASKAN :

1 Nama :
NIP :
Pangkat/Gol :
Jabatan :

2 Nama :
NIP :
Pangkat/Gol :
Jabatan :

Untuk :

Hari :

Tanggal :

Pukul :

Tempat :

Demikian surat tugas ini buat agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tempat, Tgl bulan dan tahun
Kepala

Nama
Pangkat
NIP

c. Surat Undangan

Susunan Surat Undangan terdiri atas :

1) Kepala surat

Kepala surat Undangan terdiri dari :

- a) Kop Surat
- b) Nama tempat, tanggal, bulan dan tahun ditempatkan di kanan atas;
- c) Alamat Undangan yang ditujukan ditempatkan di bawah nama, tempat, tanggal, bulan dan tahun;
- d) Nomor, sifat, Lampiran dan perihal diketik secara vertikal ditempatkan di sebelah kiri atas.

2) Isi Surat

Isi surat Undangan antara lain :

- a) Maksud dan tujuan;
- b) Hari penyelenggaraan;
- c) Tanggal, waktu dan tempat penyelenggaraan;
- d) Acara yang akan diselenggarakan;
- e) Tulisan penutup

3) Bagian akhir surat

Bagian akhir Surat Undangan antara lain:

- a) Nama jabatan pengundang;
- b) Tanda tangan pejabat pengundang;
- c) Nama jelas Pejabat, pangkat dan NIP Pengundang;
- d) Stempel Puskesmas
- e) Tabel Verifikasi (Tabel Verifikasi (untuk arsip menggunakan Kolom verifikasi untuk yang asli tidak perlu menggunakan kolom verifikasi)
- f) Catatan yang dianggap perlu



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN



Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. Palaran Telp. (0541) 6212110
Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241

Nomor : 870/ /100.02.024
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Undangan

Samarinda,
Kepada
Yth. Bapak/Ibu Staf
Puskemas Bukuan
di
Tempat

.....
.....
.....
Hari /Tanggal :
Pukul :
Tempat :
Acara :

.....
.....
Tempat, Tgl bulan dan tahun
Kepala

Nama
Pangkat
NIP

d. Surat Keterangan

Susunan Surat Keterangan terdiri atas :

1) Kepala surat

Kepala surat keterangan terdiri dari :

- a) Kop surat
- b) Tulisan “Surat Keterangan” yang ditulis seluruhnya dengan huruf kapital yang diletakkan di tengah margin tanpa tanda baca;
- c) Nomor sesuai penomoran di Puskesmas Bukuan

2) Isi Surat

Isi surat Keterangan antara lain :

- a) Nama dan jabatan yang menerangkan;
- b) NIP, Pangkat/Golongan, umur, Kebangsaan; agama, pekerjaan, alamat dan identitas yang diperlukan dari pihak yang diterangkan (menyesuaikan kebutuhan)
- c) Maksud keterangan.

3) Bagian akhir surat

Bagian akhir Surat Keterangan terdiri atas :

- a) Nama tempat;
- b) Tanggal, bulan dan tahun;
- c) Tanda tangan pejabat;
- d) Nama jabatan;
- e) Nama jelas pejabat
- f) Pangkat dan NIP
- g) Stempel Puskesmas



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN



Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. Palaran Telp. (0541) 6212110
Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241

SURAT KETERANGAN

NOMOR: 870/ /100.02.024

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama :
- b. Jabatan :

Dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama/NIP :
- b. Pangkat/Gol :
- c. Jabatan :
- Maksud :

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Tempat, Tgl bulan dan tahun
Kepala

Nama
Pangkat
NIP

e. Surat Pengantar

Sistematika Surat pengantar terdiri atas :

1) Kepala surat

Kepala surat pengantar terdiri dari :

- a) Kop surat
- b) Pejabat / alamat yang dituju;
- c) Tulisan “Surat Pengantar” yang ditulis seluruhnya dengan huruf kapital yang diletakkan di tengah margin tanpa tanda baca;
- c) Nomor

2) Isi Surat

Isi surat Pengantar terdiri dari :

- a) Kolom Nomor Urut;
- b) Kolom jenis yang dikirim;
- c) Kolom banyaknya naskah/barang dan sebagainya;
- d) Kolom keterangan

3) Bagian akhir surat

Bagian akhir Surat Pengantar terdiri atas :

- a) Tanggal dan nama penerima;
- b) Nama pengirim
- c) Nama dan NIP penanggung jawab
- b) Tanggal, bulan dan tahun;
- c) Nama jabatan pembuat pengantar;
- d) Tanda tangan;
- e) Nama, pangkat dan NIP
- f) Stempel Puskesmas



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN



Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. Palaran Telp. (0541) 6212110

Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241

Samarinda,

Kepada Yth.

.....

