

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Salah satu unsur penting dan sangat vital yang menentukan keberhasilan akreditasi FKTP adalah bagaimana mengatur sistem pengdokumentasian 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. Regulasi internal tersebut berupa Kebijakan, Pedoman, Standar operasional prosedur (SOP) dan dokumen lain disusun berdasarkan peraturan perundangan dan pedoman-pedoman (regulasi) 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 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
6. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
7. Peraturan Menteri PAN dan RB Nomor 35 tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 tahun 2014 tentang Klinik;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 59/2015 tentang Komisi Akreditasi FKTP.

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 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.

2. Dokumen Eksternal

Regulasi 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,
 - e. Kerangka Acuan Kegiatan pada tiap-tiap UKM.
3. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
 - a. Kebijakan tentang pelayanan klinis,
 - b. Pedoman Pelayanan Klinis,
 - c. Standar operasional prosedur (SOP) klinis,
 - d. Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Dokumen-dokumen yang perlu disediakan oleh klinik pratama dan praktik dokter/dokter gigi mandiri, 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, Dokter dan Dokter Gigi Praktik Mandiri.

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 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 (.).
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 menanda tangani.
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 ditanda tangani 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:

- 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
 - 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) Pemantauan dan pengukuran proses

- 4) 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:
 - a. Umum
 - b. Pemantauan dan pengukuran:
 - 1) Kepuasan pelanggan
 - 2) Audit internal
 - 3) Pemantauan dan pengukuran proses, kinerja
 - 4) 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

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:

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, 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. Alternative 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 jenis pelayanan dan upaya Puskesmas

Bab IV. Analisis Kinerja

- A. Pencapaian Kinerja untuk tiap jenis pelayanan dan upaya Puskesmas
- B. Analisis Kinerja: menganalisis factor 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, 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, target kinerja lima tahunan yang harus dicapai oleh Puskesmas.
 - c. Tim mengumpulkan data pencapaian kinerja.
 - d. Tim melakukan analisis kinerja.
 - e. Tim menyusun pentahapan pencapaian indikator kinerja untuk tiap upaya Puskesmas dengan penjabaran pencapaian untuk tiap tahun.
 - f. Tim menyusun program kerja dan kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai target pada tiap-tiap indikator kinerja.
 - g. Tim menyusun dokumen rencana kinerja lima tahunan untuk disahkan oleh Kepala Puskesmas.
 - h. 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.

Lampiran:

Lampiran 1. Matriks Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas

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 dana 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 diwilayan 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 mepergunakan 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 akan datang,
 - 2) Kebutuhan sumber daya,
 - 3) Rekapitulasi rencana usulan kegiatan.
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 lokakarya mini,
 - e. Membuat Rencana Pelaksanaan Kegiatan.

Proses penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas dengan menggunakan format-format sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan Manajemen Puskesmas yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan tahun 2012. Adapun format-format untuk dilihat didalam lampiran buku panduan penyusunan dokumen ini.

C. 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 sistematis 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
 - 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
 - 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 TATALAKSANA 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 TATALAKSANA
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 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.

D. 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 penjadualan 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) **Specific** : sasaran harus menggambarkan hasil spesifik yang diinginkan, bukan cara pencapaiannya. Sasaran harus memberikan arah dan tolok ukur yang jelas sehingga dapat dijadikan landasan untuk penyusunan strategi dan kegiatan yang spesifik.
- 2) **Measurable** : sasaran harus terukur dan dapat dipergunakan untuk memastikan apa dan kapan pencapaiannya. Akontabilitas 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.
- 3) **Agressive but Attainable** : apabila sasaran harus dijadikan standar keberhasilan, maka sasaran harus menantang, namun tidak boleh mengandung target yang tidak layak.
- 4) **Result oriented** : sedapat mungkin sasaran harus menspesifikkan hasil yang ingin dicapai. Misalnya : mengurangi komplain masyarakat terhadap pelayanan rawat inap sebesar 50%
- 5) **Time bound** : sasaran sebaiknya dapat dicapai dalam waktu yang relatif pendek, mulai dari beberapa minggu sampai beberapa bulan (sebaiknya kurang dari 1 tahun). Kalau ada Program/kegiatan 5 (lima) 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.

g. Jadwal pelaksanaan kegiatan

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

h. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan

Yang dimaksud dengan 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.

