

SELAMAT DATANG
THE SURVIVOR KAMUNG KARENGAS UKP
BU UPTD PUSKESMAS KARAMAT KABUPATEN BUOL



KESIAPAN DOKUMEN AKREDITASI KELOMPOK KERJA UPAYA KESEHATAN PERORANGAN (UKP) PUSKESMAS KARAMAT KABUPATEN BUOL DALAM MENGHADAPI AKREDITASI



Mohammad Yasin
Byba Melda Suhita
Agusta Dian Ellina

Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok
Kerja Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
Puskesmas Karamat Kabupaten Buol Dalam
Menghadapi Akreditasi

MOHAMMAD YASIN

BYBA MELDA SUHITA

AGUSTA DIAN ELLINA



Penerbit:

STRADA PRESS

KESIAPAN DOKUMEN AKREDITASI KELOMPOK KERJA UPAYA KESEHATAN PERORANGAN (UKP) PUSKEMAS KARAMAT KABUPATEN BOL DALAM MENGHADAPI AKREDITASI

Penulis:

Mohammad Yasin
Byba Melda Suhita
Agusta Dian Ellina

Editor:

Tim STRADA PRESS

Penyunting:

Tim STRADA PRESS

Desain Cover:

Tim STRADA PRESS

Tata Letak:

Tim STRADA PRESS

Penerbit : STRADA PRESS
Redaksi : Jl. Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur
Website : stradapress.org
Email : stradapress@iik-strada.ac.id
Kontak : 081 336435001
Cetakan : Pertama, 2021

ISBN:

978-602-5842-85-6

© 2021 STRADA PRESS.

Penerbit Anggota Resmi IKAPI Indonesia

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun baik secara elektronik dan mekanik termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat Rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan buku referensi ini dengan baik tanpa ada satu halangan yang berarti.

Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat luas. Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak terkait yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu karena atas bantuannya penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan lancar.

Buku yang diberi judul *Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Puskesmas Karamat Kabupaten Buol dalam Menghadapi Akreditasi* ini memuat Konsep Puskesmas, Konsep Akreditasi Puskesmas, Standarisasi Puskesmas, dan seterusnya. Buku ini disusun agar masyarakat, dalam hal ini pembaca, dapat mengetahui informasi tentang pengetahuan umum mengenai Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna dan masih banyak banyak kekurangan. Oleh sebab itu, penulis mengharapkan kritik, saran, dan masukan yang konstruktif dari para pembaca sekalian.

Semoga buku ini bermanfaat dan digunakan sebagaimana mestinya.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv

BAB I KONSEP PUSKESMAS

1. Pengertian	1
2. Tujuan Puskesmas.....	2
3. Fungsi Puskesmas	2
4. Upaya Kesehatan Puskesmas.....	3
5. Visi Puskesmas	5
6. Misi Puskesmas.....	5
7. Upaya Pelayanan	6
8. Pelayanan Puskesmas.....	7

BAB II KONSEP AKREDITASI PUSKESMAS

1. Dasar Hukum.....	11
2. Pengertian	12
3. Tujuan Akreditas Puskesmas	13
4. Manfaat Akreditas Puskesmas	14
5. Pelaksana Akreditasi Puskesmas	15
6. Proses Akreditasi Puskesmas.....	16
7. Mekanisme Akreditasi Puskesmas	18
8. Mekanisme Pendampingan Persiapan Akreditasi Puskesmas Tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	19
9. Tahap Penyelenggaraan Akreditasi Puskesmas	20
10. Ketentuan Penilaian/Standar Akreditasi Puskesmas.....	21
11. Akreditasi Puskesmas Menilai 3 Kelompok Pelayanan di Puskesmas (Permenkes No.46 Tahun 2015).....	22
12. Dokumen Akreditasi Puskesmas.....	24
13. Nilai Elemen Akreditasi	26
14. Keputusan Akreditasi/Jenis Akreditasi	26

BAB III STANDARISASI PUSKESMAS

1. Standar Manajemen dan Administasi Puskesmas	28
--	----

BAB IV DOKUMEN AKREDITASI PUSKESMAS

1. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	35
---	----

**BAB V MANAJEMEN PENUNJANG LAYANAN KLINIS
PELAYANAN LABORATORIUM**

**BAB VI PENINGKATAN MUTU KLINIS DAN KESELAMATAN PASIEN
(PMKP)**

**BAB VII KESIAPAN DOKUMEN AKREDITASI UPAYA
KESEHATAN PERORANGAN (UKP)**

1. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP).....	115
2. Manajemen Penunjang Layanan Klinis Pelayanan Laboratorium (MPLK)	116
3. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP).....	118
REFERENSI	120

BAB I

KONSEP PUSKESMAS

1. Pengertian

Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang disingkat dengan Puskesmas adalah salah satu upaya pemerintah dalam memenuhi kebutuhan Kesehatan Masyarakat. Menurut Ismaniar (2015: 38), Puskesmas adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Dan di tambahkan oleh Sina (2017: 138) bahwa Puskesmas adalah Kesatuan Organisasi Kesehatan Fungsional yang merupakan Pusat pengembangan Masyarakat yang juga membina peran serta Masyarakat, di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat wilayah kerja dalam bentuk kegiatan pokok. Hal ini dikarenakan pelayanan kesehatan yang dapat diperoleh di Puskesmas adalah pelayanan tingkat pertama.

Puskesmas adalah pelayanan tingkat pertama. Hal ini sesuai dengan yang disebutkan oleh Harnilawati (2013: 24) Bahwa Puskesmas adalah Suatu Unit pelaksana Fungsional yang berfungsi sebagai pusat pengembangan kesehatan, Pusat pembinaan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu. Artinya Puskesmas memiliki jangkauan kesehatan yang relatif sempit dikarenakan terbatasnya wilayah kerja. Akan tetapi mutu pelayanan kesehatan haruslah memiliki mutu yang baik. Hal ini senada dengan yang di ungkapkan oleh Thomas (2015) yang menyatakan bahwa Puskesmas Merupakan sarana pelayanan kesehatan masyarakat, pemerintah yang

wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, adil, dan juga merata.

2. Tujuan Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang di selenggarakan Puskesmas yang tertera pada peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 Pasal 2 yang mana tujuan tersebut adalah:

- a. Untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
- b. untuk mewujudkan masyarakat yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu; untuk mewujudkan masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat
- c. untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Tujuan dari dibentuknya Puskesmas adalah untuk menciptakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara adil dan merata. Menurut Ismaniar (2015: 38) bahwa tujuan dari Puskesmas adalah mendukung tercapainya pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, Kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

3. Fungsi Puskesmas

Effendi (2009) Menyebutkan 3 (Tiga) Fungsi pokok Puskesmas, yaitu:

- a. Sebagai Pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama dan Upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respons penanggulangan penyakit (Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014).

4. Upaya Kesehatan Puskesmas

Kegiatan-kegiatan pokok yang diselenggarakan oleh Puskesmas sejak berdirinya semakin berkembang, mulai dari 7 usaha pokok kesehatan, 12 usaha pokok kesehatan, 13 usaha pokok kesehatan dan meningkat menjadi 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh Puskesmas sesuai dengan kemampuannya. Tiap-tiap Puskesmas mempunyai kemampuan yang berbeda

baik dari faktor tenaga, sarana dan prasarana, biaya yang tersedia, maupun kemampuan manajemennya.

Eny Retno Purnamaningsih, (2018: 9) Menambahkan 20 Upaya Kesehatan Puskesmas, yaitu:

- a. upaya kesehatan ibu dan anak,
- b. upaya keluarga berencana,
- c. upaya peningkatan gizi,
- d. upaya kesehatan lingkungan,
- e. upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular,
- f. upaya pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan,
- g. upaya penyuluhan kesehatan,
- h. upaya kesehatan sekolah,
- i. upaya kesehatan olah raga,
- j. upaya perawatan kesehatan masyarakat,
- k. upaya kesehatan kerja,
- l. upaya kesehatan gigi dan mulut,
- m. upaya kesehatan jiwa,
- n. upaya kesehatan mata,
- o. upaya laboratorium sederhana,
- p. upaya pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan,
- q. upaya kesehatan usia lanjut,
- r. upaya pembinaan pengobatan tradisional,
- s. upaya kesehatan remaja, dan
- t. dana sehat.

Upaya Kesehatan di atas adalah upaya kesehatan Puskesmas berdasarkan buku pedoman kerja Puskesmas. Akan tetapi, upaya kesehatan pokok tersebut di Lakukan berdasarkan pada faktor tenaga, sarana dan prasarana, serta biaya yang tersedia berikut kemampuan manajemen dari tiap-tiap Puskesmas. Dapat di

simpulkan bahwa setiap Puskesmas akan memiliki upaya pokok yang dapat dilakukan. Dengan kata lain antara Puskesmas yang satu dengan Puskesmas yang lain tidak sama.

Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. Pengelolaan Puskesmas biasanya berada di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota.

5. Visi Puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas adalah pembangunan kesehatan yang sesuai dengan paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna dan keterpaduan serta kesinambungan (Permenkes RI No 75 Tahun 2014).

6. Misi Puskesmas

Dalam misi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya visi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah:

- a. Mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- b. menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya;
- c. mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat;

- d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan;
- e. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan;
- f. mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas (Permenkes RI No 75 Tahun 2014).

7. Upaya Pelayanan

Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Upaya pelayanan yang diselenggarakan adalah:

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas..
- b. Pelayanan medik dasar yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya perawatan yang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu. Program Puskesmas merupakan program kesehatan dasar, meliputi:

- a. promosi kesehatan,
- b. kesehatan lingkungan,
- c. KIA & KB,
- d. perbaikan gizi,
- e. pemberantasan penyakit menular,

- f. pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medik (laboratorium dan farmasi).

8. Pelayanan Puskesmas

Pelayanan Puskesmas dibagi menjadi dua, yaitu Puskesmas rawat jalan dan Puskesmas rawat inap.

a. Pelayanan Rawat Jalan

Rawat Jalan merupakan salah satu unit kerja di Puskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pertumbuhan yang cepat dari rawat jalan ditentukan oleh tiga faktor yaitu:

- 1) Penekanan biaya untuk mengontrol peningkatan harga perawatan kesehatan dibandingkan dengan rawat inap.
- 2) Peningkatan kemampuan dan sistem reimbursement untuk prosedur di rawat jalan
- 3) Perkembangan secara terus menerus dari teknologi tinggi untuk pelayanan rawat jalan akan menyebabkan pertumbuhan rawat jalan

Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau untuk tindakan rujukan. Tenaga pelayanan di rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu:

- 1) Tenaga administrasi (nonmedis) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran
- 2) Tenaga keperawatan (paramedis) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan/pengobatan
- 3) Tenaga dokter (medis) pada masing-masing poliklinik yang ada.

Tujuan pelayanan rawat jalan di antaranya adalah untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya. Rawat Jalan hendaknya memiliki lingkungan yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien. Hal ini penting untuk diperhatikan karena dari rawat jalanlah pasien mendapatkan kesan pertama mengenai Puskesmas tersebut.

Lingkungan rawat jalan yang baik hendaknya cukup luas dan memiliki sirkulasi udara yang lancar, tempat duduk yang nyaman perabotan yang menarik dan tidak terdapat suara-suara yang mengganggu. Diharapkan petugas yang berada di rawat jalan menunjukkan sikap yang sopan dan suka menolong.

b. Pelayanan Rawat Inap atau Puskesmas Rawat Inap

Pelayanan rawat inap Puskesmas rawat inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong pasien gawat darurat, baik berupa tindakan operatif terbatas maupun asuhan keperawatan sementara dengan kapasitas kurang lebih 10 tempat tidur.

Rawat inap itu sendiri berfungsi sebagai rujukan antara yang melayani pasien sebelum dirujuk ke institusi rujukan yang lebih mampu, atau dipulangkan kembali ke rumah. Kemudian mendapat asuhan perawatan tindak lanjut oleh petugas perawat kesehatan masyarakat dari Puskesmas yang bersangkutan di rumah pasien. Pendirian Puskesmas harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

- 1) Puskesmas terletak kurang lebih 20 km dari rumah sakit,
- 2) Puskesmas mudah dicapai dengan kendaraan bermotor dari Puskesmas sekitarnya,
- 3) Puskesmas dipimpin oleh seorang dokter dan telah mempunyai tenaga yang memadai,
- 4) jumlah kunjungan Puskesmas minimal 100 orang per hari,

- 5) penduduk wilayah kerja Puskesmas dan penduduk wilayah 3 Puskesmas disekelilingnya minimal rata-rata 20.000 orang/Puskesmas,
- 6) pemerintah daerah bersedia untuk menyediakan anggaran rutin yang memadai (Depkes RI, 2009).

Puskesmas rawat inap diarahkan untuk melakukan kegiatan kegiatan sebagai berikut:

- 1) Melakukan tindakan operatif terbatas terhadap penderita gawat darurat antara lain; kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit, penyakit lain yang mendadak dan gawat.
- 2) Merawat sementara penderita gawat darurat atau untuk observasi penderita dalam rangka diagnostik dengan rata-rata hari perawatan tiga (3) hari atau maksimal tujuh (7) hari.
- 3) Melakukan pertolongan sementara untuk mempersiapkan pengiriman penderita lebih lanjut ke Rumah Sakit.
- 4) Melakukan metoda operasi pria dan metoda operasi wanita untuk keluarga berencana.

Selain itu ruang rawat inap dilengkapi dengan fasilitas tambahan berupa:

- 1) Ruangan tambahan seluas 246 meter persegi yang terdiri dari ruangan perawatan, operasi sederhana, persalinan, perawat jaga, pos operasi, kamar linen, kamar cuci, dapur, laboratorium.
- 2) Peralatan medis dan perawatan berupa peralatan operasi terbatas, obstetric patologis, resusitasi, vasektomi, dan tubektomi, tempat tidur dan perlengkapan perawatan.
- 3) Tambahan tenaga meliputi seorang dokter yang telah mendapat pelatihan klinis di Rumah sakit selama 6 bulan (dalam bidang kebidanan, kandungan, bedah, anak dan penyakit dalam), 2 orang 11 perawat/bidan yang diberi tugas secara bergiliran dan seorang petugas kesehatan untuk melaksanakan tugas administratif di ruang rawat inap.

Pendirian Puskesmas rawat inap didasarkan pada kebijaksanaan:

- 1) Puskesmas dengan ruang rawat inap sebagai pusat rujukan antara dalam sistem rujukan, berfungsi untuk menunjang upaya penurunan kematian bayi dan ibu maternal, keadaan-keadaan gawat darurat serta pembatasan kemungkinan timbulnya kecacatan.
- 2) Menerapkan standar praktek keperawatan yang bertugas di ruang rawat inap Puskesmas sesuai dengan prosedur yang diterapkan.
- 3) Melibatkan pasien dan keluarganya secara optimal dalam meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan (Depkes RI, 2009).

