



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/4871/2023
TENTANG
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam penyelenggaraan akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat dilaksanakan oleh lembaga penyelenggara akreditasi dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan oleh Menteri
- b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, dan untuk terselenggaranya akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat secara optimal, perlu menetapkan instrument survei akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Instrumen Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat;

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

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5584) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1335);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 317);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik

Mandiri Dokter Gigi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1207);

8. Keputusan Menteri Kesehatan HK.01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT.

KESATU : Menetapkan Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Instrumen Akreditasi Puskesmas sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEDUA : Instrument Akreditasi Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai alat bantu dalam penilaian survei akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat.

KETIGA : Instrumen Survei Akreditasi Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menjadi acuan bagi Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, puskesmas, lembaga penyelenggara akreditasi, dan pemangku kepentingan terkait dalam menyelenggarakan akreditasi Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEEMPAT : Direktur Jenderal dan pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Akreditasi Puskesmas berdasarkan kewenangan masing-masing sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KELIMA : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 5 April 2023

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,



AZHAR JAYA

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/4871/2023
TENTANG
INSTRUMEN AKREDITASI PUSAT
KESEHATAN MASYARAKAT

INSTRUMEN AKREDITASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care* (PHC)) merupakan salah satu pilar utama dalam agenda transformasi sistem kesehatan nasional yang saat ini sedang disusun oleh Tim Transformasi Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Salah satu elemen penguatan PHC adalah terbangunnya kerangka kerja peningkatan mutu pelayanan (*quality framework*) melalui suatu sistem akreditasi fasilitas kesehatan primer yang kuat dan dengan manajemen yang baik sesuai dengan standar internasional.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai bagian integral dari fasilitas pelayanan kesehatan primer harus dapat menjawab tantangan utama pelayanan kesehatan dasar yaitu menyediakan dan memelihara keberlangsungan mutu pelayanan. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah melalui akreditasi. Tujuan utama akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan dan peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Sistem akreditasi pelayanan kesehatan primer telah dibangun sejak tahun 2015, saat sistem akreditasi pelayanan kesehatan primer mengacu

kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan dimaksud, dinyatakan bahwa akreditasi puskesmas dilakukan setiap 5 (lima) tahun. Selain itu di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, diatur bahwa selain harus memenuhi persyaratan untuk dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat termasuk puskesmas juga harus telah terakreditasi.

Berdasarkan data Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sampai dengan 31 Desember 2020, capaian akreditasi FKTP sebanyak 56.3% (9.332 dari 16.568 FKTP). Dari data tersebut jumlah Puskesmas (PKM) terakreditasi sebanyak 89,7% (9.153 dari 10.203 PKM), yang tersebar di 34 provinsi. Data sebaran status kelulusan akreditasi puskesmas, jumlah terbesar adalah terakreditasi madya 55,3% (5.068 PKM), sementara untuk tingkat kelulusan akreditasi tertinggi yaitu terakreditasi paripurna jumlahnya masih sangat sedikit yaitu 3% (239 PKM), selebihnya berada di kelulusan tingkat dasar sebanyak 24% (2.177 PKM), dan utama sebanyak 18% (1.669 PKM). Tingkat kelulusan akreditasi paripurna merupakan representasi dari FKTP yang mampu memberikan pelayanan kesehatan bermutu, sehingga jika melihat dari capaian tersebut, masih diperlukan upaya besar dan komprehensif serta dukungan dari berbagai pihak termasuk *stakeholder* terkait agar seluruh FKTP dapat mencapai tingkat kelulusan tertinggi yaitu terakreditasi Paripurna.

Seiring dengan pemberlakuan Keputusan Menteri Kesehatan HK.01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, telah disusun instrumen akreditasi Puskesmas yang dijadikan sebagai panduan bagi Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, puskesmas, lembaga penyelenggara akreditasi, dan pemangku kepentingan terkait dalam menyelenggarakan akreditasi Puskesmas.

Diharapkan melalui instrumen akreditasi Puskesmas, maka implementasi pemenuhan standar akreditasi akan lebih mudah. Dengan instrument akreditasi Puskesmas akan meningkatkan pemahaman bagi pihak yang terkait dalam penyelenggaraan akreditasi Puskesmas, serta memudahkan puskesmas dalam memenuhi standar pelayanan mencapai tingkat kelulusan tertinggi (paripurna)

B. Sasaran

Sasaran dari instrumen survei akreditasi Puskesmas ini adalah

1. Pemerintah daerah propinsi;
2. Pemerintah daerah kabupaten/kota;
3. Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas); dan
4. Lembaga Penyelenggara Akreditasi.

BAB II
INSTRUMEN AKREDITASI PUSKESMAS

Instrumen Akreditasi Puskesmas ini dikelompokkan menjadi 5 (lima) Bab sebagaimana yang dituliskan di dalam standar akreditasi Puskesmas namun diperjelas dengan isi dari RDOWS sesuai dengan yang tertera setiap elemen penilaian sebagai berikut.

BAB I KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PUSKESMAS (KMP)	
Standar 1.1	<p>Perencanaan dan kemudahan akses bagi pengguna layanan</p> <p>Perencanaan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dilakukan secara terpadu yang berbasis wilayah kerja Puskesmas bersama dengan lintas program dan lintas sektor sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan serta dalam pelaksanaan kegiatan harus memperhatikan kemudahan akses pengguna layanan.</p> <p>Perencanaan Puskesmas dan jenis-jenis pelayanan yang disediakan mempertimbangkan visi, misi, tujuan, tata nilai, hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, hasil analisis peluang pengembangan pelayanan, hasil analisis risiko pelayanan, dan hasil analisis data kinerja serta umpan balik dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Puskesmas mudah diakses oleh pengguna layanan untuk mendapat pelayanan sesuai kebutuhan, mendapat informasi tentang pelayanan, dan untuk menyampaikan umpan balik serta mendapatkan dukungan dari lintas program dan lintas sektor.</p>
a. Kriteria 1.1.1	<p>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.</p>

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
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).	<p>1. SK tentang Penetapan Visi, Misi, Tujuan, dan Tata Nilai Puskesmas.</p> <p>Catatan: jika kebijakan daerah menyatakan bahwa penetapan visi dan misi hanya oleh kepala daerah, maka kepala Puskesmas hanya menetapkan tujuan dan tata nilai.</p>					<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
b) Ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan berdasarkan hasil identifikasi dan analisis sesuai	1. SK tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Puskesmas.	1. Hasil identifikasi dan analisis yang mendasari penetapan jenis-jenis pelayanan, khususnya untuk		<p>Kepala Puskesmas dan KTU:</p> <p>penggalan informasi terkait</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

dengan ketentuan yang berlaku (R, D, W).		jenis pelayanan yang bersifat pengembangan, baik UKM maupun UKP.		proses identifikasi dan analisis yang mendasari penetapan jenis-jenis pelayanan.		
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).	1. Rencana lima tahunan Puskesmas.	1. Bukti pertemuan penyusunan rencana lima tahunan bersama lintas program dan lintas sektor: minimal daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan. Catatan: berlaku untuk rencana lima tahunan yang disusun dalam 2		Kepala Puskesmas, KTU dan tim manajemen Puskesmas: penggalan informasi terkait proses penyusunan rencana lima tahunan.		0 5 10

		tahun terakhir dari saat survei akreditasi dilaksanakan.				
d) Rencana usulan kegiatan (RUK) 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).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencana usulan kegiatan (RUK) tahun n (dan n+1 disesuaikan dengan saat dilangsungkannya survei akreditasi). 2. Rencana lima tahunan Puskesmas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat. 2. Hasil analisis data kinerja. 3. Bukti pertemuan penyusunan RUK bersama lintas program dan lintas sektor, minimal melampirkan daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan. 		<p>Kepala Puskesmas, KTU dan tim manajemen Puskesmas:</p> <p>penggalan informasi terkait proses penyusunan RUK.</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
e) Rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) tahunan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pertemuan penyusunan RPK bersama lintas 		<p>Kepala Puskesmas, KTU dan tim</p>		<p>0</p> <p>5</p>

<p>Puskesmas disusun bersama lintas program sesuai dengan alokasi anggaran yang ditetapkan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota (R, D, W).</p>	<p>tahunan tahun n.</p>	<p>program, minimal melampirkan daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.</p>		<p>manajemen Puskesmas: penggalan informasi terkait proses penyusunan RPK tahunan.</p>		<p>10</p>
<p>f) Rencana pelaksanaan kegiatan bulanan disusun sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan tahunan serta hasil pemantauan dan capaian kinerja bulanan (R, D, W).</p>	<p>1. Rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) bulanan.</p>	<p>1. Hasil pemantauan dan capaian kinerja bulanan. 2. Bukti pertemuan penyusunan RPK bulanan, minimal melampirkan daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.</p>		<p>Kepala Puskesmas, KTU dan tim manajemen Puskesmas: penggalan informasi terkait proses penyusunan RPK bulanan.</p>		<p>0 5 10</p>
<p>g) Apabila ada</p>	<p>1. Rencana lima</p>	<p>1. Bukti penyusunan</p>		<p>Kepala</p>		<p>0</p>

perubahan kebijakan pemerintah dan/atau pemerintah daerah, dilakukan revisi perencanaan sesuai kebijakan yang ditetapkan (R, D, W).	tahunan dan/atau Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) revisi.	revisi perencanaan, minimal melampirkan daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.		Puskesmas, KTU dan tim manajemen Puskesmas: penggalian informasi terkait proses revisi perencanaan.	5 10	
b. 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						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan kebijakan tentang hak dan kewajiban pasien (R).	1. SK tentang Penetapan Hak dan Kewajiban Pasien.					0 5 10
b) Dilakukan sosialisasi tentang hak dan kewajiban	1. SK tentang Media Komunikasi dan Koordinasi	1. Bukti sosialisasi hak dan kewajiban pasien.	Pengamatan surveior terhadap: 1. Media	1. PJ UKP: penggalian		0 5

<p>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).</p>		<p>2. Bukti sosialisasi jenis-jenis pelayanan Puskesmas, sesuai dengan media komunikasi yang ditetapkan.</p>	<p>informasi tentang hak dan kewajiban pasien. 2. Media informasi tentang jenis-jenis pelayanan Puskesmas.</p>	<p>informasi terkait proses sosialisasi hak dan kewajiban pasien. 2. KTU, PJ UKM dan PJ UKP: penggalan informasi terkait proses sosialisasi jenis-jenis pelayanan Puskesmas.</p>		<p>10</p>
<p>c) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut kepatuhan petugas dalam implementasi pemenuhan hak dan kewajiban pasien,</p>		<p>1. Bukti evaluasi kepatuhan petugas dalam implementasi hak dan kewajiban pasien serta</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap kepatuhan petugas dalam implementasi pemenuhan hak</p>	<p>1. PJ UKP: penggalan informasi terkait evaluasi kepatuhan</p>		<p>0 5 10</p>

<p>dan hasil sosialisasi jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas kepada pengguna layanan (D, O, W).</p>		<p>rencana tindak lanjutnya. 2. Bukti evaluasi hasil sosialisasi jenis-jenis pelayanan Puskesmas serta rencana tindak lanjutnya. 3. Bukti hasil tindak lanjut.</p>	<p>dan kewajiban pasien.</p>	<p>petugas dalam implementasi hak dan kewajiban pasien dan tindak lanjutnya. 2. KTU, PJ UKM dan PJ UKP: penggalan informasi terkait proses evaluasi hasil sosialisasi jenis-jenis pelayanan Puskesmas serta tindak lanjutnya.</p>		
<p>d) Dilakukan upaya</p>	<p>1. SK tentang</p>	<p>1. Bukti umpan balik</p>	<p>Pengamatan</p>	<p>PJ Mutu dan</p>		<p>0</p>

<p>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)</p>	<p>Pengelolaan Umpan Balik dari Pengguna Layanan. 2. SOP Pengelolaan Umpan Balik dari Pengguna Layanan. 3. SOP Pengukuran Kepuasan Pasien. 4. SOP Penanganan Aduan/Keluhan dari Pengguna Layanan.</p>	<p>pengguna layanan yang diperoleh secara berkala tindak lanjutnya. 2. Bukti pengukuran kepuasan pasien (termasuk dapat menggunakan pengukuran INM Kepuasan Pasien) dan tindak lanjutnya. 3. Bukti penanganan aduan/keluhan dari pengguna layanan dan tindak lanjutnya.</p>	<p>surveior terhadap bentuk dan proses upaya memperoleh umpan balik pengguna layanan, pengukuran kepuasan pasien serta penanganan aduan/keluhan dari pengguna layanan dan tindak lanjutnya. Surveior mengamati apakah hasil pengelolaan dan tindak lanjut hal-hal tersebut dapat diakses oleh publik.</p>	<p>petugas yang ditunjuk: Penggalan informasi terkait proses memperoleh umpan balik pengguna layanan, pengukuran kepuasan pasien serta penanganan aduan/keluhan dari pengguna layanan dan tindak lanjutnya.</p>	<p>5 10</p>
---	--	---	---	---	----------------------

<p>Standar 1.2 Tata kelola organisasi</p> <p>Tata kelola organisasi Puskesmas dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>Tata kelola organisasi Puskesmas meliputi struktur organisasi, pengendalian dokumen, pengelolaan jaringan pelayanan dan jejaring, serta manajemen data dan informasi.</p>						
<p>a. Kriteria 1.2.1</p> <p>Struktur organisasi ditetapkan dengan kejelasan tugas, wewenang, tanggung jawab, tata hubungan kerja, dan persyaratan jabatan</p>						
ELEMEN PENILAIAN	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Kepala Puskesmas menetapkan penanggung jawab dan koordinator pelayanan Puskesmas sesuai struktur organisasi yang ditetapkan (R).</p>	<p>1. SK tentang Penetapan Penanggung Jawab dan Koordinator Pelayanan.</p>					0
						5
						10
<p>b) Ditetapkan kode etik perilaku yang berlaku untuk seluruh pegawai yang bekerja di Puskesmas serta</p>	<p>1. SK tentang Penetapan Kode Etik Perilaku Pegawai Puskesmas. Catatan: tata nilai dan</p>	<p>1. Hasil evaluasi pelaksanaan kode etik perilaku pegawai. Catatan: terintegrasi dengan</p>				0
						5
					<p>Kepala Puskesmas, KTU dan para PJ: penggalian informasi terkait</p>	10

<p>dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaannya dan dilakukan tindak lanjutnya (R, D, W).</p>	<p>budaya keselamatan dapat menjadi bagian dari kode etik perilaku.</p>	<p>penilaian kinerja pegawai. 2. Tindak lanjut hasil evaluasi pelaksanaan kode etik perilaku.</p>		<p>proses dan hasil evaluasi pelaksanaan kode etik perilaku pegawai serta tindak lanjutnya.</p>		
<p>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</p>	<p>1. SK tentang Pendelegasian Wewenang Manajerial. Catatan: SK Pendelegasian Wewenang Manajerial dapat terintegrasi dengan SK Pendelegasian Wewenang Klinis. 2. SOP tentang Pendelegasian</p>	<p>1. Surat pendelegasian wewenang manajerial, jika ada pendelegasian wewenang manajerial.</p>				<p>0 5 10</p>

<p>pelayanan kepada pelaksana kegiatan (R, D).</p>	<p>Wewenang Manajerial.</p>					
<p>b. 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.</p>						
<p>Elemen Penilaian</p>	<p>R</p>	<p>D</p>	<p>O</p>	<p>W</p>	<p>S</p>	<p>NILAI</p>
<p>a) Ditetapkan pedoman tata naskah Puskesmas (R).</p>	<p>1. Pedoman Tata Naskah Puskesmas</p>					<p>0 5 10</p>
<p>b) Ditetapkan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur, dan kerangka acuan untuk KMP, penyelenggaraan UKM serta penyelenggaraan</p>	<p>1. SK, pedoman/panduan, SOP, kerangka acuan kegiatan KMP. 2. SK, pedoman/panduan, SOP, kerangka acuan kegiatan</p>			<p>KTU dan penanggung jawab upaya: penggalan informasi terkait proses penyusunan dokumen regulasi.</p>		<p>0 5 10</p>

<p>UKP, laboratorium, dan kefarmasian yang didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan/atau berbasis bukti ilmiah terkini (R, W).</p>	<p>penyelenggaraan UKM. 3. SK, pedoman/panduan, SOP, kerangka acuan kegiatan penyelenggaraan UKP, kefarmasian dan laboratorium.</p>				
<p>c) Dilakukan pengendalian, penataan, dan distribusi dokumen sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, O, W).</p>	<p>1. SOP tentang Pengendalian Dokumen. 2. SOP tentang Penataan Dokumen 3. SOP tentang Distribusi Dokumen. Catatan: yang dimaksud</p>	<p>1. Bukti pengendalian dan distribusi dokumen: bukti penomoran regulasi internal, rekapitulasi distribusi dokumen, bukti distribusi dokumen.</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pengendalian, penataan, dan distribusi dokumen.</p>	<p>KTU dan petugas yang ditunjuk untuk pengendalian dokumen: penggalan informasi terkait proses pengendalian, penataan, dan</p>	<p>0 5 10</p>

	dengan dokumen adalah dokumen internal dan dokumen eksternal.			distribusi dokumen.		
<p>c. Kriteria 1.2.3 Jaringan pelayanan dan jejaring di wilayah kerja Puskesmas dikelola dan dioptimalkan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kepada masyarakat</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan indikator kinerja pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas (R).	1. SK tentang Indikator Kinerja Pembinaan Jaringan Pelayanan dan Jejaring Puskesmas.					0 5 10
b) Dilakukan identifikasi jaringan pelayanan dan jejaring di wilayah kerja Puskesmas untuk optimalisasi koordinasi dan/atau		1. Daftar identifikasi jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas.				0 5 10

<p>rujukan di bidang upaya kesehatan (D).</p>					
<p>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).</p>	<p>1. Kerangka acuan kegiatan pembinaan terhadap jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas.</p>	<p>1. Jadwal pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas. 2. Laporan pelaksanaan pembinaan terhadap jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas. Catatan: data dukung bukti pelaksanaan pembinaan disesuaikan dengan jenis kegiatan yang dilakukan, misalnya</p>		<p>PJ Jaringan Pelayanan dan Jejaring Puskesmas: penggalan informasi terkait program, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjutnya terhadap pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas.</p>	<p>0 5 10</p>

		pembinaan dalam bentuk pertemuan minimal berupa daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.				
d) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pencapaian indikator kinerja pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas (D).		1. Hasil evaluasi terhadap indikator kinerja pembinaan jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas. 2. Bukti hasil tindak lanjut.				0 5 10
d. Kriteria 1.2.4 Puskesmas menjamin ketersediaan data dan informasi melalui penyelenggaraan sistem informasi Puskesmas						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilaksanakan pengumpulan,	1. SK tentang Pengumpulan,	1. Bukti pengumpulan dan		KTU, para PJ, para Koordinator		0

<p>penyimpanan, analisis data, dan pelaporan serta distribusi informasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait sistem informasi Puskesmas (R, D, W).</p>	<p>Penyimpanan, dan Analisis Data serta Pelaporan dan Distribusi Informasi.</p> <p>2. SOP tentang Pengumpulan dan Penyimpanan Laporan.</p> <p>3. SOP tentang Analisis Data.</p> <p>4. SOP tentang Pelaporan dan Distribusi Informasi.</p> <p>Catatan: Jika menggunakan sistem informasi, maka SOP poin 2 dan poin 4 menyesuaikan.</p>	<p>penyimpanan laporan.</p> <p>2. Bukti analisis data.</p> <p>3. Bukti pelaporan dan distribusi informasi.</p> <p>Catatan: Jika menggunakan sistem informasi, maka bukti pelaksanaan poin 1 dan poin 3 menyesuaikan.</p>		<p>Pelayanan dan Pelaksana Kegiatan: penggalan informasi terkait proses pengumpulan, penyimpanan, dan analisis data serta pelaporan dan distribusi informasi.</p>		<p>5 10</p>
<p>b) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut</p>		<p>1. Bukti evaluasi penyelenggaraan</p>		<p>KTU dan petugas Sistem Informasi</p>		<p>0</p>

<p>terhadap penyelenggaraan sistem informasi Puskesmas secara periodik (D, W).</p>		<p>Sistem Informasi Puskesmas. 2. Bukti hasil tindak lanjut.</p>		<p>Puskesmas: penggalan informasi terkait proses dan hasil evaluasi serta tindak lanjut penyelenggaraan Sistem Informasi Puskesmas.</p>	<p>5 10</p>
<p>c) Terdapat informasi pencapaian kinerja Puskesmas melalui sistem informasi Puskesmas (D, O).</p>		<p>1. Bukti pencapaian kinerja Puskesmas sesuai dengan sistem informasi yang digunakan.</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap penyajian informasi pencapaian kinerja Puskesmas.</p>		<p>0 5 10</p>
<p>e. Kriteria 1.2.5 Penyelenggaraan pelayanan UKM dan UKP dilaksanakan dengan pertimbangan etik dalam pengambilan keputusan pelayanan</p>					

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Puskesmas mempunyai prosedur pelaporan dan penyelesaian bila terjadi dilema etik dalam pelayanan UKP dan pelayanan UKM (R).	1. SOP tentang Pelaporan dan Penyelesaian Dilema Etik.					0 5 10
b) Dilaksanakan pelaporan apabila terjadi dilema etik dalam pelayanan UKP dan pelayanan UKM (D, W).		1. Bukti pelaporan dilema etik.		Kepala Puskesmas: penggalan informasi terkait dilema etik yang pernah terjadi dan pelaksanaan pelaporannya.		0 5 10
c) Terdapat bukti bahwa pimpinan dan/atau pegawai Puskesmas		1. Bukti dukungan kepala dan/atau pegawai Puskesmas dalam		Kepala Puskesmas: penggalan		0 5

mendukung penyelesaian dilema etik dalam pelayanan UKP dan pelayanan UKM dan telah dilaksanakan sesuai regulasi (D, W).		penanganan/ penyelesaian dilema etik.		informasi terkait proses penanganan terhadap dilema etik yang pernah terjadi dan bentuk dukungan kepala dan/atau pegawai Puskesmas dalam penanganan/ penyelesaiannya.		10
<p>Standar 1.3 Manajemen sumber daya manusia.</p> <p>Manajemen sumber daya manusia Puskesmas dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>Ketenagaan Puskesmas harus dikelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>						
<p>a. Kriteria 1.3.1</p> <p>Tersedia sumber daya manusia (SDM) dengan jenis, jumlah, dan kompetensi sesuai kebutuhan pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan analisis		1. Bukti analisis		Kepala		0

<p>jabatan dan analisis beban kerja sesuai kebutuhan pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan (D, W).</p>		<p>jabatan. 2. Bukti analisis beban kerja. 3. Bukti pelaksanaan analisis, minimal daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.</p>		<p>Puskesmas dan KTU: penggalan informasi terkait proses analisis jabatan dan analisis beban kerja.</p>		<p>5 10</p>
<p>b) Disusun peta jabatan, uraian jabatan dan kebutuhan tenaga berdasar hasil analisis jabatan dan hasil analisis beban kerja (D, W).</p>		<p>1. Dokumen peta jabatan, uraian jabatan, dan dokumen kebutuhan tenaga.</p>		<p>Kepala Puskesmas dan KTU: penggalan informasi terkait proses penyusunan peta jabatan dan uraian jabatan serta kebutuhan tenaga.</p>		<p>0 5 10</p>

<p>c) Dilakukan upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga baik dari jenis, jumlah maupun kompetensi sesuai dengan peta jabatan dan hasil analisis beban kerja (D, W).</p>		<p>1. Bukti upaya pemenuhan tenaga.</p>		<p>Kepala Puskesmas dan KTU: penggalan informasi terkait proses pemenuhan tenaga dan hasilnya.</p>	<p>0 5 10</p>
<p>d) Terdapat bukti Puskesmas mengusulkan kredensial dan/atau rekredensial tenaga kesehatan kepada tim kredensial dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dan dilakukan tindak lanjut</p>		<p>1. Surat permohonan kredensial dan/atau rekredensial. 2. Surat penugasan klinis yang merujuk pada penetapan kewenangan klinis dari tim kredensial dinas kesehatan</p>		<p>Kepala Puskesmas: penggalan informasi terkait proses, hasil, dan tindak lanjut kredensial dan/atau rekredensial tenaga kesehatan.</p>	<p>0 5 10</p>

<p>terhadap hasil kredensial dan/atau rekredensial sesuai ketentuan yang berlaku (D, W).</p>		<p>daerah kabupaten/kota 3. Bukti tindak lanjut terhadap hasil kredensial dan/atau rekredensial (sesuai petunjuk teknis kredensial tenaga kesehatan di puskesmas).</p>				
<p>b. Kriteria 1.3.2 Setiap pegawai Puskesmas mempunyai uraian tugas yang menjadi dasar dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan maupun penilaian kinerja pegawai.</p>						
<p>Elemen Penilaian</p>	<p>R</p>	<p>D</p>	<p>O</p>	<p>W</p>	<p>S</p>	<p>NILAI</p>
<p>a) Ada penetapan uraian tugas yang berisi tugas pokok dan tugas tambahan untuk</p>	<p>1. SK tentang Penetapan Uraian Tugas Pegawai.</p>					<p>0 5 10</p>

setiap pegawai (R).						
b) Ditetapkan indikator penilaian kinerja pegawai (R).	1. SK tentang Penetapan Indikator Penilaian Kinerja Pegawai.					0 5 10
c) Dilakukan penilaian kinerja pegawai minimal setahun sekali dan tindak lanjutnya untuk upaya perbaikan sesuai dengan mekanisme yang telah ditetapkan (R, D, W).	1. SOP tentang Penilaian Kinerja Pegawai.	1. Hasil penilaian kinerja pegawai. 2. Bukti tindak lanjut terhadap hasil penilaian kinerja pegawai.		KTU: penggalan informasi terkait proses pelaksanaan, hasil dan tindak lanjut penilaian kinerja pegawai.		0 5 10
d) Ditetapkan indikator dan mekanisme survei kepuasan pegawai terhadap	1) SK tentang Penetapan Indikator Kepuasan Pegawai. 2) SOP tentang Survei Kepuasan Pegawai.					0 5 10

penyelenggaraan KMP, UKM, UKP, laboratorium, dan kefarmasian serta kinerja pelayanan Puskesmas (R).						
e) Dilakukan pengumpulan data, analisis dan upaya perbaikan dalam rangka meningkatkan kepuasan pegawai sesuai kerangka acuan (R, D, W)	Kerangka acuan kegiatan survei kepuasan pegawai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal pelaksanaan survei kepuasan pegawai 2. Instrumen survei kepuasan pegawai. 3. Bukti pengumpulan data dan analisis hasil survei kepuasan pegawai. 4. Bukti upaya perbaikan. 		KTU: penggalan informasi terkait proses pengumpulan data, analisis hasil survei kepuasan pegawai, dan upaya perbaikannya.		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
c. Kriteria 1.3.3 Setiap pegawai mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan ilmu dan keterampilan yang diperlukan.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI

