

Nomor	02 / PDM / XII /2018
Revisi ke	-
Berlaku Tgl	26 Desember 2018

**PEDOMAN TATA NASKAH
PENYUSUNAN DOKUMEN
KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT**



Ditetapkan
Direktur Klinik Pratama Mutiara Sehat

dr. Iskandar, M.Kes

NIP. 1976026 200701 2 008

KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT

Jl Raya Krisak Kelir Km 9 Tambakrejo RT 02/ RW 01 Tiyan Bulu
Sukoharjo, Telp 081329429739

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayahNya, kami dapat menyelesaikan Pedoman Penyusunan Dokumen Klinik Mutiara Sehat ini. Buku ini kami susun sebagai salah satu upaya untuk memberikan acuan dan kemudahan dalam pelaksanaan persiapan akreditasi Klinik Mutiara Sehat.

Akreditasi mempersyaratkan adanya pembuktian pelaksanaan seluruh kegiatan pelayanan melalui dokumentasi dan penelusuran, karena pada prinsip akreditasi seluruh kegiatan harus tertulis dan apa yang tertulis harus dikerjakan dengan sesuai.

Pada kesempatan ini perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang terlibat dalam proses penyusunan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi ini. Semoga dengan digunakannya buku ini dapat mempermudah dalam menyiapkan dokumen akreditasi Klinik Pratama Mutiara Sehat.

Sukoharjo, 26 Desember 2018

Direktur Klinik Pratama Mutiara Sehat

dr. Iskandar, M.Kes

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I Pendahuluan

BAB II Dokumentasi akreditasi Klinik Pratama

BAB III Penyusunan Dokumen Akreditasi

BAB IV Penutup

BAB I

PENDAHULUAN

Akreditasi Klinik Pratama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama merupakan upaya peningkatan mutu dan kinerja pelayanan yang dilakukan melalui membangun sistem manajemen mutu, penyelenggaraan Upaya Kesehatan, dan sistem pelayanan klinis untuk memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan dan peraturan perundangan serta pedoman yang berlaku.

Untuk membangun dan membakukan sistem manajemen mutu, sistem pelayanan, perlu disusun pengaturan-pengaturan (regulasi) internal yang menjadi dasar dalam pelaksanaan upaya kesehatan di Klinik Pratama, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan. Regulasi internal tersebut berupa Kebijakan, Pedoman, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan dokumen lain disusun berdasarkan peraturan perundangan dan pedoman-pedoman eksternal yang berlaku. Untuk memudahkan dalam mempersiapkan regulasi internal tersebut, maka perlu disusun pedoman penyusunan dokumen akreditasi Klinik Pratama.

Pedoman ini disusun dengan tujuan sebagai berikut

1. Tersedianya pedoman bagi Karyawan Klinik Pratama Mutiara Sehat dalam menyusun dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dalam standar akreditasi,
2. Agar Semua dokumen terstandar sesuai apa yang tulis dalam buku ini.

Dengan pembakuan tata naskah ini maka dokumen akan terlihat rapi sehingga memudahkan bagi siapa saja untuk melihat dokumen dokumen yang ada di klinik Pratama Mutiara Sehat ini.

BAB II

DOKUMENTASI AKREDITASI KLINIK PRATAMA

A. Jenis Dokumen Berdasarkan Sumber

1. Dokumen Internal

Sistim manajemen mutu, sistem penyelenggaraan pelayanan upaya kesehatan perorangan, dan sistem penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat perlu dibakukan berdasarkan dokumen internal yang ditetapkan oleh Direktur Klinik Mutiara Sehat. Dokumen internal tersebut disusun dan ditetapkan dalam bentuk dokumen yang harus disediakan oleh Klinik Mutiara Sehat untuk memenuhi standar akreditasi.

2. Dokumen Eksternal

Dokumen eksternal yang berupa peraturan perundangan dan pedoman –pedoman yang diberlakukan oleh kementerian kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan organisasi profesi, yang merupakan acuan bagi Klinik Pratama Mutiara Sehat dalam menyelenggarakan administrasi manajemen dan upaya kesehatan perorangan.

B. Jenis |Dokumen Akreditasi FKTP

1. Dokumen Induk

Dokumen asli dan telah disahkan oleh Direktur Klinik Pratama Mutiara Sehat

2. Dokumen Terkendali

Dokumen yang didistribusikan kepada sekretariat/tiap unit/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 FKTP digunakan untuk keperluan insidental, 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 ini harus ada tanda/stempel “KEDALUWARSA”. Dokumen ini diidentifikasi dan dokumen sisanya dimusnahkan.

C. Dokumen-dokumen yang perlu dipersiapkan di Klinik Pratama

1. Penyelenggaraan Manajemen Klinik Pratama (ADMEN)
 - a. Kebijakan Direktur Klinik Pratama
 - b. Rencana Lima Tahunan Klinik Pratama
 - c. Pedoman/manual mutu,
 - d. Pedoman/panduan teknis yang terkait dengan manajemen
 - e. Standar Operasional Prosedur (SOP)
 - f. Perencanaan Operasional Klinik :
 1. Rencana Usulan Kegiatan (RUK)
 2. Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
 - g. Kerangka Acuan Kegiatan
2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
 - a. Kebijakan tentang pelayanan klinis,
 - b. Pedoman Pelayanan Klinis
 - c. Standar Operasional Prosedur (SOP) klinis,
 - d. Rencana Tahunan
 - e. Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Dokumen-dokumen yang perlu dipersiapkan oleh Klinik Pratama, antara lain adalah:

 - a. Rencana strategik/rencana lima tahunan
 - b. Rencana tahunan
 - c. Kebijakan Direktur Klinik Pratama
 - d. Pedoman/panduan mutu
 - e. Standar Operasional Prosedur (SOP)
 - f. Pedoman / Panduan teknis
 - g. Kerangka Acuan Kegiatan

Sebagai bukti pelaksanaan kegiatan dan pelayanan, Klinik Pratama perlu menyiapkan rekam implementasi (bukti tertulis kegiatan yang dilaksanakan) dan dokumen-dokumen pendukung lain, seperti foto copy ijazah, sertifikat pelatihan, sertifikat kalibrasi, dan sebagainya.

BAB III

PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI

A. Kebijakan

Kebijakan adalah Peraturan/Keputusan yang ditetapkan oleh Direktur Klinik Pratama Mutiara Sehat yang merupakan garis besar yang bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh: penanggung jawab maupun pelaksana. Berdasarkan kebijakan tersebut, disusun pedoman/panduan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang memberikan kejelasan langkah-langkah dalam pelaksanaan kegiatan di Klinik Pratama.

Penyusunan Peraturan/Surat Keputusan tersebut harus didasarkan pada peraturan perundangan, baik Undang-undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Daerah, Peraturan Kepala Daerah, Peraturan Menteri dan pedoman-pedoman teknis yang berlaku seperti yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Peraturan/Surat Keputusan Direktur Klinik Pratama dapat dituangkan dalam pasal-pasal dalam keputusan tersebut, atau merupakan lampiran dari peraturan/keputusan.

