



STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS

DIREKTORAT MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Jakarta, 9-12 April 2023



Pernahkah Anda memiliki pengalaman saat survei, terjadi perbedaan pemahaman dengan Puskesmas terhadap pemenuhan suatu Standar/Kriteria/Elemen Penilaian?

BAB I

KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN PUSKESMAS (KMP)

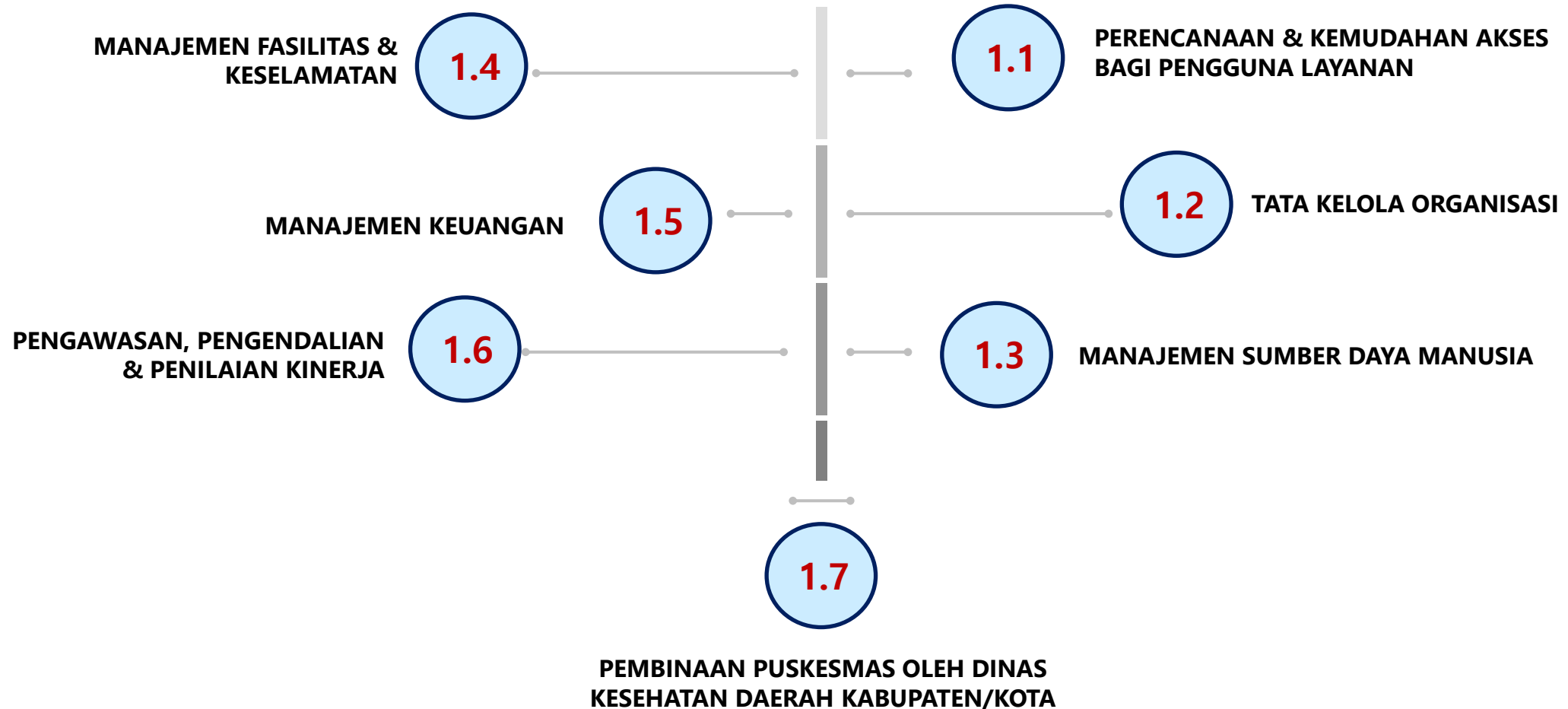


JUMLAH STANDAR, KRITERIA & ELEMEN PENILAIAN SERTA PEMBAGIAN TUGAS SURVEIOR

STANDAR	KRITERIA	ELEMEN PENILAIAN	SURVEIOR
1.1	1.1.1 – 1.1.2	11	Bidang Tata Kelola Sumber Daya & UKM
1.2	1.2.1 – 1.2.4	13	Bidang Tata Kelola Sumber Daya & UKM
	1.2.5	3	Bidang Tata Kelola Pelayanan & Penunjang
1.3	1.3.1 – 1.3.5	16	Bidang Tata Kelola Sumber Daya & UKM
	1.3.6	4	Bidang Tata Kelola Pelayanan & Penunjang
1.4	1.4.1 – 1.4.8	30	Bidang Tata Kelola Pelayanan & Penunjang
1.5	1.5.1	2	Bidang Tata Kelola Sumber Daya & UKM
1.6	1.6.1 – 1.6.2	9	Bidang Tata Kelola Sumber Daya & UKM
	1.6.3	6	Bidang Tata Kelola Pelayanan & Penunjang
1.7	1.7.1	8	Bidang Tata Kelola Sumber Daya & UKM
7	26	102	

Dalam rangka keseimbangan pembagian tugas, 43 Elemen Penilaian dialihkan kepada Surveior Bidang Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang (Kepdirjen Yankes nomor HK.02.02/I/3991/2022).

BAB I. KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PUSKESMAS





STANDARDS

PERENCANAAN DAN KEMUDAHAN AKSES BAGI PENGGUNA LAYANAN.

Kriteria 1.1.1

Puskesmas wajib menyediakan **jenis-jenis pelayanan** yang **ditetapkan berdasarkan visi, misi, tujuan, tata nilai, hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, hasil analisis peluang pengembangan pelayanan, hasil analisis risiko pelayanan, hasil analisis data kinerja, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang dituangkan dalam perencanaan.**



- a) **Ditetapkan visi, misi, tujuan, dan tata nilai Puskesmas** yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan Puskesmas mulai dari perencanaan, pelaksanaan kegiatan hingga evaluasi kinerja Puskesmas (R).
- b) Ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan berdasarkan hasil identifikasi dan analisis sesuai dengan ketentuan yang berlaku. (R, D, W).
- c) **Rencana lima tahunan Puskesmas** disusun dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor berdasarkan pada rencana strategis dinas kesehatan daerah kabupaten/kota (R, D, W).
- d) Rencana usulan kegiatan (RUK) tahunan disusun dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor berdasarkan rencana lima tahunan Puskesmas, hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, dan hasil analisis data kinerja (R, D, W).

- e) Rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) tahunan Puskesmas disusun bersama lintas program sesuai dengan alokasi anggaran yang ditetapkan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota (R, D, W).
- f) Rencana pelaksanaan kegiatan bulanan disusun sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan tahunan serta hasil pemantauan dan capaian kinerja bulanan (R, D, W).
- g) **Apabila ada perubahan** kebijakan pemerintah dan/atau pemerintah daerah, dilakukan revisi perencanaan sesuai kebijakan yang ditetapkan (R, D, W).



STANDARDS

PERENCANAAN DAN KEMUDAHAN AKSES BAGI PENGGUNA LAYANAN.

Kriteria 1.1.2

Masyarakat sebagai penerima manfaat layanan lintas program dan lintas sektor mendapatkan kemudahan **akses informasi tentang hak dan kewajiban pasien, jenis-jenis pelayanan, dan kegiatan-kegiatan Puskesmas serta akses terhadap pelayanan dan akses penyampaian umpan balik.**

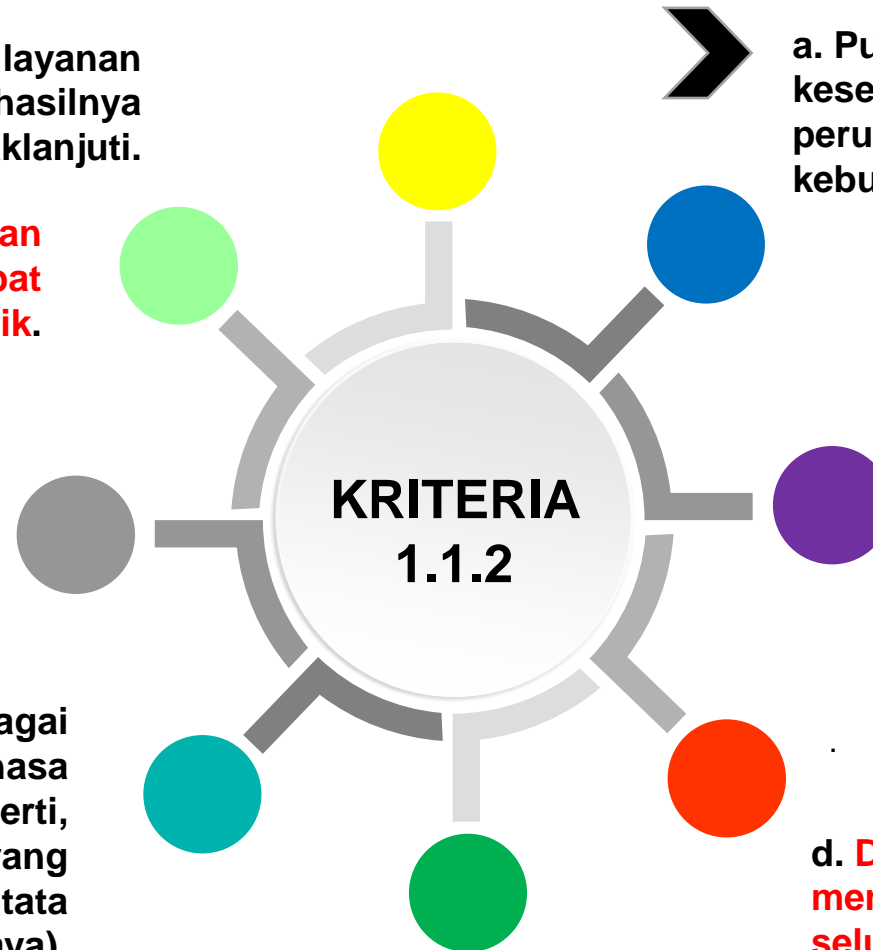
i. Penilaian kepuasan pasien/pengguna layanan perlu dilakukan secara berkala dan hasilnya ditindaklanjuti.

h. **Mekanisme penyelesaian aduan/keluhan pengguna layanan perlu disediakan dan dapat diakses oleh publik.**

g. Mekanisme untuk menerima umpan balik terkait kemudahan akses dan usulan perbaikan dari pengguna layanan diperlukan untuk perbaikan sistem pelayanan.

f. Puskesmas dapat menggunakan berbagai strategi komunikasi (menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti, memanfaatkan teknologi informasi yang dikenal masyarakat, dan memperhatikan tata nilai budaya).

e. Pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas dan jaringannya perlu diketahui oleh pengguna layanan, lintas program dan sektor terkait.



a. Puskesmas wajib menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat.

b. Puskesmas harus mudah diakses oleh masyarakat ketika masyarakat membutuhkan, baik akses terhadap informasi, pelaksana maupun pelayanan.

c. Puskesmas harus mengidentifikasi dan menyampaikan informasi tentang 1) hak dan kewajiban pasien, serta 2) jenis-jenis pelayanan yang dilengkapi dengan jadwal pelaksanaannya kepada pasien/pengguna layanan.

d. **Dalam memberikan asuhan, petugas harus menghormati hak-hak pasien. Oleh karena itu, seluruh petugas diberikan sosialisasi tentang regulasi dan perannya dalam implementasi pemenuhan hak dan kewajiban pasien untuk berpartisipasi dalam proses asuhannya.**

- a) Ditetapkan **kebijakan tentang hak dan kewajiban pasien (R)**.
- b) Dilakukan sosialisasi tentang hak dan kewajiban pasien serta jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas kepada pengguna layanan dan kepada petugas dengan menggunakan strategi komunikasi yang ditetapkan Puskesmas (R, D, O, W).
- c) **Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut kepatuhan petugas dalam implementasi pemenuhan hak dan kewajiban pasien**, dan hasil sosialisasi jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas kepada pengguna layanan (D, O, W).
- d) Dilakukan upaya untuk memperoleh umpan balik pengguna layanan dan pengukuran kepuasan pasien serta penanganan aduan/keluhan dari pengguna layanan maupun tindak lanjutnya yang didokumentasikan sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan dan **dapat diakses oleh publik (R, D, O, W)**.



STANDARDS

TATA KELOLA ORGANISASI.

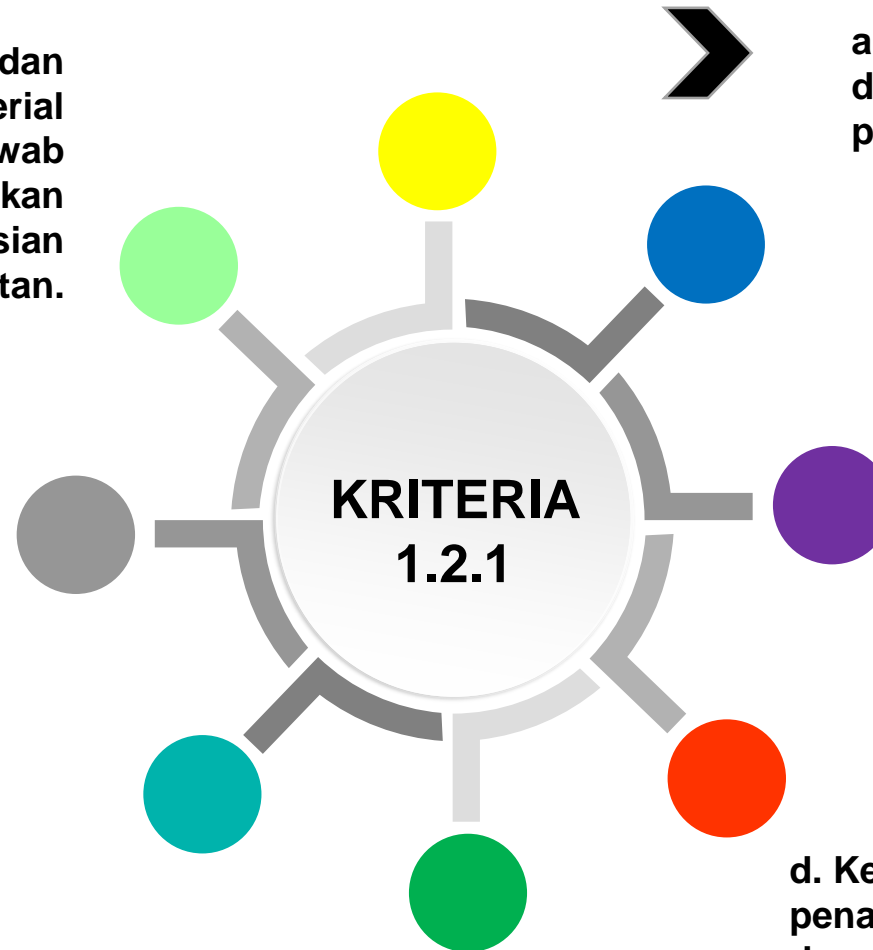
Kriteria 1.2.1

Struktur organisasi ditetapkan dengan kejelasan tugas, wewenang, tanggung jawab, tata hubungan kerja, dan persyaratan jabatan.

g. Puskesmas perlu menetapkan kebijakan dan prosedur pendelegasian wewenang manajerial apabila kepala puskesmas/penanggung jawab upaya/koordinator pelayanan meninggalkan tugas atau terdapat kekosongan pengisian jabatan.

f. **Kode etik perilaku (*code of conduct*) untuk seluruh pegawai Puskesmas ditetapkan, disosialisasikan, dan dievaluasi pelaksanaannya. Kode etik perilaku mencerminkan visi, misi, tujuan, dan tata nilai serta budaya keselamatan. Evaluasi dilakukan dengan metode penilaian kinerja, termasuk penilaian perilaku pegawai, baik perilaku berdasarkan tata nilai maupun perilaku berdasarkan kode etik perilaku. Hasil evaluasi ditindaklanjuti.**

e. Puskesmas perlu mengkaji ulang efektivitas struktur organisasi dan pengisian jabatan secara periodik untuk penyempurnaannya.



a. Struktur organisasi Puskesmas disusun dan ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Harus ada kejelasan tugas, wewenang, tanggung jawab dan persyaratan jabatan untuk tiap jabatan yang terdapat dalam struktur organisasi.

c. Tata hubungan kerja di dalam struktur organisasi perlu dilakukan pengaturan.

d. Kepala Puskesmas mengisi jabatan penanggung jawab masing-masing upaya dengan didasarkan pada persyaratan jabatan.