.....

di-

Tempat

SURAT PENGANTAR
NOMOR : 443.42/ / 100.02.024

No	Jenis yang dikirim	Banyaknya	Keterangan
1.	Bersama ini kami sampaikan laporan.	Lembar	Disampaikan dengan hormat untuk dapat diketahui dan terima kasih

Diterima tanggal :

Penerima :

Pengirim :

Penanggung Jawab Program

Kepala

Nama

Pangkat

Nama

Pangkat

NIP

Tembusan :

1. Arsip

f. Notulen

Sistematika Notulen terdiri atas :

1) Kepala Notulen

Kepala Notulen terdiri dari :

- a) Tulisan “Notulen” yang ditulis seluruhnya dengan huruf kapital yang diletakkan di tengah margin tanpa tanda baca;
- b) Keterangan tentang Notulen Rapat terdiri atas :
 - Hari, tanggal;
 - Waktu;
 - Acara;
 - Tempat
 - Nara Sumber
 - Moderator
 - Jumlah Peserta

2) Isi Notulen terdiri dari :

- a) Pembukaan;
- b) Pembahasan;
- c) Kesimpulan;

3) Bagian akhir Notulen terdiri atas :

- a) Nama Notulis;
- b) Tanda tangan;
- c) Jabatan;
- d) Tanda tangan;
- e) Nama, pangkat dan NIP
- f) Stempel Puskesmas

Hal yang perlu diperhatikan antara lain :

Notulen ditanda tangani oleh :

- Notulis
- Kepala Puskesmas



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN



Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. Palaran Telp. (0541) 6212110

Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241

NOTULEN

Nama Pertemuan :

Hari/Tanggal :

Pukul :

Tempat :

Jumlah Peserta :

Peserta Pertemuan : 1.....
2.....
3.....
4 dst

Susunan Acara : 1.
2.

Notulen Sebelumnya : -

Pembahasan :

Diskusi dan Usulan :

Kesimpulan :

Tindak Lanjut :

Penutup :

Notulis : Mengetahui,
Kepala puskesmas

(.....) (.....)

g. Lembar Disposisi

Sistematika Lembar Disposisi terdiri atas :

1) Kepala Lembar disposisi

Kepala Lembar Disposisi terdiri dari :

a)Kop dinas

b) Tulisan “Lembar Disposisi” yang ditulis seluruhnya dengan huruf kapital yang diletakkan di tengah margin tanpa tanda baca;

c) Surat dari;

d) Tanggal surat;

e) No. Surat;

f) Perihal;

g) Diterima tanggal;

h) No. Agenda;

j) Diteruskan kepada;

2) Isi lembar disposisi dirumuskan dalam bentuk uraian

3) Bagian akhir surat

Bagian akhir Lembar disposisi dibubuhi paraf atasan yang memberi disposisi beserta tanggalnya

Lembar disposisi dibuat diatas kertas ukuran ½ folio.

Lembar disposisi sebagai alat komunikasi tertulis sebagai informasi yang perlu ditindaklanjuti oleh bawahan, maka tidak dapat keluar dari lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN**

Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. Palaran Telp. (0541)
Samarinda- Kalimantan Timur Kantor Pos 75241



6212110

LEMBAR DISOPSI

Surat dari :	Diterima Tgl :
No. Surat :	No Urut :
Tgl. Surat :	Sifat :
	<input type="checkbox"/> Sangat segefa <input type="checkbox"/> Segera
	Rahasia
Perihal :	
Diteruskan kepada Sdr ; 1. 2.	Dengan hormat harap : <input type="checkbox"/> Tanggapan dan Saran <input type="checkbox"/> Proses lebih lanjut <input type="checkbox"/> Koordinasi /konfirmasi <input type="checkbox"/>
Catatan / isi DiSOPsisi :	
Kepala UPTD Puskesmas Bukuan Plmpinan	

C. 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 regulasi internal yang ditetapkan oleh kepala FKTP. Regulasi internal tersebut disusun dan ditetapkan dalam bentuk dokumen yang harus disediakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk memenuhi standar akreditasi.

Jenis dokumen internal puskesmas antara lain :

- Surat Keputusan (SK) Kepala Puskesmas
- Pedoman Pelaksanaan kegiatan puskesmas
- Kerangka acuan kegiatan
- Standar Prosedur Operasional (SOP)

2. Dokumen Eksternal

Regulasi eksternal berupa peraturan perundangan dan pedoman-pedoman yang di berlakukan 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 dan merupakan persyaratan.

Contoh jenis dokumen eksternal antara lain:

- Undang-Undang
- Peraturan Pemerintah
- Peraturan Menteri
- Buku Pedoman Pelaksanaan Kegiatan
- Petunjuk Teknis, Dll.

D. JENIS DOKUMEN BERDASARKAN PEMANFAATAN DAN PENYIMPANAN

1. Dokumen Induk

Dokumen asli dan telah di sahkan oleh kepala FKTP dan di simpan di ruang secretariat mutu

2. Dokumen Terkendali

Dokumen yang didistribusikan kepada sekretariat/ tiap unit / pelaksana, terdaftar dalam 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 luar FKTP digunakan untuk keperluan insidental, tidak dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan memiliki tanda/stempel “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.

E. JENIS DOKUMEN BERDASARKAN POKJA

1. Penyelenggaraan Manajemen

- a. Kebijakan Kepala Puskesmas,
- b. Rencana Lima Tahun Puskesmas,
- c. Pedoman/Manual Mutu,
- d. Pedoman/panduan teknis yang terkait dengan manajemen,
- e. Standar Prosedur Operasional (SOP),
 - Rencana Usulan Kegiatan (RUK),
 - Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), dan
 - Kerangka Acuan Kegiatan (KAK).

2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat

- a. Kebijakan Kepala Puskesmas,
- b. Pedoman untuk masing-masing UKM (esensial maupun pengembangan),
- c. Standar Prosedur Operasional (SOP)
- d. Rencana Tahunan untuk masing-masing UKM,
- e. Kerangka Acuan Kegiatan pada tiap-tiap UKM.

3. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan

- a. Kebijakan tentang Pelayanan Klinis,
- b. Pedoman Pelayanan Klinis,
- c. Standar Prosedur Operasional (SOP),
- d. Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

BAB III

PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI

A. Kebijakan Kepala Puskesmas

Kebijakan adalah peraturan/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 prosedur operasional (SOP) yang memberikan kejelasan langkah-langkah dalam pelaksanaan kegiatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Penyusunan peraturan/surat keputusan tersebut harus didasarkan pada peraturan perundangan, baik Undang-undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Daerah, Peraturan Kepala Daerah, Peraturan Menteri atau 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 :

Naskah Surat Keputusan ditulis dalam kertas ukuran F4 (21,5 x 33,3 cm) berat 70 gram. Batas margin :

Atas : 2 cm
Bawah : 2 cm
Kiri : 3 cm
Kanan : 2 cm

Bentuk dan susunan naskah Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bukuan adalah sebagai berikut :

1. Kepala

- a. Kop surat keputusan di cetak berwarna menggunakan *Header*
- b. Tulisan “ SURAT KEPUTUSAN” dan “KEPALA UPTD PUSKESMAS BUKUAN KOTA SAMARINDA” ditulis simetris di tengah margin dengan huruf kapital Arial 12 di cetak tebal (Bold) tanpa tanda baca
- c. Nomor keputusan ditulis dengan huruf kapital. ditulis sesuai sistem penomoran di UPTD Puskesmas Bukuan menganut pada Pedoman Pengendalian Dokumen dan Rekaman UPTD Puskesmas Bukuan. Yaitu (no klafikasi surat/no kendali/kode puskesmas dan tahun)
- d. Kata penghubung “TENTANG” ditulis dengan huruf kapital Arial Bold, ukuran 12 diletakkan simetris di tengah margin tanpa tanda baca

- e. Judul Peraturan/Keputusan di tulis dengan huruf kapital arial 12 bold, diletakkan simetris di tengah margin tanpa tanda baca

2. Pembukaan

Tulisan “ Kepala UPTD PUSKESMAS BUKUAN” ditulis seluruhnya dan di letakkan simetris di tengah margin dengan huruf kapital Arial 12 di cetak tebal (*Bold*) dan diakhiri dengan tanda koma (,)

3. Konsideran

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 (;).

4. 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 awal kata 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 (.).

5. 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.

6. 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 menanda tangani.

7. Penandatanganan:

Peraturan/Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bukuan ditandatangani oleh Kepala Puskesmas Bukuan, dituliskan nama tanpa gelar.

8. Lampiran Peraturan/Surat Keputusan:

- a. Halaman pertama harus dicantumkan nomor dan Judul Peraturan/ Surat Keputusan,
- b. Halaman terakhir harus ditandatangani oleh Kepala UPTD Puskesmas Bukuan

Hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen Peraturan / Surat Keputusan yaitu:

Kebijakan yang telah ditetapkan Kepala Puskesmas Bukuan tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala Puskesmas Bukuan hingga adanya kebutuhan revisi atau pembatalan.

**DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS BUKUAN**

Jl. Manggis RT. 09 Kel. Bukuan Kec. PalaranTelp. (0541) 6212110
Samarinda- Kalimantan Timur Kode Pos 75241

**TENTANG
JUDUL SK
KEPALA UPTD PUSKESMAS BUKUAN,**

- Menimbang : a. bahwa;
b. bahwa;
c. bahwa;
d. dan seterusnya.....;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia.....;
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia.....;
3. Peraturan Presiden Republik Indonesia.....;
4. Keputusan Presiden Republik Indonesia.....;
5. Peraturan Menteri Republik Indonesia.....;
6. Keputusan Menteri Republik Indonesia.....;
7. Peraturan Daerah Kota.....;
8. Peraturan Walikota Samarinda.....;
9. Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Samarinda...;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS BUKUAN KOTA SAMARINDA TENTANG.**
- Kesatu :
- Kedua :
- Ketiga :
- Keempat :
- Kelima :
- Keenam : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya, maka akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Samarinda
Pada Tanggal : tgl bulan tahun
KEPALA UPTD PUSKESMAS BUKUAN,

Pimpinan

LAMPIRAN

**KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS BUKUAN
NOMOR : Kode Penomoran /000/100.02.024/tahun
TENTANG : JUDUL SURAT KEPUTUSAN**

Ditetapkan di : Samarinda
Pada Tanggal :
KEPALA UPTD PUSKESMAS BUKUAN,

Pimpinan

B. Standar Prosedur Operasional (SOP)

1. Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas
2. 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 melibatkan 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.

3. Istilah Standar Prosedur Operasional (SOP) 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.

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** “ (SOP) yang dipergunakan dalam undang-undang Praktik Kedokteran maupun dalam undang-undang Kesehatan lebih bersifat **perorangan sebagai profesi**.

Puskesmas Bukuan Menggunakan Istilah SOP (Standar Prosedur Operasional)

4. 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.

5. Format SOP

Format SOP mengacu permenpan No. 35/2012 Format SPO dapat dibuat mengacu pada Permenpan No. 35/2012 atau pada contoh format SPO yang ada dalam buku Pedoman Penyusunan Dokumen ini.

Prinsipnya adalah “Format” SPO yang digunakan dalam satu institusi harus “SERAGAM”.

Format yang ada di pedoman ini format minimal, oleh karena itu format ini dapat diberi tambahan materi/kolom misalnya, nama penyusunan SOP, unit yang memeriksa SOP.

6. Manfaat SOP

- a. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Puskesmas

- b. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
- c. Memastikan staf Puskesmas memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

8. Aturan pengetikan naskah SOP

di tulis ditulis dalam kertas ukuran F4 (21,5 x 33.3 cm) berat 70 gram.

