

# PERANCANGAN STANDAR MONITORING PELAYANAN DI PUSKESMAS

Vincentius Krisna Aditya<sup>1</sup>, I Nyoman Sutapa<sup>1</sup>

---

**Abstract:** This study is accomplished to create a design of documents in Element Ratings of Public Health Center's Service Management. Public Health Center as The First Level of Health Facility required to do Public Health Center's accreditation by Republic of Indonesia Ministry of Health. To do Public Health Center's accreditation by learning The Instruments of Accreditation which has been published by Ministry of Health. The Instruments of Accreditation has many several document requirements to be done.

Designing documents of accreditation by direct survey to related parties of each Element Ratings and followed a guidance from Ministry of Health. The result of study is ten Standard Operational Procedure (SOP) of Public Health Center's Service Management and based on specific policies and references. All of SOP had several related documents as output of each SOP.

**Keywords:** SOP, Accreditation, Public Health Center, and Document.

---

## Pendahuluan

Kesehatan adalah kebutuhan pokok dari sebuah masyarakat. Kebutuhan pelayanan kesehatan akan meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk. Pelayanan kesehatan terdiri dari berbagai tingkatan, mulai dari klinik pribadi hingga rumah sakit besar. Salah satu pelayanan kesehatan yang sering dijumpai masyarakat di tiap daerah adalah Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas. Puskesmas memiliki cakupan daerah operasi yang lebih kecil daripada rumah sakit. Puskesmas mencakup wilayah sekitar yaitu wilayah kecamatan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 75 Tahun 2014 Pasal 9 Ayat 1 [1], puskesmas merupakan mitra strategis pemerintah. Kemitraan strategis puskesmas adalah menjadi fasilitas kesehatan rujukan tingkat pertama oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kerjasama antara puskesmas dan BPJS Kesehatan dapat terjadi jika puskesmas yang akan melakukan kerjasama telah melakukan akreditasi nasional.

Akreditasi nasional adalah sebuah penilaian mutu menyeluruh mengenai pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tiap fasilitas kesehatan. Seluruh puskesmas di Indonesia wajib melakukan akreditasi sesuai instruksi Permenkes, termasuk puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan. Salah satu puskesmas yang belum terakreditasi di wilayah Kabupaten Pasuruan adalah Unit Pelayanan Tingkat Daerah (UPTD) Kesehatan Puskesmas Purwosari. UPTD Kesehatan Puskesmas Purwosari pada tahun ini akan melaksanakan proses akreditasi sesuai dengan perintah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kebutuhan Puskesmas Purwosari akan akreditasi sangatlah mendesak dan penting karena jika tidak

terakreditasi segera maka puskesmas akan menemui berbagai konsekuensi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Puskesmas yang tidak melakukan akreditasi maka tidak bisa melaksanakan program BPJS Kesehatan sesuai isi Permenkes. Selain itu, puskesmas tidak akan mendapatkan pengakuan resmi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Berdasarkan konsekuensi tersebut maka akan berujung pada pengurangan jumlah pasien dan menurunnya pendapatan. Penulis berfokus pada Standar Monitoring Pelayanan Puskesmas yang berisi beberapa Elemen Penilaian. Standar monitoring yang ada tidak mencakup secara lengkap pembahasan yang dibutuhkan dan kurang terperinci namun jelas dan padat akan sasaran yang dimonitor.

---

<sup>1,2</sup> Fakultas Teknologi Industri, Program Studi Teknik Industri, Universitas Kristen Petra. Jl. Siwalankerto 121-131, Surabaya 60236. Email: vincentius.krisna@yahoo.com, mantapa@petra.ac.id

## Metode Penelitian

Pada bagian ini akan dibahas metode-metode yang akan digunakan untuk perancangan.

### Akreditasi Puskesmas

Akreditasi Puskesmas menurut Permenkes Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 1 Ayat 8 [1] adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan.