BAB II

KONSEP AKREDITASI PUSKESMAS

1. Dasar Hukum

Akreditasi Puskesmas dibuat berdasarkan dasar hukum yang telah ada sebelumnya guna memperkuat landasan hukum akreditasi Puskesmas. Beberapa dasar hukum yang digunakan dalam pembuatan akreditasi Puskesmas yaitu:

- a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 54 ayat (1) menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu serta merata dan non diskriminatif.
- b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 49 bahwa setiap dokter/dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu.
- c. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.
- d. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 43. Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri bertanggung jawab untuk; Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*), pertimbangan klinis (*clinical advisory*) dan manfaat jaminan kesehatan, perhitungan standar tarif, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan.

- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 pasal 39 ayat 1 yang berbunyi bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.

2. Pengertian

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan (Permenkes Nomor 46 tahun 2015).

Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama merupakan upaya peningkatan mutu dan kinerja pelayanan yang dilakukan melalui membangun sistem manajemen mutu, penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat, dan sistem pelayanan klinis untuk memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan dan peraturan perundangan serta pedoman yang berlaku (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Kebijakan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya Puskesmas adalah dengan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Dalam Permenkes bahwa kata-kata “Setelah memenuhi standar Akreditasi” Artinya bahwa di dalam penilaian dan pemenuhan elemen-elemen akreditasi wajib memenuhi standar elemen penilaian yang ada. Dalam pemenuhan semua elemen yang ada, Puskesmas di haruskan untuk melakukan apa yang ada di dalam elemen penilaian. Ada dokumen dan proses implementasi yang wajib di

laksanakan guna mencapai Akreditasi dan peningkatan mutu. Marshanti, dkk., (2017) Mengatakan bahwa Akreditasi Mengukur setiap keadaan berdasarkan standar yang sudah di tetapkan untuk mendapatkan hasil pengukuran kualitas layanan kesehatan.

Akreditasi di lakukan oleh pihak External sehingga mengurangi Bias dalam melakukan penilaian. Dengan menggunakan penilaian tersebut, diharapkan Puskesmas Melaksanakan hasil penilaian sehingga meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Senada dengan Marshanti, dkk. (2017) menjelaskan bahwa Akreditasi merupakan proses pengamatan yang di lakukan terhadap proses pelayanan kesehatan untuk memenuhi kriteria dan standar akreditasi yang telah di tentukan. Akreditasi dapat di lakukan pada setiap Organisasi Penyelenggaraan layanan kesehatan, salah satunya adalah Puskesmas.

Akreditasi juga merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS, sebagaimana diatur dalam Permenkes Nomor 71 tahun 2013 Pasal enam ayat dua tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.

3. Tujuan Akreditasi Puskesmas

Tujuan utama Akreditasi adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi (Permenkes Nomor 46 tahun 2015).

Akreditasi Puskesmas bertujuan untuk memberikan penilaian kepada Puskesmas sesuai dengan standar yang di tetapkan (Farhana, dkk., 2016). Hal ini bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat sesuai dengan standar dalam artian pelayanan kesehatan dapat di rasakan merata bagi setiap masyarakat. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik

Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Hal ini bertujuan untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas. Akreditasi diperlukan dengan tujuan agar pelayanan kesehatan memiliki mutu dan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar (Permenkes Nomor 46 Tahun 2015). Senada dengan Marshanti, dkk. (2017) yang mengatakan bahwa Akreditasi yang di perlukan untuk tujuan pembinaan, peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap system manajemen mutu dan system peyelenggaraan klinis dan system manajemen risiko.

4. Manfaat Akreditasi Puskesmas

Akreditasi Puskesmas memiliki beberapa manfaat, antara lain:

- a. Memberikan keunggulan kompetitif.
- b. Memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Menjamin diselenggarakannya pelayanan kesehatan primer kepada pasien dan masyarakat.
- d. Meningkatkan pendidikan pada staf fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat.
- e. Meningkatkan pengelolaan risiko baik pada pelayanan pasien baik di Puskesmas maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer lainnya, dan penyelenggaraan upaya Puskesmas kepada masyarakat.
- f. Membangun dan meningkatkan kerja tim antarstaf fasilitas pelayanan kesehatan primer.
- g. Meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja.
- h. Meningkatkan keamanan dalam bekerja.

5. Pelaksana Akreditasi Puskesmas

Komisi Akreditasi Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah Lembaga Independen yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan untuk melaksanakan penilaian akreditasi Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama lainnya, yang selanjutnya disebut sebagai Komisi Akreditasi.

- a. Tim Akreditasi Puskesmas Tim akreditasi Puskesmas dibentuk oleh kepala Puskesmas. Tim akreditasi Puskesmas yang telah terbentuk bertanggung jawab untuk menyiapkan Puskesmas dalam memperoleh akreditasi Puskesmas.
- b. Tim Pendamping Dinas kesehatan Kabupaten/Kota Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan anggota yang berasal dari pejabat fungsional atau struktural Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pihak ketiga atau lembaga lain. Tim yang telah dilatih kemudian akan ditugaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendampingi Puskesmas dalam penyelenggaraan akreditasi. Pendampingan dilakukan baik praakreditasi maupun pascaakreditasi. Pendampingan praakreditasi merupakan rangkaian kegiatan persiapan Puskesmas agar memenuhi standar akreditasi. Pendampingan pascaakreditasi merupakan kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan pencapaian standar Akreditasi secara berkesinambungan sampai dilakukan penilaian Akreditasi berikutnya.
- c. Tim Akreditasi Dinas Kesehatan Provinsi Tim akreditasi Dinas Kesehatan Provinsi adalah Tim Pelatih Calon Pendamping Akreditasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tim terdiri dari widyaiswara dan staf Dinas Kesehatan Provinsi atau peserta dari individu atau pihak ketiga yang diusulkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dengan persyaratan dan kriteria yang telah ditetapkan. Setelah tim terbentuk selanjutnya tim tersebut akan

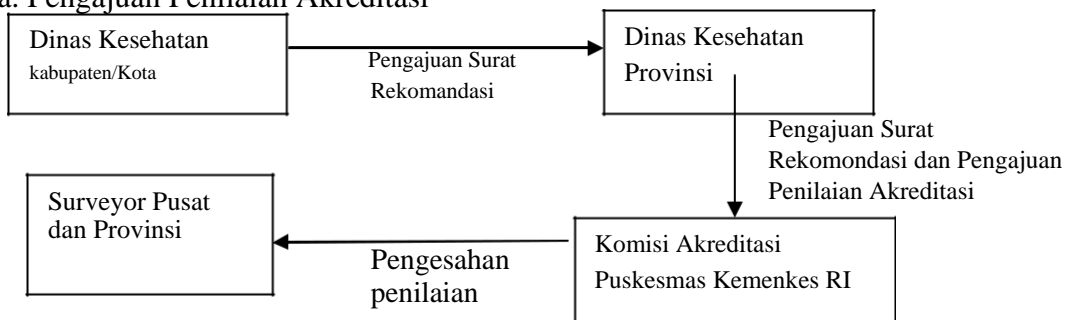
mendapatkan pelatihan untuk kemudian menjadi Tim Pelatih Pendamping Akreditasi Puskesmas.

- d. Tim Surveior Tim Surveior merupakan tim penilaian akreditasi Puskesmas yang ditugaskan oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Tim tersebut terdiri dari widyaiswara dan staf Dinas Kesehatan Provinsi atau peserta dari individu atau pihak ketiga yang diusulkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dengan persyaratan dan kriteria yang telah ditetapkan. Tim surveior mempunyai tugas untuk melakukan survei akreditasi terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai dengan standar yang berlaku. Tim surveior mempunyai kewajiban dan kewenangan untuk memberikan rekomendasi status pencapaian akreditasi kepada Komisi Akreditas.

6. Proses Akreditasi Puskesmas

Proses Akreditasi Puskesmas terdiri dari:

a. Pengajuan Penilaian Akreditasi



Sumber: Direktorat Pembinaan Bina Upaya Kesehatan, 2013

Gambar 2.1: Proses Pengajuan Penilaian Akreditasi Puskesmas

Keterangan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengajukan permintaan penilaian akreditasi Kepada Komisi Akreditasi melalui Kepala Dinas Kesehatan Propinsi berdasarkan hasil penilaian Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi membuat surat rekomendasi dan meneruskan permintaan akreditasi kepada Komisi akreditasi (maks 5 hari kerja) dalam bentuk surat elektronik dan surat asli.
3. Komisi Akreditasi menugaskan Koordinator Surveior di Provinsi untuk merencanakan dan melaksanakan survei penilaian akreditasi dengan tembusan Kadinkes Prov (maks 5 hari kerja).
4. Koordinator melakukan pembahasan internal untuk menyusun jadwal penilaian termasuk penentuan surveiornya (maks 3 hari kerja).
5. Surat jawaban dari Koordinator beserta jadwal disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi (maks 5 hari kerja).

b. Pelaksanaan Survei Akreditasi

Survei akreditasi dilakukan selama 3 (tiga) hari sesuai dengan jadwal yang ditetapkan, jumlah surveior yang ditugaskan tergantung dari banyaknya upaya kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas.

c. Penetapan dan Rekomendasi Hasil Audit

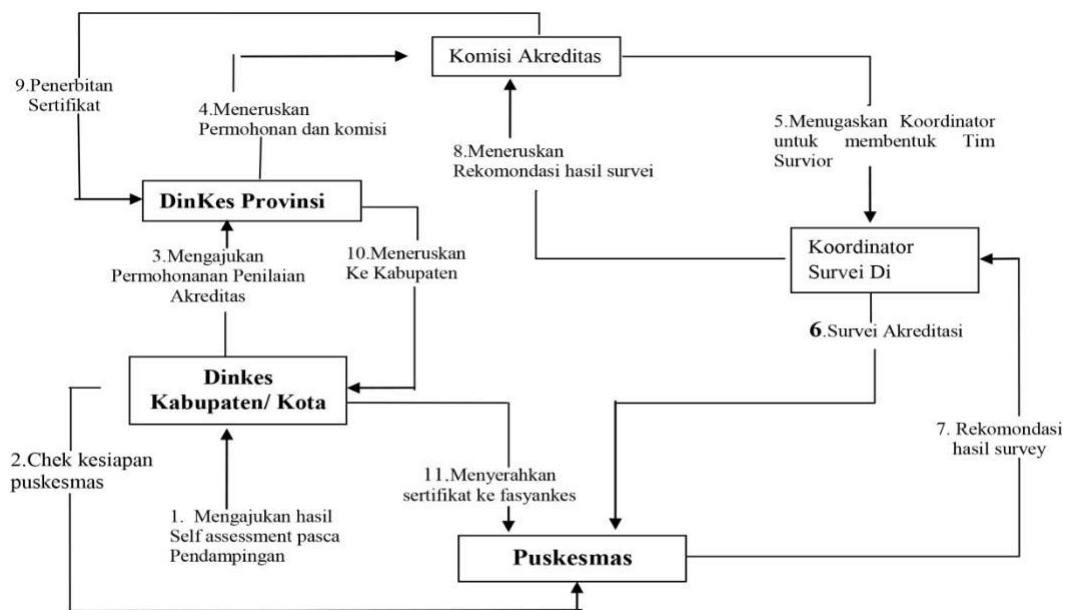
Dilaksanakan pada hari ketiga survei, antara lain:

- 1) Rapat tim surveior.
- 2) Kesimpulan dan rekomendasi (dalam rekomendasi harus disebutkan prioritas pendampingan oleh tim pendamping kabupaten/kota dalam melakukan pembinaan 6 bulan).
- 3) Laporan hasil survei dikirim langsung oleh Ketua tim surveyor kepada Komisi Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama dengan tembusan kepada koordinator surveior di provinsi (maksimum 7 hari setelah pelaksanaan Survei Akred) melalui surel dan surat dengan menggunakan software pelaporan.

- d. Penentuan Kelulusan Akreditasi melalui Rapat Komisioner dalam waktu maksimum 10 hari kerja. Penerbitan sertifikat Akreditasi oleh Komisi Akreditasi dalam waktu 10 hari kerja, untuk kemudian dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi dalam waktu 5 hari kerja untuk diteruskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

7. Mekanisme Akreditasi Puskesmas

Dalam melakukan akreditasi diperlukan mekanisme kerja guna memberikan gambaran mekanisme akreditasi Puskesmas. Berikut mekanisme akreditasi Puskesmas.



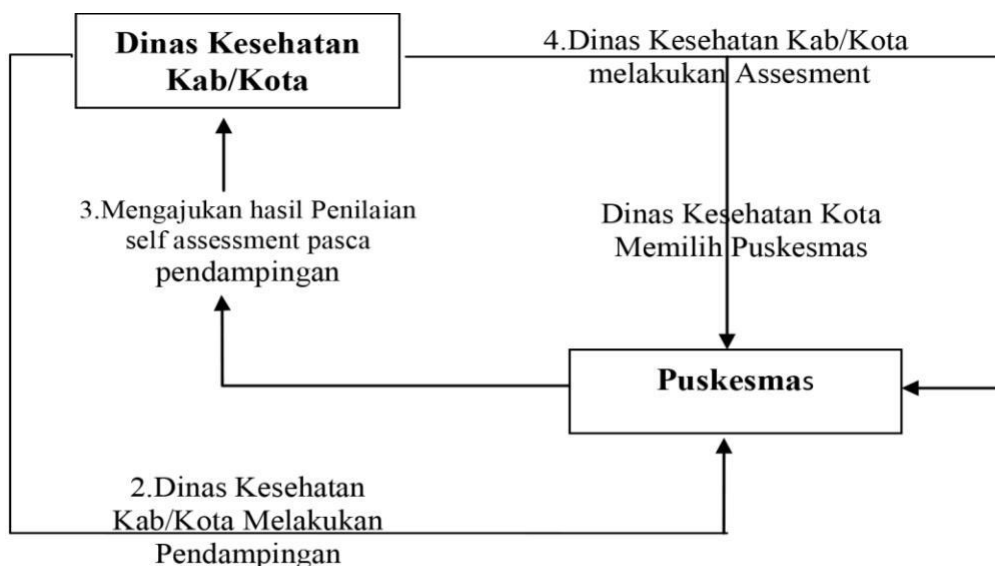
Sumber : Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, 2013

Gambar 2.2 Mekanisme Akreditasi Puskesmas

Keterangan:

1. Pengajuan permohonan akreditasi.
2. Periksa kesiapan Puskesmas.
3. Mengirimkan surat permohonan akreditasi kepada Dinkes Provinsi.
4. Meneruskan permohonan kepada Komisi Akreditasi.
5. Menugaskan koordinator untuk membentuk tim surveior.
6. Survei Akreditasi.
7. Pengiriman hasil survey kepada coordinator surveyor.
8. Meneruskan rekomendasi hasil survei kepada Komisi Akreditasi.
9. Penerbitan sertifikasi oleh Komisi Akreditasi yang kemudian dikirimkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
10. Meneruskan sertifikasi kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota.
11. Menyerahkan sertifikasi akreditasi kepada Puskesmas

8. Mekanisme pendampingan persiapan akreditasi Puskesmas tingkat Dinas Kesehatan Kab/Kota.



Sumber : Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, 2013

Gambar 2.3 : Mekanisme Pendampingan Akreditasi Puskesmas

Keterangan:

1. Dinas Kesehatan Kota memilih Puskesmas yang akan melakukan akreditasi.
2. Dinas Kesehatan Kota melakukan pendampingan terhadap Puskesmas dalam melakukan akreditasi Puskesmas.
3. Puskesmas mengajukan hasil penilaian self assessment pasca pendampingan ke Dinas Kesehatan Kota.
4. Dinas Kesehatan Kota selanjutnya melakukan assessment terhadap Puskesmas.