Batas margin :

Atas : 2 cm

Bawah : 2 cm

Kiri : 3 cm

Kanan : 2 cm

Huruf : Arial

Ukuran : 11 atau menyesuaikan tabel atau kolom

Spasi : 1,5

Pada setiap halaman di bagian Footer di beri judul SOP di sebelah kiri dan nomor halaman di sebelah kanan.

Format SOP sebagai berikut :

1. Kop/heading SOP

	Judul SOP			
	SOP	No. Dokumen		440/A.SOP.TU.000/100.02.024/2018
		No. Revisi		: 00
		Tgl Terbit		: 00/00/0000
	Hal	: 0/0		
UPTD PUSKESMAS BUKUAN KOTA SAMARINDA	Ttd Kepala Puskesmas		Nama Pimpus NIP	

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. Bagan Alir	
7. Unit Terkait	

3. Aturan Pengetikan SOP

- a. Kolom tulisan “UPTD PUSKESMAS BUKUAN” ditulis dalam 3 baris dengan huruf Arial ukuran 11 spasi 1 dan dicetak tebal (Bold).
- b. Kolom tulisan nama Kepala UPT Puskesmas dan NIP ditulis dengan huruf Arial 11
- c. Logo Pemerintah Kota Samarinda di sebelah kiri dan logo Puskesmas di sebelah kanan, dicetak berwarna.

- d. Kolom no dokumen, Revisi ,Halaman ,Tanggal terbit ukuran 7 atau menyesuaikan table/kolom
4. Petunjuk Pengisian SOP
- a. Logo
Susunan naskah Standar Prosedur Operasional (SOP) di Lingkungan UPTD Puskesmas Bukuan adalah sebagai berikut :
 - 1) Logo yang dipakai adalah logo Pemerintah Kota Samarinda, dan lambang Puskesmas
 - b. Kotak Kop/*Heading* diisi sebagai berikut :
 - 1) *Heading* hanya dicetak halaman pertama
 - 2) Kotak FKTP diberi Logo pemerintah daerah, dan nama “UPTD PUSKESMAS BUKUAN” di tulis 3 baris dengan huruf Arial ukuran 11 spasi 1 dan dicetak tebal (Bold)
 - 3) Kolom Judul diberi Judul /nama SOP sesuai proses kerjanya dengan Huruf arial 10 atau menyesuaikan tabel.
 - 4) Nomor Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Puskesmas Bukuan, dibuat sistematis agar ada keseragaman
 - 5) No. Revisi: diisi dengan status revisi, dapat menggunakan nomor. Contoh: dokumen baru diberi huruf 0, dokumen revisi pertama diberi huruf 1 dan seterusnya
 - 6) Tanggal terbit: diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal diberlakukannya SOP tersebut
 - 7) 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
 - 8) Ditetapkan Kepala Puskesmas Bukuan: diberi tandatangan Kepala Puskesmas Bukuan dan nama jelasnya
 - c. Isi SOP
Penulisan menggunakan huruf Arial ukuran 11, kecuali untuk diagram alir, dimana tulisan dalam diagram alir menggunakan ukuran (sesuai kebutuhan).
Isi dari SOP terdiri atas :
 - 1) Pengertian
Diisi definisi judul SOP, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/menimbulkan multi persepsi
 - 2) Tujuan

berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci : “
Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk

3) Kebijakan

Berisi kebijakan Kepala UPT.Puskesmas Bukuanyang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut,

4) Referensi

Berisi dokumen sebagai acuan penyusunan SOP, bisa berbentuk buku, pedoman internal atau pedoman eksternal yang berlaku nasional ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka.

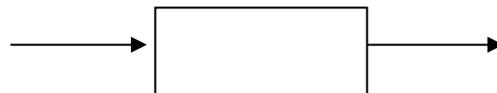
5) Prosedur/Langkah-Langkah

Bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu. Urutan penomoran menggunakan sistem 1,2,3,4....dst

6) Diagram Alir

Didalam 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.

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

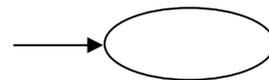


b) Diagram alir mikro, menunjukkan rincian kegiatan-kegiatan dari tiap tahapan diagram makro, bentuk simbol sebagai berikut:

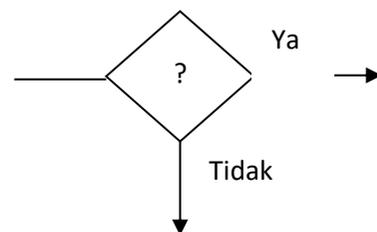
Awal kegiatan :



Akhir kegiatan :



Simbol keputusan :



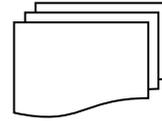
Penghubung :



Dokumen :



Arsip :



7) Unit/ ruang terkait

Berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

8) Dokumen terkait

Berisi dokumen-dokumen yang terkait dalam proses kerja tersebut

9) Rekaman Historis Perubahan.

Berisi tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada SOP tersebut.

- 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.

Isi SOP bisa menyesuaikan kebutuhan apa yang diminta tidak harus menggunakan 9 poin isi SOP.

C. Daftar Tilik

Untuk mengevaluasi tingkat kepatuhan dalam penerapan SOP, dapat digunakan daftar tilik.

Daftar tilik adalah daftar urutan kerja (*actions*) yang dikerjakan secara konsisten, diikuti dalam pelaksanaan suatu rangkaian kegiatan, untuk diingat, dikerjakan, dan diberi tanda (*checkmark*).