- a) Kepala Puskesmas menetapkan penanggung jawab dan koordinator pelayanan Puskesmas sesuai struktur organisasi yang ditetapkan (R).
- b) **Ditetapkan kode etik perilaku yang berlaku untuk seluruh pegawai yang bekerja di Puskesmas serta dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaannya dan dilakukan tindak lanjutnya (R, D, W).**
- c) Terdapat **kebijakan** dan prosedur yang jelas dalam **pendelegasian wewenang manajerial** dari kepala Puskesmas kepada penanggung jawab upaya, dari penanggung jawab upaya kepada koordinator pelayanan, dan dari koordinator pelayanan kepada pelaksana kegiatan (R, D).

CONTOH KODE ETIK PERILAKU PEGAWAI PUSKESMAS

- Setiap pegawai puskesmas harus menghargai setiap pengguna layanan dan pegawai.
- Setiap pegawai puskesmas dilarang mengucapkan dan berperilaku fisik yang mengintimidasi, mengancam atau merendahkan yang dilakukan pada pelayanan dalam dan luar gedung Puskesmas, termasuk melalui media sosial dan media komunikasi lainnya.
- Setiap pegawai puskesmas harus menjunjung tinggi kejujuran dan komunikasi yang saling menghargai.
- Setiap pegawai puskesmas harus menggunakan semua aset puskesmas dengan bertanggung jawab dan melindunginya dari penyalahgunaan, kerusakan, pencurian dan penggunaan yang tidak tepat lainnya.
- Setiap pegawai puskesmas harus mencegah terjadinya fraud, korupsi, kolusi dan nepotisme.

DITETAPKAN &
DISOSIALISASIKAN

DIEVALUASI



PENILAIAN
KINERJA,
termasuk
**PENILAIAN
PERILAKU
PEGAWAI**

berdasarkan
TATA NILAI

berdasarkan
**KODE ETIK
PERILAKU**

**DITINDAK-
LANJUTI**

**TATA NILAI & BUDAYA
KESELAMATAN** dapat
menjadi bagian dari
kode etik perilaku



STANDARDS

TATA KELOLA ORGANISASI.

Kriteria 1.2.2

Kebijakan, pedoman/panduan, prosedur, dan kerangka acuan terkait pelaksanaan kegiatan, disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan serta didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk pengendalian dokumen bukti pelaksanaan kegiatan.

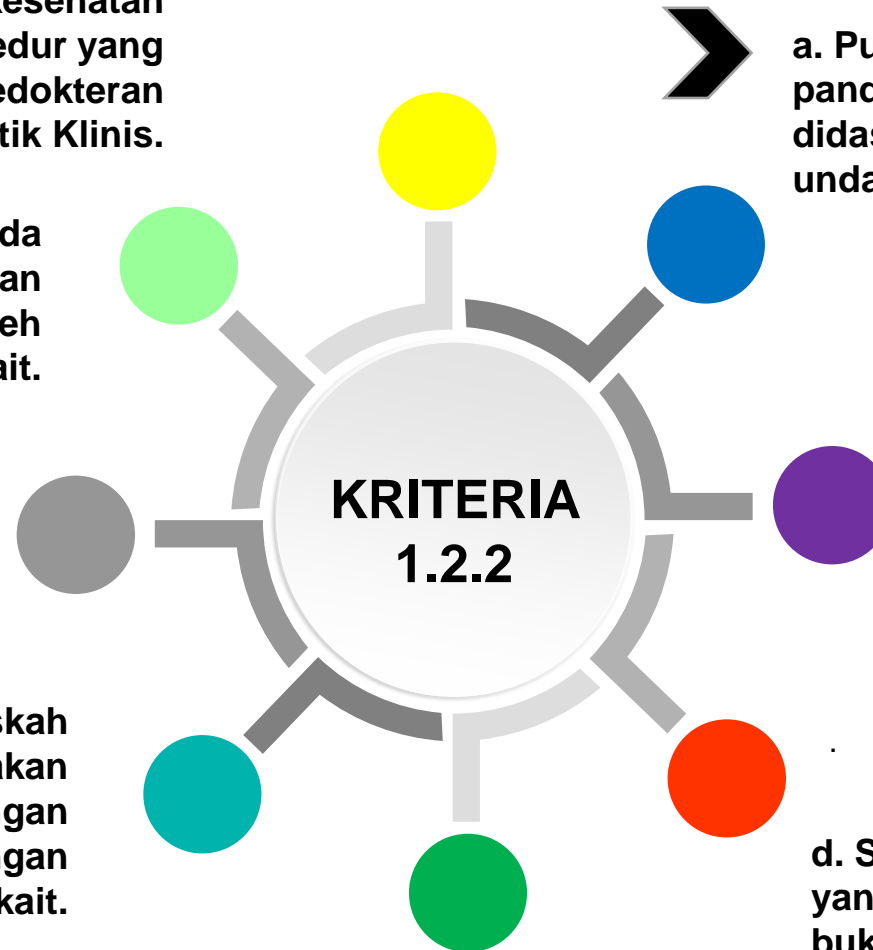
i. Masing-masing pelayanan kesehatan perseorangan harus menyusun prosedur yang mengacu pada Pedoman Praktik Kedokteran dan Panduan Praktik Klinis.

h. Penyusunan regulasi internal mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan/atau pedoman yang dikeluarkan oleh organisasi profesi terkait.

g. **Seluruh pegawai harus menggunakan regulasi internal yang telah ditetapkan untuk pelaksanaan seluruh kegiatan.**

f. Penyusunan pedoman tata naskah Puskesmas dapat merujuk pada kebijakan masing-masing daerah dan/atau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait.

e. Sebagai acuan dalam mengatur penyusunan, tinjauan, pengesahan, pengendalian, perubahan, penataan, pendistribusian, dan penyimpanan dokumen internal serta pengelolaan dokumen eksternal.



a. Puskesmas menyusun kebijakan, pedoman/panduan, prosedur dan kerangka acuan yang didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan/atau **berbasis bukti ilmiah terkini**.

b. Berbasis bukti ilmiah terkini dapat dibuktikan dengan mengacu pada **referensi yang ter-update**.

c. Puskesmas perlu menyusun pedoman tata naskah Puskesmas sebagai acuan dalam menyusun, mengendalikan, dan mendokumentasikan seluruh dokumen yang ada di Puskesmas.

d. Sebagai acuan dalam penyusunan dokumen yang meliputi dokumen regulasi, dan dokumen bukti rekaman pelaksanaan kegiatan.

- a) Ditetapkan pedoman tata naskah Puskesmas (R).
- b) Ditetapkan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur, dan kerangka acuan untuk KMP, penyelenggaraan UKM serta penyelenggaraan UKP, kefarmasian dan laboratorium yang didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan **berbasis bukti ilmiah terkini** (R, W).
- c) Dilakukan pengendalian, penataan, dan distribusi dokumen sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, O, W).



STANDARDS

TATA KELOLA ORGANISASI.

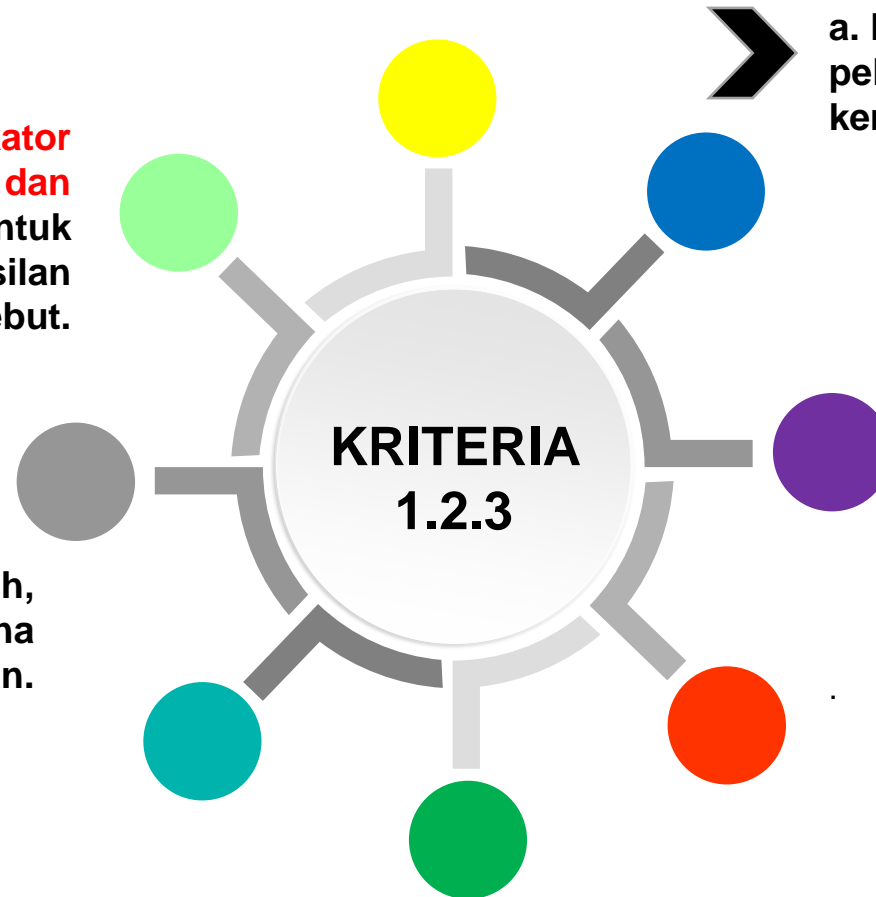
Kriteria 1.2.3

Jaringan pelayanan dan jejaring di wilayah kerja Puskesmas dikelola dan dioptimalkan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kepada masyarakat.

e. Kepala Puskesmas menetapkan **indikator kinerja pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas** yang digunakan untuk menilai sejauh mana cakupan dan keberhasilan pelaksanaan program pembinaan tersebut.

d. Program pembinaan bersifat menyeluruh, termasuk pembinaan ketenagaan, sarana prasarana, dan pembiayaan.

c. Kepala Puskesmas dan penanggung jawab upaya/kegiatan Puskesmas berkewajiban melakukan pembinaan terhadap jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas.



a. Puskesmas perlu mengidentifikasi jaringan pelayanan dan jejaring yang ada di wilayah kerja Puskesmas.

b. Yang termasuk jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas mengacu pada regulasi terkait.

- a) **Ditetapkan indikator kinerja pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas (R).**
- b) **Dilakukan identifikasi jaringan pelayanan dan jejaring di wilayah kerja Puskesmas untuk optimalisasi koordinasi dan/atau rujukan di bidang upaya kesehatan (D).**
- c) **Disusun dan dilaksanakan program pembinaan terhadap jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas dalam rangka mencapai indikator kinerja pembinaan dengan jadwal dan penanggung jawab yang jelas (R, D, W).**
- d) **Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pencapaian indikator kinerja pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas (D).**



STANDARDS

TATA KELOLA ORGANISASI.

Kriteria 1.2.4

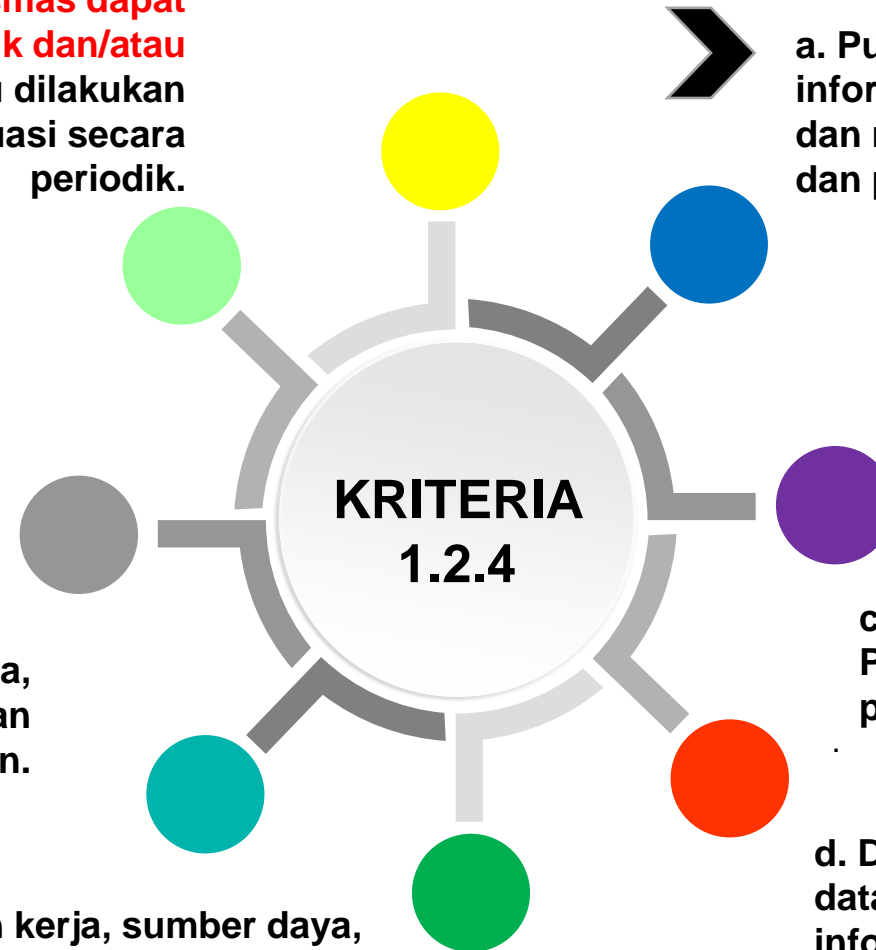
Puskesmas menjamin ketersediaan data dan informasi melalui penyelenggaraan sistem informasi Puskesmas.

h. Sistem Informasi Puskesmas dapat diselenggarakan secara elektronik dan/atau nonelektronik serta perlu dilakukan pengawasan/pemantauan dan evaluasi secara periodik.

g. Distribusi informasi (internal dan eksternal) dilakukan sesuai ketentuan. Akses data dan informasi harus mempertimbangkan aspek kerahasiaan informasi dan kepentingan bagi pengguna data.

f. Pengumpulan, penyimpanan, analisis data, dan pelaporan data dilakukan sesuai dengan periodisasi yang telah ditentukan.

e. Data dasar terdiri atas identitas, wilayah kerja, sumber daya, dan sasaran program kerja Puskesmas. Data program meliputi data UKM (esensial dan pengembangan), UKP, manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat, pelayanan laboratorium, dan PIS PK.



a. Puskesmas harus menyediakan data dan informasi sebagai bahan pengambilan keputusan dan menyampaikan informasi kepada masyarakat dan pihak terkait.

b. Ketersediaan data dan informasi akan memudahkan Puskesmas dalam merencanakan, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi keberhasilan upaya/ kegiatan.

c. Penyelenggaraan Sistem Informasi Puskesmas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

d. Data dan informasi tersebut meliputi minimal data dasar, data program serta data dan informasi lain yang ditetapkan.

- a) **Dilaksanakan pengumpulan, penyimpanan, analisis data, dan pelaporan serta distribusi informasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait sistem informasi Puskesmas (R, D, W).**
- b) **Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap penyelenggaraan sistem informasi Puskesmas secara periodik (D, W).**
- c) **Terdapat informasi pencapaian kinerja Puskesmas melalui sistem informasi Puskesmas (D, O).**



STANDARDS

TATA KELOLA ORGANISASI.

