



Instrumen Akreditasi Puskesmas

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	1
Standar	1
<i>1.1. Analisis Kebutuhan Masyarakat dan Perencanaan Puskesmas</i>	
<i>Standar</i>	4
<i>1.2. Akses dan Pelaksanaan Kegiatan</i>	
<i>Standar</i>	9
<i>1.3. Evaluasi</i>	
Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	11
Standar	11
<i>2.1. Persyaratan Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan</i>	
<i>Tingkat Pertama</i>	
<i>Standar</i>	13
<i>2.2. Persyaratan Ketenagaan Puskesmas</i>	
<i>Standar</i>	14
<i>2.3. Kegiatan Pengelolaan Puskesmas</i>	
<i>Standar</i>	24
<i>2.4. Hak dan Kewajiban Pengguna Puskesmas</i>	
<i>Standar</i>	25
<i>2.5. Kontrak pihak ketiga</i>	
<i>Standar</i>	26
<i>2.6. Pemeliharaan sarana dan prasarana</i>	
Bab III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)	28
Standar	28
<i>3.1. Perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas konsisten dengan tata</i>	
<i>nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan</i>	
<i>oleh Pimpinan Puskesmas, Penanggungjawab Upaya Puskesmas</i>	
<i>dan Pelaksana.</i>	
Bab IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)	33
Standar	33
<i>4.1. Kebutuhan akan Upaya Kesehatan Masyarakat Dianalisis</i>	
<i>Standar</i>	35
<i>4.2. Akses masyarakat dan sasaran kegiatan terhadap kegiatan Upaya</i>	
<i>Kesehatan Masyarakat</i>	
<i>Standar</i>	40
<i>4.3. Kepala Puskesmas dan Penanggungjawab UKM Puskesmas</i>	
<i>melakukan evaluasi terhadap kinerja pelaksanaan kegiatan UKM</i>	
<i>Puskesmas dalam mencapai tujuan dan memenuhi kebutuhan dan</i>	
<i>harapan masyarakat/sasaran</i>	
Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat	41
Standar	41
<i>5.1. Tanggung jawab Pengelolaan UKM Puskesmas</i>	
<i>Standar</i>	45
<i>5.2. Perencanaan Kegiatan UKM Puskesmas</i>	
<i>Standar</i>	47
<i>5.3. Pengorganisasian Upaya Kesehatan Masyarakat</i>	

<i>Standar</i>	49
5.4. <i>Komunikasi dan Koordinasi</i>	
<i>Standar</i>	50
5.5. <i>Kebijakan dan Prosedur Pengelolaan</i>	
5.6. <i>Akuntabilitas Pengelolaan dan Pelaksanaan UKM Puskesmas</i>	52
5.7 <i>Hak dan Kewajiban Sasaran</i>	53
Bab VI. Sasaran Kinerja dan MDG's (SKM)	55
<i>Standar</i>	55
6.1. <i>Perbaikan kinerja masing-masing UKM Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Kepala Puskesmas, Penanggungjawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang ditunjukkan dalam sikap kepemimpinan.</i>	
Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	62
<i>Standar</i>	62
7.1. <i>Proses Pendaftaran Pasien</i>	
<i>Standar</i>	65
7.2. <i>Pengkajian</i>	
<i>Standar</i>	67
7.3. <i>Keputusan Layanan Klinis</i>	
<i>Standar</i>	69
7.4. <i>Rencana Layanan Klinis</i>	
<i>Standar</i>	71
7.5. <i>Rencana rujukan</i>	
<i>Standar</i>	73
7.6. <i>Pelaksanaan layanan</i>	
<i>Standar</i>	77
7.7. <i>Pelayanan anestesi lokal, sedasi dan pembedahan</i>	
<i>Standar</i>	79
7.8. <i>Penyuluhan/pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga</i>	
<i>Standar</i>	79
7.9. <i>Makanan dan Terapi Nutrisi *)</i>	
<i>Standar</i>	81
7.10. <i>Pemulangan dan tindak lanjut *)</i>	
Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	84
<i>Standar</i>	84
8.1. <i>Pelayanan laboratorium tersedia tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan pengkajian pasien, serta mematuhi standar, hukum dan peraturan yang berlaku.</i>	
<i>Standar</i>	90
8.2. <i>Obat yang tersedia dikelola secara efisien untuk memenuhi kebutuhan pasien</i>	
<i>Standar</i>	94
8.3. <i>Pelayanan radiodiagnostik disediakan sesuai kebutuhan pasien, dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten, dan mematuhi persyaratan perundangan yang berlaku</i>	
<i>Standar</i>	99
8.4. <i>Kebutuhan data dan informasi asuhan bagi petugas kesehatan, pengelola sarana, dan pihak terkait di luar organisasi dapat dipenuhi melalui proses yang baku</i>	

<i>Standar</i>	101
8.5. <i>Lingkungan pelayanan mematuhi persyaratan hukum, regulasi dan perijinan yang berlaku</i>	
<i>Standar</i>	103
8.6. <i>Peralatan dikelola dengan tepat.</i>	
<i>Standar</i>	105
8.7. <i>Terdapat proses rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan tenaga klinis yang baku.</i>	
Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	108
<i>Standar</i>	108
9.1. <i>Perencanaan, monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan menjadi tanggung jawab tenaga yang bekerja di pelayanan klinis</i>	
<i>Standar</i>	110
9.2. <i>Mutu layanan klinis dan Keselamatan dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh semua pihak yang berkepentingan.</i>	
<i>Standar</i>	112
9.3. <i>Mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien diukur, dikumpulkan dan dievaluasi dengan tepat</i>	
<i>Standar</i>	114
9.4. <i>Perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien diupayakan, dievaluasi dan dikomunikasikan dengan baik.</i>	

Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
1.1. Analisis Kebutuhan Masyarakat dan Perencanaan Puskesmas					
Kebutuhan masyarakat akan pelayanan Puskesmas diidentifikasi dan tercermin dalam Upaya Puskesmas. Peluang untuk pengembangan dan peningkatan pelayanan diidentifikasi dan dituangkan dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan.					
Kriteria:					
1.1.1. Di Puskesmas ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat dan dilakukan kerja sama untuk mengidentifikasi dan merespons kebutuhan dan harapan masyarakat akan pelayanan Puskesmas yang dituangkan dalam perencanaan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyediakan pelayanan kepada masyarakat. Oleh karena itu perlu ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan permasalahan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya dengan mendapatkan masukan dari masyarakat melalui proses pemberdayaan masyarakat. • Penilaian kebutuhan masyarakat dilakukan dengan melakukan pertemuan dengan tokoh-tokoh masyarakat dan sektor terkait dan kegiatan survei mawas diri, serta memperhatikan data surveilans untuk kemudian dilakukan analisis kesehatan komunitas (<i>community health analysis</i>) yang menjadi bahan untuk penyusunan rencana Puskesmas. • Rencana Puskesmas dituangkan dalam bentuk rencana lima tahunan dan rencana tahunan berupa Rencana Usulan Kegiatan untuk anggaran tahun berikut dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan untuk anggaran tahun berjalan, yang diuraikan lebih lanjut dalam rencana kegiatan bulanan, baik untuk kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. • Dalam penyusunan rencana usulan kegiatan memperhatikan siklus perencanaan yang ada di daerah melalui mekanisme musrenbang desa, kecamatan, kabupaten, dengan memperhatikan potensi daerah masing-masing dan waktu pelaksanaan musrenbang. • Bagi Puskesmas yang ditetapkan sebagai PPK-BLUD harus menyusun rencana strategi bisnis dan rencana bisnis anggaran, sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan tentang PPK-BLUD. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan berdasarkan prioritas			SK Ka Puskesmas ttg jenis pelayanan yang disediakan. Brosur, flyer, papan pemberitahuan, poster		0 5 10
2. Tersedia informasi tentang jenis pelayanan dan jadwal pelayanan.			Brosur, flyer, papan pemberitahuan, poster		0 5 10
3. Ada upaya untuk menjalin komunikasi dengan masyarakat.	Tokoh masyarakat, Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana.	Komunikasi Puskesmas dengan masyarakat	SK Kepala Puskesmas/kerangka acuan/SOP menjalin komunikasi dengan masyarakat, dan hasil-hasilnya		0 5 10
4. Ada Informasi tentang kebutuhan dan harapan masyarakat yang dikumpulkan melalui survei atau kegiatan lainnya.			Kerangka acuan survey, bukti pelaksanaan survey atau mekanisme memperoleh informasi kebutuhan masyarakat, hasil hasil survey, hasil kegiatan lain untuk memperoleh informasi kebutuhan dari masyarakat.		0 5 10
5. Ada perencanaan Puskesmas yang disusun berdasarkan analisis kebutuhan masyarakat dengan melibatkan masyarakat dan sektor terkait yang bersifat komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab UKM dan penanggung jawab UKP, lintas sektor, tokoh masyarakat.	Proses penyusunan perencanaan Puskesmas.	Hasil analisis kebutuhan masyarakat. RUK dan RPK Puskesmas, bukti keterlibatan masyarakat dan sektor terkait dalam pembahasan RUK/RPK, bukti penyusunan RUK/RPK mempertimbangkan informasi kebutuhan masyarakat.		0 5 10

6. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab, dan Pelaksana Kegiatan menyelaraskan antara kebutuhan dan harapan masyarakat dengan visi, misi, fungsi dan tugas pokok Puskesmas	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Proses penyusunan perencanaan Puskesmas: keselarasan antara rencana, kebutuhan dan harapan masyarakat, visi, misi, tupoksi.	Rekam rapat penyusunan perencanaan Puskesmas: keselarasan rencana dengan informasi kebutuhan harapan masyarakat, serta visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 1.1.2. Dilakukan pembahasan bersama dengan masyarakat secara proaktif untuk mengetahui dan menanggapi reSOPns masyarakat terhadap mutu dan kinerja pelayanan, untuk meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan, pelaksanaan upaya Puskesmas, dan terhadap sarana prasarana pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> Mutu dan Kinerja Pelayanan perlu diupayakan untuk ditingkatkan secara berkesinambungan, oleh karena itu umpan balik dari masyarakat dan pengguna pelayanan Puskesmas secara aktif diidentifikasi sebagai bahan untuk penyempurnaan pelayanan Puskesmas. Pembahasan dengan masyarakat dapat dilakukan melalui survey mawas diri (SMD), musyawarah masyarakat desa (MMD), maupun pertemuan-pertemuan konsultatif dengan masyarakat. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pengguna pelayanan diikutsertakan secara aktif untuk memberikan umpan balik tentang mutu dan kinerja pelayanan dan kepuasan terhadap pelayanan Puskesmas	Tokoh masyarakat, sasaran kegiatan UKM, pasien/keluarga pasien.	Umpan balik pelayanan.	SK Kepala Puskesmas dan SOP tentang cara mendapatkan umpan balik, pembahasan dan tindak lanjut terhadap umpan balik masyarakat ttg mutu dan kepuasan.		0 5 10
2. Ada proses identifikasi terhadap tanggapan masyarakat tentang mutu pelayanan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Proses identifikasi dan analisis umpan balik masyarakat.	Hasil identifikasi dan analisis umpan balik masyarakat.		0 5 10
3. Ada upaya menanggapi harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan dalam rangka memberikan kepuasan bagi pengguna pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan, tokoh masyarakat, pasien.	Upaya-upaya yang telah dilakukan untuk menanggapi umpan balik.	Dokumen bukti tanggapan terhadap umpan balik masyarakat.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 1.1.3. Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi secara inovatif					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan tidak sama antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, prioritas masalah kesehatan dapat berbeda antar daerah, oleh karena itu untuk mengembangkan pelayanan yang diselenggarakan oleh Puskesmas perlu diidentifikasi peluang-peluang pengembangan Upaya/Kegiatan Puskesmas maupun perbaikan mutu dan kinerja. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi untuk perbaikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Identifikasi dan repons peluang pengembangan pelayanan.	Hasil identifikasi peluang pengembangan dan tindak lanjutnya		0 5 10

2. Didorong adanya inovasi dalam pengembangan pelayanan, dan diupayakan pemenuhan kebutuhan sumber daya.	Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Motivasi dari Kepala Puskesmas untuk melakukan inovasi.	Bukti-bukti inovasi dalam perbaikan program maupun pelayanan di Puskesmas.		0 5 10
3. Mekanisme kerja dan teknologi diterapkan dalam pelayanan untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam rangka untuk memberikan kepuasan terhadap pengguna pelayanan.	Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Perbaikan dalam mekanisme kerja dan teknologi sebagai hasil inovasi perbaikan.	Bukti-bukti perbaikan mekanisme kerja dan teknologi yang tepat dalam pelayanan sebagai hasil inovasi perbaikan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
1.1.4. Perencanaan Operasional Puskesmas disusun secara terintegrasi berdasarkan visi, misi, tujuan Puskesmas, dan perencanaan strategis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan hasil analisis kebutuhan masyarakat dan analisis kesehatan masyarakat, Puskesmas bersama dengan sektor terkait dan masyarakat menyusun Rencana Lima Tahunan (rencana strategis). Berdasarkan rencana lima tahunan tersebut, Puskesmas menyusun Rencana Operasional Puskesmas yang dituangkan dalam Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk periode tahun yang akan datang yang merupakan usulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten, dan menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk tahun berjalan berdasarkan anggaran yang tersedia untuk tahun tersebut. Rencana Usulan Kegiatan (RUK) disusun secara terintegrasi melalui pembentukan tim Perencanaan Tingkat Puskesmas (Tim PTP), yang akan dibahas dalam musrenbangdes dan musrenbang kecamatan untuk kemudian diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada Rencana Usulan Kegiatan (RUK) disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan Puskesmas, melalui analisis kebutuhan masyarakat.			RUK Puskesmas yang sesuai dengan tahapan lima tahun perencanaan Puskesmas.	SPM Kesehatan Kabupaten dan rencana pencapaian SPM Kabupaten yang menjadi dasar penyusunan rencana lima tahunan Puskesmas.	0 5 10
2. Ada Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas sesuai dengan anggaran yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten untuk tahun berjalan.			RPK Puskesmas yang lengkap dengan rencana anggaran.	Pedoman Perencanaan Puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).	0 5 10
3. Penyusunan RUK dan RPK dilakukan secara lintas program dan lintas sektoral.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, dan lintas sektor.	Proses penyusunan RUK dan RPK.	Rekaman pelaksanaan rapat penyusunan perencanaan Puskesmas dengan bukti kehadiran lintas sektor dan lintas program.		0 5 10
4. RUK dan RPK merupakan rencana terintegrasi dari berbagai Upaya Puskesmas.			RUK dan RPK Puskesmas merupakan rencana terintegrasi		0 5 10
5. Ada kesesuaian antara Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dengan Rencana Usulan kegiatan (RUK) dan Rencana Lima Tahunan Puskesmas.			RUK dan RPK Puskesmas merupakan rencana terintegrasi, dan rencana lima tahunan pencapaian SPM Puskesmas/Rencana Strategi Bisnis.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi</p> <p>20% - 79% terpenuhi sebagian</p> <p>< 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
1.1.5. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas wajib memonitor pelaksanaan dan pencapaian pelaksanaan pelayanan dan Upaya Puskesmas dan mengambil langkah tindak lanjut untuk revisi/perbaiki rencana bila diperlukan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Perubahan rencana operasional dimungkinkan apabila terjadi perubahan kebijakan pemerintah tentang Upaya/Kegiatan Puskesmas maupun dari hasil monitoring dan pencapaian Upaya/Kegiatan Puskesmas. Revisi terhadap rencana harus dilakukan dengan alasan yang tepat sebagai upaya pencapaian yang optimal dari kinerja Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme monitoring yang dilakukan oleh Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas untuk menjamin bahwa pelaksana akan melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan operasional.			SK Kepala Puskesmas dan SOP monitoring. Bukti-bukti pelaksanaan monitoring oleh pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP dalam pelaksanaan kegiatan		0 5 10
2. Ada indikator yang digunakan untuk monitoring dan menilai proses pelaksanaan dan pencapaian hasil pelayanan.			SK Kepala Puskesmas tentang penetapan indikator prioritas untuk monitoring dan penilaian kinerja.	SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang indikator-indikator prioritas dalam pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota.	0 5 10
3. Ada mekanisme untuk melaksanakan monitoring penyelenggaraan pelayanan dan tindak lanjutnya baik oleh Pimpinan Puskesmas maupun Penanggung jawab Upaya Puskesmas.	Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP Puskesmas, pelaksana kegiatan.	Pelaksanaan monitoring oleh Kepala Puskesmas, Pelaksanaan monitoring oleh Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	SOP monitoring, analisis terhadap hasil monitoring, dan tindak lanjut monitoring.		0 5 10
4. Ada mekanisme untuk melakukan revisi terhadap perencanaan operasional jika diperlukan berdasarkan hasil monitoring pencapaian kegiatan dan bila ada perubahan kebijakan pemerintah.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Revisi rencana berdasarkan hasil monitoring.	Revisi rencana, program kegiatan, pelaksanaan program berdasar hasil monitoring		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi</p> <p>20% - 79% terpenuhi sebagian</p> <p>< 20% tidak terpenuhi</p>
Standar:					
1.2. Akses dan Pelaksanaan Kegiatan Strategi perbaikan yang berkesinambungan diterapkan agar penyelenggaraan pelayanan tepat waktu, dilakukan secara profesional dan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat, serta tujuan Puskesmas.					
Kriteria:					
1.2.1. Jenis-jenis pelayanan Puskesmas memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan dan masyarakat					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama wajib menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Peraturan Perundangan yang berlaku dan pedoman dari Kementerian Kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat. Jenis-jenis pelayanan yang disediakan perlu diketahui dan dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan jenis-jenis pelayanan sesuai dengan Peraturan Perundangan dan Pedoman dari Kementerian Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.			SK Kepala Puskesmas tentang jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas.		0 5 10
2. Pengguna pelayanan mengetahui jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas dan pengguna pelayanan memanfaatkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas.	Sasaran kegiatan UKM, pasien, keluarga pasien.	Pemahaman tentang jenis pelayanan yang disediakan.			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 1.2.2. Seluruh jajaran Puskesmas dan masyarakat memperoleh informasi yang memadai tentang kegiatan-kegiatan Puskesmas sesuai dengan perencanaan yang disusun.					
Maksud dan Tujuan: • Pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas perlu diketahui oleh masyarakat sebagai pengguna pelayanan, lintas program, dan sektor terkait untuk meningkatkan kerjasama, saling memberi dukungan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dan yang terkait dengan kesehatan untuk mengupayakan pembangunan yang berwawasan kesehatan					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Masyarakat dan pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektoral mendapat informasi yang memadai tentang tujuan, sasaran, tugas pokok, fungsi dan kegiatan Puskesmas.	Sasaran kegiatan UKM, masyarakat, pasien, keluarga pasien, lintas program, lintas sektor.	Informasi tentang tujuan, sasaran, tupoksi, dan kegiatan Puskesmas.	SK Kepala Puskesmas tentang pemberian informasi kepada masyarakat, lintas sektor, lintas program tentang tujuan, sasaran, tupoksi dan kegiatan Puskesmas. SOP penyampaian informasi.		0 5 10
2. Ada penyampaian informasi dan sosialisasi yang jelas dan tepat berkaitan dengan program kesehatan dan pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas kepada masyarakat dan pihak terkait.	Sasaran kegiatan UKM, masyarakat, pasien, keluarga pasien, lintas program, lintas sektor.	Kejelasan dan ketepatan pemberian informasi.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap penyampain informasi kepada masyarakat, sasaran kegiatan UKM, lintas program, lintas sektor.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 1.2.3. Akses masyarakat terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan dalam pelaksanaan kegiatan memadai dan tepat waktu, serta terjadi komunikasi timbal balik antara pengelola dan pelaksana pelayanan Puskesmas dengan masyarakat.					
Maksud dan Tujuan: • Sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, baik pengelola maupun pelaksana pelayanan harus mudah diakses oleh masyarakat ketika masyarakat membutuhkan baik untuk pelayanan preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif sesuai dengan kemampuan Puskesmas.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Puskesmas mudah dijangkau oleh pengguna pelayanan.	Sasaran kegiatan UKM, pasien, keluarga pasien.	Kemudahan menjangkau Puskesmas.	Hasil evaluasi tentang akses masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas baik UKM maupun UKP.		0 5 10
2. Proses penyelenggaraan pelayanan memberi kemudahan bagi pelanggan untuk memperoleh pelayanan.	Sasaran kegiatan UKM, pasien, keluarga pasien.	Kemudahan memperoleh pelayanan Puskesmas.	Hasil evaluasi tentang kemudahan untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan.		0 5 10
3. Tersedia pelayanan sesuai jadwal yang ditentukan.	Petugas pelaksana, pelayanan di Puskesmas.	Pelaksanaan jadwal pelayanan.	Jadwal pelayanan dan bukti pelaksanaan.		0 5 10
4. Teknologi dan mekanisme penyelenggaraan pelayanan memudahkan akses terhadap masyarakat.	Petugas pelaksana, pelayanan di Puskesmas	Mekanisme penyelenggaraan pelayanan	Bukti pelaksanaan evaluasi bahwa penyelenggaraan pelayanan Puskesmas memudahkan akses masyarakat terhadap Puskesmas.		0 5 10
5. Ada strategi komunikasi untuk memfasilitasi kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan.	Petugas pelaksana program, pelayanan di Puskesmas.	Strategi komunikasi dengan masyarakat untuk memfasilitasi kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan.	Bukti pelaksanaan komunikasi dengan masyarakat untuk memfasilitasi kemudahan akses.		0 5 10
6. Tersedia akses komunikasi dengan pengelola dan pelaksana untuk membantu pengguna pelayanan dalam memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan spesifik pengguna pelayanan.			SK Kepala Puskesmas tentang akses masyarakat, sasaran kegiatan UKM, pasien untuk berkomunikasi dengan Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
1.2.4. Penjadwalan pelaksanaan pelayanan disepakati bersama dan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan yang direncanakan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Kegiatan pelayanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas harus dijadwalkan dan dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang direncanakan dalam rangka mewujudkan efektivitas dan efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan jadwal pelaksanaan kegiatan Puskesmas.			Jadwal pelaksanaan kegiatan Puskesmas.		0 5 10
2. Jadwal pelaksanaan kegiatan disepakati bersama.	Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Proses penyusunan jadwal.			0 5 10
3. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal dan rencana yang disusun.	Petugas Pelaksana di Puskesmas.	Kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan jadwal yang disusun.	Hasil evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan apakah sesuai dengan jadwal.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi	
				20% - 79% terpenuhi sebagian	
				< 20% tidak terpenuhi	
Kriteria:					
1.2.5. Penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas didukung oleh suatu mekanisme kerja agar tercapai kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan, dilaksanakan secara efisien, minimal dari kesalahan dan mencegah terjadinya keterlambatan dalam pelaksanaan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Kegiatan pelayanan dan upaya Puskesmas perlu dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip efektif dan efisien. Perlu ada suatu mekanisme kerja yang terintegrasi untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi sehingga tidak terjadi keterlambatan dan kesalahan dalam pelaksanaan kegiatan. Kesalahan yang mungkin terjadi dalam proses kegiatan perlu diantisipasi, sehingga upaya pencegahan dapat dilakukan sehingga tidak terjadi kesalahan ataupun risiko dalam penyelenggaraan proses kegiatan. Prinsip-prinsip manajemen risiko yang sederhana, baik yang bersifat reaktif maupun proaktif perlu mulai diterapkan dalam penyelenggaraan pelayanan Puskesmas. Koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan baik dengan komunikasi lisan maupun tertulis, dan dilakukan koordinasi melalui mekanisme lokakarya mini Puskesmas baik secara lintas program maupun lintas sektoral. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada koordinasi dan integrasi dalam penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas dengan pihak terkait, sehingga terjadi efisiensi dan menjamin keberlangsungan pelayanan.	Lintas program, lintas sektor.	Koordinasi dan integrasi dalam penyelenggaraan UKM dan UKP.	SK Kepala Puskesmas dan SOP koordinasi dan integrasi penyelenggaraan UKM dan UKP.	Pedoman mini lokakarya Puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).	0 5 10
2. Mekanisme kerja, prosedur dan pelaksanaan kegiatan didokumentasikan.	Pelaksana kegiatan UKM dan UKP.	Pelaksanaan pendokumentasian prosedur dan pencatatan kegiatan.	SK Kepala Puskesmas dan SOP dokumentasi prosedur dan pencatatan kegiatan . Pedoman pendokumentasian prosedur dan rekaman kegiatan. SOP, Formulir yang digunakan dalam penyelenggaraan UKM dan UKP.		0 5 10
3. Dilakukan kajian terhadap masalah-masalah spesifik yang ada dalam proses penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas, untuk kemudian dilakukan koreksi dan pencegahan agar tidak terulang kembali.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana.	Proses identifikasi, kajian, tindak lanjut masalah-masalah spesifik yang terkait dengan penyelenggaraan UKM dan UKP.	SOP tentang kajian dan tindak lanjut terhadap masalah-masalah spesifik dalam penyelenggaraan UKM dan UKP. Hasil kajian terhadap masalah-masalah spesifik dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di Puskesmas.		0 5 10
4. Dilakukan kajian terhadap masalah-masalah yang potensial terjadi dalam proses penyelenggaraan pelayanan dan dilakukan upaya pencegahan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana.	Proses identifikasi, kajian, tindak lanjut masalah-masalah potensial yang mungkin terjadi dalam penyelenggaraan UKM dan UKP.	SOP tentang kajian dan tindak lanjut terhadap masalah-masalah yang potensial terjadi dalam proses penyelenggaraan pelayanan. Hasil kajian dan tindak lanjut terhadap masalah-masalah yang potensial terjadi dalam penyelenggaraan pelayanan.		0 5 10
5. Penyelenggara pelayanan secara konsisten mengupayakan agar pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan tertib dan akurat agar memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan.	Pelaksana UKM dan UKP.	Monitoring kegiatan UKM dan UKP.	SOP tentang monitoring pelaksanaan kegiatan UKM dan UKP. Bukti pelaksanaan kegiatan monitoring dan tindak lanjut.		0 5 10

6. Informasi yang akurat dan konsisten diberikan kepada pengguna pelayanan dan pihak terkait.	Tokoh masyarakat, sasaran kegiatan UKM, pasien/keluarga pasien.	Pemberian informasi tentang kegiatan UKM dan UKP.	SK Kepala Puskesmas dan SOP tentang pemberian informasi kepada masyarakat kegiatan UKM dan UKP. Hasil evaluasi pemberian informasi apakah sesuai kebutuhan dan konsisten.		0 5 10
7. Dilakukan perbaikan proses alur kerja untuk meningkatkan efisiensi agar dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.			Bukti-bukti perbaikan alur kerja dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas baik UKM maupun UKP.		0 5 10
8. Ada kemudahan bagi pelaksana pelayanan untuk memperoleh bantuan konsultatif jika membutuhkan.	Pelaksana kegiatan Puskesmas baik UKM maupun UKP.	Kesempatan konsultasi dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas baik UKM maupun UKP.	SOP tentang konsultasi antara pelaksana dengan Penanggungjawab dan dengan Kepala Puskesmas.		0 5 10
9. Ada mekanisme yang mendukung koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan.	Pelaksana kegiatan Puskesmas baik UKM maupun UKP.	Koordinasi dalam pelaksanaan program dan pelayanan.	SOP koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas baik UKM maupun UKP.		0 5 10
10. Ada kejelasan prosedur, kejelasan tertib administrasi, dan dukungan teknologi sehingga pelaksanaan pelayanan minimal dari kesalahan, tidak terjadi penyimpangan maupun keterlambatan.	Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Pelaksanaan SOP, tertib administrasi, dan pengembangan teknologi untuk meminimalkan kesalahan.	SK Kepala Puskesmas tentang penerapan manajemen risiko baik dalam pelaksanaan pelayanan di Puskesmas, SOP tentang penyelenggaraan UKM dan UKP, SOP tentang tertib administratif, Bukti pengembangan teknologi untuk meminimalkan kesalahan atau risiko.		0 5 10
11. Pelaksana kegiatan mendapat dukungan dari pimpinan Puskesmas.	Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, pelaksana kegiatan.	Dukungan Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan UKM dan UKP			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
1.2.6. Adanya mekanisme umpan balik dan penanganan keluhan pengguna pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan. Keluhan dan ketidaksesuaian pelaksanaan dimonitor, dibahas dan ditindaklanjuti oleh penyelenggara pelayanan untuk mencegah terjadinya masalah dan untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Mekanisme untuk menerima umpan balik dari pengguna pelayanan diperlukan untuk memperoleh masukan dari pengguna dan masyarakat dalam upaya perbaikan sistem pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas. Berbagai mekanisme dapat dipergunakan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas dengan teknologi informasi yang tersedia. Respons terhadap keluhan/umpan balik diwujudkan dalam upaya perbaikan dan diinformasikan kepada pengguna pelayanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme yang jelas untuk menerima keluhan dan umpan balik dari pengguna pelayanan, maupun pihak terkait tentang pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas.			SOP keluhan dan umpan balik dari masyarakat, pengguna pelayanan, media komunikasi yang disediakan untuk menyampaikan umpan balik.		0 5 10

2. Keluhan dan umpan balik direspons, diidentifikasi, dianalisa, dan ditindaklanjuti.	Pelaksana UKM dan UKP.	Jenis-jenis keluhan.	Hasil analisis dan rencana tindak lanjut keluhan dan umpan balik.		0 5 10
3. Ada tindak lanjut sebagai tanggapan terhadap keluhan dan umpan balik.	Pelaksana UKM dan UKP.	Tindak lanjut keluhan.	Bukti tindak lanjut terhadap keluhan dan umpan balik.		0 5 10
4. Ada evaluasi terhadap tindak lanjut keluhan/umpan balik.			Bukti evaluasi terhadap tindak lanjut keluhan/umpan balik.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
1.3. Evaluasi					
Evaluasi dilakukan terhadap efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan pelayanan, apakah sesuai dengan rencana dan dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.					
Kriteria:					
1.3.1. Kinerja Puskesmas dan strategi pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas dianalisis sebagai bahan untuk perbaikan. Hasil evaluasi dibahas dan ditindaklanjuti.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi terhadap kinerja dilakukan dengan menggunakan indikator yang jelas sebagai dasar perbaikan penyelenggaraan pelayanan dan perencanaan pada periode berikutnya. Indikator penilaian untuk tiap jenis pelayanan dan Upaya/Kegiatan Puskesmas perlu disusun, dimonitor dan dianalisis secara periodik sebagai bahan untuk perbaikan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada indikator yang jelas untuk penilaian kinerja Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang penilaian kinerja Puskesmas. Kebijakan tentang pemilihan indikator kinerja. SOP penilaian kinerja.		0 5 10
2. Kinerja dinilai secara periodik berdasarkan indikator yang ditetapkan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Proses penilaian kinerja.	Rencana penilaian kinerja, instrumen penilaian kinerja, dan hasil penilaian kinerja.		0 5 10
3. Hasil penilaian dianalisis dan diumpun balikkan pada pihak terkait.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Proses analisis hasil penilaian kinerja.	Hasil analisis penilaian kinerja.		0 5 10
4. Hasil penilaian kinerja digunakan untuk memperbaiki kinerja pelaksanaan kegiatan Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Proses perbaikan kinerja sebagai tindak lanjut hasil penilaian kinerja.	Tindak lanjut penilaian kinerja untuk perbaikan kinerja.		0 5 10
5. Hasil penilaian kinerja digunakan untuk perencanaan periode berikutnya.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Pemanfaatan penilaian kinerja untuk penyusunan RUK.	RUK disusun berdasar penilaian kinerja.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 1.3.2. Evaluasi meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan: • Untuk melakukan evaluasi kinerja perlu disusun ketentuan, prosedur, indikator dan cara pengumpulan data yang jelas, dengan metode evaluasi yang dapat dilakukan secara kualitatif maupun kuantitatif.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Data kinerja Puskesmas dikumpulkan secara periodik sesuai ketentuan yang berlaku.			SK Kepala Puskesmas tentang pengumpulan data kinerja.		0 5 10
2. Kinerja Puskesmas dianalisis secara periodik.			Hasil analisis periodik penilaian kinerja.		0 5 10
3. Ditetapkan acuan yang jelas tentang indikator dan standar untuk mengukur kinerja Puskesmas.			Pedoman/kerangka acuan penilaian kinerja dengan menggunakan indikator dan standar yang jelas.		0 5 10
4. Hasil analisis data kinerja dibandingkan dengan acuan standar atau jika dimungkinkan dilakukan juga kaji banding (<i>benchmarking</i>) dengan Puskesmas yang lain.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Pelaksanaan penilaian kinerja sesuai pedoman, dan pelaksanaan kaji banding.	SOP penilaian kinerja, SOP kaji banding. Rencana kaji banding, instrumen kaji banding, laporan kaji banding.		0 5 10
5. Ada bukti yang menunjukkan bahwa evaluasi kinerja pelayanan digunakan untuk perbaikan penyelenggaraan dan pelaksanaan kegiatan pelayanan.			Laporan tindak lanjut perbaikan kinerja berdasarkan hasil evaluasi kinerja dan kajibanding. Bukti pelaksanaan perbaikan kinerja pasca analisis kinerja dan pasca kajibanding		0 5 10

Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)