Format Peraturan/ surat keputusan dapat disusun sebagai berikut:

1. Pembukaan ditulis dengan huruf Kapital
 - a. Judul : Keputusan Direktur Klinik Pratama Mutiara Sehat
 - b. Nomor: ditulis sesuai sistem penomoran surat keputusan di Klinik Pratama,
 - c. Nama Surat Keputusan ditulis simetris, diletakkan di tengah margin serta ditulis dengan huruf kapital,
 - d. Jabatan pembuat keputusan ditulis simetris, diletakkan di tengah margin serta ditulis dengan huruf kapital,
 - e. Konsideran, meliputi:
 - 1) Menimbang: memuat uraian singkat tentang pokok-pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan keputusan. Huruf awal kata menimbang ditulis dengan huruf capital diakhiri dengan tanda baca titik dua (:), dan diletakkan di bagian kiri, konsideran menimbang diawali dengan penomoran menggunakan huruf kecil abjad dan dimulai dengan kata bahwa dengan “b” huruf kecil;
 - 2) Mengingat: memuat dasar kewenangan dan peraturan perundangan yang memerintahkan pembuat keputusan tersebut. Peraturan perundangan

yang menjadi dasar hukum adalah peraturan yang tingkatannya sederajat atau lebih tinggi. Konsideran ini diletakkan di bagian kiri tegak lurus dengan kata menimbang. Konsideran yang berupa peraturan perundangan diurutkan sesuai dengan hirarki tata perundangan diawali dengan nomor dengan huruf angka 1, 2, dst.

2. Diktum:

- a. Diktum “Memutuskan” ditulis simetris di tengah, seluruhnya dengan huruf capital, serta diletakkan di tengah margin;
- b. Diktum Menetapkan dicantumkan setelah kata memutuskan disejajarkan ke bawah dengan kata menimbang dan mengingat, huruf awal kata menetapkan ditulis dengan huruf capital, dan diakhiri dengan tanda baca titik dua (:);
- c. Nama keputusan sesuai dengan judul (kepala), seluruhnya ditulis dengan huruf capital dan diakhiri dengan tanda baca titik (.).

3. Batang Tubuh

- a. Batang tubuh memuat semua substansi keputusan yang dirumuskan dalam dictum-diktum, misalnya:

KESATU :
KEDUA :
dst

- b. Dicantumkan saat berlakunya peraturan/keputusan, perubahan, pembatalan, pencabutan ketentuan, dan peraturan lainnya, dan
- c. Materi kebijakan dapat dibuat sebagai lampiran peraturan/keputusan, dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh pejabat yang menetapkan peraturan/keputusan.

d. Kaki:

Kaki peraturan/keputusan merupakan bagian akhir substansi peraturan/keputusan yang memuat penanda tangan penerapan peraturan/keputusan, pengundangan peraturan/keputusan yang terdiri atas tempat dan tanggal penetapan, nama jabatan (Huruf Capital), tanda tangan pejabat, dan nama lengkap pejabat yang menanda tangani (Huruf Capital Tanpa Gelar).

e. Penandatanganan:

Peraturan/Keputusan Direktur Klinik Pratama ditandatangani oleh Direktur Klinik Pratama,

f. Lampiran peraturan/keputusan:

- 1) Halaman pertama harus dicantumkan judul dan nomor peraturan/keputusan.
- 2) Halaman terakhir harus ditanda tangani oleh Direktur Klinik Pratama.

Manual Mutu

Manual Mutu adalah: dokumen yang memberi informasi yang konsisten ke dalam maupun ke luar tentang sistem manajemen mutu. Manual mutu disusun, ditetapkan, dan dipelihara oleh organisasi, yang meliputi:

I. Pendahuluan, yang berisi:

- a. Latar belakang
- b. Ruang Lingkup (proses bisnis)
- c. Tujuan
- d. Landasan hukum dan acuan
- e. Istilah dan definisi

II. Sistem Manajemen Mutu:

- a. Persyaratan umum
- b. Pengendalian dokumen
- c. Pengendalian rekaman

III. Tanggung jawab manajemen:

- a. Komitmen manajemen
- b. Fokus pada pelanggan
- c. Kebijakan mutu
- d. Perencanaan Sistem Manajemen Mutu
- e. Tanggung jawab, wewenang dan komunikasi
- f. Wakil manajemen mutu
- g. Komunikasi internal

IV. Tinjauan Manajemen:

- a. Umum
- b. Masukan tinjauan
- c. Luaran tinjauan

V. Manajemen sumber daya:

- a. Penyediaan sumber daya
- b. Manajemen sumber daya manusia
- c. Infrastruktur
- d. Lingkungan kerja

VI. Penyelenggaraan pelayanan:

Pelayanan klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan) :

- 1) Perencanaan Pelayanan Klinis
- 2) Proses yang berhubungan dengan pelanggan
- 3) Pembelian/pengadaan barang terkait dengan pelayanan klinis:
 - a. Proses pembelian
 - b. Verifikasi barang yang dibeli
 - c. Kontrak dengan pihak ketiga

- 4) Penyelenggaraan pelayanan klinis:
 - a. Pengendalian proses pelayanan klinis
 - b. Validasi proses pelayanan
 - c. Identifikasi dan ketelusuran
 - d. Hak dan kewajiban pasien
 - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (spesiemen, rekam medis, dsb)
 - f. Manajemen risiko dan keselamatan pasien
- 5) Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan Pasien
 - a. Penilaian indikator kinerja klinis
 - b. Pengukuran pencapaian sasaran keselamatan pasien
 - c. Pelaporan insiden keselamatan pasien
 - d. Analisis dan tindak lanjut
 - e. Penerapan manajemen resiko
- 6) Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan:
 - a. Umum
 - b. Pemantauan dan pengukuran:
 - 1) Kepuasan pelanggan
 - 2) Audit internal
 - 3) Pemantauan dan pengukuran proses, kinerja
 - 4) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
 - c. Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
 - d. Analisis data
 - e. Peningkatan berkelanjutan
 - f. Tindakan korektif
 - g. Tindakan preventif

VII .Penutup

B. Rencana Lima Tahunan Klinik Pratama

1. Pendahuluan

Sejalan dengan rencana strategi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Klinik Pratama perlu menyusun rencana kinerja lima tahunan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan target kinerja yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Rencana lima tahunan tersebut harus sesuai dengan visi, misi, tugas pokok dan fungsi Klinik Pratama berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Dalam menyusun rencana lima tahunan, Direktur Klinik Pratama bersama seluruh jajaran karyawan yang bertugas di Klinik Pratama melakukan analisis situasi yang meliputi analisis pencapaian kinerja, mencari factor-faktor yang menjadi pendorong maupun penghambat kinerja, sehingga dapat menyusun program kerja lima tahunan yang dijabarkan dalam kegiatan dan rencana anggaran.

