



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KEC. IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido

email : salidonew@gmail.com

WA : +6282385748128

KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO

Nomor : 800/ 11 / SK / PUSK-SLD / I / 2021

TENTANG

**PEDOMAN TATA NASKAH PUSKESMAS DI LINGKUNGAN
UPT PUSKESMAS SALIDO**

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka tertib administrasi dan penyeragaman bentuk naskah di lingkungan UPT Puskesmas Salido perlu diatur penyelenggaraan tata naskah Puskesmas;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Kepala UPT Puskesmas Salido tentang Pedoman Tata Naskah Puskesmas Di Lingkungan UPT Puskesmas Salido;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992, Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara 3495);
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2012 tentang Pedoman Tata Naskah Dinas Instansi

Pemerintah;

5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Praktek Dokter Mandiri dan Praktek Dokter Gigi Mandiri;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
8. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 39 Tahun 2017 tentang UPT Pusat Kesehatan Masyarakat di Lingkungan PEMERINTAH Kabupaten Pesisir Selatan;
9. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 37 Tahun 2018 tentang perubahan atas lampiran peraturan bupati pesisir selatan nomor 6 tahun 2017 tentang tata naskah dinas di lingkungan Pemerintah kabupaten pesisir selatan;
10. Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2017;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO TENTANG PEDOMAN TATA NASKAH PUSKESMAS DI LINGKUNGAN UPT PUSKESMAS SALIDO.
- KESATU : Pedoman Tata Naskah Puskesmas di lingkungan UPT Puskesmas Salido mengacu pada Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 37 Tahun 2018 perubahan atas lampiran peraturan bupati pesisir selatan nomor 6 tahun 2017 tentang tata naskah

dinas di lingkungan Pemerintah kabupaten pesisir selatan, dan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2017 sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Surat Keputusan ini.

KEDUA

Jenis Dokumen yang dilakukan Pembakuan Tata Naskahnya meliputi :

1. Kebijakan
2. Pedoman dan atau Panduan
3. Kerangka Acuan
4. SOP

KETIGA

: Pedoman Tata Naskah Puskesmas sebagaimana dimaksud merupakan acuan bagi seluruh pegawai UPT Puskesmas Salido dalam menyelenggarakan tata naskah Puskesmas.

KEEMPAT

Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan Kepala UPT Puskesmas Salido Nomor 1.001 / SK-ADMIN / PUSK-SLD / I / 2018 tentang Pedoman Tata Naskah di Lingkungan UPT Kesehatan Puskesmas Salido tahun 2018 dinyatakan tidak berlaku lagi.

KELIMA

: Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : SALIDO
Pada tanggal : 13 Januari 2021

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO



LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO
NOMOR : 800/11/ SK / PUSK-SLD / I / 2021
TENTANG : PEDOMAN TATA NASKAH PUSKESMAS DI
LINGKUNGAN UPT PUSKESMAS SALIDO

PEDOMAN TATA NASKAH PUSKESMAS DI LINGKUNGAN
UPT PUSKESMAS SALIDO

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu penentu ketertiban administrasi pada satu instansi adalah tata naskah. Menurut pengertiannya tata naskah Puskesmas adalah pengelolaan informasi tertulis yang meliputi pengaturan jenis, format, penyiapan, pengamanan, pengabsahan, distribusi dan penyimpanan naskah serta media yang digunakan dan komunikasi kedinasan. Naskah Puskesmas adalah informasi tertulis sebagai alat komunikasi kedinasan yang dibuat dan atau dikeluarkan oleh Kepala Puskesmas.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Pedoman ini dimaksudkan untuk ketertiban administrasi dan pengelolaan informasi kedinasan dilingkungan Puskesmas Salido

2. Tujuan

Tersedianya pedoman bagi Kepala Puskesmas, Kepala Tata Usaha, penanggung jawab program dan pelaksana kegiatan dalam membuat naskah Puskesmas

C. Sasaran

- a. Kepala Puskesmas
- b. Kepala Tata Usaha
- c. Penanggungjawab Program
- d. Pelaksana Kegiatan

D. Dasar Hukum

Dalam penetapan pedoman tata naskah Puskesmas Salido sebagai dasarnya adalah:

1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992, Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara 3495);

2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2012 tentang Pedoman Tata Naskah Dinas Instansi Pemerintah;
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Praktek Dokter Mandiri dan Praktek Dokter Gigi Mandiri;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
8. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 6 Tahun 2017 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pesisir Selatan;
9. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 39 Tahun 2017 tentang UPT Pusat Kesehatan Masyarakat di Lingkungan PEMERINTAH Kabupaten Pesisir Selatan;
10. Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Tahun 2017;