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

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 2.1.3. Bangunan Puskesmas memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pelayanan kesehatan, dengan ketersediaan ruangan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan yang disediakan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan ruang untuk pelayanan harus sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Puskesmas. Ruangan yang minimal harus tersedia adalah: ruang pendaftaran dan ruang tunggu, ruang administrasi, ruang pemeriksaan, ruang konsultasi dokter, ruang tindakan, ruang farmasi, ruang ASI, kamar mandi dan WC, dan ruang lain sesuai kebutuhan pelayanan. Pengaturan ruangan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan untuk memudahkan pasien/keluarga pasien untuk akses yang mudah termasuk memberi kemudahan pada orang dengan disabilitas, anak-anak, dan orang usia lanjut, demikian juga memperhatikan keamanan dan kemudahan bagi petugas dalam memberikan pelayanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ketersediaan memenuhi persyaratan minimal dan kebutuhan pelayanan.	Pelayanan Puskesmas.	Ketersediaan pelayanan dan kemudahan akses.			0 5 10
2. Tata ruang memperhatikan akses, keamanan, dan kenyamanan.	Tata ruang.	Kemudahan akses, pertimbangan keamanan dan kenyamanan.	Denah Puskesmas.		0 5 10
3. Pengaturan ruang mengakomodasi kepentingan orang dengan disabilitas, anak-anak, dan orang usia lanjut.	Pengaturan ruang.	Apakah mengakomodasi kepentingan orang dengan disabilitas, anak-anak, dan usia lanjut.			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Persyaratan Prasarana Puskesmas					
Kriteria: 2.1.4. Prasarana Puskesmas tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan menjamin kesinambungan pelayanan maka Puskesmas harus dilengkapi dengan prasarana yang dipersyaratkan. Prasarana yang dipersyaratkan tersebut meliputi: sumber air bersih, instalasi sanitasi, instalasi listrik, sistem tata udara, sistem pencahayaan, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, kendaraan Puskesmas Keliling, pagar, selasar, rumah dinas tenaga kesehatan, dan prasarana lain sesuai dengan kebutuhan. Prasarana klinis tersebut harus dipelihara dan berfungsi dengan baik. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prasarana Puskesmas sesuai kebutuhan.	Prasarana Puskesmas.	Pemenuhan kebutuhan sesuai pada maksud dan tujuan.			0 5 10
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadwal terhadap prasarana Puskesmas.	Pelaksana pemeliharaan.	Jadwal dan pelaksanaan pemeliharaan.	Jadwal pemeliharaan dan bukti pelaksanaan pemeliharaan.		0 5 10
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan prasarana Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Pelaksana pemeliharaan.	Monitoring pelaksanaan pemeliharaan.	Bukti pelaksanaan monitoring, hasil monitoring.		0 5 10
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi prasarana Puskesmas yang ada.	Kepala Puskesmas, Pelaksana pemeliharaan.	Monitoring fungsi prasarana yang ada.	Bukti monitoring.		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.	Kepala Puskesmas, Pelaksana pemeliharaan.	Tindak lanjut hasil monitoring.	Bukti tindak lanjut monitoring.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Persyaratan Peralatan Puskesmas					
Kriteria:					
2.1.5. Peralatan medis dan non medis tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan menjamin kesinambungan pelayanan maka Puskesmas harus dilengkapi dengan peralatan medis dan non medis klinis sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan. • Agar pelayanan diberikan dengan aman dan bermutu, maka peralatan medis dan non medis tersebut dipelihara dan berfungsi dengan baik, dan dikalibrasi untuk alat-alat ukur yang digunakan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. • Peralatan yang memerlukan perizinan harus memiliki izin yang berlaku. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia peralatan medis dan non medis sesuai jenis pelayanan yang disediakan.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab logistik.	Ketersediaan peralatan medis dan non medis.	Daftar inventaris peralatan medis dan non medis.		0 5 10
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadwal terhadap peralatan medis dan non medis.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis.	Jadwal dan Pelaksanaan pemeliharaan.	Jadwal pemeliharaan dan bukti pelaksanaan pemeliharaan.		0 5 10
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan peralatan medis dan non medis.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis.	Monitoring pemeliharaan peralatan.	Bukti pelaksanaan monitoring, hasil monitoring.		0 5 10
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi peralatan medis dan non medis.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis.	Monitoring fungsi peralatan medis dan non medis.	Bukti pelaksanaan monitoring, hasil monitoring.		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis.	Tindak lanjut hasil monitoring.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10
6. Dilakukan kalibrasi untuk peralatan medis dan non medis yang perlu dikalibrasi.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab peralatan medis dan penanggung jawab peralatan non medis.	Pelaksanaan kalibrasi.	Daftar peralatan yang perlu dikalibrasi, jadwal, dan bukti pelaksanaan kalibrasi.		0 5 10
7. Peralatan medis dan non medis yang memerlukan izin memiliki izin yang berlaku.	Penanggung jawab peralatan medis dan non medis.	Perizinan alat-alat yang memerlukan izin.	Bukti izin peralatan.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Ketenagaan Puskesmas					
Standar:					
2.2 Persyaratan Ketenagaan Puskesmas Puskesmas harus memenuhi jenis dan jumlah ketenagaan yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan.					
Persyaratan Penanggung jawab Puskesmas					
Kriteria:					
2.2.1. Kepala Puskesmas adalah tenaga kesehatan yang kompeten sesuai dengan peraturan perundangan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Agar Puskesmas dikelola dengan baik, efektif dan efisien, maka harus dipimpin oleh tenaga kesehatan yang kompeten untuk mengelola fasilitas tersebut. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas adalah tenaga kesehatan.			Profil kepegawaian Kepala Puskesmas.		0 5 10
2. Ada kejelasan persyaratan Kepala Puskesmas.			Persyaratan kompetensi Kepala Puskesmas.		0 5 10
3. Ada kejelasan uraian tugas Kepala Puskesmas.			Uraian tugas Kepala Puskesmas.		0 5 10
4. Terdapat bukti pemenuhan persyaratan penanggung jawab sesuai dengan yang ditetapkan.	Kepala Puskesmas.	Kesesuaian profil kepegawaian Kepala Puskesmas dengan persyaratan.	Dokumen profil kepegawaian dan persyaratan Kepala Puskesmas.	Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas.	0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.2.2. Tersedia tenaga medis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar Puskesmas dapat memberikan pelayanan yang optimal dan aman bagi pasien dan masyarakat yang dilayani perlu dilakukan analisis kebutuhan tenaga dan diupayakan untuk memenuhi ketersediaan tenaga baik jenis dan jumlah dan memenuhi persyaratan kompetensi. Tenaga Kesehatan yang bekerja di Puskesmas harus mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR), dan atau Surat Ijin Praktik (SIP) sesuai ketentuan perundang-undangan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan dan pelayanan yang disediakan.	Kepala Puskesmas.	Analisis kebutuhan tenaga.	Bukti analisis kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja.	Permenkes No 81 tahun 2004 tentang Pedoman perencanaan SDM Kesehatan.	0 5 10
2. Ditetapkan persyaratan kompetensi untuk tiap-tiap jenis tenaga yang dibutuhkan.			Persyaratan kompetensi untuk tiap jenis tenaga yang ada.		0 5 10
3. Dilakukan upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan yang dipersyaratkan.		Kesesuaian kebutuhan tenaga.	Hasil evaluasi pemenuhan kebutuhan tenaga terhadap persyaratan, rencana pemenuhan kebutuhan, dan tindak lanjut.		0 5 10
4. Ada kejelasan uraian tugas untuk setiap tenaga yang bekerja di Puskesmas.			Uraian tugas untuk tiap tenaga yang ada.		0 5 10
5. Persyaratan perizinan untuk tenaga medis, keperawatan, dan tenaga kesehatan yang lain dipenuhi.			Bukti berupa surat izin sesuai yang dipersyaratkan.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
2.3 Kegiatan Pengelolaan Puskesmas					
Pengelola Puskesmas menjamin efektivitas dan efisiensi dalam mengelola program dan kegiatan sejalan dengan tata nilai, visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi Puskesmas					

Pengorganisasian Puskesmas					
Kriteria: 2.3.1. Struktur organisasi ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab, ada alur kewenangan dan komunikasi, kerjasama, dan keterkaitan dengan pengelola yang lain.					
Maksud dan Tujuan: • Dalam mengemban tugas pokok dan fungsi, perlu disusun pengorganisasian yang jelas di Puskesmas, sehingga setiap karyawan yang memegang posisi baik pimpinan, penanggung jawab maupun pelaksana akan melakukan tugas sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan yang diberikan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada struktur organisasi Puskesmas yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.			Stuktur organisasi Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.		0 5 10
2. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang penetapan Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.		0 5 10
3. Ditetapkan alur komunikasi dan koordinasi pada posisi-posisi yang ada pada struktur.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggungjawab UKP.	Alur komunikasi dan koordinasi.	SOP komunikasi dan koordinasi.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 2.3.2. Kejelasan tugas, peran, dan tanggung jawab pimpinan Puskesmas, penanggung jawab dan karyawan.					
Maksud dan Tujuan: • Dengan adanya uraian tugas, tanggung jawab, dan kewenangan, pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas akan dapat melakukan pekerjaan dengan tepat, efektif dan efisien.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang berkait dengan struktur organisasi Puskesmas.			Uraian tugas Kepala Puskesmas, Penanggungjawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan.		0 5 10
2. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan karyawan memahami tugas, tanggung jawab dan peran dalam penyelenggaraan Program/Upaya Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan penanggung jawab UKP.	Pemahaman terhadap uraian tugas masing-masing.	Uraian tugas Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan.		0 5 10
3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan UKP.	Evaluasi pelaksanaan uraian tugas.	Bukti evaluasi pelaksanaan uraian tugas.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 2.3.3. Struktur organisasi pengelola dikaji ulang secara reguler dan kalau perlu dilakukan perubahan					
Maksud dan Tujuan: • Evaluasi terhadap struktur perlu dilakukan secara periodik untuk menyempurnakan struktur yang ada agar sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan kajian terhadap struktur organisasi Puskesmas secara periodik.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Kajian terhadap struktur organisasi Puskesmas.	Bukti evaluasi terhadap struktur organisasi Puskesmas.		0 5 10
2. Hasil kajian ditindaklanjuti dengan perubahan/ penyempurnaan struktur.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Tindak lanjut hasil kajian struktur organisasi.	Bukti tindak lanjut kajian struktur organisasi.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.4. Pengelola dan pelaksana Puskesmas memenuhi standar kompetensi yang dipersyaratkan dan ada rencana pengembangan sesuai dengan standar yang telah ditentukan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Kinerja Puskesmas hanya dapat dicapai secara optimal jika dilakukan oleh SDM yang kompeten baik pengelola, Penanggung jawab program maupun pelaksana kegiatan. Pola Ketenagaan Puskesmas perlu disusun berdasarkan kebutuhan dan/atau beban kerja. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan persyaratan/standar kompetensi sebagai Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan.			Persyaratan kompetensi Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP, serta Pelaksana kegiatan.	Pedoman tentang standar dan kompetensi tenaga kesehatan.	0 5 10
2. Ada rencana pengembangan pengelola Puskesmas dan karyawan sesuai dengan standar kompetensi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Proses penyusunan rencana pengembangan kompetensi.	Pola ketenagaan, pemetaan kompetensi, Rencana pengembangan kompetensi Kepala Puskesmas, Penanggungjawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan.		0 5 10
3. Ada pola ketenagaan Puskesmas yang disusun berdasarkan kebutuhan.			Pola ketenagaan, pemetaan kompetensi.		0 5 10
4. Ada pemeliharaan catatan/ dokumen sesuai dengan kompetensi, pendidikan, pelatihan, keterampilan dan pengalaman.			Kelengkapan file kepegawaian untuk semua pegawai di Puskesmas yang <i>update</i> .		0 5 10
5. Ada dokumen bukti kompetensi dan hasil pengembangan pengelola dan pelaksana pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Pelaksanaan pengembangan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan.	Bukti pelaksanaan rencana pengembangan kompetensi (STTPL, sertifikat pelatihan, dsb).		0 5 10
6. Ada evaluasi penerapan hasil pelatihan terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan evaluasi penerapan hasil pelatihan.	Kebijakan tentang kewajiban menerapkan hasil pelatihan bagi petugas yang selesai mengikuti pelatihan. Bukti evaluasi penerapan hasil pelatihan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.5. Karyawan baru harus mengikuti orientasi supaya memahami tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Karyawan wajib mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dipersyaratkan untuk menunjang keberhasilan Upaya Puskesmas.					

Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar memahami tugas, peran, dan tanggung jawab, karyawan baru baik yang diposisikan sebagai Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas maupun Pelaksana kegiatan harus mengikuti orientasi dan pelatihan yang dipersyaratkan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada ketetapan persyaratan bagi Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana kegiatan yang baru untuk mengikuti orientasi dan pelatihan.			SK Kepala Puskesmas tentang kewajiban mengikuti program orientasi bagi Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program dan pelaksana kegiatan yang baru.		0 5 10
2. Ada kegiatan pelatihan orientasi bagi karyawan baru baik Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, maupun Pelaksana kegiatan dan tersedia kurikulum pelatihan orientasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan kegiatan orientasi.	Kerangka acuan program orientasi, bukti pelaksanaan kegiatan orientasi.		0 5 10
3. Ada kesempatan bagi Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, maupun Pelaksana kegiatan untuk mengikuti seminar atau kesempatan untuk meninjau pelaksanaan di tempat lain.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Peluang mengikuti kegiatan seminar.	SOP untuk mengikuti seminar, pendidikan dan pelatihan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Pengelolaan Puskesmas					
Kriteria :					
2.3.6. Pimpinan Puskesmas menetapkan visi, misi, tujuan, dan tata nilai dalam penyelenggaraan Puskesmas yang dikomunikasikan kepada semua pihak yang terkait dan kepada pengguna pelayanan dan masyarakat					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Kegiatan penyelenggaraan Puskesmas harus dipandu oleh visi, misi, tujuan dan tata nilai yang ditetapkan oleh Pimpinan Puskesmas agar mampu memenuhi kebutuhan masyarakat. Setiap karyawan diharapkan memahami visi, misi, tujuan dan tata nilai, dan diterapkan dalam kegiatan penyelenggaraan Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan visi, misi, tujuan, dan tata nilai Puskesmas yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan, Upaya/Kegiatan Puskesmas.	Kepala Puskesmas.	Dokumen proses penyusunan.	SK Kepala Puskesmas tentang visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas.		0 5 10
2. Ada mekanisme untuk mengkomunikasikan tata nilai dan tujuan Puskesmas kepada pelaksana pelayanan, dan masyarakat.	Pelaksana, sasaran program, tokoh masyarakat.	Komunikasi tentang visi, misi, tata nilai.	SOP tentang Komunikasi visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas.		0 5 10
3. Ada mekanisme untuk meninjau ulang tata nilai dan tujuan, serta menjamin bahwa tata nilai dan tujuan relevan dengan kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.	Pelaksana, sasaran kegiatan UKM, pasien, tokoh masyarakat.	Peninjauan ulang tata nilai dan tujuan dalam penyelenggaraan kegiatan UKM dan pelayanan UKP.	SOP tentang peninjauan kembali tata nilai dan tujuan Puskesmas. Bukti pelaksanaan peninjauan ulang tata nilai dan tujuan penyelenggaraan UKM dan pelayanan UKP.		0 5 10

4. Ada mekanisme untuk menilai apakah kinerja Puskesmas sejalan dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas.	Pelaksana, sasaran kegiatan UKM, pasien, tokoh masyarakat.	Pelaksanaan penilaian kinerja untuk disesuaikan dengan visi, misi, tujuan, tata nilai Puskesmas.	Kebijakan, SOP tentang penilaian kinerja apakah sesuai dengan visi, misi, tujuan, tata nilai Puskesmas.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 2.3.7. Pimpinan Puskesmas menunjukkan arah strategi dalam pelaksanaan pelayanan, Upaya/Kegiatan Puskesmas, dan bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, kualitas kinerja, dan terhadap penggunaan sumber daya.					
Maksud dan Tujuan: • Pimpinan mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan dan dukungan bagi karyawan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab. Arahan dan dukungan dapat diberikan dalam bentuk kebijakan lokal, pertemuan-pertemuan, maupun konsultasi dan pembimbingan oleh pimpinan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme yang jelas bahwa Pimpinan Puskesmas mengarahkan dan mendukung Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab mereka.	Pelaksana UKM dan UKP.	Pelaksanaan Pengarahan dan dukungan pimpinan.	SOP pengarahan oleh Kepala Puskesmas maupun oleh Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab. Bukti-bukti pelaksanaan pengarahan.		0 5 10
2. Ada mekanisme penelusuran kinerja pelayanan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.	Pelaksana UKM dan UKP.	Pelaksanaan penilaian kinerja.	SOP penilaian kinerja, bukti penilaian kinerja.		0 5 10
3. Ada struktur organisasi Penanggung jawab Upaya Puskesmas yang efektif.			Stuktur organisasi UKM dan UKP.		0 5 10
4. Ada mekanisme pencatatan dan pelaporan yang dibakukan.			SOP pencatatan dan pelaporan. Dokumen pencatatan dan pelaporan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 2.3.8. Puskesmas memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan di wilayah kerja Puskesmas mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan.					
Maksud dan Tujuan: • Memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan fungsi Puskesmas dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan di wilayah kerja. Fungsi tersebut tercermin dalam perencanaan dan pelaksanaan Upaya Puskesmas. • Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan mulai dari pelaksanaan survei mawas diri, perencanaan kegiatan, monitoring dan evaluasi kegiatan Puskesmas					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan tanggung jawab Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan untuk memfasilitasi kegiatan pembangunan berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.			Uraian tugas Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan yang menunjukkan tanggung jawab untuk memfasilitasi kegiatan pembangunan berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.		0 5 10

2. Ada mekanisme yang jelas untuk memfasilitasi peran serta masyarakat dalam pembangunan berwawasan kesehatan dan Upaya Puskesmas.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Pelaksanaan SOP pemberdayaan masyarakat.	SOP pemberdayaan masyarakat dalam perencanaan maupun pelaksanaan kegiatan Puskesmas baik UKM maupun UKP.		0 5 10
3. Ada komunikasi yang efektif dengan masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas.	Sasaran kegiatan UKM, tokoh masyarakat.	Pelaksanaan komunikasi dengan sasaran kegiatan UKM dan masyarakat tentang program dan kegiatan Puskesmas.	SOP komunikasi dengan sasaran kegiatan UKM dan masyarakat tentang penyelenggaraan kegiatan UKM.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 2.3.9. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menunjukkan kepemimpinan untuk melaksanakan strategi, mendelegasikan wewenang apabila meninggalkan tugas dan memberikan pengarahan dalam pelaksanaan kegiatan, sesuai dengan tata nilai, visi, misi, tujuan Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan: • Akuntabilitas merupakan bentuk tanggung jawab pengelola Puskesmas dalam melaksanakan Upaya Puskesmas sesuai dengan rencana yang disusun. Akuntabilitas ditunjukkan dalam pencapaian kinerja dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan. Penanggung jawab Upaya Puskesmas mempunyai kewajiban untuk mempertanggungjawabkan pencapaian kinerja Upaya Puskesmas kepada Pimpinan Puskesmas dan melakukan tindak lanjut untuk perbaikan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan kajian secara periodik terhadap akuntabilitas Penanggung jawab Upaya Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas untuk mengetahui apakah tujuan pelayanan tercapai dan tidak menyimpang dari visi, misi, tujuan, kebijakan Puskesmas, maupun strategi pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Pelaksanaan penilaian akuntabilitas Penanggung jawab.	Kerangka acuan, SOP, instrumen tentang penilaian akuntabilitas Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP. Bukti penilaian akuntabilitas Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.		0 5 10
2. Ada kriteria yang jelas dalam pendelagasian wewenang dari Pimpinan dan/atau Penanggung jawab Upaya Puskesmas kepada Pelaksana Kegiatan apabila meninggalkan tugas.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan program.	Pendelegasian wewenang.	SK Kepala Puskesmas dan SOP kriteria dan mekanisme pendelegasian wewenang kepada pelaksana kegiatan jika meninggalkan tugas.		0 5 10
3. Ada mekanisme untuk memperoleh umpan balik dari pelaksana kegiatan kepada Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pimpinan Puskesmas untuk perbaikan kinerja dan tindak lanjut.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Laporan umpan balik pelaksanaan kegiatan kepada pimpinan.	SOP umpan balik (pelaporan) dari pelaksana kepada Penanggung jawab dan kepada Kepala Puskesmas untuk perbaikan kinerja.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 2.3.10. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektoral. Adanya cara yang dilakukan dalam membina tata hubungan kerja untuk mencapai tujuan keberhasilan pelayanan.					
Maksud dan Tujuan: • Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat dilakukan oleh sektor kesehatan sendiri, program kesehatan perlu didukung oleh sektor di luar kesehatan, demikian juga pembangunan berwawasan kesehatan harus dipahami oleh sektor terkait. • Mekanisme pembinaan, komunikasi, dan koordinasi perlu ditetapkan dengan prosedur yang jelas, misalnya melalui pertemuan/lokakarya lintas sektoral.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas diidentifikasi.			Hasil lokakarya mini lintas program dan lintas sektor tentang identifikasi pihak-pihak terkait dalam penyelenggaraan kegiatan UKM dan kegiatan UKP.		0 5 10
2. Peran dari masing-masing pihak ditetapkan.			Uraian tugas dari masing-masing pihak terkait.		0 5 10
3. Dilakukan pembinaan, komunikasi dan koordinasi dengan pihak-pihak terkait.	Lintas program dan lintas sektor.	Pelaksanaan pembinaan, komunikasi dan koordinasi.	SOP Pembinaan, komunikasi dan koordinasi dengan pihak-pihak terkait.		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi terhadap peran serta pihak terkait dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM dan Penanggung jawab UKP.	Pelaksanaan evaluasi peran pihak terkait.	SOP evaluasi peran pihak terkait. Hasil evaluasi peran pihak terkait dan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.11. Pedoman dan prosedur penyelenggaraan Program/Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan. Semua rekaman hasil pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan dikendalikan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk memastikan bahwa program dan kegiatan terlaksana secara konsisten dan reliabel, perlu disusun pedoman kerja dan prosedur kerja. Pedoman kerja dan prosedur disusun tidak hanya untuk penyelenggaraan Upaya Puskesmas tetapi juga pedoman kerja untuk peningkatan mutu. • Prosedur kerja perlu didokumentasikan dengan baik dan dikendalikan, demikian juga rekaman sebagai bentuk pelaksanaan prosedur juga harus dikendalikan sebagai bukti pelaksanaan kegiatan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada panduan pedoman (manual) mutu dan/atau panduan mutu/kinerja Puskesmas.			Panduan (manual) mutu Puskesmas.		0 5 10
2. Ada pedoman atau panduan kerja penyelenggaraan untuk tiap Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.			Pedoman dan panduan kerja penyelenggaraan kegiatan UKM dan UKP.		0 5 10
3. Ada prosedur pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas sesuai kebutuhan.			SOP-SOP pelaksanaan kegiatan UKM dan kegiatan UKP.		0 5 10
4. Ada kebijakan dan prosedur yang jelas untuk pengendalian dokumen dan pengendalian rekaman pelaksanaan kegiatan.			SOP pengendalian dokumen dan SOP pengendalian rekam implementasi.		0 5 10
5. Ada mekanisme yang jelas untuk menyusun pedoman dan prosedur.			Panduan/SOP penyusunan pedoman, panduan, kerangka acuan, dan SOP.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					\geq 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian $<$ 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.12. Komunikasi internal antara Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana, dilaksanakan agar Upaya Puskesmas dan kegiatan Puskesmas dilaksanakan secara efektif dan efisien.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk melaksanakan Upaya/Kegiatan Puskesmas secara efektif dan efisien, Pimpinan Puskesmas perlu melakukan komunikasi internal dengan Penanggung jawab dan Pelaksana kegiatan. Komunikasi internal dapat dilakukan dalam bentuk pertemuan-pertemuan yang diselenggarakan secara periodik maupun sesuai kebutuhan, serta menggunakan media dan teknologi komunikasi yang tersedia. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada ketetapan tentang pelaksanaan komunikasi internal di semua tingkat manajemen.			SK Kepala Puskesmas tentang komunikasi internal.		0 5 10
2. Ada prosedur komunikasi internal.			SOP komunikasi internal.		0 5 10
3. Komunikasi internal dilakukan untuk koordinasi dan membahas pelaksanaan dan permasalahan dalam pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas.	Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan dan pelaksana kegiatan program.	Proses kegiatan komunikasi internal.	Dokumentasi pelaksanaan komunikasi internal.		0 5 10
4. Komunikasi internal dilaksanakan dan didokumentasikan.			Bukti pendokumentasian pelaksanaan komunikasi internal.		0 5 10
5. Ada tindak lanjut yang nyata terhadap rekomendasi hasil komunikasi internal.			Bukti tindak lanjut rekomendasi hasil komunikasi internal.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					\geq 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian $<$ 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.13. Lingkungan kerja dikelola untuk meminimalkan risiko bagi pengguna Puskesmas dan karyawan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Dalam pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas diupayakan agar tidak berdampak negatif terhadap lingkungan. Kajian perlu dilakukan untuk menilai sejauh mana dampak negatif mungkin terjadi sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan dan pencegahan. Lingkungan kerja meliputi kondisi-kondisi pekerjaan termasuk kondisi fisik, lingkungan dan faktor-faktor lain seperti kebisingan, temperatur, kelembaban, pencahayaan atau cuaca terhadap keamanan gangguan lingkungan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kajian dampak kegiatan Puskesmas terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan.			SOP tentang kajian dampak negatif kegiatan Puskesmas terhadap lingkungan.		0 5 10
2. Ada ketentuan tertulis tentang pengelolaan risiko akibat penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP dan pelaksana kegiatan.	Pelaksanaan manajemen risiko.	SK Kepala Puskesmas tentang penerapan manajemen risiko. Panduan manajemen risiko. Hasil pelaksanaan manajemen risiko, identifikasi risiko, analisis risiko pencegahan risiko.		0 5 10

3. Ada evaluasi dan tindak lanjut terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan, untuk mencegah terjadinya dampak tersebut.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP dan pelaksana kegiatan.	Pelaksanaan tindak lanjut hasil kajian dampak negatif terhadap lingkungan.	Hasil kajian dan tindak lanjut terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan dan pencegahannya.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.14. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas secara teratur melakukan penilaian kinerja pengelolaan dan pelaksanaan program dan kegiatan Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas mempunyai kewajiban untuk melakukan monitoring dan penilaian terhadap pencapaian kinerja agar kegiatan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme untuk melakukan penilaian kinerja yang dilakukan oleh Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas dan SOP tentang penilaian kinerja oleh Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab.		0 5 10
2. Penilaian kinerja difokuskan untuk meningkatkan kinerja pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan Penanggung jawab UKP.	Pemanfaatan penilaian kinerja untuk meningkatkan kinerja.	Hasil penilaian kinerja dan tindak lanjut penilaian dalam bentuk perbaikan kinerja.		0 5 10
3. Pimpinan Puskesmas menetapkan tahapan cakupan Upaya Puskesmas untuk mencapai indikator untuk mengukur kinerja Puskesmas sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.			SK Kepala Puskesmas/ Panduan pentahapan pencapaian kinerja UKM dan UKP yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.		0 5 10
4. Monitoring dan Penilaian Kinerja dilakukan oleh Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas untuk mengetahui kemajuan pelaksanaan penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan monitoring kinerja dan tindak lanjut monitoring kinerja.	SOP monitoring kinerja. Hasil dan tindak lanjut monitoring kinerja.		0 5 10
5. Ada tindak lanjut terhadap hasil penilaian kinerja Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan tindak lanjut hasil monitoring kinerja.	Hasil kajian dan tindak lanjut terhadap monitoring kinerja.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Pengelolaan keuangan pelayanan					
Kriteria:					
2.3.15. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menunjukkan profesionalisme dalam mengelola keuangan pelayanan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Anggaran yang tersedia di Puskesmas baik untuk pelayanan di dalam gedung Puskesmas, maupun untuk pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas perlu dikelola dengan baik untuk akuntabilitas dan efisiensi dalam penggunaan anggaran. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas mengikutsertakan Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana dalam pengelolaan anggaran Puskesmas mulai dari perencanaan anggaran, penggunaan anggaran maupun monitoring penggunaan anggaran.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Keterlibatan dalam perencanaan, penggunaan anggaran, dan monitoring penggunaan anggaran.	Bukti peran serta penanggung jawab UKM dan penanggung jawab UKP dalam perencanaan anggaran, penggunaan anggaran dan monitoringnya.		0 5 10
2. Ada kejelasan tanggung jawab pengelola keuangan Puskesmas.			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.		0 5 10
3. Ada kejelasan mekanisme penggunaan anggaran dalam pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.			Panduan penggunaan anggaran.	Pedoman Pengelolaan Keuangan (sesuai dengan dana yang tersedia di Puskesmas, misalnya BOK, Jamkesmas, dsb).	0 5 10
4. Ada kejelasan pembukuan.			Panduan pembukuan anggaran.		0 5 10
5. Ada mekanisme untuk melakukan audit penilaian kinerja pengelola keuangan Puskesmas.			Kebijakan dan SOP audit penilaian kinerja pengelola keuangan.		0 5 10
6. Ada hasil audit/penilaian kinerja keuangan.	Kepala Puskesmas, pengelola keuangan.	Proses audit kinerja pengelola keuangan.	Hasil audit kinerja pengelola keuangan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.3.16. Pengelolaan keuangan Puskesmas sesuai dengan peraturan yang berlaku					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menegakkan akuntabilitas keuangan, maka pengelolaan keuangan Puskesmas perlu dilakukan secara transparan, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. • Untuk Puskesmas yang menerapkan PPK BLUD harus mengikuti peraturan perundangan dalam pengelolaan keuangan BLUD dan menerapkan Standar Akuntansi Profesi (SAP). 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan Petugas Pengelola Keuangan.			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.		0 5 10
2. Ada uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.		0 5 10
3. Pengelolaan keuangan sesuai dengan standar, peraturan yang berlaku dan rencana anggaran yang disusun sesuai dengan rencana operasional.	Pengelola keuangan.	Pelaksanaan pengelolaan keuangan, dan penyusunan rencana anggaran Puskesmas.	Panduan pengelolaan keuangan, dokumen rencana anggaran, dokumen proses pengelolaan keuangan.	Pedoman pengelolaan keuangan program dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	0 5 10
4. Laporan dan Pertanggungjawaban keuangan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.			Dokumen laporan dan pertanggungjawaban keuangan.	Pedoman pengelolaan keuangan program dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	0 5 10

5. Dilakukan audit terhadap pengelolaan keuangan dan hasilnya ditindaklanjuti.	Kepala Puskesmas, pengelola keuangan.	Proses audit dan tindak lanjut audit keuangan.	Bukti pelaksanaan dan tindak lanjut audit keuangan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Pengelolaan Data dan Informasi di Puskesmas (Puskesmas sebagai bank data)					
Kriteria:					
2.3.17. Dalam menjalankan fungsi Puskesmas, harus tersedia data dan informasi di Puskesmas yang digunakan untuk pengambilan keputusan baik untuk peningkatan pelayanan di Puskesmas maupun untuk pengambilan keputusan di tingkat Kabupaten.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pengambilan keputusan dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat perlu didukung oleh ketersediaan data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan baik untuk pengambilan keputusan di Puskesmas dalam peningkatan pelayanan maupun pengembangan program-program kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, maupun pengambilan keputusan pada tingkat kebijakan di Dinas Kesehatan. Data dan informasi tersebut meliputi minimal: data wilayah kerja yang menjadi tanggung jawab, demografi, budaya dan kebiasaan masyarakat, pola penyakit terbanyak, surveilans epidemiologi, evaluasi dan pencapaian kinerja pelayanan, evaluasi dan pencapaian kinerja, data dan informasi lain yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Provinsi dan Kementerian Kesehatan. (Sesuai kebutuhan). 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi data dan informasi yang harus tersedia di Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang ketersediaan data dan informasi di Puskesmas. SK pengelola informasi dengan uraian tugas dan tanggung jawab.		0 5 10
2. Tersedia prosedur pengumpulan, penyimpanan, dan <i>retrieving</i> (pencarian kembali) data.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan program.	Pengumpulan, penyimpanan, <i>retrieving</i> data.	SOP pengumpulan, penyimpanan, dan <i>retrieving</i> (pencarian kembali) data.		0 5 10
3. Tersedia prosedur analisis data untuk diproses menjadi informasi.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan program.	Analisis data dan penyediaan informasi.	SOP analisis data.		0 5 10
4. Tersedia prosedur pelaporan dan distribusi informasi kepada pihak-pihak yang membutuhkan dan berhak memperoleh informasi.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan program.	Pelaksanaan pelaporan dan distribusi informasi.	SOP pelaporan dan distribusi informasi.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pengelolaan data dan informasi.			Bukti evaluasi dan tindak lanjut pengelolaan data dan informasi.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
2.4. Hak dan Kewajiban Pengguna Puskesmas Adanya kejelasan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas					
Hak dan kewajiban pengguna Puskesmas					
Kriteria:					
2.4.1. Hak dan kewajiban pengguna Puskesmas ditetapkan dan disosialisasikan kepada masyarakat dan semua pihak yang terkait, dan tercermin dalam kebijakan dan prosedur penyelenggaraan Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Keberadaan Puskesmas dalam mengemban misi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat harus berfokus pada pelanggan. Pengelola dan Pelaksana Puskesmas perlu memahami dan memperhatikan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas dalam penyelenggaraan pelayanan dan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang hak dan kewajiban sasaran kegiatan UKM dan pasien pengguna pelayanan Puskesmas. Brosur, leaflet, poster tentang hak dan kewajiban sasaran kegiatan UKM, dan pasien/pengguna jasa Puskesmas.		0 5 10
2. Ada sosialisasi kepada masyarakat dan pihak-pihak yang terkait tentang hak dan kewajiban mereka.	Sasaran program, tokoh masyarakat	Hak dan kewajiban sasaran kegiatan UKM, dan pasien/pengguna jasa Puskesmas.	Brosur, leaflet, poster tentang hak dan kewajiban sasaran kegiatan UKM, dan pasien/pengguna jasa Puskesmas.		0 5 10
3. Ada kebijakan dan prosedur penyelenggaraan Puskesmas mencerminkan pemenuhan terhadap hak dan kewajiban pengguna.	Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana kegiatan program.	Sikap dan perilaku pelayanan.	SK Kepala Puskesmas dan SOP untuk memenuhi hak dan kewajiban pengguna.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.4.2. Adanya aturan (<i>code of conduct</i>) yang jelas untuk mengatur perilaku Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana dalam proses penyelenggaraan Upaya/Kegiatan Puskesmas. Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas serta tujuan program kegiatan.					
Maksud dan Tujuan:					
• Perlu disusun aturan (<i>code of conduct</i>) yang mengatur perilaku Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana Upaya/Kegiatan Puskesmas yang sesuai dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada aturan yang disepakati bersama oleh Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana dalam melaksanakan Upaya Puskesmas dan kegiatan Pelayanan Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan aturan main (etika) dalam pelayanan.	SK Kepala Puskesmas dan kesepakatan tentang aturan main dalam (etika) pelaksanaan program dan pelayanan di Puskesmas.		0 5 10
2. Aturan tersebut sesuai dengan visi, misi, tata nilai, dan tujuan Puskesmas.			Aturan main (etika) sesuai dengan visi, misi, tata nilai dan tujuan Puskesmas (cek kesesuaian aturan main).		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
2.5. Kontrak Pihak Ketiga Jika sebagian kegiatan dikontrakkan kepada pihak ketiga, pengelola menjamin bahwa penyelenggaraan oleh pihak ketiga memenuhi standar yang ditetapkan.					
Kriteria:					
2.5.1. Adanya dokumen kontrak yang jelas dengan pihak ketiga yang ditandatangani oleh pihak ketiga dan pengelola dengan spesifikasi pekerjaan yang jelas dan memenuhi standar yang berlaku.					
Maksud dan Tujuan:					
• Jika ada kewenangan pada pengelola Puskesmas untuk mengontrakkan sebagian kegiatan kepada pihak ketiga, maka proses kontrak harus mengikuti peraturan perundangan yang berlaku, dan menjamin bahwa kegiatan yang dikontrakkan pada pihak ketiga tersebut dilaksanakan sesuai dengan rencana dan menaati peraturan perundangan yang berlaku.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada penunjukkan secara jelas petugas pengelola Kontrak / Perjanjian Kerja Sama.			SK Kepala Puskesmas tentang penyelenggaraan kontrak pihak ketiga, SK Penetapan Pengelola Kontrak Kerja.		0 5 10
2. Ada dokumen Kontrak/Perjanjian Kerja Sama yang jelas dan sesuai dengan peraturan yang berlaku.			Dokumen kontrak (PKS) dengan pihak ketiga.	Peraturan Presiden No 70/2012.	0 5 10
3. Dalam dokumen Kontrak/Perjanjian Kerja Sama ada kejelasan, kegiatan yang harus dilakukan, peran dan tanggung jawab masing-masing pihak, personil yang melaksanakan kegiatan, kualifikasi, indikator dan standar kinerja, masa berlakunya Kontrak/Perjanjian Kerja Sama, proses kalau terjadi perbedaan pendapat, termasuk bila terjadi pemutusan hubungan kerja.			Dokumen kontrak (PKS) dengan pihak ketiga.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
2.5.2. Kinerja pihak ketiga dalam penyelenggaraan pelayanan dimonitor dan dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dan ditindaklanjuti.					
Maksud dan Tujuan:					
• Kinerja pihak ketiga harus dimonitor untuk menilai kesesuaian terhadap Kontrak/Perjanjian Kerja Sama dan rencana kegiatan yang ditetapkan dengan menggunakan indikator penilaian yang jelas. Hasil penilaian harus ditindaklanjuti untuk menjamin tujuan tercapai secara efektif dan efisien.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan indikator dan standar kinerja pada pihak ketiga dalam melaksanakan kegiatan.			Kejelasan indikator dan standar kinerja pada dokumen kontrak.		0 5 10
2. Dilakukan monitoring dan evaluasi oleh pengelola pelayanan terhadap pihak ketiga berdasarkan indikator dan standar kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan Penanggung jawab pelayanan.	Monitoring kinerja pihak ketiga.	Kebijakan dan SOP monitoring kinerja pihak ketiga. Instrumen monitoring dan evaluasi, dan hasil monitoring kinerja pihak ketiga.		0 5 10
3. Ada tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan evaluasi.			Bukti tindak lanjut hasil monitoring.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
2.6. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Sarana dan peralatan Puskesmas harus dipelihara agar dapat digunakan sesuai kebutuhan dan sesuai peraturan yang berlaku					
Kriteria:					
2.6.1. Pemeliharaan sarana dan peralatan Puskesmas dilaksanakan dan didokumentasikan secara jelas dan akurat.					

