



**Instrumen Survei
Akreditasi Puskesmas
Tahun 2016**

Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi				
<p>Standar: 1.1. Analisis Kebutuhan Masyarakat dan Perencanaan Puskesmas Kebutuhan masyarakat akan pelayanan Puskesmas diidentifikasi dan tercermin dalam Upaya Puskesmas. Peluang untuk pengembangan dan peningkatan pelayanan diidentifikasi dan dituangkan dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan.</p>					
<p>Kriteria: 1.1.1. Di Puskesmas ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat dan dilakukan kerja sama untuk mengidentifikasi dan merespons kebutuhan dan harapan masyarakat akan pelayanan Puskesmas yang dituangkan dalam perencanaan.</p>					
<p>Pokok Pikiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyediakan pelayanan kepada masyarakat. Oleh karena itu perlu ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan permasalahan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya dengan mendapatkan masukan dari masyarakat melalui proses pemberdayaan masyarakat. • Penilaian kebutuhan masyarakat dilakukan dengan melakukan pertemuan dengan tokoh-tokoh masyarakat, sektor terkait, dan kegiatan survei mawas diri, serta memperhatikan data surveilans untuk kemudian dilakukan analisis kesehatan komunitas (<i>community health analysis</i>) sebagai bahan penyusunan rencana Puskesmas. • Rencana Puskesmas dituangkan dalam bentuk rencana lima tahunan dan rencana tahunan berupa Rencana Usulan Kegiatan untuk anggaran tahun berikut dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan untuk anggaran tahun berjalan, yang diuraikan lebih lanjut dalam rencana kegiatan bulanan, baik untuk kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. • Dalam penyusunan rencana usulan kegiatan memperhatikan siklus perencanaan yang ada di daerah melalui mekanisme musrenbang desa, kecamatan, kabupaten, dengan memperhatikan potensi daerah masing-masing dan waktu pelaksanaan musrenbang. • Bagi Puskesmas yang ditetapkan sebagai PPK-BLUD harus menyusun rencana strategi bisnis dan rencana bisnis anggaran, sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan tentang PPK-BLUD. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan berdasarkan prioritas			Jenis-jenis pelayanan yang disediakan di puskesmas (baik UKM maupun UKP) ditetapkan dalam bentuk Surat Keputusan Kepala Puskesmas		0 5 10
2. Tersedia informasi tentang jenis pelayanan dan jadwal pelayanan.			Informasi tentang jenis pelayanan disediakan dalam bentuk, antara lain: Brosur, flyer, papan pemberitahuan, poster.		0 5 10
3. Ada upaya untuk menjalin komunikasi dengan masyarakat.	Tokoh masyarakat, Kepala Puskesmas, Petugas.	Komunikasi Puskesmas dg masyarakat	Rekam kegiatan menjalin komunikasi		0 5 10

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
4. Ada Informasi tentang kebutuhan dan harapan masyarakat yang dikumpulkan melalui survei atau kegiatan lainnya.			Ada bukti dokumen yang berisi hasil-hasil identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat yang dikumpulkan melalui kegiatan survei dan/atau kegiatan lain		0 5 10
5. Ada perencanaan Puskesmas yang disusun berdasarkan analisis kebutuhan masyarakat dengan melibatkan masyarakat dan sektor terkait yang bersifat komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.	Kepala Puskesmas, pengelola program, lintas sektor, tokoh masyarakat	Proses penyusunan perencanaan Puskesmas	RUK dan RPK Puskesmas, yang didalamnya menunjukkan bahwa perencanaan disusun berdasar hasil analisis kebutuhan masyarakat		0 5 10
6. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab, dan Pelaksana Kegiatan menyelaraskan antara kebutuhan dan harapan masyarakat dengan visi, misi, fungsi dan tugas pokok Puskesmas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan.	Proses penyusunan perencanaan Puskesmas: keselarasan antara rencana, kebutuhan dan harapan masyarakat, visi, misi, tupoksi.	Pada dokumen rencana, memuat visi, misi, fungsi dan tugas pokok puskesmas yang menjadi dasar dalam penyusunan rencana. Pada rapat penyusunan rencana, kepala puskesmas menjelaskan kembali tentang visi, misi, fungsi dan tugas pokok puskesmas		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi
<p>Kriteria: 1.1.2. Dilakukan pembahasan bersama dengan masyarakat secara proaktif untuk mengetahui dan menanggapi respons masyarakat terhadap mutu dan kinerja pelayanan, untuk meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan, pelaksanaan upaya Puskesmas, dan terhadap sarana prasarana pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas.</p>	
<p>Pokok Pikiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mutu dan Kinerja Pelayanan perlu diupayakan untuk ditingkatkan secara berkesinambungan, oleh karena itu umpan balik dari masyarakat dan pengguna pelayanan Puskesmas secara aktif diidentifikasi sebagai bahan untuk penyempurnaan pelayanan Puskesmas. Pembahasan dengan masyarakat dapat dilakukan melalui survey mawas diri (SMD), musyawarah masyarakat desa (MMD), maupun pertemuan-pertemuan konsultatif dengan masyarakat. 	

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pengguna pelayanan diikutsertakan secara aktif untuk memberikan umpan balik tentang mutu, kinerja pelayanan dan kepuasan terhadap pelayanan Puskesmas	Tokoh masyarakat, sasaran program, pasien/keluarga pasien	Umpan balik pelayanan	Bukti dilakukannya upaya mendapat umpan balik dari masyarakat, bisa melalui survei, kotak saran, keluhan, klaim, maupun pertemuan di puskesmas atau di lapangan yang mengundang pengguna pelayanan untuk memperoleh umpan balik		0 5 10
2. Ada proses identifikasi terhadap tanggapan masyarakat tentang mutu pelayanan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program, pelaksana kegiatan.	Proses identifikasi dan analisis umpan balik masyarakat	SOP identifikasi kebutuhan masyarakat dan tanggap masyarakat terhadap mutu pelayanan. Hasil identifikasi dan analisis umpan balik masyarakat		0 5 10
3. Ada upaya menanggapi harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan dalam rangka memberikan kepuasan bagi pengguna pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan, tokoh masyarakat, pasien.	Upaya-upaya yang telah dilakukan untuk menanggapi umpan balik	Dokumen bukti respons terhadap umpan balik masyarakat		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi
20% - 79% terpenuhi sebagian
< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

1.1.3. Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi secara inovatif

Pokok Pikiran:

- Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan tidak sama antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, prioritas masalah kesehatan dapat berbeda antar daerah, oleh karena itu perlu diidentifikasi peluang pengembangan Upaya dan kegiatan Puskesmas, serta peluang perbaikan mutu dan kinerja.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi untuk perbaikan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan.	Identifikasi dan respons peluang pengembangan pelayanan	Hasil identifikasi peluang perbaikan dan tindak lanjutnya		0 5 10

2. Didorong adanya inovasi dalam pengembangan pelayanan, dan diupayakan pemenuhan kebutuhan sumber daya	Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan	Motivasi dari Kepala Puskesmas untuk melakukan inovasi melalui diterapkannya siklus PDSA/PDCA	Bukti-bukti inovasi perbaikan program/ pelayanan di Puskesmas, dengan metoda PDSA/PDCA		0 5 10
3. Mekanisme kerja dan teknologi diterapkan dalam pelayanan untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam rangka memberikan kepuasan kepada pengguna pelayanan.	Penanggung jawab program, pelaksana kegiatan	Perbaikan dalam mekanisme kerja (SOP) dan teknologi sebagai hasil inovasi perbaikan	Hasil-hasil perbaikan program/pelayanan (melalui siklus PDSA/PDCA) ditunjukkan dengan adanya perbaikan mekanisme kerja (SOP) dan/atau penggunaan teknologi untuk perbaikan mutu pelayanan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
1.1.4. Perencanaan Operasional Puskesmas disusun secara terintegrasi berdasarkan visi, misi, tujuan Puskesmas, dan perencanaan strategis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan hasil analisis kebutuhan masyarakat dan analisis kesehatan masyarakat, Puskesmas bersama dengan sektor terkait dan masyarakat menyusun Rencana Lima Tahunan (rencana strategis). Berdasarkan rencana lima tahunan tersebut, Puskesmas menyusun Rencana Operasional Puskesmas yang dituangkan dalam Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk periode tahun yang akan datang yang merupakan usulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk tahun berjalan berdasarkan anggaran yang tersedia untuk tahun tersebut. Rencana Usulan Kegiatan (RUK) disusun secara terintegrasi melalui pembentukan tim Perencanaan Tingkat Puskesmas (Tim PTP), yang akan dibahas dalam musrenbang desa dan musrenbang kecamatan untuk kemudian diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada Rencana Usulan Kegiatan (RUK) disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan Puskesmas, melalui analisis kebutuhan masyarakat.			RUK Puskesmas: bandingkan dengan rencana lima tahunan puskesmas apakah sesuai atau tidak	SPM Kesehatan Kabupaten dan rencana pencapaian SPM Kabupaten yang menjadi dasar penyusunan rencana lima tahunan Puskesmas	0 5 10
2. Ada Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas sesuai dengan anggaran yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk tahun berjalan.			RPK Puskesmas: periksa apakah kegiatan-kegiatan dalam RPK sesuai dengan rencana anggaran yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota	Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia)	0 5 10

3. Penyusunan RUK dan RPK dilakukan secara lintas program dan lintas sektoral.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan lintas sektor	Proses penyusunan RUK dan RPK	Notulen rapat penyusunan perencanaan Puskesmas: keselarasan rencana dengan informasi kebutuhan harapan masyarakat, serta visi, misi, tupoksi Puskesmas	0 5 10	
4. RUK dan RPK merupakan rencana terintegrasi dari berbagai Upaya Puskesmas.			RUK dan RPK Puskesmas merupakan rencana terintegrasi baik UKM maupun UKP	0 5 10	
5. Ada kesesuaian antara Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dengan Rencana Usulan kegiatan (RUK) dan Rencana Lima Tahunan Puskesmas.			RUK dan RPK Puskesmas merupakan rencana terintegrasi, dan rencana lima tahunan pencapaian SPM Puskesmas	0 5 10	
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
1.1.5. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas wajib memonitor pelaksanaan dan pencapaian pelaksanaan pelayanan dan Upaya Puskesmas dan mengambil langkah tindak lanjut untuk revisi/perbaikan rencana bila diperlukan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Perubahan rencana operasional dimungkinkan apabila terjadi perubahan kebijakan pemerintah tentang Upaya/Kegiatan Puskesmas maupun dari hasil monitoring dan pencapaian Upaya/Kegiatan Puskesmas. Revisi terhadap rencana harus dilakukan dengan alasan yang tepat sebagai upaya pencapaian yang optimal dari kinerja Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme monitoring yang dilakukan oleh Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas untuk menjamin bahwa pelaksana melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan operasional.			Ketentuan tentang mekanisme monitoring yang dituangkan dalam kebijakan Kepala Puskesmas (mekanisme monitoring antara lain dilakukan melalui minilokakarya bulanan, pertemuan oleh masing-masing penanggung jawab upaya puskesmas, telaah terhadap laporan bulanan, atau supervisi oleh kepala puskesmas ataupun penanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan		0 5 10

2. Ada indikator yang digunakan untuk monitoring dan menilai proses pelaksanaan dan pencapaian hasil pelayanan.			SK Kepala Puskesmas tentang penetapan indikator prioritas untuk monitoring dan menilai kinerja	SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota tentang indikator-indikator prioritas dalam pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota	0 5 10
3. Ada mekanisme untuk melaksanakan monitoring penyelenggaraan pelayanan dan tindaklanjutnya baik oleh Pimpinan Puskesmas maupun Penanggung jawab Upaya Puskesmas.	Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan.	Pelaksanaan monitoring oleh Kepala Puskesmas, Pelaksanaan monitoring oleh Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan	SOP monitoring, analisis thd hasil monitoring, dan tindak lanjut monitoring		0 5 10
4. Ada mekanisme untuk melakukan revisi terhadap perencanaan operasional jika diperlukan berdasarkan hasil monitoring pencapaian kegiatan dan bila ada perubahan kebijakan pemerintah.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan	Revisi rencana berdasarkan hasil monitoring	Revisi rencana, program kegiatan, pelaksanaan program berdasar hasil monitoring		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
1.2. Akses dan Pelaksanaan Kegiatan					
Strategi perbaikan yang berkesinambungan diterapkan agar penyelenggaraan pelayanan tepat waktu, dilakukan secara profesional dan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat, serta tujuan Puskesmas.					
Kriteria:					
1.2.1. Jenis-jenis pelayanan Puskesmas memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan dan masyarakat					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama wajib menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Peraturan Perundangan yang berlaku dan pedoman dari Kementerian Kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat. Jenis-jenis pelayanan yang disediakan perlu diketahui dan dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat, sebagai wujud pemenuhan akses masyarakat terhadap pelayanan yang dibutuhkan 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan jenis-jenis pelayanan sesuai dengan Peraturan Perundangan dan Pedoman dari Kementerian Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat			Ketetapan Kepala Puskesmas ttg jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas		0 5 10

2. Pengguna pelayanan mengetahui jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas dan memanfaatkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan tersebut.	Sasaran program, pasien, keluarga pasien	Pemahaman tentang jenis pelayanan yang disediakan	Bukti dilakukannya sosialisasi tentang jenis-jenis pelayanan pada pengguna pelayanan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
1.2.2. Seluruh jajaran Puskesmas dan masyarakat memperoleh informasi yang memadai tentang kegiatan-kegiatan Puskesmas sesuai dengan perencanaan yang disusun.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas perlu diketahui oleh masyarakat sebagai pengguna pelayanan, oleh lintas program, dan sektor terkait untuk meningkatkan kerjasama, saling memberi dukungan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dan upaya lain yang terkait dengan kesehatan untuk mengupayakan pembangunan berwawasan kesehatan 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Masyarakat dan pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektoral mendapat informasi yang memadai tentang tujuan, sasaran, tugas pokok, fungsi dan kegiatan Puskesmas	Sasaran program, masyarakat, pasien, keluarga pasien, lintas program, lintas sektor.	Informasi ttg tujuan, sasaran, tupoksi, dan kegiatan Puskesmas.	Rekam bukti pemberian informasi lintas program dan lintas sektor tentang tujuan, sasaran, tugas pokok, fungsi, dan kegiatan puskesmas		0 5 10
2. Ada penyampaian informasi dan sosialisasi yang jelas dan tepat berkaitan dengan program kesehatan dan pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas kepada masyarakat dan pihak terkait.	Sasaran program, masyarakat, pasien, keluarga pasien, lintas program, lintas sektor	Kejelasan dan ketepatan pemberian informasi	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap penyampain informasi kepada masyarakat, sasaran program, lintas program, lintas sektor		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
1.2.3. Akses masyarakat terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan dalam pelaksanaan kegiatan memadai dan tepat waktu, serta terjadi komunikasi timbal balik antara pengelola dan pelaksana pelayanan Puskesmas dengan masyarakat.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, baik pengelola maupun pelaksana pelayanan harus mudah diakses oleh masyarakat ketika masyarakat membutuhkan baik untuk pelayanan preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif sesuai dengan kemampuan Puskesmas. 					

<ul style="list-style-type: none"> Berbagai strategi komunikasi untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan dapat dikembangkan, antara lain melalui papan pengumuman, pemberian arah tanda yang jelas, media cetak, telepon, sms, media elektronik, ataupun internet. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Puskesmas mudah dijangkau oleh pengguna pelayanan	Sasaran program, pasien, keluarga pasien	Kemudahan menjangkau Puskesmas	Hasil evaluasi tentang akses terhadap petugas yang melayani program, dan akses terhadap Puskesmas		0 5 10
2. Proses penyelenggaraan pelayanan memberi kemudahan bagi pelanggan untuk memperoleh pelayanan	Sasaran program, pasien, keluarga pasien	Kemudahan memperoleh pelayanan Puskesmas	Hasil evaluasi tentang kemudahan untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan		0 5 10
3. Tersedia pelayanan sesuai jadwal yang ditentukan.	Petugas pelaksana program, pelayanan di Puskesmas	Pelaksanaan jadwal pelayanan	Jadwal pelayanan dan bukti pelaksanaan		0 5 10
4. Teknologi dan mekanisme kerja dalam penyelenggaraan pelayanan memudahkan akses terhadap masyarakat.	Petugas pelaksana program, pelayanan di Puskesmas	Mekanisme penyelenggaraan pelayanan			0 5 10
5. Ada strategi komunikasi untuk memfasilitasi kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan.	Petugas pelaksana program, pelayanan di Puskesmas	Strategi komunikasi dengan masyarakat untuk memfasilitasi kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan	Bukti pelaksanaan komunikasi dengan masyarakat untuk memfasilitasi kemudahan akses		0 5 10
6. Tersedia akses komunikasi dengan pengelola dan pelaksana untuk membantu pengguna pelayanan dalam memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan spesifik pengguna pelayanan.			Media komunikasi yang disediakan dan rekam bukti adanya komunikasi masyarakat/pengguna pelayanan dengan pengelola dan/atau pelaksana		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
1.2.4. Penjadwalan pelaksanaan pelayanan disepakati bersama dan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan yang direncanakan					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Kegiatan pelayanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas harus dijadwalkan dan dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang direncanakan dalam rangka mewujudkan efektivitas dan efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan jadwal pelaksanaan kegiatan Puskesmas.			Jadwal pelaksanaan kegiatan Puskesmas		0 5 10
2. Jadwal pelaksanaan kegiatan disepakati bersama.	Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan	Proses/cara penyusunan jadwal dan memperoleh kesepakatan dengan pengguna/ masyarakat			0 5 10
3. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal dan rencana yang disusun	Pelaksana program dan pelayanan di Puskesmas	Pelaksanaan program sesuai dengan jadwal	Hasil evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan apakah sesuai dengan jadwal		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi

20% - 79% terpenuhi sebagian

< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

1.2.5. Penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas didukung oleh suatu mekanisme kerja agar tercapai kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan, dilaksanakan secara efisien, minimal dari kesalahan dan mencegah terjadinya keterlambatan dalam pelaksanaan.

Pokok Pikiran:

- Kegiatan pelayanan dan upaya Puskesmas perlu dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip efektif dan efisien. Perlu ada suatu mekanisme kerja yang terintegrasi untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi sehingga tidak terjadi keterlambatan dan kesalahan dalam pelaksanaan kegiatan.
- Kesalahan yang mungkin terjadi dalam proses kegiatan perlu diantisipasi, sehingga upaya pencegahan dapat dilakukan sehingga tidak terjadi kesalahan ataupun risiko dalam penyelenggaraan proses kegiatan. Prinsip-prinsip manajemen risiko yang sederhana, baik yang bersifat reaktif maupun proaktif perlu mulai diterapkan dalam penyelenggaraan pelayanan Puskesmas.
- Koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan baik dengan komunikasi lisan maupun tertulis, dan dilakukan koordinasi melalui mekanisme lokakarya mini Puskesmas baik secara lintas program maupun lintas sektoral.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada koordinasi dan integrasi dalam penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas dengan pihak terkait, sehingga terjadi efisiensi dan menjamin keberlangsungan pelayanan.	Lintas program, lintas sektor.	Koordinasi dan integrasi dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di Puskesmas	SOP koordinasi dan integrasi penyelenggaraan program dan penyelenggaraan pelayanan	Pedoman Mini lokakarya Puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia)	0 5 10
2. Mekanisme kerja, prosedur dan pelaksanaan kegiatan didokumentasikan.	Pelaksana program dan pelayanan di Puskesmas	Pelaksanaan pendokumentasian prosedur dan pencatatan kegiatan	Bukti pendokumentasian prosedur dan pencatatan kegiatan		0 5 10

3. Dilakukan kajian terhadap masalah-masalah spesifik yang ada dalam proses penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas, untuk kemudian dilakukan koreksi dan pencegahan agar tidak terulang kembali	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Proses identifikasi, kajian, tindak lanjut masalah-masalah spesifik yang terkait dg penyelenggaraan program dan pelayanan Puskesmas	SOP tentang kajian dan tindak lanjut thd masalah-masalah spesifik dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di Puskesmas. Hasil kajian terhadap masalah-masalah spesifik dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di Puskesmas		0 5 10
4. Dilakukan kajian terhadap masalah-masalah yang potensial terjadi dalam proses penyelenggaraan pelayanan dan dilakukan upaya pencegahan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Proses identifikasi, kajian, tindak lanjut masalah-masalah potensial yang mungkin terjadi dalam penyelenggaraan program dan pelayanan Puskesmas	Hasil kajian dan tindak lanjut thd masalah-masalah yang potensial terjadi dalam penyelenggaraan pelayanan		0 5 10
5. Penyelenggara pelayanan secara konsisten mengupayakan agar pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan tertib dan akurat agar memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan.	Pelaksana program dan pelayanan di Puskesmas	Monitoring pelaksanaan kegiatan dan pelayanan Puskesmas	Bukti pelaksanaan kegiatan monitoring pelaksanaan kegiatan dan pelayanan Puskesmas, serta tindak lanjutnya.		0 5 10
6. Informasi yang akurat dan konsisten diberikan kepada pengguna pelayanan dan pihak terkait.	Tokoh masyarakat, sasaran program, pasien/keluarga pasien	Pemberian informasi ttg kegiatan program dan pelayanan Puskesmas	Bukti pemberian informasi kepada masyarakat kegiatan program dan pelayanan Puskesmas. Hasil evaluasi pemberian informasi apakah sesuai kebutuhan dan konsisten.		0 5 10
7. Dilakukan perbaikan proses alur kerja untuk meningkatkan efisiensi agar dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan			Bukti-bukti perbaikan alur kerja dalam pelaksanaan program dan pelayanan Puskesmas		0 5 10
8. Ada kemudahan bagi pelaksana pelayanan untuk memperoleh bantuan konsultatif jika membutuhkan	Pelaksana program dan pelayanan di Puskesmas	Kesempatan konsultasi dalam pelaksanaan program dan pelayanan	Bukti pelaksanaan konsultasi antara pelaksana dan pimpinan atau penanggung jawab program/pelayanan		0 5 10

9. Ada mekanisme yang mendukung koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan	Pelaksana program dan pelayanan di Puskesmas	Koordinasi dalam pelaksanaan program dan pelayanan	SOP koordinasi dalam pelaksanaan program		0 5 10
10. Ada kejelasan prosedur, kejelasan tertib administrasi, dan dukungan teknologi sehingga pelaksanaan pelayanan minimal dari kesalahan, tidak terjadi penyimpangan maupun keterlambatan.	Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan.	Pelaksanaan SOP, tertib administrasi, dan pengembangan teknologi.	SOP tentang penyelenggaraan program untuk masing-masing UKM Puskesmas, SOP tentang penyelenggaraan pelayanan klinis, SOP tentang tertib administrasi (misal tertib administrasi surat menyurat, tertib administrasi keuangan, tertib administrasi kepegawaian, tertib administrasi logistik), Pemanfaatan teknologi (bila dimungkinkan) untuk mempercepat proses pelayanan maupun untuk meminimalkan kesalahan, misalnya penggunaan teknologi informasi		0 5 10
11. Pelaksana kegiatan mendapat dukungan dari pimpinan Puskesmas	Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan.	Dukungan kepala Puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan program dan pelayanan di Puskesmas			0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
<p>Kriteria: 1.2.6. Adanya mekanisme umpan balik dan penanganan keluhan pengguna pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan. Keluhan dan ketidaksesuaian pelaksanaan dimonitor, dibahas dan ditindaklanjuti oleh penyelenggara pelayanan untuk mencegah terjadinya masalah dan untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan.</p>					
<p>Pokok Pikiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mekanisme untuk menerima umpan balik dari pengguna pelayanan diperlukan untuk memperoleh masukan dari pengguna dan masyarakat dalam upaya perbaikan sistem pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas. Berbagai mekanisme dapat dipergunakan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas dengan teknologi informasi yang tersedia. Respons terhadap keluhan/umpan balik diwujudkan dalam upaya perbaikan dan diinformasikan kepada pengguna pelayanan. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme yang jelas untuk menerima keluhan dan umpan balik dari pengguna pelayanan, maupun pihak terkait tentang pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas.			SOP untuk menerima keluhan dan umpan balik dari masyarakat, pengguna pelayanan, media komunikasi yang disediakan untuk menyampaikan umpan balik		0 5 10
2. Keluhan dan umpan balik direspons, diidentifikasi, dianalisa, dan ditindaklanjuti	Pelaksana program dan pelayanan di Puskesmas	Jenis-jenis keluhan	Hasil analisis dan rencana tindak lanjut keluhan dan umpan balik		0 5 10
3. Ada tindak lanjut sebagai tanggapan terhadap keluhan dan umpan balik.	Pelaksana program dan pelayanan di Puskesmas	Tindak lanjut keluhan	Bukti tindak lanjut terhadap keluhan dan umpan balik.		0 5 10
4. Ada evaluasi terhadap tindak lanjut keluhan/ umpan balik.			Bukti evaluasi thd tindak lanjut keluhan/ umpan balik		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar: 1.3. Evaluasi Evaluasi dilakukan terhadap efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan pelayanan, apakah sesuai dengan rencana dan dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.					
Kriteria: 1.3.1. Kinerja Puskesmas dan strategi pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas dianalisis sebagai bahan untuk perbaikan. Hasil evaluasi dibahas dan ditindaklanjuti.					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Evaluasi terhadap kinerja dilakukan dengan menggunakan indikator yang jelas sebagai dasar perbaikan penyelenggaraan pelayanan dan perencanaan pada periode berikutnya. Indikator penilaian untuk tiap jenis pelayanan dan Upaya/Kegiatan Puskesmas perlu disusun, dimonitor dan dianalisis secara periodik sebagai bahan untuk perbaikan. Indikator-indikator tersebut meliputi indikator-indikator UKM dan indikator-indikator UKP. Dalam menyusun indikator-indikator tersebut harus mengacu pada indikator-indikator yang ada pada Standar Pelayanan Minimal Kabupaten, Kebijakan/Pedoman dari Kementerian Kesehatan, Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kebijakan/ Pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme untuk melakukan penilaian kinerja yang dilakukan oleh Pimpinan Puskesmas dan Pelanggung jawab Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan puskesmas			SOP penilaian kinerja oleh Pimpinan dan Penanggung jawab		0 5 10
2. Penilaian kinerja difokuskan untuk meningkatkan kinerja pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelayanan	Fokus penilaian kinerja dalam upaya peningkatan kinerja	Dalam kebijakan perencanaan puskesmas dan evaluasi kinerja menyebutkan fokus penilaian kinerja adalah untuk meningkatkan kinerja pelaksanaan UKM maupun UKP		0 5 10
3. Ada indikator yang jelas untuk melakukan penilaian kinerja	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana	Indikator-indikator yang digunakan untuk penilaian kinerja	Kebijakan perencanaan puskesmas dan penilaian kinerja menyebutkan Indikator-indikator yang ditetapkan untuk penilaian kinerja		0 5 10
4. Pimpinan Puskesmas menetapkan tahapan cakupan Upaya Puskesmas untuk mencapai indikator dalam mengukur kinerja Puskesmas sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas	Penetapan tahapan untuk mencapai target yang ditetapkan			0 5 10
5. Monitoring dan Penilaian Kinerja dilakukan secara periodik untuk mengetahui kemajuan dan hasil pelaksanaan penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan pelayanan	Pelaksanaan monitoring dan penilaian kinerja	Rencana monitoring dan penilaian kinerja, hasil dan tindak lanjutnya		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
1.3.2. Evaluasi meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk melakukan evaluasi kinerja perlu disusun ketentuan, prosedur, indikator dan cara pengumpulan data yang jelas, dengan metode evaluasi yang dapat dilakukan secara kualitatif maupun kuantitatif. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Hasil penilaian kinerja Puskesmas dianalisis dan diumpun balikkan pada pihak terkait	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan pelaksana	umpan balik hasil penilaian kinerja	Hasil penilaian kinerja dan distribusi hasil penilaian kinerja pada pihak-pihak terkait		0 5 10
2. Hasil analisis data kinerja dibandingkan dengan acuan standar atau jika dimungkinkan dilakukan juga kajibanding (<i>benchmarking</i>) dengan Puskesmas lain	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan pelaksana	perbandingan data kinerja terhadap standar dan kajibanding dengan Puskesmas lain	Hasil pembandingan data kinerja terhadap standar dan kajibanding dengan Puskesmas lain, serta tindak lanjutnya		0 5 10
3. Hasil penilaian kinerja digunakan untuk memperbaiki kinerja pelaksanaan kegiatan Puskesmas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan pelaksana	Pemanfaatan hasil penilaian kinerja untuk perbaikan kinerja	Rekam tindak lanjut penilaian kinerja dalam bentuk upaya perbaikan kinerja		0 5 10
4. Hasil penilaian kinerja digunakan untuk perencanaan periode berikutnya	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan pelaksana	Pemanfaatan hasil penilaian kinerja untuk perencanaan puskesmas	RUK yang memuat data dan analisis penilaian kinerja		0 5 10
5. Hasil penilaian kinerja dan tindak lanjutnya dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota			Laporan penilaian kinerja dan tindak lanjut kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota		0 5 10

Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Tata kelola sarana Puskesmas					
Standar :					
2.1 Persyaratan Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruang, prasarana, peralatan, dan ketenagaan.					
Persyaratan Lokasi					
Kriteria :					
2.1.1. Lokasi pendirian Puskesmas harus sesuai dengan tata ruang daerah					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pendirian Puskesmas perlu memperhatikan persyaratan lokasi: dibangun di setiap Kecamatan, memperhatikan kebutuhan pelayanan sesuai rasio ketersediaan pelayanan kesehatan dengan jumlah penduduk, mudah diakses, dan mematuhi persyaratan kesehatan lingkungan • Analisis yang mempertimbangkan tata ruang daerah dan rasio ketersediaan pelayanan kesehatan dan jumlah penduduk dituangkan dalam rencana strategis atau rencana pembangunan Puskesmas 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan analisis terhadap pendirian Puskesmas yang mempertimbangkan tata ruang daerah dan rasio jumlah penduduk dan ketersediaan pelayanan kesehatan			Bukti analisis kebutuhan pendirian Puskesmas		0 5 10
2. Pendirian Puskesmas mempertimbangkan tata ruang daerah			Bukti pertimbangan tata ruang daerah dalam pendirian puskesmas		0 5 10
3. Pendirian Puskesmas mempertimbangkan rasio jumlah penduduk dan ketersediaan pelayanan kesehatan			Bukti pertimbangan rasio jumlah penduduk dan ketersediaan pelayanan		0 5 10
4. Puskesmas memiliki perizinan yang berlaku			Bukti izin operasional puskesmas		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Persyaratan Bangunan dan Ruangan					
Kriteria:					
2.1.2. Bangunan Puskesmas bersifat permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain. Bangunan harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat.					

Pokok Pikiran:

- Untuk menghindari gangguan dan dampak keberadaan Puskesmas terhadap lingkungan dan kepedulian terhadap lingkungan, maka pendirian Puskesmas perlu didirikan di atas bangunan yang permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.
- Yang dimaksud unit kerja yang lain adalah unit kerja yang tidak ada kaitan langsung dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Puskesmas diselenggarakan di atas bangunan yang permanen.	Bangunan fisik Puskesmas	Apakah bangunan Puskesmas adalah bangunan permanen			0 5 10
2. Puskesmas tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.	Bangunan fisik Puskesmas.	Tidak bergabung dengan tempat tinggal dan unit kerja lain.			0 5 10
3. Bangunan Puskesmas memenuhi persyaratan lingkungan yang sehat.	Bangunan fisik Puskesmas	Persyaratan bangunan Puskesmas			0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Kriteria:
2.1.3. Bangunan Puskesmas memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pelayanan kesehatan, dengan ketersediaan ruangan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Ketersediaan ruang untuk pelayanan harus sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Puskesmas.
- Ruang yang minimal harus tersedia adalah: ruang pendaftaran dan ruang tunggu, ruang administrasi, ruang pemeriksaan, ruang konsultasi dokter, ruang tindakan, ruang farmasi, ruang ASI, kamar mandi dan WC, dan ruang lain sesuai kebutuhan pelayanan.
- Pengaturan ruangan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan untuk memudahkan pasien/keluarga pasien untuk akses yang mudah termasuk memberi kemudahan pada orang dengan disabilitas, anak-anak, dan orang usia lanjut, demikian juga memperhatikan keamanan dan kemudahan bagi petugas dalam memberikan pelayanan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ketersediaan memenuhi persyaratan minimal dan kebutuhan pelayanan	Pelayanan Puskesmas	Ketersediaan pelayanan dan kemudahan akses			0 5 10
2. Tata ruang memperhatikan akses, keamanan, dan kenyamanan.	Tata ruang	Kemudahan akses, pertimbangan keamanan dan kenyamanan	Denah Puskesmas		0 5 10
3. Pengaturan ruang mengakomodasi kepentingan orang dengan disabilitas, anak-anak, dan orang usia lanjut	Pengaturan ruang	Apakah mengakomodasi kepentingan orang dengan disabilitas, anak-anak, dan usia lanjut			0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Persyaratan Prasarana Puskesmas

Kriteria:

2.1.4. Prasarana Puskesmas tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan menjamin kesinambungan pelayanan maka Puskesmas harus dilengkapi dengan prasarana yang dipersyaratkan.
- Prasarana yang dipersyaratkan tersebut meliputi: sumber air bersih, instalasi sanitasi, instalasi listrik, sistem tata udara, sistem pencahayaan, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, kendaraan Puskesmas Keliling, pagar, selasar, rumah dinas tenaga kesehatan, dan prasarana lain sesuai dengan kebutuhan.
- Prasarana klinis tersebut harus dipelihara dan berfungsi dengan baik.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prasarana Puskesmas sesuai kebutuhan	Prasarana Puskesmas	Pemenuhan kebutuhan sesuai pada Pokok Pikiran: sumber air bersih, instalasi sanitasi, dsb			0 5 10
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadwal terhadap prasarana Puskesmas	Pelaksana pemeliharaan	Jadwal dan Pelaksanaan pemeliharaan	Jadwal pemeliharaan dan bukti pelaksanaan pemeliharaan		0 5 10
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan prasarana Puskesmas	Kepala Puskesmas, Pelaksana pemeliharaan	Monitoring pelaksanaan pemeliharaan	Bukti pelaksanaan monitoring, hasil monitoring		0 5 10
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi prasarana Puskesmas yang ada	Kepala Puskesmas, Pelaksana pemeliharaan	Monitoring fungsi prasarana yang ada	Bukti monitoring		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring	Kepala Puskesmas, Pelaksana pemeliharaan	Tindak lanjut hasil monitoring	Bukti tindak lanjut monitoring		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Persyaratan Peralatan Puskesmas

Kriteria:

2.1.5. Peralatan medis dan non medis tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan menjamin kesinambungan pelayanan maka Puskesmas harus dilengkapi dengan peralatan medis dan non medis klinis sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan
- Agar pelayanan diberikan dengan aman dan bermutu, maka peralatan medis dan non medis tersebut dipelihara dan berfungsi dengan baik, dan dikalibrasi untuk alat-alat ukur yang digunakan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku
- Peralatan yang memerlukan perizinan harus memiliki izin yang berlaku.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia peralatan medis dan non medis sesuai jenis pelayanan yang disediakan	Kepala Puskesmas, penanggung jawab logistik	Ketersediaan peralatan medis dan non medis	Daftar inventaris peralatan medis dan non medis		0 5 10
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadwal terhadap peralatan medis dan non medis	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis	Jadwal dan Pelaksanaan pemeliharaan	Jadwal pemeliharaan dan bukti pelaksanaan pemeliharaan		0 5 10
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan peralatan medis dan non medis	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis	Monitoring pemeliharaan peralatan	Bukti pelaksanaan monitoring, hasil monitoring		0 5 10
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi peralatan medis dan non medis	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis	Monitoring fungsi peralatan medis dan non medis	Bukti pelaksanaan monitoring, hasil monitoring		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis	Tindak lanjut hasil monitoring	Bukti tindak lanjut		0 5 10
6. Dilakukan kalibrasi untuk peralatan medis dan non medis yang perlu dikalibrasi	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis	Pelaksanaan kalibrasi	Daftar peralatan yang perlu dikalibrasi, jadwal, dan bukti pelaksanaan kalibrasi		0 5 10
7. Peralatan medis dan non medis yang memerlukan izin memiliki izin yang berlaku	Penanggung jawab peralatan medis dan non medis	Perizinan alat-alat yang memerlukan izin	Bukti izin peralatan		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Ketenagaan Puskesmas					
Standar: 2.2 Persyaratan Ketenagaan Puskesmas Puskesmas harus memenuhi jenis dan jumlah ketenagaan yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan.					
Persyaratan Penanggung jawab Puskesmas					
Kriteria : 2.2.1. Kepala Puskesmas adalah tenaga kesehatan yang kompeten sesuai dengan peraturan perundangan.					
Pokok Pikiran: • Agar Puskesmas dikelola dengan baik, efektif dan efisien, maka harus dipimpin oleh tenaga kesehatan yang kompeten untuk mengelola fasilitas tersebut.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas adalah tenaga kesehatan			Profil kepegawaian Kepala Puskesmas: kepala puskesmas adalah tenaga kesehatan		0 5 10
2. Ada kejelasan persyaratan Kepala Puskesmas			Persyaratan kompetensi Kepala Puskesmas.		0 5 10
3. Ada kejelasan uraian tugas Kepala Puskesmas			Uraian tugas Kepala Puskesmas		0 5 10
4. Terdapat bukti pemenuhan persyaratan penanggung jawab sesuai dengan yang ditetapkan.	Kepala Puskesmas	Kesesuaian profil kepegawaian Kepala Puskesmas dengan persyaratan	Dokumen profil kepegawaian dan persyaratan Kepala Puskesmas	Permenkes tentang Puskesmas	0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Kriteria:

2.2.2. Tersedia tenaga medis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan

Pokok Pikiran:

- Agar Puskesmas dapat memberikan pelayanan yang optimal dan aman bagi pasien dan masyarakat yang dilayani perlu dilakukan analisis kebutuhan tenaga dan diupayakan untuk memenuhi ketersediaan tenaga baik jenis dan jumlah dan memenuhi persyaratan kompetensi.
- Tenaga Kesehatan yang bekerja di Puskesmas harus mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR), dan atau Surat Ijin Praktik (SIP) sesuai ketentuan perundang-undangan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan dan pelayanan yang disediakan	Kepala Puskesmas	Analisis kebutuhan tenaga	Bukti analisis kebutuhan tenaga		0 5 10
2. Ditetapkan persyaratan kompetensi untuk tiap-tiap jenis tenaga yang dibutuhkan			Persyaratan kompetensi untuk tiap jenis tenaga yang ada		0 5 10
3. Dilakukan upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan yang dipersyaratkan		Kesesuaian kebutuhan tenaga	Hasil evaluasi pemenuhan kebutuhan tenaga terhadap persyaratan, rencana pemenuhan kebutuhan, dan tindak lanjut		0 5 10

4. Ada kejelasan uraian tugas untuk setiap tenaga yang bekerja di Puskesmas			Uraian tugas untuk tiap tenaga yang ada		0 5 10
5. Persyaratan perizinan untuk tenaga medis, keperawatan, dan tenaga kesehatan yang lain dipenuhi			Bukti berupa surat izin sesuai yang dipersyaratkan		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
2.3 Kegiatan Pengelolaan Puskesmas					
Pengelola Puskesmas menjamin efektivitas dan efisiensi dalam mengelola program dan kegiatan sejalan dengan tata nilai, visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi Puskesmas					
Pengorganisasian Puskesmas					
Kriteria:					
2.3.1. Struktur organisasi ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab, ada alur kewenangan dan komunikasi, kerjasama, dan keterkaitan dengan pengelola yang lain.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Dalam mengemban tugas pokok dan fungsi, perlu disusun pengorganisasian yang jelas di Puskesmas, sehingga setiap karyawan yang memegang posisi baik pimpinan, penanggung jawab maupun pelaksana akan melakukan tugas sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan yang diberikan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada struktur organisasi Puskesmas yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota			Stuktur organisasi Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota		0 5 10
2. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas			SK Kepala Puskesmas tentang penetapan Penanggung jawab program Puskesmas		0 5 10
3. Ditetapkan alur komunikasi dan koordinasi pada posisi-posisi yang ada pada struktur	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas	Alur komunikasi dan koordinasi	SOP komunikasi dan koordinasi		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
2.3.2. Kejelasan tugas, peran, dan tanggung jawab pimpinan Puskesmas, penanggung jawab dan karyawan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Dengan adanya uraian tugas, tanggung jawab, dan kewenangan, pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas akan dapat melakukan pekerjaan dengan tepat, efektif dan efisien. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang berkaitan dengan struktur organisasi Puskesmas			Uraian tugas Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program dan pelaksana kegiatan		0 5 10
2. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan karyawan memahami tugas, tanggung jawab dan peran dalam penyelenggaraan Program/Upaya Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas	Pemahaman terhadap uraian tugas masing-masing	Uraian tugas Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program dan pelaksana kegiatan		0 5 10
3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas	Evaluasi pelaksanaan uraian tugas	Bukti evaluasi pelaksanaan uraian tugas		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Kriteria:

2.3.3. Struktur organisasi pengelola dikaji ulang secara reguler dan kalau perlu dilakukan perubahan

Pokok Pikiran:

- Evaluasi terhadap struktur perlu dilakukan secara periodik untuk menyempurnakan struktur yang ada agar sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan kajian terhadap struktur organisasi Puskesmas secara periodik	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas	Kajian terhadap struktur organisasi Puskesmas	Bukti evaluasi terhadap struktur organisasi Puskesmas		0 5 10
2. Hasil kajian ditindaklanjuti dengan perubahan/ penyempurnaan struktur	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas	Tindak lanjut hasil kajian struktur organisasi	Bukti tindak lanjut kajian struktur organisasi, berupa usulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Kriteria:

2.3.4. Pengelola dan pelaksana Puskesmas memenuhi standar kompetensi yang dipersyaratkan dan ada rencana pengembangan sesuai dengan standar yang telah ditentukan

Pokok Pikiran:

- Kinerja Puskesmas hanya dapat dicapai secara optimal jika dilakukan oleh SDM yang kompeten baik pengelola, Penanggung jawab program maupun pelaksana kegiatan. Pola Ketenagaan Puskesmas perlu disusun berdasarkan kebutuhan dan/atau beban kerja.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan persyaratan/ standar kompetensi sebagai Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan.			Persyaratan kompetensi Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program, dan Pelaksana kegiatan	Pedoman tentang standar dan kompetensi tenaga kesehatan	0 5 10
2. Ada rencana pengembangan pengelola Puskesmas dan karyawan sesuai dengan standar kompetensi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas	Proses penyusunan rencana pengembangan kompetensi	Pola ketenagaan, pemetaan kompetensi, rencana pengembangan kompetensi Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program, dan pelaksana kegiatan		0 5 10
3. Ada pola ketenagaan Puskesmas yang disusun berdasarkan kebutuhan			Pola ketenagaan, pemetaan kompetensi.		0 5 10
4. Ada pemeliharaan catatan/ dokumen sesuai dengan kompetensi, pendidikan, pelatihan, keterampilan dan pengalaman			Kelengkapan file kepegawaian untuk semua pegawai di Puskesmas yang <i>update</i>		0 5 10
5. Ada dokumen bukti kompetensi dan hasil pengembangan pengelola dan pelaksana pelayanan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana	Pelaksanaan pengembangan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan	Bukti pelaksanaan rencana pengembangan kompetensi (STTPL, sertifikat pelatihan, dsb)		0 5 10
6. Ada evaluasi penerapan hasil pelatihan terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana	Pelaksanaan evaluasi penerapan hasil pelatihan	Bukti evaluasi dan tindak lanjut penerapan hasil pelatihan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 2.3.5. Karyawan baru harus mengikuti orientasi supaya memahami tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Karyawan wajib mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dipersyaratkan untuk menunjang keberhasilan Upaya Puskesmas.					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Agar memahami tugas, peran, dan tanggung jawab, karyawan baru baik yang diposisikan sebagai Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas maupun Pelaksana kegiatan harus mengikuti orientasi dan pelatihan yang dipersyaratkan. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada ketetapan persyaratan bagi Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana kegiatan yang baru untuk mengikuti orientasi dan pelatihan.			SK Kepala Puskesmas tentang kewajiban mengikuti program orientasi bagi Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program dan pelaksana kegiatan yang baru.		0 5 10
2. Ada kegiatan pelatihan orientasi bagi karyawan baru baik Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, maupun Pelaksana kegiatan dan tersedia kurikulum pelatihan orientasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana	Pelaksanaan kegiatan orientasi	Kerangka acuan program orientasi, bukti pelaksanaan kegiatan orientasi		0 5 10
3. Ada kesempatan bagi Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, maupun Pelaksana kegiatan untuk mengikuti seminar atau kesempatan untuk meninjau pelaksanaan di tempat lain.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Peluang mengikuti kegiatan seminar	SOP untuk mengikuti seminar, pendidikan dan pelatihan.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Pengelolaan Puskesmas

Kriteria :

2.3.6. Pimpinan Puskesmas menetapkan visi, misi, tujuan, dan tata nilai dalam penyelenggaraan Puskesmas yang dikomunikasikan kepada semua pihak yang terkait dan kepada pengguna pelayanan dan masyarakat

Pokok Pikiran:

- Kegiatan penyelenggaraan Puskesmas harus dipandu oleh visi, misi, tujuan dan tata nilai yang ditetapkan oleh Pimpinan Puskesmas agar mampu memenuhi kebutuhan masyarakat.
- Setiap karyawan diharapkan memahami visi, misi, tujuan dan tata nilai, dan diterapkan dalam kegiatan penyelenggaraan Puskesmas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan visi, misi, tujuan, dan tata nilai Puskesmas yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan, Upaya/ Kegiatan Puskesmas	Kepala Puskesmas	Dokumen proses penyusunan	SK Kepala Puskesmas tentang visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas		0 5 10

2. Ada mekanisme untuk mengkomunikasikan tata nilai dan tujuan Puskesmas kepada pelaksana pelayanan, dan masyarakat	Pelaksana, sasaran program, tokoh masyarakat	Komunikasi ttg visi, misi, tata nilai	SOP tentang Komunikasi visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas	0 5 10
3. Ada mekanisme untuk meninjau ulang tata nilai dan tujuan, serta menjamin bahwa tata nilai dan tujuan relevan dengan kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan	Pelaksana, sasaran program, tokoh masyarakat	Peninjauan ulang tata nilai dan tujuan dalam penyelenggaraan program dan pelayanan	SOP tentang peninjauan kembali tata nilai dan tujuan Puskesmas. Bukti pelaksanaan peninjauan ulang tata nilai dan tujuan penyelenggaraan program dan pelayanan	0 5 10
4. Ada mekanisme untuk menilai apakah kinerja Puskesmas sejalan dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas.	Pelaksana, sasaran program, tokoh masyarakat.	Pelaksanaan penilaian kinerja untuk disesuaikan dengan visi, misi, tujuan, tata nilai Puskesmas.	SOP tentang penilaian kinerja yang mencerminkan penilaian kesesuaian terhadap visi, misi, tujuan, tata nilai Puskesmas	0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi
20% - 79% terpenuhi sebagian
< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

2.3.7. Pimpinan Puskesmas menunjukkan arah strategi dalam pelaksanaan pelayanan, Upaya/Kegiatan Puskesmas, dan bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, kualitas kinerja, dan terhadap penggunaan sumber daya.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan dan dukungan bagi karyawan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab. Arahan dan dukungan dapat diberikan dalam bentuk kebijakan lokal, pertemuan-pertemuan, maupun konsultasi dan pembimbingan oleh pimpinan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme yang jelas bahwa Pimpinan Puskesmas mengarahkan dan mendukung Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab mereka.	Pelaksana program dan kegiatan.	Pelaksanaan Pengarahan dan dukungan pimpinan.	Bukti-bukti pelaksanaan pengarahan yang dilakukan oleh kepala Puskesmas kepada penanggung jawab, penanggung jawab pada pelaksana, baik melalui rapat pertemuan maupun kegiatan konsultatif		0 5 10
2. Ada mekanisme penelusuran kinerja pelayanan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.	Pelaksana program dan kegiatan.	Pelaksanaan penilaian kinerja.	SOP penilaian kinerja, bukti penilaian kinerja.		0 5 10

3. Ada struktur organisasi Penanggung jawab Upaya Puskesmas yang efektif.			Stuktur organisasi tiap program.		0 5 10
4. Ada mekanisme pencatatan dan pelaporan yang dibakukan.			SOP pencatatan dan pelaporan. Dokumen pencatatan dan pelaporan.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
2.3.8. Puskesmas memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan di wilayah kerja Puskesmas mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan fungsi Puskesmas dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan di wilayah kerja. Fungsi tersebut tercermin dalam perencanaan dan pelaksanaan Upaya Puskesmas. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan mulai dari pelaksanaan survei mawas diri, perencanaan kegiatan, monitoring dan evaluasi kegiatan Puskesmas 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan tanggung jawab Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan untuk memfasilitasi kegiatan pembangunan berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.			Uraian tugas Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program dan pelaksana kegiatan yang menunjukkan tanggung jawab untuk memfasilitasi kegiatan pembangunan berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.		0 5 10
2. Ada mekanisme yang jelas untuk memfasilitasi peran serta masyarakat dalam pembangunan berwawasan kesehatan dan Upaya Puskesmas.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Pelaksanaan SOP pemberdayaan masyarakat.	SOP pemberdayaan masyarakat dalam perencanaan maupun pelaksanaan program Puskesmas.		0 5 10
3. Ada komunikasi yang efektif dengan masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas.	Sasaran program, tokoh masyarakat.	Pelaksanaan komunikasi dg sasaran program dan masyarakat tentang program dan kegiatan Puskesmas.	SOP komunikasi dengan sasaran program dan masyarakat tentang penyelenggaraan program dan kegiatan Puskesmas.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:
 2.3.9. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menunjukkan kepemimpinan untuk melaksanakan strategi, mendelegasikan wewenang apabila meninggalkan tugas dan memberikan pengarahan dalam pelaksanaan kegiatan, sesuai dengan tata nilai, visi, misi, tujuan Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Akuntabilitas merupakan bentuk tanggung jawab pengelola Puskesmas dalam melaksanakan Upaya Puskesmas sesuai dengan rencana yang disusun. Akuntabilitas ditunjukkan dalam pencapaian kinerja dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan. Penanggungjawab Upaya Puskesmas mempunyai kewajiban untuk mempertanggungjawabkan pencapaian kinerja Upaya Puskesmas kepada Pimpinan Puskesmas dan melakukan tindak lanjut untuk perbaikan.
- Sebagai wujud akuntabilitas, pimpinan dan/atau penanggung jawab upaya Puskesmas wajib melakukan pendelegasian wewenang kepada pelaksana kegiatan apabila meninggalkan tugas. Kriteria yang jelas perlu ditetapkan untuk menentukan kepada siapa pendelegasian wewenang itu akan diberikan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan kajian secara periodik terhadap akuntabilitas Penanggungjawab Upaya Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas untuk mengetahui apakah tujuan pelayanan tercapai dan tidak menyimpang dari visi, misi, tujuan, kebijakan Puskesmas, maupun strategi pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas/ pelayanan	Pelaksanaan penilaian akuntabilitas Penanggung jawab	SOP, kerangka acuan/ pedoman penilaian, instrumen penilaian akuntabilitas para penanggung jawab		0 5 10
2. Ada kriteria yang jelas dalam pendelagasian wewenang dari Pimpinan dan/atau Penanggung jawab Upaya Puskesmas kepada Pelaksana Kegiatan apabila meninggalkan tugas.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan program.	Pendelegasian wewenang	SK Kepala Puskesmas dan SOP tentang pendelegasian wewenang dengan kriteria yang jelas		0 5 10
3. Ada mekanisme untuk memperoleh umpan balik dari pelaksana kegiatan kepada Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pimpinan Puskesmas untuk perbaikan kinerja dan tindak lanjut.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan.	Laporan umpan balik pelaksanaan program kepada pimpinan.	SOP umpan balik (pelaporan) dari pelaksana kepada Penanggung jawab program dan pimpinan Puskesmas untuk perbaikan kinerja.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

2.3.10. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektoral. Adanya cara yang dilakukan dalam membina tata hubungan kerja untuk mencapai tujuan keberhasilan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat dilakukan oleh sektor kesehatan sendiri, program kesehatan perlu didukung oleh sektor di luar kesehatan, demikian juga pembangunan berwawasan kesehatan harus dipahami oleh sektor terkait.
- Mekanisme pembinaan, komunikasi, dan koordinasi perlu ditetapkan dengan prosedur yang jelas, misalnya melalui pertemuan/lokakarya lintas sektoral.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas diidentifikasi.			Hasil lokakarya mini lintas program dan lintas sektor yang membahas identifikasi dan peran pihak-pihak terkait dalam penyelenggaraan program dan kegiatan Puskesmas		0 5 10
2. Peran dari masing-masing pihak ditetapkan.			Uraian tugas dari masing-masing pihak terkait.		0 5 10
3. Dilakukan pembinaan, komunikasi dan koordinasi dengan pihak-pihak terkait.	Lintas program dan lintas sektor.	Pelaksanaan komunikasi dan koordinasi.	Bukti pelaksanaan komunikasi dan koordinasi dg pihak-pihak terkait.		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi terhadap peran serta pihak terkait dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan.	Pelaksanaan evaluasi peran pihak terkait.	Bukti pelaksanaan evaluasi peran pihak terkait dan tindak lanjut.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

2.3.11. Pedoman dan prosedur penyelenggaraan Program/Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan. Semua rekaman hasil pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan dikendalikan.

Pokok Pikiran:

- Untuk memastikan bahwa program dan kegiatan terlaksana secara konsisten dan reliabel, perlu disusun pedoman kerja dan prosedur kerja. Pedoman kerja dan prosedur disusun tidak hanya untuk penyelenggaraan Upaya Puskesmas tetapi juga pedoman kerja untuk peningkatan mutu.
- Prosedur kerja perlu didokumentasikan dengan baik dan dikendalikan, demikian juga rekaman sebagai bentuk pelaksanaan prosedur juga harus dikendalikan sebagai bukti pelaksanaan kegiatan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada panduan pedoman (manual) mutu dan/atau panduan mutu/kinerja Puskesmas.			Panduan (manual) mutu Puskesmas, Pedoman Pelayanan Puskesmas, Pedoman/Kerangka acuan Penyelenggaraan Program		0 5 10
2. Ada pedoman atau panduan kerja penyelenggaraan untuk tiap Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.			Pedoman dan panduan kerja penyelenggaraan untuk masing-masing Upaya Puskesmas		0 5 10
3. Ada prosedur pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas sesuai kebutuhan.			SOP pelaksanaan kegiatan-kegiatan Upaya Puskesmas		0 5 10
4. Ada kebijakan, pedoman, prosedur yang jelas untuk pengendalian dokumen dan rekaman pelaksanaan kegiatan.			SK, Pedoman, dan SOP pengendalian dokumen dan SOP pengendalian rekaman		0 5 10
5. Ada mekanisme yang jelas untuk menyusun pedoman dan prosedur.			Panduan penyusunan pedoman, panduan, kerangka acuan, dan SOP.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
2.3.12. Komunikasi internal antara Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana, dilaksanakan agar Upaya Puskesmas dan kegiatan Puskesmas dilaksanakan secara efektif dan efisien.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk melaksanakan Upaya/Kegiatan Puskesmas secara efektif dan efisien, Pimpinan Puskesmas perlu melakukan komunikasi internal dengan Penanggung jawab dan Pelaksana kegiatan. Komunikasi internal dapat dilakukan dalam bentuk pertemuan-pertemuan yang diselenggarakan secara periodik maupun sesuai kebutuhan, serta menggunakan media dan teknologi komunikasi yang tersedia. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada ketetapan tentang pelaksanaan komunikasi internal di semua tingkat manajemen.			SK Kepala Puskesmas tentang komunikasi internal, Komunikasi internal dapat dilakukan melalui kegiatan lokakarya mini, pertemuan-pertemuan, kegiatan konsultasi maupun koordinasi		0 5 10

2. Ada prosedur komunikasi internal.			SOP komunikasi internal.		0 5 10
3. Komunikasi internal dilakukan untuk koordinasi dan membahas pelaksanaan dan permasalahan dalam pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Proses kegiatan komunikasi internal.	Dokumentasi pelaksanaan komunikasi internal.		0 5 10
4. Komunikasi internal dilaksanakan dan didokumentasikan.			Bukti pendokumentasian pelaksanaan komunikasi internal.		0 5 10
5. Ada tindak lanjut yang nyata terhadap rekomendasi hasil komunikasi internal.			Bukti tindak lanjut rekomendasi hasil komunikasi internal.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi
20% - 79% terpenuhi sebagian
< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

2.3.13. Lingkungan kerja dikelola untuk meminimalkan risiko bagi pengguna Puskesmas dan karyawan.

Pokok Pikiran:

- Dalam pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas diupayakan agar tidak berdampak negatif terhadap lingkungan. Kajian perlu dilakukan untuk menilai sejauh mana dampak negatif mungkin terjadi sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan dan pencegahan.
- Lingkungan kerja meliputi kondisi-kondisi pekerjaan termasuk kondisi fisik, lingkungan dan faktor-faktor lain seperti kebisingan, temperatur, kelembaban, pencahayaan atau cuaca terhadap keamanan gangguan lingkungan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kajian dampak kegiatan Puskesmas terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan.			Bukti dilakukan kajian dampak negatif kegiatan Puskesmas terhadap lingkungan.		0 5 10
2. Ada ketentuan tertulis tentang pengelolaan risiko akibat penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Pelaksanaan manajemen risiko.	SK Kepala Puskesmas tentang penerapan manajemen risiko. Panduan manajemen risiko. Hasil pelaksanaan manajemen risiko: identifikasi risiko, analisis risiko pencegahan risiko.		0 5 10
3. Ada evaluasi dan tindak lanjut terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan, untuk mencegah terjadinya dampak tersebut.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan.	Pelaksanaan tindak lanjut hasil kajian dampak negatif thd lingkungan.	Hasil kajian dan tindak lanjut terhadap gangguan/dampak negatif thd lingkungan dan pencegahannya.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.14. Jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja dikelola dan dioptimalkan untuk meningkatkan akses dan pelayanan kepada masyarakat.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan Puskesmas dan Penanggungjawab Upaya Puskesmas mempunyai kewajiban untuk melakukan pembinaan terhadap jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan agar jaringan pelayanan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan UKM dan UKP yang mudah diakses oleh masyarakat. • Jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan meliputi antara lain: Puskesmas pembantu, puskesmas keliling, bidan di desa, dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja. • Program pembinaan meliputi aspek program, tenaga, sarana, pembiayaan, dan pendukung 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas			Identifikasi jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja		0 5 10
2. Disusun program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dengan jadwal dan penanggung jawab yang jelas	Kepala Puskesmas, Penanggung Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan.	Program pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan	Program pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan, jadwal dan penanggung jawab tiap kegiatan pembinaan		0 5 10
3. Program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai rencana.	Kepala Puskesmas, Penanggung Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan.	Pelaksanaan pembinaan jaringan dan jejaring	Rekam kegiatan pelaksanaan pembinaan jaringan dan jejaring		0 5 10
4. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil pembinaan	Kepala Puskesmas, Penanggung Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan.	Tindak lanjut hasil pembinaan jejaring	Rekam tindak lanjut kegiatan pembinaan		0 5 10
5. Dilakukan pendokumentasian dan pelaporan terhadap pelaksanaan kegiatan pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan			Rekam pelaksanaan pembinaan jaringan dan jejaring dan pelaporannya		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Pengelolaan keuangan pelayanan

Kriteria:

2.3.15. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menunjukkan profesionalisme dalam mengelola keuangan pelayanan

Pokok Pikiran:

- Anggaran yang tersedia di Puskesmas baik untuk pelayanan di dalam gedung Puskesmas, maupun untuk pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas perlu dikelola dengan baik untuk akuntabilitas dan efisiensi dalam penggunaan anggaran.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas mengikutsertakan Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana dalam pengelolaan anggaran Puskesmas mulai dari perencanaan anggaran, penggunaan anggaran maupun monitoring penggunaan anggaran.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan, dan pelaksana.	Keterlibatan dalam perencanaan, penggunaan, monitoring penggunaan anggaran.			0 5 10
2. Ada kejelasan tanggung jawab pengelola keuangan Puskesmas.			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.		0 5 10
3. Ada kejelasan mekanisme penggunaan anggaran dalam pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.			Panduan penggunaan anggaran.	Pedoman Pengelolaan Keuangan (sesuai dengan dana yang tersedia di Puskesmas, misalnya BOK, Jamkesmas, dsb).	0 5 10
4. Ada kejelasan pembukuan.			Panduan pembukuan anggaran.		0 5 10
5. Ada mekanisme untuk melakukan audit penilaian kinerja pengelola keuangan Puskesmas.			SOP audit penilaian kinerja pengelola keuangan.		0 5 10
6. Ada hasil audit/ penilaian kinerja keuangan.	Kepala Puskesmas, pengelola keuangan.	Proses audit kinerja pengelola keuangan.	Hasil audit kinerja pengelola keuangan.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

2.3.16. Pengelolaan keuangan Puskesmas sesuai dengan peraturan yang berlaku

Pokok Pikiran:

- Untuk menegakkan akuntabilitas keuangan, maka pengelolaan keuangan Puskesmas perlu dilakukan secara transparan, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- Untuk Puskesmas yang menerapkan PPK BLUD harus mengikuti peraturan perundangan dalam pengelolaan keuangan BLUD dan menerapkan Standar Akuntansi Profesi (SAP).

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan Petugas Pengelola Keuangan			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.		0 5 10
2. Ada uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.		0 5 10
3. Pengelolaan keuangan sesuai dengan standar, peraturan yang berlaku dan rencana anggaran yang disusun sesuai dengan rencana operasional.	Pengelola keuangan	Pelaksanaan pengelolaan keuangan, dan penyusunan rencana anggaran Puskesmas.	Panduan pengelolaan keuangan, dokumen rencana anggaran, dokumen proses pengelolaan keuangan.	Pedoman pengelolaan keuangan program dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	0 5 10
4. Laporan dan Pertanggungjawaban keuangan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.			Dokumen laporan dan pertanggungjawaban keuangan.	Pedoman pengelolaan keuangan program dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	0 5 10
5. Dilakukan audit terhadap pengelolaan keuangan dan hasilnya ditindaklanjuti.	Kepala Puskesmas, pengelola keuangan.	Proses audit dan tindak lanjut audit keuangan.	Bukti pelaksanaan dan tindak lanjut audit keuangan.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Pengelolaan Data dan Informasi di Puskesmas (Puskesmas sebagai bank data)

Kriteria:

2.3.17. Dalam menjalankan fungsi Puskesmas, harus tersedia data dan informasi di Puskesmas yang digunakan untuk pengambilan keputusan baik untuk peningkatan pelayanan di Puskesmas maupun untuk pengambilan keputusan di tingkat Kabupaten.

Pokok Pikiran:

- Pengambilan keputusan dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat perlu didukung oleh ketersediaan data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan baik untuk pengambilan keputusan di Puskesmas dalam peningkatan pelayanan maupun pengembangan program-program kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, maupun pengambilan keputusan pada tingkat kebijakan di Dinas Kesehatan.

- Data dan informasi tersebut meliputi minimal: data wilayah kerja yang menjadi tanggung jawab, demografi, budaya dan kebiasaan masyarakat, pola penyakit terbanyak, surveilans epidemiologi, evaluasi dan pencapaian kinerja pelayanan, evaluasi dan pencapaian kinerja, data dan informasi lain yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan. (Sesuai kebutuhan).

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi data dan informasi yang harus tersedia di Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang data dan informasi apa saja yang harus ada di Puskesmas (lihat pada pokok pikiran). SK pengelola informasi dengan uraian tugas dan tanggungjawab.		0 5 10
2. Tersedia prosedur pengumpulan, penyimpanan, dan <i>retrieving</i> (pencarian kembali) data.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Pengumpulan, penyimpanan, <i>retrieving</i> data.	SOP pengumpulan, penyimpanan, dan <i>retrieving</i> (pencarian kembali) data.		0 5 10
3. Tersedia prosedur analisis data untuk diproses menjadi informasi.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Analisis data dan informasi.	SOP analisis data.		0 5 10
4. Tersedia prosedur pelaporan dan distribusi informasi kepada pihak-pihak yang membutuhkan dan berhak memperoleh informasi.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Pelaksanaan pelaporan dan distribusi informasi.	SOP pelaporan dan distribusi informasi.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pengelolaan data dan informasi.			Bukti evaluasi dan tindak lanjut pengelolaan data dan informasi.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Standar:

2.4. Hak dan Kewajiban Pengguna Puskesmas Adanya kejelasan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas

Hak dan kewajiban pengguna Puskesmas

Kriteria:

2.4.1. Hak dan kewajiban pengguna Puskesmas ditetapkan dan disosialisasikan kepada masyarakat dan semua pihak yang terkait, dan tercermin dalam kebijakan dan prosedur penyelenggaraan Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Keberadaan Puskesmas dalam mengemban misi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat harus berfokus pada pelanggan. Pengelola dan Pelaksana Puskesmas perlu memahami dan memperhatikan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas dalam penyelenggaraan pelayanan dan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang hak dan kewajiban sasaran program dan pasien pengguna pelayanan Puskesmas. Brosur, leaflet, poster ttg hak dan kewajiban sasaran program dan pasien/pengguna jasa Puskesmas.		0 5 10
2. Ada sosialisasi kepada masyarakat dan pihak-pihak yang terkait tentang hak dan kewajiban mereka.	Sasaran program, tokoh masyarakat.	Hak dan kewajiban sasaran program dan pasien/pengguna jasa Puskesmas.	Brosur, leaflet, poster ttg hak dan kewajiban sasaran program dan pasien/pengguna jasa Puskesmas.		0 5 10
3. Ada kebijakan dan prosedur pemyelenggaraan Puskesmas mencerminkan pemenuhan terhadap hak dan kewajiban pengguna.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Sikap dan perilaku pelayanan.	SK Kepala Puskesmas dan SOP untuk memenuhi hak dan kewajiban pengguna.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
2.4.2. Adanya peraturan internal yang jelas untuk mengatur perilaku Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana dalam proses penyelenggaraan Upaya/Kegiatan Puskesmas. Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas serta tujuan program kegiatan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Perlu disusun peraturan internal (<i>code of conduct</i>) yang mengatur perilaku Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana Upaya/Kegiatan Puskesmas yang sesuai dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada peraturan internal yang disepakati bersama oleh pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana dalam melaksanakan Upaya Puskesmas dan kegiatan Pelayanan Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan, pelaksana.	Pelaksanaan aturan main.	SK Kepala Puskesmas dan kesepakatan tentang peraturan internal yang berisi peraturan bagi karyawan dalam pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan di Puskesmas.		0 5 10

2. Peraturan internal tersebut sesuai dengan visi, misi, tata nilai, dan tujuan Puskesmas.			Peraturan internal karyawan sesuai dengan visi, misi, tata nilai dan tujuan Puskesmas		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN			≥ 80% terpenuhi		
			20% - 79% terpenuhi sebagian		
			< 20% tidak terpenuhi		
Standar:					
2.5. Kontrak Pihak Ketiga					
Jika sebagian kegiatan dikontrakkan kepada pihak ketiga, pengelola menjamin bahwa penyelenggaraan oleh pihak ketiga memenuhi standar yang ditetapkan					
Kriteria :					
2.5.1. Adanya dokumen kontrak yang jelas dengan pihak ketiga yang ditandatangani oleh pihak ketiga dan pengelola dengan spesifikasi pekerjaan yang jelas dan memenuhi standar yang berlaku.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Jika ada kewenangan pada pengelola Puskesmas untuk mengontrakkan sebagian kegiatan kepada pihak ketiga, maka proses kontrak harus mengikuti peraturan perundangan yang berlaku, dan menjamin bahwa kegiatan yang dikontrakkan pada pihak ketiga tersebut dilaksanakan sesuai dengan rencana dan menaati peraturan perundangan yang berlaku. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada penunjukkan secara jelas petugas pengelola Kontrak / Perjanjian Kerja Sama			SK Kepala Puskesmas tentang penyelenggaraan kontrak/perjanjian kerja sama dengan pihak ketiga, SK Penetapan Pengelola Kontrak Kerja		0 5 10
2. Ada dokumen Kontrak/Perjanjian Kerja Sama yang jelas dan sesuai dengan peraturan yang berlaku.			Dokumen kontrak/ perjanjian kerja sama dengan pihak ketiga.	Peraturan Presiden No 70/2012	0 5 10
3. Dalam dokumen Kontrak/Perjanjian Kerja Sama ada kejelasan, kegiatan yang harus dilakukan, peran dan tanggung jawab masing-masing pihak, personil yang melaksanakan kegiatan, kualifikasi, indikator dan standar kinerja, masa berlakunya Kontrak/Perjanjian Kerja Sama, proses kalau terjadi perbedaan pendapat, termasuk bila terjadi pemutusan hubungan kerja.			Dokumen kontrak/ perjanjian kerja sama dengan pihak ketiga.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

2.5.2. Kinerja pihak ketiga dalam penyelenggaraan pelayanan dimonitor dan dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dan ditindaklanjuti.

