KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya sehingga penyusunan Manual Mutu Puskesmas XXXXXX Kabupaten Madiun Tahun 2018 dapat terselesaikan. Keberadaan Manual Mutu ini bagi Puskesmas XXXXXX sangat penting sekali karena akan memberikan panduan secara rinci terhadap seluruh gerak langkah yang terkait dengan Sistem Manajemen Mutu di Puskesmas XXXXXX.

Manual Mutu ini juga merupakan sebuah persyaratan yang sangat penting bagi pelaksanaan Puskesmas XXXXXX sebagai sebuah puskesmas dengan menjalankan sistem puskesmas akreditasi. Secara umum ruang lingkup Manual Mutu ini meliputi seluruh penataan Sistem Manajemen Mutu di Puskesmas mulai dari perencanaan, pelaksanaan sampai terhadap evaluasinya.

Penyusunan Manual Mutu ini tentu masih memerlukan perbaikan karena memang Manual Mutu adalah bersifat dinamis dan bahkan harus selalu diperbaiki secara terus menerus seiring dengan perkembangan di Puskesmas XXXXXX Kabupaten Madiun.Harapannya Manual Mutu yang dimiliki Puskesmas XXXXXX ini benar-benar diimplementasikan oleh seluruh penanggung jawab dan unit-unit yang terkait pada Puskesmas XXXXXX KabupatenMadiun.

Madiun, 2018

Kepala UPT Puskesmas XXXXXX ,

dr. CHURIJATI FAUZIJAH

19711227 200212 2 003

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

1. Profil Organisasi
2. Kebijakan Mutu
3. Proses Pelayanan (Proses Bisnis)

B. Ruang Lingkup

C. Tujuan

D. Landasan Hukum Dan Acuan

E. Istilah Dan Definisi

BAB II.SISTEM MANAJEMEN MUTU DAN SISTEM PENYELENGGARAAN PELAYANAN

A. Persyaratan Umum

B. Pengendalian Dokumen

C. Pengendalian Rekaman

BAB III. TANGGUNG JAWAB MANAJEMEN

A. Komitmen Manajemen

B. Fokus Pada Pelanggan

C. Kebijakan Mutu

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

E. Tanggung Jawab, Wewenang Dan Komunikasi

F. Penanggungjawab Manajemen Mutu

G. Komunikasi Internal

BAB IV.TINJAUAN MANAJEMEN

A. Umum

B. Masukan Tinjauan Manajemen

C. Luaran Tinjauan

BAB V. MANAJEMEN SUMBER DAYA

A. Penyediaan Sumber Daya

B. Manajemen Sumber Daya Manusia

C. Infrastruktur

D. Lingkungan Kerja

BAB VI.PENYELENGGARAAN PELAYANAN

A.UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT (UKM)

1. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat, Akses dan Pengukuran Kinerja
2. Proses yang Berhubungan dengan Sasaran
3. Pembelian (jika ada)
4. Penyelenggaraan UKM
5. Pengukuran, Analisis dan Penyempurnaan Sasaran Kinerja UKM

B.UPAYA KESEHATAN PERORANGAN (UKP)

1.Perencanaan Pelayanan Klinis

2.Proses yang Berhubungan dengan Pelanggan

3.Pembelian/Pengadaan Barang Terkait dengan Pelayanan Klinis

4.Penyelenggaraan Pelayanan Klinis

5.Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan Pasien

6.Pengukuran, Analisis dan Penyempurnaan Pelayanan

C.Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai

D.Analisis data

E.Peningkatan berkelanjutan

F.Tindakan Perbaikan/ korektif

G.Tindakan Pencegahan/ preventif

BABVII.PENUTUP

LAMPIRAN (jika ada)

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setingi – tingginya di wilayah kerjanya.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Permenkes75 tahun 2014 pasal 4,Puskemas menyelenggarakan fungsi :

a.Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

b.Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan.

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan

Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi:

a. Pelayanan Promosi Kesehatan termasuk UKS
b. Pelayanan Kesehatan Lingkungan
c. Pelayanan Kesehatan Ibu Anak dan Keluarga Berencana
d. Pelayanan Gizi
e. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
f. Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat

Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat eksentifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing – masing puskesmas.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama Puskesmas XXXXXX dilaksanakan dalam bentuk:

a. Rawat Jalan
b. Pelayanan Gawat Darurat

c. Home care

Untuk melaksanakan upaya kesehatan Puskesmas XXXXXX harus menyelenggarakan:

a. Manajemen Puskesmas
b. Pelayanan Kefarmasian
c. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat dan
d. Pelayanan Laboratorium

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3(tiga) tahun sekali. Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh Lembaga Independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi Standar Pelayanan yang telah ditetapkan oleh menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan.

Manual mutu puskesmas merupakan pedoman bagi Puskesmas XXXXXX yang menjelaskan secara garis besar Sistem Manajemen Mutu di Puskesmas. Manual mutu adalah suatu dokumen yang digunakan untuk :

a. Mengkomunikasikan kebijakan dan sasaran mutu kepada seluruh karyawan puskesmas.
b. Menggambarkan keterkaitannya dengan prosedur sistem mutu yang terdokumentasi.
c. Memberikan gambaran bahwa puskesmas memiliki kebijakan dalam mengelola organisasi untuk mencapai target mutu yang telah ditentukan.

A.1. Profil Puskesmas XXXXXX

A.1.1.Keadaan Geografis

Puskesmas XXXXXX adalah salah satu dari 26 Puskesmas yang ada di Kabupaten Madiun yang berada di wilayah Kecamatan Madiun Kabupaten Madiun, Puskesmas XXXXXX beralamat di Jl.Raya XXXXXX Desa XXXXXX .Memiliki luas wilayah 1408,92 km2. Jarak Puskesmas XXXXXX dengan Kecamatan Madiun $\pm$ 5 km, sedangkan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun berjarak $\pm$ 12 km.

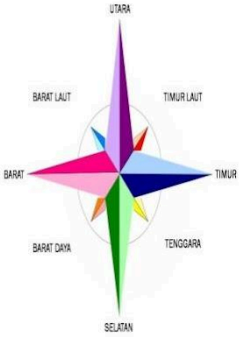
Puskesmas XXXXXX Kecamatan Madiun Kabupaten Madiun memiliki batas – batas wilayah sebagai berikut :

- Batas sebelah Utara wilayah kecamatan Balerejo Kabupaten Madiun.
- Batas sebelah timur wilayah kecamatan Wonoasri Kabupaten Madiun
- Batas sebelah selatan wilayah kecamatan Wungu Kabupaten Madiun.
- Batas sebelah Barat berbatasan wilayah kota Madiun.

Topografi wilayah Puskesmas XXXXXX Kecamatan Madiun Kabupaten Madiun berada di dataran rendah, daerah pertanian sebagian kecil hutan .

Wilayah puskesmas XXXXXX terdiri dari 7 Desa yaitu Desa Betek, Desa Dempelan, Desa XXXXXX , Desa Sendangrejo ,Desa Sirapan, Desa Tanjungrejo dan Desa Tulungrejo.

PETA WILAYAH PUSKESMAS DIMONG
KECAMATAN MADIUN, KABUPATEN MADIUN



PUSKESMAS BALEREJO



PUSKESMAS WONOASRI

PUSKESMAS TAWANGREJO

PUSKESMAS MOJOPURNO

KETERANGAN :

Luas wilayah Puskesmas Dimong : 1.408,92 Ha.
Terbagi dalam :

Desa Tanjungrejo	: 260,093 Ha
Desa Tulungrejo	: 200,097 Ha
Desa Dimong	: 208,252 Ha
Desa Sirapan	: 233,840 Ha
Desa Betek	: 142,006 Ha
Desa Dempelan	: 212,915 Ha
Desa Sendangrejo	: 150,079 Ha

JarakPuskesmas Dimong dengan Fasilitas Kesehatan Lain

-Rumah Sakit Umum Propinsi dr. SOEDONO Madiun 9 km

-Puskesmas Balerejo ± 4 km
-Puskesmas Madiun ±5 km
-Puskesmas Mojopurno ± 11 km
-Puskesmas Wonoasri ±6 km
-Puskesmas Tawangrejo ± 2,5 km

A.1.2.Keadaan Demografi

Data kependudukan mempunyai arti yang sangat penting karena hampir semua kegiatan pembangunan kesehatan obyek sasarannya adalah penduduk. Jumlah penduduk wilayah Puskesmas XXXXXX pada tahun 2017 adalah 16.960 jiwa, laki laki 8.202 jiwa,perempuan 8.758 jiwa, yang tersebar pada 7 Desa di wilayah Puskesmas XXXXXX . Rumah di wilayah kerja Puskesmas XXXXXX sebanyak 6.474 rumah , sehingga rata – rata jiwa/rumah sebesar 3 jiwa. Adapun kepadatan penduduk per km2 diwilayah Puskesmas XXXXXX sebesar 12 jiwa per Km2, penyebaran penduduk pada tiap – tiap Desa di wilayah Puskesmas XXXXXX dapat dilihat pada table dibawah ini.

LUAS WILAYAH, JUMLAH DESA, JUMLAH PENDUDUK, JUMLAH RUMAH TANGGA, DAN KEPADATAN PENDUDUK MENURUT DESA DI WILAYAH PUSKESMAS XXXXXX TAHUN 2017

NO	DESA	LUAS WILAYAH (km2)	JUMLAH PENDUDUK	JUMLAH RUMAH TANGGA	RATA-RATA JIWA/RUMAH TANGGA	KEPADATAN PENDUDUK per km2
1	2	3	4	5	6	7
1	BETEK	142,06	1784	712	2,71	12,56
2	DEMPELAN	212,915	3142	1131	2,98	15,83
3	XXXXXX	208,252	3438	1223	2,81	16,50
4	SENDANGREJO	150,79	1748	654	2,67	11,60
5	SIRAPAN	260,093	3820	1238	3,09	14,68
6	TANJUNGREJO	260,093	1616	611	2,64	6,21
7	TULUNGREJO	200,97	1981	751	2,64	9,86
JUMLAH		1408,92	17907	6281	2,85	12,71

A.1.3.Data Kepegawaian

Data Pegawai di Puskesmas XXXXXX Tahun 2017

NO	TENAGA	JUMLAH	STATUS		TINGKAT PENDIDIKAN					
			PNS	NON PNS	S I/ DOK TER	D IV	DIII	SLTA		
1	Kapus	1	1	-	-	-	-	-		
2	Dokter Gigi	1	1	-	-	-	-	-		
3	Perawat	6	5	1	1	-	5			
4	Bidan	8	7	1	-	2	5	-		
5	Asisten Apoteker	1	1	-	-	1	-	-		
6	Kesling	1	1	-	-	-	-	1		
7	Gizi	1	1	-	-	-	1	-		
8	Promkes	1	1	-	-	-	-	1		
9	Laborat	1	1	-	-	-	1	-		
10	Sopir	1	1	-	-	-	-	1		
12	Cleaning Servis	1		1	-	-	-	1		
13	Perawat Gigi	1	1	-	-	1	-	-		
14	Petugas Loket	1	1	-	-	-	-	-		
15	Adminkes	1	2	-	-	-	-	2		
16	Penjaga Malam	1	-	1	-	-	-	1		
	JUMLAH	27	23	4		9	12	4/0	2	

A.2.KEBIJAKAN MUTU , VISI, MISI, MOTTO DAN TATA NILAI UPT PUSKESMAS XXXXXX

A.2.1. KEBIJAKAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN UPT PUSKESMAS XXXXXX

1. Kepala Puskesmas dan seluruh penanggung jawab UKP dan penanggung jawab UKM wajib berpartisipasi dalam program mutu/kinerja puskesmas dan keselamatan pasien mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.
2. Para pimpinan wajib melakukan kolaborasi dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien yang diselenggarakan di seluruh jajaran puskesmas.
3. Perencanaan mutu disusun oleh seluruh jajaran Puskesmas XXXXXX dengan pendekatan multidisiplin, dan dikoordinasikan oleh Penanggungjawab Manajemen Mutu.
4. Perencanaan mutu/kinerja meliputi perencanaan mutu/kinerja manajemen, perencanaan mutu kinerja UKM, dan perencanaan mutu pelayanan klinis.

a .Perencanaan mutu/kinerja manajemen meliputi :

1.Penilaian kinerja manajemen.

2.Pelaksanaan audit internal.

3.Pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen.

4.Kaji banding kinerja dengan puskesmas lain.

5.Penilaian perjanjian kerjasama dengan pihak ketiga.

b..Perencanaan mutu/kinerja UKM meliputi paling tidak :

1.Penilaian kinerja UKM dan tindak lanjutnya.

c..Perencanaan mutu/kinerja pelayanan klinis dan keselamatan pasien meliputi:

1.Area prioritas berdasarkan data dan informasi, baik dari hasil monitoring dan evaluasi indikator, maupun keluhan pasien/keluarga/staf dengan mempertimbangkan kekritisan, resiko tinggi dan kecenderungan terjadinya masalah.

2.Salahsatu area prioritas adalah sasaran keselamatan pasien.

3.Kegiatan-kegiatan pengukuran dan pengendalian mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi dari semua unit kerja dan unit pelayanan.

4.Pengukuran mutu dan keselamatan pasien dilakukan dengan pemilihan indikator, pengumpulan data, untuk kemudian dianalisis dan ditindaklanjuti dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

5..Indikator meliputi indikator manajerial, indikator kinerja UKM, dan indikator klinis yang meliputi indikator struktur, proses dan outcame.

6.Upaya-upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui standarisasi, perancangan sistem, rancang ulang sistem untuk peningkatan mutu dan keselamatan kerja.

7.Penerapan manajemen resiko pada semua lini pelayanan baik pelayanan klinis maupun penyelenggaraan UKM.

8.Manajemen resiko klinis untuk mencegah kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan keadaan potensial cidera.

9.Program dan kegiatan-kegiatan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien, termasuk di dalamnya program peningkatan mutu laboratorium dan program peningkatan mutu obat.

10.Program pelatihan yang terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

11.Rencana pertemuan sosialisasi dan koordinasi untuk menyampaikan permasalahan, tindaklanjut, dan kemajuan tindaklanjut yang dilakukan,

12.Rencana monitoring dan evaluasi program mutu dan keselamatan pasien.