BAB II

TATA NASKAH

A. PENGERTIAN

1. Tata Naskah Puskesmas adalah pengelolaan informasi tertulis yang meliputi pengaturan jenis, format, penyiapan, pengamanan, pengabsahan, distribusi dan penyimpanan naskah serta media yang digunakan dan komunikasi kedinasan.
2. Naskah Puskesmas adalah informasi tertulis sebagai alat komunikasi kedinasan yang dibuat dan atau dikeluarkan oleh Kepala Puskesmas.
3. Format adalah naskah Puskesmas yang menggambarkan tata letak dan redaksional serta penggunaan lambang/logo dan cap Puskesmas.
4. Stempel/cap Puskesmas adalah tanda identitas dari Puskesmas.
5. Kop Naskah Puskesmas adalah kop surat yang menunjukkan jabatan atau nama Puskesmas yang ditempatkan di bagian atas kertas.
6. Kop sampul naskah Puskesmas adalah kop surat yang menunjukan jabatan atau nama Puskesmas yang ditempatkan di bagian atas sampul naskah.
7. Kewenangan adalah kekuasaan yang melekat pada suatu jabatan.
8. Delegasi adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dari Kepala Puskesmas kepada KTU atau staf dibawahnya.
9. Penandatanganan Naskah Puskesmas adalah hak, kewajiban dan tanggung jawab yang ada pada Kapus untuk menandatangani naskah Puskesmas sesuai dengan tugas dan kewenangan pada jabatannya.
10. Keputusan Kepala Puskesmas adalah naskah Puskesmas dalam bentuk dan susunan produk hukum yang bersifat penetapan konkrit, individual, dan final.
11. Surat Biasa adalah naskah Puskesmas yang berisi pemberitahuan, pertanyaan, permintaan jawaban atau saran dan sebagainya.
12. Surat Keterangan adalah naskah Puskesmas yang berisi pernyataan tertulis dari pejabat sebagai tanda bukti untuk menerangkan atau menjelaskan kebenaran suatu hal.
13. Surat Izin adalah naskah Puskesmas yang berisi persetujuan terhadap suatu permohonan yang dikeluarkan oleh Kepala Puskesmas.
14. Surat Perjanjian adalah naskah Puskesmas yang berisi kesepakatan bersama antara kedua belah pihak atau lebih untuk melaksanakan tindakan atau perbuatan hukum yang telah disepakati bersama.

15. Surat Perintah Tugas adalah naskah Puskesmas dari atasan yang ditujukan kepada bawahan yang berisi perintah untuk melaksanakan pekerjaan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
16. Surat Perintah Perjalanan Dinas adalah naskah Puskesmas dari Kepala Puskesmas kepada bawahan untuk melaksanakan perjalanan dinas.
17. Surat Undangan adalah naskah Puskesmas dari Kepala Puskesmas berisi undangan kepada pegawai yang tersebut pada alamat tujuan untuk menghadiri suatu acara kedinasan.
18. Pengumuman adalah naskah Puskesmas dari Kepala Puskesmas berisi pemberitahuan yang bersifat umum.
19. Laporan adalah naskah Puskesmas dari bawahan kepada atasan yang berisi informasi dan pertanggungjawaban tentang pelaksanaan tugas/program.
20. Berita Acara adalah naskah Puskesmas yang berisi keterangan atas sesuatu hal yang ditandatangani oleh para pihak.
21. Notulen adalah naskah Puskesmas yang memuat catatan proses pertemuan atau rapat.
22. Daftar Hadir adalah naskah Puskesmas dari Kepala Puskesmas yang berisi keterangan atas kehadiran seseorang.

B. ASAS TATA NASKAH DINAS

Asas tata naskah Puskesmas terdiri atas:

- (1) Asas efisien dan efektif; Asas efisien dan efektif dilakukan melalui penyederhanaan dalam penulisan, penggunaan ruang atau lembar naskah Puskesmas, spesifikasi informasi, serta dalam penggunaan bahasa Indonesia yang baik, benar dan lugas.
- (2) Asas pembakuan dilakukan melalui tatacara dan bentuk yang telah dibakukan.
- (3) Asas akuntabilitas yaitu penyelenggaraan tata naskah Puskesmas harus dapat dipertanggungjawabkan dari segi isi, format, prosedur, kewenangan, keabsahan dan dokumentasi.
- (4) Asas keterkaitan yaitu tata naskah Puskesmas diselenggarakan dalam satu kesatuan sistem.
- (5) Asas kecepatan dan ketepatan yaitu tata naskah Puskesmas diselenggarakan tepat waktu dan tepat sasaran.
- (6) Asas keamanan yaitu penyelenggaraan tata naskah Puskesmas harus aman secara fisik dan substansi.