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan Penanggung jawab barang inventaris Puskesmas.			SK dan uraian tugas dan tanggung jawab pengelola barang.		0 5 10
2. Ada daftar inventaris sarana dan peralatan Puskesmas yang digunakan untuk pelayanan maupun untuk penyelenggaraan Upaya Puskesmas.			Daftar inventaris		0 5 10
3. Ada program kerja pemeliharaan sarana dan peralatan Puskesmas.	Penanggung jawab pengelola barang.	Pelaksanaan program kerja.	Program pemeliharaan dan bukti pelaksanaan program pemeliharaan.		0 5 10
4. Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan sesuai program kerja.	Penanggung jawab pengelola barang.	Pelaksanaan program kerja pemeliharaan sarana dan peralatan.	Bukti pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan sesuai dengan program kerja.		0 5 10
5. Ada tempat penyimpanan/ gudang sarana dan peralatan yang memenuhi persyaratan.	Penanggung jawab pengelola barang, gudang tempat penyimpanan.	Ketersediaan tempat, dan pemenuhan persyaratan penyimpanan.	Kebijakan dan SOP tentang penyimpanan barang termasuk bahan berbahaya.	Peraturan tentang pengelolaan barang dan bahan berbahaya.	0 5 10
6. Ada program kerja kebersihan lingkungan Puskesmas.	Penanggung jawab kebersihan.	Penyusunan program kerja kebersihan.	SK Penanggung jawab kebersihan Puskesmas. Program kerja kebersihan lingkungan.		0 5 10
7. Pelaksanaan kebersihan lingkungan Puskesmas sesuai dengan program kerja.	Penanggung jawab kebersihan.	Pelaksanaan program kerja kebersihan			0 5 10
8. Ada program kerja perawatan kendaraan, baik roda empat maupun roda dua.	Penanggung jawab kendaraan.	Bukti pelaksanaan kegiatan pemeliharaan kendaraan.	SK Penanggung jawab kendaraan program kerja perawatan kendaraan.		0 5 10
9. Pelaksanaan pemeliharaan kendaraan sesuai program kerja.	Penanggung jawab kendaraan.	Pelaksanaan program kerja pemeliharaan kendaraan.			0 5 10
10. Pencatatan dan pelaporan barang inventaris.			Dokumen pencatatan dan pelaporan barang inventaris.		0 5 10

BAB III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
3.1. Perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana.					
Kriteria:					
3.1.1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar mutu dapat dikelola dengan baik maka perlu ditetapkan Penanggung jawab manajemen mutu (wakil manajemen mutu) yang bertugas untuk melakukan koordinasi, monitoring, dan membudayakan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja secara berkesinambungan akan menjamin pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja dilakukan secara konsisten dan sistematis. Penanggung jawab manajemen mutu tersebut bertanggung jawab dalam menyusun pedoman (manual) mutu dan kinerja bersama dengan Pimpinan Puskesmas yang akan menjadi acuan bagi Pimpinan, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu.			SK Penanggung jawab manajemen mutu		0 5 10
2. Ada kejelasan tugas, wewenang dan tanggung jawab Penanggung jawab manajemen mutu.			Uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab wakil manajemen mutu.		0 5 10
3. Ada Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja disusun bersama oleh Penanggung jawab manajemen mutu dengan Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penyusunan pedoman.	Pedoman peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas.		0 5 10
4. Kebijakan mutu dan tata nilai disusun bersama dan dituangkan dalam pedoman (manual) mutu/Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja sesuai dengan visi, misi dan tujuan Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penyusunan kebijakan mutu.	SK Kepala Puskesmas tentang Kebijakan mutu.		0 5 10
5. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan Puskesmas berkomitmen untuk meningkatkan mutu dan kinerja secara konsisten dan berkesinambungan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penggalangan komitmen bersama.	Bukti yang menunjukkan adanya komitmen bersama seluruh jajaran Puskesmas untuk meningkatkan mutu dan kinerja (pernyataan tertulis, foto).		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
3.1.2. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja direncanakan dan dimonitor serta ditindaklanjuti. Pimpinan dan Penanggung jawab Manajemen Mutu secara periodik melakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada rencana kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas.			Rencana tahunan program perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas (yang dapat terintegrasi antara UKM dan UKP).		0 5 10
2. Kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas dilakukan sesuai dengan rencana kegiatan yang tersusun dan dilakukan pertemuan tinjauan manajemen yang membahas kinerja pelayanan dan upaya perbaikan yang perlu dilaksanakan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja.	Bukti-bukti pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja, notulen pertemuan tinjauan manajemen.		0 5 10
3. Pertemuan tinjauan manajemen membahas hasil analisis kebutuhan, analisis kepuasan, hasil audit kinerja, pertemuan tinjauan yang lalu, dan rekomendasi, serta tindak lanjut pertemuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen.	SOP pertemuan tinjauan manajemen. Hasil-hasil pertemuan dan rekomendasi.		0 5 10
4. Rekomendasi hasil pertemuan tinjauan manajemen ditindaklanjuti dan dievaluasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan rekomendasi hasil temuan tinjauan manajemen.	Rencana tindak lanjut terhadap temuan tinjauan manajemen, bukti dan hasil pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
3.1.3. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan bertanggung jawab dan menunjukkan peran serta dalam memperbaiki mutu dan kinerja.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas memerlukan peran serta aktif baik pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud serta memberikan kepuasan pada pengguna Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana Kegiatan memahami tugas dan kewajiban mereka untuk meningkatkan mutu dan kinerja Puskesmas.	Kepala puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pemahaman peran masing-masing dalam peningkatan mutu.	Uraian tugas karyawan termasuk kewajiban dalam meningkatkan mutu dan kinerja.		0 5 10
2. Pihak-pihak terkait terlibat dan berperan aktif dalam peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Keterlibatan pihak terkait dalam peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas.	Identifikasi pihak-pihak terkait dan peran masing-masing.		0 5 10
3. Ide-ide yang disampaikan oleh pihak-pihak terkait untuk meningkatkan mutu dan kinerja Puskesmas ditindaklanjuti.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Tindak lanjut ide-ide peningkatan mutu.	Notulen rapat atau catatan yang menunjukkan adanya penjarangan aspirasi atau inovasi dari pihak terkait. Rencana program perbaikan mutu, dan bukti pelaksanaan.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
3.1.4. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas melakukan evaluasi kegiatan perbaikan kinerja melalui audit internal yang dilaksanakan secara periodik.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Upaya perbaikan mutu dan kinerja perlu dievaluasi apakah mencapai sasaran-sasaran/indikator-indikator yang ditetapkan. Hasil temuan audit internal disampaikan kepada Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab manajemen mutu, Penanggung jawab Program/ Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan sebagai dasar untuk melakukan perbaikan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Data kinerja dikumpulkan, dianalisis dan digunakan untuk meningkatkan kinerja Puskesmas.			Laporan kinerja, analisis data kinerja.		0 5 10
2. Dilakukan audit internal secara periodik terhadap upaya perbaikan mutu dan kinerja dalam upaya mencapai sasaran-sasaran/indikator-indikator mutu dan kinerja yang ditetapkan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Pelaksanaan audit internal.	SOP audit internal. Pembentukan tim audit internal. Pelatihan tim audit internal. Program kerja audit internal.		0 5 10
3. Ada laporan dan umpan balik hasil audit internal kepada Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen mutu dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas untuk mengambil keputusan dalam strategi perbaikan program dan kegiatan Puskesmas.			Laporan hasil audit internal.		0 5 10
4. Tindak lanjut dilakukan terhadap temuan dan rekomendasi dari hasil audit internal.			Laporan tindak lanjut temuan audit internal.		0 5 10
5. Terlaksananya rujukan untuk menyelesaikan masalah dari hasil rekomendasi jika tidak dapat diselesaikan sendiri oleh Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Rujukan masalah yang tidak dapat diselesaikan.	SOP rujukan jika tidak dapat menyelesaikan masalah hasil rekomendasi audit internal.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
3.1.5. Adanya upaya memberdayakan pengguna Puskesmas untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja Puskesmas					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pengguna, maka pengguna dan masyarakat diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas. Kegiatan pemberdayaan pengguna dan masyarakat tidak hanya terbatas pada penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Masyarakat dapat dilibatkan dalam memberikan masukan, ide-ide yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan oleh Puskesmas dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja. Pemberdayaan pengguna dapat dilakukan melalui survei masyarakat desa, musyawarah masyarakat desa atau mekanisme yang lain dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas. Bentuk-bentuk pemberdayaan/peran masyarakat, antara lain adalah: peran serta dalam memberikan pelayanan, melakukan advokasi, dan melakukan pengawasan, melalui forum-forum pemberdayaan masyarakat yang ada. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada mekanisme untuk mendapatkan asupan dari pengguna tentang kinerja Puskesmas.			SOP untuk mendapatkan asupan pengguna tentang kinerja Puskesmas.		0 5 10
2. Dilakukan survei atau masukan melalui forum-forum pemberdayaan masyarakat untuk mengetahui bahwa kebutuhan dan harapan pengguna terpenuhi.			Bukti pelaksanaan survei atau kegiatan forum-forum pemberdayaan masyarakat.		0 5 10
3. Asupan dan hasil survei maupun forum-forum pemberdayaan masyarakat dianalisis dan ditindaklanjuti.			Analisis dan tindak lanjut terhadap asupan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
3.1.6. Peningkatan kinerja Puskesmas dilakukan secara berkesinambungan. Jika hasil pelayanan atau hasil Upaya/Kegiatan yang tidak mencapai target, maka dilakukan upaya perbaikan berupa koreksi, tindakan korektif maupun tindakan preventif.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Sasaran/indikator perbaikan mutu dan kinerja perlu disusun sebagai tolok ukur upaya perbaikan mutu dan kinerja. Dalam penilaian kinerja Puskesmas, jika terjadi hasil yang tidak sesuai harus ditindaklanjuti dengan koreksi, tindakan korektif. Upaya preventif dilakukan dengan mengantisipasi kemungkinan terjadinya hasil yang tidak sesuai. Puskesmas harus menyusun prosedur tindakan korektif dan prosedur tindakan preventif dalam upaya mencapai hasil yang optimal. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan indikator mutu dan kinerja yang dikumpulkan secara periodik untuk menilai peningkatan kinerja pelayanan.			SK Kepala Puskesmas tentang penetapan indikator mutu dan kinerja Puskesmas, data hasil pengumpulan indikator mutu dan kinerja yang dikumpulkan secara periodik.	SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang indikator mutu dan kinerja puskesmas, SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang SPM.	0 5 10
2. Peningkatan kinerja pelayanan tersebut sebagai akibat adanya upaya perbaikan mutu dan kinerja penyelenggaraan pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja.			0 5 10
3. Ada prosedur tindakan korektif.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Analisis masalah mutu/hasil yang tidak sesuai dan tindakan korektif.	SOP tindakan korektif.		0 5 10
4. Ada prosedur tindakan preventif.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Analisis masalah mutu/hasil yang tidak sesuai dan tindak preventif.	SOP tindakan preventif.		0 5 10
5. Hasil pelayanan/program dan kegiatan yang tidak sesuai ditindaklanjuti dalam bentuk koreksi, tindakan korektif, dan tindakan preventif.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, pelaksana.	Hasil tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN				<p>≥ 80% terpenuhi</p> <p>20% - 79% terpenuhi sebagian</p> <p>< 20% tidak terpenuhi</p>	
Kriteria:					
3.1.7. Dilakukan kegiatan kaji banding (<i>benchmarking</i>) dengan Puskesmas lain tentang kinerja Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Bila dimungkinkan kegiatan kaji banding pengelolaan dan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas dengan Puskesmas lain. Kegiatan kaji banding merupakan kesempatan untuk belajar dari pengelolaan dan pelaksanaan di Puskesmas yang lain, dan akan memberi manfaat bagi kedua belah pihak untuk perbaikan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menyusun rencana kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Penyusunan rencana kaji banding.	Rencana kaji banding (kerangka acuan kaji banding).		0 5 10
2. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana menyusun instrumen kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Penyusunan instrumen kaji banding.	Instrumen kaji banding.		0 5 10
3. Kegiatan kaji banding dilakukan sesuai dengan rencana kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan kegiatan kaji banding.	Dokumen pelaksanaan kaji banding.		0 5 10
4. Hasil kaji banding dianalisis untuk mengidentifikasi peluang perbaikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Analisis hasil kaji banding.	Analisis hasil kaji banding.		0 5 10
5. Disusun rencana tindak lanjut kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Penyusunan rencana tindak lanjut kaji banding.	Rencana tindak lanjut kaji banding.		0 5 10
6. Dilakukan pelaksanaan tindak lanjut kaji banding dalam bentuk perbaikan baik dalam pelayanan maupun dalam pelaksanaan program dan kegiatan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan tindak lanjut kaji banding.			0 5 10
7. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kaji banding, tindak lanjut dan manfaatnya.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, Penanggung jawab UKP, dan pelaksana.	Pelaksanaan evaluasi terhadap penyelenggaraan kegiatan kaji banding.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap penyelenggaraan kegiatan kaji banding.		0 5 10

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

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

6. Kegiatan-kegiatan tersebut dikomunikasikan dan dikoordinasikan kepada lintas program dan lintas sektor terkait sesuai dengan pedoman pelaksanaan.	Lintas program, lintas sektor.	Komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	SOP koordinasi dan komunikasi lintas program dan lintas sektor.	Pedoman penyelenggaraan UKM dari Kemenkes.	0 5 10
7. Kegiatan-kegiatan tersebut disusun dalam rencana kegiatan untuk tiap UKM Puskesmas.			Rencana kegiatan UKM yang ditetapkan oleh kepala Puskesmas.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
4.1.2. Dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan pembahasan konsultatif dengan masyarakat, kelompok masyarakat maupun individu yang menjadi sasaran kegiatan oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana untuk mengetahui dan menanggapi jika ada perubahan kebutuhan dan harapan sasaran.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dan sasaran kegiatan diperlukan umpan balik dari masyarakat dan sasaran kegiatan untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan-perbaikan dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan UKM Puskesmas. • Umpan balik dapat diperoleh melalui pembahasan atau pertemuan konsultatif dengan tokoh masyarakat, kelompok masyarakat atau individu yang merupakan sasaran program melalui forum-forum yang ada, misalnya badan penyantun Puskesmas, konsil kesehatan masyarakat dan forum-forum komunikasi yang lain. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun kerangka acuan untuk memperoleh umpan balik dari masyarakat dan sasaran program tentang pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM.	Proses penyusunan kerangka acuan agar dapat memperoleh umpan balik (asupan) tentang pelaksanaan kegiatan.	Kerangka acuan untuk memperoleh umpan balik (asupan) pelaksanaan kegiatan UKM.		0 5 10
2. Hasil identifikasi umpan balik didokumentasikan dan dianalisis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana.	Proses analisis dan tindak lanjut hasil identifikasi umpan balik.	Dokumen hasil identifikasi umpan balik, analisis dan tindak lanjut terhadap hasil identifikasi umpan balik.		0 5 10
3. Dilakukan pembahasan terhadap umpan balik dari masyarakat maupun sasaran program oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana, lintas program, dan jika diperlukan dengan lintas sektor terkait.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, pelaksana, lintas program, dan lintas sektor.	Pembahasan umpan balik program.	SOP pembahasan umpan balik, dokumentasi pelaksanaan pembahasan, hasil pembahasan, tindak lanjut pembahasan.		0 5 10
4. Hasil identifikasi digunakan untuk perbaikan rencana dan/atau pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab UKM.	Pemanfaatan hasil pembahasan umpan balik untuk perbaikan rencana dan/atau pelaksanaan kegiatan UKM.	Bukti perbaikan rencana pelaksanaan kegiatan UKM		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut dan evaluasi terhadap perbaikan rencana maupun pelaksanaan kegiatan.			Bukti tindak lanjut dan evaluasi terhadap perbaikan yang dilakukan.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
4.1.3. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi dan menanggapi peluang inovatif perbaikan penyelenggaraan kegiatan UKM Puskesmas					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan harapan masyarakat, perubahan regulasi, perkembangan teknologi, maka dapat dilakukan upaya-upaya inovatif untuk memperbaiki perencanaan maupun pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas. Usulan-usulan inovatif untuk perbaikan dapat diperoleh melalui masukan dari masyarakat, tokoh masyarakat, forum-forum komunikasi dengan masyarakat, lintas program maupun lintas sektor terkait. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana mengidentifikasi permasalahan dalam pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan UKM Puskesmas, perubahan regulasi, pengembangan teknologi, perubahan pedoman/acuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Identifikasi permasalahan dalam pelaksanaan, perubahan regulasi, dsb.	Hasil identifikasi masalah, perubahan regulasi, dsb.	Regulasi yang terkait dengan Puskesmas dan kegiatan UKM, serta pedoman penyelenggaraan kegiatan UKM dari Kemenkes.	0 5 10
2. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan identifikasi peluang-peluang inovatif untuk perbaikan pelaksanaan kegiatan untuk mengatasi permasalahan tersebut maupun untuk menyesuaikan dengan perkembangan teknologi, regulasi, maupun pedoman/acuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Identifikasi peluang inovatif untuk perbaikan kegiatan UKM untuk mengatasi masalah dan perkembangan.	Hasil identifikasi peluang-peluang perbaikan inovatif.		0 5 10
3. Peluang inovatif untuk perbaikan dibahas melalui forum-forum komunikasi atau pertemuan pembahasan dengan masyarakat, sasaran kegiatan, lintas program dan lintas sektor terkait.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, lintas program, dan lintas sektor.	Pelaksanaan pembahasan melalui forum-forum komunikasi.	Bukti pembahasan melalui forum-forum komunikasi dengan masyarakat, sasaran kegiatan UKM, lintas program, dan lintas sektor.		0 5 10
4. Inovasi dalam pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, lintas program, dan lintas sektor.	Pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut inovasi.	Rencana perbaikan inovatif, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.		0 5 10
5. Hasil pelaksanaan dan evaluasi terhadap inovasi kegiatan dikomunikasikan kepada lintas program, lintas sektor terkait, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Lintas program, lintas sektor, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.	Sosialisasi kegiatan inovatif.	Bukti pelaksanaan sosialisasi.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
Standar:					
4.2. Akses masyarakat dan sasaran kegiatan terhadap kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat Penanggung jawab UKM Puskesmas memastikan Pelaksanaan Kegiatan secara profesional dan tepat waktu, tepat sasaran sesuai dengan tujuan kegiatan UKM Puskesmas, kebutuhan dan harapan masyarakat					

Kriteria:					
4.2.1. UKM Puskesmas dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran kegiatan UKM Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Agar tujuan program tercapai dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dapat memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat, maka kepala Puskesmas, Penanggung jawab, dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas melaksanakan kegiatan sesuai dengan pedoman dan rencana kegiatan yang telah disusun berdasarkan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran. • Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas memastikan jadwal kegiatan, petugas pelaksana yang kompeten untuk melaksanakan, dan proses pelaksanaan kegiatan sesuai dengan harapan dan kebutuhan masyarakat. • Agar kegiatan dapat dilaksanakan dengan baik, tujuan, langkah-langkah kegiatan, dan jadwal kegiatan perlu diinformasikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Jadwal pelaksanaan kegiatan ditetapkan sesuai dengan rencana.			Jadwal kegiatan, rencana kegiatan UKM.		0 5 10
2. Pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh pelaksana yang kompeten.			Data kepegawaian pelaksana UKM Puskesmas.		0 5 10
3. Jadwal dan pelaksanaan kegiatan diinformasikan kepada sasaran.	Sasaran kegiatan UKM.	Informasi tentang jadwal kegiatan UKM.	Bukti pelaksanaan sosialisasi.		0 5 10
4. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.	Pelaksana dan sasaran kegiatan UKM.	Pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.	Bukti pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kegiatan.			Bukti evaluasi dan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
4.2.2. Masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait mendapatkan akses informasi yang jelas tentang kegiatan-kegiatan, tujuan, tahapan, dan jadwal pelaksanaan kegiatan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran perlu mendapatkan informasi tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan, tujuan, tahapan dan jadwal pelaksanaan, sehingga dapat menyesuaikan dengan kebutuhan dan harapan mereka, dan menjamin pelaksanaan kegiatan tepat sasaran dan tepat waktu. • Lintas program dan lintas sektor terkait juga perlu mendapatkan informasi tentang kegiatan UKM Puskesmas, tujuan, pentahapan, dan jadwal kegiatan, sehingga dapat memberikan kontribusi yang optimal dalam pencapaian tujuan UKM Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran.	Tokoh masyarakat, kelompok masyarakat dan sasaran.	Informasi tentang kegiatan UKM Puskesmas.	SOP penyampaian informasi, bukti pelaksanaan penyampaian informasi.		0 5 10
2. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada lintas program terkait.	Lintas program terkait.	Informasi tentang kegiatan UKM Puskesmas.	SOP penyampaian informasi, bukti pelaksanaan penyampaian informasi.		0 5 10
3. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada lintas sektor terkait.	Lintas sektor terkait.	Informasi tentang kegiatan UKM Puskesmas.	SOP penyampaian informasi, bukti pelaksanaan penyampaian informasi.		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi terhadap kejelasan informasi yang disampaikan kepada sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait.	Sasaran kegiatan UKM, lintas program, lintas sektor terkait.	Evaluasi terhadap kejelasan informasi.	SOP evaluasi, instrumen evaluasi, pelaksanaan evaluasi, hasil evaluasi.		0 5 10

5. Dilakukan tindak lanjut terhadap evaluasi penyampaian informasi.			Rencana tindak lanjut, dan tindak lanjut hasil evaluasi.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
4.2.3. Sasaran Kegiatan UKM Puskesmas memperoleh akses yang mudah untuk tepat waktu berperan aktif pada saat pelaksanaan kegiatan.					
Maksud dan Tujuan:					
• Keberhasilan UKM Puskesmas tergantung pada peran aktif masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana kegiatan mengupayakan kemudahan bagi sasaran untuk mengakses dengan mudah informasi tentang kegiatan, maupun untuk berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan, dan memberikan umpan balik tentang pelaksanaan kegiatan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas memastikan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan yang mudah diakses oleh masyarakat.	Penanggung jawab UKM, pelaksana UKM, dan sasaran kegiatan UKM.	Cara memastikan ketepatan waktu dan pelaksanaan UKM Puskesmas, kemudahan akses terhadap kegiatan UKM Puskesmas.	Jadwal pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.		0 5 10
2. Pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan metode dan teknologi yang dikenal oleh masyarakat atau sasaran.	Pelaksana kegiatan dan sasaran kegiatan UKM.	Metode dan teknologi dalam pelaksanaan kegiatan, cara untuk mengetahui bahwa metode dan teknologi yang digunakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.	Rencana kegiatan UKM, hasil evaluasi tentang metode dan teknologi dalam pelaksanaan kegiatan UKM, dan tindak lanjutnya.		0 5 10
3. Alur atau tahapan kegiatan dikomunikasikan dengan jelas kepada masyarakat.	Sasaran kegiatan UKM dan masyarakat.	Sosialisasi alur dan tahapan kegiatan UKM.	Jadwal sosialisasi, daftar hadir, notulen dalam mengkomunikasikan kegiatan UKM dengan masyarakat.		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi terhadap akses masyarakat dan/atau sasaran terhadap kegiatan dalam pelaksanaan UKM	Sasaran kegiatan UKM dan masyarakat.	Evaluasi terhadap akses.	Hasil evaluasi terhadap akses.		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap evaluasi akses masyarakat dan/atau sasaran terhadap kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.	Pelaksana, sasaran kegiatan UKM, dan tokoh masyarakat.	Tindak lanjut terhadap hasil evaluasi akses.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10
6. Informasi yang jelas kepada masyarakat dan/atau sasaran dilakukan jika terjadi perubahan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan, Penanggung jawab dan pelaksana memberikan kemudahan bagi masyarakat atau sasaran untuk memperoleh pelayanan tersebut.	Sasaran kegiatan UKM dan masyarakat.	Informasi jika terjadi perubahan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan.	SOP pengaturan jadwal perubahan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan, dokumen perubahan jadwal (jika memang terjadi perubahan jadwal).		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
4.2.4. Penjadwalan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas disepakati bersama dengan memperhatikan masukan pelanggan dan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan rencana.					

Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas perlu disepakati bersama oleh Penanggung jawab, pelaksana, sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait untuk menjamin program dilakukan tepat sasaran dan tepat waktu, dan tidak terjadi konflik di antara pengelola, pelaksana, sasaran, lintas program dan lintas sektor terkait. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan cara untuk menyepakati waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dengan masyarakat dan/atau sasaran.	Tokoh masyarakat, kelompok masyarakat dan sasaran.	Kesepakatan cara dan waktu pelaksanaan kegiatan.	SOP untuk menyepakati bersama tentang cara dan waktu pelaksanaan kegiatan dengan sasaran dan/atau masyarakat.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan cara untuk menyepakati waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dengan lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program dan lintas sektor.	Kesepakatan cara dan waktu pelaksanaan kegiatan.	SOP kesepakatan cara dan waktu pelaksanaan kegiatan dengan lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memonitor pelaksanaan kegiatan tepat waktu, tepat sasaran dan sesuai dengan tempat yang direncanakan.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM.	Monitoring pelaksanaan kegiatan.	SOP monitoring, hasil monitoring.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu, ketepatan sasaran dan tempat pelaksanaan.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM.	Evaluasi pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.	SOP evaluasi, hasil evaluasi.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menindaklanjuti hasil evaluasi.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Tindak lanjut terhadap hasil evaluasi akses.	Bukti tindak lanjut hasil evaluasi.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
4.2.5. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan kajian terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Dalam pelaksanaan kegiatan dapat terjadi ketidaktepatan waktu, ketepatan sasaran, maupun tidak tercapainya target kinerja yang diharapkan, oleh karena itu Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan kajian terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan, dan melakukan upaya tindak lanjut untuk mengatasi. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana mengidentifikasi permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Masalah dan hambatan pelaksanaan kegiatan.	Hasil identifikasi masalah dan hambatan pelaksanaan kegiatan.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan analisis terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Analisis masalah dan hambatan.	Bukti pelaksanaan analisis masalah dan hambatan, rencana tindak lanjut.		0 5 10

3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana merencanakan tindak lanjut untuk mengatasi masalah dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM.	Tindak lanjut terhadap hasil analisis masalah dan hambatan.	Rencana tindak lanjut.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melaksanakan tindak lanjut.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM.	Pelaksanaan tindak lanjut.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana mengevaluasi keberhasilan tindak lanjut yang dilakukan.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM.	Tindak lanjut terhadap rencana mengatasi masalah dan hambatan.	Evaluasi terhadap tindak lanjut masalah dan hambatan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
4.2.6. Ada umpan balik dan tindak lanjut terhadap keluhan masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Umpan balik yang berupa kepuasan maupun ketidakpuasan sasaran yang berupa keluhan diperlukan untuk melakukan perbaikan, baik dalam pengelolaan maupun pelaksanaan kegiatan agar sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran. • Keluhan masyarakat/sasaran dapat diperoleh secara pasif, yaitu masyarakat/sasaran menyampaikan langsung dengan kehendak sendiri kepada Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, atau Pelaksana, ataupun secara aktif dilakukan oleh Puskesmas. • Tata cara untuk memperoleh keluhan masyarakat/sasaran dapat dilakukan dengan menyediakan media komunikasi untuk menerima keluhan, misalnya melalui sms, kotak saran, pertemuan dengan tokoh masyarakat maupun forum-forum komunikasi dengan masyarakat. • Tindak lanjut dilakukan secara rasional sesuai dengan ketersediaan sumber daya yang ada di Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan media komunikasi untuk menangkap keluhan masyarakat/sasaran.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM.	Media komunikasi untuk menangkap keluhan.	Surat Keputusan tentang media komunikasi yang digunakan untuk menangkap keluhan masyarakat atau sasaran.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan media komunikasi untuk memberikan umpan balik terhadap keluhan yang disampaikan.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM	Media komunikasi untuk memberikan umpan balik keluhan.	Surat Keputusan tentang media komunikasi yang digunakan untuk umpan balik terhadap keluhan masyarakat atau sasaran.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melakukan analisis terhadap keluhan.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM.	Penerimaan keluhan dan analisis keluhan.	Bukti analisis keluhan.		0 5 10
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan tindak lanjut terhadap keluhan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Tindak lanjut terhadap keluhan.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana memberikan informasi umpan balik kepada masyarakat atau sasaran tentang tindak lanjut yang telah dilakukan untuk menanggapi keluhan.	Sasaran kegiatan UKM, dan masyarakat.	Umpan balik dan tindak lanjut keluhan.	SOP penanganan keluhan dan umpan balik keluhan, bukti pelaksanaan umpan balik dan tindak lanjut keluhan.		0 5 10

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
4.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap kinerja pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dalam mencapai tujuan dan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran.					
Kriteria:					
4.3.1. Kinerja UKM Puskesmas dievaluasi dan dianalisis, serta ditindaklanjuti sebagai bahan untuk perbaikan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menilai apakah pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas mencapai tujuan yang diharapkan dan apakah sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan. • Evaluasi dilakukan dengan adanya indikator-indikator serta target-target pencapaian yang jelas. • Hasil evaluasi ditindaklanjuti dalam bentuk perbaikan-perbaikan dalam pengelolaan maupun pelaksanaan kegiatan. • Indikator dan target yang harus dicapai ditetapkan berdasarkan pedoman masing- masing UKM Puskesmas. • Evaluasi meliputi pengumpulan, pengolahan, dan analisis data terhadap indikator kinerja UKM Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan indikator dan target pencapaian berdasarkan pedoman/acuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Penetapan indikator dan target pencapaian tiap-tiap UKM.	Ketetapan Kepala Puskesmas tentang indikator dan target pencapaian tiap UKM.	Indikator dan target dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana mengumpulkan data berdasarkan indikator yang ditetapkan.	Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM	Pengumpulan data berdasarkan indikator yang ditetapkan.	Hasil pengumpulan data berdasarkan indikator yang ditetapkan.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan analisis terhadap capaian indikator-indikator yang telah	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Analisis capaian untuk tiap indikator yang ditetapkan.	Hasil analisis pencapaian indikator pencapaian program .		0 5 10
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana menindaklanjuti hasil analisis dalam bentuk upaya-upaya perbaikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Tindak lanjut terhadap hasil analisis pencapaian indikator.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Hasil analisis dan tindak lanjut didokumentasikan.			Dokumentasi hasil analisis dan tindak lanjut.		0 5 10

BAB V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
5.1. Tanggung jawab Pengelolaan UKM Puskesmas Penanggung jawab UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap efektivitas dan efisiensi kegiatan pelaksanaan UKM Puskesmas sejalan dengan tujuan UKM Puskesmas, tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.					
Kriteria:					
5.1.1. Penanggung jawab UKM Puskesmas memenuhi persyaratan yang ditetapkan dan melakukan peningkatan kompetensi agar dapat mengelola sesuai dengan tujuan yang harus dicapai.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab UKM Puskesmas harus kompeten untuk mengelola UKM Puskesmas yang menjadi tanggung jawabnya, agar upaya tersebut dikelola dan dilaksanakan tepat tujuan, tepat sasaran, dan tepat waktu. Penanggung jawab harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai dengan pedoman yang menjadi acuan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas. • Upaya peningkatan kompetensi dapat dilakukan melalui pelatihan-pelatihan atau pendidikan yang dipersyaratkan sebagai Penanggung jawab. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan persyaratan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai dengan pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	Penanggung jawab UKM dan pelaksana kegiatan UKM.	Penetapan Penanggung jawab UKM.	SK persyaratan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai dengan persyaratan kompetensi.			SK penetapan Penanggung jawab UKM.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas melakukan analisis kompetensi terhadap Penanggung jawab UKM Puskesmas.			Hasil analisis kompetensi.		0 5 10
4. Kepala Puskesmas menindaklanjuti hasil analisis kompetensi tersebut untuk peningkatan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas.			Rencana peningkatan kompetensi.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.1.2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang baru ditugaskan di Puskesmas harus mengikuti kegiatan orientasi pelaksanaan UKM Puskesmas agar memahami tugas pokok dan tanggung jawab.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan orientasi diperlukan bagi Penanggung jawab dan pelaksana yang baru ditugaskan agar dapat memahami apa yang menjadi tanggung jawab mereka, keterkaitan dengan UKM Puskesmas yang lain, maupun keterkaitan dengan keseluruhan tugas pokok dan fungsi Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas mewajibkan Penanggung jawab UKM Puskesmas maupun Pelaksana yang baru ditugaskan untuk mengikuti kegiatan orientasi.			SK Kepala Puskesmas tentang kewajiban mengikuti program orientasi.		0 5 10

2. Kepala Puskesmas menetapkan kerangka acuan kegiatan orientasi untuk Penanggung jawab maupun Pelaksana yang baru ditugaskan.			Kerangka acuan program orientasi yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.		0 5 10
3. Kegiatan orientasi untuk Penanggung jawab dan Pelaksana yang baru ditugaskan dilaksanakan sesuai dengan kerangka acuan.	Penanggung jawab dan pelaksana UKM.	Pelaksanaan orientasi.	SOP dan bukti pelaksanaan orientasi (laporan pelaksanaan orientasi).		0 5 10
4. Kepala Puskesmas melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan orientasi Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang baru ditugaskan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM, dan pelaksana.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan orientasi.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan orientasi.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.1.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menetapkan tujuan dan tata nilai dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang dikomunikasikan kepada semua pihak yang terkait dan kepada sasaran					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Agar UKM Puskesmas dapat dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan memenuhi kebutuhan dan harapan sasaran, maka Kepala Puskesmas perlu menetapkan tujuan yang mengacu pada pedoman yang ada. • Tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas perlu disepakati bersama oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, dan pelaksana, dengan memperhatikan tata nilai budaya yang berlaku di masyarakat. • Tujuan dan tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan dikomunikasikan kepada lintas program dan lintas sektor terkait agar mereka dapat optimal berperan dalam pelaksanaan kegiatan. Pihak terkait adalah sektor-sektor terkait yang ikut berperan dalam penyelenggaraan UKM Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan tujuan, sasaran, dan tata nilai dari tiap-tiap UKM Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang tujuan, sasaran, tata nilai tiap-tiap UKM.		0 5 10
2. Tujuan, sasaran, dan tata nilai tersebut dikomunikasikan kepada pelaksana, sasaran, lintas program dan lintas sektor terkait.	Penanggung jawab UKM, pelaksana, sasaran, lintas program, lintas sektor.	Sosialisasi tentang tujuan, sasaran, tata nilai.	Bukti pelaksanaan sosialisasi.		0 5 10
3. Dilakukan evaluasi terhadap penyampaian informasi yang diberikan kepada sasaran, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait untuk memastikan informasi tersebut dipahami dengan baik.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan evaluasi penyampaian informasi.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut terhadap sosialisasi tujuan, sasaran, dan tata nilai.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.1.4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, pencapaian kinerja, pelaksanaan, dan penggunaan sumber daya, melalui komunikasi dan koordinasi yang efektif.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab UKM Puskesmas mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan dan dukungan bagi pelaksana dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab. Arahan dapat dilakukan dalam bentuk pembinaan, pendampingan, pertemuan-pertemuan, maupun konsultasi dalam pelaksanaan kegiatan. • Komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor diperlukan untuk keberhasilan pencapaian kinerja antara lain melalui forum mini lokakarya, pertemuan koordinasi di kecamatan, maupun forum yang lain. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan pembinaan kepada pelaksana dalam melaksanakan kegiatan.	Pelaksana kegiatan UKM.	Pembinaan oleh Penanggung jawab.	SOP dan Bukti pelaksanaan pembinaan.		0 5 10
2. Pembinaan meliputi penjelasan tentang tujuan, tahapan pelaksanaan kegiatan, dan teknis pelaksanaan kegiatan berdasarkan pedoman yang berlaku.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Perencanaan, pelaksanaan pembinaan kepada pelaksana.	Kerangka acuan pembinaan, dan bukti pembinaan.		0 5 10
3. Pembinaan dilakukan secara periodik sesuai dengan jadwal yang disepakati dan pada waktu-waktu tertentu sesuai kebutuhan.	Pelaksana kegiatan UKM.	Kesesuaian jadwal pelaksanaan pembinaan.	Bukti pelaksanaan pembinaan dan jadwal pelaksanaan pembinaan.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengkomunikasikan tujuan, tahapan pelaksanaan kegiatan, penjadwalan kepada lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program, lintas sektor.	Komunikasi tentang tujuan, tahapan, jadwal kegiatan.	Kerangka acuan, tahapan, jadwal kegiatan, dan bukti sosialisasi.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan kepada lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program, lintas sektor.	Pelaksanaan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	SOP koordinasi lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
6. Ada kejelasan peran lintas program dan lintas sektor terkait yang disepakati bersama dan sesuai pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	Lintas program, lintas sektor.	Kejelasan peran masing-masing lintas program dan lintas sektor terkait.	Kerangka acuan program memuat peran lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
7. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Evaluasi dan tindak lanjut komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.	SOP, dan hasil evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.1.5. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengupayakan minimalisasi risiko pelaksanaan kegiatan terhadap lingkungan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dapat menimbulkan risiko terhadap lingkungan. Risiko terhadap lingkungan perlu diidentifikasi oleh Penanggung jawab dan Pelaksana untuk mengupayakan langkah-langkah pencegahan dan/atau minimalisasi risiko pelaksanaan kegiatan terhadap lingkungan. • Yang termasuk risiko terhadap lingkungan adalah: gangguan terhadap kondisi fisik, seperti kebisingan, suhu, kelembaban, pencahayaan, cuaca, bahan beracun/berbahaya, limbah medis, sampah infeksius. 					