2. Sistematika Rencana Kinerja Lima Tahunan Klinik Pratama.

Sistematika Rencana kinerja lima tahunan Klinik Pratama dapat disusun dengan sistematika sebagai berikut:

Kata Pengantar

Bab I. Pendahuluan

- A. Keadaan Umum Klinik Pratama
- B. Tujuan penyusunan rencana lima tahunan

Bab II. Kendala dan Masalah

A. Identifikasi keadaan dan masalah

a. Tim mempelajari kebijakan ,RPJMN, rencana strategis Kementrian kesehatan, Standar Pelayanan Minimal (SPM) kabupaten/kota, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten /Kota ,target kinerja lima tahunan yang harus dicapai Klinik Pratama.

b. Tim mengumpulkan data :

- a) Data Umum
- b) Data Wilayah
- c) Data Penduduk sasaran
- d) Data Cakupan
- e) Data Sumber daya

c. Tim melakukan analisis

d. Alternatif pemecahan masalah

B. Penyusunan Rencana

- 1) Penetapan tujuan dan dan sasaran
- 2) Penyusunan rencana
 - a) Penetapan strategi pelaksanaan
 - b) Penetapan kegiatan
 - c) Pengorganisasian
 - d) Penghitungan sumber daya

C. Penyusunan Rencana Pelaksanaan (POA)

- 1) penjadwalan
- 2) Pengalokasian sumber daya
- 3) pelaksanaan kegiatan

- 4) Penggerak pelaksanaan
- D. Penyusunan Pelengkap Dokumen

Bab III. Indikator dan standar kinerja untuk tiap upaya dan jenis pelayanan

Klinik Pratama

Klinik Pratama menetapkan indikator kinerja capaian tiap upaya/program dan jenis pelayanan

Bab IV. Analisis Kinerja

- A. Pencapaian Kinerja untuk tiap jenis pelayanan dan upaya Klinik Pratama
- B. Analisis Kinerja: menganalisis factor pendukung dan penghambat pencapaian kinerja

Bab V. Rencana Pencapaian Kinerja Lima Tahun

- A. Program Kerja dan kegiatan: berisi program-program kerja yang akan dilakukan yang meliputi antara lain:
 - 1. Program Kerja Pengembangan SDM, yang dijabarkan dalam kegiatan-kegiatan, misalnya: pelatihan, pengusulan penambahan SDM, seminar, workshop, dsb
 - 2. Program Kerja Pengembangan sarana, yang dijabarkan dalam kegiatan-kegiatan, misalnya: pemeliharaan sarana, pengadaan alat-alat kesehatan, dsb
 - 3. Program Kerja Pengembangan Manajemen, dan seterusnya
 - 4. Program Kerja Pengembangan UKM dan UKP.
- B. Rencana anggaran: yang merupakan rencana biaya untuk tiap-tiap program kerja dan kegiatan-kegiatan yang direncanakan secara garis besar

Bab VI. Pemantauan dan penilaian

Bab VII. Penutup.

Lampiran : matriks rencana kinerja lima tahunan Klinik Pratama/ Klinik,

3. Langkah-langkah Penyusunan Rencana Kinerja Lima Tahunan Klinik Pratama/ Klinik:

Adapun tahapan penyusunan rencana lima tahunan Klinik Pratama/ Klinik adalah sebagai berikut:

- a. Membentuk tim penyusunan rencana kinerja lima tahun yang terdiri dari Direktur Klinik Pratama bersama dengan penanggung jawab upaya Klinik Pratama dan Pelayanan Klinis.
- b. Tim mempelajari rencana strategi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, target kinerja lima tahunan yang harus dicapai oleh Klinik Pratama

- c. Tim mengumpulkan data pencapaian kinerja
 - d. Tim melakukan analisis kinerja
 - e. Tim menyusun pentahapan pencapaian indicator kinerja untuk tiap upaya Klinik Pratama dengan penjabaran pencapaian untuk tiap tahun
 - f. Tim menyusun program kerja dan kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai target pada tiap-tiap indicator kinerja
 - g. Tim menyusun dokumen rencana kinerja lima tahunan untuk disahkan oleh Direktur Klinik Pratama
 - h. Sosialisasi rencana pada seluruh jajaran Klinik Pratama
4. Matriks Rencana Kinerja Lima Tahunan (lihat form excel)
- Panduan dalam mengisi matriks rencana kinerja lima tahunan:
- a. Nomor : diisi dengan nomor urut
 - b. Pelayanan/Upaya Klinik Pratama: diisi dengan Pelayanan Klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan), dan Upaya Kesehatan Masyarakat yang dilaksanakan di Klinik Pratama tersebut, misalnya Upaya KIA, Upaya KB, Upaya PKM, dan seterusnya.
 - c. Indikator: diisi dengan indikator-indikator yang menjadi tolok ukur kinerja Upaya/Pelayanan
 - d. Standar : diisi dengan standar kinerja untuk tiap indikator
 - e. Pencapaian : diisi dengan pencapaian kinerja tahun terakhir
 - f. Target pencapaian: diisi dengan target-target yang akan dicapai pada tiap tahap tahunan
 - g. Program Kerja : diisi dengan Program Kerja yang akan dilakukan untuk mencapai target pada tiap tahun berdasarkan hasil analisis kinerja, misalnya program kerja pengembangan SDM, program kerja peningkatan mutu, program kerja pengembangan SDM, program kerja pengembangan sarana, dsb
 - h. Kegiatan: merupakan rincian kegiatan untuk tiap program yang direncanakan, misalnya untuk program pengembangan SDM, kegiatan Pelatihan Perawat, Pelatihan Tenaga PKM, dan sebagainya.
 - i. Volume : diisi dengan volume kegiatan yang direncanakan untuk tiap tahapan tahunan
 - j. Harga Satuan: harga satuan untuk tiap kegiatan.
 - k. Perkiraan Biaya : diisi dengan perkalian antara volume dengan harga satuan.

5. Penutup

Panduan ini disusun dengan harapan akan membantu Direktur Klinik Pratama dalam menyusun rencana kinerja lima tahunan, yang kemudian diuraikan dalam rencana tahunan dalam bentuk Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pencapaian Kegiatan.

Lampiran:

Lampiran 1. Matriks Rencana Kinerja Lima Tahunan Klinik Pratama

D. Perencanaan Klinik Pratama Tahunan.

Perencanaan adalah: suatu proses kegiatan secara urut yang harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia secara berhasil guna dan berdaya guna.

Perencanaan Klinik diartikan sebagai proses penyusunan rencana kegiatan Klinik Pratama pada tahun yang akan datang, dilakukan secara sistematis untuk mengatasi masalah atau sebagian masalah kesehatan masyarakat diwilayah kerjanya.