Kriteria 1.2.5

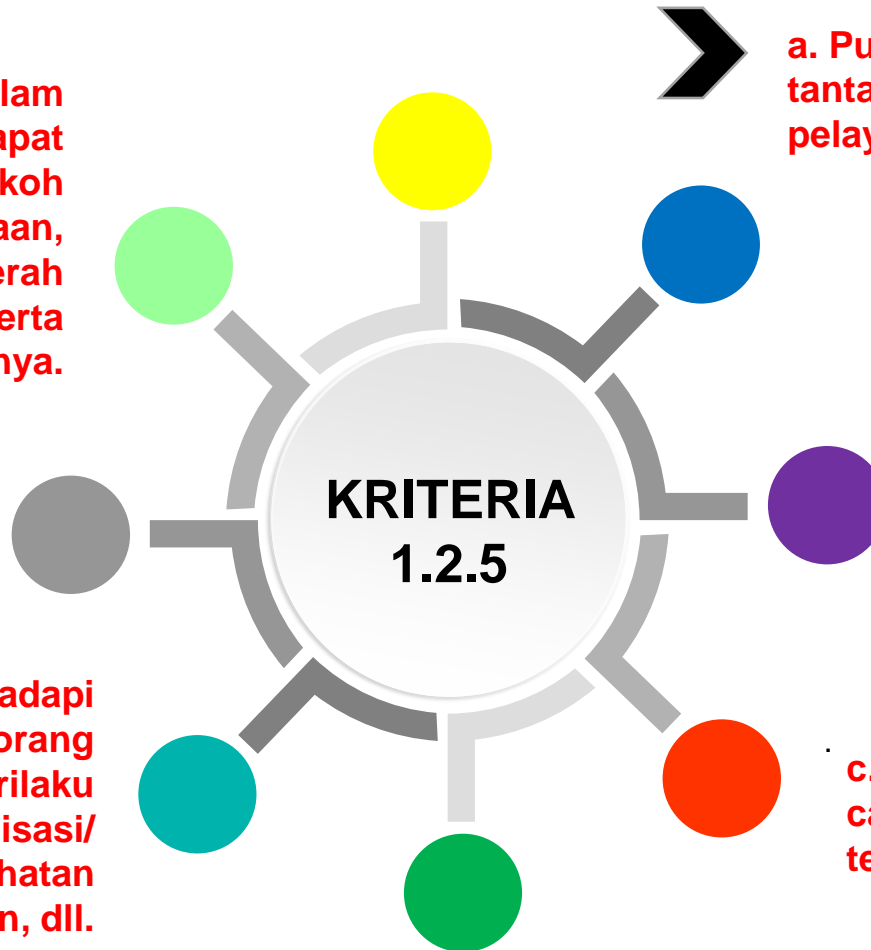
Penyelenggaraan pelayanan UKM dan UKP dilaksanakan dengan pertimbangan etik dalam pengambilan keputusan pelayanan.

g. Dukungan kepala dan/atau pegawai dalam penyelesaian dilema etik yang terjadi dapat berupa advokasi kepada tokoh masyarakat/tokoh agama, pembinaan, berkoordinasi dengan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan pihak terkait lainnya serta bentuk dukungan lainnya.

f. Kepala Puskesmas dapat membentuk tim etik dengan keterwakilan dari pelayanan UKM, UKP, KMP, dan mutu.

e. Dilema etik merupakan situasi yang dihadapi oleh seseorang yang mengharuskan orang tersebut membuat keputusan mengenai perilaku yang patut. Contoh: tidak bersedia diimunisasi/ tidak bersedia bersalin di fasilitas kesehatan karena alasan keyakinan, dll.

d. Etik bersifat abstrak, belum tertulis. Jika sudah tertulis disebut kode etik.



a. Puskesmas dapat menghadapi banyak tantangan dan dilema etik dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas.

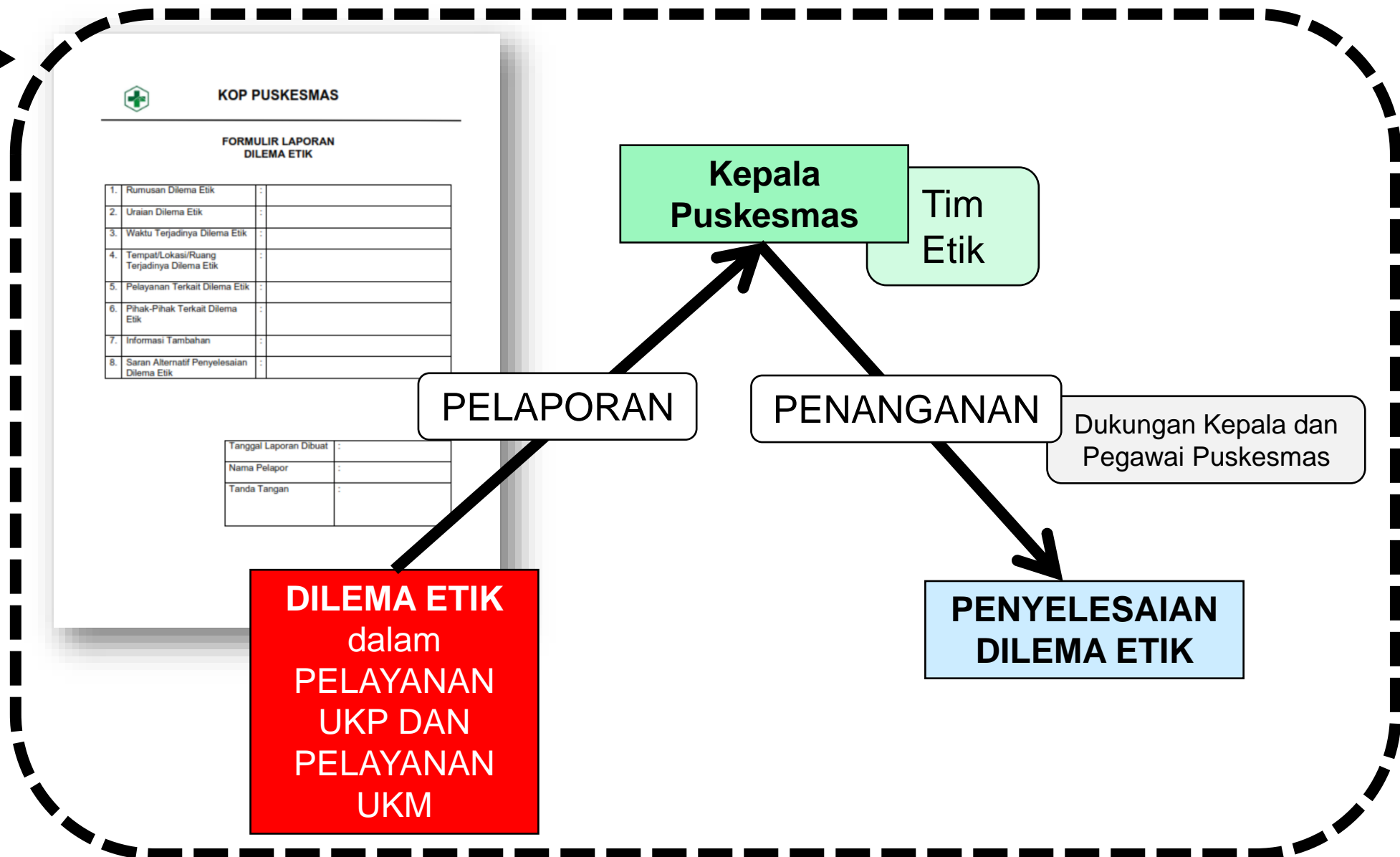
b. Keputusan mengenai pelayanan dapat menimbulkan pertanyaan, konflik atau dilema bagi Puskesmas dan pasien/ keluarga/pembuat keputusan.

c. Kepala Puskesmas perlu menetapkan cara pengelolaan dan mencari solusi terhadap dilema tersebut.

- a) Puskesmas mempunyai prosedur pelaporan dan penyelesaian bila terjadi dilema etik dalam pelayanan UKP dan pelayanan UKM (R).**
- b) Dilaksanakan pelaporan apabila terjadi dilema etik dalam pelayanan UKP dan pelayanan UKM (D, W).**
- c) Terdapat bukti bahwa pimpinan dan/atau pegawai Puskesmas mendukung penyelesaian dilema etik dalam pelayanan UKP dan pelayanan UKM dan telah dilaksanakan sesuai regulasi (D, W).**

Penjelasan 1.2.5

SOP tentang Pelaporan & Penanganan Dilema Etik





STANDARDS

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.

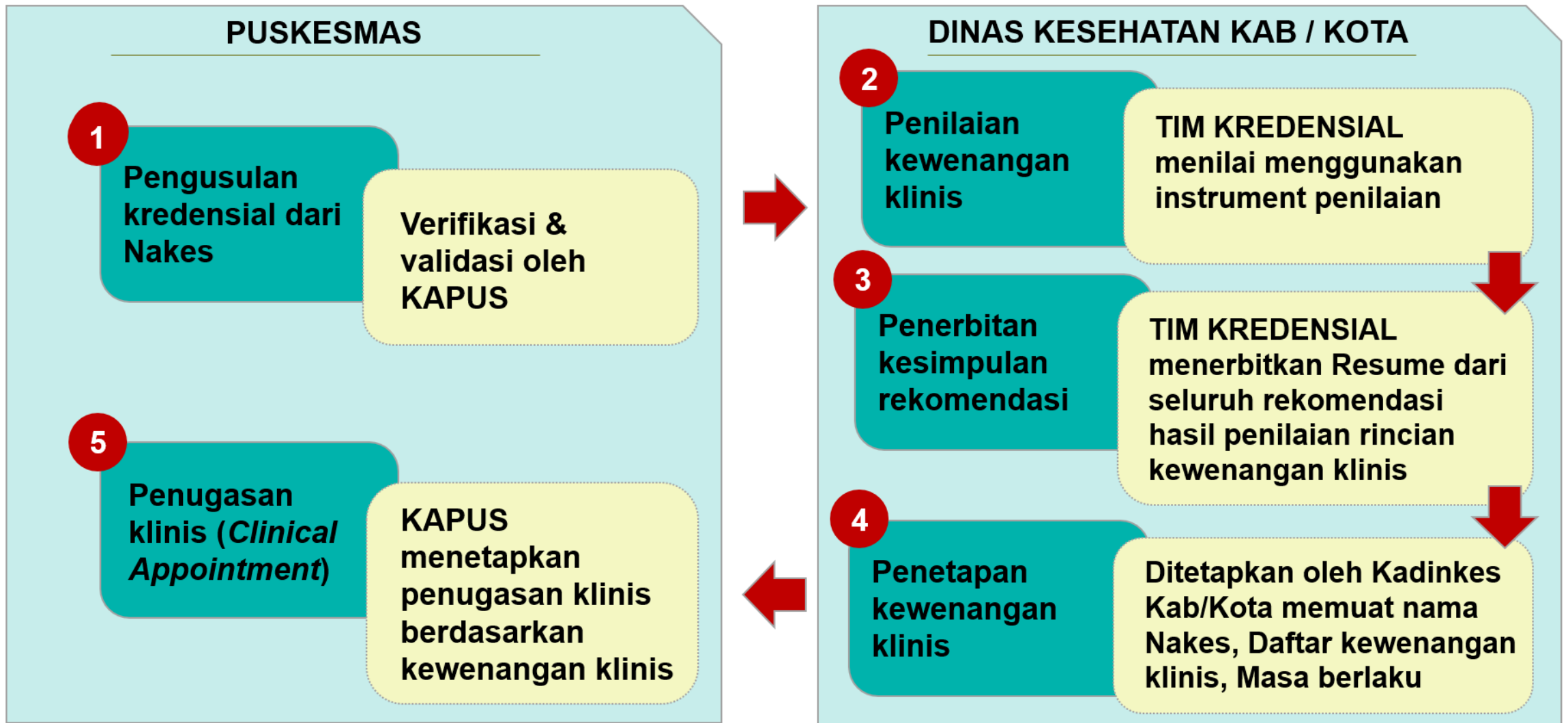
Kriteria 1.3.1

Tersedia sumber daya manusia (SDM) dengan jenis, jumlah, dan kompetensi sesuai kebutuhan pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

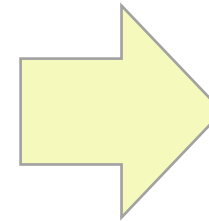


- a) **Dilakukan analisis jabatan dan analisis beban kerja sesuai kebutuhan pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan (D, W).**
- b) **Disusun peta jabatan, uraian jabatan dan kebutuhan tenaga berdasar hasil analisis jabatan dan hasil analisis beban kerja (D, W).**
- c) **Dilakukan upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga baik dari jenis, jumlah maupun kompetensi sesuai dengan peta jabatan dan hasil analisis beban kerja (D, W).**
- d) **Terdapat bukti Puskesmas mengusulkan kredensial dan/atau rekredensial tenaga kesehatan kepada tim kredensial dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan dilakukan tindak lanjut terhadap hasil kredensial dan/atau rekredensial sesuai ketentuan yang berlaku (D, W).**

MEKANISME KREDENSIAL & REKREDENSIAL



KREDENSIAL adalah proses evaluasi terhadap tenaga kesehatan untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).



FORMULIR 6

F. CONTOH SURAT PENUGASAN KLINIS

PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA ...
DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA ...

Kepala Puskesmas ... (nama Puskesmas) memberikan Penugasan Klinis kepada:

..... (nama tenaga kesehatan)

Untuk memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas ... (nama Puskesmas) sesuai dengan surat ketetapan kewenangan klinis nomor:
Penugasan klinis ini berlaku sampai dengan tanggal ... atau waktu lain dalam hal terjadi perubahan kewenangan klinis sesuai dengan keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ...

.. (nama kota), .. (tanggal)
Kepala Puskesmas ...

.. (nama kepala Puskesmas)
NIP ..



STANDARDS

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.

Kriteria 1.3.2

Setiap pegawai Puskesmas mempunyai uraian tugas yang menjadi dasar dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan maupun penilaian kinerja pegawai.

I. Perlu dilakukan penilaian tingkat kepuasan pegawai minimal setahun sekali. Hasil analisis terhadap tingkat kepuasan pegawai digunakan untuk melakukan upaya perbaikan.

k. Hasil penilaian kinerja ditindaklanjuti untuk perbaikan kinerja masing-masing pegawai.

j. Upaya peningkatan kompetensi tenaga kesehatan yang memberikan asuhan klinis perlu direncanakan dan diberikan kesempatan bagi tenaga tersebut untuk meningkatkan kompetensinya.

i. Indikator penilaian kinerja dapat menggunakan Sasaran Kinerja Pegawai.

h. Perlu ditetapkan kebijakan, prosedur, dan indikator penilaian kinerja.

g. Indikator penilaian kinerja pegawai disusun dan ditetapkan berdasarkan uraian tugas, tata nilai, kode etik perilaku, dan kompetensi pegawai.



a. Kepala Puskesmas menetapkan uraian tugas setiap pegawai. Setiap pegawai wajib memahami uraian tugas masing-masing.

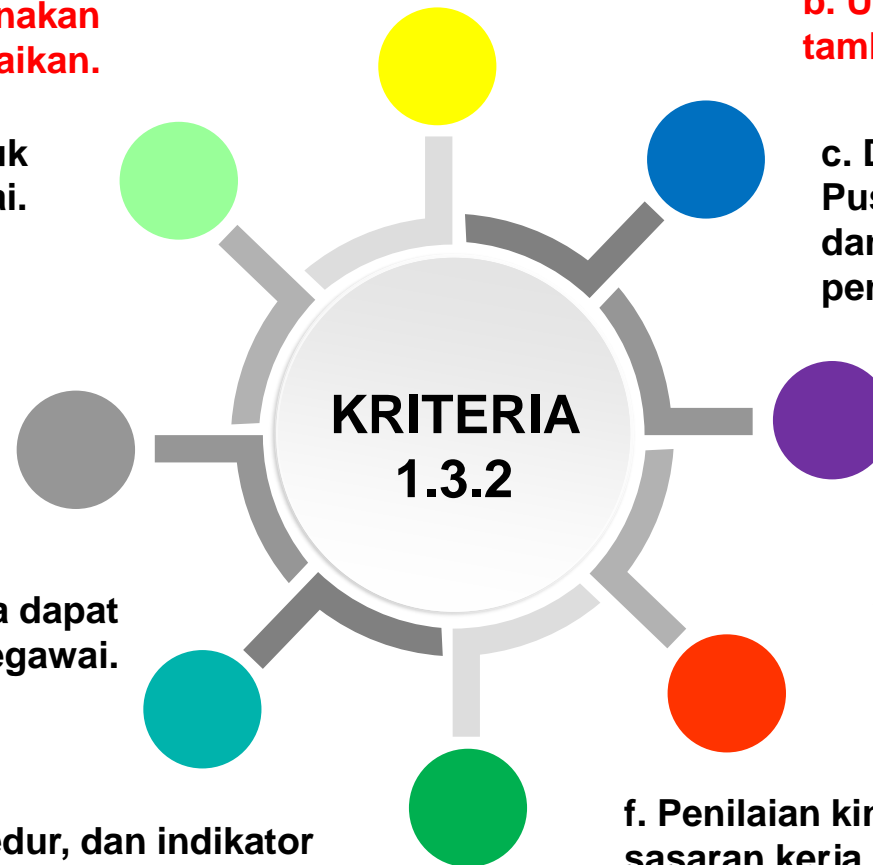
b. Uraian tugas berisi tugas pokok dan tugas tambahan serta wewenang dan tanggung jawab.

c. Dalam menetapkan tugas pokok, Kepala Puskesmas memperhatikan jenis pelayanan dan kegiatan puskesmas serta SK pengangkatan sebagai jabatan fungsional.