9. Tahap Penyelenggaraan Akreditasi Puskesmas

Agar Puskesmas terakreditasi, ada tahapan yang harus dilakukan diantaranya adalah:

a. Persiapan

Persiapan dapat dilakukan dengan mensosialisasikan ke masyarakat. Sosialisasi bertujuan untuk memberitahukan ke masyarakat sekitar bahwa Puskesmas tersebut akan akreditasi, diharapkan dari sosialisasi tersebut masyarakat dapat mendukung langkah Puskesmas agar terakreditasi sehingga pelayanan akan lebih maksimal.

Sosialisasi dapat dilakukan dengan mengumpulkan warga sekitar Puskesmas, berharap agar masyarakat mendukung dan tahu akan pentingnya akreditasi Puskesmas. Puskesmas juga dapat memasang spanduk di Puskesmas agar masyarakat tahu bahwa Puskesmas akan akreditasi.

b. Pendampingan

Pendampingan dilakukan oleh tim pendamping kabupaten atau kota. Pendampingan dapat dilakukan dengan cara lokakarya penggalangan komitmen internal Puskesmas, workshop teknis pemahaman akreditasi PKM, self

assessment awal, penyusunan dokumen akreditasi, penyusunan dokumen akreditasi, impementasi akreditasi dan self assessment akhir.

c. Pengusulan

Pengusulan maksudnya adalah mengusulkan Puskesmas yang akan di akreditasi ke komisi akreditasi FKTP.

d. Penilaian

Penilaian akreditasi di nilai oleh tim survaior dari komisi akreditasi FKTP.

e. Pendampingan Pasca Survey

Pasca survey akreditasi, tim mutu akan melakukan monitoring dan evaluasi dan sedangkan tim pendamping kabupaten atau kota akan melakukan pendampingan.

Akreditasi berdasar pada peraturan peundangan pedoman acuan standar. Penyelenggaraan pelayanan di lakukan untuk mengukur, memonitor, mengendalikan, memelihara, menyempurnakan dan mendokumentasikan kegiatan. Tujuan penyelenggaraan pelayanan tersebut agar masyarakat merasa puas akan pelayanan Puskesmas.

10. Ketentuan Penilaian/Standar Akreditasi Puskesmas

Dalam proses pelaksanaan Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu kelompok administrasi manajemen, yang diuraikan dalam Bab I, II, dan III, kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), yang diuraikan dalam Bab IV, V, dan VI, dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan atau Pelayanan Kesehatan yang diuraikan dalam bab VII, VIII, dan IX.

Standar akreditasi disusun dalam 9 Bab, yang terdiri dari:

- | | |
|---------|--|
| Bab I | Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP) |
| Bab II | Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP) |
| Bab III | Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) |
| Bab IV | Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi |

	Sasaran (UKMBS)
Bab V	Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)
Bab VI	Sasaran Kinerja dan MDG's (SKM)
Bab VII	Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)
Bab VIII	Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)
Bab IX	Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

11. Akreditasi Puskesmas Menilai 3 Kelompok Pelayanan di Puskesmas (Permenkes Nomor 46 Tahun 2015), Yaitu:

a. Kelompok Administrasi Manajemen (Admin)

Manajemen administrasi merupakan suatu pendekatan yang difokuskan pada prinsip-prinsip yang dapat digunakan oleh manajer untuk mengoordinasi aktivitas intern organisasi. Kelompok administrasi manajemen Puskesmas diuraikan menjadi:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan Puskesmas Manajemen Puskesmas diselenggarakan sebagai berikut:
 - a) Proses pencapaian tujuan Puskesmas.
 - b) Proses menyelaraskan tujuan organisasi dan tujuan pegawai Puskesmas.
 - c) Proses mengelola dan memberdayakan sumber daya dalam rangka efisiensi dan efektivitas Puskesmas.
 - d) Proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah.
 - e) Proses kerjasam dan kemitraan dalam pencapaian tujuan Puskesmas.
 - f) Proses mengelola lingkungan.

2) Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas

Manajemen Puskesmas didefinisikan sebagai rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan sistematis yang dilaksanakan Puskesmas yakni perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan

pertanggungjawaban. Keberhasilan dari rangkaian kegiatan tersebut sangat dipengaruhi oleh kepemimpinan dari kepala Puskesmas.

3) Peningkatan Mutu Puskesmas

Upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas merupakan suatu proses manajemen yang dilakukan secara sistematis, objektif, terpadu, dan berkesinambungan serta berorientasi pada pelanggan. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan Puskesmas didasari atas paradigma bahwa peningkatan mutu pelayanan Puskesmas akan tercapai, jika proses pelayanan diperbaiki dengan menerapkan prinsip dan metode jaminan mutu.

b. Kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnyamasalah kesehatan dengansasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat (Permenkes Nomor 75 Tahun 2014). Upaya kesehatan masyarakat (UKM) meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial sebagaimana dimaksud pada meliputi (Permenkes Nomor 75 Tahun 2014):

- 1) pelayanan promosi kesehatan,
- 2) pelayanan kesehatan lingkungan,
- 3) pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana,
- 4) pelayanan gizi, dan
- 5) pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/ataubersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, ke khususnya wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas (Permenkes Nomor 75 Tahun 2014).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 menyatakan bahwa Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) diuraikan dalam:

- 1) Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS).
- 2) Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM).
- 3) Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat.

c. Kelompok Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk:

- 1) rawat jalan,
- 2) pelayanan gawat darurat,
- 3) pelayanan satu hari (*one day care*),
- 4) *home care*, dan/atau
- 5) rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan (Permenkes Nomor 75 Tahun 2014).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 menyatakan bahwa Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) diuraikan dalam:

- 1) Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP).
- 2) Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK).
- 3) Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP).

12. Dokumen Akreditasi Puskesmas

Pengaturan sistem dokumentasi dalam satu proses implementasi akreditasi FKTP dianggap penting karena dokumen merupakan acuan kerja, bukti pelaksanaan dan penerapan kebijakan, program dan kegiatan, serta bagian dari salah satu persyaratan Akreditasi FKTP. Dengan adanya sistem dokumentasi yang baik dalam suatu institusi/organisasi diharapkan fungsi-fungsi setiap

personil maupun bagian-bagian dari organisasi dapat berjalan sesuai dengan perencanaan bersama dalam upaya mewujudkan kinerja yang optimal.

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

a. Penyelenggaraan Manajemen Puskesmas

- 1) Kebijakan kepala Puskesmas.
- 2) Rencana Lima Tahunan Puskesmas.
- 3) Pedoman/manual mutu.
- 4) Pedoman/panduan teknis yang terkait dengan manajemen.
- 5) Standar operasional prosedur (SOP).
- 6) Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)
 - a) Rencana Usulan Kegiatan (RUK)
 - b) Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
- 7) Kerangka Acuan Kegiatan.

b. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

- 1) Kebijakan Kepala Puskesmas.
- 2) Pedoman untuk masing-masing UKM (esensial maupun pengembangan).
- 3) Standar operasional prosedur (SOP).
- 4) Rencana Tahunan untuk masing-masing UKM.
- 5) Kerangka Acuan Kegiatan pada tiap-tiap UKM.

c. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

- 1) Kebijakan tentang Pelayanan Klinis.
- 2) Pedoman Pelayanan Klinis.
- 3) Standar Operasional Prosedur (SOP) Klinis.
- 4) Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

13. Nilai Elemen Akreditasi

Pencapaian terhadap elemen-elemen penilaian pada setiap kriteria di ukur dengan tingkatan sebagai berikut:

- Terpenuhi: bila pencapaian elemen $\geq 80\%$ dengan nilai 10,
- Terpenuhi sebagian: bila pencapaian elemen $20\% - 79\%$, dengan nilai 5,
- Tidak terpenuhi: bila pencapaian elemen $< 20\%$, dengan nilai 0.

Berikut adalah Tabel mengenai standar penilaian Akreditasi Puskesmas dan jumlah elemen penilaian:

Tabel 2.1: Standar Penilaian

No	Standar Penilaian Puskesmas	Jumlah Elemen Penilaian
1	Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	59
2	Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	121
3	Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)	32
4	Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)	53
5	Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)	101
6	Sasaran Kinerja dan MDG's (SKM)	55
7	Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	151
8	Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	172
9	Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	58
Jumlah		802

Sumber: Permenkes Nomor 46 tahun 2015 Tentang akreditasi Puskesmas: Instrumen Akreditasi Puskesmas

14. Keputusan Akreditasi/Jenis Akreditasi

Keputusan Akreditasi di tentukan melalui rapat Tim Penilai Akreditasi. Setiap Nilai yang di peroleh oleh masing-masing penilai, Kemudian di jumlahkan Untuk kemudian ditentukan perolehan nilai. Bagi Puskesmas yang telah di

tentukan Akreditasinya, ada sejumlah status yang di kenakan kepada Puskesmas Tersebut, yaitu:

Tabel 2.2: Keputusan Akreditasi

No	Status Akreditasi	Kriteria Penilaian
1	Tidak Terakreditasi	jika pencapaian nilai Bab I, II, dan III <75 % dan Bab IV, V, VI <60%, serta Bab VII, VIII, IX <20 %
2	Terakreditasi Dasar	jika pencapaian nilai Bab I, II, dan III ≥ 75 %, dan Bab IV, V, VI ≥ 60 %, serta Bab VII, VIII, IX ≥ 20 %
3	Terakreditasi Madya	jika pencapaian nilai Bab I, II,III, IV, V ≥ 75 %, Bab VI, VII ≥ 60 %, serta Bab VIII, IX ≥ 40 %
4	Terakreditasi Utama	jika pencapaian nilai Bab I, II, III, IV, V, VI, VII ≥ 75 dan Bab VIII, IX ≥ 60 %
5	Terakreditasi Paripurna	jika pencapaian nilai semua Bab ≥ 80 %

Sumber: Permenkes Nomor 46 tahun 2015 Tentang akreditasi Puskesmas

BAB III

STANDARDISASI PUSKESMAS

Puskesmas sebagai Unit Pelaksanaan Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Wilayah kerja Puskesmas meliputi wilayah kerja administratif, yaitu satu wilayah Kecamatan atau beberapa Desa/Kelurahan di satu wilayah Kecamatan.

Agar peran dan fungsi Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan yang berada di ujung paling depan dapat lebih maksimal melayani masyarakat, maka setiap Puskesmas yang ada maupun yang akan didirikan harus memenuhi standar, baik sebagai Puskesmas rawat jalan maupun Puskesmas rawat inap. Standar yang dimiliki oleh Puskesmas ada 8 (delapan) karakteristik, meliputi:

1. Standar Manajemen dan Administrasi Puskesmas

Manajemen Puskesmas adalah proses rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis di Puskesmas untuk menghasilkan keluaran yang efektif dan efisien untuk semua pekerjaan kegiatan. Administrasi Puskesmas adalah tata cara tulis-menulis yang dilakukan secara teratur, tertib, terarah, dan seragam serta mempunyai peranan dalam mendukung pelaksanaan tugas pokok guna mencapai tujuan organisasi.

Manajemen dan administrasi di Puskesmas rawat jalan meliputi:

a. Kelembagaan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 30 menyebutkan bahwa semua fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mempunyai izin yang dikeluarkan oleh Pemerintah. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan harus mempunyai izin yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota atas usulan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara

kelembagaan, kedudukan Puskesmas dibedakan menurut keterkaitannya dengan Sistem Kesehatan Nasional, Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota. b. Visi, Misi, dan Tujuan

1) Visi

Rumusan visi untuk masing-masing Puskesmas harus mengacu pada visi tersebut dan digunakan sesuai dengan situasi dan kondisi masyarakat serta wilayah kecamatan setempat.

2) Misi

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas adalah:

- a) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
- b) Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya agar memperhatikan aspek kesehatan.
- c) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
- d) Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian untuk hidup sehat.
- e) Memelihara dan meningkatkan mutu pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- f) Puskesmas akan selalu berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat.
- g) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan. Keluarga, masyarakat, beserta lingkungannya

3) Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan Nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap

orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat. c. Struktur Organisasi

Struktur organisasi Puskesmas tergantung dari kegiatan dan beban tugas masing-masing Puskesmas. Penyusunan struktur organisasi Puskesmas di satu Kabupaten/Kota dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebagai acuan dapat dipergunakan pola struktur organisasi Puskesmas sebagai berikut:

- 1) Kepala Puskesmas
- 2) Unit Tata Usaha yang bertanggung jawab membantu Kepala Puskesmas dalam pengelolaan:
 - a) Pengolahan data dan informasi, Perencanaan, dan Penilaian (SP2TP)
 - b) Keuangan
 - c) Kepegawaian dan umum
- 3) Unit Pelaksana Teknis Fungsional Puskesmas Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di Puskesmas yaitu UKP rawat jalan yang terdiri dari penanggung jawab:
 - a) Poli Umum
 - b) Poli Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Keluarga Berencana (KB)
 - c) Poli Gigi
 - d) Klinik Gizi
 - e) Ambulans
 - f) Unit Gawat Darurat
 - g) Radiologi
 - h) Laboratorium
 - i) Apotik
 - j) Gudang Obat
 - k) Puskesmas Keliling

d. Alur Pelayanan

Alur pelayanan yaitu kemudahan dan kepastian tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Alur pelayanan yang harus ada adalah alur pelayanan Puskesmas, alur pelayanan kamar bersalin, alur pelayanan laboratorium dan lain-lain. Alur pelayanan pasien gawat darurat disesuaikan dengan kasus agar segera mendapatkan penanganan e. Alur Rujukan

Sesuai dengan jenis upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas ada dua macam rujukan yang dikenal, yakni:

1) Rujukan Upaya Kesehatan Perorangan

Cakupan rujukan pelayanan kesehatan perorangan adalah rujukan kasus penyakit. Apabila Puskesmas tidak mampu menanggulangi satu kasus penyakit tertentu, maka Puskesmas tersebut wajib merujuknya ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu. Rujukan upaya kesehatan perorangan dibedakan atas tiga macam:

- a) Rujukan kasus Rujukan kasus dapat dilakukan untuk keperluan: Pengobatan yang memerlukan observasi dan rawat inap, Tindakan medik, Memerlukan pelayanan spesialistik
 - b) Rujukan bahan pemeriksaan (*spesimen*) Rujukan spesimen dapat dilakukan untuk keperluan diagnostik, seperti pemeriksaan BTA, kimia klinik, radiologi, USG, dan EKG.
 - c) Rujukan ilmu pengetahuan Mendatangkan tenaga yang lebih kompeten untuk melakukan bimbingan tenaga Puskesmas dan ataupun menyelenggarakan pelayanan medik di Puskesmas.
- 2) Rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat Cakupan rujukan pelayanan kesehatan masyarakat adalah rujukan masalah kesehatan masyarakat, misalnya kejadian luar biasa, pencemaran lingkungan dan bencana. Rujukan ini dilakukan bila Puskesmas tidak mampu menyelenggarakan

dan tidak mampu menanggulangi upaya kesehatan masyarakat, maka Puskesmas wajib merujuknya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

f. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah suatu perangkat instruksi/langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu dengan memberikan langkah-langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan untuk membantu mengurangi kesalahan dan pelayanan sub standar.