Perencanaan Klinik Pratama mencakup semua kegiatan upaya Klinik Pratama yang dilakukan di Klinik Pratama baik wajib, pengembangan maupun upaya khusus spesifik wilayah/ Klinik Pratama sebagai rencana Tahunan Klinik Pratama yang dibiayai oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun daerah serta sumber dana lainnya.

1. Mekanisme Perencanaan Klinik

Langkah pertama dalam mekanisme Perencanaan Klinik adalah: menyusun usulan kegiatan yang meliputi usulan mencakup semua kegiatan semua upaya Klinik Pratama, maupun upaya khusus spesifik wilayah/ Klinik Pratama. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik secara global, nasional maupun daerah sesuai dengan hasil kajian data dan informasi yang tersedia di Klinik Pratama. Klinik Pratama perlu mempertimbangkan masukan dari masyarakat melalui kajian maupun asupan dari lintas sektoral Klinik Pratama. Rencana Usulan Kegiatan harus dilengkapi usulan pembiayaan untuk kebutuhan rutin, sarana, prasarana dan operasional Klinik Pratama. RUK yang disusun merupakan RUK tahun mendatang (H+1). Secara rinci RUK dijabarkan kedalam rencana pelaksanaan kegiatan (RPK).

2. Tahap penyusunan RUK.

a. Tahap persiapan.

Tahap ini mempersiapkan staf Klinik Pratama yang terlibat dalam proses penyusunan RUK agar memperoleh kesamaan pandangan dan pengetahuan untuk melaksanakan tahap- tahap perencanaan.

b. Tahap analisis situasi.

Tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan permasalahan yang dihadapi Klinik Pratama melalui proses analisis terhadap data yang dikumpulkan tim yang telah ditunjuk oleh Direktur

Klinik Pratama. Data- data tersebut mencakup data umum, data khusus (hasil penilaian kinerja Klinik Pratama)

3. Tahap penyusunan RUK.

Penyusunan RUK memperhatikan hal- hal untuk mempertahankan kegiatan yang sudah dicapai pada periode sebelumnya dan memperhatikan program/ upaya yang masih bermasalah, menyusun rencana kegiatan baru yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan diwilayan tersebut dan kemampuan Klinik Pratama.

Penyusunan RUK terdiri dua tahap, yaitu:

a. Analisis Masalah dan Kebutuhan Masyarakat.

Analisis masalah dan kebutuhan masyarakat dilakukan melalui kesepakatan tim penyusun dan lintas sektoral Klinik Pratama melalui:

- 1) Identifikasi masalah dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, melalui analisis kesehatan masyarakat (*community health analysis*)
- 2) Menetapkan urutan prioritas masalah,
- 3) Merumuskan masalah,
- 4) Mencari akar penyebab, dapat mepergunakan diagram sebab akibat, pohon masalah, curah pendapat, dan alat lain yang dapat digunakan.

b. Penyusunan RUK.

Penyusunan RUK meliputi upaya kesehatan upaya wajib, pengembangan dan upaya khusus setempat yang meliputi:

- 1) Kegiatan tahun yang akan datang,
- 2) Kebutuhan sumber daya,
- 3) Rekapitulasi rencana usulan kegiatan.

4. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan.

Rencana Pelaksanaan Kegiatan baik upaya kesehatan wajib, pengembangan maupun khusus setempat dan rencana inovasi secara bersama-sama, terpadu dan terintegrasi, dengan langkah-langkah:

- a. Mempelajari alokasi kegiatan,
- b. Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan RUK,
- c. Menyusun rancangan awal secara rinci,
- d. Mengadakan Rapat Rutin Bulanan,
- e. Membuat Rencana Pelaksanaan Kegiatan.

Proses penyusunan Perencanaan Klinik dengan menggunakan format- format sesuai dengan Pedomanan Perencanaan Klinik. Adapun format-format untuk dilihat didalam lampiran buku panduan penyusunan dokumen ini.

C. Pedoman/ Panduan

Pedoman/ panduan adalah: kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah langkah-langkah yang harus dilakukan. Pedoman merupakan dasar untuk menentukan dan melaksanakan kegiatan.

Panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan, sehingga dapat diartikan pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya mengatur 1 (satu) kegiatan. Pedoman/ panduan dapat diterapkan dengan baik dan benar melalui penerapan SOP.

Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman/panduan maka Klinik menyusun/membuat sistematika buku pedoman/ panduan sesuai kebutuhan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman atau panduan yaitu :

1. Setiap pedoman atau panduan harus dilengkapi dengan peraturan atau keputusan Direktur Klinik Pratama untuk pemberlakuan pedoman/ panduan tersebut.
2. Peraturan Direktur Klinik Pratama tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Direktur Klinik Pratama.
3. Setiap pedoman/ panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
4. Bila Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Pedoman/ Panduan untuk suatu kegiatan/ pelayanan tertentu, maka Klinik Pratama dalam membuat pedoman/ panduan wajib mengacu pada pedoman/ panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan.
5. Format baku sistematika pedoman panduan yang lazim digunakan sebagai berikut :

a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum Klinik Pratama

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan Klinik Pratama

BAB IV Struktur Organisasi Klinik Pratama

BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan/ Rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian
2. Laporan Bulanan

3. Laporan Tahunan

b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Ruang Lingkup Pelayanan
- D. Batasan Operasional
- E. Landasan Hukum

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
- B. Distribusi Ketenagaan
- C. Jadwal Kegiatan, termasuk Pengaturan Jaga (Rawat Inap)

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruang
- B. Standar Fasilitas

BAB IV TATALAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

c. Format Panduan Pelayanan Klinik Pratama

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATALAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

Sistematika panduan pelayanan Klinik Pratama dapat dibuat sesuai dengan materi/isi panduan. Pedoman/panduan yang harus dibuat adalah pedoman/panduan minimal yang harus ada di Klinik Pratama yang dipersyaratkan sebagai regulasi yang diminta dalam elemen penilaian.

D. **Penyusunan kerangka acuan program/kegiatan.**

Kerangka acuan disusun untuk program atau kegiatan yang akan dilakukan oleh Klinik Pratama, misalnya: program pengembangan SDM, program peningkatan mutu Klinik Pratama dan Keselamatan Pasien, Program pencegahan bencana, Program pencegahan kebakaran, Program Imunisasi, dsb. Dalam menyusun kerangka acuan harus jelas tujuan dan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan dalam mencapai tujuan. Tujuan dibedakan atas tujuan umum yang merupakan tujuan secara garis besar dari keseluruhan program/kegiatan, dan tujuan khusus

yang merupakan tujuan dari tiap-tiap kegiatan yang akan dilakukan. Dalam kerangka acuan harus dijelaskan bagaimana cara melaksanakan kegiatan agar tujuan tercapai, dengan penjadualan yang jelas, dan evaluasi serta pelaporan.