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

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

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	$\geq 80\%$ terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian $< 20\%$ tidak terpenuhi
---	---

Kriteria:
5.2.2. Perencanaan kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas disusun berdasarkan kebutuhan sasaran dan pihak-pihak terkait untuk peningkatan status kesehatan masyarakat.

Maksud dan Tujuan:
• Agar UKM Puskesmas diterima oleh masyarakat dan sesuai dengan kebutuhan sasaran, maka rencana pelaksanaan kegiatan perlu memperhatikan hasil-hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat dan/atau sasaran.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kajian kebutuhan masyarakat (<i>community health analysis</i>) dilakukan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Pelaksanaan kajian kebutuhan masyarakat.	SOP dan hasil kajian kebutuhan masyarakat.		0 5 10
2. Kajian kebutuhan dan harapan sasaran dilakukan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, pelaksana.	Pelaksanaan kajian kebutuhan sasaran.	SOP dan hasil kajian kebutuhan sasaran.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab membahas hasil kajian kebutuhan masyarakat, dan hasil kajian kebutuhan dan harapan sasaran dalam penyusunan RUK.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Analisis pembahasan hasil kajian.	Hasil analisis.		0 5 10
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas membahas hasil kajian kebutuhan masyarakat, dan hasil kajian kebutuhan dan harapan sasaran dalam penyusunan RPK.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses penyusunan RPK dengan mempertimbangkan hasil kajian.	RPK Puskesmas.		0 5 10
5. Jadwal pelaksanaan kegiatan dilaksanakan dengan memperhatikan usulan masyarakat atau sasaran.			Jadwal pelaksanaan kegiatan apakah sesuai dengan usulan masyarakat/sasaran.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	$\geq 80\%$ terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian $< 20\%$ tidak terpenuhi
---	---

Kriteria:
5.2.3. Perencanaan kegiatan yang sedang dilaksanakan dapat direvisi bila perlu, sesuai dengan perubahan kebijakan pemerintah dan/atau perubahan kebutuhan masyarakat atau sasaran, serta usulan-usulan perbaikan yang rasional. Penanggung jawab wajib memonitor pencapaian kegiatan, dan proses pelaksanaan serta mengambil langkah tindak lanjut untuk perbaikan.

Maksud dan Tujuan:
• Perubahan rencana kegiatan dimungkinkan apabila terjadi perubahan kebijakan pemerintah dan/atau perubahan kebutuhan masyarakat dan sasaran, maupun hasil monitoring dan pencapaian kinerja.
• Perubahan rencana kegiatan dapat memperhatikan usulan-usulan dari pelaksana, lintas program, dan lintas sektor terkait.
• Revisi terhadap rencana harus dilakukan dengan alasan yang tepat sebagai upaya pencapaian yang optimal dari kinerja.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring pelaksanaan kegiatan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan monitoring	Hasil monitoring		0 5 10
2. Pelaksanaan monitoring dilakukan dengan prosedur yang jelas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan monitoring.	SOP monitoring, jadwal dan pelaksanaan monitoring.		0 5 10

3. Dilakukan pembahasan terhadap hasil monitoring oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Pembahasan hasil monitoring.	SOP pembahasan hasil monitoring, bukti pembahasan, rekomendasi hasil pembahasan.		0 5 10
4. Dilakukan penyesuaian rencana kegiatan oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program dan lintas sektor terkait berdasarkan hasil monitoring, dan jika ada perubahan yang perlu dilakukan untuk menyesuaikan dengan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Tindak lanjut hasil monitoring disesuaikan dalam perencanaan kegiatan.	Hasil penyesuaian rencana.		0 5 10
5. Pembahasan untuk perubahan rencana kegiatan dilakukan berdasarkan prosedur yang jelas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses perubahan rencana kegiatan.	SOP perubahan rencana kegiatan.		0 5 10
6. Keseluruhan proses dan hasil monitoring didokumentasikan.			Dokumentasi hasil monitoring.		0 5 10
7. Keseluruhan proses dan hasil pembahasan perubahan rencana kegiatan			Dokumentasi proses dan hasil pembahasan.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
5.3. Pengorganisasian Upaya Kesehatan Masyarakat					
Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana dipandu dengan uraian tugas dan kewenangan yang jelas.					
Kriteria:					
5.3.1. Uraian tugas Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawab dengan baik dalam mencapai tujuan, perlu disusun uraian tugas yang jelas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas. Uraian tugas meliputi tugas paling tidak berisi: tugas, tanggung jawab, dan kewenangan, dengan kejelasan tentang tugas pokok dan tugas Uraian tugas harus dipahami oleh pengemban tugas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada uraian tugas Penanggung jawab UKM Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			Dokumen uraian tugas Penanggung jawab.		0 5 10
2. Ada uraian tugas Pelaksana yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			Dokumen uraian tugas pelaksana.		0 5 10
3. Uraian tugas berisi tugas, tanggung jawab, dan kewenangan.			Isi dokumen uraian tugas.		0 5 10
4. Uraian tugas meliputi tugas pokok dan tugas integrasi.			Isi dokumen uraian tugas.		0 5 10
5. Uraian tugas disosialisasikan kepada pengemban tugas.	Penanggung jawab dan pelaksana.	Pelaksanaan sosialisasi uraian tugas.	Bukti pelaksanaan sosialisasi uraian tugas.		0 5 10

6. Dokumen uraian tugas didistribusikan kepada pengemban tugas.			Bukti pendistribusian uraian tugas.		0 5 10
7. Uraian tugas disosialisasikan kepada lintas program terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana, lintas program.	Pelaksanaan sosialisasi uraian tugas.	Bukti pelaksanaan sosialisasi uraian tugas pada lintas program.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.3.2. Penanggung jawab dan pelaksana UKM Puskesmas melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan uraian tugas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sesuai uraian tugas akan menjamin pelaksanaan program sesuai dengan pedoman dan mencapai hasil kinerja yang diharapkan. • Pelaksanaan tugas sesuai dengan uraian tugas memberikan jaminan hukum bagi Penanggung jawab dan Pelaksana. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas melakukan monitoring terhadap Penanggung jawab UKM Puskesmas dalam melaksanakan tugas berdasarkan uraian tugas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Monitoring pelaksanaan uraian tugas.	Hasil monitoring pelaksanaan uraian tugas.		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring terhadap pelaksana dalam melaksanakan tugas berdasarkan uraian tugas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana program.	Monitoring pelaksanaan uraian tugas.	Hasil monitoring.		0 5 10
3. Jika terjadi penyimpangan terhadap pelaksanaan uraian tugas oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas, Kepala Puskesmas melakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.	Kepala Puskesmas.	Tindak lanjut hasil monitoring uraian tugas.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10
4. Jika terjadi penyimpangan terhadap pelaksanaan uraian tugas oleh pelaksana, Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Tindak lanjut hasil monitoring uraian tugas.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.3.3. Uraian tugas dikaji ulang secara reguler dan jika perlu dilakukan perubahan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menyesuaikan dengan perkembangan kebutuhan masyarakat dan/atau sasaran program serta perubahan regulasi, uraian tugas Penanggung jawab dan Pelaksana perlu dikaji ulang secara periodik. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Periode untuk melakukan kajian ulang terhadap uraian tugas ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang kajian ulang uraian tugas, SOP kajian ulang uraian tugas.		0 5 10

2. Dilaksanakan kajian ulang terhadap uraian sesuai dengan waktu yang ditetapkan oleh penanggung jawab dan pelaksana.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan tinjauan ulang.	Bukti pelaksanaan kajian ulang dan hasil tinjauan ulang.		0 5 10
3. Jika berdasarkan hasil kajian perlu dilakukan perubahan terhadap uraian tugas, maka dilakukan revisi terhadap uraian tugas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana.	Proses dan pelaksanaan revisi uraian tugas.	Uraian tugas yang direvisi.		0 5 10
4. Perubahan uraian tugas ditetapkan oleh Kepala Puskesmas berdasarkan usulan dari Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai hasil kajian.			Ketetapan hasil revisi uraian tugas.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
5.4. Komunikasi dan Koordinasi Penanggung jawab UKM Puskesmas membina komunikasi dan tata hubungan kerja lintas program dan lintas sektor untuk pelaksanaan dan pencapaian hasil yang optimal.					
Kriteria:					
5.4.1. Penanggung jawab UKM Puskesmas membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait baik lintas program, maupun lintas sektoral.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat hanya dilakukan oleh sektor kesehatan sendiri, program kesehatan perlu didukung oleh sektor di luar kesehatan, demikian juga pembangunan berwawasan kesehatan harus dipahami oleh sektor terkait. • Pembinaan, komunikasi, dan koordinasi perlu ditetapkan dengan prosedur yang jelas, melalui mekanisme lokakarya mini bulanan untuk lintas program, dan lokakarya mini tribulan untuk lintas sektor, atau mekanisme koordinasi yang lain. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi pihak-pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektor untuk berperan serta aktif dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Identifikasi pihak terkait dalam UKM Puskesmas.	Hasil identifikasi pihak terkait dan peran masing-masing.	Pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.	0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan lintas program mengidentifikasi peran masing-masing lintas program terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program.	Identifikasi peran lintas program.	Uraian peran lintas program untuk tiap program Puskesmas.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan lintas sektor mengidentifikasi peran masing-masing lintas sektor terkait.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas sektor.	Identifikasi peran lintas sektor.	Uraian peran lintas sektor untuk tiap program Puskesmas.		0 5 10
4. Peran lintas program dan lintas sektor didokumentasikan dalam kerangka acuan.			Kerangka acuan program memuat peran lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
5. Komunikasi lintas program dan lintas sektor dilakukan melalui pertemuan lintas program dan pertemuan lintas sektor.	Lintas program, lintas sektor.	Pertemuan lintas program dan lintas sektor.	Bukti pelaksanaan pertemuan lintas program dan lintas sektor.		0 5 10

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

3. Peraturan yang menjadi acuan dikendalikan sebagai dokumen eksternal yang diberlakukan.			SOP Pengendalian dokumen eksternal dan pelaksanaan pengendalian.		0 5 10
4. Catatan atau rekaman yang merupakan hasil pelaksanaan kegiatan disimpan dan dikendalikan.			SOP dan bukti Penyimpanan dan pengendalian arsip perencanaan dan penyelenggaraan UKM Puskesmas.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.5.2. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur evaluasi kepatuhan terhadap peraturan, kerangka acuan, prosedur dalam pengelolaan dan pelaksanaan Upaya Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dicapai dengan optimal, maka pengelola dan pelaksana perlu mematuhi segala ketentuan yang telah ditetapkan. Kepatuhan terhadap ketentuan yang berlaku perlu dimonitor dan dievaluasi sesuai dengan kebutuhan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan monitoring kesesuaian pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas terhadap kerangka acuan, rencana kegiatan, dan prosedur pelaksanaan kegiatan.	Kepala Puskesmas.	Monitoring pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas sesuai kerangka acuan, rencana dan prosedur.	SK Kepala Puskesmas tentang monitoring pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas. Hasil monitoring pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan prosedur monitoring.			SOP monitoring, jadwal dan pelaksanaan monitoring.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memahami kebijakan dan prosedur monitoring.	Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pemahaman terhadap kebijakan dan prosedur monitoring.			0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan monitoring sesuai dengan ketentuan yang berlaku.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan monitoring.	Hasil monitoring.		0 5 10
5. Kebijakan dan prosedur monitoring dievaluasi setiap tahun.	Kepala Puskesmas.	Evaluasi terhadap kebijakan dan prosedur monitoring.	Hasil evaluasi terhadap kebijakan dan prosedur monitoring.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.5.3. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur evaluasi kinerja UKM Puskesmas yang dilaksanakan oleh Penanggung jawab.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan tercapai secara optimal, maka kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan evaluasi kinerja. Ketentuan yang berupa kebijakan dan prosedur penilaian kinerja perlu ditetapkan untuk memperlancar kegiatan penilaian kinerja tiap-tiap UKM Puskesmas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan evaluasi kinerja tiap UKM Puskesmas.			SK evaluasi kinerja.		0 5 10

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

2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan kajian secara periodik terhadap pencapaian kinerja.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Kajian pencapaian kinerja.	Bukti pelaksanaan kajian.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama pelaksana melakukan tindak lanjut terhadap hasil penilaian kinerja.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Tindak lanjut hasil penilaian kinerja.	Bukti pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
4. Hasil kajian dan tindak lanjut didokumentasikan dan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.			Dokumentasi hasil kajian dan pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
5. Dilakukan pertemuan untuk membahas hasil penilaian kinerja bersama dengan Kepala Puskesmas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Pembahasan hasil penilaian kinerja.	Bukti pelaksanaan pertemuan penilaian kinerja.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.6.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan pertemuan penilaian kinerja secara periodik					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Kepala Puskesmas bersama Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan penilaian terhadap pencapaian kinerja secara periodik, paling sedikit dua kali setahun. • Penilaian kinerja dimaksudkan untuk menunjukkan akuntabilitas dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas, dan melakukan perbaikan jika hasil penilaian kinerja tidak mencapai target yang diharapkan. • Penilaian tersebut dilakukan dalam rapat Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan penilaian kinerja sesuai dengan kebijakan dan prosedur penilaian kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Penilaian kinerja.	Hasil penilaian kinerja.		0 5 10
2. Dilaksanakan pertemuan penilaian kinerja paling sedikit dua kali setahun.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Pelaksanaan pertemuan penilaian kinerja.	Kerangka acuan, SOP pertemuan penilaian kinerja, bukti pelaksanaan pertemuan.		0 5 10
3. Hasil penilaian kinerja ditindaklanjuti, didokumentasikan, dan dilaporkan.			Bukti tindak lanjut, laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
5.7. Hak dan kewajiban sasaran Ada kejelasan hak dan kewajiban sasaran					
Kriteria:					
5.7.1. Hak dan kewajiban sasaran ditetapkan dan disosialisasikan kepada sasaran serta semua pihak yang terkait, dan dilaksanakan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Upaya Kesehatan Masyarakat dilaksanakan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan yang berfokus pada kebutuhan masyarakat pada umumnya, dan sasaran pada khususnya. • Hak dan kewajiban sasaran harus ditetapkan, dan menjadi pertimbangan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas, sehingga terwujud proses pemberdayaan masyarakat sesuai dengan tujuan Puskesmas. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan hak dan kewajiban sasaran sesuai dengan kerangka acuan.			SK hak dan kewajiban sasaran.		0 5 10
2. Hak dan kewajiban sasaran dikomunikasikan kepada sasaran, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.	Sasaran, pelaksana, lintas program, lintas sektor.	Sosialisasi hak dan kewajiban sasaran.	SOP sosialisasi hak dan kewajiban sasaran.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
5.7.2. Ada aturan yang jelas yang mengatur perilaku Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana dalam proses pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan. Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas serta tujuan dari masing-masing UKM Puskesmas.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Perlu disusun aturan (<i>code of conduct</i>) yang mengatur perilaku Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang sesuai dengan tata nilai, visi, misi, tujuan Puskesmas, serta tujuan dari masing-masing UKM Puskesmas. • Adanya aturan tersebut akan mengarahkan Penanggung jawab dan Pelaksana dalam memberikan pelayanan kepada sasaran. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menentukan aturan, tata nilai dan budaya dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang disepakati bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas.	Aturan, tata nilai, budaya dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.	SK aturan, tata nilai, budaya dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.		0 5 10
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana memahami aturan tersebut.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pemahaman terhadap aturan, tata nilai, dan budaya dalam penyelenggaraan UKM Puskesmas.			0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melaksanakan aturan tersebut.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan aturan, tata nilai, dan budaya dalam penyelenggaraan UKM Puskesmas.			0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan tindak lanjut jika pelaksana melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan aturan tersebut.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Tindak lanjut jika pelaksanaan tidak sesuai dengan aturan, tata nilai, dan budaya.	Bukti tindak lanjut.		0 5 10

Bab VI. Sasaran Kinerja dan MDGs (SKM)

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
6.1. Perbaikan kinerja masing-masing UKM Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang ditunjukkan dalam sikap kepemimpinan.					
Kriteria:					
6.1.1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana, bertanggung jawab dalam membudayakan perbaikan kinerja secara berkesinambungan, konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas					
Maksud dan Tujuan:					
• Peningkatan mutu dan kinerja memerlukan peran serta aktif baik Kepala Puskemas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, Pelaksana dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud dan memberikan kepuasan pada sasaran.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada komitmen Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana untuk meningkatkan kinerja pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas secara berkesinambungan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses penggalangan komitmen.	Komitmen bersama untuk meningkatkan kinerja (bukti-bukti proses pertemuan, maupun dokumen lain yang membuktikan adanya kegiatan penggalangan komitmen).		0 5 10
2. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan peningkatan kinerja dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.			SK Kepala Puskesmas tentang peningkatan kinerja.		0 5 10
3. Kepala Puskesmas menetapkan tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.			SK Kepala Puskesmas tentang tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana memahami upaya perbaikan kinerja dan tata nilai yang berlaku dalam pelaksanaan kegiatan UKM	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pemahaman terhadap kebijakan dan tata nilai.			0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana perbaikan kinerja yang merupakan bagian terintegrasi dari perencanaan mutu Puskesmas.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Proses penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Rencana perbaikan kinerja, dan tindak lanjut.		0 5 10
6. Penanggung jawab UKM Puskesmas memberikan peluang inovasi kepada pelaksana, lintas program, dan lintas sektor terkait untuk perbaikan kinerja pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.	Pelaksana, lintas program, lintas sektor.	Kesempatan untuk menyampaikan pendapat inovatif untuk perbaikan program.	Bukti-bukti inovasi dalam penyelenggaraan UKM berdasarkan masukan pelaksana, lintas program, lintas sektor.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 6.1.2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan perbaikan kinerja secara berkesinambungan, tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan					
Maksud dan Tujuan: • Upaya perbaikan kinerja perlu dievaluasi apakah mencapai target dari indikator-indikator yang ditetapkan. Hasil penilaian kinerja disampaikan kepada Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Manajemen Mutu					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama pelaksana melakukan pertemuan membahas kinerja dan upaya perbaikan yang perlu dilakukan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan pertemuan pembahasan kinerja dan upaya perbaikan.	Bukti pertemuan pembahasan kinerja dan upaya perbaikan.		0 5 10
2. Penilaian kinerja dilakukan berdasarkan indikator-indikator kinerja yang ditetapkan untuk masing-masing UKM Puskesmas mengacu kepada kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Indikator yang digunakan untuk penilaian kinerja, dan acuan yang digunakan.	Indikator penilaian kinerja dan hasil-hasilnya.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menunjukkan komitmen untuk meningkatkan kinerja secara berkesinambungan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Komitmen dalam meningkatkan kinerja dan wujud kegiatan.	Bukti komitmen untuk meningkatkan kinerja secara berkesinambungan.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana menyusun rencana perbaikan kinerja berdasarkan hasil monitoring dan penilaian kinerja.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Proses penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Rencana perbaikan kinerja berdasarkan hasil monitoring.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan pelaksana melakukan perbaikan kinerja secara berkesinambungan.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan perbaikan kinerja.	Bukti pelaksanaan perbaikan kinerja.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 6.1.3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana bertanggung jawab dan menunjukkan peran serta mereka dalam memperbaiki kinerja dengan memberikan pelayanan yang lebih baik kepada sasaran.					
Maksud dan Tujuan: • Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pelanggan, maka semua pihak diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan kinerja. Kegiatan pemberdayaan pihak terkait tidak hanya terbatas pada pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Pihak terkait dapat dilibatkan dalam memberikan masukan, ide-ide yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan dalam upaya perbaikan kinerja, dan ikut berperan dalam pelaksanaan kegiatan perbaikan kinerja.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Keterlibatan lintas program dan lintas sektor terkait dalam pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja.	Lintas program, lintas sektor.	Keterlibatan dalam pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja.	Bukti pelaksanaan pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja yang melibatkan lintas program dan lintas terkait.		0 5 10

2. Lintas program dan lintas sektor terkait memberikan saran-saran inovatif untuk perbaikan kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Saran-saran inovatif lintas program dan lintas sektor, dan proses menyampaikan saran.	Bukti-bukti saran inovatif dari lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
3. Lintas program dan lintas sektor terkait berperan aktif dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Lintas program, lintas sektor.	Keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Bukti keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.		0 5 10
4. Lintas program dan lintas sektor terkait berperan aktif dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	Lintas program, lintas sektor.	Keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	Bukti-bukti keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
6.1.4. Ada upaya memberdayakan sasaran untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja.					
Maksud dan Tujuan:					
• Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pelanggan, maka sasaran dan masyarakat diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja. Kegiatan pemberdayaan pengguna dan masyarakat tidak hanya terbatas pada kegiatan pelaksanaan UKM Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Masyarakat dapat dilibatkan dalam memberikan masukan yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan survei untuk memperoleh masukan dari tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam upaya untuk perbaikan kinerja.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses pelaksanaan survei, metode, analisis, hasil-hasil yang diperoleh.	Panduan dan instrumen survei, bukti pelaksanaan survei untuk memperoleh masukan dari tokoh masyarakat, LSM, dan/atau sasaran.		0 5 10
2. Dilakukan pertemuan bersama dengan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran untuk memberikan masukan perbaikan kinerja.	Tokoh masyarakat, LSM, dan sasaran	Pelaksanaan pertemuan untuk memberikan masukan untuk perbaikan kinerja.	Bukti pelaksanaan pertemuan dengan tokoh masyarakat, LSM, dan sasaran untuk memperoleh masukan.		0 5 10
3. Ada keterlibatan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam perencanaan perbaikan kinerja.	Tokoh masyarakat, LSM, dan sasaran	Keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Bukti keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja, rencana (<i>plan of action</i>) perbaikan dalam penyelenggaraan kegiatan UKM.		0 5 10
4. Ada keterlibatan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam pelaksanaan kegiatan perbaikan kinerja.	Tokoh masyarakat, LSM, dan sasaran.	Keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	Bukti keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
6.1.5. Kegiatan perbaikan kinerja masing-masing UKM Puskesmas didokumentasikan					
Maksud dan Tujuan:					
• Seluruh rangkaian kegiatan perbaikan kinerja mulai dari monitoring dan penilaian kinerja, analisis kinerja, penyusunan rencana perbaikan, pelaksanaan perbaikan dan evaluasi terhadap kegiatan perbaikan kinerja perlu didokumentasikan untuk menunjukkan kesinambungan proses perbaikan kinerja dan merupakan sarana pembelajaran bagi Penanggung jawab, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur pendokumentasian kegiatan perbaikan			SK Kepala Puskesmas, SOP pendokumentasian kegiatan perbaikan kinerja.		0 5 10
2. Kegiatan perbaikan kinerja didokumentasikan sesuai prosedur yang ditetapkan.			Dokumentasi kegiatan perbaikan kinerja.		0 5 10
3. Kegiatan perbaikan kinerja disosialisasikan kepada pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.	Lintas program, lintas sektor.	Sosialisasi kegiatan perbaikan kinerja.	Bukti sosialisasi kegiatan perbaikan kinerja ke lintas program dan lintas sektor.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Rencana dan pelaksanaan kaji banding.	Rencana kaji banding pelaksanaan UKM Puskesmas.		0 5 10
2. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menyusun instrumen kaji banding.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana.	Proses penyusunan instrumen kaji banding.	Instrumen kaji banding.		0 5 10
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana melakukan kegiatan kaji banding.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan kegiatan kaji banding.	Laporan pelaksanaan kaji banding.		0 5 10
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana mengidentifikasi peluang perbaikan berdasarkan hasil kaji banding yang dituangkan dalam rencana perbaikan kinerja.	Penanggung jawab dan pelaksana.	Identifikasi peluang perbaikan, dan proses perencanaan perbaikan.	Rencana perbaikan pelaksanaan program berdasar hasil kaji banding.		0 5 10
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana melakukan perbaikan kinerja.	Penanggung jawab dan pelaksana.	Pelaksanaan perbaikan kinerja berdasarkan hasil kaji banding.	Laporan pelaksanaan perbaikan.		0 5 10
6. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi kegiatan kaji banding.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Evaluasi kegiatan kaji banding.	Hasil evaluasi kegiatan kaji banding.		0 5 10

7. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap perbaikan kinerja setelah dilakukan kaji banding.	Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana.	Pelaksanaan evaluasi perbaikan kinerja sesudah kegiatan kaji banding.	Hasil evaluasi perbaikan kinerja sesudah kegiatan kaji banding.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
6.1.7. Puskesmas menjalankan Upaya Kesehatan Ibu dan Anak sesuai dengan kebijakan dari Dinas Kesehatan dan kebutuhan masyarakat					
Maksud dan Tujuan:					
• Upaya Kesehatan ibu dan anak di Puskesmas merupakan upaya preventif, promotif dan deteksi dini untuk kasus-kasus risiko tinggi kehamilan dan persalinan. Program KIA perlu direncanakan dan dilaksanakan dengan baik sesuai dengan pedoman dan sesuai dengan kondisi spesifik daerah.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada Upaya KIA yang mengacu pada Pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya KIA, dokter, bidan.	Rencana dan pelaksanaan kegiatan Upaya KIA.	Rencana kegiatan Upaya KIA sesuai dengan pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Pedoman Upaya KIA dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	0 5 10
2. Terdapat indikator-indikator kinerja Upaya KIA dan pencapaiannya.			Indikator kinerja Upaya KIA dan pencapaiannya.		0 5 10
3. Program KIA disusun berdasarkan pencapaian kinerja Upaya KIA di Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya KIA, dokter, bidan.	Penyusunan kegiatan Upaya KIA berdasarkan pencapaian kinerja.	Rencana kegiatan Upaya KIA sesuai dengan pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan pencapaian kinerja.		0 5 10
4. Terdapat kerangka acuan pelaksanaan Upaya KIA.			Kerangka acuan pelaksanaan Upaya KIA.		0 5 10
5. Upaya KIA dilaksanakan sesuai dengan kerangka acuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya KIA, dokter, bidan.	Pelaksanaan Upaya KIA.	Laporan pelaksanaan Upaya KIA.		0 5 10
6. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan Upaya KIA.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Upaya KIA, dokter, bidan.	Pelaksanaan evaluasi pelaksanaan Upaya KIA.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan Upaya KIA.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
6.1.8. Puskesmas melaksanakan program PONE (Pelayanan Obstetri Neonatal Dasar) untuk menurunkan angka kematian bayi dan meningkatkan kesehatan ibu					
Maksud dan Tujuan:					
• Dalam upaya penurunan angka kematian bayi dan meningkatkan kesehatan ibu, maka diharapkan pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang didukung dengan mekanisme rujukan dan kemampuan fasilitas rujukan yang memadai. Puskesmas PONE merupakan fasilitas rujukan dasar dari bidan di desa dan masyarakat untuk penanganan awal kasus-kasus yang memerlukan rujukan sesuai dengan kemampuan Puskesmas PONE. Puskesmas PONE wajib melakukan rujukan ke rumah sakit PONEK untuk kasus-kasus emergensi yang tidak dapat ditangani di Puskesmas dengan prosedur rujukan yang aman.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas berpartisipasi dan menyusun program PONE sesuai acuan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.	Kepala Puskesmas.	Penyusunan program PONE di Puskesmas.	Rencana Pelaksanaan Program PONE di Puskesmas.	Pedoman PONE, SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang Penunjukan sebagai Puskesmas PONE.	0 5 10

2. Kepala Puskesmas berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan mekanisme pelaksanaan program PONED.			SK, SOP pelaksanaan PONED.		0 5 10
3. Ada dukungan Pelaksanaan PONED dalam bentuk Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota .				Dokumen eksternal Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang PONED.	0 5 10
4. Terbentuk dan berfungsinya tim PONED Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab dan Pelaksana program PONED.	Pelaksanaan PONED di Puskesmas.	Ada tim PONED dengan uraian tugas, bukti pelaksanaan program PONED.		0 5 10
5. Terdapat upaya peningkatan kompetensi tim PONED.	Tim PONED.	Pelaksanaan peningkatan kompetensi tim PONED.	Analisis kebutuhan peningkatan kompetensi tim PONED, perencanaan dan pelaksanaan peningkatan kompetensi tim PONED dan evaluasinya.		0 5 10
6. Terlaksananya fungsi rujukan PONED.	Tim PONED.	Mekanisme dan pelaksanaan rujukan.	SOP rujukan data, rujukan ke dalam dan ke luar, ke fasilitas rujukan yang lebih mampu.		0 5 10
7. Tersedia prosedur penanganan kasus-kasus emergensi obstetric dan neonatal yang dapat ditangani di Puskesmas PONED.			SOP penanganan kasus-kasus yang boleh ditangani Puskesmas.		0 5 10
8. Ada ketentuan dan prosedur untuk melakukan rujukan ke Rumah Sakit PONEK.			SOP rujukan ke Rumah Sakit PONEK.		0 5 10
9. Terlaksananya fungsi rujukan dari Puskesmas PONED ke Rumah Sakit PONEK untuk kasus-kasus yang tidak dapat ditangani di Puskesmas PONED.	Tim PONED.	Pelaksanaan rujukan ke Rumah Sakit PONEK.	Data rujukan ke Rumah Sakit PONEK.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
6.1.9. Puskesmas melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan pedoman penanganan HIV/AIDS di pelayanan dasar					
Maksud dan Tujuan:					
• Sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Puskesmas merupakan garda depan yang penting dalam penanggulangan HIV/AIDS. Pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas dilakukan sesuai dengan kewenangan sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas lebih diarahkan pada kegiatan promotif, preventif dan deteksi dini.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas berperan aktif dalam menyusun program penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas.	Kepala Puskesmas.	Proses penyusunan program penanggulangan HIV/AIDS.	Perencanaan program penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas.	Pedoman penyusunan program penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas.	0 5 10