C. PRINSIP PENYELENGGARAAN NASKAH

1. Prinsip-prinsip penyelenggaraan naskah Puskesmas, terdiri atas:
 - a. Prinsip ketelitian diselenggarakan secara teliti dan cermat dari bentuk, susunan pengetikan, isi, struktur, kaidah bahasa dan penerapan kaidah ejaan didalam pengetikan.
 - b. Prinsip kejelasan diselenggarakan dengan memperhatikan kejelasan aspek fisik dan materi dengan mengutamakan metode yang cepat dan tepat.
 - c. Prinsip singkat dan padat , diselenggarakan dengan menggunakan bahasa Indonesia yang baik dan benar.
 - d. Prinsip logis dan meyakinkan, diselenggarakan secara runtut dan logis dan meyakinkan serta struktur kalimat harus lengkap dan efektif.
2. Penyelenggaraan naskah Puskesmas dilaksanakan sebagai berikut:
 - a. Pengelolaan surat masuk dilakukan melalui:
 - (1) Penerima menindak lanjuti surat yang diterima melalui tahapan:
 1. Surat diterima kemudian diberikan kepada Kepala Puskesmas atau Kasubag Tata Usaha sebelum di Disposisikan kepada Unit pengelola atau sesuai isi surat tersebut
 2. Surat diagenda dan diklasifikasi sesuai sifat surat serta didistribusikan ke unit pengelola;
 3. Unit pengelola menindaklanjuti sesuai dengan klasifikasi surat dan arahan pimpinan; dan
 4. Surat masuk diarsipkan pada unit tata usaha.
 - (2) Copy surat jawaban yang mempunyai tembusan disampaikan kepada yang berhak.
 - (3) Alur surat menyurat diselenggarakan melalui mekanisme dari Kepala Puskesmas hingga ke pegawai terendah yang berwenang.
 - b. Pengelolaan surat keluar dilakukan melalui tahapan :
 - (1) Konsep surat keluar diparaf secara berjenjang dan terkoordinasi sesuai tugas dan kewenangannya dan diagendakan oleh unit tata usaha dalam rangka pengendalian;
 - (2) Surat keluar yang telah ditandatangani oleh pejabat yang berwenang diberi nomor, tanggal dan stempel oleh unit tata usaha;
 - (3) Surat keluar sebagaimana dimaksud pada huruf b wajib segera dikirim; dan

- (4) Surat keluar diarsipkan pada unit tata usaha.
- c. Tingkat keamanan dilakukan dengan mencantumkan kode pada sampul naskah dinas sebagai berikut:
 - (1) Surat sangat rahasia disingkat SR, merupakan surat yang materi dan sifatnya memiliki tingkat keamanan yang tinggi, erat hubungannya dengan rahasia negara, keamanan dan keselamatan negara.
 - (2) Surat rahasia disingkat R, merupakan surat yang materi dan sifatnya memiliki tingkat keamanan tinggi yang berdampak kepada kerugian negara, disintegrasi bangsa.
 - (3) Surat penting disingkat P, merupakan surat yang tingkat keamanan isi surat perlu mendapat perhatian penerima surat.
 - (4) Surat konfidensial disingkat K, merupakan surat yang materi dan sifatnya memiliki tingkat keamanan sedang yang berdampak kepada terhambatnya jalannya pemerintahan dan pembangunan.
 - (5) Surat biasa disingkat B, merupakan surat yang materi dan sifatnya biasa namun tidak dapat disampaikan kepada yang tidak berhak.
- d. Kecepatan proses sebagai berikut:
 - (1) Amat segera/kilat, dengan batas waktu 24 jam setelah surat diterima;
 - (2) Segera, dengan batas waktu 2 x 24 jam setelah surat diterima;
 - (3) Penting, dengan batas waktu 3 x 24 jam setelah surat diterima; dan
 - (4) Biasa, dengan batas waktu maksimum 5 hari kerja setelah surat diterima.

BAB III

PENYUSUNAN TATA NASKAH

A. KEBIJAKAN

Aturan Penulisan Kebijakan/ Keputusan yang ditetapkan oleh kepala puskesmas adalah sebagai berikut :

Kebijakan adalah Peraturan/Surat Keputusan yang ditetapkan oleh Kepala FKTP yang merupakan garis besar yang bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh penanggungjawab maupun pelaksana.

Format Peraturan/Surat Keputusan dapat disusun sebagai berikut

1. Pembukaan, ditulis dengan huruf Kapital
 - a. Kebijakan : Peraturan/Keputusan Kepala UPT Puskesmas Salido
 - b. Nomor : ditulis sesuai sistem penomoran di FKTP
 - c. Judul : ditulis judul Peraturan/Keputusan tentang....
 - d. Jabatan pembuat keputusan ditulis simetris, diletakkan ditengah margin diakhiri dengan tanda koma (,)
2. Konsideran
 - a. Menimbang :

Memuat uraian singkat tentang pokok pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan keputusan. Huruf awal kata menimbang ditulis dengan huruf kapital diakhiri dengan tanda baca titik dua (:), dan diletakkan dibagian kiri, konsideran menimbang diawali dengan penomoran menggunakan huruf kecil abjad dan dimulai dengan kata bahwa dengan “b” huruf kecil.
 - b. Mengingat:

Memuat dasar kewenangan dan peraturan perundangan yang memerintahkan pembuat keputusan tersebut. peraturan perundangan yang menjadi dasar hukum adalah peraturan yang tingkatannya sederajat atau lebih tinggi. Konsideran ini diletakkan di bagian kiri tegak lurus dengan kata menimbang. Konsideran yang berupa peraturan perundangan di urutkan sesuai dengan hirarki tata perundangan diawali dengan nomor huruf angka 1,2 dan seterusnya.
3. Diktum
 - a. Diktum “memutuskan” ditulis simetris di tengah , seluruhnya dengan huruf kapital, serta diletakkan di tengah margin :
 - b. Diktum menetapkan dicantumkan setelah kata memutuskan disejajarkan ke bawah 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 (kepala), seluruhnya ditulis dengan huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca titik (.).