1. Sistematika/ Format Kerangka Acuan Program/Kegiatan

Sistematika atau format kerangka acuan Program/Kegiatan adalah sebagai berikut :

- a. Pendahuluan
- b. Latar belakang
- c. Tujuan umum dan tujuan khusus
- d. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan
- e. Cara melaksanakan kegiatan
- f. Sasaran
- g. Jadwal pelaksanaan kegiatan
- h. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
- i. Pencatatan, Pelaporan dan evaluasi kegiatan

Jika diperlukan, dapat ditambahkan butir-butir lain sesuai kebutuhan, tetapi tidak diperbolehkan mengurangi, misalnya rencana pembiayaan dan anggaran

Petunjuk Penulisan

a. Pendahuluan

Yang ditulis dalam pendahuluan adalah hal-hal yang bersifat umum yang masih terkait dengan upaya/ kegiatan

b. Latar belakang

Latar belakang adalah merupakan justifikasi atau alasan mengapa program tersebut disusun. Sebaiknya dilengkapi dengan data-data sehingga alasan diperlukan program tersebut dapat lebih kuat.

c. Tujuan umum dan tujuan khusus

Tujuan ini adalah merupakan tujuan Program/kegiatan. Tujuan umum adalah tujuan secara garis besarnya, sedangkan tujuan khusus adalah tujuan secara rinci

d. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan

Kegiatan pokok dan rincian kegiatan adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya tujuan Program/kegiatan. Oleh karena itu antara tujuan dan kegiatan harus berkaitan dan sejalan.

e. Cara melaksanakan kegiatan

Cara melaksanakan kegiatan adalah metode untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan. Metode tersebut bisa antara lain dengan membentuk tim, melakukan rapat, melakukan audit, dan lain-lain

f. Sasaran

Sasaran program adalah target pertahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan upaya/ kegiatan.

Sasaran Program/kegiatan menunjukkan hasil antara yang diperlukan untuk merealisasi tujuan tertentu. Penyusunan sasaran program perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

Sasaran yang baik harus memenuhi “SMART” yaitu :

- 1) **Specific** : sasaran harus menggambarkan hasil spesifik yang diinginkan, bukan cara pencapaiannya. Sasaran harus memberikan arah dan tolok ukur yang jelas sehingga dapat dijadikan landasan untuk penyusunan strategi dan kegiatan yang spesifik.
- 2) **Measurable** : sasaran harus terukur dan dapat dipergunakan untuk memastikan apa dan kapan pencapaiannya. Akontabilitas harus ditanamkan kedalam proses perencanaan. Oleh karenanya metodologi untuk mengukur pencapaian sasaran (keberhasilan upaya/ kegiatan) harus ditetapkan sebelum kegiatan yang terkait dengan sasaran tersebut dilaksanakan.
- 3) **Agressive but Attainable** : apabila sasaran harus dijadikan standar keberhasilan, maka sasaran harus menantang, namun tidak boleh mengandung target yang tidak layak.
- 4) **Result oriented** : sedapat mungkin sasaran harus menspesifikkan hasil yang ingin dicapai. Misalnya : mengurangi komplain masyarakat terhadap pelayanan rawat inap sebesar 50%
- 5) **Time bound** : sasaran sebaiknya dapat dicapai dalam waktu yang relatif pendek, mulai dari beberapa minggu sampai beberapa bulan (sebaiknya kurang dari 1 tahun). Kalau ada Program/kegiatan 5 (lima) tahun dibuat sasaran antara. Sasaran akan lebih mudah dikelola dan dapat lebih serasi dengan proses anggaran apabila dibuat sesuai dengan batas-batas tahun anggaran di Klinik Pratama.

g. Jadwal pelaksanaan kegiatan

Skedul atau jadwal adalah merupakan perencanaan waktu untuk tiap-tiap rincian kegiatan yang akan dilaksanakan, yang digambarkan dalam bentuk bagan Gantt.

h. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan

Yang dimaksud dengan evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan kegiatan terhadap jadwal yang direncanakan. Jadwal tersebut akan dievaluasi setiap berapa bulan sekali (kurun waktu tertentu), sehingga apabila dari evaluasi diketahui ada pergeseran jadwal atau penyimpangan jadwal, maka dapat segera diperbaiki sehingga tidak mengganggu Program/kegiatan secara keseluruhan. Karena itu yang ditulis dalam

kerangka acuan adalah kapan (setiap kurun waktu berapa lama) evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan dan siapa yang melakukan.

Yang dimaksud dengan pelaporannya adalah bagaimana membuat laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan tersebut dan kapan laporan tersebut harus dibuat. Jadi yang harus ditulis di dalam kerangka acuan adalah cara bagaimana membuat laporan evaluasi dan kapan laporan tersebut harus dibuat dan ditujukan kepada siapa.

h. Pencatatan, Pelaporan dan evaluasi kegiatan

Pencatatan adalah catatan kegiatan dan yang ditulis dalam kerangka acuan adalah bagaimana melakukan pencatatan kegiatan atau membuat dokumentasi kegiatan.

Pelaporan adalah bagaimana membuat laporan program dan kapan laporan harus diserahkan dan kepada siapa saja laporan tersebut harus diserahkan.

Evaluasi kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan Program/kegiatan secara menyeluruh. Jadi yang di tulis didalam kerangka acuan, bagaimana melakukan evaluasi dan kapan evaluasi harus dilakukan.

Format kerangka acuan sesuai yang diterapkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota masing- masing.

E. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Istilah prosedur ada beberapa pengertian, diantaranya:

1. *Standard Operating Procedures* (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintah, (Kepmenpan No.021 tahun 2008).
2. Instruksi kerja adalah petunjuk kerja terdokumentasi yang dibuat secara rinci, spesifik dan bersifat instruktif, yang dipergunakan oleh pekerja sebagai acuan dalam melaksanakan suatu pekerjaan spesifik agar dapat mencapai hasil kerja sesuai persyaratan yang telah ditetapkan (Susilo, 2003).

Langkah didalam penyusunan instruksi kerja sama dengan penyusunan prosedur, namun ada perbedaan, instruksi kerja adalah suatu proses yang melibatkan satu bagian/unit/ profesi, sedangkan prosedur adalah suatu proses yang melibatkan lebih dari satu bagian/ unit/ profesi. Prinsip dalam penyusunan prosedur dan instruksi kerja adalah kerjakan yang ditulis, tulis yang dikerjakan, buktikan dan tindak-lanjut, serta dapat ditelusur hasilnya.

3. Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. Istilah ini digunakan di Undang-undang No. 29 Tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran dan Undang-undang No. 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit,

Beberapa Istilah Prosedur yang sering digunakan yaitu :

- ☐ Prosedur yang telah ditetapkan disingkat Protap,
- ☐ Prosedur untuk panduan Kerja (prosedur kerja, disingkat PK),
- ☐ Prosedur untuk melakukan tindakan,
- ☐ Prosedur Penatalaksanaan
- ☐ Petunjuk pelaksanaan disingkat Juklak,
- ☐ Petunjuk pelaksanaan secara teknis, disingkat Juknis,
- ☐ Prosedur untuk melakukan tindakan klinis: protokol klinis, *Algoritma/Clinical Pathway*

Walaupun banyak istilah tentang pengertian prosedur agar tidak menjadikan salah tafsir maka yang dipergunakan didalam dokumen akreditasi Klinik Pratama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama didalam buku panduan ini adalah “**Standar Operasional Prosedur (SOP)**”. Sedangkan pengertian **SOP** adalah : Suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang di bakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

- a. Tujuan Penyusunan SOP,
 - Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.
- b. Manfaat SOP
- c. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Klinik Pratama
- d. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
- e. Memastikan staf Klinik Pratama memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

Contoh :

SOP Pemberian informasi, SOP Pemasangan infus, SOP Pemindahan pasien dari tempat tidur ke kereta dorong.

f. Format SOP.

- 1) Format SOP dibakukan agar tidak terjadi banyak format yang digunakan, contoh pada lampiran, dan diberlakukan sesuai dengan akreditasi Klinik Pratama ini diberlakukan,
- 2) Format merupakan format minimal, oleh karena itu format ini dapat diberi tambahan materi/ kolom misalnya, nama penyusun SOP, unit yang memeriksa SOP. Untuk SOP tindakan agar memudahkan didalam melihat langkah- langkahnya dengan bagan alir, persiapan alat dan bahan dan lain- lain, namun tidak boleh mengurangi item-tem yang ada di SOP.

Format SOP sebagai berikut :

	JUDUL		
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
		Halaman :	
KLINIK PRATAMA MUTIARA SEHAT	Ttd		dr. Iskandar, M.Kes

1. Pengertian	
2. Tujuan	
3. Kebijakan	
4. Referensi	
5. Prosedur /Langkah- langkah	
6. Unit Terkait	
7. Rekaman Historis	

- **Penjelasan :**
Penulisan SOP yang harus tetap didalam tabel/kotak adalah :nama Klinik Pratama, judul SOP, nomor dokumen, tanggal terbit dan tandatangan Direktur Klinik Pratama, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur/ langkah- langkah,diagram alir (jika diperlukan) dan unit terkait boleh tidak diberi kotak/ tabel.
- g. Petunjuk Pengisian SOP
- Logo** yang dipakai adalah logo Klinik, nama organisasi adalah nama Klinik Pratama
 - Kotak Heading** : masing-masing kotak (Klinik Pratama, judul SOP, No. dokumen, No.revisi, Halaman, SOP, tanggal terbit, ditetapkan Direktur Klinik Pratama) diisi sebagai berikut :
 - *Heading* dan kotaknya dicetak pada halaman pertama saja.
 - Kotak Klinik Pratama/ Klinik diberi nama Klinik Pratama dan logo nama Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
 - Judul SOP : diberi Judul /nama SOP sesuai proses kerjanya

- No. Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Klinik Pratama/FKTP yang bersangkutan, dibuat sistematis agar ada keseragaman.
- No. Revisi : diisi dengan status revisi, dengan angka, untuk dokumen baru dapat diberi nomor 0, sedangkan dokumen revisi pertama diberi nomor 1, dan seterusnya.
- Halaman : diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SOP tersebut. misalnya : halaman pertama : 1/5, halaman kedua: 2/5, halaman terakhir : 5/5.
- SOP diberi penamaan sesuai ketentuan (istilah) yang digunakan Klinik Pratama/FKTP, misalnya :SOP, Prosedur, prosedur tetap, petunjuk pelaksanaan, prosedur kerja dan sebagainya, namun didalam akreditasi
- Tanggal terbit : diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal diberlakukannya SOP tersebut
- Ditetapkan Direktur Klinik : diberi tandatangan Direktur Klinik Pratama/FKTP dan nama jelasnya.

c. Isi SOP

Isi dari SOP minimal adalah sebagai berikut:

1. **Pengertian** : yang paling awal diisi judul SOP adalah, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/menimbulkan multi persepsi.
2. **Tujuan** :berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci : “Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk”
3. **Kebijakan** :berisi kebijakan Direktur Klinik Pratama yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SOP tersebut, contoh untuk SOP imunisasi pada bayi, pada kebijakan dituliskan: Keputusan Direktur Klinik Pratama Mutiara Sehat No 005/SOP/II/2019 tentang Pelayanan Imunisasi.
4. **Referensi**: berisikan dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bisa berbentuk buku, peraturan perundang- undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka,
5. **Langkah- langkah prosedur** :bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
6. **Unit terkait** : berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

Dari keenam isi SOP sebagaimana diuraikan di atas, dapat ditambahkan antala lain: bagan alir, dokumen terkait, dsb menyesuaikan dengan format

Diagram Alir/ bagan alir (Flow Chart):

Didalam penyusunan prosedur maupun instruksi kerja sebaiknya dalam langkah- langkah kegiatan dilengkapi dengan diagram alir/bagan alir untuk memudahkan dalam pemahaman langkah-langkahnya. Adapun bagan alir secara garis besar dibagi menjadi dua macam, yaitu diagram alir makro dan diagram alir mikro.

- Diagram alir makro, menunjukkan kegiatan-kegiatan secara garis besar dari proses yang ingin kita tingkatkan, hanya mengenal satu simbol, yaitu simbol balok:



- Diagram alir mikro, menunjukkan rincian kegiatan-kegiatan dari tiap tahapan diagram makro, bentuk simbul sebagai berikut:

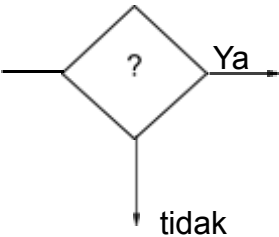
o Awal kegiatan :



o Akhir kegiatan :



o Simbol Keputusan :



o Penghubung :



o Dokumen :



o Arsip :



d. Tata Cara Pengelolaan SOP:

- 1) Agar ditetapkan siapa yang mengelola SOP,

- 2) Pengelola SOP harus mempunyai arsip seluruh SOP Klinik Pratama/Klinik,
- 3) Pengelola SOP agar membuat tata cara penyusunan, penomoran, distribusi, penarikan, penyimpanan, evaluasi dan revisi SOP

e. Tata Cara Penyusunan SOP

Hal-hal yang perlu diingat :