**Tabel 1.** Tata Cara Penilaian Akreditasi

NILAI	KETERANGAN
0	Jika Belum Ada Sama Sekalai atau Baru Sebagian Kecil Ada (0%-24%)
5	Jika Sebagian Besar Sudah Dilaksanakan (25%-79%)
10	Jika Sudah Dilaksanakan (80%-100%)

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 71 Tahun 2013 Pasal 6 Ayat 2 [2] bahwa puskesmas harus terakreditasi jika bekerja sama dengan BPJS Kesehatan seiring dengan perintah pada Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 Pasal 3 Ayat 1 [3]. Akreditasi puskesmas yang salah satunya memiliki persyaratan pembuatan dokumen memiliki tolak ukur penilaian yang ditentukan oleh kementerian yang disebut elemen penilaian. Elemen penilaian adalah tolak ukur antara kesiapan dokumen dengan implementasinya di lapangan. Tata cara penilaian dijabarkan pada tabel 1.

### Prinsip Manajemen Kualitas di Bidang Jasa

Manajemen kualitas menurut Hutchins [4] adalah konsep yang lebih luas dari quality assurance dan quality control sehingga tidak hanya mengontrol dan menjamin kualitas namun juga mengorganisir, memonitor, koordinasi, dan bahkan pendukung tentang kualitas. Manajemen kualitas menurut Gaspersz [5] adalah suatu cara meningkatkan performansi secara terus menerus (continuous performance improvement) pada setiap level operasi atau proses, dalam setiap area fungsional dari suatu organisasi dengan menggunakan semua sumber daya manusia dan modal yang tersedia. Gaspersz [6] juga menyatakan manajemen kualitas memiliki dasar yang sama ketika diterapkan baik pada barang atau jasa karena yang ditekankan dalam manajemen kualitas adalah sistem kualitas bukan kualitas barang atau jasa. Sistem kualitas yang diterapkan termasuk seluruh dimensi yang berhubungan dengan sistem tersebut sehingga dapat menghasilkan standar yang dapat diandalkan. Dimensi-dimensi yang menyangkut dalam perbaikan sistem kualitas khususnya pada jasa antara lain :

- Ketepatan waktu pelayanan, hal-hal yang perlu diperhatikan di sini berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses.
- Akurasi pelayanan, yang berkaitan dengan reliabilitas pelayanan dan bebas kesalahan-kesalahan.
- Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan, terutama bagi mereka yang berinteraksi langsung dengan pelanggan eksternal, seperti: operator telepon, petugas keamanan, pengemudi, staf administrasi, kasir, petugas penerima tamu, dan perawat. Citra pelayanan dari industri jasa sangat ditentukan oleh orang-orang dari perusahaan yang berada pada garis depan dalam melayani langsung pelanggan eksternal.
- Tanggung jawab, berkaitan dengan penerimaan pesanan dan penanganan keluhan dari pelanggan eksternal.

- Kelengkapan, menyangkut lingkup pelayanan dan ketersediaan sarana pendukung, serta pelayanan komplementer lainnya.
- Kemudahan mendapatkan pelayanan, berkaitan dengan banyaknya outlet, banyaknya petugas yang melayani seperti kasir, dan staf administrasi; banyaknya fasilitas pendukung seperti computer untuk memproses data.
- Variasi model pelayanan, berkaitan dengan inovasi untuk memberikan pola – pola baru dalam pelayanan, dan features dari pelayanan.
- Pelayanan pribadi, berkaitan dengan fleksibilitas, dan penanganan permintaan khusus.
- Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruangan tempat pelayanan, kemudahan menjangkau, tempat parkir kendaraan, ketersediaan informasi, petunjuk – petunjuk dan bentuk – bentuk lain.
- Atribut pendukung pelayanan lainnya, seperti: lingkungan, kebersihan, ruang tunggu, fasilitas music, dan AC.

### Standar Kualitas di Bidang Jasa

Taylor [7] menyatakan bahwa mendesain kualitas di bidang industri jasa memiliki dasar yang sama dengan mendesain kualitas di bidang industri manufaktur. Dasar tersebut adalah berfokus pada keinginan pelanggan dan mendetailkan keinginan tersebut sehingga dapat memunculkan bagian-bagian dari sistem kualitas yang akan diperbaiki. Standar kualitas yang tepat bagi sebuah industri khususnya industri jasa adalah memberikan kepuasan pelanggan atas layanan jasa yang diterimanya.