SOP bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi tenaga pelaksana dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bermutu. Selain hal tersebut standar dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pekerjaan, serta melindungi masyarakat dari pelayanan tidak bermutu. Staf medis dan non medis berperan aktif dalam pembuatan SOP serta disahkan oleh Kepala Dinas Kesehatan/Kepala Puskesmas.

SOP harus disertai dengan instruksi kerja yang menjelaskan secara rinci tata cara tentang hal tersebut di atas. Seluruh kegiatan yang berkaitan harus dilaksanakan sesuai dengan prosedur dan instruksi kerja yang ada. SOP dan instruksi kerja tersebut harus dievaluasi secara berkala.

SOP yang harus dimiliki Puskesmas ada dua macam, yaitu:

- 1) SOP medis
- 2) SOP nonmedis, minimal mencakup:
 - a) Pendaftaran, penerimaan dan pemulangan pasien.
 - b) Pelayanan pasien Jamkesmas, Jamkesda dan Jampersal.
 - c) Pengiriman pasien yang akan dirujuk inter dan antar sarana pelayanan kesehatan lain.
 - d) Persetujuan/penolakan tindakan medis.
 - e) Pembayaran di Unit Gawat Darurat dan kebijakan perkecualian bagi keluarga miskin.

- f) Manajemen keluhan bagi pasien, keluarga, pengunjung.
- g) Pengisian kartu rawat jalan.
- h) Penerimaan, penyimpanan dan pemusnahan spesimen.
- i) Pemeriksaan laboratorium

g. Rekam Medik

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, Rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medik merupakan data medik pasien tertulis, yang dapat dipergunakan sebagai alat bukti yang sah menurut hukum, dan hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- 1) Rekam medik harus disediakan untuk setiap kunjungan.
- 2) Rekam medik harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas serta harus sesuai standar yang ditetapkan menurut jenis pelayanan.
- 3) Isi rekam medik untuk pasien rawat jalan sekurang-kurangnya memuat:
 - a) Identitas pasien (nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, dan pekerjaan);
 - b) Tanggal dan waktu;
 - c) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat/perjalanan penyakit;
 - d) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik yang dilakukan;
 - e) Dokumentasi hasil pemeriksaan;
 - f) Diagnosis penyakit;
 - g) Rencana penatalaksanaan;
 - h) Pengobatan dan/atau tindakan medik;
 - i) Identitas dan tanda tangan dari dokter yang menangani;
 - j) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - k) Persetujuan tindakan bila diperlukan;

- 4) Dokter, perawat, dan bidan bertanggung jawab akan kebenaran dan ketepatan pengisian rekam medik.
- 5) Setiap pemberian pelayanan kesehatan oleh para tenaga kesehatan wajib disertai dengan pemberian catatan pada berkas rekam medik.
- 6) Pasien rujukan harus disertai dengan informasi alasan rujukan.

Salah satu hal yang sangat penting dalam standardisasi Puskesmas adalah Sumber daya Manusia. Sumber daya Manusia (SDM) adalah hal yang sangat penting yang harus di perhatikan oleh pihak Puskesmas. Pelatihan dan pengembangan terhadap SDM di Puskesmas sangat perlu untuk di lakukan, sesuai yang di katakana oleh Kalagi (2015) bahwa pelatihan dan pengembangan SDM akan meningkatkan efektivitas dan efisiensi pekerjaan. Oleh sebat itu SDM yang ada di Puskesmas harus di ikutkan dalam kegiatan seminar, *Workshop* maupun kegiatan ilmiah lain sesuai dengan disiplin ilmu.

BAB IV

DOKUMEN AKREDITASI PUSKESMAS

Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

Standar 7.1

Proses Pendaftaran Pasien. Proses pendaftaran pasien memenuhi kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai.

Kriteria 7.1.1

Prosedur pendaftaran dilaksanakan dengan efektif dan efisien dengan memperhatikan kebutuhan pelanggan.

Maksud dan Tujuan:

Kebutuhan pasien perlu diperhatikan, diupayakan dan dipenuhi sesuai misi dan sumber daya yang tersedia di Puskesmas. Keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dapat diperoleh pada saat pendaftaran. Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi, maka dapat dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Keselamatan pasien dan petugas sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan Puskesmas, dengan demikian prosedur pendaftaran sudah mencerminkan penerapan upaya keselamatan pasien, terutama dalam identifikasi pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia prosedur pendaftaran.
- b. Tersedia bagan alur pendaftaran
- c. Petugas mengetahui dan mengikuti prosedur tersebut.
- d. Pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang ditetapkan.

- e. Terdapat cara mengetahui bahwa pelanggan puas terhadap proses pendaftaran
- f. Terdapat tindak lanjut jika pelanggan tidak puas.
- g. Keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran.

Kriteria 7.1.2

Informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdokumentasi pada waktu pendaftaran.

Maksud dan Tujuan:

Pasien membutuhkan informasi yang jelas di tempat pendaftaran, oleh karena itu informasi pendaftaran harus tersedia dengan jelas yang dapat dengan mudah diakses dan dipahami oleh pasien. Penyediaan informasi kepada pasien memperhatikan latar belakang budaya dan bahasa yang dimiliki oleh pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia media informasi tentang pendaftaran di tempat pendaftaran.
- b. Semua pihak yang membutuhkan informasi pendaftaran memperoleh informasi sesuai dengan yang dibutuhkan.
- c. Pelanggan dapat memperoleh informasi lain tentang sarana pelayanan, antara lain tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas perawatan/rawat inap dan informasi lain yang dibutuhkan
- d. Pelanggan mendapat tanggapan sesuai yang dibutuhkan ketika meminta informasi kepada petugas
- e. Tersedia informasi tentang kerja sama dengan fasilitas rujukan lain
- f. Tersedia informasi tentang bentuk kerja sama dengan fasilitas rujukan lain.

Kriteria 7.1.3

Hak dan kewajiban pasien, keluarga, dan petugas dipertimbangkan dan diinformasikan pada saat pendaftaran.

Maksud dan Tujuan:

- a. Pimpinan Puskesmas bertanggung jawab atas kebijakan pemberian pelayanan kepada pasien. Pimpinan Puskesmas harus mengetahui dan mengerti hak dan kewajiban petugas, pasien dan keluarganya, serta tanggung jawab Puskesmas sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Kemudian pimpinan wajib mengarahkan untuk memastikan agar seluruh petugas bertanggung jawab melindungi hak dan kewajiban tersebut. Untuk melindungi secara efektif dan mengedepankan hak pasien, pimpinan bekerja sama dan berusaha memahami tanggung jawab mereka dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayani, sedangkan petugas yang melayani dijamin akan memperoleh hak dan melaksanakan kewajibannya sebagaimana ditetapkan.
- b. Hak pasien dan keluarga merupakan salah satu elemen dasar dari proses pelayanan di Puskesmas, yang melibatkan petugas, Puskesmas, pasien dan keluarga. Oleh karena itu, kebijakan dan prosedur harus ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa petugas Puskesmas yang terkait dalam pelayanan pasien memberi respons terhadap hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Hak pasien tersebut perlu dipahami baik oleh pasien maupun oleh petugas yang memberikan pelayanan, oleh karena itu pasien perlu mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien sejak proses pendaftaran.

Elemen Penilaian:

- a. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diinformasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga.
- b. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diperhatikan oleh petugas selama proses pendaftaran.
- c. Terdapat upaya agar pasien/keluarga dan petugas memahami hak dan kewajiban masing-masing.
- d. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan memperhatikan hak-hak pasien/ keluarga pasien.
- e. Terdapat kriteria petugas yang bertugas di ruang pendaftaran.
- f. Petugas tersebut bekerja dengan efisien, ramah, dan responsif terhadap kebutuhan pelanggan.
- g. Terdapat mekanisme koordinasi petugas di ruang pendaftaran dengan unit lain/ unit terkait agar pasien/keluarga pasien memperoleh pelayanan.
- h. Terdapat upaya Puskesmas memenuhi hak dan kewajiban pasien/keluarga, dan petugas dalam proses pemberian pelayanan di Puskesmas.

Kriteria 7.1.4

Tahapan pelayanan klinis diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Maksud dan Tujuan:

Pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang tahapan pelayanan klinis yang akan dilalui mulai dari proses kajian sampai pemulangan. Informasi tentang tahapan pelayanan yang ada di Puskesmas perlu diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan. Informasi tersebut termasuk apabila pasien perlu dirujuk ke fasilitas yang lebih

tinggi dalam upaya menjamin kesinambungan pelayanan. Tahapan pelayanan klinis adalah tahapan pelayanan sejak mendaftar, diperiksa sampai dengan meninggalkan tempat pelayanan dan tindak lanjut di rumah jika diperlukan.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia tahapan dan prosedur pelayanan klinis yang dipahami oleh petugas
- b. Sejak awal pasien/keluarga memperoleh informasi dan paham terhadap tahapan dan prosedur pelayanan klinis
- c. Tersedia daftar jenis pelayanan di Puskesmas berserta jadwal pelayanan
- d. Terdapat kerja sama dengan sarana kesehatan lain untuk menjamin kelangsungan pelayanan klinis (rujukan klinis, rujukan diagnostik, dan rujukan konsultatif).

Kriteria 7.1.5

Kendala fisik, bahasa, budaya dan penghalang lain dalam memberikan pelayanan diusahakan dikurangi.

Maksud dan Tujuan:

Puskesmas sering melayani berbagai populasi masyarakat, yang di antaranya mempunyai keterbatasan, antara lain: lanjut usia, orang dengan disabilitas, bicara dengan berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau ada penghalang lainnya yang membuat proses asesmen dan penerimaan asuhan sangat sulit. Kesulitan atau hambatan tersebut perlu diantisipasi untuk kemudian dilakukan upaya untuk mengurangi dan menghilangkan kesulitan atau hambatan tersebut pada saat pendaftaran. Dampak dari rintangan tersebut perlu diminimalkan dalam proses pelayanan.

Elemen Penilaian:

- a. Pimpinan dan staf Puskesmas mengidentifikasi hambatan bahasa, budaya, kebiasaan, dan penghalang yang paling sering terjadi pada masyarakat yang dilayani
- b. Ada upaya tindak lanjut untuk mengatasi atau membatasi hambatan pada waktu pasien membutuhkan pelayanan di Puskesmas.
- c. Upaya tersebut telah dilaksanakan.

Standar 7.2

Pengkajian Kajian awal dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan.

Kriteria 7.2.1

Proses kajian awal dilakukan secara paripurna, mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien/keluarga.

Maksud dan Tujuan:

- a. Ketika pasien diterima di Puskesmas untuk memperoleh pelayanan perlu dilakukan kajian awal yang lengkap dalam menetapkan alasan kenapa pasien perlu mendapat pelayanan klinis di Puskesmas. Pada tahap ini, Puskesmas membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan. Kebijakan dan prosedur harus ditetapkan tentang bagaimana proses ini dilaksanakan, informasi apa yang harus dikumpulkan dan didokumentasikan.
- b. Agar kajian kebutuhan pasien konsisten, perlu ditetapkan kebijakan Kepala Puskesmas tentang kajian kebutuhan pasien, yang memuat: isi minimal dari kajian yang harus dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat. Kajian

dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktik, profesi, perizinan, undang-undang dan peraturan terkait atau sertifikasi. Hanya mereka yang kompeten dan berwenang yang melaksanakan kajian. Setiap formulir kajian yang digunakan mencerminkan kebijakan ini.

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat prosedur pengkajian awal yang paripurna (meliputi anamnesis/alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial) untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.
- b. Proses kajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk melakukan kajian.
- c. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan.
- d. Prosedur pengkajian yang ada menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.

Kriteria 7.2.2

Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien

Maksud dan Tujuan:

- a. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka hasil kajian harus dicatat dalam rekam medis pasien. Informasi yang ada dalam rekam medis harus mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien, agar informasi tersebut dapat digunakan pada saat dibutuhkan demi menjamin kesinambungan dan

keselamatan pasien. Rekam medis pasien adalah catatan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.

- b. Temuan pada kajian awal dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan pelayanan/tindakan sesuai kebutuhan serta rencana tindak lanjut dan evaluasinya.
- c. Temuan dan kajian awal juga dapat digunakan untuk membuat keputusan perlunya review/kajian ulang pada situasi yang meragukan. Oleh karena itu sangat perubahwa kajian medis, kajian penunjang medis, kajian keperawatan dan kajian lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik. Hasil kajian ini harus dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh petugas yang melayani pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Dilakukan identifikasi informasi apa saja yang dibutuhkan dalam pengkajian dan harus dicatat dalam rekam medis.
- b. Informasi tersebut meliputi informasi yang dibutuhkan untuk kajian medis, kajian keperawatan, dan kajian lain yang diperlukan.
- c. Dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat waktu.

Kriteria 7.2.3

Pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diberikan prioritas untuk asesmen dan pengobatan.

