

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang maha Kuasa atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Manual Mutu Puskesmas Ambal II dapat tersusun dengan baik. Manual Mutu Puskesmas Ambal II, disusun sebagai acuan bagi penyusunan dan pengembangan mutu puskesmas, pengelola program kerja puskesmas, serta pedoman bagi penyusunan elemen Akreditasi Puskesmas.

Manual Mutu Puskesmas Ambal II ini berisi tentang profil puskesmas, kebijakan mutu, sistem pelayanan yang dilaksanakan di Puskesmas Ambal II. Manual mutu ini hendaknya dijadikan panduan bagi pengelola program, staf administrasi, dan seluruh karyawan puskesmas Ambal II dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Disadari bahwa hasil penyusunan Manual Mutu ini masih banyak kekurangan. Saran dan Kritik yang membangun serta partisipasi dari semua pihak sangat diharapkan khususnya dalam upaya mendapatkan dan menyajikan data serta informasi yang akurat, tepat waktu, dan sesuai kebutuhan untuk menyempurnakan Pedoman/Manual Mutu Puskesmas Ambal II.

Ucapan terima kasih tidak lupa kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berpartisipasi sehingga penyusunan Pedoman/Manual Mutu Puskesmas Ambal II dapat berjalan lancar sesuai yang diharapkan.

Ambal, Januari 2022  
Kepala  
Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi, MM  
Pembina / IV a  
NIP. 19710524 200212 2 007



PEDOMAN/MANUAL MUTU  
Nomor : 440/DOM/007.1 /I/2022

BAB I  
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

1. Profil Organisasi

a. Gambaran umum organisasi

1) Keadaan Geografi

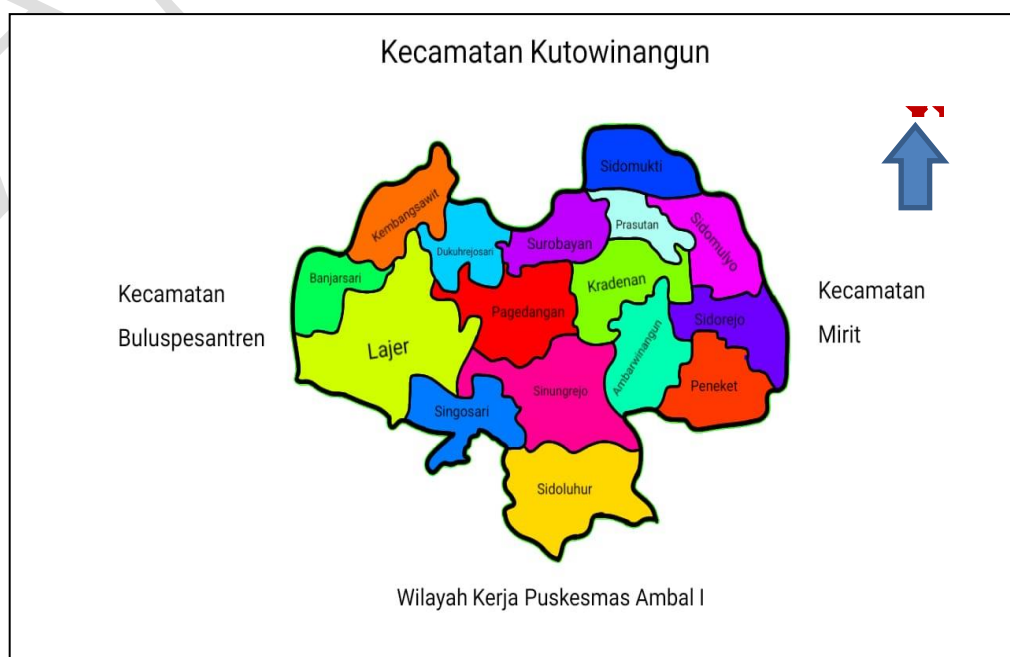
Kecamatan amabal terletak pada posisi  $7^0 - 8^0$  LS dan  $109^0 - 110^0$  BT. Terdiri dari 32 desa yang secara administratif terbagi dua Puskesmas Ambal I dan Puskesmas Ambal II dimana masing – masing memiliki wilayah 16 desa.

Batas-batas wilayah kerja Puskesmas Ambal II meliputi:

Utara : Kecamatan Kutowinangun  
Selatan : Wilayah Kerja Puskesmaas Ambal I  
Barat : Kecamatan Buluspesantren  
Timur : Kecamatan Mirit

Gambar 1.1

Peta Wilayah Kerja Puskesmas Ambal II



Sumber : Profil Puskesmas

Wilayah kerja Puskesmas Ambal II merupakan jalur lintas selatan Jawa dengan 100% berupa dataran rendah dengan ketinggian sekitar 9 m diatas permukaan laut. Seluruh wilayah dapat dijangkau dengan kendaraan roda 2 dan roda 4 pada musim kemarau dan penghujan. Terdapat 2 sungai yang membelah wilayah kerja Puskesmas Ambal II dari utara dan selatan yaitu sungai Krogosingan Simpang Kiri dan Krogosingan Simpang Kanan.

Secara klimatologi curah hujan diwilayah kecamatan Ambal rata-rata 143 mm/bln dengan hari hujan rata-rata 8 hr/bln. Suhu minimum pada malam hari 19,50C dan siang hari 320C.

Luas wilayah kerja Puskesmas Ambal II adalah 3.171.112 Ha dan penggunaan lahan adalah sbb :

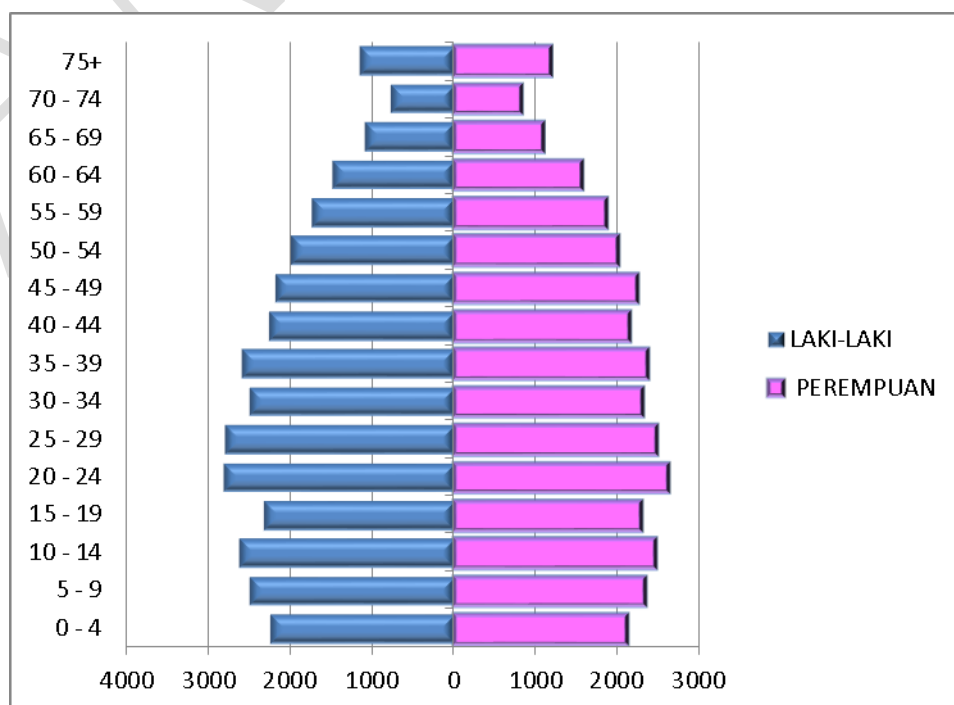
Sawah	:	2.133.516 Ha
Tegalan	:	48.771 Ha
Pekarangan	:	988.825 Ha

2) Keadaan Penduduk

Menurut data Disdukcapil Tahun 2021, jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Ambal II sebanyak 30.311 jiwa. Tingkat kepadatan penduduk sebesar 1181,54/km<sup>2</sup> dengan wilayah terpadat berada di Desa Singosari sebesar 1.763,6 jiwa/km<sup>2</sup> sedangkan yang terendah adalah di Desa Lajer sebesar 618,7 jiwa/km<sup>22</sup>. Terdiri dari 16 Desa, 60 Posyandu, 12 PKD dan 2 PUSTU di Ambarwinangun dan Lajer.

Gambar 1.3

Piramida Penduduk Wilayah Puskesmas Ambal II tahun 2021 Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin



Sumber: Disdukcapil

- a) Visi organisasi  
Mewujudkan Kecamatan Ambal semakin sejahtera, mandiri dan berakhlak bersama rakyat di bidang kesehatan tahun 2026
- b) Misi organisasi
  - (1) Meningkatkan jangkauan masyarakat terhadap akses pelayanan kesehatan
  - (2) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
  - (3) Meningkatkan kualitas system informasi puskesmas
- c) Struktur organisasi  
(Terlampir)
- d) Motto  
“INDAH”
  - In : Inovatif
  - D : Dinamis
  - Ah : Amanah
- e) Tata nilai  
Puskesmas Ambal II melayani dengan PASTI.
  - P : Profesional
  - A : Akuntabel
  - S : Sinergi
  - T : Transparan
  - I : Informatif

## 2. Kebijakan Mutu

- a. Kami jajaran pengelola dan seluruh karyawan Puskesmas Ambal II 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/manual mutu

## 3. Proses Pelayanan (Proses Bisnis)

- a. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) :
  - 1) Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial
    - a) Promosi kesehatan
    - b) KIA KB
    - c) Kesehatan lingkungan
    - d) Gizi masyarakat

- e) Pencegahan dan pengendalian penularan penyakit menular dan tidak menular (P2P)
- f) Keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas)
- 2) Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan
  - a) Kesehatan tradisional (Kestrad)
  - b) Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM)
  - c) Kesehatan Jiwa (Keswa)
- d) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) :
  - 1) Pendaftaran
  - 2) Pelayanan umum
  - 3) Farmasi
  - 4) Tindakan
  - 5) Pelayanan Gigi dan Mulut
  - 6) Pelayanan Imunisasi
  - 7) Layanan Konseling Satu Pintu (LKSP)
  - 8) Pelayanan Kesehatan Ibu Anak (KIA)
  - 9) Pelayanan Keluarga Berencana (KB)/Inspeksi dengan Asam Azetat (IVA)
  - 10) Laboratorium

## B. RUANG LINGKUP

Lingkup pedoman peningkatan mutu dan kinerja 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 promosi kesehatan, KIA KB, kesehatan lingkungan, gizi masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, keperawatan kesehatan masyarakat, dan Pelayanan Klinis.

Dalam penyelenggaraan UKM dan UKP memperhatikan keselamatan sasaran/pasien dengan menerapkan manajemen resiko.

## C. TUJUAN

Pedoman mutu ini disusun sebagai acuan bagi Puskesmas Ambal II dalam membangun sistem manajemen mutu baik untuk penyelenggaraan UKM dan UKP.

## D. LANDASAN HUKUM

Landasan hukum yang digunakan dalam menyusun pedoman mutu ini adalah:

1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
4. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen No : 440/180/KEP/2022 Tentang Penetapan Indikator Mutu dan Kinerja Pusat Kesehatan Masyarakat Tahun 2022-2026.

#### E. ISTILAH DAN DEFINISI

##### 1. Dokumen

Dokumen adalah acuan yang digunakan untuk melakukan pekerjaan meliputi Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, Pedoman Mutu, Prosedur Mutu, Prosedur Tetap (Protap), Rencana Mutu Pelayanan, dan dokumen pendukung lainnya. Secara umum dokumen juga merupakan sebuah tulisan yang memuat informasi. Biasanya, dokumen ditulis di kertas dan informasinya ditulis memakai tinta baik memakai tulisan tangan atau memakai media elektronik (seperti printer).

##### 2. Efektifitas

Efektivitas adalah pencapaian tujuan secara tepat atau memilih tujuan-tujuan yang tepat dari serangkaian alternatif atau pilihan cara dan menentukan pilihan dari beberapa pilihan lainnya. Efektifitas bisa juga diartikan sebagai pengukuran keberhasilan dalam pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditentukan.

##### 3. Efisiensi

Efisiensi merupakan suatu ukuran keberhasilan yang dinilai dari segi besarnya sumber/biaya untuk mencapai hasil dari kegiatan yang dijalankan. Pengertian efisiensi menurut Mulyamah (1987;3) yaitu: “Efisiensi merupakan suatu ukuran dalam membandingkan rencana penggunaan masukan dengan penggunaan yang direalisasikan atau perkataan lain penggunaan yang sebenarnya”. Sedangkan pengertian efisiensi menurut SP.Hasibuan (1984;233-4) yang mengutip pernyataan H. Emerson adalah: “Efisiensi adalah perbandingan yang terbaik antara input (masukan) dan output (hasil antara keuntungan dengan sumber-sumber yang dipergunakan), seperti halnya juga hasil optimal yang dicapai dengan penggunaan sumber yang terbatas. Dengan kata lain hubungan antara apa yang telah diselesaikan.”

##### 4. Kebijakan Mutu

Kebijakan Mutu adalah kebijakan resmi dan tertulis dari manajemen perusahaan tentang komitmen perusahaan dalam memperhatikan dan mempertimbangkan aspek-aspek mutu dalam aktifitas keseharian organisasi atau perusahaan.

##### 5. Kepuasan Pelanggan

Pengertian secara umum mengenai kepuasan atau ketidakpuasan konsumen merupakan hasil dari adanya perbedaan –perbedaan antara harapan konsumen dengan

kinerja yang dirasakan oleh konsumen tersebut. Dari beragam definisi kepuasan konsumen yang telah diteliti dan didefinisikan oleh para ahli pemasaran, dapat disimpulkan bahwa kepuasan konsumen merupakan suatu tanggapan perilaku konsumen berupa evaluasi purna beli terhadap suatu barang atau jasa yang dirasakannya (kinerja produk) dibandingkan dengan harapan konsumen.

6. Koreksi

Pembetulan, perbaikan, pemeriksaan

7. Pasien

Pasien atau pesakit adalah seseorang yang menerima perawatan medis.

8. Pedoman Mutu

Suatu pedoman yang merupakan panduan sebuah proses terstruktur untuk memperbaiki keluaran yang dihasilkan atau untuk memastikan keluaran sesuai standar yang diharapkan.

9. Pelanggan

Pelanggan atau pasien atau sasaran kegiatan merujuk pada individu atau rumah tangga, masyarakat, perusahaan yang membeli barang atau jasa.

10. Perencanaan Mutu

Perencanaan mutu adalah aktivitas pengembangan produk dan proses yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan. Pengendalian mutu merupakan proses yang terdiri atas langkah-langkah sebagai berikut:

11. Mengevaluasi kinerja

Membandingkan kinerja mutu dengan tujuan mutu, bertindak berdasarkan perbedaan.