5. Dalam upaya perbaikan mutu/kinerja puskesmas dan keselamatanpasien melibatkan/pemberdayaan lintas sektor,lintas program, dan masyarakat sebagai pengguna pelayanan untuk berperan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi dan tindaklanjut program-program kegiatan mutu/kinerja puskesmas dan keselamatan pasien.
6. Perancangan sistem/proses pelayanan memperhatikan butir-butir di bawah ini
   a. Konsisten dengan visi,misi,tujuan dan tata nilai puskesmas dan perencanaan puskesmas.
   b. Memenuhi kebutuhan pasien,keluarga,masyarakat dan staf.
   c. Menggunakan pedoman penyelenggaraan UKM, pedoman praktik klinis, standar pelayanan klinis, kepustakaan ilmiah dan berbagai panduan dari profesi maupun panduan dari Kementerian Kesehatan.
   d. Sesuai dengan praktek bisnis yang sehat.
   e. Mempertimbangkan informasi dari manajemen resiko.
   f. Dibangun sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang ada di puskesmas.
   g. Dibangun berbasis praktik klinis yang baik.
   h. Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan terkait.
   i. Mengintegrasikan serta menggabungkan berbagai proses dan sistem pelayanan.

7. Seluruh kegiatan mutu/kinerja puskesmas dan keselamatan pasien harus di dokumentasikan.
8. Hasl-hasil peningkatan mutu dan keselamatan pasien harus di sosialisasikan kepada pihak-pihak terkait yang membutuhkan.
9. Peanggungjawab Manjemen Mutuwajib melaporkan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Kepala Puskesmas tiap tribulan.
10. Berdasarkan pertimbangan hasil keluhan pasien, keluarga dan staf serta mempertimbangkan kekritisan, resiko tinggi, dan potensial bermasalah maka area prioritas yang perlu mendapat perhatian dalam peningkatan mutu/kinerja pelayanan klinis dan keselamatan pasien adalah :
    a. Pencapaian 6 sasaran dan keselamatan pasien.
    b. Pelayanan Rawat jalan.
    c. Pelayanan Farmasi.
    d. Pelayanan Gawat Darurat.

A.2.2.

Visi UPT Puskesmas XXXXXX **Terwujudnya Kecamatan Madiun Lebih Sehat dan Mandiri Tahun 2022.**

A.2.3 MISI

Misi UPT Puskesmas XXXXXX adalah :

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal untuk mewujudkan kelurga sehat melalui gerakan masyarakat hidup sehat.
2. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata.
3. Meningkatkan profesionalisme aparatur puskesmas dalam rangka optimalisasi manajemen pelayanan kesehatan.

A.2.4 Motto

Motto UPT Puskesmas XXXXXX adalah

Melayani dengan sepenuh hati

A.2.5. Budaya kerja

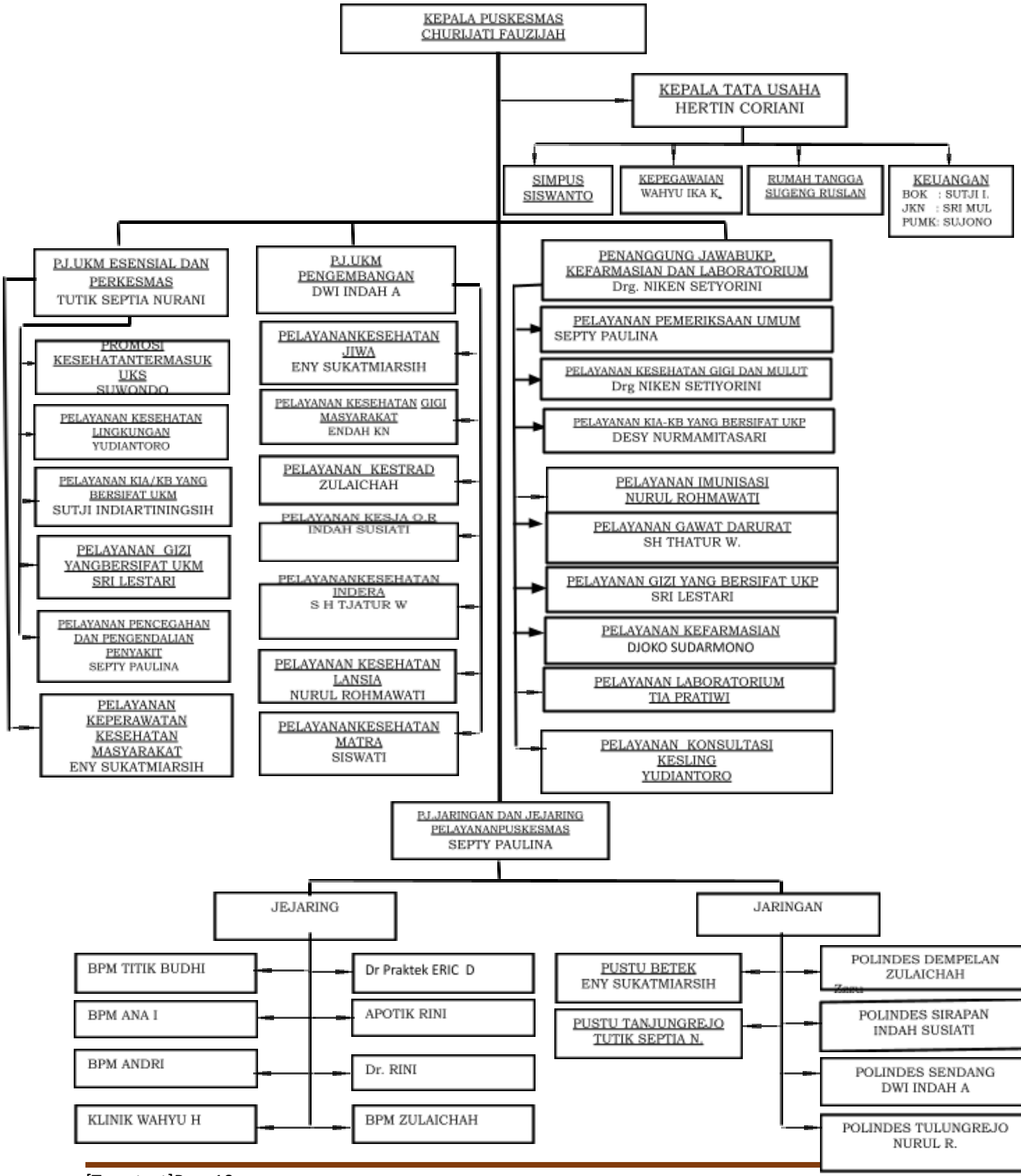
Budaya kerja UPT Puskesmas XXXXXX

3 S : Senyum , Salam , Sapa

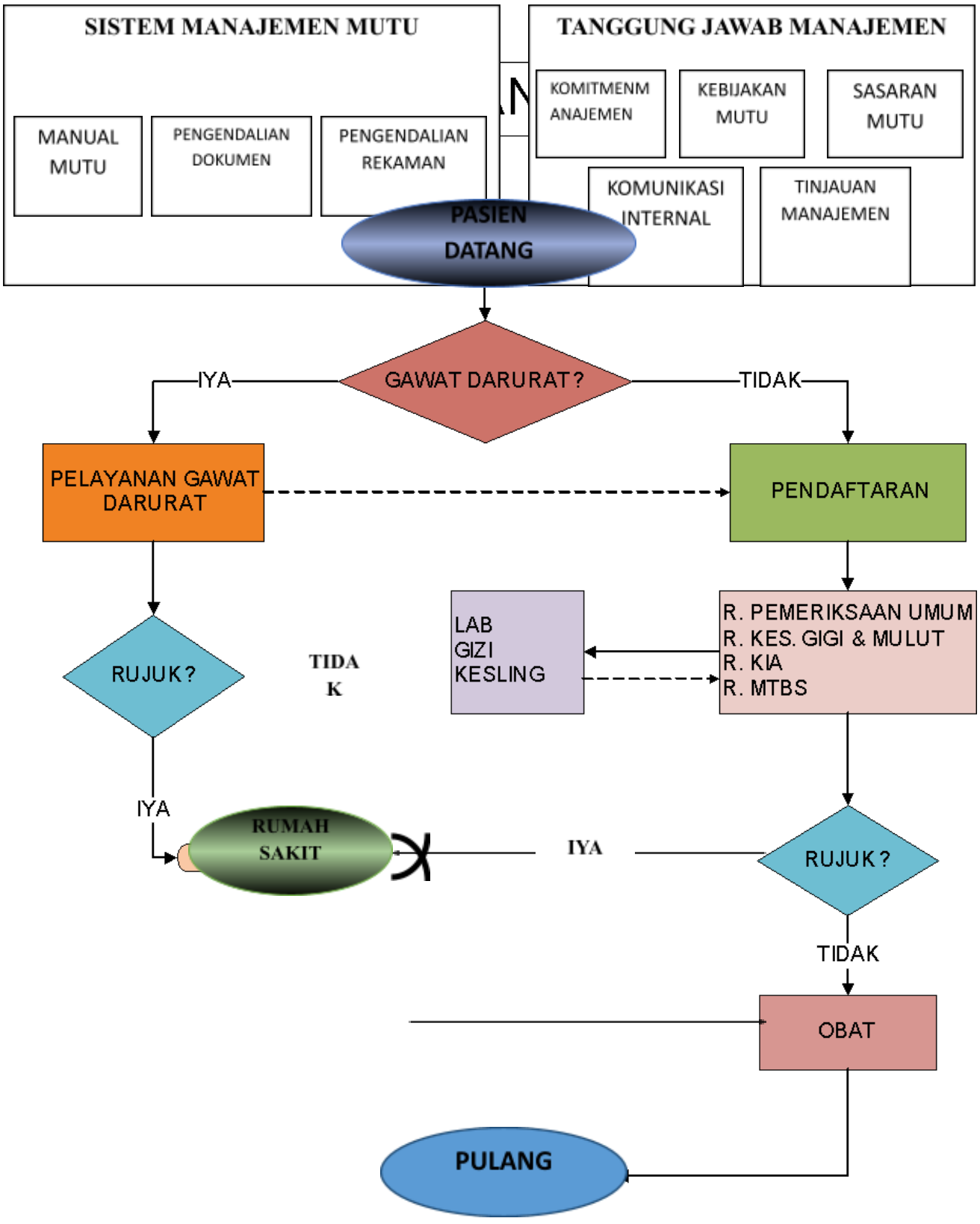
A.2.6 TATA NILAI : SIGAP

1. SENYUM
   - Menyapa dengan ramah dan santun kepada masyarakat dan rekan kerja.
2. INOVATIF
   - Memiliki kemampuan untuk bekerja mandiri dengan ide-ide kreatif serta memberi terobosan bagi peningkatan pelayanan kesehatan.
3. GESIT
   - Cekatan dan tangkas dalam melayani masyarakat
4. AKUNTABEL
   - Memberikan pelayanan kesehatan sesuai pedoman standart pelayanan yang ditetapkan ,dapat diukur,dan dipertanggungjawabkan.
5. PROFESIONAL
   - Keyakinan terhadap tatanan dalam memberikan pelayanan yang berlandaskan pada kaidah ilmiah,profesi dan tidak bertentangan dengan norma-norma yang berlaku.

STRUKTUR ORGANISASI UPT PUSKESMAS XXXXXX



A.3 Proses Pelayanan (proses bisnis)



B. RUANG LINGKUP

INFRASTRUKTU

LINGKUNGAN KRJA

Pedoman mutu ini disusun berdasarkan standar akreditasi puskesmas yang meliputi: persyaratan umum, sistem manajemen mutu, tanggungjawab manajemen, manajemen sumberdaya, proses pelayanan yang terdiri dari penyelenggaraan Upaya Puskesmas, yang meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Dalam penyelenggaraan upaya puskesmas dan pelayanan klinis juga harus memperhatikan tingkat kepuasan dan keselamatan pasien/pelanggan.

Ruang Lingkup penerapan Sistem Manajemen Mutu di Puskesmas mencakup :

1. Jenis Pelayanan UKP Puskesmas XXXXXX meliputi :
   a. Pelayanan medis rawat jalan
      .- Pelayanan UGD
      - Pelayanan Pemeriksaan Umum
      - Pelayanan Gigi dan Mulut
      - Pelayanan KIA/KB/MTBS
      - Pelayanan Imunisasi
      - Pelayanan Pojok Gizi
      - Pelayanan Laktasi
      - Pelayanan Klinik Sanitasi
      - Pelayanan Promosi Kesehatan

   b. Pelayanan Penunjang Medis
      - Pelayanan pendaftaran pasien
      - Pelayanan Laboratorium
      - Pelayanan Kefarmasian

2. Jenis Pelayanan UKM Puskesmas XXXXXX meliputi :
   a. UKM Esensial
      - Pelayanan Promosi Kesehatan termasuk UKS
      - Pelayanan Kesehatan Lingkunga
      - Pelayanan KIA / KB
      - Pelayanan Gizi Masyarakat
      - Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
      - Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

   c. UKM Pengembangan
      - Pelayanan Kesehatan Jiwa

- Pelayanan Kesehatan Lansia
- Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat
- Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer
- Pelayanan Kesehatan Kerja dan Olahraga
- Pelayanan Kesehatan Indera
- Pelayanan Kesehatan Matra

C. TUJUAN

Pedoman mutu ini disusun sebagai acuan bagi puskesmas dalam membangun sistem manajemen mutu baik untuk penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat maupun kesehatan perorangan.

