

BUKU PEDOMAN

TATA NASKAH UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK

2020



Dibuat Oleh :

UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK

BUKU PEDOMAN TATA NASKAH 2020

DAFTAR ISI

PEDOMAN TATA NASKAH AKREDITASI UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK PADA DINAS KESEHATAN PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA KABUPATEN BELITUNG TIMUR

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Maksud dan Tujuan
- C. Sasaran
- D. Dasar Hukum

BAB II DOKUMEN AKREDITASI UPTD PUSKESMAS

- A. Jenis Dokumen berdasarkan Sumber
- B. Jenis Dokumen Akreditasi
- C. Jenis Dokumen Yang Perlu Disiapkan
 - 1. Penyelenggaraan manajemen UPTD Puskesmas
 - 2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)
 - 3. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

BAB III PENYUSUNAN DOKUMEN AKREDITASI

- A. Tata Naskah
 - 1. Pengertian
 - 2. Asas Naskah Dinas
 - 3. Prinsip Naskah Dinas
 - 4. Penyelenggaraan Naskah Dinas
 - 5. Kecepatan Proses Surat
 - 6. Kepala Naskah
 - 7. Metode Penomoran
 - 8. Penulisan
- B. Kebijakan
 - Contoh Format Surat Keputusan
 - Contoh Format Lampiran Keputusan
- C. Pedoman (Manual) Mutu
- D. Rencana Lima Tahunan Puskesmas
 - 1. Sistematika Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas (Rencana Strategi Bisnis)
 - 2. Langkah-langkah Penyusunan Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas
 - 3. Matriks Rencana Kinerja Lima Tahunan
 - 4. Penutup
- E. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Tahunan
 - 1. Mekanisme Perencanaan Tingkat Puskesmas
 - 2. Tahap Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)
 - 3. Tahap penyusunan RUK
 - 4. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan

5. Sistematika Penulisan Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)

F. Pedoman / Panduan

1. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja
2. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja
3. Format Pedoman Penyusunan Akreditasi
4. Format Panduan Pelayanan
5. Format Pedoman Pengendalian dokumen

G. Penyusunan Kerangka Acuan Program / Kegiatan

H. Standar Operasional Prosedur (SOP)

I. Rekam Implementasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu komponen penting dalam ketata-laksanaan pemerintah adalah administrasi umum. Ruang lingkup administrasi umum meliputi tata naskah dinas, penamaan lembaga, singkatan dan akronim, kearsipan, dan tata ruang perkantoran.

Tata naskah dinas sebagai salah satu unsur administrasi umum mencakup pengaturan tentang jenis, penyusunan, penggunaan lambang, logo, cap dinas, serta penggunaan bahasa Indonesia yang baik dan benar dalam naskah dinas.

Keterpaduan tata naskah dinas UPT Puskesmas Simpang Pesak sangat diperlukan untuk menunjang kelancaran komunikasi tulis instansi dalam penyelenggaraan tugas umum pemerintahan dan pembangunan dalam bidang kesehatan secara efektif dan efisien. Untuk itu diperlukan Pedoman Tata Naskah Dinas sebagai pedoman atau acuan dalam melaksanakan tata laksana pemerintahan di lingkungan UPT Puskesmas Simpang Pesak.

Ketentuan tata naskah dinas yang berlaku untuk lingkungan UPT Puskesmas Simpang Pesak mengacu pada Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 1 Tahun 2012 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Belitung Timur dan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2017.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Maksud disusunnya Pedoman Tata Naskah Dinas UPT Puskesmas Simpang Pesak adalah untuk digunakan sebagai pedoman atau acuan bagi para pejabat dan pegawai di lingkungan UPT Puskesmas Simpang Pesak dalam pengelolaan tata naskah dinas.

2. Tujuan

Pedoman Tata Naskah Dinas UPT Puskesmas Simpang Pesak bertujuan untuk menciptakan kelancaran komunikasi tulis intern maupun ekstern yang efektif dan efisien dalam rangka mendukung tertib administrasi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi di lingkungan UPT Puskesmas Simpang Pesak.

C. Sasaran

1. Tercapainya kesamaan pengertian, bahasa, dari penafsiran dalam penyelenggaraan tata naskah dinas di lingkungan UPT Puskesmas Simpang Pesak;
2. Terwujudnya keterpaduan pengelolaan tata naskah dinas dengan unsur lainnya dalam lingkup administrasi umum;

3. Tercapainya kemudahan dalam pengendalian komunikasi tulis;
4. Tercapainya penyelenggaraan tata naskah dinas yang efektif dan efisien.

D. Asas

1. Asas Efektif dan Efisien

Penyelenggaraan tata naskah dinas perlu dilakukan secara efektif dan efisien dalam penulisan, penggunaan ruang atau lembar naskah dinas, penentuan spesifikasi informasi serta dalam bahasa Indonesia yang baik, benar, dan lugas.

2. Asas Pembakuan

Naskah dinas diproses dan disusun menurut tata cara dan bentuk yang telah dibakukan, termasuk jenis, penyusunan naskah dinas, dan tata cara penyelenggaraannya.

3. Asas Pertanggungjawaban

Penyelenggaraan tata naskah dinas dapat dipertanggung jawabkan dari segi isi, format, prosedur, kearsipan, kewenangan, dan keabsahan.

4. Asas Keterkaitan

Kegiatan penyelenggaraan tata naskah dinas terkait dengan unsur administrasi umum lainnya.

5. Asas Kecepatan dan Ketepatan

Untuk mendukung kelancaran tugas dan fungsi satuan kerja atau satuan organisasi, naskah dinas harus dapat diselesaikan tepat waktu dan tepat sasaran antara lain dilihat dari kejelasan redaksional, kemudahan prosedural, kecepatan penyampaian dan distribusi.

6. Asas Keamanan

Naskah dinas harus aman secara fisik dan substansi mulai dari penyusunan, klasifikasi, penyampaian kepada yang berhak, pemberkasan, kearsipan dan distribusi.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Pedoman Tata Naskah Dinas UPT Puskesmas Simpang Pesak meliputi pengaturan tentang jenis dan format naskah dinas, penyusunan naskah dinas, prinsip dan prosedur penyusunan naskah dinas termasuk penggunaan logo, cap dinas dan amplop serta kewenangan penandatanganan naskah dinas.

F. Pengertian

1. Administrasi Umum adalah rangkaian kegiatan administrasi yang meliputi tata naskah dinas (tata persuratan, distribusi, formulir, dan media), penamaan lembaga, singkatan, kearsipan, dan tata ruang perkantoran.
2. Format adalah bentuk dan ukuran naskah yang menggambarkan susunan redaksional, termasuk tata letak dan penggunaan logo, dan cap dinas.
3. Kode Klasifikasi Naskah adalah tanda pengenal isi naskah berdasarkan sistem Tata Kearsipan Dinamis UPT Puskesmas Simpang Pesak.
4. Komunikasi Intern adalah tata hubungan dalam penyampaian informasi kedinasan yang dilakukan antar unit kerja dalam organisasi, secara vertikal dan horisontal.
5. Komunikasi Ekstern adalah tata hubungan antar unit dalam penyampaian informasi kedinasan yang dilakukan oleh instansi dengan pihak lain di luar lingkungan instansi yang bersangkutan.
6. Kewenangan Penandatanganan Naskah Dinas adalah hak dan kekuasaan yang ada pada seorang pejabat untuk menandatangani naskah sesuai dengan tugas dan tanggung jawab kedinasan pada jabatannya.
7. Logo adalah gambar/huruf sebagai identitas instansi pemerintah pusat dan daerah.
8. Lampiran adalah bahan keterangan yang disertakan pada surat asli sebagai bukti, penguat tambahan terhadap apa yang dinyatakan di dalam surat.
9. Tata Naskah Dinas adalah pengelolaan informasi tertulis (naskah) yang mencakup pengaturan jenis, format, penyiapan, pengamanan, pengabsahan, distribusi dan penyimpanan serta media yang digunakan dalam komunikasi kedinasan.
10. Tembusan surat adalah hasil penggandaan dari suatu naskah dinas yang jumlahnya sesuai dengan jumlah pejabat atau satuan organisasi yang dipandang perlu untuk mengetahui isi surat dan disebut dalam naskah asli itu sebagai penerima tembusan.
11. Verbal konsep surat adalah rancangan surat yang ditulis dalam bentuk verbal oleh staf atau pejabat yang terkait dengan substansi isi surat yang kemudian diperiksa dan disetujui oleh pejabat yang akan menetapkan dan berwenang menandatangani surat tersebut.