Maksud dan Tujuan:

- a. Pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera emergensi, diidentifikasi dengan proses triase. Bila telah diidentifikasi sebagai keadaan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera (seperti infeksi melalui udara/airborne), pasien ini sesegera mungkin diperiksa dan mendapat asuhan. Pasien-pasien tersebut didahulukan diperiksa dokter sebelum pasien yang lain, mendapat pelayanan diagnostik sesegera mungkin dan diberikan pengobatan sesuai dengan kebutuhan.
- b. Pasien harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk yaitu bila tidak tersedia pelayanan di Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi emergensi dan pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi.

Elemen penilaian:

- a. Petugas Gawat Darurat Puskesmas melaksanakan proses triase untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
- b. Petugas tersebut dilatih menggunakan kriteria ini
- c. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhan.
- d. Pasien emergensi diperiksa dan dibuat stabil terlebih dahulu sesuai kemampuan Puskesmas sebelum dirujuk ke pelayanan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi.

Standar 7.3

Keputusan Layanan Klinis. Hasil kajian awal pasien dianalisis oleh petugas kesehatan profesional dan/atau tim kesehatan antar profesi yang digunakan untuk menyusun keputusan layanan klinis.

Kriteria 7.3.1

Tenaga kesehatan dan/atau tim kesehatan antar profesi yang profesional melakukan kajian awal untuk menetapkan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan

Maksud dan Tujuan:

Kajian hanya boleh dilakukan oleh tenaga professional yang kompeten. Proses kajian tersebut dapat dilakukan secara individual atau jika diperlukan oleh tim kesehatan antar profesi yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan yang lain sesuai dengan kebutuhan pasien. Kajian awal tersebut memberikan informasi untuk:

- a. Memahami pelayanan apa yang dicari pasien
- b. Menetapkan diagnosis awal
- c. Mengetahui riwayat pasien terhadap pengobatan sebelumnya
- d. Memahami respons pasien terhadap pengobatan sebelumnya
- e. Memilih jenis pelayanan/tindakan yang terbaik bagi pasien serta rencana tindak lanjut dan evaluasi

Elemen Penilaian:

- a. Kajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dan kompeten.
- b. Tersedia tim kesehatan antar profesi yang profesional untuk melakukan kajian jika diperlukan penanganan secara tim.
- c. Terdapat kejelasan proses pendelegasian wewenang secara tertulis (apabila petugas tidak sesuai kewenangannya).
- d. Petugas yang diberi kewenangan telah mengikuti pelatihan yang memadai, apabila tidak tersedia tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan.

Kriteria 7.3.2

Terdapat peralatan dan tempat yang memadai untuk melakukan kajian awal pasien.

Maksud dan Tujuan:

- a. Keputusan diagnosis dan rencana layanan/tindakan klinis tergantung pada hasil kajian. Pada pelaksanaan kajian juga harus memperhatikan privasi dari pasien. Oleh karena itu, proses kajian harus dilakukan pada tempat yang memenuhi persyaratan untuk melakukan kajian, menggunakan peralatan yang sesuai dengan standar Puskesmas, berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan, dan memberikan hasil yang akurat.
- b. Jaminan kualitas dilakukan dengan pemeliharaan yang teratur, proses sterilisasi yang benar terhadap alat-alat klinis yang digunakan.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia peralatan dan tempat pemeriksaan yang memadai untuk melakukan pengkajian awal pasien secara paripurna.
- b. Ada jaminan kualitas terhadap peralatan di tempat pelayanan.
- c. Peralatan dan sarana pelayanan yang digunakan menjamin keamanan pasien dan petugas.

Standar 7.4

Rencana Layanan Klinis. Rencana tindakan dan pengobatan serta rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan oleh tim kesehatan antar profesi disusun dengan tujuan yang jelas, terkoordinasi dan melibatkan pasien/keluarga.

Kriteria 7.4.1

Terdapat prosedur yang efektif untuk menyusun rencana layanan baik layanan medis maupun layanan terpadu jika pasien membutuhkan penanganan oleh tim kesehatan yang terkoordinasi.

Maksud dan Tujuan:

Rencana layanan ditetapkan berdasarkan hasil kajian yang dinyatakan dalam bentuk diagnosis. Dalam menyusun rencana layanan perlu dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang jelas sesuai dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan. Luaran klinis tergantung dari ketepatan dalam penyusunan rencana layanan yang sesuai dengan kondisi pasien dan standar pelayanan klinis.

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim.
- b. Setiap petugas yang terkait dalam pelayanan klinis mengetahui kebijakan dan prosedur tersebut serta menerapkan dalam penyusunan rencana terapi dan/atau rencana layanan terpadu.
- c. Dilakukan evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana terapi dan/atau rencana asuhan dengan kebijakan dan prosedur.
- d. Dilakukan tindak lanjut jika terjadi ketidaksesuaian antara rencana layanan dengan kebijakan dan prosedur.
- e. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil tindak lanjut.

Kriteria 7.4.2

Rencana layanan klinis disusun bersama pasien dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien.

Maksud dan Tujuan:

Pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan terhadap layanan yang akan diperoleh. Pasien/keluarga diberi peluang untuk bekerja sama dalam menyusun rencana layanan klinis yang akan dilakukan. Dalam menyusun rencana layanan tersebut harus memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan nilai-nilai budaya yang dimiliki oleh pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Petugas kesehatan dan/atau tim kesehatan melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan.
- b. Rencana layanan disusun untuk setiap pasien dengan kejelasan tujuan yang ingin dicapai.
- c. Penyusunan rencana layanan tersebut mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien.
- d. Bila memungkinkan dan tersedia, pasien/keluarga pasien diperbolehkan untuk memilih tenaga/profesi kesehatan.

Kriteria 7.4.3

Rencana layanan terpadu disusun secara komprehensif oleh tim kesehatan antar profesi dengan kejelasan tanggung jawab dari masing-masing anggotanya.

Maksud dan Tujuan:

Pada kondisi tertentu pasien membutuhkan layanan yang melibatkan tim kesehatan. Rencana layanan terpadu meliputi: tujuan layanan yang akan

diberikan, pendidikan kesehatan pada pasien dan/atau keluarga pasien, jadwalkegiatan, sumber daya yang akan digunakan, dan kejelasan tanggung jawab tiap anggota tim kesehatan dalam melaksanakan layanan.

Elemen Penilaian:

- a. Layanan dilakukan secara paripurna untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien.
- b. Rencana layanan tersebut disusun dengan tahapan waktu yang jelas.
- c. Rencana layanan tersebut dilaksanakan dengan mempertimbangkan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia.
- d. Risiko yang mungkin terjadi pada pasien dipertimbangkan sejak awal dalam menyusun rencana layanan.
- e. Efek samping dan risiko pengobatan diinformasikan.
- f. Rencana layanan tersebut didokumentasikan dalam rekam medis.
- g. Rencana layanan yang disusun juga memuat pendidikan/penyuluhan pasien.

Kriteria 7.4.4

Persetujuan tindakan medik diminta sebelum pelaksanaan tindakan bagi yang membutuhkan persetujuan tindakan medik.

Maksud dan Tujuan:

- a. Salah satu cara melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan yang diterimanya adalah dengan cara memberikan *informed consent/informed choice*. Untuk menyetujui/memilih tindakan, pasien harus diberi penjelasan/konseling tentang hal yang berhubungan dengan pelayanan yang direncanakan, karena diperlukan untuk suatu keputusan persetujuan.

- b. Informed consent dapat diperoleh pada berbagai titik waktu dalam proses pelayanan. Misalnya, informed consent diperoleh ketika pasien masuk rawat inap dan sebelum suatu tindakan atau pengobatan tertentu yang berisiko. Proses persetujuan ditetapkan dengan jelas oleh Puskesmas dalam kebijakan dan prosedur, yang mengacu kepada undang-undang dan peraturan yang berlaku.
- c. Pasien dan keluarga dijelaskan tentang tes/tindakan, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana mereka dapat memberikan persetujuan (misalnya, diberikan secara lisan, dengan menandatangani formulir persetujuan, atau dengan cara lain). Pasien dan keluarga memahami siapa yang dapat memberikan persetujuan selain pasien. Petugas pelaksana tindakan yang diberi kewenangan telah terlatih untuk memberikan penjelasan kepada pasien dan mendokumentasikan persetujuan tersebut.

Elemen Penilaian:

- a. Pasien/keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/ pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan.
- b. Tersedia formulir persetujuan tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko.
- c. Tersedia prosedur untuk memperoleh persetujuan tersebut.
- d. Pelaksanaan informed consent didokumentasikan.
- e. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan informed consent.

Standar 7.5

Rencana rujukan. Rujukan sesuai kebutuhan pasien ke sarana pelayanan lain diatur dengan prosedur yang jelas.

Kriteria 7.5.1

Terdapat prosedur rujukan yang jelas

Maksud dan Tujuan:

Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi oleh Puskesmas, maka pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses rujukan harus diatur dengan kebijakan dan prosedur yang jelas sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia prosedur rujukan yang jelas serta jejaring fasilitas rujukan.
- b. Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan layanan.
- c. Tersedia prosedur mempersiapkan pasien/keluarga pasien untuk dirujuk.
- d. Dilakukan komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan untuk memastikan kesiapan fasilitas tersebut untuk menerima rujukan.

Kriteria 7.5.2

Rencana rujukan dan kewajiban masing-masing dipahami oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien.

Maksud dan Tujuan:

Pasien/keluarga pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang rencana rujukan. Informasi tentang rencana rujukan harus disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien. Informasi tentang rencana rujukan diberikan kepada pasien/keluarga pasien untuk

menjamin kesinambungan pelayanan. Informasi yang perlu disampaikan kepada pasien meliputi: alasan rujukan, fasilitas kesehatan yang dituju, termasuk pilihan fasilitas kesehatan lainnya, jika ada, sehingga pasien/keluarga dapat memutuskan fasilitas yang mana yang dipilih, serta kapan rujukan harus dilakukan.

Elemen Penilaian:

- a. Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien.
- b. Informasi tersebut mencakup alasan rujukan, sarana tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan.
- c. Dilakukan kerja sama dengan fasilitas kesehatan lain untuk menjamin kelangsungan asuhan.

Kriteria 7.5.3

Fasilitas rujukan penerima diberi resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan yang telah dilakukan oleh Puskesmas pada saat mengirim pasien.

Maksud dan Tujuan:

Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi mengenai kondisi pasien dikirim bersama pasien. Salinan resume pasien tersebut diberikan kepada fasilitas kesehatan penerima rujukan bersama dengan pasien. Resume tersebut memuat kondisi klinis pasien, prosedur dan pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan pasien lebih lanjut.

Elemen penilaian:

- a. Informasi klinis pasien atau resume klinis pasien dikirim ke fasilitas kesehatan penerima rujukan bersama pasien.

- b. Resume klinis memuat kondisi pasien
- c. Resume klinis memuat prosedur dan tindakan-tindakan lain yang telah dilakukan.
- d. Resume klinis memuat kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut.

Kriteria 7.5.4

Selama proses rujukan pasien secara langsung, staf yang kompeten terus memonitor kondisi pasien.

Maksud dan Tujuan:

Merujuk pasien secara langsung ke fasilitas kesehatan lain dapat merupakan proses yang singkat dengan pasien yang sadar dan dapat berbicara, atau merujuk pasien koma yang membutuhkan pengawasan keperawatan atau medis yang terus menerus. Pada kedua kasus tersebut pasien perlu dimonitor, namun kompetensi staf yang melakukan tugas berbeda. Kompetensi staf yang mendampingi selama transfer ditentukan oleh kondisi pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Selama proses rujukan secara langsung semua pasien selalu dimonitor oleh staf yang kompeten
- b. Kompetensi staf yang melakukan monitor sesuai dengan kondisi pasien.

Standar 7.6

Pelaksanaan layanan Pelaksanaan layanan dipandu oleh kebijakan, prosedur, dan peraturan yang berlaku.

Kriteria 7.6.1

Pedoman pelayanan dipakai sebagai dasar untuk melaksanakan layanan klinis.

Maksud dan Tujuan:

- a. Sebelum layanan dilaksanakan, pasien/keluarga perlu memperoleh informasi yang jelas tentang rencana layanan, dan memberikan persetujuan tentang rencana layanan yang akan diberikan, dan jika diperlukan dituangkan dalam dokumen informed consent/informed choice. Pelaksanaan layanan harus dipandu dengan standar pelayanan yang berlaku di Puskesmas, sesuai dengan kemampuan Puskesmas dengan referensi yang jelas, dan bila memungkinkan berbasis evidens terkini yang tersedia untuk memperoleh outcome klinis yang optimal. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, pelaksanaannya harus dicatat dalam rekam medis pasien
- b. Pelaksanaan pelayanan klinis dilakukan sesuai rencana asuhan dengan menggunakan pedoman atau standar yang berlaku, algoritme, contoh: tata laksana balita sakit dengan pendekatan MTBS.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia pedoman dan prosedur pelayanan klinis.
- b. Penyusunan dan penerapan rencana layanan mengacu pada pedoman dan prosedur yang berlaku.
- c. Layanan dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan prosedur yang berlaku.
- d. Layanan diberikan sesuai dengan rencana layanan.
- e. Layanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan.
- f. Perubahan rencana layanan dilakukan berdasarkan perkembangan pasien.
- g. Perubahan tersebut dicatat dalam rekam medis.

- h. Jika diperlukan tindakan medis, pasien/keluarga pasien memperoleh informasi sebelum memberikan persetujuan mengenai tindakan yang akan dilakukan yang dituangkan dalam informed consent.

Kriteria 7.6.2

Pelaksanaan layanan bagi pasien gawat darurat dan/atau berisiko tinggi dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang berlaku.

Maksud dan Tujuan:

- a. Kasus-kasus yang termasuk gawat darurat dan/atau berisiko tinggi perlu diidentifikasi, dan ada kejelasan kebijakan dan prosedur dalam pelayanan pasien gawat darurat 24 jam.
- b. Penanganan kasus-kasus berisiko tinggi yang memungkinkan terjadinya penularan baik bagi petugas maupun pasien yang lain perlu diperhatikan sesuai dengan panduan dari Kementerian Kesehatan.

Elemen Penilaian:

- a. Kasus-kasus gawat darurat dan/atau berisiko tinggi yang biasa terjadi diidentifikasi.
- b. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien gawat darurat (emergensi).
- c. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien berisiko tinggi.
- d. Terdapat kerja sama dengan sarana kesehatan yang lain, apabila tidak tersedia pelayanan gawat darurat 24 jam.
- e. Tersedia prosedur pencegahan (kewaspadaan universal) terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik bagi petugas maupun pasien dalam penanganan pasien berisiko tinggi

Kriteria 7.6.3

Penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan produk darah dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.