Pokok Pikiran:

- Kinerja pihak ketiga harus dimonitor untuk menilai kesesuaian terhadap Kontrak/Perjanjian Kerja Sama dan rencana kegiatan yang ditetapkan dengan menggunakan indikator penilaian yang jelas. Hasil penilaian harus ditindaklanjuti untuk menjamin tujuan tercapai secara efektif dan efisien.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan indikator dan standar kinerja pada pihak ketiga dalam melaksanakan kegiatan.			Kejelasan indikator dan standar kinerja yang dituangkan dalam dokumen kontrak atau perjanjian kerja sama		0 5 10
2. Dilakukan monitoring dan evaluasi oleh pengelola pelayanan terhadap pihak ketiga berdasarkan indikator dan standar kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan	Monitoring kinerja pihak ketiga.	Bukti pelaksanaan monitoring kinerja pihak ketiga berdasar kontrak atau perjanjian kerjasama		0 5 10
3. Ada tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan evaluasi			Bukti tindak lanjut hasil monitoring		0 5 10

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Standar:

2.6. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Sarana dan peralatan Puskesmas harus dipelihara agar dapat digunakan sesuai kebutuhan dan sesuai peraturan yang berlaku

Kriteria:

2.6.1. Pemeliharaan sarana dan peralatan Puskesmas dilaksanakan dan didokumentasikan secara jelas dan akurat.

Pokok Pikiran:

- Untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan maupun penyelenggaraan program dan kegiatan perlu didukung oleh ketersediaan sarana dan peralatan yang siap pakai dan terpelihara dengan baik.
- Seluruh sarana dan peralatan yang ada perlu diinventarisasi dan diperiksa ulang apakah kondisi memenuhi syarat dan jumlah serta jenis sesuai dengan standar sarana dan peralatan Puskesmas.
- Program pemeliharaan sarana dan peralatan perlu disusun dan dilaksanakan secara konsisten agar pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas berjalan dengan lancar dan tidak terjadi hambatan akibat ketidaksiediaan sarana dan peralatan yang siap pakai.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan Penanggung jawab barang inventaris Puskesmas.			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola barang.		0 5 10

2. Ada daftar inventaris sarana dan peralatan Puskesmas yang digunakan untuk pelayanan maupun untuk penyelenggaraan Upaya Puskesmas.			Daftar inventaris		0 5 10
3. Ada program kerja pemeliharaan sarana dan peralatan Puskesmas.	Penanggungjawab pengelola barang.	Pelaksanaan program kerja.	Program pemeliharaan dan bukti pelaksanaan program pemeliharaan.		0 5 10
4. Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan sesuai program kerja.	Penanggung jawab pengelola barang.	Pelaksanaan program kerja.			0 5 10
5. Ada tempat penyimpanan/ gudang sarana dan peralatan yang memenuhi persyaratan.	Penanggung jawab pengelola barang, Gudang tempat penyimpanan.	Ketersediaan tempat, dan pemenuhan persyaratan penyimpanan		Peraturan tentang pengelolaan barang dan bahan berbahaya.	0 5 10
6. Ada program kerja kebersihan lingkungan Puskesmas.	Penanggung jawab kebersihan.	Penyusunan program kerja.	SK penanggung jawab kebersihan lingkungan Puskesmas. Program kerja kebersihan lingkungan.		0 5 10
7. Pelaksanaan kebersihan lingkungan Puskesmas sesuai dengan program kerja.	Penanggung jawab kebersihan.	Pelaksanaan program kerja.			0 5 10
8. Ada program kerja perawatan kendaraan, baik roda empat maupun roda dua.	Penanggung jawab kendaraan.	Bukti pelaksanaan kegiatan pemeliharaan	SK Penanggung jawab kendaraan Program kerja perawatan kendaraan.		0 5 10
9. Pelaksanaan pemeliharaan kendaraan sesuai program kerja	Penanggung jawab pemeliharaan kendaraan.	Pelaksanaan program kerja.			0 5 10
10. Pencatatan dan pelaporan barang inventaris.			Dokumen pencatatan dan pelaporan barang inventaris.		0 5 10

BAB III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Standar:					
3.1. Perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Pimpinan Puskemas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana.					
Kriteria:					
3.1.1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Supaya mutu dapat dikelola dengan baik maka perlu ditetapkan Penanggung jawab manajemen mutu (wakil manajemen mutu) yang bertugas untuk melakukan koordinasi, monitoring, dan membudayakan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja secara berkesinambungan dalam upaya menjamin pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja dilakukan secara konsisten dan sistematis. Penanggung jawab manajemen mutu tersebut bertanggung jawab dalam menyusun pedoman (manual) mutu dan kinerja bersama dengan Pimpinan Puskesmas yang akan menjadi acuan bagi Pimpinan, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu.			SK penanggung jawab manajemen mutu		0 5 10
2. Ada kejelasan tugas, wewenang dan tanggung jawab Penanggung jawab manajemen mutu.			Uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab penanggung jawab manajemen mutu.		0 5 10
3. Ada Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja disusun bersama oleh Penanggung jawab manajemen mutu dengan Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penyusunan pedoman.	Pedoman peningkatan mutu dan kinerja puskesmas.		0 5 10
4. Kebijakan mutu dan tata nilai disusun bersama dan dituangkan dalam pedoman (manual) mutu/Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja sesuai dengan visi, misi dan tujuan Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penyusunan kebijakan mutu.	SK Kepala Puskesmas tentang Kebijakan mutu.		0 5 10

5. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan Puskesmas berkomitmen untuk meningkatkan mutu dan kinerja secara konsisten dan berkesinambungan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penggalangan komitmen bersama.	Bukti yang menunjukkan adanya Komitmen bersama seluruh jajaran puskesmas untuk meningkatkan mutu dan kinerja (pernyataan tertulis, foto).		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 3.1.2. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari.					
Pokok Pikiran: • Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja direncanakan dan dimonitor serta ditindaklanjuti. Pimpinan dan Penanggung jawab Manajemen Mutu secara periodik melakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada rencana kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas.			Rencana tahunan program/kegiatan perbaikan mutu dan kinerja puskesmas.		0 5 10
2. Kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas dilakukan sesuai dengan rencana kegiatan yang tersusun dan dilakukan pertemuan tinjauan manajemen yang membahas kinerja pelayanan dan upaya perbaikan yang perlu dilaksanakan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja.	Bukti-bukti pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja, notulen tinjauan manajemen.		0 5 10

3. Pertemuan tinjauan manajemen membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen.	SOP pertemuan tinjauan manajemen. Hasil-hasil pertemuan dan rekomendasi.		0 5 10
4. Rekomendasi hasil pertemuan tinjauan manajemen ditindaklanjuti dan dievaluasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan rekomendasi hasil temuan tinjauan manajemen.	Rencana tindak lanjut terhadap temuan tinjauan manajemen, bukti dan hasil pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
3.1.3. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan bertanggung jawab dan menunjukkan peran serta dalam memperbaiki mutu dan kinerja.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas memerlukan peran serta aktif baik pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud serta memberikan kepuasan pada pengguna Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana Kegiatan memahami tugas dan kewajiban mereka untuk meningkatkan mutu dan kinerja Puskesmas.	Pimpinan puskesmas, penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Pemahaman peran masing-masing dalam peningkatan mutu.			0 5 10
2. Pihak-pihak terkait terlibat dan berperan aktif dalam peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas.	Pimpinan puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Keterlibatan pihak terkait dalam peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas.	Identifikasi pihak-pihak terkait dan peran masing-masing.		0 5 10

3. Ide-ide yang disampaikan oleh pihak-pihak terkait untuk meningkatkan mutu dan kinerja Puskesmas ditindaklanjuti.	Pimpinan puskesmas, penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana, penanggung jawab mutu.	Tindak lanjut ide-ide peningkatan mutu.	Notulen rapat atau catatan yang menunjukkan adanya penjangkaran aspirasi atau ide-ide dari pihak terkait untuk perbaikan. Rencana program perbaikan mutu, dan bukti pelaksanaan.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
3.1.4. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas melakukan evaluasi kegiatan perbaikan kinerja melalui audit internal yang dilaksanakan secara periodik.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Upaya perbaikan mutu dan kinerja perlu dievaluasi apakah mencapai sasaran-sasaran/indikator-indikator yang ditetapkan. Hasil temuan audit internal disampaikan kepada Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab manajemen mutu, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan sebagai dasar untuk melakukan perbaikan. Jika ada permasalahan yang ditemukan dalam audit internal tetapi tidak dapat diselesaikan sendiri oleh Pimpinan dan karyawan Puskesmas, maka permasalahan tersebut dapat dirujuk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk ditindak lanjuti. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Data kinerja dikumpulkan, dianalisis dan digunakan untuk meningkatkan kinerja Puskesmas.			Laporan kinerja, Analisis data kinerja.		0 5 10
2. Dilakukan audit internal secara periodik terhadap upaya perbaikan mutu dan kinerja dalam upaya mencapai sasaran-sasaran/indikator-indikator mutu dan kinerja yang ditetapkan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan audit internal.	SOP audit internal. Pembentukan tim audit internal. Pelatihan tim audit internal. Program kerja audit internal.		0 5 10
3. Ada laporan dan umpan balik hasil audit internal kepada Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen mutu dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas untuk mengambil keputusan dalam strategi perbaikan program dan kegiatan Puskesmas.			Laporan hasil audit internal.		0 5 10

4. Tindak lanjut dilakukan terhadap temuan dan rekomendasi dari hasil audit internal.			Laporan tindak lanjut temuan audit internal.		0 5 10
5. Terlaksananya rujukan untuk menyelesaikan masalah dari hasil rekomendasi jika tidak dapat diselesaikan sendiri oleh Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Rujukan masalah yang tidak dapat diselesaikan.	Ada bukti melakukan rujukan ke Dinas Kesehatan atau pihak lain yang berkompeten jika Puskesmas tidak dapat menyelesaikan masalah hasil rekomendasi audit internal. (Jika tidak ada masalah yang perlu dirujuk ke pihak yang lebih kompeten, maka untuk EP ini dapat diberlakukan TDD)		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
3.1.5. Adanya upaya memberdayakan pengguna Puskesmas untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja Puskesmas					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pengguna, maka pengguna dan masyarakat diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas. Kegiatan pemberdayaan pengguna dan masyarakat tidak hanya terbatas pada penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Masyarakat dapat dilibatkan dalam memberikan masukan, ide-ide yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan oleh Puskesmas dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja. Pemberdayaan pengguna dapat dilakukan melalui survei masyarakat desa, musyawarah masyarakat desa atau mekanisme yang lain dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas. Bentuk-bentuk pemberdayaan/peran masyarakat, antara lain adalah: peran serta dalam memberikan pelayanan, melakukan advokasi, dan melakukan pengawasan, melalui forum-forum pemberdayaan masyarakat yang ada. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme untuk mendapatkan asupan dari pengguna tentang kinerja Puskesmas.			SOP untuk mendapatkan asupan pengguna tentang kinerja Puskesmas.		0 5 10
2. Dilakukan survei atau masukan melalui forum-forum pemberdayaan masyarakat untuk mengetahui bahwa kebutuhan dan harapan pengguna terpenuhi.			Bukti pelaksanaan survei atau kegiatan forum-forum pemberdayaan masyarakat.		0 5 10

3. Asupan dan hasil survei maupun forum-forum pemberdayaan masyarakat dianalisis dan ditindaklanjuti.			Analisis dan tindak lanjut terhadap asupan.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
3.1.6. Peningkatan kinerja Puskesmas dilakukan secara berkesinambungan. Jika hasil pelayanan atau hasil Upaya/Kegiatan yang tidak mencapai target, maka dilakukan upaya perbaikan berupa koreksi, tindakan korektif maupun tindakan preventif.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Sasaran/indikator perbaikan mutu dan kinerja perlu disusun sebagai tolok ukur upaya perbaikan mutu dan kinerja. Dalam penilaian kinerja Puskesmas, jika terjadi hasil yang tidak sesuai harus ditindaklanjuti dengan koreksi, dan tindakan korektif. Koreksi merupakan upaya perbaikan atau pembetulan terhadap adanya suatu kejadian atau hasil yang tidak sesuai. Kejadian atau hasil yang tidak sesuai tersebut perlu dianalisis untuk menentukan akar penyebab masalah, untuk kemudian dilakukan tindakan korektif. Tindakan korektif tersebut dilakukan untuk mengatasi penyebab kejadian atau hasil yang tidak sesuai, agar tidak terulang kembali Upaya preventif dilakukan dengan mengantisipasi kemungkinan terjadinya hasil yang tidak sesuai. Puskesmas harus menyusun prosedur tindakan korektif dan prosedur tindakan preventif dalam upaya mencapai hasil yang optimal. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan indikator mutu dan kinerja yang dikumpulkan secara periodik untuk menilai peningkatan kinerja pelayanan.			SK Kepala Puskesmas tentang penetapan indikator mutu dan kinerja Puskesmas, data hasil pengumpulan indikator mutu dan kinerja yang dikumpulkan secara periodik.	SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang indikator mutu dan kinerja puskesmas, SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang SPM.	0 5 10
2. Peningkatan kinerja pelayanan tersebut sebagai akibat adanya upaya perbaikan mutu dan kinerja penyelenggaraan pelayanan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja.			0 5 10
3. Ada prosedur tindakan korektif.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Analisis masalah mutu/hasil yang tidak sesuai dan tindak korektif.	SOP tindakan korektif.		0 5 10
4. Ada prosedur tindakan preventif.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Analisis masalah mutu/hasil yang tidak sesuai dan tindak preventif.	SOP tindakan preventif.		0 5 10

5. Hasil pelayanan/ program dan kegiatan yang tidak sesuai ditindaklanjuti dalam bentuk koreksi, tindakan korektif, dan tindakan preventif.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Hasil tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
3.1.7. Dilakukan kegiatan kaji banding (<i>benchmarking</i>) dengan Puskesmas lain tentang kinerja Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Bila dimungkinkan kegiatan kaji banding pengelolaan dan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas dengan Puskesmas lain. Kegiatan kaji banding merupakan kesempatan untuk belajar dari pengelolaan dan pelaksanaan di Puskesmas yang lain, dan akan memberi manfaat bagi kedua belah pihak untuk perbaikan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas. Kajibanding dapat difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui pertemuan kajibanding kinerja antar puskesmas, atau dapat dilakukan atas inisiatif beberapa puskesmas untuk bersama-sama melakukan kajibanding kinerja. Instrumen kajibanding yang disusun untuk membandingkan kinerja dengan puskesmas lain dapat berupa instrumen untuk membandingkan capaian indikator-indikator kinerja atau perbandingan proses pelaksanaan kegiatan (<i>best practices</i>). 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menyusun rencana kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas.	Penyusunan rencana kaji banding.	Rencana kajibanding (kerangka acuan kaji banding).		0 5 10
2. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana menyusun instrumen kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas.	Penyusunan instrumen kaji banding.	Instrumen kaji banding.		0 5 10
3. Kegiatan kaji banding dilakukan sesuai dengan rencana kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas.	Pelaksanaan kegiatan kaji banding.	Dokumen pelaksanaan kaji banding.		0 5 10
4. Hasil kaji banding dianalisis untuk mengidentifikasi peluang perbaikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Analisis hasil kaji banding.	Analisis hasil kaji banding.		0 5 10
5. Disusun rencana tindak lanjut kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Penyusunan rencana tindak lanjut kaji banding.	Rencana tindak lanjut kaji banding.		0 5 10

6. Dilakukan pelaksanaan tindak lanjut kaji banding dalam bentuk perbaikan baik dalam pelayanan maupun dalam pelaksanaan program dan kegiatan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Pelaksanaan tindak lanjut kaji banding.			0 5 10
7. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kaji banding, tindak lanjut dan manfaatnya.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas, pelaksana.	Pelaksanaan evaluasi terhadap penyelenggaraan kegiatan kaji banding.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap penyelenggaraan kegiatan kaji banding.		0 5 10

BAB IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
<p>Standar: 4.1. Kebutuhan akan Upaya Kesehatan Masyarakat dianalisis. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi kegiatan-kegiatan upaya tersebut sesuai dengan kebutuhan harapan masyarakat.</p>					
<p>Kriteria: 4.1.1. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menetapkan jenis-jenis kegiatan UKM Puskesmas yang disusun berdasarkan analisis kebutuhan serta harapan masyarakat yang dituangkan dalam rencana kegiatan program.</p>					
<p>Pokok Pikiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kegiatan-kegiatan dalam setiap UKM Puskesmas disusun oleh Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas tidak hanya mengacu pada pedoman atau acuan yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, tetapi perlu memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat terutama sasaran program. Kebutuhan dan harapan masyarakat maupun sasaran dari UKM Puskesmas dapat diidentifikasi melalui survei, kotak saran, maupun temu muka dengan tokoh masyarakat. Komunikasi perlu dilakukan untuk menyampaikan informasi tentang UKM Puskesmas kepada masyarakat, kelompok masyarakat maupun individu yang menjadi sasaran. Komunikasi dan koordinasi perlu juga dilakukan kepada lintas program maupun lintas sektor terkait. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, dan individu yang merupakan sasaran kegiatan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, Tokoh masyarakat, sasaran kegiatan.	Pelaksanaan identifikasi kebutuhan masyarakat/sasaran.	Bukti pelaksanaan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran terhadap kegiatan UKM.		0 5 10
2. Identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, dan individu yang merupakan sasaran kegiatan dilengkapi dengan kerangka acuan, metode dan instrumen, cara analisis yang disusun oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Proses penyusunan kerangka acuan, metode, instrumen analisis kebutuhan.	Kerangka acuan, metode, instrumen analisis kebutuhan masyarakat/sasaran kegiatan UKM.		0 5 10
3. Hasil identifikasi dicatat dan dianalisis sebagai masukan untuk penyusunan kegiatan.			Catatan hasil analisis dan identifikasi kebutuhan kegiatan UKM dan rencana kegiatan UKM		0 5 10

4. Kegiatan-kegiatan tersebut ditetapkan oleh Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dengan mengacu pada pedoman dan hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, dan individu sebagai sasaran kegiatan UKM.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Proses penyusunan rencana kegiatan program apakah berdasar hasil analisis kebutuhan dan pedoman sebagai acuan.	Rencana kegiatan UKM yang ditetapkan oleh kepala Puskesmas.	Pedoman-pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas dari Kemenkes.	0 5 10
5. Kegiatan-kegiatan tersebut dikomunikasikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana, kelompok masyarakat, sasaran kegiatan.	Pelaksanaan sosialisasi kegiatan.	Bukti pelaksanaan sosialisasi kegiatan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, dan sasaran.		0 5 10
6. Kegiatan-kegiatan tersebut dikomunikasikan dan dikoordinasikan kepada lintas program dan lintas sektor terkait sesuai dengan pedoman pelaksanaan kegiatan UKM	Lintas program, lintas sektor.	Komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	Bukti-bukti pelaksanaan koordinasi dan komunikasi lintas program dan lintas sektor.	Pedoman penyelenggaraan UKM dari Kemenkes.	0 5 10
7. Kegiatan-kegiatan tersebut disusun dalam rencana kegiatan untuk tiap UKM Puskesmas.			Rencana kegiatan UKM yang ditetapkan oleh kepala Puskesmas.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
4.1.2. Dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan pembahasan konsultatif dengan masyarakat, kelompok masyarakat maupun individu yang menjadi sasaran kegiatan oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana untuk mengetahui dan menanggapi jika ada perubahan kebutuhan dan harapan sasaran.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dan sasaran kegiatan diperlukan umpan balik dari masyarakat dan sasaran kegiatan untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan-perbaikan dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan UKM Puskesmas. • Umpan balik dapat diperoleh melalui pembahasan atau pertemuan konsultatif dengan tokoh masyarakat, kelompok masyarakat atau individu yang merupakan sasaran program melalui forum-forum yang ada, misalnya badan penyantun Puskesmas, konsil kesehatan masyarakat dan forum-forum komunikasi yang lain. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun kerangka acuan untuk memperoleh umpan balik dari masyarakat dan sasaran program tentang pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Proses penyusunan kerangka acuan agar dapat memperoleh umpan balik (asupan) pelaksanaan program kegiatan UKM.	Kerangka acuan untuk memperoleh umpan balik (asupan) pelaksanaan program kegiatan UKM.		0 5 10
2. Hasil identifikasi umpan balik didokumentasikan dan dianalisis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses analisis dan tindak lanjut hasil identifikasi umpan balik.	Dokumen hasil identifikasi umpan balik, analisis dan tindak lanjut terhadap hasil identifikasi umpan balik.		0 5 10
3. Dilakukan pembahasan terhadap umpan balik dari masyarakat maupun sasaran oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana, lintas program, dan jika diperlukan dengan lintas sektor terkait.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana, lintas program, lintas sektor.	Pembahasan umpan balik program.	SOP pembahasan umpan balik, dokumentasi pelaksanaan pembahasan, hasil pembahasan, tindak lanjut pembahasan.		0 5 10
4. Hasil identifikasi digunakan untuk perbaikan rencana dan/ atau pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pemanfaatan hasil pembahasan umpan balik untuk perbaikan rencana dan/ atau pelaksanaan program kegiatan UKM.	Bukti perbaikan rencana pelaksanaan program kegiatan UKM.		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut dan evaluasi terhadap perbaikan rencana maupun pelaksanaan kegiatan.			Bukti tindak lanjut dan evaluasi terhadap perbaikan yang dilakukan.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

4.1.3. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi dan menanggapi peluang inovatif perbaikan penyelenggaraan kegiatan UKM Puskesmas

Pokok Pikiran:

- Sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan harapan masyarakat, perubahan regulasi, perkembangan teknologi, maka dapat dilakukan upaya-upaya inovatif untuk memperbaiki perencanaan maupun pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.
- Usulan-usulan inovatif untuk perbaikan dapat diperoleh melalui masukan dari masyarakat, tokoh masyarakat, forum-forum komunikasi dengan masyarakat, lintas program maupun lintas sektor terkait.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana mengidentifikasi permasalahan dalam pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan UKM Puskesmas, perubahan regulasi, pengembangan teknologi, perubahan pedoman/ acuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Identifikasi permasalahan dalam pelaksanaan, perubahan regulasi, dsb.	Hasil identifikasi masalah, perubahan regulasi, dsb.	Regulasi yang terkait dengan program, pedoman penyelenggaraan program dari Kemenkes.	0 5 10
2. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan identifikasi peluang-peluang inovatif untuk perbaikan pelaksanaan kegiatan untuk mengatasi permasalahan tersebut maupun untuk menyesuaikan dengan perkembangan teknologi, regulasi, maupun pedoman/ acuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Identifikasi peluang inovatif untuk perbaikan kegiatan UKM Puskesmas untuk mengatasi masalah dan perkembangan.	Hasil identifikasi peluang-peluang perbaikan inovatif (melalui proses PDSA/ PDCA). Catatan: yang dimaksud inovasi adalah segala bentuk perbaikan dalam mengatasi masalah melalui proses PDSA/PDCA)		0 5 10

3. Peluang inovatif untuk perbaikan dibahas melalui forum-forum komunikasi atau pertemuan pembahasan dengan masyarakat, sasaran kegiatan, lintas program dan lintas sektor terkait.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program, lintas sektor	Pelaksanaan pembahasan melalui forum-forum komunikasi.	Bukti pembahasan melalui forum-forum komunikasi dengan masyarakat, sasaran kegiatan UKM, lintas program, dan lintas sektor.		0 5 10
4. Inovasi dalam pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program, lintas sektor.	Pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut inovasi.	Rencana perbaikan inovatif, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.		0 5 10
5. Hasil pelaksanaan dan evaluasi terhadap inovasi kegiatan dikomunikasikan kepada lintas program, lintas sektor terkait, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Lintas program, lintas sektor, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.	Sosialisasi kegiatan inovatif.	Bukti pelaksanaan sosialisasi.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
4.2. Akses masyarakat dan sasaran kegiatan terhadap kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat Penanggung jawab UKM Puskesmas memastikan Pelaksanaan Kegiatan secara professional dan tepat waktu, tepat sasaran sesuai dengan tujuan kegiatan UKM Puskesmas, kebutuhan dan harapan masyarakat					
Kriteria:					
4.2.1. UKM Puskesmas dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran kegiatan UKM Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar tujuan program tercapai dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dapat memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat, maka kepala Puskesmas, Penanggung jawab, dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas melaksanakan kegiatan sesuai dengan pedoman dan rencana kegiatan yang telah disusun berdasarkan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas memastikan jadwal kegiatan, petugas pelaksana yang kompeten untuk melaksanakan, dan proses pelaksanaan kegiatan sesuai dengan harapan dan kebutuhan masyarakat. Agar kegiatan dapat dilaksanakan dengan baik, tujuan, langkah-langkah kegiatan, dan jadwal kegiatan perlu diinformasikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Jadwal pelaksanaan kegiatan ditetapkan sesuai dengan rencana.			Jadwal kegiatan, rencana program kegiatan.		0 5 10

2. Pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh pelaksana yang kompeten.			Data kepegawaian pelaksana UKM Puskesmas.		0 5 10
3. Jadwal dan pelaksanaan kegiatan diinformasikan kepada sasaran.	Sasaran program.	Informasi tentang jadwal kegiatan UKM Puskesmas.	Bukti pelaksanaan sosialisasi.		0 5 10
4. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.	Pelaksana, sasaran program.	Pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.	Bukti pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kegiatan.			Bukti evaluasi dan tindak lanjut.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi
20% - 79% terpenuhi sebagian
< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

4.2.2. Masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait mendapatkan akses informasi yang jelas tentang kegiatan-kegiatan, tujuan, tahapan, dan jadwal pelaksanaan kegiatan.

Pokok Pikiran:

- Masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran perlu mendapatkan informasi tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan, tujuan, tahapan dan jadwal pelaksanaan, sehingga dapat menyesuaikan dengan kebutuhan dan harapan mereka, dan menjamin pelaksanaan kegiatan tepat sasaran dan tepat waktu.
- Lintas program dan lintas sektor terkait juga perlu mendapatkan informasi tentang kegiatan UKM Puskesmas, tujuan, pentahapan, dan jadwal kegiatan, sehingga dapat memberikan kontribusi yang optimal dalam pencapaian tujuan UKM Puskesmas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran.	Tokoh masyarakat, kelompok masyarakat, sasaran kegiatan UKM.	Informasi ttg kegiatan UKM Puskesmas.	Bukti penyampaian informasi kepada masyarakat, kelompok masyarakat dan sasaran kegiatan UKM		0 5 10
2. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada lintas program terkait.	Lintas program terkait.	Informasi tentang program kegiatan UKM .	Bukti penyampaian informasi kepada lintas program terkait		0 5 10
3. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada lintas sektor terkait.	Lintas sektor terkait.	Informasi tentang kegiatan UKM Puskesmas.	Bukti penyampaian informasi kepada lintas sektor terkait		0 5 10

4. Dilakukan evaluasi terhadap kejelasan informasi yang disampaikan kepada sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait.	Sasaran program, lintas program, lintas sektor terkait.	Evaluasi terhadap kejelasan informasi.	Bukti evaluasi tentang pemberian informasi kepada sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap evaluasi penyampaian informasi.			Rencana tindak lanjut, dan Tindak lanjut hasil evaluasi.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
4.2.3. Sasaran Kegiatan UKM Puskesmas memperoleh akses yang mudah untuk tepat waktu berperan aktif pada saat pelaksanaan kegiatan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Keberhasilan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas tergantung pada peran aktif masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana kegiatan mengupayakan kemudahan bagi sasaran untuk mengakses informasi tentang kegiatan, maupun untuk berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan, dan memberikan umpan balik tentang pelaksanaan kegiatan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas memastikan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan yang mudah diakses oleh masyarakat.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana UKM Puskesmas, sasaran program.	Cara memastikan ketepatan waktu dan pelaksanaan UKM Puskesmas, kemudahan akses terhadap kegiatan UKM Puskesmas.	Jadwal pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.		0 5 10
2. Pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan metode dan teknologi yang dikenal oleh masyarakat atau sasaran.	Pelaksana kegiatan, sasaran program.	Metode dan teknologi dalam pelaksanaan kegiatan, cara untuk mengetahui bahwa metode dan teknologi yang digunakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.	Rencana kegiatan program, hasil evaluasi tentang metode dan teknologi dalam pelaksanaan program, dan tindak lanjutnya.		0 5 10
3. Alur atau tahapan kegiatan dikomunikasikan dengan jelas kepada masyarakat.	Sasaran kegiatan UKM, masyarakat.	Sosialisasi alur dan tahapan pelaksanaan kegiatan UKM	Jadwal sosialisasi, daftar hadir, notulen dalam mengkomunikasikan program kegiatan dan tahapan pelaksanaan UKM dengan masyarakat.		0 5 10

4. Dilakukan evaluasi terhadap akses masyarakat dan/atau sasaran terhadap kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.	Sasaran kegiatan UKM, masyarakat.	Evaluasi terhadap akses.	Hasil evaluasi terhadap akses.		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap evaluasi akses masyarakat dan/atau sasaran terhadap kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.	Pelaksana kegiatan UKM, sasaran kegiatan UKM, tokoh masyarakat.	Tindak lanjut terhadap hasil evaluasi akses.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10
6. Informasi tentang waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan UKM termasuk jika terjadi perubahan diberikan dengan jelas dan mudah diakses oleh masyarakat dan sasaran kegiatan UKM	Pelaksana kegiatan UKM, sasaran kegiatan UKM, tokoh masyarakat.	Informasi jika terjadi perubahan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan.	Bukti dilakukannya komunikasi tentang penyampaian informasi waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan termasuk jika terjadi perubahan waktu atau tempat.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi
20% - 79% terpenuhi sebagian
< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

4.2.4. Penjadwalan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas disepakati bersama dengan memperhatikan masukan pelanggan dan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan rencana.

Pokok Pikiran:

- Waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas perlu disepakai bersama oleh Penanggung jawab, pelaksana, sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait untuk menjamin program dilakukan tepat sasaran dan tepat waktu, dan tidak terjadi konflik di antara pengelola, pelaksana, sasaran, lintas program dan lintas sektor terkait.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan cara untuk menyepakati waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dengan masyarakat dan/atau sasaran.	Tokoh masyarakat, kelompok masyarakat, sasaran kegiatan UKM.	Kesepakatan cara dan waktu pelaksanaan kegiatan.	SOP tentang penyusunan jadual dan tempat pelaksanaan kegiatan yang mencerminkan kesepakatan bersama dengan sasaran kegiatan UKM dan/atau masyarakat.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan cara untuk menyepakati waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dengan lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program dan lintas sektor.	Kesepakatan cara dan waktu pelaksanaan kegiatan.	SOP tentang penyusunan jadual dan tempat pelaksanaan kegiatan yang mencerminkan kesepakatan bersama dengan lintas program dan lintas sektor.		0 5 10

3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memonitor pelaksanaan kegiatan tepat waktu, tepat sasaran dan sesuai dengan tempat yang direncanakan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Monitoring pelaksanaan kegiatan.	Hasil monitoring.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu, ketepatan sasaran dan tempat pelaksanaan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Evaluasi pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.	Bukti pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap ketepatan waktu, sasaran, dan tempat pelaksanaan kegiatan UKM.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menindaklanjuti hasil evaluasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Tindak lanjut terhadap hasil evaluasi akses.	Bukti tindak lanjut hasil evaluasi.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
4.2.5. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan kajian terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Dalam pelaksanaan kegiatan dapat terjadi ketidaktepatan waktu, ketepatan sasaran, maupun tidak tercapainya target kinerja yang diharapkan, oleh karena itu Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan kajian terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan, dan melakukan upaya tindak lanjut untuk mengatasi. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana mengidentifikasi permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Masalah dan hambatan pelaksanaan kegiatan UKM.	Hasil identifikasi masalah dan hambatan pelaksanaan kegiatan UKM.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan analisis terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Analisis masalah dan hambatan.	Bukti pelaksanaan analisis masalah dan hambatan, rencana tindak lanjut.		0 5 10

3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana merencanakan tindak lanjut untuk mengatasi masalah dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Tindak lanjut terhadap hasil analisis masalah dan hambatan.	Rencana tindak lanjut.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melaksanakan tindak lanjut.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana program.	Pelaksanaan tindak lanjut.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana mengevaluasi keberhasilan tindak lanjut yang dilakukan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Tindak lanjut terhadap rencana mengatasi masalah dan hambatan.	Evaluasi terhadap tindak lanjut masalah dan hambatan.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

- ≥ 80% terpenuhi
- 20% - 79% terpenuhi sebagian
- < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

4.2.6. Ada umpan balik dan tindak lanjut terhadap keluhan masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran.

Pokok Pikiran:

- Umpan balik yang berupa kepuasan maupun ketidakpuasan sasaran yang berupa keluhan diperlukan untuk melakukan perbaikan, baik dalam pengelolaan maupun pelaksanaan kegiatan agar sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran.
- Keluhan masyarakat/sasaran dapat diperoleh secara pasif, yaitu masyarakat/sasaran menyampaikan langsung dengan kehendak sendiri kepada Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, atau Pelaksana, ataupun secara aktif dilakukan oleh Puskesmas.
- Tata cara untuk memperoleh keluhan masyarakat/sasaran dapat dilakukan dengan menyediakan media komunikasi untuk menerima keluhan, misalnya melalui sms, kotak saran, pertemuan dengan tokoh masyarakat maupun forum-forum komunikasi dengan masyarakat.
- Tindak lanjut dilakukan secara rasional sesuai dengan ketersediaan sumber daya yang ada di Puskesmas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan media komunikasi untuk menangkap keluhan masyarakat/sasaran.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Media komunikasi untuk menangkap keluhan.	Surat Keputusan tentang media komunikasi yang digunakan untuk menangkap keluhan masyarakat atau sasaran kegiatan UKM.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan media komunikasi untuk memberikan umpan balik terhadap keluhan yang disampaikan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Media komunikasi untuk memberikan umpan balik keluhan.	Surat Keputusan tentang media komunikasi yang digunakan untuk umpan balik terhadap keluhan masyarakat atau sasaran kegiatan UKM.		0 5 10

3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melakukan analisis terhadap keluhan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Penerimaan keluhan dan analisis keluhan.	Bukti analisis keluhan.		0 5 10
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan tindak lanjut terhadap keluhan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Tindak lanjut terhadap keluhan.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana memberikan informasi umpan balik kepada masyarakat atau sasaran tentang tindak lanjut yang telah dilakukan untuk menanggapi keluhan.	Sasaran kegiatan UKM, masyarakat.	Umpan balik dan tindak lanjut keluhan.	Bukti penyampaian informasi tentang umpan balik dan tindak lanjut terhadap keluhan.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
4.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap kinerja pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dalam mencapai tujuan dan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran.					
Kriteria:					
4.3.1. Kinerja UKM Puskesmas dievaluasi dan dianalisis, serta ditindaklanjuti sebagai bahan untuk perbaikan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menilai apakah pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas mencapai tujuan yang diharapkan dan apakah sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan. • Evaluasi dilakukan dengan adanya indikator-indikator serta target-target pencapaian yang jelas. • Indikator dan target yang harus dicapai ditetapkan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota, Kebijakan/Pedoman dari Kementerian Kesehatan, Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk masing- masing UKM Puskesmas • Hasil evaluasi ditindaklanjuti dalam bentuk perbaikan-perbaikan dalam pengelolaan maupun pelaksanaan kegiatan. • Indikator dan target yang harus dicapai ditetapkan berdasarkan pedoman masing- masing UKM Puskesmas. • Evaluasi meliputi pengumpulan, pengolahan, dan analisis data terhadap indikator kinerja UKM Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan indikator dan target pencapaian berdasarkan pedoman/acuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Penetapan indikator dan target pencapaian kinerja UKM.	SK Kepala Puskesmas tentang indikator dan target pencapaian kinerja UKM.	Indikator dan target dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	0 5 10

2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana mengumpulkan data berdasarkan indikator yang ditetapkan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pengumpulan data berdasarkan indikator yang ditetapkan.	Hasil pengumpulan data berdasarkan indikator yang ditetapkan.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan analisis terhadap capaian indikator-indikator yang telah ditetapkan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Analisis capaian untuk tiap indikator yang ditetapkan.	Hasil analisis pencapaian indikator pencapaian kegiatan UKM.		0 5 10
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana menindaklanjuti hasil analisis dalam bentuk upaya-upaya perbaikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Tindak lanjut terhadap hasil analisis pencapaian indikator.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Hasil analisis dan tindak lanjut didokumentasikan.			Dokumentasi hasil analisis dan tindak lanjut.		0 5 10

BAB V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
5.1. Tanggung jawab Pengelolaan UKM Puskesmas Penanggung jawab UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap efektivitas dan efisiensi kegiatan pelaksanaan UKM Puskesmas sejalan dengan tujuan UKM Puskesmas, tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.					
Kriteria:					
5.1.1. Penanggung jawab UKM Puskesmas memenuhi persyaratan yang ditetapkan dan melakukan peningkatan kompetensi agar dapat mengelola sesuai dengan tujuan yang harus dicapai.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab UKM Puskesmas harus kompeten untuk mengelola UKM Puskesmas yang menjadi tanggung jawabnya, agar upaya tersebut dikelola dan dilaksanakan tepat tujuan, tepat sasaran, dan tepat waktu. Penanggung jawab harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai dengan pedoman yang menjadi acuan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas. • Upaya peningkatan kompetensi dapat dilakukan melalui pelatihan-pelatihan atau pendidikan yang dipersyaratkan sebagai Penanggung jawab. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan persyaratan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai dengan pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Penetapan Penanggung jawab UKM Puskesmas.	SK persyaratan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai dengan persyaratan kompetensi.			SK penetapan Penanggung jawab UKM.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas melakukan analisis kompetensi terhadap Penanggung jawab UKM Puskesmas.			Hasil analisis kompetensi.		0 5 10
4. Kepala Puskesmas menindaklanjuti hasil analisis kompetensi tersebut untuk peningkatan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas.			Rencana peningkatan kompetensi.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

5.1.2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang baru ditugaskan di Puskesmas harus mengikuti kegiatan orientasi pelaksanaan UKM Puskesmas agar memahami tugas pokok dan tanggung jawab.

Pokok Pikiran:

- Kegiatan orientasi diperlukan bagi Penanggung jawab dan pelaksana yang baru ditugaskan agar dapat memahami apa yang menjadi tanggung jawab mereka, keterkaitan dengan UKM Puskesmas yang lain, maupun keterkaitan dengan keseluruhan tugas pokok dan fungsi Puskesmas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas mewajibkan Penanggung jawab UKM Puskesmas maupun Pelaksana yang baru ditugaskan untuk mengikuti kegiatan orientasi.			SK Kepala Puskesmas tentang kewajiban mengikuti program orientasi.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan kerangka acuan kegiatan orientasi untuk Penanggung jawab maupun Pelaksana yang baru ditugaskan.			Kerangka acuan program orientasi yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.		0 5 10
3. Kegiatan orientasi untuk Penanggung jawab dan Pelaksana yang baru ditugaskan dilaksanakan sesuai dengan kerangka acuan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan orientasi.	SOP dan bukti pelaksanaan orientasi (laporan pelaksanaan orientasi).		0 5 10
4. Kepala Puskesmas melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan orientasi Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang baru ditugaskan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan orientasi.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan orientasi.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

5.1.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menetapkan tujuan dan tata nilai dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang dikomunikasikan kepada semua pihak yang terkait dan kepada sasaran

Pokok Pikiran:

- Agar UKM Puskesmas dapat dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan memenuhi kebutuhan dan harapan sasaran, maka Kepala Puskesmas perlu menetapkan tujuan yang mengacu pada pedoman yang ada.

- Tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas perlu disepakati bersama oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, dan pelaksana, dengan memperhatikan tata nilai budaya yang berlaku di masyarakat.
- Tujuan dan tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan dikomunikasikan kepada lintas program dan lintas sektor terkait agar mereka dapat optimal berperan dalam pelaksanaan kegiatan. Pihak terkait adalah sektor-sektor terkait yang ikut berperan dalam penyelenggaraan UKM Puskesmas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan tujuan, sasaran, dan tata nilai dari tiap-tiap UKM Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			Tujuan, sasaran, tata nilai UKM Puskesmas yang dituangkan dalam kerangka acuan program kegiatan UKM.		0 5 10
2. Tujuan, sasaran, dan tata nilai tersebut dikomunikasikan kepada pelaksana, sasaran, lintas program dan lintas sektor terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana, sasaran kegiatan UKM, lintas program, lintas sektor.	Sosialisasi tentang tujuan, sasaran, tata nilai.	Bukti pelaksanaan komunikasi tujuan, sasaran dan tata nilai kepada pelaksana, sasaran, lintas program, dan lintas sektor.		0 5 10
3. Dilakukan evaluasi terhadap penyampaian informasi yang diberikan kepada sasaran, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait untuk memastikan informasi tersebut dipahami dengan baik.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan evaluasi penyampaian informasi.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap sosialisasi tujuan, sasaran, dan tata nilai.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Kriteria:

5.1.4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, pencapaian kinerja, pelaksanaan, dan penggunaan sumber daya, melalui komunikasi dan koordinasi yang efektif.