- 1) Siapa yang harus menulis atau menyusun SOP
- 2) Bagaimana merencanakan dan mengembangkan SOP
- 3) Bagaimana SOP dapat dikenali
- 4) Bagaimana memperkenalkan SOP kepada pelaksana dan unit terkait
- 5) Bagaimana pengendalian SOP: penomoran, revisi yang seberapa, dan distribusi kepada siapa.
- 6) Syarat penyusunan SOP :
 - Identifikasi kebutuhan, yakni mengidentifikasi apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah memiliki SOP atau belum, dan bila sudah agar diidentifikasi apakah SOP masih efektif atau tidak, jika belum apakah kegiatan tersebut perlu disusun prosedurnya.
 - Perlu ditekankan bahwa **SOP harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan** tersebut atau oleh unit kerja tersebut. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur Klinik Pratama/FKTP hanya untuk menanggapi dan mengoreksi SOP tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SOP hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan personel/unit kerja dalam penyusunan SOP.
 - SOP harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim Mutu diminta memberikan tanggapan.
 - Di dalam SOP harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan, dan mengapa.
 - SOP jangan menggunakan kalimat majemuk, subjek, predikat dan objek harus jelas.
 - SOP harus menggunakan kalimat perintah/instruksi dengan bahasa yang dikenal pemakai.
 - SOP harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan. Untuk SOP pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SOP profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti

perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) kesehatan, dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

f. Proses penyusunan SOP

- 1) SOP disusun dengan menggunakan format sesuai dengan panduan penyusunan dokumen akreditasi Klinik Pratama/FKTP ini.
- 2) Penyusunan SOP dapat dikoordinir oleh tim mutu/tim akreditasi Klinik Pratama/FKTP dengan mekanisme sebagai berikut :
 - a) Pelaksana atau unit kerja/ upaya menyusun SOP dengan melibatkan unit terkait.
 - b) SOP yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke tim mutu/tim akreditasi,
 - c) Fungsi tim mutu/ tim akreditasi Klinik Pratama didalam penyusunan SOP adalah :
 - (1) Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki SOP yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan,
 - (2) Mengkoordinir proses pembuatan SOP sehingga tidak terjadi duplikasi SOP/tumpang tindih SOP antar unit,
 - (3) Melakukan cek ulang terhadap SOP-SOP yang akan ditandatangani oleh Direktur Klinik Pratama.
 - (4) Penyusunan SOP dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan SOP. Untuk SOP pelayanan dan SOP administrasi, untuk melakukan identifikasi kebutuhan SOP bisa dilakukan dengan menggambarkan proses bisnis di unit kerja tersebut atau alur kegiatan dari kerja yang dilakukan di unit tersebut. Sedangkan untuk SOP klinis, identifikasi kebutuhan dilakukan dengan mengetahui pola penyakit yang sering ditangani di unit kerja tersebut. Dari identifikasi kebutuhan SOP dapat diketahui berapa banyak dan macam SOP yang harus dibuat/disusun. Untuk melakukan identifikasi kebutuhan SOP dapat pula dilakukan dengan memperhatikan elemen penilaian pada standar akreditasi, minimal SOP-SOP apa saja yang harus ada. SOP yang dipersyaratkan di elemen penilaian adalah SOP minimal yang harus ada di Klinik Pratama/FKTP. Sedangkan identifikasi SOP dengan menggambarkan terlebih dahulu proses bisnis di unit kerja adalah seluruh SOP secara lengkap yang harus ada di unit kerja tersebut.
 - (5) Mengingat SOP merupakan *flow charting* dari proses kegiatan maka untuk memperoleh pengertian yang jelas bagi subyek, penulisan SOP adalah dimulai dengan membuat *flow chart* dari

kegiatan yang dilaksanakan. Caranya adalah membuat diagram kotak sederhana yang menggambarkan langkah penting dari seluruh proses.

Setelah dibuatkan diagram kotak maka diuraikan kegiatan di masing-masing kotak dan dibuat alurnya.

- (6) Semua SOP harus ditandatangani oleh Direktur Klinik Pratama/ Direktur Klinik,
- (7) Agar SOP dapat dikenali oleh pelaksana maka perlu dilakukan sosialisasi SOP-SOP tersebut dan bila SOP tersebut rumit maka untuk melaksanakan SOP tersebut perlu dilakukan pelatihan.

g. Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan penyusunan SOP

- 1) Ada komitmen dari Direktur Klinik Pratama/FKTP yang terlihat dengan adanya dukungan fasilitas dan sumber daya.
- 2) Adanya fasilitator/petugas yang mempunyai kemampuan dan kemauan untuk menyusun SOP.
- 3) Ada target waktu yaitu ada target dan jadwal yang disusun dan disepakati
- 4) Adanya pemantauan dan pelaporan kemajuan penyusunan SOP.
- 5) Tata cara penomoran SOP.

Penomoran SOP maupun dokumen lainnya diatur pada kebijakan pengendalian dokumen, dengan ketentuan:

- a) Semua SOP harus diberi nomor,
 - b) Klinik Pratama/FKTP agar membuat kebijakan tentang pemberian nomor untuk SOP sesuai dengan tata naskah yang dijadikan pedoman,
 - c) Pemberian nomor mengikuti tata naskah Klinik Pratama/FKTP, atau ketentuan penomoran yang khusus untuk SOP (bisa menggunakan garis miring atau dengan sistem digit). Pemberian nomor sebaiknya dilakukan secara terpusat.
- 6) Kode-kode dapat dipergunakan untuk pemberian nomor, seperti contoh sebagai berikut:
- a) Kode unit kerja : masing-masing unit kerja di Klinik Pratama/FKTP mempunyai kode sendiri-sendiri yang dapat berbentuk angka atau huruf. Sebagai contoh pada Program Bab VI, dengan VI/ SOP/KIA.KB, dan lain sebagainya (namun tergantung didalam pedoman tata naskah yang berlaku,
 - b) Nomor urut SOP adalah urutan nomor SOP di dalam unit kerja upaya Klinik Pratama/FKTP.
 - c) Satu SOP dipergunakan oleh lebih dari satu unit yang berbeda misalnya SOP rujukan pasien maka diberi kolom unit terkait/unit pemakai SOP.

7) Tata Cara Penyimpanan SOP

- a) Penyimpanan adalah bagaimana SOP tersebut disimpan.
- b) SOP asli (master dokumen/ SOP yang sudah dinomori dan sudah ditandatangani) agar disimpan di sekretariat Tim Akreditasi Klinik Pratama/FKTP atau Bagian Tata Usaha Klinik Pratama/FKTP, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di organisasi tersebut tentang tata cara pengarsipan dokumen yang diatur dalam tata naskah. Penyimpanan SOP yang asli harus rapi, sesuai metode pengarsipan sehingga mudah dicari kembali bila diperlukan.
- c) SOP fotocopy disimpan di masing-masing unit upaya Klinik Pratama/FKTP, dimana SOP tersebut dipergunakan. Bila SOP tersebut tidak berlaku lagi atau tidak dipergunakan maka unit kerja wajib mengembalikan SOP yang sudah tidak berlaku tersebut ke sekretariat Tim mutu atau Bagian Tata Usaha sehingga di unit kerja hanya ada SOP yang masih berlaku saja. Sekretariat Tim Mutu atau Bagian Tata Usaha organisasi dapat memusnahkan fotocopy SOP yang tidak berlaku tersebut, namun untuk SOP yang asli agar tetap disimpan, dengan lama penyimpanan sesuai ketentuan dalam ketentuan retensi dokumen yang berlaku di Klinik Pratama/FKTP.
- d) SOP di unit upaya Klinik Pratama/FKTP harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil, dan mudah dibaca oleh pelaksana.