Maksud dan Tujuan:

Penggunaan dan pemberian darah atau produk darah merupakan kegiatan yang berisiko tinggi, oleh karena itu perlu dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.

Elemen Penilaian:

- a. Penanganan, penggunaan dan pemberian darah dan produk darah diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang baku.
- b. Darah dan produk darah diberikan sesuai kebijakan dan prosedur.

Kriteria 7.6.4

Hasil pemantauan pelaksanaan layanan digunakan untuk menyesuaikan rencana layanan.

Maksud dan Tujuan:

Untuk mengetahui mutu layanan yang diberikan perlu dilakukan penilaian. Penilaian tersebut dilakukan dengan pengukuran dan analisis terhadap indikator-indikator klinis yang ditetapkan. Hasil dan rekomendasi dari penilaian tersebut harus ditindaklanjuti sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis. Penilaian hasil layanan secara kuantitatif antara lain adalah: indikator klinik, survei kepuasan pasien; sedangkan penilaian secara kualitatif adalah deskripsi pengalaman pasien/keluarga pasien, pendapat, dan persepsi pasien terhadap pelayanan.

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan indikator untuk memantau dan menilai pelaksanaan layanan klinis.
- b. Pemantauan dan penilaian terhadap layanan klinis dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif.
- c. Tersedia data yang dibutuhkan untuk mengetahui pencapaian tujuan dan hasil pelaksanaan layanan klinis.
- d. Dilakukan analisis terhadap indikator yang dikumpulkan.
- e. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil analisis tersebut untuk perbaikan layanan klinis..

Kriteria 7.6.5

Seluruh petugas kesehatan memperhatikan dan menghargai kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan layanan.

Maksud dan Tujuan:

Selama proses pelaksanaan layanan pasien, petugas kesehatan harus memperhatikan dan menghargai kebutuhan dan hak pasien. Kebutuhan dan keluhan pasien diidentifikasi selama proses pelaksanaan layanan. Perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keluhan pasien/ keluarga pasien, menindaklanjuti, dan menggunakan informasi tersebut untuk perbaikan.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi keluhan pasien/keluarga pasien sesuai dengan kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan asuhan.
- b. Tersedia prosedur untuk menangani dan menindaklanjuti keluhan tersebut.
- c. Keluhan pasien/keluarga pasien ditindaklanjuti

- d. Dilakukan dokumentasi tentang keluhan dan tindak lanjut keluhan pasien/ keluarga pasien.

Kriteria 7.6.6

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu dalam pelaksanaan layanan.
- b. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menjamin kesinambungan pelayanan
- c. Layanan klinis dan pelayanan penunjang yang dibutuhkan dipadukan dengan baik, sehingga tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.

Kriteria 7.6.7

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

Maksud dan Tujuan:

- a. Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan yang direncanakan atau meneruskan pelayanan atau pengobatan setelah kegiatan dimulai, termasuk menolak untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.
- b. Pemberi pelayanan wajib memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut. Pasien dan keluarganya diberitahu tentang alternatif pelayanan dan pengobatan.

Elemen Penilaian:

- a. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
- b. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka.
- c. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut.
- d. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.

Standar 7.7

Anestesi lokal, sedasi dan pembedahan Tersedia pelayanan anestesi sederhana dan pembedahan minor untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria 7.7.1

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

Maksud dan Tujuan:

- a. Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di Puskesmas terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana kadang-kadang memerlukan tindakan bedah minor yang membutuhkan lokal anestesi dan sedasi. Pelaksanaan lokal anestesi dan sedasi tersebut harus memenuhi standar dan peraturan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas.
- b. Kebijakan dan prosedur memuat:
 - 1) Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara dewasa dan anak atau pertimbangan khusus.
 - 2) Dokumentasi yang diperlukan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi efektif.
 - 3) Persyaratan persetujuan khusus.
 - 4) Frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan.
 - 5) Kualifikasi dan keterampilan petugas pelaksana.
 - 6) Ketersediaan dan penggunaan peralatan anestesi.
- c. Persyaratan kompetensi:
 - 1) Teknik melakukan lokal anestesi dan sedasi.
 - 2) Monitoring yang tepat.
 - 3) Respons terhadap komplikasi.
 - 4) Penggunaan zat-zat reversal.
 - 5) Bantuan hidup dasar.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia pelayanan anestesi lokal dan sedasi sesuai kebutuhan di Puskesmas.
- b. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
- c. Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.
- d. Selama pemberian anestesi lokal dan sedasi petugas melakukan monitoring status fisiologi pasien.
- e. Anestesi lokal dan sedasi, teknik anestesi lokal, dan sedasi ditulis dalam rekam medis pasien.

Kriteria 7.7.2

Pelayanan bedah di Puskesmas direncanakan dan dilaksanakan memenuhi standar di Puskesmas, standar nasional, undang-undang, dan peraturan serta standar profesi sesuai dengan kebutuhan pasien.

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan.

- b. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor merencanakan asuhan pembedahan berdasar hasil kajian.
- c. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor menjelaskan risiko, manfaat, komplikasi potensial, dan alternatif kepada pasien/keluarga pasien.
- d. Sebelum melakukan tindakan harus mendapatkan persetujuan dari pasien/keluarga pasien.
- e. Pembedahan dilakukan berdasarkan prosedur yang ditetapkan.
- f. Laporan/catatan operasi dituliskan dalam rekam medis.
- g. Status fisiologi pasien dimonitor terus menerus selama dan segera setelah pembedahan dan dituliskan dalam rekam medis.

Standar 7.8

Penyuluhan/pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga. Penyuluhan kepada pasien/keluarga pasien mendukung peran serta mereka dalam setiap pengambilan keputusan dan pelaksanaan layanan.

Kriteria 7.8.1

Pasien/keluarga memperoleh penyuluhan kesehatan dengan pendekatan yang komunikatif dan bahasa yang mudah dipahami.

Maksud dan Tujuan:

Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada kerja sama antara petugas kesehatan dan pasien/keluarga. Pasien/keluarga perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, oleh karena itu penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga perlu dipadukan dalam pelayanan klinis. Pendidikan dan penyuluhan kepada pasien termasuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Agar penyuluhan dan

pendidikan pasien/keluarga dilaksanakan dengan efektif maka dilakukan dengan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga.

Elemen Penilaian:

- a. Penyusunan dan pelaksanaan layanan mencakup aspek penyuluhan kesehatan pasien/keluarga pasien.
- b. Pedoman/materi penyuluhan kesehatan mencakup informasi mengenai penyakit, penggunaan obat, peralatan medik, aspek etika di Puskesmas dan PHBS.
- c. Tersedia metode dan media penyuluhan/pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga dengan memperhatikan kondisi sasaran/penerima informasi (misal bagi yang tidak bisa membaca).
- d. Dilakukan penilaian terhadap efektivitas penyampaian informasi kepada pasien/ keluarga pasien agar mereka dapat berperan aktif dalam proses layanan dan memahami konsekuensi layanan yang diberikan.

Standar 7.9

Makanan dan Terapi Nutrisi *) Pemberian makanan dan terapi nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan yang berlaku.

Kriteria 7.9.1

Pilihan berbagai variasi makanan yang sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya tersedia secara reguler.

Maksud dan Tujuan:

Makanan dan nutrisi yang memadai penting bagi kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien. Makanan yang sesuai dengan umur pasien, budaya

pasiendan preferensi diet, rencana pelayanan, harus tersedia secara rutin. Pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan seleksi makanan, dan keluarga pasien dapat, bila sesuai, berpartisipasi dalam menyediakan makanan, konsisten dengan budaya, agama, dan tradisi dan praktik lain. Berdasarkan asesmen kebutuhan pasien dan rencana asuhan, Dokter atau pemberi pelayanan lainnya yang kompeten memesan makanan atau nutrisi lain yang sesuai bagi pasien. Bila keluarga pasien atau pihak lain menyediakan makanan pasien, mereka diberikan edukasi tentang makanan yang dilarang / kontra indikasi dengan kebutuhan dan rencana pelayanan, termasuk informasi tentang interaksi obat dengan makanan. Bila mungkin, pasien ditawarkan berbagai macam makanan yang konsisten dengan status gizinya.

Elemen Penilaian:

- a. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien, tersedia secara reguler.
- b. Sebelum memberi makan pasien, telah dipesan makanan untuk semua pasien rawat inap dan dicatat.
- c. Pesanan didasarkan atas status gizi dan kebutuhan pasien.
- d. Ada bermacam variasi pilihan makanan bagi pasien konsisten dengan kondisi dan kebutuhan.
- e. Bila keluarga menyediakan makanan, mereka diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien.

Kriteria 7.9.2

Penyiapan, penanganan, penyimpanan dan distribusi makanan dilakukan dengan aman dan memenuhi undang-undang, peraturan yang berlaku.

Maksud dan Tujuan:

Penyiapan makanan, penyimpanan dan distribusi harus dimonitor untuk memastikan keamanan dan sesuai dengan undang-undang, peraturan dan praktik terkini yang dapat diterima. Penyiapan makanan dan penyimpanan mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan. Makanan didistribusikan kepada pasien pada waktu yang telah ditetapkan. Makanan dan produk nutrisi termasuk produk nutrisi enteral, harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan khusus pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Makanan disiapkan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
- b. Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
- c. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan khusus.

Kriteria 7.9.3

Pasien yang berisiko nutrisi mendapat terapi gizi.

Maksud dan Tujuan:

Pada asesmen awal, pasien diperiksa/ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi. Pasien ini akan dikonsulkan ke nutritionis untuk asesmen lebih lanjut. Bila ternyata ada risiko nutrisi, dibuat rencana terapi gizi. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medisnya. Dokter, perawat dan ahli diet dan kalau perlu keluarga pasien, bekerja sama merencanakan dan memberikan terapi gizi.

Elemen Penilaian:

- a. Pasien yang pada asesmen berada pada risiko nutrisi, mendapat terapi gizi.

- b. Suatu proses kerja sama dipakai untuk merencanakan, memberikan, dan memonitor terapi gizi.
- c. Respons pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
- d. Respons pasien terhadap terapi gizi dicatat dalam rekam medisnya.

Kriteria ini juga berlaku untuk Puskesmas yang menjalankan home-care pada pasien yang memerlukan terapi gizi.

Standar 7.10

Pemulangan dan tindak lanjut. Pemulangan dan/tindak lanjut pasien dilakukan dengan prosedur yang tepat.

Kriteria 7.10.1

Pemulangan dan/tindak lanjut pasien, baik yang bertujuan untuk kelangsungan layanan, rujukan maupun pulang dipandu oleh prosedur yang standar.

Maksud dan Tujuan:

Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pemulangan pasien dan tindak lanjut maupun rujukan yang perlu dilakukan pada saat pemulangan. Jika pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, perlu ada mekanisme umpan balik dari fasilitas kesehatan tersebut. Perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memberikan alternatif dalam mengatasi hal tersebut, jika tindak lanjut yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan. Bentuk layanan tindak lanjut dilakukan dengan memperhatikan lingkaran dinamis proses keperawatan, dan kemandirian pasien/keluarga.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia prosedur pemulangan dan/tindak lanjut pasien.

- b. Ada penanggung jawab dalam pelaksanaan proses pemulangan dan/tindak lanjut tersebut.
- c. Tersedia kriteria yang digunakan untuk menetapkan saat pemulangan dan/tindak lanjut pasien.
- d. Tersedia umpan balik dari sarana kesehatan lain yang menerima pasien, apabila dilakukan pemulangan dan/tindak lanjut pasien antar sarana kesehatan.
- e. Tersedia prosedur dan alternatif penanganan bagi pasien yang memerlukan tindak lanjut rujukan akan tetapi tidak mungkin dilakukan.

Untuk Puskesmas dengan Rawat Inap:

Kriteria 7.10.2

Pasien/ keluarga pasien memperoleh penjelasan yang memadai tentang tindak lanjut layanan saat pemulangan atau saat dirujuk ke sarana kesehatan yang lain.

Maksud dan Tujuan:

Informasi yang diberikan kepada pasien/keluarga pada saat pemulangan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain diperlukan agar pasien/keluarga memahami tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan yang optimal.

Elemen Penilaian:

- a. Informasi yang dibutuhkan mengenai tindak lanjut layanan diberikan oleh petugas kepada pasien/keluarga pasien pada saat pemulangan atau jika dilakukan rujukan ke sarana kesehatan yang lain.
- b. Petugas mengetahui bahwa informasi yang disampaikan dipahami oleh pasien/ keluarga pasien.

- c. Dilakukan evaluasi periodik terhadap prosedur pelaksanaan penyampaian informasi tersebut.

Kriteria 7.10.3

Pelaksanaan rujukan dilakukan atas dasar kebutuhan dan pilihan pasien.

Maksud dan Tujuan:

Jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, wajib diupayakan proses rujukan berjalan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien agar pasien memperoleh kepastian mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan tersebut dengan konsekuensinya. Untuk itu perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pelaksanaan rujukan.

Elemen Penilaian:

- a. Dilakukan identifikasi kebutuhan dan pilihan pasien (misalnya kebutuhan transportasi, petugas kompeten yang mendampingi, sarana medis dan keluarga yang menemani) selama proses rujukan.
- b. Apabila tersedia lebih dari satu sarana yang dapat menyediakan pelayanan rujukan tersebut, pasien/keluarga pasien diberi informasi yang memadai dan diberi kesempatan untuk memilih sarana pelayanan yang diinginkan.
- c. Kriteria rujukan dilakukan sesuai dengan SPO rujukan.
- d. Dilakukan persetujuan rujukan dari pasien/keluarga pasien.

BAB V
MANAJEMEN PENUNJANG LAYANAN KLINIS
PELAYANAN LABORATORIUM.

Standar 8.1

Pelayanan Laboratorium Tersedia Tepat Waktu untuk Memenuhi Kebutuhan Pengkajian Pasien, serta Mematuhi Standar, Hukum dan Peraturan yang Berlaku.

Kriteria 8.1.1

Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang kompeten dan berpengalaman untuk melakukan dan/atau menginterpretasikan hasil pemeriksaan.

Maksud dan Tujuan:

Petugas laboratorium yang melaksanakan dipastikan mendapat pelatihan secara baik dan adekuat, berpengalaman, punya keterampilan dan diorientasikan pada pekerjaannya. Petugas analis laboratorium/penunjang diagnostik diberikan tugas, sesuai dengan latihan dan pengalamannya. Jumlah dan jenis petugas untuk melaksanakan tes laboratorium cukup dan tersedia selama jam pelayanan dan untuk gawat darurat. Perlu ditetapkan jenis pelayanan laboratorium/penunjang diagnostik yang tersedia di Puskesmas.