Pokok Pikiran:

- Penanggung jawab UKM Puskesmas mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan dan dukungan bagi pelaksana dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab. Arahan dapat dilakukan dalam bentuk pembinaan, pendampingan, pertemuan-pertemuan, maupun konsultasi dalam pelaksanaan kegiatan.
- Komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor diperlukan untuk keberhasilan pencapaian kinerja antara lain melalui forum mini lokakarya, pertemuan koordinasi di kecamatan, maupun forum yang lain.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggungjawab UKM Puskesmas melakukan pembinaan kepada pelaksana dalam melaksanakan kegiatan.	Pelaksana kegiatan UKM.	Pembinaan oleh Penanggung jawab.	Bukti-bukti pelaksanaan pembinaan oleh penanggung jawab kepada pelaksana		0 5 10

2. Pembinaan meliputi penjelasan tentang tujuan, tahapan pelaksanaan kegiatan, dan teknis pelaksanaan kegiatan berdasarkan pedoman yang berlaku.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	isi pembinaan antara lain meliputi: tujuan, tahapan pelaksanaan, dan teknis pelaksanaan kegiatan	Notulen pembinaan yang antara lain berisi: tujuan, tahapan pelaksanaan, dan teknis pelaksanaan kegiatan		0 5 10
3. Pembinaan dilakukan secara periodik sesuai dengan jadwal yang disepakati dan pada waktu-waktu tertentu sesuai kebutuhan.	Pelaksana program.	Kesesuaian jadwal pelaksanaan pembinaan.	Bukti pelaksanaan pembinaan dan jadwal pelaksanaan pembinaan.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengkomunikasikan tujuan, tahapan pelaksanaan kegiatan, penjadwalan kepada lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program, lintas sektor.	Komunikasi tentang tujuan, tahapan, jadwal kegiatan UKM.	Bukti komunikasi dengan lintas program dan lintas sektor tentang tujuan, tahapan, jadwal pelaksanaan kegiatan.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan kepada lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program, lintas sektor.	Pelaksanaan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan.	Bukti pelaksanaan koordinasi lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
6. Ada kejelasan peran lintas program dan lintas sektor terkait yang disepakati bersama dan sesuai pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	Lintas program, lintas sektor.	Kejelasan peran masing-masing program atau sektor terkait.	Adanya bukti kesepakatan peran masing-masing yang diidentifikasi dan disepakati melalui lokakarya mini		0 5 10
7. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Evaluasi dan tindak lanjut komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	Bukti hasil evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
5.1.5. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengupayakan minimalisasi risiko pelaksanaan kegiatan terhadap lingkungan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dapat menimbulkan risiko terhadap lingkungan. Risiko terhadap lingkungan perlu diidentifikasi oleh Penanggung jawab dan Pelaksana untuk mengupayakan langkah-langkah pencegahan dan/atau minimalisasi risiko pelaksanaan kegiatan terhadap lingkungan. • Yang termasuk risiko terhadap lingkungan adalah: gangguan terhadap kondisi fisik, seperti kebisingan, suhu, kelembaban, pencahayaan, cuaca, bahan beracun/berbahaya, limbah medis, sampah infeksius. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan identifikasi kemungkinan terjadinya risiko terhadap lingkungan dan masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Identifikasi risiko.	Hasil identifikasi risiko terhadap lingkungan dan masyarakat akibat pelaksanaan kegiatan UKM.		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana melakukan analisis risiko.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Analisis risiko.	Hasil analisis risiko.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana merencanakan upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Proses penyusunan rencana pencegahan risiko.	Rencana pencegahan dan minimalisasi risiko.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana melakukan upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.	Rencana upaya pencegahan risiko dan minimalisasi risiko dengan bukti pelaksanaan.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Proses evaluasi terhadap upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.	Hasil evaluasi terhadap upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.		0 5 10

6. Jika terjadi kejadian yang tidak diharapkan akibat risiko dalam pelaksanaan kegiatan, dilakukan minimalisasi akibat risiko, dan kejadian tersebut dilaporkan oleh Kepala Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Kejadian tidak diharapkan akibat risiko.	Bukti pelaporan dan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 5.1.6. Penanggung jawab UKM Puskesmas memfasilitasi pemberdayaan masyarakat dan sasaran mulai dari perencanaan, pelaksanaan, sampai dengan evaluasi					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> • Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan di wilayah kerja, perlu dilakukan fasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang merupakan salah satu fungsi Puskesmas. Fungsi tersebut tercermin dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas. • Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan mulai dari pelaksanaan survei mawas diri, keterlibatan dalam perencanaan kegiatan, monitoring dan evaluasi. • Dalam memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan dan pemberdayaan, dapat dilakukan komunikasi dengan berbagai media yang tersedia di masyarakat, baik leaflet, brosur, lembar balik, dan pertemuan-pertemuan yang dilakukan dengan melibatkan peran serta masyarakat. • Kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut direncanakan dan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan, kerangka acuan, dan prosedur yang jelas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan yang mewajibkan Penanggung jawab dan Pelaksana UKM Puskesmas untuk memfasilitasi peran serta masyarakat dan sasaran dalam survei mawas diri, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelaksanaan UKM Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang kewajiban Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana untuk memfasilitasi peran serta masyarakat.		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana, kerangka acuan, dan prosedur pemberdayaan masyarakat.			Rencana, kerangka acuan, SOP pemberdayaan masyarakat.		0 5 10

3. Ada keterlibatan masyarakat dalam survey mawas diri, perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi pelaksanaan UKM Puskesmas.	Tokoh masyarakat	Keterlibatan dalam SMD	SOP pelaksanaan SMD, Dokumentasi pelaksanaan SMD, dan hasil SMD		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan komunikasi dengan masyarakat dan sasaran, melalui media komunikasi yang ditetapkan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana, tokoh masyarakat, sasaran UKM Puskesmas.	Pelaksanaan komunikasi dengan masyarakat dan sasaran UKM Puskesmas.	SOP komunikasi dengan masyarakat dan sasaran UKM Puskesmas.		0 5 10
5. Adanya kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang bersumber dari swadaya masyarakat serta kontribusi swasta.			Bukti perencanaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas yang bersumber dari swadaya masyarakat/swasta.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
5.2. Perencanaan Kegiatan UKM Puskesmas Perencanaan kegiatan UKM Puskesmas disusun berdasarkan perencanaan Puskesmas dan mengacu pada pedoman untuk memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.					
Kriteria:					
5.2.1. Rencana kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas terintegrasi dengan rencana pelaksanaan UKM Puskesmas yang lain, dan disusun melalui proses perencanaan Puskesmas dengan indikator kinerja yang jelas, dan mencerminkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar pelaksanaan UKM Puskesmas dapat dilaksanakan dengan lancar dan mencapai tujuan, perlu disusun rencana terintegrasi dengan indikator kinerja yang jelas. Perencanaan UKM Puskesmas dilakukan secara terintegrasi melalui tahapan perencanaan Puskesmas, yaitu penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk tahun anggaran mendatang, dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk tahun berjalan. Penyusunan RUK perlu memperhatikan waktu pelaksanaan musrenbang desa dan musrenbang kecamatan. Anggaran untuk pelaksanaan kegiatan dapat bersumber dari APBN, APBD, peran serta swasta, dan swadaya masyarakat 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Rencana untuk tahun mendatang terintegrasi dalam RUK Puskesmas.			RUK Puskesmas dengan kejelasan kegiatan tiap UKM.		0 5 10
2. Rencana untuk tahun berjalan terintegrasi dalam RPK Puskesmas.			RPK Puskesmas, dengan kejelasan kegiatan tiap UKM.		0 5 10

3. Ada kejelasan sumber pembiayaan baik pada RUK maupun RPK yang bersumber dari APBN, APBD, swasta, dan swadaya masyarakat.			RUK dan RPK.		0 5 10
4. Kerangka Acuan tiap UKM Puskesmas disusun oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas.			Kerangka acuan kegiatan tiap UKM.		0 5 10
5. Jadwal kegiatan disusun oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.			Jadwal kegiatan tiap UKM.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
5.2.2. Perencanaan kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas disusun berdasarkan kebutuhan sasaran dan pihak-pihak terkait untuk peningkatan status kesehatan masyarakat.					
Pokok Pikiran:					
• Agar UKM Puskesmas diterima oleh masyarakat dan sesuai dengan kebutuhan sasaran, maka rencana pelaksanaan kegiatan perlu memperhatikan hasil-hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat dan/atau sasaran.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kajian kebutuhan masyarakat (<i>community health analysis</i>) dilakukan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Pelaksanaan kajian kebutuhan masyarakat.	Hasil kajian kebutuhan masyarakat.		0 5 10
2. Kajian kebutuhan dan harapan sasaran dilakukan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, pelaksana.	Pelaksanaan kajian kebutuhan sasaran.	Hasil kajian kebutuhan dan harapan sasaran.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab membahas hasil kajian kebutuhan masyarakat, dan hasil kajian kebutuhan dan harapan sasaran dalam penyusunan RUK.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Analisis pembahasan hasil kajian.	Hasil analisis kajian kebutuhan dan harapan masyarakat dan sasaran		0 5 10
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas membahas hasil kajian kebutuhan masyarakat, dan hasil kajian kebutuhan dan harapan sasaran dalam penyusunan RPK.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses penyusunan RPK dengan mempertimbangkan hasil kajian.	RPK Puskesmas.		0 5 10

5. Jadwal pelaksanaan kegiatan dilaksanakan dengan memperhatikan usulan masyarakat atau sasaran.			Jadwal pelaksanaan kegiatan apakah sesuai dengan usulan masyarakat/sasaran.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 5.2.3. Perencanaan kegiatan yang sedang dilaksanakan dapat direvisi bila perlu, sesuai dengan perubahan kebijakan pemerintah dan/atau perubahan kebutuhan masyarakat atau sasaran, serta usulan-usulan perbaikan yang rasional. Penanggung jawab wajib memonitor pencapaian kegiatan, dan proses pelaksanaan serta mengambil langkah tindak lanjut untuk perbaikan.					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan rencana kegiatan dimungkinkan apabila terjadi perubahan kebijakan pemerintah dan/atau perubahan kebutuhan masyarakat dan sasaran, maupun hasil monitoring dan pencapaian kinerja. • Perubahan rencana kegiatan dapat memperhatikan usulan-usulan dari pelaksana, lintas program, dan lintas sektor terkait. • Revisi terhadap rencana harus dilakukan dengan alasan yang tepat sebagai upaya pencapaian yang optimal dari kinerja. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan monitoring	Hasil monitoring		0 5 10
2. Pelaksanaan monitoring dilakukan dengan prosedur yang jelas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan monitoring.	SOP monitoring, jadwal dan pelaksanaan monitoring.		0 5 10
3. Dilakukan pembahasan terhadap hasil monitoring oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Pembahasan hasil monitoring.	SOP pembahasan hasil monitoring, bukti pembahasan, rekomendasi hasil pembahasan.		0 5 10
4. Dilakukan penyesuaian rencana kegiatan oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program dan lintas sektor terkait berdasarkan hasil monitoring, dan jika ada perubahan yang perlu dilakukan untuk menyesuaikan dengan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Tindak lanjut hasil monitoring disesuaikan dalam perencanaan kegiatan.	Hasil penyesuaian rencana.		0 5 10

5. Pembahasan untuk perubahan rencana kegiatan dilakukan berdasarkan prosedur yang jelas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses perubahan rencana kegiatan.	SOP perubahan rencana kegiatan.		0 5 10
6. Keseluruhan proses dan hasil monitoring didokumentasikan.			Dokumentasi hasil monitoring.		0 5 10
7. Keseluruhan proses dan hasil pembahasan perubahan rencana kegiatan didokumentasikan.			Dokumentasi proses dan hasil pembahasan.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				$\geq 80\%$ terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
5.3. Pengorganisasian Upaya Kesehatan Masyarakat Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana dipandu dengan uraian tugas dan kewenangan yang jelas.					
Kriteria:					
5.3.1. Uraian tugas Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawab dengan baik dalam mencapai tujuan, perlu disusun uraian tugas yang jelas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas. Uraian tugas meliputi tugas paling tidak berisi: tugas, tanggung jawab, dan kewenangan, dengan kejelasan tentang tugas pokok dan tugas integrasi. Uraian tugas harus dipahami oleh pengemban tugas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada uraian tugas Penanggung jawab UKM Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			Dokumen uraian tugas Penanggung jawab.		0 5 10
2. Ada uraian tugas Pelaksana yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			Dokumen uraian tugas pelaksana.		0 5 10
3. Uraian tugas berisi tugas, tanggung jawab, dan kewenangan.			Isi dokumen uraian tugas.		0 5 10
4. Uraian tugas meliputi tugas pokok dan tugas integrasi.			Isi dokumen uraian tugas.		0 5 10
5. Uraian tugas disosialisasikan kepada pengemban tugas	Penanggung jawab dan pelaksana.	Pelaksanaan sosialisasi uraian tugas.	Bukti pelaksanaan sosialisasi uraian tugas.		0 5 10

6. Dokumen uraian tugas didistribusikan kepada pengemban tugas.			Bukti pendistribusian uraian tugas.		0 5 10
7. Uraian tugas disosialisasikan kepada lintas program terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana, lintas program.	Pelaksanaan sosialisasi uraian tugas.	Bukti pelaksanaan sosialisasi uraian tugas pada lintas program.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
5.3.2. Penanggung jawab dan pelaksana UKM Puskesmas melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan uraian tugas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sesuai uraian tugas akan menjamin pelaksanaan program sesuai dengan pedoman dan mencapai hasil kinerja yang diharapkan. • Pelaksanaan tugas sesuai dengan uraian tugas memberikan jaminan hukum bagi Penanggung jawab dan Pelaksana. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas melakukan monitoring terhadap Penanggung jawab UKM Puskesmas dalam melaksanakan tugas berdasarkan uraian tugas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Monitoring pelaksanaan uraian tugas.	Hasil monitoring pelaksanaan uraian tugas.		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring pelaksana dalam melaksanakan tugas berdasarkan uraian tugas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana program.	Monitoring pelaksanaan uraian tugas.	Hasil monitoring.		0 5 10
3. Jika terjadi penyimpangan terhadap pelaksanaan uraian tugas oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas, Kepala Puskesmas melakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.	Kepala Puskesmas.	Tindak lanjut hasil monitoring uraian tugas.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10
4. Jika terjadi penyimpangan terhadap pelaksanaan uraian tugas oleh pelaksana, Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Tindak lanjut hasil monitoring uraian tugas.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

5.3.3. Uraian tugas dikaji ulang secara reguler dan jika perlu dilakukan perubahan

Pokok Pikiran:

- Untuk menyesuaikan dengan perkembangan kebutuhan masyarakat dan/atau sasaran program serta perubahan regulasi, uraian tugas Penanggung jawab dan Pelaksana perlu dikaji ulang secara periodik.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Periode untuk melakukan kajian ulang terhadap uraian tugas ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang kajian ulang uraian tugas, SOP kajian ulang uraian tugas.		0 5 10
2. Dilaksanakan kajian ulang terhadap uraian sesuai dengan waktu yang ditetapkan oleh penanggung jawab dan pelaksana.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan tinjauan ulang.	Bukti pelaksanaan kajian ulang dan Hasil tinjauan ulang.		0 5 10
3. Jika berdasarkan hasil kajian perlu dilakukan perubahan terhadap uraian tugas, maka dilakukan revisi terhadap uraian tugas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana.	Proses dan Pelaksanaan revisi uraian tugas.	Uraian tugas yang direvisi.		0 5 10
4. Perubahan uraian tugas ditetapkan oleh Kepala Puskesmas berdasarkan usulan dari Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai hasil kajian.			Ketetapan hasil revisi uraian tugas.		0 5 10

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Standar:

5.4. Komunikasi dan Koordinasi

Penanggung jawab UKM Puskesmas membina komunikasi dan tata hubungan kerja lintas program dan lintas sektor untuk pelaksanaan dan pencapaian hasil yang optimal.

Kriteria:

5.4.1. Penanggung jawab UKM Puskesmas membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait baik lintas program, maupun lintas sektoral.

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat hanya dilakukan oleh sektor kesehatan sendiri, program kesehatan perlu didukung oleh sektor di luar kesehatan, demikian juga pembangunan berwawasan kesehatan harus dipahami oleh sektor terkait.

<ul style="list-style-type: none"> Pembinaan, komunikasi, dan koordinasi perlu ditetapkan dengan prosedur yang jelas, melalui mekanisme lokakarya mini bulanan untuk lintas program, dan lokakarya mini tribulan untuk lintas sektor, atau mekanisme koordinasi yang lain. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi pihak-pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektor untuk berperan serta aktif dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Identifikasi pihak terkait dalam UKM Puskesmas.	Hasil identifikasi pihak terkait dan peran masing-masing.	Pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan lintas program mengidentifikasi peran masing-masing lintas program terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program.	Identifikasi peran lintas program.	Uraian peran lintas program untuk tiap program Puskesmas.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan lintas sektor mengidentifikasi peran masing-masing lintas sektor terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas sektor.	Identifikasi peran lintas sektor.	Uraian peran lintas sektor untuk tiap program Puskesmas.		0 5 10
4. Peran lintas program dan lintas sektor didokumentasikan dalam kerangka acuan.			Kerangka acuan program memuat peran lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
5. Komunikasi lintas program dan lintas sektor dilakukan melalui pertemuan lintas program dan pertemuan lintas sektor.	Lintas program, lintas sektor.	Pertemuan lintas program dan lintas sektor.	Bukti pelaksanaan pertemuan lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 5.4.2. Dilakukan komunikasi dan koordinasi yang jelas dalam pengelolaan UKM Puskesmas					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Proses maupun hasil pengelolaan program dikomunikasikan oleh Penanggung jawab kepada pelaksana serta lintas program dan lintas sektor terkait agar ada kesamaan persepsi untuk efektivitas pelaksanaan program. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur komunikasi dan koordinasi program.			SK Kepala Puskesmas dan SOP tentang mekanisme komunikasi dan koordinasi program.		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan komunikasi kepada pelaksana, lintas program terkait, dan lintas sektor terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program, lintas sektor.	Pelaksanaan komunikasi lintas program dan lintas sektor.	Bukti pelaksanaan komunikasi lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana melakukan koordinasi untuk tiap kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas kepada lintas program terkait, lintas sektor terkait, dan sasaran.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana program, lintas program, lintas sektor.	Pelaksanaan koordinasi.	Bukti pelaksanaan koordinasi.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan evaluasi terhadap pelaksanaan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	Hasil evaluasi, rencana tindak lanjut, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan koordinasi lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
5.5. Kebijakan dan Prosedur Pengelolaan Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur dalam pelaksanaan UKM Puskesmas					
Kriteria:					
5.5.1. Peraturan, kebijakan, kerangka acuan, prosedur pengelolaan UKM Puskesmas yang menjadi acuan pengelolaan dan pelaksanaan ditetapkan, dikendalikan dan didokumentasikan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Agar pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas sesuai dengan tujuan dan pentahapan yang direncanakan, maka harus jelas peraturan, kebijakan, kerangka acuan, prosedur yang dijadikan sebagai acuan. • Peraturan perundangan dan pedoman-pedoman sebagai dokumen eksternal yang digunakan sebagai acuan, kebijakan, kerangka acuan dan prosedur yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas harus didokumentasikan. • Format-format dokumen yang digunakan dalam pengelolaan UKM Puskesmas harus ditetapkan. • Kegiatan pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas harus dicatat. Catatan hasil pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas harus dikendalikan. • Pengendalian dokumen meliputi: penomoran, tanggal terbit, catatan tentang revisi, pemberlakuan, dan tanda tangan Kepala Puskesmas. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan peraturan, kebijakan, dan prosedur yang menjadi acuan pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang peraturan, kebijakan, dan prosedur-prosedur yang digunakan sebagai acuan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM		0 5 10
2. Peraturan, kebijakan, prosedur, dan format-format dokumen yang digunakan dikendalikan.			Panduan Pengendalian dokumen Kebijakan dan SOP.		0 5 10
3. Peraturan perundangan dan pedoman-pedoman yang menjadi acuan dikendalikan sebagai dokumen eksternal.			SOP Pengendalian dokumen eksternal dan pelaksanaan pengendalian dokumen eskternal.		0 5 10
4. Catatan atau rekaman yang merupakan hasil pelaksanaan kegiatan disimpan dan dikendalikan.			SOP dan bukti Penyimpanan dan pengendalian arsip perencanaan dan penyelenggaraan UKM Puskesmas.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
5.5.2. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur evaluasi kepatuhan terhadap peraturan, kerangka acuan, prosedur dalam pengelolaan dan pelaksanaan Upaya Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dicapai dengan optimal, maka pengelola dan pelaksana perlu mematuhi segala ketentuan yang telah ditetapkan. Kepatuhan terhadap ketentuan yang berlaku perlu dimonitor dan dievaluasi sesuai dengan kebutuhan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan monitoring kesesuaian pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas terhadap peraturan, pedoman, kerangka acuan, rencana kegiatan, dan prosedur pelaksanaan kegiatan.	Kepala Puskesmas.	Monitoring pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas sesuai kerangka acuan, rencana dan prosedur.	SK Kepala Puskesmas tentang monitoring pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas. Hasil monitoring pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.		0 5 10

2. Kepala Puskesmas menetapkan prosedur monitoring.			SOP monitoring, jadwal dan pelaksanaan monitoring.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memahami kebijakan dan prosedur monitoring.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pemahaman terhadap kebijakan dan prosedur monitoring.			0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan monitoring sesuai dengan ketentuan yang berlaku.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan monitoring.	Hasil monitoring.		0 5 10
5. Kebijakan dan prosedur monitoring dievaluasi setiap tahun.	Kepala Puskesmas.	Evaluasi terhadap kebijakan dan prosedur monitoring.	Hasil evaluasi terhadap kebijakan dan prosedur monitoring.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi

20% - 79% terpenuhi sebagian

< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

5.5.3. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur evaluasi kinerja UKM Puskesmas yang dilaksanakan oleh Penanggung jawab.

Pokok Pikiran:

- Agar sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan tercapai secara optimal, maka kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan evaluasi kinerja
- Ketentuan yang berupa kebijakan dan prosedur penilaian kinerja perlu ditetapkan untuk memperlancar kegiatan penilaian kinerja tiap-tiap UKM Puskesmas

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan evaluasi kinerja tiap UKM Puskesmas.			SK evaluasi kinerja UKM		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan prosedur evaluasi kinerja.			SOP evaluasi kinerja.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memahami kebijakan dan prosedur evaluasi kinerja.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pemahaman terhadap kebijakan dan prosedur evaluasi kinerja.			0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan evaluasi kinerja secara periodik sesuai dengan ketentuan yang berlaku.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan evaluasi kinerja.	SOP evaluasi kinerja, hasil evaluasi.		0 5 10

5. Kebijakan dan prosedur evaluasi terhadap UKM Puskesmas tersebut dievaluasi setiap tahun.			Hasil evaluasi terhadap kebijakan dan prosedur evaluasi UKM Puskesmas.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
5.6. Akuntabilitas pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menunjukkan akuntabilitas dalam pengelolaan dan pelaksanaan program					
Kriteria:					
5.6.1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring terhadap UKM Puskesmas secara periodik					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Monitoring dalam proses pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas perlu dilakukan secara periodik oleh Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas untuk menjaga agar pelaksanaan kegiatan sesuai dengan kerangka acuan dan rencana yang disusun, dan mencapai sasaran dan target yang ditetapkan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan monitoring.	SOP monitoring kesesuaian proses pelaksanaan program kegiatan UKM. Bukti pelaksanaan monitoring		0 5 10
2. Hasil monitoring ditindaklanjuti untuk perbaikan dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Hasil dan tindak lanjut hasil monitoring.	Hasil monitoring, rencana tindak lanjut dan bukti tindak lanjut hasil monitoring.		0 5 10
3. Hasil monitoring dan tindak lanjut perbaikan didokumentasikan.			Dokumentasi hasil monitoring dan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
5.6.2. Penanggung jawab UKM Puskesmas menunjukkan akuntabilitas dalam mengelola dan melaksanakan UKM Puskesmas, dan memberikan pengarahan kepada pelaksana sesuai dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Akuntabilitas merupakan bentuk tanggung jawab Penanggung jawab dalam melaksanakan kegiatan, sesuai dengan rencana yang disusun. Akuntabilitas ditunjukkan dalam pencapaian kinerja dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan dalam Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP). Penanggung jawab mempunyai kewajiban untuk mempertanggung jawabkan pencapaian kinerja kepada Kepala Puskesmas dan melakukan tindak lanjut untuk perbaikan. Penanggungjawab UKM Puskesmas mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan pada pelaksana untuk menjamin keberhasilan program. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab UKM Puskesmas memberikan arahan kepada pelaksana untuk pelaksanaan kegiatan.	Pelaksana.	Arahan tentang pelaksanaan kegiatan UKM .	Bukti pelaksanaan pengarahan kepada pelaksana.		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan kajian secara periodik terhadap pencapaian kinerja.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Kajian pencapaian kinerja.	Bukti pelaksanaan kajian.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama pelaksana melakukan tindak lanjut terhadap hasil penilaian kinerja.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Tindak lanjut hasil penilaian kinerja.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
4. Hasil kajian dan tindak lanjut didokumentasikan dan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.			Dokumentasi hasil kajian dan pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Dilakukan pertemuan untuk membahas hasil penilaian kinerja bersama dengan Kepala Puskesmas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Pembahasan hasil penilaian kinerja.	Bukti pelaksanaan pertemuan penilaian kinerja.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi

20% - 79% terpenuhi sebagian

< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

5.6.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan pertemuan penilaian kinerja secara periodik

Pokok Pikiran:

- Kepala Puskesmas bersama Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan penilaian terhadap pencapaian kinerja secara periodik, paling sedikit dua kali setahun.
- Penilaian kinerja dimaksudkan untuk menunjukkan akuntabilitas dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas, dan melakukan perbaikan jika hasil penilaian kinerja tidak mencapai target yang diharapkan.
- Penilaian tersebut dilakukan dalam rapat Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan penilaian kinerja sesuai dengan kebijakan dan prosedur penilaian kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Penilaian kinerja.	Hasil penilaian kinerja.		0 5 10

2. Dilaksanakan pertemuan penilaian kinerja paling sedikit dua kali setahun.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan pertemuan penilaian kinerja.	Bukti pelaksanaan pertemuan penilaian kinerja paling sedikit dua kali setahun		0 5 10
3. Hasil penilaian kinerja ditindaklanjuti, didokumentasikan, dan dilaporkan.			Bukti tindak lanjut, laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar: 5.7. Hak dan kewajiban sasaran Ada kejelasan hak dan kewajiban sasaran					
Kriteria: 5.7.1. Hak dan kewajiban sasaran ditetapkan dan disosialisasikan kepada sasaran serta semua pihak yang terkait, dan dilaksanakan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Upaya Kesehatan Masyarakat dilaksanakan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan yang berfokus pada kebutuhan masyarakat pada umumnya, dan sasaran pada khususnya. Hak dan kewajiban sasaran harus ditetapkan, dan menjadi pertimbangan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas, sehingga terwujud proses pemberdayaan masyarakat sesuai dengan tujuan Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan hak dan kewajiban sasaran sesuai dengan kerangka acuan.			SK hak dan kewajiban sasaran.		0 5 10
2. Hak dan kewajiban sasaran dikomunikasikan kepada sasaran, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.	Sasaran, pelaksana, lintas program, lintas sektor.	Sosialisasi hak dan kewajiban sasaran.	Bukti sosialisasi hak dan kewajiban sasaran.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 5.7.2. Ada aturan yang jelas yang mengatur perilaku Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana dalam proses pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan. Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas serta tujuan dari masing-masing UKM Puskesmas.					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Perlu disusun aturan yang mengatur perilaku Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang sesuai dengan tata nilai, visi, misi, tujuan Puskesmas, serta tujuan dari masing-masing UKM Puskesmas. Adanya aturan tersebut akan mengarahkan Penanggung jawab dan Pelaksana dalam memberikan pelayanan kepada sasaran. Aturan tersebut merupakan bagian dari peraturan internal Puskesmas 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menentukan aturan, tata nilai dan budaya dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang disepakati bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Aturan, tata nilai, budaya dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.	SK aturan, tata nilai, budaya dalam pelaksanaan UKM Puskesmas (Kebijakan ini sebaiknya masuk dalam peraturan internal yang ada pada Bab2 kriteria 2.4.2		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana memahami aturan tersebut.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pemahaman terhadap aturan, tata nilai, dan budaya dalam penyelenggaraan UKM Puskesmas.			0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melaksanakan aturan tersebut.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan aturan, tata nilai, dan budaya dalam penyelenggaraan UKM Puskesmas.			0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan tindak lanjut jika pelaksana melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan aturan tersebut.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Tindak lanjut jika pelaksanaan tidak sesuai dengan aturan, tata nilai, dan budaya.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10

Bab VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Standar:					
6.1. Perbaikan kinerja masing-masing UKM Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang ditunjukkan dalam sikap kepemimpinan.					
Kriteria:					
6.1.1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana, bertanggung jawab dalam membudayakan perbaikan kinerja secara berkesinambungan, konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan mutu dan kinerja memerlukan peran serta aktif baik Kepala Puskemas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, Pelaksana dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud dan memberikan kepuasan pada sasaran. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada komitmen Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana untuk meningkatkan kinerja pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas secara berkesinambungan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses penggalangan komitmen.	Bukti adanya komitmen bersama untuk meningkatkan kinerja (bukti-bukti proses pertemuan, maupun dokumen lain yang membuktikan adanya kegiatan penggalangan komitmen).		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan peningkatan kinerja dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang peningkatan kinerja.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas menetapkan tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.			SK Kepala Puskesmas tentang tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana memahami upaya perbaikan kinerja dan tata nilai yang berlaku dalam pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pemahaman terhadap kebijakan dan tata nilai.			0 5 10

5. Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana perbaikan kinerja yang merupakan bagian terintegrasi dari perencanaan mutu Puskesmas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Proses penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Rencana perbaikan kinerja, dan tindak lanjut.		0 5 10
6. Penanggung jawab UKM Puskesmas memberikan peluang inovasi kepada pelaksana, lintas program, dan lintas sektor terkait untuk perbaikan kinerja pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.	Pelaksana, lintas program, lintas sektor.	Kesempatan untuk menyampaikan pendapat inovatif untuk perbaikan program kegiatan UKM.	Bukti-bukti inovasi program kegiatan UKM (melalui proses PDSA/PDCA) atas masukan pelaksana, lintas program, lintas sektor.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
6.1.2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan perbaikan kinerja secara berkesinambungan, tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Upaya perbaikan kinerja perlu dievaluasi apakah mencapai target dari indikator-indikator yang ditetapkan. Hasil penilaian kinerja disampaikan kepada Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Manajemen Mutu Dalam menyusun dan menetapkan indikator digunakan acuan yang jelas, yaitu: Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota, Kebijakan/Pedoman dari Kementerian Kesehatan, Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Provinsi, Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama pelaksana melakukan pertemuan membahas kinerja dan upaya perbaikan yang perlu dilakukan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan pertemuan pembahasan kinerja dan upaya perbaikan.	Bukti pertemuan pembahasan kinerja dan upaya perbaikan.		0 5 10
2. Penilaian kinerja dilakukan berdasarkan indikator-indikator kinerja yang ditetapkan untuk masing-masing UKM Puskesmas mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota, dan Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Indikator yang digunakan untuk penilaian kinerja, dan acuan yang digunakan.	Indikator penilaian kinerja dan hasil-hasilnya.		0 5 10

3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menunjukkan komitmen untuk meningkatkan kinerja secara berkesinambungan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Komitmen dalam meningkatkan kinerja dan wujud kegiatan.	Bukti komitmen untuk meningkatkan kinerja secara berkesinambungan.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana menyusun rencana perbaikan kinerja berdasarkan hasil monitoring dan penilaian kinerja.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Proses penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Rencana perbaikan kinerja berdasarkan hasil monitoring.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan pelaksana melakukan perbaikan kinerja secara berkesinambungan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan perbaikan kinerja.	Bukti pelaksanaan perbaikan kinerja.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
6.1.3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana bertanggung jawab dan menunjukkan peran serta mereka dalam memperbaiki kinerja dengan memberikan pelayanan yang lebih baik kepada sasaran.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pelanggan, maka semua pihak diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan kinerja. Kegiatan pemberdayaan pihak terkait tidak hanya terbatas pada pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Pihak terkait dapat dilibatkan dalam memberikan masukan, ide-ide yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan dalam upaya perbaikan kinerja, dan ikut berperan dalam pelaksanaan kegiatan perbaikan kinerja. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Keterlibatan lintas program dan lintas sektor terkait dalam pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja.	Lintas program, lintas sektor.	Keterlibatan dalam pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja.	Bukti pelaksanaan pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja yang melibatkan lintas program dan lintas terkait.		0 5 10
2. Lintas program dan lintas sektor terkait memberikan saran-saran inovatif untuk perbaikan kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Saran-saran inovatif lintas program dan lintas sektor, dan proses menyampaikan saran.	Bukti-bukti saran inovatif dari lintas program dan lintas sektor.		0 5 10

3. Lintas program dan lintas sektor terkait berperan aktif dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Lintas program, lintas sektor.	Keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Bukti keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	0 5 10
4. Lintas program dan lintas sektor terkait berperan aktif dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	Lintas program, lintas sektor.	Keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	Bukti-bukti keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				$\geq 80\%$ terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian $< 20\%$ tidak terpenuhi

Kriteria:

6.1.4. Ada upaya memberdayakan sasaran untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja.

Pokok Pikiran:

- Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pelanggan, maka sasaran dan masyarakat diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja. Kegiatan pemberdayaan pengguna dan masyarakat tidak hanya terbatas pada kegiatan pelaksanaan UKM Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Masyarakat dapat dilibatkan dalam memberikan masukan yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan survei untuk memperoleh masukan dari tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam upaya untuk perbaikan kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses pelaksanaan survei, metode, analisis, hasil-hasil yang diperoleh.	Panduan dan instrumen survei, bukti pelaksanaan survei untuk memperoleh masukan dari tokoh masyarakat, LSM, dan/atau sasaran.		0 5 10
2. Dilakukan pertemuan bersama dengan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran untuk memberikan masukan perbaikan kinerja.	Tokoh masyarakat, LSM, sasaran kegiatan UKM.	Pelaksanaan pertemuan untuk memberikan masukan untuk perbaikan kinerja.	Bukti pelaksanaan pertemuan dengan tokoh masyarakat, LSM, sasaran kegiatan UKM untuk memperoleh masukan.		0 5 10
3. Ada keterlibatan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam perencanaan perbaikan kinerja.	Tokoh masyarakat, LSM, sasaran kegiatan UKM.	Keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Bukti keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja, rencana (<i>plan of action</i>) perbaikan program kegiatan UKM.		0 5 10
4. Ada keterlibatan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam pelaksanaan kegiatan perbaikan kinerja.	Tokoh masyarakat, LSM, sasaran kegiatan UKM.	Keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	Bukti keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

6.1.5. Kegiatan perbaikan kinerja masing-masing UKM Puskesmas didokumentasikan

Pokok Pikiran:

- Seluruh rangkaian kegiatan perbaikan kinerja mulai dari monitoring dan penilaian kinerja, analisis kinerja, penyusunan rencana perbaikan, pelaksanaan perbaikan dan evaluasi terhadap kegiatan perbaikan kinerja perlu didokumentasikan untuk menunjukkan kesinambungan proses perbaikan kinerja dan merupakan sarana pembelajaran bagi Penanggung jawab, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur pendokumentasian kegiatan perbaikan kinerja.			SK Kepala Puskesmas, SOP pendokumentasian kegiatan perbaikan kinerja.		0 5 10
2. Kegiatan perbaikan kinerja didokumentasikan sesuai prosedur yang ditetapkan.			Dokumentasi kegiatan perbaikan kinerja.		0 5 10
3. Kegiatan perbaikan kinerja disosialisasikan kepada pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program, lintas sektor.	Sosialisasi kegiatan perbaikan kinerja.	Bukti sosialisasi kegiatan perbaikan kinerja ke lintas program dan lintas sektor.		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