12. Prasarana

Adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya produksi.

contoh : lahan, jalan, gedung, puskesmas pembantu, tempat kerja dll

13. Proses

Adalah urutan pelaksanaan atau kejadian yang terjadi secara alami atau didesain, mungkin menggunakan waktu, ruang, keahlian atau sumber daya lainnya, yang menghasilkan suatu hasil. Definisi lain dari proses adalah serangkaian kegiatan yang saling terkait atau berinteraksi, yang mengubah input menjadi output. Kegiatan ini memerlukan alokasi sumber daya seperti orang dan materi

**BAB II**  
**SISTEM MANAJEMEN MUTU**  
**DAN**  
**SISTEM PENYELENGGARAAN PELAYANAN**

**A. Persyaratan Umum**

Puskesmas Ambal II menetapkan, mendokumentasikan, memelihara sistem manajemen mutu sesuai dengan standar akreditasi puskesmas dan standar ISO 9001:2008. Sistem ini disusun untuk memastikan telah ditetapkannya persyaratan pengendalian proses – proses penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat baik penyelenggaraan upaya puskesmas maupun pelayanan klinis, yang meliputi kejelasan proses pelayanan dan interaksi proses dalam penyelenggaraan pelayanan, kejelasan penanggungjawab, 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**

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

Prosedur pengendalian dokumen ditetapkan oleh Kepala Puskesmas Ambal II yang dijadikan acuan oleh seluruh unit di Puskesmas Ambal II.

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

Dokumen level 4 : Rekaman – rekaman sebagai catatan sebagai akibat pelaksanaan kebijakan, pedoman, dan prosedur.

Prosedur pengendalian dokumen di Puskesmas Ambal II:

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 dan Penanggung jawab UKM dan UKP bertanggung jawab terhadap pelaksanaan identifikasi/perubahan serta penyusunan dokumen.



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

- a. SOP yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke tim mutu
- b. Fungsi tim mutu puskesmas di dalam penyusunan dokumen adalah:
  - 1) Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki dokumen yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja dari segi bahasa dan segi 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 Puskesmas Ambal II
3. Pengesahan dokumen  
Dokumen disahkan oleh Kepala Puskesmas Ambal II
4. Sosialisasi dokumen  
Agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana maka perlu dilakukan sosialisasi dokumen tersebut, khusus bagi SOP, bila rumit maka untuk pelaksanaan SOP tersebut perlu dilakukan pelatihan
5. Pencatatan dokumen, distribusi dan penarikan dokumen  
Kepala Puskesmas Ambal II menunjuk salah satu anggota Tim Mutu sebagai Petugas Pengendali Dokumen  
Petugas tersebut bertanggungjawab atas:
  - 1) **Penomoran dokumen**  
Tata cara penomoran dokumen  
Penomoran dokumen diatur pada kebijakan pengendalian dokumen, dengan ketentuan:
    - a) Semua dokumen harus diberi nomor
    - b) Kepala Puskesmas membuat kebijakan tentang pemberian nomor sesuai dengan tata naskah yang dijadikan pedoman
    - c) Pemberian nomor mengikuti tata naskah Puskesmas Ambal II atau ketentuan penomoran (menggunakan garis miring atau system digit)
    - d) Pemberian nomor sebaiknya dilakukan secara terpusat**Penetapan Penomeran Dokumen**
    - Surat masuk dan keluar diberi nomor sesuai dengan ketentuan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 63 Tahun 2014 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen.
- Penomeran Dokumen dilakukan di bagian administrasi manajemen (admen) atau Tata Usaha (TU).
- Penomeran di lakukan sesuai kelompok kerja masing-masing dengan pengkodean HAL yang telah ditetapkan.
- Penomeran dokumen diurutkan sesuai dengan pengkodean

- Urutan penomoran meliputi:

HAL/KODE DOKUMEN/NOMOR URUT DOKUMEN TIGA DIGIT TANPA SPASI/BULAN/TAHUN

Contoh : 441.1/KEP/001/I/2019  
443.5/DOM/005/II/2019  
441.8/SOP/007/III/2019

Dokumen eksternal :

HAL/KODE DOKUMEN/NOMOR URUT DOKUMEN/BULAN/TAHUN

Contoh : 441.1/DEK/1/I/2019  
444/DEK/4/II/2019  
442/DEK/7/III/2019

- Ketentuan Pengkodean Dokumen

- Surat Keputusan/Kebijakan dengan kode KEP
- Pedoman dengan kode DOM
- Panduan dengan kode PAN
- Kerangka Acuan dengan kode KAK
- Standar Operasional Prosedur dengan kode SOP
- Dokumen Eksternal dengan kode DEK
- Daftar Tilik dengan kode DT
- Audit Internal dengan kode AI
- Apabila dokumen merujuk pada upaya kesehatan/pelayanan tertentu, kode sesuai dengan Peraturan Bupati Kebumen No.63 Tahun 2014 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen antara lain:

- 440 : Kesehatan
- 444.1 : Pelayanan Gigi
- 444.2 : Pelayanan Mata
- 441.4 : Kanker
441. 5 : Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
- 441.6 : Perawatan
- 441.7 : Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM)
- 441.8 : Kesehatan Ibu dan Anak
- 441.9 : Sistem Kesehatan Nasional
- 441.91 : JPS BK(Jaringan Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan)
- 442 : Obat-obatan
- 442.1 : Pengadaan
- 442.2 : Penyimpanan

- 14) 442.3 : Obat Generik
- 15) 442.4 : Pemalsuan
- 16) 442.5 : Obat Terlarang
- 17) 443 : Pemberantasan Penyakit
- 18) 443.1 : Pencegahan
- 19) 443.2 : Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular  
Langsung(P2ML)
- 20) 443.21 : Kusta
- 21) 443.22 : Kelamin, HIV/AIDS, IMS
- 22) 443.23 : Frambusia
- 23) 443.24 : TBC
- 24) 443.3 : Epidemiologi dan Karantina
- 25) 443.31 : Kolera
- 26) 443.32 : Imunisasi
- 27) 443.33 : Surveillans
- 28) 443.34 : Antraks
- 29) 443.35 : Leptospirosis
- 30) 443.36 : Chikungunya
- 31) 443.37 : SARS
- 32) 443.4 : Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular  
Sumber Binatang (P2B)
- 33) 443.41 : Malaria
- 34) 443.42 : Dengue Haemmorhagic Fever (Demam Berdarah,  
DHF)
- 35) 443.43 : Filaria
- 36) 443.44 : Serangga
- 37) 443.45 : Rabies
- 38) 443.5 : Higiene Sanitasi
- 39) 443.51 : Tempat-tempat Pembuatan dan Penjualan Makanan dan  
Minuman, Jasa Boga (TPPMM)
- 40) 443.52 : Sarana Air Minum
- 41) 443.53 : Pestisida
- 42) 443.54 : Pencemaran Udara
- 43) 443.55 : Jamban Keluarga
- 44) 443.56 : Kesehatan Institusi
- 45) 443.6 : Pemberantasan Penyakit Tidak Menular
- 46) 443.61 : Angina Pektoris
- 47) 443.62 : Infark Miokard Akut (IMA)
- 48) 443.63 : Hipertensi

- 49) 443.64 : Stroke
- 50) 443.65 : Diabetes Millitus (DM)
- 51) 443.66 : Ca Cervix
- 52) 443.67 : Ca Mammae
- 53) 443.68 : Ca Hepar
- 54) 443.69 : Ca Paru
- 55) 443.7 : Dekompensasi Cordis
- 56) 443.71 : PPOM
- 57) 443.72 : Asma
- 58) 443.73 : Kecelakaan Lalu Lintas
- 59) 443.74 : Psikosis
- 60) 444 : Gizi
- 61) 441.1 : Kekurangan Makanan
- 62) 442.2 : Bahaya Kelaparan, Busung Lapar
- 63) 443.3 : Keracunan Makanan
- 64) 444.4 : Menu Makanan Rakyat
- 65) 444.5 : Gondok Endemik (GAKY)
- 66) 445 : Rumah Sakit
- 67) 445.1 : RSUP
- 68) 445.2 : Rumah Sakit Jiwa
- 69) 445.3 : Rumah Sakit Mata
- 70) 445.4 : Puskesmas dan Puskesmas Keliling
- 71) 445.5 : Poliklinik (Balai Kesehatan)
- 72) 445.6 : Rumah Bersalin
- 73) 445.7 : Posyandu
- 74) 445.8 : Rumah Sakit/Balai Kesehatan Lainnya
- 75) 445.9 : Laboratorium Kesehatan
- 76) 446 : Tenaga Medis
- 77) 446.1 : Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan
- 78) 446.2 : Diklat Tenaga Kesehatan Medis
- 79) 446.3 : Diklat Tenaga Kesehatan Paramedis
- 80) 446.4 : Pendidikan Kesehatan
- 81) 447 : Peralatan Kesehatan
- 82) 447.1 : Pengadaan Alat Kesehatan
- 83) 447.2 : Penyimpanan Alat Kesehatan
- 84) 447.3 : Standarisasi Alat Kesehatan
- 85) 447.4 : Penghapusan Alat Kesehatan
- 86) 448 : Pengobatan Tradisional
- 87) 448.1 : Pijat

88)	448.2	:	Tusuk Jarum
89)	448.3	:	Jamu Tradisional
90)	448.4	:	Dukun
91)	449	:	Perijinan
92)	449.1	:	Surat Ijin Praktek (SIP)
93)	449.2	:	Surat Ijin Kerja (SIK)
94)	800	:	Kepegawaian
95)	900	:	Keuangan

**2) Pencatatan dalam Daftar Dokumen Eksternal atau Internal**

**3) Menyerahkan dokumen kepada pengusul atau menggandakan**

**4) Mendistribusikan dokumen yang sudah diberi stempel TERKENDALI**

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 Ambal II 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 yang sudah menggunakan e-file maka distribusi dokumen bisa melalui jejaring area lokal, dan diatur kewenangan otorisasi di setiap unit kerja, sehingga unit kerja dapat mengetahui batas kewenangan dalam membuka dokumen.
  - e) Menarik dokumen lama apabila dokumen ini adalah dokumen pengganti serta mengisi format usulan penambahan/penarikan dokumen
6. Mengarsipkan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan stempel “KEDALUARSA” dan kemudian menyimpan dokumen tersebut selama 2 tahun.
  7. Memusnahkan dokumen sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
  8. Tata cara penyimpanan dokumen
    - a. Dokumen asli (master dokumen yang sudah dinomori, ditandatangani, dan dicap basah) agar disimpan di Bagian Tata Usaha Puskesmas Ambal II sesuai dengan ketentuan tentang tata cara pengarsipan dokumen yang diatur dalam pedoman tata naskah
    - b. Dokumen fotocopy disimpan di masing – masing unit upaya Puskesmas Ambal II, ditempat dokumen tersebut digunakan, dan dicap TERKENDALI. Bila tidak berlaku lagi atau tidak dipergunakan maka unit kerja wajib mengembalikan dokumen tersebut ke Bagian Tata Usaha sehingga di unit kerja hanya ada

dokumen yang masih berlaku saja. Bagian Tata Usaha dapat memusnahkan fotocopy dokumen yang tidak berlaku tersebut, namun untuk dokumen yang asli agar tetap disimpan, dengan lama penyimpanan sesuai ketentuan retensi dokumen yang berlaku di Puskesmas Ambal II

- c. Dokumen di unit upaya Puskesmas Ambal II harus diletakkan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana

9. Penataan dokumen

Untuk memudahkan di dalam pencarian dokumen, dokumen dikelompokkan masing – masing bab/kelompok pelayanan dengan diurutkan setiap urutan kriteria dan elemen penilaian, dan diberikan daftar secara berurutan

10. 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)

11. Tata Laksana Pengendalian Dokumen

- a. Identifikasi penyusunan/perubahan dokumen.
- b. Penyusunan dokumen.
- c. Pengesahan dokumen.
- d. Sosialisasi dokumen agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana.
- e. Pemberian kode atau nomor dokumen.
- f. Penyerahan dokumen kepada pengusul untuk menggandakan dokumen.
- g. Pendistribusian dokumen yang sudah di beri stempel/tanda “TERKENDALI” kepada unit terkait dengan menggunakan buku ekspedisi.
- h. Peninjauan ulang dokumen setiap 3 tahun.
- i. Melanjutkan pemakaian jika dokumen masih berlaku.
- j. Menarik dokumen lama jika sudah ada dokumen pengganti.
- k. Pengarsipan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan stempel/tanda “KEDALUWARSA”.

12. Penetapan Ketentuan Penulisan Dokumen

Petugas menuliskan dokumen menggunakan ketentuan umum sebagai berikut:

- a. Naskah dokumen di ketik pada satu halaman tidak boleh bolak- balik, di cetak hitam putih dan tanpa sampul/cover.
- b. Format atau tata naskah Kebijakan Kepala Puskesmas/KEP/Peraturan menggunakan jenis huruf Bookman Old Style dengan ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri dan atas 2.5 cm dan kanan bawah 2 cm.

- c. Format kop dokumen menggunakan jenis huruf Bookman Old Style dengan ukuran kop OPD ukuran 10, nama Puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan.
- d. Format atau penulisan dokumen menggunakan huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
- e. Format atau tata naskah panduan dan kerangka acuan kerja menggunakan jenis huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
- f. Format atau tata naskah SOP dan daftar tilik menggunakan tabel dengan huruf Times New Roman ukuran huruf 11, spasi 1, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
- g. Jarak antar paragraf di buat 1,5 spasi.
- h. Bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia baku
- i. Ukuran kertas : F4 (215 x 330 mm)
- j. Tipe margin : batas kiri, atas : 2,5 cm, batas kanan, bawah : 2 cm), teks rata tepi kanan kiri (justify).
- k. Penomoran di tulis secara konsisten dari awal sampai akhir naskah. Cara yang di gunakan adalah gabungan antara angka Romawi dan Arab, seperti contoh berikut.

I.

A.

1.

a.

1)

a)

(1)

(a)

### 13. Pendistribusian dan Penataan Dokumen

Dokumen didistribusikan dengan cara sebagai berikut :

- a. Petugas pelaksana pendistribusian dokumen adalah sekretaris admen.
- b. Pendistribusian dokumen menggunakan buku ekspedisi tanda terima.
- c. Petugas menarik dokumen lama apabila sudah ada dokumen pengganti serta mengisi format usulan penambahan atau penarikan dokumen.
- d. Petugas mengarsipkan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan cap TIDAK TERKENDALI dan kemudian menyimpan dokumen tersebut selama 2 tahun.
- e. Petugas memusnahkan dokumen sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.

- f. Untuk memudahkan dalam pencarian dokumen puskesmas, dokumen dikelompokkan menurut bab ,jenis dokumen, kriteria dan elemen penilaian, serta ditata secara berurutan.

Penataan dokumen menggunakan file dan odner yang berwarna:

- a. Kuning : Admen
- b. Merah : UKM
- c. Biru : UKP

14. Penyimpanan dokumen / rekam/ arsip

- a. Dokumen asli (yang sudah di nomori dan sudah ditandatangani) disimpan di ruang tata usaha puskesmas sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Penyimpanan dokumen asli harus rapi dan sesuai dengan metode pengarsipan sehingga mudah dicari kembali apabila diperlukan.
- b. Dokumen fotokopi disimpan di masing-masing unit upaya puskesmas dimana dokumen tersebut dipergunakan.
- c. Dokumen di unit upaya puskesmas harus diletakkan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- d. Semua dokumen aktif / terkendali memiliki masa berlaku 3 tahun, setelah itu perlu dilakukan evaluasi (direvisi atau diganti).
- e. Dokumen rekam medis inaktif wajib di simpan sekurang-kurangnya dua tahun, terhitung dari tanggal terakhir pasien meninggal atau pindah tempat. Setelah batas waktu tersebut, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali persetujuan tindakan medis atau persetujuan lain harus di simpan dalam jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuat.
- f. Sistem penyimpanan resep yang telah dilayani di Puskesmas harus dipelihara dan disimpan minimal 2 (dua) tahun dan dikelompokkan sesuai hari pelayanan.
- g. Penyimpanan dokumen di ruang administrasi / tata usaha adalah master dokumen dan masing-masing kelompok pelayanan mendapat copy dokumen dengan stempel TERKENDALI sesuai pelayanan.
- h. Penyimpanan dokumen / arsip perkantoran sesuai sistem penyimpanan aturan Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen yaitu dengan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 26 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengurusan Surat di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen dengan alur sebagai berikut:
  - 1) Surat Masuk
    - a) Surat masuk di terima oleh pengadministrasi surat pada unit kerja.
    - b) Pengadminstrasi surat melakukan pencatatan data agenda surat masuk dan melakukan penyimpanan.
    - c) Pengguna tujuan surat dapat melihat dan memeriksa data maupun isi surat mazuk yang ditujukan kepadanya.