<p>a) Tersedia informasi mengenai peluang untuk meningkatkan kompetensi bagi semua tenaga yang ada di Puskesmas (D).</p>		<p>1. Bukti informasi peluang peningkatan kompetensi pegawai.</p>			<p>0 5 10</p>
<p>b) Ada dukungan dari manajemen bagi semua tenaga yang ada di Puskesmas untuk memanfaatkan peluang tersebut (R, W).</p>	<p>1. RUK yang mencantumkan kegiatan peningkatan kompetensi pegawai.</p>			<p>Kepala Puskesmas, KTU: penggalan informasi terkait bentuk dukungan dalam peningkatan kompetensi pegawai.</p>	<p>0 5 10</p>
<p>c) Jika ada tenaga yang mengikuti peningkatan kompetensi,</p>	<p>1. SOP tentang Penerapan Hasil Peningkatan Kompetensi Pegawai</p>	<p>1. Bukti pelaksanaan kegiatan peningkatan</p>		<p>KTU dan pegawai yang mengikuti peningkatan kompetensi:</p>	<p>0 5</p>

dilakukan evaluasi penerapan terhadap hasil peningkatan kompetensi tersebut di tempat kerja (R, D, W).		kompetensi yang dilakukan oleh pegawai. 2. Hasil evaluasi terhadap hasil peningkatan kompetensi yang diikuti pegawai.		penggalian informasi terkait proses dan hasil evaluasi terhadap hasil peningkatan kompetensi yang diikuti pegawai.		10
d. Kriteria 1.3.4 Setiap pegawai mempunyai dokumen kepegawaian yang lengkap dan mutakhir						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan dan tersedia isi dokumen kepegawaian yang lengkap dan mutakhir untuk tiap pegawai yang bekerja di Pukesmas, serta terpelihara sesuai	1. SK tentang Kelengkapan Isi Dokumen Kepegawaian. 2. SOP tentang Pengumpulan Dokumen Kepegawaian.	1. Dokumen kepegawaian tiap pegawai. Catatan: dokumen kepegawaian dapat dalam bentuk cetak dan/atau digital.	Pengamatan surveior terhadap dokumen kepegawaian tiap pegawai serta kesesuaian kelengkapan dan kemutakhiran isinya.	KTU: penggalian informasi terkait proses pengumpulan dan pengelolaan dokumen kepegawaian.		0 5 10

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).		<p>1. Bukti evaluasi terhadap kelengkapan dan pemutakhiran data kepegawaian.</p> <p>2. Bukti tindak lanjut terhadap hasil evaluasi kelengkapan dan pemutakhiran data kepegawaian.</p>		<p>KTU:</p> <p>penggalan informasi terkait proses dan hasil evaluasi kelengkapan dan pemutakhiran data kepegawaian serta tindak lanjutnya.</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>e. Kriteria 1.3.5</p> <p>Pegawai baru dan pegawai alih tugas wajib mengikuti orientasi agar memahami dan mampu melaksanakan tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Orientasi pegawai	1. Kerangka acuan	1. Bukti pelaksanaan		KTU dan pegawai		0

<p>dilaksanakan sesuai kerangka acuan yang disusun (R, D, W).</p>	<p>kegiatan orientasi pegawai.</p>	<p>kegiatan orientasi pegawai.</p>		<p>yang mengikuti orientasi: penggalan informasi terkait proses pelaksanaan kegiatan orientasi pegawai baru dan pegawai alih tugas.</p>		<p>5 10</p>
<p>b) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan orientasi pegawai (D, W).</p>		<p>1. Bukti evaluasi pelaksanaan kegiatan orientasi pegawai. 2. Bukti tindak lanjut terhadap hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan orientasi pegawai.</p>		<p>KTU: penggalan informasi terkait hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan orientasi pegawai baru dan pegawai alih tugas serta tindak lanjutnya.</p>		<p>0 5 10</p>

f. Kriteria 1.3.6 Puskesmas menyelenggarakan pelayanan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3).						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan petugas yang bertanggung jawab terhadap program K3 dan program K3 Puskesmas serta dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program K3 (R, D, W).	1. SK tentang penetapan koordinator atau tim K3 yang terintegrasi dengan SK Penanggung Jawab dan Koordinator Pelayanan pada Kriteria 1.2.1. 2. SK tentang penetapan program K3 yang terintegrasi dengan SK Jenis Pelayanan pada Kriteria 1.1.1.	1. Dokumen program K3. 2. Bukti evaluasi program K3.		Koordinator atau Tim K3:		0
				penggalian informasi terkait pelaksanaan program-program K3 dan hasil evaluasinya.		5
						10

<p>b) Dilakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala terhadap pegawai untuk menjaga kesehatan pegawai sesuai dengan program yang telah ditetapkan oleh kepala Puskesmas (R, D, W).</p>	<p>1. RUK dan RPK yang mencantumkan kegiatan pemeriksaan kesehatan berkala bagi pegawai.</p>	<p>1. Bukti hasil pemeriksaan berkala kesehatan pegawai.</p>		<p>Koordinator atau Tim K3: penggalan informasi terkait proses pelaksanaan pemeriksaan berkala kesehatan pegawai.</p>		<p>0 5 10</p>
<p>c) Ada program dan pelaksanaan imunisasi bagi pegawai sesuai dengan tingkat risiko dalam pelayanan (R, D, W).</p>	<p>1. RUK dan RPK yang mencantumkan kegiatan imunisasi bagi pegawai</p>	<p>1. Dokumen analisis tingkat risiko pelayanan. 2. Bukti pelaksanaan imunisasi bagi pegawai.</p>		<p>Koordinator atau Tim K3: penggalan informasi terkait proses pelaksanaan imunisasi bagi pegawai.</p>		<p>0 5 10</p>

<p>d) Apabila ada pegawai yang terpapar penyakit infeksi, kekerasan, atau cedera akibat kerja, dilakukan konseling dan tindak lanjutnya (D, W).</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan konseling terhadap pegawai. 2. Bukti tindak lanjut hasil konseling terhadap pegawai.</p>		<p>Koordinator atau Tim K3: penggalan informasi terkait proses pelaksanaan konseling bagi pegawai dan tindak lanjutnya.</p>	<p>0 5 10</p>
---	--	--	--	--	---------------------------------

Standar 1.4 Manajemen fasilitas dan keselamatan.

Manajemen sarana (bangunan), prasarana, peralatan, keselamatan dan keamanan lingkungan Puskesmas dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sarana (bangunan), prasarana, peralatan, keselamatan dan keamanan lingkungan dikelola dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan dikaji dengan memperhatikan manajemen risiko

a. 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.

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Terdapat petugas yang bertanggung jawab dalam MFK serta tersedia program MFK yang ditetapkan setiap tahun berdasarkan identifikasi risiko (R).	1. SK penetapan penanggung jawab MFK yang terintegrasi dengan SK penanggung jawab pada kriteria 1.2.1					0
						5
						10
b) Puskesmas menyediakan akses yang mudah dan aman bagi pengguna layanan dengan keterbatasan fisik			Pengamatan surveior terhadap pengaturan ruang yang aman apakah mengakomodasi Pengguna	PJ mutu, koordinator MFK dan pasien:	penggalian informasi tentang akses layanan	0
						5
						10

(O, W).			<p>layanan yang dengan keterbatasan fisik seperti menyediakan hendrel pegangan tangan pada kamar mandi, jalur kursi roda dll</p>	<p>yang mudah dan aman bagi pengguna yang keterbatasan fisik</p>		
<p>c) Dilakukan identifikasi terhadap area-area berisiko (D, W).</p>		<p>1. Bukti identifikasi terhadap area berisiko pada keselamatan dan keamanan fasilitas</p>		<p>PJ mutu, koordinator MFK penggalan informasi terkait dasar penetapan area berisiko pada keselamatan dan keamanan fasilitas</p>		<p>0 5 10</p>
<p>d) Disusun daftar</p>		<p>1. Daftar risiko (risk</p>				<p>0</p>

<p>risiko (<i>risk register</i>) yang mencakup seluruh lingkup program MFK (D).</p>		<p>register) program MFK. Catatan: terintegrasi dengan daftar risiko pada program manajemen risiko.</p>				<p>5 10</p>
<p>e) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut per triwulan terhadap pelaksanaan program MFK (D).</p>		<p>1. Bukti evaluasi dari pelaksanaan program MFK 2. Bukti hasil tindak lanjut dari pelaksanaan evaluasi program MFK. Catatan: Pemenuhan huruf d) meliputi angka (1) sampai dengan angka (7) sesuai pada pokok</p>				<p>0 5 10</p>

		pikiran				
<p>a. Kriteria 1.4.2 Puskesmas merencanakan dan melaksanakan manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dilakukan identifikasi terhadap pengunjung, petugas dan pekerja alih daya (<i>outsourcing</i>) (R, O, W).</p>	<p>1. SOP identifikasi pengunjung, petugas dan pekerja alih daya</p>		<p>Pengamatan surveior terkait identifikasi kepada pengunjung, petugas dan pekerja alih daya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Puskesmas</p>	<p>Petugas, pengunjung dan pekerja alih daya: penggalan informasi terkait pelaksanaan identifikasi pengunjung, petugas dan pekerja alih daya</p>		<p>0 5 10</p>
<p>b) Dilakukan inspeksi</p>	<p>1. SOP inspeksi</p>	<p>1. Bukti hasil</p>	<p>Pengamatan</p>	<p>Koordinator MFK</p>		

<p>fasilitas secara berkala yang meliputi bangunan, prasarana dan peralatan (R, D, O, W).</p>	<p>fasilitas</p>	<p>inspeksi fasilitas sesuai dengan regulasi yang ditetapkan di Puskesmas</p>	<p>surveior terkait hasil pemeliharaan fasilitas termasuk penyediaan mendukung keamanan dan 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.</p>	<p>Penggalian informasi terkait pelaksanaan pemeliharaan fasilitas yang ada di Puskesmas</p>		
<p>c) Dilakukan simulasi</p>		<p>1. Bukti hasil</p>	<p>Pengamatan</p>	<p>Petugas</p>	<p>Surveior</p>	<p>0</p>

<p>terhadap kode darurat secara berkala (D, O, W, S).</p>		<p>simulasi terhadap kode darurat (kode merah dan kode biru) minimal melampirkan daftar hadir dan foto2 kegiatan simulasi.</p> <p>Catatan: khusus untuk simulasi kode biru minimal berupa pemberian Bantuan Hidup Dasar (BHD).</p>	<p>surveior terhadap kode darurat yang ditetapkan dan diterapkan di Puskesmas</p>	<p>Puskesmas: penggalan informasi terkait dengan pelaksanaan kode darurat yang di tetapkan oleh Puskesmas</p>	<p>meminta petugas untuk melakukan simulasi kode darurat (kode merah dan kode biru) yang ditetapkan oleh Puskesmas</p>	<p>5 10</p>
<p>d) Dilakukan pemantauan terhadap pekerjaan konstruksi terkait keamanan dan pencegahan</p>		<p>Dokumen ICRA bangunan (jika ada renovasi bangunan) yang dilakukan oleh Tim PPI bekerja sama dengan Tim MFK</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap: Hasil pelaksanaan ICRA bangunan (jika ada renovasi bangunan)</p>	<p>Koordinator PPI dan Koordinator MFK: penggalan informasi terkait</p>		<p>0 5 10</p>

penyebaran infeksi (D, O, W).		serta dengan multidisplin lainnya		dengan penyusunan ICRA bangunan (jika dilakukan renovasi bangunan)		
<p>b. Kriteria 1.4.3</p> <p>Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan, dan penggunaan bahan berbahaya beracun (B3), pengendalian dan pembuangan limbah B3 dilakukan berdasarkan perencanaan dan ketentuan peraturan perundang-undangan</p>						
Elemen Penilaian:	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan inventarisasi B3 dan limbah B3 (D).		1. Daftar inventarisasi B3 dan limbah B3				0 5 10
b) Dilaksanakan manajemen B3 dan limbah B3 (R, D, W).	1. SOP Pengelolaan Limbah B3 di Puskesmas	1. Bukti pelaksanaan program manajemen B3 dan limbah B3		Petugas yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan B3		0 5

		yang meliputi (huruf (a) sampai dengan huruf (f) sesuai pada pokok pikiran angka (2) kriteria 1.4.1)		dan limbah B3: penggalan informasi terkait proses pengelolaan B3 dan limbah B3		10
c) Tersedia IPAL sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (D, O, W).		1. Izin IPAL	Pengamatan surveior terhadap penyediaan IPAL sesuai dengan surat izin			0 5 10
d) Apabila terdapat tumpahan dan/atau paparan/pajanan B3 dan/atau limbah B3, dilakukan penanganan awal, pelaporan, analisis, dan tindak		1. Bukti dilakukan penanganan awal oleh petugas. Bukti hasil pelaporan dan hasil analisis dari penanganan paparan/pajanan	ketersedian <i>spill kit</i> untuk penanganan tumpahan limbah B3	Petugas kebersihan/cleaning service, koordinator PPI, petugas kesling dan petugas ditempat terjadinya		0 5 10

lanjutnya (D,O, W).		B3 atau limbah B3 sesuai dengan regulasi yang telah ditetapkan Puskesmas. 2. Bukti tindak lanjut dari hasil pelaporan dan analisis.		tumpahan: penggalan informasi terkait penanganan tumpahan B3		
c. Kriteria 1.4.4 Puskesmas menyusun, memelihara, melaksanakan, dan mengevaluasi manajemen kedaruratan dan bencana.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan identifikasi risiko terjadinya bencana internal dan eksternal sesuai dengan letak geografis Puskesmas dan akibatnya terhadap pelayanan		1. Hasil indentifikasi resiko bencana di Puskesmas/ Hazard Vulnerability Assessment (HVA).				0 5 10

(D).						
b) Dilaksanakan manajemen kedaruratan dan bencana (D, W).		1. Bukti pelaksanaan program manajemen kedaruratan dan bencana yang meliputi huruf (a) sampai dengan huruf (g) sesuai pada pokok pikiran angka 3) pada kriteria 1.4.1		Petugas Puskesmas, pasien dan pengunjung penggalan informasi terhadap penerapan manajemen kedaruratan dan bencana		0 5 10
c) Dilakukan simulasi dan evaluasi tahunan terhadap manajemen kedaruratan dan bencana yang telah disusun, dan dilanjutkan dengan <i>debriefing</i> setiap		1. Bukti pelaksanaan simulasi (minimal melampirkan daftar hadir dan foto kegiatan simulasi dan laporan) 2. Bukti hasil evaluasi tahunan		Petugas Puskesmas: penggalan informasi kepada pelaksanaan simulasi, evaluasi dan debriefing setiap selesai		0 5 10

selesai simulasi. (D, W).		3. Bukti pelaksanaan debriefing setiap selesai simulasi (minimal melampirkan daftar hadir, foto kegiatan dan laporan)		simulasi		
d) Dilakukan perbaikan terhadap manajemen kedaruratan dan bencana sesuai hasil simulasi dan evaluasi tahunan. (D).		1. Bukti rencana perbaikan program manajemen kedaruratan dan bencana sesuai hasil simulasi 2. Bukti hasil evaluasi tahunan				

<p>d. Kriteria 1.4.5 Puskesmas menyusun, memelihara, melaksanakan, dan melakukan evaluasi manajemen pengamanan kebakaran termasuk sarana evakuasi.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dilakukan manajemen pengamanan kebakaran (D, O, W).</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan program manajemen pengamanan sesuai huruf (a) sampai dengan huruf (d) pada angka (4) sesuai pokok pikiran kriteria 1.4.1</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap penerapan pengamanan yang ditetapkan oleh Puskesmas seperti penerapan resiko kebakaran, penyediaan proteksi kebakaran baik aktif mau pasif, dan himbauan dilarang merokok</p>	<p>Petugas Puskesmas: penggalan informasi terkait dengan penerapan manajemen risiko kebakaran</p>		0
						5
						10
<p>b) Dilakukan inspeksi, pengujian dan</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan dan hasil inspeksi/</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap</p>			0

<p>pemeliharaan terhadap alat deteksi dini, alarm, jalur evakuasi, serta keberfungsian alat pemadam api (D, O).</p>		<p>pengujian. 2. Bukti pemeliharaan alat deteksi dini jalur evakuasi, serta keberfungsian alat pemadam api</p>	<p>alat deteksi dini, jalur evakuasi, serta keberfungsian alat pemadam api</p>			<p>5 10</p>
<p>c) Dilakukan simulasi dan evaluasi tahunan terhadap manajemen pengamanan kebakaran (D, W, S).</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan simulasi minimal menyertakan notula dan foto-foto kegiatan simulasi 2. Bukti evaluasi tahunan terhadap program manajemen pengamanan kebakaran</p>		<p>Petugas Puskesmas, pengunjung: penggalian informasi terhadap sistem pengamanan kebakaran</p>	<p>Petugas Puskesmas melakukan simulasi pengamanan kebakaran</p>	<p>0 5 10</p>
<p>d) Ditetapkan kebijakan larangan</p>	<p>1. SK tentang larangan merokok</p>		<p>Pengamatan terhadap</p>	<p>Kepada petugas dan pengunjung :</p>		<p>0</p>

merokok bagi petugas, pengguna layanan, dan pengunjung di area Puskesmas (R, O, W).	bagi petugas, pengguna layanan, dan pengunjung di area Puskesmas		penerapan kebijakan larangan merokok di Puskesmas	penggalan informasi terkait kebijakan larangan merokok		5 10
f) 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						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan inventarisasi alat kesehatan sesuai dengan ASPAK (D).		Bukti kesesuaian inventarisasi alkes dengan ASPAK.				0 5 10
b) Dilakukan pemenuhan kompetensi bagi staf dalam mengoperasikan		1. Bukti pemenuhan kompetensi staf dalam mengoperasikan alat kesehatan		Petugas yang bertanggungjawab dalam mengoperasikan alat:		0 5 10

alat kesehatan tertentu (D, W).		tertentu (contoh pengajuan pelatihan mengoperasionalkan alat ke dinas kesehatan)		penggalan informasi tentang mengoperasikan alat kesehatan tertentu		
c) Dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi terhadap alat kesehatan secara periodik (R, D, O, W)	1. SOP pemeliharaan alat kesehatan	<p>1. Jadwal pemeliharaan alat</p> <p>2. Bukti pemeliharaan alat kesehatan</p> <p>3. Bukti kalibrasi alat kesehatan</p> <p>Catatan: Jika pelaksanaan kalibrasi dilakukan oleh Dinkes Kab/Kota, maka Puskesmas cukup menyerahkan surat permohonan</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap alat kesehatan yang dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi</p>	<p>Petugas yang bertanggung jawab terhadap pemeliharaan dan kalibrasi alat kesehatan:</p> <p>penggalan informasi terkait pemeliharaan dan kalibrasi alat kesehatan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

		pengajuan kalibrasi beserta notula pembahasan tentang kalibrasi (notula lokokarya bulanan dan/ atau pertemuan tinjauan manajemen)				
g) Kriteria 1.4.7 Puskesmas menyusun dan melaksanakan pengelolaan untuk memastikan semua sistem utilitas berfungsi dan mencegah terjadinya ketidakterediaan dan kegagalan fungsi sistem utilitas						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan inventarisasi sistem utilitas sesuai dengan ASPAK (D).		1. Daftar inventarisasi sistem utilitas				0 5 10
b) Dilaksanakan manajemen sistem utilitas dan sistem penunjang lainnya (R, D).	1. SOP pelaksanaan manajemen sistem utilitas dan sistem penunjang lainnya.	1. Bukti pelaksanaan program manajemen utilitas dan sistem penunjang lainnya				0 5 10
c) Sumber air, listrik,			Pengamatan			

dan gas medik beserta cadangannya tersedia selama 7 hari 24 jam untuk pelayanan di Puskesmas (O)			surveior terhadap ketersediaan sumber air, listrik, dan gas medik beserta cadangannya tersedia selama 7 hari 24 jam untuk pelayanan di Puskesmas			
h) Kriteria 1.4.8 Puskesmas menyusun dan melaksanakan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) bagi petugas						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ada rencana pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas (R).	1. Usulan peningkatan kompetensi tenaga Puskesmas terkait MFK yang terintegrasi dengan Kriteria 1.3.3					0 5 10

<p>b) Dilakukan pemenuhan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas sesuai rencana (D, W).</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan pemenuhan program pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas</p>		<p>Kepala Puskesmas, KTU, Petugas yang mendapatkan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan: penggalan informasi terkait pemenuhan program pendidikan MFK bagi petugas.</p>		
<p>c) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut perbaikan pelaksanaan pemenuhan pendidikan manajemen fasilitas</p>		<p>1. Bukti evaluasi program pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas</p>		<p>Kepala Puskemas, KTU, petugas yang mendapatkan pendidikan MFK: penggalan</p>	<p>0 5 10</p>	

dan keselamatan bagi petugas (D, W).		Puskesmas 2. Bukti tindak lanjut perbaikan berdasarkan hasil evaluasi		informasi terkait evaluasi dan tindak lanjut program pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan bagi petugas Puskesmas		
Standar 1.5 Manajemen keuangan. Puskesmas melaksanakan manajemen keuangan						
a. Kriteria 1.5.1 Kepala Puskesmas dan penanggung jawab keuangan melaksanakan manajemen keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan kebijakan dan prosedur	1. SK Penetapan Pengelola Keuangan.					0 5

<p>manajemen keuangan dalam pelaksanaan pelayanan Puskesmas serta petugas pengelola keuangan Puskesmas dengan kejelasan tugas, tanggung jawab, dan wewenang (R).</p>	<p>2. SK Pengelolaan Keuangan. 3. SOP Pengelolaan Keuangan.</p>				<p>10</p>
<p>b) Dilaksanakan pengelolaan keuangan sesuai dengan kebijakan dan prosedur manajemen keuangan yang telah ditetapkan (D, O, W).</p>		<p>1. Laporan keuangan bulanan/ triwulanan/ semesteran/ tahunan.</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap kesesuaian pengelolaan keuangan yang dilaksanakan oleh pengelola keuangan dengan SK dan SOP.</p>	<p>1. Pengelola Keuangan: penggalian informasi terkait proses pengelolaan keuangan, 2. Kepala</p>	<p>0 5 10</p>

				Puskesmas: penggalan informasi terkait pelaksanaan pengelolaan keuangan oleh pengelola keuangan.		
Standar 1.6 Pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja						
a. 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.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan indikator kinerja Puskesmas sesuai dengan jenis-jenis pelayanan yang disediakan dan kebijakan	1. SK indikator kinerja Puskesmas sesuai dengan jenis-jenis pelayanan yang disediakan dan					0 5 10

pemerintah pusat dan daerah (R).	kebijakan pemerintah pusat dan daerah					
b) Dilakukan pengawasan, pengendalian, dan penilaian terhadap kinerja Puskesmas secara periodik sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan, dan hasilnya diumpankanbalikkan kepada lintas program dan lintas sektor (R, D, W).	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK tentang pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja 2. SOP Pemantauan dan evaluasi 3. SOP Supervisi 4. SOP Lokakarya mini 5. SOP Audit internal 6. SOP Pertemuan tinjauan manajemen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pelaksanaan pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja secara periodik sesuai dengan regulasi yang ditetapkan, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> a) Bukti pelaksanaan pemantauan dan evaluasi b) Bukti pelaksanaan supervisi c) Bukti pelaksanaan lokakarya mini, 		<p>Kepala Puskesmas, KTU, PJ Pelayanan, PJ Mutu:</p> <p>penggalan informasi terkait pelaksanaan pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja secara periodik</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

		<p>d) Bukti audit internal,</p> <p>e) Bukti pertemuan tinjauan manajemen.</p>				
<p>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).</p>		<p>1. Bukti hasil evaluasi</p> <p>2. Bukti tindak lanjut terkait hasil pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja secara periodik,</p> <p>3. Bukti hasil kaji banding dan tindak lanjut yang dilakukan</p>		<p>Kepala Puskesmas, KTU, PJ Pelayanan, PJ Mutu dan tim manajemen Puskesmas:</p> <p>penggalan informasi tentang pelaksanaan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil pengawasan, pengendalian, dan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

				penilaian kinerja terhadap target yang ditetapkan dan hasil kaji banding dengan Puskesmas lain		
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).		1. Bukti hasil analisis terkait hasil pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja secara periodik untuk digunakan dalam perencanaan masing-masing pelayanan dan perencanaan Puskesmas		Kepala Puskesmas, KTU, PJ Pelayanan, PJ Mutu dan tim manajemen Puskesmas: penggalan informasi tentang pelaksanaan analisis kegiatan pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja untuk		0 5 10

				perencanaan kegiatan masing-masing pelayanan dan perencanaan Puskesmas berikutnya		
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).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti perbaikan kinerja dari hasil pengawasan dan pengendalian yang dituangkan ke dalam RPK 2. Bukti revisi perencanaan kegiatan bulanan (revisi RPK bulanan) 		<p>Kepala Puskesmas, KTU, PJ Pelayanan, PJ Mutu dan tim manajemen Puskesmas:</p> <p>penggalan informasi terkait dengan dasar perbaikan kinerja pelaksanaan kegiatan dan revisi</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

				perencanaan kegiatan bulanan berdasarkan hasil pengawasan dan pengendalian		
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).		1. Dokumen PKP				0 5 10
b) Kriteria 1.6.2 Lokakarya mini lintas program dan lokakarya mini lintas sektor dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI

<p>a) Dilakukan lokakarya mini bulanan dan triwulanan secara konsisten dan periodik untuk mengomunikasikan, mengoordinasikan, dan mengintegrasikan upaya-upaya Puskesmas (D, W).</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal Lokmin bulanan dan triwulanan 2. Notula Lokmin bulanan dan triwulanan yang disertai foto kegiatan 3. Undangan Lokmin bulanan dan triwulanan 4. Daftar Hadir Lokmin bulanan dan triwulanan 		<p>Kepala Puskesmas, KTU dan penanggung jawab Upaya Puskesmas: penggalian informasi tentang pelaksanaan Lokmin secara priodik</p>		<p>0 5 10</p>
<p>b) Dilakukan pembahasan permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan, serta rekomendasi tindak</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Notula lokmin yang berisi pembahasan permasalahan, hambatan dalam pelaksanaan kegiatan, dan 		<p>Kepala Puskesmas, KTU dan penanggung jawab Upaya Puskesmas: penggalian</p>		<p>0 5 10</p>

<p>lanjut dalam lokakarya mini bulanan dan triwulanan (D, W).</p>		<p>rekomendasi tindak lanjut</p>		<p>informasi tentang pembahasan permasalahan dan hambatan pelaksanaan kegiatan</p>		
<p>c) Dilakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi lokakarya mini bulanan dan triwulanan dalam bentuk perbaikan pelaksanaan kegiatan (D, W)</p>		<p>1. Bukti tindak lanjut perbaikan pelaksana kegiatan berdasarkan rekomendasi hasil lokmin bulanan dan triwulanan</p>		<p>Kepala Puskesmas, KTU dan penanggung jawab Upaya Puskesmas: penggalan informasi tentang tindak lanjut hasil rekomendasi lokmin</p>		<p>0 5 10</p>