4. Batang Tubuh

- a. Batang tubuh memuat semua substansi yang merumuskan dalam diktum , misalnya :

KESATU :

KEDUA :

Dst

- b. Dicantumkan saat berlakunya peraturan/keputusan, perubahan, pembatalan, pencabutan ketentuan, dan peraturan lainnya.
- c. Materi kebijakan dapat dibuat sebagai lampiran peraturan/keputusan, dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh pejabat yang menetapkan peraturan / keputusan.
- d. Kaki :

Kaki peraturan/keputusan merupakan bagian akhir substansi peraturan/keputusan yang memuat penanda tangan penerapan peraturan/keputusan, pengundangan peraturan/keputusan yang terdiri atas tempat dan tanggal penetapan, nama jabatan, tanda tangan pejabat, dan nama lengkap pejabat yang menandatangani .

- e. Penanda tangan :

Peraturan/keputusan kepala puskesmas ditandatangani oleh kepala puskesmas, dituliskan nama tanpa gelar.

- f. Lampiran peraturan/keputusan :

Halaman pertama harus dicantumkan judul dan nomor peraturan/keputusan.

Halaman terakhir harus ditanda tangani oleh kepala puskesmas.

1. Kertas ukuran folio/F4
2. Jenis huruf Bookman Old Style
3. Ukuran huruf 12
4. Spasi 1,5
5. Batas kertas :
 - a. Top : 2,5 cm
 - b. Bottom : 4,5 cm
 - c. left : 3,0 cm
 - d. Right : 2,5 cm

B. KERANGKA ACUAN KERJA

Kerangka Acuan disusun untuk program atau kegiatan yang akan dilakukan oleh FKTP. DDalam penyusunan kerangka acuan harus jelas tujuan dan kegiatan kegiatan yang dilakukan dalam mencapai tujuan secara garis besar dari keseluruhan program/kegiatan dan tujuan khusus yang merupakan tujuan dari tiap-tiap kegiatan yang akan dilakukan. Sistematika Kerangka Acuan Sebagai Berikut :

- a. Pendahuluan
- b. Latar Belakang
- c. Tujuan umum dan tujuan khusus
- d. Kegiatan Pokok dan rincian kegiatan
- e. Cara melaksanakan kegiatan
- f. Sasaran
- g. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan
- h. Monitoring Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan
- i. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

C. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

1. Kertas ukuran F4
 2. Jenis huruf Bookman Old Style
 3. Ukuran huruf 12
 4. Spasi 1,5
 5. Batas kertas
- | | |
|----------|----------|
| ✓ Top | : 2,5 cm |
| ✓ Bottom | : 4,5 cm |
| ✓ left | : 3,0 cm |
| ✓ Right | : 2,5 cm |

D. KOP NASKAH DINAS

Kop naskah dinas puskesmas memuat sebutan nama Pemerintah Kabupaten, nama Puskesmas, Kecamatan, alamat, email dan nomor telep/HP/WA.

E. STEMPEL

- a. Stempel UPT.
- b. Stempel UPT sebagaimana dimaksud, berisi nama pemerintah kabupaten, nama OPD dan nama UPT yang bersangkutan.

Contoh : Kebijakan



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidoneu@gmail.com WA : +6282385748128

KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO
Nomor : 800 / / SK / PUSK-SLD / I / 2021

TENTANG

.....

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO,

- Menimbang : a. bahwa
b.
c. dan seterusnya;
- Mengingat : 1. Undang-Undang.....
2. Peraturan Pemerintah
3. Peraturan Presiden.....
4. Peraturan Menteri
5. Peraturan Gubernur
6. Peraturan Bupati
7. dan seterusnya;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : (Sesuai dengan judul keputusan)
KESATU :
KEDUA :
KETIGA : Keputusan Kepala UPT Puskesmas SALIDO ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di :
Pada tanggal :

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO

ADRIANI

Tembusan Kepada yang terhormat : (jika diperlukan)

1. Bupati Pesisir Selatan di Painan
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan di tempat
3. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido

email : salidoneu@gmail.com

WA : +6282385748128

Nomor : Salido, tanggal, bulan, tahun
Lamp :
Perihal : Kepada Yth,
Kepala
Kabupaten Pesisir Selatan

di
Tempat

Berdasarkan Surat dari

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO

NAMA
Nip.