BAB II

DOKUMENTASI AKREDITASI UPT PUSKESMAS

A. JENIS DOKUMEN BERDASARKAN SUMBER

1. Dokumen Internal

Sistem manajemen mutu, sistem penyelenggaraan pelayanan upaya kesehatan perorangan dan sistem penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat yang berupa dokumen seperti surat keputusan, pedoman/panduan, SOP (Standar Operasional Prosedur) serta Kerangka Acuan Program maupun Kerangka Acuan Kegiatan perlu dibakukan berdasarkan sebagai dokumen internal yang ditetapkan oleh Kepala UPT Puskesmas . Dokumen internal tersebut disusun dan ditetapkan dalam bentuk dokumen yang harus disediakan oleh UPT Puskesmas untuk memenuhi standar akreditasi.

2. Dokumen Eksternal

Dokumen eksternal yang berupa peraturan perundangan dan pedoman-pedoman yang diberlakukan oleh Kementerian Kesehatan, Pemerintah Kabupaten Asahan, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, Dinas Kesehatan Kabupaten Asahan dan organisasi profesi, yang merupakan acuan bagi UPT Puskesmas dalam menyelenggarakan administrasi manajemen dan upaya kesehatan perorangan serta khusus bagi Puskesmas untuk penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat.

Dokumen-dokumen eksternal sebaiknya ada di Puskesmas tersebut, sebagai dokumen yang dikendalikan, meskipun dokumen eksternal tersebut tidak merupakan persyaratan dalam penilaian akreditasi.

B. JENIS DOKUMEN AKREDITASI

1. Dokumen Induk

Dokumen asli dan telah disahkan oleh Kepala UPT Puskesmas .

2. Dokumen terkendali

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

3. Dokumen tidak terkendali

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

4. Dokumen Kadaluwarsa

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

C. JENIS DOKUMEN YANG PERLU DISEDIAKAN

Dokumen-dokumen yang perlu disediakan di UPT Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan manajemen UPT Puskesmas :
 - a. Kebijakan Kepala UPT Puskesmas ,
 - b. Pedoman (Manual) Mutu,
 - c. Pedoman/panduan teknis yang terkait dengan manajemen,
 - d. Standar Operasional Prosedur (SOP),
 - e. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) UPT Puskesmas ,
 - f. Kerangka Acuan Kegiatan.
2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM):
 - a. Kebijakan Kepala UPT Puskesmas ,
 - b. Pedoman untuk masing-masing UKM (esensial maupun pengembangan),
 - c. Standar Operasional Prosedur (SOP),
 - d. Rencana Tahunan untuk masing-masing UKM,
 - e. Kerangka Acuan Kegiatan pada tiap-tiap UKM.
3. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
 - a. Kebijakan tentang Pelayanan Klinis,
 - b. Pedoman Pelayanan Klinis,
 - c. Standar Operasional Prosedur (SOP) klinis,
 - d. Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Sebagai bukti pelaksanaan kegiatan dan pelayanan, UPT Puskesmas perlu menyiapkan rekam implementasi (bukti tertulis kegiatan yang dilaksanakan) dan dokumen-dokumen pendukung lain, seperti foto copy ijazah petugas, Surat Tanda Registrasi Petugas, Sertifikat Pelatihan dan sebagainya.

BAB III

PENYUSUNAN NASKAH DINAS

A. TATA NASKAH

Untuk ketentuan tata naskah UPT Puskesmas memberlakukan terhadap semua dokumen yang akan disusun dalam akreditasi dengan mengacu pada Peraturan Bupati Kabupaten Belitung Timur Nomer 19 Tahun 2019 tentang Tata Naskah Dinas; Pedoman penyusunan Dokumen akreditasi FKTP Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2015;

Adapun ketentuan yang dipergunakan oleh UPT Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Pengertian
 - a. Tata Naskah dinas adalah pengelolaan informasi tertulis yang meliputi pengaturan jenis, format, penyiapan, pengamanan, pengabsahan, distribusi dan penyimpanan naskah dinas serta media yang digunakan dalam komunikasi kedinasan.
 - b. Naskah Dinas adalah Informasi tertulis sebagai alat komunikasi kedinasan yang dibuat dan atau dikeluarkan oleh pejabat yang berwenang di UPT Puskesmas .
 - c. Format adalah naskah dinas yang menggambarkan tata letak dan redaksional, serta penggunaan lambang/logo dan cap dinas.
 - d. Stempel/cap dinas adalah tanda identitas dari suatu jabatan
 - e. Kop naskah dinas adalah kop surat yang menunjukkan nama .
 - f. Kewenangan adalah kekuasaan yang melekat pada suatu jabatan.
 - g. Delegasi adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dari pejabat ke pejabat atau pejabat dibawahnya.
 - h. Mandat adalah pelimpahan wewenang yang diberikan oleh atasan kepada bawahan untuk melakukan suatu tugas tertentu atas nama yang memberi mandat.
 - i. Penandatanganan naskah dinas adalah hak, kewajiban dan tanggungjawab yang ada pada seorang pejabat untuk menandatangani naskah dinas sesuai dengan tugas dan kewenangan pada jabatannya.
2. Asas Naskah Dinas, terdiri atas :
 - a. Asas efisien dan efektif,
 - b. Asas pembakuan,
 - c. Asas akuntabilitas,
 - d. Asas keterkaitan,
 - e. Asas kecepatan dan ketepatan,
 - f. Asas keamanan.
3. Prinsip Naskah Dinas, terdiri dari :
 - a. ketelitian,
 - b. kejelasan,
 - c. singkat dan padat,

- d. logis dan meyakinkan.
- 4. Penyelenggaraan naskah dinas :
 - a. Pengelolaan surat masuk dan keluar,
 - b. Tingkat keamanan,
 - c. Kecepatan proses,
 - d. Penggunaan kertas surat,
 - e. Pengetikan sarana administrasi dan komunikasi perkantoran,
 - f. Warna dan kualitas kertas.
- 5. Kecepatan proses surat :
 - a. Kilat (batas waktu 1 x 24 jam setelah surat diterima),
 - b. Segera (batas waktu 2 x 24 jam setelah surat diterima),
 - c. Penting (batas waktu 3 x 24 jam setelah surat diterima), dan
 - d. Biasa (batas waktu maksimum 5 hari kerja setelah surat diterima).

6. Format Pengetikan

Beberapa hal harus diperhatikan dalam pengetikan naskah:

a. Ukuran dan jenis kertas

Ukuran Kertas Untuk Surat Menyurat dan SOP, laporan dan paper. Untuk keseragaman tata naskah dinas, ukuran kertas yang digunakan untuk keperluan surat menyurat dan SOP adalah Folio (F4) (21cm x 33 cm)

b. Jenis Kertas

Kertas yang digunakan untuk naskah dinas, digunakan jenis kertas HVS putih (70-80 gram).

c. Bentuk Huruf (fonts)

Setiap tulisan naskah dinas yang pengetikannya menggunakan komputer, menggunakan bentuk huruf Arial ukuran 12 dengan spasi 1,5

d. Ruang Tepi (Margin)

Demi keserasian dan kerapian (estetika) dalam penyusunan naskah dinas, diatur supaya tidak seluruh permukaan kertas digunakan secara penuh. Oleh karena itu, perlu ditetapkan batas antara tepi kertas dan naskah, baik pada tepi atas, kanan, bawah, maupun pada tepi kiri sehingga terdapat ruang yang dibiarkan kosong. Penentuan ruang tepi dilakukan berdasarkan ukuran yang terdapat pada peralatan yang digunakan untuk membuat naskah dinas, yaitu:

- 1) Ruang tepi atas : apabila menggunakan kop naskah dinas, 1 spasi di bawah kop, dan apabila tanpa kop naskah dinas 2,5 cm dari tepi atas kertas;
- 2) Ruang tepi bawah : sekurang-kurangnya 2 cm dari tepi bawah kertas;
- 3) Ruang tepi kiri : sekurang-kurangnya 2,5 cm dari tepi kiri kertas;
- 4) Ruang tepi kanan : sekurang-kurangnya 2 cm dari tepi kanan kertas.