D. LANDASAN HUKUM DAN ACUAN

Landasan hukum yang digunakan dalam menyusun pedoman mutu ini adalah:

1. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedoteran
2. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
3. Undang – Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang – Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah
5. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasonal
6. Peraturan Menteri PAN dan RB Nomor 35 tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standart Opersional Prosedur Admnistrasi Pemerintahan
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas,Klinik Pratama,Tempat Praktek Mandiri Dokter, dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi

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

E. ISTILAH DAN DEFINISI

1. Pasien adalah seorang yang menderita sakit tertentu;
2. Kepuasan pelanggan adalah perasaan senang yang diperoleh oleh seorang pelanggan setelah membandingkan antara harapan dan kenyataan setelah menggunakan produk/ layanan tertentu;
3. Koreksi adalah adalah upaya perbaikan terhadap sesuatu masalah atau persoalan yang salah berdasarkan standar tertentu;
4. Tindakan korektif adalah perbuatan untuk memperbaiki terhadap sesuatu masalah atau persoalan yang salah berdasarkan standar tertentu;
5. Tindakan preventif adalah perbuatan untuk mencegah atau mengantisipasi terhadap sesuatu masalah atau persoalan yang salah berdasarkan standar tertentu;
6. Manual Mutu adalah pedoman pelaksanaan yang mengatur secara rinci pelaksanaan Sistem Manajemen Mutu;
7. Dokumen adalah kumpulan bukti catatan tertulis yang berkaitan dengan suatu kegiatan tertentu;
8. Rekaman adalah kumpulan bukti catatan tertulis yang lebih rinci yang berkaitan dengan suatu kegiatan tertentu;
9. Proses adalah serangkaian kegiatan berurutan atau tidak dalam menciptakan produk atau pemberian layanan;
10. Indikator Mutu adalah sekumpulan standar atau batasan nilai yang nenjadi standar yang harus dicapai dalam suatu proses pembuatan produk atau pemberian layanan;
11. Perencanaan Mutu adalah seluruh kegiatan dalam proses penyusunan rencana terhadap perbaikan mutu;
12. Kebijakan Mutu adalah ketetapan oleh kepala puskesmas yang bisa berbentuk keputusan atau peraturan tentang langkah-langkah strategis terhadap pelaksanaan Sistem Manajemen Mutu;

BAB II

SISTEM MANAJEMEN MUTU DAN SISTEM PENYELENGGARAAN PELAYANAN

A. PERSYARATAN UMUM

Puskesmas XXXXXX menetapkan, mendokumentasikan, memelihara sistemmanajemen mutu sesuai dengan standar akreditasi puskesmas. Sistem ini disusun untuk memastikan telah diterapkannya persyaratan pengendalian terhadap proses-proses penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat baik penyelenggaraan upaya puskesmas maupun pelayanan klinis, yang meliputi kejelasan proses pelayanan dan interaksi proses dalam penyelenggaraan pelayanan,kejelasan penanggungjawab, penyediaan sumber daya, penyelenggaraan pelayanan itu sendiri mulai dari perencanaan yang berdasar kebutuhan masyarakat/pelanggan,verifikasi terhadap rencana yang disusun, pelaksanaan pelayanan, dan verifikas proses pelayanan dan hasil-hasil yang dicapai, monitoring dan evaluasi serta upaya penyempurnaan yang berkesinambungan.

Manajemen memantau/ mengukur/ menganalisa setiap proses/ kegiatan dan melakukan tindakan perbaikan. Kegiatan sistem managemen mutu menerapkan prinsip manajemen: PDCA (Plan – Do – Check – Action) dan pengendalian proses dilakukan sejak awal. Manajemen mutu PDCA merupakan sistem manajemen mutu yang berupa siklus yang dinamis. PDCA adalah proses berkesinambuangan yang bertujuan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan dan memungkinkan perbaikan yang berkelanjutan.

B. PENGENDALIAN DOKUMEN

Dokumen yang dimaksud dalam Akreditasi Puskesmas secara garis besar dibagi atas dua bagian yaitu dokumen internal dan eksternal. Dokumen tersebut digunakan untuk membangun dan membakukan sistem manajemen mutu dan sistem manajemen pelayanan.

Jenis-jenis dokumen Akreditasi Puskesmas

1. Dokumen lnduk

   Dokumen asli dan telah disahkan oleh Kepala Puskesmas.

2. Dokumen terkendali

   Dokumen yang didistribusikan kepada sekretariat /tiap unit I pelaksana, terdaftar dalam Daftar Distribusi Dokumen Terkendali, dan menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan dapat ditarik bila ada perubahan (revisi). Dokumen ini harus ada tanda/stempel "TERKENDALI”.

3. Dokumen tidak terkendali

   Dokumen yang didistribusikan untuk kebutuhan eksternal atau atas permintaan pihak di luar Puskesmas digunakan untuk keperluan insidentil, tidak dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan memiliki tanda/stempel "TIDAK TERKENDALI". Yang berhak mengeluarkan dokumen ini adalah Penanggung jawab Manajemen Mutu dan tercatat pada Daftar Distribusi Dokumen Tidak Terkendali.

4. Dokumen Kedaluwarsa

   Dokumen yang dinyatakan sudah tidak berlaku oleh karena telah mengalami perubahan/revisi sehingga tidak dapat lagi menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan. Dokumen itu harus ada tanda/stempel "KEDALUWARSA". Dokumen induk diidentifikasi dan dokumen sisanya dimusnahkan.

Secara umum dokumen-dokumen yang perlu disediakan di Puskesmas XXXXXX adalah sebagai berikut :

1. Kebijakan/SK
2. Pedoman/Manual Mutu
3. Standard Operasional Prosedur/SOP
4. Rekaman-rekaman
5. Dokumen pendukung/dokumen eksternal

Prosedur Pengendalian Dokumen di Puskesmas harus ditetapkan oleh Kepala Puskesmas yang dijadikan acuan oleh seluruh unit di Puskesmas Klecorejo.

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

1. ldentifikasi Penyusunan/Perubahan Dokumen

   ldentifikasi kebutuhan, dilakukan pada tahap self-assesment dalam Pendampingan Akreditasi. Hasil self-assessment digunakan sebagai acuan untuk mengidentifikasi dokumen sesuai Standar Akreditasi yang sudah ada di Puskesmas. Bila dokumen sudah

ada, dapat diidentifikasi dokumen tersebut masih efektif atau tidak.

2. Penyusunan Dokumen

   Kepala Subag Tata Usaha Puskesmas, Penanggung jawab Admen dan Penanggung jawab UKM dan UKP bertanggung jawab terhadap pelaksanaan identifikasi/perubahan serta penyusunan dokumen. Penyusunan dokumen secara keseluruhan dikoordinir oleh tim mutu/tim akreditasi Puskesmas dengan mekanisme sebagai berikut:

   a. SOP yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke tim mutu/tim akreditasi,
   b. Fungsi tim mutu/tim akreditasi Puskesmas di dalam penyusunan dokumen adalah:
      1. Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki dokumen yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan,
      2. Mengkoordinir proses pembuatan dokumen sehingga tidak terjadi duplikasi/tumpang tindih dokumen antar unit,
      3. Melakukan cek ulang terhadap dokumen yang akan ditandatangani oleh Kepala Puskesmas.

3. Pengesahan Dokumen

   Dokumen disahkan oleh Kepala Puskesmas.

4. Sosialisasi Dokumen

   Agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana maka perlu dilakukan sosialisasi dokumen tersebut, khusus bagi SOP, bila rumit maka untuk melaksanakan SOP tersebut perlu dilakukan pelatihan.

5. Pencatatan Dokumen, Distribusi dan Penarikan Dokumen Kepala Puskesmas menunjuk salah satu anggota Tim Mutu/Tim Akreditasi sebagai Petugas Pengendali Dokumen.

Petugas tersebut bertanggung jawab atas:

a. Penomoran dokumen

   Tata cara penomoran Dokumen

   Penomoran diatur pada kebijakan pengendalian dokumen, dengan ketentuan:

   1) Semua dokumen harus diberi nomor,
   2) Puskesmas agar membuat kebijakan tentang pemberian nomor sesuai dengan tata naskah yang dijadikan pedoman,
   3) Pemberian nomor mengikuti tata naskah Puskesmas, atau ketentuan penomoran (bisa menggunakan garis miring atau dengan sistem digit),
   4) Pemberian nomor sebaiknya dilakukan secara terpusat.

b. Pencatatan dalam daftar dokumen eksternal atau internal

c. Menyerahkan dokumen kepada pengusul untuk menggandakan

d. Mendistribusikan dokumen yang sudah diberi stempel terkendali

   Tata cara pendistribusian dokumen

   1) Distribusi adalah kegiatan atau usaha menyampaikan dokumen kepada unit upaya atau pelaksana yang memerlukan dokumen tersebut agar dapat digunakan sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatannya. Kegiatan ini dilakukan oleh tim mutu atau bagian Tata Usaha Puskesmas sesuai pedoman tata naskah.
   2) Distribusi harus memakai ekspedisi dan/atau formulir tanda terima.
   3) Distribusi dokumen bisa hanya untuk unit kerja tertentu tetapi bisa juga untuk seluruh unit kerja lainnya.
   4) Bagi Puskesmas yang sudah menggunakan e-file maka distribusi dokumen bisa melalui jejaring area lokal, dan

diatur kewenangan otorisasi di setiap unit kerja, sehingga unit kerja dapat mengetahui batas kewenangan dalam membuka dokumen.

e. Menarik dokumen lama apabila dokumen ini adalah dokumen pengganti, serta mengisi format usulan penambahan/penarikan dokumen.
f. Mengarsipkan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan stempel "Kadaluwarsa" dan kemudian menyimpan dokumen tersebut selama 2 tahun.
g. Memusnahkan dokumen sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.

6. Tata Cara Penyimpanan dokumen
   a. Dokumen asli (master dokumen yang sudah dinomori dan sudah ditandatangani) agar disimpan di sekretariat Tim Akreditasi Puskesmas atau Bagian Tata Usaha Puskesmas, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di organisasi tersebut tentang tata cara pengarsipan dokumen yang diatur dalam pedoman/tata naskah. Penyimpanan dokumen yang asli harus rapi, sesuai metode pengarsipan sehingga mudah dicari kembali bila diperlukan.
   b. Dokumen fotocopy disimpan di masing-masing unit upaya Puskesmas, dimana dokumen tersebut dipergunakan. Bila tidak berlaku lagi atau tidak dipergunakan maka unit kerja wajib mengembalikan dokumen yang sudah tidak berlaku tersebut ke sekretariat Tim mutu atau Bagian Tata Usaha sehingga di unit kerja hanya ada dokumen yang masih berlaku saja. Sekretariat Tim Mutu atau Bagian Tata Usaha organisasi dapat memusnahkan fotocopy dokumen yang tidak berlaku tersebut, namun untuk dokumen yang asli agar tetap disimpan, dengan lama penyimpanan

sesuai ketentuan dalam ketentuan retensi dokumen yang berlaku di Puskesmas.

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

7. Penataan dokumen

   Untuk memudahkan di dalam pencarian dokumen akreditasi Puskesmas dikelompokan masing-masing bab/kelompok pelayanan/UKM dengan diurutkan setiap urutan kriteria dan elemen penilaian, dan diberikan daftar secara berurut.

8. Revisi atau perubahan dokumen

   a. Dilakukan setelah proses pengkajian serta mendapat pengesahan sesuai pejabat yang berwenang.

   b. lsi revisi atau perubahan harus tercatat pada Riwayat Perubahan Dokumen

   c. Tanggal terbit pada sudut kanan atas cover merupakan tanggal terbit dokumen terkini (untuk dokumen selain kebijakan dan SOP)

C.PENGENDALIAN REKAMAN

1. Rekam implementasi adalah dokumen yang menjadi bukti obyektif dari kegiatan yang dilakukan atau hasil yang dicapai di dalam kegiatan Puskesmas dalam melaksanakan regulasi internal atau kegiatan yang direncanakan.
2. Catatan/rekam implementasi sebagai bukti pelaksanaan kegiatan juga harus dikendallikan. Organisasi harus menetapkan SOP terdokumentasi untuk mendefinisikan pengendalian yang diperlukan untuk identifikasi, penyimpanan,perlindungan, pengambilan, lama simpan dan permusnahan. Catatan/rekam implementasi harus dapat terbaca, segera dapat teridentifikasi dan dapat diakses kembali.

BAB III. TANGGUNG JAWAB MANAJEMEN

A. KOMITMEN MANAJEMEN

Kepala Puskesmas, penanggungjawab manajemen mutu, penanggungjawab upaya kesehatan baik perorangan maupun masyarakat, dan seluruh karyawan puskesmas bertanggungjawab untuk menerapkan seluruh persyaratan yang ada pada manual mutu ini.

Manajemen melalui koordinasi dengan Kepala Puskesmas XXXXXX bertekad untuk menjalankan sistem manajemen mutu secara konsisten,dengan melakukan penetapan tanggung jawab tim, penetapan kebijakan mutu , indikator mutu, penunjukan penanggungjawab manajemen mutu dan tim lainnya yang terkait, peninjauan terhadap penerapan sistem manajemen mutu secara periodik dan menyediakan sumber daya yang memadai untuk pengelolaan sistem manajemen mutu.

B. FOKUS PADA PELANGGAN

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

Puskesmas XXXXXX melakukan peninjauan atas kemampuannya dalammemenuhi persyaratan pelayanan, terdefinisi dengan jelas dan organisasi harus dapatmemastikan bahwa persyaratan pelayanan tersebut dapat dipenuhi atau selalu diupayakan sebelum proses berjalan.

Puskesmas XXXXXX berupaya memberikan kepuasan kepada pelanggan puskesmas danmengadakan pengawasan serta kontrol pelayanan yang menjamin kepuasan pelanggan Puskesmas XXXXXX .

C. KEBIJAKAN MUTU

1.Kepala Puskesmas dan seluruh penanggung jawab UKP dan penanggung jawab UKM wajib berpartisipasi dalam program mutu/kinerja puskesmas dan keselamatan pasien mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

2.Para pimpinan wajib melakukan kolaborasi dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien yang diselenggarakan di seluruh jajaran puskesmas.

3Perencanaan mutu disusun oleh seluruh jajaran Puskesmas XXXXXX dengan pendekatan multidisiplin, dan dikoordinasikan oleh Penanggungjawab Manajemen Mutu.

4. Perencanaan mutu/kinerja meliputi perencanaan mutu/kinerja manajemen, perencanaan mutu kinerja UKM, dan perencanaan mutu pelayanan klinis.

a .Perencanaan mutu/kinerja manajemen meliputi :

1.Penilaian kinerja manajemen.

2.Pelaksanaan audit internal.

3.Pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen.

4.Kaji banding kinerja dengan puskesmas lain.

5.Penilaian perjanjian kerjasama dengan pihak ketiga.

b..Perencanaan mutu/kinerja UKM meliputi paling tidak :

.Penilaian kinerja UKM dan tindak lanjutnya.

c..Perencanaan mutu/kinerja pelayanan klinis dan keselamatan pasien meliputi:

1.Area prioritas berdasarkan data dan informasi, baik dari hasil monitoring dan evaluasi indikator, maupun keluhan pasien/keluarga/staf dengan mempertimbangkan kekritisan, resiko tinggi dan kecenderungan terjadinya masalah.

2.Salahsatu area prioritas adalah sasaran keselamatan pasien.

3.Kegiatan-kegiatan pengukuran dan pengendalian mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi dari semua unit kerja dan unit pelayanan.

4.Pengukuran mutu dan keselamatan pasien dilakukan dengan pemilihan indikator, pengumpulan data, untuk kemudian dianalisis dan ditindaklanjuti dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

5..Indikator meliputi indikator manajerial, indikator kinerja UKM, dan indikator klinis yang meliputi indikator struktur, proses dan outcame.