Contoh Surat Keterangan



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidoneu@gmail.com WA : +6282385748128

SURAT KETERANGAN
Nomor

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama :
- b. Jabatan :

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama/Nip :/Nip.....
- b. Pangkat/Golongan :
...../.....
- c. Jabatan :
- d. Maksud :

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan
seperlunya.

Tempat, Tanggal, Bulan dan Tahun

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO

NAMA
Nip.

Contoh Surat Perintah Tugas



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidoneu@gmail.com WA : +6282385748128

SURAT PERINTAH TUGAS

Nomor :800/...../SPT-Salido/II/2021

Dasar : Pembinaan Upaya Kesehatan Dasar Masyarakat
(Bantuan Operasional Kesehatan) BOK DAK Non Fisik

MENUGASKAN

Kepada :

1. Nama :

Nip :

Pangkat/Gol :

Jabatan :

2. Nama :

Nip :

Pangkat/Gol :

Jabatan :

Maksud / Tujuan :

Berangkat Tanggal :

Kembali Tanggal :

Pembiayaan :

Demikianlah surat perintah tugas ini dibuat untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : SALIDO
PADA TANGGAL :
Kepala UPT Puskesmas Salido

NAMA
Nip

WA : +6282385748128

Nomor :

.....

.....

MEMBERI IZIN:

Ditetapkan di
pada tanggal

NAMA
Nip.

Contoh Undangan



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidonew@gmail.com WA : +6282385748128

Nomor :
Lamp :
Perihal :

Salido, tanggal, bulan,
tahun

Kepada Yth,
Kepala
Kabupaten Pesisir Selatan

di
Tempat

.....

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

Hari :
Tanggal :
Pukul :
Tempat :
Acara :

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

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO

NAMA
Nip.

Catatan :

1.
 2.
- Contoh Lembar Disposisi



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidonew@gmail.com WA : +6282385748128

L E M B A R D I S P O S I S I	
Surat dari : No. Surat : Tgl. Surat :	Diterima Tgl : No. Agenda : Sifat : ☐ Sangat segera ☐ Segera ☐ Rahasia
Perihal :	
Diteruskan kepada Sdr.: ☐ ☐ ☐ Dan seterusnya	Dengan hormat harap: ☐ Tanggapan dan Saran ☐ Proses lebih lanjut ☐ Koordinasi/konfirmasikan ☐ ☐
Catatan : Nama Jabatan Paraf dan tanggal Nama Pejabat	

Contoh Pengumuman



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido

email : salidoneu@gmail.com

WA : +6282385748128

PENGUMUMAN
NOMOR :

TENTANG

.....

.....

[illegible]

Ditetapkan di
pada tanggal

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO

NAMA
Nip.

Contoh Laporan Perjalanan Dinas



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidonew@gmail.com WA : +6282385748128

LAPORAN PERJALANAN DINAS

Dasar : Surat Tugas No.
Maksud/Tujuan :
Waktu :
Pejabat yang ditemui :
Hasil :

1.
2.
3.
4. Dst

Salido, 2019
Yang melaksanakan perjalanan

1. Nama.....
2. Nama.....

Contoh Laporan



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidoneu@gmail.com WA : +6282385748128

LAPORAN
TENTANG

.....

- 1. Kegiatan yang dilaksanakan,
- 2. Yang melaksanakan Kegiatan
- 3. Tujuan
- 4. Tanggal Kegiatan
- 5. Hasil yang dicapai,
- 6. Kesimpulan dan Saran
- 7. Penutup.

Dibuat di
pada tanggal
Nama Jabatan

NAMA PEJABAT
Pangkat/NIP.

Contoh Berita Acara



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidoneu@gmail.com WA : +6282385748128

BERITA ACARA
Nomor :

Pada hari ini tanggal

.....
..... kami masing-masing :

1. yang selanjutnya disebut Pihak Pertama (memuat nama, NIP, Pangkat/Golongan, Jabatan dan alamat)
2. yang selanjutnya disebut Pihak Kedua

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

Berita Acara ini dibuat dengan sesungguhnya dalam rangkap.....
untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dibuat di

.....

Pihak Kedua

Pihak Pertama
Kepala Puskesmas

NAMA PEJABAT
Nip.

NAMA

Mengetahui/Mengesahkan

NAMA PEJABAT
Nip.

Contoh Notulen



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
UPT PUSKESMAS SALIDO
KECAMATAN IV JURAI



Jln. Jendral Sudirman Balai Lamo Salido email : salidonew@gmail.com WA : +6282385748128

NOTULEN

Sidang/Rapat :
Hari/Tanggal :
Waktu Panggilan:
Waktu sidang/rapat:
Acara :
1.
2. dan seterusnya
3. Penutup.

Pimpinan Sidang/Rapat

Ketua :
Sekretaris :
Pencatat :

Peserta sidang/rapat :
1.
2. dan seterusnya.