- d) Apabila surat masuk tersebut salah alamat, dikembalikan ke pengadministrasi surat agar dilakukan penyesuaian.
  - e) Pengguna tujuan surat dapat menangani surat masuk dengan membuat disposisi.
- 2) Disposisi
- a) Alur disposisi merupakan kelanjutan dari penanganan surat masuk atau disposisi lanjutan.
  - b) Pembuat disposisi merupakan pengguna tujuan surat yang menerima surat masuk pertama kali dan memberi disposisi yang merupakan disposisi lanjutan.
  - c) Format disposisi dilengkapi dengan kepada disposisi diberikan, keterangan perintah yang diberikan kepada penerima disposisi dan tanggal disposisi diberikan.
  - d) Data disposisi yang telah diisikan akan tersimpan dalam basis data yang terpusat dan sistem secara otomatis akan melengkapi dengan lampiran dokumen surat masuk.
  - e) Penerima disposisi harus menindaklanjuti disposisi dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut disposisi kepada pembuat disposisi.
  - f) Apabila diperlukan, penerima disposisi dapat melakukan disposisi lanjutan kepada pejabat di bawahnya
- 3) Surat Keluar
- a) Konsep surat dibuat oleh unit kerja yang mempunyai inisiatif untuk membuat konsep surat keluar.
  - b) Konsep surat dibuat dengan menggunakan acuan sesuai dengan ketentuan yang mengatur tentang tata naskah dinas pada Pemerintah Daerah.
  - c) Konsep surat harus diajukan kepada atasan untuk mendapat persetujuan.
  - d) Surat yang telah disetujui oleh atasan diberi nomor sesuai dengan format penomoran agenda surat keluar.
  - e) Surat yang telah diberi nomor kemudian dicetak dan dibubuhi tanda tangan dan cap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- i. Penyimpanan dokumen/arsip kepegawaian puskesmas dilakukan dengan menggunakan *box file* masing-masing nama pegawai dengan urutan arsip kepegawaian yang di tentukan.
  - j. Penyimpanan salinan atau copy dokumen dimasing-masing kelompok pelayanan, sedangkan di admistrasi dan manajemen (admen) menyimpan master dokumen semua kelompok pelayanan dan program.

15. 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.

16. Peminjaman Dokumen

Peminjaman dokumen antar unit/lintas unit dengan mempergunakan ekspedisi peminjaman, sedangkan peminjaman yang dilakukan oleh lintas sektor atau dinas atasan harus memakai surat resmi dan melewati ketatausahaan. Peminjaman dari luar organisasi dengan syarat sebagai berikut :

- a. Membawa surat permohonan peminjaman
- b. Membuat pernyataan sanggup mengembalikan dan bersedia menerima sanksi jika tidak bisa mengembalikan dokumen.

17. Pelaporan Ke Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana

Pelaporan pelayanan dan kegiatan Puskesmas Ambal II dengan penerapan satu pintu melalui administrasi manajemen atau Ka.Subag. Tata Usaha, dengan ketentuan pelaporan dari unit/ pelaksana paling lambat tanggal 5 setiap bulan dan laporan dibuat rangkap 2 (dua) untuk jenis laporan yang *offline*, sedangkan laporan *online* cukup dibuat rangkap 1 (satu)

18. Fomat-Format

Untuk menyeragamkan format yang digunakan di Puskesmas Ambal II dilampirkan format-format sebagai berikut:

- a. Format disposisi surat masuk,
- b. Format surat keluar,
- c. Format surat keputusan / kebijakan,
- d. Format standar operasional prosedur (SOP),
- e. Format rekam medik,
- f. Format resep,
- g. Format rujukan eksternal,
- h. Format rujukan internal,
- i. Format persetujuan tindakan (Inform Consent),
- j. Format penolakan tindakan,
- k. Format permintaan pulang paksa,
- l. Format kerangka acuan,
- m. Format pedoman/ panduan
- n. Format rencana usulan kegiatan (RUK),

- o. Format rencana pelaksanaan kegiatan (RPK),
- p. Format rencana tindak lanjut,
- q. Format tindak lanjut,
- r. Format rekaman harian masing-masing karyawan,
- s. Format notulen pertemuan/ rapat,
- t. Format daftar hadir

### C. PENGENDALIAN REKAM IMPLEMENTASI

Rekam implementasi adalah dokumen yang menjadi bukti obyektif dari kegiatan yang dilakukan atau hasil yang dicapai dalam kegiatan Puskesmas Ambal II dalam melaksanakan regulasi internal atau kegiatan yang direncanakan.

Rekam implementasi / catatan sebagai bukti pelaksanaan kegiatan harus dikendalikan. Puskesmas Ambal II menetapkan SOP terdokumentasi untuk mendefinisikan pengendalian yang diperlukan untuk identifikasi, penyimpanan, perlindungan, pengambilan, lama simpan dan pemusnahan. Rekam implementasi/catatan harus dapat terbaca, segera dapat teridentifikasi dan dapat diakses kembali.

## **BAB III**

### **TANGGUNG JAWAB MANAJEMEN**

#### **A. Komitmen Manajemen**

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

#### **B. Fokus Pada Sasaran/Pasien/Pelanggan**

Pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas Ambal II 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 Puskesmas Ambal II berkomitmen untuk menyelenggarakan pelayanan yang berfokus pada pelanggan, memperhatikan keselamatan pelanggan dan melakukan penyempurnaan yang berkelanjutan.

Kebijakan mutu dituangkan dalam surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana, sedangkan kebijakan kinerja dan perilaku dituangkan dalam keputusan Kepala Puskesmas.

#### **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 ataupun indikator penyelenggaraan upaya Puskesmas Ambal II.

Perencanaan disusun dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan pelanggan, hak dan kewajiban pelanggan, serta upaya untuk mencapai sasaran kinerja yang ditetapkan.

Perencanaan mutu Puskesmas Ambal II 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 resiko 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

Indikator Mutu dan Kinerja Puskesmas Ambal II adalah sebagai berikut :

1. Indikator Nasional Mutu

No	Indikator Nasional Mutu	Target Kinerja Tujuan/ Sasaran				
		2022	2023	2024	2025	2026
1	Kepatuhan kebersihan tangan	85 %	90 %	94 %	98 %	100 %
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Keberhasilan pengobatan TB SO	90 %	92 %	94 %	96 %	98 %
5	Ibu Hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6	Kepuasan Pasien	76,61 %	78 %	80 %	83 %	85 %

2. Indikator Kinerja Admen

No	Indikator	Indikator kinerja	2022	2023	2024	2025	2026
1	Manajemen umum puskesmas	Mempunyai rencana lima tahunan sesuai RPJM dinas Kesehatan	10	10	10	10	10
		Tersusunnya RUK, berdasarkan rencana lima tahunan, dan melalui analisis situasi dan perumusan masalah	10	10	10	10	10
		Tersusunnya RPK secara terinci dan lengkap	10	10	10	10	10
		Melaksanakan mini lokakarya bulanan	10	10	10	10	10
		Melaksanakan mini lokakarya triwulan dengan lintas sector	10	10	10	10	10
		Membuat penilaian kinerja satu tahun sekali, mengirim ke dinas Kesehatan kabupaten dan mendapatkan feedback dari dinas Kesehatan kab/kota	10	10	10	10	10
2	Manajemen sumber daya	Dilakukan inventarisasi peralatan di puskesmas	10	10	10	10	10

		Ada daftar inventarisasi peralatan di puskesmas	10	10	10	10	10
		Ada struktur organisasi puskesmas	10	10	10	10	10
		Ada pembagian tugas dan tanggungjawab tenaga puskesmas	10	10	10	10	10
		Perencanaan peningkatan kompetensi SDM	10	10	10	10	10
		Tercukupinya kebutuhan SDM sesuai kompetensinya	10	10	10	10	10
3	Manajemen keuangan dan BMN/BMD	Membuat catatan bulanan uang keluar masuk dalam buku kas	10	10	10	10	10
		Ketepatan dan kelengkapan laporan keuangan	10	10	10	10	10
		Ketepatan realisasi pelaksanaan kegiatan berdasarkan perencanaan	10	10	10	10	10
4	Manajemen pemberdayaan masyarakat	Setiap desa melakukan SMD dan MMD	10	10	10	10	10
5	Manajemen data dan informasi	Tersedianya system informasi puskesmas	10	10	10	10	10

### 3. Indikator Mutu Admen

No	Indikator	2022	2023	2024	2025	2026
1	Ada daftar urutan kepangkatan karyawan	10	10	10	10	10
2	Ketepatan dan kelengkapan laporan program sebelum tanggal 5	10	10	10	10	10
3	Ketertiban agenda surat masuk dan surat keluar	10	10	10	10	10
4	Audit internal 4x setahun	10	10	10	10	10
5	Rapat tinjauan manajemen 2x setahun	10	10	10	10	10

4. Indikator Standar Pelayanan Minimal

No	Bidang/Urusan/Indikator	Target Kinerja Tujuan/Sasaran				
		2022	2023	2024	2025	2026
1	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
4	Pelayanan Kesehatan Balita Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
5	Pelayanan Kesehatan pada usia pendidikan dasar Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
6	Pelayanan Kesehatan pada usia produktif Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
7	Pelayanan Kesehatan pada usia lanjut Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
8	Pelayanan Kesehatan penderita Hipertensi Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
9	Pelayanan Kesehatan penderita diabetes mellitus Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
10	Pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
11	Pelayanan Kesehatan orang terduga tubercullosis Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%
12	Pelayanan Kesehatan orang dengan resiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia ( <i>Human Immunodeficiency virus</i> ) Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	100%

5. Indikator Kinerja Sesuai RPJMD

No	Bidang/Urusan/Indikator	Target Kinerja Tujuan/Sasaran				
		2022	2023	2024	2025	2026
1	Angka Kematian Ibu (AKI)	1 Kasus	1 Kasus	1 Kasus	1 Kasus	1 Kasus
2	Angka Kematian Bayi (AKB)	4 Kasus	4 Kasus	4 Kasus	4 Kasus	4 Kasus
3	Presentase Angka pemakaian kontrasepsi/CPR (cakupan peserta KB Aktif)	63,5%	63,5%	64,5%	65%	65%
4	Prosentase Balita Stunting	16%	14%	12%	11%	10%
5	Prosentase Kasus Gizi Buruk	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%

6	Prosentase KLB ditangani dalam waktu < 24 jam	100%	100%	100%	100%	100%
7	Prosentase Capaian Desa STBM	18%	26%	33%	40%	48%
8	Prosentase penderita DBD ditemukan dan ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
9	Prosentase Desa Siaga Aktif Mandiri	47,72 %	50,58 %	53,44 %	56,3%	59,16 %
10	Cakupan Jaminan Kesehatan (UHC)	87%	90%	93%	95%	95%
11	Prosentase Rumah Tangga Sehat	93,4%	95,2%	97%	98,8%	100%

6. Indikator Kinerja Berbasis Komitmen (Khusus Pasien Peserta JKN Aktif)

No	Bidang/Urusan/Indikator	Target Kinerja Tujuan/Sasaran				
		2022	2023	2024	2025	2026
1	Angka Kontak	>150 %o	>150 %o	>150% o	>150 %o	>150 %o
2	Rasio Rujukann Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik	<2%	<2%	<2%	<2%	<2%
3	Rasio Peserta Prolanis terkendali	>5%	>5%	>5%	>5%	>5%

7. Indikator Mutu Pusat Kesehatan Masyarakat

No	Bidang/Urusan/Indikator	Target Kinerja Tujuan/Sasaran				
		2022	2023	2024	2025	2026
1	Kelengkapan pengisian Rekam Medis Rawat Jalan	80%	85%	90%	95%	100%
2	Penatalaksanaan Diagnosa A09 (Diare Non Spesifik) Tanpa Pemberian Antibiotik	8%	7%	6%	5%	4%
3	Pengisian odontogram untuk pengkajian awal pasien baru	60%	65%	70%	75%	80%
4	Kesesuaian peresepan dengan formularium puskesmas	80%	85%	90%	95%	100%
5	Tindakan pengambilan darah vena dengan sekali tusuk	75%	80%	85%	90%	95%
6	Pasien Ibu hamil anemia mendapat konseling gizi	80%	85%	90%	95%	100%
7	Kelengkapan pengisian formulir tatalaksana Managemen Balita Sakit	60%	65%	70%	75%	80%

8. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Bidang/Urusan/Indikator	Target Kinerja Tujuan/Sasaran				
			2022	2023	2024	2025	2026
1	Identifikasi Pasien Dengan Benar	Kepatuhan petugas melakukan	100%	100%	100%	100%	100%



		identifikasi pasien minimal nama dan alamat					
2	Komunikasi efektif dalam pelayanan	Kepatuhan pelaksanaan SBAR (Situational, Background, Assesment, Recommendation ) dan TBK (Tulis, baca, dan konfirmasi) di UGD/VK yang dipindah ke rawat inap (ranap) / ruang bersalin dalam waktu 24 jam	100%	100%	100%	100%	100%
3	Keamanan obat yang perlu diwaspadai	Pelabelan obat yang perlu diwaspadai	100%	100%	100%	100%	100%
4	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	Kepatuhan terhadap prosedur pembedahan (SOAP pasien, monitoring pemberian anestesi lokal, pra, selama, dan post operasi, serta laporan operasi, informed consent)	100%	100%	100%	100%	100%
5	Mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan	Kepatuhan seluruh petugas puskesmas melakukan hand	85%	90%	94%	98%	100%

		hygiene					
6	Mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh	Prosentase kejadian pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	100%

9. Indikator Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Bidang/Urusan/Indikator	Target Kinerja Tujuan/Sasaran				
			2022	2023	2024	2025	2026
1	Infeksi saluran kemih (ISK)	Kejadian ISK di FKTP	<0,75 %	<0,75 %	<0,75 %	<0,75 %	<0,75 %
2	Plebitis	Angka kejadian phlebitis akibat gangguan kateter perifer line (infus)	<0,5 %	<0,5 %	<0,5 %	<0,5 %	<0,5 %
3	Infeksi daerah operasi (IDO)	Angka kejadian infeksi daerah operasi (IDO) <i>superficial-superficial incision</i>	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %
4	Abses Gigi	Angka kejadian infeksi pasca tindakan pelayanan gigi yang terjadi abses	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %
5	Kejadian ikutan pasca Imunisasi (KIPI)	Angka kejadian infeksi pasca tindakan pelayanan imunisasi	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %	<0,2 %

E. Tanggung jawab, Wewenang dan Komunikasi/Koordinasi

1. Kepala Puskesmas

- a. Mengesahkan struktur organisasi, mengangkat management mutu dan menyediakan sumber daya yang diperlukan.
- b. Memastikan bahwa tanggung jawab dan wewenang dikomunikasikan ke pelaksana terkait di dalam puskesmas
- c. Memeriksa dan meninjau struktur organisasi, tanggung jawab dan wewenang