- 1) Daftar tilik merupakan bagian dari sistem manajemen mutu untuk mendukung standarisasi suatu proses pelayanan.
- 2) Daftar tilik tidak dapat digunakan untuk SOP yang kompleks.
- 3) Daftar tilik digunakan untuk mendukung, mempermudah pelaksanaan dan memonitor SOP, bukan untuk menggantikan SOP itu sendiri.
- 4) Langkah-langkah menyusun daftar tilik:

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

- i. Gambarkan *flow-chart* dari prosedur tersebut,
 - ii. Buat daftar kerja yang harus dilakukan,
 - iii. Susun urutan kerja yang harus dilakukan,
 - iv. Masukkan dalam daftar tilik sesuai dengan format tertentu,
 - v. Lakukan uji-coba,
 - vi. Lakukan perbaikan daftar tilik,
 - vii. Standarisasi daftar tilik.
- 5) Daftar tilik untuk mengecek kepatuhan terhadap SOP dalam langkah-langkah kegiatan, dengan rumus sebagai berikut :

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

	Judul SOP		
	DAFTAR TILIK	No. Dokumen : 440/C.SOP.RPD.082/100.02.024/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tgl Terbit : / /2018	
Hal : 1 (satu)			
UPT PUSKESMAS BUKUAN KOTA SAMARINDA	Tanda Tangan		drg. Rika Ratna Puspita NIP. 197811032005022002

Unit :

Nama Petugas :

Tanggal Pelaksanaan :

No	Kegiatan	Ya	Tidak	Tidak Berlaku
1.	Apakah?			
2.	Apakah?			
3.	Apakah ?			
4.	Apakah?			
5.	Apakah?			
6.	Apakah ?			
Jumlah				

CR.%

Samarinda,

Audite

Pelaksana/Auditor

(.....)

(.....)

- Evaluasi SOP dilaksanakan sesuai kebutuhan dan minimal dua tahun sekali masing-masing unit kerja.
- Hasil evaluasi: SOP masih tetap bisa dipergunakan, atau SOP tersebut perlu diperbaiki/direvisi. Perbaikan/revisi isi SOP bisa dilakukan sebagian atau seluruhnya
- 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
 - Peraturan kepala FKTP tetap berlaku meskipun terjadi penggantian kepala FKTP.
 - Untuk penomoran SOP yang di revisi dengan aturan tetap menggunakan nomor yang lama tapi tanggal terbitnya di buat sesuai tanggal revisi, dan untuk tanda tangan pimpinan menggunakan tanda tangan pimpinan baru

C. MANUAL MUTU

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

1. Penulisan

- a. Huruf : Arial ukuran 11

- b. Spasi : 1,5
- c. Kertas: F4 (21,5 cm x 33,3 cm) Berat 70 Gram
- d. Margine Kanan : 2 cm
 - Kiri : 3 cm
 - Atas : 2 cm
 - Bawah : 2 cm

2. Format penulisan Manual Mutu terdiri dari :

Kata Pengantar

BAB I Pendahuluan

A. Latar Belakang

1. Profil Organisasi
2. Kebijakan Mutu

Memuat tentang : gambaran umum puskesmas, visi, misi, moto, struktur organisasi dan tata nilai. Penulisan dalam bentuk narasi.

3. Proses Pelayanan (Proses Bisnis)

- a. Penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat, terdiri dari :

- 1) UKM Essensial dan Perkesmas

- Upaya Promosi Kesehatan
- Perbaikan Gizi Masyarakat
- KIA-KB
- Kesehatan Lingkungan
- Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- Perawatan Kesehatan Masyarakat

- 2) UKM Pengembangan

- Kesehatan Olah Raga
- Kesehatan Jiwa
- Kesehatan Kerja
- UKGM dan UKGS
- Kesehatan Mata
- Dll sesuai Kebutuhan Puskesmas

- b. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan, terdiri dari :

- 1) Loker Pendaftaran
- 2) UGD / Ruang Tindakan
- 3) Poli Umum
- 4) Poli Gigi
- 5) Poli Anak
- 6) Poli Ibu Hamil
- 7) Poli KB
- 8) Apotek / Pelayanan Farmasi

9) Laboratorium

c. Jaringan Pelayanan dan Jaringan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1) Puskesmas Keliling

Tempat Pelayanan Puskesmas Keliling...

2) Puskesmas Pembantu

Nama Puskesmas Pembantu...

3) Bidan Desa

Nama Bidan Desa dan Wilayah Binaan...

B. Ruang Lingkup

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

C. Tujuan

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

D. Landasan Hukum Acuan

Landasan Hukum yang digunakan dalam menyusun pedoman mutu ini adalah :

1. UU RI No 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen
2. UU RI No 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
3. UU RI No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. UU RI No 20 Tahun 2014 tentang Standard dan Penilaian Kesesuaian
5. Perpres No 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
6. Permenkes No 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Era JKN
7. Permenkes No 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
8. Permenkes No 46 Tahun 2014 tentang Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

E. Istilah dan Definisi

1. Pelanggan
2. Kepuasan Pelanggan
3. Pasien
4. Koreksi
5. Tindakan Korektif
6. Preventif

7. Pedoman Mutu
8. Dokumen
9. Rekaman
10. Efektivitas
11. Efisiensi
12. Proses
13. Sasaran Mutu
14. Perencanaan Mutu
15. Kebijakan Mutu
16. Sasaran
17. Prasarana... dsb (sesuai kebutuhan)