6.Upaya-upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui standarisasi, perancangan sistem, rancang ulang sistem untuk peningkatan mutu dan keselamatan kerja.

7.Penerapan manajemen resiko pada semua lini pelayanan baik pelayanan klinis maupun penyelenggaraan UKM.

8.Manajemen resiko klinis untuk mencegah kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan keadaan potensial cidera.

9.Program dan kegiatan-kegiatan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien, termasuk di dalamnya program peningkatan mutu laboratorium dan program peningkatan mutu obat.

10.Program pelatihan yang terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

11.Rencana pertemuan sosialisasi dan koordinasi untuk menyampaikan permasalahan, tindaklanjut, dan kemajuan tindaklanjut yang dilakukan,

12.Rencana monitoring dan evaluasi program mutu dan keselamatan pasien.

5.Dalam upaya perbaikan mutu/kinerja puskesmas dan keselamatanpasien melibatkan/pemberdayaan lintas sektor,lintas program, dan masyarakat sebagai pengguna pelayanan untuk berperan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi dan tindaklanjut program-program kegiatan mutu/kinerja puskesmas dan keselamatan pasien.

6.Perancangan sistem/proses pelayanan memperhatikan butir-butir di bawah ini

a.Konsisten dengan visi,misi,tujuan dan tata nilai puskesmas dan perencanaan puskesmas.

b.Memenuhi kebutuhan pasien,keluarga,masyarakat dan staf.

c.Menggunakan pedoman penyelenggaraan UKM, pedoman praktik klinis, standar pelayanan klinis, kepustakaan ilmiah dan berbagai panduan dari profesi maupun panduan dari Kementerian Kesehatan.

d.Sesuai dengan praktek bisnis yang sehat.

e.Mempertimbangkan informasi dari manajemen resiko.

f.Dibangun sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan yang ada di puskesmas.

g.Dibangun berbasis praktik klinis yang baik.

h.Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan terkait.

1.Mengintegrasikan serta menggabungkan berbagai proses dan sistem pelayanan.

13..Seluruh kegiatan mutu/kinerja puskesmas dan keselamatan pasien harus di dokumentasikan.

14..Hasl-hasil peningkatan mutu dan keselamatan pasien harus di sosialisasikan kepada pihak-pihak terkait yang membutuhkan.

15.Peanggungjawab Manjemen Mutuwajib melaporkan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Kepala Puskesmas tiap tribulan.

16.Berdasarkan pertimbangan hasil keluhan pasien, keluarga dan staf serta mempertimbangkan kekritisan, resiko tinggi, dan potensial bermasalah maka area prioritas yang perlu mendapat perhatian dalam peningkatan mutu/kinerja pelayanan klinis dan keselamatan pasien adalah :

e. Pencapaian 6 sasaran dan keselamatan pasien.
f. Pelayanan Rawat jalan.
g. Pelayanan Farmasi.
h. Pelayanan Gawat Darurat.

D. PERENCANAAN SISTEM MANAJEMEN MUTU DAN PENCAPAIAN SASARAN KINERJA/ MUTU

1. Perencanaan Sistem Mutu Manajemen

   Puskesmas XXXXXX menetapkan perencanaan mutu. Perencanaan ini ditetapkan untuk memastikan bahwa jasa pelayanan yang dihasilkan telah memenuhi persyaratan untuk pelayanan sesuai Sistem Manajemen Mutu. Perencanaan disusun dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan pelanggan, hak dan kewajiban pelanggan, serta upaya untuk mencapai sasaran kinerja yang ditetapkan.Penetapan perencanaan mutu didokumentasikan dalam format yang disesuaikan dengan urutan proses manajemen puskesmas, mencakup:

a.Kepastian kesesuaian antara proses yang dilakukan dengan Prosedur Kerja sistem manajemen mutu.

b.Penempatan personel penanggung jawab atas setiap tahap proses yang dilaksanakan.

2. Indkator Mutu

   Untuk mendukung kebijakan mutu, manajemen menetapkan indikator mutu.

   indikator mutu ditetapkan berdasarkan standart kinerja dan pelayanan yang ditetapkan,meliputi indikator pelayanan manajemen , indikator pelayanan klinis / upaya kesehatan perorangan dan indikator penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat yang diuraikan secara terinci.

   Indikator pelayanan dapat disepakati secara internal oleh puskesmas XXXXXX serta mengacu kepada Standat Pelayanan Minimal(SPM) dan target kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun, yang diuraikan sbb:

1. Indikator Mutu Upaya Kesehatan Masyarakat

NO	JENIS UKM	KRITERIA	INDIKATOR	TARGET
1	PROMKES	Input	Ketersediaan tenaga promosi kesehatan	Sesuai PMK 75/2014
		Proses	Pelaksanaan kegiatan penyuluhan kesehatan di luar gedung sesuai rencana	≥ 90%

			Pengkajian PHBS pada tatanan Rumah tangga sesuai SOP	≥ 90%
		Output	Pengkajian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Tatanan Rumah Tangga	
			a. Rumah Tangga dikaji	20%
		Outcome	Kepuasan sasaran UKM	Skor : 62,51-81,25
2	KESLING	Input	Ketersediaan tenaga sanitarian	
		Proses	Pelaksanaan pembinaan ke TPM sesuai jadwal perencanaan	≥ 90%
			Pelaksanaan inspeksi sanitasi TPM sesuai standar/SOP	≥ 90%
			Pelaksanaan pemicuan jamban sesuai jadwal	≥ 90%
			Pelaksanaan pemicuan jamban sesuai standar/SOP	≥ 90%
			Pelaksanaan pengawasan SAB sesuai dengan SOP	≥ 90%
		Output	Pengawasan Sarana Air Bersih (SAB)	90%
			Sarana Air Bersih yang memenuhi syarat kesehatan	82%
			Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan	77%
			Jumlah rumah yang memenuhi syarat kesehatan	88%
			Tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan	86%
			Jumlah Desa/Kelurahan yang sudah ODF (Open Defecation Free)	75%

		Outcome	Kepuasan sasaran UKM	Skor : 62,51-81,25
3	KIA	Input	Ketersediaan tenaga bidan di semua wilayah kerja Puskesmas Kauman	≥ 100%
			Ketersediaan tenaga bidan di Puskesmas	Sesuai PMK 75/2014
			SDM bidan yang sudah terlatih APN	≥ 100 %
			Ketersediaan sarana dan prasarana pertolongan persalinan	≥ 100%
		Proses	Pelayanan pertolongan persalinan sesuai SOP	≥ 90%
			Pelayanan pemeriksaan Ibu hamil sesuai standart 10 T	≥ 90%
			Pelayanan nifas sesuai SOP	≥ 90%
			Pelayanan neonatal sesuai SOP	≥ 90%
			Pelayanan kesehatan anak balita sesuai SOP	≥ 90%
			Pelayanan kesehatan anak prasekolah sesuai SOP	≥ 90%
			Pelaksanaan pelayanan kesehatan anak balita di posyandu sesuai jadwal	≥ 90%
			Pelayanan KB Aktif sesuai standart	≥ 90%
		Outcome	Pelayanan Kesehatan bagi Bumil sesuai standard, untuk kunjungan lengkap (K4)	88%
			Pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten	95%
			Pelayanan Nifas Lengkap sesuai standar	95%
			Pelayanan Maternal Risti/komplikasi yang ditangani	80%

			Pelayanan Neonatal sesuai standar (KN lengkap)	95%
			Pelayanan kesehatan anak Balita	83%
			KB aktif (contraceptive prevalence rate/CPR)	75%
		Outcome	Kepuasan Sasaran UKM	Skor : 62,51-81,25
4	GIZI	Input	Ketersediaan tenaga gizi di Puskesmas	
		Proses	Pelaksanaan Penimbangan sesuai satandart/SOP	≥ 90%
			Pelaksanaan Promkes tentang posyandu (jadwal)	≥ 90%
		Output	Balita naik berat badannya (N/D)	60%
			Persentase Balita yang ditimbang berat badannya	77%
		Outcome	Kepuasan sasaran UKM	Skor : 62,51-81,25
5	TB	Input	Ketersediaan pemegang program TB di Puskesmas	
			Ketersediaan sarana dan prasarana pemeriksaan BTA	
			Ketersediaan tenaga Analis Kesehatan di Puskesmas	
		Proses	Penemuan suspect penderita TB sesuai SOP	≥ 90%
			Penderita suspect TB yang ditangani	
		Output	Penemuan suspect penderita TB	100%
			Proporsi Pasien TB Paru BTA Positif diantara suspek TB	10%
			Angka keberhasilan pengobatan pasien baru BTA positif	90%

		Outcome	Kepuasan sasaran UKM	Skor : 62,51-81,25
6	HIV	Input	Ketersediaan tenaga pemegang program HIV	
			Ketersediaan sarana dan prasarana untuk tes HIV	
		Proses	Penderita TB yang di test HIV/ditangani	100%
			Bumil yang di test HIV/ditangani	100%
			Pelayanan test HIV sesuai SOP	≥ 90%
		Output	Pasien TB yang ditest HIV	100%
			Ibu hamil yang di test HIV	100%
		Outcome	Kepuasan sasaran	Skor : 62,51-81,25
7	ISPA/ PNEMONIA	Input	Ketersediaan petugas ISPA di Puskesmas	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Penemuan penderita pnemonia balita sesuai dengan standart/ SOP	≥90%
			Penanganan penderita pnemonia balita sesuai SOP	≥90%
		Output	Cakupan penemuan penderita Pnemonia balita	100%
		Outcome	Kepuasan sasaran UKM	Skor : 62,51-81,25
8	KUSTA	Input	Ketersediaan petugas Kusta di Puskesmas	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Pemeriksaan penderita MB sesuai standar/SOP	≥90%
			Ketersediaan sarana/prasarana dalam pemeriksaan	≥90%

		Output	RFT Rate penderita MB	90%
		Outcome	Kepuasan sasaran UKM	
9	IMUNISASI	Input	Ketersediaan petugas Imunisasi di Puskesmas	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Pelayanan Imunisasi sesuai dengan SOP	≥90%
		Output	Imunisasi KAP = Boster BATITA	91.50%
			UCI Desa	90%
			Imunisasi TT 5 pada WUS (15 - 45 tahun)	95%
			Imunisasi T2 plus bumil (15-49 tahun)	95%
		Outcome	Kepuasan sasaran	Skor : 62,51-81,25
10	UKS	Input	Ketersediaan Petugas/pemegang UKS di Puskesmas	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Pelaksanaan kegiatan UKS sesuai SOP	≥90%
		Output	Jumlah Murid yang dilakukan penjaringan kesehatannya	100%
			Jumlah kader yang dilatih tentang kesehatan	10%
		Outcome	Kepuasan Sasaran	Skor : 62,51-81,25
11	KESEHATAN JIWA	Input	Ketersediaan petugas Kesehatan Jiwa di Puskesmas	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Pelaksanaan kegiatan Kesehatan Jiwa sesuai dengan SOP	≥90%
		Output	Cakupan Bebas Pasung	80%

			Cakupan Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat	40%
			Penanganan kasus kesehatan jiwa, melalui rujukan ke RS/spesialis	20%
		Outcome	Kepuasan Sasaran UKM	Skor : 62,51-81,25
12	KESEHATAN OLAHRAGA	Input	Ketersediaan petugas Kesehatan Olahraga di Puskesmas	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Pelaksanaan Kesehatan Olahraga sesuai dengan SOP	≥90%
		Output	Pemeriksaan kesegaran jasmani anak sekolah	60%
		Outcome	Kepuasan sasaran	Skor : 62,51-81,25
13	PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN PENYAKIT GIGI	Input	Ketersediaan petugas Gigi	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan SOP	≥90%
		Output	Pembinaan kesehatan gigi di Posyandu	35%
		Outcome	Kepuasan sasaran	Skor : 62,51-81,25
14	PERKESMAS	Input	Ketersediaan petugas Perkesmas	
			SOP sudah tersedia	
		Proses	Pelaksanaan kegiatan sesuai SOP	≥90%
		Output	Kegiatan asuhan keperawatan pada keluarga rawan	70%
		Outcome	Kepuasan sasaran	Skor : 62,51-81,25

2. Indikator Mutu Upaya Kesehatan Perseorangan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	FREKUENSI
		JENIS	URAIAN		
1	Pelayanan pendaftaran dan rekam medis	Input	Petugas Loket dan Rekam Medis minimal berijazah SMA atau sederajat	100%	1 tahun sekali
		Proses	Waktu pendaftaran pada pasien baru 10 menit Waktu Penyediaan dokumen rekam medis pada pasien lama 10 menit	100%	Perhitungan setiap hari, Evaluasi dilakukan tiap bulan
		Output	Ketersediaan buku rekam medik di ruang penyimpanan	100%	Perhitungan setiap hari, Evaluasi dilakukan tiap bulan
		Outcome	Kepuasan pelanggan	80 %	Perhitungan tiap bulan, Evaluasi tiap 3 bulan
2	Pelayanan Pemeriksaan Umum	Input	Pemberi pelayanan	100 % dokter atau paramedis dengan SIP/SIK	1 tahun sekali
		Proses	Tata Laksana kasus ISPA sesuai SOP	100%	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
		Output	Kelengkapan pengisian rekam medis sesuai SOAP		1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
		Outcome	Kepuasan pasien	100%	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali

3	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	Input	Pemberi pelayanan	100 % dokter gigi atau perawat gigi dengan pendelegasian	1 tahun sekali
		Proses	Ibu hamil mendapat pelayanan kesehatan gigi Rasio gigi tetap yang ditambal terhadap gigi yang dicabut	100%	1 bulan sekali
		Output	Terapi sesuai dengan diagnosa	100%	Perhitungan setiap hari
		Outcome	Kepuasan pasien	80%	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
4	Pelayanan KIA-KB	Input	Pemberi pelayanan KIA-KB	100 % dokter umum atau bidan terlatih	1 tahun sekali
		Proses	Pemeriksaan Pasien ANC pada kunjungan pertama sesuai standar 10 T Penatalaksanaan Balia Sakit sesuai SOP	100% 100%	1 bulan sekali
		Output	Pengisian rekam medik sesuai SOAP	100%	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
		Outcome	Kepuasan pasien	80%	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
5	Pelayanan Gawat Darurat	Input	Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/ GELS) yang masih berlaku	100% medis dan paramedis memiliki SIP/SIK	1 tahun sekali