### Rancangan Standar Kualitas

Standar kualitas yang tepat guna untuk sebuah industri khususnya industri jasa kesehatan memerlukan prinsip-prinsip sebagai pegangan dalam merancang standar kualitas. Deming [8] mengemukakan 14 prinsip yang dikenal dengan 14 butir prinsip manajemen Deming. Konsep manajemen Deming, fokus dalam mendesain standar kualitas dapat diterapkan di bidang pelayanan kesehatan, antara lain sebagai berikut :

- Menetapkan sasaran yang konsisten.
- Menerapkan filosofi: memuaskan pelanggan.
- Mengutamakan pencegahan kesalahan (tindakan proaktif), bukan mengandalkan inspeksi.
- Menghentikan praktek kebiasaan menilai sesuatu hanya berdasarkan harga.
- Melakukan perbaikan proses terus – menerus.
- Melaksanakan pelatihan.
- Menjalankan kepemimpinan yang efektif.
- Menjauhkan atau menghindarkan karyawan dari perasaan ketakutan.

- Menghilangkan hambatan hubungan antar – bagian dalam sistem.
- Menghilangkan slogan – slogan maupun target – target yang membebani karyawan.
- Menghilangkan praktek manajemen berdasarkan pada sasaran angka.
- Menciptakan kebanggaan karyawan atas pekerjaan.
- Menerapkan program pendidikan dan pengembangan karyawan secara serius.
- Melibatkan seluruh karyawan dalam transformasi manajemen kualitas.

## Hasil dan Pembahasan

UPTD Kesehatan Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan memiliki sebuah visi, misi dan strategi sebagai dasar dalam melaksanakan sistem kerja sebagai sebuah puskesmas. Visi, misi dan strategi dengan pelaksanaan akreditasi puskesmas selayaknya adalah sebuah tujuan yang memiliki jalan yang sama yaitu memuaskan kebutuhan pelanggan dan meningkatkan produktivitas puskesmas. Visi yang dimiliki puskesmas adalah “dengan pelayanan yang prima terwujudnya masyarakat Kecamatan Purwosari yang sehat dan mandiri”. Pencapaian sebuah visi yang telah dicanangkan oleh Kepala Puskesmas beserta seluruh jajarannya dibutuhkan misi untuk mencapai sasaran visi tersebut. Misi yang dimiliki puskesmas memiliki tujuh poin yaitu :

- Mewujudkan pelayanan kesehatan dasar yang prima, transparan, dan profesional.
- Meningkatkan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, merata, dan terjangkau.
- Meningkatkan pelayanan kesehatan dasar melalui kegiatan promotif, preventif, rehabilitatif, dan kuratif.
- Meningkatkan profesionalisme Sumber Daya Manusia sesuai bidang kompetensi tugas serta kesejahteraan karyawan.
- Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat dengan “Gemerlap Bersama” (Gerakan Membudayakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Masyarakat).
- Membangun citra pelayanan kesehatan dengan peningkatan sarana, prasarana dan menitikberatkan kelengkapan fasilitas pelayanan.
- Meningkatkan manajemen puskesmas.

Strategi Puskesmas Purwosari ditujukan untuk menetapkan arah bagi pencapaian misi. Strategi puskesmas berisi komitmen untuk memenuhi peraturan, melakukan perbaikan keberlanjutan, dan memuat kerangka kerja. Strategi Puskesmas Purwosari adalah sebagai berikut :

- Langkah teknis yang optimalisasi sumber daya tenaga kesehatan dengan meningkatkan

kemampuan, kualitas dan profesionalisme tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

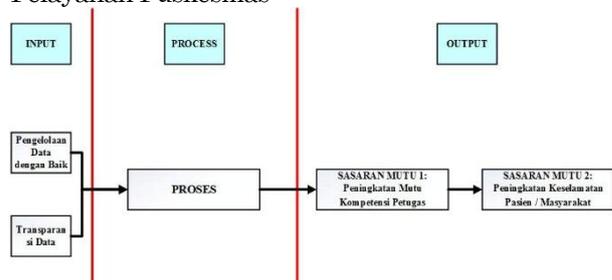
- Meningkatkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat.
- Mengoptimalkan Standar Operasional Prosedur (SOP) menuju pelayanan bermutu.
- Meningkatkan infrastruktur dan manajemen Puskesmas.