2. Wakil Manajemen Mutu/Penanggung Jawab Mutu

- a. mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja puskesmas
- b. melakukan perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu untuk memberikan kepuasan pada pengguna/sasaran puskesmas secara periodik melalui pertemuan tinjauan manajemen
- c. mengevaluasi kegiatan peningkatan mutu dan kinerja puskesmas
- d. Membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan puskesmas

- e. Bertanggungjawab menjamin kesesuaian dan efektivitas implementasi system manajemen mutu
- f. Melaporkan sistem manajemen mutu dan kinerja pelayanan kepada kepala puskesmas
- g. Membantu Kepala Puskesmas dalam mengendalikan proses peningkatan mutu pelayanan kesehatan
- h. Menyusun dan mengembangkan dokumen
- i. Melakukan penjaminan mutu proses dan hasilnya
- j. Memastikan kesadaran seluruh karyawan terhadap kebutuhan dan harapan sasaran / pasien

### 3. Penanggung Jawab Upaya Kesehatan

- a. merencanakan kegiatan bulanan, tahunan dan usulan kegiatan tahun berikutnya.
- b. Mengkoordinir pelaksana kegiatan
- c. melaksanakan kegiatan sesuai dengan pedoman dan rencana kegiatan yang telah disusun berdasarkan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran.
- d. menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari
- e. bertanggungjawab menjamin kesesuaian perencanaan dengan pelaksanaan kegiatan sesuai harapan masyarakat atau sasaran
- f. Bertanggungjawab kepada Kepala Puskesmas dan Wakil Manajemen Mutu
- g. menyusun dan mengembangkan kegiatan pelayanan kesehatan
- h. Memberi masukan atau arahan kepada pelaksana kegiatan

### 4. Pelaksana pelayanan

Melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan yang ditetapkan

### F. Komunikasi Internal

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

## BAB IV

### TINJAUAN MANAJEMEN

#### A. Umum

Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dilaksanakan sebagai upaya **pemantauan, evaluasi dan pengendalian terhadap pelaksanaan sasaran mutu/program kegiatan**, agar pencapaian target yang telah direncanakan dapat terealisasi dengan baik. Dengan kata lain Rapat tinjauan manajemen adalah kegiatan pertemuan untuk membahas kegiatan manajemen misalnya umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, upaya kegiatan, pelayanan puskesmas dan kebijakan mutu yang dilaksanakan secara sistematis

Rapat tinjauan manajemen dilakukan dua kali dalam setahun di bulan Juni dan Desember

#### B. Tujuan Utama dan Khusus

##### 1. Umum

untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu secara berkesinambungan

##### 2. Khusus

- Peningkatan efektivitas system manajemen mutu dan sistem pelayanan
- Peningkatan pelayanan terkait dengan harapan dan kebutuhan pelanggan,
- Identifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan baik pada sistem manajemen mutu maupun sistem pelayanan
- Penyediaan sumber daya yang perlu dilakukan agar sistem pelayanan efektif

#### C. Masukan Tinjauan Manajemen

- Hasil audit internal
- Umpan balik pelanggan
- Kinerja proses
- Pencapaian sasaran-sasaran mutu/indikator-indikator kinerja
- Status tindakan koreksi dan pencegahan yang dilakukan
- Tindak lanjut terhadap hasil tinjauan manajemen yang lalu
- Kebijakan mutu dan kebijakan pelayanan/upaya Puskesmas
- Perubahan yang perlu dilakukan terhadap system manajemen mutu dan system pelayanan/penyelenggaraan upaya Puskesmas

D. Luaran atau output Tinjauan Manajemen berupa :

Keputusan dan tindakan yang berhubungan dengan:

- peningkatan efektivitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan
- peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan pelanggan,
- identifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan baik pada sistem manajemen mutu maupun sistem pelayanan
- penyediaan sumber daya yang perlu dilakukan agar sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan efektif

E. Agenda dan Langkah Persiapan

Agenda Rapat Tinjauan Manajemen

- Pembukaan oleh Wakil Manajemen Mutu
- Arahan dari Kepala Puskesmas
- Tinjauan terhadap pertemuan tinjauan manajemen yang lalu
- Pembahasan hasil audit internal
- Permbahasan umpan balik/keluhan pelanggan
- Hasil penilaian kepuasan pelanggan
- Hasil penilaian kinerja
- Masalah-masalah operasional yang terkait dengan penerapan sistem manajemen mutu, penyelenggaraan pelayanan (klinis dan UKM)
- Rencana perbaikan/perubahan yang perlu dilakukan baik pada sistem manajemen mutu maupun sistem pelayanan (klinis dan UKM)
- Rekomendasi untuk perbaikan
- Penutup

F. Langkah-langkah Pertemuan Tinjauan Manajemen

- Penanggung jawab manajemen mutu bersama Kepala Puskesmas mempersiapkan pertemuan tinjauan manajemen: rencana waktu, tempat, agenda, dan siapa saja yang akan diundang
- Penanggung jawab manajemen mutu mengundang peserta pertemuan
- Penanggung jawab manajemen mutu memimpin pertemuan tinjauan manajemen: melaksanakan sesuai agenda, memimpin proses paparan/diskusi selama pertemuan berlangsung

- Penanggung jawab manajemen mutu memberikan umpan balik/kesimpulan rapat tinjauan manajemen
- Penanggung jawab manajemen mutu melakukan pemantauan perbaikan sesudah pertemuan tinjauan manajemen

#### G. Penanggungjawab

Rapat tinjauan manajemen dipimpin oleh Wakil Manajemen Mutu dan harus dihadiri oleh Kepala Puskesmas dan seluruh pelaksana pelayanan.

Audit dilakukan oleh tim audit yang tercantum dalam SK Tim Audit Puskesmas, meliputi audit administrasi manajemen, audit UKM dan audit pelayanan klinis.

#### H. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan

Proses Evaluasi dilaksanakan setiap bulan dengan memonitor perkembangan hasil – hasil yang telah disepakati pada saat rapat tinjauan manajemen melalui lokakarya mini bulanan. Pencacatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan dilakukan dengan melakukan pencatatan (notulen) setelah kegiatan selesai dilaksanakan untuk selanjutnya dilaporkan kepada Kepala Puskesmas Ambal II. Pencatatan hasil kegiatan harus terdokumentasi dengan baik untuk dapat menjadi bahan evaluasi dan perbandingan pada rapat tinjauan manajemen berikutnya.

## **BAB V**

### **MANAJEMEN SUMBER DAYA**

#### **A. Penyediaan Sumber Daya**

Kepala Puskesmas wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas Ambal II.

Penyediaan sumber daya meliputi:

1. Penyediaan sumber daya administrasi manajemen
2. Penyediaan sumber daya UKM
3. Penyediaan sumber daya UKP

#### **B. Manajemen Sumber Daya Manusia**

1. Penyediaan sumber daya manusia

Tim mutu yang terdiri dari Wakil Manajemen Mutu, Penanggungjawab Administrasi, Penanggungjawab UKP dan Penanggungjawab UKM menyusun Standar kompetensi dan pola ketenagaan bagi karyawan Puskesmas Ambal II. Selanjutnya, berdasarkan hasil Standar Kompetensi dan Pola ketenagaan, dilakukan identifikasi kesesuaian jabatan dengan petugas, identifikasi kebutuhan tenaga, identifikasi kompetensi. Hasil identifikasi disusun sebagai kesenjangan kompetensi dan kebutuhan tenaga. Tim mutu selanjutnya menyusun rencana tindak lanjut terhadap kesenjangan yang ditemukan.

Tim mutu menyampaikan hasil Standar Kompetensi, Pola ketenagaan, Kesenjangan dan Rencana Tindak Lanjut pada Rapat Tinjauan Manajemen yang dipimpin oleh Kepala Puskesmas. Keputusan dibuat berdasarkan hasil kesepakatan Rapat Tinjauan Manajemen.

2. Proses rekrutmen

Rekrutmen dilakukan berdasarkan hasil Rapat Tinjauan Manajemen berdasarkan kebutuhan tenaga. Rekrutmen dilakukan dengan cara membuat usulan kebutuhan tenaga kepada Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen.

Usulan kebutuhan tenaga dibuat oleh Ka Sub Bag TU dan diketahui oleh Kepala Puskesmas.

3. Proses kredensial

Proses kredensial dilaksanakan oleh Tim Kredensialing, yang di berlakukan bagi petugas pelaksana UKP meliputi kelengkapan dan masa berlaku STR (semua tenaga kesehatan ), SIP (semua tenaga kesehatan ) dan pendidikan/pelatihan berkelanjutan.

4. Peningkatan kompetensi  
Pengusulan pelatihan SDM sesuai dengan rencana kegiatan tahun sebelumnya.]

C. **Infrastruktur**

Puskesmas Ambal II menetapkan, menyediakan, dan memelihara infrastruktur medis dan non medis yang diperlukan untuk mencapai kesesuaian pelayanan termasuk di dalamnya :

- a. gedung/ruangan untuk pelayanan pasien dan sarana pendukungnya
- b. ruangan kantor untuk karyawan
- c. peralatan medis dan non medis
- d. sarana pendukung lainnya seperti: Ambulance, puskesmas keliling

D. **Lingkungan Kerja**

Lingkungan kerja Puskesmas Ambal II perlu dikelola dengan baik sehingga menjamin keselamatan bagi petugas dan pelanggan Puskesmas Ambal II.

1. Di tempat kerja dan lingkungan kerja
  - a. Desain tempat kerja:
    - 1) Ruang kerja yang ditata dengan baik untuk memudahkan proses kerja
    - 2) Pencahayaan yang cukup
    - 3) Tersedia prosedur kerja
  - b. Sanitasi Lingkungan
    - 1) Semua ruangan harus bersih
    - 2) Ada tempat sampah yang dilapisi kantong plastik
    - 3) Tempat cuci tangan dengan air mengalir
    - 4) Petugas dilarang makan dan merokok saat kerja
    - 5) Ada TPS Limbah B3
    - 6) Ada TPS Limbah domestik
2. Proses Kerja, Bahan dan Peralatan Kerja:
  - a. Melaksanakan pelayanan dan tindakan dengan benar dan paham dengan resiko yang mungkin terjadi
  - b. Menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) dengan benar
  - c. Mencuci tangan dengan 6 langkah sebelum dan sesudah menyentuh pasien.
  - d. Mengetahui cara mengatasi kecelakaan
  - e. Sarung tangan, spuit dan alat medis bekas pakai dibuang ke dalam tempah sampah medis.
  - f. Alat yang telah digunakan, direndam kedalam larutan klorin
  - g. Semua tumpahan harus segera dibersihkan
  - h. Peralatan yang rusak segera dicatat
  - i. Tempat sampah diletakkan di tempat yang ditentukan
  - j. Pengelolaan limbah:



#### Limbah padat

- 1) Tersedia tempat sampah yang di pisahkan antara tempat sampah non medis dan tempat sampah medis.
- 2) Tempat sampah terbuat dari bahan yang kuat, ringan, tahan karat, mempunyai tutup yang mudah dibuka dan ditutup.
- 3) Tempat sampah dilapisi dengan plasti ksebagai pembungkus sampah
- 4) Sampah medis dikelola oleh pihak ke tiga
- 5) Sampah non medis dikelola sesuai prosedur yang berlaku

#### Limbah cair

Limbah cair dari dental unit, laboratorium dan unit lain di masukkan ke septic tank / IPAL (Instalasi Pengelolaan Air Limbah)

AMBA

**BAB VI**  
**PENYELENGGARAAN PELAYANAN**

**A. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)**

1. Perencanaan UKM, Akses dan Pengukuran Kinerja

a. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat.

Kegiatan UKM direncanakan selama satu tahun (RUK tahunan) yang kemudian dirinci dalam RPK bulanan. Semua kegiatan UKM dapat dibiayai oleh dana Bantuan Operasional bidang Kesehatan (BOK).

b. Akses Upaya Kesehatan Masyarakat

Semua kegiatan UKM direncanakan untuk semua desa di Wilayah Kerja Puskesmas Ambal II, jadi diharapkan semua masyarakatnya mudah untuk mengaksesnya.

c. Pengukuran Kinerja

Tabel Pengukuran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut :

No	Upaya Kesehatan	Indikator Kinerja	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026
<b>UKM ESSENSIAL</b>							
1.	Kesehatan Ibu dan Anak	Cakupan penanganan ibu hamil resiko tinggi	100%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan kunjungan ibu hamil (K4)	95%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan deteksi resiko oleh nakes	95%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan kunjungan nifas (KF1)	93%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan penanganan komplikasi maternal	83%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan kunjungan neonatus pertama (KN1)	93%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan pelayanan kesehatan bayi 29 hari-12 bulan (kunjungan bayi)	95%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan penanganan komplikasi neonatus	83%	100%	100%	100%	100%
2	Pelayanan Gizi	Presentase ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan	80%	80%	80%	80%	80%
		Presentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD)	82%	83%	84%	85%	86%
		Presentase bayi usia kurang 6 bulan yang	50%	55%	60%	65%	70%

		mendapat ASI Eksklusif					
		Presentase BBL yang mendapat IMD	62%	66%	70%	74%	78%
		Presentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan	85%	85%	85%	85%	85%
		Presentase remaja putri yang mendapatkan TTD	54%	56%	58%	60%	62%
		Persentase D/S	75%	80%	85%	90%	95%
		Persentase N/D	84%	86%	88%	90%	92%
3	Pencegahan Penyakit	Persentase penderita FRAMBUSIA ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
		Persentase penderita LEPTOSPIROSOS ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
		AFP non polio rate	100%	100%	100%	100%	100%
		Discarded rate campak (surveilans)	100%	100%	100%	100%	100%
		Persentase penderita talasemia ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
		Persentase penderita kusta ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
		Persentase penderita Malaria ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
		Persentase kasus ibu hamil yang terdeteksi hepatitis ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
4	Promosi Kesehatan	Prosentase posyandu mandiri	66.68%	69.54 %	72.36 %	75.00 %	78.04 %
5	Kesehatan Lingkungan	Cakupan Pilar I STBM Stop BABS	100%	100%	100	100%	100%
		Cakupan Pilar II STBM CTPS	100%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan Pilar III STBM PAM RT	95%	95%	100%	100%	100%
		Cakupan Pilar IV STBM Pengelolaan Sampah minimal 3R (Reduce Reuse Recycle)	55%	55%	65%	75%	85%
		Cakupan Pilar V STBM SPAL	70%	70%	85%	90	95%
		Cakupan Desa Pelaksana STBM	100%	100%	100%	100%	100%
		Cakupan TTU (Tempat-Tempat umum) memenuhi Syarat Kesehatan	97%	97%	97%	97%	97%
		Cakupan TPM (Tempat Pengelolaan Makanan) memenuhi syarat	90%	90%	95%	98%	100%

		kesehatan					
		Cakupan TPM (Tempat Pengelolaan Makanan) memenuhi syarat kesehatan	90%	90%	95%	98%	100%
6	PERKESMAS	Individu dan keluarganya dari keluarga rawan yang mendapatkan perawatan kesehatan masyarakat ( home care )	70%	70%	70%	70%	70%
No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026
<b>UKM PENGEMBANGAN</b>							
1	Kesehatan Tradisional	Penyehat Tradisional mendapatkan pembinaan minimal sekali dalam setahun	100%	100%	100%	100%	100%
2	Kesehatan Jiwa	Persentase pembentukan desa siaga sehat jiwa	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pelayanan Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat	Persentase pembinaan kesehatan gigi dan mulut di desa	100%	100%	100%	100%	100%
		Persentase balita yang mendapat pelayanan kesehatan gigi oleh kader	70%	75%	80%	85%	90%