2. Kepala Puskesmas berperan aktif dalam menetapkan keseluruhan proses pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.	Kepala Puskesmas.	Proses penyusunan dan pelaksanaan program.	SK Kepala Puskesmas tentang pembentukan tim Penanggulangan HIV/AIDS, SOP pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas.		0 5 10
3. Adanya tim penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas dengan program kerja tim.	Tim HIV/AIDS.	Proses pembentukan tim.	Tim Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas dengan uraian tugas yang jelas.		0 5 10
4. Dilaksanakannya program penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan program kerja tim.	Tim HIV/AIDS.	Proses pelaksanaan kegiatan, kesesuaian dengan program kerja tim.	Program kerja tim, laporan kegiatan tim.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program.	Tim HIV/AIDS.	Pelaksanaan evaluasi dan tindak lanjut.	Hasil evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan program kerja tim		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
6.1.10. Puskesmas melaksanakan program penanggulangan TB sesuai dengan strategi DOTS					
Maksud dan Tujuan:					
• Intervensi penanggulangan TB dengan strategi DOTS telah dilaksanakan sejak tahun 1995 di Puskesmas yang merupakan pengamatan jangka pendek pelayanan secara langsung pada penderita TB yang akan memberikan daya ungkit dalam penemuan dan penanganan kasus TB di masyarakat.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Adanya ketentuan di Puskesmas untuk menerapkan strategi DOTS dalam penanganan kasus TB.			SK Ketentuan menerapkan DOTS di Puskesmas.	Pedoman pelaksanaan DOTS di Puskesmas.	0 5 10
2. Dilaksanakannya strategi DOTS dalam penanganan kasus TB.	Pengelola program TB, dokter, perawat.	Pelaksanaan strategi DOTS di Puskesmas.	Bukti pelaksanaan DOTS di Puskesmas: rekam medis pasien TB, laporan kegiatan.		0 5 10
3. Terdapat prosedur penanganan TB dengan strategi DOTS.			SOP penanganan TB dengan strategi DOTS.		0 5 10
4. Pelaksanaan penanganan kasus TB sesuai dengan prosedur.	Dokter, perawat.	Observasi pelaksanaan penanganan kasus TB.	Laporan pelaksanaan strategi DOTS.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan strategi DOTS di Puskesmas.	Kepala Puskesmas, dokter, perawat.	Pelaksanaan evaluasi penanganan TB dengan strategi DOTS.	Hasil evaluasi pelaksanaan penanganan TB dengan strategi DOTS.		0 5 10
6. Dilakukan tindak lanjut terhadap pelaksanaan strategi DOTS di Puskesmas.	Kepala Puskesmas, dokter, perawat.	Tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.	Tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.		0 5 10

Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
7.1. Proses Pendaftaran Pasien. Proses pendaftaran pasien memenuhi kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai.					
Kriteria:					
7.1.1. Prosedur pendaftaran dilaksanakan dengan efektif dan efisien dengan memperhatikan kebutuhan pelanggan					
Maksud dan Tujuan:					
• Kebutuhan pasien perlu diperhatikan, diupayakan dan dipenuhi sesuai dengan misi dan sumber daya yang tersedia di Puskesmas. Keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dapat diperoleh pada saat pendaftaran. Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi, maka dapat dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Keselamatan pasien dan petugas sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan Puskesmas, dengan demikian prosedur pendaftaran sudah mencerminkan penerapan upaya keselamatan pasien, terutama dalam					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur pendaftaran.			SOP pendaftaran.		0 5 10
2. Tersedia bagan alur pendaftaran.			Bagan alur pendaftaran.		0 5 10
3. Petugas mengetahui dan mengikuti prosedur tersebut.	Petugas pendaftaran.	Pemahaman prosedur, pelaksanaan prosedur.	SOP pendaftaran.		0 5 10
4. Pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang ditetapkan.	Pasien.	Pemahaman alur pendaftaran.			0 5 10
5. Terdapat cara mengetahui bahwa pelanggan puas terhadap proses pendaftaran.	Petugas pendaftaran.	Pelaksanaan survei pelanggan atau mekanisme lain (misalnya kotak saran, sms, dsb) untuk mengetahui kepuasan pelanggan, hasil survei pelanggan.	SOP untuk menilai kepuasan pelanggan, form survei pasien.		0 5 10
6. Terdapat tindak lanjut jika pelanggan tidak puas.			Hasil survei dan tindak lanjut survei.		0 5 10
7. Keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran.	Petugas pendaftaran.	Pelaksanaan pendaftaran yang menunjukkan upaya menjamin keselamatan/ mencegah terjadinya kesalahan.	SOP identifikasi pasien.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.1.2. Informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdokumentasi pada waktu pendaftaran					
Maksud dan Tujuan:					
• Pasien membutuhkan informasi yang jelas di tempat pendaftaran, oleh karena itu informasi pendaftaran harus tersedia dengan jelas yang dapat dengan mudah diakses dan dipahami oleh pasien. Penyediaan informasi kepada pasien memperhatikan latar belakang budaya dan bahasa yang dimiliki oleh pasien.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia media informasi tentang pendaftaran di tempat pendaftaran			Media informasi di tempat pendaftaran		0 5 10
2. Semua pihak yang membutuhkan informasi pendaftaran memperoleh informasi sesuai dengan yang dibutuhkan.	Pasien, petugas pendaftaran.	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran.	Hasil evaluasi terhadap penyampaian informasi di tempat pendaftaran.		0 5 10
3. Pelanggan dapat memperoleh informasi lain tentang sarana pelayanan, antara lain tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas perawatan/rawat inap dan informasi lain yang dibutuhkan.	Pasien, petugas pendaftaran.	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran.	SOP penyampaian informasi, ketersediaan informasi lain, yang meliputi tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur dan informasi lain yang dibutuhkan oleh pasien.		0 5 10
4. Pelanggan mendapat tanggapan sesuai yang dibutuhkan ketika meminta informasi kepada petugas	Pasien, petugas pendaftaran.	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran.			0 5 10
5. Tersedia informasi tentang kerjasama dengan fasilitas rujukan lain.	Pasien, petugas pendaftaran.	Proses pemberian informasi di tempat pendaftaran.	Ketersediaan informasi tentang fasilitas rujukan, PKS dengan tempat rujukan.		0 5 10
6. Tersedia informasi tentang bentuk kerjasama dengan fasilitas rujukan lain.			PKS dengan tempat rujukan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.1.3. Hak dan kewajiban pasien, keluarga, dan petugas dipertimbangkan dan diinformasikan pada saat pendaftaran.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan Puskesmas bertanggung jawab atas kebijakan pemberian pelayanan kepada pasien. Pimpinan Puskesmas harus mengetahui dan mengerti hak dan kewajiban petugas, pasien dan keluarganya, serta tanggung jawab Puskesmas sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Kemudian pimpinan wajib mengarahkan untuk memastikan agar seluruh petugas bertanggung jawab melindungi hak dan kewajiban tersebut. Untuk melindungi secara efektif dan mengedepankan hak pasien, pimpinan bekerja sama dan berusaha memahami tanggung jawab mereka dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayani, sedangkan petugas yang melayani dijamin akan memperoleh hak dan melaksanakan kewajibannya sebagaimana ditetapkan. Hak pasien dan keluarga merupakan salah satu elemen dasar dari proses pelayanan di Puskesmas, yang melibatkan petugas, Puskesmas, pasien dan keluarga. Oleh karena itu, kebijakan dan prosedur harus ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa petugas Puskesmas yang terkait dalam pelayanan pasien memberi respons terhadap hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Hak pasien tersebut perlu dipahami baik oleh pasien maupun oleh petugas yang memberikan pelayanan, oleh karena itu pasien perlu mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien sejak proses pendaftaran. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diinformasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga.	Pasien.	Pemahaman terhadap hak-hak dan kewajiban pasien.	Informasi tentang hak dan kewajiban pasien/keluarga.	UU No. 36/2009 tentang Kesehatan, UU No. 44/2009 tentang Rumah Sakit.	0 5 10
2. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diperhatikan oleh petugas selama proses pendaftaran.	Petugas pendaftaran.	Proses pendaftaran pasien, apakah memperhatikan hak-hak pasien.			0 5 10

3. Terdapat upaya agar pasien/keluarga dan petugas memahami hak dan kewajiban masing-masing.	Pasien dan petugas pendaftaran.	Pelaksanaan penyampaian informasi tentang hak dan kewajiban pasien.	SK dan SOP penyampaian hak dan kewajiban pasien kepada pasien dan petugas, bukti-bukti pelaksanaan penyampaian informasi.		0 5 10
4. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan memperhatikan hak-hak pasien/ keluarga pasien.			Persyaratan kompetensi petugas, pola ketenagaan, dan kesesuaian terhadap persyaratan kompetensi dan pola ketenagaan, pelatihan yang diikuti.		0 5 10
5. Terdapat kriteria petugas yang bertugas di ruang pendaftaran.			Persyaratan kompetensi petugas pendaftaran.		0 5 10
6. Petugas tersebut bekerja dengan efisien, ramah, dan responsif terhadap kebutuhan pelanggan.	Pasien, petugas pendaftaran.	Proses pendaftaran pasien.	SOP pendaftaran.		0 5 10
7. Terdapat mekanisme koordinasi petugas di ruang pendaftaran dengan unit lain/ unit terkait agar pasien/ keluarga pasien memperoleh pelayanan.	Petugas pendaftaran dan petugas terkait.	Proses koordinasi dan komunikasi, pelaksanaan komunikasi dan koordinasi antar unit termasuk transfer pasien.	SOP koordinasi dan komunikasi antara pendaftaran dengan unit-unit penunjang terkait (misal SOP rapat antar unit kerja, SOP transfer pasien).		0 5 10
8. Terdapat upaya Puskesmas memenuhi hak dan kewajiban pasien/keluarga, dan petugas dalam proses pemberian pelayanan di Puskesmas	Pasien, petugas pendaftaran.	Proses pendaftaran yang memperhatikan hak dan kewajiban pasien/keluarga.	Bukti sosialisasi hak dan kewajiban pasien baik kepada pasien (misal brosur, leaflet, poster) maupun karyawan (misal melalui rapat).		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
7.1.4. Tahapan pelayanan klinis diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang tahapan pelayanan klinis yang akan dilalui mulai dari proses kajian sampai pemulangan. Informasi tentang tahapan pelayanan yang ada di Puskesmas perlu diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan. Informasi tersebut termasuk apabila pasien perlu dirujuk ke fasilitas yang lebih tinggi dalam upaya menjamin kesinambungan pelayanan. Tahapan pelayanan klinis adalah tahapan pelayanan sejak mendaftar, diperiksa sampai dengan meninggalkan tempat pelayanan dan tindak lanjut di rumah jika diperlukan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia tahapan dan prosedur pelayanan klinis yang dipahami oleh petugas.			SOP alur pelayanan pasien.		0 5 10
2. Sejak awal pasien/keluarga memperoleh informasi dan paham terhadap tahapan dan prosedur pelayanan klinis.	Pasien dan petugas pendaftaran.	Pemberian informasi tentang alur pelayanan klinis.	SOP alur pelayanan pasien.		0 5 10
3. Tersedia daftar jenis pelayanan di Puskesmas berserta jadwal pelayanan.			Brosur, papan pengumuman tentang jenis dan jadwal pelayanan.		0 5 10

4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan lain untuk menjamin kelangsungan pelayanan klinis (rujukan klinis, rujukan diagnostik, dan rujukan konsultatif).	Pasien dan petugas klinis.	Proses rujukan ke sarana kesehatan lain.	PKS dengan sarana kesehatan untuk rujukan klinis, rujukan diganostik, dan rujukan konsultatif, bukti pelaksanaan rujukan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.1.5. Kendala fisik, bahasa, budaya dan penghalang lain dalam memberikan pelayanan diusahakan dikurangi					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Puskesmas sering melayani berbagai populasi masyarakat, yang di antaranya mempunyai keterbatasan, antara lain: lanjut usia, orang dengan disabilitas, bicara dengan berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau ada penghalang lainnya yang membuat proses asesmen dan penerimaan asuhan sangat sulit. Kesulitan atau hambatan tersebut perlu diantisipasi dan dilakukan upaya untuk mengurangi dan menghilangkan kesulitan atau hambatan tersebut pada saat pendaftaran. Dampak dari rintangan tersebut perlu diminimalkan dalam memberikan pelayanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan dan staf Puskesmas mengidentifikasi hambatan bahasa, budaya, kebiasaan, dan penghalang yang paling sering terjadi pada masyarakat yang dilayani.	Pimpinan Puskesmas, petugas.	Proses identifikasi hambatan.	Bukti identifikasi hambatan budaya, bahasa, kebiasaan dan hambatan lain dalam pelayanan dan bagaimana mengatasinya, yang dituangkan dalam SOP.		0 5 10
2. Ada upaya tindak lanjut untuk mengatasi atau membatasi hambatan pada waktu pasien membutuhkan pelayanan	Petugas pendaftaran dan pemberi pelayanan.	Pelaksanaan prosedur untuk mengatasi hambatan.	Bukti adanya upaya tindak lanjut untuk mengatasi hambatan dalam pelayanan.		0 5 10
3. Upaya tersebut telah dilaksanakan.	Petugas pendaftaran dan pemberi pelayanan.	Pelaksanaan upaya untuk mengatasi hambatan dalam pelayanan.			0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
7.2. Pengkajian Kajian awal dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan.					
Kriteria:					
7.2.1. Proses kajian awal dilakukan secara paripurna, mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien/keluarga.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Ketika pasien diterima di Puskesmas untuk memperoleh pelayanan perlu dilakukan kajian awal yang lengkap dalam menetapkan alasan kenapa pasien perlu mendapat pelayanan klinis di Puskesmas. Pada tahap ini, Puskesmas membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan. Kebijakan dan prosedur harus ditetapkan tentang bagaimana proses ini dilaksanakan, informasi apa yang harus dikumpulkan dan didokumentasikan. • Agar kajian kebutuhan pasien konsisten, perlu ditetapkan kebijakan Kepala Puskesmas tentang kajian kebutuhan pasien, yang memuat: isi minimal dari kajian yang harus dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat. Kajian dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktik, profesi, perizinan, undang-undang dan peraturan terkait atau sertifikasi. Hanya mereka yang kompeten dan berwenang yang melaksanakan kajian. Setiap formulir kajian yang digunakan mencerminkan kebijakan ini. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat prosedur pengkajian awal yang paripurna (meliputi anamnesis/alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial) untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.			SOP pengkajian awal klinis.		0 5 10
2. Proses kajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk melakukan kajian.	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat.	Proses kajian awal medis dan kajian awal keperawatan.	Persyaratan kompetensi, pola ketenagaan, dan kondisi ketenagaan yang memberikan pelayanan klinis.		0 5 10
3. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan.	Dokter, perawat, rekam medis.	Observasi proses penegakan diagnosis dan pemberian asuhan, mencocokkan proses penegakan diagnosis.	SOP pelayanan medis, SOP asuhan keperawatan.	Standar profesi pelayanan medis, Standar asuhan keperawatan.	0 5 10
4. Prosedur pengkajian yang ada menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.	Rekam medis.	Ada tidaknya pengulangan yang tidak perlu.	SOP pengkajian mencantumkan kewajiban mencatat semua pemeriksaan, tes diagnostik dalam rekam medis untuk mencegah terjadi pengulangan yang tidak perlu.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.2.2. Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka hasil kajian harus dicatat dalam rekam medis pasien. Informasi yang ada dalam rekam medis harus mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien, agar informasi tersebut dapat digunakan pada saat dibutuhkan demi menjamin kesinambungan dan keselamatan pasien. Rekam medis pasien adalah catatan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan. • Temuan pada kajian awal dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan pelayanan/tindakan sesuai kebutuhan serta rencana tindak lanjut dan evaluasinya. • Temuan dan kajian awal juga dapat digunakan untuk membuat keputusan perlunya review/kajian ulang pada situasi yang meragukan. Oleh karena itu sangat perlu bahwa kajian medis, kajian penunjang medis, kajian keperawatan dan kajian lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik. Hasil kajian ini harus dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh petugas yang melayani pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi informasi apa saja yang dibutuhkan dalam pengkajian dan harus dicatat dalam rekam medis.	Petugas pelayanan klinis, rekam medis.	Pelaksanaan SOP, kelengkapan catatan dalam rekam medis pasien.	SOP kajian awal yang memuat informasi apa saja yang harus diperoleh selama proses pengkajian (tim pelayanan klinis perlu menetapkan informasi apa saja yang perlu dicantumkan dalam rekam medis pasien).	Peraturan tentang Rekam Medis (Permenkes 269 tahun 2008).	0 5 10

2. Informasi tersebut meliputi informasi yang dibutuhkan untuk kajian medis, kajian keperawatan, dan kajian lain yang diperlukan.	Petugas pelayanan klinis, rekam medis.	Pelaksanaan SOP.	SOP kajian awal yang memuat informasi apa saja yang harus diperoleh selama proses pengkajian.		0 5 10
3. Dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat	Petugas pelayanan klinis, rekam medis.	Pelaksanaan koordinasi dan komunikasi tentang informasi kajian kepada petugas/unit terkait.			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
7.2.3. Pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diberikan prioritas untuk asesmen dan pengobatan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pasien dengan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera emergensi, diidentifikasi dengan proses triase. Bila telah diidentifikasi sebagai keadaan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera (seperti infeksi melalui udara/airborne), pasien ini sesegera mungkin diperiksa dan mendapat asuhan. Pasien-pasien tersebut didahulukan diperiksa sebelum pasien yang lain, mendapat pelayanan diagnostik sesegera mungkin dan diberikan pengobatan sesuai dengan kebutuhan. Pasien harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk yaitu bila tidak tersedia pelayanan di Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi emergensi dan pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Petugas Gawat Darurat Puskesmas melaksanakan proses triase untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.	Pasien dan Petugas gawat darurat.	Proses pelaksanaan triase di unit gawat darurat.	SOP Triase.	Pedoman Triase.	0 5 10
2. Petugas tersebut dilatih menggunakan kriteria ini.	Petugas unit gawat darurat.	Pelaksanaan pelatihan.	Kerangka acuan pelatihan petugas unit gawat darurat, bukti pelaksanaan.		0 5 10
3. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhan.	Pasien dan Petugas gawat darurat.	Proses pelaksanaan triase di unit gawat darurat dan pemilahan pasien berdasarkan triase.			0 5 10
4. Pasien emergensi diperiksa dan dibuat stabil terlebih dahulu sesuai kemampuan Puskesmas sebelum dirujuk ke pelayanan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi.	Pasien dan Petugas gawat darurat.	Proses stabilisasi pasien sebelum dirujuk. Proses komunikasi ke fasilitas rujukan yang menjadi tujuan rujukan.	SOP rujukan pasien emergensi (yang memuat proses stabilisasi, dan memastikan kesiapan tempat rujukan untuk menerima rujukan).		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
7.3. Keputusan Layanan Klinis. Hasil kajian awal pasien dianalisis oleh petugas kesehatan profesional dan/atau tim kesehatan antar profesi yang digunakan untuk menyusun keputusan layanan klinis.					
Kriteria:					
7.3.1. Tenaga kesehatan dan/atau tim kesehatan antar profesi yang profesional melakukan kajian awal untuk menetapkan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan					

Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Kajian hanya boleh dilakukan oleh tenaga professional yang kompeten. Proses kajian tersebut dapat dilakukan secara individual atau jika diperlukan oleh tim kesehatan antar profesi yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan yang lain sesuai dengan kebutuhan pasien. Kajian awal tersebut memberikan informasi untuk: <ul style="list-style-type: none"> - Memahami pelayanan apa yang dicari pasien - Menetapkan diagnosis awal - Mengetahui riwayat pasien terhadap pengobatan sebelumnya - Memahami repons pasien terhadap pengobatan sebelumnya - Memilih jenis pelayanan/tindakan yang terbaik bagi pasien serta rencana tindak lanjut dan evaluasi 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dan kompeten.	Pasien.	Proses pelaksanaan kajian oleh tenaga profesional sesuai persyaratan.	Persyaratan kompetensi, pola ketenagaan, dan kondisi ketenagaan yang memberikan pelayanan klinis.		0 5 10
2. Tersedia tim kesehatan antar profesi yang profesional untuk melakukan kajian jika diperlukan penanganan secara tim.	Pasien, keluarga pasien, petugas.	Pelaksanaan kajian dan penanganan pasien secara tim bila diperlukan.	Adanya tim antar profesi bila dibutuhkan (termasuk pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat <i>home care</i>).		0 5 10
3. Terdapat kejelasan proses pendelegasian wewenang secara tertulis (apabila petugas tidak sesuai kewenangannya).	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat.	Proses pelaksanaan pelayanan klinis sesuai pendelegasian wewenang.	SOP pendelegasian wewenang.		0 5 10
4. Petugas yang diberi kewenangan telah mengikuti pelatihan yang memadai, apabila tidak tersedia tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan.			Persyaratan pelatihan yang harus diikuti dan pemenuhannya untuk tenaga profesional yang belum memenuhi persyaratan kompetensi, bukti mengikuti pelatihan: sertifikat, kerangka acuan pelatihan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.3.2. Terdapat peralatan dan tempat yang memadai untuk melakukan kajian awal pasien					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Keputusan diagnosis dan rencana layanan/tindakan klinis tergantung pada hasil kajian. Pada pelaksanaan kajian juga harus memperhatikan privasi dari pasien. Oleh karena itu, proses kajian harus dilakukan pada tempat yang memenuhi persyaratan untuk melakukan kajian, menggunakan peralatan yang sesuai dengan standar Puskesmas, berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan, dan memberikan hasil yang akurat • Jaminan kualitas dilakukan dengan pemeliharaan yang teratur, proses sterilisasi yang benar terhadap alat-alat klinis yang digunakan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia peralatan dan tempat pemeriksaan yang memadai untuk melakukan pengkajian awal pasien secara paripurna.			Persyaratan peralatan klinis di Puskesmas, daftar inventaris peralatan klinis di Puskesmas.	Lampiran Permenkes 75/2014 tentang Puskesmas.	0 5 10
2. Ada jaminan kualitas terhadap peralatan di tempat pelayanan.	Petugas pemeliharaan, Petugas sterilisasi.	Pelaksanaan pemeliharaan sesuai SOP dan jadwal.	SOP pemeliharaan peralatan, SOP sterilisasi peralatan yang perlu disterilisasi, jadwal pemeliharaan alat.		0 5 10
3. Peralatan dan sarana pelayanan yang digunakan menjamin keamanan pasien dan petugas	Petugas pemeliharaan sarana, Petugas sterilisasi.	Pelaksanaan pemeliharaan sarana, Pelaksanaan sterilisasi sesuai dengan SOP.	SOP pemeliharaan sarana (gedung), jadwal pelaksanaan, SOP sterilisasi peralatan yang perlu disterilkan.		0 5 10

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
<p>Standar: 7.4. Rencana Layanan Klinis. Rencana tindakan dan pengobatan serta rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan oleh tim kesehatan antar profesi disusun dengan tujuan yang jelas, terkoordinasi dan melibatkan pasien/keluarga.</p>					
<p>Kriteria: 7.4.1. Terdapat prosedur yang efektif untuk menyusun rencana layanan baik layanan medis maupun layanan terpadu jika pasien membutuhkan penanganan oleh tim kesehatan yang terkoordinasi.</p>					
<p>Maksud dan Tujuan: • Rencana layanan ditetapkan berdasarkan hasil kajian yang dinyatakan dalam bentuk diagnosis. Dalam menyusun rencana layanan perlu dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang jelas sesuai dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan. Luaran klinis tergantung dari ketepatan dalam penyusunan rencana layanan yang sesuai dengan kondisi pasien dan standar pelayanan klinis.</p>					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim.			Kebijakan dan SOP penyusunan rencana layanan medis. SOP penyusunan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim.		0 5 10
2. Setiap petugas yang terkait dalam pelayanan klinis mengetahui kebijakan dan prosedur tersebut serta menerapkan dalam penyusunan rencana terapi dan/atau rencana layanan terpadu.	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat.	Pemahaman tentang kebijakan dan prosedur penyusunan rencana layanan medis, dan layanan terpadu.			0 5 10
3. Dilakukan evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana terapi dan/atau rencana asuhan dengan kebijakan dan prosedur.	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat.	Pelaksanaan evaluasi layanan klinis.	SOP evaluasi kesesuaian layanan klinis dengan rencana terapi/rencana asuhan (SOP audit klinis).		0 5 10
4. Dilakukan tindak lanjut jika terjadi ketidaksesuaian antara rencana layanan dengan kebijakan dan prosedur.	Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat.	Pelaksanaan tindak lanjut hasil evaluasi.	Hasil evaluasi. Bukti tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil tindak lanjut.			Bukti evaluasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
<p>Kriteria: 7.4.2. Rencana layanan klinis disusun bersama pasien dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien</p>					
<p>Maksud dan Tujuan: • Pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan terhadap layanan yang akan diperoleh. Pasien/keluarga diberi peluang untuk bekerjasama dalam menyusun rencana layanan klinis yang akan dilakukan. Dalam menyusun rencana layanan tersebut harus memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan nilai-nilai budaya yang dimiliki oleh pasien.</p>					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Petugas kesehatan dan/atau tim kesehatan melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis.	Proses penyusunan rencana layanan: apakah melibatkan pasien, menjelaskan, menerima reaksi pasien, memutuskan bersama pasien.	SK Kepala Puskesmas dan SOP tentang ketentuan untuk melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan.		0 5 10

2. Rencana layanan disusun untuk setiap pasien dengan kejelasan tujuan yang ingin dicapai.	Rekam medis.	Rencana layanan.			0 5 10
3. Penyusunan rencana layanan tersebut mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien.	Rekam medis, Pasien, petugas pemberi pelayanan.	Rencana layanan, proses penyusunan rencana layanan.			0 5 10
4. Bila memungkinkan dan tersedia, pasien/keluarga pasien diperbolehkan untuk memilih tenaga/profesi kesehatan.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis.	Proses pemberian layanan.	SK Kepala Puskesmas tentang hak pasien untuk memilih tenaga kesehatan jika dimungkinkan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.4.3. Rencana layanan terpadu disusun secara komprehensif oleh tim kesehatan antar profesi dengan kejelasan tanggung jawab dari masing-masing anggotanya.					
Maksud dan Tujuan:					
• Pada kondisi tertentu pasien membutuhkan layanan yang melibatkan tim kesehatan. Rencana layanan terpadu meliputi: tujuan layanan yang akan diberikan, pendidikan kesehatan pada pasien dan/atau keluarga pasien, jadwal kegiatan, sumber daya yang akan digunakan, dan kejelasan tanggung jawab tiap anggota tim kesehatan dalam melaksanakan layanan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Layanan dilakukan secara paripurna untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis.	Pelaksanaan layanan terpadu oleh tim kesehatan.	SOP layanan terpadu.		0 5 10
2. Rencana layanan tersebut disusun dengan tahapan waktu yang jelas.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis.	Pelaksanaan layanan terpadu.	SOP layanan terpadu.		0 5 10
3. Rencana layanan tersebut dilaksanakan dengan mempertimbangkan efisiensi pemanfaatan	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis.	Pelaksanaan layanan terpadu.	SOP layanan terpadu.		0 5 10
4. Risiko yang mungkin terjadi pada pasien dipertimbangkan sejak awal dalam menyusun rencana layanan.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis.	Pelaksanaan identifikasi risiko.	SOP penyusunan layanan terpadu.		0 5 10
5. Efek samping dan risiko pengobatan diinformasikan.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis.	Informasi tentang efek samping dan risiko pengobatan.	SOP pemberian informasi tentang efek samping dan risiko pengobatan.		0 5 10
6. Rencana layanan tersebut didokumentasikan dalam rekam medis.	Rekam medis.	Pendokumentasian rencana layanan terpadu.	Rekam medis.		0 5 10
7. Rencana layanan yang disusun juga memuat pendidikan/penyuluhan pasien.	Pasien, petugas pemberi layanan klinis, rekam medis.	Pendidikan pasien.	SOP pendidikan/penyuluhan pasien.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria : 7.4.4. Persetujuan tindakan medik diminta sebelum pelaksanaan tindakan bagi yang membutuhkan persetujuan tindakan medik.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Salah satu cara melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan yang diterimanya adalah dengan cara memberikan <i>informed consent/informed choice</i>. Untuk menyetujui/memilih tindakan, pasien harus diberi penjelasan/konseling tentang hal yang berhubungan dengan pelayanan yang direncanakan, karena diperlukan untuk suatu keputusan persetujuan. <i>Informed consent</i> dapat diperoleh pada berbagai titik waktu dalam proses pelayanan. Misalnya, <i>informed consent</i> diperoleh ketika pasien masuk rawat inap dan sebelum suatu tindakan atau pengobatan tertentu yang berisiko. Proses persetujuan ditetapkan dengan jelas oleh Puskesmas dalam kebijakan dan prosedur, yang mengacu kepada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Pasien dan keluarga dijelaskan tentang tes/tindakan, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana mereka dapat memberikan persetujuan (misalnya, diberikan secara lisan, dengan menandatangani formulir persetujuan, atau dengan cara lain). Pasien dan keluarga memahami siapa yang dapat memberikan persetujuan selain pasien. Petugas Pelaksana Tindakan yang diberi kewenangan telah terlatih untuk memberikan penjelasan kepada pasien dan mendokumentasikan persetujuan tersebut. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pasien/keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan.	Pasien/Keluarga pasien yang ditunjuk.	Pemberian informasi tentang tindakan medis/pengobatan yang berisiko.	SOP <i>informed consent</i> .		0 5 10
2. Tersedia formulir persetujuan tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko.			Form <i>informed consent</i> .		0 5 10
3. Tersedia prosedur untuk memperoleh persetujuan tersebut.			SOP <i>informed consent</i> .		0 5 10
4. Pelaksanaan <i>informed consent</i> didokumentasikan.	Pasien, Petugas, rekam medis.	Pelaksanaan <i>informed consent</i> .	Dokumen bukti pelaksanaan <i>informed consent</i> pada rekam medis.		0 5 10
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan <i>informed consent</i> .			SOP evaluasi <i>informed consent</i> , hasil evaluasi, tindak lanjut.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar: 7.5. Rencana rujukan. Rujukan sesuai kebutuhan pasien ke sarana pelayanan lain diatur dengan prosedur yang jelas.					
Kriteria: 7.5.1. Terdapat prosedur rujukan yang jelas					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi oleh Puskesmas, maka pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses rujukan harus diatur dengan kebijakan dan prosedur yang jelas sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur rujukan yang jelas serta jejaring fasilitas rujukan.			SOP rujukan.		0 5 10
2. Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan	Pasien, petugas pemberi layanan.	Proses rujukan ke sarana kesehatan lain.	SOP rujukan.		0 5 10

3. Tersedia prosedur mempersiapkan pasien/ keluarga pasien untuk dirujuk.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan prosedur persiapan pasien rujukan.	SOP persiapan pasien rujukan.		0 5 10
4. Dilakukan komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan untuk memastikan kesiapan fasilitas tersebut untuk menerima rujukan.	Petugas pemberi layanan.	Komunikasi dengan fasilitas kesehatan sasaran rujukan.	SOP rujukan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.5.2. Rencana rujukan dan kewajiban masing-masing dipahami oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pasien/keluarga pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang rencana rujukan. Informasi tentang rencana rujukan harus disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien. Informasi tentang rencana rujukan diberikan kepada pasien/keluarga pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan. Informasi yang perlu disampaikan kepada pasien meliputi: alasan rujukan, fasilitas kesehatan yang dituju, termasuk pilihan fasilitas kesehatan lainnya, jika ada, sehingga pasien/keluarga dapat memutuskan fasilitas yang mana yang dipilih, serta kapan rujukan harus dilakukan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan pemberian informasi tentang rujukan pada pasien.	SOP rujukan.		0 5 10
2. Informasi tersebut mencakup alasan rujukan, sarana tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Isi informasi rujukan.	SOP rujukan.		0 5 10
3. Dilakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan lain untuk menjamin kelangsungan asuhan.			PKS dengan fasilitas kesehatan rujukan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.5.3. Fasilitas rujukan penerima diberi resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan yang telah dilakukan oleh Puskesmas pada saat mengirim pasien					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi mengenai kondisi pasien dikirim bersama pasien. Salinan resume pasien tersebut diberikan kepada fasilitas kesehatan penerima rujukan bersama dengan pasien. Resume tersebut memuat kondisi klinis pasien, prosedur dan pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan pasien lebih lanjut. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi klinis pasien atau resume klinis pasien dikirim ke fasilitas kesehatan penerima rujukan bersama pasien.	Pasien, petugas kesehatan.	Resume klinis pasien yang dirujuk.	SOP rujukan, sampel resume klinis pasien yang dirujuk.		0 5 10
2. Resume klinis memuat kondisi pasien.	Pasien, petugas kesehatan.	Isi resume klinis.			0 5 10
3. Resume klinis memuat prosedur dan tindakan-tindakan lain yang telah dilakukan.	Pasien, petugas kesehatan.	Isi resume klinis.			0 5 10

4. Resume klinis memuat kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut.	Pasien, petugas kesehatan.	Isi resume klinis.			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
7.5.4. Selama proses rujukan pasien secara langsung, staf yang kompeten terus memonitor kondisi pasien.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Merujuk pasien secara langsung ke fasilitas kesehatan lain dapat merupakan proses yang singkat dengan pasien yang sadar dan dapat berbicara, atau merujuk pasien koma yang membutuhkan pengawasan keperawatan atau medis yang terus-menerus. Pada kedua kasus tersebut pasien perlu dimonitor, namun kompetensi staf yang melakukan tugas berbeda. Kompetensi staf yang mendampingi selama transfer ditentukan oleh kondisi pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Selama proses rujukan secara langsung semua pasien selalu dimonitor oleh staf yang kompeten.	Pasien, petugas pemberi pelayanan.	Monitoring pasien selama proses rujukan.	SOP rujukan: yang memuat kewajiban dan proses monitoring pasien untuk kasus-kasus yang membutuhkan monitoring		0 5 10
2. Kompetensi staf yang melakukan monitor sesuai dengan kondisi pasien.			Persyaratan kompetensi petugas yang melakukan monitoring dan bukti pelaksanaannya.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
7.6. Pelaksanaan layanan					
Pelaksanaan layanan dipandu oleh kebijakan, prosedur, dan peraturan yang berlaku.					
Kriteria:					
7.6.1. Pedoman pelayanan dipakai sebagai dasar untuk melaksanakan layanan klinis					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Sebelum layanan dilaksanakan, pasien/keluarga perlu memperoleh informasi yang jelas tentang rencana layanan, dan memberikan persetujuan tentang rencana layanan yang akan diberikan, dan jika diperlukan dituangkan dalam dokumen <i>informed consent/informed choice</i>. Pelaksanaan layanan harus dipandu dengan standar pelayanan yang berlaku di Puskesmas, sesuai dengan kemampuan Puskesmas dengan referensi yang jelas, dan bila memungkinkan berbasis evidens terkini yang tersedia untuk memperoleh <i>outcome</i> klinis yang optimal. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, pelaksanaannya harus dicatat dalam rekam medis pasien. Pelaksanaan pelayanan klinis dilakukan sesuai rencana asuhan dengan menggunakan pedoman atau standar yang berlaku, algoritme, contoh: tata laksana balita sakit dengan pendekatan MTBS. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia pedoman dan prosedur pelayanan klinis			SOP pelayanan klinis.	Pedoman pelayanan klinis dari organisasi profesi.	0 5 10
2. Penyusunan dan penerapan rencana layanan mengacu pada pedoman dan prosedur yang berlaku.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Proses penyusunan dan penerapan rencana layanan.			0 5 10
3. Layanan dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan prosedur yang berlaku.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Proses pelaksanaan layanan.			0 5 10
4. Layanan diberikan sesuai dengan rencana layanan.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Proses pelaksanaan layanan.			0 5 10
5. Layanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan.			Rekam medis.		0 5 10