6.1.6. Puskesmas melakukan kaji banding (*benchmarking*) dengan Puskesmas lain tentang kinerja UKM Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Bila dimungkinkan kegiatan kaji banding pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas dengan Puskesmas lain. Kegiatan kaji banding merupakan kesempatan untuk belajar dari pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas di Puskesmas yang lain, dan akan memberi manfaat bagi kedua belah pihak untuk perbaikan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Rencana dan pelaksanaan kaji banding.	Rencana kaji banding pelaksanaan UKM Puskesmas.		0 5 10

2. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menyusun instrumen kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses penyusunan instrumen kaji banding.	Instrumen kaji banding.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana melakukan kegiatan kaji banding.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan kegiatan kaji banding.	Laporan pelaksanaan kaji banding.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana mengidentifikasi peluang perbaikan berdasarkan hasil kaji banding yang dituangkan dalam rencana perbaikan kinerja.	Penanggung jawab dan pelaksana.	Identifikasi peluang perbaikan, dan proses perencanaan perbaikan.	Rencana perbaikan pelaksanaan program kegiatan UKM berdasar hasil kaji banding.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana melakukan perbaikan kinerja.	Penanggung jawab dan pelaksana.	Pelaksanaan perbaikan kinerja berdasarkan hasil kaji banding.	Laporan pelaksanaan perbaikan.		0 5 10
6. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi kegiatan kaji banding.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Evaluasi kegiatan kaji banding.	Hasil evaluasi kegiatan kaji banding.		0 5 10
7. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap perbaikan kinerja setelah dilakukan kaji banding.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan evaluasi perbaikan kinerja sesudah kegiatan kaji banding.	Hasil evaluasi perbaikan kinerja sesudah kegiatan kaji banding.		0 5 10

Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Standar:					
7.1. Proses Pendaftaran Pasien.					
Proses pendaftaran pasien memenuhi kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai.					
Kriteria :					
7.1.1. Prosedur pendaftaran dilaksanakan dengan efektif dan efisien dengan memperhatikan kebutuhan pelanggan					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan pasien perlu diperhatikan, diupayakan dan dipenuhi sesuai dengan misi dan sumber daya yang tersedia di Puskesmas. Keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dapat diperoleh pada saat pendaftaran. Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi, maka dapat dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Keselamatan pasien dan petugas sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan Puskesmas, dengan demikian prosedur pendaftaran sudah mencerminkan penerapan upaya keselamatan pasien, terutama dalam identifikasi pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur pendaftaran.			SOP pendaftaran		0 5 10
2. Tersedia bagan alur pendaftaran.			Bagan alur pendaftaran		0 5 10
3. Petugas mengetahui dan mengikuti prosedur tersebut.	Petugas pendaftaran	Pemahaman prosedur, pelaksanaan prosedur	SOP pendaftaran		0 5 10
4. Pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang ditetapkan.	Pasien	Pemahaman alur pendaftaran			0 5 10
5. Terdapat cara mengetahui bahwa pelanggan puas terhadap proses pendaftaran.	Petugas pendaftaran	Pelaksanaan survei pelanggan atau mekanisme lain (misalnya kotak saran, sms, dsb) untuk mengetahui kepuasan pelanggan, hasil survei pelanggan	SOP untuk menilai kepuasan pelanggan, form survei pasien		0 5 10
6. Terdapat tindak lanjut jika pelanggan tidak puas			Hasil survei dan tindak lanjut survei		0 5 10
7. Keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran.	Petugas pendaftaran	Pelaksanaan pendaftaran yang menunjukkan upaya menjamin keselamatan/ mencegah terjadinya kesalahan	SOP identifikasi pasien		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.1.2. Informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdokumentasi pada waktu pendaftaran

Pokok Pikiran:

- Pasien membutuhkan informasi yang jelas di tempat pendaftaran, oleh karena itu informasi pendaftaran harus tersedia dengan jelas yang dapat dengan mudah diakses dan dipahami oleh pasien. Penyediaan informasi kepada pasien memperhatikan latar belakang budaya dan bahasa yang dimiliki oleh pasien.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia media informasi tentang pendaftaran di tempat pendaftaran			Media informasi di tempat pendaftaran		0 5 10
2. Semua pihak yang membutuhkan informasi pendaftaran memperoleh informasi sesuai dengan yang dibutuhkan	Pasien, petugas pendaftaran	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran	Hasil evaluasi terhadap penyampaian informasi di tempat pendaftaran		0 5 10
3. Pelanggan dapat memperoleh informasi lain tentang sarana pelayanan, antara lain tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas perawatan/ rawat inap dan informasi lain yang dibutuhkan	Pasien, petugas pendaftaran	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran	SOP penyampaian informasi, ketersediaan informasi lain		0 5 10
4. Pelanggan mendapat tanggapan sesuai yang dibutuhkan ketika meminta informasi kepada petugas	Pasien, petugas pendaftaran	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran			0 5 10
5. Tersedia informasi tentang kerjasama dengan fasilitas rujukan lain	Pasien, petugas pendaftaran	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran	Ketersediaan informasi tentang fasilitas rujukan, MOU dengan tempat rujukan		0 5 10
6. Tersedia informasi tentang bentuk kerjasama dengan fasilitas rujukan lain			MOU dengan tempat rujukan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.1.3. Hak dan kewajiban pasien, keluarga, dan petugas dipertimbangkan dan diinformasikan pada saat pendaftaran.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan Puskesmas bertanggung jawab atas kebijakan pemberian pelayanan kepada pasien. Pimpinan Puskesmas harus mengetahui dan mengerti hak dan kewajiban petugas, pasien dan keluarganya, serta tanggung jawab Puskesmas sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Kemudian pimpinan wajib mengarahkan untuk memastikan agar seluruh petugas bertanggung jawab melindungi hak dan kewajiban tersebut. Untuk melindungi secara efektif dan mengedepankan hak pasien, pimpinan bekerja sama dan berusaha memahami tanggung jawab mereka dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayani, sedangkan petugas yang melayani dijamin akan memperoleh hak dan melaksanakan kewajibannya sebagaimana ditetapkan.
- Hak pasien dan keluarga merupakan salah satu elemen dasar dari proses pelayanan di Puskesmas, yang melibatkan petugas, Puskesmas, pasien dan keluarga. Oleh karena itu, kebijakan dan prosedur harus ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa petugas Puskesmas yang terkait dalam pelayanan pasien memberi respons terhadap hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Hak pasien tersebut perlu dipahami baik oleh pasien maupun oleh petugas yang memberikan pelayanan, oleh karena itu pasien perlu mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien sejak proses pendaftaran.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diinformasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga	Pasien	Pemahaman terhadap hak-hak dan kewajiban pasien	Informasi tentang hak dan kewajiban pasien/keluarga	UU No. 36/2009 tentang Kesehatan, UU No. 44/2009 tentang Rumah Sakit	0 5 10
2. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diperhatikan oleh petugas selama proses pendaftaran	Petugas pendaftaran	Proses pendaftaran pasien, apakah memerhatikan hak-hak pasien			0 5 10
3. Terdapat upaya agar pasien/keluarga dan petugas memahami hak dan kewajiban masing-masing	Pasien dan petugas pendaftaran	Pelaksanaan penyampaian informasi tentang hak dan kewajiban pasien	Bukti penyampaian informasi tentang hak dan kewajiban pasien kepada pasien dan petugas		0 5 10
4. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan memperhatikan hak-hak pasien/ keluarga pasien			Persyaratan kompetensi petugas, pola ketenagaan, dan kesesuaian terhadap persyaratan kompetensi dan pola ketenagaan, pelatihan yang diikuti		0 5 10
5. Terdapat kriteria petugas yang bertugas di ruang pendaftaran			Persyaratan kompetensi petugas pendaftaran		0 5 10

6. Petugas tersebut bekerja dengan efisien, ramah, dan responsif terhadap kebutuhan pelanggan	Pasien, petugas pendaftaran.	Proses pendaftaran pasien	SOP pendaftaran		0 5 10
7. Terdapat mekanisme koordinasi petugas di ruang pendaftaran dengan unit lain/ unit terkait agar pasien/ keluarga pasien memperoleh pelayanan	Petugas pendaftaran dan petugas terkait	Proses koordinasi dan komunikasi, pelaksanaan komunikasi dan koordinasi antar unit termasuk transfer pasien	SOP koordinasi dan komunikasi antara pendaftaran dengan unit-unit penunjang terkait (misal SOP rapat antar unit kerja, SOP transfer pasien)		0 5 10
8. Terdapat upaya Puskesmas memenuhi hak dan kewajiban pasien/keluarga, dan petugas dalam proses pemberian pelayanan di Puskesmas	Pasien, petugas pendaftaran	Proses pendaftaran yang memperhatikan hak dan kewajiban pasien/keluarga	Bukti sosialisasi hak dan kewajiban pasien baik kepada pasien (misal brosur, leaflet, poster) maupun karyawan (misal melalui rapat)		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Kriteria

7.1.4. Tahapan pelayanan klinis diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang tahapan pelayanan klinis yang akan dilalui mulai dari proses kajian sampai pemulangan. Informasi tentang tahapan pelayanan yang ada di Puskesmas perlu diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan. Informasi tersebut termasuk apabila pasien perlu dirujuk ke fasilitas yang lebih tinggi dalam upaya menjamin kesinambungan pelayanan. Tahapan pelayanan klinis adalah tahapan pelayanan sejak mendaftar, diperiksa sampai dengan meninggalkan tempat pelayanan dan tindak lanjut di rumah jika diperlukan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia tahapan dan prosedur pelayanan klinis yang dipahami oleh petugas			SOP alur pelayanan pasien		0 5 10
2. Sejak awal pasien/keluarga memperoleh informasi dan paham terhadap tahapan dan prosedur pelayanan klinis	Pasien dan petugas pendaftaran	Pemberian informasi tentang alur pelayanan klinis	SOP alur pelayanan pasien		0 5 10
3. Tersedia daftar jenis pelayanan di Puskesmas berserta jadwal pelayanan			Brosur, papan pengumuman tentang jenis dan jadwal pelayanan		0 5 10

4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan lain untuk menjamin kelangsungan pelayanan klinis (rujukan klinis, rujukan diagnostik, dan rujukan konsultatif)	Pasien dan petugas klinis	Proses rujukan ke sarana kesehatan lain	Perjanjian kerja sama dengan sarana kesehatan untuk rujukan klinis, rujukan diagnostik, dan rujukan konsultatif, bukti pelaksanaan rujukan.		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 7.1.5. Kendala fisik, bahasa, budaya dan penghalang lain dalam memberikan pelayanan diusahakan dikurangi					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Puskesmas sering melayani berbagai populasi masyarakat, yang di antaranya mempunyai keterbatasan, antara lain: lanjut usia, orang dengan disabilitas, bicara dengan berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau ada penghalang lainnya yang membuat proses asesmen dan penerimaan asuhan sangat sulit. Kesulitan atau hambatan tersebut perlu diantisipasi dan dilakukan upaya untuk mengurangi dan menghilangkan kesulitan atau hambatan tersebut pada saat pendaftaran. Dampak dari rintangan tersebut perlu diminimalkan dalam memberikan pelayanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan dan staf Puskesmas mengidentifikasi hambatan bahasa, budaya, kebiasaan, dan penghalang yang paling sering terjadi pada masyarakat yang dilayani	Pimpinan Puskesmas, petugas	Proses identifikasi hambatan	Hasil identifikasi hambatan bahasa, budaya, bahasa, kebiasaan dan penghalang lain.		0 5 10
2. Ada upaya tindak lanjut untuk mengatasi atau membatasi hambatan pada waktu pasien membutuhkan pelayanan di Puskesmas.	Petugas pendaftaran dan pemberi pelayanan	Pelaksanaan prosedur untuk mengatasi hambatan	Bukti adanya upaya tindak lanjut untuk mengatasi hambatan dalam pelayanan.		0 5 10
3. Upaya tersebut telah dilaksanakan.	Petugas pendaftaran dan pemberi pelayanan	Pelaksanaan upaya untuk mengatasi hambatan dalam pelayanan			0 5 10

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Standar:

7.2. Pengkajian

Kajian awal dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan.

Kriteria:

7.2.1. Proses kajian awal dilakukan secara paripurna, mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien/keluarga.

Pokok Pikiran:

- Ketika pasien diterima di Puskesmas untuk memperoleh pelayanan perlu dilakukan kajian awal yang lengkap dalam menetapkan alasan kenapa pasien perlu mendapat pelayanan klinis di Puskesmas. Pada tahap ini, Puskesmas membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan. Kebijakan dan prosedur harus ditetapkan tentang bagaimana proses ini dilaksanakan, informasi apa yang harus dikumpulkan dan didokumentasikan.
- Agar kajian kebutuhan pasien konsisten, perlu ditetapkan kebijakan Kepala Puskesmas tentang kajian kebutuhan pasien, yang memuat: isi minimal dari kajian yang harus dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat. Kajian dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktik, profesi, perizinan, undang-undang dan peraturan terkait atau sertifikasi. Hanya mereka yang kompeten dan berwenang yang melaksanakan kajian. Setiap formulir kajian yang digunakan mencerminkan kebijakan ini.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat prosedur pengkajian awal yang paripurna (meliputi anamnesis/alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial) untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan			SOP pengkajian awal klinis		0 5 10
2. Proses kajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk melakukan kajian	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat	Proses kajian awal medis dan kajian awal keperawatan	Persyaratan kompetensi, pola ketenagaan, dan kondisi ketenagaan yang memberikan pelayanan klinis		0 5 10
3. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan	Dokter, perawat, rekam medis	Observasi proses penegakan diagnosis dan pemberian asuhan, mencocokkan proses penegakan diagnosis	SOP pelayanan medis, SOP asuhan keperawatan	Standar profesi pelayanan medis, Standar asuhan keperawatan	0 5 10

4. Prosedur pengkajian yang ada menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu	Rekam medis	Ada tidaknya pengulangan yang tidak perlu	SOP pelayanan medis		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 7.2.2. Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka hasil kajian harus dicatat dalam rekam medis pasien. Informasi yang ada dalam rekam medis harus mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien, agar informasi tersebut dapat digunakan pada saat dibutuhkan demi menjamin kesinambungan dan keselamatan pasien. Rekam medis pasien adalah catatan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan. • Temuan pada kajian awal dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan pelayanan/tindakan sesuai kebutuhan serta rencana tindak lanjut dan evaluasinya. • Temuan dan kajian awal juga dapat digunakan untuk membuat keputusan perlunya review/kajian ulang pada situasi yang meragukan. Oleh karena itu sangat perlu bahwa kajian medis, kajian penunjang medis, kajian keperawatan dan kajian lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik. Hasil kajian ini harus dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh petugas yang melayani pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi informasi apa saja yang dibutuhkan dalam pengkajian dan harus dicatat dalam rekam medis	Petugas pelayanan klinis, rekam medis	Pelaksanaan SOP, kelengkapan catatan dalam rekam medis pasien	SOP dan formulir kajian awal yang memuat informasi apa saja yang harus diperoleh selama proses pengkajian (tim pelayanan klinis perlu menetapkan informasi apa saja yang perlu dicantumkan dalam rekam medis pasien)	Peraturan tentang Rekam Medis	0 5 10
2. Informasi tersebut meliputi informasi yang dibutuhkan untuk kajian medis, kajian keperawatan, dan kajian lain yang diperlukan	Petugas pelayanan klinis, rekam medis	Pelaksanaan SOP	SOP dan formulir kajian awal yang memuat informasi apa saja yang harus diperoleh selama proses pengkajian		0 5 10
3. Dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat waktu	Petugas pelayanan klinis, rekam medis	Pelaksanaan koordinasi dan komunikasi tentang informasi kajian kepada petugas/unit terkait			0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria :

7.2.3. Pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diberikan prioritas untuk asesmen dan pengobatan.

Pokok Pikiran:

- Pasien dengan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera emergensi, diidentifikasi dengan proses triase. Bila telah diidentifikasi sebagai keadaan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera (seperti infeksi melalui udara/ *airborne*), pasien ini sesegera mungkin diperiksa dan mendapat asuhan. Pasien-pasien tersebut diutamakan diperiksa dokter sebelum pasien yang lain, mendapat pelayanan diagnostik sesegera mungkin dan diberikan pengobatan sesuai dengan kebutuhan.
- Pasien harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk yaitu bila tidak tersedia pelayanan di Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi emergensi dan pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Petugas Gawat Darurat Puskesmas melaksanakan proses triase untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.	Pasien dan Petugas gawat darurat	Proses pelaksanaan triase di unit gawat darurat	SOP Triase	Pedoman Triase	0 5 10
2. Petugas tersebut dilatih menggunakan kriteria ini.	Petugas unit gawat darurat	Pelaksanaan pelatihan	Kerangka acuan pelatihan petugas unit gawat darurat, bukti pelaksanaan		0 5 10
3. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhan.	Pasien dan Petugas gawat darurat	Proses pelaksanaan triase di unit gawat darurat dan pemilahan pasien berdasarkan triase			0 5 10
4. Pasien emergensi diperiksa dan dibuat stabil terlebih dahulu sesuai kemampuan Puskesmas sebelum dirujuk ke pelayanan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi	Pasien dan Petugas gawat darurat	Proses stabilisasi pasien sebelum dirujuk. Proses komunikasi ke fasilitas rujukan yang menjadi tujuan rujukan.	SOP rujukan pasien emergensi (yang memuat proses stabilisasi, dan memastikan kesiapan tempat rujukan untuk menerima rujukan)		0 5 10

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Standar:

7.3. Keputusan Layanan Klinis.

Hasil kajian awal pasien dianalisis oleh petugas kesehatan profesional dan/atau tim kesehatan antar profesi yang digunakan untuk menyusun keputusan layanan klinis.

Kriteria:

7.3.1. Tenaga kesehatan dan/atau tim kesehatan antar profesi yang profesional melakukan kajian awal untuk menetapkan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan

Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Kajian hanya boleh dilakukan oleh tenaga professional yang kompeten. Proses kajian tersebut dapat dilakukan secara individual atau jika diperlukan oleh tim kesehatan antar profesi yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan yang lain sesuai dengan kebutuhan pasien. Kajian awal tersebut memberikan informasi untuk: <ul style="list-style-type: none"> Memahami pelayanan apa yang dicari pasien Menetapkan diagnosis awal Mengetahui riwayat pasien terhadap pengobatan sebelumnya Memahami respons pasien terhadap pengobatan sebelumnya Memilih jenis pelayanan/tindakan yang terbaik bagi pasien serta rencana tindak lanjut dan evaluasi 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dan kompeten	Pasien	Proses pelaksanaan kajian oleh tenaga profesional sesuai persyaratan	Persyaratan kompetensi, pola ketenagaan, dan kondisi ketenagaan yang memberikan pelayanan klinis.		0 5 10
2. Tersedia tim kesehatan antar profesi yang profesional untuk melakukan kajian jika diperlukan penanganan secara tim	Pasien, keluarga pasien, petugas	Pelaksanaan kajian dan penanganan pasien secara tim bila diperlukan	ketersediaan tim interprofesi bila dibutuhkan (termasuk pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat/ <i>home care</i>)		0 5 10
3. Terdapat kejelasan proses pendelegasian wewenang secara tertulis (apabila petugas tidak sesuai kewenangannya)	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat	Proses pelaksanaan pelayanan klinis sesuai pendelegasian wewenang	SOP pendelegasian wewenang		0 5 10
4. Petugas yang diberi kewenangan telah mengikuti pelatihan yang memadai, apabila tidak tersedia tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan			Persyaratan pelatihan yang harus diikuti dan pemenuhannya untuk tenaga profesional yang belum memenuhi persyaratan kompetensi, bukti mengikuti pelatihan:sertifikat, kerangka acuan pelatihan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
7.3.2. Terdapat peralatan dan tempat yang memadai untuk melakukan kajian awal pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Keputusan diagnosis dan rencana layanan/tindakan klinis tergantung pada hasil kajian. Pada pelaksanaan kajian juga harus memperhatikan privasi dari pasien. Oleh karena itu, proses kajian harus dilakukan pada tempat yang memenuhi persyaratan untuk melakukan kajian, menggunakan peralatan yang sesuai dengan standar Puskesmas, berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan, dan memberikan hasil yang akurat. Jaminan kualitas dilakukan dengan pemeliharaan yang teratur, proses sterilisasi yang benar terhadap alat-alat klinis yang digunakan. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia peralatan dan tempat pemeriksaan yang memadai untuk melakukan pengkajian awal pasien secara paripurna			Persyaratan peralatan klinis di Puskesmas, Daftar inventaris peralatan klinis di Puskesmas	Standar peralatan klinis di Puskesmas	0 5 10
2. Ada jaminan kualitas terhadap peralatan di tempat pelayanan	Petugas pemeliharaan, Petugas sterilisasi	Pelaksanaan pemeliharaan sesuai SOP dan jadwal	SOP pemeliharaan peralatan, SOP sterilisasi peralatan yang perlu disterilisasi, jadwal pemeliharaan alat		0 5 10
3. Peralatan dan sarana pelayanan yang digunakan menjamin keamanan pasien dan petugas	Petugas pemeliharaan sarana, Petugas sterilisasi.	Pelaksanaan pemeliharaan sarana. Pelaksanaan sterilisasi sesuai dengan SOP.	SOP pemeliharaan sarana (gedung), jadwal pelaksanaan, SOP sterilisasi peralatan yang perlu disterilkan.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
7.4. Rencana Layanan Klinis. Rencana tindakan dan pengobatan serta rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan oleh tim kesehatan antar profesi disusun dengan tujuan yang jelas, terkoordinasi dan melibatkan pasien/keluarga.					
Kriteria:					
7.4.1. Terdapat prosedur yang efektif untuk menyusun rencana layanan baik layanan medis maupun layanan terpadu jika pasien membutuhkan penanganan oleh tim kesehatan yang terkoordinasi.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Rencana layanan ditetapkan berdasarkan hasil kajian yang dinyatakan dalam bentuk diagnosis. Dalam menyusun rencana layanan perlu dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang jelas sesuai dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan. Luaran klinis tergantung dari ketepatan dalam penyusunan rencana layanan yang sesuai dengan kondisi pasien dan standar pelayanan klinis. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim.			Kebijakan dan SOP penyusunan rencana layanan medis. SOP penyusunan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim.		0 5 10

2. Setiap petugas yang terkait dalam pelayanan klinis mengetahui kebijakan dan prosedur tersebut serta menerapkan dalam penyusunan rencana terapi dan/ atau rencana layanan terpadu	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat	Pemahaman tentang kebijakan dan prosedur penyusunan rencana layanan medis, dan layanan terpadu			0 5 10
3. Dilakukan evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana terapi dan/atau rencana asuhan dengan kebijakan dan prosedur	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat	Pelaksanaan evaluasi layanan klinis	Bukti evaluasi kesesuaian layanan klinis dengan rencana terapi/rencana asuhan		0 5 10
4. Dilakukan tindak lanjut jika terjadi ketidaksesuaian antara rencana layanan dengan kebijakan dan prosedur	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat	Pelaksanaan tindak lanjut hasil evaluasi	Hasil evaluasi. Bukti tindak lanjut terhadap hasil evaluasi		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil tindak lanjut.			Bukti evaluasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
7.4.2. Rencana layanan klinis disusun bersama pasien dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan terhadap layanan yang akan diperoleh. Pasien/keluarga diberi peluang untuk bekerjasama dalam menyusun rencana layanan klinis yang akan dilakukan. Dalam menyusun rencana layanan tersebut harus memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan nilai-nilai budaya yang dimiliki oleh pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Petugas kesehatan dan/atau tim kesehatan melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan	Pasien, petugas pemberi layanan klinis	Proses penyusunan rencana layanan: apakah melibatkan pasien, menjelaskan, menerima reaksi pasien, memutuskan bersama pasien.			0 5 10

2. Rencana layanan disusun untuk setiap pasien dengan kejelasan tujuan yang ingin dicapai	Rekam medis	Rencana layanan			0 5 10
3. Penyusunan rencana layanan tersebut mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien	Rekam medis, Pasien, petugas pemberi pelayanan.	Rencana layanan, proses penyusunan rencana layanan.			0 5 10
4. Bila memungkinkan dan tersedia, pasien/ keluarga pasien diperbolehkan untuk memilih tenaga/ profesi kesehatan	Pasien, petugas pemberi layanan klinis.	Proses pemberian layanan	SK Kepala Puskesmas tentang hak dan kewajiban pasien yang di dalamnya memuat hak untuk memilih tenaga kesehatan jika dimungkinkan (<i>informed choice</i>)		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

- ≥ 80% terpenuhi
- 20% - 79% terpenuhi sebagian
- < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.4.3. Rencana layanan terpadu disusun secara komprehensif oleh tim kesehatan antar profesi dengan kejelasan tanggung jawab dari masing-masing anggotanya.

Pokok Pikiran:

- Pada kondisi tertentu pasien membutuhkan layanan yang melibatkan tim kesehatan. Rencana layanan terpadu meliputi: tujuan layanan yang akan diberikan, pendidikan kesehatan pada pasien dan/atau keluarga pasien, jadwal kegiatan, sumber daya yang akan digunakan, dan kejelasan tanggung jawab tiap anggota tim kesehatan dalam melaksanakan layanan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Layanan dilakukan secara paripurna untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis	Pelaksanaan layanan terpadu	Bukti Kajian (SOAP) oleh masing-masing anggota tim terhadap kondisi pasien		0 5 10
2. Rencana layanan tersebut disusun dengan tahapan waktu yang jelas	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis	Pelaksanaan layanan terpadu	Bukti Kajian (SOAP) oleh masing-masing anggota tim terhadap kondisi pasien, lihat pentahapan waktu yang direncanakan)		0 5 10
3. Rencana layanan tersebut dilaksanakan dengan mempertimbangkan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis	Pelaksanaan layanan terpadu	Bukti pelaksanaan rencana layanan yang didokumentasikan dalam rekam medis		0 5 10

4. Risiko yang mungkin terjadi pada pasien dipertimbangkan sejak awal dalam menyusun rencana layanan	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis	Pelaksanaan identifikasi risiko	Bukti dalam SOAP jika ada asesmen risiko klinis yang mungkin terjadi selama pelayanan		0 5 10
5. Efek samping dan risiko pengobatan diinformasikan	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis	informasi tentang efek samping dan risiko pengobatan	Bukti pemberian informasi tentang efek samping dan risiko pengobatan		0 5 10
6. Rencana layanan tersebut didokumentasikan dalam rekam medis	Rekam medis	Pendokumentasian rencana layanan terpadu	Bukti pendokumentasian rencana layanan dalam rekam medis		0 5 10
7. Rencana layanan yang disusun juga memuat pendidikan/ penyuluhan pasien.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis	Pendidikan pasien	Bukti dilakukan pendidikan/penyuluhan pasien dan dituliskan dalam rekam medis		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria :					
7.4.4. Persetujuan tindakan medik diminta sebelum pelaksanaan tindakan bagi yang membutuhkan persetujuan tindakan medik.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Salah satu cara melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan yang diterimanya adalah dengan cara memberikan <i>informed consent/informed choice</i>. Untuk menyetujui/memilih tindakan, pasien harus diberi penjelasan/konseling tentang hal yang berhubungan dengan pelayanan yang direncanakan, karena diperlukan untuk suatu keputusan persetujuan. <i>Informed consent</i> dapat diperoleh pada berbagai titik waktu dalam proses pelayanan. Misalnya, <i>informed consent</i> diperoleh ketika pasien masuk rawat inap dan sebelum suatu tindakan atau pengobatan tertentu yang berisiko. Proses persetujuan ditetapkan dengan jelas oleh Puskesmas dalam kebijakan dan prosedur, yang mengacu kepada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Pasien dan keluarga dijelaskan tentang tes/tindakan, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana mereka dapat memberikan persetujuan (misalnya, diberikan secara lisan, dengan menandatangani formulir persetujuan, atau dengan cara lain). Pasien dan keluarga memahami siapa yang dapat memberikan persetujuan selain pasien. Petugas Pelaksana Tindakan yang diberi kewenangan telah terlatih untuk memberikan penjelasan kepada pasien dan mendokumentasikan persetujuan tersebut 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pasien/keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/ pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan	Pasien/Keluarga pasien yang ditunjuk	Pemberian informasi tentang tindakan medis/ pengobatan yang berisiko	Bukti pelaksanaan <i>informed consent</i>		0 5 10
2. Tersedia formulir persetujuan tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko			Form <i>informed consent</i>		0 5 10

3. Tersedia prosedur untuk memperoleh persetujuan tersebut			SOP <i>informed consent</i>		0 5 10
4. Pelaksanaan <i>informed consent</i> didokumentasikan.	Pasien, Petugas, rekam medis	Pelaksanaan <i>informed consent</i>	Dokumen bukti pelaksanaan <i>informed consent</i> pada rekam medis		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan <i>informed consent</i> .			SOP evaluasi <i>informed consent</i> , hasil evaluasi, tindak lanjut		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
7.5. Rencana rujukan. Rujukan sesuai kebutuhan pasien ke sarana pelayanan lain diatur dengan prosedur yang jelas.					
Kriteria:					
7.5.1. Terdapat prosedur rujukan yang jelas					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi oleh Puskesmas, maka pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses rujukan harus diatur dengan kebijakan dan prosedur yang jelas sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur rujukan yang jelas serta jejaring fasilitas rujukan			SOP rujukan		0 5 10
2. Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan layanan	Pasien, petugas pemberi layanan	Proses rujukan ke sarana kesehatan lain	Bukti pelaksanaan rujukan sesuai dengan kebutuhan pasien, lihat juga kelengkapan resume klinis pasien pada saat rujukan (buktikan pada waktu melakukan telusur rekam medis tertutup maupun terbuka)		0 5 10
3. Tersedia prosedur mempersiapkan pasien/ keluarga pasien untuk dirujuk	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan prosedur persiapan pasien rujukan	SOP persiapan pasien rujukan		0 5 10
4. Dilakukan komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan untuk memastikan kesiapan fasilitas tersebut untuk menerima rujukan.	Petugas pemberi layanan	Komunikasi dengan fasilitas kesehatan sasaran rujukan	Bukti komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.5.2. Rencana rujukan dan kewajiban masing-masing dipahami oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien

Pokok Pikiran:

- Pasien/keluarga pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang rencana rujukan. Informasi tentang rencana rujukan harus disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien. Informasi tentang rencana rujukan diberikan kepada pasien/keluarga pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan. Informasi yang perlu disampaikan kepada pasien meliputi: alasan rujukan, fasilitas kesehatan yang dituju, termasuk pilihan fasilitas kesehatan lainnya, jika ada, sehingga pasien/keluarga dapat memutuskan fasilitas yang mana yang dipilih, serta kapan rujukan harus dilakukan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan pemberian informasi tentang rujukan pada pasien	Bukti penyampaian informasi tentang rujukan pada pasien/ keluarga		0 5 10
2. Informasi tersebut mencakup alasan rujukan, sarana tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan	Pasien, petugas pemberi layanan	Isi informasi rujukan	Dalam catatan pada rekam medis mencakup informasi tentang alasan rujukan, tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan		0 5 10
3. Dilakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan lain untuk menjamin kelangsungan asuhan			Perjanjian Kerja Sama dengan fasilitas kesehatan rujukan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.5.3. Fasilitas rujukan penerima diberi resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan yang telah dilakukan oleh Puskesmas pada saat mengirim pasien

Pokok Pikiran:

- Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi mengenai kondisi pasien dikirim bersama pasien. Salinan resume pasien tersebut diberikan kepada fasilitas kesehatan penerima rujukan bersama dengan pasien. Resume tersebut memuat kondisi klinis pasien, prosedur dan pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan pasien lebih lanjut.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi klinis pasien atau resume klinis pasien dikirim ke fasilitas kesehatan penerima rujukan bersama pasien.	Pasien, petugas kesehatan	Resume klinis pasien yang dirujuk	Bukti adanya Resume klinis pasien yang dirujuk		0 5 10

2. Resume klinis memuat kondisi pasien.	Pasien, petugas kesehatan	Isi resume klinis	Resume klinis pasien yang dirujuk: lihat isi resume apakah memuat kondisi pasien	0 5 10	
3. Resume klinis memuat prosedur dan tindakan-tindakan lain yang telah dilakukan	Pasien, petugas kesehatan	Isi resume klinis	Resume klinis pasien yang dirujuk: apakah memuat prosedur atau tindakan klinis yang dilakukan termasuk pengobatan yang diberikan	0 5 10	
4. Resume klinis memuat kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut	Pasien, petugas kesehatan	Isi resume klinis	Resume klinis pasien yang dirujuk: apakah memuat kebutuhan tindak lanjut	0 5 10	
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria : 7.5.4. Selama proses rujukan pasien secara langsung, staf yang kompeten terus memonitor kondisi pasien.					
Pokok Pikiran: • Merujuk pasien secara langsung ke fasilitas kesehatan lain dapat merupakan proses yang singkat dengan pasien yang sadar dan dapat berbicara, atau merujuk pasien koma yang membutuhkan pengawasan keperawatan atau medis yang terus-menerus. Pada kedua kasus tersebut pasien perlu dimonitor, namun kompetensi staf yang melakukan tugas berbeda. Kompetensi staf yang mendampingi selama transfer ditentukan oleh kondisi pasien.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Selama proses rujukan secara langsung semua pasien selalu dimonitor oleh staf yang kompeten.	Pasien, petugas pemberi pelayanan	Monitoring pasien selama proses rujukan	Bukti monitoring kondisi pasien selama rujukan		0 5 10
2. Kompetensi staf yang melakukan monitor sesuai dengan kondisi pasien.			Persyaratan kompetensi petugas yang melakukan monitoring dan bukti pelaksanaannya		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar: 7.6. Pelaksanaan layanan Pelaksanaan layanan dipandu oleh kebijakan, prosedur, dan peraturan yang berlaku.					
Kriteria: 7.6.1. Pedoman pelayanan dipakai sebagai dasar untuk melaksanakan layanan klinis					

Pokok Pikiran:

- Sebelum layanan dilaksanakan, pasien/keluarga perlu memperoleh informasi yang jelas tentang rencana layanan, dan memberikan persetujuan tentang rencana layanan yang akan diberikan, dan jika diperlukan dituangkan dalam dokumen *informed consent/informed choice*. Pelaksanaan layanan harus dipandu dengan standar pelayanan yang berlaku di Puskesmas, sesuai dengan kemampuan Puskesmas dengan referensi yang jelas, dan bila memungkinkan berbasis evidens terkini yang tersedia untuk memperoleh *outcome* klinis yang optimal. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, pelaksanaannya harus dicatat dalam rekam medis pasien.
- Pelaksanaan pelayanan klinis dilakukan sesuai rencana asuhan dengan menggunakan pedoman atau standar yang berlaku, algoritme, contoh: tata laksana balita sakit dengan pendekatan MTBS.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia pedoman dan prosedur pelayanan klinis			Pedoman pelayanan klinis dan/atau SOP pelayanan klinis	Pedoman pelayanan klinis dari organisasi profesi	0 5 10
2. Penyusunan dan penerapan rencana layanan mengacu pada pedoman dan prosedur yang berlaku	Pasien, petugas pemberi layanan	Proses penyusunan dan penerapan rencana layanan			0 5 10
3. Layanan dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan prosedur yang berlaku	Pasien, petugas pemberi layanan	Proses pelaksanaan layanan	bukti pelaksanaan dilihat pada saat telusur rekam medis		0 5 10
4. Layanan diberikan sesuai dengan rencana layanan	Pasien, petugas pemberi layanan	Proses pelaksanaan layanan	bukti pelaksanaan dilihat pada saat telusur rekam medis		0 5 10
5. Layanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan			bukti pendokumentasian dilihat pada saat telusur rekam medis		0 5 10
6. Perubahan rencana layanan dilakukan berdasarkan perkembangan pasien.			bukti pendokumentasian dilihat pada saat telusur rekam medis		0 5 10
7. Perubahan tersebut dicatat dalam rekam medis			bukti pendokumentasian dilihat pada saat telusur rekam medis		0 5 10
8. Jika diperlukan tindakan medis, pasien/keluarga pasien memperoleh informasi sebelum memberikan persetujuan mengenai tindakan yang akan dilakukan yang dituangkan dalam <i>informed consent</i> .	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan <i>informed consent</i>	Bukti pelaksanaan <i>informed consent</i>		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.6.2. Pelaksanaan layanan bagi pasien gawat darurat dan/atau berisiko tinggi dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang berlaku

Pokok Pikiran:

- Kasus-kasus yang termasuk gawat darurat dan/atau berisiko tinggi perlu diidentifikasi, dan ada kejelasan kebijakan dan prosedur dalam pelayanan pasien gawat darurat 24 jam
- Penanganan kasus-kasus berisiko tinggi yang memungkinkan terjadinya penularan baik bagi petugas maupun pasien yang lain perlu diperhatikan sesuai dengan panduan dari Kementerian Kesehatan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kasus-kasus gawat darurat dan/atau berisiko tinggi yang biasa terjadi diidentifikasi			Daftar kasus-kasus gawat darurat/berisiko tinggi yang biasa ditangani		0 5 10
2. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien gawat darurat (emergensi)	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan prosedur	Kebijakan dan SOP penanganan pasien gawat darurat		0 5 10
3. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien berisiko tinggi	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan prosedur	Kebijakan dan SOP penanganan pasien berisiko tinggi		0 5 10
4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan yang lain, apabila tidak tersedia pelayanan gawat darurat 24 jam	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan rujukan	MOU kerjasama		0 5 10
5. Tersedia prosedur pencegahan (kewaspadaan universal) terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik bagi petugas maupun pasien dalam penanganan pasien berisiko tinggi.	Petugas pemberi layanan	Pelaksanaan Kewaspadaan Universal	Panduan, SOP Kewaspadaan Universal	Panduan Kewaspadaan Universal	0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.6.3. Penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan produk obat dan/atau cairan intravena dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.