Ketujuh poin misi dan keempat poin strategi merupakan cara puskesmas dalam mencapai visinya. Ketujuh poin misi dan keempat poin strategi harus seluruhnya dicapai dengan berbagai cara pendukungnya yang diantaranya adalah Pedoman Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, ISO 9001, dan Akreditasi Puskesmas oleh Kementerian Kesehatan. Salah satu cara pendukung yang memiliki isi dan detil paling lengkap terdapat pada Akreditasi Puskesmas dengan mengupas secara lengkap sehingga cocok mendukung visi puskesmas.

## Proses Fungsi Standar Monitoring Pelayanan Puskesmas

Proses fungsi pada Standar Monitoring Pelayanan Puskesmas adalah sebuah sistem business process yang mengangkat persoalan-persoalan dan memiliki tujuan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan tersebut. Persoalan dalam Standar Monitoring Pelayanan Puskesmas yang mensyaratkan adanya pengelolaan data dengan baik dan transparansi data. Penyelesaian persoalan dibutuhkan sebuah proses untuk mencapai sasaran mutu peningkatan mutu kompetensi petugas sehingga tercapainya sasaran mutu selanjutnya peningkatan keselamatan pasien/masyarakat. Keterkaitan proses pada Standar Monitoring Pelayanan Puskesmas ditampilkan pada gambar 1.

**Gambar 1.** Proses Fungsi Standar Monitoring Pelayanan Puskesmas



## Sasaran mutu

Puskesmas dalam melaksanakan tugasnya memerlukan tujuan mutu yang selanjutnya disebut sebagai sasaran mutu. Sasaran mutu berguna sebagai tolok ukur keberhasilan puskesmas dalam menyelenggarakan pelayanannya. Sasaran mutu puskesmas yaitu peningkatan mutu kompetensi petugas dan keselamatan pasien atau masyarakat.

Sasaran mutu yang harus dicapai sebagai pemenuhan visi puskesmas dibantu dengan adanya proses fungsi dalam akreditasi.

### Pembuatan *Standard Operational Procedure* (SOP)

Standar Monitoring Pelayanan Puskesmas tertuang dalam Kriteria 1.1.5 di Elemen Penilaian Satu dan Tiga. Elemen Penilaian tersebut berisi ada mekanisme monitoring yang dilakukan oleh Pimpinan Puskesmas dan Penanggung Jawab Upaya Puskesmas untuk menjamin bahwa pelaksana melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan operasional. Isi kriteria pada elemen penilaian tersebut berisi adanya monitoring oleh kepala puskesmas maupun penanggung jawab program memonitor pelaksanaan dan pencapaian serta mengambil langkah perbaikan atau pencegahan jika diperlukan. SOP monitoring pelayanan berisi umpan balik dan indikasi awal dari penilaian dan pencapaian kinerja dari waktu ke waktu. Persyaratan untuk melaksanakan elemen penilaian tersebut dibutuhkan dokumen yang wajib ada di puskesmas yaitu *Standard Operational Procedure* (SOP) Monitoring Pelayanan Puskesmas. Pembuatan dokumen tersebut mengacu pada elemen penilaian, kriteria dan standar di dalam instrumen akreditasi sehingga pembuatan dokumen harus dilakukan memperhatikan ketiga hal tersebut. Pembuatan dokumen SOP memiliki pedoman referensi dan kebijakan yang sesuai dengan lingkup SOP. Referensi dan kebijakan yang digunakan sebagai kekuatan dasar hukum maupun dasar kegiatan puskesmas. Pedoman penyusunan SOP dalam akreditasi puskesmas memiliki format dan syarat khusus yang harus dipatuhi oleh seluruh petugas maupun pihak yang ditunjuk untuk membuat SOP. Format penyusunan SOP dan syarat penyusunan SOP ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang diputuskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan. SOP diterbitkan oleh puskesmas sebagai acuan baku dalam melakukan seluruh kegiatan sesuai dengan sasaran tiap dokumen SOP yang telah distandarkan.