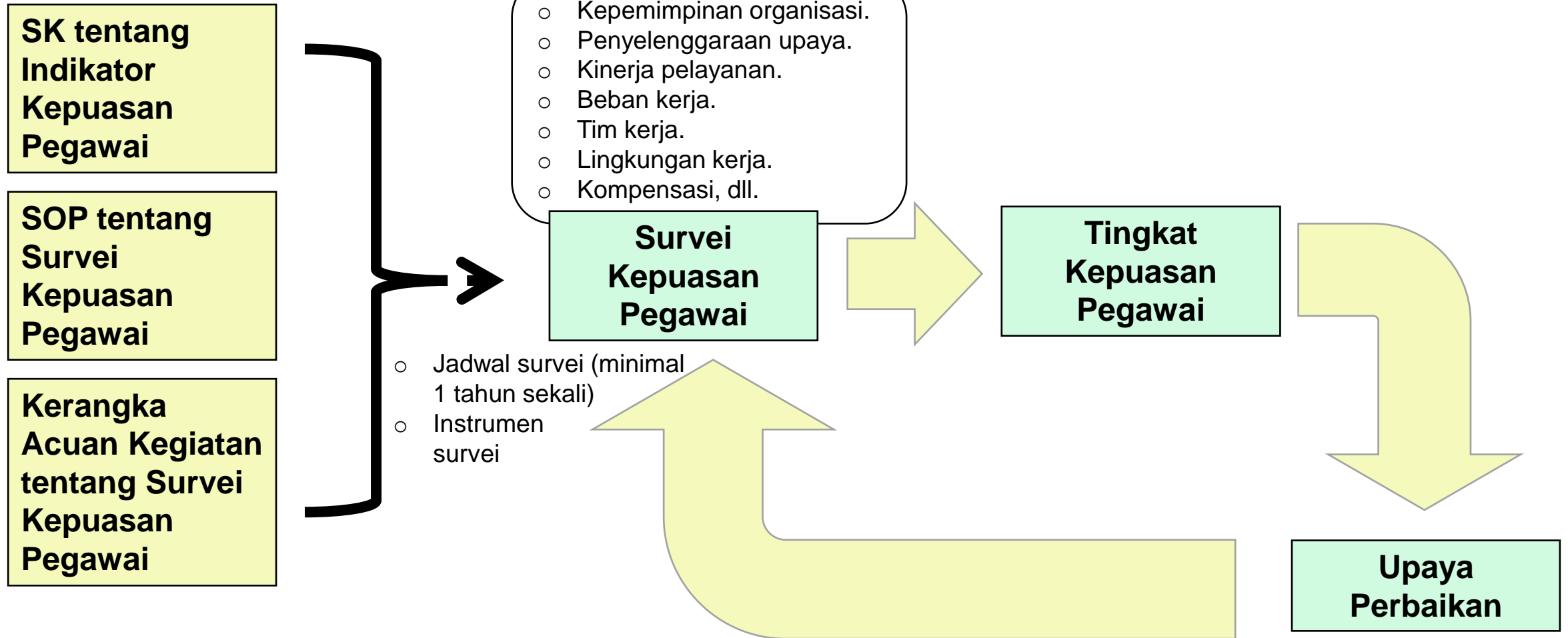
d. Bagi pegawai non-ASN, tugas pokok adalah tugas yang sesuai dengan SK pengangkatan sebagai tenaga kesehatan di puskesmas.

e. Tugas tambahan adalah tugas yang diberikan kepada pegawai untuk mendukung kelancaran pelaksanaan program dan kegiatan.

f. Penilaian kinerja pegawai dilakukan untuk melihat capaian sasaran kerja pegawai, mengurangi variasi pelayanan, dan meningkatkan kepuasan pengguna layanan.



- a) **Ada penetapan uraian tugas yang berisi tugas pokok dan tugas tambahan untuk setiap pegawai (R).**
- b) **Ditetapkan indikator penilaian kinerja pegawai (R).**
- c) **Dilakukan penilaian kinerja pegawai minimal setahun sekali dan tindak lanjutnya untuk upaya perbaikan sesuai dengan mekanisme yang telah ditetapkan (R, D, W).**
- d) **Ditetapkan indikator dan mekanisme survei kepuasan pegawai terhadap penyelenggaraan KMP, UKM, UKP, kefarmasian dan laboratorium serta kinerja pelayanan Puskesmas (R).**
- e) **Dilakukan pengumpulan data, analisis dan upaya perbaikan dalam rangka meningkatkan kepuasan pegawai sesuai kerangka acuan (R, D, W).**





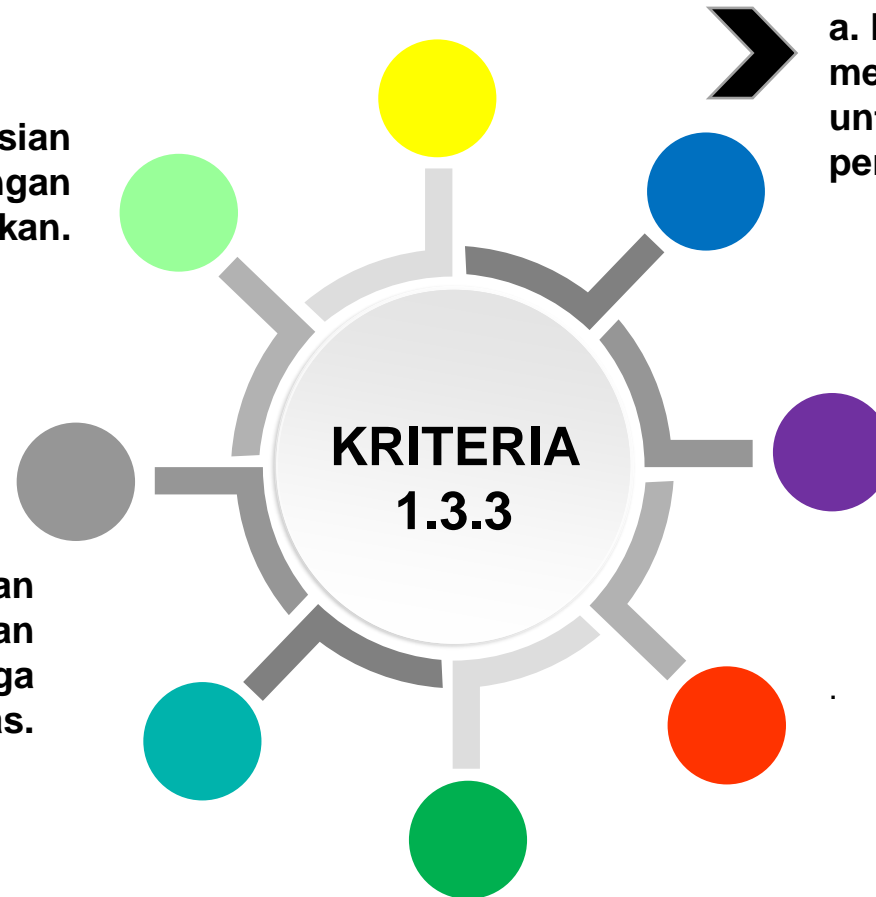
STANDARDS

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.

Kriteria 1.3.3

Setiap pegawai mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan ilmu dan keterampilan yang diperlukan.

e. Puskesmas melakukan pendokumentasian hasil peningkatan kompetensi sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.



a. Puskesmas perlu merencanakan dan memberi kesempatan bagi seluruh pegawai untuk meningkatkan kompetensi melalui pendidikan dan/atau pelatihan.

b. Puskesmas melakukan analisis kesenjangan kompetensi untuk memetakan kebutuhan peningkatan kompetensi pegawai.

c. Hasil analisis kesenjangan kompetensi dijadikan sebagai dasar dalam mengajukan peningkatan kompetensi pegawai.

d. Puskesmas memfasilitasi pemenuhan kompetensi pegawai sebagai bentuk dukungan dari manajemen bagi semua tenaga Puskesmas.

- a) Tersedia informasi mengenai peluang untuk meningkatkan kompetensi bagi semua tenaga yang ada di Puskesmas (D).**
- b) Ada dukungan dari manajemen bagi semua tenaga yang ada di Puskesmas untuk memanfaatkan peluang tersebut (R, W).**
- c) Jika ada tenaga yang mengikuti peningkatan kompetensi, dilakukan evaluasi penerapan terhadap hasil peningkatan kompetensi tersebut di tempat kerja (R, D, W).**



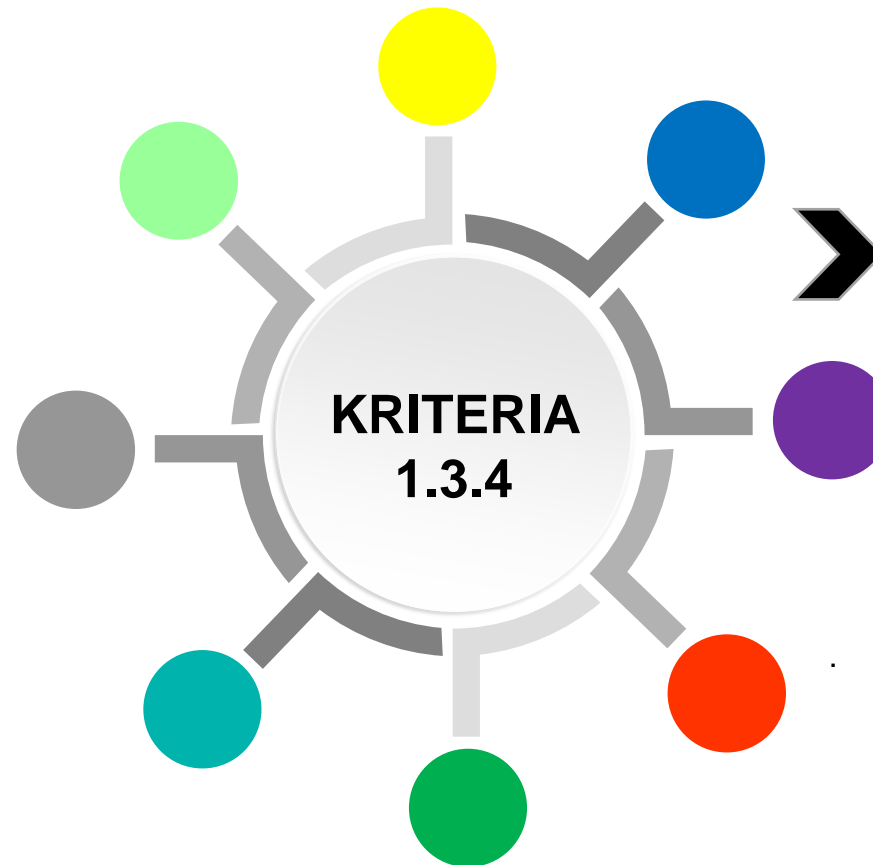
STANDARDS

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.

Kriteria 1.3.4

Setiap pegawai mempunyai dokumen kepegawaian yang lengkap dan mutakhir.

c. Dokumen kepegawaian berisi antara lain: 1) bukti pendidikan, 2) bukti tanda registrasi, 3) bukti surat izin praktik, 4) uraian tugas pegawai dan/atau rincian wewenang klinis tenaga kesehatan, 5) bukti sertifikat pelatihan, 6) bukti pengalaman kerja, jika dipersyaratkan, 7) hasil penilaian kinerja pegawai, dll.



a. Puskesmas wajib menyediakan dokumen kepegawaian, baik dalam bentuk cetak maupun digital, untuk tiap pegawai sebagai bukti pemenuhan persyaratan yang ditetapkan dan dilakukan upaya pengembangan untuk memenuhi persyaratan tersebut. Dokumen kepegawaian tersebut dikelola sesuai dengan mekanisme yang ditetapkan yang dapat menjamin kelengkapan dan kemutakhirannya.

b. Tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas harus mempunyai STR dan/atau SIP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- a) Ditetapkan dan tersedia isi dokumen kepegawaian yang lengkap dan mutakhir untuk tiap pegawai yang bekerja di Puskesmas, serta terpelihara sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, O, W).**
- b) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut secara periodik terhadap kelengkapan dan pemutakhiran dokumen kepegawaian (D, W).**



STANDARDS

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.

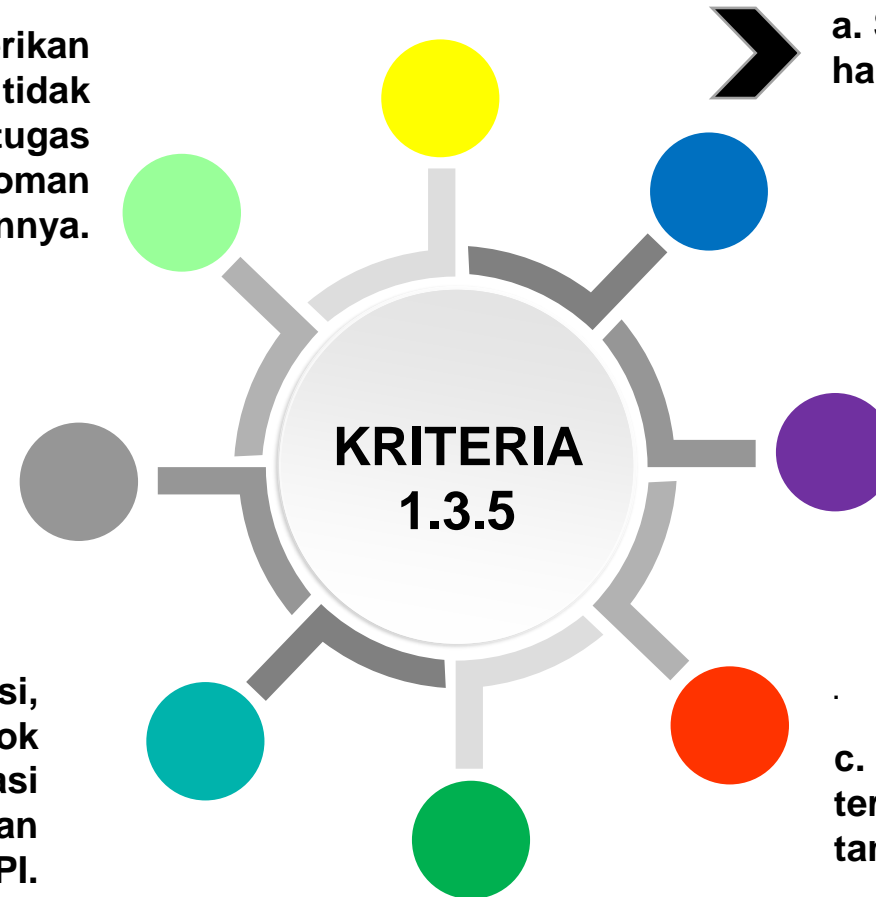
Kriteria 1.3.5

Pegawai baru dan pegawai alih tugas wajib mengikuti orientasi agar memahami dan mampu melaksanakan tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

g. Pada orientasi khusus ini juga diberikan penjelasan terkait apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan, bagaimana melakukan tugas dengan aman sesuai PPK, panduan/pedoman asuhan/program lainnya.

f. **Orientasi khusus:** orientasi di tempat tugas pegawai tersebut dan tanggung jawab spesifik.

e. **Orientasi umum:** mengenal visi, misi, tata nilai, **kode etik perilaku**, tugas pokok dan fungsi serta struktur organisasi Puskesmas, program mutu dan keselamatan pasien serta PPI.



a. Setiap pegawai baru dan pegawai alih tugas harus mengikuti orientasi.

b. Puskesmas yang menerima mahasiswa magang, pelaksanaan orientasinya dilaksanakan sesuai kebijakan Puskesmas dan kurikulum dari insitusi pendidikan.

c. Orientasi dilakukan agar pegawai tersebut memahami tugas, peran, dan tanggung jawab yang akan diemban.

d. Puskesmas menyusun kerangka acuan pelaksanaan orientasi umum dan orientasi khusus.