<p>c) Kriteria 1.6.3</p> <p>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.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Kepala Puskesmas membentuk tim audit internal dengan uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab yang jelas (R).</p>	<p>1. SK tim audit Internal beserta uraian tugas dan tanggung jawab yang dapat terintegrasi dengan SK penanggungjawab upaya pelayanan di Puskesmas pada kriteria 1.2.1</p>					0
						5
						10
<p>b) Disusun rencana program audit internal tahunan yang dilengkapi</p>	<p>1. KAK audit internal</p>	<p>1. Rencana audit internal (<i>audit plan</i>), 2. Bukti pelaksanaan</p>		<p>PJ Mutu, Koordinator Audit Internal dan auditor internal:</p>		<p>0 5</p>

kerangka acuan dan dilakukan kegiatan audit internal sesuai dengan rencana yang telah disusun (R, D, W).		<p>audit internal,</p> <p>3. Instrumen audit internal</p> <p>Catatan: Penyusunan rencana audit sampai dengan pelaksanaan audit, dilakukan secara priodik.</p>		penggalan informasi tentang pelaksanaan audit internal		10
c) Ada laporan dan umpan balik hasil audit internal kepada kepala Puskesmas, tim mutu, pihak yang diaudit dan unit terkait (D, W).		<p>1. Laporan hasil audit internal</p> <p>2. Bukti umpan balik hasil audit internal kepada Kepala Puskesmas, tim mutu Puskesmas, pihak yang diaudit dan unit terkait</p>		<p>PJ Mutu, Koordinator Audit Internal dan auditor internal:</p> <p>penggalan informasi tentang laporan dan umpan balik hasil audit internal</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
d) Tindak lanjut		1. Bukti pelaksanaan		PJ Mutu,		0

<p>dilakukan terhadap temuan dan rekomendasi dari hasil audit internal, baik oleh kepala Puskesmas, penanggung jawab maupun pelaksana (D, W).</p>		<p>tindak lanjut dan rekomendasi hasil audit internal</p>		<p>Koordinator Audit Internal, auditor internal dan pihak yang diaudit: penggalan informasi tentang tindaklanjut hasil audit</p>	<p>5 10</p>
<p>e) Kepala Puskesmas bersama dengan tim mutu merencanakan pertemuan tinjauan manajemen dan pertemuan tinjauan manajemen tersebut dilakukan dengan agenda sebagaimana tercantum dalam</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal pertemuan tinjauan manajemen 2. Undangan pertemuan tinjauan manajemen 3. Notula hasil pertemuan tinjauan manajemen yang disertai dengan 		<p>Kepala Puskesmas, PJ Mutu, tim mutu Puskesmas, dan petugas Puskesmas: penggalan informasi tentang pelaksanaan pertemuan tinjauan</p>	<p>0 5 10</p>

<p>pokok pikiran (D, W).</p>		<p>foto kegiatan 4. Daftar hadir peserta pertemuan tinjauan manajemen</p>		<p>manajemen</p>		
<p>f) Rekomendasi hasil pertemuan tinjauan manajemen ditindaklanjuti dan dievaluasi (D, W).</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi hasil pertemuan tinjauan manajemen</p>		<p>Kepala Puskesmas, PJ Mutu, tim mutu Puskesmas, dan petugas Puskesmas: penggalan informasi tentang tindaklanjut rekomendasi pertemuan tinjauan manajemen</p>		<p>0 5 10</p>

<p>Standar 1.7 Pembinaan Puskesmas oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota.</p> <p>Puskesmas harus mendapatkan pembinaan dan pengawasan dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota berperan dalam upaya perbaikan kinerja termasuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan Puskesmas</p>						
<p>a. Kriteria 1.7.1</p> <p>Puskesmas harus mendapatkan pembinaan dan pengawasan terpadu dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam rangka perbaikan kinerja, termasuk peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Terdapat penetapan organisasi Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (R).	1. SK Kepala Dinas Kesehatan tentang organisasi Puskesmas yang dilengkapi dengan kejelasan tugas, wewenang, dan tanggung jawab serta tata hubungan kerja dan persyaratan jabatan					0 5 10

<p>b) Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota menetapkan kebijakan dan jadwal pembinaan terpadu Puskesmas secara periodik (R, D, W).</p>	<p>1. SK TPCB beserta uraian tugas tim TPCB</p>	<p>1. Jadwal program pembinaan TPCB</p>		<p>TPCB dinas kesehatan Kab/Kota: penggalan informasi tentang TPCB dan jadwal pembinaan</p>		<p>0 5 10</p>
<p>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</p>		<p>1. Hasil Self Assesment (SA) Puskesmas 2. Hasil analisis berdasarkan SA Puskesmas sebagai bahan pembinaan 3. Surat Tugas TPCB 4. Dokumen pelaporan hasil pembinaan TPCB, termasuk laporan</p>		<p>TPCB dinas kesehatan Kab/Kota: penggalan informasi tentang pelaksanaan pembinaan oleh TPCB</p>		<p>0 5 10</p>

<p>sesuai dengan pedoman (D, W).</p>		<p>pembinaan teknis bila anggota TPCB ada yang melakukan pembinaan teknis</p>			
<p>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).</p>		<p>1. Bukti penyampaian laporan hasil pembinaan oleh TPCB kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota, termasuk laporan oleh tim teknis jika ada pembinaan teknis berdasarkan hasil pembinaan TPCB. 2. Bukti umpan balik laporan hasil pembinaan kepada</p>		<p>Tim TPCB dinas kesehatan Kab/Kota: penggalian informasi tentang laporan pembinaan oleh TPCB kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota, termasuk jika ada pembinaan teknis serta umpan balik hasil pembinaan kepada</p>	<p>0 5 10</p>

		Puskesmas yang disampaikan secara resmi.		Puskesmas		
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).	<ol style="list-style-type: none"> 1. RUK Puskesmas yang mengacu pada rencana lima tahunan Puskesmas 2. RPK Puskesmas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti hasil pendampingan penyusunan rencana usulan kegiatan Puskesmas dan rencana pelaksanaan kegiatan minimal melampirkan: <ul style="list-style-type: none"> • Surat tugas TPCB untuk pendampingan penyusunan RUK, RPK Puskesmas • Notula dengan menyertakan foto kegiatan 		TPCB Dinas Kesehatan Kab/Kota, Kepala Puskesmas, KTU dan tim manajemen Puskesmas: penggalan informasi tentang pendampingan penyusunan RUK dan RPK Puskesmas	0 5 10	

		<p>pendampingan penyusunan RUK dan RPK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daftar hadir 				
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		<p>1. Bukti pelaksanaan tindaklanjut hasil lokmin dan pertemuan tinjauan manajemen Puskesmas oleh TPCB yang disampaikan secara resmi.</p>		<p>TPCB dinas kesehatan Kab/Kota, Kab/Kota, Kepala Puskesmas, KTU dan PJ Mutu:</p> <p>penggalan informasi tentang tindaklanjut yang dilakukan oleh TPCB berdasarkan hasil lokmin dan pertemuan tinjauan manajemen</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

(D, W).				Puskesmas		
g) Ada bukti TPCB melakukan verifikasi dan memberikan umpan balik hasil pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas secara berkala (D, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti verifikasi evaluasi kinerja Puskesmas 2. Bukti umpan balik pemantauan dan evaluasi kinerja Puskesmas 		TPCB dinas kesehatan Kab/Kota, Kepala Puskesmas, KTU dan PJ pelayanan: penggalan informasi tentang pelaksanaan verifikasi dan umpan balik evaluasi kinerja Puskesmas		0 5 10
h) Puskesmas menerima dan menindaklanjuti umpan balik hasil pembinaan dan evaluasi kinerja oleh TPCB (D, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti Puskesmas menerima dan menindaklanjuti hasil umpan balik hasil pembinaan 2. Bukti Puskesmas menerima dan 		Kepala Puskesmas, KTU dan PJ pelayanan, petugas Puskesmas: penggalan		0 5 10

		<p>menindaklanjuti hasil umpan balik hasil evaluasi kinerja</p>		<p>informasi tentang pelaksanaan tindaklanjut hasil pembinaan dan evaluasi kinerja yang disampaikan oleh TPCB dinas kesehatan kab/kota.</p>		
<p>BAB II PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT (UKM) YANG BERORIENTASI PADA UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF</p>						
<p>Standar 2.1 Perencanaan terpadu pelayanan UKM. Perencanaan pelayanan UKM Puskesmas disusun secara terpadu berbasis wilayah kerja Puskesmas dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor sesuai dengan analisis kebutuhan masyarakat, data hasil penilaian kinerja (capaian indikator kinerja) Puskesmas termasuk memperhatikan hasil pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) dan capaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) daerah Kabupaten/Kota</p> <p>a. Kriteria 2.1.1 Perencanaan pelayanan UKM Puskesmas disusun secara terpadu berbasis wilayah kerja Puskesmas dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor sesuai dengan analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, data hasil penilaian kinerja (capaian indikator kinerja) Puskesmas termasuk memperhatikan hasil pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan capaian target standar pelayanan minimal (SPM) daerah kabupaten/kota</p>						

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga dan individu yang merupakan sasaran pelayanan UKM sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W).	1. SK tentang identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga dan individu yang merupakan sasaran pelayanan UKM	1. Bukti hasil identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga dan individu yang merupakan sasaran pelayanan UKM, sesuai dengan yang ditetapkan oleh Puskesmas.		Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM:		0
	2. SOP identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga dan individu yang merupakan sasaran pelayanan UKM	2. Data dukung identifikasi disesuaikan dengan metode yang dipilih untuk		Penggalian informasi terkait identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga dan individu yang merupakan sasaran pelayanan UKM		5
						10

		<p>melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga dan individu, seperti yang dituangkan dalam Pokok Pikiran 1.</p> <p>Misal jika dalam bentuk pertemuan dengan tokoh masyarakat, maka minimal melampirkan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Undangan• Daftar hadir• Notula yang disertai dengan				
--	--	--	--	--	--	--

		foto kegiatan				
b) Hasil identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat dianalisis bersama dengan lintas program dan lintas sektor sebagai bahan untuk pembahasan dalam menyusun rencana kegiatan UKM (D, W).		1. Bukti analisis hasil identifikasi		Kepala		0
		2. Rencana kegiatan berdasarkan hasil analisis		Puskesmas, PJ UKM, Koordinator Pelayanan UKM, dan pelaksana		5
		3. Bukti dilakukan analisis bersama lintas program & lintas sektor, minimal melampirkan: <ul style="list-style-type: none"> • Undangan • Daftar hadir • Notula yang disertai dengan foto kegiatan 		serta pelaksana pelayanan UKM serta lintas sektor:		10
		Catatan: Pemenuhan angka 1		Penggalian informasi terkait proses analisis yang sudah dilakukan terhadap hasil identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat yang sudah diperoleh		

		dan 2 dapat dikerjakan dalam 1 form				
c) Data capaian kinerja pelayanan UKM Puskesmas dianalisis bersama lintas program dan lintas sektor dengan memperhatikan hasil pelaksanaan PIS PK sebagai bahan untuk pembahasan dalam menyusun rencana kegiatan yang berbasis wilayah kerja (R, D, W).	SK Indikator Kinerja pelayanan UKM yang merupakan bagian dari SK Indikator Kinerja Puskesmas (lihat kriteria 1.6.1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capaian kinerja pelayanan UKM yang sudah dilengkapi dengan analisis, dengan memperhatikan hasil PIS PK. Pelaksanaan analisis agar mengacu pada pedoman manajemen Puskesmas. 2. Rencana kegiatan berdasarkan hasil analisis. 3. Bukti keterlibatan lintas program & lintas sektor, 		<p>Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM, serta lintas sektor:</p> <p>Penggalian informasi terkait proses analisis yang sudah dilakukan berdasarkan capaian kinerja dengan memperhatikan hasil PIS PK</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

		<p>minimal melampirkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undangan • Daftar hadir • Notula yang disertai dengan foto kegiatan <p>Catatan: Pemenuhan angka 1 dan 2 dapat dikerjakan dalam 1 form.</p>				
d) Tersedia rencana usulan kegiatan (RUK) UKM yang disusun secara terpadu dan berbasis wilayah kerja Puskesmas berdasarkan hasil		RUK yang menunjukkan hasil rumusan dari EP b dan EP c		Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalian		0 5 10

<p>analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, hasil pembahasan analisis data capaian kinerja pelayanan UKM, dengan memperhatikan hasil pelaksanaan kegiatan PIS PK (D, W)</p>				<p>informasi terkait hasil RUK yang disusun</p>		
<p>b) Kriteria 2.1.2 Perencanaan pelayanan UKM Puskesmas memuat kegiatan pemberdayaan masyarakat untuk mengatasi permasalahan kesehatan dan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat yang proses kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan difasilitasi oleh Puskesmas</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Terdapat kegiatan fasilitasi Pemberdayaan Masyarakat yang dituangkan dalam RUK dan RPK</p>	<p>1. SK Kepala Puskesmas tentang fasilitasi pemberdayaan masyarakat 2. SOP tentang</p>	<p>1. RUK & RPK, yang mengakomodir kegiatan fasilitasi pemberdayaan masyarakat mengacu pada</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM,</p>		<p>0 5 10</p>

<p>Puskesmas termasuk kegiatan Pemberdayaan Masyarakat bersumber dari swadaya masyarakat dan sudah disepakati bersama masyarakat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W).</p>	<p>fasilitasi pemberdayaan masyarakat dalam kegiatan Puskesmas. 3. KAK Kegiatan Fasilitasi Pemberdayaan Masyarakat</p>	<p>pokok pikiran termasuk kegiatan Pemberdayaan Masyarakat bersumber dari swadaya masyarakat</p> <p>2. Bukti kesepakatan kegiatan pada angka 1 bersama dengan masyarakat.</p> <p>Catatan: Bukti kesepakatan disesuaikan dengan kegiatan yang dilakukan saat menyusun</p>		<p>serta masyarakat: Penggalian informasi terkait isi RUK & RPK yang memuat kegiatan fasilitasi pemberdayaan masyarakat bersumber dari swadaya masyarakat</p>		
--	--	--	--	---	--	--

		RUK & RPK.			
b) Terdapat bukti keterlibatan masyarakat dalam kegiatan Pemberdayaan Masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, perbaikan, dan evaluasi untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayahnya (D, W).		1. Bukti pelaksanaan keterlibatan masyarakat:		Kepala Puskesmas, Pj	0
		2. RPK yang memuat kegiatan pemberdayaan masyarakat.		UKM, Koordinator Pelayanan UKM, dan pelaksana pelayanan UKM serta masyarakat:	5
		3. Bukti keterlibatan masyarakat dalam kegiatan pemberdayaan sesuai angka 1 mulai dari perencanaan, pelaksanaan, perbaikan dan evaluasi		Penggalian informasi terkait keterlibatan masyarakat dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, perbaikan dan evaluasi.	10
		Catatan: Bukti keterlibatan			

		<p>masyarakat disesuaikan dengan kegiatan yang dilakukan.</p> <p>Misal, kegiatan dilakukan dalam bentuk pertemuan minimal melampirkan daftar hadir, dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.</p>				
<p>c) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap kegiatan Pemberdayaan Masyarakat (D, W)</p>		<p>1. Bukti hasil evaluasi kegiatan pemberdayaan masyarakat.</p> <p>Untuk mengevaluasi dapat dilakukan dengan melihat KAK</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM, dan pelaksana pelayanan UKM</p> <p>Penggalian</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

		<p>Pemberdayaan Masyarakat dan disandingkan dengan hasil kegiatan.</p> <p>2. Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan evaluasi.</p>		<p>informasi terkait keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan evaluasi dan tindaklanjut kegiatan pemberdayaan masyarakat.</p>		
<p>c) Kriteria 2.1.3 Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Pelayanan UKM terintegrasi lintas program dan mengacu pada Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Tersedia rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) tahunan UKM yang terintegrasi dalam rencana</p>	RPK pelayanan UKM					0
	yang terintegrasi dalam RPK					5
	Puskesmas.					10

pelaksanaan kegiatan (RPK) tahunan Puskesmas sesuai dengan ketentuan yang berlaku (R).						
b) Tersedia RPK bulanan (RPKB) untuk masing-masing pelayanan UKM yang disusun setiap bulan (R).	RPKB masing-masing pelayanan UKM					0 5 10
c) Tersedia kerangka acuan kegiatan (KAK) untuk tiap kegiatan dari masing-masing pelayanan UKM sesuai dengan RPK yang disusun (R).	KAK sesuai dengan kegiatan di dalam RPK pelayanan UKM					0 5 10

<p>d) Jika terjadi perubahan rencana pelaksanaan pelayanan UKM berdasarkan hasil pemantauan, kebijakan atau kondisi tertentu, dilakukan penyesuaian RPK (D, W)</p>		<p>RPK Perubahan jika ada perubahan yang disertai dengan dasar dilakukan perubahan.</p> <p>Contoh dasar dilakukan perubahan: Pada tahun 2020 terjadi pandemic covid-19 dan Puskesmas diminta untuk menyusun kegiatan terkait dengan Covid-19, akan tetapi kegiatan tersebut belum teranggarkan. Sebagai dasar melakukan</p>		<p>Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator dan pelaksana</p> <p>Penggalian informasi terkait proses penyusunan perubahan RPK</p>	<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
--	--	---	--	--	-----------------------------

		perubahan, Puskesmas menyertakan surat misal dari Dinas Kesehatan tentang kegiatan covid-19 yang harus dianggarkan oleh Puskesmas sebagai dasar dilakukan perubahan RPK.				
<p>Standar 2.2 Kemudahan akses sasaran dan masyarakat terhadap pelayanan UKM.</p> <p>Penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM memastikan kemudahan akses sasaran dan masyarakat terhadap pelaksanaan pelayanan UKM.</p> <p>Pelayanan UKM Puskesmas mudah diakses oleh sasaran dan masyarakat, untuk mendapatkan informasi kegiatan serta penyampaian umpan balik dan keluhan.</p>						
<p>a. Kriteria 2.2.1</p> <p>Penjadwalan pelaksanaan pelayanan UKM Puskesmas disepakati bersama dengan memperhatikan masukan sasaran, masyarakat,</p>						

kelompok masyarakat, lintas program dan lintas sektor yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Tersedia jadwal serta informasi pelaksanaan kegiatan UKM yang disusun berdasarkan hasil kesepakatan dengan sasaran, masyarakat, kelompok masyarakat, lintas program dan lintas sektor terkait (D, W).		1. Bukti ketersediaan jadwal dan informasi pelayanan UKM Puskesmas		Kepala		0
				Puskesmas, Pj		5
				UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM serta lintas sektor:		10
		2. Bukti kesepakatan jadwal bersama sasaran, masyarakat, kelompok masyarakat, lintas program dan lintas sektor. Jika kegiatan dilakukan dalam bentuk pertemuan, maka bukti kegiatan minimal melampirkan		Penggalian informasi terkait penyusunan jadwal kegiatan UKM		

		daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.				
b) Jadwal pelaksanaan kegiatan UKM diinformasikan kepada sasaran, masyarakat, kelompok masyarakat, lintas program, dan lintas sektor melalui media komunikasi yang sudah ditetapkan (D, W).		Bukti dilakukan penyampaian informasi jadwal pelaksanaan kegiatan UKM sesuai dengan regulasi yang ditetapkan oleh Puskesmas.		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM serta lintas sektor: Penggalian informasi terkait penyampaian informasi kegiatan UKM yang dilakukan oleh Puskesmas		0 5 10
c) Tersedia bukti		Bukti penyampaian		Kepala		0

penyampaian informasi perubahan jadwal bilamana terjadi perubahan jadwal pelaksanaan kegiatan (D, W).		informasi perubahan jadwal bilamana terjadi perubahan jadwal pelaksanaan kegiatan, sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Puskesmas, bisa melalui papan informasi, leaflet, dll		Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM, serta lintas sektor: Penggalan informasi terkait penyampaian informasi perubahan jadwal kegiatan UKM		5 10
b. Kriteria 2.2.2 Penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM memastikan akses sasaran dan masyarakat untuk menyampaikan umpan balik dan keluhan						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan identifikasi terhadap		Bukti hasil identifikasi umpan		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator		0

<p>umpan balik yang diperoleh dari masyarakat, kelompok masyarakat dan sasaran. (D,W)</p>		<p>balik sesuai dengan metode umpan balik yang ditetapkan oleh Puskesmas.</p>		<p>Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalian informasi terkait identifikasi umpan balik yang dilakukan Puskesmas.</p>		<p>5 10</p>
<p>b) Hasil identifikasi umpan balik dianalisis dan disusun rencana tindaklanjut untuk pengembangan dan perbaikan pelayanan. (D,W)</p>		<p>1. Bukti hasil analisis berdasarkan identifikasi pada EP "a" 2. Bukti rencana tindaklanjut dari hasil analisis. Catatan: Pemenuhan EP 'a" dan EP 'b" dapat dituliskan di dalam 1 form yang sama (tidak harus</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalian informasi terkait: <ul style="list-style-type: none"> • identifikasi penyusunan analisis s.d rencana tindaklanjut yang </p>		<p>0 5 10</p>

		dibuatkan terpisah)		akan dilakukan. • Hasil evaluasi terhadap pelaksanaan rencana tindaklanjut		
c) Umpan balik dan keluhan dari masyarakat, kelompok masyarakat, dan sasaran ditindaklanjuti dan dievaluasi (D, W)		1. Bukti hasil tindaklanjut umpan balik dan keluhan 2. Bukti hasil evaluasi dari tindaklanjut.		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalian informasi terkait tindaklanjut atas umpan balik dan keluhan yang diterima.		0 5 10

Standar 2.3. Penggerakan dan pelaksanaan pelayanan UKM.

Penggerakan dan pelaksanaan pelayanan UKM dilakukan dan dikoordinasikan dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait.

Penggerakan dan Pelaksanaan Pelayanan UKM dilakukan sesuai dengan kebijakan, pedoman/ panduan, prosedur, dan

kerangka acuan yang disusun dan dikoordinasikan melalui forum lokakarya mini bulanan dan triwulanan

a. Kriteria 2.3.1

Dilakukan komunikasi dan koordinasi dalam penyelenggaraan pelayanan UKM Puskesmas

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan mekanisme komunikasi dan koordinasi untuk mendukung keberhasilan pelayanan UKM kepada lintas program dan lintas sektor terkait (R).	1. SK Media komunikasi dan koordinasi di Puskesmas (lihat bab I) 2. SOP Komunikasi dan koordinasi					0 5 10
b) Dilakukan komunikasi dan koordinasi kegiatan pelayanan UKM kepada lintas program dan lintas sektor terkait sesuai		Bukti Pelaksanaan komunikasi dan koordinasi sebagaimana yang disebutkan dalam pokir 2 dengan melihat implementasi		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM, serta lintas		0 5 10

kebijakan, dan prosedur yang ditetapkan. (D, W)		berdasarkan regulasi yang telah ditetapkan Puskesmas.		sektor: Penggalan informasi terkait pelaksanaan komunikasi dan koordinasi yang dilakukan		
<p>Standar 2.4 Pembinaan berjenjang pelayanan UKM.</p> <p>Pelayanan UKM dilaksanakan dengan metode pembinaan secara berjenjang agar efisien dan efektif dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.</p> <p>Pelayanan UKM dilaksanakan dengan metode pembinaan secara berjenjang untuk mengidentifikasi masalah dan hambatan, menganalisis masalah, merencanakan tindak lanjut sampai dengan evaluasi</p>						
<p>a. Kriteria 2.4.1</p> <p>Penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, pencapaian kinerja, pelaksanaan kegiatan UKM, dan penggunaan sumber daya</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Penanggung jawab UKM melakukan pembinaan kepada koordinator		1. Jadwal pembinaan 2. Bukti hasil pembinaan yang		Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana		0 5

<p>pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM secara periodik sesuai dengan jadwal yang disepakati (D, W).</p>		<p>dilaksanakan, minimal melampirkan notula atau catatan hasil pembinaan.</p>		<p>pelayanan UKM: Penggalian informasi terkait pelaksanaan pembinaan yang dilakukan</p>		<p>10</p>
<p>b) Penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas mengidentifikasi, menganalisis permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan UKM, dan menyusun rencana tindaklanjut (D, W).</p>		<p>1. Hasil identifikasi masalah dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan UKM 2. Hasil analisis terhadap identifikasi masalah dan hambatan pelaksanaan kegiatan UKM yang telah dilaksanakan. 3. Rencana</p>		<p>Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalian informasi terkait identifikasi dan analisa terhadap masalah dan hambatan pelaksanaan kegiatan UKM</p>	<p>0 5 10</p>	

		<p>tindaklanjut dari hasil analisis</p> <p>Catatan: Pemenuhan poin 1, 2 dan 3 dapat dituliskan di dalam 1 form yang sama (tidak harus dibuatkan terpisah)</p>				
<p>c) Penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM melaksanakan tindak lanjut untuk mengatasi masalah dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan UKM (D, W).</p>		<p>Bukti pelaksanaan tindaklanjut berdasarkan rencana tindak lanjut yang telah dituliskan pada angka 3 EP "b"</p>		<p>Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalian informasi terkait tindaklanjut yang dilakukan berdasarkan</p>	<p>0 5 10</p>	

				rencana tindaklanjut dari masalah dan hambatan yang ditemukan.		
d) Penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM melakukan evaluasi berdasarkan hasil pelaksanaan pada elemen penilaian huruf c dan melakukan tindaklanjut atas hasil evaluasi (D,W)		<p>1. Bukti hasil pelaksanaan evaluasi terhadap pelaksanaan di EP c</p> <p>2. Bukti tindaklanjut atas hasil evaluasi yang telah dilakukan.</p>		<p>Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM:</p> <p>Penggalian informasi terkait dengan pelaksanaan evaluasi atas EP "c" dan tindaklanjut terhadap hasil evaluasi</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
Standar 2.5 Penguatan pelayanan UKM dengan PIS PK.						