		Proses	Kelengkapan Pengisian Inform Concent pada pasien dengan tindakan medis	100%	1 bulan sekali
		Output	*Pengisian rekam medik sesuai SOAP*	100% dan disimpan bersama rekam medik pasien	Evaluasi dilakukan tiap 3 bulan
		Outcome	Kepuasan pasien	100%	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
6	Pelayanan Gizi	Input	Pemberi pelayanan	100% medis dan paramedis memiliki SIP/Sik	1 tahun sekali
		Proses	Pengisian rekam medik lengkap pada Poin O(Objektif), dan P(Plannng)	Tersedia	1 bulan sekali
		Output	Kesesuaian pelayanan Gizi	100%	1 bulan sekali
		Outcome	Kepuasan pelanggan	Skor : 62,51 - 81,25	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
9	Pelayanan Farmasi/ Obat	Input	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai standar	1 tahun sekali
		Proses	Kesesuaian peresepan dengan ketersediaan obat	85%	1 bulan sekali
		Output	Ada dan lengkap LPLPO	85%	1 bulan sekali
		Outcome	Kepuasan pelanggan	Skor : 62,51 - 81,25	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
10	Pelayanan Laboratorium Sederhana	Input	Tenaga laborat	Sesuai standar	1 tahun sekali

		Proses	Ketepatan pemberian hasil pemeriksan laboratorium kepada pasien	100%	1 bulan sekali
		Output	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	1 bulan sekali
		Outcome	Kepuasan pelanggan	Skor : 62,51 - 81,25	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali
14	Pelayanan Imunisasi	Input	Pemberi pelayanan	Tenaga Medis /Paramedis dengan SIP/SIK	1 tahun sekali
		Proses	Kejadian KIPI pasca imunisasi	100% tanpa KIPI	1 bulan sekali
		Output	Prosedur sesuai SOP	100%	1 bulan sekali
		Outcome	Kepuasan pelanggan	80%	1 bulan sekali, Evaluasi 3 bulan sekali

3. Indikator Mutu Administrasi dan Manajemen Puskesmas

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	URAIAN	STANDAR
1	Keuangan	Input	Buku kas bantu bendahara penerimaan rapi tercatat	100%
		Proses	Kesesuaian setoran pasien dengan retribusi di tiap pelayanan	100%
		Output	Adanya pengecekan setiap 3 bulan oleh bendahara penerima ke masing-masing unit layanan	100%

		Outcome	Pelaporan Pendapatan ke Dinas Kesehatan maksimal tanggal 5 setiap bulannya	100%
2	Sarana Prasarana	Input	Ada kartu inventaris barang di setiap ruangan	100%
		Proses	Ada updating daftar inventaris	100%
		Output	Ada program pemeliharaan sarana dan prasarana	100%
		Outcome	1. Pengadaan barang sesuai dengan jadwal dan kebutuhan	100%
			2. Pemeliharaan alat sesuai dengan jadwal	100%

E. TANGGUNG JAWAB, WEWENANG DAN KOMUNIKASI

a. Tanggung Jawab dan Wewenang

Tugas, tanggung jawab dan wewenang pimpinan / karyawan diatur dengan jelas dan terdokumentasi khususnya karyawan yang melaksanakan pekerjaan yang terkait dengan mutu dan kepuasan pelanggan

1. Setiap karyawan/koordinator dipastikan memahami tugas, tanggung jawab dan wewenangnya.
2. Uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang dibuat Kepala Puskesmas dibantu oleh bagian kepegawaian.
3. Dokumen uraian tugas di prgang oleh karyawan yang bersangkutan dan salinan di simpan oleh kepegawaian.
4. Dokumen uraian tugas harus di kendalikan, isinya diperbarui bila terjadi perubahan pekerjaan.

Adapun dibawah ini adalah merupakan uraian tugas, tanggung jawab serta wewenang dari masing-masing jabatan :

1. **Kepala Puskesmas**
   a. **Wewenang**
      - Menetapkan visi, misi puskesmas yang telah disusun bersama
      - Menetapkan kebijakan dan prosedur pelaksanaan program kesehatan di puskesmas berdasarkan peraturan petunjuk Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun

- Menetapkan aturan dan kebijakan interen Puskesmas yang tidak bertentangan denga aturan diatasnya untuk mendukung fungsi Puskesmas

b. **Tanggung Jawab**

- Bertanggung jawab terhadap terselenggaranya pelayanan kesehatan sesuai protap dan profesinalisme
- Bertanggung jawab dalam pengembangan organisasai puskesmas
- Bertanggung jawab pada kegiatan manajerial : perencanaan, pelaksanaan, pengawasan,pengendalian, pembinaan dan penilaian program kerja puskesmas

c. Tugas

- Membuat keputusan operasional untuk implementasi sistem manajemen mutu
- Bersama seluruh Tim Mutu dan karyawan puskesmas mngimplementasikan sistem manajemen mutu
- Membuat perencanaan terpadu kegiatan maupun program kerja puskesmas serta menyusun rencana evaluasi
- Melakukan pembagian tugas pada staf nya disesuaikan dengan jenis dan jumlah tenaga yang diperlukan (menetapkan pelaksana program berdasarkan kompetensinya dan tugas tambahannya)
- Menjalankan semua kegiatan manajerial puskesmas dan kerjasama dengan lintas sektor terkait.

2. Ketua Tim Mutu Puskesmas / Wakil Manajemen Mutu

a. Wewenang

- Memiliki wewenang penuh untuk menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sebagai wakil manajemen

b. Tanggung Jawab

- Bertanggung jawab untuk menjamin kesesuaian dan efektifitas implementasi sistem manajemen mutu

c. Tugas

- Menjamin sistem dilaksanakan secara efektif pada semua fungsi
- Menjamin sistem manajemen mutu diperbaiki terus menerus
- Melaporkan hasil/kinerja sistem manajemen mutu kepada kepala puskesmas
- Mengupayakan peningkatan kesadaran/pemahaman karyawan dalam sistem manajemen mutu
- Mengkoordinasikan kegiatan internal audit

3. Sub bagian Tata Usaha

- Menyusun perencanaan dan kegiatan puskesmas

- Melaksanakan urusan keuangan, rumah tangga, perlengkapan dan peralatan serta kebersihan kantor
- Melaksanakan administrasi kepegawaian
- Melaksanakan pembinaan kelembagaan dan ketatalaksanaan
- Melaksanakan pemungutan dan penyetoran restribusi ke rekening umum daerah
- Melaksanakan koordinasi penyusunan laporan
- Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikab oleh kepala puskesmas sesuai dengan tugas dan fungsinya

4. Sub Unit Upaya Kesehatan Masyarakat

- Memberikan pelayanan kesehatan masyarakat
- Melaksanakan kegiatan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana,perbaikan gizi,usaha kesehatan kerja dan usaha kesehatan lansia
- Melaksanakan kegiatan program kesehatan ibu dan anak
- Meningkatkan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana
- Melaksanakan kesehatan lingkungan, usaha kesehatan kerja dan olahraga, usaha kesehatan sekolah
- Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh kepala puskesmas sesuai dengan tugas dan fungsinya

5. Sub Unit Pelayanan Kesehatan Perorangan

- Melaksanakan pelayanan kesehatan dasar
- Melaksanakan penyuluhan kesehatan masyarakat
- Melaksanakan kegiatan perawatan, rawat jalan
- Melaksanakan kegiatan laboratorium sederhana
- Melaksanakan pengelolaan obat
- Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh kepala puskesmas sesuai dengan tugas dan fungsinya

6. Uraian Tugas Sekretaris Akeditasi

a. Wewenang

- Memiliki wewenang untuk melaksanakan semua tugas dan tanggung jawab kesekretariatan akreditasi

b. Tanggung Jawab

- Bertanggung jawab untuk menyiapkan seluruh dokumen internal dan eksternal akreditasi puskesmas

c. Tugas

- Menyiapkan semua dokumen internal dan eksternal
- Mengajukan semua dokumen yang sudah siap untuk di periksa oleh wakil manajemen dan disahkan oleh kepala puskesmas
- Menyusun dan mencatat semua dokumen yang ada di sekretariat secara rapi
- Memastikan seluruh dokumen untuk poli / unit terkait terdistribusi secara teratur dan tercatat

7. Uraian Tugas Tim Audit Internal

a. Wewenang

- Memiliki wewenang dalam proses pengukuran dan penilaian secara sistematik, objektif dan terdokumentasi untuk memastikan bahwa kegiatan manajemen mutu telah sesuai dengan pengaturan

b. Tanggung Jawab

- Bertanggung jawab kepada kepala puskesmas atas hasil audit internalnya untuk menyelesaikan permasalahan organisasi, terutama dari perspektif mutu dan kepuasan pelanggan dalam rangka meningkatkan kinerja organisasi secara umum

c. **Tugas**

- Merecanakan pelaksanaan audit internal puskesmas, meliputi :
  - Pembagian auditee dan auditor, jadwal pelaksanaan, pembuatan surat kepada wakil manajemen, menyiapkan semua sarana untuk melakukan aidit internal
  - Melakukan tugas audit internal terhadap seluruh poli/unit yang ada di puskesmas meliputi : mengamati proses, meminta penjelasan, meminta peragaan,menelaah dokumen, memeriksa dengan daftar periksa, mencari bukti-bukti, memeriksa silang, mewawancarai auditee, melakukan survei, mencari informasi dari sumber luar, menganalisa data dan informasi, dan menyimpulkan hasil temuan
  - Merencanakan audit internal yang akan dilakukan periode selanjutnya
  - Meksanakan perintah lain yang diberikan oleh kepala puskesmas

8. Uraian Tugas Tim Survey

a. Wewenang

- Memliki wewenang untuk melaksanakan semua tugas dan tanggung jawab sebagai surveyor di Puskesmas XXXXXX

b. **Tanggung Jawab**

- Bertaggung jawab penuh terhadap kepala puskesmas atas pelaksanaan dan hasil survey yang telah dilakukannya

c. **Tugas**

- Merecanakan pelaksanaan survey puskesmas
- Melaksanakan seluruh kegiatan survey puskesmas
- Mengolah, menganalisa, dan melaporkan hasil survey kepada ketua tim manajemen mutu
- Merencanakan pelaksanaan survey selanjutnya

9. **Uraian Tugas Koordinator Unit**

a. **Wewenang**

- Menetapkan sasaran mutu setiap unit yang harus sesuai dengan kebijakan mutu dan dipastikan terdokumentasi
- Merecanakan sistem manajemen mutu untuk unit kerjanya

b. Tanggung Jawab

- Mengkomunikasikan kepada seluruh staf unit mengenai target-target/persyaratan pasien dan memastikan semua terpenuhi
- Memastikan unit yang dipimpinnya membuat perencanaan pencapaian sasaran mutu, untuk memastikan tercapainya target sasaran mutu masing-masing unit
- Mekukan evaluasi untuk melihat efektifitas sistem manajemen mutu
- Menindaklanjuti temuan audit pada unitnya

c. **Tugas**

- Bersama pelaksana di unit membuat standart operasional prosedur dan di pastikan terdokumentasi
- Meningkatkan kesadaran karyawan unit mengenai pentingnya peranan setiap karyawan dalam pekerjaan mereka untuk mencapai sasran mutu dan kepuasan pasien
- Mengupayakan dan menjaga agar lingkungan kerjanya terkendali yaitu agar lingkungan kerja dalam keadaan rapi, bersih, aman dan nyaman
- Melakukan koordinasi dengan bagian lain yang terkait termasuk kepala puskesmas untuk pembahasan semua persyaratan pasien

10. Karyawan / karyawati Puskesmas

a. Tanggung Jawab

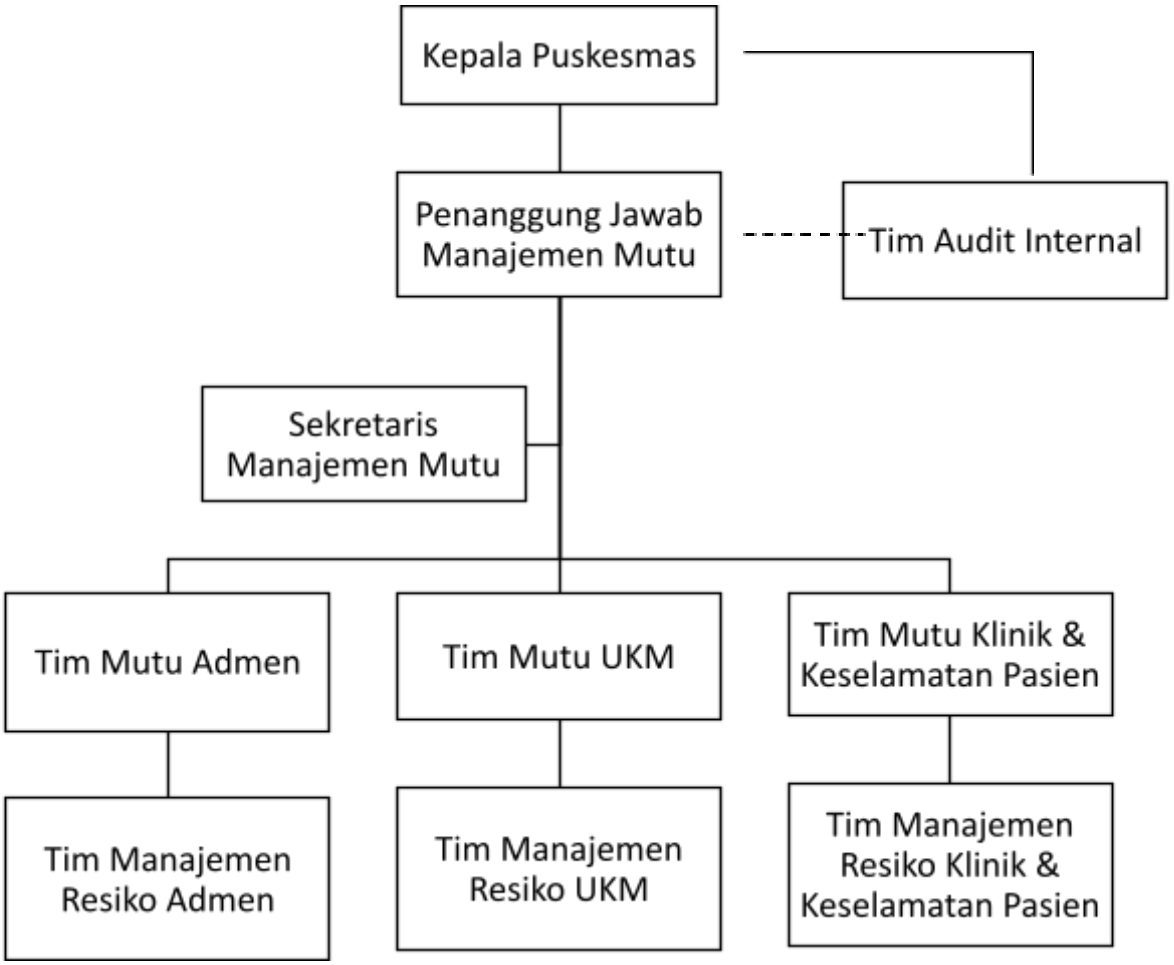
- Memahami tentang pentingnya mutu dan kepuasan pasien