6. Perubahan rencana layanan dilakukan berdasarkan perkembangan pasien.			Rekam medis.		0 5 10
7. Perubahan tersebut dicatat dalam rekam medis.			Rekam medis.		0 5 10
8. Jika diperlukan tindakan medis, pasien/keluarga pasien memperoleh informasi sebelum memberikan persetujuan mengenai tindakan yang akan dilakukan yang dituangkan dalam <i>informed consent</i> .	Pasien, petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan <i>informed consent</i> .	Rekam medis.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 7.6.2. Pelaksanaan layanan bagi pasien gawat darurat dan/atau berisiko tinggi dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang berlaku					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> • Kasus-kasus yang termasuk gawat darurat dan/atau berisiko tinggi perlu diidentifikasi, dan ada kejelasan kebijakan dan prosedur dalam pelayanan pasien gawat darurat 24 jam. • Penanganan kasus-kasus berisiko tinggi yang memungkinkan terjadinya penularan baik bagi petugas maupun pasien yang lain perlu diperhatikan sesuai dengan panduan dari Kementerian Kesehatan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kasus-kasus gawat darurat dan/atau berisiko tinggi yang biasa terjadi diidentifikasi.			Daftar kasus-kasus gawat darurat/berisiko tinggi yang biasa ditangani.		0 5 10
2. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien gawat darurat (emergensi).	Pasien, petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan prosedur.	Kebijakan dan SOP penanganan pasien gawat darurat.		0 5 10
3. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien berisiko tinggi.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan prosedur.	Kebijakan dan SOP penanganan pasien berisiko tinggi.		0 5 10
4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan yang lain, apabila tidak tersedia pelayanan gawat darurat 24 jam.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan rujukan.	PKS dengan fasilitas kesehatan rujukan.		0 5 10
5. Tersedia prosedur pencegahan (kewaspadaan universal) terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik bagi petugas maupun pasien dalam penanganan pasien berisiko tinggi.	Petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan Kewaspadaan Universal.	Panduan, SOP Kewaspadaan Universal.	Panduan Kewaspadaan Universal.	0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 7.6.3. Penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan produk darah dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan dan pemberian darah atau produk darah merupakan kegiatan yang berisiko tinggi, oleh karena itu perlu dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penanganan, penggunaan dan pemberian darah, dan produk darah diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang baku.			SK Kepala Puskesmas dan SOP penanganan, penggunaan dan pemberian darah, dan produk darah.		0 5 10
2. Darah dan produk darah diberikan sesuai kebijakan dan prosedur.	Dokter, perawat, bidan.	Pelaksanaan pemberian darah dan produk darah.	Rekam medis pasien yang mendapat transfusi atau produk darah.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.6.4. Hasil pemantauan pelaksanaan layanan digunakan untuk menyesuaikan rencana layanan.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui mutu layanan yang diberikan perlu dilakukan penilaian. Penilaian tersebut dilakukan dengan pengukuran dan analisis terhadap indikator-indikator klinis yang ditetapkan. Hasil dan rekomendasi dari penilaian tersebut harus ditindaklanjuti sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis. Penilaian hasil layanan secara kuantitatif antara lain adalah: indikator klinik, survei kepuasan pasien; sedangkan penilaian secara kualitatif adalah deskripsi pengalaman pasien/keluarga pasien, pendapat, dan persepsi pasien terhadap pelayanan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan indikator untuk memantau dan menilai pelaksanaan layanan klinis.			Daftar indikator klinis yang digunakan untuk pemantauan dan evaluasi layanan klinis.		0 5 10
2. Pemantauan dan penilaian terhadap layanan klinis dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif.	Petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan pemantauan dan penilaian dengan menggunakan indikator yang ditetapkan.			0 5 10
3. Tersedia data yang dibutuhkan untuk mengetahui pencapaian tujuan dan hasil pelaksanaan layanan klinis.			Data hasil monitoring dan evaluasi.		0 5 10
4. Dilakukan analisis terhadap indikator yang dikumpulkan.	Petugas pemberi layanan.	Proses analisis pencapaian indikator.	Data analisis hasil monitoring dan evaluasi.		0 5 10
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil analisis tersebut untuk perbaikan layanan klinis.	Petugas pemberi layanan.	Tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi.	Data tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.6.5. Seluruh petugas kesehatan memperhatikan dan menghargai kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan layanan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Selama proses pelaksanaan layanan pasien, petugas kesehatan harus memperhatikan dan menghargai kebutuhan dan hak pasien. Kebutuhan dan keluhan pasien diidentifikasi selama proses pelaksanaan layanan. Perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keluhan pasien/keluarga pasien, menindaklanjuti, dan menggunakan informasi tersebut untuk perbaikan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi keluhan pasien/keluarga pasien sesuai dengan kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan asuhan.			SOP identifikasi dan penanganan keluhan.		0 5 10

2. Tersedia prosedur untuk menangani dan menindaklanjuti keluhan tersebut.			SOP identifikasi dan penanganan keluhan.		0 5 10
3. Keluhan pasien/keluarga pasien ditindaklanjuti.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Tindak lanjut keluhan pasien/keluarga.	Hasil identifikasi keluhan, analisis dan tindak lanjut.		0 5 10
4. Dilakukan dokumentasi tentang keluhan dan tindak lanjut keluhan pasien/keluarga pasien.			Dokumentasi hasil identifikasi, analisis, dan tindak lanjut keluhan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

7.6.6. Pelaksanaan layanan dilakukan untuk menjamin kelangsungan dan menghindari pengulangan yang tidak perlu

Maksud dan Tujuan:

• Pelayanan klinis harus diberikan dengan efektif dan efisien. Dalam perencanaan maupun pelaksanaannya harus menghindari pengulangan yang tidak perlu. Untuk itu diperlukan upaya pendukung yang sesuai dengan kemampuan Puskesmas, dan dipadukan sebagai hasil kajian dalam merencanakan dan melaksanakan layanan klinis bagi pasien.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu dalam pelaksanaan layanan.			SK Kepala Puskesmas yang mewajibkan penulisan lengkap dalam rekam medis semua tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien dan kewajiban perawat atau petugas kesehatan lain untuk mengingatkan pada dokter jika terjadi pengulangan yang tidak perlu. Dalam SOP layanan klinis memuat jika terjadi pengulangan pemeriksaan lab, tindakan, ataupun pemberian obat petugas kesehatan wajib memberitahu kepada dokter yang bersangkutan.		0 5 10
2. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menjamin kesinambungan pelayanan.			SK Kepala Puskesmas dan SOP layanan klinis yang menjamin kesinambungan layanan.		0 5 10
3. Layanan klinis dan pelayanan penunjang yang dibutuhkan dipadukan dengan baik, sehingga tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.	Pasien, Petugas pemberi layanan.	Pelaksanaan layanan yang menjamin kesinambungan.			0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
---	--	--	--	--	--

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan:

• Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan yang direncanakan atau meneruskan pelayanan atau pengobatan setelah kegiatan dimulai, termasuk menolak untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.

• Pemberi pelayanan wajib memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut. Pasien dan keluarganya diberitahu tentang alternatif pelayanan dan pengobatan.

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

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN

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

Standar:

7.7. Pelayanan anestesi lokal, sedasi dan pembedahan

Tersedia pelayanan anestesi sederhana dan pembedahan minor untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan:

• Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di Puskesmas terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana kadang-kadang memerlukan tindakan bedah minor yang membutuhkan lokal anestesi dan sedasi. Pelaksanaan lokal anestesi dan sedasi tersebut harus memenuhi standar dan peraturan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas.

• Kebijakan dan prosedur memuat:

- o Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara dewasa dan anak atau pertimbangan khusus
- o Dokumentasi yang diperlukan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi efektif
- o Persyaratan persetujuan khusus
- o Frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan
- o Kualifikasi dan keterampilan petugas pelaksana
- o Ketersediaan dan penggunaan peralatan anestesi

• Persyaratan kompetensi:

- o Teknik melakukan lokal anestesi dan sedasi
- o Monitoring yang tepat
- o Respons terhadap komplikasi
- o Penggunaan zat-zat reversal
- o Bantuan hidup dasar

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia pelayanan anestesi lokal dan sedasi sesuai kebutuhan di Puskesmas.			SK tentang jenis-jenis sedasi yang dapat dilakukan di Puskesmas.		0 5 10

2. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.			SK tentang tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan melakukan sedasi.		0 5 10
3. Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.	Petugas pemberi layanan.	Pemberian anestesi lokal dan sedasi.	SOP pemberian anestesi lokal dan sedasi di Puskesmas.		0 5 10
4. Selama pemberian anestesi lokal dan sedasi petugas melakukan monitoring status fisiologi pasien.	Petugas pemberi layanan.	Monitoring pasien selama pemberian anestesi lokal dan sedasi.	SK dan SOP monitoring status fisiologi pasien selama pemberian anestesi lokal dan sedasi.		0 5 10
5. Anestesi lokal dan sedasi, teknik anestesi lokal dan sedasi ditulis dalam rekam medis pasien.	Rekam medis.	Pencatatan pemberian anestesi lokal dan sedasi dan teknik pemberian anestesi lokal dan sedasi dalam rekam medis.			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.7.2. Pelayanan bedah di Puskesmas direncanakan dan dilaksanakan memenuhi standar di Puskesmas, standar nasional, undang-undang, dan peraturan serta standar profesi sesuai dengan kebutuhan pasien					
Maksud dan Tujuan:					
• Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di Puskesmas terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana kadang-kadang memerlukan tindakan bedah minor yang membutuhkan anestesi. Pelaksanaan bedah minor tersebut harus memenuhi standar dan peraturan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan.	Pasien, dokter, dokter gigi.	Proses kajian sebelum melakukan tindakan pembedahan.	SK tentang jenis-jenis pembedahan minor yang dapat dilakukan di Puskesmas. SOP tindakan pembedahan.		0 5 10
2. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor merencanakan asuhan pembedahan berdasarkan hasil kajian.	Pasien, dokter, dokter gigi.	Penyusunan rencana asuhan pembedahan.	SOP tindakan pembedahan.		0 5 10
3. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor menjelaskan risiko, manfaat, komplikasi potensial, dan alternatif kepada pasien/keluarga pasien.	Pasien, dokter, dokter gigi.	Penjelasan pada pasien sebelum melakukan pembedahan.	SOP tindakan pembedahan.		0 5 10
4. Sebelum melakukan tindakan harus mendapatkan persetujuan dari pasien/keluarga	Pasien, dokter, dokter gigi.	Pelaksanaan <i>informed consent</i> .	SOP <i>informed consent</i> .		0 5 10
5. Pembedahan dilakukan berdasarkan prosedur yang ditetapkan.	Pasien, dokter, dokter gigi.	Pelaksanaan pembedahan.	SOP tindakan pembedahan.		0 5 10
6. Laporan/catatan operasi dituliskan dalam rekam medis.	Rekam medis.	Pencatatan laporan operasi.			0 5 10

7. Status fisiologi pasien dimonitor terus menerus selama dan segera setelah pembedahan dan dituliskan dalam rekam medis.	Pasien, dokter, dokter gigi.	Monitoring status fisiologis pasien.	SOP tindakan pembedahan.		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Standar: 7.8. Penyuluhan/pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga. Penyuluhan kepada pasien/keluarga pasien mendukung peran serta mereka dalam setiap pengambilan keputusan dan pelaksanaan layanan					
Kriteria: 7.8.1.Pasien/keluarga memperoleh penyuluhan kesehatan dengan pendekatan yang komunikatif dan bahasa yang mudah dipahami					
Maksud dan Tujuan: • Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara petugas kesehatan dan pasien/keluarga. Pasien/keluarga perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, oleh karena itu penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga perlu dipadukan dalam pelayanan klinis. Pendidikan dan penyuluhan kepada pasien termasuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Agar penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga dilaksanakan dengan efektif maka dilakukan dengan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Penyusunan dan pelaksanaan layanan mencakup aspek penyuluhan kesehatan pasien/keluarga pasien.	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis.	Pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis.	SK dan SOP pendidikan/penyuluhan pada pasien.		0 5 10
2. Pedoman/materi penyuluhan kesehatan mencakup informasi mengenai penyakit, penggunaan obat, peralatan medik, aspek etika di Puskesmas dan PHBS	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis.	Materi pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis.	Panduan penyuluhan pada pasien.		0 5 10
3. Tersedia metode dan media penyuluhan/ pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga dengan memperhatikan kondisi sasaran/ penerima informasi (misal, bagi yang tidak bisa membaca).	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis.	Metode pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis.	Panduan penyuluhan pada pasien.		0 5 10
4. Dilakukan penilaian terhadap efektivitas penyampaian informasi kepada pasien/keluarga pasien agar mereka dapat berperan aktif dalam proses layanan dan memahami konsekuensi layanan yang diberikan.	Pasien, petugas pemberi layanan, rekam medis.	Penilaian efektivitas pendidikan/ penyuluhan pada pasien, catatan pendidikan/ penyuluhan pada pasien pada rekam medis.			0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Standar: 7.9. Makanan dan Terapi Nutrisi *) Pemberian makanan dan terapi nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan yang berlaku					
Kriteria: 7.9.1. Pilihan berbagai variasi makanan yang sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya tersedia secara reguler.					

Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Makanan dan nutrisi yang memadai penting bagi kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien. Makanan yang sesuai dengan umur pasien, budaya pasien dan preferensi diet, rencana pelayanan, harus tersedia secara rutin. Pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan seleksi makanan, dan keluarga pasien dapat, bila sesuai, berpartisipasi dalam menyediakan makanan, konsisten dengan budaya, agama, tradisi dan praktik lain. Berdasarkan asesmen kebutuhan pasien dan rencana asuhan, Dokter atau pemberi pelayanan lainnya yang kompeten memesan makanan atau nutrisi lain yang sesuai bagi pasien. Bila keluarga pasien atau pihak lain menyediakan makanan pasien, mereka diberikan edukasi tentang makanan yang dilarang/kontra indikasi dengan kebutuhan dan rencana pelayanan, termasuk informasi tentang interaksi obat dengan makanan. Bila mungkin, pasien ditawarkan berbagai macam makanan yang konsisten dengan status gizinya. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien, tersedia secara reguler.	Pasien, petugas pemberi nutrisi.	Ketersediaan pemberian nutrisi secara reguler.	SOP pemberian nutrisi pada pasien rawat inap.		0 5 10
2. Sebelum memberi makan pasien, telah dipesan makanan untuk semua pasien rawat inap dan dicatat.	Petugas pemberi nutrisi.	Pemesanan makanan untuk pasien rawat inap.	SOP pemberian nutrisi pada pasien rawat inap.		0 5 10
3. Pesanan didasarkan atas status gizi dan kebutuhan pasien.	Petugas gizi.	Penyusunan rencana asuhan gizi pasien rawat inap.	SOP pemberian nutrisi pada pasien rawat inap.		0 5 10
4. Ada bermacam variasi pilihan makanan bagi pasien konsisten dengan kondisi dan kebutuhan.	Pasien, petugas pemberi nutrisi.	Variasi pilihan makanan.	SOP pemberian nutrisi pada pasien rawat inap: memberi pilihan makanan pada pasien (daftar menu).		0 5 10
5. Bila keluarga menyediakan makanan, mereka diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien.	Pasien, keluarga, petugas pemberi nutrisi.	Edukasi pada keluarga tentang pembatasan diet pasien.	SOP pemberian edukasi bila keluarga menyediakan makanan.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
7.9.2. Penyiapan, penanganan, penyimpanan dan distribusi makanan dilakukan dengan aman dan memenuhi undang-undang, peraturan yang					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Penyiapan makanan, penyimpanan dan distribusi harus dimonitor untuk memastikan keamanan dan sesuai dengan undang-undang, peraturan dan praktik terkini yang dapat diterima. Penyiapan makanan dan penyimpanan mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan. Makanan didistribusikan kepada pasien pada waktu yang telah ditetapkan. Makanan dan produk nutrisi termasuk produk nutrisi enteral, harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan khusus pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Makanan disiapkan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.	Petugas pemberi nutrisi.	Proses penyiapan dan distribusi makanan.	SOP penyiapan makanan dan distribusi makanan yang aman.		0 5 10
2. Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.	Petugas pemberi nutrisi.	Proses penyimpanan makanan dan bahan makanan.	SOP penyimpanan makanan dan bahan makanan.		0 5 10
3. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan khusus.	Pasien, petugas pemberi nutrisi.	Distribusi makanan.	SOP distribusi makanan.		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
7.9.3. Pasien yang berisiko nutrisi mendapat terapi gizi.**)					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pada asesmen awal, pasien diperiksa/ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi. Pasien ini akan dikonsultasikan ke nutritionis untuk asesmen lebih lanjut. Bila ternyata ada risiko nutrisi, dibuat rencana terapi gizi. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medisnya. Dokter, perawat, ahli diet, dan (kalau perlu) keluarga pasien, bekerjasama merencanakan dan memberikan terapi gizi. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pasien yang pada asesmen berada pada risiko nutrisi, mendapat terapi gizi.	Pasien, petugas pemberi nutrisi, ahli gizi.	Pelaksanaan asuhan gizi pada pasien dengan risiko nutrisi.	SOP asuhan gizi.		0 5 10
2. Suatu proses kerjasama dipakai untuk merencanakan, memberikan dan memonitor terapi gizi.	Pasien, dokter, perawat, ahli gizi, petugas pemberi nutrisi.	Komunikasi dan koordinasi dalam pemberian nutrisi pada pasien dengan risiko nutrisi.	SOP asuhan gizi.		0 5 10
3. Respons pasien terhadap terapi gizi dimonitor.	Dokter, perawat, ahli gizi.	Monitoring respons pasien terhadap terapi gizi.			0 5 10
4. Respons pasien terhadap terapi gizi dicatat dalam rekam medisnya.	Rekam medis.	Pencatatan respons pasien terhadap terapi gizi.			0 5 10
**) kriteria ini juga berlaku untuk Puskesmas yang menjalankan <i>home-care</i> pada pasien yang memerlukan terapi gizi.					
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Standar:					
7.10. Pemulangan dan tindak lanjut *)					
Pemulangan dan/tindak lanjut pasien dilakukan dengan prosedur yang tepat.					
Kriteria:					
7.10.1. Pemulangan dan/tindak lanjut pasien, baik yang bertujuan untuk kelangsungan layanan, rujukan maupun pulang dipandu oleh prosedur yang standar					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pemulangan pasien dan tindak lanjut maupun rujukan yang perlu dilakukan pada saat pemulangan. Jika pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, perlu ada mekanisme umpan balik dari fasilitas kesehatan tersebut. Perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memberikan alternatif dalam mengatasi hal tersebut, jika tindak lanjut yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan. Bentuk layanan tindak lanjut dilakukan dengan memperhatikan lingkaran dinamis proses keperawatan, dan kemandirian pasien/keluarga. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur pemulangan dan/tindak lanjut pasien.	Pasien, Dokter, perawat.	Pelaksanaan pemulangan pasien dan tindak lanjut.	SOP pemulangan pasien dan tindak lanjut pasien.		0 5 10
2. Ada penanggung jawab dalam pelaksanaan proses pemulangan dan/tindak lanjut tersebut.	Dokter, perawat.	Penanggung jawab pemulangan pasien.	SK tentang penetapan penanggung jawab dalam pemulangan pasien.		0 5 10
3. Tersedia kriteria yang digunakan untuk menetapkan saat pemulangan dan/tindak lanjut pasien.	Dokter, perawat.	Pelaksanaan pemulangan pasien dan tindak lanjut sesuai dengan kriteria.	Kriteria pemulangan pasien dan tindak lanjut.		0 5 10

4. Tersedia umpan balik dari sarana kesehatan lain yang menerima pasien, apabila dilakukan pemulangan dan/tindak lanjut pasien antar sarana kesehatan.			Bukti umpan balik dari sarana kesehatan lain.		0 5 10
5. Tersedia prosedur dan alternatif penanganan bagi pasien yang memerlukan tindak lanjut rujukan akan tetapi tidak mungkin dilakukan.	Pasien, dokter, perawat.	Pelaksanaan prosedur.	SOP alternatif penanganan pasien yang memerlukan rujukan tetapi tidak mungkin dilakukan.		0 5 10
*) untuk Puskesmas dengan rawat inap					
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 7.10.2. Pasien/ keluarga pasien memperoleh penjelasan yang memadai tentang tindak lanjut layanan saat pemulangan atau saat dirujuk ke sarana kesehatan yang lain.					
Maksud dan Tujuan: • Informasi yang diberikan kepada pasien/keluarga pada saat pemulangan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain diperlukan agar pasien/keluarga memahami tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan yang optimal.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Informasi yang dibutuhkan mengenai tindak lanjut layanan diberikan oleh petugas kepada pasien/keluarga pasien pada saat pemulangan atau jika dilakukan rujukan ke sarana kesehatan yang lain.	Pasien, dokter, perawat.	Pemberian informasi tentang tindak lanjut layanan pada saat pemulangan atau rujukan.	SOP pemulangan pasien dan tindak lanjut pasien, SOP rujukan.		0 5 10
2. Petugas mengetahui bahwa informasi yang disampaikan dipahami oleh pasien/keluarga pasien.	Dokter, perawat.	Cara mengetahui bahwa informasi yang diberikan dipahami.			0 5 10
3. Dilakukan evaluasi periodik terhadap prosedur pelaksanaan penyampaian informasi tersebut.	Dokter, perawat.	Evaluasi terhadap prosedur penyampaian informasi.	SOP evaluasi terhadap prosedur penyampaian informasi, bukti evaluasi dan tindak lanjut.		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 7.10.3. Pelaksanaan rujukan dilakukan atas dasar kebutuhan dan pilihan pasien					
Maksud dan Tujuan: • Jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, wajib diupayakan proses rujukan berjalan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien agar pasien memperoleh kepastian mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan tersebut dengan konsekuensinya. Untuk itu perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pelaksanaan rujukan.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi kebutuhan dan pilihan pasien (misalnya kebutuhan transportasi, petugas kompeten yang mendampingi, sarana medis dan keluarga yang menemani) selama proses rujukan.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Proses transportasi rujukan.	SOP transportasi rujukan.		0 5 10
2. Apabila tersedia lebih dari satu sarana yang dapat menyediakan pelayanan rujukan tersebut, pasien/keluarga pasien diberi informasi yang memadai dan diberi kesempatan untuk memilih sarana pelayanan yang diinginkan.	Pasien, petugas pemberi layanan.	Pemberian informasi tentang alternatif sarana tujuan rujukan, peluang bagi pasien dan keluarga untuk memilih tujuan rujukan.	SOP rujukan.		0 5 10
3. Kriteria rujukan dilakukan sesuai dengan SOP rujukan.	Pasien, dokter, perawat.	Pelaksanaan rujukan sesuai kriteria rujukan.	SOP rujukan, kriteria pasien-pasien yang perlu/harus dirujuk.		0 5 10
4. Dilakukan persetujuan rujukan dari pasien/keluarga pasien.	Pasien, pemberi layanan, rekam medis.	Pelaksanaan persetujuan rujukan.	SOP rujukan, form persetujuan rujukan.		0 5 10

Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Pelayanan Laboratorium					
Standar:					
8.1. Pelayanan laboratorium tersedia tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan pengkajian pasien, serta mematuhi standar, hukum dan peraturan yang berlaku.					
Kriteria:					
8.1.1. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang kompeten dan berpengalaman untuk melakukan dan/atau menginterpretasikan hasil pemeriksaan					
Maksud dan Tujuan:					
• Petugas laboratorium yang melaksanakan dipastikan mendapat pelatihan secara baik dan adekuat, berpengalaman, punya keterampilan dan diorientasikan pada pekerjaannya. Petugas analis laboratorium/penunjang diagnostik diberikan tugas, sesuai dengan latihan dan pengalamannya. Jumlah dan jenis petugas untuk melaksanakan tes laboratorium cukup dan tersedia selama jam pelayanan dan untuk gawat darurat. Perlu ditetapkan jenis pelayanan laboratorium/penunjang diagnostik yang tersedia di Puskesmas.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan di Puskesmas.			SK tentang jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang tersedia, SOP pemeriksaan laboratorium, brosur pelayanan laboratorium.	Panduan pemeriksaan laboratorium.	0 5 10
2. Tersedia jenis dan jumlah petugas kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan dan jam buka pelayanan.	Pasien, petugas laboratorium	Jam buka pelayanan, ketersediaan pelayanan, pelayanan laboratorium oleh petugas yang kompeten.	Pola ketenagaan, persyaratan kompetensi, ketentuan jam buka pelayanan		0 5 10
3. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh analis/petugas yang terlatih dan berpengalaman.	Petugas laboratorium	Pemenuhan persyaratan kompetensi	Persyaratan kompetensi analis/petugas laboratorium		0 5 10
4. Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium	Persyaratan kompetensi petugas yang melakukan interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.1.2. Terdapat kebijakan dan prosedur spesifik untuk setiap jenis pemeriksaan laboratorium					
Maksud dan Tujuan:					
• Agar pelaksanaan pelayanan laboratorium dapat menghasilkan hasil pemeriksaan yang tepat, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pelayanan laboratorium mulai dari permintaan, penerimaan, pengambilan dan penyimpanan spesimen, pengelolaan reagen pelaksanaan pemeriksaan, penyampaian hasil pemeriksaan kepada pihak yang membutuhkan, serta pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya dan beracun (B3).					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpan spesimen.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SK dan SOP permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpanan spesimen		0 5 10

2. Tersedia prosedur pemeriksaan laboratorium.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pemeriksaan laboratorium		0 5 10
3. Dilakukan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan prosedur tersebut.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab/koordinator layanan klinis	Pemantauan berkala pelaksanaan prosedur	SOP pemantauan pelaksanaan prosedur pemeriksaan laboratorium, hasil pemantauan, tindak lanjut pemantauan		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	Kepala Puskesmas, penanggung jawab/koordinator layanan klinis	Evaluasi dan tindak lanjut pemantauan ketepatan waktu penyerahan hasil laboratorium	SOP penilaian ketepatan waktu penyerahan hasil, hasil evaluasi dan tindak lanjut hasil evaluasi		0 5 10
5. Tersedia kebijakan dan prosedur pemeriksaan di luar jam kerja (pada Puskesmas rawat inap atau pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan di luar jam kerja)	Pasien, dokter, perawat, Petugas laboratorium	Pemeriksaan di luar jam kerja	SOP pelayanan di luar jam kerja		0 5 10
6. Ada kebijakan dan prosedur untuk pemeriksaan yang berisiko tinggi (misalnya spesimen sputum, darah dan lainnya)	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pemeriksaan laboratorium yang berisiko tinggi		0 5 10
7. Tersedia prosedur kesehatan dan keselamatan kerja, dan alat pelindung diri bagi petugas laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP kesehatan dan keselamatan kerja bagi petugas		0 5 10
8. Dilakukan pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri dan pelaksanaan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur, pemantauan terhadap pelaksanaan prosedur	SOP penggunaan alat pelindung diri, SOP pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri		0 5 10
9. Tersedia prosedur pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, dan limbah medis hasil pemeriksaan laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, SOP pengelolaan limbah hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10
10. Tersedia prosedur pengelolaan reagen di laboratorium	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pengelolaan reagen		0 5 10
11. Dilakukan pemantauan dan tindak lanjut terhadap pengelolaan limbah medis apakah sesuai dengan prosedur	Petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur	SOP pengelolaan limbah		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.1.3. Hasil pemeriksaan laboratorium selesai dan tersedia dalam waktu sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan Puskesmas perlu menetapkan jangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium. Hasil dilaporkan dalam kerangka waktu berdasarkan kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan petugas pemberi pelayanan klinis. Pemeriksaan pada gawat darurat dan di luar jam kerja serta pada akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini. Hasil pemeriksaan yang urgen, seperti dari unit gawat darurat diberikan perhatian khusus. Sebagai tambahan, bila pelayanan laboratorium dilakukan bekerja sama dengan pihak luar, laporan hasil pemeriksaan juga harus tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan atau yang tercantum dalam kontrak. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas menetapkan waktu yang diharapkan untuk laporan hasil pemeriksaan.	Pasien, dokter, perawat, petugas laboratorium	Ketepatan waktu penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium	SK tentang waktu penyampaian laporan hasil pemeriksaan laboratorium, SK tentang waktu penyampaian laporan hasil pemeriksaan laboratorium untuk pasien urgen (cito)		0 5 10
2. Ketepatan waktu melaporkan hasil pemeriksaan yang urgen/gawat darurat diukur.	Pasien, dokter, perawat, Petugas laboratorium	Pemantauan pelaksanaan pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium untuk pasien urgen/gawat darurat	SOP tentang pemantauan waktu penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium untuk pasien urgen/gawat darurat. Hasil pemantauan.		0 5 10
3. Hasil laboratorium dilaporkan dalam kerangka waktu guna memenuhi kebutuhan pasien.	Pasien, dokter, perawat, Petugas laboratorium	Ketepatan waktu penyampaian hasil pemeriksaan laboratorium	Hasil pemantauan pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.1.4. Ada prosedur melaporkan hasil tes diagnostik yang kritis					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pelaporan dari tes diagnostik yang kritis adalah bagian dari pokok persoalan keselamatan pasien. Hasil tes yang secara signifikan di luar batas nilai normal dapat memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien. Sangat penting bagi Puskesmas untuk mengembangkan suatu sistem pelaporan formal yang jelas menggambarkan bagaimana praktisi kesehatan mewaspadai hasil kritis dari tes diagnostik dan bagaimana staf mendokumentasikan komunikasi ini. • Proses ini dikembangkan untuk pengelolaan hasil kritis dari tes diagnostik untuk menyediakan pedoman bagi para praktisi untuk meminta dan menerima hasil tes pada keadaan gawat darurat. Prosedur ini meliputi juga penetapan tes kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, oleh siapa dan kepada siapa hasil tes kritis harus dilaporkan, dan menetapkan metode monitoring yang memenuhi ketentuan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Metode kolaboratif digunakan untuk mengembangkan prosedur untuk pelaporan hasil yang kritis dan pemeriksaan diagnostik.	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Kolaborasi dalam penyampaian hasil laboratorium yang kritis	SOP pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis, rekam medis		0 5 10
2. Prosedur tersebut menetapkan nilai ambang kritis untuk setiap tes.			SOP pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis: penetapan nilai ambang kritis untuk tiap tes		0 5 10
3. Prosedur tersebut menetapkan oleh siapa dan kepada siapa hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik harus dilaporkan.	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Pelaksanaan prosedur: siapa dan kepada siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan	SOP pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis, rekam medis		0 5 10
4. Prosedur tersebut menetapkan apa yang dicatat di dalam rekam medis pasien.	Rekam medis	Pencatatan hasil laboratorium yang kritis			0 5 10
5. Proses dimonitor untuk memenuhi ketentuan dan dimodifikasi berdasarkan hasil monitoring	Kepala puskesmas, penanggung jawab/koordinator layanan klinis	Monitoring pelaksanaan prosedur penyampaian hasil laboratorium yang kritis	SOP monitoring, hasil monitoring, tindak lanjut monitoring, rapat-rapat mengenai monitoring pelaksanaan pelayanan laboratorium		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi</p> <p>20% - 79% terpenuhi sebagian</p> <p>< 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
8.1.5. Reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan sehari-hari selalu tersedia dan dievaluasi untuk memastikan akurasi dan presisi hasil.					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Reagensia dan bahan-bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien harus diidentifikasi dan ditetapkan. Suatu proses yang efektif untuk pemesanan atau menjamin ketersediaan reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan. Semua reagensia disimpan dan didistribusikan sesuai prosedur yang ditetapkan. Evaluasi periodik semua reagensia untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan. Pedoman tertulis memastikan pemberian label yang lengkap dan akurat untuk reagensia dan larutan yang digunakan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan reagensia esensial dan bahan lain yang harus tersedia.			SK tentang jenis reagensia esensial dan bahan lain yang harus tersedia		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
2. Reagensia esensial dan bahan lain tersedia, dan ada proses untuk menyatakan jika reagen tidak tersedia.	Petugas laboratorium	Ketersediaan reagensia, <i>buffer stock</i> reagen di laboratorium	SK tentang menyatakan kapan reagensia tidak tersedia (batas <i>buffer stock</i> untuk melakukan order)		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
3. Semua reagensia disimpan dan didistribusi sesuai pedoman dari produsen atau instruksi penyimpanan dan distribusi yang ada pada kemasan.	Petugas laboratorium	Penyimpanan dan distribusi reagensia	SOP penyimpanan dan distribusi reagensia		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
4. Tersedia pedoman tertulis yang dilaksanakan untuk mengevaluasi semua reagensia agar memberikan hasil yang akurat dan presisi.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan panduan	Panduan tertulis untuk evaluasi reagensia, bukti evaluasi dan tindak lanjut		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
5. Semua reagensia dan larutan diberi label secara lengkap dan akurat.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan SOP pelabelan	SOP pelabelan		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi</p> <p>20% - 79% terpenuhi sebagian</p> <p>< 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
8.1.6. Ditetapkan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Sesuai dengan peralatan dan prosedur yang dilaksanakan di laboratorium, perlu ditetapkan nilai/rentang nilai rujukan normal untuk setiap tes yang dilaksanakan. Rentang nilai harus tercantum dalam catatan klinis, sebagai bagian dari laporan atau dalam dokumen terpisah dengan daftar yang baru dari nilai-nilai yang ditetapkan kepala laboratorium. Rentang nilai harus dilengkapi bila pemeriksaan dilaksanakan laboratorium luar. Rujukan nilai ini disesuaikan harus dievaluasi dan direvisi apabila metode pemeriksaan berubah. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan nilai/rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan.			SK rentang nilai yang menjadi rujukan hasil pemeriksaan laboratorium		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>
2. Rentang nilai rujukan ini harus disertakan dalam catatan klinis pada waktu hasil pemeriksaan dilaporkan.	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Laporan hasil pemeriksaan laboratorium	Form laporan hasil pemeriksaan laboratorium		<p>0</p> <p>5</p> <p>10</p>