Pelaksanaan pelayanan UKM diperkuat dengan PIS PK dalam upaya mewujudkan keluarga sehat dan masyarakat sehat melalui pengorganisasian masyarakat dengan terbentuknya upaya-upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) dan tatanan-tatanan sehat yang merupakan bentuk implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)

a. Kriteria 2.5.1

Penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan, dan pelaksana kegiatan UKM bersama dengan tim pembina keluarga melaksanakan pemetaan dan intervensi kesehatan berdasarkan permasalahan keluarga sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dibentuk Tim Pembina Keluarga, dan tim pengelola data PIS-PK dengan uraian tugas yang jelas (R).	SK tim pembina keluarga dan tim pengelola data PIS-PK yang dilengkapi dengan uraian tugas yang jelas					0
						5
						10
b) Tim pembina keluarga melakukan kunjungan keluarga dan intervensi awal yang telah		1. Jadwal kegiatan 2. Surat Tugas 3. Laporan hasil kegiatan disertai dengan foto			Kepala Puskesmas, Pj UKM, Tim Pembina Keluarga:	0
						5
						10

<p>direncanakan melalui proses persiapan dan mendokumentasikan kegiatan tersebut (D, W).</p>		<p>pelaksanaan kegiatan</p>		<p>Penggalian informasi terkait pelaksanaan kunjungan awal dan intervensi awal</p>	
<p>c) Tim pembina keluarga melakukan penghitungan indeks keluarga sehat (IKS) pada tingkat keluarga, RT, RW, desa/kelurahan, dan Puskesmas secara manual atau secara elektronik (dengan Aplikasi Keluarga Sehat) (D).</p>		<p>1. Hasil IKS</p>			<p>0 5 10</p>
<p>d) Tim pembina keluarga</p>		<p>1. Jadwal kegiatan 2. Daftar Hadir</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj</p>	<p>0</p>

<p>menyampaikan informasi masalah kesehatan kepada kepala Puskesmas, penanggung jawab UKM, koordinator pelayanan, dan pelaksana kegiatan UKM untuk bersama-sama melakukan analisis hasil kunjungan keluarga dan mengomunikasikan dengan penanggung jawab mutu (D, W)</p>		<p>3. Laporan hasil analisis kunjungan keluarga 4. Materi yang disampaikan</p>		<p>UKM, Tim Pembina Keluarga, Koordinator pelayanan, pelaksana dan PJ Mutu: Penggalian informasi terkait pelaksanaan kegiatan pertemuan sampai dengan analisa yang dihasilkan.</p>		<p>5 10</p>
<p>e) Tim pembina keluarga bersama penanggung jawab UKM, koordinator</p>		<p>1. Rencana intervensi lanjut sesuai dengan permasalahan</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Tim Pembina</p>		<p>0 5</p>

<p>pelayanan, dan pelaksana kegiatan UKM menyusun intervensi lanjut kepada keluarga sesuai permasalahan kesehatan pada tingkat keluarga (D, W).</p>		<p>kesehatan pada tingkat keluarga 2. Bukti pelaksanaan proses penyusunan intervensi lanjut minimal melampirkan: daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan.</p>		<p>Keluarga, Koordinator pelayanan, pelaksana: Penggalian informasi terkait dengan penyusunan intervensi lanjut</p>		<p>10</p>
<p>f) Penanggung jawab UKM mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi lanjut bersama dengan pihak terkait (D, W)</p>		<p>Bukti dilakukan koordinasi pelaksanaan intervensi lanjut dengan pihak terkait sesuai dengan media koordinasi yang ditetapkan oleh Puskesmas.</p>		<p>Pj UKM: Penggalian informasi terkait dengan koordinasi pelaksanaan intervensi lanjut yang dilakukan</p>		<p>0 5 10</p>
<p>b. Kriteria 2.5.2</p>						

Intervensi lanjut ditujukan pada wilayah kerja Puskesmas berdasarkan permasalahan yang sudah dipetakan dan dilaksanakan terintegrasi dengan pelayanan UKM Puskesmas						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Tim pembina keluarga bersama dengan penanggung jawab UKM melakukan analisis IKS awal dan pemetaan masalah di tiap tingkatan wilayah, sebagai dasar dalam menyusun rencana intervensi lanjut secara terintegrasi lintas program dan dapat melibatkan lintas sektor terkait (D, W)		Bukti analisis IKS awal dan pemetaan masalah di tiap tingkatan wilayah		Tim pembina keluarga		0
				Penggalian informasi terkait analisis IKS awal dan pemetaan masalah di tingkatan wilayah		5
						10
b) Rencana intervensi		1. Rencana		Tim pembina		0

<p>lanjut dikomunikasikan dan dikoordinasikan dalam lokakarya mini bulanan dan lokakarya triwulanan Puskesmas.(D, W).</p>		<p>intervensi lanjut. 2. Bukti komunikasi dan koordinasi rencana intervensi lanjut yang dituangkan dalam notula pertemuan lokakarya mini bulanan dan lokakarya triwulanan</p>		<p>keluarga Penggalian informasi terkait komunikasi dan koordinasi rencana intervensi lanjut</p>		<p>5 10</p>
<p>c) Dilaksanakan intervensi lanjutan sesuai dengan rencana yang disusun (D, W).</p>		<p>Bukti pelaksanaan rencana intervensi lanjut</p>		<p>Tim pembina keluarga Penggalian informasi terkait pelaksanaan rencana intervensi lanjut</p>		<p>0 5 10</p>

<p>d) Penanggung jawab UKM Puskesmas berkoordinasi dengan penanggung jawab UKP, laboratorium, dan kefarmasian, penanggung jawab jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas dalam melakukan perbaikan pelaksanaan intervensi lanjutan yang dilakukan (D, W).</p>		<p>Bukti koordinasi perbaikan dari intervensi lanjut yang dilakukan</p>		<p>Pj UKM, penanggung jawab UKP, kefarmasian dan laboratorium, penanggung jawab jaringan pelayanan dan jejaring Puskesmas</p> <p>Penggalian informasi terkait pelaksanaan koordinasi perbaikan dari rencana intervensi</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>e) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut perbaikan pada setiap tahapan PIS PK antara lain</p>		<p>1. Bukti hasil evaluasi perbaikan pada setiap tahapan PIS PK yang dapat</p>		<p>Tim Pembina keluarga, Pj UKM</p> <p>Penggalian informasi tentang</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>melalui supervisi, laporan, lokakarya mini dan pertemuan-pertemuan penilaian kinerja (D, W).</p>		<p>dituangkan dalam laporan seperti laporan supervisi, notula lokmin dan pertemuan lainnya yang dilaksanakan oleh Puskesmas. 2. Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan evaluasi</p>		<p>pelaksanaan evaluasi dan tindaklanjut pada setiap tahapan PIS PK</p>		
<p>f) Koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM melaksanakan intervensi lanjut dan melaporkan hasil yang telah dilaksanakan kepada tim pembina keluarga dan selanjutnya</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan intervensi lanjut 2. Bukti pemuktahiran / <i>update</i></p>		<p>Koordinator & pelaksana kegiatan UKM Penggalian informasi tentang pelaksanaan intervensi lanjut dan pemuktahiran data yang</p>		<p>0 5 10</p>

<p>dilakukan pemuktahiran/<i>update</i> dokumentasi (D, W).</p>				<p>dilakukan</p>		
<p>c. Kriteria 2.5.3 Pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) sebagai bagian dari intervensi lanjut dalam bentuk peran serta masyarakat terhadap masalah-masalah kesehatan</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Ditetapkan sasaran Germas dalam pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas oleh kepala Puskesmas (R).</p>	<p>1. Sasaran Germas yang dapat diuraikan dalam dokumen RUK/RPK 2. KAK kegiatan Germas.</p>					<p>0 5 10</p>

<p>b) Dilaksanakan penyusunan perencanaan pembinaan Germas secara terintegrasi dalam kegiatan UKM Puskesmas (D, W).</p>		<p>1. Jadwal kegiatan germas</p> <p>2. Bukti pelaksanaan penyusunan perencanaan pembinaan, minimal melampirkan daftar hadir notula yang disertai dengan foto kegiatan</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator pelayanan UKM, dan pelaksana pelayanan UKM.</p> <p>Penggalian informasi terkait perencanaan pembinaan Germas.</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>c) Dilakukan upaya pelaksanaan pembinaan Germas yang melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait untuk mewujudkan perubahan perilaku</p>		<p>Bukti pelaksanaan pembinaan minimal melampirkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Undangan - Daftar Hadir - Laporan hasil pembinaan (disertai foto bukti 		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM serta lintas sektor.</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>sasaran Germas (D, W).</p>		<p>pelaksanaan kegiatan)</p>		<p>Penggalian informasi terkait dengan pelaksanaan pembinaan Germas</p>		
<p>d) Dilakukan pemberdayaan masyarakat, keluarga dan individu dalam mewujudkan gerakan masyarakat hidup sehat (D, W).</p>		<p>1. Jadwal kegiatan pemberdayaan masyarakat 2. Laporan hasil kegiatan pemberdayaan masyarakat, keluarga dan individu dalam mewujudkan gerakan masyarakat hidup sehat (disertai dengan foto bukti</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalian informasi terkait kegiatan pemberdayaan masyarakat yang diupayakan berpengaruh pada</p>		<p>0 5 10</p>

		pelaksanaan kegiatan).		peningkatan IKS		
e) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan pembinaan gerakan masyarakat hidup sehat (D,W)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti hasil evaluasi pelaksanaan pembinaan germas 2. Bukti hasil tindak lanjut terhadap hasil evaluasi 		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Pelayanan UKM dan pelaksana pelayanan UKM: Penggalan informasi terkait pelaksanaan evaluasi pembinaan Germas		0 5 10
Standar 2.6 Penyelenggaraan UKM esensial. Upaya Kesehatan Masyarakat esensial dilaksanakan dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerja Puskesmas.						

a. Kriteria 2.6.1						
Cakupan dan Pelaksanaan UKM Esensial Promosi Kesehatan						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Tercapainya indikator kinerja pelayanan UKM Esensial Promosi Kesehatan sesuai dengan yang diminta dalam pokok pikiran disertai dengan analisisnya (R, D).	SK Kepala Puskesmas tentang Indikator dan target Kinerja Pelayanan UKM Promosi Kesehatan sebagai bagian dari indikator kinerja Puskesmas	1. Bukti pencapaian target indikator kinerja promosi kesehatan 2. Analisis pencapaian target indikator kinerja promosi kesehatan				0
						5
						10
b) Dilaksanakan upaya-upaya promotif dan preventif untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial Promosi Kesehatan sebagaimana pokok	1. RPK tahunan dan RPK Bulanan. 2. KAK pelayanan UKM esensial promosi kesehatan. 3. SK tentang pelayanan UKM di Puskesmas	Bukti pelaksanaan pelayanan UKM esensial promosi kesehatan sesuai dengan pokok pikiran minimal. Bukti pelaksanaan disesuaikan dengan jenis kegiatan.		PJ UKM, Koordinator Promosi Kesehatan dan pelaksana promkes :	Penggalian informasi pelayanan promosi kesehatan	0
						5
						10

<p>pikiran, dan tertuang di dalam RPK, sesuai dengan kebijakan, prosedur dan kerangka acuan kegiatan yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>	<p>4. SOP sesuai dengan pelayanan UKM kesehatan promosi kesehatan</p>	<p>Misal, apabila kegiatan dalam bentuk pertemuan, minimal melampirkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Undangan 2. Notula dan/ atau laporan yang disertai dengan foto kegiatan 3. Daftar hadir 			
<p>c) Dilakukan pemantauan secara periodik dan berkesinambungan terhadap capaian indikator dan upaya yang telah dilakukan (D, W)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal pemantauan 2. Hasil pemantauan capaian indikator promosi kesehatan yang disertai dengan analisis 		<p>PJ UKM, Koordinator Promosi Kesehatan dan pelaksana promkes :</p> <p>Penggalian informasi upaya pemantauan dan penilaian pelayanan -promosi kesehatan</p>	<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>d) Disusun rencana tindak lanjut dan dilakukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemantauan yang terintegrasi ke dalam dokumen perencanaan (D, W)</p>		<p>1. Rencana tindak lanjut pelayanan promosi kesehatan sesuai hasil pemantauan dapat berupa RUK atau RPK perubahan atau RPK bulanan</p> <p>2. Bukti hasil tindak lanjut yang disusun di nomer 1</p>		<p>PJ UKM, Koordinator Promosi Kesehatan dan pelaksana promosi kesehatan :</p> <p>Penggalan informasi upaya menyusun rencana tindak lanjut promosi kesehatan yang dilakukan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>e) Dilaksanakan pencatatan dan dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan</p>	<p>SOP Pencatatan dan Pelaporan (lihat bab I)</p>	<p>1. Bukti pencatatan indikator kinerja pelayanan UKM promosi kesehatan.</p> <p>2. Bukti pelaporan capaian indikator pelayanan UKM promosi kesehatan</p>		<p>Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator promosi kesehatan dan pelaksana :</p> <p>Penggalan informasi terkait pencatatan dan pelaporan –promosi kesehatan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>		<p>kepada Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan indikator kinerja promosi kesehatan yang terintegrasi dengan pelaporan kinerja Puskesmas kepada Dinas Kesehatan.</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p>				
---	--	---	--	--	--	--

		Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei.				
b. Kriteria 2.6.2 Cakupan dan pelaksanaan UKM Esensial Penyehatan Lingkungan						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Tercapainya indikator kinerja pelayanan UKM Esensial Penyehatan Lingkungan sesuai dengan pokok pikiran disertai dengan analisisnya (R, D, W).	SK Kepala Puskesmas tentang Indikator dan target Kinerja Pelayanan UKM Penyehatan lingkungan sebagai bagian dari indikator kinerja Puskesmas	1. Bukti pencapaian target indikator kinerja penyehatian lingkungan 2. Analisis pencapaian target indikator kinerja penyehatian lingkungan		PJ UKM, Koordinator–dan pelaksana penyehatian lingkungan Penggalian informasi terkait pencapaian indikator pelayanan penyehatian		0 5 10

				lingkungan dan analisisnya.		
b) Dilaksanakan upaya-upaya promotif dan preventif untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial Penyehatan Lingkungan sebagaimana pokok pikiran, dan tertuang di dalam RPK, sesuai dengan kebijakan, prosedur dan kerangka acuan kegiatan yang telah ditetapkan (R, D, W)	1. RPK tahunan dan RPK Bulanan	Bukti pelaksanaan pelayanan UKM esensial penyehatan lingkungan sesuai dengan pokok pikiran minimal. Bukti pelaksanaan disesuaikan dengan jenis kegiatan.		PJ UKM, Koordinator -dan pelaksana penyehatan lingkungan		0
	2. KAK pelayanan UKM penyehatan lingkungan	Minimal. Bukti pelaksanaan disesuaikan dengan jenis kegiatan. Misal, apabila kegiatan dalam bentuk pertemuan, minimal melampirkan:		Penggalian informasi terkait upaya promotif dan preventif UKM pelayanan penyehatan lingkungan		5
	3. SK tentang pelayanan UKM di Puskesmas	1. Undangan				
	4. SOP sesuai dengan pelayanan UKM penyehatan lingkungan	2. Notula dan/ atau laporan yang disertai dengan foto kegiatan 3. Daftar hadir				10

<p>c) Dilakukan pemantauan secara periodik dan berkesinambungan terhadap capaian indikator dan upaya yang telah dilakukan (D, W).</p>		<p>1. Jadwal pemantauan</p> <p>2. Hasil pemantauan capaian indikator penyehatan lingkungan yang disertai dengan analisis</p>		<p>PJ UKM, Koordinator penyehatan lingkungan dan pelaksana penyehatan lingkungan</p> <p>Penggalian informasi upaya pemantauan dan penilaian pelayanan penyehatan lingkungan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>d) Disusun rencana tindak lanjut dan dilakukan tindak lanjut berdasarkan hasil</p>		<p>1. Rencana tindak lanjut pelayanan penyehatan lingkungan sesuai hasil pemantauan</p>		<p>PJ UKM, Koordinator Promosi Kesehatan dan pelaksana</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>pemantauan yang terintegrasi ke dalam dokumen perencanaan (D, W).</p>		<p>dapat berupa RUK atau RPK perubahan atau RPK bulanan</p> <p>2. Bukti hasil tindaklanjut</p>		<p>promkes : Penggalian informasi upaya menyusun rencana tindak lanjut penyehatan lingkungan yang dilakukan</p>		
<p>e) Dilaksanakan pencatatan, dan dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>	<p>SOP Pencatatan dan Pelaporan (lihat bab I)</p>	<p>1. Bukti pencatatan indikator kinerja pelayanan UKM penyehatan lingkungan</p> <p>2. Bukti pelaporan capaian indikator pelayanan UKM penyehatan lingkungan kepada</p>		<p>Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator dan pelaksana penyehatan lingkungan : Penggalian informasi terkait pencatatan dan pelaporan</p>		<p>0 5 10</p>

		<p>Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan indikator kinerja penyehatan lingkungan yang terintegrasi dengan pelaporan kinerja Puskesmas kepada Dinas Kesehatan.</p> <p>Catatan:</p> <p>Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas</p>		penyehatan lingkungan		
--	--	---	--	-----------------------	--	--

		<p>sudah melaksanakan.</p> <p>Pencatatan pelaporan terkait penyehatan lingkungan secara elektronik misalnya.</p> <ul style="list-style-type: none">• e-monev HSP (Hygiene Sanitasi Pangan)• e-monev E1 (Hygiene Tempat Fasilitas Umum)• Sikelim(Laporan Limbah)• e-STBM <p>Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei</p>				
--	--	--	--	--	--	--

c. Kriteria 2.6.3						
Cakupan dan pelaksanaan UKM Esensial Kesehatan Keluarga						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Tercapainya indikator kinerja pelayanan UKM Esensial Kesehatan Keluarga sesuai dengan pokok pikiran disertai dengan analisisnya (R, D)	SK Kepala Puskesmas tentang Indikator dan target Kinerja Pelayanan UKM kesehatan keluarga sebagai bagian dari indikator kinerja Puskesmas	1. Bukti pencapaian target indikator kinerja kesehatan keluarga 2. Analisis pencapaian target indikator kinerja kesehatan keluarga				0
						5
						10
b) Dilaksanakan upaya-upaya promotif dan preventif untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial Kesehatan Keluarga sebagaimana pokok	1. RPK tahunan dan RPK Bulanan	Bukti pelaksanaan pelayanan UKM esensial kesehatan keluarga sesuai dengan pokok pikiran minimal.		PJ UKM, Koordinator dan pelaksana kesehatan keluarga		0
	2. KAK pelayanan UKM kesehatan keluarga	Bukti pelaksanaan disesuaikan dengan jenis kegiatan.		Penggalian informasi pelayanan		5
	3. SK tentang pelayanan UKM di					10

<p>pikiran, dan tertuang di dalam RPK, sesuai dengan kebijakan, prosedur dan kerangka acuan kegiatan yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>	<p>Puskesmas</p> <p>4. SOP sesuai dengan pelayanan UKM kesehatan keluarga</p>	<p>Misal, apabila kegiatan dalam bentuk pertemuan, minimal melampirkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Undangan 2. Notula dan/ atau laporan yang disertai dengan foto kegiatan 3. Daftar hadir 		<p>kesehatan keluarga</p>		
<p>c) Dilakukan pemantauan secara periodik dan berkesinambungan terhadap capaian indikator dan upaya yang telah dilakukan (D, W).</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal pemantauan 2. Hasil pemantauan capaian indikator kesehatan keluarga yang disertai dengan analisis 		<p>PJ UKM, Koordinator -dan pelaksana kesehatan keluarga :</p> <p>Penggalian informasi upaya pemantauan dan penilaian pelayanan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

				kesehatan keluarga		
d) Disusun rencana tindak lanjut dan dilakukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemantauan yang terintegrasi ke dalam dokumen perencanaan (D, W).		<p>1. Rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan keluarga sesuai hasil pemantauan dapat berupa RUK atau RPK perubahan atau RPK bulanan</p> <p>2. Bukti hasil tindak lanjut</p>		<p>PJ UKM, Koordinator –dan pelaksana kesehatan keluarga:</p> <p>Penggalian informasi upaya menyusun rencana tindak lanjut kesehatan keluarga yang dilakukan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
e) Dilaksanakan pencatatan, dan dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah	SOP Pencatatan dan Pelaporan (lihat bab I)	<p>1. Bukti pencatatan indikator kinerja pelayanan UKM kesehatan keluarga</p> <p>2. Bukti pelaporan capaian indikator</p>		<p>Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator dan pelaksana kesehatan keluarga:</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>		<p>pelayanan UKM kesehatan keluarga kepada Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan indikator kinerja kesehatan keluarga yang terintegrasi dengan pelaporan kinerja Puskesmas kepada Dinas Kesehatan.</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi saat ini, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh</p>		<p>Penggalian informasi terkait pencatatan dan pelaporan kesehatan keluarga</p>		
--	--	---	--	---	--	--

		<p>Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p> <p>Pencatatan pelaporan kinerja kesga secara elektronik misalnya e-kohort, SIGA.</p> <p>Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei</p>				
<p>d. Kriteria 2.6.4 Cakupan dan pelaksanaan UKM Esensial Gizi</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Tercapainya indikator kinerja pelayanan UKM esensial Gizi sebagaimana yang</p>	<p>SK Kepala Puskesmas tentang Indikator dan target Kinerja Pelayanan UKM gizi sebagai bagian dari</p>	<p>1. Bukti pencapaian target indikator kinerja gizi</p>				0
						5
		<p>2. Analisis</p>				

diminta dalam pokok pikiran disertai dengan analisisnya (R, D).	indikator kinerja Puskesmas	pencapaian target indikator kinerja gizi				
b) Dilaksanakan upaya-upaya promotif dan preventif untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial Gizi sebagaimana pokok pikiran dan tertuang di dalam RPK, sesuai dengan kebijakan, prosedur dan kerangka acuan kegiatan yang telah ditetapkan (R, D, W).	<ol style="list-style-type: none"> 1. RPK tahunan dan RPK Bulanan 2. KAK pelayanan UKM gizi 3. SK tentang pelayanan UKM di Puskesmas 4. SOP sesuai dengan pelayanan UKM gizi 	<p>Bukti pelaksanaan pelayanan UKM esensial sesuai dengan pokok pikiran minimal. Bukti pelaksanaan disesuaikan dengan jenis kegiatan. Misal, apabila kegiatan dalam bentuk pertemuan, minimal melampirkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Undangan 2. Notula dan/ atau laporan yang disertai dengan 		PJ UKM, Koordinator dan pelaksana gizi : penggalian informasi pelayanan gizi		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

		foto kegiatan				
		3. Daftar hadir				
c)	Dilakukan pemantauan secara periodik dan berkesinambungan terhadap capaian indikator dan upaya yang telah dilakukan (D, W).	1. Jadwal pemantauan 2. Hasil pemantauan capaian indikator gizi yang disertai dengan analisis		PJ UKM, Koordinator dan pelaksana gizi : penggalan informasi upaya pemantauan dan penilaian pelayanan gizi		0 5 10
d)	Disusun rencana tindak lanjut dan dilakukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemantauan yang terintegrasi ke dalam dokumen perencanaan (D,	1. Rencana tindak lanjut pelayanan gizi sesuai hasil pemantauan dapat berupa RUK atau RPK perubahan atau RPK bulanan 2. Bukti hasil		PJ UKM, Koordinator dan pelaksana gizi : penggalan informasi upaya menyusun rencana tindak lanjut yang		0 5 10

W).		tindaklanjut		dilakukan		
e)	Dilaksanakan pencatatan dan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)	SOP Pencatatan dan Pelaporan (lihat bab I)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pencatatan indikator kinerja pelayanan UKM Gizi 2. Bukti pelaporan capaian indikator pelayanan UKM Gizi kepada Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan. 3. Bukti pelaporan indikator kinerja Gizi yang terintegrasi dengan pelaporan kinerja Puskesmas 	Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator gizi dan pelaksana : Penggalian informasi terkait pencatatan dan pelaporan gizi		0 5 10

		<p>kepada Dinas Kesehatan.</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p> <p>Pencatatan pelaporan program gizi misal aplikasi sigizi terpadu</p> <p>Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei</p>				
e. Kriteria 2.6.5						

Cakupan dan Pelaksanaan UKM Esensial Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Tercapainya indikator kinerja pelayanan UKM esensial Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sesuai dengan pokok pikiran disertai dengan analisisnya (R, D).	SK Kepala Puskesmas tentang Indikator dan target Kinerja Pelayanan UKM Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebagai bagian dari indikator kinerja Puskesmas	1. Bukti pencapaian target indikator kinerja Pencegahan dan Pengendalian Penyakit 2. Analisis pencapaian target indikator kinerja Pencegahan dan Pengendalian Penyakit				0
						5
						10
b) Dilaksanakan upaya-upaya promotif dan preventif untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial Pencegahan dan	1. RPK tahunan dan RPK Bulanan	Bukti pelaksanaan pelayanan UKM esensial pencegahan dan pengendalian penyakit sesuai dengan pokok pikiran minimal. Bukti pelaksanaan		PJ UKM,		0
	2. KAK pelayanan UKM Pencegahan dan Pengendalian Penyakit			Koordinator dan pelaksana Pencegahan dan		5
				Pengendalian Penyakit : penggalan		10

<p>Pengendalian Penyakit sebagaimana pokok pikiran, dan tertuang di dalam RPK, sesuai dengan kebijakan, prosedur dan kerangka acuan kegiatan yang telah ditetapkan (R, D, W).</p>	<p>3. SK tentang pelayanan UKM di Puskesmas 4. SOP sesuai dengan pelayanan UKM Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</p>	<p>disesuaikan dengan jenis kegiatan. Misal, apabila kegiatan dalam bentuk pertemuan, minimal melampirkan 1. Undangan 2. Notula dan/ atau laporan yang disertai dengan foto kegiatan 3. Daftar hadir</p>		<p>informasi pelayanan kesehatan lingkungan</p>		
<p>c) Dilakukan pemantauan secara periodik dan berkesinambungan terhadap capaian indikator dan upaya yang telah dilakukan (D, W).</p>		<p>1. Jadwal pemantauan 2. Hasil pemantauan capaian indikator Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yang disertai dengan analisis</p>		<p>PJ UKM, Koordinator dan pelaksana Pencegahan dan Pengendalian Penyakit : Penggalian informasi upaya pemantauan dan</p>		<p>0 5 10</p>

				penilaian pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit		
d) Disusun rencana tindak lanjut dan dilakukan tindak lanjut berdasarkan hasil pemantauan yang terintegrasi ke dalam dokumen perencanaan (D, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencana tindak lanjut pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sesuai hasil pemantauan dapat berupa RUK atau RPK perubahan atau RPK bulanan 2. Bukti hasil tindak lanjut 		PJ UKM, Koordinator -dan pelaksana Pencegahan dan Pengendalian Penyakit : Penggalan informasi upaya menyusun rencana tindak lanjut Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yang dilakukan		0 5 10
e) Dilaksanakan pencatatan, dan	SOP Pencatatan dan Pelaporan (lihat bab I)	1. Bukti pencatatan indikator kinerja	Pengamatan tentang	Kepala Puskesmas, PJ		0

<p>dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, O, W)</p>		<p>pelayanan UKM pencegahan dan pengendalian penyakit</p> <p>2. Bukti pelaporan capaian indikator pelayanan UKM pencegahan dan pengendalian penyakit kepada Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan indikator kinerja pencegahan dan pengendalian penyakit yang terintegrasi dengan pelaporan kinerja</p>	<p>pencatatan dan pelaporan</p>	<p>UKM, Koordinator dan pelaksana pencegahan dan pengendalian penyakit:</p> <p>Penggalian informasi terkait pencatatan dan pelaporan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</p>		<p>5</p> <p>10</p>
--	--	--	---------------------------------	---	--	--------------------