8) Tata Cara Pendistribusian SOP

- a) Distribusi adalah kegiatan atau usaha menyampaikan SOP kepada unit upaya atau pelaksana yang memerlukan SOP tersebut agar dapat digunakan sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatannya. Kegiatan ini dilakukan oleh tim mutu atau bagian Tata Usaha Klinik Pratama/FKTP sesuai pedoman tata naskah.
- b) Distribusi harus memakai ekspedisi dan/atau formulir tanda terima.
- c) Distribusi SOP bisa hanya untuk unit kerja tertentu tetapi bisa juga untuk seluruh unit kerja lainnya.
- d) Bagi Klinik Pratama/Klinik yang sudah menggunakan *e-file* maka distribusi SOP bisa melalui jejaring area local, dan diatur kewenangan otorisasi disetiap unit kerja, sehingga unit kerja dapat mengetahui batas kewenangan dalam membuka SOP.

9) Evaluasi SOP.

Evaluasi SOP dilakukan terhadap isi maupun penerapan SOP.

- a) Evaluasi penerapan/kepatuhan terhadap SOP dapat dilakukan dengan meniai tingkat kepatuhan terhadap langkah-langkah dalam SOP. Untuk evaluasi ini dapat dilakukan dengan menggunakan daftar tilik/*check list*

- Daftar tilik adalah daftar urutan kerja (actions) yang dikerjakan secara konsisten, diikuti dalam pelaksanaan suatu rangkaian kegiatan, untuk diingat, dikerjakan, dan diberi tanda (*check-mark*).
- Daftar tilik merupakan bagian dari sistem manajemen mutu untuk mendukung standarisasi suatu proses pelayanan.
- Daftar tilik tidak dapat digunakan untuk SOP yang kompleks.
- Daftar tilik digunakan untuk mendukung, mempermudah pelaksanaan dan memonitor SOP, bukan untuk menggantikan SOP itu sendiri.

(1) Langkah-langkah menyusun daftar tilik

Langkah awal menyusun daftar tilik dengan melakukan Identifikasi prosedur yang membutuhkan daftar tilik untuk mempermudah pelaksanaan dan monitoringnya

- Gambarkan flow-chart dari prosedur tersebut,
- Buat daftar kerja yang harus dilakukan,
- Susun urutan kerja yang harus dilakukan,
- Masukkan dalam daftar tilik sesuai dengan format tertentu,
- Lakukan uji-coba,
- Lakukan perbaikan daftar tilik,
- Standarisasi daftar tilik.

Daftar tilik untuk mengecek kepatuhan terhadap SOP dalam langkah- langkah kegiatan, dengan rumus sebagai berikut.

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

(2) Evaluasi isi SOP.

- Evaluasi SOP dilaksanakan sesuai kebutuhan dan minimal dua tahun sekali yang dilakukan oleh masing-masing unit kerja.
- Hasil evaluasi :SOP masih tetap bisa dipergunakan, atau SOPtersebut perlu diperbaiki/direvisi. Perbaikan/revisi isi SOP bisa dilakukan sebagian atau seluruhnya.
- Perbaikan/ revisi perlu dilakukan bila :
 - Alur SOP sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada
 - Adanya perkembangan Ilmu dan Teknologi (IPTEK) pelayanan kesehatan
 - Adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru
 - Adanya perubahan fasilitas
- Pergantian Direktur Klinik Pratama, bila SOP memang masih sesuai/ dipergunakan maka tidak perlu direvisi.

F. Pengendalian Dokumen dan Rekam implementasi.

1. Pengertian dokumen adalah: Semua dokumen yg harus disiapkan Klinik Pratama/FKTP yang merupakan regulasi internal yang berlaku di Klinik Pratama/FKTP. Dokumen tersebut disusun disesuaikan dengan persyaratan yang diminta oleh standar Akreditasi.
2. Rekam implementasi adalah: dokumen yang menjadi **bukti obyektif** dari kegiatan yang dilakukan atau hasil yang dicapai didalam kegiatan Klinik Pratama/FKTP dalam melaksanakan regulasi internal atau kegiatan yang direncanakan.
3. Pengendalian dokumen dan rekam implementasi adalah: sistem penomoran dan sistem penyimpanan dokumen dan rekam implementasi. Pengendalian dokumen sebagaimana dipersyaratkan oleh standar akreditasi meliputi:
 - a. Menyetujui dokumen untuk kecukupan sebelum terbit,
 - b. Menelaah dan memperbaharui jika diperlukan, dan persetujuan pemberlakuan ulang dokumen,
 - c. Memastikan bahwa perubahan dan status revisi terkini dari dokumen teridentifikasi,
 - d. Memastikan bahwa versi yang relevan dari dokumen yang dapat diterapkan tersedia ditempat pengguna,
 - e. Memastikan bahwa dokumen tetap dapat terbaca dan segeradapat teridentifikasi,
 - f. Memastikan bahwa dokumen yang berasal dari luar organisasi yang ditetapkan oleh organisasi yang penting untuk perencanaan dan operasional sistem manajemen mutu diidentifikasi dan distribusinya dikendalikan,
 - g. Mencegah penggunaan tidak sengaja dokumen kadaluwarsa dan untuk menerapkan identifikasi yang sesuai pada dokumen bila disimpan untuk maksud apapun.

Catatan/rekam implementasi sebagai bukti pelaksanaan kegiatan juga harus dikendalikan. Organisasi harus menetapkan SOP terdokumentasi untuk mendefinikan pengendalian yang diperlukan untuk identifikasi, penyimpanan, perlindungan, pengambilan, lama simpan dan pemusnahan. Catatan/rekam implementasi harus dapat terbaca, segera dapat teridentifikasi dan dapat diakses kembali.

Untuk memperjelas dokumen akreditasi Klinik Pratama/FKTP dilengkapi dengan contoh- contoh dokumen sebagai lampiran dari pedoman ini.

G. Penataan Dokumen.

Untuk memudahkan didalam pencarian dokumen akreditasi Klinik Pratama/FKTP dikelompokkan masing- masing bab dengan diurutkan setiap urutan kriteria dan elemen penilaian, dan diberikan daftar secara berurutan.

BAB IV

PENUTUP

Pada prinsipnya dokumen akreditasi adalah “TULIS YANG DIKERJAKAN DAN KERJAKAN YANG DITULIS, BISA DIBUKTIKAN SERTA DAPAT DITELUSURI DENGAN BUKTINYA”. Namun pada penerapannya tidaklah semudah itu. Penyusunan kebijakan, pedoman/ panduan, Standar Operasional Prosedur dan program selain diperlukan komitmen Direktur Klinik , juga diperlukan staf yang mampu dan mau menyusun dokumen akreditasi tersebut. Dengan tersusunnya Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi diharapkan dapat membantu dalam menyusun dokumen-dokumen yang dipersyaratkan oleh standar akreditasi.