BAB II Sistem Manajemen Mutu dan Sistem Penyelenggaraan Pelayanan

A. Persyaratan Umum

Puskesmas menetapkan, mendokumentasikan, memelihara sistem manajemen mutu sesuai dengan standar Akreditasi Puskesmas. Sistem ini disusun untuk memastikan telah ditetapkannya persyaratan pengendalian terhadap proses-proses penyelenggaraan pelayanan terhadap masyarakat baik penyelenggaraan upaya Puskesmas maupun pelayanan klinis, yang meliputi kejelasan proses, pelayanan, dan interaksi proses dalam penyelenggaraan pelayanan, 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 mutu meliputi :

1. Dokumen level 1 : Manual Mutu
2. Dokumen level 2 : Pedoman, Tata Naskah, Kebijakan
3. Dokumen level 3 : Kerangka Acuan Kegiatan (KAK)
4. Dokumen level 4 : Standar Prosedur Operasional (SOP),
5. Dokumen level 5 : Dokumen Pendukung/ Rekaman-rekaman sebagai catatan pengendalian di puskesmas meliputi: Proses penyusunan dokumen, pengesahan, pemberlakuan, distribusi, penyimpanan, pencarian kembali proses penarikan dokumen yang kedaluwarsa.

C. Pengendalian Rekaman

Pengendalian rekam implementasi meliputi :

- a. Menetapkan pengendalian dokumen yang diperlukan untuk identifikasi, penerbitan, pendistribusian, peninjauan, perubahan dan pemusnahan.
- b. Menetapkan mengendalikan catatan mutu untuk penyimpanan, perlindungan, pengembalian masa simpan dan pemusnahan catatan mutu.

BAB 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

BAB IV Tinjauan Manajemen

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

BAB V Manajemen Sumber Daya

- A. Penyediaan Sumber Daya
- B. Manajemen Sumber Daya Manusia
- C. Infrastruktur
- D. Lingkungan Kerja

BAB VI Penyelenggaraan Pelayanan

- A. Upaya Kesehatan Masyarakat Puskesmas
 1. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat, Akases dan Pengukuran Upaya Kerja
 2. Proses 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. Valid Proses Pengendalian Upaya
 - c. Identifikasi dan Mampu Telusur
 - d. Hak dan Kewajiban Sasaran
 - e. Pemeliharaan Barang Milik Pelanggan (jika ada)
 - f. Menejemen Resiko dan Keselamatan

5. Pengukuran Analisis, dan Penyempurnaan
 - a. Umum
 - b. Pemantauan dan Pengukuran
 - i. Kepuasan Pelanggan
 - ii. Audit Internal
 - iii. Pemantauan dan Pengukuran Proses
 - iv. Pemantauan dan Pengukuran Hasil Pelayanan
 - c. Pengendalian jika ada Hasil yang Tidak Sesuai
 - d. Analisis Data
 - e. Peningkatan Berkelanjutan
 - f. Tindakan Korektif
 - g. Tindakan Preventif

B. Pelayanan Klinis

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. Kontra dengan pihak ketiga
4. Penyelenggaraan pelayanan klinis :
 - a. Pengendalian proses pelayanan klinis
 - b. Validasi proses pelayanan
 - c. Identifikasi dan ketelusuran
 - d. Hak dan kewajiban pelanggan
 - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (spesiesme, rekam medis, dsb)
 - f. Manajemen resiko dan keselamatan pasien
 - g. Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan Pasien
 - h. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan
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 resiko
5. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan :
 - a. Umum
 - b. Pemantauan dan pengukuran :
 - i. Kepuasan Pelanggan

- ii. Audit Internal
- iii. Pemantauan dan pengukuran proses, kinerja
- iv. Pemantauan dan pengukuran hasil pelayanan
- c. Pengendalian jika hasil tidak sesuai
- d. Analisis data
- e. Peningkatan berkelanjutan
- f. Tindakan korektif
- g. Tindakan preventif

BAB VII Penutupan

D. 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 tahun 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.

Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas dapat disusun dengan sistematis sebagai berikut :

- a. Huruf : Arial
- b. Spasi : 1.5
- c. Ukuran : 12
- d. Ukuran Kertas : F4 (21,5 cm x 33,3 cm) Berat 70 Gram

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

1. Tim mempelajari kebijakan, RPJMN, rencana strategis Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi / Kabupaten / Kota, target kinerja lima tahunan yang harus dicapai oleh Puskesmas.
 2. Tim mengumpulkan data :
 - a. Data Umum
 - b. Data Wilayah
 - c. Data Penduduk Sasaran
 - d. Data Cakupan
 - e. Data Sumber Daya
 3. Tim melakukan analisis data
 4. 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. Pergerakan pelaksanaan
- D. Penyusunan Pelengkap Dokumen

BAB III Indikator dan Standar Kinerja untuk Tiap Jenis Pelayanan dan Upaya Puskesmas

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 Tahunan

- A. Program Kerja dan kegiatan : berisi program-program kerja yang akan dilakukan yang meliputi antara lain :
 1. Program Kerja Pengembangan SMD, 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. 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

E. 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.

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

1. Sistematika Penyusunan PTP

- a. Huruf : Arial
- b. Ukuran : 12
- c. Spasi : 1,5
- d. Ukuran Kertas : F4 (21,5 cm x 33 ,3 cm) Berat 70 Gram

2. Tahapan Penyusunan PTP

Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas dilakukan melalui 4 (empat) tahap sebagai berikut :

a. Tahap Persiapan

Tahap ini mempersiapkan staf Puskesmas yang terlibat dalam proses penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas agar memperoleh kesamaan pandangan dan pengetahuan untuk melaksanakan tahap-tahap perencanaan.