Pokok Pikiran:

- Penggunaan dan pemberian obat dan/atau cairan intravena merupakan kegiatan yang berisiko terhadap terjadinya infeksi, oleh karena itu perlu dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanganan, penggunaan dan pemberian obat/cairan intravena diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang baku			SK Kepala Puskesmas dan SOP penggunaan dan pemberian obat dan/atau cairan intravena		0 5 10
2. Obat/cairan intravena diberikan sesuai kebijakan dan prosedur	Dokter, perawat, bidan	Pelaksanaan pemberian obat/cairan intravena	Rekam medis pasien: pencatatan pemberian obat/cairan intravena		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.6.4. Hasil pemantauan pelaksanaan layanan digunakan untuk menyesuaikan rencana layanan.

Pokok Pikiran:

- Untuk mengetahui mutu layanan yang diberikan perlu dilakukan penilaian. Penilaian tersebut dilakukan dengan pengukuran dan analisis terhadap indikator-indikator klinis yang ditetapkan. Hasil dan rekomendasi dari penilaian tersebut harus ditindaklanjuti sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis. Penilaian hasil layanan secara kuantitatif antara lain adalah: indikator klinik, survei kepuasan pasien; sedangkan penilaian secara kualitatif adalah deskripsi pengalaman pasien/keluarga pasien, pendapat, dan persepsi pasien terhadap pelayanan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan indikator untuk memantau dan menilai pelaksanaan layanan klinis.			Daftar indikator klinis yang digunakan untuk pemantauan dan evaluasi layanan klinis		0 5 10
2. Pemantauan dan penilaian terhadap layanan klinis dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif	Petugas pemberi layanan	Pelaksanaan pemantauan dan penilaian dengan menggunakan indikator yang ditetapkan			0 5 10

3. Tersedia data yang dibutuhkan untuk mengetahui pencapaian tujuan dan hasil pelaksanaan layanan klinis			Data hasil monitoring dan evaluasi		0 5 10
4. Dilakukan analisis terhadap indikator yang dikumpulkan	Petugas pemberi layanan	Proses analisis pencapaian indikator	Data analisis hasil monitoring dan evaluasi		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil analisis tersebut untuk perbaikan layanan klinis	Petugas pemberi layanan	Tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi	Data tindak lanjut		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi

20% - 79% terpenuhi sebagian

< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.6.5. Seluruh petugas kesehatan memperhatikan dan menghargai kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan layanan

Pokok Pikiran:

- Selama proses pelaksanaan layanan pasien, petugas kesehatan harus memperhatikan dan menghargasi kebutuhan dan hak pasien. Kebutuhan dan keluhan pasien diidentifikasi selama proses pelaksanaan layanan. Perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keluhan pasien/keluarga pasien, menindaklanjuti, dan menggunakan informasi tersebut untuk perbaikan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi keluhan pasien/ keluarga pasien sesuai dengan kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan asuhan			SK dan SOP identifikasi dan penanganan keluhan		0 5 10
2. Tersedia prosedur untuk menangani dan menindaklanjuti keluhan tersebut			SOP tindak lanjut/ penanganan keluhan		0 5 10
3. Keluhan pasien/ keluarga pasien ditindaklanjuti	Pasien, petugas pemberi layanan	Tindak lanjut keluhan pasien/ keluarga	Hasil identifikasi keluhan, analisis dan tindak lanjut		0 5 10
4. Dilakukan dokumentasi tentang keluhan dan tindak lanjut keluhan pasien/keluarga pasien.			Dokumentasi hasil identifikasi, analisis, dan tindak lanjut keluhan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.6.6. Pelaksanaan layanan dilakukan untuk menjamin kelangsungan dan menghindari pengulangan yang tidak perlu					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Pelayanan klinis harus diberikan dengan efektif dan efisien. Dalam perencanaan maupun pelaksanaannya harus menghindari pengulangan yang tidak perlu. Untuk itu diperlukan upaya pendukung yang sesuai dengan kemampuan Puskesmas, dan dipadukan sebagai hasil kajian dalam merencanakan dan melaksanakan layanan klinis bagi pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu dalam pelaksanaan layanan			SK Kepala Puskesmas yang mewajibkan penulisan lengkap dalam rekam medis: semua pemeriksaan penunjang diagnostik tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien dan kewajiban perawat dan petugas kesehatan lain untuk mengingatkan pada dokter jika terjadi pengulangan yang tidak perlu. Dalam SOP layanan klinis memuat jika terjadi pengulangan pemeriksaan penunjang diagnostik, tindakan, atau pemberian obat, petugas kesehatan wajib memberitahu kepada dokter yang bersangkutan.		0 5 10
2. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menjamin kesinambungan pelayanan			SK Kepala Puskesmas dan SOP layanan klinis yang menjamin kesinambungan layanan		0 5 10
3. Layanan klinis dan pelayanan penunjang yang dibutuhkan dipadukan dengan baik, sehingga tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.	Pasien, Petugas pemberi layanan	Pelaksanaan layanan yang menjamin kesinambungan			0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.6.7. Pasien dan keluarga pasien memperoleh penjelasan tentang hak dan tanggung jawab mereka berhubungan dengan penolakan atau tidak melanjutkan pengobatan, termasuk penolakan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.

Pokok Pikiran:

- Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan yang direncanakan atau meneruskan pelayanan atau pengobatan setelah kegiatan dimulai, termasuk menolak untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.
- Pemberi pelayanan wajib memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut. Pasien dan keluarganya diberitahu tentang alternatif pelayanan dan pengobatan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.	Pasien, petugas pemberi pelayanan	Pelaksanaan pemberian informasi tentang hak menolak dan tidak melanjutkan pengobatan	SK Kepala Puskesmas tentang hak dan kewajiban pasien yang didalamnya memuat hak untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan. SOP tentang penolakan pasien untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan		0 5 10
2. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka.	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan pemberian informasi tentang konsekuensi keputusan untuk menolak dan tidak melanjutkan pengobatan			0 5 10
3. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut.	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan pemberian informasi tentang tanggung jawab berkaitan dengan keputusan menolak atau tidak melanjutkan pengobatan			0 5 10
4. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.	Pasien, petugas pemberi layanan	Pelaksanaan pemberian informasi tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan			0 5 10

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Standar:

7.7. Pelayanan anestesi lokal, sedasi dan pembedahan

Tersedia pelayanan anestesi sederhana dan pembedahan minor untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria:

7.7.1. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi di Puskesmas dilaksanakan memenuhi standar di Puskesmas, standar nasional, undang-undang, dan peraturan serta standar profesi sesuai dengan kebutuhan pasien

Pokok Pikiran:

- Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di Puskesmas terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana kadang-kadang memerlukan tindakan bedah minor yang membutuhkan lokal anestesi dan sedasi. Pelaksanaan lokal anestesi dan sedasi tersebut harus memenuhi standar dan peraturan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas.
- Kebijakan dan prosedur memuat:
 - o Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara dewasa dan anak atau pertimbangan khusus
 - o Dokumentasi yang diperlukan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi efektif
 - o Persyaratan persetujuan khusus
 - o Frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan
 - o Kualifikasi dan keterampilan petugas pelaksana
 - o Ketersediaan dan penggunaan peralatan anestesi
- Persyaratan kompetensi:
 - o Teknik melakukan lokal anestesi dan sedasi
 - o Monitoring yang tepat
 - o Respons terhadap komplikasi
 - o Penggunaan zat-zat reversal
 - o Bantuan hidup dasar

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia pelayanan anestesi lokal dan sedasi sesuai kebutuhan di Puskesmas			SK tentang jenis-jenis sedasi/anaestesi lokal yang dapat dilakukan di Puskesmas.		0 5 10
2. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten			SK tentang tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan melakukan sedasi/anestesi lokal		0 5 10
3. Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas	Petugas pemberi layanan	Pemberian anestesi lokal dan sedasi	SOP pemberian anestesi lokal dan sedasi di Puskesmas		0 5 10
4. Selama pemberian anestesi lokal dan sedasi petugas melakukan monitoring status fisiologi pasien	Petugas pemberi layanan	Monitoring pasien selama pemberian anestesi lokal dan sedasi	Bukti pelaksanaan monitoring status fisiologi pasien selama pemberian anestesi lokal dan sedasi		0 5 10

5. Anestesi lokal dan sedasi, teknik anestesi lokal dan sedasi ditulis dalam rekam medis pasien	Rekam medis	Pencatatan pemberian anestesi lokal dan sedasi dan teknik pemberian anestesi lokal dan sedasi dalam rekam medis			0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
7.7.2. Pelayanan bedah di Puskesmas direncanakan dan dilaksanakan memenuhi standar di Puskesmas, standar nasional, undang-undang, dan peraturan serta standar profesi sesuai dengan kebutuhan pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di Puskesmas terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana kadang-kadang memerlukan tindakan bedah minor yang membutuhkan anestesi. Pelaksanaan bedah minor tersebut harus memenuhi standar dan peraturan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan	Pasien, dokter, dokter gigi	Proses kajian sebelum melakukan tindakan pembedahan	Catatan pada rekam medis yang membuktikan pelaksanaan kajian sebelum dilakukan pembedahan (asesmen pra bedah)		0 5 10
2. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor merencanakan asuhan pembedahan berdasarkan hasil kajian.	Pasien, dokter, dokter gigi	Penyusunan rencana asuhan pembedahan	Bukti SOAP pembedahan minor dan rencana asuhan pembedahaan		0 5 10
3. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor menjelaskan risiko, manfaat, komplikasi potensial, dan alternatif kepada pasien/keluarga pasien	Pasien, dokter, dokter gigi	Penjelasan pada pasien sebelum melakukan pembedahan	Bukti penyampaian informasi/edukasi pada pasien/keluarga sebelum pembedahan		0 5 10
4. Sebelum melakukan tindakan harus mendapatkan persetujuan dari pasien/keluarga pasien	Pasien, dokter, dokter gigi	Pelaksanaan <i>informed consent</i>	SOP <i>informed consent</i>		0 5 10

5. Pembedahan dilakukan berdasarkan prosedur yang ditetapkan	Pasien, dokter, dokter gigi	Pelaksanaan pembedahan	SOP tindakan pembedahan, dan prosesnya dicatata dalam rekammedis	0 5 10	
6. Laporan/catatan operasi dituliskan dalam rekam medis	Rekam medis	Pencatatan laporan operasi	Bukti pencatatan laporan operasi dalam rekam medis	0 5 10	
7. Status fisiologi pasien dimonitor terus menerus selama dan segera setelah pembedahan dan dituliskan dalam rekam medis	Pasien, dokter, dokter gigi	Monitoring status fisiologis pasien	Bukti pelaksanaan monitoring status fisiologi pasien selama pembedahan dan setelah pembedahan	0 5 10	
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar: 7.8. Penyuluhan/pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga. Penyuluhan kepada pasien/keluarga pasien mendukung peran serta mereka dalam setiap pengambilan keputusan dan pelaksanaan layanan					
Kriteria: 7.8.1.Pasien/keluarga memperoleh penyuluhan kesehatan dengan pendekatan yang komunikatif dan bahasa yang mudah dipahami					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara petugas kesehatan dan pasien/keluarga. Pasien/keluarga perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, oleh karena itu penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga perlu dipadukan dalam pelayanan klinis. Pendidikan dan penyuluhan kepada pasien termasuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Agar penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga dilaksanakan dengan efektif maka dilakukan dengan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penyusunan dan pelaksanaan layanan mencakup aspek penyuluhan kesehatan pasien/ keluarga pasien	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis	Pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis	Bukti pelaksanaan pendidikan/penyuluhan pada pasien		0 5 10
2. Pedoman/materi penyuluhan kesehatan mencakup informasi mengenai penyakit, penggunaan obat, peralatan medik, aspek etika di Puskesmas dan PHBS.	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis	Materi pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis	Panduan penyuluhan pada pasien		0 5 10

3. Tersedia metode dan media penyuluhan/ pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga dengan memperhatikan kondisi sasaran/ penerima informasi (misal bagi yang tidak bisa membaca)	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis	Metode pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis	Panduan penyuluhan pada pasien. Media penyuluhan		0 5 10
4. Dilakukan penilaian terhadap efektivitas penyampaian informasi kepada pasien/keluarga pasien agar mereka dapat berperan aktif dalam proses layanan dan memahami konsekuensi layanan yang diberikan	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis	Penilaian efektivitas pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis	Hasil evaluasi terhadap efektivitas penyampaian informasi/edukasi pada pasien		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Standar:					
7.9. Makanan dan Terapi Nutrisi *)					
Pemberian makanan dan terapi nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan yang berlaku					
Kriteria:					
7.9.1. Pilihan berbagai variasi makanan yang sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinis tersedia secara reguler.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien membutuhkan asupan makanan dan nutrisi yang memadai, oleh karena itu makanan perlu disediakan secara reguler, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila dimungkinkan pilihan menu makanan. Pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan. Pemesanan dan pemberian makanan atau nutrisi yang lain hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Keluarga pasien dapat berpartisipasi dalam menyediakan makanan bila sesuai dan konsisten dengan kajian kebutuhan pasien dan rencana asuhan dengan sepengetahuan dari petugas kesehatan. Bila keluarga pasien atau pihak lain menyediakan makanan pasien, mereka diberikan edukasi tentang makanan yang dilarang/kontra indikasi dengan kebutuhan dan rencana pelayanan, termasuk informasi tentang interaksi obat dengan makanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien tersedia secara reguler	Pasien, petugas pemberi gizi	Ketersediaan pemberian makanan secara reguler	SOP pemesanan, penyiapan, distribusi dan pemberian makanan pada pasien rawat inap		0 5 10
2. Sebelum makanan diberikan pada pasien, makanan telah dipesan dan dicatat untuk semua pasien rawat inap.	Petugas gizi	Pemesanan makanan untuk pasien rawat inap	Bukti pemesanan dan pencatatan dilakukan sesuai prosedur		0 5 10

3. Pemesanan makanan didasarkan atas status gizi dan kebutuhan pasien	Petugas gizi	Penyusunan rencana asuhan gizi pasien rawat inap	Bukti pelaksanaan SOAP gizi		0 5 10
4. Bila disediakan variasi pilihan makanan, maka makanan yang diberikan konsisten dengan kondisi dan kebutuhan pasien	Pasien, petugas gizi	Variasi pilihan makanan	Jika tidak ada variasi pilihan maka EP ini dianggap TDD. Jika ada variasi, maka harus ada dokumen tentang informasi adanya variasi menu pilihan (<i>informed choice</i>), dan bukti pelaksanaannya. Pemberian variasi menu juga didasarkan pada hasil SOAP gizi		0 5 10
5. Diberikan edukasi pada keluarga tentang pembatasan diit pasien, bila keluarga ikut menyediakan makanan bagi pasien.	Pasien, keluarga, petugas pemberi nutrisi	Edukasi pada keluarga tentang pembatasan diet pasien	Bukti pemberian edukasi tentang pembatasan diit pasien untuk pasien yang memerlukan pembatasan diit, bila keluarga menyediakan makanan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 7.9.2. Penyiapan, penanganan, penyimpanan dan distribusi makanan dilakukan dengan aman dan memenuhi peraturan perundangan yang berlaku.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Penyiapan makanan, penyimpanan dan distribusi makanan, termasuk bahan makanan harus dimonitor untuk memastikan keamanan dan sesuai dengan peraturan perundang-undang dan praktik terkini yang dapat diterima. • Risiko kontaminasi dan pembusukan diminimalkan dalam penyiapan dan penyimpanan makanan. Makanan didistribusikan kepada pasien pada waktu yang telah ditetapkan. Makanan dan produk nutrisi termasuk produk nutrisi enteral, jika dibutuhkan, harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan khusus pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Makanan disiapkan dengan cara yang baku mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan	Petugas gizi	Proses penyiapan dan distribusi makanan	SOP penyiapan makanan dan distribusi makanan mencerminkan upaya mengurangi risiko terhadap kontaminasi dan pembusukan		0 5 10
2. Makanan disimpan dengan cara yang baku mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan	Petugas gizi	Proses penyimpanan makanan dan bahan makanan			0 5 10
3. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan dan/atau kebutuhan khusus	Pasien, petugas gizi	Distribusi makanan, ketepatan waktu distribusi makanan	Jadual pelaksanaan distribusi makanan, catatan pelaksanaan kegiatan distribusi makanan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria :

7.9.3. Pasien yang berisiko nutrisi mendapat terapi gizi. **)

Pokok Pikiran:

- Pada asesmen awal, pasien ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi. Ahli gizi melakukan kajian untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi untuk disusun rencana terapi gizi. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medis. Dokter, perawat dan ahli gizi dan jika diperlukan keluarga pasien, bekerjasama dalam merencanakan dan memberikan terapi gizi.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pasien yang pada kajian awal berada pada risiko nutrisi, mendapat terapi gizi.	Pasien, ahli gizi	Pelaksanaan asuhan gizi pada pasien dengan risiko nutrisi	Bukti pelaksanaan kajian awal pada pasien dengan risiko nutrisi dan pelaksanaannya		0 5 10
2. Suatu proses kerjasama dipakai untuk merencanakan, memberikan dan memonitor pemberian asuhan gizi	Pasien, dokter, perawat, ahli gizi	Komunikasi dan koordinasi dalam pemberian nutrisi pada pasien dengan risiko nutrisi	Catatan pada rekam medis yang menunjukkan kerjasama antar profesi yang menangani dalam perencanaan, pemberian, monitoring pemberian asuhan gizi, misal pada kasus DM atau hipertensi)		0 5 10
3. Respons pasien terhadap asuhan gizi dimonitor	Dokter, perawat, ahli gizi	Pelaksanaan monitoring respons pasien terhadap terapi gizi	Bukti catatan dalam rekam medis yang menunjukkan dilakukannya monitorin pelaksanaan asuhan gizi		0 5 10
4. Respons pasien terhadap asuhan gizi dicatat dalam rekam medis			Pencatatan respons pasien terhadap asuhan gizi dalam rekam medis		0 5 10

**) kriteria ini juga berlaku untuk Puskesmas yang menjalankan *home-care* pada pasien yang memerlukan terapi gizi.

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Standar:

7.10. Pemulangan dan tindak lanjut *)

Pemulangan dan/tindak lanjut pasien dilakukan dengan prosedur yang tepat.

Kriteria:

7.10.1. Pemulangan dan/tindak lanjut pasien, baik yang bertujuan untuk kelangsungan layanan, rujukan maupun pulang dipandu oleh prosedur yang standar

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pemulangan pasien dan tindak lanjut maupun rujukan yang perlu dilakukan pada saat pemulangan. Jika pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, perlu ada mekanisme umpan balik dari fasilitas kesehatan tersebut.

- Jika puskesmas menerima umpan balik rujukan pasien dari fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau fasilitas kesehatan lain, maka perlu dilakukan tindak lanjut terhadap pasien melalui proses kajian, dan sesuai prosedur yang berlaku, dengan memperhatikan rekomendasi tindak lanjut dari sarana kesehatan yang memberikan umpan balik rujukan
- Perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memberikan alternatif dalam mengatasi hal tersebut, jika tindak lanjut yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan. Bentuk layanan tindak lanjut dilakukan dengan memperhatikan lingkaran dinamis proses keperawatan, dan kemandirian pasien/keluarga

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur pemulangan dan/ tindak lanjut pasien	Pasien, Dokter, perawat	Pelaksanaan pemulangan pasien dan tindak lanjut	SOP pemulangan pasien dan tindak lanjut pasien		0 5 10
2. Ada penanggung jawab dalam pelaksanaan proses pemulangan dan/ tindak lanjut tersebut	Dokter, perawat	Penanggung jawab pemulangan pasien	SK tentang penetapan penanggung jawab dalam pemulangan pasien		0 5 10
3. Tersedia kriteria yang digunakan untuk menetapkan saat pemulangan dan/ tindak lanjut pasien	Dokter, perawat	Pelaksanaan pemulangan pasien dan tindak lanjut sesuai dengan kriteria	Kriteria pemulangan pasien dan tindak lanjut		0 5 10
4. Dilakukan tindak lanjut terhadap umpan balik pada pasien yang dirujuk kembali sesuai dengan prosedur yang berlaku, dan rekomendasi dari sarana kesehatan rujukan yang merujuk balik.	Dokter, perawat	Pelaksanaan tindak lanjut terhadap umpan balik dari sarana rujukan yang merujuk balik	Bukti umpan balik dari sarana kesehatan lain, SOP tindak lanjut terhadap umpan balik dari sarana kesehatan rujukan yang merujuk balik		0 5 10
5. Tersedia prosedur dan alternatif penanganan bagi pasien yang memerlukan tindak lanjut rujukan akan tetapi tidak mungkin dilakukan	Pasien, dokter, perawat	Pelaksanaan prosedur	SOP alternatif penanganan pasien yang memerlukan rujukan tetapi tidak mungkin dilakukan		0 5 10

***) untuk Puskesmas dengan rawat inap**

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.10.2. Pasien/ keluarga pasien memperoleh penjelasan yang memadai tentang tindak lanjut layanan saat pemulangan atau saat dirujuk ke sarana kesehatan yang lain.

Pokok Pikiran:

- Informasi yang diberikan kepada pasien/keluarga pada saat pemulangan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain diperlukan agar pasien/keluarga memahami tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan yang optimal.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi yang dibutuhkan mengenai tindak lanjut layanan diberikan oleh petugas kepada pasien/keluarga pasien pada saat pemulangan atau jika dilakukan rujukan ke sarana kesehatan yang lain	Pasien, dokter, perawat	Pemberian informasi tentang tindak lanjut layanan pada saat pemulangan atau rujukan	Bukti pemberian informasi tentang tindak lanjut layanan ketika pemulangan pasien atau ketika pasien dirujuk ke faskes yang lain		0 5 10
2. Petugas mengetahui bahwa informasi yang disampaikan dipahami oleh pasien/keluarga pasien	Dokter, perawat	Cara mengetahui bahwa informasi yang diberikan dipahami	Dalam catatan rekam medis tertulis bukti pemahaman pasien/keluarga tentang edukasi yang diberikan		0 5 10
3. Dilakukan evaluasi periodik terhadap prosedur pelaksanaan penyampaian informasi tersebut	Dokter, perawat	Evaluasi terhadap prosedur penyampaian informasi	Bukti evaluasi dan tindak lanjut terhadap penyampaian informasi pada pasien/keluarga pasien (misalnya evaluasi ini dilakukan melalui audit rekam medis)		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Kriteria:

7.10.3. Pelaksanaan rujukan dilakukan atas dasar kebutuhan dan pilihan pasien

Pokok Pikiran:

- Jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, wajib diupayakan proses rujukan berjalan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien agar pasien memperoleh kepastian mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan tersebut dengan konsekuensinya. Untuk itu perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pelaksanaan rujukan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi kebutuhan dan pilihan pasien (misalnya kebutuhan transportasi, petugas kompeten yang mendampingi, sarana medis dan keluarga yang menemani) selama proses rujukan.	Pasien, petugas pemberi layanan	Proses transportasi rujukan	SOP transportasi rujukan		0 5 10

2. Apabila tersedia lebih dari satu sarana yang dapat menyediakan pelayanan rujukan tersebut, pasien/ keluarga pasien diberi informasi yang memadai dan diberi kesempatan untuk memilih sarana pelayanan yang diinginkan	Pasien, petugas pemberi layanan	Pemberian informasi tentang alternatif sarana tujuan rujukan, peluang bagi pasien dan keluarga untuk memilih tujuan rujukan	Bukti penyampain informasi tentang pilihan tempat rujukan (informed choice)		0 5 10
3. Kriteria rujukan dilakukan sesuai dengan SOP rujukan	Pasien, dokter, perawat	Pelaksanaan rujukan sesuai kriteria rujukan	SOP rujukan, kriteria pasien-pasien yang perlu/harus dirujuk		0 5 10
4. Dilakukan persetujuan rujukan dari pasien/keluarga pasien	Pasien, pemberi layanan, rekam medis	Pelaksanaan persetujuan rujukan	Bukti pelaksanaan informed consent rujukan		0 5 10

Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Pelayanan Laboratorium					
Standar: 8.1. Pelayanan laboratorium tersedia tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan pengkajian pasien, serta mematuhi standar, hukum dan peraturan yang berlaku.					
Kriteria: 8.1.1. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang kompeten dan berpengalaman untuk melakukan dan/atau menginterpretasikan hasil pemeriksaan					
Pokok Pikiran: • Petugas laboratorium yang melaksanakan dipastikan mendapat pelatihan secara baik dan adekuat, berpengalaman, punya keterampilan dan diorientasikan pada pekerjaannya. Petugas analis laboratorium/penunjang diagnostik diberikan tugas, sesuai dengan latihan dan pengalamannya. Jumlah dan jenis petugas untuk melaksanakan tes laboratorium cukup dan tersedia selama jam pelayanan dan untuk gawat darurat. Perlu ditetapkan jenis pelayanan laboratorium/penunjang diagnostik yang tersedia di Puskesmas.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan di Puskesmas			SK tentang jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang tersedia, SOP pemeriksaan laboratorium, brosur pelayanan laboratorium	Panduan pemeriksaan laboratorium	0 5 10
2. Tersedia jenis dan jumlah petugas kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan dan jam buka pelayanan	Pasien, petugas laboratorium	Jam buka pelayanan, ketersediaan pelayanan, pelayanan laboratorium oleh petugas yang kompeten	Pola ketenagaan, persyaratan kompetensi, ketentuan jam buka pelayanan		0 5 10
3. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh analis/petugas yang terlatih dan berpengalaman	Petugas laboratorium	Pemenuhan persyaratan kompetensi	Persyaratan kompetensi analis/petugas laboratorium		0 5 10
4. Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman	Petugas laboratorium	Pelaksanaan interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium	Persyaratan kompetensi petugas yang melakukan interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.1.2. Terdapat kebijakan dan prosedur spesifik untuk setiap jenis pemeriksaan laboratorium					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar pelaksanaan pelayanan laboratorium dapat menghasilkan hasil pemeriksaan yang tepat, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pelayanan laboratorium mulai dari permintaan, penerimaan, pengambilan dan penyimpanan spesimen, pengelolaan reagen pelaksanaan pemeriksaan, penyampaian hasil pemeriksaan kepada pihak yang membutuhkan, serta pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya dan beracun (B3). 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpan spesimen	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	Kebijakan dan SOP permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpanan spesimen		0 5 10
2. Tersedia prosedur pemeriksaan laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pemeriksaan laboratorium		0 5 10
3. Dilakukan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan prosedur tersebut	Kepala Puskesmas, penanggung jawab/ koordinator layanan klinis	Pemantauan berkala pelaksanaan prosedur	SOP pemantauan pelaksanaan prosedur pemeriksaan laboratorium, hasil pemantauan, tindak lanjut pemantauan		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	Kepala Puskesmas, penanggung jawab/ koordinator layanan klinis	Evaluasi dan tindak lanjut pemantauan ketepatan waktu penyerahan hasil laboratorium	SOP penilaian ketepatan waktu penyerahan hasil, hasil evaluasi dan tindak lanjut hasil evaluasi		0 5 10
5. Tersedia kebijakan dan prosedur pemeriksaan di luar jam kerja (pada Puskesmas rawat inap atau pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan di luar jam kerja)	Pasien, dokter, perawat, Petugas laboratorium	Pemeriksaan di luar jam kerja	SK dan SOP pelayanan di luar jam kerja		0 5 10
6. Ada kebijakan dan prosedur untuk pemeriksaan yang berisiko tinggi (misalnya spesimen sputum, darah dan lainnya)	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pemeriksaan laboratorium yang berisiko tinggi		0 5 10

7. Tersedia prosedur kesehatan dan keselamatan kerja, dan alat pelindung diri bagi petugas laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP kesehatan dan keselamatan kerja bagi petugas		0 5 10
8. Dilakukan pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri dan pelaksanaan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur, pemantauan terhadap pelaksanaan prosedur	SOP penggunaan alat pelindung diri, SOP pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri		0 5 10
9. Tersedia prosedur pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, dan limbah medis hasil pemeriksaan laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, SOP pengelolaan limbah hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10
10. Tersedia prosedur pengelolaan reagen di laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pengelolaan reagen		0 5 10
11. Dilakukan pemantauan dan tindak lanjut terhadap pengelolaan limbah medis apakah sesuai dengan prosedur	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pengelolaan limbah		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi
20% - 79% terpenuhi sebagian
< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.1.3. Hasil pemeriksaan laboratorium selesai dan tersedia dalam waktu sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan

Pokok Pikiran:

- Pimpinan Puskesmas perlu menetapkan jangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium. Hasil dilaporkan dalam kerangka waktu berdasarkan kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan petugas pemberi pelayanan klinis. Pemeriksaan pada gawat darurat dan di luar jam kerja serta pada akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini. Hasil pemeriksaan yang urgen, seperti dari unit gawat darurat diberikan perhatian khusus. Sebagai tambahan, bila pelayanan laboratorium dilakukan bekerja sama dengan pihak luar, laporan hasil pemeriksaan juga harus tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan atau yang tercantum dalam kontrak

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas menetapkan waktu yang diharapkan untuk laporan hasil pemeriksaan.	Pasien, dokter, perawat, petugas laboratorium	Ketepatan waktu penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium	SK tentang waktu penyampaian laporan hasil pemeriksaan laboratorium, SK tentang waktu penyampaian laporan hasil pemeriksaan laboratorium untuk pasien urgen (cito)		0 5 10

2. Ketepatan waktu melaporkan hasil pemeriksaan yang urgen/gawat darurat diukur.	Pasien, dokter, perawat, Petugas laboratorium	Pemantauan pelaksanaan pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium untuk pasien urgen/gawat darurat	SOP pemantauan waktu penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium untuk pasien urgen/gawat darurat. Hasil pemantauan.		0 5 10
3. Hasil laboratorium dilaporkan dalam kerangka waktu guna memenuhi kebutuhan pasien	Pasien, dokter, perawat, Petugas laboratorium	Ketepatan waktu penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium	Hasil pemantauan pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.1.4. Ada prosedur melaporkan hasil tes diagnostik yang kritis					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pelaporan dari tes diagnostik yang kritis adalah bagian dari pokok persoalan keselamatan pasien. Hasil tes yang secara signifikan di luar batas nilai normal dapat memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien. Sangat penting bagi Puskesmas untuk mengembangkan suatu sistem pelaporan formal yang jelas menggambarkan bagaimana praktisi kesehatan mewaspadai hasil kritis dari tes diagnostik dan bagaimana staf mendokumentasikan komunikasi ini. • Proses ini dikembangkan untuk pengelolaan hasil kritis dari tes diagnostik untuk menyediakan pedoman bagi para praktisi untuk meminta dan menerima hasil tes pada keadaan gawat darurat. Prosedur ini meliputi juga penetapan tes kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, oleh siapa dan kepada siapa hasil tes kritis harus dilaporkan, dan menetapkan metode monitoring yang memenuhi ketentuan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Metode kolaboratif digunakan untuk mengembangkan prosedur untuk pelaporan hasil yang kritis dan pemeriksaan diagnostik	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Kolaborasi dalam penyampaian hasil laboratorium yang kritis	Bukti proses kolaboratif dalam menyusun prosedur pelaporan hasil krtis dan pemeriksaan diagnostik		0 5 10
2. Prosedur tersebut menetapkan nilai ambang kritis untuk setiap tes			adanya penetapan nilai ambang kritis untuk tiap tes pada prosedur pelaporan hasil pemeriksaan		0 5 10
3. Prosedur tersebut menetapkan oleh siapa dan kepada siapa hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik harus dilaporkan	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur: siapa dan kepada siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan	dalam SOP pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis, disebutkan oleh siapa dan kepada siapa hasil harus dilaporkan		0 5 10

4. Prosedur tersebut menetapkan apa yang dicatat di dalam rekam medis pasien	Rekam medis	Pencatatan hasil laboratorium yang kritis	dalam SOP tersebut ditetapkan apa yang dicatat dalam rekam medis pasien	0 5 10
5. Proses dimonitor untuk memenuhi ketentuan dan dimodifikasi berdasarkan hasil monitoring	Kepala puskesmas, penanggung jawab/ koordinator layanan klinis	Monitoring pelaksanaan prosedur penyampaian hasil laboratorium yang kritis	Bukti hasil monitoring, tindak lanjut monitoring, terhadap penyampaian hasil kritis, misalnya melalui rapat	0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

- ≥ 80% terpenuhi
- 20% - 79% terpenuhi sebagian
- < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.1.5. Reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan sehari-hari selalu tersedia dan dievaluasi untuk memastikan akurasi dan presisi hasil.