3. Pemeriksaan yang dilakukan oleh laboratorium luar harus mencantumkan rentang nilai.	Dokter, perawat, petugas laboratorium	Laporan hasil pemeriksaan laboratorium luar	Form laporan hasil pemeriksaan laboratorium		0 5 10
4. Rentang nilai dievaluasi dan direvisi berkala seperlunya.	Dokter, petugas laboratorium	Pelaksanaan evaluasi terhadap rentang nilai	SOP evaluasi terhadap rentang nilai, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.1.7. Pengendalian mutu dilakukan, ditindaklanjuti dan didokumentasi untuk setiap pemeriksaan laboratorium					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menjamin mutu pelayanan laboratorium maka perlu dilakukan upaya pengendalian mutu internal maupun eksternal di Puskesmas. Pengendalian mutu dilakukan sesuai dengan jenis dan ketersediaan peralatan laboratorium yang digunakan dan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia kebijakan dan prosedur pengendalian mutu pelayanan laboratorium.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan SOP pengendalian mutu	SK dan SOP pengendalian mutu laboratorium		0 5 10
2. Dilakukan kalibrasi atau validasi instrumen/alat ukur tepat waktu dan oleh pihak yang kompeten sesuai prosedur.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan kalibrasi dan validasi	SOP kalibrasi dan validasi instrumen		0 5 10
3. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya kalibrasi atau validasi, dan masih berlaku.			Bukti-bukti pelaksanaan kalibrasi atau validasi		0 5 10
4. Apabila ditemukan penyimpangan dilakukan tindakan perbaikan.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan perbaikan	SOP perbaikan, bukti pelaksanaan perbaikan		0 5 10
5. Dilakukan pemantapan mutu eksternal terhadap pelayanan laboratorium oleh pihak yang kompeten.			SK tentang PME, Hasil PME.		0 5 10
6. Terdapat mekanisme rujukan spesimen dan pasien bila pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan di Puskesmas, dan Puskesmas memastikan bahwa pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan rujukan	SOP rujukan laboratorium		0 5 10
7. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya pemantapan mutu internal dan eksternal.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan PMI dan PME	SOP PMI dan PME, bukti pelaksanaan PMI dan PME		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi	
Kriteria: 8.1.8. Program keselamatan (<i>safety</i>) direncanakan, dilaksanakan, dan didokumentasikan					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Ada program keamanan yang aktif di laboratorium dengan tingkatan sesuai dengan risiko dan kemungkinan bahaya dalam laboratorium. Program ini mengatur praktik keamanan dan langkah-langkah pencegahan bagi staf laboratorium, staf lain dan pasien apabila berada di laboratorium. Program laboratorium ini merupakan program yang terintegrasi dengan program keselamatan di Puskesmas • Program keselamatan di laboratorium termasuk : <ul style="list-style-type: none"> o Kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pemenuhan standar dan peraturan. o Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya. o Tersedianya peralatan keamanan sesuai praktik di laboratorium dan untuk bahaya yang dihadapi. o Orientasi bagi semua staf laboratorium untuk prosedur dan praktik keamanan kerja. o Pendidikan (<i>in service education</i>) untuk prosedur-prosedur baru dan pengenalan bahan berbahaya yang baru dikenali/diperoleh, maupun peralatan yang baru. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat program keselamatan/keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan program keselamatan/keamanan laboratorium	Kerangka acuan program keselamatan/keamanan laboratorium, bukti pelaksanaan program		0 5 10
2. Program ini adalah bagian dari program keselamatan di Puskesmas.			Kerangka acuan program keselamatan/keamanan laboratorium, dan Panduan Program Keselamatan Pasien di Puskesmas		0 5 10
3. Petugas laboratorium melaporkan kegiatan pelaksanaan program keselamatan kepada pengelola program keselamatan di Puskesmas sekurang-kurangnya setahun sekali dan bila terjadi insiden keselamatan.	Petugas laboratorium	Pelaporan kegiatan program keselamatan	SOP pelaporan program keselamatan dan pelaporan insiden, bukti laporan		0 5 10
4. Terdapat kebijakan dan prosedur tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya.	Kepala Puskesmas, petugas laboratorium.	Proses Penanganan dan pembuangan bahan berbahaya	SK dan SOP tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya		0 5 10
5. Dilakukan identifikasi, analisis dan tindak lanjut risiko keselamatan di laboratorium.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan manajemen risiko di laboratorium	SOP penerapan manajemen risiko laboratorium, bukti pelaksanaan manajemen risiko: identifikasi risiko, analisis, dan tindak lanjut risiko		0 5 10
6. Staf laboratorium diberikan orientasi untuk prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan orientasi	SOP orientasi prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja, bukti pelaksanaan program orientasi		0 5 10
7. Staf laboratorium mendapat pelatihan/pendidikan untuk prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya yang baru, maupun peralatan yang baru.	Petugas laboratorium	Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	SOP pelatihan dan pendidikan untuk prosedur baru, bahan berbahaya, peralatan baru, bukti pelaksanaan pendidikan dan pelatihan		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN				≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian	

Pelayanan obat**Standar:**

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

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat metode yang digunakan untuk menilai dan mengendalikan penyediaan dan penggunaan obat.	Petugas farmasi	Metode penilaian, pengendalian, penyediaan dan penggunaan obat	SOP penilaian, pengendalian, penyediaan dan penggunaan obat		0 5 10
2. Terdapat kejelasan prosedur penyediaan dan penggunaan obat.	Petugas farmasi	Pelaksanaan prosedur	SOP penyediaan dan penggunaan obat		0 5 10
3. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab.			SK Penanggung jawab pelayanan obat		0 5 10
4. Ada kebijakan dan prosedur yang menjamin ketersediaan obat-obat yang seharusnya ada.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab farmasi, pelaksana	Bagaimana menjamin ketersediaan obat di Puskesmas	SK dan SOP tentang penyediaan obat yang menjamin ketersediaan obat		0 5 10
5. Tersedia pelayanan obat-obatan selama tujuh hari dalam seminggu dan 24 jam pada Puskesmas yang memberikan pelayanan gawat darurat.	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan pelayanan obat 24 jam	SK tentang pelayanan obat 24 jam		0 5 10
6. Tersedia daftar formularium obat Puskesmas.			Formularium obat		0 5 10
7. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut ketersediaan obat dibandingkan dengan formularium.	Petugas farmasi	Pelaksanaan evaluasi ketersediaan obat	SOP evaluasi ketersediaan obat terhadap formularium, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
8. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut kesesuaian persepahan dengan formularium.	Petugas farmasi	Pelaksanaan evaluasi kesesuaian persepahan dengan formularium	SOP evaluasi kesesuaian persepahan dengan formularium, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.2.2. Peresepan, pemesanan dan pengelolaan obat dipandu kebijakan dan prosedur yang efektif					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Puskesmas bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diizinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Dalam situasi emergensi, perlu diidentifikasi petugas tambahan yang diizinkan untuk memberikan obat. Untuk menjamin agar obat tersedia dengan cukup dan dalam kondisi baik, tidak rusak, dan tidak kedaluwarsa, maka perlu ditetapkan dan diterapkan kebijakan pengelolaan obat mulai dari proses analisis kebutuhan, pemesanan, pengadaan, pendistribusian, pelayanan peresepan, pencatatan dan pelaporan. • Untuk Puskesmas rawat inap penggunaan obat oleh pasien/pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke Puskesmas atau yang diresepkan atau dipesan di Puskesmas, diketahui dan dicatat dalam status pasien. Harus dilaksanakan pengawasan penggunaan obat, terutama obat-obat psikotropika sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat ketentuan petugas yang berhak memberikan resep.	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang persyaratan petugas yang berhak memberi resep		0 5 10
2. Terdapat ketentuan petugas yang menyediakan obat dengan persyaratan yang jelas.	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang persyaratan petugas yang berhak menyediakan obat		0 5 10
3. Apabila persyaratan petugas yang diberi kewenangan dalam penyediaan obat tidak dapat dipenuhi, petugas tersebut mendapat pelatihan khusus.	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang pelatihan bagi petugas yang diberi kewenangan menyediakan obat tetapi belum sesuai persyaratan		0 5 10
4. Tersedia kebijakan dan proses peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat.	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat		0 5 10
5. Terdapat prosedur untuk menjaga tidak terjadinya pemberian obat yang kedaluwarsa kepada pasien.	Petugas farmasi	Pelaksanaan prosedur	SOP menjaga tidak terjadinya pemberian obat kedaluwarsa, pelaksanaan FIFO dan FEFO, Kartu stok/kendali		0 5 10
6. Dilakukan pengawasan terhadap penggunaan dan pengelolaan obat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara teratur.	Petugas farmasi	Pelaksanaan pengawasan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Bukti pelaksanaan pengawasan		0 5 10
7. Terdapat ketentuan siapa yang berhak menuliskan resep untuk obat-obat tertentu (misal psikotropika dan narkotika).	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP peresepan psikotropika dan narkotika		0 5 10
8. Ada kebijakan dan prosedur penggunaan obat-obatan pasien rawat inap, yang dibawa sendiri oleh pasien/ keluarga pasien.	Dokter, petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP penggunaan obat yang dibawa sendiri oleh pasien/keluarga		0 5 10
9. Penggunaan obat-obatan psikotropika/narkotika dan obat-obatan lain yang berbahaya diawasi dan dikendalikan secara ketat.	Petugas farmasi	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SOP pengawasan dan pengendalian penggunaan psikotropika dan narkotika	Pedoman penggunaan psikotropika dan narkotika	0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
8.2.3. Ada jaminan kebersihan dan keamanan dalam penyimpanan, penyiapan, dan penyampaian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa/rusak					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Agar obat layak dikonsumsi oleh pasien, maka kebersihan dan keamanan terhadap obat yang tersedia harus dilakukan mulai dari proses pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyampaian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa/rusak. Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur dalam penyampaian obat kepada pasien agar pasien memahami indikasi, dosis, cara penggunaan obat, dan efek samping yang mungkin terjadi 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat persyaratan penyimpanan obat.			SOP penyimpanan obat		0 5 10
2. Penyimpanan dilakukan sesuai dengan persyaratan.	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP penyimpanan obat			0 5 10
3. Pemberian obat kepada pasien disertai dengan label obat yang jelas (mencakup nama, dosis, cara pemakaian obat dan frekuensi penggunaannya).	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pemberian obat kepada pasien dan pelabelan		0 5 10
4. Pemberian obat disertai dengan informasi penggunaan obat yang memadai dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien/keluarga pasien.	Pasien, petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pemberian informasi penggunaan obat		0 5 10
5. Petugas memberikan penjelasan tentang kemungkinan terjadi efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan.	Pasien, petugas farmasi (lakukan juga observasi dalam pemberian informasi)	Pelaksanaan SOP	SOP pemberian informasi tentang efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan		0 5 10
6. Petugas menjelaskan petunjuk tentang penyimpanan obat di rumah.	Pasien, petugas farmasi (lakukan juga observasi dalam pemberian informasi)	Pelaksanaan SOP	SOP tentang petunjuk penyimpanan obat di rumah		0 5 10
7. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan obat yang kedaluwarsa/rusak.			SK dan SOP penanganan obat kedaluwarsa/rusak		0 5 10
8. Obat kedaluwarsa/rusak dikelola sesuai kebijakan dan prosedur.	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP penanganan obat kedaluwarsa/rusak		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					<p>≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi</p>
Kriteria:					
8.2.4. Efek samping yang terjadi akibat pemberian obat-obat yang diresepkan atau riwayat alergi terhadap obat-obatan tertentu harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> Pasien, dokternya, perawat dan petugas kesehatan yang lain bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan pemantauan adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya dan untuk mengevaluasi pasien terhadap Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD). Berdasarkan pemantauan, dosis atau jenis obat bila perlu dapat disesuaikan. Sudah seharusnya dilakukan pemantauan secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutic yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, untuk mencegah risiko bagi pasien. Memantau efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD. Perlu disusun kebijakan tentang identifikasi, pencatatan dan pelaporan semua KTD yang terkait dengan penggunaan obat, misalnya sindroma Stephen Johnson, KPI dan lainnya. Puskesmas membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia prosedur pelaporan efek samping obat.	Pasien, petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pelaporan efek samping obat		0 5 10
2. Efek samping obat didokumentasikan dalam rekam medis.	Rekam medis	Pendokumentasian efek samping obat			0 5 10
3. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mencatat, memantau, dan melaporkan bila terjadi efek samping penggunaan obat dan KTD, termasuk kesalahan pemberian obat.	Petugas farmasi	Pelaksanaan SOP	SOP pencatatan, pemantauan, pelaporan efek samping obat, KTD,		0 5 10
4. Kejadian efek samping obat dan KTD ditindaklanjuti dan didokumentasikan.	Petugas farmasi, rekam medis	Pelaksanaan tindak lanjut, pencatatan kejadian efek samping obat, KTD dan tindak lanjut	SOP tindak lanjut efek samping obat dan KTD		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi

Kriteria:

8.2.5. Kesalahan obat (*medication errors*) dilaporkan melalui proses dan dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh Puskesmas

Maksud dan Tujuan:

• Puskesmas mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat dan near miss-Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Proses termasuk mendefinisikan suatu kesalahan obat dan KNC, menggunakan format pelaporan yang ditentukan serta mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Definisi-definisi dan proses-proses dikembangkan melalui proses kerjasama yang mengikutsertakan semua yang terlibat di berbagai langkah dalam manajemen obat. Proses pelaporan adalah bagian dari program mutu dan program keselamatan pasien di Puskesmas. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat prosedur untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan pemberian obat dan KNC.			SOP identifikasi dan pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC		0 5 10
2. Kesalahan pemberian obat dan KNC dilaporkan tepat waktu menggunakan prosedur baku.	Petugas farmasi	Pelaksanaan pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC sesuai waktu yang ditentukan	Laporan kesalahan pemberian obat dan KNC		0 5 10
3. Ditetapkan petugas kesehatan yang bertanggung jawab mengambil tindakan untuk pelaporan diidentifikasi.	Penanggung jawab farmasi, petugas farmasi	Penanggung jawab untuk mengambil tindak lanjut terhadap pelaporan	SK Penanggung jawab tindak lanjut pelaporan		0 5 10
4. Informasi pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC digunakan untuk memperbaiki proses pengelolaan dan pelayanan obat.	Penanggung jawab farmasi, petugas farmasi	Pemanfaatan pelaporan untuk perbaikan	Laporan dan bukti perbaikan		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
---	--

Kriteria:
8.2.6. Obat-obatan emergensi tersedia, dimonitor dan aman bilamana disimpan di luar farmasi.

Maksud dan Tujuan:
• Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting. Perlu ditetapkan lokasi penyimpanan obat emergensi di tempat pelayanan dan obat-obat emergensi yang harus disuplai ke lokasi tersebut. Untuk memastikan akses ke obat emergensi bilamana diperlukan, perlu tersedia prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kedaluwarsa. Keseimbangan antara akses, kesiapan, dan keamanan dari tempat penyimpanan obat emergensi perlu dipenuhi.

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

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
--	--

Pelayanan Radiodiagnostik (jika tersedia)

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

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

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

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pelayanan radiodiagnostik memenuhi standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP tentang jenis dan pelaksanaan pelayanan radiodiagnostik	Peraturan perundangan tentang pelayanan radiodiagnostik	0 5 10
2. Pelayanan radiodiagnostik dilakukan secara adekuat, teratur, dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.	Petugas radiodiagnostik, (lakukan observasi pelaksanaan pelayanan)	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SOP pelayanan radiodiagnostik		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
---	--

Kriteria:
8.3.2. Ada program pengamanan radiasi, dilaksanakan dan didokumentasi

Maksud dan Tujuan:

- Puskesmas memiliki suatu program aktif dalam keamanan radiasi yang meliputi semua komponen pelayanan radiodiagnostik. Program keamanan radiologi mencerminkan antisipasi risiko dan bahaya yang dihadapi. Program mengatur praktik yang aman dan langkah pencegahan bahaya untuk petugas radiologi karyawan lain, dan pasien. Program ini dikoordinasi dengan program keselamatan Puskesmas.
- Program pengelolaan keamanan radiasi termasuk :
 - Kebijakan dan prosedur tertulis yang menunjang kesesuaian dengan standar, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
 - Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
 - Ketersediaan alat pelindung diri yang sesuai dengan praktik dan antisipasi bahaya yang dihadapi.
 - Ada orientasi bagi staf radiologi dan diagnostik imajing untuk prosedur dan praktik keselamatan kerja.
 - Ada pendidikan/pelatihan *inhouse* untuk prosedur baru atau adanya bahan berbahaya yang baru diketahui dan digunakan.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat program keamanan radiasi yang mengatur risiko keamanan dan antisipasi bahaya yang bisa terjadi di dalam atau di luar unit kerja.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program dan SOP	Kerangka acuan program dan SOP pengamanan radiasi		0 5 10
2. Program keamanan merupakan bagian dari program keselamatan di Puskesmas, dan wajib dilaporkan sekurang-kurangnya sekali setahun atau bila ada kejadian.			Kerangka acuan program dan dokumen program keselamatan di Puskesmas		0 5 10
3. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur dan memenuhi standar terkait, undang-undang dan peraturan yang berlaku.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	Kebijakan dan SOP tentang pemenuhan standar dan peraturan perundangan penggunaan peralatan radiodiagnostik	Peraturan perundangan tentang pelayanan radiodiagnostik	0 5 10
4. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan dan SOP	SK dan SOP penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya		0 5 10
5. Risiko keamanan radiasi yang diidentifikasi diimbangi dengan prosedur atau peralatan khusus untuk mengurangi risiko (seperti apron timah, badge radiasi dan yang sejenis).	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan manajemen risiko, dan penggunaan peralatan khusus untuk mengurangi risiko	SOP manajemen risiko pelayanan radiodiagnostik, SOP penggunaan peralatan khusus untuk mengurangi risiko radiasi		0 5 10
6. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik diberi orientasi tentang prosedur dan praktik keselamatan.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program evaluasi	SOP program orientasi, pelaksanaan program orientasi, evaluasi dan tindak lanjut program evaluasi. Bukti pelaksanaan, evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
7. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik mendapat pendidikan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pendidikan jika ada prosedur baru ataupun bahan berbahaya	SOP pendidikan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya, bukti pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
---	--

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan petugas yang melakukan pemeriksaan diagnostik.			SK penanggung jawab dan petugas pemeriksaan radiodiagnostik		0 5 10
2. Tersedia petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai melaksanakan pemeriksaan radiodiagnostik.	Penanggung jawab farmasi, petugas radiodiagnostik	Kesesuaian dengan persyaratan	SK tentang persyaratan penanggung jawab dan petugas pemeriksaan radiodiagnostik, pola ketenagaan, profil pegawai dan kesesuaian dengan persyaratan		0 5 10
3. Petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai menginterpretasi hasil pemeriksaan.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang ketentuan petugas yang menginterpretasi hasil pemeriksaan radiodiagnostik		0 5 10
4. Petugas yang kompeten yang memadai, memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan kebijakan	SK tentang ketentuan petugas yang memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan radiodiagnostik		0 5 10
5. Tersedia staf dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Pemenuhan pola ketenagaan dan tindak lanjut	Pola ketenagaan, pemenuhan terhadap pola ketenagaan, tindak lanjut jika tidak sesuai		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
---	--

Kriteria:
 8.3.4. Hasil pemeriksaan radiologi tersedia tepat waktu sesuai ketentuan yang ditetapkan.

Maksud dan Tujuan:

- Jangka waktu pelaporan hasil pemeriksaan radiologi diagnostik perlu ditetapkan. Hasil yang dilaporkan dalam kerangka waktu didasarkan pada kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan pemberi pelayanan klinis. Kebutuhan tes untuk pelayanan gawat darurat, pemeriksaan di luar jam kerja serta akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini.
- Hasil pemeriksaan radiologi yang cito untuk pasien gawat darurat harus diberi perhatian khusus dalam proses pengukuran mutu. Hasil pemeriksaan radiodiagnostik yang dilaksanakan dengan kontrak pelayanan oleh pihak di luar Puskesmas dilaporkan sesuai dengan kebijakan atau ketentuan dalam kontrak.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kepala Puskesmas menetapkan tentang harapan waktu pelaporan hasil pemeriksaan.			SK tentang waktu pelaporan hasil pemeriksaan		0 5 10
2. Ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan diukur, dimonitor, dan ditindaklanjuti.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Monitoring ketepatan waktu	SOP monitoring ketepatan waktu, hasil monitoring, dan tindak lanjut monitoring		0 5 10

3. Hasil pemeriksaan radiologi dilaporkan dalam kerangka waktu untuk memenuhi kebutuhan pasien.	Petugas radiodiagnostik	Ketepatan waktu penyampaian laporan hasil pemeriksaan radiodiagnostik			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 8.3.5. Semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging diperiksa, dirawat dan dikalibrasi secara teratur, dan disertai catatan memadai yang dipelihara dengan baik.					
Maksud dan Tujuan: • Petugas radiologi bekerja untuk menjamin bahwa semua peralatan berfungsi dengan baik pada tingkatan yang dapat diterima dan aman bagi para operator. Program pengelolaan peralatan radiologi meliputi: o Identifikasi dan inventarisasi peralatan. o Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, testing, kalibrasi, perawatan. o Monitoring dan bertindak terhadap laporan peralatan bila ada peringatan bahaya, penarikan kembali, laporan insiden, masalah dan kegagalan. o Mendokumentasi program pengelolaan • Frekuensi testing, perawatan, dan kalibrasi berhubungan dengan pemakaian peralatan dan riwayat pelayanannya didokumentasi /dicatat.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada program pemeliharaan peralatan radiologi dan dilaksanakan.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Kerangka acuan atau panduan program pemeliharaan peralatan radiologi		0 5 10
2. Program termasuk inventarisasi peralatan.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Panduan program, daftar inventaris		0 5 10
3. Program termasuk inspeksi dan testing peralatan.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Panduan program, jadwal inspeksi dan testing, bukti inspeksi dan testing		0 5 10
4. Program termasuk kalibrasi dan perawatan peralatan.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Panduan kalibrasi dan perawatan peralatan, bukti kalibrasi dan perawatan		0 5 10
5. Program termasuk monitoring dan tindak lanjut.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pemeliharaan	Panduan monitoring dan tindak lanjut, bukti monitoring, bukti tindak lanjut		0 5 10
6. Ada dokumentasi yang adekuat untuk semua testing, perawatan dan kalibrasi peralatan.			Dokumen hasil testing, perawatan, dan kalibrasi peralatan		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 8.3.6. Film X-ray dan perbekalan lain tersedia secara teratur.					
Maksud dan Tujuan: • Kebutuhan akan film, reagensia dan perbekalan lain ditetapkan secara teratur untuk menjamin pelayanan dapat diberikan sesuai kebutuhan dan tepat waktu. Proses untuk memesan atau menjamin tersedianya film, reagensia dan perbekalan penting lain perlu dilaksanakan secara efektif. • Semua perbekalan disimpan dan distribusi sesuai prosedur yang ditetapkan yang memasukkan juga rekomendasi perusahaan pembuat. Evaluasi periodik dari reagen sesuai rekomendasi pembuat menjamin akurasi dan presisi hasil pemeriksaan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. X-ray film, reagensia dan semua perbekalan penting ditetapkan.			SK tentang film, reagensia, dan perbekalan yang harus disediakan		0 5 10

2. X-ray film, reagensia dan perbekalan penting lain tersedia.	Petugas radiodiagnostik	Ketersediaan film, reagensia, dan perbekalan			0 5 10
3. Semua perbekalan di simpan dan didistribusi sesuai dengan pedoman.	Petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan SOP	SOP penyimpanan dan distribusi perbekalan		0 5 10
4. Semua perbekalan dievaluasi secara periodik untuk akurasi dan hasilnya.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Monitoring ketersediaan perbekalan	SOP monitoring ketersediaan perbekalan, hasil monitoring, dan tindak lanjut		0 5 10
5. Semua perbekalan diberi label secara lengkap dan akurat.			Pemberian label pada semua perbekalan		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
8.3.7. Pelayanan radiologi dikelola, dipimpin, dan dilaksanakan oleh petugas yang kompeten					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan radiodiagnostik yang berada di Puskesmas dipimpin oleh seorang yang kompeten sesuai dengan pelatihan yang terdokumentasi, keahlian, dan pengalaman, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku. Individu ini secara profesional bertanggung jawab atas fasilitas dan pelayanan radiologi. • Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis maka dia harus seorang dokter, sedapat mungkin seorang spesialis radiologi. Pelaksanaan pelayanan radiologi dilakukan oleh petugas radiografer yang kompeten • Tanggung jawab pimpinan radiologi termasuk: <ul style="list-style-type: none"> o Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur. o Pengawasan administrasi. o Mempertahankan (maintaining) setiap program kontrol mutu yang perlu. o Memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imaging di luar. o Memonitor dan me-review semua pelayanan radiologi yang tersedia. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pelayanan radiologi dibawah pimpinan seseorang yang kompeten.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab	Kesesuaian terhadap persyaratan	SK tentang persyaratan penanggung jawab pelayanan radiodiagnostik		0 5 10
2. Pelayanan radiologi dilaksanakan oleh petugas yang kompeten.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Kesesuaian terhadap persyaratan	SK tentang persyaratan pelaksana pelayanan		0 5 10
3. Penanggung jawab pelayanan radiologi mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur, ditetapkan dan dilaksanakan.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Pengembangan kebijakan prosedur, monitoring pelaksanaan pelayanan radiodiagnostik	Bukti pengembangan kebijakan dan prosedur, pelaksanaan monitoring, hasil monitoring dan tindak lanjut		0 5 10
4. Penanggung jawab pelayanan radiologi melakukan pengawasan administrasi ditetapkan dan dilaksanakan.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Monitoring administrasi radiodiagnostik	SOP monitoring administrasi radiodiagnostik		0 5 10
5. Penanggung jawab pelayanan radiologi mempertahankan program kontrol mutu ditetapkan dan dilaksanakan.	Penanggung jawab radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Panduan pengendalian mutu pelayanan radiodiagnostik, pelaksanaan pengendalian, pelaporan, tindak lanjut		0 5 10

6. Penanggung jawab pelayanan memantau dan me-review pelayanan radiologi yang disediakan.	Penanggung jawab, petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan pemantauan dan review serta tindak lanjut	Hasil pemantauan dan review pelayanan radiologi, tindak lanjut hasil pemantauan dan review		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 8.3.8. Ada prosedur kontrol mutu, dilaksanakan dan didokumentasikan.					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> • Sistem kontrol mutu yang baik adalah penting untuk dapat memberikan pelayanan radiodiagnostik yang unggul. • Prosedur kontrol mutu termasuk: <ul style="list-style-type: none"> o Validasi metode tes yang digunakan untuk akurasi dan presisi o Pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten o Langkah perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan (<i>deficiency</i>) teridentifikasi.. o Pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada program kontrol mutu untuk pelayanan radiodiagnostik, dan dilaksanakan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu (yang terintegrasi dengan program mutu dan keselamatan pasien Puskesmas dan bukti pelaksanaan		0 5 10
2. Program kontrol mutu termasuk validasi metode tes.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu		0 5 10
3. Program kontrol mutu termasuk pengawasan harian hasil pemeriksaan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu		0 5 10
4. Program kontrol mutu termasuk perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu		0 5 10
5. Program kontrol mutu termasuk pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.	Penanggung jawab dan petugas radiodiagnostik	Pelaksanaan program pengendalian mutu	Program pengendalian mutu		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Manajemen informasi – rekam medis					
Standar: 8.4. Kebutuhan data dan informasi asuhan bagi petugas kesehatan, pengelola sarana, dan pihak terkait di luar organisasi dapat dipenuhi melalui proses yang baku.					
Kriteria: 8.4.1. Ada pembakuan kode klasifikasi diagnosis, kode prosedur, simbol, dan istilah yang dipakai					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> • Standarisasi terminologi, definisi, kosakata dan penamaan memfasilitasi perbandingan data dan informasi di dalam maupun di luar Puskesmas (fasilitas kesehatan rujukan). Keseragaman penggunaan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan mendukung pengumpulan dan analisis data. • Singkatan dan simbol juga distandarisasi dan termasuk daftar “yang tidak boleh digunakan”. Standarisasi tersebut konsisten dengan standar lokal dan nasional yang berlaku. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi lain yang konsisten dan sistematis.			SK tentang standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang digunakan	Klasifikasi diagnosis	0 5 10

2. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang disusun oleh Puskesmas (minimal 10 besar penyakit).			Standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi di Puskesmas	Klasifikasi diagnosis	0 5 10
3. Dilakukan pembakuan singkatan-singkatan yang digunakan dalam pelayanan sesuai dengan standar nasional atau lokal.			Pembakuan singkatan yang digunakan	Standar pelayanan rekam medis	0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 8.4.2. Petugas memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggung jawab pekerjaan					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> Berkas rekam medis pasien adalah suatu sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga merupakan alat komunikasi yang penting. Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien keberlanjutan, maka perlu tersedia selama pelaksanaan asuhan pasien dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga selalu diperbaharui (<i>up to date</i>). Catatan medis keperawatan dan catatan pelayanan pasien lainnya tersedia untuk semua praktisi kesehatan pasien tersebut. Kebijakan Puskesmas mengidentifikasi praktisi kesehatan mana saja yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur akses petugas terhadap informasi medis.			SK dan SOP tentang akses terhadap rekam medis		0 5 10
2. Akses petugas terhadap informasi yang dibutuhkan dilaksanakan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab.	Petugas rekam medis	Pelaksanaan akses terhadap rekam medis			0 5 10
3. Akses petugas terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur.	Petugas rekam medis	Pelaksanaan akses terhadap rekam medis			0 5 10
4. Hak untuk mengakses informasi tersebut mempertimbangkan tingkat kerahasiaan dan keamanan informasi.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab	Pertimbangan pemberian hak akses			0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 8.4.3. Adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis					
Maksud dan Tujuan: <ul style="list-style-type: none"> Puskesmas menetapkan dan melaksanakan suatu kebijakan yang menjadi pedoman retensi berkas rekam medis pasien dan data serta informasi lainnya. Berkas rekam medis klinis pasien, serta data dan informasi lainnya disimpan (retensi) untuk suatu jangka waktu yang cukup dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku guna mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, riset dan pendidikan. Kebijakan tentang penyimpanan (retensi) konsisten dengan kerahasiaan dan keamanan informasi tersebut. Ketika periode retensi yang ditetapkan terpenuhi, maka berkas rekam medis klinis pasien dan catatan lain pasien, data serta informasi dapat dimusnahkan dengan semestinya. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Puskesmas mempunyai rekam medis bagi setiap pasien dengan metoda identifikasi yang baku.	Rekam medis	Pelaksanaan kebijakan	SK pelayanan rekam medis dan metode identifikasi		0 5 10

2. Sistem pengkodean, penyimpanan, dan dokumentasi memudahkan petugas untuk menemukan rekam pasien tepat waktu maupun untuk mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien.	Petugas rekam medis	Pelaksanaan Kebijakan	SK tentang sistem pengkodean, penyimpanan, dokumentasi rekam medis		0 5 10
3. Ada kebijakan dan prosedur penyimpanan berkas rekam medis dengan kejelasan masa retensi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.	Petugas rekam medis	Pelaksanaan penyimpanan rekam medis	SK dan SOP penyimpanan rekam medis		0 5 10

KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN

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

Kriteria:

8.4.4. Rekam berisi informasi yang memadai dan dijaga kerahasiaannya tentang identifikasi pasien, dokumentasi prosedur kajian, masalah, kemajuan pasien dan hasil asuhan

Maksud dan Tujuan:

- Kelengkapan isi rekam medis diperlukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan, memantau kemajuan respons pasien terhadap asuhan yang diberikan. Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur kelengkapan rekam medis.
- Privasi dan kerahasiaan data serta informasi wajib dijaga, terutama data dan informasi yang sensitif. Keseimbangan antara berbagi (sharing) data dan kerahasiaan data perlu diatur. Perlu ditetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang harus dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya: rekam medis pasien, data riset dan lainnya).