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan di Puskesmas.
- b. Tersedia jenis dan jumlah petugas kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan dan jam buka pelayanan.

- c. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh analis/petugas yang terlatih dan berpengalaman.
- d. Interpretasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman.

Kriteria 8.1.2

Terdapat kebijakan dan prosedur spesifik untuk setiap jenis pemeriksaan laboratorium.

Maksud dan Tujuan:

Agar pelaksanaan pelayanan laboratorium dapat menghasilkan hasil pemeriksaan yang tepat, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pelayanan laboratorium mulai dari permintaan, penerimaan, pengambilan dan penyimpanan spesimen, pengelolaan reagen pelaksanaan pemeriksaan, dan penyampaian hasil pemeriksaan kepada pihak yang membutuhkan, serta pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya dan beracun (B3).

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpan spesimen.
- b. Tersedia prosedur pemeriksaan laboratorium.
- c. Dilakukan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan prosedur tersebut.
- d. Dilakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.
- e. Tersedia kebijakan dan prosedur pemeriksaan di luar jam kerja (pada Puskesmas rawat inap atau pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan di luar jam kerja).

- f. Ada kebijakan dan prosedur untuk pemeriksaan yang berisiko tinggi (misalnya spesimen sputum, darah dan lainnya).
- g. Tersedia prosedur kesehatan dan keselamatan kerja, dan alat pelindung diri bagi petugas laboratorium.
- h. Dilakukan pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri dan pelaksanaan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja.
- i. Tersedia prosedur pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, dan limbah medis hasil pemeriksaan laboratorium.
- j. Tersedia prosedur pengelolaan reagen di laboratorium.
- k. Dilakukan pemantauan dan tindak lanjut terhadap pengelolaan limbah medis apakah sesuai dengan prosedur.

Kriteria 8.1.3

Hasil pemeriksaan laboratorium selesai dan tersedia dalam waktu sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.

Maksud dan Tujuan:

Pimpinan Puskesmas perlu menetapkan jangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium. Hasil dilaporkan dalam kerangka waktu berdasarkan kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan, dan kebutuhan petugas pemberi pelayanan klinis. Pemeriksaan pada gawat darurat dan di luar jam kerja serta pada akhir minggu termasuk dalam ketentuan ini. Hasil pemeriksaan yang urgen, seperti dari unit gawat darurat diberikan perhatian khusus. Sebagaitambahan, bila pelayanan laboratorium dilakukan bekerja sama dengan pihak luar, laporan hasil pemeriksaan juga harus tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan atau yang tercantum dalam kontrak.

Elemen Penilaian:

- a. Pimpinan Puskesmas menetapkan waktu yang diharapkan untuk laporan hasil pemeriksaan.
- b. Ketepatan waktu melaporkan hasil pemeriksaan yang urgen/gawat darurat diukur.
- c. Hasil laboratorium dilaporkan dalam kerangka waktu guna memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria 8.1.4

Ada prosedur melaporkan hasil tes diagnostik yang kritis.

Maksud dan Tujuan:

- a. Pelaporan dari tes diagnostik yang kritis adalah bagian dari pokok persoalan keselamatan pasien. Hasil tes yang secara signifikan di luar batas nilai normal dapat memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien. Sangat penting bagi Puskesmas untuk mengembangkan suatu sistem pelaporan formal yang jelas menggambarkan bagaimana praktisi kesehatan mewaspadai hasil kritis dari tes diagnostik dan bagaimana staf mendokumentasikan komunikasi ini.
- b. Proses ini dikembangkan untuk pengelolaan hasil kritis dari tes diagnostik untuk menyediakan pedoman bagi para praktisi untuk meminta dan menerima hasil tes pada keadaan gawat darurat. Prosedur ini meliputi juga penetapan tes kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, oleh siapa dan kepada siapa hasil tes kritis harus dilaporkan, dan menetapkan metode monitoring yang memenuhi ketentuan.

Elemen Penilaian:

- a. Metode kolaboratif digunakan untuk mengembangkan prosedur untuk pelaporan hasil yang kritis dan pemeriksaan diagnostik.
- b. Prosedur tersebut menetapkan nilai ambang kritis untuk setiap tes.
- c. Prosedur tersebut menetapkan oleh siapa dan kepada siapa hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik harus dilaporkan.
- d. Prosedur tersebut menetapkan apa yang dicatat di dalam rekam medis pasien.
- e. Proses dimonitor untuk memenuhi ketentuan dan dimodifikasi berdasarkan hasil monitoring.

Kriteria 8.1.5

Reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan sehari-hari selalu tersedia dan dievaluasi untuk memastikan akurasi dan presisi hasil.

Maksud dan Tujuan:

Reagensia dan bahan-bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien harus diidentifikasi dan ditetapkan. Suatu proses yang efektif untuk pemesanan atau menjamin ketersediaan reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan. Semua reagensia disimpan dan didistribusikan sesuai prosedur yang ditetapkan. Evaluasi periodik semua reagensia untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan. Pedoman tertulis memastikan pemberian label yang lengkap dan akurat untuk reagensia dan larutan yang digunakan.

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan reagensia esensial dan bahan lain yang harus tersedia.
- b. Reagensia esensial dan bahan lain tersedia, dan ada proses untuk menyatakan jika reagen tidak tersedia.

- c. Semua reagensia disimpan dan didistribusi sesuai pedoman dari produsen atau instruksi penyimpanan dan distribusi yang ada pada kemasan.
- d. Tersedia pedoman tertulis yang dilaksanakan untuk mengevaluasi semua reagensia agar memberikan hasil yang akurat dan presisi.
- e. Semua reagensia dan larutan diberi label secara lengkap dan akurat.

Kriteria 8.1.6

Ditetapkan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium.

Maksud dan Tujuan:

Sesuai dengan peralatan dan prosedur yang dilaksanakan di laboratorium, perlu ditetapkan nilai/rentang nilai rujukan normal untuk setiap tes yang dilaksanakan. Rentang nilai harus tercantum dalam catatan klinis, sebagai bagian dari laporan atau dalam dokumen terpisah dengan daftar yang baru dari nilai-nilai yang ditetapkan kepala laboratorium. Rentang nilai harus dilengkapi bila pemeriksaan dilaksanakan laboratorium luar. Rujukan nilai ini disesuaikan harus dievaluasi dan direvisi apabila metode pemeriksaan berubah.

Elemen Penilaian:

- a. Kepala Puskesmas menetapkan nilai/rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan.
- b. Rentang-nilai rujukan ini harus disertakan dalam catatan klinis pada waktu hasil pemeriksaan dilaporkan.
- c. Pemeriksaan yang dilakukan oleh laboratorium luar harus mencantumkan rentang nilai.
- d. Rentang-nilai dievaluasi dan direvisi berkala seperlunya.

Kriteria 8.1.7

Pengendalian mutu dilakukan, ditindaklanjuti dan didokumentasi untuk setiap pemeriksaan laboratorium.

Maksud dan Tujuan:

- a. Untuk menjamin mutu pelayanan 104 Standar Akreditasi Puskesmas staf lain dan pasien apabila berada di laboratorium. Program laboratorium ini merupakan program yang terintegrasi dengan program keselamatan di Puskesmas.
- b. Program keselamatan di laboratorium termasuk:
 - 1) Kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pemenuhan standar dan peraturan.
 - 2) Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
 - 3) Tersedianya peralatan keamanan sesuai praktik di laboratorium dan untuk bahaya yang dihadapi.
 - 4) Orientasi bagi semua staf laboratorium untuk prosedur dan praktik keamanan kerja.
 - 5) Pendidikan (*in service education*) untuk prosedur-prosedur baru dan pengenalan bahan berbahaya yang baru dikenali/diperoleh, maupun peralatan yang baru.

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat program keselamatan/keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium.
- b. Program ini adalah bagian dari program keselamatan di Puskesmas.

- c. Petugas laboratorium melaporkan kegiatan pelaksanaan program keselamatan kepada pengelola program keselamatan di Puskesmas sekurang-kurangnya setahun sekali dan bila terjadi insiden keselamatan.
- d. Terdapat kebijakan dan prosedur tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya.
- e. Dilakukan identifikasi, analisis dan tindak lanjut risiko keselamatan di laboratorium.
- f. Staf laboratorium diberikan orientasi untuk prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja.
- g. Staf laboratorium mendapat pelatihan/pendidikan untuk prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya yang baru, maupun peralatan yang baru.

Pelayanan Obat

Standar 8.2

Obat yang Tersedia Dikelola secara Efisien untuk Memenuhi Kebutuhan Pasien.

Kriteria 8.2.1

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

Maksud dan Tujuan:

Untuk memenuhi kebutuhan pasien, harus ditetapkan jenis obat yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi Puskesmas, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Perlu disusun suatu daftar (formularium) dari semua obat yang ada di stok atau sudah tersedia, dari sumber luar. Dalam beberapa kasus, undang-undang atau peraturan bisa menentukan obat dalam daftar atau

sumber obat tersebut. Pemilihan obat adalah suatu proses kerja sama/kolaboratif yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonomisnya. Kadang-kadang terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak diantisipasi dalam pengendalian inventaris yang normal. Ada suatu proses untuk mengingatkan para dokter/dokter gigi tentang kekurangan obat tersebut dan saran untuk pengantinya.

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat metode yang digunakan untuk menilai dan mengendalikan penyediaan dan penggunaan obat.
- b. Terdapat kejelasan prosedur penyediaan dan penggunaan obat.
- c. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab.
- d. Ada kebijakan dan prosedur yang menjamin ketersediaan obat-obat yang seharusnya ada.
- e. Tersedia pelayanan obat-obatan selama tujuh hari dalam seminggu dan 24 jam pada Puskesmas yang memberikan pelayanan gawat darurat.
- f. Tersedia daftar formularium obat Puskesmas.
- g. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut ketersediaan obat dibandingkan dengan formularium.
- h. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut kesesuaian persepan dengan formularium.

Kriteria 8.2.2

Peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat dipandu kebijakan dan prosedur yang efektif.

Maksud dan Tujuan:

- a. Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Puskesmas bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diizinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Dalam situasi emergensi, perlu diidentifikasi petugas tambahan yang diizinkan untuk memberikan obat. Untuk menjamin agar obat tersedia dengan cukup dan dalam kondisi baik, tidak rusak, dan tidak kedaluwarsa, maka perlu ditetapkan dan diterapkan kebijakan pengelolaan obat mulai dari proses analisis kebutuhan, pemesanan, pengadaan, pendistribusian, pelayanan peresepan, pencatatan, dan pelaporan.
- b. Untuk Puskesmas rawat inap penggunaan obat oleh pasien/pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke Puskesmas atau yang diresepkan atau dipesan di Puskesmas, diketahui dan dicatat dalam status pasien. Harus dilaksanakan pengawasan penggunaan obat, terutama obat-obat psikotropika sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat ketentuan petugas yang berhak memberikan resep.
- b. Terdapat ketentuan petugas yang menyediakan obat dengan persyaratan yang jelas
- c. Apabila persyaratan petugas yang diberi kewenangan dalam penyediaan obat tidak dapat dipenuhi, petugas tersebut mendapat pelatihan khusus.
- d. Tersedia kebijakan dan proses peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat.
- e. Terdapat prosedur untuk menjaga tidak terjadinya pemberian obat yang kedaluwarsa kepada pasien.

- f. Dilakukan pengawasan terhadap penggunaan dan pengelolaan obat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara teratur.
- g. Terdapat ketentuan siapa yang berhak menuliskan resep untuk obat-obat tertentu (misal psikotropika dan narkotika).
- h. Ada kebijakan dan prosedur penggunaan obat-obatan pasien rawat inap, yang dibawa sendiri oleh pasien/keluarga pasien.
- i. Penggunaan obat-obatan psikotropika/narkotika dan obat-obatan lain yang berbahaya diawasi dan dikendalikan secara ketat.

Kriteria 8.2.3

Ada jaminan kebersihan dan keamanan dalam penyimpanan, penyiapan, dan penyampaian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa/rusak

Maksud dan Tujuan:

Agar obat layak dikonsumsi oleh pasien, maka kebersihan dan keamanan terhadap obat yang tersedia harus dilakukan mulai dari proses pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyampaian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa/rusak. Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur dalam penyampaian obat kepada pasien agar pasien memahami indikasi, dosis, cara penggunaan obat, dan efek samping yang mungkin terjadi.

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat persyaratan penyimpanan obat.
- b. Penyimpanan dilakukan sesuai dengan persyaratan.
- c. Pemberian obat kepada pasien disertai dengan label obat yang jelas (mencakup nama, dosis, cara pemakaian obat dan frekuensi penggunaannya).

- d. Pemberian obat disertai dengan informasi penggunaan obat yang memadai dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien/keluarga pasien.
- e. Petugas memberikan penjelasan tentang kemungkinan terjadi efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan.
- f. Petugas menjelaskan petunjuk tentang penyimpanan obat di rumah.
- g. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan obat yang kadaluwarsa/rusak.
- h. Obat kadaluwarsa/rusak dikelola sesuai kebijakan dan prosedur.

Kriteria 8.2.4

Efek samping yang terjadi akibat pemberian obat-obat yang diresepkan atau riwayat alergi terhadap obat-obatan tertentu harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

Maksud dan Tujuan:

- a. Pasien, dokternya, perawat, dan petugas kesehatan yang lain bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan pemantauan adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya dan untuk mengevaluasi pasien terhadap Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD).
- b. Berdasarkan pemantauan, dosis atau jenis obat bila perlu dapat disesuaikan. Sudah seharusnya dilakukan pemantauan secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, untuk mencegah risiko bagi pasien. Memantau efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD.
- c. Perlu disusun kebijakan tentang identifikasi, pencatatan dan pelaporan semua KTD yang terkait dengan penggunaan obat, misalnya sindroma

Stephen Johnson, KIPI dan lainnya. Puskesmas membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia prosedur pelaporan efek samping obat.
- b. Efek samping obat didokumentasikan dalam rekam medis.
- c. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mencatat, memantau, dan melaporkan bila terjadi efek samping penggunaan obat dan KTD, termasuk kesalahan pemberian obat.
- d. Kejadian efek samping obat dan KTD ditindaklanjuti dan didokumentasikan.

Kriteria 8.2.5

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat prosedur untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan pemberian obat dan KNC.
- b. Kesalahan pemberian obat dan KNC dilaporkan tepat waktu menggunakan prosedur baku.
- c. Ditetapkan petugas kesehatan yang bertanggung jawab mengambil tindakan untuk pelaporan diidentifikasi.
- d. Informasi pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC digunakan untuk memperbaiki proses pengelolaan dan pelayanan obat.