7. Warna Tinta

Tinta yang digunakan untuk naskah dinas berwarna hitam, sedangkan tinta yang digunakan untuk penandatanganan dan paraf naskah dinas berwarna biru tua.

8. Stempel

Ukuran stempel perangkat daerah, OPD, UPT sebagai berikut:

- a. Ukuran garis tengah lingkaran luar stempel perangkat daerah adalah 4 cm;
- b. Ukuran garis tengah lingkaran tengah stempel perangkat daerah adalah 3,8 cm;
- c. Ukuran garis tengah lingkaran dalam stempel perangkat daerah adalah 2,7 cm;
- d. Jarak antara 2 garis yang terdapat dalam lingkaran dalam maksimal 1 cm.

9. Penggunaan Logo

Logo digunakan dalam tata naskah dinas sebagai tanda pengenal atau indentifikasi yang bersifat tetap dan resmi. Untuk memperoleh keseragaman dalam penyelenggaraan Tata Naskah Dinas di lingkungan UPT Puskesmas Simpang Pesak, perlu ditentukan penggunaan logo pada kertas surat dan sampul sebagai berikut:

- a. Logo adalah tanda pengenal atau identitas berupa simbol atau huruf yang digunakan dalam tata naskah dinas instansi pemerintah sebagai identitas agar publik lebih mudah mengenalnya.
- b. Logo yang digunakan di UPT Puskesmas Simpang Pesak adalah lambang Kabupaten Belitong Timur dan logo Puskesmas sesuai PMK No. 75 tahun 2014.
- c. Penggunaan logo diletakkan di sebelah kiri kepala surat untuk logo Belitong Timur, dan di sebelah kanan kepala surat untuk logo Puskesmas.

10. Format Kop Naskah Dinas

Pada Kop Naskah dinas, logo Puskesmas, nama Puskesmas, alamat lengkap disertai kode pos, surat elektronik (e-mail), serta garis penutup tebal dan tipis sebagai berikut :

Kop Naskah Dinas terdiri dari tulisan : PEMERINTAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR dengan huruf Arial 12 Bold, dibawahnya bertuliskan nama OPD induk yaitu DINAS KESEHATAN, PENGANDALIAN PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA dengan huruf arial 13 Bold, dibawahnya bertuliskan UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK dengan huruf Arial 16 Bold, dan dibawahnya lagi bertuliskan Jalan Senduduk Kecamatan Simpang Pesak, Kode Pos 33560, serta E-Mail : *puskesmassppesak@belitungtimurkab.go.id* dengan huruf Arial 11, dan ditutup dengan satu garis mendatar tebal dan tipis.

11. Nomor Halaman

Nomor halaman ditulis dengan menggunakan nomor urut angka latin secara simetris di tengah bawah, kecuali halaman pertama naskah dinas yang menggunakan kop naskah dinas tidak perlu memberi nomor halaman.

12. Sampul Surat

Ukuran sampul naskah dinas perangkat daerah adalah Sampul folio/map berwarna coklat ukuran panjang 35 cm dan lebar 25 cm.

13. Nomor Surat

Nomor halaman ditulis dengan menggunakan nomor urut angka latin secara simetris di tengah bawah, kecuali halaman pertama naskah dinas yang menggunakan kop naskah dinas tidak perlu memberi nomor halaman.

a. Metode penomoran dokumen akreditasi Puskesmas dibuat terpisah dari surat menyurat umum dengan tata aturan

b. ditetapkan sebagai berikut :

1) Dokumen Kebijakan / Keputusan

Sebagai contoh : 440/00/PKM-SP/AKR/KEP/II/YYYY

Keterangan :

440 : Menyatakan klasifikasi Surat Puskesmas

00 : Menyatakan nomor urut penyusunan surat

PKM-SP : Menyatakan Puskesmas Simpang Pesak (sesuaikan dengan inisial Puskesmas)

AKR : Menyatakan Akreditasi

KEP : Menyatakan sebagai dokumen Surat Keputusan

I - IX : Menyatakan sebagai BAB

YYYY : Menyatakan tahun pembuatan SK

2) Dokumen Standar Operasional Prosedur (SOP)

Sebagai contoh : 440/00/AL/AKR/SOP/II/YYYY

Keterangan :

440 : Menyatakan klasifikasi surat Puskesmas

00 : Menyatakan nomor urut Penyusunan Surat

PKM-SP : Menyatakan Puskesmas Simpang Pesak (sesuaikan dengan inisial Puskesmas)

AKR : Menyatakan Akreditasi

SOP : Menyatakan SOP

I - IX : Menyatakan BAB

YYYY : Menyatakan Tahun

BAB III

JENIS DAN FORMAT NASKAH DINAS

A. Kebijakan

Kebijakan adalah Peraturan/ Surat Keputusan yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas yang merupakan garis besar yang bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh penanggung jawab Upaya Kesehatan maupun pelaksana kegiatan. Berdasarkan kebijakan tersebut, disusun pedoman/panduan dan standar operasional prosedur (SOP) yang memberikan kejelasan langkah-langkah dalam pelaksanaan kegiatan di Puskesmas. Penyusunan Peraturan/ Surat Keputusan di UPT Puskesmas Simpang Pesak didasarkan pada Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 1 Tahun 2012 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Belitung Timur dan Pedoman Penyusunan Dokumen akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar Tahun 2017.

Peraturan/ Surat Keputusan Kepala Puskesmas dituangkan dalam pasal-pasal dalam keputusan tersebut, atau merupakan lampiran dari peraturan/ keputusan.

Format Peraturan/ Surat Keputusan disusun sebagai berikut:

1. Pembukaan ditulis dengan huruf kapital:
 - a. Kebijakan : Peraturan/Keputusan Kepala UPT Puskesmas Simpang Pesak
 - b. Nomor : ditulis sesuai sistem penomoran di Puskesmas, terdiri dari : **Nomor kode surat/Nomor urut dalam satu tahun berjalan/nama instansi/Bulan terbitnya surat dengan angka Romawi/Tahun terbitnya surat. Contoh : No. 405/090/PKM-PR/II/2018**
 - Judul : ditulis judul Peraturan/Keputusan tentang
 - d. Jabatan pembuat keputusan ditulis simetris, diletakkan di tengah margin diakhiri dengan tanda koma (,)
2. Konsideran, meliputi :
 - a. Menimbang:
 - 1) Memuat uraian singkat tentang pokok-pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan keputusan,
 - 2) Huruf awal kata “menimbang” ditulis dengan huruf kapital diakhiri dengan tanda baca titik dua (:), dan diletakkan di bagian kiri,
 - 3) Konsideran menimbang diawali dengan penomoran menggunakan huruf kecil dan dimulai dengan kata “bahwa” dengan “b” huruf kecil, dan diakhiri dengan tanda baca titik koma (;).
 - b. Mengingat:
 - 1) Memuat dasar kewenangan dan peraturan perundangan yang memerintahkan pembuat Peraturan/ Surat Keputusan tersebut,
 - 2) Peraturan perundangan yang menjadi dasar hukum adalah peraturan yang tingkatannya sederajat atau lebih tinggi,

- 3) Kata “mengingat” diletakkan di bagian kiri sejajar kata menimbang,
- 4) Konsideran yang berupa peraturan perundangan diurutkan sesuai dengan hirarki tata perundangan dengan tahun yang lebih awal disebut lebih dulu, diawali dengan nomor 1, 2, dst, dan diakhiri dengan tanda baca titik koma (;)

3. Diktum:

- a. Diktum “MEMUTUSKAN” ditulis simetris di tengah, seluruhnya dengan huruf kapital;
- b. Diktum Menetapkan dicantumkan setelah kata memutuskan sejajar dengan kata menimbang dan mengingat, huruf awal kata menetapkan ditulis dengan huruf kapital, dan diakhiri dengan tanda baca titik dua (:);
- c. Nama keputusan sesuai dengan judul keputusan (kepala), seluruhnya ditulis dengan huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca titik (.).