Tahap ini dilakukan dengan cara :

- i. Kepala Puskesmas membentuk Tim penyusun Perencanaan Tingkat Puskesmas yang anggotanya terdiri dari staf Puskesmas.
- ii. Kepala Puskesmas menjelaskan tentang pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas kepada tim agar dapat memahami pedoman tersebut demi keberhasilan penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas.
- iii. Puskesmas mempelajari kebijakan dan pengarahannya yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan.

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 disusun oleh Kepala Puskesmas melakukan pengumpulan data. Ada 2 (dua) kelompok data yang perlu dikumpulkan yaitu data umum dan data khusus.

1. Data Umum
2. Data Khusus

3. Tahapan 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.

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) Menetapkan urutan prioritas 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 sumber daya,
- 3) Rekapitulasi rencana usulankegiatan.

D. 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:

1. Mempelajari alokasi kegiatan,
2. Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan RUK,
3. Menyusun rancangan awal secararinci,
4. Mengadakan lokakarya mini,
5. Membuat Rencana PelaksanaanKegiatan.

F. PEDOMAN

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

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

1. Setiap Pedoman atau Panduan harus dilengkapi dengan peraturan atau keputusan Kepala Puskesmas Bukuan untuk perberlakukan Pedoman/ Panduan tersebut.
2. Peraturan Kepala Puskesmas Bukuan tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala Puskesmas Bukuan.
3. Setiap Pedoman/ Panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
4. Bila Kementrian Kesehatan telah memberikan Pedoman/ Panduan untuk suatu kegiatan/ pelayanan tertentu, maka Puskesmas Bukuan dalam membuat Pedoman/ Panduan wajib mengacu pada Pedoman/ Panduan yang diberikan oleh Kementrian Kesehatan.

Format baku sistematika Pedoman/ Panduan yang lazim digunakan sebagai berikut :

1. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja

Kata Pengantar

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum FKTP

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan Puskesmas

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

- A. Laporan Harian
- B. Laporan Bulanan
- C. Laporan Tahunan

2. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

Kata Pengantar

BAB I PENDAHULUAN

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

BAB II STANDAR KETENAGAAN

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

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruangan
- 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

3. Format Pedoman Manajemen Resiko

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Defenisi Manajemen Resiko

BAB II ELEMEN KUNCI DISAIN PROGRAM MANAJEMEN RESIKO

- A. Tujuan
- B. Kewenangan
- C. Koordinasi
- D. Tanggung Jawab

BAB III TUJUAN

BAB IV RUANG LINGKUP

BAB V PROSES MANAJEMEN RISIKO

BAB VI PELAPORAN

BAB VII EVALUASI DAN TINDAK LANJUT

LAMPIRAN

4. 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. Pendoman/ Panduan yang harus dibuat adalah Pedoman/ Panduan minimal yang harus ada di FKTP yang dipersyaratkan sebagai regulasi 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.

G. KERANGKA ACUAN 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.

Kerangka acuan dapat menggunakan format yang diterapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota masing-masing atau contoh.

Sistematika Kerangka Acuan sebagai berikut :

1. Pendahuluan

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

2. 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.

3. Tujuan

a. Tujuan Umum

b. Tujuan Khusus

Tujuan ini adalah merupakan tujuan Program/ Kegiatan. Tujuan umum adalah tujuan secara garis besarnya, sedangkan tujuan khusus adalah tujuan secara terperinci.

4. 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.

Contoh : Tabel Kegiatan pokok dan rincian kegiatan

Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan

5. 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.

Contoh cara Pelaksanaan Kegiatan:

a. Perencanaan

- Menyusun Usulan Kegiatan (RUK)

Melakukan identifikasi masalah, prioritas masalah, mencari akar penyebab masalah, analisa masalah, cara pemecahan masalah.

- Membuat Usulan Kegiatan (RUK)
- Membuat Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

RPK menyesuaikan dengan RUK yang diusulkan dan dianggarkan yang disetujui oleh Bapeda Kabupaten/ Kota yang ada di DPA. Kegiatan yang tidak ada anggaran ataupun dapat anggaran biaya dari pihak lain tetap dibuatkan RPK.

RPK terdiri dari :

- 1) RPK Program (Lampiran 6)
- 2) RPK Lintas Sektor

No	Kegiatan	Sasaran	Peran Lintas Sektor dan Program	JADWAL PELAKSANAAN					
				1	2	3	4	5	6

b. Pelaksanaan dan Pengendalian

- Pengorganisasian di Puskesmas
 - 1) Pembentukan Tim
Pelaksanaan Kegiatan terdiri dari Penanggung Jawab Program dan Pelaksanaan Program
 - 2) Koordinasi Lintas Sektor
Pelaksanaan Kegiatan program tersebut melibatkan program lainnya dalam terselenggaranya kegiatan untuk mencapai harapan dan tujuan yang diinginkan.
 - 3) Koordinasi Lintas Sektor
Pelaksanaan Kegiatan ini melibatkan sector lain seperti Lurah, Toma, Kader dalam membantu pelaksanaan kegiatan tersebut
- Pelaksanaan Kegiatan
 - 1) Menyusun Jadwal (waktu dan tempat) Kegiatan
Jadwal adalah merupakan perencanaan waktu untuk tiap-tiap rincian kegiatan yang akan dilaksanakan, yang digambar dalam bentuk bagan Gantt. Jadwal kegiatan pelaksanaan program tercantum waktu dan tempat kegiatan.
 - 2) Melaksanakan kegiatan program sesuai prosedur