- a) **Orientasi pegawai dilaksanakan sesuai kerangka acuan yang disusun (R, D, W).**
- b) **Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan orientasi pegawai (D, W).**



STANDARDS

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.

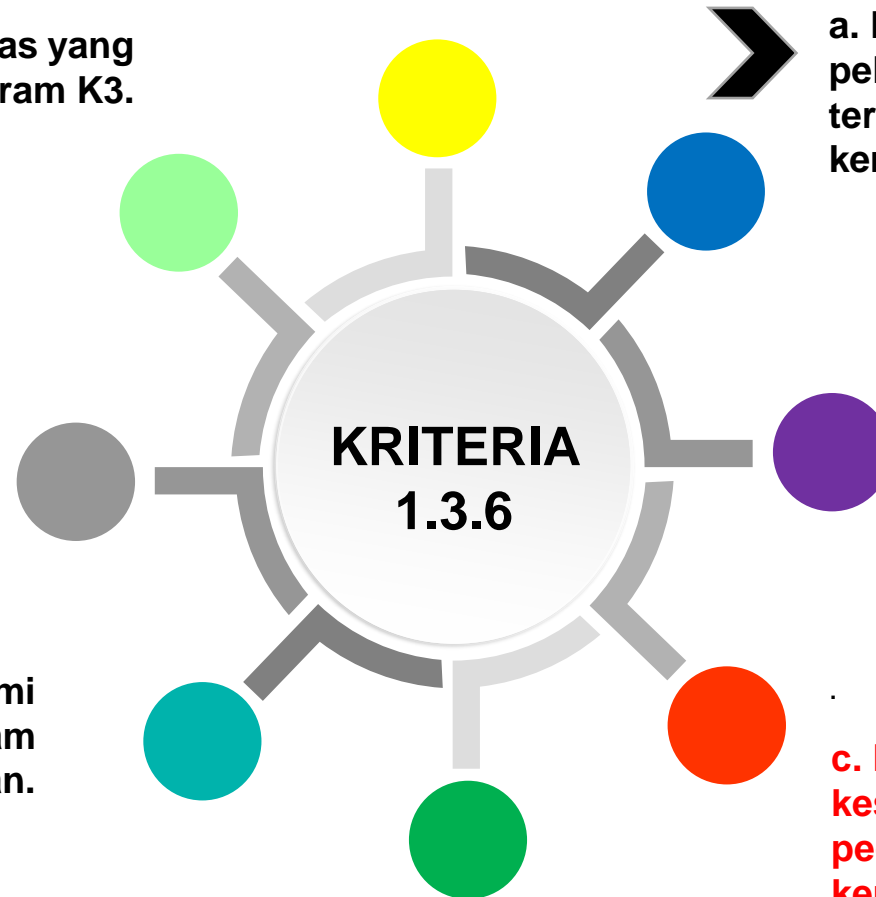
Kriteria 1.3.6

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3).

g. Kepala Puskesmas menunjuk petugas yang bertanggung jawab terhadap program K3.

f. Puskesmas melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil pelaporan pelaksanaan program K3 bagi pegawai.

e. Semua pegawai harus memahami program K3 pegawai, agar program tersebut dapat diterapkan.



a. Pegawai mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan perlindungan terhadap kesehatannya atas penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja.

b. Program pemeriksaan kesehatan berkala dan pemberian imunisasi kepada pegawai sesuai hasil identifikasi risiko penyakit perlu ditetapkan dan dilakukan. Jika terjadi paparan, perlu dilaporkan dan ditindaklanjuti, termasuk konseling kesehatan.

c. Program K3 juga meliputi promosi kesehatan, kesejahteraan (*well being*) pegawai (manajemen stress, kepuasan kerja, dll) serta pencegahan penyakit akibat kerja.

d. Program perlindungan pegawai terhadap tindak kekerasan perlu disusun dan diterapkan.

- a) **Ditetapkan petugas** yang bertanggung jawab terhadap program K3 dan **program K3 Puskesmas** serta dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program K3 (R, D, W).
- b) Dilakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala terhadap pegawai untuk menjaga kesehatan pegawai sesuai dengan program yang telah ditetapkan oleh kepala Puskesmas (R, D, W).
- c) Ada program dan pelaksanaan imunisasi bagi pegawai sesuai dengan tingkat risiko dalam pelayanan (R, D, W).
- d) Apabila ada pegawai yang terpapar penyakit infeksi, kekerasan, atau cedera akibat kerja, dilakukan konseling dan tindak lanjutnya (D, W).



STANDARDS

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).

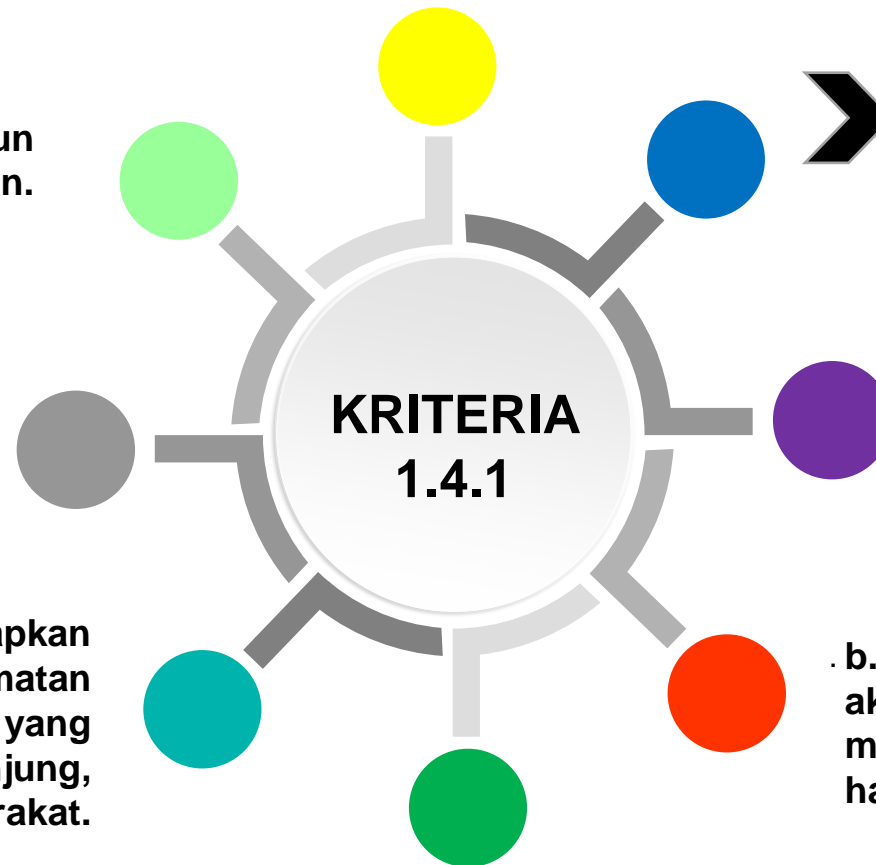


Kriteria 1.4.1

Disusun dan diterapkan program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) yang meliputi manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas, manajemen bahan berbahaya beracun (B3) dan limbah B3, manajemen kedaruratan dan bencana, manajemen pengamanan kebakaran, manajemen alat kesehatan, manajemen sistem utilitas, dan pendidikan MFK.

d. Program MFK perlu disusun setiap tahun dan diterapkan.

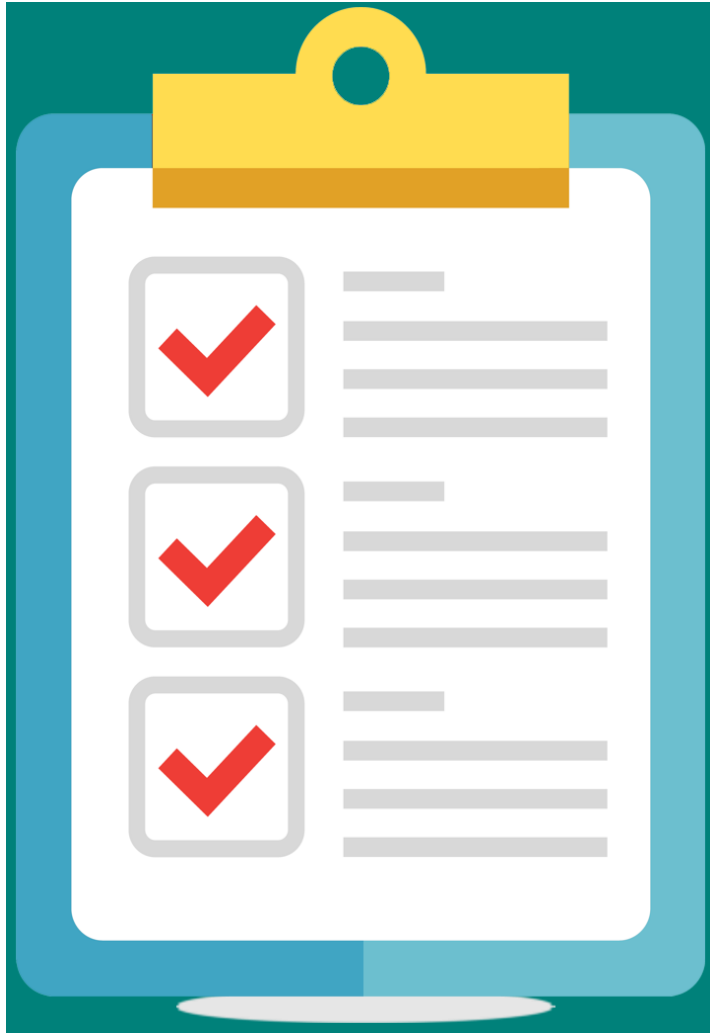
c. Puskesmas menyusun dan menerapkan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) untuk menyediakan lingkungan yang aman bagi pengguna layanan, pengunjung, petugas dan masyarakat.



a. Puskesmas mempunyai kewajiban untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan bangunan, prasarana, peralatan dan menyediakan lingkungan yang aman bagi pengguna layanan, pengunjung, petugas, dan masyarakat termasuk pasien dengan keterbatasan fisik diberikan akses untuk memperoleh pelayanan.

b. Pemenuhan kemudahan dan keamanan akses bagi orang dengan keterbatasan fisik, misalnya penyediaan ramp, kursi roda, hand rail, dan lain-lain harus dilakukan.

PROGRAM MFK



MANAJEMEN:

KESELAMATAN & KEAMANAN FASILITAS

BAHAN BERBAHAYA & BERACUN (B3) DAN
LIMBAH B3

KEDARURATAN DAN BENCANA

PENGAMANAN KEBAKARAN

PERALATAN KESEHATAN

SISTEM UTILISASI

PENDIDIKAN MFK

- a) Terdapat petugas yang bertanggung jawab dalam MFK serta tersedia program MFK yang ditetapkan setiap tahun berdasarkan identifikasi risiko (R).
- b) Puskesmas menyediakan akses yang mudah dan aman bagi pengguna layanan dengan keterbatasan fisik (O, W).
- c) Dilakukan identifikasi terhadap area-area berisiko (D, W).
- d) Disusun daftar risiko (*risk register*) yang mencakup seluruh lingkup program MFK (D).
- e) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut per triwulan terhadap pelaksanaan program MFK (D).





STANDARDS

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).



Kriteria 1.4.2

Puskesmas merencanakan dan melaksanakan manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas.

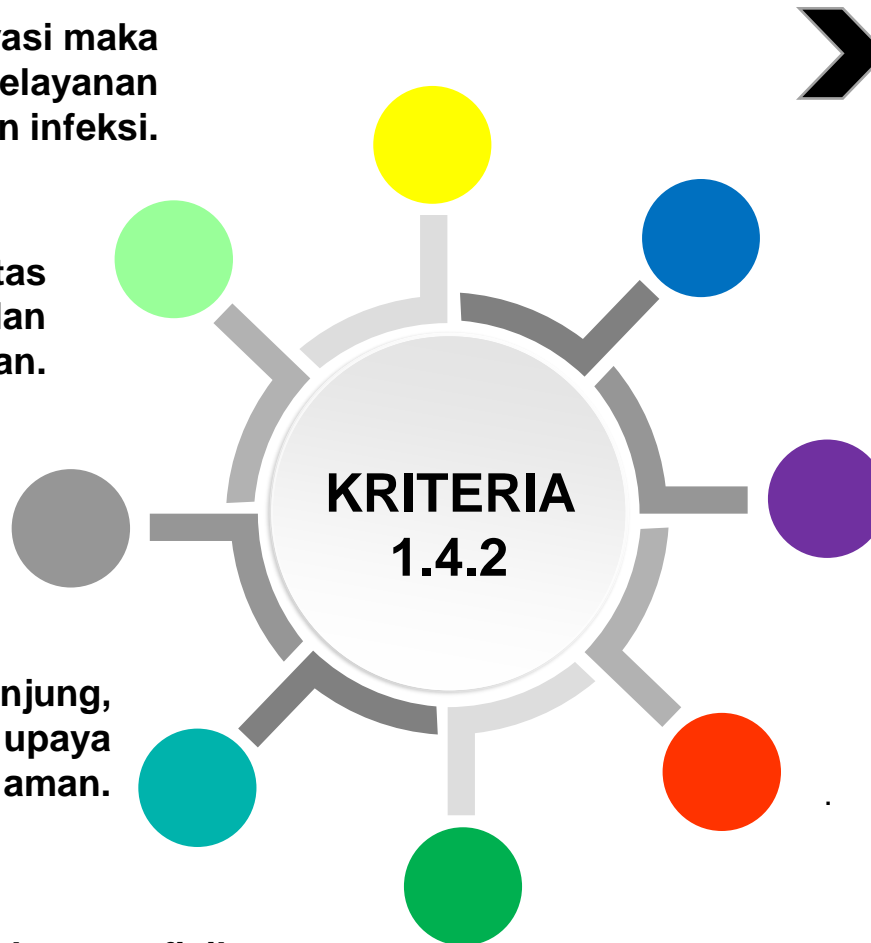
h. Apabila terdapat renovasi maka dipastikan tidak mengganggu pelayanan dan mencegah penyebaran infeksi.

g. Dilakukan inspeksi fasilitas untuk menjamin keamanan dan keselamatan.

f. Kode darurat yang diperlukan ditetapkan dan diterapkan, minimal: kode merah dan biru.

e. Pemberian tanda pengenal untuk pengunjung, petugas serta pekerja alih daya merupakan upaya untuk menyediakan lingkungan yang aman.

d. Area yang berisiko keamanan dan kekerasan fisik perlu diidentifikasi dan dibuatkan peta untuk pemantauan dan meminimalkan terjadinya insiden dan kekerasan fisik pada pengguna layanan, pengunjung, petugas, dan masyarakat.



a. Manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas dirancang untuk mencegah terjadinya cedera pada pengguna layanan, pengunjung, petugas dan masyarakat, seperti tertusuk jarum, tertimpa bangunan atau gedung roboh, dan tersengat listrik.

b.. Manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas perlu direncanakan untuk mencegah terjadinya kejadian kekerasan fisik maupun cedera akibat lingkungan fisik yang tidak aman seperti penculikan bayi, pencurian, dan kekerasan pada petugas.

c. Manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas perlu didukung dengan penyediaan anggaran, penyediaan fasilitas untuk mendukung keamanan fasilitas seperti penyediaan *closed circuit television* (CCTV), alarm, alat pemadam api ringan (APAR), jalur evakuasi, titik kumpul, rambu-rambu mengenai keselamatan dan tanda-tanda pintu darurat.