4. Batang Tubuh.

- a. Batang tubuh memuat semua substansi Peraturan/Surat Keputusan yang dirumuskan dalam diktum-diktum, misalnya:
Kesatu :
Kedua :
Dst
- b. Dicantumkan saat berlakunya Peraturan/Surat Keputusan, perubahan, pembatalan, pencabutan ketentuan, dan peraturan lainnya.
- c. Materi kebijakan dapat dibuat sebagai lampiran Peraturan/ Surat Keputusan, dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh pejabat yang menetapkan Peraturan/ Surat Keputusan.

5. Kaki:

Kaki Peraturan/Surat Keputusan merupakan bagian akhir substansi yang memuat penanda tangan penerapan Peraturan/Surat Keputusan, pengundangan peraturan/keputusan yang terdiri dari:

- a. tempat dan tanggal penetapan,
- b. nama jabatan diakhiri dengan tanda koma (,),
- c. tanda tangan pejabat, dan
- d. nama lengkap pejabat yang menanda tangani, tanpa gelar.

6. Penandatanganan

Peraturan/Surat Keputusan Kepala Puskesmas ditandatangani oleh Kepala Puskesmas, dituliskan nama tanpa gelar, dan tanpa NIP.

7. Lampiran Peraturan/Surat Keputusan:

- a. Halaman pertama harus dicantumkan nomor dan Judul Peraturan/ Surat Keputusan, diletakkan sebelah kanan atas.
- b. Halaman terakhir harus ditandatangani oleh Kepala Puskesmas.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen Peraturan/ Surat Keputusan yaitu:

1. Kebijakan yang telah ditetapkan Kepala Puskesmas tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala Puskesmas hingga adanya kebutuhan revisi atau pembatalan.
2. Untuk Kebijakan berupa Peraturan, pada Batang Tubuh tidak ditulis sebagai diktum tetapi dalam bentuk Bab-bab dan Pasal-pasal.

B. Manual Mutu

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

Kata Pengantar

BAB I Pendahuluan

A. Latar belakang

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

B. Ruang Lingkup

C. Tujuan

D. Landasan hukum dan acuan

E. Istilah dan definisi

BAB II Sistem Manajemen Mutu dan Sistem Penyelenggaraan Pelayanan:

A. Persyaratan umum

B. Pengendalian dokumen

C. Pengendalian rekaman

BAB III Tanggung Jawab Manajemen:

A. Komitmen manajemen

B. Fokus pada sasaran/pasien

C. Kebijakan mutu

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

E. Tanggung jawab, wewenang dan komunikasi

F. Wakil Manajemen Mutu/Penanggung Jawab Manajemen Mutu

G. Komunikasi internal

BAB IV Tinjauan Manajemen:

A. Umum

B. Masukan Tinjauan Manajemen

C. Luaran Tinjauan

BAB V Manajemen Sumber Daya:

- A. Penyediaan sumber daya
- B. Manajemen sumber daya manusia
- C. Infrastruktur
- D. Lingkungan kerja

BAB VI Penyelenggaraan Pelayanan:

A. Upaya Kesehatan Masyarakat Puskesmas:

1. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat, akses dan pengukuran kinerja
2. Proses yang berhubungan dengan sasaran:
 - a. Penetapan persyaratan sasaran
 - b. Tinjauan terhadap persyaratan sasaran
 - c. Komunikasi dengan sasaran
3. Pembelian (jika ada)
4. Penyelenggaraan UKM:
 - a. Pengendalian proses penyelenggaraan upaya
 - b. Validasi proses penyelenggaraan upaya
 - c. Identifikasi dan mampu telusur
 - d. Hak dan kewajiban sasaran
 - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (jika ada)
 - f. Manajemen risiko dan keselamatan
5. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan sasaran kinerja UKM:
 - a. Umum
 - b. Pemantauan dan pengukuran:
 - 1) Kepuasan pelanggan
 - 2) Audit internal
 - 3) Pemantauan dan pengukuran proses
 - 4) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
 - c. Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
 - d. Analisis data
 - e. Peningkatan berkelanjutan
 - f. Tindakan korektif
 - g. Tindakan preventif

B. Pelayanan klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan):

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

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

BAB VII Penutup

Lampiran (jika ada)

C. Rencana Lima Tahunan Puskesmas

Sejalan dengan rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas perlu menyusun rencana kinerja lima tahunan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan target kinerja yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten. Rencana lima tahunan tersebut harus sesuai dengan visi, misi, tugas pokok dan fungsi Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Dalam menyusun rencana lima tahunan, Kepala Puskesmas bersama seluruh jajaran karyawan yang bertugas di Puskesmas melakukan analisis situasi yang meliputi analisis pencapaian kinerja, mencari faktor-faktor yang menjadi pendorong maupun penghambat

kinerja, sehingga dapat menyusun program kerjalima tahunan yang dijabarkan dalam kegiatan dan rencana anggaran.

1. Sistematika Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas

Sistematika Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas dapat disusun dengan sistematika sebagai berikut:

Kata Pengantar

BAB I. PENDAHULUAN

A. Keadaan Umum Puskesmas

B. Tujuan penyusunan rencana lima tahunan

BAB II. KENDALA DAN MASALAH

A. Identifikasi keadaan dan masalah

1. Tim mempelajari kebijakan, RPJMN, rencana strategis Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten, target kinerja lima tahunan yang harus dicapai oleh Puskesmas.

2. Tim mengumpulkan data:

- 1) Data umum
- 2) Data wilayah
- 3) Data penduduk sasaran
- 4) Data cakupan
- 5) Data sumber daya
- 6) Tim melakukan analisis data
- 7) Alternatif pemecahan masalah

B. Penyusunan rencana

1. Penetapan tujuan dan sasaran

2. Penyusunan rencana

- a. Penetapan strategi pelaksanaan
- b. Penetapan kegiatan
- c. Pengorganisasian
- d. Perhitungan sumber daya yang diperlukan

C. Penyusunan Rencana Pelaksanaan (*Plan of Action*)

1. Penjadwalan

2. Pengalokasian sumber daya

3. Pelaksanaan kegiatan

4. Penggerak pelaksanaan

D. Penyusunan Pelengkap Dokumen

BAB III. INDIKATOR DAN STANDAR KINERJA UNTUK TIAP JENIS PELAYANAN DAN UPAYA PUSKESMAS

BAB IV. ANALISIS KINERJA

- A. Pencapaian Kinerja untuk tiap jenis pelayanan dan upaya Puskesmas
- B. Analisis Kinerja: menganalisis faktor pendukung dan penghambat pencapaian kinerja

BAB V. RENCANA PENCAPAIAN KINERJA LIMA TAHUN

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

BAB VI. PEMANTAUAN DAN PENILAIAN

BAB VII. PENUTUP

Lampiran: matriks rencana kinerja lima tahunan Puskesmas

- 2. Langkah-langkah Penyusunan Rencana Kinerja Lima Tahunan Puskesmas:

Adapun tahapan penyusunan rencana lima tahunan Puskesmas adalah sebagai berikut:

 - a. Membentuk tim penyusunan rencana kinerja lima tahun yang terdiri dari Kepala Puskesmas bersama dengan penanggung jawab upaya Puskesmas dan Pelayanan Klinis.
 - b. Tim mempelajari RPJMN, rencana strategis Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten, target kinerja lima tahunan yang harus dicapai oleh Puskesmas.
 - c. Tim mengumpulkan data pencapaian kinerja.
 - d. Tim melakukan analisis kinerja.
 - e. Tim menyusun pentahapan pencapaian indikator kinerja untuk tiap upaya Puskesmas dengan penjabaran pencapaian untuk tiap tahun.
 - f. Tim menyusun program kerja dan kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai target pada tiap-tiap indikator kinerja.
 - g. Tim menyusun dokumen rencana kinerja lima tahunan untuk disahkan oleh Kepala Puskesmas.
 - h. Sosialisasi rencana pada seluruh jajaran Puskesmas.

Matriks Rencana Kinerja Lima Tahunan (lihat form excel).