2. Proses yang Berhubungan dengan Sasaran:

a. Penetapan persyaratan sasaran

Sasaran Upaya Kesehatan Masyarakat Puskesmas Ambal II berdasarkan SK Kadinkes Nomor 440/130/KEP/2019 tentang Target Sasaran dan Kinerja Program Kesehatann OPD Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2019, yaitu :

- 1) Sasaran Program KIA/KB dan Gizi : Usia Produktif, Bayi, Balita, Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Bumil KEK, Balita Kurus
- 2) Sasaran Program Kesling yaitu Tempat-tempat umum seperti Sarana Pendidikan (SD, SMP, SMA), Sarana kesehatan (Puskesmas, RS), hotel (bintang, non bintang), Tempat pengelolaan (Jasa boga, Rumah Makan, Depot Air Munum, Makanan Jajanan)
- 3) Sasaran Program P2P yaitu Penduduk usia 15-59 tahun, usia produktif, ODGJ
- 4) Sasaran Program Promkes yaitu : Desa Siaga dan UKBM
- 5) Sasaran UKGM yaitu Pos PAUD/ KB, Posyandu Balita, dan Lansia
- 6) Sasaran Lansia yaitu Penduduk usia >60 tahun dan > 70 tahun

b. Tinjauan terhadap Sasaran UKM

Tinjauan terhadap persyaratan sasaran Puskesmas Ambal II secara berkala meninjau terhadap persyaratan yang berhubungan dengan pelayanan Upay Kesehatan Masyarakat (UKM). Tinjauan ini dilaksanakan sebagai bentuk komitmen Puskesmas Ambal II dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dan memastikan bahwa persyaratan pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dalam bentuk program dan kegiatan telah diuraikan, selalu berusaha terus menerus memenuhi persyaratan yang telah ditentukan, melakukan koordinasi dengan pihak terkait untuk mengupayakan memenuhi kekurangan yang dimiliki.

c. Komunikasi dengan sasaran pelayanan upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) melalui mekanisme meliputi:

- 1) Informasi langsung kepada Kepala Puskesmas, penanggungjawab program dan pelaksana.
  - 1) Telpon ke (0287) 6651712.
  - 2) SMS atau WhatsApp ke 08112681972
  - 3) Kotak saran yang tersedia di teras depan Puskesmas Ambal II.
  - 4) Media online seperti Instagram : puskesmasambal\_2
  - 5) Facebook/Youtube : Puskesmas Ambal II
  - 6) Web : puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id
  - 7) Map : Puskesmas Ambal 2 ,
  - 8) Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) ataupun
  - 9) Pertemuan-pertemuan yang diadakan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II

3. Penyelenggaraan UKM

Penyelenggaraan semua kegiatan UKM sudah terinci mulai dari kegiatan, tujuan, sasaran, target, rincian kegiatan, jadwal pelaksanaan, penanggung jawab dan sumber dana dalam RPK UKM.

a. Pengendalian proses penyelenggaraan upaya

Puskesmas Ambal II merencanakan dan melaksanakan pelayanan Upaya kesehatan Masyarakat (UKM) pada keadaan kondisi yang dikendalikan untuk mendapatkan hasil yang optimal melalui RPK tahunan dan RPK bulanan yang dievaluasi setiap bulan.

b. Validasi proses penyelenggaraan upaya

Puskesmas Ambal II melakukan validasi pelayanan penyelenggaraan upaya yang hasilnya menjadi rencana tindak lanjut dan bahan perbaikan yang akan dilakukan oleh Tim Audit Internal, Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) serta Tim Survei atau Kepuasan Pelanggan. Mekanisme dan tata cara validasi terhadap pelayanan penyelenggaraan upaya secara rinci sebagaimana diatur dalam dokumen Kebijakan dan Prosedur Tugas dan Wewenang Serta Tata Kerja Tim

Audit Internal, Tim peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Tim Survei Kepuasan Pelanggan. Validasi ini termasuk untuk proses dimana ketidaksesuaian terjadi baik sebelum pelayanan penyelenggaraan upaya dilakukan maupun setelah program atau kegiatan dilakukan Validasi proses penyelenggaraan UKM.

c. Identifikasi dan mampu telusur

Pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang dilakukan Puskesmas Ambal II dimulai dari proses identifikasi atau survei kebutuhan masyarakat terhadap upaya yang dilakukan secara terintegrasi pada unit atau program terkait.

d. Hak dan kewajiban sasaran

Hak Sasaran UKM

- 1) Memperoleh kejelasan informasi tentang kegiatan program UKM yang dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Ambal II.
- 2) Memperoleh informasi mengenai aturan, tata cara dan peraturan yang berlaku tentang kegiatan program UKM.
- 3) Memperoleh penyuluhan, pembinaan dan sosialisasi terkait dengan kegiatan program UKM.
- 4) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas kegiatan program UKM.

Kewajiban Sasaran UKM

- 1) Memberikan dan membantu menyampaikan informasi terkait dengan masyarakat sekitar.
- 2) Mendukung kegiatan program UKM di wilayah kerja Puskesmas Ambal II.
- 3) Mematuhi segala aturan dan kesepakatan yang telah disepakati bersama.

e. Manajemen resiko dan keselamatan

Puskesmas Ambal II memastikan penerapan manajemen risiko dan keselamatan terhadap masyarakat yang menjadi sasaran kegiatan Upaya Kegiatan Masyarakat (UKM). Pelaksanaan lebih rinci kegiatan manajemen risiko dan keselamatan terhadap masyarakat terdapat pada Pedoman manajemen resiko dan keselamatan pasien.

4. Pengukuran, Analisis dan Penyempurnaan Sasaran Kinerja UKM

a. Umum

Puskesmas Ambal II merencanakan dan menerapkan pemantauan, pengukuran, analisa dan proses peningkatan mutu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang bertujuan untuk memastikan kesesuaian dengan rencana pelaksanaan kegiatan dan meningkatkan efektifitas Sistem Manajemen Mutu. Kegiatan ini dilakukan dengan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat di setiap program UKM.

b. Pemantauan dan pengukuran

1) Kepuasan pelanggan

Sebagai salah satu pengukuran kinerja Sistem Manajemen Mutu, Puskesmas Ambal II memantau informasi tentang persepsi masyarakat

mengenai apakah Puskesmas Ambal II telah memenuhi harapan dan memberikan kepuasan dalam pelayanan upaya kepada masyarakat. Metode untuk memperoleh informasi dari masyarakat dilakukan dengan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat.

2) Audit Internal

Untuk memastikan efektifitas Sistem Manajemen Mutu yang diterapkan di Puskesmas Ambal II dilakukan Audit internal secara periodik, yang dilakukan terjadwal dan dilakukan pembahasan dalam pertemuan internal tim audit internal dan unit terkait yang diperlukan. Audit dilakukan oleh tim audit internal. Metode audit dilakukan dengan cara wawancara langsung kepada audit dan pengamatan secara langsung (observasi). Setiap temuan audit didokumentasikan dalam laporan audit internal dan digunakan sebagai bahan masukan untuk Rapat Tinjauan manajemen (RTM).

3) Penilaian Kinerja Puskesmas

a) Pemantauan dan pengukuran hasil pelayanan

Kepuasan Pelanggan dan audit internal menunjukkan kemampuan dalam mencapai hasil yang direncanakan. Jika hasil yang direncanakan tidak tercapai, tindakan perbaikan dilaksanakan sesuai kebutuhan untuk memastikan kesesuaian tujuan yang diharapkan.

b) Pemantauan dan Pengukuran hasil layanan

Puskesmas Ambal II melakukan pemantauan terhadap proses untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan kepada masyarakat memiliki aspek legalitas sesuai standar operasional yang berlaku. Kegiatan pemantauan dilakukan oleh tim audit internal.

- Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai

Pelayanan upaya kepada masyarakat yang tidak sesuai diketahui melalui monitoring, yang kemudian didokumentasi dan dilaksanakan tindakan koreksi.

- Analisis data

Puskesmas Ambal II mengumpulkan, menganalisa, dan mengevaluasi kegiatan yang dilaksanakan melalui identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat yang kemhasilnya dibahas dalam lokakarya mini lintas program.

c) Peningkatan berkelanjutan

Puskesmas Ambal II terus menerus meningkatkan mutu pelayanan upaya kepada masyarakat dengan menggunakan kebijakan mutu, sasaran mutu, hasil audit, analisa dan dan tindakan pencegahan serta tinjauan manajemen agar sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat.

d) Tindakan korektif

Tindakan koreksi yang dilakukan oleh Puskesmas Ambal II upaya Kesehatan masyarakat (UKM) bertujuan untuk mengurangi, mengidentifikasi penyebab dari ketidaksesuaian mutu pelayanan upaya antara lain menerima saran, kritik, dan keluhan dari masyarakat melalui kotak saran, Telpon ke (0287) 6651712, SMS atau WhatsApp ke 08112681972 dll

e) Tindakan preventif

Wakil manajemen mutu dengan bagian terkait pencegahan terhadap resiko yang berpotensi menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian pada mutu pelayanan upaya dengan cara melakukan koreksi oleh auditor dan rapat tinjauan manajemen.

**B. Upaya Kesehatan Perseorangan (Pelayanan Klinis)**

1. Perencanaan Pelayanan Klinis

Puskesmas Ambal II melakukan perencanaan terhadap kegiatan pelayanan klinis. Kegiatan perencanaan dilakukan secara konsisten sebagai sebuah persyaratan dari sistem manajemen mutu, melalui kegiatan perencanaan pelayanan klinis baik terhadap kebijakan dan prosedur, sarana dan peralatan medis serta sumber daya manusia (SDM).

Adapun indikator kinerja UKP sebagai berikut :

No	Upaya Pelayanan Klinis	Indikator Kinerja	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026
1	Pendaftaran / RM	Ketepatan pengembalian rekam medis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2	Pelayanan Umum	Pemeriksaan pasien oleh dokter	80 %	80 %	85%	85%	90%
3	Pelayanan Tindakan	Kelengkapan dan ketepatan inform concent	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Pelayanan Gigi dan Mulut	Kesesuaian rencana terapi pada kasus Nekrose Pulpa	75 %	80 %	85%	90%	95 %
5	Pelayanan MTBS	Pasien dengan batuk atau kesukaran bernafas yang dihitung nafas dengan timer	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6	Pelayanan Persalinan	Pemberi pelayanan persalinan normal minimal 4 tangan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7	Pelayanan Farmasi	Kesesuaian ketersediaan obat sesuai formularium	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
		Kesalahan pemberian obat dicatat sebagai laporan insiden keselamatan pasien	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



		Ketepatan waktu penyerahan hasil laboratorium ( Paket ibu hamil ) 45 menit	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8	Pelayanan Laboratorium	Kepatuhan petugas dalam melaporkan hasil nilai kritis ( duplo & lapor)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
10	Layanan Terpadu Satu Pintu (LKSP)	Pasien dengan KEK yang mendapat konseling	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
11	Pelayanan KIA	Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC oleh dokter minimal 2	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %
12	Pelayanan KB/IVA	Keberhasilan pengambilan implant dan IUD	90 %	90 %	90 %	95 %	95 %
13	Pelayanan TB	Pengembalian pot dari pasien/suspect TB ke puskesmas	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %

2. Proses yang berhubungan dengan pelanggan

a. Penetapan Sasaran/pelanggan

Puskesmas Ambal II menetapkan persyaratan terkait dengan ruang lingkup penerapan Sistem Manajemen Mutu dalam Pelayanan klinis. Sasaran Pelayanan Klinis meliputi sasaran pasien rawat jalan yaitu pasien umum dan Pasien JKN, sasaran pasien persalinan 24 jam yaitu pasien umum dan pasien JKN.

b. Tinjauan terhadap Sasaran UKP

Puskesmas Ambal II secara berkala meninjau terhdap persyaratan yang berhubungan dengan pelayanan klinis. Tinjauan ini dilaksanakan sebagai bentuk komitmen memberikan pelayanan kepada masyarakat dan memastikan bahwa Persyaratan pelayanan klinis dalam bentuk program dan kegiatan telah dilaksanakan, selalu berusaha terus menerus memenuhi persyaratan yang telah ditentukan, sdan melakukan koordinasi dengan pihak terkait untuk mengupayakan memenuhi kekurangan yang dimiliki.

c. Komunikasi dengan sasaran pelayanan upaya Kesehatan Perorangan (UKP) melalui mekanisme meliputi:

Informasi yang diberikan melalui poster, leaflet atau lembar pemberitahuan tentang jenis dan jadwal pelayanan serta kegiatan penyuluhan kesehatan terhadap pasien rawat jalan dan pasien bersalin.

3. Pembelian / Pengadaan Barang terkait dengan Pelayanan Klinis:

a. Proses pembelian

Puskesmas Ambal II melakukan pembelian maupun pengadaan material/peralatan untuk keperluan pelayanan klinis kepada masyarakat diperoleh dari institusi yaitu; Kegiatan pembelian antara lain :

- 1) PT ATMU untuk keperluan peralatan kesehatan,
- 2) PT COBRA DENTAL untuk keperluan alat dan bahan kesehatan gigi
- 3) PT RAJA ERBA untuk keperluan bahan regencia laboratorium
- 4) PT Sumber Farma, Kimia Farma, Sapta Sari, Rajawali Utama, AAM untuk pengadaan bahan obat-obatan dan cairan

b. Verifikasi barang yang dibeli

Puskesmas Ambal II memastikan bahwa barang yang dibeli telah melalui proses verifikasi sehingga barang tersebut tepat harga, tepat jumlah dan tepat mutu.

c. Kontrak dengan pihak ketiga

Puskesmas Ambal II melaksanakan kontrak dengan PT Tiga Putra Bintang untuk pembuangan limbah B3. Perjanjian Kerja dilakukan setahun sekali dengan terlebih dahulu melakukan analisa hasil kerja rekanan

4. Penyelenggaraan Pelayanan klinis

a. Pengendalian proses pelayanan klinis

Puskesmas Ambal II merencanakan dan melaksanakan pelayanan klinis untuk memperoleh hasil yang optimal meliputi :

- 1) Tersedianya Kebijakan dan Instruksi Kerja berupa SK Pelayanan Klinis, dan SOP Prosedur Penyusunan Layanan Klinis
- 2) Tersedianya peralatan/sarana yang sesuai, berupa sarana pelayanan medis yang baik dan peralatan yang cukup, sarana ruang ruang persalinan 24 jam, peralatan penunjang laboratorium yang lengkap
- 3) Tersedianya tenaga kesehatan yang sesuai kebutuhan yaitu 1 dokter gigi, 2 dokter umum, 1 terapis gigi dan mulut, 9 perawat, 21 bidan dan tenaga kesehatan lainnya.

b. Validasi proses pelayanan

Puskesmas Ambal II melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan klinis dianalisa dan dibuati rencana tindak lanjut untuk bahan perbaikan yang dilakukan oleh Tim Audit Internal dan Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

c. Identifikasi dan ketelusuran

Pelayanan klinis yang dilakukan Puskesmas Ambal II dimulai dari pendaftaran pasien dengan memencet tombol nomor urut antri pendaftaran sampai dengan pengambilan obat di farmasi dan pelayanan persalinan 24 jam sampai ibu selesai melahirkan dan diijinkan pulang oleh dokter.

d. Hak dan kewajiban pasien

HAK PASIEN:

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan pelayanan yang berlaku di puskesmas;
- 2) Mendapatkan informasi atas:
  - a) Penyakit yang diderita
  - b) Tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan penyulit sebagai akibat tindakan tersebut, cara mengatasinya dan alternatif lainnya
  - c) Upaya pencegahan agar penyakit tidak kambuh lagi atau pencegahan agar anggota keluarga/orang lain tidak menderita penyakit yang sama
- 3) Mendapat konsultasi medis
- 4) Menyampaikan pengaduan, saran, kritik dan keluhan berkaitan dengan pelayanan
- 5) Memperoleh layanan yang bermutu, aman, nyaman, adil, jujur dan manusiawi
- 6) Hasil pemeriksaan yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan, tujuan tindakan, alternatif, resiko, biaya dan komplikasi yang mungkin terjadi serta prognosis terhadap tindakan yang dilakukan
- 7) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya kecuali untuk kasus KLB dan kasus yang dapat membahayakan masyarakat
- 8) Keluarga dapat mendampingi saat menerima pelayanan kesehatan

KEWAJIBAN PASIEN:

- 1) Pasien baru : Membawa kartu identitas (KTP/SIM/KK/dll).  
Peserta JKN membawa kartu KIS/BPJS
- 2) Pasien lama : Membawa kartu berobat Puskesmas Ambal II.  
Membawa kartu KIS/BPJS
- 3) Mengikuti alur pelayanan Puskesmas Ambal II
- 4) Mentaati segala peraturan yang berlaku di Puskesmas Ambal II
- 5) Memberikan informasi yang benar dan lengkap tentang masalah kesehatannya kepada tenaga kesehatan yang menanganinya

e. Pemeliharaan barang milik pelanggan

Puskesmas Ambal II melaksanakan pemeliharaan terhadap barang milik pelanggan pada pelayanan klinis, meliputi spesimen atau dokumen rekam medik.

f. Manajemen resiko dan keselamatan pasien

Puskesmas Ambal II memastikan kelengkapan instrumen dalam manajemen risiko dan keselamatan pasien. Keselamatan pasien (patients safety) telah menjadi

isu global dalam pelayanan kesehatan termasuk juga di puskesmas. Ada 5 isu penting yang terkait dengan keselamatan pasien dibidang kesehatan yang juga yaitu: keselamatan pasien, keselamatan karyawan, keselamatan bangunan dan peralatan. Peralatan di puskesmas yang bisa berdampak kepada keselamatan pasien dan karyawan, keselamatan lingkungan yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan kelanjutan pelayanan puskesmas. Pelaksanaan manajemen Resiko dan Keselamatan Pasien di Puskesmas Ambal II tujuan, terciptanya budaya keselamatan pasien, meningkatnya mutu pelayanan di Puskesmas Ambal II, Menurunnya angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi kejadian yang tidak diharapkan.

5. Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan pasien:

a. Penilaian indikator kinerja klinis

Dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) pelayanan klinis, Puskesmas Ambal II memiliki 6 standar keselamatan pasien, yaitu:

- 1) Tidak Terjadinya Kesalahan Identifikasi Pasien
- 2) Terlaksananya Komunikasi yang Efektif Dalam Pelayanan Klinis
- 3) Tidak Terjadinya Kesalahan Pemberian Obat Kepada Pasien
- 4) Tidak Terjadinya Kesalahan Prosedur Tindakan Medis dan Keperawatan
- 5) Pengurangan Terjadinya Risiko Infeksi di Puskesmas
- 6) Tidak Terjadinya Pasien Jatuh

b. Pengukuran pencapaian sasaran keselamatan pasien

1) Tidak terjadinya Kesalahan Identifikasi Pasien

Pengukuran indikator dilakukan dengan cara menghitung jumlah pasien yang teridentifikasi tepat yang disurvei pada suatu unit pelayanan dibagi jumlah seluruh pasien yang dilayani pada unit pelayanan tersebut.

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang teridentifikasi tepat}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dilayani}} \times 100\%$$

2) Tidak Terjadinya Kesalahan Pemberian Obat Kepada Pasien

Ketepatan pemberian obat kepada pasien dimaksudkan agar tidak terjadi kesalahan identifikasi pada saat memberikan obat kepada pasien.

Pengukuran indikator dilakukan dengan cara menghitung jumlah pasien yang dilayani oleh bagian farmasi dikurangi kejadian kesalahan pemberian obat dibagi jumlah seluruh pasien yang mendapat pelayanan obat.

$$\frac{\text{Jumlah pasien yg dilayani} - \text{kejadian kesalahan pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien yang mendapat pelayanan obat}} \times 100\%$$

3) Tidak Terjadi Kesalahan Prosedur Tindakan Medis dan Keperawatan

Pengukuran indikator dilakukan dengan cara menghitung jumlah tindakan yang dilakukan dikurangi kejadian kesalahan prosedur tindakan dibagi dengan seluruh tindakan medis yang dilakukan.

$$\frac{\text{Jumlah tindakan medis dan keperawatan yang dilakukan} - \text{kejadian kesalahan prosedur}}{\text{Jumlah seluruh tindakan medis dan keperawatan yang dilaksanakan}} \times 100\%$$

4) Pengurangan Terjadinya Risiko Infeksi di Puskesmas

Pengukuran terjadinya risiko infeksi di Puskesmas dilakukan dengan cara menghitung jumlah petugas yang melakukan cuci tangan pakai sabun (CTPS) 6 langkah pada 5 keadaan tersebut di atas yang disurvei dibagi dengan jumlah petugas pelayanan klinis yang disurvei.

$$\frac{\text{Jumlah petugas yang melakukan CTPS 7 langkah pada 5 keadaan}}{\text{Jumlah semua petugas pelayanan klinis yang disurvei}} \times 100\%$$

5) Tidak Terjadinya Pasien Jatuh

Pengukuran terhadap tidak terjadinya pasien jatuh dilakukan dengan cara menghitung jumlah pasien yang dirawat dikurangi kejadian pasien jatuh dibagi dengan jumlah semua pasien yang dirawat.

$$\frac{\text{Jumlah pasien yg dirawat} - \text{kejadian pasien jatuh}}{\text{Jumlah semua pasien yang dirawat}} \times 100\%$$

c. Pelaporan insiden keselamatan pasien

Setiap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan berpotensi menimbulkan bahaya pada pelayanan klinis di setiap unit harus segera dilaporkan untuk segera di tindak lanjuti, meliputi langkah-langkah sebagai berikut:

d. Analisis dan tindak lanjut

Puskesmas Ambal II melakukan kegiatan analisis terhadap insiden yang tidak diharapkan melalui sebuah mekanisme pelaporan di atas dengan menggunakan form laporan insiden. Selanjutnya analisis dilakukan Tim Peningkatan mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan dilaporkan kepada Wakil manajemen Mutu dengan tembusan Kepala Puskesmas Ambal II. Kejadian tersebut selanjutnya diupayakan penyelesaiannya sebagai bentuk tindak lanjut dari permasalahan tersebut.

e. Penerapan manajemen resiko klinis

Puskesmas Ambal II melaksanakan penerapan manajemen resiko dan keselamatan pasien berdasarkan 6 standar keselamatan pasien meliputi :

1) Tidak terjadinya Kesalahan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien yang tepat meliputi tiga detail wajib, yaitu: nama, umur, nomor rekam medis pasien. Kegiatan identifikasi pasien dilakukan pada saat pemberian obat, pengambilan spesimen atau pemberian tindakan.

2) Tidak Terjadinya Kesalahan Pemberian Obat Kepada Pasien

Ketepatan pemberian obat kepada pasien dimaksudkan agar tidak terjadi kesalahan identifikasi pada saat memberikan obat kepada pasien.

3) Tidak Terjadi Kesalahan Prosedur Tindakan Medis dan Keperawatan

Dalam melaksanakan tindakan medis dan keperawatan, petugas harus selalu melaksanakannya sesuai prosedur yang telah ditetapkan. Identifikasi pasien yang akan mendapatkan tindakan medis dan keperawatan perlu dilakukan sehingga tidak terjadi kesalahan dalam pemberian prosedur.

4) Pengurangan Terjadinya Risiko Infeksi di Puskesmas

Agar tidak terjadi risiko infeksi, maka semua petugas Puskesmas Ambal II wajib menjaga kebersihan tangan dengan cara mencuci tangan 6 langkah dengan menggunakan sabun dan air mengalir. Enam langkah Cuci tangan pakai sabun (CTPS) harus dilaksanakan pada lima keadaan, yaitu:

- a) Sebelum kontak dengan pasien
- b) Setelah kontak dengan pasien
- c) Sebelum tindakan aseptik
- d) Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien
- e) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

5) Tidak Terjadinya Pasien Jatuh

Setiap pasien yang dirawat di Puskesmas Ambal II dilakukan pengkajian terhadap kemungkinan risiko jatuh untuk meminimalkan risiko jatuh. Pencegahan terjadinya pasien jatuh dilakukan dengan cara:

- a) Memberikan identifikasi jatuh pada setiap pasien dengan pada setiap pasien yang beresiko jatuh dengan memberi tanda pada pintu ruang pelayanan.
- b) Memberikan intervensi kepada pasien yang beresiko serta memberikan lingkungan yang aman.

6. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan:

a. Umum

1) Pemantauan dan pengukuran:

Puskesmas Ambal II merencanakan, melaksanakan monitoring dan analisa dari proses peningkatan pelayanan klinis yang bertujuan untuk meningkatkan efektifitas sistem manajemen mutu.

a) Kepuasan pelanggan

Puskesmas Ambal II memantau informasi tentang persepsi pelanggan mengenai apakah Puskesmas Ambal II telah memenuhi harapan dan memberikan kepuasan dalam proses pelayanan klinis dengan memasang kotak saran dan melakukan survey kepuasan masyarakat melalui media web, manual maupun KESSAN BPJS

b) Audit internal

Audit internal dilakukan untuk memastikan efektifitas sistem manajemen mutu yang diterapkan di Puskesmas Ambal II. Audit dilakukan oleh tim audit yang telah dibentuk dengan keputusan kepala puskesmas. Audit internal dilakukan berdasarkan (SOP) audit internal Puskesmas Ambal II. Metode audit dilakukan dengan cara wawancara secara langsung kepada auditee dan pengamatan secara langsung (observasi). Setiap temuan audit dicatat dan didokumentasikan dalam laporan audit internal untuk kemudian digunakan untuk memonitor dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan. Ketua Tim audit internal melaporkan hasil kegiatan dan temuan audit yang tidak dapat terselesaikan kepada ketua tim mutu puskesmas untuk selanjutnya dijadikan bahan masukan untuk Rapat Tinjauan Manajemen. Persiapan, penjadwalan, pelaksanaan, serta pelaporan audit, tindak lanjut atas ketidaksesuaian yang ditemukan dan uraian-uraian lainnya secara rinci dijelaskan dalam kerangka acuan audit internal Puskesmas Ambal II.

c) Pemantauan dan pengukuran proses kinerja

Puskesmas Ambal II menerapkan metode yang sesuai untuk monitoring mutu pelayanan klinis. Metode ini menunjukkan kemampuan proses dalam mencapai hasil yang direncanakan. Jika hasil yang direncanakan tidak tercapai, tindakan perbaikan dilaksanakan untuk meningkatkan mutu layanan klinis.

d) Pemantauan dan pengukuran hasil pelayanan

Puskesmas Ambal II melakukan monitoring terhadap pelayanan untuk memastikan pelayanan yang diberikan di setiap unit pelayanan sesuai dengan SOP yang ditetapkan.

Kegiatan monitoring dilakukan oleh tim audit internal dengan wawancara dan observasi.



- 2) Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
  - a) Puskesmas Ambal II menetapkan standar operasional prosedur tindakan di masing-masing unit pelayanan yang dimonitoring dan di audit
  - b) Wakil manajemen mutu bertanggungjawab meninjau ketidaksesuaian produk atau layanan klinis yang tidak sesuai dan diberi wewenang untuk melakukan tindak lanjutnya
  - c) Pelayanan klinis kepada masyarakat yang tidak sesuai SOP berdasarkan audit internal didokumentasi dan dilakukan tindakan koreksi.

- 3) Analisis data

Puskesmas Ambal II mengumpulkan dan menganalisa data layanan klinis untuk menunjukkan kesesuaian dengan indikator mutu layanan klinis yang ditetapkan. Hasilnya dibahas di rapat tinjauan manajemen.

Agenda rapat tinjauan manajemen meliputi tinjauan terhadap pertemuan RTM yang lalu, pembahasan hasil audit internal, pembahasan hasil umpan balik, keluhan pelanggan, hasil penialain kepuasan pelanggan, hasil penilaian kinerja, masalah operasional terkait penerapan sistem manajemen mutu penyelenggaraan pelayanan, rencana perbaikan yang perlu dilakukan baik pada sistem manajemen mutu maupun sistem pelayanan klinis dan UKM, serta rekomendasi untuk perbaikan.

- 4) Peningkatan berkelanjutan

Puskesmas Ambal II melakukan upaya perbaikan pelayanan secara berkesinambungan menggunakan kebijakan mutu, sasaran mutu, hasil audit, analisa data, tindakan pencegahan serta tinjauan manajemen.

- 5) Tindakan korektif

Tindakan koreksi yang dilakukan oleh Puskesmas Ambal II bertujuan untuk perbaikan kejadian yang tidak diinginkan baik dalam kegiatan UKM, UKP, dan kegiatan proses manajemen yang dilakukan dengan langkah sebagai berikut :

- a) Penanggung jawab program merupakan koordinator pelayanan mengidentifikasi kejadian/temuan yang tidak sesuai.
- b) Penanggung jawab program maupun koordinator pelayanan membuat rencana tindakan lanjut terhadap kejadian/temuan tersebut
- c) Tindakan lanjut tersebut dikoordinasi dengan wakil Manajemen Mutu dan kepala Puskesmas untuk mendapatkan persetujuan.
- d) Tindak lanjut disosialisasikan dan didokumentasikan kepada pihak-pihak yang terlibat.



e) Pelaksanakan tindak lanjut dievaluasi kembali efektifitasnya minimal 1 bulan setelah diimplementasikan.

6) Tindakan preventif

Tindakan preventif adalah tindakan yang dilakukan dalam rangka mengantisipasi/menghindari kejadian yang tidak diinginkan, dan mengupayakan agar kejadian tersebut tidak sampai terjadi.

Tindakan Preventif bertujuan untuk melakukan tindakan preventif dalam rangka mencegah kejadian yang tidak diinginkan baik dalam kegiatan UKP, UKM, dan kegiatan proses manajemen dengan langkah sebagai berikut :

- a) Penanggung jawab program merupakan koordinator pelayanan mengidentifikasi kejadian yang berpotensi menimbulkan kejadian yang tidak diinginkan baik bagi petugas puskesmas maupun bagi pengunjung puskesmas.
- b) Penanggung jawab program maupun koordinator pelayanan membuat upaya preventif terhadap potensi kejadian tersebut.
- c) Upaya preventif tersebut dikordinasikan dengan Wakil Manajemen Mutu dan Kepala Puskesmas untuk mendapatkan persetujuan
- d) Upaya preventif disosialisasikan dan didokumentasikan kepada pihak-pihak yang terlibat.
- e) Pelaksanaan upaya preventif tersebut dievaluasi kembali efektifitasnya minimal 1 bulan setelah diimplementasikan.