- Mengetahui target-target / persyaratan pasien

b. Tugas

- Bersama koordinator unit membuat standart operasional prosedur dan terdokumentasi
- Menambah pengetahuan dan ketrampilan guna peningkatan mutu pelayanan
- Bekerja secara profesional untuk mencapai kepuasan pelanggan

Struktur Organisasi Tim Manajemen Mutu Puskesmas XXXXXX



F. PENANGGUNGJAWAB MANAJEMEN MUTU

Kepala Puskesmas XXXXXX menunjuk 1 (satu) orang penanggung jawabManajemen Mutu yang secara umum memiliki tugas untuk:

1. Memastikan terselenggaranya sistem manajemen mutu di Puskesmas;
2. Mengkoordinir perencanaansistem manajemen mutu di Puskesmas;
3. Mengkoordinir kegiatan monitoring dan membudayakan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja secara berkesinambungan yang meliputi:
   a. Memimpin Rapat Tinjauan Manajemen;
   b. Memberikan rekomendasi hasil rapat tinjauan manajemen untuk ditindaklanjuti;
   c. Memberikan evaluasi terhadap tindaklanjut yang sudah dilakukan;
4. Melakukan evaluasi dan membuat laporan terhadap penyelenggaraan program perbaikan mutu Puskesmas;

G. KOMUNIKASI INTERNAL

Komunikasi internal antar pimpinan / karyawan merupakan kegiatan yang sangat penting untuk menunjang mekanisme kerja, karenanya sistem komunikasi dipastikan diatur dengan baik dan menekankan hal – hal sbb :

1. Kepala Puskesmas mengupayakan agar komunikasi dengan bawahannya dipastikan berjalan lancar
2. Komunikasi diarahkan untuk peningkatan pemahaman bawahannya mengenai sistem manajemen mutu
3. Komunikasi diarahkan agar karyawan memahami target-target pekerjaan yang ingin dicapai
4. Komunikasi diarahkan untuk memastikan persyaratan yang telah ditetapkan dipenuhi
5. Kominikasi internal diatur secara sistematis dan terdokumentasi
6. Komunikasi internal untuk menjelaskan sistem manajemen mutu kepada karyawan
7. Komunikasi internal membangun kesadaran mutu demi kepuasan pelanggan
8. Penyelenggaraan rapat terkoordinasi dan diatur dengan baik
9. Kepala Puskesmas mengadakan komunikasi internal dengan seluruh karyawan minimal 1 kali dalam sebulan

Komunikasi internal dilakukan dengan cara workshop (minilokakarya), pertemuan, Apel Pagi, diskusi untuk melakukan komunikasi.

BAB IV
TINJAUAN MANAJEMEN

A. UMUM

Manajemen Puskesmas XXXXXX memiliki kebijakan untuk selalu melaksanakan peninjauan terhadap Sistem Manajemen Mutu organisasi dan peninjauan dilakukan melalui Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) yang sedikitnya dilakukan setiap triwulan.Rapat Tinjauan Manajemen ini adalah proses evaluasi terhadap kesesuaian dan efektifitas penerapan sistem manajemen mutu yang dilakukan secara berkala dan melibatkan berbagai pihak yang terkait dengan operasional di Puskesmas XXXXXX .

B. MASUKAN TINJAUAN MANAJEMEN

Masukan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) Puskesmas XXXXXX berisi informasi antara lain mengenai;;

1. Hasil audit internal;
2. Hasil kegiatan umpan balik dan keluhan pelanggan
3. Hasil survei kepuasan pelanggan
4. Pencapaian kinerja/sasaran mutu
5. Hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebelumnya yang belum terselesaikan;
6. Tindakan-tindakan koreksi dan pencegahan yang dilakukan;
7. Perubahan terhadap Kebijakan mutu dan layanan/upaya puskesmas;
8. Perubahan/perbaikan yang perlu dilakukan terhadap Sistem Manajemen Mutu dan pelayanan/penyelenggaraan kegiatan.

C. KELUARAN TINJAUAN

Keluaran atau outputRapat Tinjuan Manajemen (RTM) berisi:

1) Peningkatan efektifitas Sistem Manajemen Mutu
2) Peningkatan pelayanan yang berhubungan dengan persyaratan pelayanan;
3) Kebutuhan sumber daya yang diperlukan;
4) Kesesuaian terhadap aktifitas dan proses dari Sistem Manajemen Mutu, terhadap kebijakan mutu dan pencapaian sasaran/indikator mutu
5) Menentukan tindakan pencegahan dan atau tindakan perbaikan secara terusmenerus;

BAB V
MANAJEMEN SUMBER DAYA

A. PENYEDIAAN SUMBER DAYA

Kepala Puskesmas XXXXXX berkewajiban menyediakan sumberdaya yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan pelayanan di puskesmas.Penyediaan sumberdaya meliputibaik untuk penyelenggaraan upaya puskesmas maupun pelayanan klinis.Manajemen mengindentifikasikan kebutuhan, kualifikasi serta menyediakan sumber daya yang memadai untuk pengelolaan jasa pelayanan, kinerja organisasi, aktivitas verifikasi dan audit internal.

B. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA

1. Umum:

Manajemen menjamin bahwa sumber daya manusia yang ada memiliki kompetensi berdasarkan pendidikan, pelatihan, keahlian, dan pengalamanyang sesuai, sehingga memungkinkan dapat melaksanakan tugas-tugas diberikan secara efisien.

2. Kompetensi, Pelatihan dan Kesadaran:

Penanggungjawab Manajemen Mutu mengkaji kualifikasi petugas secara periodik, sedikitnya sekali dalam 1 (satu) tahun, untuk menentukan apakah petugas tersebut memiliki kualifikasi yang memadai dan atau apakah perlu diberikan pelatihan tambahan.Adanya pekerjaan baru, teknologi baru dan atau peraturan baru merupakan dasar untuk menentukan kebutuhan-kebutuhan pelatihan petugas.Puskesmas XXXXXX menetapkan suatu program pelatihan kepada petugas baik secara eksternal maupun internal sesuai dengan kebutuhan organisasi.Dalam pemastian mutu, setiap petugas senantiasa mendapatkan pengarahan dan petunjuk dari manjemen untuk bekerja sesuai dengan persyaratan mutu yang telah ditetapkan.

Puskesmas XXXXXX selalu menjaga dan memelihara program pelatihan untuk memastikan bahwa seluruh petugas mendapatkan tugas-tugas yang sesuai dengan pendidikan keahlian dan pengalaman yang dimiliki.Puskesmas XXXXXX menetapkan dan memelihara prosedur terdokumentasi yang mengatur identifikasi kebutuhan pelatihan dan pelaksanaannya untuk seluruh petugas yang terlibat dalam kegiatan yang mempengaruhi mutu.

C. INFRASTRUKTUR

1.Infrastruktur / sarana prasarana untuk mendukung pekerjaan dan mencapai sasaran dan persyaratan produk/proses dipastikan terpenuhi

2.Melakukakn pemeliaharaan secara teratur terhadap alat-alat medis maupun fasilitas pendukungnya agar senatiasa dalam kondisi baik dan siap digunakan.

3.Sarana prasarana baru yang diperlukan secepatnya di identifikasi dan dtindaklanjuti sesuai prosedur yang berlaku

4.Koordinator Unit bertanggung jawab untuk memastikan kecukupan dan kelengkapan sarana kerja dan kelaikan kondisi sarana kerja pada bagian yang dipimpinnya.

D. LINGKUNGAN KERJA

1Lingkungan tempat kerja dikendalikan

2.Pengendalian lingkungan kerja dimaksudkan agar lingkungan kerja senantiasa dalam keadaan rapi,,bersih, aman da nyaman

3.Pimpinan dan karyawan berkewajibab mengupayakan dan menjamin agar lingkungan kerjanya terkendali

4.Pengendalian lingkungan kerja dimaksudkan untuk mendukung komitmen mutu dan kepuasan pelanggan dan untuk mencapai kesesuaian terhadap persyaratan proses pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB VI
PENYELENGGARAAN PELAYANAN

A. UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT (UKM)

1. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat, Akses dan Pengukuran Kinerja

- Perencanaan kegiatan dilakukan dengan pembuatan POA (Plan Of Action) masing – masing penanggungjawab program UKM
- POA disusun dengan mempertimbangkan harapan dan kebutuhan masyarakat, masalah kesehatan yang ada di wilayah puskesmas, kebijakan atau kegiatan dari pusat yang harus dilaksanakan serta sesuai dengan target kegiatan puskesmas yang belum tercapai.
- Harapan dan kebutuhan masyarakat diperoleh melalui Survey Masyarakat Desa, Survey Kebutuhan Masyarakat, umpan balik masyarakat, dan penggalian informasi pada saat lintas sektor.
- Akses pelayanan langsung berhubungan dengan masyarakat.
- Hasil kegiatan dianalisa secara langsung setelah kegiatan berjalan dan ditentukan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan.

2. Proses yang Berhubungan dengan Sasaran

a. Penetapan persyaratan sasaran

- Penanggungjawab program harus memahami secara jelas semua persyaratan sasaran yang menjadi target pelaksanaan program kegiatan.
- Penanggungjawab program melakukan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait untuk pembahasan semua persyaratan sasaran.
- Hasil pembahasan semua persyaratan sasaran dikomunikasikan kepada masyarakat melalui Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), pertemuan kader, pertemuan lintas sektor, penyuluhan masyarakat.

b. Tinjauan terhadap persyaratan sasaran

Puskesmas melakukan peninjauan terhadap sasaran program mengacu pada kebijakan dan pedoman yang diberlakukan oleh pemerintah.

c. Komunikasi dengan sasaran

Puskesmas XXXXXX menetapkan dan menerapkan informasi yang efektif untuk komunikasi dengan masyarakat atau sasaran pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) melalui mekanisme meliputi:

- Informasi yang diberikan melalui poster, leaflet atau lembar pemberitahuan yang ditempelkan tempat-tempat umum;
- Kegiatan di Posyandu yang dilakukan secara terjadwal;
- Pertemuan rutin;
- Umpan balik dari masyarakat atau sasaran pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) melalui survey/ kuisioner.

3. Pembelian

Untuk upaya kesehatan masyarakat pembelian yang dilaksanakan Puskesmas XXXXXX dikecualikan karena hanya berkisar pada pembelian bahan promkes dalam skala kecil yang didanai menggunakan dana kapitasi dari BPJS

4. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

a.Pengendalian Proses Penyelenggaraan Upaya

- Proses penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dipastikan dijalankan secara terkendali.
- Kegiatan UKM dilakukan sesuai dengan POA masing – masing program.
- Pengendalian penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan berdasarkan SOP dan KAK di monitor oleh koordinator program dan PJ UKM.
- Tiap penanggungjawab program membuat SOP untuk setiap tindakan yang dikerjakan.
- SOP dan KAK dibuat untuk membimbing petugas pelaksana agar dapat melaksanakan kegiatan sesuai prosedur.

- Peralatan yang diperlukan untuk proses penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dipastikan tersedia dan menenuhi persyaratan.

- Pelaksanaan kegiatan dilakukan monitoring kesesuaian terhadap tempat, waktu ,sasaran, SOP dan KAK, serta capaian kegiatan.

- Monitoring dilakukan oleh Kapus dan PJ UKM atau dapat dilimpahkan kepada lintas program dan koordinator.

- Hasil monitoring kegiatan dibahas di pertemuan UKM dan digunakan sebagai bahan pembinaan dan perbaikan mutu UKM

- Dilakukan perubahan rencana kegiatan berdasarkan hasil monitoring untuk menyesuaikan kebutuhan dan harapan masyarakat dan sasaran.

- Evaluasi kegiatan dilakukan oleh pelaksana setelah pelaksanaan kegiatan

-Monitoring uraian tugas dilakukan secara periodik setiap 3 bulan sekali

-Berdasarkan hasil monitoring uraian tugas dilakukan kajian ulang ulang uraian tugas.

b.Validasi Proses Penyelenggaraan Upaya

-Validasi diarahkan untuk mengkonfirmasi dan membuktikan bahwa proses yang akan dijalankan memiliki kemampuan untuk mencapai hasil yang disyaratkan.

- Pelaksanaannya dikerjakan oleh personil yang ditugaskan sebagai penanggungjawab program.

c.Identifikasi dan Mampu Telusur

1. Semua tahap - tahap penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat harus dipastikan dan diberikan identifikasi secara jelas.
2. Hasil kegiatan tiap UKM dilaporkan dalam bentuk laporan hasil kegiatan.
3. Identifikasi dimaksudkan untuk menghindari kesalahan atau ketidaksesuaian yang tidak diinginkan.

d.Hak dan kewajiban sasaran

- Hak dan kewajiban sasaran upaya kesehatan masyarakat diketahui dan dipahami oleh penanggung jawab program masing – masing

- Hak dan kewajiban sasaran UKM adalah sebagai berikut :

1.Hak Sasaran Program

a.Hak untuk mendapatkan informasi mengenai program kesehatan, tujuan dan kegiatan yang dilaksanakan.

b.Hak untuk mengikuti kegiatan – kegiatan program yang dilaksanakan oleh puskesmas

3.Hak untuk berperan atif dalam UKBM

2.Kewajiban Sasaran Program

a.Memberikan data dan informasi serta kelengkapan yang dibutuhkan oleh petugas pelaksana dalam kaitannya dengan kegiatan program yang dilakukan dan diikiti oleh sasaran

b.Memberikan identitas yang jelas dan benar untuk pendataan yang dibutuhkan oleh petugas pelaksana

c.Mengikuti dan menaati aturan serta jadwal kegiatan program yang dibuat sesuai kesepakatan

4.Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas XXXXXX

5.Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, dan masyarakat beserta Lingkungannya

6.Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas XXXXXX agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi – tingginya.

e.Pemeliharaan barang milik pelanggan

- Barang milik sasaran program adalah barang – barang yang bukan milik Puskesmas yang berada di wilayah tanggung jawab Puskesmas.
- Barang milik sasaran program harus ditangani dengan hati – hati untuk mencegah hal – hal yang tidak diinginkan.
- Semua fungsi / pihak yang secara langsung atau tidak langsung terlibat dengan pengguna, penyimpanan, pemeriksaan barang milik sasaran program harus melakukan identifikasi, verifikasi, melindungi dan mengamankan barang – barang milik pelanggan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.
- Yang termasuk barang milik pelanggan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat antara lain KMS, pembukuan kader, register UKS, lembar penilaian hasil screening dan pemeriksaan berkala.

f.Manajemen risiko dan keselamatan masyarakat

- Melakukan identifikasi resiko terhadap lingkungan, masyarakat akibat pelaksanaan kegiatan UKM
- Melakukan analisis resiko
- Menentukan prioritas resiko
- Melakukan rencana pencegahan dan meminimalisasi resiko
- Melakukan evaluasi terhadap upaya pencegahan dan meminimalisasi resiko.