Panduan dalam mengisi matriks rencana kinerja limatahunan:

- a. Nomor: diisi dengan nomor urut.
 - b. Pelayanan/Upaya Puskesmas: diisi dengan Pelayanan
 - b. Klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan), dan Upaya Kesehatan Masyarakat yang dilaksanakan di Puskesmas tersebut, misalnya Upaya KIA, Upaya KB, Upaya PKM, dan seterusnya.
 - c. Indikator: diisi dengan indikator-indikator yang menjadi tolok ukur kinerja Upaya/Pelayanan.
 - d. Standar: diisi dengan standar kinerja untuk tiap indikator.
 - e. Pencapaian: diisi dengan pencapaian kinerja tahun terakhir.
 - f. Target pencapaian: diisi dengan target-target yang akan dicapai pada tiap tahap tahunan.
 - g. Program Kerja: diisi dengan Program Kerja yang akan dilakukan untuk mencapai target pada tiap tahun berdasarkan hasil analisis kinerja, misalnya program kerja pengembangan SDM, program kerja peningkatan mutu, program kerja pengembangan SDM, program kerja pengembangan sarana, dsb.
 - h. Kegiatan: merupakan rincian kegiatan untuk tiap program yang direncanakan, misalnya untuk program pengembangan SDM, kegiatan Pelatihan Perawat, Pelatihan Tenaga PKM, dan sebagainya.
 - i. Volume: diisi dengan volume kegiatan yang direncanakan untuk tiap tahapan tahunan.
 - j. Harga Satuan: harga satuan untuk tiap kegiatan.
 - k. Perkiraan Biaya: diisi dengan perkalian antara volume dengan harga satuan.
3. Penutup

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

Lampiran

D. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Tahunan

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

Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) diartikan sebagai proses penyusunan rencana kegiatan Puskesmas pada tahun yang akan datang, dilakukan secara sistematis untuk mengatasi masalah atau sebagian masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

Perencanaan Puskesmas mencakup semua kegiatan upaya Puskesmas yang dilakukan di Puskesmas baik dalam menjalankan fungsi penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) maupun Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, UKM baik esensial, maupun pengembangan sebagai rencana Tahunan Puskesmas yang dibiayai oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun daerah serta sumber dana lain.

1. Mekanisme Perencanaan Tingkat Puskesmas.

Langkah pertama dalam mekanisme Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) adalah dengan menyusun Rencana Usulan Kegiatan yang meliputi usulan mencakup seluruh kegiatan Puskesmas. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik secara global, nasional maupun daerah sesuai dengan hasil kajian data dan informasi yang tersedia di Puskesmas.

Puskesmas perlu mempertimbangkan masukan dari masyarakat melalui kajian maupun asupan dari lintas sektoral Puskesmas.

Rencana Usulan Kegiatan harus dilengkapi usulan pembiayaan untuk kebutuhan rutin, sarana, prasarana dan operasional Puskesmas. RUK yang disusun merupakan RUK tahun mendatang (H+1). Penyusunan RUK tersebut dilakukan pada bulan Januari tahun berjalan (H) berdasarkan hasil kajian pencapaian kegiatan tahun sebelumnya (H-1) dan diharapkan proses penyusunan RUK telah selesai dilaksanakan di Puskesmas pada akhir bulan Januari tahun berjalan (H). RUK kemudian dibahas di Dinas Kesehatan Kabupaten selanjutnya terangkum dalam usulan Dinas Kesehatan Kabupaten akan diajukan ke DPRD untuk memperoleh persetujuan pembiayaan dan dukungan politis.

Setelah mendapatkan persetujuan, selanjutnya diserahkan ke Puskesmas melalui Dinas Kesehatan Kabupaten. Berdasarkan alokasi biaya yang telah disetujui tersebut, secara rinci RUK dijabarkan ke dalam rencana pelaksanaan kegiatan (RPK). Penyusunan RPK dilaksanakan pada bulan Januari tahun berjalan dalam forum Lokakarya Mini yang pertama.

2. Tahap penyusunan RUK.

a. Tahap persiapan.

Tahap ini mempersiapkan staf Puskesmas yang terlibat dalam proses penyusunan RUK agar memperoleh kesamaan pandangan dan pengetahuan untuk melaksanakan tahap-tahap perencanaan. Kepala Puskesmas membentuk Tim Penyusun PTP yang anggotanya terdiri dari staf Puskesmas.

b. Tahap analisis situasi.

Tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan permasalahan yang dihadapi Puskesmas melalui proses analisis terhadap data

yang dikumpulkan tim yang telah ditunjuk oleh Kepala Puskesmas. Data-data tersebut mencakup data umum, dan data khusus (hasil penilaian kinerja Puskesmas).

3. Tahap penyusunan RUK.

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

Penyusunan RUK terdiri dua tahap, yaitu:

a. Analisis Masalah dan Kebutuhan Masyarakat.

Analisis masalah dan kebutuhan masyarakat dilakukan melalui kesepakatan Tim Penyusun PTP dan lintas sektoral Puskesmas melalui:

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

b. Penyusunan RUK.

Penyusunan RUK meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, UKM esensial dan pengembangan yang meliputi :

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

4. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan.

Rencana Pelaksanaan Kegiatan baik Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, UKM esensial dan pengembangan secara bersama-sama, terpadu dan terintegrasi, dengan langkah-langkah:

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

E. Pedoman/Panduan

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

melaksanakan kegiatan. Panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan, sehingga dapat diartikan pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya mengatur 1 (satu) kegiatan.

Pedoman/panduan dapat diterapkan dengan baik dan benar melalui penerapan SOP. Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman/panduan maka Puskesmas Simpang Pesak menyusun/membuat sistematika buku pedoman/panduan sesuai kebutuhan.

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

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

a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja

Kata pengantar

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum Puskesmas

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan Puskesmas

BAB IV Struktur Organisasi Puskesmas

BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan/ Rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian
2. Laporan Bulanan
3. Laporan Tahunan

b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

Kata pengantar

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Tujuan Pedoman

- C. Sasaran Pedoman
- D. Ruang Lingkup Pedoman
- E. Batasan Operasional

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
- B. Distribusi Ketenagaan
- C. Jadwal Kegiatan

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruang
- B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

- A. Lingkup Kegiatan
- B. Metode
- C. Langkah Kegiatan

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN SASARAN KEGIATAN/PROGRAM

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

c. Format Panduan Pelayanan

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

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

F. Penyusunan Kerangka Acuan Program/Kegiatan

Kerangka acuan disusun untuk program atau kegiatan yang akan dilakukan oleh Puskesmas. Program/ kegiatan yang dibuat kerangka acuan adalah sesuai dengan Standar Akreditasi, antara lain: Program Pengembangan SDM, Program Peningkatan Mutu Puskesmas Dan Keselamatan Pasien, Program Pencegahan Bencana, Program Pencegahan Kebakaran, kegiatan pelatihan triase gawat darurat dan sebagainya.

Dalam menyusun kerangka acuan harus jelas tujuan dan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan dalam mencapai tujuan. Tujuan dibedakan atas tujuan umum yang merupakan tujuan secara garis besar dari keseluruhan program/ kegiatan, dan tujuan khusus yang merupakan tujuan dari tiap-tiap kegiatan yang akan dilakukan. Dalam

kerangka acuan harus dijelaskan bagaimana cara melaksanakan kegiatan agar tujuan tercapai, dengan penjadwalan yang jelas, dan evaluasi serta pelaporan.

Kerangka acuan dapat menggunakan format yang diterapkan di Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur atau contoh Sistematika Kerangka Acuan sebagai berikut:

A. Pendahuluan

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

B. Latar belakang

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

C. Tujuan umum dan tujuan khusus

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

D. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan

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

E. Cara melaksanakan kegiatan

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

F. Sasaran

Sasaran program adalah target pertahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan upaya/kegiatan. Sasaran Program/ kegiatan menunjukkan hasil antara yang diperlukan untuk merealisasi tujuan tertentu. Penyusunan sasaran program perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

Sasaran yang baik harus memenuhi "SMART" yaitu:

1. **Specific:** sasaran harus menggambarkan hasil spesifik yang diinginkan, bukan cara pencapaiannya. Sasaran harus memberikan arah dan tolok ukur yang jelas sehingga dapat dijadikan landasan untuk penyusunan strategi dan kegiatan yang spesifik.
2. **Measurable:** sasaran harus terukur dan dapat dipergunakan untuk memastikan apa dan kapan pencapaiannya. Akuntabilitas harus ditanamkan kedalam proses perencanaan. Oleh karenanya metodologi untuk mengukur pencapaian sasaran (keberhasilan upaya/kegiatan) harus ditetapkan sebelum kegiatan yang terkait dengan sasaran tersebut dilaksanakan.
3. **Agressive but Attainable:** apabila sasaran harus dijadikan standar keberhasilan, maka sasaran harus menantang, namun tidak boleh mengandung target yang tidak layak.