Pokok Pikiran:

- Reagensia dan bahan-bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien harus diidentifikasi dan ditetapkan. Suatu proses yang efektif untuk pemesanan atau menjamin ketersediaan reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan. Semua reagensia disimpan dan didistribusikan sesuai prosedur yang ditetapkan. Evaluasi periodik semua reagensia untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan. Pedoman tertulis memastikan pemberian label yang lengkap dan akurat untuk reagensia dan larutan yang digunakan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan reagensia esensial dan bahan lain yang harus tersedia			SK tentang jenis reagensia esensial dan bahan lain yang harus tersedia		0 5 10
2. Reagensia esensial dan bahan lain tersedia, dan ada proses untuk menyatakan jika reagen tidak tersedia	Petugas laboratorium	Ketersediaan reagensia, <i>buffer stock</i> reagen di laboratorium	SK tentang menyatakan kapan reagensia tidak tersedia (batas <i>buffer stock</i> untuk melakukan order)		0 5 10
3. Semua reagensia disimpan dan didistribusi sesuai pedoman dari produsen atau instruksi penyimpanan dan distribusi yang ada pada kemasan	Petugas laboratorium	Penyimpanan dan distribusi reagensia	SOP penyimpanan dan distribusi reagensia		0 5 10
4. Tersedia pedoman tertulis yang dilaksanakan untuk mengevaluasi semua reagensia agar memberikan hasil yang akurat dan presisi	Petugas laboratorium	Pelaksanaan panduan	Panduan tertulis untuk evaluasi reagensia, bukti evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10

5. Semua reagensia dan larutan diberi label secara lengkap dan akurat			Bukti dilakukan pelabelan yang lengkap pada reagensia		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.1.6. Ditetapkan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Sesuai dengan peralatan dan prosedur yang dilaksanakan di laboratorium, perlu ditetapkan nilai/rentang nilai rujukan normal untuk setiap tes yang dilaksanakan. Rentang nilai harus tercantum dalam catatan klinis, sebagai bagian dari laporan atau dalam dokumen terpisah dengan daftar yang baru dari nilai-nilai yang ditetapkan kepala laboratorium. Rentang nilai harus dilengkapi bila pemeriksaan dilaksanakan laboratorium luar. Rujukan nilai ini disesuaikan harus dievaluasi dan direvisi apabila metode pemeriksaan berubah. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan nilai/ rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan			SK rentang nilai yang menjadi rujukan hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10
2. Rentang nilai rujukan ini harus disertakan dalam catatan klinis pada waktu hasil pemeriksaan dilaporkan	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Laporan hasil pemeriksaan laboratorium	Form laporan hasil pemeriksaan laboratorium memuat rentang nilai normal		0 5 10
3. Pemeriksaan yang dilakukan oleh laboratorium luar harus mencantumkan rentang nilai	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Laporan hasil pemeriksaan laboratorium luar	Form laporan hasil pemeriksaan laboratorium luar memuat rentang nilai normal		0 5 10
4. Rentang nilai dievaluasi dan direvisi berkala seperlunya	Dokter, petugas laboratorium	Pelaksanaan evaluasi terhadap rentang nilai	Bukti pelaksanaan evaluasi terhadap rentang nilai, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.1.7. Pengendalian mutu dilakukan, ditindaklanjuti dan didokumentasi untuk setiap pemeriksaan laboratorium					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk menjamin mutu pelayanan laboratorium maka perlu dilakukan upaya pengendalian mutu internal maupun eksternal di Puskesmas. Pengendalian mutu dilakukan sesuai dengan jenis dan ketersediaan peralatan laboratorium yang digunakan dan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur pengendalian mutu pelayanan laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan SOP pengendalian mutu	SK dan SOP pengendalian mutu laboratorium		0 5 10
2. Dilakukan kalibrasi atau validasi instrumen/alat ukur tepat waktu dan oleh pihak yang kompeten sesuai prosedur	Petugas laboratorium	Pelaksanaan kalibrasi dan validasi	SOP Kalibrasi, dan Bukti pelaksanaan kalibrasi dan validasi instrumen		0 5 10
3. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya kalibrasi atau validasi, dan masih berlaku			Bukti-bukti pelaksanaan kalibrasi atau validasi		0 5 10
4. Apabila ditemukan penyimpangan dilakukan tindakan perbaikan	Petugas laboratorium	Pelaksanaan perbaikan	Bukti pelaksanaan perbaikan, bukti pelaksanaan perbaikan		0 5 10
5. Dilakukan pemantapan mutu eksternal terhadap pelayanan laboratorium oleh pihak yang kompeten			Bukti pelaksanaan PME, Hasil PME.		0 5 10
6. Terdapat mekanisme rujukan spesimen dan pasien bila pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan di Puskesmas, dan Puskesmas memastikan bahwa pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien	Petugas laboratorium	Pelaksanaan rujukan	SOP rujukan laboratorium		0 5 10
7. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya pemantapan mutu internal dan eksternal	Petugas laboratorium	Pelaksanaan PMI dan PME	Bukti pelaksanaan PMI dan PME		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.1.8. Program keselamatan (*safety*) direncanakan, dilaksanakan, dan didokumentasikan

Pokok Pikiran:

- Ada program keamanan yang aktif di laboratorium dengan tingkatan sesuai dengan risiko dan kemungkinan bahaya dalam laboratorium. Program ini mengatur praktik keamanan dan langkah-langkah pencegahan bagi staf laboratorium, staf lain dan pasien apabila berada di laboratorium. Program laboratorium ini merupakan program yang terintegrasi dengan program keselamatan di Puskesmas
- Program keselamatan di laboratorium termasuk :
 - o Kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pemenuhan standar dan peraturan.
 - o Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
 - o Tersedianya peralatan keamanan sesuai praktik di laboratorium dan untuk bahaya yang dihadapi.
 - o Orientasi bagi semua staf laboratorium untuk prosedur dan praktik keamanan kerja.
 - o Pendidikan (*in service education*) untuk prosedur-prosedur baru dan pengenalan bahan berbahaya yang baru dikenali/ diperoleh, maupun peralatan yang baru.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat program keselamatan/ keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan program keselamatan/ keamanan laboratorium	Kerangka acuan program keselamatan/ keamanan laboratorium, bukti pelaksanaan program		0 5 10
2. Program ini adalah bagian dari program keselamatan di Puskesmas			Kerangka acuan program keselamatan/ keamanan laboratorium, dan Panduan Program Keselamatan Pasien di Puskesmas		0 5 10
3. Petugas laboratorium melaporkan kegiatan pelaksanaan program keselamatan kepada pengelola program keselamatan di Puskesmas sekurang-kurangnya setahun sekali dan bila terjadi insiden keselamatan	Petugas laboratorium	Pelaporan kegiatan program keselamatan	SOP pelaporan program keselamatan dan pelaporan insiden, bukti laporan.		0 5 10
4. Terdapat kebijakan dan prosedur tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya	Kepala Puskesmas, petugas laboratorium.	Proses Penanganan dan pembuangan bahan berbahaya	SK dan SOP tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya		0 5 10

5. Dilakukan identifikasi, analisis dan tindak lanjut risiko keselamatan di laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan manajemen risiko di laboratorium	Bukti pelaksanaan manajemen risiko: identifikasi risiko, analisis, dan tindak lanjut risiko	0 5 10
6. Staf laboratorium diberikan orientasi untuk prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja	Petugas laboratorium	Pelaksanaan orientasi	SOP orientasi prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja, bukti pelaksanaan program orientasi	0 5 10
7. Staf laboratorium mendapat pelatihan/pendidikan untuk prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya yang baru, maupun peralatan yang baru.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	Bukti pelaksanaan pelatihan dan pendidikan untuk prosedur baru, bahan berbahaya, peralatan baru (jika ada)	0 5 10

STANDAR KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

≥ 80% terpenuhi

20% - 79% terpenuhi sebagian

< 20% tidak terpenuhi

Pelayanan obat

Standar:

8.2. Obat yang tersedia dikelola secara efisien untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria:

8.2.1. Berbagai jenis obat yang sesuai dengan kebutuhan tersedia dalam jumlah yang memadai

Pokok Pikiran:

- Untuk memenuhi kebutuhan pasien, harus ditetapkan jenis obat yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi Puskesmas, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Perlu disusun suatu daftar (formularium) dari semua obat yang ada di stok atau sudah tersedia, dari sumber luar. Dalam beberapa kasus, undang-undang atau peraturan bisa menentukan obat dalam daftar atau sumber obat tersebut. Pemilihan obat adalah suatu proses kerja sama/kolaboratif yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonomisnya. Kadang-kadang terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak diantisipasi dalam pengendalian inventaris yang normal. Ada suatu proses untuk mengingatkan para dokter/dokter gigi tentang kekurangan obat tersebut dan saran untuk penggantinya.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat metode yang digunakan untuk menilai dan mengendalikan penyediaan dan penggunaan obat	Petugas farmasi	Metode penilaian, pengendalian, penyediaan dan penggunaan obat	Pedoman/SOP penilaian, pengendalian, penyediaan dan penggunaan obat		0 5 10
2. Terdapat kejelasan prosedur penyediaan dan penggunaan obat	Petugas farmasi	Pelaksanaan prosedur	SOP penyediaan dan penggunaan obat		0 5 10
3. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab			SK Penanggung jawab pelayanan obat		0 5 10

4. Ada kebijakan dan prosedur yang menjamin ketersediaan obat-obat yang seharusnya ada	Kepala Puskesmas, penanggung jawab farmasi, pelaksana	Bagaimana menjamin ketersediaan obat di Puskesmas	SK dan SOP tentang penyediaan obat yang menjamin ketersediaan obat		0 5 10
5. Tersedia pelayanan obat-obatan selama tujuh hari dalam seminggu dan 24 jam pada Puskesmas yang memberikan pelayanan gawat darurat	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan pelayanan obat 24 jam	SK tentang pelayanan obat 24 jam		0 5 10
6. Tersedia daftar formularium obat Puskesmas			Formularium obat		0 5 10
7. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut ketersediaan obat dibandingkan dengan formularium	Petugas farmasi	Pelaksanaan evaluasi ketersediaan obat	Bukti pelaksanaan evaluasi ketersediaan obat terhadap formularium, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
8. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut kesesuaian peresepan dengan formularium.	Petugas farmasi	Pelaksanaan evaluasi kesesuaian peresepan dengan formularium	Bukti pelaksanaan evaluasi kesesuaian peresepan dengan formularium, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.2.2. Peresepan, pemesanan dan pengelolaan obat dipandu kebijakan dan prosedur yang efektif					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Puskesmas bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diizinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Dalam situasi emergensi, perlu diidentifikasi petugas tambahan yang diizinkan untuk memberikan obat. Untuk menjamin agar obat tersedia dengan cukup dan dalam kondisi baik, tidak rusak, dan tidak kedaluwarsa, maka perlu ditetapkan dan diterapkan kebijakan pengelolaan obat mulai dari proses analisis kebutuhan, pemesanan, pengadaan, pendistribusian, pelayanan peresepan, pencatatan dan pelaporan Untuk Puskesmas rawat inap penggunaan obat oleh pasien/pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke Puskesmas atau yang diresepkan atau dipesan di Puskesmas, diketahui dan dicatat dalam status pasien. Harus dilaksanakan pengawasan penggunaan obat, terutama obat-obat psikotropika sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat ketentuan petugas yang berhak memberikan resep	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang persyaratan petugas yang berhak memberi resep		0 5 10
2. Terdapat ketentuan petugas yang menyediakan obat dengan persyaratan yang jelas	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang persyaratan petugas yang berhak menyediakan obat		0 5 10

3. Apabila persyaratan petugas yang diberi kewenangan dalam penyediaan obat tidak dapat dipenuhi, petugas tersebut mendapat pelatihan khusus	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan	Bukti pelaksanaan pelatihan bagi petugas yang diberi kewenangan menyediakan obat jika belum sesuai persyaratan		0 5 10
4. Tersedia kebijakan dan proses peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat		0 5 10
5. Terdapat prosedur untuk menjaga tidak terjadinya pemberian obat yang kedaluwarsa kepada pasien	Petugas farmasi	Pelaksanaan prosedur	SOP menjaga tidak terjadinya pemberian obat kedaluwarsa, pelaksanaan FIFO dan FEFO, Kartu stok/kendali		0 5 10
6. Dilakukan pengawasan terhadap penggunaan dan pengelolaan obat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara teratur	Petugas farmasi	Pelaksanaan pengawasan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Bukti pelaksanaan pengawasan		0 5 10
7. Terdapat ketentuan siapa yang berhak menuliskan resep untuk obat-obat tertentu (misal psikotropika dan narkotika)	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP peresepan psikotropika dan narkotika		0 5 10
8. Ada kebijakan dan prosedur penggunaan obat-obatan pasien rawat inap, yang dibawa sendiri oleh pasien/keluarga pasien	Dokter, petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP penggunaan obat yang dibawa sendiri oleh pasien/keluarga (rekonsiliasi obat)		0 5 10
9. Penggunaan obat-obatan psikotropika/narkotika dan obat-obatan lain yang berbahaya diawasi dan dikendalikan secara ketat	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	Bukti pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan psikotropika dan narkotika, antara lain: lemari narkotika terkunci dengan dua kunci, pembatasan siapa yang boleh meresepkan, dan memberikan)	Pedoman penggunaan psikotropika dan narkotika	0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.2.3. Ada jaminan kebersihan dan keamanan dalam penyimpanan, penyiapan, dan penyampaian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa/rusak					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar obat layak dikonsumsi oleh pasien, maka kebersihan dan keamanan terhadap obat yang tersedia harus dilakukan mulai dari proses pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyampaian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa/rusak. Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur dalam penyampaian obat kepada pasien agar pasien memahami indikasi, dosis, cara penggunaan obat, dan efek samping yang mungkin terjadi 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat persyaratan penyimpanan obat			SOP penyimpanan obat		0 5 10
2. Penyimpanan dilakukan sesuai dengan persyaratan	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP penyimpanan obat			0 5 10
3. Pemberian obat kepada pasien disertai dengan label obat yang jelas (mencakup nama, dosis, cara pemakaian obat dan frekuensi penggunaannya)	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pemberian obat kepada pasien dan pelabelan		0 5 10
4. Pemberian obat disertai dengan informasi penggunaan obat yang memadai dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien/keluarga pasien	Pasien, petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pemberian informasi penggunaan obat		0 5 10
5. Petugas memberikan penjelasan tentang kemungkinan terjadi efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan	Pasien, petugas farmasi (lakukan juga observasi dalam pemberian informasi)	Pelaksanaan SOP	Bukti pemberian informasi tentang efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan		0 5 10
6. Petugas menjelaskan petunjuk tentang penyimpanan obat di rumah	Pasien, petugas farmasi (lakukan juga observasi dalam pemberian informasi)	Pelaksanaan SOP	Bukti penjelasan tentang petunjuk penyimpanan obat di rumah		0 5 10
7. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan obat yang kedaluwarsa/rusak			SK dan SOP penanganan obat kedaluwarsa/rusak		0 5 10

8. Obat kedaluwarsa/ rusak dikelola sesuai kebijakan dan prosedur.	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	Bukti pelaksanaan penanganan obat kedaluwarsa/rusak		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.2.4. Efek samping yang terjadi akibat pemberian obat-obat yang diresepkan atau riwayat alergi terhadap obat-obatan tertentu harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pasien, dokternya, perawat dan petugas kesehatan yang lain bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan pemantauan adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya dan untuk mengevaluasi pasien terhadap Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD). • Berdasarkan pemantauan, dosis atau jenis obat bila perlu dapat disesuaikan. Sudah seharusnya dilakukan pemantauan secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, untuk mencegah risiko bagi pasien. Memantau efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD. • Perlu disusun kebijakan tentang identifikasi, pencatatan dan pelaporan semua KTD yang terkait dengan penggunaan obat, misalnya sindroma Stephen Johnson, KIPI dan lainnya. Puskesmas membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur pelaporan efek samping obat	Pasien, petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pelaporan efek samping obat		0 5 10
2. Efek samping obat didokumentasikan dalam rekam medis	Rekam medis	Pendokumentasian efek samping obat			0 5 10
3. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mencatat, memantau, dan melaporkan bila terjadi efek samping penggunaan obat dan KTD, termasuk kesalahan pemberian obat	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pencatatan, pemantauan, pelaporan efek samping obat, KTD,		0 5 10
4. Kejadian efek samping obat dan KTD ditindaklanjuti dan didokumentasikan	Petugas farmasi, rekam medis	Pelaksanaan tindak lanjut, pencatatan kejadian efek samping obat, KTD dan tindak lanjut	Bukti pelaksanaan tindak lanjut efek samping obat dan KTD		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.2.5. Kesalahan obat (<i>medication errors</i>) dilaporkan melalui proses dan dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh Puskesmas					

Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Puskesmas mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat dan near miss-Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Proses termasuk mendefinisikan suatu kesalahan obat dan KNC, menggunakan format pelaporan yang ditentukan serta mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Definisi-definisi dan proses-proses dikembangkan melalui proses kerjasama yang mengikutsertakan semua yang terlibat di berbagai langkah dalam manajemen obat. Proses pelaporan adalah bagian dari program mutu dan program keselamatan pasien di Puskesmas. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat prosedur untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan pemberian obat dan KNC			SOP identifikasi dan pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC		0 5 10
2. Kesalahan pemberian obat dan KNC dilaporkan tepat waktu menggunakan prosedur baku	Petugas farmasi	Pelaksanaan pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC sesuai waktu yang ditentukan	Laporan kesalahan pemberian obat dan KNC		0 5 10
3. Ditetapkan petugas kesehatan yang bertanggung jawab mengambil tindakan untuk pelaporan diidentifikasi	Penanggung jawab farmasi, petugas farmasi	Penanggung jawab untuk mengambil tindak lanjut terhadap pelaporan	SK Penanggung jawab tindak lanjut pelaporan		0 5 10
4. Informasi pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC digunakan untuk memperbaiki proses pengelolaan dan pelayanan obat.	Penanggung jawab farmasi, petugas farmasi	Pemanfaatan pelaporan untuk perbaikan	Laporan dan bukti perbaikan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.2.6. Obat-obatan emergensi tersedia, dimonitor dan aman bilamana disimpan di luar farmasi.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting. Perlu ditetapkan lokasi penyimpanan obat emergensi di tempat pelayanan dan obat-obat emergensi yang harus disuplai ke lokasi tersebut. Untuk memastikan akses ke obat emergensi bilamana diperlukan, perlu tersedia prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kedaluwarsa. Keseimbangan antara akses, kesiapan, dan keamanan dari tempat penyimpanan obat emergensi perlu dipenuhi. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Obat emergensi tersedia pada unit-unit dimana akan diperlukan atau dapat terakses segera untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi	Dokter, perawat, petugas farmasi	Penyediaan obat emergensi di unit pelayanan	SK dan SOP penyediaan obat-obat emergensi di unit kerja. Daftar obat emergensi di unit pelayanan		0 5 10
2. Ada kebijakan yang menetapkan bagaimana obat emergensi disimpan, dijaga dan dilindungi dari kehilangan atau pencurian	Dokter, perawat, petugas farmasi	Pelaksanaan penyimpanan obat emergensi di unit pelayanan	SK dan SOP penyimpanan obat emergensi di unit pelayanan		0 5 10
3. Obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sesuai kebijakan Puskesmas setelah digunakan atau bila kedaluwarsa atau rusak	Dokter, perawat, petugas farmasi	Pelaksanaan monitoring penyediaan obat emergensi di unit kerja	SOP monitoring penyediaan obat emergensi di unit kerja. Hasil monitoring dan tindak lanjut.		0 5 10
STANDAR KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	

Pelayanan Radiodiagnostik (jika tersedia)

Standar:

8.3. Pelayanan radiodiagnostik disediakan sesuai kebutuhan pasien, dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten, dan mematuhi persyaratan perundangan yang berlaku

Kriteria:

8.3.1. Pelayanan radiodiagnostik disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan memenuhi standar nasional, perundang-undangan dan peraturan yang berlaku.

Pokok Pikiran:

- Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pada masyarakat di wilayah kerja, dan kebutuhan pemberi pelayanan klinis, dapat disediakan pelayanan radiodiagnostik sebagai upaya untuk meningkatkan ketepatan dalam menetapkan diagnosis.
- Pelayanan radiodiagnostik tersebut harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundangan yang berlaku untuk menjaga keselamatan pasien, masyarakat dan petugas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pelayanan radiodiagnostik memenuhi standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP tentang jenis dan pelaksanaan pelayanan radiodiagnostik	Peraturan perundangan tentang pelayanan radiodiagnostik	0 5 10

2. Pelayanan radiodiagnostik dilakukan secara adekuat, teratur, dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.	Petugas radiodiagnostik, (lakukan observasi pelaksanaan pelayanan)	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SOP pelayanan radiodiagnostik		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.3.2. Ada program pengamanan radiasi, dilaksanakan dan didokumentasi					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Puskesmas memiliki suatu program aktif dalam keamanan radiasi yang meliputi semua komponen pelayanan radiodiagnostik. Program keamanan radiologi mencerminkan antisipasi risiko dan bahaya yang dihadapi. Program mengatur praktik yang aman dan langkah pencegahan bahaya untuk petugas radiologi karyawan lain, dan pasien. Program ini dikoordinasi dengan program keselamatan Puskesmas. • Program pengelolaan keamanan radiasi termasuk : <ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan dan prosedur tertulis yang menunjang kesesuaian dengan standar, undang-undang dan peraturan yang berlaku. - Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya. - Ketersediaan alat pelindung diri yang sesuai dengan praktik dan antisipasi bahaya yang dihadapi. - Ada orientasi bagi staf radiologi dan diagnostik imajing untuk prosedur dan praktik keselamatan kerja. - Ada pendidikan/pelatihan <i>inhouse</i> untuk prosedur baru atau adanya bahan berbahaya yang baru diketahui dan digunakan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat program keamanan radiasi yang mengatur risiko keamanan dan antisipasi bahaya yang bisa terjadi di dalam atau di luar unit kerja	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program dan SOP	Kerangka acuan program dan SOP pengamanan radiasi		0 5 10
2. Program keamanan merupakan bagian dari program keselamatan di Puskesmas, dan wajib dilaporkan sekurang-kurangnya sekali setahun atau bila ada kejadian			Kerangka acuan program dan dokumen program keselamatan di Puskesmas		0 5 10
3. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur dan memenuhi standar terkait, undang-undang dan peraturan yang berlaku.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	Kebijakan dan SOP tentang pemenuhan standar dan peraturan perundangan penggunaan peralatan radiodiagnostik	Peraturan perundangan tentang pelayanan radiodiagnostik	0 5 10

4. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya	0 5 10
5. Risiko keamanan radiasi yang diidentifikasi diimbangi dengan prosedur atau peralatan khusus untuk mengurangi risiko (seperti apron timah, badge radiasi dan yang sejenis)	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan manajemen risiko, dan penggunaan peralatan khusus untuk mengurangi risiko	SOP manajemen risiko pelayanan radiodiagnostik, SOP penggunaan peralatan khusus untuk mengurangi risiko radiasi	0 5 10
6. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik diberi orientasi tentang prosedur dan praktik keselamatan	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program evaluasi	SOP program orientasi, pelaksanaan program orientasi, evaluasi dan tindak lanjut program evaluasi. Bukti pelaksanaan, evaluasi dan tindak lanjut	0 5 10
7. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik mendapat pendidikan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pendidikan jika ada prosedur baru ataupun bahan berbahaya	SOP pendidikan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya, bukti pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut	0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

- ≥ 80% terpenuhi
- 20% - 79% terpenuhi sebagian
- < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.3.3. Staf yang kompeten dengan pengalaman memadai, melaksanakan pemeriksaan radiodiagnostik menginterpretasi hasil, dan melaporkan hasil pemeriksaan.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan Puskesmas menetapkan petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik yang melaksanakan pemeriksaan diagnostik, siapa yang kompeten menginterpretasi hasil atau memverifikasi dan membuat laporan hasil.
- Petugas tersebut mendapat latihan yang baik dan memadai, berpengalaman, dan keterampilan yang memadai.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan petugas yang melakukan pemeriksaan diagnostik			SK penanggung jawab dan petugas pemeriksaan radiodiagnostik		0 5 10
2. Tersedia petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai melaksanakan pemeriksaan radiodiagnostik	Penanggung jawab farmasi, petugas radiodiagnostik	Kesesuaian dengan persyaratan	SK tentang persyaratan penanggung jawab dan petugas pemeriksaan radiodiagnostik, pola ketenagaan, profil pegawai dan kesesuaian dengan persyaratan		0 5 10

3. Petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai menginterpretasi hasil pemeriksaan.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang ketentuan petugas yang menginterpretasi hasil pemeriksaan radiodiagnostik		0 5 10
4. Petugas yang kompeten yang memadai, memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang ketentuan petugas yang memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan radiodiagnostik		0 5 10
5. Tersedia staf dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien	Penanggung jawab radiodiagnostik	Pemenuhan pola ketenagaan dan tindak lanjut	Pola ketenagaan, pemenuhan terhadap pola ketenagaan, tindak lanjut jika tidak sesuai		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 8.3.4. Hasil pemeriksaan radiologi tersedia tepat waktu sesuai ketentuan yang ditetapkan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Jangka waktu pelaporan hasil pemeriksaan radiologi diagnostik perlu ditetapkan. Hasil yang dilaporkan dalam kerangka waktu didasarkan pada kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan pemberi pelayanan klinis. Kebutuhan tes untuk pelayanan gawat darurat, pemeriksaan di luar jam kerja serta akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini. Hasil pemeriksaan radiologi yang cito untuk pasien gawat darurat harus diberi perhatian khusus dalam proses pengukuran mutu. Hasil pemeriksaan radiodiagnostik yang dilaksanakan dengan kontrak pelayanan oleh pihak di luar Puskesmas dilaporkan sesuai dengan kebijakan atau ketentuan dalam kontrak. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan tentang harapan waktu pelaporan hasil pemeriksaan.			SK tentang waktu pelaporan hasil pemeriksaan		0 5 10
2. Ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan diukur, dimonitor, dan ditindaklanjuti	Penanggung jawab radiodiagnostik	Monitoring ketepatan waktu	Bukti pelaksanaan monitoring ketepatan waktu dan tindak lanjut monitoring		0 5 10
3. Hasil pemeriksaan radiologi dilaporkan dalam kerangka waktu untuk memenuhi kebutuhan pasien	Petugas radiodiagnostik	Ketepatan waktu penyampaian laporan hasil pemeriksaan radiodiagnostik	Hasil evaluasi ketepatan waktu penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.3.5. Semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan radiologi dan diagnostik imajing diperiksa, dirawat dan dikalibrasi secara teratur, dan disertai catatan memadai yang dipelihara dengan baik.

Pokok Pikiran:

- Petugas radiologi bekerja untuk menjamin bahwa semua peralatan berfungsi dengan baik pada tingkatan yang dapat diterima dan aman bagi para operator. Program pengelolaan peralatan radiologi meliputi:
 - o Identifikasi dan inventarisasi peralatan.
 - o Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, testing, kalibrasi, perawatan.
 - o Monitoring dan bertindak terhadap laporan peralatan bila ada peringatan bahaya, penarikan kembali, laporan insiden, masalah dan kegagalan.
 - o Mendokumentasi program pengelolaan
- Frekuensi testing, perawatan, dan kalibrasi berhubungan dengan pemakaian peralatan dan riwayat pelayanannya didokumentasi /dicatat.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada program pemeliharaan peralatan radiologi dan dilaksanakan	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Program/Kerangka acuan atau panduan program pemeliharaan peralatan radiologi		0 5 10
2. Program termasuk inventarisasi peralatan	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Dalam program pemeliharaan ada kegiatan inventarisasi peralatan		0 5 10
3. Program termasuk inspeksi dan testing peralatan	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Dalam progra pemeliharaan ada jadwal dan kegiatan inspeksi dan testing		0 5 10
4. Program termasuk kalibrasi dan perawatan peralatan	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Dalam program pemeliharaan ada kegiatan kalibrasi dan perawatan peralatan		0 5 10
5. Program termasuk monitoring dan tindak lanjut	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Dalam program pemeliharaan ada kegiatan monitoring dan tindak lanjut,		0 5 10
6. Ada dokumentasi yang adekuat untuk semua testing, perawatan dan kalibrasi peralatan			Dokumen bukti pelaksanaan hasil testing, perawatan, dan kalibrasi peralatan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.3.6. Film X-ray dan perbekalan lain tersedia secara teratur.

Pokok Pikiran:

- Kebutuhan akan film, reagensia dan perbekalan lain ditetapkan secara teratur untuk menjamin pelayanan dapat diberikan sesuai kebutuhan dan tepat waktu. Proses untuk memesan atau menjamin tersedianya film, reagensia dan perbekalan penting lain perlu dilaksanakan secara efektif.
- Semua perbekalan disimpan dan distribusi sesuai prosedur yang ditetapkan yang memasukkan juga rekomendasi perusahaan pembuat. Evaluasi periodik dari reagen sesuai rekomendasi pembuat menjamin akurasi dan presisi hasil pemeriksaan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. X-ray film, reagensia dan semua perbekalan penting ditetapkan			SK tentang film, reagensia, dan perbekalan yang harus disediakan		0 5 10
2. X-ray film, reagensia dan perbekalan penting lain tersedia	Petugas radiodiagnostik	Ketersediaan film, reagensia, dan perbekalan			0 5 10
3. Semua perbekalan di simpan dan didistribusi sesuai dengan pedoman	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan SOP	SOP dan Bukti penyimpanan dan distribusi perbekalan		0 5 10
4. Semua perbekalan dievaluasi secara periodik untuk akurasi dan hasilnya.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Monitoring ketersediaan perbekalan	SOP dan Bukti monitoring ketersediaan perbekalan, hasil monitoring, dan tindak lanjut		0 5 10
5. Semua perbekalan diberi label secara lengkap dan akurat			Bukti Pemberian label pada semua perbekalan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:
8.3.7. Pelayanan radiologi dikelola, dipimpin, dan dilaksanakan oleh petugas yang kompeten

Pokok Pikiran:

- Pelayanan radiodiagnostik yang berada di Puskesmas dipimpin oleh seorang yang kompeten sesuai dengan pelatihan yang terdokumentasi, keahlian, dan pengalaman, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku. Individu ini secara profesional bertanggung jawab atas fasilitas dan pelayanan radiologi.
- Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis maka dia harus seorang dokter, sedapat mungkin seorang spesialis radiologi. Pelaksanaan pelayanan radiologi dilakukan oleh petugas radiografer yang kompeten
- Tanggung jawab pimpinan radiologi termasuk:
 - o Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur.
 - o Pengawasan administrasi.
 - o Mempertahankan (maintaining) setiap program kontrol mutu yang perlu.
 - o Memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imaging di luar.
 - o Memonitor dan me-review semua pelayanan radiologi yang tersedia.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pelayanan radiologi dibawah pimpinan seseorang yang kompeten	Kepala Puskesmas, penanggung jawab	Kesesuai terhadap persyaratan	SK tentang persyaratan penanggung jawab pelayanan radiodiagnostik		0 5 10

2. Pelayanan radiologi dilaksanakan oleh petugas yang kompeten.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Kesesuaian terhadap persyaratan	SK tentang persyaratan pelaksana pelayanan	0 5 10
3. Penanggung jawab pelayanan radiologi mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur, ditetapkan dan dilaksanakan.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Pengembangan kebijakan prosedur, monitoring pelaksanaan pelayanan radiodiagnostik	Bukti pengembangan kebijakan dan prosedur, pelaksanaan monitoring, hasil monitoring dan tindak lanjut	0 5 10
4. Penanggung jawab pelayanan radiologi melakukan pengawasan administrasi ditetapkan dan dilaksanakan.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Monitoring admistrasi radiodiagnostik	Bukti monitoring administrasi radiodiagnostik	0 5 10
5. Penanggung jawab pelayanan radiologi mempertahankan program kontrol mutu ditetapkan dan dilaksanakan.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu pelayanan radiodiagnostik, bukti pelaksanaan pengendalian, pelaporan, tindak lanjut	0 5 10
6. Penanggung jawab pelayanan memantau dan <i>review</i> pelayanan radiologi yang disediakan	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan pemantauan dan <i>review</i> serta tindak lanjut	Hasil pemantauan dan <i>review</i> pelayanan radiologi, tindak lanjut hasil pemantauan dan <i>review</i>	0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN

- ≥ 80% terpenuhi
- 20% - 79% terpenuhi sebagian
- < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.3.8. Ada prosedur kontrol mutu, dilaksanakan dan didokumentasikan.

Pokok Pikiran:

- Sistem kontrol mutu yang baik adalah penting untuk dapat memberikan pelayanan radiodiagnostik yang unggul.
- Prosedur kontrol mutu termasuk:
 - o Validasi metode tes yang digunakan untuk akurasi dan presisi
 - o Pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten
 - o Langkah perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan (*deficiency*) teridentifikasi..
 - o Pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada program kontrol mutu untuk pelayanan radiodiagnostik, dan dilaksanakan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Dokumen Program pengendalian mutu		0 5 10
2. Program kontrol mutu termasuk validasi metode tes.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu memuat validasi metoda tes		0 5 10

3. Program kontrol mutu termasuk pengawasan harian hasil pemeriksaan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu memuat pengawasan harian hasil pemeriksaan		0 5 10
4. Program kontrol mutu termasuk perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu memuat perbaikan cepat bila ditemukan masalah		0 5 10
5. Program kontrol mutu termasuk pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu memuat pendokumentasian kegiatan perbaikan, langkah perbaikan dan hasil-hasilnya		0 5 10
STANDAR KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Manajemen informasi – rekam medis					
Standar: 8.4. Kebutuhan data dan informasi asuhan bagi petugas kesehatan, pengelola sarana, dan pihak terkait di luar organisasi dapat dipenuhi melalui proses yang baku.					
Kriteria: 8.4.1. Ada pembakuan kode klasifikasi diagnosis, kode prosedur, simbol, dan istilah yang dipakai					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Standarisasi terminologi, definisi, kosakata dan penamaan memfasilitasi perbandingan data dan informasi di dalam maupun di luar Puskesmas (fasilitas kesehatan rujukan). Keseragaman penggunaan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan mendukung pengumpulan dan analisis data. • Singkatan dan simbol juga distandarisasi dan termasuk daftar “yang tidak boleh digunakan”. Standarisasi tersebut konsisten dengan standar lokal dan nasional yang berlaku. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi lain yang konsisten dan sistematis			SK tentang standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang digunakan	Klasifikasi diagnosis	0 5 10
2. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang disusun oleh Puskesmas (minimal 10 besar penyakit)			Standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi di Puskesmas	Klasifikasi diagnosis	0 5 10
3. Dilakukan pembakuan singkatan-singkatan yang digunakan dalam pelayanan sesuai dengan standar nasional atau lokal			Pembakuan singkatan yang digunakan	Standar pelayanan rekam medis	0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.4.2. Petugas memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggung jawab pekerjaan

Pokok Pikiran:

- Berkas rekam medis pasien adalah suatu sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga merupakan alat komunikasi yang penting. Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien keberlanjutan, maka perlu tersedia selama pelaksanaan asuhan pasien dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga selalu diperbaharui (*up to date*).
- Catatan medis keperawatan dan catatan pelayanan pasien lainnya tersedia untuk semua praktisi kesehatan pasien tersebut. Kebijakan Puskesmas mengidentifikasi praktisi kesehatan mana saja yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur akses petugas terhadap informasi medis			SK dan SOP tentang akses terhadap rekam medis		0 5 10
2. Akses petugas terhadap informasi yang dibutuhkan dilaksanakan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab	Petugas rekam medis	Pelaksanaan akses terhadap rekam medis			0 5 10
3. Akses petugas terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur	Petugas rekam medis	Pelaksanaan akses terhadap rekam medis	Bukti sosialisasi kebijakan dan prosedur akses terhadap rekam medis		0 5 10
4. Hak untuk mengakses informasi tersebut mempertimbangkan tingkat kerahasiaan dan keamanan informasi	Kepala Puskesmas, penanggung jawab	Pertimbangan pemberian hak akses			0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.4.3. Adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis

Pokok Pikiran:

- Puskesmas menetapkan dan melaksanakan suatu kebijakan yang menjadi pedoman retensi berkas rekam medis pasien dan data serta informasi lainnya. Berkas rekam medis klinis pasien, serta data dan informasi lainnya disimpan (retensi) untuk suatu jangka waktu yang cukup dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku guna mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, riset dan pendidikan. Kebijakan tentang penyimpanan (retensi) konsisten dengan kerahasiaan dan keamanan informasi tersebut. Ketika periode retensi yang ditetapkan terpenuhi, maka berkas rekam medis klinis pasien dan catatan lain pasien, data serta informasi dapat dimusnahkan dengan semestinya.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Puskesmas mempunyai rekam medis bagi setiap pasien dengan metoda identifikasi yang baku	Rekam medis	Pelaksanaan kebijakan	SK pelayanan rekam medis dan metode identifikasi		0 5 10
2. Sistem pengkodean, penyimpanan, dan dokumentasi memudahkan petugas untuk menemukan rekam pasien tepat waktu maupun untuk mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien	Petugas rekam medis	Pelaksanaan Kebijakan	SK pelayanan rekam medis memuat tentang sistem pengkodean, penyimpanan, dokumentasi rekam medis		0 5 10
3. Ada kebijakan dan prosedur penyimpanan berkas rekam medis dengan masa retensi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.	Petugas rekam medis	Pelaksanaan penyimpanan rekam medis	SK pelayanan rekam medis memuat kebijakan penyimpanan dan masa retensi rekam medis. SOP penyimpanan rekam medis		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.4.4. Rekam berisi informasi yang memadai dan dijaga kerahasiaannya tentang identifikasi pasien, dokumentasi prosedur kajian, masalah, kemajuan pasien dan hasil asuhan					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan isi rekam medis diperlukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan, memantau kemajuan respons pasien terhadap asuhan yang diberikan. Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur kelengkapan rekam medis. • Privasi dan kerahasiaan data serta informasi wajib dijaga, terutama data dan informasi yang sensitif. Keseimbangan antara berbagi (sharing) data dan kerahasiaan data perlu diatur. Perlu ditetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang harus dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya: rekam medis pasien, data riset dan lainnya). 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Isi rekam medis mencakup diagnosis, pengobatan, hasil pengobatan, dan kontinuitas asuhan yang diberikan	Rekam medis	Isi rekam medis	SK tentang isi rekam medis		0 5 10
2. Dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis	Penanggung jawab dan petugas rekam medis	Penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis	Bukti pelaksanaan penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis, hasil dan tindak lanjutnya		0 5 10
3. Tersedia prosedur menjaga kerahasiaan rekam medis	Petugas rekam medis	Pelaksanaan SOP	SOP kerahasiaan rekam medis		0 5 10

STANDAR KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Manajemen Keamanan Lingkungan

Standar :

8.5. Lingkungan pelayanan mematuhi persyaratan hukum, regulasi dan perizinan yang berlaku.

Kriteria:

8.5.1. Lingkungan fisik Puskesmas, instalasi listrik, air, ventilasi, gas dan sistim lain yang dipersyaratkan diperiksa secara rutin, dipelihara, dan diperbaiki bila perlu