Format isi SOP terdiri atas dua bagian yaitu kop SOP dan komponen SOP. Kop SOP terdiri dari Logo Pemerintah Daerah, Nama dan Logo Puskesmas, Jenis Dokumen, Judul, Nomor Dokumen, Nomor Revisi, Tanggal Terbit, Halaman, Tanda Tangan, Nama dan NIP Kepala Puskesmas. Komponen SOP terdiri atas pengertian, tujuan, kebijakan, referensi, alat dan bahan, langkah-langkah, diagram alir (opsional), unit terkait dan dokumen terkait. Penjelasan mengenai komponen SOP adalah pengertian adalah arti dari judul SOP yang dibuat,

- siapa melakukan apa, dimana, kapan, dan mengapa.
- SOP dilarang menggunakan kalimat majemuk.
- SOP harus menggunakan kalimat perintah/intruksi

tujuan adalah sasaran yang ingin dicapai melalui pembuatan SOP. Kebijakan berisi Surat Keputusan yang dikeluarkan puskesmas untuk mendukung tujuan SOP. Referensi berisi pegangan dasar yang berasal dari peraturan perundang-undangan pusat atau daerah maupun literatur. Alat dan bahan berisi hal-hal yang diperlukan dalam pelaksanaan SOP di lapangan. Langkah-langkah berisi runtutan pengerjaan secara rinci dalam pelaksanaan SOP sesuai dengan referensi, kebijakan, maupun diskusi dengan pihak terkait. Isi langkah-langkah dapat juga dibuat dalam bentuk diagram alir untuk lebih jelas jika dimungkinkan, pembuatan diagram alir adalah opsional atau tidak wajib. Unit terkait berisi unit-unit yang diikutkan dalam pelaksanaan SOP. Dokumen terkait berisi dokumen yang mendukung terlaksananya SOP maupun dokumen hasil SOP, dokumen tersebut dapat berupa form dan laporan. Format SOP dijabarkan pada gambar 2 (Permenkes No. 46 Tahun 2015).

**Gambar 2.** *Format SOP*

Logo Pemerintah Daerah	<b>Nama Dokumen</b>		Logo Puskesmas
	Jenis Dokumen	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
Tanggal Terbit :			
Nama Puskesmas			Nama Kepala Puskesmas NIP Kepala Puskesmas
1. <u>Pengertian</u>			
2. <u>Tujuan</u>			
3. <u>Kebijakan</u>			
4. <u>Referensi</u>			
5. <u>Alat dan Bahan</u>			
6. <u>Langkah - Langkah</u>			
7. <u>Diagram Alir (Opsional)</u>			
8. <u>Unit terkait</u>			
9. <u>Dokumen terkait</u>			

SOP memiliki syarat penyusunan sebagai ketentuan-ketentuan yang harus ditaati oleh pembuat SOP sesuai dengan Permenkes Republik Indonesia No. 46 Tahun 2015. Syarat-syarat yang diberlakukan untuk membuat SOP ditujukan agar hasil SOP yang telah dibuat valid dan dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya. Syarat penyusunan SOP berjumlah enam butir. Syarat penyusunan SOP sesuai Permenkes No. 46 Tahun 2015 dijabarkan sebagai berikut:

- SOP hanya boleh ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan di unit bersangkutan.
- SOP harus merupakan langkah-langkah detil mengenai sesuatu kegiatan.
- Di dalam SOP harus dapat dikenali dengan jelas

bagi pelaksana dengan bahasa yang sangat mudah dimengerti.

- SOP harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan.

**Gambar 3. SOP Monitoring Pelayanan**

	<b>MONITORING PELAYANAN</b>	
	No. Dokumen : SOP/A//ADM/02	
	No. Revisi : 03 Tanggal Terbit : 3 NOVEMBER 2016	
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS PURWOSARI KABUPATEN PASURUAN		dr. Syahar Gurawan NIP. 19520829189031009
<b>1. Pengertian</b>	Monitoring pelayanan adalah fungsi manajemen yang berkesinambungan yang mempunyai tujuan utama menyediakan umpan balik dan indikasi awal tentang bagaimana kegiatan-kegiatan dilaksanakan, perkembangan atau pencapaian kinerja dari waktu ke waktu serta pencapaian hasil yang diharapkan kepada manajer dan stakeholder / kepala puskesmas.	
<b>2. Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjamin kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, yang mencakup standar input (waktu, biaya, SDM, teknologi, dll).</li> <li>2. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya penyimpangan dan penyebabnya, sehingga dapat mengambil keputusan untuk melakukan koreksi pada pelaksanaan kegiatan atau pelayanan terkait,</li> <li>3. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan-perubahan lingkungan yang harus ditindak lanjuti dengan penyesuaian kegiatan</li> <li>4. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja pelayanan / kegiatan kepada pihak yang berkepentingan, secara kontinyu dan dari waktu ke waktu.</li> </ol>	
<b>3. Kebijakan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Purwosari Nomor: 445/xxxx/424.052.13/2016 tentang Jenis Pelayanan</li> <li>o Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Purwosari Nomor: 440/xxxx/424.052.13/2016 tentang penetapan indikator prioritas untuk monitoring dan menilai kinerja</li> </ul>	