- a) Dilakukan identifikasi terhadap pengunjung, petugas dan pekerja alih daya (*outsourcing*) (R, O, W).**
- b) Dilakukan inspeksi fasilitas secara berkala yang meliputi bangunan, prasarana dan peralatan (R, D, O, W).**
- c) Dilakukan simulasi terhadap kode darurat secara berkala (D, O, W, S).**
- d) Dilakukan pemantauan terhadap pekerjaan konstruksi terkait keamanan dan pencegahan penyebaran infeksi (D, O, W).**



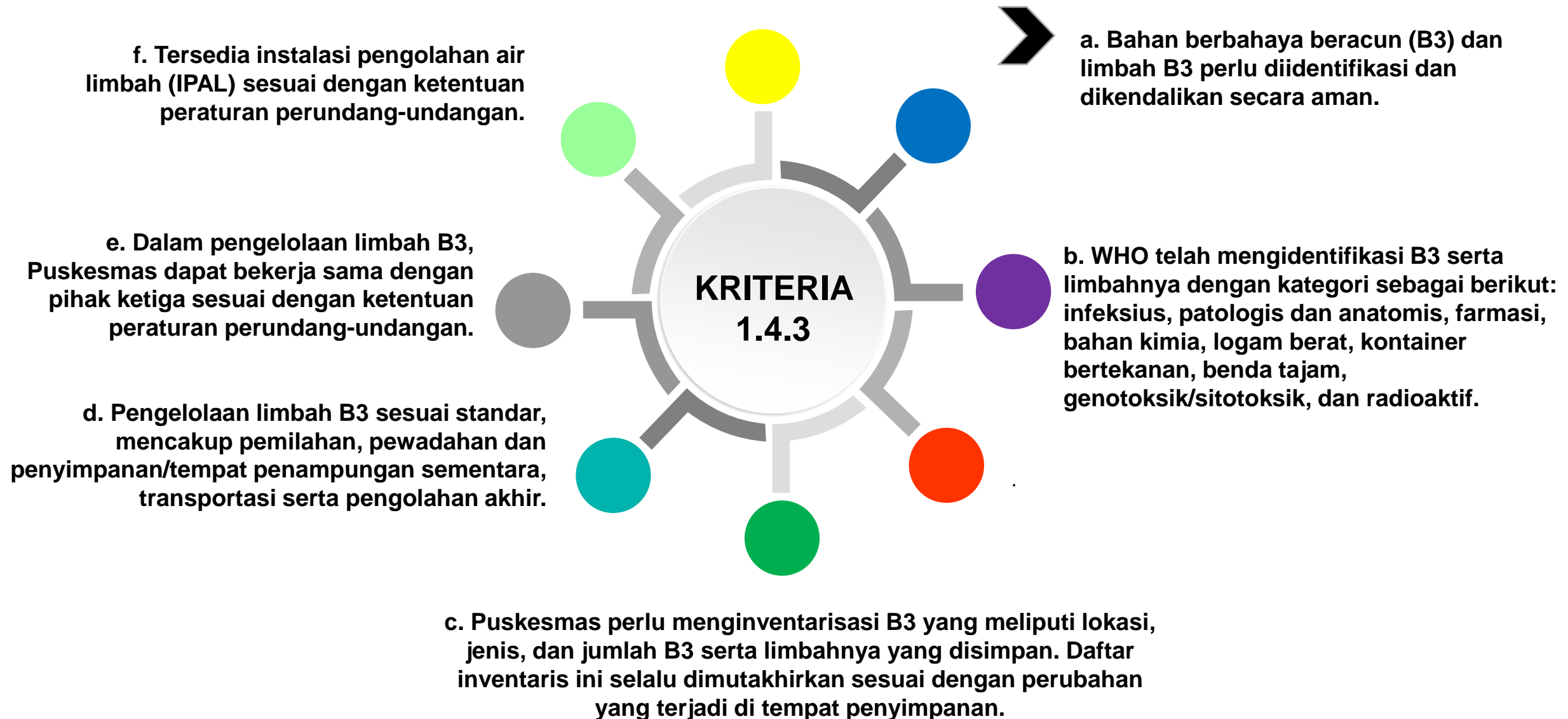
STANDARDS

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).



Kriteria 1.4.3

Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan, dan penggunaan bahan berbahaya beracun (B3), pengendalian dan pembuangan limbah B3 dilakukan berdasarkan perencanaan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.



- a) Dilakukan inventarisasi B3 dan limbah B3 (D).**
- b) Dilaksanakan manajemen B3 dan limbah B3 (D).**
- c) Tersedia IPAL sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (D, O).**
- d) Apabila terdapat tumpahan dan/atau paparan/pajanan B3 dan/atau limbah B3, dilakukan penanganan awal, pelaporan, analisis, dan tindak lanjutnya (D, O, W).**



STANDARDS

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).



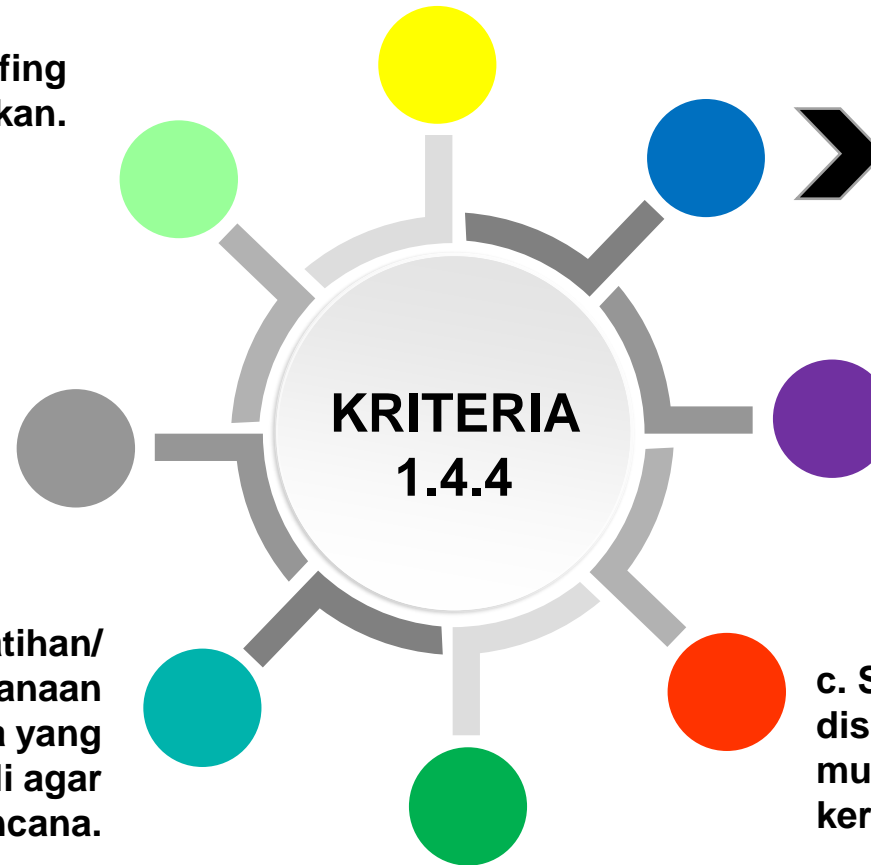
Kriteria 1.4.4

Puskesmas menyusun, memelihara, melaksanakan, dan mengevaluasi manajemen kedaruratan dan bencana.

g. Hasil dari kegiatan debriefing didokumentasikan.

f. Debriefing adalah sebuah reviu yang dilakukan setelah simulasi bersama peserta simulasi dan observer yang bertujuan untuk menindaklanjuti hasil dari simulasi.

e. Setiap pegawai wajib mengikuti pelatihan/ lokakarya dan simulasi pelaksanaan manajemen kedaruratan dan bencana yang diselenggarakan minimal setahun sekali agar siap jika sewaktu-waktu terjadi bencana.



a. Potensi terjadinya bencana di daerah berbeda antara daerah yang satu dan yang lain.

b. Puskesmas ikut berperan aktif dalam upaya mitigasi dan penanggulangan bila terjadi bencana, baik internal maupun eksternal.

c. Strategi untuk menghadapi bencana perlu disusun sesuai dengan potensi bencana yang mungkin terjadi berdasarkan hasil penilaian kerentanan bahaya (HVA).

d. Kesiapan menghadapi bencana disusun dan disimulasikan setiap tahun secara internal atau melibatkan komunitas secara luas.

- a) **Dilakukan identifikasi risiko terjadinya bencana internal dan eksternal sesuai dengan letak geografis Puskesmas dan akibatnya terhadap pelayanan (D).**
- b) **Dilaksanakan manajemen kedaruratan dan bencana (D, W).**
- c) **Dilakukan simulasi dan evaluasi tahunan terhadap manajemen kedaruratan dan bencana yang telah disusun, dan dilanjutkan dengan *debriefing* setiap selesai simulasi. (D, W).**
- d) **Dilakukan perbaikan terhadap manajemen kedaruratan dan bencana sesuai hasil simulasi dan evaluasi tahunan. (D).**



STANDARDS

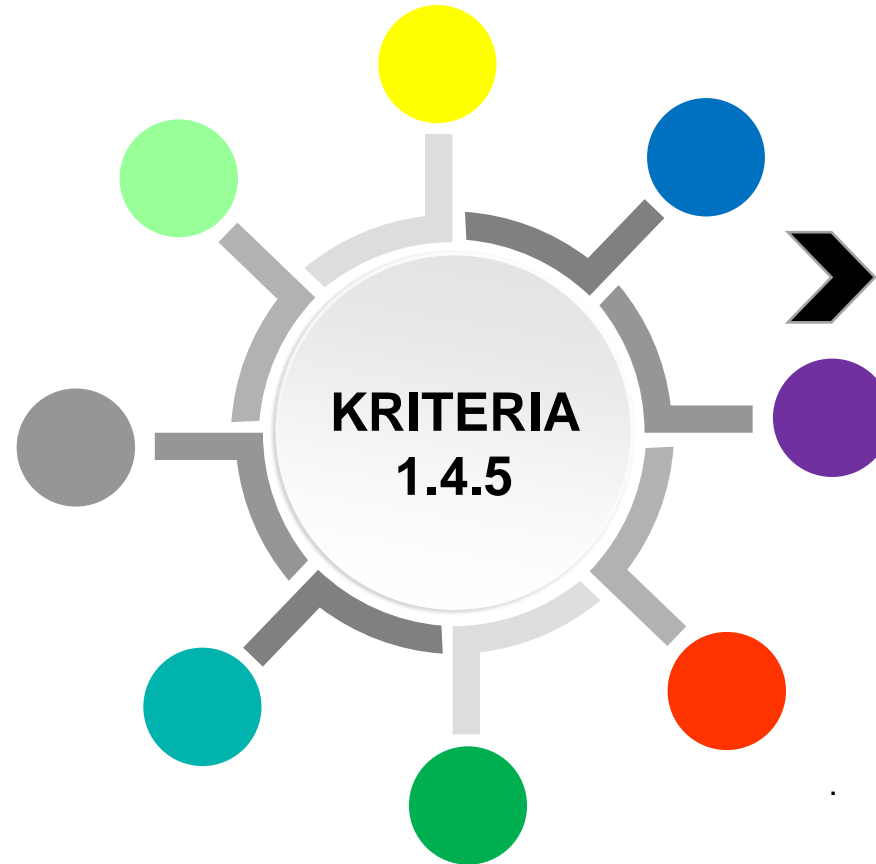
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).



Kriteria 1.4.5

Puskesmas menyusun, memelihara, melaksanakan, dan melakukan evaluasi manajemen pengamanan kebakaran termasuk sarana evakuasi.

c. Puskesmas harus menetapkan larangan merokok di lingkungan Puskesmas, baik bagi petugas, pengguna layanan, maupun pengunjung. Larangan tersebut wajib dipatuhi dan harus dipantau pelaksanaannya.



a. Setiap fasilitas kesehatan termasuk Puskesmas mempunyai risiko terhadap terjadinya kebakaran, sehingga manajemen pengamanan kebakaran perlu disusun.

b. Yang dimaksud dengan sistem proteksi adalah penyediaan proteksi kebakaran baik secara aktif maupun pasif. Proteksi kebakaran secara aktif, contohnya APAR, sprinkler, detektor panas, dan detektor asap, sedangkan proteksi kebakaran secara pasif, contohnya: jalur evakuasi, pintu darurat, tangga darurat, dan tempat titik kumpul aman.

- a) Dilakukan manajemen pengamanan kebakaran (D, O, W).**
- b) Dilakukan inspeksi, pengujian dan pemeliharaan terhadap alat deteksi dini, alarm, jalur evakuasi, serta keberfungsian alat pemadam api (D, O).**
- c) Dilakukan simulasi dan evaluasi tahunan terhadap manajemen pengamanan kebakaran (D, W, S).**
- d) Ditetapkan kebijakan larangan merokok bagi petugas, pengguna layanan, dan pengunjung di area Puskesmas (R).**



STANDARDS

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).



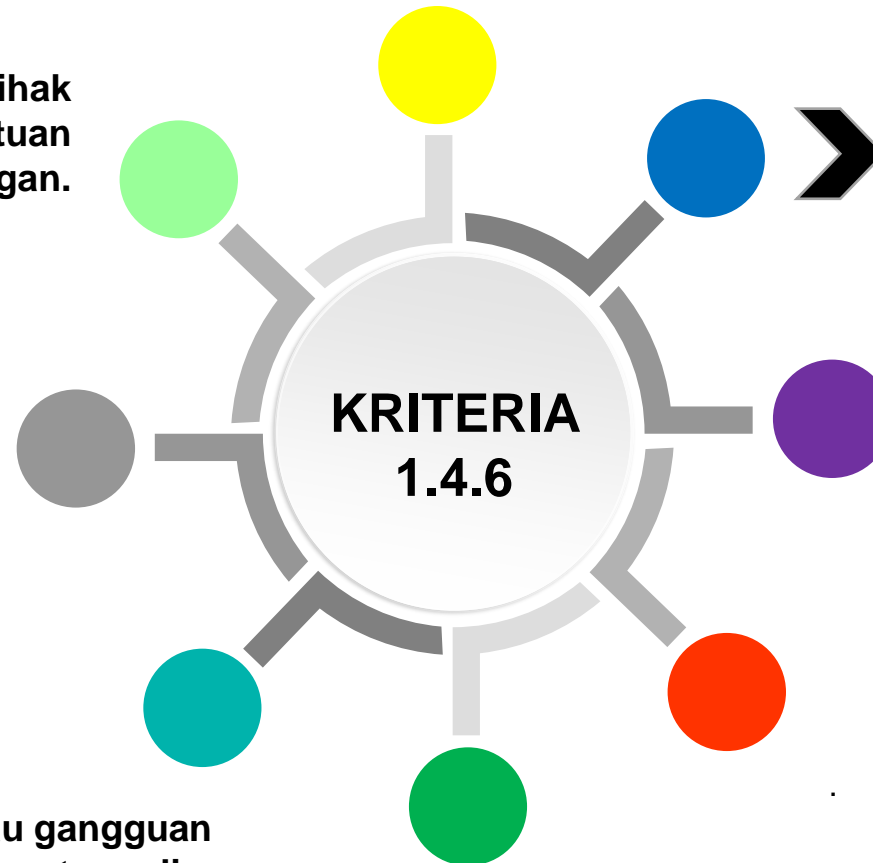
Kriteria 1.4.6

Puskesmas menyusun dan melaksanakan pengelolaan program untuk memastikan semua peralatan kesehatan berfungsi dan mencegah terjadinya ketidaktersediaan dan kegagalan fungsi alat kesehatan.

f. Pelaksanaan kalibrasi dilakukan oleh pihak yang kompeten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

e. Pemeriksaan alat kesehatan yang dilakukan petugas meliputi: kondisi alat, ada tidaknya kerusakan, kebersihan, status kalibrasi, dan fungsi alat.

d. Agar tidak terjadi keterlambatan atau gangguan dalam pelayanan, alat kesehatan harus tersedia, berfungsi dengan baik, dan siap digunakan saat diperlukan. Manajemen alat kesehatan meliputi kegiatan pemeriksaan dan kalibrasi secara berkala, sesuai dengan panduan produk tiap alat kesehatan.



a. Tujuan manajemen alat kesehatan: (1) memastikan bahwa semua alat kesehatan tersedia dan dilakukan kegiatan pemeliharaan dan kalibrasi secara berkala, (2) memastikan bahwa individu yang melakukan pengelolaan alat kesehatan memiliki kualifikasi yang sesuai dan kompeten, dan (3) memastikan operator yang mengoperasikan peralatan kesehatan tertentu telah terlatih sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan

b. Penggunaan Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (ASPAK) oleh Puskesmas dilakukan untuk memastikan pemenuhan terhadap standar sarana, prasarana, dan alat kesehatan.

c. Data sarana, prasarana, dan alat kesehatan di Puskesmas harus diinput dalam ASPAK dan divalidasi oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota untuk menjamin kebenarannya.