5. Pengukuran, Analisis dan Penyempurnaan Sasaran Kinerja UKM
   a. Umum:
      - Semua pemegang program pelayanan kesehatan masyarakat melakukan pengukuran dan pemantauan terhadap kegiatannya.
      - Pemantauan dan pengukuran direncanakan sebelum dilaksanakan.
      - Data kegiatan dikumpulkan untuk dianalisa.
      - Hasil pengukuran / pemantauan / analisa dipakai untuk :

1. Membuktikan kesesuaian pelayanan
2. Memastikan kesesuaian sistem mutu
3. Melakukan perbaikan secara terus – menerus
4. Memastikan tercapainya target kinerja UKM yang dinilai dengan SPM dan PKP
   - Metoda pemantauan/pengukuran/ analisa/perbaikan dipastikan sesuai dengan tujuan.

b. Pemantauan dan Pengukuran

1. Kepuasan Pelanggan:

- - Kepuasan pelayanan di masyarakat yang diberikan puskesmas harus dipantau 1 tahun sekali melalui survey kepuasan sasaran/ survey umpan balik pelanggan.
- - Pemantauan dimaksudkan untuk menilai dan mengukur kinerja sistem mutu serta mengetahui apakah persyaratan sasaran telah dipenuhi.
- - Masukan / umpan balik dilakukan setelah pelaksanaan kegiatan

2. Audit Internal:

- - Tujuan audit adalah untuk memastikan sistem mutu di implementasikan secara efektif dan hasilnya sesuai dengan yang telah direncanakan.
- - Rencana audit direncanakan oleh tim audit dengan mempertimbangkan tingkat kepentingan dan kekritisan bagian yang akan diaudit.3 bulan sekali .
- - Pelaksanaan audit dilakukan secara objektif dan mengikuti ketentuan persyaratan audit.
    - Penanggung jawab program yang diperiksa bertanggung jawab untuk menindak - lanjuti temuan audit pada bagiannya.
- - Tindak lanjut audit harus mencakup verifikasi terhadap tindakan-tindakan yang telah diambil.

3. Pemantauan dan Pengukuran Proses

- - Metode pemantauan dan pengukuran proses yang digunakan untuk mengevaluasi efektivitas sistem mutu dan pelaksanaan kegiatan harus menggunakan metode yang benar untuk pemantauan.
- - Metode-metode yang digunakan harus dapat dibuktikan kemampuannya untuk mencapai hasil yang telah direncanakan.
- - Bila hasil yang direncanakan tidak tercapai maka tindakan koreksi dan pencegahannya harus dilakukan untuk memastikan kesesuaian terhadap pelaksanaan kegiatan program.

4. Pemantauan dan Pengukuran Hasil Kegiatan Program

- Pemantauan pelaksanaan kegiatan program dilakukan sesuai prosedur.
- Tujuan pemantauan pelaksanaan kegiatan untuk memastikan semua persyaratan pelaksanaan kegiatan terpenuhi.
- Pemantauan dilaksanakan pada tahapan yang telah ditentukan.

- Catatan hasil pemantauan harus dicatat termasuk petugas yang melaksanakan.

c. Pengendalian Jika Ada Hasil yang Tidak Sesuai

- Pelaksanaan kegiatan yang tidak sesuai adalah kegiatan yang kondisinya berada di luar batas persyaratan yang telah ditetapkan.
- Pelaksanaan kegiatan yang tidak sesuai dikendalikan serta dicegah agar tidak terjadi/ terulang pada proses/tahap berikutnya.
- Ketidaksesuaian dan tindakan yang diambil harus dicatat.
- Bilamana kegiatan yang tidak sesuai diperbaiki maka harus dilakukan verifikasi ulang.
- Bilamana kegiatan yang tidak sesuai telah terlanjur diterima oleh sasaran, maka Puskesmas harus mengambil langkah-langkah yang sesuai untuk menanggulangi akibat / potensi akibatnya.

d. Analisa Data

- Data – data proses atau implementasi sistem mutu harus dikelola dengan baik.
- Data dianalisa dengan menggunakan teknik-teknik yang sesuai, misalkan menggunakan teknik statistik.
- Analisa data dilakukan oleh Tim Survey Kepuasan Pelanggan / penanggungjawab program untuk mengetahui tanggapan pelanggan terhadap kualitas pelayanan puskesmas.
- Analisa data harus mengarah pada pengidentifikasian ketidaksesuaian, ketidakefektifan dan tindakan-tindakan perbaikan yang diperlukan.
- Data dianalisa untuk memantau kepuasan pelanggan.

e. Peningkatan Berkelanjutan

- Seluruh karyawan dan pimpinan Puskesmas wajib melakukan perbaikan secara terus menerus terhadap efektivitas sistem mutu sesuai dengan tugas, tanggung jawab dan wewenangnya.

- Semua perbaikan mengacu pada komitmen yang tertuang dalam kebijakan mutu, INDIKATOR MUTU, hasil audit, analisa data survey kepuasan pelanggan, tindakan perbaikan dan pencegahan serta Rapat Tinjauan Manajemen.

f. Tindakan Korektif

- Tindakan perbaikan harus sesuai dengan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan.
- Puskemas mengambil tindakan perbaikan untuk mengurangi penyebab ketidaksesuaian dalam rangka untuk mencegah ketidaksesuaian terulang lagi.
- Prosedur perbaikan harus mencakup sebagai berikut :
- Meninjau ketidaksesuaian termasuk keluhan pelanggan.
- Menentukan penyebab ketidaksesuaian.
- Menentukan dan menerapkan tindakan yang dibutuhkan.
- Merekam hasil tindakan yang diambil.
- Meninjau tindakan perbaikan yang diambil.

g. Tindakan Preventif

- Puskesmas menentukan tindakan untuk mengurangi penyebab potensial ketidaksesuaian untuk mencegah peristiwa tersebut. Tindakan pencegahan harus sesuai dengan penyebab masalah yang potensial.
- Prosedur pencegahan harus mencakup sebagai berikut :

- 1.Menentukan potensi ketidaksesuaian dan penyebabnya.
- 2.Mengevaluasi tindakan yang dibutuhkan untuk, mencegah peristiwa ketidaksesuaian.
- 3.Menentukan dan menerapkan tindakan yang dibutuhkan.
- 4.Merekam hasil tindakan yang diambil.
- 5.Meninjau tindakan pencegahan yang diambil.

B. UPAYA KESEHATAN PERORANGAN (UKP)

Pelayanan klinis yang berorientasi pasien

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, seluruh unit pelayanan yang ada berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan peduli terhadap keselamatan

pasien, pengunjung, masyarakat dan karyawan yang bekerja di UPT Puskesmas XXXXXX . Program mutu dan keselamatanpasien merupakan program wajib direncanakan, dilaksanakan, dimonitor dan dievaluasi serta ditindaklanjuti diseluruh jajaran yang ada di UPT Puskesmas XXXXXX mulai dari Kepala Puskesmas, petugas pelayanan klinis dan seluruh karyawan.

1. Perencanaan Pelayanan Klinis

a. Kepala Puskesmas menetapkan, melaksanakan dan memelihara Rencana Manajemen Mutu untuk mencapai tujuan dan sasaran sesuai dengan kebijakan Puskesmas.

b. Rencana Manajemen Mutu yang ada di setiap unit kerja meliputi :
   1. Perencanaan dan tanggung jawab untuk mencapai tujuan dan sasaran pada setiap fungsi yang berhubungan dalam Puskesmas.
   2. Langkah kegiatan dan batas waktu yang dicapai.

c. Kepala Puskesmas mengadakan rapat tinjauan manajemen jika ada perubahan pada aktivitas pelayanan, terjadi ketidaksesuaian, pelayanan baru, atau adanya aktivitas Pengembangan Pelayanan Puskesmas.

d. Setiap koordinator unit berkewajiban membuat perencanaan kerja untuk unitnya masing – masing yang meliputi :
   1. Merencanakan sistem manajemen mutu untuk unit kerjanya.
   2. Memastikan sistem manajemen mutu yang telah dibuat dijalankan secara efektif.
   3. Memastikan semua sasaran dan persyaratan yang telah ditetapkan tercapai.
   4. Memelihara atau memperhatikan sistem manajemen mutu pada unitnya.
   5. Melakukan perbaikan atau penyempurnaan sistem manajemen mutu.

2.Proses yang Berhubungan dengan Pelanggan

a. Puksesmas melakukan komunikasi dengan pelanggan. Setiap kali melakukan komunikasi harus selalu dicatat.

b. Komunikasi dengan pelanggan diarahkan untuk memahami kebutuhan/persyaratan pelanggan antara lain untuk :
   1. Mendapatkan konfirmasi / persyaratan pelayanan rawat jalan yang diinginkan pelanggan.
   2. Menjawab pertanyaan-pertanyaan pelanggan.
   3. Mengklarifikasi ketidak jelasan mengenai persyaratan pelanggan.
   4. Membahas kontrak / perubahan kontrak / perubahan persyaratan.
   5. Membahas masukan/ usul / saran / keluhan pelanggan.

c. Catatan hasil komunikasi dengan pelanggan disimpan.

3.Pembelian / Pengadaan Barang Terkait dengan Pelayanan Klinis

a. Proses Pembelian

Pembelian yang dilakukan Puskesmas XXXXXX dilakukan secara langsung dan di bawah pengawasan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun. Pembelian yang dilakukan terkait dengan operasional puskesmas baik menggunakan dana APBD maupun dana dari BPJS.

Satu tahun sebelumnya pada bulan oktober-nofember PPTK dan PPKOM membuat RKA kemudian diajukan ke dinas kesehatan untuk proses menjadi DPA, kemudian puskesmas mulai melaksanakan pembelanjaan sesuai DPA yang disetujui. Dana dari BPJS ditransfe rkegiro puskesmas sebesar jumlah peserta BPJS yang terdaftar di Puskesmas XXXXXX , kemudian puskesmas membelanjakan sesuai DPA. Dana dari APBD puskesmas mendapat uang panjar, petugas membuat SPJ sesuai DPA baik klem ataupun operasional setelah SPJ selesai dikumpulkan ke bagian keuangan dinas kesehatan untuk pencairan uang panjar berikutnya.

b. Verifikasi Barang yang Dibeli

Puskesmas XXXXXX memiliki tim Panitia Penerima Hasil Pekerjaan (PPHP), maka yang bertugas dan bertanggung jawab memverifikasi semua barang yang dibeli puskesmas adalah pengurus barang/ bendahara barang, melakukan pemeriksaan hasil pekerjaan pengadaan barang/jasa sesuai dengan ketentuan, menerima hasil pengadaan barang/jasa setelah melalui pemeriksaan, membuat dan menandatangani berita acara serah terima hasil pekerjaan dan kemudian dilakukan penyimpanan barang.

c. Kontrak dengan Pihak Ketiga

Puskesmas XXXXXX tidak melakukan kontrak dengan pihak ketiga terkait dengan pembelian/pengadaan barang di puskesmas. Keadaan ini terjadi karena pembelian yang dilakukan hanya skala kecil kurang dari 50 juta.

4.Penyelenggaraan Pelayanan Klinis

a.Pengendalian Proses Pelayanan Klinis

- Proses pelayanan rawat jalan dipastikan dijalankan secara terkendali.
- Pengendalian pelayanan rawat jalan dilaksanakan sesuai perencanaan.
- Tiap unit menyediakan Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk setiap tindakan yang dipandang kritis.
- SOP dibuat untuk membimbing petugas pelaksana agar dapat melaksanakan proses pelayanan sesuai yang direncanakan.
- Peralatan yang diperlukan untuk proses pelayanan rawat jalan dipastikan tersedia dan memenuhi persyaratan.

b.Validasi Proses Pelayanan

- Proses pelayanan rawat jalan dipastikan divalidasi sebelum dilaksanakan.
- Validasi diarahkan untuk mengkonfirmasi dan membuktikan bahwa proses yang akan dijalankan memiliki kemampuan untuk mencapai hasil yang disyaratkan.
- Pelaksanaannya dikerjakan oleh personil yang ditugaskan sebagai penanggung jawab pelaksana prosedur tersebut oleh koordinator unit.

c.Identifikasi dan Ketelusuran

- Semua tahap – tahap pelayanan rawat jalan harus dipastikan diberikan identifikasi secara jelas.
- Semua catatan medis pasien dan catatan lain yang terkait dengan pelayanan rawat jalan harus dipastikan diberikan identifikasi secara jelas.

- Identifikasi dimaksudkan untuk menghindari kesalahan atau ketidak-sesuaian yang tidak diinginkan.
- Bilamana persyaratan ketelusuran merupakan suatu keharusan yang dipersyaratkan oleh pelanggan maka identifikasi wajib dilaksanakan berdasarkan persyaratan yang diminta pelanggan pada semua tahapan.

d. Hak dan kewajiban pasien

Puskesmas XXXXXX menjamin bahwa pasien yang menggunakan pelayanan klinisdi puskesmas akan terpenuhi hak-haknya sehingga diharapkan dapat memberikan kepuasan kepada pasien. Selain hal tersebut pasien juga harus melaksanakan kewajibannya sebagai pasien demi menjamin keberlangsungan pelayanan yang baik, timbal balik dan saling menghormati

1. Hak Pasien:

a.Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Puskesmas XXXXXX

b.Pasien berhak mendapatkan pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standart profesi kedokteran atau kedokteran gigi tanpa diskriminasi

c.Pasien berhak mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita, tatacara, tujuan, alternatif, resiko dan komplikasi tindakan medis yang akan dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan

d.Pasien berhak memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang di deritanya

e. Pasien berhak mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang di derita termasuk data – data medisnya

2. Kewajiban Pasien:

a.Pasien wajib mematuhi tata tertib dan peraturan yang berlaku di Puskesmas XXXXXX

b.Pasien wajib memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya

c.Pasien wajib mematuhi nasehat dan petunjuk dokter dan dokter gigi

d.Pasien wajib membayar jasa pelayanan yang diterima sesuai tarif yang berlaku kecuali pasien yang mempunyai asuransi

e.Pasien wajib memberikan penilaian kepuasan pelayanan dan atau saran untuk perbaikan pelayanan di Puskesmas XXXXXX ..

e.Pemeliharaan Barang Milik Pelanggan

- Barang milik pelanggan adalah barang-barang yang bukan milik Puskesmas yang berada di wilayah tanggung jawab Puskesmas.