**Isi SOP**

Monitoring pelayanan adalah fungsi manajemen yang berkesinambungan yang mempunyai tujuan utama menyediakan umpan balik dan indikasi awal tentang bagaimana kegiatan-kegiatan dilaksanakan, perkembangan atau pencapaian kinerja dari waktu ke waktu serta pencapaian hasil yang diharapkan kepada manajer dan *stakeholder*/kepala puskesmas.

SOP monitoring pelayanan berisi umpan balik dan indikasi awal dari penilaian dan pencapaian kinerja dari waktu ke waktu. Tujuan SOP kedua yaitu :

1. Menjamin kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, yang mencakup standar input (waktu, biaya, SDM, teknologi, dll).
2. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya penyimpangan dan penyebabnya, sehingga dapat mengambil keputusan untuk melakukan koreksi pada pelaksanaan kegiatan atau pelayanan terkait.
3. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan-perubahan lingkungan yang harus ditindak lanjuti dengan penyesuaian kegiatan.
4. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja pelayanan / kegiatan kepada pihak yang berkepentingan, secara kontinyu dan dari waktu ke waktu.

Kebijakan dalam pembuatan SOP kedua

**Gambar 3. SOP Monitoring Pelayanan (Lanjutan)**

<b>4. Referensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122) pada pasal 19 ayat 1;</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional pada pasal 16, pasal 17 ayat 2 dan ayat 3, dan pasal 33;</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2015 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat pasal 6, pasal 7, dan pasal 39;</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada lampiran instrumen akreditasi Kriteria 1.1.5 Elemen Penilaian 1;</li> <li>5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota pada Bab 28 dan Bab 3;</li> <li>6. Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 74 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) pada pasal 4 dan pasal 5.</li> </ol>
<b>5. Alat dan Bahan</b>	Alat Tulis
<b>6. Langkah-Langkah</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanggung jawab pelayanan menetapkan standar dan indikator untuk menilai proses pelaksanaan pelayanan,</li> <li>2. Penanggung jawab pelayanan melakukan investigasi terhadap setiap sektor pelayanan tiap tiga bulan sekali,</li> <li>3. Penanggung jawab pelayanan membandingkan data yang diperoleh dengan standar dan indikator (baik kualitatif maupun kuantitatif) yang telah ditentukan,</li> <li>4. Penanggung jawab pelayanan melakukan pengolahan data yang diperoleh,</li> <li>5. Penanggung jawab pelayanan mencatat hasil analisis dan kesimpulan,</li> <li>6. Penanggung jawab pelayanan merumuskan rekomendasi tindak lanjut sementara,</li> </ol>

berdasarkan SK Kepala Puskesmas tentang jenis pelayanan dan penetapan indikator prioritas untuk monitoring dan menilai kinerja. SOP monitoring pelayanan didasarkan pada referensi pasal tertentu dari keenam Undang-Undang yang terkait dengan lingkungannya. Setiap pelayanan membutuhkan sebuah standar dan indikator sebagai acuan kerja. Standar dan indikator pelayanan itulah akan dijadikan referensi untuk memonitor kesesuaian layanan dengan kenyataan. Petugas yang ditunjuk untuk melakukan monitoring adalah penanggung jawab pelayanan. Petugas yang ditunjuk melakukan monitoring setiap tiga bulan sekali.