Kegiatan Sidang/Rapat :
1.
2. dan seterusnya.

1. Kata Pembukaan:
2. Pembahasan:
3. Peraturan :

.....

PIMPINAN SIDANG/RAPAT
NAMA JABATAN

NAMA PEJABAT
Nip.....

Contoh Daftar Hadir Pertemuan Rapat

DAFTAR HADIR

Hari :
Tanggal :
Tempat :
Acara :

NO.	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1. 2. 3. dst.			

Tempat, Tanggal, Bulan dan Tahun

NAMA JABATAN

NAMA PEJABAT
Nip.....

Contoh Kerangka Acuan Kerja

KERANGKA ACUAN KERJA PROGRAM USAHA KESEHATAN GIGI MASYARAKAT PUSKESMAS X

I. Pendahuluan

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

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

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

II. Latar belakang

Puskesmas X terletak di wilayah kecamatan A yang terdiri dari 4 desa dengan jumlah penduduk 12.000 jiwa, 23 ibu hamil, 120 balita, 100 anak pra sekolah dan 80 lansia berdasarkan data penduduk tahun 2017. Dari hasil penilaian kinerja Puskesmas tahun 2016 jumlah kunjungan bumil yang diperiksa kesehatan gigi dan mulut hanya 40%, anak pra sekolah yang telah diperiksa kesehatan gigi dan mulut 50% dan lansia yang telah diperiksa kesehatan gigi dan mulut 20%. Berdasarkan data tersebut di atas maka disusunlah kerangka acuan program Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM) Puskesmas X tahun 2017 yang disusun berdasarkan RUK/RPK Puskesmas x tahun 2017.

III. Tujuan:

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

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

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

V. Cara melaksanakan kegiatan dan sasaran

No	Kegiatan Pokok	Pelaksana Program UKGM	Lintas program terkait	Lintas sektor terkait	Ket
A	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Ibu Hamil	- Menyusun rencana kegiatan - Koordinasi dengan LP/LS - Menentukan tempat dan waktu pelaksanaan kegiatan - Menyiapkan form laporan & Rujukan - Menyiapkan bahan penyuluhan - Menyiapkan alat	1. Program KIA - Menyusun jadwal kegiatan - ada pemeriksaan kes. Gigi & Mulut bagi Ibu hamil pada saat pelaksanaan kelas Bumil	1. Kader - Mengkoordinir Bumil untuk diperiksa kesehatan gigi & mulut - Memantau kesehatan gigi & mulut Bumil	Sumber pembiayaan BOK KIA

		pemeriksaan kes. Gigi & Mulut - Membuat laporan kegiatan			
B	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut anak pra sekolah	- Menyusun rencana kegiatan - Koordinasi dengan LP/LS - Menentukan tempat dan waktu pelaksanaan kegiatan - Menyiapkan form laporan & Rujukan - Menyiapkan bahan penyuluhan - Menyiapkan alat pemeriksaan kes. Gigi & Mulut - Membuat laporan kegiatan	1. Program Gizi - Menyusun jadwal kegiatan ada pemeriksaan kes. Gigi & Mulut bagi Balita pada saat pelaksanaan penimbangan Balita Posyandu - Menyusun jadwal pemeriksaan kes. Gigi & Mulut pada anak yang BGM dan Gizi Kurang	1. Kader - Mengkoordinir anak prasekolah untuk diperiksa kesehatan gigi & mulut di posyandu - Memantau kesehatan gigi & mulut anak yang BGM dan Gizi Kurang	Sumber pembiayaan BOK Gizi
C	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Lansia	- Menyusun rencana kegiatan - Koordinasi dengan LP/LS - Menentukan tempat dan waktu pelaksanaan kegiatan - Menyiapkan form laporan & Rujukan - Menyiapkan bahan penyuluhan - Menyiapkan alat pemeriksaan kes. Gigi & Mulut - Membuat laporan kegiatan	2. Program Lansia - Menyusun jadwal kegiatan ada pemeriksaan kes. Gigi & Mulut bagi Lansia pada saat pelaksanaan Posbindu Lansia	1. Kader - Mengkoordinir Lansia untuk diperiksa kesehatan gigi & mulut - Memantau kesehatan gigi & mulut Lansia	Sumber pembiayaan BOK

- VI. SASARAN
- a. Anak Pra Sekolah
 - b. Ibu Hamil
 - c. Masyarakat Lanjut Usia

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

No	Kegiatan	2018		2019											
		Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sept	Ok	Nov	Des
1	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Ibu		X	x	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X
2	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut anak pra sekolah		X	x	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X
3	Pemeriksaan Kesehatan gigi dan mulut Lansia		X	x	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X

- VIII. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporannya
- Evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan dilakukan tiap bulan sesuai dengan jadwal kegiatan, dengan pelaporan hasil-hasil yang dicapai pada bulan tersebut.
- IX. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan
- Pencatatan dengan menggunakan register dan format laporan yang telah ditetapkan dan dilaporkan ke PEMERINTAH Kab/Kota setiap tanggal 5 bulan berikutnya, evaluasi kegiatan dilakukan setiap tiga bulan sekali sesuai dengan jadwal monitoring dan evaluasi Puskesmas