		<p>Puskesmas kepada Dinas Kesehatan.</p> <p>Catatan:</p> <p>Pencatatan pelaporan pada standar ini mengikuti target yang diprioritaskan oleh Puskesmas.</p> <p>Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p> <p>Beberapa pencatatan pelaporan elektronik pada program P2</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>Menular sbb:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sihepi (hepatitis,sipilis,HIV)• SIHA (HIV/IMS)• ARK (Register kohor PDP).• SITB (pemeriksaan TCM TB)• SMILE(Penginputan masuk keluarx vaksin rutin dan covid)• Silantor (pelaporan DBD , lepto dan malaria) <p>Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

<p>Standar 2.7 Penyelenggaraan UKM pengembangan.</p> <p>Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) pengembangan dilaksanakan dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerja Puskesmas.</p> <p>Puskesmas melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Pengembangan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya</p>						
<p>a. Kriteria 2.7.1</p> <p>Cakupan dan pelaksanaan UKM Pengembangan dilakukan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan jenis - jenis pelayanan UKM Pengembangan sesuai dengan hasil analisis permasalahan di wilayah kerja Puskesmas (R, D).	SK Jenis Pelayanan UKM pengembangan yang terintegrasi dengan SK Jenis pelayanan yang telah ditetapkan oleh Puskesmas	Hasil analisis penetapan UKM Pengembangan				0 5 10

<p>b) Tercapainya indikator kinerja pelayanan UKM Pengembangan disertai dengan analisisnya (R,D).</p>	<p>SK Kepala Puskesmas tentang Indikator dan target Kinerja UKM pengembangan yang terintegrasi dengan indikator kinerja Puskesmas</p>	<p>Bukti capaian kinerja UKM pengembangan</p>			<p>0 5 10</p>
<p>c) Dilaksanakan upaya-upaya promotif dan preventif untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Pengembangan yang telah ditetapkan dan tertuang di dalam RPK, sesuai dengan kebijakan, prosedur dan kerangka acuan</p>	<p>1. RPK tahunan dan RPK Bulanan 2. KAK pelayanan UKM pengembangan 3. SOP sesuai dengan pelayanan UKM pengembangan.</p>	<p>Bukti pelaksanaan pelayanan UKM pengembangan sesuai kebijakan Puskesmas minimal. Bukti pelaksanaan disesuaikan dengan jenis kegiatan. Misal, apabila kegiatan dalam bentuk pertemuan, minimal melampirkan.</p>		<p>PJ UKM, Koordinator dan pelaksana UKM Pengembangan : Penggalian informasi upaya promotif dan preventif UKM pengembangan</p>	<p>0 5 10</p>

kegiatan yang telah ditetapkan (R, D, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Undangan 2. Notula dan/ atau laporan yang disertai dengan foto kegiatan 3. Daftar hadir 				
4. Dilakukan pemantauan secara periodik dan berkesinambungan terhadap capaian indikator dan upaya yang telah dilakukan (D, O, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pemantauan UKM pengembangan 2. Bukti penilaian serta rencana tindak lanjut UKM pengembangan 	Pengamatan terhadap upaya pemantauan capaian indikator	PJ UKM, Koordinator -dan pelaksana UKM pengembangan: Penggalian informasi upaya pemantauan dan penilaian UKM pengembangan		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
3. Disusun rencana tindak lanjut berdasarkan hasil pemantauan yang terintegrasi ke		Rencana tindak lanjut UKM pengembangan berdasarkan hasil pemantauan		PJ UKM, Koordinator -dan pelaksana UKM pengembangan:		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

dalam dokumen perencanaan (D, W)				Penggalian informasi terhadap proses penyusunan rencana tindak lanjut	
4. Dilaksanakan pencatatan, dan dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)	SOP Pencatatan dan Pelaporan (lihat bab I)	<p>1. Bukti pencatatan indikator kinerja pelayanan UKM pengembangan.</p> <p>2. Bukti pelaporan capaian indikator pelayanan UKM pengembangan Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan indikator kinerja UKM pengembangan yang terintegrasi</p>		<p>Kepala Puskesmas, PJ UKM, Koordinator dan pelaksana UKM pengembangan:</p> <p>Penggalian informasi pencatatan dan pelaporan UKM Pengembangan</p>	<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

		<p>dengan pelaporan kinerja Puskesmas kepada Dinas Kesehatan.</p> <p>Catatan: Sistem pelaporan elektronik mengikuti dengan jenis pelayanan UKM pengembangan yang ditetapkan oleh Puskesmas, (ika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan)</p>				
Standar 2.8 Pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja pelayanan UKM.						

Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja pelayanan UKM Puskesmas dilakukan dengan menggunakan indikator kinerja pelayanan UKM.

Pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja dilakukan untuk menilai efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan pelayanan, kesesuaian dengan rencana, dan pemenuhan terhadap kebutuhan dan harapan masyarakat. Pengawasan, pengendalian, penilaian kinerja pelayanan UKM dilaksanakan dalam bentuk pemantauan dan supervisi pelaksanaan kegiatan pelayanan UKM dengan menggunakan indikator kinerja pelayanan UKM

a. Kriteria 2.8.1

Kepala Puskesmas dan penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan supervisi untuk pengawasan pelaksanaan pelayanan UKM Puskesmas yang dapat dilakukan secara terjadwal atau sewaktu-waktu.

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Penanggung jawab UKM menyusun kerangka acuan dan jadwal supervisi pelaksanaan pelayanan UKM Puskesmas (R,D).	Kerangka acuan kegiatan supervisi	Jadwal kegiatan supervisi				0
						5
						10
b) Kerangka acuan		Bukti penyampaian		Koordinator dan		0

<p>dan jadwal supervisi pelaksanaan pelayanan UKM Puskesmas diinformasikan kepada koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM (D, W).</p>		<p>informasi KAK dan jadwal supervisi kepada koordinator pelayanan dan pelaksana, sesuai dengan media informasi yang ditetapkan</p>		<p>pelaksana UKM Penggalian informasi mengenai pelaksanaan supervisi</p>	<p>5 10</p>
<p>c) Koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas melaksanakan analisis mandiri terhadap proses pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas sebelum supervisi dilakukan (D, W).</p>		<p>Hasil analisis mandiri dari koordinator dan pelaksana pelayanan UKM sebelum disupervisi</p>		<p>koordinator dan pelaksana UKM Penggalian informasi terkait pelaksanaan analisis mandiri kegiatan UKM</p>	<p>0 5 10</p>

d) Kepala Puskesmas dan penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan supervisi sesuai dengan kerangka acuan kegiatan supervisi dan jadwal yang disusun (D, W).		Bukti pelaksanaan supervisi minimal terdiri dari : 1. surat tugas 2. laporan supervisi beserta dokumentasi		Kepala Puskesmas dan PJ UKM Penggalian informasi terkait pelaksanaan supervisi		0 5 10
e) Kepala Puskesmas dan penanggung jawab UKM Puskesmas menyampaikan hasil supervisi kepada koordinator pelayanan dan pelaksanaan kegiatan		Bukti penyampaian hasil supervisi minimal berupa catatan atau rekomendasi hasil supervisi		Kapus, PJ UKM, Koordinator dan pelaksana Penggalian informasi terkait penyampaian hasil supervisi		0 5 10

(D, W).						
f) Koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM menindaklanjuti hasil supervisi dengan tindakan perbaikan sesuai dengan permasalahan yang ditemukan (D, W)		Bukti hasil tindak lanjut sesuai EP 'e'		Koordinator pelayanan dan pelaksana Penggalian informasi tentang tindak lanjut hasil supervisi berupa upaya perbaikan		0 5 10
<p>b. Kriteria 2.8.2</p> <p>Penanggung jawab UKM wajib melakukan pemantauan dalam upaya pelaksanaan kegiatan UKM sesuai dengan jadwal yang sudah disusun agar dapat mengambil langkah tindak lanjut untuk perbaikan.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan pemantauan kesesuaian pelaksanaan		1. Jadwal pemantauan 2. Bukti pemantauan		PJ UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana :		0 5

kegiatan terhadap kerangka acuan dan jadwal kegiatan pelayanan UKM (D, W).		<p>pelaksanaan kegiatan sesuai kerangka acuan</p> <p>3. Bukti pemantauan pelaksanaan kegiatan sesuai jadwal</p>		<p>Penggalian informasi terkait pemantauan pelaksanaan kegiatan sesuai kerangka acuan dan jadwal</p>		10
b) Dilakukan pembahasan terhadap hasil pemantauan dan hasil capaian kegiatan pelayanan UKM oleh kepala Puskesmas, penanggung jawab UKM Puskesmas, koordinator pelayanan, dan pelaksana kegiatan		<p>1. Jadwal lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini triwulanan.</p> <p>2. Bukti pembahasan terhadap hasil pemantauan dan hasil capaian (lihat bab 1): Lokakarya mini bulanan minimal terdiri dari :</p>		<p>Kepala Puskesmas, PJ UKM, koordinator pelayanan dan pelaksana</p> <p>Penggalian informasi terkait pembahasan hasil pemantauan hasil capaian kegiatan UKM</p>	<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>	

<p>UKM dalam lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini triwulanan (D, W).</p>		<p>a. Daftar Hadir b. Notula yang disertai dengan foto kegiatan</p> <p>Lokakarya mini triwulanan minimal terdiri dari: a. Surat undangan b. Daftar hadir c. Notula yang disertai dengan foto kegiatan</p>			
<p>c) Penanggung jawab UKM Puskesmas, koordinator pelayanan, dan pelaksana melakukan tindak</p>		<p>Bukti tindak lanjut perbaikan sesuai hasil pemantauan</p>		<p>PJ UKM, koordinator, pelaksana. Penggalian informasi terkait</p>	<p>0 5 10</p>

<p>lanjut perbaikan berdasarkan hasil pemantauan (D, W).</p>				<p>pelaksanaan tindak lanjut berdasarkan hasil pemantauan</p>		
<p>d) Kepala Puskesmas dan penanggung jawab UKM bersama lintas program dan lintas sektor terkait melakukan penyesuaian rencana kegiatan berdasarkan hasil perbaikan dan dengan tetap mempertimbangkan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran (D, W)</p>		<p>1. Bukti penyesuaian rencana kegiatan berdasarkan hasil pemantauan yang dituangkan ke dalam dokumen perencanaan seperti RUK atau RPK Perubahan atau RPKB. 2. Bukti pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jenis kegiatan yang dilakukan, misal jika dalam bentuk pertemuan, minimal</p>		<p>Kepala puskesmas dan PJ UKM, Lintas Program, Lintas Sektor Penggalian informasi terkait penyesuaian rencana</p>		<p>0 5 10</p>

		<p>menyertakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undangan • Notula dan/ atau laporan yang disertai dengan foto kegiatan • Daftar hadir 				
e) Penanggung jawab UKM Puskesmas menginformasikan penyesuaian rencana kegiatan kepada koordinator pelayanan, pelaksanaan kegiatan, sasaran kegiatan, lintas program dan lintas sektor terkait (D,W)		<p>Bukti penyampaian informasi penyesuaian rencana kegiatan sesuai mekanisme penyampaian informasi yang ditetapkan.</p>		<p>PJ UKM , koordinator pelayanan, pelaksana kegiatan, sasaran, LP dan LS</p> <p>Penggalian informasi terkait informasi penyesuaian rencana kegiatan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>c. Kriteria 2.8.3 Kepala Puskesmas dan penanggung jawab UKM melakukan upaya perbaikan terhadap hasil penilaian capaian kinerja pelayanan UKM.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan indikator kinerja pelayanan UKM (R).	SK Indikator kinerja pelayanan UKM yang terintegrasi dengan SK indikator kinerja Puskesmas (lihat di bab I)					0
						5
						10
b) Koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM melakukan pengumpulan data capaian indikator kinerja pelayanan UKM sesuai dengan periodisasi pengumpulan yang telah ditetapkan. (R, D,W)	1. SK pencatatan dan pelaporan 2. SOP Pencatatan dan pelaporan Lihat di bab I	Bukti pengumpulan data capaian indikator kinerja pelayanan UKM sesuai periode sesuai dengan regulasi yang ditetapkan di Puskesmas.			Koordinator pelayanan dan pelaksana Penggalian informasi kegiatan mengumpulkan data capaian indikator kinerja pelayanan UKM sesuai periode	0
						5
						10

<p>c) Penanggung jawab UKM dan Koordinator pelayanan serta pelaksana kegiatan melakukan pembahasan terhadap capaian kinerja bersama dengan lintas program. (D,W)</p>		<p>Bukti pembahasan capaian kinerja dengan lintas program minimal terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar hadir 2. Notula yang disertai dengan foto kegiatan 		<p>PJ UKM dan koordinator pelayanan</p> <p>Penggalian informasi terkait pembahasan capaian kinerja dengan lintas program</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>d) Disusun rencana tindak lanjut dan dilakukan tindak lanjut berdasarkan hasil pembahasan capaian kinerja pelayanan UKM. (D,W)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti rencana tindak lanjut sesuai hasil pembahasan capaian kinerja 2. Bukti hasil tindak lanjut 		<p>PJ UKM, koordinator, pelaksana</p> <p>Penggalian informasi terkait penyusunan rencana tindak lanjut sesuai hasil pembahasan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

				capaian kinerja		
e) Dilakukan pelaporan data capaian kinerja kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. (D)		Bukti pelaporan data capaian kinerja UKM kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan di Puskesmas.				0 5 10
f) Ada bukti umpan balik (<i>feedback</i>) dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota terhadap laporan upaya perbaikan capaian kinerja pelayanan UKM Puskesmas secara		Bukti umpan balik dari Dinas Kesehatan terhadap laporan kinerja Puskesmas				0 5 10

periodik. (D)						
g) Dilakukan tindak lanjut terhadap umpan balik dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. (D)		Bukti hasil tindak lanjut terhadap umpan balik hasil kinerja dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.				0 5 10
<p>d. Kriteria 2.8.4</p> <p>Penilaian kinerja terhadap penyelenggaraan pelayanan UKM dilaksanakan secara periodik untuk menunjukkan akuntabilitas dalam pengelolaan pelayanan UKM.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Kepala Puskesmas, penanggung Jawab UKM , koordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM melakukan pembahasan penilaian kinerja paling sedikit dua	<ol style="list-style-type: none"> SK tentang penilaian kinerja SOP pelaksanaan penilaian kinerja 	<p>Bukti pembahasan penilaian kinerja minimal terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> Daftar hadir Notula yang disertai dengan foto kegiatan 		<p>Kapus, PJ UKM, koordinator dan pelaksana</p> <p>Penggalian informasi terkait pembahasan kinerja</p>		0 5 10

kali dalam setahun (R, D, W).						
b) Disusun rencana tindak lanjut terhadap hasil pembahasan penilaian kinerja pelayanan UKM (D, W).		Bukti rencana tindak lanjut berdasarkan hasil pembahasan capaian kinerja pelayanan UKM		Kapus, PJ UKM, koordinator dan pelaksana		0 5 10
c) Hasil penilaian kinerja dilaporkan kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota (D).		Bukti pelaporan kinerja ke Dinas Kesehatan Kab/ Kota		Penggalian informasi terkait penyusunan rencana tindak lanjut untuk indikator yang tidak tercapai		0 5 10
d) Ada bukti umpan balik (<i>feedback</i>) dari dinas kesehatan		Bukti umpan balik dari Dinkes Kab/ Kota atas laporan				0 5

daerah kabupaten/kota terhadap laporan hasil penilaian kinerja pelayanan UKM (D).		kinerja Puskesmas				10
e) Hasil umpan balik (<i>feedback</i>) dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota ditindaklanjuti. (D)		Bukti hasil tindak lanjut umpan balik dari Dinas Kesehatan Daerah Kab/Kota				0 5 10
BAB III PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN PERSEORANGAN (UKP), LABORATORIUM DAN KEFARMASIAN						

<p>Standar 3.1 Penyelenggaraan pelayanan klinis</p> <p>Penyelenggaraan pelayanan klinis mulai dari proses penerimaan pasien sampai dengan pemulangan dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan mutu pelayanan.</p> <p>Proses penerimaan sampai dengan pemulangan pasien, dilaksanakan dengan memenuhi kebutuhan pasien dan mutu pelayanan yang didukung oleh sarana, prasarana dan lingkungan.</p>						
<p>a. Kriteria 3.1.1</p> <p>Penyelenggaraan pelayanan klinis mulai dari penerimaan pasien dilaksanakan dengan efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan pasien, serta mempertimbangkan hak dan kewajiban pasien.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Tersedia kebijakan dan prosedur yang mengatur identifikasi dan pemenuhan kebutuhan pasien dengan risiko, kendala, dan kebutuhan khusus (R)</p>	1. SK Kepala					0
	Puskesmas tentang Kebijakan identifikasi dan pemenuhan kebutuhan pasien dengan risiko, kendala, dan kebutuhan khusus.					5
	2. SOP Identifikasi dan					10

	pemenuhan Kebutuhan Pasien dengan resiko, kendala, dan kebutuhan Khusus.					
b) Pendaftaran dilakukan sesuai dengan kebijakan, pedoman, protokol kesehatan, dan prosedur yang ditetapkan dengan menginformasikan hak dan kewajiban serta memperhatikan keselamatan pasien (R, O, W, S).	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK tentang Pelayanan Klinis (mulai dari pendaftaran sampai dengan pemulangan dan rujukan) 2. SK tentang kewajiban menginformasikan hak dan kewajiban serta memperhatikan keselamatan pasien 3. SOP pendaftaran 4. SOP informed consent 		Pengamatan surveior terhadap: <ul style="list-style-type: none"> • Alur pelayanan • Alur pendaftaran • Penyampaian informasi tentang hak dan kewajiban kepada pasien 	Pj UKP, Petugas pendaftaran dan pasien Penggalian informasi tentang <ul style="list-style-type: none"> • Pemahaman petugas dalam menyampaikan informasi tentang hak dan kewajiban pasien, • proses identifikasi pasien di 	Simulasi terhadap petugas tentang <ol style="list-style-type: none"> 1. pelayanan yang memperhatikan hak dan kewajiban pasien, 2. proses identifikasi pasien termasuk penanganan 	0 5 10

				<p>pendaftaran, dan</p> <ul style="list-style-type: none"> • pemahaman pasien tentang hak dan kewajiban pasien, jenis dan jadwal pelayanan pasien 	<p>jika ditemukan kendala dalam pelayanan (misal kendala bahasa)</p>	
<p>c) Puskesmas menyediakan informasi yang jelas, mudah dipahami, dan mudah diakses tentang tarif, jenis pelayanan, proses dan alur pendaftaran, proses dan alur pelayanan, rujukan, dan ketersediaan tempat</p>		-	<p>Pengamatan surveior terhadap:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasi tentang jenis pelayanan dan tarif, jadwal pelayanan, • Informasi kerjasama rujukan, informasi 	<p>Pasien Penggalan informasi terkait kemudahan informasi pelayanan di Puskesmas wawancara</p>		<p>0 5 10</p>

<p>tidur untuk Puskesmas rawat inap (O, W).</p>			<p>ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas rawat inap.</p>		
<p>d) Persetujuan umum diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan dan setiap kali masuk rawat inap (D, W)</p>		<p>Dokumen <i>General Concent</i></p>		<p>Pasien Penggalian informasi tentang pemberian informasi persetujuan pasien sebelum dilakukan pelayanan</p>	<p>0 5 10</p>

<p>Standar 3.2 Pengkajian, rencana asuhan, dan pemberian asuhan.</p> <p>Pengkajian, rencana asuhan, dan pemberian asuhan dilaksanakan secara paripurna.</p> <p>Kajian pasien dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan oleh petugas kesehatan profesional dan/atau tim kesehatan antarprofesi yang digunakan untuk menyusun keputusan layanan klinis. Pelaksanaan asuhan dan pendidikan pasien/keluarga dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun, dipandu oleh kebijakan dan prosedur, dan sesuai dengan peraturan yang berlaku.</p>						
<p>a) Kriteria 3.2.1</p> <p>Penapisan (skrining) dan proses kajian awal dilakukan secara paripurna, mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien/keluarga, serta dengan mencegah penularan infeksi. Asuhan pasien dilaksanakan berdasarkan rencana asuhan medis, keperawatan, dan asuhan klinis yang lain dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan berpedoman pada panduan praktik klinis.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dilakukan skrining dan pengkajian awal secara paripurna oleh tenaga yang kompeten untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan sesuai dengan panduan praktik klinis,</p>	<p>1. SK pelayanan klinis tentang pengkajian, rencana asuhan, pemberian asuhan dan pendidikan pasien/keluarga</p> <p>2. SOP pengkajian awal klinis (<i>screening</i>) yang meliputi: kajian</p>	<p>1. Hasil pengkajian awal perawat dan dokter yang dituangkan ke dalam form pengkajian skrining</p> <p>2. Telaah rekam medis jika ada</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap proses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian awal • Triase (proses skrining) dan lokasi nyeri 	<p>Dokter, Perawat, Bidan</p> <p>Penggalian informasi terkait skrining dan pengkajian awal secara paripurna dalam mengidentifikasi</p>		

<p>termasuk penanganan nyeri dan dicatat dalam rekam medis (R, D, O, W).</p>	<p>medis, kajian penunjang medis, dan kajian keperawatan</p> <p>3. SOP Penulisan Rekam Medis termasuk penulisan jika ada penanganan nyeri (lokasi nyeri)</p>	<p>keluhan nyeri</p>		<p>kebutuhan pelayanan pasien</p>		
<p>b) Dalam keadaan tertentu jika tidak tersedia tenaga medis, dapat dilakukan pelimpahan wewenang tertulis kepada perawat dan/atau bidan yang telah mengikuti pelatihan, untuk melakukan kajian</p>	<p>1. SK pelimpahan wewenang</p> <p>2. SOP pelimpahan wewenang</p>	<p>1. Dokumen kualifikasi petugas yang dilimpahkan sesuai dengan yang ditetapkan dalam Surat Keputusan Kepala Puskesmas.</p> <p>2. Telaah RM : Bukti dilakukan kajian awal medis dan pemberian</p>				

<p>awal medis dan pemberian asuhan medis sesuai dengan kewenangan delegatif yang diberikan (R, D).</p>		<p>asuhan medis sesuai dengan kewenangan delegatif yang diberikan.</p>				
<p>c) Rencana asuhan dibuat berdasarkan hasil pengkajian awal, dilaksanakan dan dipantau, serta direvisi berdasarkan hasil kajian lanjut sesuai dengan perubahan kebutuhan pasien (D, W).</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Telaah Rekam Medis 2. Bukti dilakukan asuhan pasien sesuai rencana, PPK, dan SOP. (S-O-A-P) 3. Tdk ada pengulangan yang tidak perlu <p>S : Subjective O : Objective A : Assesment P : Planning</p>		<p>Dokter, perawat, bidan, petugas gizi dan farmasi tentang asuhan kolaboratif</p> <p>Penggalian informasi terkait rencana asuhan</p>		

<p>d) Dilakukan asuhan pasien, termasuk jika diperlukan asuhan secara kolaboratif sesuai dengan rencana asuhan dan panduan praktik klinis dan/atau prosedur asuhan klinis agar tercatat di rekam medis dan tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu (D, W).</p>		<p>Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi/CPPT</p>		<p>Dokter, perawat, bidan, petugas gizi dan farmasi tentang asuhan kolaboratif</p> <p>Penggalian informasi tentang asuhan secara kolaboratif</p>		
<p>e) Dilakukan penyuluhan/pendidikan kesehatan dan evaluasi serta tindak lanjut bagi pasien dan keluarga dengan metode yang dapat dipahami oleh pasien</p>		<p>1. Bukti dilakukan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan kepada pasien/keluarga 2. Evaluasi pemahaman pasien</p>	<p>Pengamatan surveior Pelaksanaan penyuluhan/pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga</p>			

dan keluarga (D, O).		dan keluarga 3. Tindaklanjut sesuai hasil evaluasi				
f) Pasien atau keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan sebelum memberikan persetujuan atau penolakan (informed consent), termasuk konsekuensi dari keputusan penolakan tersebut (D)		Dokumen <i>Informed Consent</i>				

<p>Standar 3.3 Pelayanan gawat darurat</p> <p>Pelayanan gawat darurat dilaksanakan dengan segera sebagai prioritas pelayanan.</p> <p>Tersedia pelayanan gawat darurat yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan darurat, mendesak atau segera</p>						
<p>a. Kriteria 3.3.1</p> <p>Prosedur penanganan pasien gawat darurat disusun berdasar panduan praktik klinis untuk penanganan pasien gawat darurat dengan referensi yang dapat dipertanggungjawabkan.</p>						
Elemen penilaian:	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Pasien diprioritaskan atas dasar kegawatdaruratan sebagai tahap triase sesuai dengan kebijakan, pedoman dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W, S).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK tentang pelayanan klinis 2. SK tentang triase 3. Panduan Tata laksana Triase, 4. SOP triase, 5. SOP Penanganan gawat darurat 	<p>Telaah Rekam Medis</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan pelayanan klinis dan triase</p>	<p>Petugas di pelayanan kegawatdaruratan</p> <p>Penggalian informasi terkait pelaksanaan prosedur triage</p>	<p>Simulasi pelaksanaan triage</p>	
<p>b) Pasien gawat darurat yang perlu dirujuk ke FKRTL diperiksa dan distabilisasi terlebih</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK tentang pelayanan rujukan 2. SSOP Rujukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Telaah rekam medis pelaksanaan stabilisasi, 	<p>Pengamatan surveior terhadap proses penanganan</p>			

<p>dahulu sesuai dengan kemampuan Puskesmas dan dipastikan dapat diterima di FKRTL sesuai dengan kebijakan, pedoman dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O).</p>		<p>2. Bukti pelaksanaan rujukan yang berisikan komunikasi dan SBAR sebelum rujukan, observasi selama rujukan,</p> <p>3. Bukti dilakukan komunikasi dengan RS rujukan.</p>	<p>pasien rujukan (pelaksanaan stabilisasi dan komunikasi sebelum rujukan)</p>			
<p>Standar 3.4 Pelayanan anestesi lokal dan tindakan. Pelayanan anastesi lokal dan tindakan di Puskesmas dilaksanakan dengan sesuai standar. Tersedia pelayanan anestesi lokal dan tindakan untuk memenuhi kebutuhan pasien</p>						
<p>a. Kriteria 3.4.1 Pelayanan anestesi lokal di Puskesmas dilaksanakan sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan.</p>						

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Pelayanan anestesi lokal dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten sesuai dengan kebijakan dan prosedur (R, D, O, W).</p>	<p>1. SK tentang pelayanan anastesi 2. SOP pelayanan anastesi</p>	<p>Telaah rekam medis pasien dengan anastesi</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap proses pelayanan anastesi oleh tenaga kesehatan (menyesuaikan kondisi di Puskesmas)</p>	<p>Dokter,dokter gigi, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan Penggalian informasi tentang pelaksanaan anastesi lokal di puskesmas</p>		
<p>b) Jenis, dosis, dan teknik anestesi lokal dan pemantauan status fisiologi pasien selama pemberian anestesi lokal oleh petugas dicatat dalam rekam medis pasien (D)</p>		<p>Telaah rekam medis</p>				