- Barang milik pelanggan harus ditangani dengan hati- hati untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan.

- Semua fungsi/ pihak yang secara langsung atau tidak langsung terlibat dengan penggunaan, penyimpanan, pemeriksaan barang milik pelanggan harus melakukan identifikasi, verifikasi, melindungi dan mengamankan barang-barang milik pelanggan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

- Yang termasuk barang milik pelanggan adalah Kartu Status Pasien/Rekam Medik Pasien, Spesimen dll.

f. Manajemen resiko dan keselamatan pasien

- Kepala puskesmas membentuk team manajemen mutu dan keselamatan pasien
- Team harus bisa melakukan identifikasi, analisa resiko dan keselamatan pasien serta tindak lanjut yang telah dilakukan
- Team harus melakukan pelaporan dan pencatatan bila ada insiden kejadian yang dialami pasien dengan baik agar kejadian tersebut tidak terulang kembali
- Team harus melaporkan semua kejadian kepada kepala puskesmas.

4 Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Pelayanan Klinis

a. Penilaian Indikator Mutu Klinis

- Dalam penilaian indikator mutu pelayanan klinis beberapa hal perlu diperhatikan, yaitu: bahwa indikator yang digunakan memang dapat diukur dengan carapengukuran tertentu, hasil pengukurannya reliable dan valid, serta relevan untuk digunakan.
- Penilaian indikator mutu pelayanan klinis dilakukan setiap 1 bulan sekali, dilakukan evaluasi setiap 3 bulan dan ditindak lanjuti.
- Pengukuran Pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien

UPT Puskesmas XXXXXX harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di UPT Puskesmas XXXXXX dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

1. Standar Keselamatan Pasien

2. Sasaran Keselamatan Pasien
3. Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien

Sistem penyelenggaraan keselamatan pasien di UPT Puskesmas XXXXXX harus menjamin pelaksanaan :

1. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi assesmen resiko, identifikasi, dan pengelolaan risiko pasien
2. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjut dan
3. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud diatas meliputi standar :

a. Hak Pasien

   Hak pasien yang dimaksud adalah hak pasien dan keluarganya untuk mendapat informasi tentang diagnosis dan tatacara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan. Kriteria standar hak pasien adalah :

   1. harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
   2. rencana pelayanan dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan dan atau petugas medis pelaksana pelayanan
   3. penjelasan secara dan benar kepada pasien dan keluarganya dilakukakn oleh dokter penanggung jawab pelayanan dan atau petugas medis pelayanan.

b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga

   Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga berupa kegiatan mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab dalam asuhan pasien. Kriteria Standar Pendidikan kepada pasien dan keluarga meliputi :

   1. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
   2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
   3. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
   4. Memahami konsekuensi pelayanan
   5. Mematuhi nasihat dokter dan menghormati tata tertib fasilitas pelayanan kesehatan
   6. Memperlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa dan
   7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

c. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standar KeselamatanPasien dalam kesinambungan pelayanan merupakan upaya fasilitas pelayanan kesehatan di bidang Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria Standar Keselamatan dalam kesinambungan pelayanan meliputi :

1. Pelayanan secara menyeluruh dan terkoordinasi mulai dari saat pasien masuk, pemerikasaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, pemindahan pasien, rujukan, dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan
2. Koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan
3. Koordinasi pelayanan dalam meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi, rujukan dan tindak lanjut lainnya dan
4. Komunikasi dan penyampaian informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapai proses koordinasi yang efektif.

g. Penggunaan Metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi danpeningkatan Keselamatan Pasien

Standar penggunaan metode peningkatan kinerja untukmelakuka evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien merupakan kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada , memonitor, dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien meliputi :

1. Puskesmas XXXXXX melakukan proses perancangan (desain) yang baik.Proses perancangan (desain) yang baik dilakukan dengan mengacu pada visi, misi, dan tujuan puskesmas, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini,praktek bisnis yang sehat , dan faktor – faktor yang lain yang berpotensi resiko bagi pasien sesuai dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien.

h. Pelaporan insiden keselamatan pasien

1. Setiap terjadi Insiden Keselamatan Pasien di identifikasi dan segera di analisa
2. Hasil analisa dilaporkan ke Kepala Puskesmas untuk dievaluasi dan didiskusikan dengan unit terkait untuk mencegah kejadian terulang kembali
3. Setiap terjadi insiden harus tercatat.

i. Analisis dan Tindak Lanjut

a. Setiap kejadian harus dapat dianalisa penyebabnya dan dicatat dalam buku laporan KTD, KTC, KPC dan KNC / buku ketidaksesuaian dalam pelayanan

b. Rencana tindak lanjut penanganan KTD, KTC, KPC atau KNC yang telah disepakati harus dicatat dan dievaluasi.

j. Penerapan manajemen risiko

1. Manajemen risko meliputi ancaman dan peluang (maksimalisasi peluang, minimalisasi ancaman, dan meningkatkan kepuasan dan hasil).
2. Manajemen risiko memerlukan pemikiran yang logis dan sistematis untuk meningkatkan kinerja yang efektif dan efisien.
3. Manajemen risiko mensyaratkan akuntabilitas dalam pengambilan keputusan.
4. Manajemen risiko memerlukan pemikiran yang seimbang antara biaya untuk mengatasi risiko (dan meningkatkan peluang perbaikan) dengan manfaat yang diperoleh.

6.Pengukuran, Analisis dan Penyempurnaan Pelayanan Klinis

a. Umum

1. Semua poli/ unit pelayanan melakukan pengukuran dan pemantauan terhadap kegiatannya.
2. Pemantauan dan pengukuran direncanakan sebelum dilaksanakan.
3. Data kegiatan dikumpulkan untuk dianalisa.
4. Hasil pengukuran/ pemantauan/ analisa dipakai untuk membuktikan kesesuaian pelayanan, memastikan kesesuaian sistem mutu, melakukan perbaikan secara terus - menerus dan memastikan sasaran/indikator mutu.
5. Metoda pemantauan/ pengukuran/ analisa/ perbaikan dipastikan sesuai dengan tujuan.

b. Pemantauan dan Pengukuran

1. Kepuasan Pelanggan
   a. Persepsi pelanggan dan kepuasan pelayanan yang diberikan puskesmas harus dipantau 3 bulan sekali melalui survey kepuasan pelanggan/ survey umpan balik pelanggan.
   b. Pemantauan dimaksudkan untuk menilai dan mengukur kinerja sistem mutu serta mengetahui apakah persyaratan pelanggan telah dipenuhi.
   c. Metode untuk memperoleh informasi dan pemanfaatan informasi yang diperoleh dipastikan tertuang dalam prosedur.
2. Audit Internal

a. Tujuan audit adalah untuk memastikan sistem mutu di implementasikan secara efektif dan hasilnya sesuai dengan yang telah direncanakan.
b. Rencana audit direncanakan oleh tim audit dengan mempertimbangkan tingkat kepentingan dan kekritisan bagian yang akan diaudit.
c. Audit harus dilakukan secara sistematis, objektif, terencana dan terdokumentasi
d. Audit harus dilakukan sesuai dengan prosedur audit yang telah ditetapkan 3 bulan sekali.
e. Dalam setiap pelaksanaan audit, auditor harus memperhatikan hasil audit yang terdahulu untuk mengevaluasi efektivitasnya.
f. Kriteria audit, lingkup, frekuensi dan metode-metode yang akan digunakan dipastikan ditentukan dalam prosedur internal audit.
g. Pelaksanaan audit dilakukan secara objektif dan mengikuti ketentuan persyaratan audit.
h. Koordinator poli / unit yang diperiksa bertanggung jawab untuk menindak - lanjuti temuan audit pada bagiannya.
i. Tindak lanjut audit harus mencakup verifikasi terhadap tindakan-tindakan yang telah diambil.
j. Tim audit bertanggung jawab terhadap hasil audit dan melapor kepada Wakil Manajemen dengan tembusan kepada kepala puskesmas.

3. Pemantauan dan Pengukuran Proses Kinerja
   a. Metode pemantauan dan pengukuran proses yang digunakan untuk mengevaluasi efektivitas sistem mutu dan pelayanan harus menggunakan metode yang pantas untuk pemantauan.
   b. Metode-metode yang digunakan harus dapat dibuktikan kemampuannya untuk mencapai hasil yang telah direncanakan.
   c. Bila hasil yang direncanakan tidak tercapai maka tindakan koreksi dan pencegahannya harus dilakukan untuk memastikan kesesuaian terhadap pelayanan.
4. Pemantauan dan Pengukuran Hasil Layanan
   a. Pemantauan pelayanan dilakukan sesuai prosedur.
   b. Tujuan pemantauan pelayanan untuk memastikan semua persyaratan pelayanan terpenuhi.
   c. Pemantauan dilaksanakan pada tahapan yang telah ditentukan.
   d. Catatan hasil pemantauan harus dicatat termasuk personil yang melaksanakan.

c. Pengendalian Jika Ada Hasil yang Tidak Sesuai

1. Pelayanan tidak sesuai adalah pelayanan yang kondisinya berada di luar batas persyaratan yang telah ditetapkan.
2. Pelayanan tidak sesuai dikendalikan serta dicegah agar tidak dipergunakan atau dikirim ke proses berikutnya.
3. Pengendalian dan tanggung jawab serta wewenang untuk menangani pelayanan tidak sesuai ditetapkan dalam prosedur.
4. Ketidaksesuaian dan tindakan yang diambil harus dicatat.
5. Bilamana pelayanan tidak sesuai diperbaiki maka harus dilakukan verifikasi ulang.
6. Bilamana pelayanan tidak sesuai telah terlanjur diterima oleh pelanggan, maka Puskesmas harus mengambil langkah-langkah yang sesuai untuk menanggulangi akibat / potensi akibatnya.

d. Analisa Data

1. Data-data proses atau implementasi sistem mutu harus dikelola dengan baik.
2. Data dianalisa dengan menggunakan teknik-tehnik yang sesuai, misalkan menggunakan teknik statistik.
3. Analisa data dilakukan oleh Tim Survey Kepuasan Pelanggan/koordinator unit untuk mengetahui tanggapan pelanggan terhadap kualitas pelayanan puskesmas.
4. Analisa data harus mengarah pada pengidentifikasian ketidaksesuaian, ketidakefektifan dan tindakan-tindakan perbaikan yang diperlukan.
5. Data dianalisa untuk memantau kepuasan pelanggan.

e. Peningkatan Berkelanjutan

1. Seluruh karyawan dan pimpinan Puskesmas wajib melakukan perbaikan secara terus menerus terhadap efektivitas sistem mutu sesuai dengan tugas, tanggung jawab dan wewenangnya.
2. Semua perbaikan mengacu pada komitmen yang tertuang dalam kebijakan mutu,INDIKATOR MUTU, hasil audit, analisa data survey kepuasan pelanggan, tindakan perbaikan dan pencegahan serta Rapat Tinjauan Manajemen.

f.Tindakan Perbaikan / Korektif

a. Tindakan perbaikan harus sesuai dengan penyebab ketidaksesuaian yang ditemukan.
b. Puskemas mengambil tindakan perbaikan untuk mengurangi penyebab ketidaksesuaian dalam rangka untuk mencegah ketidaksesuaian terulang lagi.
c. Prosedur perbaikan harus mencakup :
   - Meninjau ketidaksesuaian termasuk keluhan pelanggan.

- Menentukan penyebab ketidaksesuaian.
- Mengevaluasi tindakan yang dibutuhkan untuk memastikan ketidaksesuaian tidak terulang.
- Menetukan dan menerapkan tindakan yang dibutuhkan.
- Merekam hasil tindakan yang diambil.
- Meninjau tindakan perbaikan yang diambil.

g.Tindakan Pencegahan / Preventif

a. Puskesmas menentukan tindakan untuk mengurangi penyebab potensial ketidaksesuaian untuk mencegah peristiwa tersebut. Tindakan pencegahan harus sesuai dengan penyebab masalah yang potensial.
b. Prosedur pencegahan harus mencakup :
   - Menentukan potensi ketidaksesuaian dan penyebabnya.
   - Mengevaluasi tindakan yang dibutuhkan untuk, mencegah peristiwa ketidaksesuaian.
   - Menentukan dan menerapkan tindakan yang dibutuhkan.
   - Merekam hasil tindakan yang diambil.
   - Meninjau tindakan pencegahan yang diambil.

BAB VII
PENUTUP

Demikian manual mutu dibuat dan telah disahkan oleh Kepala Puskesmas untuk dijadikan acuan dalam bertindak dan mengambil keputusan dalam rangka menjalankan sistem serta tugas dan tanggung jawab masing – masing sesuai dengan kapasitas dan wewenang yang telah diberikan.

Bagi kami apabila Puskesmas XXXXXX lolos dalam Penilaian Akreditasi dan mendapat Sertifikasi Akreitasi, bukan merupakan hasil akhir dari proses implementasi mutu, tetapi murupakan awal dari penerapan kualitas secara sistematis dan terorganisir karena Totl Siste Mututerdiri dari aspek pelaksanaan implementasi sistem kualitas dan peningkatan kualitas secara terus menerus

Harapan kami komitmen yang sudah terbentuk tetap terjaga dan tetap kokoh sehingga berkesinambungan selalu berjalan untuk memenuhi tuntutan konsumen global selalu memberikan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan masyarakat. Dengan demikian masyarakat akan merasakan benar keberadaan Puskesmas sebagai bagian dari kehidupan masyarakat secara keseluruhan.

LAMPIRAN:

1. Struktur Organisasi Tim Manajemen Mutu
2. Struktur Organisasi Tim Audit Internal
3. Struktur Organisasi Puskesmas XXXXXX
4. Surat Keputusan tentang Penerapan Manajemen Mutu
5. Indikator Mutu
6. Alur Pelayanan Puskesmas