## BAB VII PENUTUP

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan pelayanan kesehatan termasuk puskesmas maka pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien sangatlah penting. Salah satu upaya peningkatan mutu adalah dengan membentuk tim yang terkait dengan pelaksanaan Sistem Manajemen Mutu dan mengimplementasikannya dengan konsekuen. Manual Mutu merupakan dokumen yang sangat penting yang tidak dapat dipisahkan dari pelaksanaan Sistem Manajemen Mutu. Puskesmas Ambal II telah memiliki Manual Mutu yang merupakan panduan dalam pengelolaan proses implementasi Sistem Manajemen Mutu yang memuat sasaran mutu yang harus di capai.

*Ambal II pasti bisa*

Kebumen, Januari 2022  
Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi MM  
Pembina IV a  
NIP. 197105242002122007

*erawatik2@gmail.com*



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
 DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
 DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
 Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
 Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

LEMBAR DISPOSISI

Surat dari : No. Surat : Tgl. Surat :	Diterima Tgl. : No. Agenda : Sifat : <input type="checkbox"/> Sangat segera <input type="checkbox"/> Segera <input type="checkbox"/> Rahasia
Hal :	
Diteruskan kepada sdr : <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> K I A <input type="checkbox"/> BP UMUM/GIGI <input type="checkbox"/> OBAT <input type="checkbox"/> LAB <input type="checkbox"/> .....	Dengan hormat harap : <input type="checkbox"/> Tanggapan dan Saran <input type="checkbox"/> Proses lebih lanjut <input type="checkbox"/> Koordinasi dan Konfirmasi <input type="checkbox"/> .....  <div style="text-align: right;">           Kepala            Puskesmas Ambal II   <u>drg. ERAWATI KUSUMA DEWI, MM</u>            NIP. 197105242002122007         </div>



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
 DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
 DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
 Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
 Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

LEMBAR DISPOSISI

Surat dari : No. Surat : Tgl. Surat :	Diterima Tgl. : No. Agenda : Sifat : <input type="checkbox"/> Sangat segera <input type="checkbox"/> Segera <input type="checkbox"/> Rahasia
Hal :	
Diteruskan kepada sdr : <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> K I A <input type="checkbox"/> BP UMUM/GIGI <input type="checkbox"/> OBAT <input type="checkbox"/> LAB <input type="checkbox"/> .....	Dengan hormat harap : <input type="checkbox"/> Tanggapan dan Saran <input type="checkbox"/> Proses lebih lanjut <input type="checkbox"/> Koordinasi dan Konfirmasi <input type="checkbox"/> .....  <div style="text-align: right;">           Kepala            Puskesmas Ambal II   <u>drg. ERAWATI KUSUMA DEWI, MM</u>            NIP. 197105242002122007         </div>



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

---

Ambal, .....

Kepada

Yth. ....

di

Kebumen


**SURAT PENGANTAR**

Nomor: ..../....

NO	JENIS SURAT YANG DIKIRIM	BANYAKNYA	KETERANGAN
1.			

KEPALA SUB BAGIAN TATA USAHA  
PUSKESMAS AMBAL II

ENY MUSIATI, S.Kep,Ns  
NIP. 19790122 200701 2 007

	<b>JUDUL</b>			
	<b>SOP</b>	No. Dokumen :		
		No.Revisi :		
		Tgl.Terbit :		
Halaman :				
Puskesmas Ambal II			<u>drg. Erawati Kusuma Dewi, MM</u> NIP: 19710524 200212 2 007	

1. Pengertian	<i>Yang paling awal diisi judul SOP adalah, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/ menimbulkan multi persepsi</i>
2. Tujuan	<i>Berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci: “Sebagai acua penerapan Langkah-langkah untuk ....”</i>
3. Kebijakan	<i>Berisi kebijakan Kepala Puskesmas/ FKTP yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SOP tersebut, contoh untuk SOP imunisasi pada bayi, pada kebijakan dituliskan: Keputusan Kepala Puskesmas Nomor .... tentang Pelayanan Imunisasi.</i>
4. Referensi	<i>Berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bisa berbentuk buku, peraturan perundang-undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan Pustaka.</i>
5. Prosedur/ Langkah-langkah	<i>Bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah untuk menyelesaikan proses kerja tertentu (pada SOP tindakan medis perlu ditambahkan alat dan bahan yang digunakan).</i>
6. Diagram Alir (Jika Dibutuhkan)	<i>Bagian ini digunakan untuk memudahkan dalam pemahaman langkah-langkah kegiatan yang dilakukan (terutama pada SOP tindakan medis) bila diperlukan.</i>
7. Unit Terkait	<i>Berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.</i>

#### Rekaman historis perubahan

No.	Yang diubah	Isi perubahan	Tgl. Mulai diberlakukan

#### Petunjuk Penulisan SOP:

1. Jenis huruf *Times New Roman*
2. Ukuran huruf 11
3. Spasi 1
4. Prosedur (alat dan bahan) ditambahkan pada SOP tindakan medis
5. Bagan Alir ditambahkan untuk SOP tindakan medis bila diperlukan
6. Ukuran Kertas : F4 (215 mm x 330 mm)
7. Ukuran Margin : kiri dan atas 2,5 cm, kanan dan bawah 2 cm



**PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN**  
**DINKES, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB**  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sunungrejo RT.2 RW.03 Ambal, Kebumen Telp. (0287) 6651712

No. RM

Kode Desa

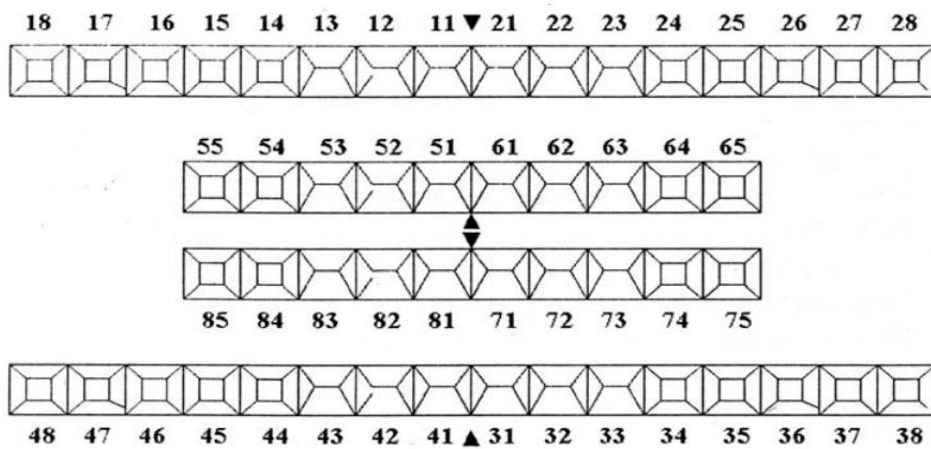
## KARTU RAWAT JALAN UMUM DAN GIGI

No. Dokumen:  
 Tgl Terbit :  
 Revisi :

Nama Pasien	:	.....	NIK	:	.....
Tgl Lahir/Umur	:	.....	No. Asuransi	:	.....
Nama KK	:	.....	Hub. Keluarga	:	.....
Pekerjaan	:	.....	No. Telp.	:	.....
Alamat Domisili	:	.....			
Alamat KTP	:	.....			

11 [51]		[61] 21
12 [52]		[62] 22
13 [53]		[63] 23
14 [54]		[64] 24
15 [55]		[65] 25
16		26
17		27
18		28

### ODONTOGRAM



48		38
47		37
46		36
45 [85]		[75] 35
44 [84]		[74] 34
43 [83]		[73] 33
42 [82]		[72] 32
41 [81]		[71] 21

Oklusi : Normal Bite / Cros Bite / Steep Bite **RIWAYAT PENYAKIT**

Torus Palat / m 1 : Tdk ada / Bsr / Sdng / Kcl / Multipel - Hypertensi : \_\_\_\_\_ Tensi: \_\_\_\_\_

Palatum : Dalam / Sedang / Rendah - Jantung : \_\_\_\_\_

Supernumery Teeth : Tidak ada / ada : ..... - Asthma : \_\_\_\_\_

Diastema : Tidak ada / ada : ..... - DM : \_\_\_\_\_

Gigi Anomali : Tidak ada / ada : ..... - Lain-lain : \_\_\_\_\_

Lain – lain : ..... - Alergi : \_\_\_\_\_

Tanggal Pencatatan Data : .....

Tanda Tangan : .....

TANGGAL	PEMERIKSAAN	RENCANA LAYANAN KLINIS (P)
RUANG:	<p><b>S:</b> RPS:</p> <p>RPD: RPK: R Alergi R Psikososial:</p> <p><b>O</b> : TD :            N :            RR :            S :          LP :            BB :            TB :            :</p> <p>P. Fisik :</p> <p>P. Penunjang :</p> <p><b>A</b> : Dx. Keperawatan :          Dx. Medis            :</p>	<p>Tindakan/Tx :</p> <p>Terapi :</p> <p>Rujukan :</p> <p>Edukasi :</p>
RUANG:	<p><b>S:</b> RPS:</p> <p>RPD: RPK: R Alergi R Psikososial:</p> <p><b>O</b> : TD :            N :            RR :            S :          LP :            BB :            TB :            :</p> <p>P. Fisik :</p> <p>P. Penunjang :</p> <p><b>A</b> : Dx. Keperawatan :          Dx. Medis            :</p>	<p>Tindakan/Tx :</p> <p>Terapi :</p> <p>Rujukan :</p> <p>Edukasi :</p>
RUANG:	<p><b>S:</b> RPS:</p> <p>RPD: RPK: R Alergi R Psikososial:</p> <p><b>O</b> : TD :            N :            RR :            S :          LP :            BB :            TB :            :</p> <p>P. Fisik :</p> <p>P. Penunjang :</p> <p><b>A</b> : Dx. Keperawatan :          Dx. Medis            :</p>	<p>Tindakan/Tx :</p> <p>Terapi :</p> <p>Rujukan :</p> <p>Edukasi :</p>



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

### FORM PERSETUJUAN RUJUKAN

#### A. PEMBERIAN INFORMASI

Pemberi informasi :			
Penerima informasi :			
No	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda V
1	Diagnosis		
2	Tujuan dan alasan rujukan		
3	Tata cara / sarana rujukan		
4	Resiko dan Komplikasi		
5	Pilihan RS		
6	Estimasi Biaya		
7	Waktu Rujukan segera/tidak segera		
8	Petugas Pendamping		
9	Pendamping Keluarga		
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi		Tanda tangan petugas	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya		Tanda tangan pasien/keluarga	

\*Apabila pasien tidak berkompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

#### B. PERSETUJUAN RUJUKAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya,

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan **BERSEDIA** untuk dilakukan rujukan terhadap saya / anak / istri / suami/ .....

kami:

Nama :

Umur :

Alamat :

Kami telah mendapatkan informasi yang lengkap dan telah memahami terutama mengenai resiko dan komplikasi yang bisa timbul selama rujukan.  
Demikian pernyataan persetujuan ini dibuat tanpa ada unsur paksaan oleh siapapun dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Saksi

Ambal, .....

Yang membuat pernyataan

( )

( )



## FORM RUJUKAN DARI PUSKESMAS AMBAL II

WILAYAH : PUSKESMAS AMBAL II  
 KECAMATAN AMBAL  
 NOMOR

Kepada  
 yth .....  
 RSUD .....  
 Di .....

MOHON pemeriksaan, pengobatan, perawatan untuk

MATERNAL		BAYI	
NAMA		JENIS KELAMIN	P/L
UMUR IBU	..... TAHUN	UMUR BAYI	..... hari ..... jam
ALAMAT desa	.....	ALAMAT desa	.....

KASUS MATERNAL		KASUS PERINTAL	
1. ANAMNESIS		1. ANAMNESIS	
G/P/A	...../...../.....	a. Umur Kehamilan Ibu	..... minggu
Anak Hidup Persalinan yg lalu	..... Normal Ada kelainan Sebutkan : .....	b. Cara Bersalin	Spontan : ..... Forcep : ..... Vakun : ..... S.C : .....
Saat ini hamil	..... minggu	c. Presentasi bayi	Kepala : ..... Sungsang : ..... Lintang : .....
2. Pemeriksaan fisik		2. Pemeriksaan Fisisk	
a. tek darah	....../..... mm Hg	a. astiksia	1 Tidak ..... 2 Ringan, 3 Sedang, 4 Berat
b. tinggi fundus	..... cm	b. Berat badan	Saat lahir : ..... gr Saat dirujuk : ..... gr
c. his frekwensi	kuat ..... ; lemah ..... ..... kl/10 menit	c. Gejala ditemukan	Panas ....., sesak ..., Kebiruan ....., kejang ..... Memar ....., luka ..... Bengkak ....., kelainan konginental ..... Lain-lain .....
d. denyut jantung janin teratur	..... kl/menit Ya ....., Tdk .....	d. Laklor risiko ditemukan	..... .....
e. pembukaan serviks	..... cm		
f. ketuban bila pecah air ketuban	Utuh ..... Pecah ..... Jernih ....., keruh .....	3. Obat dan Tindakan yg diberikan	a. Blm diberi ..... Bila sudah diberi : .....
g. factor risiko yg ditemukan :	.....		b. Tindakan yg telah dilakukan
3. Obat dan Tindakan yg diberikan	a. Blm diberi ..... Sdh diberi ..... Bila sdh diberi : .....		
	b. Tindakan yg telah dilakukan .....		
4. Diagnosis sementara	.....	4. Diagnosis sementara	.....

Tanggal merujuk : ..... jam merujuk .....  
 Yang menerima rujukan : ..... yang merujuk .....  
 NIP. NIP.

## RESUME KASUS

Nama Pasien : ..... NIK : .....  
Tanggal Lahir/Umur : ..... Nomor Asuransi : .....  
Nama KK : ..... Hub. Keluarga : .....  
Pekerjaan : ..... No. Telp : .....  
Alamat Lengkap : .....

### KRONOLOGIS :

Pasien datang ke Ruang Bersalin Puskesmas Ambal II pada Tanggal : .....

Pukul : ..... WIB, dengan keluhan : .....

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

Telah dilakukan pemeriksaan dengan hasil sebagai berikut :

Kedadaan umum : ..... Kesadaran : .....

Tekanan darah : ...../.....MmHg TFU : .....

Presentasi : ..... Penurunan Bagian terendah : ...../5 bagian

His : ..... Konsistensi : .....

Frekuensi : ...../x 10 menit DJJ : .....x/menit

VT Porsito : ..... Pembukaan : .....cm

Ketuban Pecah Pukul : ..... WIB Warna : .....

Diagnose : .....

.....

Tindakan yang telah diberikan :

.....

.....

.....

Mohon Penanganan / Tindakan Lebih Lanjut

Ambal, .....

Yang Merujuk

MONITORING RUJUKAN

Nama :  
Tanggal lahir :  
Alamat :  
Diagnose :

Tgl/waktu	KU	Kesadaran	TD	N	RR	S	DJJ	His	PPV	Ket

Yang Merujuk

( )



Dinas Kesehatan,  
Pengendalian Penduduk dan  
Keluarga Berencana  
Kab. Kebumen

PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN  
PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**  
Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen  
Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
Website: [puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id](http://puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id)  
Email: [puskesmasambaldua@yahoo.com](mailto:puskesmasambaldua@yahoo.com) Kode Pos 54392



Puskesmas Ambal II

### Formular Rujukan Internal

Kami kirim penderita

Nama : .....

Umur : ..... Jenis Kelamin : L / P

Alamat : .....

Diagnosa Utama : .....

Dari Unit Pelayanan : .....

Ke Unit Pelayanan : .....