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Isi rekam medis mencakup diagnosis, pengobatan, hasil pengobatan, dan kontinuitas asuhan yang diberikan.	Rekam medis	Isi rekam medis	SK tentang isi rekam medis		0 5 10
2. Dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis.	Penanggung jawab dan petugas rekam medis	Penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis	SOP penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis, bukti pelaksanaan penilaian, hasil dan tindak lanjut penilaian		0 5 10
3. Tersedia prosedur menjaga kerahasiaan rekam medis.	Petugas rekam medis	Pelaksanaan SOP	SOP kerahasiaan rekam medis		0 5 10

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN

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

Manajemen Keamanan Lingkungan

Standar:

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

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Kondisi fisik lingkungan Puskesmas dipantau secara rutin.	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan kebijakan, SOP dan pemantauan lingkungan	SK dan SOP pemantauan lingkungan fisik Puskesmas, jadwal pelaksanaan, bukti pelaksanaan		0 5 10

2. Instalasi listrik, kualitas air, ventilasi, gas dan sistem lain yang digunakan dipantau secara periodik oleh petugas yang diberi tanggung jawab.	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan SOP	SOP pemeliharaan dan pemantauan instalasi listrik, air, ventilasi, gas dan sistem lain, bukti pemantauan dan tindak lanjut		0 5 10
3. Tersedia sarana untuk menangani masalah listrik/api apabila terjadi kebakaran.	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan pelatihan penggunaan APAR, simulasi jika terjadi kebakaran	SOP jika terjadi kebakaran, ketersediaan APAR, pelatihan penggunaan APAR, pelatihan jika terjadi kebakaran		0 5 10
4. Tersedia kebijakan dan prosedur inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan.			SK dan SOP pemantauan, pemeliharaan, perbaikan sarana dan peralatan		0 5 10
5. Inspeksi, pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan alat dilakukan sesuai dengan prosedur dan jadwal yang ditetapkan.	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan SOP			0 5 10
6. Dilakukan dokumentasi pelaksanaan, hasil dan tindak lanjut inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan yang telah dilakukan.			Dokumentasi pelaksanaan pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
8.5.2. Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya dilakukan berdasarkan perencanaan yang memadai					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Bahan dan limbah berbahaya perlu diidentifikasi dan dikendalikan secara aman, yang meliputi bahan kimia, bahan, gas dan uap berbahaya serta limbah medis dan infeksius lain sesuai ketentuan. Harus disusun rencana pengendalian bahan dan limbah berbahaya dan ditetapkan proses untuk: <ul style="list-style-type: none"> o inventarisasi bahan dan limbah berbahaya; o penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya; o pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (<i>exposure</i>) dan insiden lainnya; o pembuangan limbah berbahaya yang benar; o peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan (<i>spill</i>) atau paparan (<i>exposure</i>); o pendokumentasian, meliputi setiap izin dan perizinan/lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya; o pemasangan label yang benar pada bahan dan limbah berbahaya. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya.	Petugas farmasi, petugas radiodiagnostik, petugas pemeliharaan	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya		0 5 10
2. Ditetapkan kebijakan dan prosedur pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya.	Petugas pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya		0 5 10
3. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan bahan berbahaya.	Penanggung jawab farmasi, penanggung jawab radiodiagnostik, penanggung jawab pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan pemantauan	SOP pemantauan pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan bahan berbahaya, bukti pemantauan, dan tindak lanjut		0 5 10

4. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan limbah berbahaya.	Penanggung jawab farmasi, penanggung jawab radiodiagnostik, penanggung jawab pelayanan klinis, penanggung jawab pemeliharaan lingkungan	Pelaksanaan pemantauan	SOP pemantauan pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan limbah berbahaya, bukti pemantauan, dan tindak lanjut		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
8.5.3. Perencanaan dan pelaksanaan program yang efektif untuk menjamin keamanan lingkungan fisik dikelola oleh petugas yang kompeten					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengelola risiko di lingkungan dimana pasien dirawat dan staf bekerja memerlukan perencanaan. Rencana tahunan perlu disusun, yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> a) Keselamatan dan Keamanan. Keselamatan adalah suatu keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ground dan peralatan tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung. Keamanan adalah proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang. b) Bahan berbahaya, yang meliputi: penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman. c) Manajemen emergensi, yaitu tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif. d) Pengamanan kebakaran: Puskesmas wajib melindungi properti dan penghuninya dari kebakaran dan asap. e) Peralatan medis: untuk mengurangi risiko, peralatan dipilih, dipelihara dan digunakan sesuai dengan ketentuan. f) Sistem utilitas, meliputi listrik, air dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian. • Rencana tersebut didokumentasikan dan di up-date yang merefleksikan keadaan-keadaan terkini dalam lingkungan Puskesmas. Ada proses untuk <i>me-review</i> dan <i>meng-update</i> 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada rencana program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman.			Panduan program keamanan lingkungan fisik Puskesmas		0 5 10
2. Ditetapkan petugas yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan pelaksanaan program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman.			SK penanggung jawab pengelolaan keamanan lingkungan fisik Puskesmas		0 5 10
3. Program tersebut mencakup perencanaan, pelaksanaan, pendidikan dan pelatihan petugas, pemantauan, dan evaluasi.	Penanggung jawab program	Pelaksanaan program	Panduan program keamanan lingkungan fisik Puskesmas memuat: perencanaan, pelaksanaan, pendidikan dan pelatihan petugas, pemantauan, dan evaluasi		0 5 10
4. Dilakukan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program tersebut.	Penanggung jawab program	Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan program	Bukti pelaksanaan program, evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Manajemen Peralatan					
Standar:					
8.6. Peralatan dikelola dengan tepat.					
Kriteria:					
8.6.1. Peralatan ditempatkan di lingkungan pelayanan dengan tepat					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menjaga agar peralatan siap pakai dan dalam kondisi baik pada saat dibutuhkan maka Puskesmas perlu menetapkan ketentuan dan prosedur kebersihan dan sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan, dan menempatkan alat yang siap pakai pada tempat yang tepat sesuai persyaratan dan fungsi alat. 					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi, alat yang membutuhkan perawatan lebih lanjut (tidak siap pakai), serta alat-alat yang membutuhkan persyaratan khusus untuk peletakkannya.	Petugas pengelola instrumen	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi, alat yang membutuhkan perawatan lebih lanjut (tidak siap pakai), serta alat-alat yang membutuhkan persyaratan khusus untuk peletakkannya		0 5 10
2. Tersedia prosedur sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan.	Petugas pengelola instrumen	Pelaksanaan SOP	SOP sterilisasi		0 5 10
3. Dilakukan pemantauan terhadap pelaksanaan prosedur secara berkala.	Kepala Puskesmas, Petugas pemantau pengelola instrumen	Pelaksanaan pemantauan	SOP pemantauan berkala pelaksanaan prosedur pemeliharaan dan sterilisasi instrumen, SK petugas pemantau, bukti pelaksanaan pemantauan, hasil pemantauan, tindak lanjut pemantauan		0 5 10
4. Apabila memperoleh bantuan peralatan, persyaratan-persyaratan fisik, teknis, maupun petugas yang berkaitan dengan operasionalisasi alat tersebut dapat dipenuhi.	Kepala Puskesmas, bendahara barang, petugas pengelola instrumen	Pelaksanaan SOP	SK dan SOP tentang bantuan peralatan		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
8.6.2. Peralatan dipelihara dan dikalibrasi secara rutin					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/laik pakainya peralatan medis, Puskesmas: <ul style="list-style-type: none"> o melakukan inventarisasi peralatan medis; o melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur; o melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya; o melaksanakan pemeliharaan; o melakukan inventarisasi peralatan yang harus dikalibrasi; o memastikan bahwa alat yang perlu dikalibrasi, dilakukan kalibrasi sesuai peraturan perundangan yang berlaku. • Pemeliharaan alat dilakukan oleh petugas yang kompeten yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas. Peralatan diperiksa dan diuji coba sejak masih baru dan seterusnya, sesuai umur dan penggunaan peralatan tersebut atau sesuai instruksi pabrik. Pemeriksaan, hasil uji coba dan setiap kali pemeliharaan, dan kalibrasi didokumentasikan. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan inventarisasi peralatan yang ada di Puskesmas.	Petugas penanggung jawab peralatan di Puskesmas	Pelaksanaan inventarisasi peralatan	Daftar inventaris peralatan yang ada di Puskesmas		0 5 10
2. Ditetapkan Penanggung jawab pengelola alat ukur dan dilakukan kalibrasi atau yang sejenis secara teratur, dan ada buktinya.			SK penanggung jawab pengelolaan peralatan dan kalibrasi, daftar peralatan yang harus dikalibrasi, dan bukti pelaksanaan		0 5 10
3. Ada sistem untuk kontrol peralatan, testing, dan perawatan secara rutin.	Penanggung jawab pengelolaan peralatan	Pelaksanaan SOP	SOP kontrol peralatan, testing, dan perawatan secara rutin untuk peralatan klinis yang digunakan		0 5 10

4. Hasil pemantauan tersebut didokumentasikan.	Penanggung jawab pengelolaan peralatan	Pelaksanaan pemantauan	Dokumentasi hasil pemantauan		0 5 10
5. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penggantian dan perbaikan alat yang rusak agar tidak mengganggu pelayanan.	Penanggung jawab pengelolaan peralatan	Pelaksanaan penggantian dan perbaikan alat yang rusak	SOP penggantian dan perbaikan alat yang rusak		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Manajemen Sumber Daya Manusia					
Standar:					
8.7. Terdapat proses rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan tenaga klinis yang baku					
Kriteria :					
8.7.1. Penilaian dan evaluasi kompetensi tenaga klinis dilakukan melalui proses kredensial tenaga yang efektif					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menjamin pelayanan klinis dilakukan oleh tenaga yang kompeten, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur kredensial yang meliputi penilaian kompetensi petugas klinis, termasuk persyaratan sertifikasi, lisensi dari petugas klinis tersebut, dan upaya untuk peningkatan kompetensi, untuk memenuhi kecukupan kebutuhan tenaga klinis. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada penghitungan kebutuhan tenaga klinis di Puskesmas dengan persyaratan kompetensi dan kualifikasi.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Penghitungan pola ketenagaan	Pola ketenagaan dan persyaratan kompetensi tenaga yang memberi pelayanan klinis		0 5 10
2. Ada cara menilai kualifikasi tenaga untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kewenangan.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Penilaian kualifikasi tenaga	SOP penilaian kualifikasi tenaga dan penetapan kewenangan		0 5 10
3. Dilakukan proses kredensial yang mencakup sertifikasi dan lisensi.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Pelaksanaan kredensial	SOP kredensial, tim kredensial, bukti bukti sertifikasi dan lisensi		0 5 10
4. Ada upaya untuk meningkatkan kompetensi tenaga klinis agar sesuai persyaratan dan kualifikasi.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Peningkatan kompetensi petugas pemberi pelayanan klinis	SOP peningkatan kompetensi, pemetaan kompetensi, rencana peningkatan kompetensi, bukti pelaksanaan		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
8.7.2. Adanya proses yang menjamin kesesuaian antara pengetahuan dan keterampilan tenaga dengan kebutuhan pasien					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Agar pasien memperoleh asuhan klinis sesuai dengan kebutuhan dan dilaksanakan dengan optimal, perlu dilayani oleh tenaga klinis yang kompeten sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan. Puskesmas perlu melakukan penilaian kinerja tenaga klinis dan menyusun dan menerapkan rencana untuk peningkatan kompetensi tenaga klinis dalam memberikan asuhan pada pasien. Tenaga klinis mempunyai kewajiban untuk ikut berperan serta dalam meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dan mutu pelayanan klinis. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan evaluasi kinerja tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis secara berkala.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Pelaksanaan evaluasi kinerja	SOP penilaian kinerja petugas pemberi pelayanan klinis, proses evaluasi, hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
2. Dilakukan analisis dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis	Pelaksanaan analisis kinerja dan tindak lanjut	Bukti analisis, bukti tindak lanjut		0 5 10

3. Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis berperan aktif dalam meningkatkan mutu pelayanan klinis.	Petugas pemberi pelayanan klinis	Keterlibatan dalam peningkatan mutu pelayanan klinis	SK tentang keterlibatan petugas pemberi pelayanan klinis dalam peningkatan mutu klinis		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 8.7.3. Setiap tenaga mendapat kesempatan mengembangkan ilmu dan ketrampilan yang diperlukan untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien					
Maksud dan Tujuan: • Dalam upaya peningkatan kompetensi dari tenaga kesehatan yang memberikan asuhan klinis, perlu direncanakan, dan diberi kesempatan bagi tenaga klinis untuk meningkatkan kompetensi melalui pendidikan dan/atau pelatihan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Tersedia informasi mengenai peluang pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis.			Bukti penyediaan informasi tentang peluang pendidikan dan pelatihan		0 5 10
2. Ada dukungan dari manajemen Puskesmas bagi tenaga kesehatan untuk memanfaatkan peluang tersebut.	Petugas pemberi pelayanan klinis	Dukungan pendidikan dan pelatihan	Bentuk-bentuk dukungan manajemen untuk pendidikan dan pelatihan		0 5 10
3. Jika ada tenaga kesehatan yang mengikuti pendidikan atau pelatihan, dilakukan evaluasi penerapan hasil pelatihan di tempat kerja.	Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis		SOP evaluasi hasil mengikuti pendidikan dan pelatihan, bukti pelaksanaan evaluasi		0 5 10
4. Dilakukan pendokumentasian pelaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.			Dokumentasi pelaksanaan pendidikan dan pelatihan		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria : 8.7.4. Wewenang tenaga diuraikan dengan jelas dan dilaksanakan secara profesional dan legal dalam pelaksanaan asuhan					
Maksud dan Tujuan: • Untuk menjamin bahwa asuhan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tepat dan kompeten, maka harus ada kejelasan tugas dan wewenang untuk tiap tenaga kesehatan yang memberikan asuhan klinis di Puskesmas. Dalam kondisi tertentu, jika tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan tidak tersedia, maka dapat ditetapkan tenaga kesehatan dengan pemberian kewenangan untuk menjalankan asuhan klinis tertentu oleh pejabat yang berwenang.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis mempunyai uraian tugas dan wewenang yang didokumentasikan dengan jelas.			Uraian tugas petugas pemberi pelayanan klinis dan kewenangan klinis		0 5 10

2. Jika tidak tersedia tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk menjalankan kewenangan dalam pelayanan klinis, ditetapkan petugas kesehatan dengan persyaratan tertentu untuk diberi kewenangan khusus.			SK tentang pemberian kewenangan jika tidak tersedia tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan, bukti pemberian kewenangan khusus pada petugas		0 5 10
3. Apabila tenaga kesehatan tersebut diberi kewenangan khusus, dilakukan penilaian terhadap pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan kewenangan khusus yang diberikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis	Penilaian kompetensi petugas yang diberi kewenangan khusus	Penilaian oleh tim kredensial ttg kompetensi petugas yang diberi kewenangan khusus, bukti penilaian		0 5 10
4. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan uraian tugas dan wewenang bagi setiap tenaga kesehatan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis	Evaluasi dan tindak lanjut terhadap uraian tugas dan kewenangan	SOP evaluasi terhadap uraian tugas dan pemberian kewenangan pada petugas pemberi pelayanan klinis, bukti evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10

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

STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79 % terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Tanggung jawab tenaga klinis					
Standar:					
9.1. Perencanaan, monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan menjadi tanggung jawab tenaga yang bekerja di pelayanan					
Kriteria:					
9.1.1. Tenaga klinis berperan aktif dalam proses peningkatan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien					
Maksud dan Tujuan:					
<ul style="list-style-type: none"> • Upaya peningkatan mutu layanan klinis, dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis yang memberikan asuhan • Tenaga klinis adalah dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab melaksanakan asuhan pasien. • Tenaga klinis wajib berperan aktif mulai dari identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, melakukan analisis, menyusun rencana perbaikan, melaksanakan, dan menindaklanjuti. Identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, potensi terjadinya risiko dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator pelayanan klinis yang ditetapkan oleh Puskesmas dengan acuan yang jelas. 					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Adanya peran aktif tenaga klinis dalam merencanakan dan mengevaluasi mutu layanan klinis dan upaya peningkatan keselamatan pasien.	Pemberi pelayanan klinis	Keterlibatan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien.	SK tentang kewajiban tenaga klinis dalam peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien.	Pedoman Keselamatan Pasien (Rumah Sakit)	0 5 10
2. Ditetapkan indikator dan standar mutu klinis untuk monitoring dan penilaian mutu klinis.			Pemilihan dan penetapan prioritas indikator mutu klinis di Puskesmas menurut kriteria Puskesmas berdasarkan ketersediaan sumber daya yang tersedia dan standar pencapaian		0 5 10
3. Dilakukan pengumpulan data, analisis, dan pelaporan mutu klinis dilakukan secara berkala.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu klinis Puskesmas	Pengumpulan data, analisis, pelaporan pencapaian indikator mutu klinis	Hasil pengumpulan data, bukti analisis, dan pelaporan berkala indikator mutu klinis		0 5 10
4. Pimpinan Puskesmas bersama tenaga klinis melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan penilaian mutu klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu klinis Puskesmas	Evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring dan penilaian mutu klinis	Bukti monitoring, bukti evaluasi, bukti analisis, bukti tindak lanjut		0 5 10
5. Dilakukan identifikasi dan dokumentasi terhadap Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kondisi Potensial Cedera (KPC), maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC).	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Pelaksanaan identifikasi, dokumentasi dan pelaporan KTD, KPC, KNC	SK tentang keharusan melakukan identifikasi, dokumentasi dan pelaporan kasus KTD, KPC, KNC		0 5 10
6. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penanganan KTD, KPC, KNC, dan risiko dalam pelayanan klinis.			SK dan SOP penanganan KTD, KPC, KNC.		0 5 10

7. Jika terjadi KTD dan KNC dilakukan analisis dan tindak lanjut.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Analisis dan Tindak lanjut jika terjadi KTD, KPC, KNC	Bukti analisis, dan tindak lanjut KTD, KPC, KNC		0 5 10
8. Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Pelaksanaan manajemen risiko klinis di Puskesmas	SK tentang penerapan manajemen risiko klinis, Panduan Manajemen risiko klinis, bukti identifikasi risiko, analisis, dan tindak lanjut risiko pelayanan klinis (minimal dilakukan FMEA untuk satu kasus tiap tahun)		0 5 10
9. Dilakukan analisis risiko dan upaya-upaya untuk meminimalkan risiko pelayanan klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Analisis risiko dan upaya meminimalkan risiko	Bukti analisis dan upaya meminimalkan risiko		0 5 10
10. Berdasarkan hasil analisis risiko, adanya kejadian KTD, KPC, dan KNC, upaya peningkatan keselamatan pasien direncanakan, dilaksanakan, dievaluasi, dan ditindaklanjuti.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu Puskesmas	Pelaksanaan program keselamatan pasien	Kerangka acuan, Perencanaan Program keselamatan pasien, Bukti Pelaksanaan, Bukti evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
9.1.2. Tenaga klinis berperan penting dalam memperbaiki perilaku dalam pemberian pelayanan					
Maksud dan Tujuan:					
• Mutu layanan klinis tidak hanya ditentukan oleh sistem pelayanan yang ada, tetapi juga perilaku dalam pemberian pelayanan. Tenaga klinis perlu melakukan evaluasi terhadap perilaku dalam pemberian pelayanan dan melakukan upaya perbaikan baik pada sistem pelayanan maupun perilaku pelayanan yang mencerminkan budaya keselamatan, dan budaya perbaikan pelayanan klinis yang berkelanjutan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan evaluasi dan perbaikan perilaku dalam pelayanan klinis oleh tenaga klinis dalam pelayanan klinis yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan yang berkelanjutan.	Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab evaluasi perilaku pelayanan	Pelaksanaan evaluasi dan perbaikan perilaku pelayanan klinis	SK tentang evaluasi dan perbaikan perilaku pelayanan klinis. SK tentang Penanggung jawab pelaksanaan evaluasi perilaku petugas dalam pelayanan klinis, bukti pelaksanaan evaluasi, dan tindak lanjut	Pedoman pelaksanaan evaluasi mandiri dan rekan (<i>self evaluation</i> , <i>peer review</i>) mutu klinis	0 5 10
2. Budaya mutu dan keselamatan pasien diterapkan dalam pelayanan klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab manajemen mutu klinis Puskesmas pemberi pelayanan klinis	Budaya mutu dan keselamatan pasien	SK tentang budaya mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan klinis di Puskesmas, bukti sosialisasi, evaluasi terhadap budaya mutu dan keselamatan pasien, serta tindak lanjutnya		0 5 10

3. Ada keterlibatan tenaga klinis dalam kegiatan peningkatan mutu yang ditunjukkan dalam penyusunan indikator untuk menilai perilaku dalam pemberian pelayanan klinis dan ide-ide perbaikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis, dokter, perawat	Keterlibatan dalam penyusunan indikator mutu klinis dan indikator perilaku pemberi pelayanan klinis, serta peningkatan mutu dan keselamatan pasien	SK dan SOP tentang penyusunan indikator klinis dan indikator perilaku pemberi layanan klinis dan penilaiannya		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
9.1.3. Sumber daya untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disediakan, upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien tersebut dilaksanakan					
Maksud dan Tujuan:					
• Mutu layanan klinis dapat ditingkatkan jika ada komitmen dari pihak pengelola Puskesmas dan tenaga klinis yang memberikan layanan klinis kepada pasien. Pimpinan Puskesmas perlu memfasilitasi, mengalokasikan dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien sesuai dengan ketersediaan anggaran dan sumber daya yang ada di Puskesmas.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dialokasikan sumber daya yang cukup untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Alokasi dan ketersediaan sumber daya untuk peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan kejelasan alokasi dan kepastian ketersediaan sumber daya		0 5 10
2. Ada program/kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun dan direncanakan oleh tenaga klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Perencanaan program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Kerangka acuan, Perencanaan Program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, Bukti Pelaksanaan, Bukti evaluasi, dan tindak lanjut		0 5 10
3. Program/kegiatan tersebut dilaksanakan sesuai rencana, dievaluasi, dan ditindak lanjuti.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Pelaksanaan, evaluasi, tindak lanjut program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien, bukti pelaksanaan, bukti monitoing, bukti evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Pemahaman mutu layanan klinis.					
Standar:					
9.2. Mutu layanan klinis dan keselamatan dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh semua pihak yang berkepentingan.					
Kriteria:					
9.2.1. Fungsi dan proses layanan klinis yang utama diidentifikasi dan diprioritaskan dalam upaya perbaikan mutu layanan klinis dan menjamin keselamatan.					
Maksud dan Tujuan:					
• Dengan adanya keterbatasan sumber daya yang ada di Puskesmas, maka upaya perbaikan mutu layanan klinis perlu diprioritaskan. Oleh karena itu tenaga klinis bersama dengan pengelola Puskesmas menetapkan prioritas fungsi dan proses pelayanan yang perlu disempurnakan. Penetapan prioritas dilakukan dengan kriteria tertentu misalnya: high risk, high volume, high cost, dan kecenderungan terjadi masalah, atau didasarkan atas penyakit, kelompok sasaran, program prioritas atau pertimbangan lain.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Dilakukan identifikasi fungsi dan proses pelayanan yang prioritas untuk diperbaiki dengan kriteria yang ditetapkan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Identifikasi proses prioritas, kriteria, proses identifikasi, siapa saja yang terlibat	SOP untuk memilih fungsi dan proses pelayanan yang prioritas untuk diperbaiki, kriteria menetapkan proses prioritas, bukti identifikasi proses prioritas		0 5 10
2. Terdapat dokumentasi tentang komitmen dan pemahaman terhadap peningkatan mutu dan keselamatan secara berkesinambungan ditingkatkan dalam organisasi.	Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, petugas pemberi pelayanan	Penggalangan komitmen dan sosialisasi mutu klinis dan keselamatan pasien	Dokumentasi penggalangan komitmen, Dokumentasi pelaksanaan sosialisasi tentang mutu klinis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan secara periodik		0 5 10
3. Setiap tenaga klinis dan manajemen memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan dalam layanan klinis.	Petugas pemberi layanan klinis	Pemahaman tentang peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien			0 5 10
4. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menetapkan pelayanan prioritas yang akan diperbaiki.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, petugas pemberi layanan klinis	Keterlibatan dalam menetapkan prioritas	Bukti keterlibatan kepala Puskesmas dan tenaga klinis dalam menetapkan prioritas pelayanan yang akan diperbaiki		0 5 10
5. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menyusun rencana perbaikan pelayanan prioritas yang ditetapkan dengan sasaran yang jelas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, petugas pemberi layanan klinis	Keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan pelayanan klinis yang prioritas	Rencana perbaikan pelayanan klinis yang prioritas, bukti keterlibatan dalam menyusun rancangan		0 5 10
6. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis melaksanakan kegiatan perbaikan pelayanan klinis sesuai dengan rencana.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, dan petugas pemberi layanan klinis	Pelaksanaan perbaikan pelayanan klinis	Rencana perbaikan pelayanan klinis yang prioritas, bukti monitoring dalam pelaksanaan		0 5 10
7. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan perbaikan pelayanan klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelayanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu pelayanan klinis	Evaluasi dan tindak lanjut peningkatan mutu layanan klinis	Bukti evaluasi dan tindak lanjut perbaikan		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria: 9.2.2. Ada pembakuan standar layanan klinis yang disusun berdasarkan acuan yang jelas.					
Maksud dan Tujuan: • Agar pelayanan klinis dapat dikendalikan dengan baik, maka perlu dilakukan pembakuan standar dan prosedur layanan klinis. Standar dan prosedur tersebut perlu disusun berdasarkan acuan yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan, dan bila memungkinkan berdasarkan bukti ilmiah terkini dan yang terbaik (<i>the best available evidence</i>).					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Standar/prosedur layanan klinis disusun dan dibakukan didasarkan atas prioritas fungsi dan proses pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pelaksanaan penyusunan Standar/SOP pelayanan klinis berdasarkan prioritas fungsi dan proses pelayanan	SK tentang standar dan SOP layanan klinis, bukti monitoring pelaksanaan standar dan SOP, hasil monitoring dan tindak lanjut		0 5 10
2. Standar tersebut disusun berdasarkan acuan yang jelas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Adanya laporan pembahasan SOP layanan klinis di Puskesmas	SK tentang penyusunan standar dan SOP klinis mengacu pada acuan yang jelas	Acuan yang digunakan untuk menyusun standar dan SOP layanan klinis	0 5 10
3. Tersedia dokumen yang menjadi acuan dalam penyusunan standar.			SK tentang penetapan dokumen eksternal yang menjadi acuan dalam penyusunan standar pelayanan klinis	Acuan yang digunakan untuk menyusun standar dan SOP layanan klinis	0 5 10
4. Ditetapkan prosedur penyusunan standar/prosedur layanan klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pemahaman semua pihak yang terlibat dalam penyusunan SOP tentang prosedur penyusunan SOP layanan klinis	SOP tentang prosedur penyusunan layanan klinis		0 5 10
5. Penyusunan standar/prosedur layanan klinis sesuai dengan prosedur.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penyusunan standar dan SOP layanan klinis, mengacu pada prosedur penyusunan yang disepakati	Dokumen SOP layanan klinis di Puskesmas		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi

Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien

Standar:

9.3. Mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien diukur, dikumpulkan dan dievaluasi dengan tepat.

Kriteria:

9.3.1. Pengukuran menggunakan instrumen-instrumen yang efektif untuk mengukur mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien

Maksud dan Tujuan:

• Dalam upaya peningkatan mutu layanan klinis perlu ditetapkan ukuran-ukuran mutu layanan klinis yang menjadi sasaran peningkatan layanan klinis. Untuk meningkatkan keselamatan pasien perlu dilakukan pengukuran terhadap sasaran-sasaran keselamatan pasien. Indikator pengukuran keselamatan pasien meliputi: tidak terjadinya kesalahan identifikasi pasien, tidak terjadinya kesalahan pemberian obat, tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan medis dan keperawatan, pengurangan terjadinya risiko infeksi di Puskesmas, dan tidak terjadinya pasien jatuh.

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Disusun dan ditetapkan indikator mutu layanan klinis yang telah disepakati bersama	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses menyepakati penetapan indikator mutu layanan klinis	SK tentang indikator mutu layanan klinis		0 5 10
2. Ditetapkan sasaran-sasaran keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam maksud dan tujuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses menyepakati penetapan sasaran keselamatan pasien	SK tentang sasaran-sasaran keselamatan pasien		0 5 10

3. Dilakukan pengukuran mutu layanan klinis mencakup aspek penilaian pasien, pelayanan penunjang diagnosis, penggunaan obat antibiotika, dan pengendalian infeksi nosokomial.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pelaksanaan pengukuran mutu layanan klinis, monitoring, dan tindak lanjut	Bukti pengukuran mutu layanan klinis yang mencakup aspek penilaian pasien, pelayanan penunjang diagnosis, penggunaan obat antibiotika, dan pengendalian infeksi nosokomial, bukti monitoring dan tindak lanjut pengukuran mutu layanan klinis	Dokumen/Panduan sebagai acuan berupa: (1) Pedoman pemeriksaan fisik diagnostik, (2) Pedoman pemeriksaan penunjang medik, (3) Pedoman pengobatan dasar, (4) Pedoman Pengobatan rasional, (5) Pedoman PI/UP	0 5 10
4. Dilakukan pengukuran terhadap indikator-indikator keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam maksud dan tujuan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, pemberi layanan klinis	Pelaksanaan pengukuran sasaran keselamatan pasien, monitoring, dan tindak lanjut	Bukti pengukuran sasaran keselamatan pasien, bukti monitoring dan tindak lanjut pengukuran mutu layanan klinis		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria :					
9.3.2. Target mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien ditetapkan dengan tepat					
Maksud dan Tujuan:					
• Untuk mengetahui nilai keberhasilan pencapaian mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, maka perlu ditetapkan target (batasan) yang harus dicapai untuk tiap-tiap indikator yang dipilih dengan acuan yang jelas.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada penetapan target mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang akan dicapai.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penetapan target yang akan dicapai	Penetapan target yang akan dicapai dari tiap indikator mutu klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
2. Target tersebut ditetapkan dengan mempertimbangkan pencapaian mutu klinis sebelumnya, pencapaian optimal pada sarana kesehatan yang serupa, dan sumber daya yang dimiliki.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penetapan target yang akan dicapai: pertimbangan dalam menetapkan target	Adanya target pencapaian mutu klinis yang rasional di Puskesmas berdasarkan berbagai pertimbangan		0 5 10
3. Proses penetapan target tersebut melibatkan tenaga profesi kesehatan yang terkait.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis, pemberi layanan klinis	Proses penetapan target yang akan dicapai: keterlibatan tenaga klinis dalam menetapkan target	Bukti keterlibatan tenaga-tenaga pemberi layanan klinis dalam menetapkan tingkat pencapaian mutu klinis untuk pelayanan yang prioritas akan diperbaiki		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
9.3.3. Data mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien dikumpulkan dan dikelola secara efektif					
Maksud dan Tujuan:					
• Untuk memonitor mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, perlu dilakukan pengukuran-pengukuran dengan indikator yang telah ditetapkan secara periodik, dianalisis, untuk menentukan strategi dan rencana perbaikan mutu layanan klinis.					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikumpulkan secara periodik.	Pemberi layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, dan Kepala Puskesmas	Proses pengumpulan data	Bukti pengumpulan data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien secara periodik		0 5 10
2. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didokumentasikan.	Pemberi layanan klinis, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, dan Kepala Puskesmas	Proses dokumentasi data mutu layanan klinis	Bukti dokumentasi pengumpulan data layanan klinis		0 5 10
3. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dianalisis untuk menentukan rencana dan langkah-langkah perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan analisis, penetapan strategi, dan penyusunan rencana peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Bukti analisis, penyusunan strategi dan rencana peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
STANDAR, KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien					
Standar:					
9.4. Perbaiki mutu layanan klinis dan keselamatan pasien diupayakan, dievaluasi dan dikomunikasikan dengan baik.					
Kriteria:					
9.4.1. Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didukung oleh tim yang berfungsi dengan baik					
Maksud dan Tujuan:					
• Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien hanya dapat terlaksana jika ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab dalam upaya tersebut. Penanggung jawab pelaksanaan dapat dilakukan dengan membentuk tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien di Puskesmas, yang mempunyai program kerja yang jelas					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien	Tanggung jawab dan uraian tugas, pihak-pihak terlibat dalam peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	SK semua pihak yang terlibat dalam upaya peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien, dengan uraian tugas berdasarkan peran dan fungsi masing-masing dalam tim		0 5 10
2. Terdapat tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang berfungsi dengan baik.	Tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pembentukan tim, penyusunan program kerja, pelaksanaan program kerja	SK pembentukan tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. Uraian tugas, program kerja tim.		0 5 10
3. Ada kejelasan uraian tugas dan tanggung jawab tim.	Tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pemahaman terhadap uraian tugas tim	Uraian tugas dan tanggung jawab masing-masing anggota tim		0 5 10

4. Ada rencana dan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun.	Tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien yang mengacu pada rencana yang disusun oleh tim	Rencana dan program tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, bukti pelaksanaan program kerja, monitoring, dan evaluasi		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
9.4.2. Rencana peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan disusun dan dilaksanakan berdasarkan hasil evaluasi					
Maksud dan Tujuan:					
• Agar pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien dapat dilakukan secara efektif dan efisien, maka perlu perencanaan yang matang berdasarkan data monitoring mutu layanan klinis dan sasaran-sasaran keselamatan pasien yang telah disusun					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Data monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan dikumpulkan secara teratur.			Laporan hasil monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun secara periodik		0 5 10
2. Dilakukan analisis dan diambil kesimpulan untuk menetapkan masalah mutu layanan klinis dan masalah keselamatan pasien.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Analisis dan pembahasan berkala hasil monitoring dan evaluasi program peningkatan mutu pelayanan klinis, kesimpulan dan rekomendasi	Hasil analisis, kesimpulan, dan rekomendasi hasil monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
3. Dilakukan analisis penyebab masalah.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan analisis penyebab masalah dan hambatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien			0 5 10
4. Ditetapkan program-program perbaikan mutu yang dituangkan dalam rencana perbaikan mutu.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Penyusunan program perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Rencana program perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
5. Rencana perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disusun dengan mempertimbangkan peluang keberhasilan, dan ketersediaan sumber daya.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pertimbangan dalam menyusun rencana	Rencana program perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
6. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan perbaikan yang direncanakan.			Ketetapan tentang petugas yang bertanggung jawab untuk pelaksanaan kegiatan yang direncanakan		0 5 10

7. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk memantau pelaksanaan kegiatan perbaikan.			SK tentang petugas yang berkewajiban melakukan pemantauan pelaksanaan kegiatan		0 5 10
8. Ada tindak lanjut terhadap hasil pemantauan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab pelaksanaan kegiatan, Penanggung jawab pemantau kegiatan	Pelaksanaan program, monitoring program, analisis dan tindak lanjut monitoring	Bukti pelaksanaan, bukti monitoring, bukti analisis dan tindak lanjut terhadap monitoring pelaksanaan perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
9.4.3. Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dievaluasi dan didokumentasikan					
Maksud dan Tujuan:					
• Agar terjadi perbaikan yang berkesinambungan, maka perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. Jika dari hasil evaluasi ternyata menunjukkan perbaikan, maka perlu dibakukan sebagai standar dalam pemberian pelayanan.					
Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Petugas mencatat peningkatan setelah pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.			Bukti pencatatan pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
2. Dilakukan evaluasi terhadap hasil penilaian dengan menggunakan indikator-indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien untuk menilai adanya perbaikan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Pelaksanaan evaluasi dengan menggunakan indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Bukti evaluasi penilaian dengan menggunakan indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
3. Hasil perbaikan ditindak lanjuti untuk perubahan standar/prosedur pelayanan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Tindak lanjut perbaikan dan perubahan SOP	Bukti tindak lanjut, bukti perubahan prosedur jika diperlukan untuk perbaikan layanan klinis		0 5 10
4. Dilakukan pendokumentasian terhadap keseluruhan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.			Dokumentasi keseluruhan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
KRITERIA, MAKSUD DAN TUJUAN, ELEMEN PENILAIAN					≥ 80% terpenuhi 20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi
Kriteria:					
9.4.4. Hasil evaluasi upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikomunikasikan					
Maksud dan Tujuan:					
• Hasil evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien perlu dikomunikasikan untuk meningkatkan motivasi petugas dan meningkatkan keberlangsungan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien					

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur distribusi informasi dan komunikasi hasil-hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.			SK dan SOP penyampai informasi hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
2. Proses dan hasil kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disosialisasikan dan dikomunikasikan kepada semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan klinis.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab layanan klinis, Penanggung jawab mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Sosialisasi dan komunikasi hasil-hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien	Dokumen/laporan kegiatan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien, laporan pemantauan dan evaluasi kegiatan, dan hasil-hasil kegiatan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien		0 5 10
3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan sosialisasi dan komunikasi tersebut.	Penanggung jawab peningkatan mutu layanan klinis	Pelaksanaan evaluasi sosialisasi dan komunikasi	Hasil evaluasi dan tindak lanjut		0 5 10
4. Dilakukan pelaporan hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.			Dokumen pelaporan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota		0 5 10



**Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia**

**DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
DIREKTORAT BINA UPAYA KESEHATAN DASAR**