6. Sasaran

Sasaran Program adalah target pertahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan upaya/ kagiatan. Sasaran Program/ kegiatan menunjukkan hasil antara yang diperlakukan untuk merealisir tujuan tertentu. Penyusuna sasaran program perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut :
Sasaran yang baik harus memenuhi “SMART” yaitu :

- a. **Specific** : sasaran harus menggambarkan hasil spesifik yang diinginkan, bukan cara pencapaiannya. Sasaran harus memberikan arah dan tolak ukur yang jelas sehingga dapat dijadikan landasan untuk penyusunan strategi dan kegiatan yang spesifik. (contoh : Bumil, Balita.)
- b. **Measurabel** : sasaran harus terukur dan dapat dipergunakan untuk memastikan apa dan kapan pencapaiannya. Akuntabilitas harus ditanamkan kedalam proses perencanaan. Oleh karenanya metodologi untuk mengukur pencapaian sasaran (keberhasilan upaya/ kegiatan) harus ditetapkan sebelum kegiatan yang terkait dengan sasaran tersebut dilaksanakan.
- c. **Aggressive but Attainabel** : apabila sasaran harus dijadikan standar keberhasilan, maka sasaran harus menantang, namun tidak boleh mengandung target yang tidak layak.
- d. **Result Oriented** : sedapat mungkin sasaran harus menspesifikkan hasil yang ingin dicapai. Misalnya: Mengurangi Komplain Masyarakat terhadap pelayanan rawat inap sebesar 50%.
- e. **Time Bound** : Sasaran sebaiknya dapat dicapai dalam waktu yang relatif pendek, mulai dari bebrapa minggu sampai beberapa bulan (sebaiknya kurang dari 1 tahun). Kalau ada Program/ Kegiatan 5 tahun dibuat sasaran antara. Sasaran akan lebih mudah dikelola dan dapat lebih serasi dengan proses anggaran apabila dibuat sesuai dengan batas-batas tahun anggaran di Puskesmas.

7. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

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

8. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan

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 kepada siapa.

9. 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

H. PROSEDUR PENGENDALIAN DOKUMEN

Prosedur pengendalian dokumen di FKTP harus ditetapkan oleh Kepala FKTP yang dijadikan acuan oleh seluruh unit FKTP.

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

1. Identifikasi Penyusunan / Perubahan Dokumen

Identifikasi kebutuhan, dilakukan pada tahap *self-assesment* dalam Pendampingan Akreditasi. Hasil *Self-assesment* 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 UKM dan UKP bertanggung jawab terhadap pelaksanaan identifikasi/ perubahan serta penyusunan dokumen.,

Penyusunan Dokumen secara keseluruhan dikoordinir oleh team Mutu/ tim Akreditasi Puskesmas Bukuan 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 Akrediasi Puskesmas di dalam penyusunan dokumen adalah :
 - Memberikan tanggapan, mengoreksi dan memperbaiki dokumen yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan
 - Mengkoordinir proses pembuatan dokumen sehingga tidak terjadi duplikasi/ tumpang tindih dokumen antara unit,

- Melakukan cek ulang terhadap dokumen yang akan ditanda tangani oleh kepala Puskesmas Bukuan.

3. Pengesahan Dokumen

Dokumen disahkan oleh Kepala Puskesmas Bukuan

4. Sosialisasi Dokumen

Agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana maka perlu dilakukan sosialisasi dokumen tersebut, khusus bagi SOP, bila rumit maka 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 pengendalian Dokumen.

Petugas tersebut bertanggung jawab atas :

a. Penomeran Dokumen

Tata cara penomeran dokumen, penomeran diatur pada kebijakan pengendalian dokumen, dengan ketentuan :

- Semua dokumen harus diberi nomer,
- Puskesmas / FKTP agar membuat kebijakan tentang pemberian nomer sesuai dengan tata naskah yang dijadikan pedoman,
- Pemberian nomer mengikuti tata naskah FKTP, atau ketentuan penomeran (bisa menggunakan garis miring atau sistem digit).
- Pemberian nomer sebaiknya diberikan secara terpusat

b. Pencatatan dalam daftar dokumen eksternal atau internal.

c. Menyerahkan dokumen kepada pengusul untuk menggandakan.

d. Mendistribusikan dokumen yang sudah diberi stampel terkendali.

Tata cara Pendistribusian Dokumen :

- 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 dapat dilakukan oleh tim Mutu atau bagian tata usaha Puskesmas/ FKTP sesuai pedoman tata naskah.
- Distribusi harus memakai ekspedisi dan/atau formulir tanda terima.
- Distribusi dokumen bisa hanya untuk unit kerja tertentu tetapi bisa juga untuk seluruh unit kerja.
- Bagi Puskesmas/ Klinik yang sudah menggunakan *e-file* maka distribusi dokumen bisa melalui jaringan lokal, dan diatur kewenangan otoritas disetiap 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 dinomeri dan sudah ditanda tangani) 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 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 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 diletakan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil, dan mudah dibaca oleh pelaksana.

7. Penataan Dokumen

Untuk memudahkan di dalam pencarian dokumen akreditasi Puskesmas/FKTP dikelompokan masing-masing bab/ Kelompok Pelayanan/ UKM dengan diurutkan setiap urutan kriteria dan elemen penilaian, dan diberikan daftar secara beruntut.

8. Revisi atau Perubahan Dokumen

- a. Dilakukan setelah proses pengkajian serta mendapat pengesahan sesuai jabatan yang berwenang,
- b. Setiap kali revisi seluruh halaman akan mengalami perubahan,
- c. Isi revisi atau perubahan harus tercatat Riwayat Perubahan Dokumen,