4. **Result oriented:** sedapat mungkin sasaran harus menspesifikkan hasil yang ingin dicapai. Misalnya: mengurangi komplain masyarakat terhadap pelayanan rawat inap sebesar 50%.
5. **Time bound:** sasaran sebaiknya dapat dicapai dalam waktu yang relatif pendek, mulai dari beberapa minggu sampai beberapa bulan (sebaiknya kurang dari 1 tahun). Kalau ada Program/kegiatan 5 (lima) tahun dibuat sasaran antara. Sasaran akan lebih mudah dikelola dan dapat lebih serasi dengan proses anggaran apabila dibuat sesuai dengan batas-batas tahun anggaran di Puskesmas.

G. Jadwal pelaksanaan kegiatan

Jadwal adalah merupakan perencanaan waktu untuk tiap-tiap rincian kegiatan yang akan dilaksanakan, yang digambarkan dalam bentuk bagan.

H. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan

Yang dimaksud dengan evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan kegiatan terhadap jadwal yang direncanakan. Jadwal tersebut akan dievaluasi setiap berapa bulan sekali (kurun waktu tertentu), sehingga apabila dari evaluasi diketahui ada pergeseran jadwal atau penyimpangan jadwal, maka dapat segera diperbaiki sehingga tidak mengganggu Program/ kegiatan secara keseluruhan. Karena itu yang ditulis dalam kerangka acuan adalah kapan (setiap kurun waktu berapa lama) evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan dan siapa yang melakukan. Yang dimaksud dengan pelaporannya adalah bagaimana membuat laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan tersebut dan kapan laporan tersebut harus dibuat. Jadi yang harus ditulis di dalam kerangka acuan adalah cara bagaiman membuat laporan evaluasi dan kapan laporan tersebut harus dibuat dan ditujukan kepada siapa.

I. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

Pencatatan adalah catatan kegiatan dan yang ditulis dalam kerangka acuan adalah bagaimana melakukan pencatatan kegiatan atau membuat dokumentasi kegiatan. Pelaporan adalah bagaimana membuat laporan program dan kapan laporan harus diserahkan dan kepada siapa saja laporan tersebut harus diserahkan.

Evaluasi kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan Program/kegiatan secara menyeluruh. Jadi yang ditulis di dalam kerangka acuan, bagaimana melakukan evaluasi dan kapan evaluasi harus dilakukan. Jika diperlukan, dapat ditambahkan butir-butir lain sesuai kebutuhan, tetapi tidak diperbolehkan mengurangi, misalnya rencana pembiayaan dan anggaran.

G. Standar operasional prosedur (SOP)

Terdapat sejumlah pengertian istilah prosedur, diantaranya:

1. Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi,

bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan (Permenpan No. 035 tahun 2012).

2. Instruksi kerja adalah petunjuk kerja terdokumentasi yang dibuat secara rinci, spesifik dan bersifat instruktif, yang dipergunakan oleh pekerja sebagai acuan dalam melaksanakan suatu pekerjaan spesifik agar dapat mencapai hasil kerja sesuai persyaratan yang telah ditetapkan (Susilo, 2003).
3. Langkah di dalam penyusunan instruksi kerja, sama dengan penyusunan prosedur, namun ada perbedaan, instruksi kerja adalah suatu proses yang melibatkan satu bagian/unit/ profesi, sedangkan prosedur adalah suatu proses yang melibatkan lebih dari satu bagian/ unit/ profesi. Prinsip dalam penyusunan prosedur dan instruksi kerja adalah kerjakan yang ditulis, tulis yang dikerjakan, buktikan dan tindak-lanjut, serta dapat ditelusur hasilnya.
4. Istilah Standar Prosedur Operasional (SPO) digunakan di UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran dan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan UUNomor 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit.
5. Beberapa Istilah Prosedur yang sering digunakan yaitu:
 - a. Prosedur yang telah ditetapkan disingkat Protap,
 - b. Prosedur untuk panduan kerja (prosedur kerja, disingkat PK),
 - c. Prosedur untuk melakukan tindakan,
 - d. Prosedur penatalaksanaan,
 - e. Petunjuk pelaksanaan disingkat Juklak,
 - f. Petunjuk pelaksanaan secara teknis, disingkat Juknis,
 - g. Prosedur untuk melakukan tindakan klinis: protokol klinis, *Algoritma/Clinical Pathway*.

Karena beraneka ragamnya istilah tentang prosedur dan untuk menghindari salah tafsir serta dalam rangka menyeragamkan istilah maka dalam pedoman penyusunan dokumen ini digunakan istilah “ **Standar Operasional Prosedur** “ (**SOP**) sebagaimana yang tercantum dalam Permenpan Nomor 35 tahun 2012.

Prosedur yang dimaksud dalam Istilah “**Standar Operasional Prosedur (SOP)**“ bersifat institusi maupun perorangan sebagai profesi sehingga dianggap lebih tepat karena prosedur yang dimaksud dalam pedoman penyusunan dokumen akreditasi Puskesmas ini adalah prosedur yang bersifat institusi maupun perorangan sebagai profesi, sementara istilah “ **Standar Prosedur Operasional** “(**SPO**) yang dipergunakan dalam undang-undang Praktek Kedokteran maupun dalam undang-undang Kesehatan lebih bersifat **perorangan sebagai profesi**.

6. Tujuan Penyusunan SOP

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

7. Manfaat SOP

- a. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Puskesmas
- b. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
- c. Memastikan staf Puskesmas memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

Contoh:

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

8. Format SOP

- a. SOP dibuat mengacu pada PermenpanNo. 35/2012 atau pada contoh format SOP yang ada dalam Pedoman ini.
- b. Prinsipnya adalah “**Format**” SOP yang digunakan di UPT Puskesmas Simpang Pesak harus “**SERAGAM**”

9. Petunjuk Pengisian SOP

a. **Logo:**

Bagi Puskesmas Simpang Pesak, logo yang dipakai adalah logo Pemerintah kabupaten Belitung Timur, dan lambang Puskesmas sesuai PMK 75 tahun 2014.

b. **Kotak Kop/Heading** diisi sebagai berikut:

- 1) *Heading* hanya dicetak halaman pertama.
- 2) Kotak Puskesmas diberi Logo pemerintah daerah, dan nama Puskesmas atau logo dan nama.
- 3) Kotak Judul diberi Judul /nama SOP sesuai proses kerjanya.
- 4) Nomor Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Puskesmas Simpang Pesak, dibuat sistematis agar ada keseragaman. Cara Penomoran : tulisan SOP.A,B,C(A untuk admen, B untuk UKM, C untuk UKP) / nomor urut / tulisan PKM-PR / bulan diterbitkannya / tahun di terbitkannya. Contoh : SOP.A/001/PKM-PR/II/2018.
- 5) **No. Revisi: diisi dengan status revisi, menggunakan angka 0 untuk dokumen baru, angka 1 untuk dokumen revisi pertama, angka 2 untuk dokumen revisi ke 3 dan seterusnya.**
- 6) Tanggal terbit: diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal di berlakukannya SOP tersebut.
- 7) Halaman: diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SOP tersebut (misal 1/5). Namun, di tiap halaman selanjutnya dibuat **footer** misalnya pada halaman kedua: 2/5, halaman terakhir:5/5.
- 8) Ditetapkan Kepala Puskesmas: diberi tandatangan Kepala Puskesmas dan nama jelasnya tanpa gelar.

c. Isi SOP

- 1) **Pengertian:** diisi definisi judul SOP, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/ menimbulkan multi persepsi.
- 2) **Tujuan:** berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci: “ Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk”.
- 3) **Kebijakan:** berisi **kebijakan** Kepala Puskesmas yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut, misalnya untuk SOP imunisasi pada bayi, pada kebijakan dituliskan: Keputusan Kepala Puskesmas No 005/2014 tentang Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.
- 4) **Referensi:** berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bisa berbentuk buku, peraturan perundang-undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka.
- 5) **Langkah-langkah prosedur:** bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
- 6) **Unit terkait:** berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.
- 7) Dari ke enam isi SOP sebagaimana diuraikan di atas, dapat ditambahkan antara lain:
- 8) bagan alir, dokumen terkait.