<p>Standar 3.5 Pelayanan gizi. Pelayanan Gizi dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan Gizi diberikan sesuai dengan status gizi pasien secara reguler, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan</p>						
<p>a. Kriteria 3.5.1 Pelayanan Gizi dilakukan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinis yang tersedia secara reguler.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Rencana asuhan gizi disusun berdasar kajian kebutuhan gizi pada pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien (R, D, W).</p>	<p>1. SOP Konseling Gizi 2. SOP Kajian Kebutuhan Pasien</p>	<p>1. Hasil konseling gizi kepada pasien 2. Hasil kajian kebutuhan gizi pada pasien</p>		Petugas gizi		0
				Penggalian informasi tentang rencana asuhan gizi		5
						10
<p>b) Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara yang baku untuk mengurangi risiko kontaminasi</p>	<p>1. SOP Penyiapan makanan 2. SOP Penyimpanan makanan</p>	<p>1. Form penyimpanan makanan 2. Catatan pemisahan</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap cara penyimpanan makanan</p>	Petugas gizi		0
				Penggalian informasi tentang cara		5
						10

dan pembusukan (R, D, O, W).		makanan yang cepat membusuk		penyimpanan makanan		
c) Distribusi dan pemberian makanan dilakukan sesuai dengan jadwal dan pemesanan, serta hasilnya didokumentasikan (R, D, O, W)	1. SOP Distribusi makanan 2. SOP Pemberian makanan	1. Bukti dilakukan identifikasi makanan sebelum diberikan ke pasien 2. Form distribusi makan 3. Jadwal pemberian makan pada pasien	Pengamatan surveior terhadap proses distribusi dan pemberian makanan kepada pasien	Petugas gizi Penggalian informasi tentang distribusi dan pemberian makanan kepada pasien		0 5 10
d) Pasien dan/atau keluarga pasien diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan/kebersihan makanan bila keluarga ikut		Bukti dilakukan pemberian edukasi gizi kepada pasien dan / atau keluarga pasien jika keluarga ikut menyediakan makanan bagi pasien				0 5 10

menyediakan makanan bagi pasien (D).						
e) Proses kolaboratif digunakan untuk merencanakan, memberikan, dan memantau pelayanan gizi (D, W).		CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) dalam rekam medis		Petugas gizi		0
				Penggalian informasi tentang pelaksanaan kolaboratid dalam merencanakan, memberikan dan memantau pelayanan gizi		5
						10
f) Respons pasien pelayanan Gizi dipantau dan dicatat dalam rekam medisnya (D)		CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) dalam rekam medis				0
						5
						10

<p>Standar 3.6 Pemulangan dan tindak lanjut pasien.</p> <p>Pemulangan dan tindak lanjut pasien dilakukan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.</p> <p>Pemulangan dan tindak lanjut pasien dilakukan dengan prosedur yang tepat. Jika pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain, rujukan dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien ke sarana pelayanan lain diatur dengan kebijakan dan prosedur yang jelas</p>						
<p>a. Kriteria 3.6.1</p> <p>Pemulangan dan tindak lanjut pasien yang bertujuan untuk kelangsungan layanan dipandu oleh prosedur baku.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dokter/dokter gigi, perawat/bidan, dan pemberi asuhan yang lain melaksanakan pemulangan, rujukan, dan asuhan tindak lanjut sesuai dengan rencana yang disusun dan kriteria pemulangan</p>	<p>1. SK pelayanan klinis tentang kriteria pemulangan pasien gawat darurat, pasien dengan persalinan dan bayi</p> <p>2. SOP pemulangan dan tindak lanjut pasien,</p>	<p>Rekam medis pasien/ CPPT, resume medis pasien pulang/ dirujuk, dan catatan Tindak lanjut</p>				0
						5
						10

(R, D).						
b) Resume medis diberikan kepada pasien dan pihak yang berkepentingan saat pemulangan atau rujukan (D, O, W)		Rekam Medis Telaah catatan dalam resume medis yang diberikan kepada pasien, didalam rekam medis	Pengamatan surveior terhadap pemberian resume medis oleh tenaga medis pada saat pelaksanaan pemulangan pasien/rujukan	Dokter, Perawat, Bidan Penggalian informasi tentang pemberian resume medis pemulangan pasien/rujukan		0 5 10
<p>Standar 3.7 Pelayanan Rujukan.</p> <p>Pelayanan rujukan dilakukan sesuai dengan ketentuan kebijakan dan prosedur.</p> <p>Pelayanan rujukan dilaksanakan apabila pasien memerlukan penanganan yang bukan merupakan kompetensi dari fasilitas kesehatan tingkat pertama</p>						
<p>a. Kriteria 3.7.1</p> <p>Pelaksanaan pelayanan rujukan dilakukan sesuai dengan ketentuan kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan dan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI

<p>a) Pasien/keluarga terdekat pasien memperoleh informasi rujukan dan memberi persetujuan untuk dilakukan rujukan berdasarkan kebutuhan pasien dan kriteria rujukan untuk menjamin kelangsungan layanan ke fasilitas kesehatan yang lain (D, W).</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Persetujuan rujukan 2. Informed consent. 		<p>Pasien/keluarga pasien</p> <p>Penggalian informasi tentang pelayanan rujukan dan persetujuan untuk dilakukan rujukan</p> <p>Catatan: Jika ada kasus rujukan</p>		
<p>b) Dilakukan komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan dilakukan tindakan stabilisasi terlebih</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti komunikasi efektif (SBAR dan TBAK) dengan fasilitas kesehatan rujukan 2. Telaah Rekam 		<p>Petugas yang memberikan rujukan</p> <p>Penggalian informasi tentang pelaksanaan</p>		

<p>dahulu kepada pasien sebelum dirujuk sesuai kondisi pasien, indikasi medis dan kemampuan dan wewenang yang dimiliki agar keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan dapat terjamin (D, W).</p>		<p>medis (catatan stabilisasi pasien sebelum dirujuk ke FKTRL),</p> <p>3. Ceklist persiapan pasien rujukan.</p>		<p>komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan pelaksanaan monitoring /stabilisasi pasien</p> <p>Catatan: Jika ada kasus rujukan</p>		
<p>c) Dilakukan serah terima pasien yang disertai dengan informasi yang lengkap meliputi <i>situation, background, assessment, recomemdation</i></p>		<p>1. Resume pasien,</p> <p>2. Bukti serah terima pasien yang dilengkapi dengan SBAR, stempel FKTRL serta nama petugas yang menerima rujukan.</p>		<p>Petugas yang memberikan rujukan</p> <p>Penggalian informasi tentang proses serah terima pasien termasuk</p>		

(SBAR) kepada petugas (D, W)		3. Surat Rujukan dan form monitoring selama rujukan		implementasi SBAR		
<p>b. Kriteria 3.7.2 Dilakukan tindak lanjut terhadap rujukan balik dari FKRTL.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dokter/dokter gigi Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan kajian ulang kondisi medis sebelum menindaklanjuti umpan balik dari FKRTL sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang</p>	<p>1. SK tentang rujuk balik 2. SOP Rujuk Balik 3. SOP Kajian ulang kondisi pasien rujuk balik FKTRL dan tindak lanjut</p>	<p>1. Telaah rekam medis/CPPT yang berisi kajian ulang oleh dokter/ dokter gigi tentang kondisi pasien program rujuk balik 2. Surat rujuk balik dari RS</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan pengkajian ulang kondisi pasien program rujuk balik</p>			

<p>ditetapkan (R, D, O).</p>						
<p>b) Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi umpan balik rujukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (D, O, W).</p>		<p>Telaah rekam medis/CPPT tentang tindak lanjut rekomendasi umpan balik rujukan</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan tindak lanjut terhadap rekomendasi umpan balik rujukan</p>	<p>Dokter/dokter gigi penanggung jawab (DPJP) Penggalian informasi tentang tindak lanjut terhadap rekomendasi umpan balik rujukan</p>		
<p>c) Pemantauan dalam proses rujukan balik harus dicatat dalam formulir pemantauan (D)</p>		<p>Hasil pelaksanaan monitoring proses rujukan balik dalam CPPT</p>				

Standar 3.8 Penyelenggaraan rekam medis.
 Rekam Medis diselenggarakan sesuai dengan ketentuan kebijakan dan prosedur.
 Puskesmas wajib menyelenggarakan rekam medis yang berisi data dan informasi asuhan pasien yang dibutuhkan untuk pelayanan pasien dan rekam medis itu dapat diakses oleh petugas kesehatan pemberian asuhan, manajemen, dan pihak di luar organisasi yang diberi hak akses terhadap rekam medis untuk kepentingan pasien, asuransi, dan kepentingan lain yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan

a. Kriteria 3.8.1
 Tata kelola penyelenggaraan rekam medis dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Penyelenggaraan rekam medis dilakukan secara berurutan dari sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal meliputi kegiatan. (1) registrasi pasien;	1. SK penyelenggaraan rekam medis 2. SK tentang akses rekam medis 3. SOP pelayanan rekam medis 4. SOP pengisian rekam medis	Rekam Medis 1. Kelengkapan rekam medis 2. Singkatan yang boleh dan tidak boleh dipakai dalam rekam medis 3. Penulisan Riwayat alergi pasien pada	Pengamatan surveior terhadap penyelenggaraan rekam medis di Puskesmas	Petugas rekam medik Penggalian informasi tentang penyelenggaraan, pendistribusian, pengolahan data dan pengkodean dan penyimpanan serta		

(2) pendistribusian rekam medis;		rekam medis		pemusnahan rekam medis		
(3) isi rekam medis dan pengisian informasi klinis;		berita acara pemusnahan rekam medis, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan				
(4) pengolahan data dan pengkodean;						
(5) klaim pembiayaan;						
(6) penyimpanan rekam medis;						
(7) penjaminan mutu;						
(8) pelepasan informasi kesehatan;						
(9) pemusnahan rekam medis; dan						
(10) termasuk riwayat alergi						

<p>obat, dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W)</p>					
<p>b) Rekam medis diisi secara lengkap dan dengan tulisan yang terbaca serta harus dibubuhi nama, waktu pemeriksaan, dan tanda tangan dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perseorangan; apabila ada kesalahan dalam melakukan</p>		<p>Telaah rekam medis</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pengisian rekam medis</p>	<p>Dokter, Dokter Gigi dan/ atau tenaga kesehatan Penggalian informasi tentang pengisian rekam medis</p>	

pencatatan di rekam medis, dilakukan koreksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (D, O, W)						
Standar 3.9 Penyelenggaraan pelayanan laboratorium. Penyelenggaraan pelayanan laboratorium dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan laboratorium dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan						
a. Kriteria 3.9.1 Pelayanan laboratorium dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Kepala Puskesmas menetapkan nilai normal, rentang nilai rujukan untuk setiap jenis pemeriksaan yang disediakan, dan	1. SK jenis pelayanan laboratorium 2. SK tentang rentang nilai normal laboratorium 3. SK tentang nilai kritis laboratorium					

<p>nilai kritis pemeriksaan laboratorium (R).</p>	<p>4. SOP – SOP terkait pelayanan laboratorium dan pengelolaan limbah</p>				
<p>b) Reagensia esensial dan bahan lain tersedia sesuai dengan jenis pelayanan yang ditetapkan, pelabelan, dan penyimpanannya, termasuk proses untuk menyatakan jika reagen tidak tersedia (R, D, W).</p>	<p>1. SOP pelabelan reagen esensial dan bahan lain 2. SOP penyimpanan reagen esensial dan bahan lain 3. SOP Bahan Medis Habis pakai (bahan dan alatnya) 4. SOP penyampaian pelayanan laboratorium jika reagen tidak tersedia</p>	<p>1. <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS) tiap reagen 2. Bukti penyimpanan dan pelabelan reagensia sesuai dengan regulasi (check list), 3. Bukti perhitungan kebutuhan reagensia termasuk buffer stock, 4. Bukti pemesanan reagensia, 5. Check list money</p>		<p>Petugas Laboratorium Penggalian informasi tentang Pengelolaan reagen, pelabelan dan penyimpanan</p>	

		<p>ketersediaan reagensia</p> <p>6. Bukti penyampaian pelayanan laboratorium jika reagen tidak tersedia</p>				
<p>c) Penyelenggaraan pelayanan laboratorium, yang meliputi (1) sampai dengan (9), dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W).</p>	<p>1. SOP jika terjadi tumpahan reagen dan pajanan petugas,</p> <p>2. SOP pelayanan laboratorium meliputi angka 1 s.d. 9 sesuai pokok pikiran</p>	<p>Bukti pelaksanaan pelayanan laboratorium meliputi angka 1 s.d. 9 sesuai pokok pikiran</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan pelayanan laboratorium meliputi angka 1 s.d.9 sesuai pokok pikiran</p>	<p>Petugas Laboratorium</p> <p>Penggalian informasi tentang pelaksanaan pelayanan laboratorium meliputi angka 1 s.d.9 sesuai pokok pikiran</p>		
<p>d) Pemantapan mutu internal dan pemantapan mutu</p>	<p>1. SK tentang pelaksanaan PMI dan PME</p>	<p>1. Bukti pelaksanaan PMI dan PME</p>	<p>Pengamatan surveior tentang pelaksanaan PMI</p>	<p>Petugas Laboratorium</p>		

<p>eksternal dilakukan terhadap pelayanan laboratorium sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan dilakukan perbaikan jika terjadi penyimpangan (R, D, O, W).</p>	<p>2. SOP Pemantapan Mutu Internal 3. SOP Pemantapan Mutu Eksternal</p>	<p>2. Bukti pelaksanaan perbaikan bila terjadi penyimpangan</p>	<p>dan bukti dilakukan PME</p>	<p>Penggalian informasi tentang pelaksanaan PMI dan hasil PME</p>		
<p>e) Evaluasi dan tindak lanjut dilakukan terhadap waktu pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium (D, W)</p>		<p>1. Bukti hasil evaluasi terhadap waktu pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium 2. Bukti Hasil tindaklanjut dari pelaksanaan evaluasi</p>		<p>Petugas Laboratorium Penggalian informasi tentang pelaksanaan evaluasi dan tindaklanjut terhadap waktu pelaporan hasil</p>		

				pemeriksaan laboratorium		
<p>Standar 3.10 Penyelenggaraan pelayanan kefarmasian. Penyelenggaraan pelayanan kefarmasian dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan kefarmasian dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan</p>						
<p>a. Kriteria 3.10.1 Pelayanan kefarmasian dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	0	W	S	NILAI
a) Tersedia daftar <i>formularium</i> obat puskesmas (D).		1. Formularium Obat Puskesmas 2. Bukti Penyusunan Formularium Obat				0 5 10
b) Dilakukan pengelolaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai oleh tenaga	1. SK tentang pelayanan kefarmasian 2. SOP tentang	1. LPLPO serta bukti pengawasan pengelolaan dan penggunaan obat oleh Dinas	Pengamatan surveior terhadap pengelolaan sediaan farmasi	Petugas Farmasi Penggalian informasi tentang farmasi dan		0 5 10

kefarmasian sesuai dengan pedoman dan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, O, W).	pengelolaan sediaan farmasi dan bahan habis pakai	<p>Kesehatan</p> <p>2. Bukti penerimaan obat dan kartu stok obat</p> <p>3. Bukti penanganan obat kadaluarsa</p> <p>4. Bukti penyimpanan obat FIFO, FEFO</p>	dan bahan medis habis pakai	bahan medis habis pakai		
c) Dilakukan rekonsiliasi obat dan pelayanan farmasi klinik oleh tenaga kefarmasian sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, O, W).	<p>1. SOP rekonsiliasi obat</p> <p>2. SOP pelayanan farmasi klinik</p>	<p>1. Bukti rekonsiliasi obat</p> <p>2. Bukti asuhan farmasi dalam CPPT rekam medis</p>	Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan rekonsiliasi obat dan pelayanan farmasi klinik	<p>Petugas Farmasi</p> <p>Penggalian informasi tentang pelaksanaan rekonsiliasi obat dan pelayanan farmasi klinik</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
d) Dilakukan kajian resep dan pemberian obat	SOP kajian resep dan pemberian obat	Bukti kajian/telaah resep	Pengamatan surveior terhadap kajian	<p>Petugas Farmasi</p> <p>Penggalian</p>		<p>0</p> <p>5</p>

dengan benar pada setiap pelayanan pemberian obat (R, D, O, W)			resep dan pemberian obat	informasi tentang kajian resep dan pemberian obat		10
e) Dilakukan edukasi kepada setiap pasien tentang indikasi dan cara penggunaan obat (R, D, O, W).	SOP pemberian informasi obat (PIO)	Bukti pelaksanaan PIO	Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan PIO	Petugas Farmasi Penggalian informasi tentang pelaksanaan PIO		0 5 10
f) Obat gawat darurat tersedia pada unit yang diperlukan dan dapat diakses untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat gawat darurat, lalu dipantau dan diganti tepat waktu	1. SOP penyediaan dan penyimpanan obat gawat darurat 2. SOP pemantauan/ monitoring obat gawat darurat secara berkala	Bukti penyediaan obat emergensi serta monitoringnya	Pengamatan surveior terhadap tempat penyimpanan obat emergensi, cara mengakses, pemantauan dan penggantian obat emergensi, jumlah stock obat	Petugas di ruang yang melaksanakan tindakan Penggalian informasi tentang pelaksanaan pengelolaan obat gawat darurat		0 5 10

<p>setelah digunakan atau jika kedaluwarsa (R, D, O, W).</p>			<p>dengan kartu stock obat</p>		
<p>g) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap ketersediaan obat dan kesesuaian peresepan dengan <i>formularium</i> (D, W)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti evaluasi ketersediaan obat dan kesesuaian peresepan dengan <i>formularium</i> 2. Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan evaluasi obat dan kesesuaian peresepan dengan <i>formularium</i>. 		<p>Petugas farmasi</p> <p>Penggalian informasi tentang pelaksanaan evaluasi dan tindaklanjut terhadap ketersediaan obat dan kesesuain peresepan dengan <i>formularium</i>.</p>	<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

BAB IV PROGRAM PRIORITAS NASIONAL (PPN)

Program Prioritas Nasional dilaksanakan melalui integrasi pelayanan UKM dan UKP sesuai dengan prinsip pencegahan lima tingkat (*five level prevention*)

Standar 4.1 Pencegahan dan penurunan stunting.

Puskesmas melaksanakan pencegahan dan penurunan stunting beserta pemantauan dan evaluasinya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

a. Kriteria 4.1.1

Pencegahan dan penurunan *stunting* direncanakan, dilaksanakan, dipantau, dan dievaluasi dengan melibatkan lintas program, lintas sektor, dan pemberdayaan masyarakat.

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan indikator dan target kinerja <i>stunting</i> dalam rangka mendukung program pencegahan dan penurunan, yang disertai capaian dan	SK Indikator kinerja dan target terkait pencegahan dan penurunan stunting yang merupakan bagian dari indikator kinerja pelayanan UKM di bab II	Bukti pencapaian indikator stunting yang disertai dengan analisisnya		Kepala		0
				Puskesmas, Pj		5
				UKM, Koordinator Gizi dan pelaksana		10
				Penggalian informasi terkait penetapan		

analisisnya (R, D, W).				indikator, pencapaian dan analisisnya		
b) Ditetapkan program pencegahan dan penurunan <i>stunting</i> (R, W).	1. RUK dan RPK terkait dengan kegiatan pencegahan dan penanggulangan <i>stunting</i> yang terintegrasi dengan RUK dan RPK pelayanan UKM Gizi 2. RPK Bulanan kegiatan pencegahan dan penanggulangan <i>stunting</i> 3. KAK terkait dengan kegiatan			Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Gizi dan pelaksana Penggalan informasi terkait proses penetapan program pencegahan dan penurunan <i>stunting</i>		0 5 10

	<p>pengecehan dan penanggulangan stunting</p>					
<p>c) Dikoordinasikan dan dilaksanakan kegiatan pencegahan dan penurunan <i>stunting</i> dalam bentuk intervensi gizi spesifik dan sensitif sesuai dengan rencana yang disusun bersama lintas program dan lintas sektor sesuai dengan kebijakan, prosedur, dan kerangka acuan yang telah ditetapkan (R, D,</p>	<p>1. SK tentang media komunikasi dan koordinasi di Puskesmas (lihat bab I) 2. SOP komunikasi dan koordinasi di Puskesmas (lihat bab II)</p>	<p>1. Bukti koordinasi kegiatan pencegahan dan penurunan stunting sesuai dengan regulasi yang ditetapkan di Puskesmas. 2. Bukti hasil pelaksanaan kegiatan sesuai dengan RPK dan RPKB, dan mengacu pada SK, SOP dan KAK yang ditetapkan. (lihat dokumen regulasi pada EP b)</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Gizi dan lintas sektor: Penggalian informasi terkait koordinasi dan pelaksanaan kegiatan pencegahan & penurunan stunting sesuai dengan yang direncanakan</p>	<p>0 5 10</p>	

W).						
d) Dilakukan pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program pencegahan dan penurunan <i>stunting</i> (D, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal pemantauan dan evaluasi 2. Hasil pemantauan dan evaluasi sesuai dengan jadwal 3. Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan pemantauan dan evaluasi 		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Gizi:</p> <p>Penggalian informasi terkait kegiatan pemantauan dan evaluasi beserta tindaklanjutnya</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
e) Dilaksanakan pencatatan dan dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK tentang Pencatatan dan Pelaporan 2. SOP pencatatan dan pelaporan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pencatatan kasus <i>stunting</i> di Puskesmas 2. Bukti pelaporan kasus <i>stunting</i> kepada Kepala 		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator Gizi, Dinas Kesehatan:</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>	<p>Catatan: SK dan SOP pencatatan dan pelaporan lihat di bab I</p>	<p>Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan kasus stunting di Puskesmas kepada Dinas Kesehatan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan.</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi saat ini, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p>		<p>Penggalian informasi terkait dengan pencatatan dan pelaporan kepada Kepala Puskesmas, Dinas Kesehatan Daerah Kab/Kota</p>		
---	--	--	--	--	--	--

		<p>Pencatatan pelaporan stunting misal melalui melalui aplikasi sigizi terpadu (e-PPBGM)</p> <p>Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei</p>				
<p>Standar 4.2 Penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi.</p> <p>Program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi diselenggarakan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, terutama penguatan pelayanan kesehatan primer, dengan mendorong upaya promotif dan preventif.</p> <p>Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan persalinan, pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan, serta pelayanan kesehatan bayi baru lahir beserta pemantauan dan evaluasinya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>						
<p>a. Kriteria 4.2.1</p> <p>Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan, dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir.</p>						

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkannya indikator dan target kinerja dalam rangka penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi yang disertai capaian dan analisisnya (R, D, W).	SK indikator kinerja pelayanan ibu dan bayi yang merupakan bagian dari indikator & target kinerja pelayanan UKM di bab II	Bukti pencapaian indikator kinerja dalam rangka penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi yang disertai analisisnya.		Pj UKM, Koordinator dan pelaksana pelayanan kesehatan ibu dan bayi: Penggalian informasi terkait penetapan indikator, pencapaian dan analisisnya		0 5 10
b) Ditetapkan program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi (R, W).	1. RUK dan RPK terkait dengan kegiatan program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi yang			Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator dan pelaksana pelayanan kesehatan ibu dan bayi:		0 5 10

	<p>terintegrasi dengan RUK dan RPK pelayanan UKM Kesehatan Ibu dan Anak</p> <p>2. RPK Bulanan program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi</p> <p>3. KAK terkait program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi</p>			<p>Penggalian informasi terkait proses penetapan program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi.</p>		
<p>c) Tersedia alat, obat, bahan habis pakai dan prasarana pendukung</p>	<p>1. SOP ketersediaan obat, bahan habis pakai dan prasarana</p>	<p>Bukti pengelolaan alat, obat, bahan habis pakai dan prasarana</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap ketersediaan alat,</p>	<p>Pj UKP, Pj Pelayanan ibu dan bayi</p>		<p>0</p> <p>5</p>

<p>elayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir termasuk standar alat kegawatdaruratan maternal dan neonatal sesuai dengan standar dan dikelola sesuai dengan prosedur (R, D, O, W).</p>	<p>pendukung pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir</p> <p>2. SOP pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal</p>	<p>pendukung pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, termasuk alat kegawatdaruratan maternal dan neonatal</p>	<p>obat, bahan habis pakai dan prasarana pendukung pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir termasuk standar kegawatdaruratan maternal dan neonatal, sesuai dengan standar minimal ketersediaan alat yang harus ada di Puskesmas.</p>	<p>Penggalian informasi terkait ketersediaan alat, obat, bahan habis pakai dan prasarana pendukung pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir termasuk standar kegawatdaruratan maternal dan neonatal</p>		<p>10</p>
<p>d) Dilakukan pelayanan kesehatan pada masa hamil, masa</p>	<p>1. SK Puskesmas PONED (jika Puskesmas ditetapkan sebagai</p>	<p>Bukti pelaksanaan:</p> <p>1. Pemberian pelayanan ANC,</p>		<p>Dokter, Bidan, Perawat dan/atau tim poned</p>		<p>0 5</p>

<p>persalinan, masa sesudah melahirkan, dan pada bayi baru lahir sesuai dengan prosedur yang ditetapkan; ditetapkan kewajiban penggunaan <i>partograf</i> pada saat pertolongan persalinan dan upaya stabilisasi prarujukan pada kasus komplikasi, termasuk pelayanan pada Puskesmas mampu PONED, sesuai dengan kebijakan, pedoman/panduan,</p>	<p>Puskesmas PONED) 2. SOP pelayanan ANC 3. SOP pelayanan persalinan 4. SOP pelayanan sesudah melahirkan 5. SOP pelayanan bayi baru lahir 6. SOP Pengisian Partograf 7. SOP Stabilisasi prarujukan (lihat di bab III)</p>	<p>2. Persalinan, 3. Pelayanan sesudah melahirkan, 4. Pelayanan bayi baru lahir, 5. Pengisian partograf, dan 6. Bukti stabilisasi prarujukan pada kasus komplikasi</p>		<p>Penggalian informasi tentang pelayanan kesehatan pada masa hamil, masa persalinan, masa sesudah melahirkan, dan pada bayi baru lahir sesuai dengan prosedur yang ditetapkan; ditetapkan kewajiban penggunaan partograf pada saat pertolongan persalinan dan upaya stabilisasi prarujukan pada kasus komplikasi,</p>		<p>10</p>
---	---	--	--	--	--	-----------

<p>prosedur, dan kerangka acuan yang telah ditetapkan (R, D, W).</p>				<p>termasuk pelaksanaan pelayanan PONED</p>		
<p>e) Dikoordinasikan dan dilaksanakan program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi sesuai dengan regulasi dan rencana kegiatan yang disusun bersama lintas program dan lintas sektor (R, D, W).</p>	<p>1. SK tentang media komunikasi dan koordinasi di Puskesmas. (lihat bab I) 2. SOP komunikasi dan koordinasi (lihat bab II)</p>	<p>1. Bukti koordinasi pelaksanaan program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi. 2. Bukti hasil pelaksanaan kegiatan sesuai dengan RPK dan RPKB, serta mengacu pada SK, SOP dan KAK yang ditetapkan. (lihat dokumen regulasi</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator & Pelaksana Kesehatan Ibu/Anak: Penggalian informasi terkait koordinasi dan pelaksanaan kegiatan penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi sesuai dengan</p>	<p>0 5 10</p>	

		pada EP b).		yang direncanakan		
f) Dilakukan pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi termasuk pelayanan kesehatan pada masa hamil, persalinan dan pada bayi baru lahir di Puskesmas (D, W).		<p>1. Jadwal pemantauan dan evaluasi</p> <p>2. Hasil pemantauan dan evaluasi sesuai dengan jadwal</p> <p>3. Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan pemantauan dan evaluasi</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator & Pelaksana Kesehatan Ibu/Anak:</p> <p>Penggalian informasi terkait kegiatan pemantauan dan evaluasi beserta tindaklanjutnya</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
g) Dilaksanakan pencatatan, lalu dilakukan pelaporan kepada kepala	1. SK tentang Pencatatan dan Pelaporan	1. Bukti pencatatan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi di		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator & Pelaksana		<p>0</p> <p>5</p>

<p>puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>	<p>2. SOP pencatatan dan pelaporan Catatan: SK dan SOP pencatatan dan pelaporan lihat di bab I</p>	<p>Puskesmas</p> <p>2. Bukti pelaporan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi kepada Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi di Puskesmas kepada Dinas Kesehatan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan.</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi saat ini, jika ada</p>		<p>Kesehatan Ibu/Anak:</p> <p>Penggalian informasi terkait dengan pencatatan dan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Daerah Kab/Kota</p>	<p>10</p>
---	--	---	--	---	-----------

		<p>sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p> <p>Pencatatan pelaporan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi misal melalui melalui aplikasi MPDN dan pelayanan ANC melalui e-kohort</p> <p>Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei.</p>				
Standar 4.3 Peningkatan cakupan dan mutu imunisasi.						