- a) Dilakukan inventarisasi alat kesehatan sesuai dengan ASPAK (R).**
- b) Dilakukan pemenuhan kompetensi bagi staf dalam mengoperasikan alat kesehatan tertentu (D, W).**
- c) Dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi terhadap alat kesehatan secara periodik (R, D, O, W).**



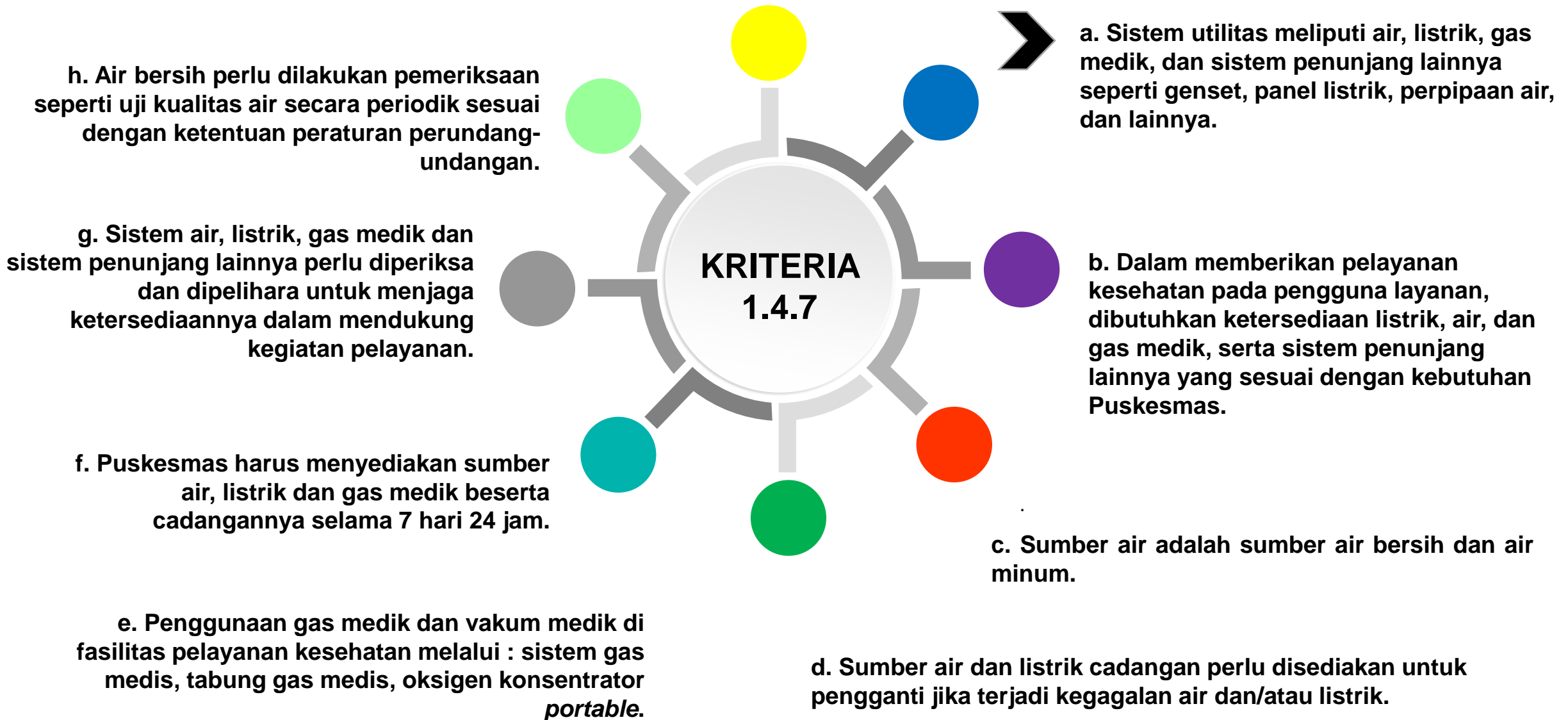
STANDARDS

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).



Kriteria 1.4.7

Puskesmas menyusun dan melaksanakan pengelolaan untuk memastikan semua sistem utilitas berfungsi dan mencegah terjadinya ketidaktersediaan dan kegagalan fungsi sistem utilitas.



- a) Dilakukan inventarisasi sistem utilitas sesuai dengan ASPAK (D).**
- b) Dilaksanakan manajemen sistem utilitas dan sistem penunjang lainnya (R, D).**
- c) Sumber air, listrik, dan gas medik beserta cadangannya tersedia selama 7 hari 24 jam untuk pelayanan di Puskesmas (O).**



STANDARDS

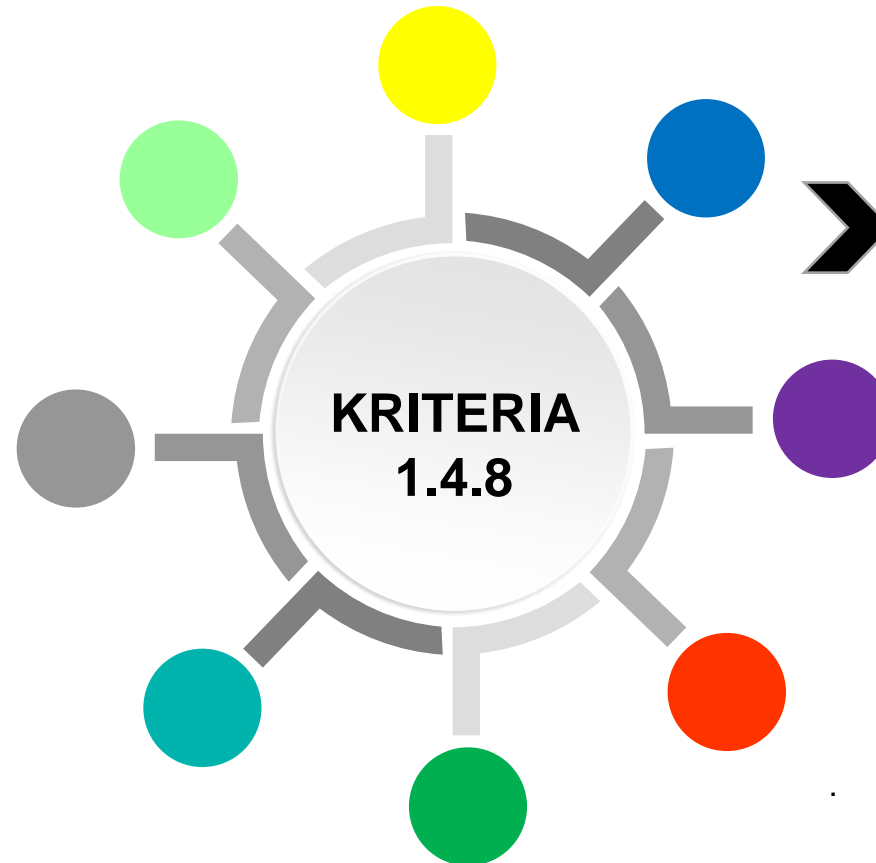
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK).



Kriteria 1.4.8

Puskesmas menyusun dan melaksanakan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) bagi petugas.

c. Pendidikan petugas sebagaimana dimaksud tertuang dalam rencana pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan.



a Dalam rangka meningkatkan pemahaman, kemampuan, dan keterampilan dalam pelaksanaan manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) perlu dilakukan pendidikan petugas agar dapat menjalankan peran mereka dalam menyediakan lingkungan yang aman bagi pasien, petugas, dan masyarakat.

b. Pendidikan petugas dapat berupa edukasi, pelatihan, dan *in house training/workshop/lokakarya*.

- a) Ada rencana pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas (R).**
- b) Dilakukan pemenuhan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas sesuai rencana (D, W).**
- c) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut perbaikan pelaksanaan pemenuhan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas (D, W).**



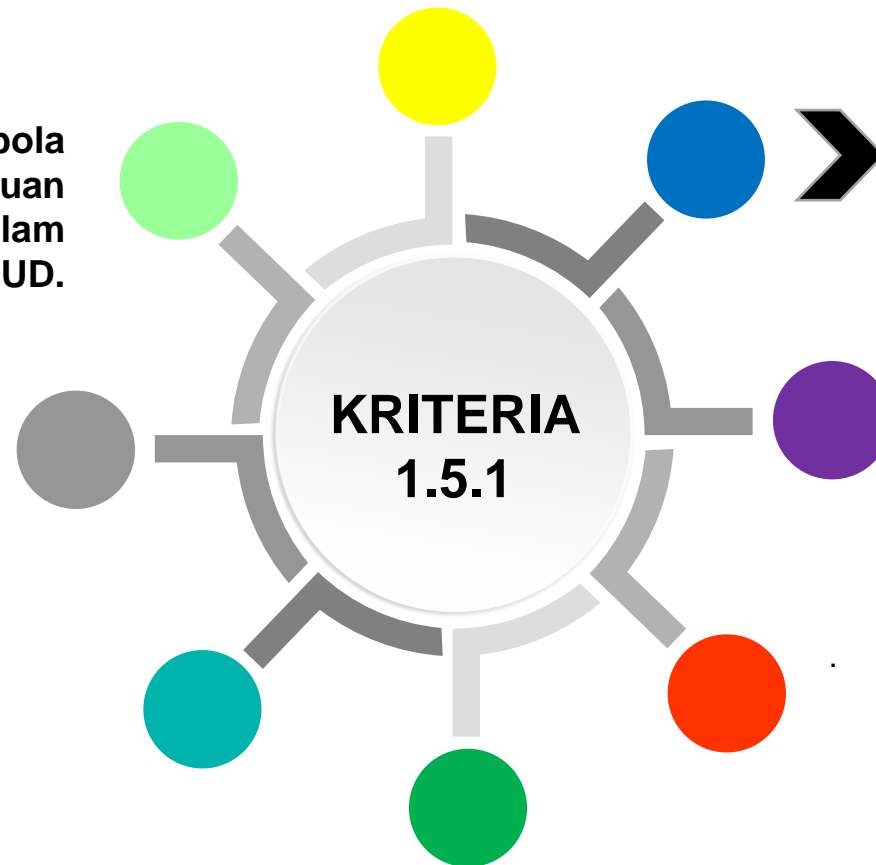
STANDARDS

MANAJEMEN KEUANGAN.

Kriteria 1.5.1

Kepala Puskesmas dan penanggung jawab keuangan melaksanakan manajemen keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. Puskesmas yang menerapkan pola keuangan BLUD harus mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan dalam manajemen keuangan BLUD.



a. Anggaran yang tersedia di Puskesmas harus dikelola secara transparan, akuntabel, efektif, dan efisien sesuai dengan prinsip-prinsip manajemen keuangan.

b. Agar pengelolaan anggaran dapat dilakukan secara transparan, akuntabel, efektif, dan efisien, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur manajemen keuangan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

- a) Ditetapkan kebijakan dan prosedur manajemen keuangan dalam pelaksanaan pelayanan Puskesmas serta petugas pengelola keuangan Puskesmas dengan kejelasan tugas, tanggung jawab, dan wewenang (R).**
- b) Dilaksanakan pengelolaan keuangan sesuai dengan kebijakan dan prosedur manajemen keuangan yang telah ditetapkan (D, O, W).**



STANDARDS

PENGAWASAN, PENGENDALIAN, DAN PENILAIAN KINERJA.

Kriteria 1.6.1

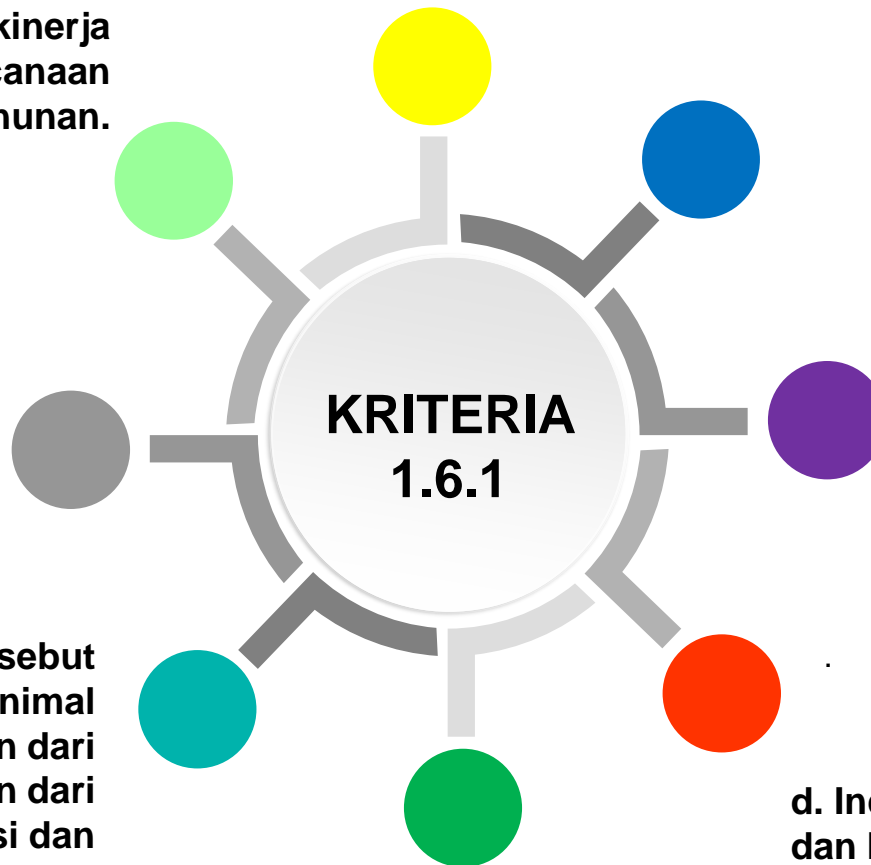
Dilakukan pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja dengan menggunakan indikator kinerja yang ditetapkan sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan dan kebijakan pemerintah.

h. Hasil pengawasan, pengendalian, dan penilaian terhadap kinerja Puskesmas diumpankanbalikkan kepada lintas program dan lintas sektor untuk mendapatkan masukan dalam perbaikan kinerja penyelenggaraan pelayanan dan perencanaan tahunan dan perencanaan lima tahunan.

g. Dilakukan pengukuran dan analisis terhadap capaian indikator kinerja dengan membandingkan terhadap target yang ditetapkan, capaian dari waktu ke waktu, dan dengan melakukan kaji banding capaian kinerja Puskesmas yang lain. Kaji banding tidak harus dilakukan dengan visitasi, tetapi juga dapat dilakukan dengan metode lain, seperti memanfaatkan teknologi dan media informasi.

f. Dalam menyusun indikator-indikator tersebut harus mengacu pada standar pelayanan minimal kabupaten/kota, kebijakan/pedoman dari Kementerian Kesehatan, kebijakan/pedoman dari dinas kesehatan daerah provinsi dan kebijakan/pedoman dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

e. Indikator-indikator kinerja tersebut meliputi: Indikator kinerja manajemen puskesmas, indikator cakupan UKM, dan Indikator cakupan UKP, kefarmasian, dan laboratorium.



a. Pengawasan, pengendalian, dan penilaian terhadap kinerja Puskesmas dilakukan dengan menggunakan indikator kinerja yang jelas untuk memudahkan dalam melakukan perbaikan kinerja penyelenggaraan pelayanan dan perencanaan pada periode berikutnya.

b. Pengawasan, pengendalian, dan penilaian terhadap kinerja Puskesmas dapat berupa pemantauan dan evaluasi, supervisi, lokakarya mini, audit internal, dan pertemuan tinjauan manajemen.

c. Indikator kinerja adalah indikator untuk menilai cakupan kegiatan dan manajemen Puskesmas.

d. Indikator kinerja untuk tiap jenis pelayanan dan kegiatan perlu disusun, dipantau dan dianalisis secara periodik sebagai bahan untuk perbaikan kinerja penyelenggaraan pelayanan dan perencanaan pada periode berikutnya.