Contoh : Surat Keputusan Tentang Kebijakan Mutu dan Keselamatan Pasien

KEPUTUSAN KEPALA UPT PUKESMAS SALIDO

Nomor : 800/ /SK/PUSK-SLD/III/2019

TENTANG

KEBIJAKAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN PUSKESMAS SALIDO

KEPALA UPT PUSKESMAS SALIDO,

Menimbang : a. bahwa pasien mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan yang bermutu dan aman;

b. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di PUSKESMAS ABCD perlu disusun kebijakan mutu dan keselamatan pasien;

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien RumahSakit;

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;

3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1457/MENKES/ SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

MEMUTUSKAN

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

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

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

Ditetapkan di :

pada tanggal :

KEPALA UPT PUSKESMAS ABCD,

Nama

LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS

NOMOR :

TENTANG : KEBIJAKAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

KEBIJAKAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN PUSKESMAS ABCD

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

dan keselamatan pasien, termasuk di dalamnya program peningkatan mutu laboratorium dan program peningkatan mutu pelayanan obat.

- j. Program pelatihan yang terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- k. Rencana pertemuan sosialisasi dan koordinasi untuk menyampaikan permasalahan, tindak lanjut, dan kemajuan tindak lanjut yang dilakukan.
- l. Rencana monitoring dan evaluasi program mutu dan keselamatan pasien.

5. Perancangan sistem/proses pelayanan memperhatikan butir-butir di bawahini:

- a. Konsisten dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas, dan perencanaan Puskesmas,
- b. Memenuhi kebutuhan pasien, keluarga, dan staf,
- c. Menggunakan pedoman penyelenggaraan UKM, pedoman praktik klinis, standar pelayanan klinis, kepustakaan ilmiah dan berbagai panduan dari profesi maupun panduan dari Kementerian Kesehatan,
- d. Sesuai dengan praktik bisnis yang sehat,
- e. Mempertimbangkan informasi dari manajemen risiko,
- f. Dibangun sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan yang ada di Puskesmas,
- g. Dibangun berbasis praktik klinis yang baik,
- h. Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan yang terkait,
- i. Mengintegrasikan serta menggabungkan berbagai proses dan sistem pelayanan.

6. Seluruh kegiatan mutu dan keselamatan pasien harus didokumentasikan.

7. Wakil manajemen mutu wajib melaporkan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Kepala Puskesmas tiap triwulan.

8. Berdasarkan pertimbangan hasil keluhan pasien/keluarga dan staf, serta mempertimbangkan kekritisian, risiko tinggi, dan potensial bermasalah, maka area prioritas yang perlu mendapat perhatian dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah:

- a. Pencapaian 6 sasaran keselamatan pasien.
- b. Pelayanan rawat jalan
- c. Pelayanan Farmasi
- d. Pelayanan Gawat Darurat

PEDOMAN/MANUAL MUTU

I. Pendahuluan, yang berisi:

A. Latar belakang:

1. Profil organisasi

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

2. Kebijakan mutu:

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

3. Proses pelayanan (proses bisnis)

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

B. Ruang Lingkup:

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

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

C. Tujuan:

Pedoman mutu ini disusun sebagai acuan bagi Puskesmas dalam membangun sistem manajemen mutu baik untuk penyelenggaraan

UKM maupun untuk penyelenggaraan pelayanan klinis.

D. Landasan hukum dan acuan:

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

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

E. Istilah dan definisi (urutkan sesuai abjad):

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

II. Sistem Manajemen Mutu dan Sistem Penyelenggaraan Pelayanan

A. Persyaratan umum:

Puskesmas X menetapkan, mendokumentasikan, memelihara system manajemen mutu sesuai dengan standar akreditasi Puskesmas. Sistem ini disusun untuk memastikan telah diterapkannya persyaratan pengendalian terhadap proses-proses penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat baik penyelenggaraan upaya Puskesmas maupun pelayananan klinis, yang meliputi kejelasan proses pelayanan dan interaksi proses dalam penyelenggaraan pelayananan, kejelasan penanggung jawab, penyediaan sumber daya, penyelenggaraan pelayanan itu sendiri mulai dari perencanaan yang berdasar kebutuhan masyarakat/pelanggan, verifikasi terhadap rencana yang disusun, pelaksanaan pelayanan, dan verifikasi terhadap proses

pelayanan dan hasil-hasil yang dicapai, monitoring dan evaluasi serta upaya penyempurnaan yang berkesinambungan.