Diagram Alir/ bagan alir (Flow Chart): Di dalam penyusunan prosedur maupun instruksi kerja sebaiknya dalam langkah-langkah kegiatan dilengkapi dengan diagram alir/ bagan alir untuk memudahkan dalam pemahaman langkah-langkahnya, terutama kalau ada langkah yang harus diulang.

d. Syarat penyusunan SOP:

- 1) Perlu ditekankan bahwa SOP **harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan** tersebut atau oleh unit kerja tersebut. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas hanya untuk menanggapi dan mengoreksi SOP tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SOP hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan personel/unit kerja dalam penyusunan SOP.
- 2) SOP harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim Mutu diminta memberikan tanggapan.
- 3) Di dalam SOP harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan, dan mengapa.
- 4) SOP jangan menggunakan kalimat majemuk. Subjek, predikat dan objek SOP harus jelas.

- 5) SOP harus menggunakan kalimat perintah/instruksi bagi pelaksana dengan bahasa yang dikenal pemakai.
- 6) SOP harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan. Untuk SOP pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SOP profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) kesehatan, dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

h. Evaluasi SOP

Evaluasi SOP dilakukan terhadap isi maupun penerapan SOP.

- 1) Evaluasi penerapan/ kepatuhan terhadap SOP dapat dilakukan dengan menilai tingkat kepatuhan terhadap langkah-langkah dalam SOP. Untuk evaluasi ini dapat dilakukan dengan menggunakan daftar tilik/*check list*:
 - a) Datar tilik adalah daftar urutan kerja (*actions*) yang dikerjakan secara konsisten, diikuti dalam pelaksanaan suatu rangkaian kegiatan, untuk diingat, dikerjakan, dan diberi tanda (*checkmark*).
 - b) Daftar tilik merupakan bagian dari sistem manajemen mutu untuk mendukung standarisasi suatu proses pelayanan.
 - c) Daftar tilik tidak dapat digunakan untuk SOP yang kompleks.
 - d) Daftar tilik digunakan untuk mendukung, mempermudah pelaksanaan dan memonitor SOP, bukan untuk menggantikan SOP itu sendiri.
 - e) Langkah-langkah menyusun daftar tilik:

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

 - (1) Gambarkan *flow-chart* dari prosedur tersebut,
 - (2) Buat daftar kerja yang harus dilakukan,
 - (3) Susun urutan kerja yang harus dilakukan,
 - (4) Masukkan dalam daftar tilik sesuai dengan format tertentu,
 - (5) Lakukan uji-coba,
 - (6) Lakukan perbaikan daftar tilik,
 - (7) Standarisasi daftar tilik.
 - f) Daftar tilik untuk mengecek kepatuhan terhadap SOP dalam langkah-langkah kegiatan, dengan rumus sebagai berikut.

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

2) Evaluasi isi SOP

- a) Evaluasi SOP dilaksanakan sesuai kebutuhan dan **minimal dua tahun sekali** yang dilakukan oleh masing-masing unit kerja.
- b) Hasil evaluasi: SOP masih tetap bisa dipergunakan, atau SOP tersebut perlu di perbaiki/ direvisi. Perbaikan/revisi SOP bisa dilakukan sebagian atau seluruhnya.
- c) Perbaikan/ revisi perlu dilakukan bila:
 - (1) Alur SOP sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada,
 - (2) Adanya perkembangan Ilmu dan Teknologi (IPTEK) pelayanan kesehatan,
 - (3) Adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru,
 - (4) Adanya perubahan fasilitas.
- d) Peraturan Kepala Puskesmas tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala Puskesmas.

H. Prosedur Pengendalian Dokumen

Prosedur Pengendalian Dokumen di UPT Puskesmas Simpang Pesak ditetapkan oleh Kepala Puskesmas yang dijadikan acuan oleh seluruh unit di Puskesmas. Tujuan Pengendalian Dokumen adalah terkendalinya kerahasiaan dokumen, proses perubahan, penerbitan, distribusi dan sirkulasi dokumen.

1. Identifikasi Penyusunan/Perubahan Dokumen

Identifikasi kebutuhan, dilakukan pada tahap *self-assessment* dalam Pendampingan Akreditasi. Hasil *self-assessment* digunakan sebagai acuan untuk mengidentifikasi dokumen sesuai Standar Akreditasi yang sudah ada di Puskesmas. Bila dokumen sudah ada, dapat diidentifikasi dokumen tersebut masih efektif atau tidak.

2. Penyusunan Dokumen

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

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

3. Pengesahan Dokumen

Dokumen disahkan oleh Kepala Puskesmas

4. Sosialisasi Dokumen

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

5. Pencatatan Dokumen, Distribusi dan Penarikan Dokumen

Kepala Puskesmas menunjuk salah satu anggota Tim Mutu sebagai Petugas Pengendali Dokumen. Petugas tersebut bertanggung jawab atas:

a. Penomoran dokumen

Tata cara penomoran Dokumen

Penomoran dokumen dilakukan secara terpusat di Bagian Tata Usaha dengan dengan urutan : kode dokumen / nomor urut ditetapkan dokumen / PKM-PR (singkatan untuk Pusat Kesehatan Masyarakat Simpang Pesak, yang menetapkan dokumen / bulan ditetapkan dokumen, dengan angka romawi kapital / tahun ditetapkan dokumen.

Kode dokumen yang berlaku di UPT Puskesmas Simpang Pesak :

188.1 : kode untuk Kebijakan/Keputusan

RSP : kode untuk Rencana Strategis Puskesmas

PTP : kode untuk Perencanaan Tingkat Puskesmas

PED : kode untuk Pedoman

KAK : kode untuk Kerangka Acuan Kegiatan

SOP.A : kode untuk Standar Operasional Prosedur kelompok Admen

SOP.B : kode untuk Standar Operasional Prosedur kelompok UKM

SOP.C : kode untuk Standar Operasional Prosedur kelompok UKP

Contoh :

188.1/001/PKM-PR/I/2018, RSP/002/PKM-PR/I/2018, PTP/003/PKM-PR/I/2018, PED/004/PKM-PR/I/2018, KAK/005/PKM-PR/I/2018, SOP.B/006/PKM-PR/I/2018

b. Pencatatan dalam Daftar Dokumen Eksternal atau Internal

c. Menyerahkan dokumen kepada pengusul untuk menggandakan

d. Mendistribusikan dokumen yang sudah diberi stempel terkendali

1) Tata Cara Pendistribusian Dokumen

a) Distribusi adalah kegiatan atau usaha menyampaikan dokumen kepada unit upaya atau pelaksana yang memerlukan dokumen tersebut agar dapat digunakan sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatannya.

b) Kegiatan ini dilakukan oleh tim mutu dan atau bagian Tata Usaha Puskesmas sesuai pedoman tata naskah.

c) Distribusi harus memakai ekspedisi dan/atau formulir tanda terima.