Jenis Pemeriksaan : .....

Hasil/Tindak Lanjut : .....

Ambal, .....

Yang mengirim

( )



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo Rt 2 Rw 3, Ambal, Kebumen Telp.(0287)6651712; 08112681972  
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

## FORM PENOLAKAN RUJUKAN

### A. PEMBERIAN INFORMASI

Pemberi informasi :			
Penerima informasi :			
No	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda V
1	Diagnosis		
2	Tujuan dan alasan rujukan		
3	Tata cara / sarana rujukan		
4	Resiko dan Komplikasi		
5	Pilihan RS		
6	Estimasi Biaya		
7	Waktu Rujukan segera/tidak segera		
8	Petugas Pendamping		
9	Pendamping Keluarga		
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi		Tanda tangan petugas	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya		Tanda tangan pasien/keluarga	

\*Apabila pasien tidak berkompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

### B. PENOLAKAN RUJUKAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya,

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan **MENOLAK** untuk dilakukan rujukan terhadap saya / anak / istri / suami/ .....

Kami:

Nama :

Umur :

Alamat :

Kami telah mendapatkan informasi yang lengkap dan telah memahami segala akibat dan resiko yang akan menjadi tanggung jawab kami (keluarga) dan kami tidak akan menuntut sesuai hukum yang berlaku akibat dari resiko tersebut. Demikian pernyataan penolakan ini dibuat tanpa ada unsur paksaan oleh siapapun dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Saksi

Ambal, .....

Yang membuat pernyataan

( )

( )



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
 DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
 DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
 Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
 Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

**SURAT KETERANGAN PEMULANGAN PASIEN**

Nama Pasien : .....L/P

Umur : .....Th/Bl No RM .....

Alamat : .....

Pulang Tanggal : ..... (dijinkan/APS/Melarikan Diri)

Diagnosa : .....

Therapi : .....

.....

.....

Nasehat yang diberikan : 1. Gizi

2. Asi Eksklusif

1. Perawatan Bayi

2. Perawatan Nifas

3. Waktu Kontrol

4. Cara/Aturan Minum Obat

5. Cara Penyimpanan Obat

Kontrol Ke : **Puskesmas Ambal II\*/Bidan\***

Pada tanggal : ..... Jam ..... WIB

Catatan : .....

Pasien/keluarga telah memahami apa yang disampaikan dokter/petugas

Ambal, .....

Pasien/Keluarga

Dokter/Bidan

(.....)

(.....)



**PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

**KERANGKA ACUAN KEGIATAN .....(JUDUL)**

Nomor : HAL/PAN/NOMOR URUT/BULAN/TAHUN

**A. Pendahuluan**

.....

**B. Latar Belakang**

.....

**C. Tujuan Utama dan Khusus**

1. Tujuan Umum
2. Tujuan Khusus

**D. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan**

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan

**E. Cara Melaksanakan Kegiatan**

No	Kegiatan Pokok	Sasaran Umum	Rincian Kegiatan	Sasaran	Cara Melaksanakan Kegiatan

**F. Sasaran**

.....

**G. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan (Bagan Gantt)**

No	Kegiatan	Tahun 2022											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agus	Sept	Okt	Nov	Des

**H. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan**

.....

**I. Pencacatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan**

.....

Penanggung Jawab.....

Pelaksana.....

.....  
NIP.

.....  
NIP.

Mengetahui,

Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi  
NIP.19710524 200212 2 007

Petunjuk Penulisan Kerangka Acuan :

1. Kop Kerangka Acuan : Jenis huruf *Bookman Old Style*, kop SKPD ukuran 12, nama puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan
2. Format atau penulisan naskah Kerangka Acuan menggunakan huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
3. Ukuran huruf pada tabel 11, spasi 1
4. Ukuran kertas : F4/Folio (215 mm × 330 mm)





PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

---

FORMAT PANDUAN .....(JUDUL)

Nomor : HAL/PAN/NOMOR URUT/BULAN/TAHUN

**BAB I**

**DEFINISI**

.....

**BAB II**

**RUANG LINGKUP**

.....

**BAB III**

**TATALAKSANA**

.....

**BAB IV**

**DOKUMENTASI**

.....

Penanggung Jawab.....

Pelaksana.....

.....  
NIP.

.....  
NIP.

Mengetahui,

Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II

drg.Erawati Kusuma Dewi

NIP.19710524 200212 2 007

Petunjuk Penulisan Panduan :

1. Kop panduan : Jenis huruf *Bookman Old Style*, kop SKPD ukuran 12, nama puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan
2. Format atau penulisan naskah panduan menggunakan huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
3. Ukuran kertas : F4/Folio (215 mm × 330 mm)



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS AMBAL II**

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

---

PEDOMAN .....(JUDUL)

Nomor : HAL/DOM/NOMOR URUT/BULAN/TAHUN

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

.....

**BAB II**

**GAMBARAN UMUM PUSKESMAS**

.....

**BAB III**

**VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN PUSKESMAS**

.....

**BAB IV**

**STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS DAN KLINIK**

.....

**BAB V**

**STRUKTUR UNIT KERJA**

.....

**BAB VI**

**URAIAN JABATAN**

.....

**BAB VII**

**TATA HUBUNGAN KERJA**

.....

**BAB VIII**

**POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL**

.....

**BAB IX**

**KEGIATAN ORIENTASI**

.....

**BAB X**

**PERTEMUAN/RAPAT**

.....

**BAB XI**

**PELAPORAN**

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

Penanggung Jawab.....

Pelaksana.....

.....

NIP.

.....

NIP.

Mengetahui,  
Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi  
NIP.19710524 200212 2 007

Petunjuk Penulisan Pedoman:

1. Kop pedoman : Jenis huruf *Bookman Old Style*, kop SKPD ukuran 12, nama puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan
2. Format atau penulisan naskah pedoman menggunakan huruf Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, margin kiri atas 2,5 cm dan kanan bawah 2 cm.
3. Ukuran kertas : F4/Folio (215 mm × 330 mm)

FORMAT RENCANA TINDAK LANJUT DAN TINDAK LANJUT



NO	INDIKATOR	TARGET 1 TH	TARGET S/D BULAN .....	PENCAPAIAN	ANALISA DAN PENYEBAB MASALAH	RTL	TL

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas Ambal II

Pelaksana

drg. Erawati Kusuma Dewi  
NIP. 19710524 200212 2 007

(NAMA)  
(NIP)

	<b>JUDUL</b>		
	<b>DAFTAR TILIK</b>	No. Dokumen :	
		No.Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
Halaman :			
Puskesmas Ambal II			<u>drg. Erawati Kusuma Dewi, MM</u> NIP: 19710524 200212 2 007

No	Kegiatan	Ya	Tidak	Tidak Berlaku
1.	Apakah?			
2.	Apakah?			
3.	Apakah?			
4.	Apakah?			
5.	Apakah?			
6.	Apakah?			
7.	Apakah?			
8.	Apakah?			
9.	Apakah?			
10.	Apakah?			
<b>JUMLAH</b>				

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

#### Petunjuk Penulisan Daftar Tilik

Kegiatan diisi apakah langkah-langkah yang ada di SOP dilakukan.

1. Jenis huruf *Times New Roman*, Ukuran huruf 11
2. Spasi 1
3. Prosedur (alat dan bahan) ditambahkan pada SOP tindakan medis
4. Bagan Alir ditambahkan untuk SOP tindakan medis bila diperlukan
5. Ukuran Kertas : F4/Folio ( 215 mmx330 mm)
6. Ukuran Margin : Kiri dan atas 2,5cm, kanan dan bawah 2cm

FORMAT REKAMAN HARIAN KARYAWAN

NO.	KEGIATAN	HASIL

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas Ambal II

Pelaksana

drg. Erawati Kusuma Dewi  
NIP. 19710524 200212 2 007

(NAMA)  
(NIP)





PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
PUSKESMAS AMBAL II

Desa Sinungrejo RT 02 RW 03 Ambal Kebumen Telp. (0287) 6651712; 08112681972  
Website: [puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id](http://puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id)  
Email: [puskesmasambaldua@yahoo.com](mailto:puskesmasambaldua@yahoo.com) Kode Pos 54392

---

Judul Kegiatan :  
Tempat :  
Waktu :  
Tanggal :  
Peserta :  
Hasil Kegiatan :

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas Ambal II

Notulis

drg. Erawati Kusuma Dewi  
NIP. 19710524 200212 2 007



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
PUSKESMAS AMBAL II

Desa Sinungrejo Rt 2 Rw 3, Ambal, Kebumen Telp.(0287)6651712; 08112681972  
Website: puskesmasambaldua.kebumenkab.go.id  
Email: puskesmasambaldua@yahoo.com Kode Pos 54392

DAFTAR HADIR  
(NAMA KEGIATAN)  
(TEMPAT)  
(TANGGAL)

NO.	NAMA	JABATAN	TANDA	TANGAN
1.			1.	
2.				2.
3.			3.	
4.				4.
5.			5.	
6.				6.
7.			7.	
8.				8.
9.			9.	
10.				10.
11.			11.	
12.				12.
13.			13.	
14.				14.
15.			15.	

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas Ambal II

Pelaksana

drg. Erawati Kusuma Dewi  
NIP. 19710524 200212 2 007

(NAMA)  
(NIP)

**FORMULIR CVT**

Nomor Registrasi  Nomor Hp : \_\_\_\_\_

Nama \_\_\_\_\_ NIK : \_\_\_\_\_ Alamat email : \_\_\_\_\_

Alamat \_\_\_\_\_ Kota/Kab : \_\_\_\_\_ Seksualitas : 1. L 2. P

Umur \_\_\_\_\_ Tahun Tgl Lahir : \_\_\_\_\_

Status Perkawinan 1. Menikah 2. Belum/Tidak Menikah 3. Cerai Jumlah anak kandung \_\_\_\_\_ orang

Status Kehamilan : 1. Trimester I 2. II 3. III 4. Tidak hamil 5. Tidak tahu Umur anak terkecil \_\_\_\_ tahun

Kelompok Risiko : 1. PS (1. Langsung 2. Tidak langsung) Lamanya...Bln/Thn 2. Wana 3. Pemasun, Lamanya...Bln/Thn  
4. Gay 5. Pelanggan PS 6. Pasien TB 7. Pasangan Risti 8. WBP 9. Lainnya.... (boleh diisi lebih dari satu)

Pekerjaan 1. Tidak Bekerja 2. Bekerja, Jenis Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Tanggal Konseling Pre Tes HIV	/ /	
Status Pasien	1. Baru 2. Lama	
Alasan Testing HIV	1. Ingin tahu saja 2. Mumpung gratis 3. Untuk Bekerja 4. Ada Gejala Tertentu 5. Akan Menikah 6. Merasa berisiko 7. Rujukan ..... 8. Tes Ulang (window period) 9. Rujukan dari LSM 10. Lainnya.....	
Mengetahui Adanya Tes dari	1. Brosur 2. Koran 3. TV 4. Dokter 5. Teman 6. Petugas Outreach 7. Poster 8. Lay Konselor 9. Lainnya	
Pernah Tes HIV sebelumnya	1. Ya, Dimana : ..... Kapan : .....hr/bln/thn Hasil 1. Non Reaktif 2. Reaktif 9. Tidak Tahu 2. Tidak	
Kesediaan untuk Tes	1. Ya 2. Tidak	
Kajian Tingkat Resiko		
Hubungan seks vaginal berisiko	1. Ya, kapan ..... Hr/bln/thn 2. Tidak	
Anal seks berisiko	1. Ya, kapan ..... Hr/bln/thn 2. Tidak	
Bergantian peralatan suntik	1. Ya, kapan ..... Hr/bln/thn 2. Tidak	
Transfusi darah	1. Ya, kapan ..... Hr/bln/thn 2. Tidak	
Transmisi Ibu ke anak	1. Ya, kapan ..... Hr/bln/thn 2. Tidak	
Lainnya		
Masuk Masa Window Period (Masa Jendela)	1. Ya, kapan ..... Hr/bln/thn 2. Tidak	
Tes Antibodi		
Tanggal Tes HIV	/ /	
Jenis Tes HIV	1. Rapid Tes 2. EIA	
Hasil Tes R1	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :
Hasil Tes R2	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :
Hasil Tes R3	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :
Kesimpulan Hasil Tes HIV	1. Non Reaktif 2. Reaktif 3. Indeterminate	
Konseling Pasca Testing		
Tanggal Konseling Pasca Tes	/ /	
Terima Hasil	1. Ya 2. Tidak	
Skrining Gejala	1. Ya 2. Tidak	
Tindak lanjut (boleh diisi lebih dari satu)	1. Rujuk ke MK 2. Rujuk ke RS 3. Rujuk ke Rehab 4. Rujuk ke LSM 5. Datang Kembali karena masa jendela 6. Rujuk ke Dokter 7. Rujuk ke Klinik IMS 8. Rujuk ke Klinik TB 9. Rujuk ke Klinik Meladon 10. Rujuk ke layanan LJSS 11. ODHA rujuk ARV	
Nama Konselor		
Status Klinik	1. Klinik Utama 2. Klinik Satelit	
Jenis Pelayanan	1. Klinik Statis 2. Klinik Mobile	

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN KEPALA PUSAT KESEHATAN  
MASYARAKAT AMBAL II  
NOMOR.....  
TENTANG.....(NAMA SURAT  
KEPUTUSAN SAMA DENGAN JUDUL )

( Isi Lampiran )

KEPALA PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT  
AMBAL II

tanda tangan

ERAWATI KUSUMA DEWI

Keterangan :

Font KEP : *Bookman Old Style*, kop SKPD ukuran 12, nama puskesmas ukuran 16, alamat ukuran 10, spasi 1, tanpa penebalan naskah ukuran 12

Spasi : 1,5

Ukuran kertas : 215 mm x 330 mm (f4)

Batas margin : kiri dan atas 2,5 cm, kanan dan bawah 2 cm

(Tata Naskah berdasarkan Peraturan Bupati Kebumen No. 63 Tahun 2014 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen)

## LEMBAR REGISTER PASIEN

No RM: {NO_RM}-0{KATEGORI_STATUS}	Tanggal:
{URUT_KELUARGA}	{TANGGAL} {JAM_DAFTAR}
Nama Pasien: {NAMA} ({JENIS_KELAMIN})	
Tanggal Lahir: {TANGGAL_LAHIR}	Umur: {USIA}
Nama KK: {NAMA_KK}	
Alamat: {ALAMAT} {ID_DESA}	
Pekerjaan: {PEKERJAAN}	Hub dgn KK: {STATUS}
	Status Kawin:
Pelayanan: {ID_JENIS_PELAYANAN}	{STATUS_KAWIN}
	No. Asuransi:
Jenis: {ID_JENIS_PASIEN}	{NOMOR_ASURANSI}
	No. Telepon:
NIK: {NIK}	{NOMOR_TELEPON}

Kode ICD	Nama Diagnosis	Kasus	Paraf Petugas
{KODE_DIAGNOSIS}	{NAMA_DIAGNOSIS}	{JENIS_KASUS}	

Resep:

PELAYANAN INFORMASI OBAT			
Nama Obat		Efek Samping	
Dosis & Cara Pakai		Penyimpanan	
Indikasi		Kontra Indikasi	
Yang menyiapkan	Yang menyerahkan	Pasien	

No.RM:{NO\_RM}-0{KATEGORI\_STATUS}.{URUT\_KELUARGA}-{NAMA}-{ID\_JENIS\_PELAYANAN}-{USIAPENDEK}