B. Pengendalian dokumen:

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

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

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

III. Tanggung jawab manajemen:

A. Komitmen manajemen

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

B. Fokus pada sasaran/pasien:

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

C. Kebijakan mutu:

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

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

Sasaran mutu ditetapkan berdasarkan standar kinerja/standar pelayanan minimal yang meliputi indikator-indikator pelayanan klinis,

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

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

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

F. Wakil manajemen mutu/Penanggung jawab manajemen mutu

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

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

G. Komunikasi internal

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

IV. Tinjauan Manajemen:

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

B. Masukan tinjauan manajemen meliputi:

1. Hasil audit

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

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

V. Manajemen sumber daya:

A. Penyediaan sumber daya

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

B. Manajemen sumber daya manusia

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

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

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

VI. Penyelenggaraan Pelayanan:

A. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM):

1. Perencanaan UKM, akses, dan 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):

- a. Perencanaan Pelayanan Klinis
- b. Proses yang berhubungan dengan pelanggan
- c. Pembelian/pengadaan barang terkait dengan pelayanan klinis:
 - 1) Proses pembelian
 - 2) Verifikasi barang yang dibeli
 - 3) Kontrak dengan pihak ketiga
- d. Penyelenggaraan pelayanan klinis:
 - 1) Pengendalian proses pelayanan klinis
 - 2) Validasi proses pelayanan
 - 3) Identifikasi dan ketelusuran
 - 4) Hak dan kewajiban pasien
 - 5) Pemeliharaan barang milik pelanggan (spesiemen, rekam medis, dsb)
 - 6) Manajemen risiko dan keselamatan pasien
- e. Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan Pasien:
 - a. Penilaian indikator kinerja klinis
 - b. Pengukuran pencapaian sasaran keselamatan pasien
 - c. Pelaporan insiden keselamatan pasien

- d. Analisis dan tindak lanjut
- e. Penerapan manajemen risiko
- f. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan:
 - 1) Umum
 - 2) Pemantauan dan pengukuran:
 - a) Kepuasan pelanggan
 - b) Audit internal
 - c) Pemantauan dan pengukuran proses, kinerja
 - d) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
 - 3) Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
 - 4) Analisis data
 - 5) Peningkatan berkelanjutan
 - 6) Tindakan korektif
 - 7) Tindakan preventif

VII. Penutup

Lampiran (jika ada)

Contoh SOP

	Injeksi Intra Muskular		
	SOP	No. Dokumen : SOP/UKP/01	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24/11/2014	
		Halaman : 1/2	
Nama Puskesmas	Tanda Tangan	Nama Ka Puskesmas NIP	
1. Pengertian	Injeksi intra muskular adalah: pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan otot menggunakan spuit injeksi dilakukan pada otot pangkal lengan atau otot paha bagian luar (yaitu 1/3 tengah paha sebelah luar)		
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam pemberian obat melalui Injeksi Intra muskular		
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No.004/2014 tentang Jenis – Jenis pelayanan klinis		
4. Referensi	Pedoman Perawatan dasar Depkes RI Tahun 2005		
5. Prosedur/ Langkah- langkah	- Persiapan Alat & Bahan: - Bak Instrumen Steril, - Medical Record - Buku register pasien - Dissposable Spuit - Obat Injeksi - Kapas alkohol - Bak instrument - Petugas yang melaksanakan: - Dokter - Perawat - Bidan - Langkah – langkah : - Petugas mencuci tangan - Petugas memakai APD - Petugas menyiapkan alat-alat dan bahan dalam bak instrumen steril, - Petugas memberi tahu maksud tindakan kepada pasien - Petugas melakukan aspirasi obat sesuai dosis dengan spuit injeksi - Petugas mengatur posisipasien - Petugas memilih area penusukan yang bebas dari lesi dan peradangan - Petugas membersihkan area penusukan menggunakan kapas alkohol - Petugas membuka tutupjarum - Petugas menusukkan jarum ke daerah penusukan dengan sudut 90 derajat, kira- kira sampai jaringanotot - Petugas meLakukan aspirasispuit - Petugas mengobservasi ada tidak darah dalam spuit, Jika ada darah tarik kembali jarum dari kulit - Petugas menekan tempat penusukan dengan kapas alkohol - Petugas mengganti penusukan ke tempat lain,Jika tidak ada darah, masukkan obat perlahan-lahan hingghabis		

	o. Petugas mencabutjarum p. Petugas menekan tempat penusukan dengan kapas alkohol q. Petugas memberitahu kepada pasien bahwa tindakan sudah selesai r. Petugas membuang sampah medis pada tempatnya s. Petugas mencatat tindakan dalam rekam medis t. Petugas merapikan alat danbahan u. Petugas mencucitangan
--	--

6. Bagan Alir				
7. Hal-hal yang perlu diperhatikan	Observasi pasien antara 5 sampai dengan 15 menit terhadap reaksi obat.			
8 Unit terkait	Poli/BP Umum Poli/BP Gigi, Rawat Inap, Immunisasi, Ruang KIA.KB, Puskesmas Pembantu.			
9. Dokumen terkait	Rekam Medis Catatan tindakan			
10.Rekaman historis perubahan	NO	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai diberlakukan