- d) Distribusi dokumen bisa hanya untuk unit kerja tertentu tetapi bisa juga untuk seluruh unit kerja lainnya.
 - 2) Menarik dokumen lama apabila dokumen ini adalah dokumen pengganti serta mengisi format usulan penambahan/ penarikan dokumen.
 - 3) Mengarsipkan dokumen induk yang sudah tidak berlaku dengan membubuhkan stempel “Kedaluwarsa” dan kemudian menyimpan dokumen tersebut selama 2 tahun.
 - 4) Memusnahkan dokumen sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
6. Tata Cara Penyimpanan dokumen
- a. Dokumen asli (master dokumen yang sudah dinomori dan sudah ditanda tangani) disimpan di Bagian Tata Usaha Puskesmas. Disimpan dengan rapi, sesuai metode pengarsipan sehingga mudah dicari kembali bila diperlukan.
 - b. Dokumen fotocopy disimpan di masing-masing unit upaya Puskesmas dimana dokumen tersebut dipergunakan. Bila tidak berlaku lagi atau tidak dipergunakan maka unit kerja wajib mengembalikan dokumen yang sudah tidak berlaku tersebut ke Bagian Tata Usaha sehingga di unit kerja hanya ada dokumen yang masih berlaku saja. Bagian Tata Usaha dapat memusnahkan foto copy dokumen yang tidak berlaku tersebut, namun untuk dokumen yang asli agar tetap disimpan, dengan lama penyimpanan sesuai ketentuan dalam ketentuan retensi dokumen yang berlaku di Puskesmas.
 - c. Dokumen di unit upaya Puskesmas harus diletakkan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil, dan mudah dibaca oleh pelaksana.
7. Penataan Dokumen
- Untuk memudahkan di dalam pencarian, dokumen Puskesmas dikelompokkan berdasarkan jenis dokumen terdiri dari dokumen kebijakan, renstra, PTP, Pedoman, KAK, dan SOP.
8. Revisi atau perubahan dokumen
- a. Dilakukan setelah proses pengkajian serta mendapat pengesahan sesuai pejabat yang berwenang
 - b. Setiap kali revisi seluruh halaman akan mengalami perubahan
 - c. Isi revisi atau perubahan harus tercatat pada Riwayat Perubahan Dokumen
 - d. Tanggal terbit merupakan tanggal terbit dokumen terkini.

I. Rekam implementasi

- 1. Rekam implementasi adalah: dokumen yang menjadi **bukti obyektif** dari kegiatan yang dilakukan atau hasil yang dicapai di dalam kegiatan Puskesmas dalam melaksanakan regulasi internal atau kegiatan yang direncanakan.
- 2. Catatan/rekam implementasi sebagai bukti pelaksanaan kegiatan juga harus dikendalikan. Organisasi harus menetapkan SOP terdokumentasi untuk

mendefinisikan pengendalian yang diperlukan untuk identifikasi, penyimpanan, perlindungan, pengambilan, lama simpanan permusnahan. Catatan/rekam implementasi harus dapat terbaca, segera dapat teridentifikasi dan dapat diakses kembali.

BAB IV
PENUTUP

Pedoman Tata Naskah Dinas ini agar dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan administrasi perkantoran pada setiap unit di lingkungan UPT Puskesmas Simpang Pesak

Kepala UPT Puskesmas Simpang Pesak

Dr. Rully Surya Darma
NIP. 198712152014021002



PEMERINTAH KABUPATEN BELITONG TIMUR
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA

UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK

Jalan Senduduk Kecamatan Simpang Pesak Kode Pos : 33560

e-mail : puskesmassppesak@belitungtimurkab.go.id



KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK
NOMOR:

TENTANG

NAMA KEPUTUSAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

KEPALA PUSKESMAS SIMPANG PESAK,

Menimbang :

Mengingat :

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN : **NAMA KEPUTUSAN**

Kesatu :

Kedua :

Ditetapkan :

Pada Tanggal :

Kepala UPT PuskesmasSimpangPesak

Dr. Rully Surya Darma
NIP. 198812152014021002

Lampiran : Keputusan Kepala UPT Puskesmas
Simpang Pesak tentang Perubahan Tata
Naskah Dinas

Nomor :

Tanggal :

Tentang :

JUDUL KEPUTUSAN



**PEMERINTAH KABUPATEN BELITONG TIMUR
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA**

UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK

Jalan Senduduk Kecamatan Simpang Pesak Kode Pos : 33560

e-mail : puskesmassppesak@belitungtimurkab.go.id



KERANGKA ACUAN KEGIATAN

NAMA KEGIATAN

- A. PENDAHULUAN
- B. LATAR BELAKANG
- C. TUJUAN
- D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN
- E. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN
- F. SASARAN
- G. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN'
- H. MONITORING EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN
- I. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

NAMA PROGRAM

Dibuat di :
Pada Tanggal :
Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Simpang Pesak

NAMA
NIP

dr. Rully Surya Darma
NIP. 198812152014021002

	JUDUL			
	SOP	No. Dokumen		
		No. Revisi		
		Tanggal Terbit		
Halaman				
UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK			dr. Rully Surya Darma NIP.198812152014021002	

1. Pengertian	
2. Tujuan	
3. Kebijakan	
4. Referensi	
5. Alat dan Bahan	
6. Prosedur	
7. Diagram Alir	
8. Dokumen Terkait	
9. Unit Terkait	

10. Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tgl. Mulai Diberlakukan



**PEMERINTAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA**

UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK

Jalan Senduduk Kecamatan Simpang Pesak Kode Pos : 33560

e-mail : puskesmassppesak@belitungtimurkab.go.id



NOTULEN

Sidang/Rapat :

Hari/Tanggal :

Waktu :

Acara :

Pimpinan Sidang/rapat

Ketua :

Sekretaris :

Pencatat :

Peserta sidang/rapat :

Kegiatan Sidang/Rapat :

1. Kata Pembukaan
2. Pembahasan
3. Peraturan

PIMPINAN
SIDANG/RAPAT
NAMA JABATAN

NAMA PEJABAT
Pangkat
NIP



**PEMERINTAH KABUPATEN BELITONG TIMUR
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK**

Jalan Senduduk Kecamatan Simpang Pesak Kode Pos : 33560
e-mail : puskesmassppesak@belitungtimurkab.go.id



Nomor :
Sifat : / /PKM-SP/ /2020
Lampiran :
Perihal : Undangan

Simpang pesak, 2020
Kepada
Yth.
.....
di -
TEMPAT

.....

.....

Hari :
Tanggal :
Pukul :
Tempat :
Acara :

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Dibuat di :
Pada Tanggal :
Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Simpang Pesak

Dr. Rully Surya Darma
NIP. 198812152014021002



**PEMERINTAH KABUPATEN BELITONG TIMUR
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
UPT PUSKESMAS SIMPANG PESAK**
Jalan Senduduk Kecamatan Simpang Pesak Kode Pos : 33560
e-mail : puskesmassppesak@belitungtimurkab.go.id



Tempat, Tanggal, Bulan dan Tahun

Kepada,

Yth.....

di –

.....

SURAT PENGANTAR

NOMOR :

No	Jenis yang dikirim	Banyaknya	Keterangan

Diterima Tanggal.....

Penerima
Nama Jabatan,

Nama Pejabat
Pangkat
NIP

Pengirim
Nama Jabatan,

Nama Pejabat
Pangkat
NIP



SURAT PERJANJIAN

Nomor. / /PKM-SP/ /2020

TENTANG

.....
.....

Pada hariTanggal.....Bulan.....dan Tahun....., bertempat dikami yang bertanda tangan dibawah ini:

1.PIHAK KE I
2.PIHAK KE II
3.PIHAK KE III

.....
.....
.....(isi perjanjian)

Penutup

Surat perjanjian ini ditandatangani oleh kedua belah pihak, pada hari dan tanggal tersebut diatas.

PIHAK KE II

PIHAK KE I
Kepala UPT Puskesmas,

MATERAI

NAMA JELAS
Pangkat
NIP.

NAMA JELAS

Saksi-saksi

1.(tanda tangan)
2.(tanda tangan)
3. dst.....



**SURAT PERINTAH PERJALANAN DINAS
(SPPD)**

1.	Pejabat yang memberi perintah	Kepala UPT Puskesmas Simpang Pesak
2.	Nama pegawai yang melaksanakan perjalanan dinas	
3.	a. Pangkat dan golongan b. Jabatan c. Tingkat menurut peraturan perjalanan	
4.	Maksud melaksanakan perjalanan dinas	
5.	Transportasi yang dipergunakan	
6.	a. Tempat berangkat b. Tempat tujuan	
7.	a. Lamanya perjalanan dinas b. Tanggal berangkat c. Tanggal harus kembali	
8.	Pengikut	1. 2. 3.
9.	Pembebanan anggaran a. Instansi b. Mata anggaran	

Dibuat di :
Pada Tanggal :
Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Simpang Pesak

Dr. Rully Surya Darma
NIP. 198812152014021002