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin keamanan pasien/keluarga yang berkunjung ke Puskesmas, perlu dilakukan monitoring secara rutin, pemeliharaan, dan perbaikan bila terjadi kerusakan pada fisik bangunan Puskesmas termasuk di dalamnya instalasi listrik, air, ventilasi, gas, dan sistem lain. Pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan dipandu oleh kebijakan dan prosedur, dan dilakukan oleh petugas yang kompeten.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kondisi fisik lingkungan Puskesmas dipantau secara rutin.	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan kebijakan, SOP dan pemantauan lingkungan	Bukti pelaksanaan pemantauan lingkungan fisik Puskesmas: jadwal pelaksanaan dan bukti pelaksanaan		0 5 10
2. Instalasi listrik, kualitas air, ventilasi, gas dan sistem lain yang digunakan dipantau secara periodik oleh petugas yang diberi tanggung jawab	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan SOP	Bukti pelaksanaan pemeliharaan dan pemantauan instalasi listrik, air, ventilasi, gas dan sistem lain, dan tindak lanjut		0 5 10
3. Tersedia sarana untuk menangani masalah listrik/ api apabila terjadi kebakaran	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan pelatihan penggunaan APAR, simulasi jika terjadi kebakaran	SOP jika terjadi kebakaran, ketersediaan APAR, pelatihan penggunaan APAR, pelatihan jika terjadi kebakaran		0 5 10
4. Tersedia kebijakan dan prosedur inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan			SK dan SOP pemantauan, pemeliharaan, perbaikan sarana dan peralatan		0 5 10
5. Inspeksi, pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan alat dilakukan sesuai dengan prosedur dan jadwal yang ditetapkan	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan SOP	Bukti pelaksanaan pemantauan, pemeliharaan, perbaikan alat		0 5 10
6. Dilakukan dokumentasi pelaksanaan, hasil dan tindak lanjut inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan yang telah dilakukan.			Dokumentasi pelaksanaan pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria :

8.5.2. Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya dilakukan berdasarkan perencanaan yang memadai

Pokok Pikiran:

- Bahan dan limbah berbahaya perlu diidentifikasi dan dikendalikan secara aman, yang meliputi bahan kimia, bahan, gas dan uap berbahaya serta limbah medis dan infeksius lain sesuai ketentuan. Harus disusun rencana pengendalian bahan dan limbah berbahaya dan ditetapkan proses untuk:
 - o inventarisasi bahan dan limbah berbahaya;
 - o penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya;
 - o pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (*exposure*) dan insiden lainnya;
 - o pembuangan limbah berbahaya yang benar;
 - o peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan (*spill*) atau paparan (*exposure*);
 - o pendokumentasian, meliputi setiap izin dan perizinan/lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya;
 - o pemasangan label yang benar pada bahan dan limbah berbahaya.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya			SK dan SOP inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya		0 5 10
2. Ditetapkan kebijakan dan prosedur pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya			SK dan SOP pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya		0 5 10
3. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan bahan berbahaya	Penanggung jawab farmasi, penanggung jawab radiodiagnostik, pengganggu jawab pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan pemantauan	Bukti pemantauan pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan bahan berbahaya, dan tindak lanjut		0 5 10
4. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan limbah berbahaya	Penanggung jawab farmasi, penanggung jawab radiodiagnostik, penanggung jawab pelayanan klinis pengganggu jawab pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan pemantauan	Bukti pemantauan pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan limbah berbahaya, dan tindak lanjut		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria :

8.5.3. Perencanaan dan pelaksanaan program yang efektif untuk menjamin keamanan lingkungan fisik dikelola oleh petugas yang kompeten

Pokok Pikiran:

- Untuk mengelola risiko di lingkungan dimana pasien dirawat dan staf bekerja memerlukan perencanaan. Rencana tahunan perlu disusun, yang meliputi:
 - a) Keselamatan dan Keamanan. Keselamatan adalah suatu keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ground dan peralatan tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung. Keamanan adalah proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang.
 - b) Bahan berbahaya, yang meliputi: penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman.
 - c) Manajemen emergensi, yaitu tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif.
 - d) Pengamanan kebakaran: Puskesmas wajib melindungi properti dan penghuninya dari kebakaran dan asap.
 - e) Peralatan medis: untuk mengurangi risiko, peralatan dipilih, dipelihara dan digunakan sesuai dengan ketentuan.
 - f) Sistem utilitas, meliputi listrik, air dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.
- Rencana tersebut didokumentasikan dan di up-date yang merefleksikan keadaan-keadaan terkini dalam lingkungan Puskesmas. Ada proses untuk *me-review* dan *meng-update*

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada rencana program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman			Rencana program keamanan lingkungan fisik Puskesmas		0 5 10
2. Ditetapkan petugas yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan pelaksanaan program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman			SK penanggung jawab pengelolaan keamanan lingkungan fisik Puskesmas		0 5 10
3. Program tersebut mencakup perencanaan, pelaksanaan, pendidikan dan pelatihan petugas, pemantauan, dan evaluasi			Rencana program keamanan lingkungan fisik Puskesmas memuat: perencanaan, pelaksanaan, pendidikan dan pelatihan petugas, pemantauan, dan evaluasi		0 5 10
4. Dilakukan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program tersebut.	Penanggung jawab program	Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan program	Bukti pelaksanaan program, evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10

STANDAR KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Manajemen Peralatan					
Standar: 8.6. Peralatan dikelola dengan tepat.					
Kriteria: 8.6.1. Peralatan ditempatkan di lingkungan pelayanan dengan tepat					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Untuk menjaga agar peralatan siap pakai dan dalam kondisi baik pada saat dibutuhkan maka Puskesmas perlu menetapkan ketentuan dan prosedur kebersihan dan sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan, dan menempatkan alat yang siap pakai pada tempat yang tepat sesuai persyaratan dan fungsi alat. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi, alat yang membutuhkan perawatan lebih lanjut (tidak siap pakai), serta alat-alat yang membutuhkan persyaratan khusus untuk peletakannya	Petugas pengelola instrumen	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi, alat yang membutuhkan perawatan lebih lanjut (tidak siap pakai), serta alat-alat yang membutuhkan persyaratan khusus untuk peletakannya		0 5 10
2. Tersedia prosedur sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan	Petugas pengelola instrumen	Pelaksanaan SOP	SOP sterilisasi		0 5 10
3. Dilakukan pemantauan terhadap pelaksanaan prosedur secara berkala	Kepala Puskesmas, Petugas pemantau pengelola instrumen	Pelaksanaan pemantauan	Pelaksanaan pemantauan berkala pelaksanaan prosedur pemeliharaan dan sterilisasi instrumen, SK petugas pemantau, bukti pelaksanaan pemantauan, hasil pemantauan, tindak lanjut pemantauan		0 5 10
4. Apabila memperoleh bantuan peralatan, persyaratan-persyaratan fisik, teknis, maupun petugas yang berkaitan dengan operasionalisasi alat tersebut dapat dipenuhi	Kepala Puskesmas, bendahara barang, petugas pengelola instrumen	Pelaksanaan SOP	SOP tentang penanganan bantuan peralatan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria :

8.6.2. Peralatan dipelihara dan dikalibrasi secara rutin

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/laik pakainya peralatan medis, Puskesmas:
 - o melakukan inventarisasi peralatan medis;
 - o melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur;
 - o melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya;
 - o melaksanakan pemeliharaan;
 - o melakukan inventarisasi peralatan yang harus dikalibrasi;
 - o memastikan bahwa alat yang perlu dikalibrasi, dilakukan kalibrasi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.
- Pemeliharaan alat dilakukan oleh petugas yang kompeten yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas. Peralatan diperiksa dan diuji coba sejak masih baru dan seterusnya, sesuai umur dan penggunaan peralatan tersebut atau sesuai instruksi pabrik. Pemeriksaan, hasil uji coba dan setiap kali pemeliharaan, dan kalibrasi didokumentasikan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan inventarisasi peralatan yang ada di Puskesmas			Daftar inventaris peralatan klinis di Puskesmas		0 5 10
2. Ditetapkan Penanggung jawab pengelola alat ukur dan dilakukan kalibrasi atau yang sejenis secara teratur, dan ada buktinya			SK penanggung jawab pengelolaan peralatan dan kalibrasi		0 5 10
3. Ada sistem untuk kontrol peralatan, testing, dan perawatan secara rutin	Penanggung jawab pengelolaan peralatan	Pelaksanaan SOP	SOP kontrol peralatan, testing, dan perawatan secara rutin untuk peralatan klinis yang digunakan		0 5 10
4. Hasil pemantauan tersebut didokumentasikan	Penanggung jawab pengelolaan peralatan	Pelaksanaan pemantauan	Dokumentasi hasil pemantauan		0 5 10
5. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penggantian dan perbaikan alat yang rusak agar tidak mengganggu pelayanan	Penanggung jawab pengelolaan peralatan	Pelaksanaan penggantian dan perbaikan alat yang rusak	SOP penggantian dan perbaikan alat yang rusak		0 5 10

STANDAR KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Manajemen Sumber Daya Manusia

Standar:

8.7. Terdapat proses rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan tenaga klinis yang baku

Kriteria :

8.7.1. Penilaian dan evaluasi kompetensi tenaga klinis dilakukan melalui proses kredensial tenaga yang efektif

Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk menjamin pelayanan klinis dilakukan oleh tenaga yang kompeten, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur kredensial yang meliputi penilaian kompetensi petugas klinis, termasuk persyaratan sertifikasi, lisensi dari petugas klinis tersebut, dan upaya untuk peningkatan kompetensi, untuk memenuhi kecukupan kebutuhan tenaga klinis. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada penghitungan kebutuhan tenaga klinis di Puskesmas dengan persyaratan kompetensi dan kualifikasi.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Penghitungan pola ketenagaan	Pola ketenagaan dan persyaratan kompetensi tenaga yang memberi pelayanan klinis		0 5 10
2. Ada cara menilai kualifikasi tenaga untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kewenangan	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Penilaian kualifikasi tenaga	SOP penilaian kualifikasi tenaga dan penetapan kewenangan		0 5 10
3. Dilakukan proses kredensial yang mencakup sertifikasi dan lisensi	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Pelaksanaan kredensial	SOP kredensial, tim kredensial, bukti bukti sertifikasi dan lisensi		0 5 10
4. Ada upaya untuk meningkatkan kompetensi tenaga klinis agar sesuai persyaratan dan kualifikasi	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Peningkatan kompetensi petugas pemberi pelayanan klinis	Pemetaan kompetensi, rencana peningkatan kompetensi, bukti pelaksanaan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria :					
8.7.2. Adanya proses yang menjamin kesesuaian antara pengetahuan dan keterampilan tenaga dengan kebutuhan pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar pasien memperoleh asuhan klinis sesuai dengan kebutuhan dan dilaksanakan dengan optimal, perlu dilayani oleh tenaga klinis yang kompeten sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan. Puskesmas perlu melakukan penilaian kinerja tenaga klinis dan menyusun dan menerapkan rencana untuk peningkatan kompetensi tenaga klinis dalam memberikan asuhan pada pasien. Tenaga klinis mempunyai kewajiban untuk ikut berperan serta dalam meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dan mutu pelayanan klinis. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan evaluasi kinerja tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis secara berkala	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Pelaksanaan evaluasi kinerja	SOP penilaian kinerja petugas pemberi pelayanan klinis, proses evaluasi, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
2. Dilakukan analisis dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Pelaksanaan analisis kinerja dan tindak lanjut	Bukti analisis, bukti tindak lanjut		0 5 10

3. Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis berperan aktif dalam meningkatkan mutu pelayanan klinis	Petugas pemberi pelayanan klinis	Keterlibatan dalam peningkatan mutu pelayanan klinis	SK tentang keterlibatan petugas pemberi pelayanan klinis dalam peningkatan mutu klinis		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
8.7.3. Setiap tenaga mendapat kesempatan mengembangkan ilmu dan ketrampilan yang diperlukan untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Dalam upaya peningkatan kompetensi dari tenaga kesehatan yang memberikan asuhan klinis, perlu direncanakan, dan diberi kesempatan bagi tenaga klinis untuk meningkatkan kompetensi melalui pendidikan dan/atau pelatihan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia informasi mengenai peluang pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis			Bukti penyediaan informasi tentang peluang pendidikan dan pelatihan		0 5 10
2. Ada dukungan dari manajemen Puskesmas bagi tenaga kesehatan untuk memanfaatkan peluang tersebut	Petugas pemberi pelayanan klinis	Dukungan pendidikan dan pelatihan	Bentuk-bentuk dukungan manajemen untuk pendidikan dan pelatihan		0 5 10
3. Jika ada tenaga kesehatan yang mengikuti pendidikan atau pelatihan, dilakukan evaluasi penerapan hasil pelatihan di tempat kerja.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis		SOP evaluasi hasil mengikuti pendidikan dan pelatihan, bukti pelaksanaan evaluasi		0 5 10
4. Dilakukan pendokumentasian pelaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.			Dokumentasi pelaksanaan pendidikan dan pelatihan		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria :					
8.7.4. Wewenang tenaga diuraikan dengan jelas dan dilaksanakan secara profesional dan legal dalam pelaksanaan asuhan					

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin bahwa asuhan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tepat dan kompeten, maka harus ada kejelasan tugas dan wewenang untuk tiap tenaga kesehatan yang memberikan asuhan klinis di Puskesmas. Dalam kondisi tertentu, jika tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan tidak tersedia, maka dapat ditetapkan tenaga kesehatan dengan pemberian kewenangan untuk menjalankan asuhan klinis tertentu oleh pejabat yang berwenang.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis mempunyai uraian tugas dan wewenang yang didokumentasikan dengan jelas			Uraian tugas petugas pemberi pelayanan klinis dan kewenangan klinis		0 5 10
2. Jika tidak tersedia tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk menjalankan kewenangan dalam pelayanan klinis, ditetapkan petugas kesehatan dengan persyaratan tertentu untuk diberi kewenangan khusus			SK tentang pemberian kewenangan jika tidak tersedia tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan, bukti pemberian kewenangan khusus pada petugas		0 5 10
3. Apabila tenaga kesehatan tersebut diberi kewenangan khusus, dilakukan penilaian terhadap pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan kewenangan khusus yang diberikan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis	Penilaian kompetensi petugas yang diberi kewenangan khusus	Penilaian oleh tim kredensial ttg kompetensi petugas yang diberi kewenangan khusus, bukti penilaian		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan uraian tugas dan wewenang bagi setiap tenaga kesehatan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis	Evaluasi dan tindak lanjut terhadap uraian tugas dan kewenangan	Bukti pelaksanaan evaluasi terhadap uraian tugas dan pemberian kewenangan pada petugas pemberi pelayanan klinis, dan tindak lanjut		0 5 10

Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Tanggung jawab tenaga klinis					
Standar: 9.1. Perencanaan, monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan menjadi tanggung jawab tenaga yang bekerja di pelayanan klinis					
Kriteria: 9.1.1. Tenaga klinis berperan aktif dalam proses peningkatan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Upaya peningkatan mutu layanan klinis, dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis yang memberikan asuhan pasien. Tenaga klinis adalah dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab melaksanakan asuhan pasien. Tenaga klinis wajib berperan aktif mulai dari identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, melakukan analisis, menyusun rencana perbaikan, melaksanakan, dan menindaklanjuti. Identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, potensi terjadinya risiko dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator pelayanan klinis yang ditetapkan oleh Puskesmas dengan acuan yang jelas. Upaya keselamatan pasien dilakukan untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), yaitu cedera atau hasil yang tidak sesuai dengan harapan, yang terjadi bukan karena kondisi pasien tetapi oleh karena penanganan klinis (clinical management). Penanganan klinis yang tidak sesuai kadang tidak menimbulkan cedera, maka kejadian ini disebut dengan Kejadian Tidak Cedera (KTC). Kejadian Nyaris Cedera (KNC) terjadi jika hampir saja dilakukan kesalahan dalam penanganan klinis, tetapi kesalahan tersebut tidak jadi dilakukan. Keadaan-keadaan tertentu dalam pelayanan klinis, misalnya tempat tidur yang tidak dilengkapi dengan pengaman, lantai yang licin yang berisiko terjadi pasien terjatuh, berpotensi menimbulkan cedera. Keadaan ini disebut Kondisi berpotensi menyebabkan Cedera (KPC) 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Adanya peran aktif tenaga klinis dalam merencanakan dan mengevaluasi mutu layanan klinis dan upaya peningkatan keselamatan pasien.	Pemberi pelayanan klinis	Keterlibatan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien.	SK tentang kewajiban tenaga klinis dalam peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien.	Pedoman Keselamatan Pasien (Rumah Sakit)	0 5 10
2. Ditetapkan indikator dan standar mutu klinis untuk monitoring dan penilaian mutu klinis.			Pemilihan dan penetapan prioritas indikator mutu klinis di Puskesmas menurut kriteria Puskesmas berdasarkan ketersediaan sumber daya yang tersedia dan standar pencapaian		0 5 10
3. Dilakukan pengumpulan data, analisis, dan pelaporan mutu klinis dilakukan secara berkala.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu klinis Puskesmas	Pengumpulan data, analisis, pelaporan pencapaian indikator mutu klinis	Hasil pengumpulan data, bukti analisis, dan pelaporan berkala indikator mutu klinis		0 5 10

4. Pimpinan Puskesmas bersama tenaga klinis melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan penilaian mutu klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu klinis Puskesmas	Evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring dan penilaian mutu klinis	Bukti monitoring, bukti evaluasi, bukti analisis, bukti tindak lanjut		0 5 10
5. Dilakukan identifikasi dan dokumentasi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kondisi Potensial Cedera (KPC), maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC).	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Pelaksanaan identifikasi, dokumentasi dan pelaporan KTD, KPC, KNC	Bukti identifikasi, dokumentasi dan pelaporan kasus KTD, KTC, KPC, KNC		0 5 10
6. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penanganan KTD, KTC, KPC, KNC, dan risiko dalam pelayanan klinis.			SK dan SOP penanganan KTD, KTC, KPC, KNC.		0 5 10
7. Jika terjadi KTD, KTC, dan KNC dilakukan analisis dan tindak lanjut.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Analisis dan Tindak lanjut jika terjadi KTD, KPC, KNC	Bukti analisis, dan tindak lanjut KTD, KTC, KPC, KNC		0 5 10
8. Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Pelaksanaan manajemen risiko klinis di Puskesmas	Panduan Manajemen risiko klinis, bukti identifikasi risiko, analisis, dan tindak lanjut risiko pelayanan klinis (minimal dilakukan FMEA untuk satu kasus)		0 5 10
9. Dilakukan analisis risiko dan upaya-upaya untuk meminimalkan risiko pelayanan klinis	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Analisis risiko dan upaya meminimalkan risiko	Bukti analisis dan upaya meminimalkan risiko		0 5 10
10. Berdasarkan hasil analisis risiko, adanya kejadian KTD, KTC, KPC, dan KNC, upaya peningkatan keselamatan pasien direncanakan, dilaksanakan, dievaluasi, dan ditindaklanjuti	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Pelaksanaan program keselamatan pasien	Kerangka acuan, Perencanaan Program keselamatan pasien, Bukti Pelaksanaan, Bukti evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

9.1.2. Tenaga klinis berperan penting dalam memperbaiki perilaku dalam pemberian pelayanan

Pokok Pikiran:

- Mutu layanan klinis tidak hanya ditentukan oleh sistem pelayanan yang ada, tetapi juga perilaku dalam pemberian pelayanan. Tenaga klinis perlu melakukan evaluasi terhadap perilaku dalam pemberian pelayanan dan melakukan upaya perbaikan baik pada sistem pelayanan maupun perilaku pelayanan yang mencerminkan budaya keselamatan, dan budaya perbaikan pelayanan klinis yang berkelanjutan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan evaluasi dan perbaikan perilaku dalam pelayanan klinis oleh tenaga klinis dalam pelayanan klinis yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan yang berkelanjutan.	Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab evaluasi perilaku pelayanan	Pelaksanaan evaluasi dan perbaikan perilaku pelayanan klinis	Bukti pelaksanaan evaluasi perilaku petugas dalam pelayanan klinis, bukti pelaksanaan evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10
2. Budaya mutu dan keselamatan pasien diterapkan dalam pelayanan klinis	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu klinis Puskesmas pemberi pelayanan klinis	Pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan			0 5 10
3. Ada keterlibatan tenaga klinis dalam kegiatan peningkatan mutu yang ditunjukkan dalam penyusunan indikator untuk menilai perilaku dalam pemberian pelayanan klinis dan ide-ide perbaikan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis, dokter, perawat	Keterlibatan dalam penyusunan indikator mutu klinis dan indikator perilaku pemberi pelayanan klinis, serta peningkatan mutu dan keselamatan pasien	Bukti peran aktif tenaga klinis dalam kegiatan peningkatan mutu antara lain: dalam penyusunan indikator mutu/kinerja klinis, indikator perilaku, kegiatan perbaikan mutu melalui proses PDSA/PDCA, menyampaikan ide-ide perbaikan dalam pertemuan-pertemuan		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

9.1.3. Sumber daya untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disediakan, upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien tersebut dilaksanakan

Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Mutu layanan klinis dapat ditingkatkan jika ada komitmen dari pihak pengelola Puskesmas dan tenaga klinis yang memberikan layanan klinis kepada pasien. Pimpinan Puskesmas perlu memfasilitasi, mengalokasikan dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien sesuai dengan ketersediaan anggaran dan sumber daya yang ada di Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dialokasikan sumber daya yang cukup untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Alokasi dan ketersediaan sumber daya untuk peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan kejelasan alokasi dan kepastian ketersediaan sumber daya		0 5 10
2. Ada program/ kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun dan direncanakan oleh tenaga klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Perencanaan program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Kerangka acuan, Perencanaan Program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, Bukti Pelaksanaan, Bukti evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10
3. Program/ kegiatan tersebut dilaksanakan sesuai rencana, dievaluasi, dan ditindak lanjuti	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Pelaksanaan, evaluasi, tindak lanjut program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien, bukti pelaksanaan, bukti monitoring, bukti evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Pemahaman mutu layanan klinis.					
Standar:					
9.2. Mutu layanan klinis dan keselamatan dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh semua pihak yang berkepentingan.					
Kriteria:					
9.2.1. Fungsi dan proses layanan klinis yang utama diidentifikasi dan diprioritaskan dalam upaya perbaikan mutu layanan klinis dan menjamin keselamatan.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Dengan adanya keterbatasan sumber daya yang ada di Puskesmas, maka upaya perbaikan mutu layanan klinis perlu diprioritaskan. Oleh karena itu tenaga klinis bersama dengan pengelola Puskesmas menetapkan prioritas fungsi dan proses pelayanan yang perlu disempurnakan. Penetapan prioritas dilakukan dengan kriteria tertentu misalnya: high risk, high volume, high cost, dan kecenderungan terjadi masalah, atau didasarkan atas penyakit, kelompok sasaran, program prioritas atau pertimbangan lain. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi fungsi dan proses pelayanan yang prioritas untuk diperbaiki dengan kriteria yang ditetapkan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Identifikasi proses prioritas, kriteria, proses identifikasi, siapa saja yang terlibat	Bukti penetapan pelayanan prioritas untuk diperbaiki dengan kriteria pemilihan yang jelas.		0 5 10

2. Terdapat dokumentasi tentang komitmen dan pemahaman terhadap peningkatan mutu dan keselamatan secara berkesinambungan ditingkatkan dalam organisasi	Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, petugas pemberi pelayanan	Penggalangan komitmen dan sosialisasi mutu klinis dan keselamatan pasien	Dokumentasi penggalangan komitmen, Dokumentasi pelaksanaan sosialisasi tentang mutu klinis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan secara periodik		0 5 10
3. Setiap tenaga klinis dan manajemen memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan dalam layanan klinis	Petugas pemberi layanan klinis	Pemahaman tentang peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien			0 5 10
4. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menetapkan pelayanan prioritas yang akan diperbaiki	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, petugas pemberi layanan klinis	Keterlibatan dalam menetapkan prioritas	Bukti keterlibatan kepala Puskesmas dan tenaga klinis dalam menetapkan prioritas pelayanan yang akan diperbaiki		0 5 10
5. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menyusun rencana perbaikan pelayanan prioritas yang ditetapkan dengan sasaran yang jelas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, petugas pemberi layanan klinis	Keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan pelayanan klinis yang prioritas	Rencana perbaikan pelayanan klinis yang prioritas, bukti keterlibatan dalam menyusun rencana		0 5 10
6. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis melaksanakan kegiatan perbaikan pelayanan klinis sesuai dengan rencana	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, dan petugas pemberi layanan klinis	Pelaksanaan perbaikan pelayanan klinis	Rencana perbaikan pelayanan klinis yang prioritas, bukti monitoring dalam pelaksanaan		0 5 10
7. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan perbaikan pelayanan klinis	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Evaluasi dan tindak lanjut peningkatan mutu layanan klinis	Bukti evaluasi dan tindak lanjut perbaikan		
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
9.2.2. Ada pembakuan standar layanan klinis yang disusun berdasarkan acuan yang jelas.					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar pelayanan klinis dapat dikendalikan dengan baik, maka perlu dilakukan pembakuan standar dan prosedur layanan klinis. Standar dan prosedur tersebut perlu disusun berdasarkan acuan yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan, dan bila memungkinkan berdasarkan bukti ilmiah terkini dan yang terbaik (<i>the best available evidence</i>). 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Standar/prosedur layanan klinis disusun dan dibakukan didasarkan atas prioritas fungsi dan proses pelayanan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pelaksanaan penyusunan Standar/SOP pelayanan klinis berdasarkan prioritas fungsi dan proses pelayanan	Adanya Panduan Praktik Klinis dan SOP layanan klinis		0 5 10
2. Standar tersebut disusun berdasarkan acuan yang jelas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Adanya laporan pembahasan SOP layanan klinis di Puskesmas	SOP-SOP pelayanan klinis yang menunjukkan adanya acuan referensi yang jelas	Acuan yang digunakan untuk menyusun standar dan SOP layanan klinis	0 5 10
3. Tersedia dokumen yang menjadi acuan dalam penyusunan standar			SK tentang penetapan dokumen eksternal yang menjadi acuan dalam penyusunan standar pelayanan klinis	Acuan yang digunakan untuk menyusun standar dan SOP layanan klinis	0 5 10
4. Ditetapkan prosedur penyusunan standar/prosedur layanan klinis	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pemahaman semua pihak yang terlibat dalam penyusunan SOP tentang prosedur penyusunan SOP layanan klinis	SOP tentang prosedur penyusunan layanan klinis		0 5 10
5. Penyusunan standar/prosedur layanan klinis sesuai dengan prosedur	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penyusunan standar dan SOP layanan klinis, mengacu pada prosedur penyusunan yang disepakati	Dokumentasi proses penyusunan Pedoman Praktik Klini/SOP layanan klinis di Puskesmas		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien					
Standar: 9.3. Mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien diukur, dikumpulkan dan dievaluasi dengan tepat.					
Kriteria: 9.3.1. Pengukuran menggunakan instrumen-instrumen yang efektif untuk mengukur mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien					
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none"> Dalam upaya peningkatan mutu layanan klinis perlu ditetapkan ukuran-ukuran mutu layanan klinis yang menjadi sasaran peningkatan layanan klinis. Untuk meningkatkan keselamatan pasien perlu dilakukan pengukuran terhadap sasaran-sasaran keselamatan pasien. Indikator pengukuran keselamatan pasien meliputi: tidak terjadinya kesalahan identifikasi pasien, terlaksananya komunikasi yang efektif dalam pelayanan klinis, tidak terjadinya kesalahan pemberian obat, tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan, pengurangan terjadinya risiko infeksi di Puskesmas, dan tidak terjadinya pasien jatuh. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	

1. Disusun dan ditetapkan indikator mutu layanan klinis yang telah disepakati bersama	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses menyepakati penetapan indikator mutu layanan klinis	SK tentang indikator mutu layanan klinis		0 5 10
2. Ditetapkan sasaran-sasaran keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam Pokok Pikiran.			SK tentang sasaran-sasaran keselamatan pasien		0 5 10
3. Dilakukan pengukuran mutu layanan klinis mencakup aspek penilaian pasien, pelayanan penunjang diagnosis, penggunaan obat antibiotika, dan pengendalian infeksi nosokomial	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pelaksanaan pengukuran mutu layanan klinis, monitoring, dan tindak lanjut	Bukti pengukuran mutu layanan klinis yang mencakup aspek penilaian pasien, pelayanan penunjang diagnosis, penggunaan obat antibiotika, dan pengendalian infeksi nosokomial, bukti monitoring dan tindak lanjut pengukuran mutu layanan klinis	Dokumen/ Panduan sebagai acuan berupa: (1) Pedoman pemeriksaan fisik diagnostik, (2) Pedoman pemeriksaan penunjang medik, (3) Pedoman pengobatan dasar, (4) Pedoman Pengobatan rasional, (5) Pedoman PI/UP	0 5 10
4. Dilakukan pengukuran terhadap indikator-indikator keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam Pokok Pikiran	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pelaksanaan pengukuran sasaran keselamatan pasien, monitoring, dan tindak lanjut	Bukti pengukuran sasaran keselamatan pasien, bukti monitoring dan tindak lanjut pengukuran mutu layanan klinis		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				$\geq 80\%$ terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				$< 20\%$ tidak terpenuhi	

Kriteria

9.3.2. Target mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien ditetapkan dengan tepat

Pokok Pikiran:

- Untuk mengetahui nilai keberhasilan pencapaian mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, maka perlu ditetapkan target (batasan) yang harus dicapai untuk tiap-tiap indikator yang dipilih dengan acuan yang jelas.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada penetapan target mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang akan dicapai	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penetapan target yang akan dicapai	Penetapan target yang akan dicapai dari tiap indikator mutu klinis dan keselamatan pasien		0 5 10

2. Target tersebut ditetapkan dengan mempertimbangkan pencapaian mutu klinis sebelumnya, pencapaian optimal pada sarana kesehatan yang serupa, dan sumber daya yang dimiliki	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penetapan target yang akan dicapai: pertimbangan dalam menetapkan target	Adanya target pencapaian mutu klinis yang rasional di Puskesmas berdasarkan berbagai pertimbangan		0 5 10
3. Proses penetapan target tersebut melibatkan tenaga profesi kesehatan yang terkait	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penetapan target yang akan dicapai: keterlibatan tenaga klinis dalam menetapkan target	Bukti keterlibatan tenaga-tenaga pemberi layanan klinis dalam menetapkan tingkat pencapaian mutu klinis untuk pelayanan yang prioritas akan diperbaiki		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
9.3.3. Data mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien dikumpulkan dan dikelola secara efektif					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk memonitor mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, perlu dilakukan pengukuran-pengukuran dengan indikator yang telah ditetapkan secara periodik, dianalisis, untuk menentukan strategi dan rencana perbaikan mutu layanan klinis. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikumpulkan secara periodik	Pemberi layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, dan Kepala Puskesmas	Proses pengumpulan data	Bukti pengumpulan data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien secara periodik		0 5 10
2. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didokumentasikan	Pemberi layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, dan Kepala Puskesmas	Proses dokumentasi data mutu layanan klinis	Bukti dokumentasi pengumpulan data layanan klinis		0 5 10
3. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dianalisis untuk menentukan rencana dan langkah-langkah perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan analisis, penetapan strategi, dan penyusunan rencana peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Bukti analisis, penyusunan rencana peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10

STANDAR, KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien

Standar:

9.4. Perbaiki mutu layanan klinis dan keselamatan pasien diupayakan, dievaluasi dan dikomunikasikan dengan baik.

Kriteria:

9.4.1. Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didukung oleh tim yang berfungsi dengan baik

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien hanya dapat terlaksana jika ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab dalam upaya tersebut. Penanggung jawab pelaksanaan dapat dilakukan dengan membentuk tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien di Puskesmas, yang mempunyai program kerja yang jelas

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Tanggung jawab dan uraian tugas, pihak-pihak terlibat dalam peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	SK peningkatan mutu puskesmas dan keselamatan pasien, memuat kewajiban semua pihak yang terlibat dalam upaya peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien, dengan uraian tugas berdasarkan peran dan fungsi masing-masing dalam tim		0 5 10
2. Terdapat tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang berfungsi dengan baik	Tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pembentukan tim, penyusunan program kerja, pelaksanaan program kerja	SK pembentukan tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. Uraian tugas, program kerja tim.		0 5 10
3. Ada kejelasan uraian tugas dan tanggung jawab tim	Tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pemahaman terhadap uraian tugas tim	Uraian tugas dan tanggung jawab masing-masing anggota tim		0 5 10
4. Ada rencana dan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun	Tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien yang mengacu pada rencana yang disusun oleh tim	Rencana dan program tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, bukti pelaksanaan program kerja, monitoring, dan evaluasi		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
	20% - 79% terpenuhi sebagian
	< 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

9.4.2. Rencana peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan disusun dan dilaksanakan berdasarkan hasil evaluasi

Pokok Pikiran:

- Agar pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien dapat dilakukan secara efektif dan efisien, maka perlu perencanaan yang matang berdasarkan data monitoring mutu layanan klinis dan sasaran-sasaran keselamatan pasien yang telah disusun

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Data monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan dikumpulkan secara teratur			Laporan hasil monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun secara periodik		0 5 10
2. Dilakukan analisis dan diambil kesimpulan untuk menetapkan masalah mutu layanan klinis dan masalah keselamatan pasien	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Analisis dan pembahsan berkala hasil monitoring dan evaluasi program peningkatan mutu pelayanan klinis, kesimpulan dan rekomendasi	Hasil analisis, kesimpulan, dan rekomendasi hasil monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
3. Dilakukan analisis penyebab masalah	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan analisis penyebab masalah dan hambatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Bukti analisis penyebab masalah		0 5 10
4. Ditetapkan program-program perbaikan mutu yang dituangkan dalam rencana perbaikan mutu	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Penyusunan program perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Rencana program perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien berdasarkan analisis masalah mutu/ kinerja		0 5 10
5. Rencana perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disusun dengan mempertimbangkan peluang keberhasilan, dan ketersediaan sumber daya	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pertimbangan dalam menyusun rencana	Rencana program perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
6. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan perbaikan yang direncanakan			Ada kejelasan penanggung jawab tiap-tiap kegiatan yang direncanakan dalam program perbaikan mutu		0 5 10

7. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk memantau pelaksanaan kegiatan perbaikan			SK tentang petugas yang berkewajiban melakukan pemantauan pelaksanaan kegiatan		0 5 10
8. Ada tindak lanjut terhadap hasil pemantauan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelaksanaan kegiatan, Penanggung jawab pemantau kegiatan	Pelaksanaan program, monitoring program, analisis dan tindak lanjut monitoring	Bukti pelaksanaan, bukti monitoring, bukti analisis dan tindak lanjut terhadap monitoring pelaksanaan perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
9.4.3. Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dievaluasi dan didokumentasikan					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar terjadi perbaikan yang berkesinambungan, maka perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. Jika dari hasil evaluasi ternyata menunjukkan perbaikan, maka perlu dibakukan sebagai standar dalam pemberian pelayanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Petugas mencatat peningkatan setelah pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien			Bukti pencatatan pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
2. Dilakukan evaluasi terhadap hasil penilaian dengan menggunakan indikator-indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien untuk menilai adanya perbaikan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan evaluasi dengan menggunakan indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Bukti evaluasi penilaian dengan menggunakan indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
3. Hasil perbaikan ditindak lanjuti untuk perubahan standar/prosedur pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Tindak lanjut perbaikan dan perubahan SOP	Bukti tindak lanjut, bukti perubahan prosedur jika diperlukan untuk perbaikan layanan klinis		0 5 10
4. Dilakukan pendokumentasian terhadap keseluruhan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien			Dokumentasi keseluruhan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10

KRITERIA, Pokok Pikiran, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi
					20% - 79% terpenuhi sebagian
					< 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
9.4.4. Hasil evaluasi upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikomunikasikan					
Pokok Pikiran:					
<ul style="list-style-type: none"> Hasil evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien perlu dikomunikasikan untuk meningkatkan motivasi petugas dan meningkatkan keberlangsungan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur distribusi informasi dan komunikasi hasil-hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien			SK dan SOP penyampaian informasi hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
2. Proses dan hasil kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disosialisasikan dan dikomunikasikan kepada semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan klinis	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Sosialisasi dan komunikasi hasil-hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Dokumen/laporan kegiatan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, laporan pemantauan dan evaluasi kegiatan, dan hasil-hasil kegiatan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan sosialisasi dan komunikasi tersebut	Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis	Pelaksanaan evaluasi sosialisasi dan komunikasi	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan sosialisasi dan komunikasi proses dan hasil peningkatan mutu dan keselamatan pasien		0 5 10
4. Dilakukan pelaporan hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota			Dokumen pelaporan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota		0 5 10