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 di tulis didalam 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

E. 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 organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan dimana dan oleh siapa dilakukan (Permenpan No. 035 tahun 2012).
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 didalam penyusunan instruksi kerjasama 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 tehnis, 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 Perda tersebut.
- 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 didalam melihat langkah-langkahnya dengan bagan alir, persiapan alat dan bahan dan lain- lain, namun tidak boleh mengurangi item-tem yang ada di SOP.

Format SOP sebagai berikut :

1) Kop SOP

a) Puskesmas:

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

b) Klinik Pratama dan Dokter/Dokter Gigi Praktik Mandiri

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

c) Jika SOP disusun lebih dari satu halaman, pada halaman kedua kop SOP dibuat tanpa menyertakan logo

| | | | |
|--------------------|-----------|------------------|-----------------|
| Nama organisasi | Judul | | Nama Ka FKTP |
| | SOP | No. Dokumen : | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : | |
| | Halaman : | | |

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 didalam tabel/kotak adalah : nama Puskesmas dan logo, judul SOP, nomor dokumen, tanggal terbit dan tandatangan Kepala Puskesmas, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur/langkah-langkah, dan unit terkait boleh tidak diberi table/kotak.

f. Petujuk Pengisian SOP

1) **Logo:**

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

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

- a) *Heading* dan kotaknya dicetak pada setiap halaman. Pada halaman pertama kotak heading harus lengkap, untuk halaman-halaman berikutnya kotak *heading* dapat hanya memuat: kotak nama FKTP, judul SOP, No.dokumen, No.Revisi, tanggal terbit dan halaman (tanpa logo).
- b) Kotak FKTP diberi nama Puskesmas dan Logo pemerintah daerah, atau logo dan nama Klinik Pratama dan Dokter/Dokter Gigi Praktik Mandiri.
- c) Kotak Judul diberi Judul /nama SOP sesuai proses kerjanya.
- d) No. Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Puskesmas/FKTP yang bersangkutan, dibuat sistematis agar ada keseragaman.
- 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) Halaman : diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SOP tersebut. misalnya: halaman pertama : 1/5, halaman kedua: 2/5, halaman terakhir : 5/5.
- g) Tanggal terbit : diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal diberlakukannya SOP tersebut
- 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 kerja tertentu.
- 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):**

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.

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



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

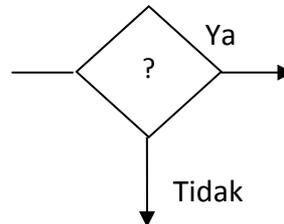
- o Awal kegiatan:



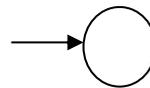
- o Akhir kegiatan:



- Simbol Keputusan:



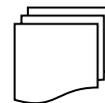
- Penghubung :



- 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/*check list*:

- 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 daftar tilik,
 - (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.

F. Prosedur Pengendalian Dokumen di FKTP

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/Perubahan Dokumen

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 Dokter/Dokter Gigi Praktik Mandiri, 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 didalam penyusunan dokumen adalah :
 - (1) Memberikan tanggapan, mengkoreksi 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 antar unit,
 - (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 menggendakan
 - 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 local, dan diatur kewenangan otorisasi 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 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 didalam pencarian dokumen akreditasi Puskesmas/FKTP dikelompokan masing- masing bab/kelompok pelayanan/UKM dengan diurutkan setiap urutan kriteria dan elemen penilaian, dan diberikan daftar secara berurutan.
8. Revisi atau perubahan dokumen
- a. Dilakukan setelah proses pengkajian serta 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)

G. Rekam implementasi.

1. Rekam implementasi adalah: dokumen yang menjadi **bukti obyektif** dari kegiatan yang dilakukan atau hasil yang dicapai didalam kegiatan Puskesmas/FKTP dalam melaksanakan regulasi internal atau kegiatan yang direncanakan.
2. Catatan/rekam implementasi sebagai bukti pelaksanaan kegiatan juga harus dikendalikan. Organisasi harus menetapkan SOP terdokumentasi untuk mendefinikan pengendalian yang diperlukan untuk identifikasi, penyimpanan, perlindungan, pengambilan, lama simpan dan permusnahan. 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 Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi diharapkan dapat membantu Puskesmas/FKTP dan fasilitator pendamping akreditasi dalam menyusun dokumen-dokumen yang dipersyaratkan oleh standar akreditasi.