**Gambar 3. SOP Monitoring Pelayanan (Lanjutan)**

	7. Penanggung jawab pelayanan menyampaikan semua hasil monitoring beserta keputusan sementara saat rapat tinjauan manajemen.
<b>7. Unit terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tata Usaha</li> <li>2. Semua poli pelayanan puskesmas</li> </ol>
<b>8. Dokumen terkait</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standar indikator pelayanan</li> <li>2. Laporan monitoring</li> </ol>

Petugas mencatat seluruh hasil temuan dan merumuskan perbaikan sementara dengan membandingkan standar indikator pelayanan yang tertuang pada Surat Keputusan Kepala Puskesmas tentang Penetapan Indikator Prioritas Untuk Monitoring dan Menilai Kinerja di UPTD Kesehatan Puskesmas Purwosari. Standar indikator prioritas tersebut berisi ketepatan waktu pelayanan puskesmas. Ketepatan waktu pelayanan memiliki

target kesesuaian jam buka pelayanan dengan strategi pencapaian yaitu dengan petugas datang tepat waktu dan kelengkapan berkas beserta prasarana yang dipakai. Hasil pembuatan SOP Monitoring Pelayanan tertera pada gambar 3. SOP Monitoring Pelayanan selain memiliki standar indikator pelayanan sebagai dokumen terkait, juga memiliki *form* monitoring pelayanan berada pada gambar 4 yang berguna sebagai *format* baku dalam merekam catatan monitoring. Isi *form* monitoring meliputi bagian/unit, hasil pembahasan, kesesuaian, penanggung jawab, dan petugas monitoring.

**Gambar 4.** *Form* Monitoring Pelayanan

	PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN DINAS KESEHATAN UPTD KESEHATAN PUSKESMAS PURWOSARI FORM MONITORING					
Tanggal :						
No	Bagian / Unit	Bahasan Monitoring	Kesesuaian		Penanggung Jawab Bagian / Unit	Petugas Monitoring
			Sesuai (v)	Tidak Sesuai (x)		

Disetujui oleh:  
\_\_\_\_\_

**Konfirmasi Validasi**

Konfirmasi validasi pada pembuatan seluruh SOP dilakukan dengan cara berdiskusi dengan sekretaris tim akreditasi puskesmas. Pembuatan keseluruhan SOP dilakukan secara terlebih dahulu kemudian melakukan diskusi dengan sekretaris tim akreditasi secara bertahap. Konfirmasi validasi bersama dengan sekretaris tim akreditasi dihasilkan beberapa hasil perbaikan-perbaikan. Perbaikan yang diberikan tidak hanya pada dokumen SOP saja namun juga kepada dokumen yang terkait dengan SOP. Langkah-langkah dalam SOP Monitoring Pelayanan yang menjadi kunci yaitu adanya sistem waktu berkala yang jelas dilakukan monitoring beserta cara melakukannya dengan menggunakan form monitoring. Penggunaan form monitoring dibutuhkan SK Kepala Puskesmas tentang standar indikator pelayanan supaya terjadi sinkronisasi antara harapan dengan pelaksanaan. Hasil penilaian menurut tata cara penilaian yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu bernilai lima (5) karena sebelumnya tidak ada dokumen SOP tentang Monitoring Pelayanan dan kini telah ada dan baku. Hasil nilai tersebut tidak dapat diberi nilai sepuluh (10) karena SOP tersebut hanya berupa rancangan dan belum adanya implementasi secara nyata di UPTD Kesehatan Puskesmas Purwosari.

**Penutup**

Hasil akhir yang didapatkan adalah rancangan dokumen-dokumen Elemen Penilaian dari Perancangan Standar Monitoring Pelayanan di Puskesmas. SOP Monitoring Pelayanan memiliki dokumen yang terkait atau disebut dokumen penunjang. Saran yang dapat dilakukan adalah perlunya dimulai implementasi. Implementasi dilakukan dengan adanya sosialisasi SOP baru beserta dokumen terkaitnya. Sosialisasi wajib dihadiri oleh seluruh pihak terkait dan tidak dapat diwakilkan agar sosialisasi bersifat efektif dan efisien. Pelaksanaan implementasi juga harus dilakukan rapat secara berkala untuk menilai keefektifan SOP dan memberikan perbaikan jika diperlukan.

**Daftar Pustaka**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Author.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Author.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta: Author.
4. Hutchins, G. B. (1991). Introduction to Quality Control, assurance, and management. New York: McMillan Publishing Company.
5. Gaspersz, V. (1997). Manajemen Kualitas: Penerapan Konsep-Konsep Kualitas dalam Manajemen Bisnis Total. Jakarta: Gramedia.
6. Gaspersz, V. (2002). Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa. Jakarta: Gramedia.
7. Taylor, J. R. (1989). Quality Control Systems. United States of America: McGraw-Hill.
8. Deming, W. E. (1986). Out of Crisis. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.