Peningkatan cakupan dan mutu imunisasi diselenggarakan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, terutama penguatan pelayanan kesehatan primer, dengan mendorong upaya promotif dan preventif. Puskesmas melaksanakan program imunisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

a. Kriteria 4.3.1

Program imunisasi direncanakan, dilaksanakan, dipantau, dan dievaluasi dalam upaya peningkatan capaian cakupan dan mutu imunisasi.

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan indikator dan target kinerja program imunisasi yang disertai capaian dan analisisnya (R, D, W).	Indikator dan target kinerja imunisasi yang merupakan bagian dari indikator kinerja pelayanan UKM di bab II	Bukti pencapaian indikator kinerja pelayanan imunisasi yang disertai dengan analisisnya		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2 dan pelaksanaan imunisasi: Penggalian informasi terkait proses penetapan indikator, pencapaian dan analisisnya		0 5 10

<p>b) Ditetapkan program imunisasi (R, W).</p>	<p>1. RUK dan RPK terkait dengan kegiatan program imunisasi yang terintegrasi dengan RUK dan RPK pelayanan P2 2. RPK Bulanan program imunisasi. 4. KAK terkait program imunisasi</p>			<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2 dan pelaksanaan imunisasi: Penggalian informasi terkait proses penetapan program imunisasi</p>		<p>0 5 10</p>
<p>c) Tersedia vaksin dan logistik sesuai dengan kebutuhan program imunisasi (R, D, O, W).</p>	<p>1. SOP penyediaan kebutuhan vaksin dan logistik</p>	<p>Bukti pengelolaan vaksin dan logistiknya</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap ketersediaan vaksin dan logistik</p>	<p>Pj UKP, Koordinator dan/ atau pelaksana Imunisasi Penggalian informasi terkait ketersediaan vaksin dan logistik program</p>		<p>0 5 10</p>

				imunisasi		
d) Dilakukan pengelolaan vaksin untuk memastikan rantai vaksin dikelola sesuai dengan prosedur (R, D, O, W).	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP penyimpanan vaksin 2. SOP pemantauan suhu vaksin dan kondisi vaksin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pemantauan suhu vaksin 2. Bukti pengecekan kondisi vaksin 3. Bukti kalibrasi terhadap alat ukur suhu vaksin 	Pengamatan surveior terhadap pengelolaan vaksin untuk memastikan rantau vaksin dikelola sesuai standar	Pj UKP, Koordinator dan/ atau pelaksana Imunisasi Penggalian informasi terkait pemantauan rantai vaksin		0 5 10
e) Kegiatan peningkatan cakupan dan mutu imunisasi dikoordinasikan dan dilaksanakan sesuai dengan rencana dan prosedur yang telah ditetapkan bersama secara lintas program dan lintas sektor sesuai	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK tentang media komunikasi dan koordinasi di Puskesmas. (lihat bab I) 2. SOP komunikasi dan koordinasi (lihat bab II) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti koordinasi kegiatan peningkatan cakupan dan mutu imunisasi 2. Bukti hasil pelaksanaan kegiatan sesuai dengan RPK dan RPKB, serta mengacu pada SK, 		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana imunisasi: Penggalian informasi terkait koordinasi dan pelaksanaan kegiatan peningkatan cakupan dan		0 5 10

dengan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur, dan kerangka acuan yang telah ditetapkan (R, D, W).		SOP, dan KAK yang ditetapkan. (lihat dokumen regulasi pada EP b)		mutu imunisasi		
f) Dilakukan pemantauan dan evaluasi serta tindak lanjut upaya perbaikan program imunisasi (D, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal pemantauan dan evaluasi 2. Hasil pemantauan dan evaluasi sesuai dengan jadwal 3. Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan pemantauan dan evaluasi 		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana Imunisasi: Penggalan informasi terkait kegiatan pemantauan dan evaluasi beserta tindaklanjutnya		0 5 10
g) Dilaksanakan pencatatan dan	1. SK tentang Pencatatan dan	1. Bukti pencatatan program imunisasi		Kepala Puskesmas, Pj		0

<p>dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>	<p>Pelaporan</p> <p>2. SOP pencatatan dan pelaporan Catatan: SK dan SOP pencatatan dan pelaporan lihat di bab I</p>	<p>di Puskesmas</p> <p>2. Bukti pelaporan program imunisasi kepada Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan program imuniasi Puskesmas kepada Dinas Kesehatan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi saat ini, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh</p>		<p>UKM, Koordinator P2P & Pelaksana Imunisasi:</p> <p>Penggalian informasi terkait dengan pencatatan dan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Daerah Kab/Kota</p>	<p>5</p> <p>10</p>
---	---	--	--	---	--------------------

		<p>Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p> <p>Untuk Pencatatan pelaporan program imunisasi saat ini menggunakan aplikasi SMILE dan/ atau ASIK.</p> <p>Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei.</p>				
<p>Standar 4.4 Program penanggulangan tuberkulosis.</p> <p>Program Penanggulangan Tuberkulosis (TBC) diselenggarakan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, terutama penguatan pelayanan kesehatan primer dengan mendorong upaya promotif dan preventif.</p>						

Puskesmas memberikan pelayanan kepada pengguna layanan TBC mulai dari penemuan kasus TBC pada orang yang terduga TBC, penegakan diagnosis, penetapan klasifikasi dan tipe pengguna layanan TBC, serta tata laksana kasus yang terdiri atas pengobatan pengguna layanan beserta pemantauan dan evaluasinya untuk memutus mata rantai penularan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

a. Kriteria 4.4.1

Puskesmas melaksanakan pelayanan kepada pasien TBC mulai dari penemuan kasus TBC pada orang yang terduga TBC, penegakan diagnosis, penetapan klasifikasi dan tipe pengguna layanan TBC, serta tata laksana kasus yang terdiri atas pengobatan pasien beserta pemantauan dan evaluasinya.

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan indikator dan target kinerja penanggulangan tuberkulosis yang disertai capaian dan analisisnya. (R, D, W).	SK indikator dan target kinerja Tuberkulosis yang merupakan bagian dari indikator & target kinerja pelayanan UKM di bab II	Bukti pencapaian indikator kinerja pelayanan tuberkulosis yang disertai dengan analisisnya		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P dan pelaksanaan Tuberkulosis: Penggalian informasi terkait		0 5 10

				proses penetapan indikator, pencapaian dan analisisnya		
b) Ditetapkan rencana program penanggulangan tuberkulosis (R).	<ol style="list-style-type: none"> 1. RUK dan RPK terkait dengan kegiatan program penanggulangan tuberkulosis yang terintegrasi dengan RUK dan RPK pelayanan P2P 2. RPK Bulanan program penanggulangan tuberkulosis 3. KAK terkait program penanggulangan tuberculosis. 					<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
c) Ditetapkan tim TB DOTS di Puskesmas	SK Tim TB DOTS di Puskesmas.					0

yang terdiri dari dokter, perawat, analis laboratorium dan petugas pencatatan pelaporan terlatih (R).						5 10
d) Tersedia logistik, baik OAT maupun non-OAT, sesuai dengan kebutuhan program serta dikelola sesuai dengan prosedur (R, D, O, W).	1. SOP perhitungan kebutuhan logistik OAT dan Non OAT 2. SOP pengelolaan OAT dan non OAT	Bukti perhitungan kebutuhan OAT dan non OAT sesuai dengan SOP yang ditetapkan.	Pengamatan surveior terhadap ketersediaan dan pengelolaan OAT dan non OAT	Pj UKP, Koordinator dan/ atau pelaksana TB Penggalian informasi terkait ketersediaan dan pengelolaan OAT dan non OAT		0 5 10
e) Dilakukan tata laksana kasus tuberkulosis mulai dari diagnosis, pengobatan,	SOP tata laksana kasus tuberkulosis	Telaah rekam medis pasien TB	Pengamatan surveior terhadap tata laksana pasien TB	PJ UKP, DPJP Penggalian informasi terkait tata laksana		0 5 10

<p>pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut sesuai dengan kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, O, W).</p>				<p>pasien TB di Puskesmas</p>		
<p>f) Dikoordinasikan dan dilaksanakan program penanggulangan tuberkulosis sesuai dengan rencana yang disusun bersama secara lintas program dan lintas sektor (R, D, W).</p>	<p>1. SK tentang media komunikasi dan koordinasi di Puskesmas. (lihat bab I) 2. SOP komunikasi dan koordinasi (lihat bab II)</p>	<p>1. Bukti koordinasi kegiatan peningkatan program penanggulangan tuberkulosis 2. Bukti hasil pelaksanaan kegiatan sesuai dengan RPK dan RPKB, serta mengacu pada SK, SOP dan KAK yang</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana Tuberkulosis, lintas program dan lintas sektor: Penggalian informasi terkait koordinasi dan pelaksanaan kegiatan penanggulangan</p>		<p>0 5 10</p>

		ditetapkan. (Lihat dokumen regulasi pada EP b).		tuberkulosis		
g) Dilakukan pemantauan dan evaluasi serta tindak lanjut upaya perbaikan program penanggulangan tuberculosis (D, W).		<ol style="list-style-type: none"> Jadwal pemantauan dan evaluasi Hasil pemantauan dan evaluasi sesuai dengan jadwal Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan pemantauan dan evaluasi 		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana Tuberkulosis: Penggalian informasi terkait kegiatan pemantauan dan evaluasi beserta tindaklanjutnya		0 5 10
h) Dilaksanakan pencatatan dan dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas, dinas	<ol style="list-style-type: none"> SK tentang Pencatatan dan Pelaporan SOP pencatatan dan pelaporan Catatan: 	<ol style="list-style-type: none"> Bukti pencatatan kasus TB di Pukesmas Bukti pelaporan kasus TB kepada 		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana Tuberkulosis:		0 5 10

<p>kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D,W)</p>	<p>SK dan SOP pencatatan dan pelaporan lihat di bab I</p>	<p>Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan kasus TB Puskesmas kepada Dinas Kesehatan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan.</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi saat ini, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p>		<p>Penggalian informasi terkait dengan pencatatan dan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Daerah Kab/Kota</p>		
--	---	--	--	--	--	--

		Untuk pencatatan pelaporan kasus TB melalui aplikasi SITB. Jenis pelaporan elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei.				
<p>Standar 4.5 Pengendalian penyakit tidak menular dan faktor risikonya.</p> <p>Pengendalian penyakit tidak menular dan faktor risikonya diselenggarakan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, terutama penguatan pelayanan kesehatan primer dengan mendorong upaya promotif dan preventif..</p> <p>Puskesmas melaksanakan pengendalian penyakit tidak menular utama yang meliputi hipertensi, diabetes melitus, kanker payudara dan leher rahim, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK), serta Program Rujuk Balik (PRB) penyakit tidak menular (PTM) dan penyakit katastrofik lainnya sesuai dengan kompetensi di tingkat primer, juga penanganan faktor risiko PTM melalui pelayanan terpadu penyakit tidak menular (Panduan PTM) sesuai dengan algoritma Panduan..</p>						
a. Kriteria 4.5.1						

Program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular serta faktor risikonya direncanakan, dilaksanakan, dipantau, dan ditindaklanjuti.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Ditetapkan indikator kinerja pengendalian penyakit tidak menular yang disertai capaian dan analisisnya (R, D, W).	SK indikator dan target kinerja PTM yang merupakan bagian dari indikator & target kinerja pelayanan UKM di bab II	Bukti pencapaian indikator kinerja PTM yang disertai dengan analisisnya		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P dan pelaksana PTM: Penggalian informasi terkait proses penetapan indikator, pencapaian dan analisisnya.		
b) Ditetapkan program pengendalian Penyakit Tidak Menular termasuk rencana	1. RUK dan RPK terkait dengan kegiatan program pengendalian Penyakit Tidak			Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P dan pelaksana PTM:		

<p>peningkatan kapasitas tenaga terkait P2PTM (R, W).</p>	<p>Menular yang terintegrasi dengan RUK dan RPK pelayanan P2</p> <p>2. RPK Bulanan program pengendalian Penyakit Tidak Menular</p> <p>3. KAK terkait program pengendalian Penyakit Tidak Menular</p>			<p>Penggalian informasi terkait proses penetapan program PTM</p>		
<p>c) Kegiatan pengendalian penyakit tidak menular dikoordinasikan dan dilaksanakan sesuai</p>	<p>1. SK tentang media komunikasi dan koordinasi di Puskesmas. (lihat bab I)</p>	<p>1. Bukti koordinasi kegiatan peningkatan program pengendalian Penyakit Tidak</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana PTM kader dan sasaran PTM:</p>		

<p>dengan rencana yang telah disusun bersama lintas program dan lintas sektor sesuai dengan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur dan kerangka acuan yang telah ditetapkan (R, D, W).</p>	<p>2. SOP komunikasi dan koordinasi lihat bab II)</p>	<p>Menular 2. Bukti hasil pelaksanaan kegiatan sesuai dengan RPK dan RPKB, serta mengacu pada SK, SOP dan KAK yang ditetapkan. (lihat dokumen regulasi pada EP b).</p>		<p>Penggalian informasi terkait koordinasi dan pelaksanaan kegiatan Penanggulangan PTM</p>		
<p>d) Diselenggarakan tahapan kegiatan dan pemeriksaan PTM di Posbindu sesuai dengan ketentuan yang berlaku (R, D, O, W).</p>	<p>1. SK tentang pemeriksaan PTM di Posbindu 2. SOP terkait kegiatan PTM di Posbindu</p>	<p>Bukti pelaksanaan PTM di Posbindu</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan pelayanan Posbindu</p>	<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana PTM dan kader: Penggalian informasi terkait pelaksanaan</p>		

				pelayanan PTM di Posbindu		
e) Dilakukan tata laksana Penyakit Tidak Menular secara terpadu mulai dari diagnosis, pengobatan, pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut sesuai dengan panduan praktik klinis dan algoritma pelayanan PTM oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (D, O, W).		Telaah rekam medis terkait tata laksana PTM secara terpadu terhadap pasien	Pengamatan surveior terhadap tata laksana PTM secara terpadu	Pj UKP, DPJP Penggalian informasi terkait tata laksana PTM secara terpadu		
f) Dilakukan pemantauan, evaluasi, dan tindak		1. Jadwal pemantauan dan evaluasi		Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator		

<p>lanjut terhadap pelaksanaan program pengendalian penyakit tidak menular (D, W).</p>		<p>2. Hasil pemantauan dan evaluasi sesuai dengan jadwal</p> <p>3. Bukti hasil tindaklanjut dari pelaksanaan pemantauan dan evaluasi</p>		<p>P2P & Pelaksana PTM:</p> <p>Penggalian informasi terkait kegiatan pemantauan dan evaluasi penanggulangan PTM</p>		
<p>g) Dilaksanakan pencatatan, dan dilakukan pelaporan kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (R, D, W)</p>	<p>1. SK tentang Pencatatan dan Pelaporan</p> <p>2. SOP pencatatan dan pelaporan Catatan: SK dan SOP pencatatan dan pelaporan lihat di bab I</p>	<p>1. Bukti pencatatan kasus PTM di Puskesmas</p> <p>2. Bukti pelaporan kasus PTM kepada Kepala Puskesmas sesuai mekanisme yang telah ditetapkan.</p> <p>3. Bukti pelaporan kasus PTM Puskesmas kepada</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj UKM, Koordinator P2P & Pelaksana PTM:</p> <p>Penggalian informasi terkait dengan pencatatan dan pelaporan kepada Dinas Kesehatan</p>		

		<p>Dinas Kesehatan. sesuai dengan regulasi yang ditetapkan.</p> <p>Catatan: Pencatatan pelaporan mengikuti regulasi saat ini, jika ada sistem pelaporan elektronik yang ditetapkan oleh Kemenkes maka pastikan Puskesmas sudah melaksanakan.</p> <p>Pencatatan pelaporan kasus PTM menggunakan aplikasi ASIK</p> <p>Jenis pelaporan</p>		Daerah Kab/Kota		
--	--	---	--	-----------------	--	--

		elektronik mengikuti pemberlakuan saat dilaksanakan survei				
BAB V PENINGKATAN MUTU PUSKESMAS (PMP)						
<p>Standar 5.1 Peningkatan mutu berkesinambungan</p> <p>Peningkatan mutu dilakukan melalui upaya berkesinambungan terdiri atas upaya peningkatan mutu, upaya keselamatan pasien, upaya manajemen risiko, dan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meminimalkan risiko bagi pasien, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan.</p>						
<p>a. Kriteria 5.1.1</p> <p>Kepala Puskesmas menetapkan penanggungjawab mutu, tim mutu dan program peningkatan mutu Puskesmas.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Kepala Puskesmas membentuk tim mutu sesuai dengan persyaratan, dilengkapi dengan uraian tugas, dan menetapkan program peningkatan mutu	1. Program peningkatan mutu yang terintegrasi dalam RUK Puskesmas			Kepala Puskesmas dan PJ mutu		0
	2. Kerangka acuan kegiatan			Penggalian informasi terkait penyusunan program mutu di		5
						10

(R, W).	3. SK Tim peningkatan mutu dilengkapi uraian tugas yang terintegrasi dengan SK penanggung jawab Puskesmas			Puskesmas		
b) Puskesmas bersama tim mutu mengimplementasikan dan mengevaluasi program peningkatan mutu (D, W).		<p>1. Bukti pelaksanaan program peningkatan mutu menyesuaikan dengan jenis kegiatan yang dilakukan.</p> <p>2. Bukti evaluasi pelaksanaan program peningkatan mutu</p>		<p>PJ Mutu dan Tim mutu</p> <p>Penggalian informasi terkait proses pelaksanaan dan evaluasi program peningkatan mutu</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

<p>c) Tim Mutu menyusun program peningkatan mutu dan melakukan tindak lanjut upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan (D, W).</p>		<p>1. Bukti penyusunan rencana peningkatan mutu berdasarkan evaluasi</p> <p>2. Bukti hasil tindak lanjut upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan</p>		<p>PJ mutu dan tim mutu</p> <p>Penggalian informasi dalam proses evaluasi program mutu, penyusunan rencana perbaikan, tindak lanjut upaya perbaikan berkesinambungan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>d) Program peningkatan mutu dikomunikasikan kepada lintas program dan lintas sektor, serta dilaporkan secara</p>		<p>Bukti pelaksanaan komunikasi program peningkatan mutu sesuai media komunikasi kepada LP dan LS yang ditetapkan oleh</p>		<p>PJ mutu, tim mutu Puskesmas, LP, LS</p> <p>Penggalian informasi terkait pelaksanaan</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

berkala kepada kepala Puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (D, W)		Puskesmas		komunikasi program peningkatan mutu kepada LP dan LS		
<p>b. Kriteria 5.1.2</p> <p>Kepala Puskesmas dan tim atau petugas yang diberi tanggung jawab untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien berkomitmen untuk membudayakan peningkatan mutu secara berkesinambungan melalui pengelolaan indikator mutu.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Terdapat kebijakan tentang indikator mutu Puskesmas yang dilengkapi dengan profil indikator (R).	1. SK tentang indikator mutu di Puskesmas yang terintegrasi dengan indikator kinerja Puskesmas, 2. Profil indikator mutu Puskesmas"					0 5 10
b) Dilakukan		Bukti pengukuran		PJ indikator, PJ		0

pengukuran indikator mutu sesuai profil indikator (D, W).		indikator mutu sesuai profil indikator mutu dan periode pelaporan		mutu dan tim mutu: Penggalian informasi terkait pengukuran indikator mutu		5 10
c) Dilakukan evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu Puskesmas berdasarkan tindak lanjut dari rencana perbaikan (D, W).		Bukti evaluasi peningkatan mutu sesuai dengan hasil pelaksanaan tindak lanjut		Kepala Puskesmas, PJ mutu dan tim mutu Penggalian informasi terkait proses evaluasi pengukuran mutu		0 5 10
c. Kriteria 5.1.3 Dilakukan validasi dan analisis hasil pengumpulan data indikator mutu sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk peningkatan mutu Puskesmas dan kinerja.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan validasi		Bukti dilakukan	Pengamatan	PJ Mutu, tim		0

<p>data terhadap hasil pengumpulan data indikator sebagaimana diminta pada pokok pikiran (D, O, W).</p>		<p>validasi data hasil pengukuran indikator mutu sesuai pokok pikiran</p>	<p>terhadap proses validasi hasil pengumpulan data indikator mutu Puskesmas</p>	<p>mutu serta PJ indikator Penggalian informasi terkait proses validasi hasil pengukuran indikator mutu</p>		<p>5 10</p>
<p>b) Dilakukan analisis data seperti yang disebutkan dalam pokok pikiran (D, W).</p>		<p>Hasil analisis data yang dilakukan oleh tim mutu sesuai dengan pokok pikiran</p>		<p>Tim mutu dan PJ indikator mutu Penggalian informasi terkait analisis data capaian indikator</p>		<p>0 5 10</p>
<p>c) Disusun rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis dalam bentuk program peningkatan mutu. (R, D, W)</p>		<p>Bukti penyusunan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis</p>		<p>Kepala Puskesmas, Pj mutu dan tim mutu Penggalian informasi terkait</p>		<p>0 5 10</p>

				penyusun rencana tindak lanjut		
d) Dilakukan tindak lanjut dan evaluasi terhadap program peningkatan mutu pada huruf c. (D, W).		Bukti tindak lanjut dan evaluasi program mutu minimal terdiri dari daftar hadir dan notula yang disertai dengan foto kegiatan		PJ mutu dan tim Penggalian informasi terkait tindak lanjut dan evaluasi program mutu		0 5 10
e) Dilakukan pelaporan indikator mutu kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (D, W)		Bukti pelaporan indikator mutu sesuai prosedur yang ditetapkan	Pengamatan hasil pengukuran indikator mutu melalui aplikasi mutu fasyankes	PJ Mutu, tim mutu dan Dinas Kesehatan Kab/ Kota Penggalian informasi terkait pelaporan indikator mutu		0 5 10

a. Kriteria 5.1.4 Peningkatan Mutu dicapai dan dipertahankan.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Terdapat bukti Puskesmas telah mengujicobakan rencana peningkatan mutu berdasarkan kriteria 5.1.1 dan 5.1.2 (D, W).		1. Bukti rencana uji coba peningkatan mutu (PDSA) berdasarkan hasil evaluasi program mutu dan capaian indikator mutu 2. Bukti pelaksanaan uji coba rencana peningkatan mutu		PJ Mutu dan tim mutu	Terdapat bukti Puskesmas telah mengujicobakan rencana peningkatan mutu berdasarkan kriteria 5.1.1 dan 5.1.2 (D, W).	0
				Penggalian informasi terkait penyusunan proses peningkatan mutu (PDSA) berdasarkan hasil capaian indikator mutu		5
						10
b) Terdapat bukti Puskesmas telah melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil uji coba peningkatan		1. Bukti evaluasi hasil uji coba peningkatan mutu a) Bukti hasil tindak lanjut berdasarkan		PJ Mutu dan tim	Terdapat bukti Puskesmas telah melakukan evaluasi dan tindak lanjut	0
				Penggalian informasi terkait evaluasi dan tindak lanjut		5
						10

mutu (D, W).		hasil evaluasi		peningkatan mutu (PDSA) berdasarkan hasil capaian indikator mutu	terhadap hasil uji coba peningkatan mutu (D, W).	
c) Keberhasilan program peningkatan mutu di Puskesmas dikomunikasikan dan disosialisasikan kepada LP dan LS serta dilakukan pendokumentasian kegiatan program peningkatan mutu (D, W).		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti dokumentasi (laporan) pelaksanaan keberhasilan upaya peningkatan mutu 2. Bukti komunikasi hasil peningkatan mutu sesuai mekanisme komunikasi yang ditetapkan oleh Puskesmas 3. Bukti sosialisasi keberhasilan 		<p>PJ mutu dan tim mutu</p> <p>Penggalan informasi terkait pendokumentasian dan komunikasi upaya perbaikan.</p>	<p>Keberhasilan program peningkatan mutu di Puskesmas dikomunikasikan dan disosialisasikan kepada LP dan LS serta dilakukan pendokumentasian kegiatan program peningkatan mutu (D, W).</p>	<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

		upaya peningkatan mutu				
d) Dilakukan pelaporan program peningkatan mutu kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota minimal setahun sekali (D, W)		Bukti pelaporan program peningkatan mutu ke Dinkes Kab/kota yang terintegrasi dalam laporan kinerja Puskesmas		PJ mutu dan tim mutu Penggalian informasi terkait laporan hasil program peningkatan mutu ke Dinkes termasuk pelaporan INM	Dilakukan pelaporan program peningkatan mutu kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota minimal setahun sekali (D, W)	0 5 10

Standar 5.2 Program manajemen risiko.
 Program manajemen risiko digunakan untuk melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring dan reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung, serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan UKM serta masyarakat.
 Upaya manajemen risiko dilaksanakan dengan menyusun program manajemen risiko setiap tahun yang mencakup proses manajemen risiko yaitu komunikasi dan konsultasi, menetapkan konteks, identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko, dan pemantauan dan reviu yang dilakukan serta pelaporan manajemen resiko

a. Kriteria 5.2.1
 Risiko dalam penyelenggaraan berbagai upaya Puskesmas terhadap pengguna layanan, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan diidentifikasi, dan dianalisis.