- a) Ditetapkan indikator kinerja Puskesmas sesuai dengan jenis-jenis pelayanan yang disediakan dan kebijakan pemerintah pusat dan daerah (R).**
- b) Dilakukan pengawasan, pengendalian, dan penilaian terhadap kinerja Puskesmas secara periodik sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan, dan hasilnya diumpanbalikkan kepada lintas program dan lintas sektor (R, D, W).**
- c) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja terhadap target yang ditetapkan dan hasil kaji banding dengan Puskesmas lain (D, W).**
- d) Dilakukan analisis terhadap hasil pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja untuk digunakan dalam perencanaan kegiatan masing-masing upaya Puskesmas, dan untuk perencanaan Puskesmas (D, W).**

- e) Hasil pengawasan dan pengendalian dalam bentuk perbaikan kinerja disediakan dan digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki kinerja pelaksanaan kegiatan Puskesmas dan revisi rencana pelaksanaan kegiatan bulanan (D, W).**
- f) Hasil pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja dibuat dalam bentuk laporan penilaian kinerja Puskesmas (PKP), serta upaya perbaikan kinerja dilaporkan kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota (D).**



STANDARDS

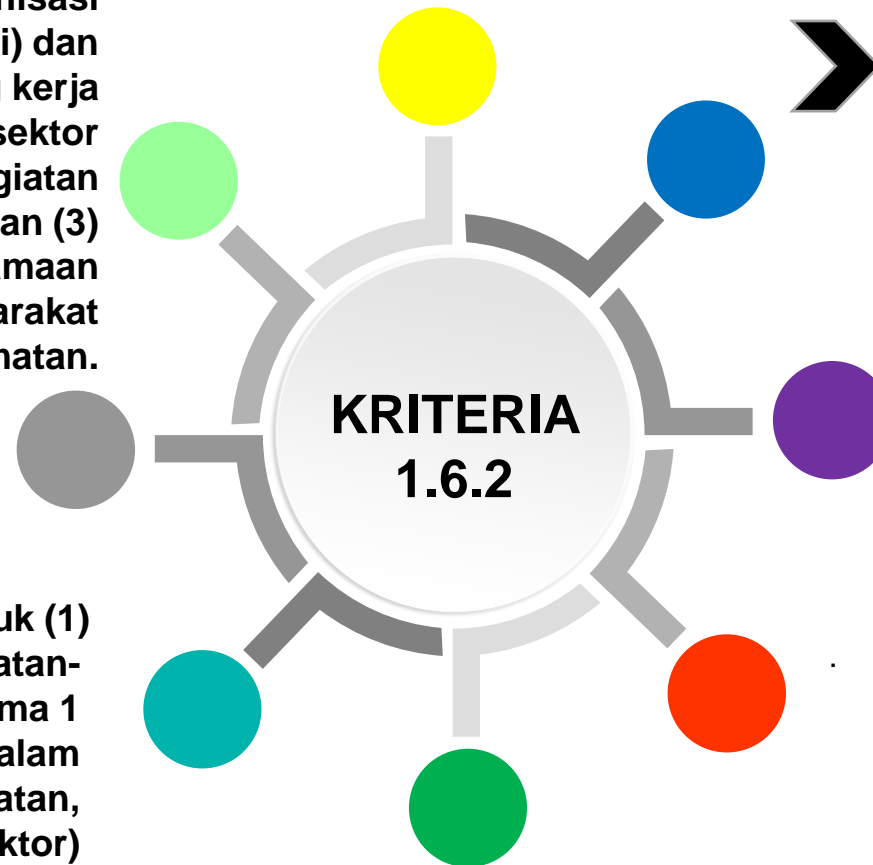
PENGAWASAN, PENGENDALIAN, DAN PENILAIAN KINERJA.

Kriteria 1.6.2

Lokakarya mini lintas program dan lokakarya mini lintas sektor dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur.

d. Lokakarya mini triwulanan digunakan untuk (1) menetapkan secara konkret dukungan lintas sektor yang akan dilakukan selama 3 (tiga) bulan mendatang, melalui sinkronisasi/harmonisasi RPK antarsektor (antarinstansi) dan kesatuan tujuan, (2) menggalang kerja sama, komitmen, dan koordinasi lintas sektor dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan pembangunan di tingkat kecamatan, dan (3) meningkatkan motivasi dan rasa kebersamaan dalam melaksanakan pembangunan masyarakat kecamatan.

c. Lokakarya mini bulanan digunakan untuk (1) menyusun secara lebih terinci kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan selama 1 (satu) bulan mendatang, khususnya dalam waktu, tempat, sasaran, pelaksana kegiatan, dukungan (lintas program dan lintas sektor) yang diperlukan, serta metode dan teknologi yang digunakan, (2) menggalang kerja sama dan keterpaduan serta meningkatkan motivasi petugas.



a. Proses maupun hasil pelaksanaan upaya Puskesmas perlu dikomunikasikan oleh kepala Puskesmas dan penanggung jawab upaya kepada lintas program dan lintas sektor terkait agar ada kesamaan persepsi untuk efektivitas pelaksanaan upaya Puskesmas.

b. Komunikasi dan koordinasi Puskesmas melalui lokakarya mini bulanan lintas program dan lokakarya mini triwulanan lintas sektor dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan..

- a) Dilakukan lokakarya mini bulanan dan triwulanan secara konsisten dan periodik untuk mengomunikasikan, mengoordinasikan, dan mengintegrasikan upaya-upaya Puskesmas (D, W).**
- b) Dilakukan pembahasan permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan, serta rekomendasi tindak lanjut dalam lokakarya mini bulanan dan triwulanan (D, W).**
- c) Dilakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi lokakarya mini bulanan dan triwulanan dalam bentuk perbaikan pelaksanaan kegiatan (D, W).**



STANDARDS

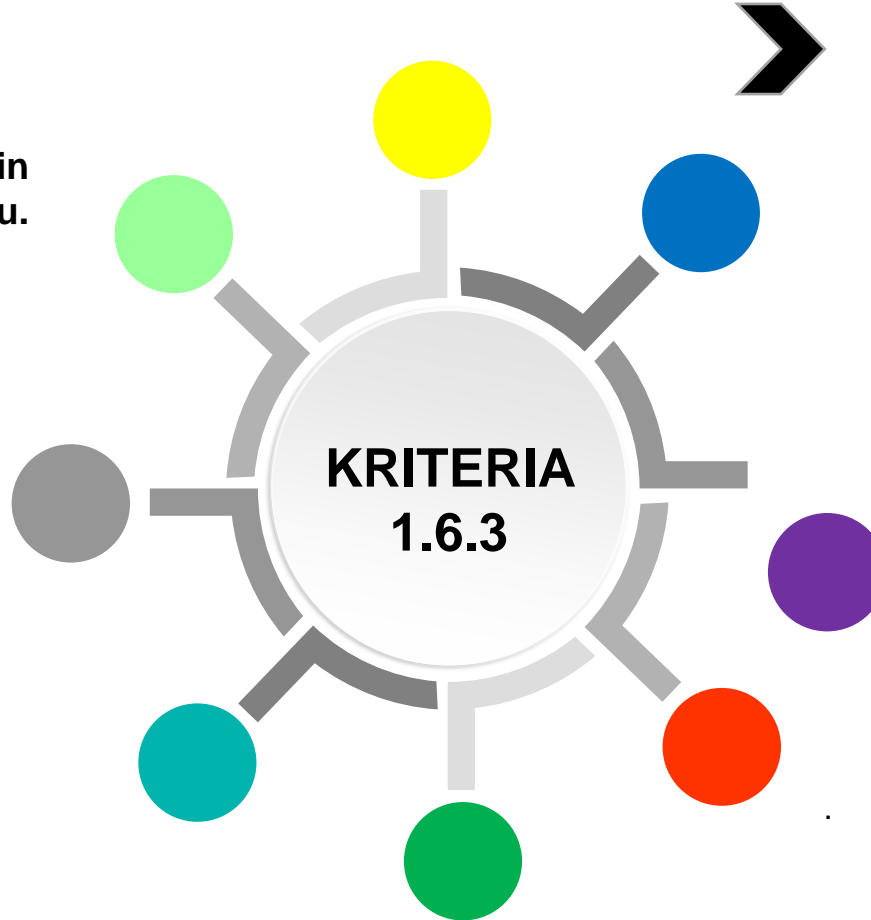
PENGAWASAN, PENGENDALIAN, DAN PENILAIAN KINERJA.

Kriteria 1.6.3

Kepala Puskesmas dan penanggung jawab melakukan pengawasan, pengendalian kinerja, dan kegiatan perbaikan kinerja melalui audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen yang terencana sesuai dengan masalah kesehatan prioritas, masalah kinerja, risiko, maupun rencana pengembangan pelayanan.

f. Pertemuan tinjauan manajemen dipimpin oleh penanggung jawab mutu.

e. Kepala Puskesmas dan penanggung jawab mutu secara periodik melakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, dan membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, serta rekomendasi untuk perbaikan.



a. Kinerja Puskesmas yang dilakukan perlu dipantau tingkat ketercapaian target yang ditetapkan.

b. Audit internal merupakan salah satu mekanisme pengawasan dan pengendalian yang dilakukan secara sistematis oleh tim audit internal yang dibentuk oleh kepala Puskesmas.

c. Hasil temuan audit internal disampaikan kepada kepala Puskesmas, penanggung jawab mutu dan tim mutu Puskesmas, penanggung jawab upaya Puskesmas, koordinator pelayanan, dan pelaksana kegiatan sebagai dasar untuk melakukan perbaikan.

d. Jika ada permasalahan yang ditemukan dalam audit internal tetapi tidak dapat diselesaikan sendiri oleh pimpinan dan pegawai Puskesmas, permasalahan tersebut dapat dirujuk ke dinas kesehatan daerah kabupaten/kota untuk ditindaklanjuti.

- a) Kepala Puskesmas membentuk tim audit internal dengan uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab yang jelas (R).**
- b) Disusun rencana program audit internal tahunan yang dilengkapi kerangka acuan dan dilakukan kegiatan audit internal sesuai dengan rencana yang telah disusun (R, D, W).**
- c) Ada laporan dan umpan balik hasil audit internal kepada kepala Puskesmas, tim mutu, pihak yang diaudit dan unit terkait (D, W).**
- d) Tindak lanjut dilakukan terhadap temuan dan rekomendasi dari hasil audit internal, baik oleh kepala Puskesmas, penanggung jawab maupun pelaksana (D, W).**
- e) Kepala Puskesmas bersama dengan tim mutu merencanakan pertemuan tinjauan manajemen dan pertemuan tinjauan manajemen tersebut dilakukan dengan agenda sebagaimana tercantum dalam pokok pikiran (D, W).**
- f) Rekomendasi hasil pertemuan tinjauan manajemen ditindaklanjuti dan dievaluasi (D, W).**



STANDARDS

PEMBINAAN PUSKESMAS OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH KABUPATEN/KOTA.

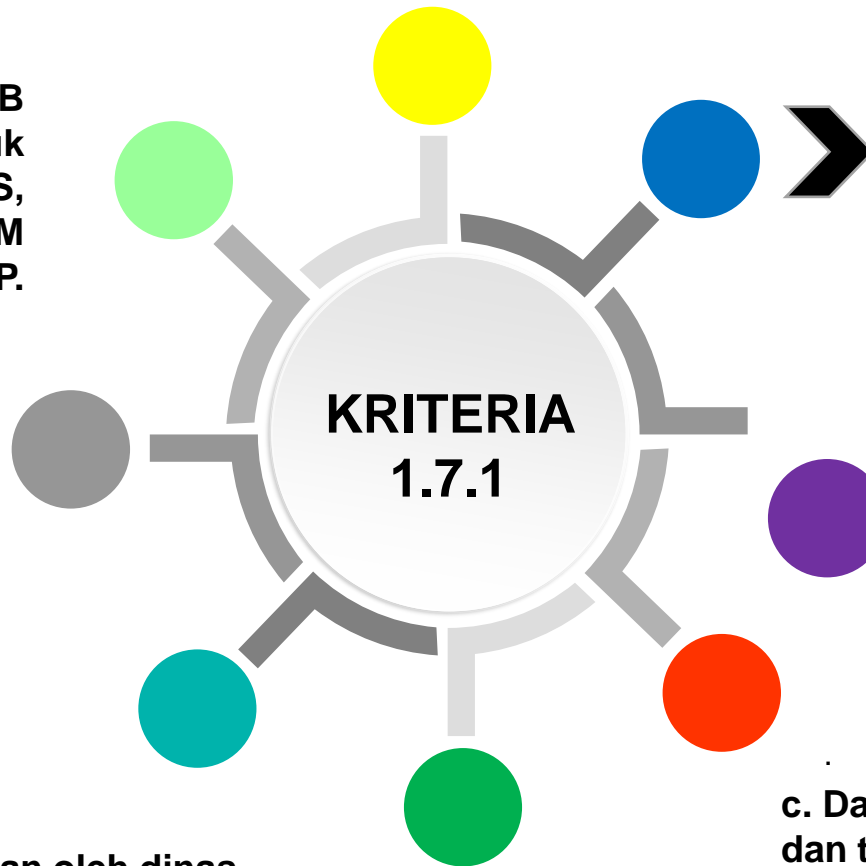
Kriteria 1.7.1

Puskesmas harus mendapatkan pembinaan dan pengawasan terpadu oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam rangka perbaikan kinerja, termasuk peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas.

f. Dalam melaksanakan tugasnya, TPCB mengacu pada pedoman, termasuk pendampingan penyusunan PPS, pemantauan pengukuran dan pelaporan INM serta pemantauan pelaporan IKP.

e. Pembinaan oleh TPCB meliputi pembinaan dalam rangka pencapaian target PIS PK, target Standar Pelayanan Minimal (SPM), Program Prioritas Nasional (PPN), dan pemenuhan standar pelayanan.

d. Pembinaan yang dilakukan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sebagai TPCB dalam hal penyelenggaraan Puskesmas mulai dari perencanaan, pelaksanaan kegiatan hingga evaluasi kinerja Puskesmas.



a. Dinas kesehatan daerah kabupaten/ kota sebagai Tim Pembina Cluster Binaan (TPCB) melakukan pembinaan kepada Puskesmas.

b. Pencapaian tujuan pembangunan kesehatan daerah merupakan bagian dari tugas, fungsi, dan tanggung jawab dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.

c. Dalam rangka menjalankan tugas, fungsi, dan tanggung jawab, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan bimbingan teknis, supervisi, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan dengan metode seperti PDSA, dan metode peningkatan mutu lainnya.

- a) Terdapat penetapan organisasi Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (R).**
- b) Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota menetapkan kebijakan dan jadwal pembinaan terpadu Puskesmas secara periodik (R, D, W).**
- c) Ada bukti bahwa dinas kesehatan daerah kabupaten/ kota melaksanakan pembinaan secara terpadu melalui TPCB sesuai ketentuan, kepada Puskesmas secara periodik, termasuk jika terdapat pembinaan teknis sesuai dengan pedoman (D, W).**
- d) Ada bukti bahwa TPCB menyampaikan hasil pembinaan, termasuk jika ada hasil pembinaan teknis oleh masing-masing bagian di dinas kesehatan, kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan memberikan umpan balik kepada Puskesmas (D, W).**

- e) Ada bukti bahwa TPCB melakukan pendampingan penyusunan rencana usulan kegiatan dan rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas, yang mengacu pada rencana lima tahunan Puskesmas (R, D, W).**
- f) Ada bukti bahwa TPCB menindaklanjuti hasil pelaksanaan lokakarya mini dan pertemuan tinjauan manajemen Puskesmas yang menjadi kewenangannya dalam rangka membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang tidak bisa diselesaikan di tingkat Puskesmas (D, W).**
- g) Ada bukti TPCB melakukan verifikasi dan memberikan umpan balik hasil pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas secara berkala. (D, W).**
- h) Puskesmas menerima dan menindaklanjuti umpan balik hasil pembinaan dan evaluasi kinerja oleh TPCB (D, W).**

Any
Question?

A hand holding a black marker is shown in the lower right corner, appearing to have just finished writing the text. The text 'Any Question?' is written in a large, bold, black, cursive font on a white background. The word 'Any' is on the top line, and 'Question?' is on the bottom line. The question mark is particularly large and prominent.



**KEMENKES HEBAT
INDONESIA SEHAT**

1.1 penilaian SK format sasaran kinerja apakah bisa menggunakan penilaian perilaku

1.3.1 kredensial di confirm dengan renbut, ada leveling yang bisa dipakai.

3.2 kepuasan pegawai, apakah ada toolsnya apakah bisa menggunakan survei di kab/kota untuk penialian anak buah

1.4.1 surveior UKP

1.4.6 60% apakah akumulasi, atau

Tata Kelola kauangan, dan ditetapkan pengelolaannya,

Respon

1.1.2 a hak kewajiban paien, penetapannya evaluasi dan tindak lanjut, penilaian dan yang dilakukan oleh PKM

1.2.1 f bisa mencakup tata nilai pkm, budaya keselamatan, apakah kemudian core value berakhlak bisa menjadi sebagai kode etik → bisa. Di dalam SE Menpan core value oleh masing2 instansi perlu dijabarkan secara konkrit tiap2 institusi, sehingga tidak memungkinkan

Penilaian perilaku bisa secara umum, atau jika diperlukan evaluasi lainnya, maka

Proses yang harus diikuti