Elemen Penilaian:	R	D	O	W	S	NILAI
a) Disusun program manajemen risiko untuk ditetapkan oleh Kepala Puskesmas (R, W).	Ditetapkan SK tentang pelaksanaan manajemen resiko dan SOP nya			Penggalian informasi kepada PJ Manajemen resiko tentang pelaksanaan manajemen resiko di Puskesmas		0 5 10
b) Tim Mutu Puskesmas		Bukti pelaksanaan manajemen resiko,		Penggalian informasi, tentang		0

<p>memandu penatalaksanaan risiko (D, W).</p>		<p>yang meliputi poin b).(1) sd b). (4)</p>		<p>progress pelaksanaan manajemen resiko di Puskesmas</p>		<p>5 10</p>
<p>c) Dilakukan identifikasi, analisis dan evaluasi risiko yang dapat terjadi di Puskesmas yang didokumentasikan dalam daftar resiko (D, W).</p>		<p>Bukti identifikasi, analisis dan evaluasi risiko yang terangkum dalam daftar resiko</p>		<p>Penggalian informasi tentang proses identifikasi, analisis dan evaluasi risiko</p>		<p>0 5 10</p>
<p>d) Disusun profil risiko yang merupakan risiko prioritas berdasar evaluasi terhadap hasil identifikasi dan analisis risiko yang ada pada daftar risiko yang</p>		<p>Bukti profil resiko</p>		<p>Penggalian informasi proses penyusunan profil resiko</p>		<p>0 5 10</p>

memerlukan penanganan lebih lanjut (D,W)						
b. Kriteria 5.2.2 Puskesmas melaksanakan penatalaksanaan risiko sesuai dengan ketentuan yang berlaku.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Disusun rencana penanganan risiko yang diintegrasikan dalam perencanaan tingkat Puskesmas sebagai upaya untuk meminimalkan dan/atau memitigasi risiko (D).		Bukti rencana penanganan risiko, yang di implementasikan dalam RUK dan RPK Puskesmas				0 5 10
b) Tim Mutu Puskesmas		Bukti pemantauan pelaksanaan rencana		Penggalian informasi progress		0

<p>membuat pemantauan terhadap rencana penanganan risiko (D,W).</p>		<p>penanganan risiko</p>		<p>pelaksanaan rencana penanganan risiko beserta hambatan dan upaya solusi atas hambatan yang ditemukan</p>		<p>5 10</p>
<p>c) Dilakukan pelaporan kepada Kepala Puskesmas dan kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota serta lintas program dan lintas sektor terkait (D, W).</p>		<p>Bukti penyampaian pelaksanaan manajemen resiko Puskesmas beserta hambatan dan peran serta dinkes kabupaten/kota dan lintas sektor dalam membantu mengatasi hambatan yang ditemukan Puskesmas</p>		<p>Penggalian informasi upaya solusi atas hambatan yang ditemukan dan peran dinkes kabupaten/kota dan lintas sektor</p>		<p>0 5 10</p>
<p>d) Ada bukti</p>		<p>Bukti FMEA</p>		<p>Penggalian</p>		<p>0</p>

<p>Puskesmas telah melakukan dan menindaklanjuti analisis efek modus kegagalan (<i>failure mode effect analysis</i>) minimal setiap setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang diprioritaskan (D, W)</p>				<p>informasi proses penyusunan FMEA</p>		<p>5 10</p>
<p>Standar 5.3 Sasaran keselamatan pasien. Sasaran Keselamatan pasien diterapkan dalam upaya keselamatan pasien. Puskesmas mengembangkan dan menerapkan sasaran keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.</p>						
<p>a. Kriteria 5.3.1 Proses Identifikasi pasien dilakukan dengan benar.</p>						
<p>Elemen Penilaian</p>	<p>R</p>	<p>D</p>	<p>O</p>	<p>W</p>	<p>S</p>	<p>NILAI</p>

<p>a) Dilakukan identifikasi pasien sebelum dilakukan prosedur diagnostik, tindakan, pemberian obat, pemberian imunisasi, dan pemberian diet sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W).</p>	<p>1. SK tentang pelaksanaan SKP 2. SOP pelaksanaan identifikasi pasien</p>	<p>Bukti observasi kepatuhan identifikasi pasien</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan identifikasi pasien oleh petugas Puskesmas</p>	<p>Penggalian informasi tentang siapa saja yang melakukan identifikasi pasien dan cara melakukan identifikasi pasien</p>	<p>0 5 10</p>
<p>b) Dilakukan prosedur tepat identifikasi apabila dijumpai pasien dengan kondisi khusus seperti yang disebutkan pada</p>	<p>SOP pelaksanaan identifikasi pasien dengan kondisi khusus</p>	<p>Bukti identifikasi pasien dengan kondisi khusus yang tercantum dalam rekam medis</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap proses identifikasi pasien dengan kondisi khusus</p>	<p>Penggalian informasi kepada petugas Puskesmas, terkait tata cara indentifikasi pasien apabila</p>	<p>0 5 10</p>

pokok pikiran sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W)				ditemukan pasien dengan kondisi khusus		
<p>b. Kriteria 5.3.2 Proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi dalam pemberian asuhan ditetapkan dan dilaksanakan.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Pemberian perintah secara verbal lewat telepon menggunakan teknik SBAR dan TBAK sesuai dalam pokok pikiran (D, W).		Bukti TBAK dan/atau Bukti SBAR yang dimasukkan dalam rekam medis pasien		Penggalian informasi tentang proses pelaksanaan TBAK atau SBAR		0 5 10
b) Pelaporan kondisi pasien dan		1. Telaah rekam medis		Penggalian informasi tentang	Petugas Puskesmas	0

<p>pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan sesuai dengan prosedur, yaitu ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan, dan dicatat dalam rekam medis, termasuk identifikasi kepada siapa nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium dilaporkan (D,W,S).</p>		<p>2. Telaah buku pencatatan hasil laboratorium</p>		<p>pelaporan kondisi pasien dan pelaporan nilai kritis</p>	<p>diminta untuk mensimulasikan pelaporan nilai kritis</p>	<p>5 10</p>
<p>c) Dilakukan</p>	<p>SOP pelaksanaan</p>	<p>Bukti SBAR yang</p>		<p>Penggalian</p>	<p>Petugas</p>	<p>0</p>

<p>komunikasi efektif pada proses serah terima pasien yang memuat hal kritical dilakukan secara konsisten sesuai dengan prosedur dan metode SBAR dengan menggunakan formulir yang dibakukan (R, D, W, S)</p>	<p>komunikasi efektif</p>	<p>tercatat dalam formular SBAR</p>		<p>informasi tentang pelaksanaan komunikasi efektif pada proses serah terima pasien</p>	<p>Puskesmas diminta untuk mensimulasikan komunikasi efektif pada proses serah terima pasien</p>	<p>5 10</p>
<p>c. Kriteria 5.3.3 Proses untuk meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai ditetapkan dan dilaksanakan.</p>						
<p>Elemen Penilaian</p>	<p>R</p>	<p>D</p>	<p>O</p>	<p>W</p>	<p>S</p>	<p>NILAI</p>
<p>a) Disusun daftar obat yang perlu diwaspadai dan obat</p>	<p>SOP tentang pengelolaan obat yang perlu diwaspadai dan</p>	<p>Daftar obat yang perlu diwaspadai dan obat dengan nama</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelabelan dan</p>	<p>Penggalian informasi tentang proses</p>		<p>0 5</p>

<p>dengan nama atau rupa mirip serta dilakukan pelabelan dan penataan obat yang perlu diwaspadai dan obat dengan nama atau rupa mirip sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang disusun (R, D, O, W).</p>	<p>obat dengan nama dan rupa mirip</p>	<p>atau rupa mirip</p>	<p>penataan obat yang perlu diwaspadai dan obat dengan nama atau rupa mirip</p>	<p>pengelolaan obat yang perlu diwaspadai dan obat dengan nama dan rupa mirip</p>		<p>10</p>
<p>b) Dilakukan pengawasan dan pengendalian penggunaan obat-obatan psikotropika/narkotika dan obat-obatan lain yang perlu diwaspadai (<i>high</i></p>		<p>1. Daftar obat psikotropika/narkotika dan obat-obatan lain yang perlu diwaspadai (<i>high alert</i>) 2. Bukti monitoring penggunaan obat-</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan penyimpanan, pengawasan dan pengendalian penggunaan obat-obatan psikotropika/nark</p>	<p>Penggalian informasi tentang proses penyimpanan, pengawasan dan pengendalian penggunaan obat-obatan psikotropika/nark</p>		<p>0 5 10</p>

<i>alert</i>) (D, O, W)		obatan psikotropika/narko- tika dan obat- obatan lain yang perlu diwaspadai (high alert)	otika dan obat- obatan lain yang perlu diwaspadai (high alert)	otika dan obat- obatan lain yang perlu diwaspadai (<i>high alert</i>).		
<p>d. Kriteria 5.3.4 Proses untuk memastikan tepat pasien, tepat prosedur, dan tepat sisi pada pasien yang menjalani operasi/tindakan medis ditetapkan dan dilaksanakan.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan penandaan sisi operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai dengan kebijakan	SOP penandaan sisi operasi/tindakan medis		<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan penandaan sisi operasi/tindakan medis.</p> <p>Catatan: Observasi dilakukan apabila</p>	<p>Penggalian informasi tentang proses penandaan sisi operasi/tindakan medis yang dilakukan di Puskesmas</p>	<p>Petugas Puskesmas diminta mensimulasikan proses penandaan sisi operasi/tindakan medis</p>	<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

dan prosedur yang ditetapkan (R, O, W, S).			ada kasus yang memerlukan operasi/tindakan medis			
b) Dilakukan verifikasi sebelum operasi/tindakan medis untuk memastikan bahwa prosedur telah dilakukan dengan benar (D, O, W).		Bukti pelaksanaan upaya untuk memastikan benar pasien dan benar prosedur, sebelum dilakukan operasi/tindakan medis. Bukti tersebut dimasukkan ke dalam rekam medis	Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan benar pasien dan benar prosedur, sebelum dilakukan operasi/tindakan medis. Catatan: Observasi dilakukan apabila ada kasus yang memerlukan operasi/tindakan medis	Penggalian informasi tentang proses pelaksanaan benar pasien dan benar prosedur, sebelum dilakukan operasi/tindakan medis.		0 5 10

<p>c) Dilakukan penjedaan (<i>time out</i>) sebelum operasi/tindakan medis untuk memastikan semua pertanyaan sudah terjawab atau meluruskan kerancuan (O, W).</p>			<p>Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan penjedaan (<i>time out</i>) sebelum operasi/tindakan medis</p> <p>Catatan: Observasi dilakukan apabila ada kasus yang memerlukan operasi/tindakan medis</p>	<p>Penggalian informasi tentang proses penjedaan (<i>time out</i>) sebelum operasi/tindakan medis</p>		<p>0 5 10</p>
<p>e. Kriteria 5.3.5 Proses kebersihan tangan diterapkan untuk menurunkan risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.</p>						
<p>Elemen Penilaian</p>	<p>R</p>	<p>D</p>	<p>O</p>	<p>W</p>	<p>S</p>	<p>NILAI</p>
<p>a) Ditetapkan standar kebersihan tangan</p>	<p>1. SOP tentang Langkah kebersihan</p>					<p>0</p>

<p>yang mengacu pada standar WHO (R).</p>	<p>tangan 2. SOP tentang indikasi kebersihan tangan dan peluang kebersihan tangan</p>				<p>5 10</p>
<p>b) Dilakukan kebersihan tangan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan (D, O, W)</p>		<p>Bukti observasi kepatuhan kebersihan tangan</p>	<p>Pengamatan surveior terhadap budaya kebersihan tangan di Puskesmas</p>	<p>Penggalian informasi kepada petugas Puskesmas untuk mengetahui tingkat pemahaman petugas Puskesmas terkait : 1. Langkah kebersihan tangan 2. Indikasi kebersihan tangan 3. Peluang</p>	<p>0 5 10</p>

				kebersihan tangan		
f. Kriteria 5.3.6 Proses untuk mengurangi risiko pasien jatuh disusun dan dilaksanakan.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan penapisan pasien dengan risiko jatuh di rawat jalan dan pengkajian risiko jatuh di IGD dan rawat inap sesuai dengan kebijakan dan prosedur serta dilakukan upaya untuk mengurangi risiko tersebut (R, O, W, S).	<ol style="list-style-type: none"> SOP penapisan pasien dengan risiko jatuh di rawat jalan SOP pengkajian risiko jatuh di IGD SOP pengkajian risiko jatuh di rawat inap 		Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan penapisan pasien dengan risiko jatuh	Penggalian informasi kepada Puskesmas untuk mengetahui tingkat pemahaman tentang tata cara pelaksanaan penapisan pasien dengan risiko jatuh sesuai dengan tempatnya (rawat jalan/rawat inap/IGD)	Petugas Puskesmas diminta mensimulasikan tata cara penapisan pasien dengan risiko jatuh sesuai dengan tempatnya (rawat jalan/rawat inap/IGD)	0 5 10

<p>b) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut untuk mengurangi risiko terhadap situasi dan lokasi yang diidentifikasi berisiko terjadi pasien jatuh (D, W)</p>		<p>1. Bukti dilakukan evaluasi untuk mengurangi risiko terhadap situasi dan lokasi yang diidentifikasi berisiko terjadi pasien jatuh</p> <p>2. Bukti dilakukan tindak lanjut dari hasil evaluasi</p>		<p>Penggalian informasi tentang evaluasi dan tindak lanjut untuk mengurangi risiko terhadap situasi dan lokasi yang diidentifikasi berisiko terjadi pasien jatuh</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
<p>Standar 5.4 Pelaporan insiden keselamatan pasien dan pengembangan budaya keselamatan.</p> <p>Puskesmas menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan pengembangan budaya keselamatan. Pelaporan insiden keselamatan pasien berhubungan dengan budaya keselamatan di Puskesmas dan diperlukan untuk mencegah insiden lebih lanjut atau berulang pada masa mendatang yang akan membawa dampak kerugian yang lebih besar bagi Puskesmas</p>						
<p>a. Kriteria 5.4.1</p>						

Dilakukan pelaporan, dokumentasi, analisis akar masalah, dan penyusunan tindakan korektif sebagai upaya perbaikan, dan pencegahan potensi insiden keselamatan pasien.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan pelaporan jika terjadi insiden sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan kepada tim keselamatan pasien dan kepala puskesmas yang disertai dengan analisis, investigasi insiden, dan tindak lanjut terhadap insiden (R, D, W).	1. SK pelaporan insiden keselamatan pasien	1. Bukti dilakukan pelaporan IKP, baik internal atau eksternal		Penggalian informasi tentang proses pelaporan insiden		0
	2. SOP pelaporan insiden keselamatan pasien secara internal	2. Bukti analisis, investigasi insiden		keselamatan pasien		5
	3. SOP pelaporan insiden keselamatan pasien secara eksternal	3. Bukti tindaklanjut perbaikan untuk mencegah terjadinya insiden secara berulang				10
b) Dilakukan pelaporan kepada Komite Nasional		Bukti pelaporan IKP melalui aplikasi pelaporan IKP, baik	Pengamatan surveior terhadap pelaporan IKP	Penggalian informasi tentang proses pelaporan		0
						5

Keselamatan Pasien (KNKP) terhadap insiden, analisis, dan tindak lanjut sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan (D, O, W)		pelaporan nihil atau pelaporan jika terjadi KTD atau sentinel	melalui aplikasi pelaporan IKP	insiden keselamatan pasien ke KNKP		10
b. Kriteria 5.4.2 Tenaga kesehatan pemberi asuhan berperan penting dalam memperbaiki perilaku dalam pemberian pelayanan yang mencerminkan budaya mutu dan budaya keselamatan.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan pengukuran budaya keselamatan pasien dengan melakukan survei budaya keselamatan pasien yang menjadi acuan		Bukti observasi kepatuhan terhadap kode etik dan peraturan internal Puskesmas, yang terdiri dari unsur untuk meningkatkan		Penggalan informasi terkait latar belakang penyusunan komponen dalam kode etik dan peraturan		0 5 10

dalam program budaya keselamatan (D,W).		mutu dan keselamatan pasien		internal yang disusun untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien		
b) Puskesmas membuat sistem untuk mengidentifikasi dan menyampaikan laporan perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan atau "tidak dapat diterima" dan upaya perbaikannya (D, W).		Terdapat mekanisme atau sistem yang tertuang dalam SOP, untuk laporan terhadap penemuan perilaku yang melanggar kode etik dan peraturan internal		Penggalian informasi alur pelaporan dan sistem jaminan kerahasiaan pelapor		0 5 10
c) Dilakukan edukasi tentang mutu klinis dan keselamatan		1. Bukti sosialisasi kode etik dan peraturan internal,		Penggalian informasi kepada petugas		0 5

<p>pasien pada semua tenaga kesehatan pemberi asuhan (D, W)</p>		<p>dimana komponennya terdiri dari unsur peningkatan mutu dan keselamatan pasien</p> <p>2. Terdapat bukti tindak lanjut atas pelaporan adanya tindakan yang melanggar kode etik dan peraturan internal</p>		<p>Puskesmas, terkait pemahamannya terhadap kode etik dan peraturan internal Puskesmas serta hubungannya antara isi dalam kode etik dan peraturan internal tersebut dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien</p>	<p>10</p>
---	--	--	--	--	-----------

<p>Standar 5.5 Program pencegahan dan pengendalian infeksi.</p> <p>Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan Kesehatan.</p> <p>Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan</p>						
<p>a. Kriteria 5.5.1</p> <p>Regulasi dan program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan oleh seluruh karyawan Puskesmas secara komprehensif untuk mencegah dan meminimalkan risiko terjadinya infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>1. Puskesmas menyusun rencana dan melaksanakan program PPI yang terdiri atas (R, D):</p> <p>(1) implementasi kewaspadaan isolasi yang terdiri atas kewaspadaan standar dan</p>	<p>Ditetapkan SK Pelaksanaan PPI Terdapat :</p> <p>1. SOP Perencanaan PPI</p> <p>2. SOP Pelaksanaan PPI</p>	<p>1. Bukti Dokumen Perencanaan PPI yang terdapat dalam RUK dan RPK Puskesmas</p> <p>2. Bukti Pelaksanaan PPI di Puskesmas</p>				0
						5

<p>kewaspadaan berdasar transmisi, (2) pendidikan dan pelatihan PPI (dapat berupa pelatihan atau lokakarya) baik bagi petugas maupun pasien dan keluarga, serta masyarakat, (3) penyusunan dan penerapan bundel infeksi terkait pelayanan kesehatan, (4) pemantauan (monitoring) pelaksanaan</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>kewaspadaan isolasi, (5) surveilans penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan dan, (6) penggunaan anti mikroba secara bijak dan komprehensif dalam penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas</p>					
<p>2. Dilakukan pemantauan, evaluasi, tindak lanjut, dan pelaporan terhadap pelaksanaan</p>		<p>1. Bukti pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program PPI dengan indikator</p>		<p>Penggalian Informasi terkait pemantauan, evaluasi, tindak lanjut, dan pelaporan</p>	<p>0 5 10</p>

<p>program PPI dengan menggunakan indikator yang ditetapkan (D, W)</p>		<p>yang telah ditetapkan.</p> <p>2. Bukti penilaian kinerja PPI</p> <p>3. Bukti rekomendasi perbaikan dan tindaklanjutnya dari hasil monev program PPI</p>		<p>terhadap pelaksanaan program PPI</p>		
<p>b. Kriteria 5.5.2</p> <p>Dilakukan identifikasi berbagai risiko infeksi dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai dasar untuk menyusun dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko tersebut.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dilakukan identifikasi dan kajian risiko infeksi terkait dengan penyelenggaraan</p>		<p>1. Data supervisi/hasil audit Program PPI</p> <p>2. Jika ada renovasi dilakukan IcrA</p>		<p>Penggalian Informasi terkait pelaksanaan audit program dan penyusunan ICRA</p>		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

pelayanan di Puskesmas (D, W).		konstruksi		konstruksi jika ada renovasi.		
<p>b) Disusun dan dilaksanakan strategi untuk meminimalkan risiko infeksi terkait dengan penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas dan dipastikan ketersediaan (a) sampai (c) yang tercantum dalam bagian Pokok Pikiran (D, W)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen ICRA Program PPI 2. Dokumen Plan of Action (POA) sesuai hasil ICRA 3. Bukti evaluasi hasil kegiatan program PPI 		<p>Penggalian Informasi terkait penyusunan ICRA program dan penyusunan POA dan evaluasi kegiatan PPI</p>		<p>0 5 10</p>
<p>c. Kriteria 5.5.3 Puskesmas yang mengurangi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan perlu melaksanakan dan mengimplementasikan program PPI untuk mengurangi risiko infeksi baik bagi pasien, petugas, keluarga pasien, masyarakat, maupun lingkungan.</p>						

Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Terdapat bukti penerapan dan pemantauan prinsip kewaspadaan standar sesuai dengan Pokok Pikiran pada angka (1) sampai dengan angka (9) sesuai dengan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W).	SOP penerapan kewaspadaan standar seperti Penggunaan APD, pengelolaan Linen, penempatan pasien, pengolahan limbah, Dekontamina si peralatan perawatan pasien dengan benar dll	Dokumen Bukti penerapan kewaspadaan standar berdasarkan regulasi yang telah ditetapkan di Puskesmas	Pengamatan surveior terhadap pelaksanaan penerapan kewaspadaan standar sesuai regulasi yang ditetapkan	Penggalian informasi terkait proses penerapan kewaspadaan standar		0
						5
						10
b) Jika ada pengelolaan pada pokok pikiran angka (6) sampai dengan angka (8) yang dilaksanakan oleh pihak ketiga,		Bukti MOU dengan pihak ketiga		Penggalian informasi terkait proses dan pelaksanaan kerjasama dengan pihak ketiga		0
						5
						10

<p>Puskesmas harus memastikan standar mutu diterapkan oleh pihak ketiga sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (D, W)</p>						
<p>d. Kriteria 5.5.4 Puskesmas melakukan upaya kebersihan tangan sesuai standar.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dilakukan edukasi kebersihan tangan pada seluruh karyawan Puskesmas, pasien, dan keluarga pasien (D, W).</p>		<p>Dokumen edukasi kebersihan tangan kepada karyawan Puskesmas, pasien, dan keluarga pasien seperti penyediaan media edukasi leflet, video dll, foto2</p>		<p>Penggalian informasi tentang pelaksanaan edukasi kebersihan tangan kepada petugas Puskesmas dan</p>		<p>0 5 10</p>

		edukasi, daftar hadir dan undangan saat melakukan edukasi jika ada		pasien		
b)	Sarana dan prasarana untuk kebersihan tangan tersedia di tempat pelayanan (O).		Pengamatan surveior terhadap tersedianya perlengkapan dan peralatan kebersihan tangan seperti wastafel, ketersediaan air, handrub, tisu dll			0 5 10
c)	Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebersihan tangan secara periodik sesuai dengan	1. dokumen audit kebersihan tangan 2. dokumen evaluasi penyediaan perlengkapan dan		Penggalian informasi terkait pelaksanaan evaluasi kebersihan tangan		0 5 10

ketentuan yang ditetapkan (D, W)		peralatan kebersihan tangan				
<p>e. Kriteria 5.5.5 Dilakukan upaya pencegahan penularan infeksi dengan penerapan kewaspadaan berdasar transmisi dalam penyelenggaraan pelayanan pasien yang dapat ditularkan melalui transmisi.</p>						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
<p>a) Dilakukan identifikasi penyakit infeksi yang ditularkan melalui transmisi <i>airborne</i> dan prosedur atau tindakan yang dilayani di Puskesmas yang menimbulkan aerosolisasi serta upaya pencegahan penularan infeksi melalui transmisi</p>	<p>1. SOP / alur pemisahan pelayanan Pasien untuk mencegah terjadinya transmisi</p> <p>2. SOP penetapan prosedur pelayanan unbtuk mencegah terjadinya transmisi</p>		pengamatan	Penggalian		0
			surveior terhadap proses pemisahan pasien untuk mencegah terjadinya transmisi	informasi terkait proses pemisahan pelayanan pasien dan penerapan prosedur pelayanan untuk mencegah terjadinya transmisi		5
			penularan sesuai dengan regulasi dan penerapan prosedur pelayanan untuk mencegah transmisi	mencegah terjadinya transmisi		10

<p><i>airborne</i> dengan pemakaian APD, penataan ruang periksa, penempatan pasien, ataupun transfer pasien sesuai dengan regulasi yang disusun (R, O, W)</p>					
<p>b) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil pemantauan terhadap pelaksanaan penataan ruang periksa, penggunaan APD, penempatan pasien, dan transfer pasien untuk mencegah transmisi infeksi (D, W).</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen bukti evaluasi penerapan kewaspadaan berdasarkan transmisi 2. Dokumen hasil tindak lanjut penerapan kewaspadaan berdasarkan transmisi 		<p>Penggalian informasi terkait proses monitoring dan evaluasi penerapan kewaspadaan berdasarkan transmisi</p>	<p>0 5 10</p>

f. Kriteria 5.5.6 Ditetapkan dan dilakukan proses untuk menangani <i>outbreak</i> infeksi, baik di Puskesmas maupun di wilayah kerja Puskesmas.						
Elemen Penilaian	R	D	O	W	S	NILAI
a) Dilakukan identifikasi mengenai kemungkinan terjadinya <i>outbreak</i> infeksi, baik yang terjadi di Puskesmas maupun di wilayah kerja Puskesmas (D, W).		Dokumen data kasus <i>outbreak</i> yang terjadi di Puskesmas dan wilayah kerja Puskesmas		Penggalan informasi terkait proses pengumpulan data <i>outbreak</i> kepada petugas Puskesmas, Dinkes Kabupaten/kota dan lintas sektor		0 5 10
b) Jika terjadi <i>outbreak</i> infeksi, dilakukan penanggulangan sesuai dengan kebijakan, panduan, protokol kesehatan, dan prosedur yang		Dokumen penanganan kejadian <i>outbreak</i> di Puskesmas		Penggalan informasi terkait dengan kejadian KLB kepada petugas Puskesmas, Dinkes		0 5 10

disusun serta dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan penanggulangan sesuai dengan regulasi yang disusun (D, W)				Kabupaten/kota dan lintas sektor		
---	--	--	--	----------------------------------	--	--

BAB III
PENUTUP

Penyelenggaraan akreditasi Puskesmas dilaksanakan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan dan terwujudnya perbaikan tata kelola di Puskesmas.

Dengan disusunnya instrumen akreditasi Puskesmas, diharapkan semua pihak yang terkait dalam penyelenggaraan akreditasi Puskesmas baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga penyelenggara akreditasi, maupun pemangku kepentingan lainnya, dapat melaksanakan akreditasi Puskesmas secara efektif dan efisien.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