Kriteria 8.2.6

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Obat emergensi tersedia pada unit-unit dimana akan diperlukan atau dapat terakses segera untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi.

- b. Ada kebijakan yang menetapkan bagaimana obat emergensi disimpan, dijaga dan dilindungi dari kehilangan atau pencurian.
- c. Obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sesuai kebijakan Puskesmas setelah digunakan atau bila kadaluwarsa atau rusak.

Pelayanan Radiodiagnostik (jika tersedia)

Standar 8.3

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

Kriteria 8.3.1

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Pelayanan radiodiagnostik memenuhi standar nasional, undang-undang, dan peraturan yang berlaku.

- b. Pelayanan radiodiagnostik dilakukan secara adekuat, teratur, dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria 8.3.2

Ada program pengamanan radiasi, dilaksanakan, dan didokumentasi.

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat program keamanan radiasi yang mengatur risiko keamanan dan antisipasi bahaya yang bisa terjadi di dalam atau di luar unit kerja.

- b. Program keamanan merupakan bagian dari program keselamatan di Puskesmas, dan wajib dilaporkan sekurang-kurangnya sekali setahun atau bila ada kejadian.
- c. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur dan memenuhi standar terkait, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
- d. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
- e. Risiko keamanan radiasi yang diidentifikasi diimbangi dengan prosedur atau peralatan khusus untuk mengurangi risiko (seperti apron timah, badge radiasi, dan yang sejenis).
- f. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik diberi orientasi tentang prosedur dan praktik keselamatan.
- g. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik mendapat pendidikan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya.

Kriteria 8.3.3

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan petugas yang melakukan pemeriksaan diagnostik.
- b. Tersedia petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai melaksanakan pemeriksaan radiodiagnostik.
- c. Petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai menginterpretasi hasil pemeriksaan.
- d. Petugas yang kompeten yang memadai, memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan.
- e. Tersedia staf dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria 8.3.4

Hasil pemeriksaan radiologi tersedia tepat waktu sesuai ketentuan yang ditetapkan.

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Kepala Puskesmas menetapkan tentang harapan waktu pelaporan hasil pemeriksaan.
- b. Ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan diukur, dimonitor, dan ditindaklanjuti.
- c. Hasil pemeriksaan radiologi dilaporkan dalam kerangka waktu untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria 8.3.5

Semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging diperiksa, dirawat dan dikalibrasi secara teratur, dan disertai catatan memadai yang dipelihara dengan baik.

Maksud dan Tujuan:

- a. Petugas radiologi bekerja untuk menjamin bahwa semua peralatan berfungsi dengan baik pada tingkatan yang dapat diterima dan aman bagi para operator. Program pengelolaan peralatan radiologi meliputi:
 - 1) Identifikasi dan inventarisasi peralatan.
 - 2) Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, testing, kalibrasi, perawatan.
 - 3) Monitoring dan bertindak terhadap laporan peralatan bila ada peringatan bahaya, penarikan kembali, laporan insiden, masalah dan kegagalan.
 - 4) Mendokumentasi program pengelolaan.
- b. Frekuensi testing, perawatan, dan kalibrasi berhubungan dengan pemakaian peralatan dan riwayat pelayanannya didokumentasi/dicatat.

Elemen Penilaian:

- a. Ada program pemeliharaan peralatan radiologi dan dilaksanakan.

- b. Program termasuk inventarisasi peralatan.
- c. Program termasuk inspeksi dan testing peralatan.
- d. Program termasuk kalibrasi dan perawatan peralatan.
- e. Program termasuk monitoring dan tindak lanjut.
- f. Ada dokumentasi yang adekuat untuk semua testing, perawatan, dan kalibrasi peralatan.

Kriteria 8.3.6

Film X-ray dan perbekalan lain tersedia secara teratur.

Maksud dan Tujuan:

- a. Kebutuhan akan film, reagensia dan perbekalan lain ditetapkan secara teratur untuk menjamin pelayanan dapat diberikan sesuai kebutuhan dan tepat waktu. Proses untuk memesan atau menjamin tersedianya film, reagensia dan perbekalan penting lain perlu dilaksanakan secara efektif.
- b. Semua perbekalan disimpan dan distribusi sesuai prosedur yang ditetapkan yang memasukkan juga rekomendasi perusahaan pembuat. Evaluasi periodik dari reagen sesuai rekomendasi pembuat menjamin akurasi dan presisi hasil pemeriksaan.

Elemen Penilaian:

- a. X-ray film, reagensia dan semua perbekalan penting ditetapkan.
- b. X-ray film, reagensia dan perbekalan penting lain tersedia.
- c. Semua perbekalan disimpan dan didistribusi sesuai dengan pedoman.
- d. Semua perbekalan dievaluasi secara periodik untuk akurasi dan hasilnya.
- e. Semua perbekalan diberi label secara lengkap dan akurat.

Kriteria 8.3.7

Pelayanan radiologi dikelola, dipimpin, dan dilaksanakan oleh petugas yang kompeten.

Maksud dan Tujuan:

- a. Pelayanan radiodiagnostik yang berada di Puskesmas dipimpin oleh seorang yang kompeten sesuai dengan pelatihan yang terdokumentasi, keahlian, dan pengalaman, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku. Individu ini secara profesional bertanggung jawab atas fasilitas dan pelayanan radiologi.
- b. Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis maka dia harus seorang dokter, sedapat mungkin seorang spesialis radiologi. Pelaksanaan pelayanan radiologi dilakukan oleh petugas radiografer yang kompeten.
- c. Tanggung jawab pimpinan radiologi termasuk.
 - 1) Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan, dan prosedur.
 - 2) Pengawasan administrasi.
 - 3) Mempertahankan (maintaining) setiap program kontrol mutu yang perlu.
 - 4) Memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imajing di luar.
 - 5) Memonitor dan me-*review* semua pelayanan radiologi yang tersedia.

Elemen Penilaian:

- a. Pelayanan radiologi di bawah pimpinan seorang yang kompeten.
- b. Pelayanan radiologi dilaksanakan oleh petugas yang kompeten.
- c. Penanggung jawab pelayanan radiologi mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur ditetapkan dan dilaksanakan.

- d. Penanggung jawab pelayanan radiologi melakukan pengawasan administrasi ditetapkan dan dilaksanakan.
- e. Penanggung jawab pelayanan radiologi mempertahankan program kontrol mutu ditetapkan dan dilaksanakan.
- f. Penanggung jawab pelayanan memantau dan me-review pelayanan radiologi yang disediakan.

Kriteria 8.3.8

Ada prosedur kontrol mutu, dilaksanakan, dan didokumentasikan.

Maksud dan Tujuan:

- a. Sistem kontrol mutu yang baik adalah penting untuk dapat memberikan pelayanan radiodiagnostik yang unggul.
- b. Prosedur kontrol mutu termasuk.
 - 1) Validasi metode tes yang digunakan untuk akurasi dan presisi.
 - 2) Pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten.
 - 3) Langkah perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan (*deficiency*) teridentifikasi.
 - 4) Pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.

Elemen Penilaian:

- a. Ada program kontrol mutu untuk pelayanan radiodiagnostik dan dilaksanakan.
- b. Program kontrol mutu termasuk validasi metode tes.
- c. Program kontrol mutu termasuk pengawasan harian hasil pemeriksaan.
- d. kontrol mutu termasuk perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan.

- e. Program kontrol mutu termasuk pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.

Manajemen informasi–rekam medis.

Standar 8.4

Kebutuhan Data dan Informasi Asuhan bagi Petugas Kesehatan, Pengelola Sarana, dan Pihak Terkait di Luar Organisasi Dapat Dipenuhi Melalui Proses yang Baku.

Kriteria 8.4.1

Ada pembakuan kode klasifikasi diagnosis, kode prosedur, simbol, dan istilah yang dipakai.

Maksud dan Tujuan:

- a. Standardisasi terminologi, definisi, kosakata dan penamaan memfasilitasi perbandingan data dan informasi di dalam maupun di luar Puskesmas (fasilitas kesehatan rujukan). Keseragaman penggunaan kode diagnosa dan kode prosedur/ tindakan mendukung pengumpulan dan analisis data.
- b. Singkatan dan simbol juga distandardisasi dan termasuk daftar “yang tidak boleh digunakan”. Standardisasi tersebut konsisten dengan standar lokal dan nasional yang berlaku.

Elemen Penilaian:

- a. Terdapat standardisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi lain yang konsisten dan sistematis.
- b. Terdapat standardisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang disusun oleh Puskesmas (minimal 10 besar penyakit).

- c. Dilakukan pembakuan singkatan-singkatan yang digunakan dalam pelayanan sesuai dengan standar nasional atau lokal.

Kriteria 8.4.2

Petugas memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggung jawab pekerjaan.

Maksud dan Tujuan:

- a. Berkas rekam medis pasien adalah suatu sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga merupakan alat komunikasi yang penting. Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien keberlanjutan, maka perlu tersedia selama pelaksanaan asuhan pasien dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga selalu diperbaharui (*up to date*).
- b. Catatan medis keperawatan dan catatan pelayanan pasien lainnya tersedia untuk semua praktisi kesehatan pasien tersebut. Kebijakan Puskesmas mengidentifikasi praktisi kesehatan mana saja yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan kebijakan dan prosedur akses petugas terhadap informasi medis.
- b. Akses petugas terhadap informasi yang dibutuhkan dilaksanakan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab.
- c. Akses petugas terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur.
- d. Hak untuk mengakses informasi tersebut mempertimbangkan tingkat kerahasiaan dan keamanan informasi.

Kriteria 8.4.3

Adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis.

Maksud dan Tujuan:

Puskesmas menetapkan dan melaksanakan suatu kebijakan yang menjadi pedoman retensi berkas rekam medis pasien dan data serta informasi lainnya. Berkas rekam medis klinis pasien, serta data dan informasi lainnya disimpan (retensi) untuk suatu jangka waktu yang cukup dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku guna mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, riset dan pendidikan. Kebijakan tentang penyimpanan (retensi) konsisten dengan kerahasiaan dan keamanan informasi tersebut. Ketika periode retensi yang ditetapkan terpenuhi, maka berkas rekam medis klinis pasien dan catatan lain pasien, data serta informasi dapat dimusnahkan dengan semestinya.

Elemen Penilaian:

- a. Puskesmas mempunyai rekam medis bagi setiap pasien dengan metode identifikasi yang baku.
- b. Sistem pengkodean, penyimpanan, dan dokumentasi memudahkan petugas untuk menemukan rekam pasien tepat waktu maupun untuk mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- c. Ada kebijakan dan prosedur penyimpanan berkas rekam medis dengan kejelasan masa retensi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Kriteria 8.4.4

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Isi rekam medis mencakup diagnosis, pengobatan, hasil pengobatan, dan kontinuitas asuhan yang diberikan.
- b. Dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis.
- c. Tersedia prosedur menjaga kerahasiaan rekam medis.

Manajemen Keamanan Lingkungan

Standar 8.5

Lingkungan Pelayanan Mematuhi Persyaratan Hukum, Regulasi, dan Perizinan yang Berlaku.

Kriteria 8.5.1

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

- a. Kondisi fi sik lingkungan Puskesmas dipantau secara rutin.
- b. Instalasi listrik, kualitas air, ventilasi, gas dan sistem lain yang digunakan dipantau secara periodik oleh petugas yang diberi tanggung jawab.
- c. Tersedia sarana untuk menangani masalah listrik/api apabila terjadi kebakaran.
- d. Tersedia kebijakan dan prosedur inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan.
- e. Inspeksi, pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan alat dilakukan sesuai dengan prosedur dan jadwal yang ditetapkan.
- f. Dilakukan dokumentasi pelaksanaan, hasil dan tindak lanjut inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan yang telah dilakukan.

Kriteria 8.5.2

Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan, dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya dilakukan berdasarkan perencanaan yang memadai.

Maksud dan Tujuan:

Bahan dan limbah berbahaya perlu diidentifikasi dan dikendalikan secara aman, yang meliputi bahan kimia, bahan, gas dan uap berbahaya serta limbah medis dan infeksius lain sesuai ketentuan. Harus disusun rencana pengendalian bahan dan limbah berbahaya dan ditetapkan proses untuk:

- a. inventarisasi bahan dan limbah berbahaya;
- b. penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya;
- c. pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (*exposure*) dan insiden lainnya;
- d. pembuangan limbah berbahaya yang benar;
- e. peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan (*spill*) atau paparan (*exposure*);
- f. pendokumentasian, meliputi setiap izin dan perizinan/lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya;
- g. pemasangan label yang benar pada bahan dan limbah berbahaya.

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan kebijakan dan prosedur inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya.
- b. Ditetapkan kebijakan dan prosedur pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya.
- c. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan bahan berbahaya.
- d. Dilakukan pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan limbah berbahaya.

Kriteria 8.5.3

Perencanaan dan pelaksanaan program yang efektif untuk menjamin keamanan lingkungan fisik dikelola oleh petugas yang kompeten.

Maksud dan Tujuan:

- a. Untuk mengelola risiko di lingkungan dimana pasien dirawat dan staf bekerja memerlukan perencanaan. Rencana tahunan perlu disusun, yang meliputi:
 - 1) Keselamatan dan Keamanan. Keselamatan adalah suatu keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ground dan peralatan tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, dan pengunjung. Keamanan adalah proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang.
 - 2) Bahan berbahaya, meliputi penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman.
 - 3) Manajemen emergensi, yaitu tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif.
 - 4) Pengamanan kebakaran: Puskesmas wajib melindungi properti dan penghuninya dari kebakaran dan asap.
 - 5) Peralatan medis: untuk mengurangi risiko, peralatan dipilih, dipelihara, dan digunakan sesuai dengan ketentuan.
 - 6) Sistem utilitas, meliputi listrik, air, dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.
- b. Rencana tersebut didokumentasikan dan di-*update* yang merefleksikan keadaankeadaan terkini dalam lingkungan Puskesmas. Ada proses untuk *me-review* dan meng-*update*.

Elemen Penilaian:

- a. Ada rencana program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman.
- b. Ditetapkan petugas yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan pelaksanaan program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman.
- c. Program tersebut mencakup perencanaan, pelaksanaan, pendidikan, dan pelatihan petugas, pemantauan, dan evaluasi.
- d. Dilakukan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program tersebut.

Manajemen Peralatan

Standar 8.6

Peralatan Dikelola dengan Tepat

Kriteria 8.6.1

Peralatan ditempatkan di lingkungan pelayanan dengan tepat.

Maksud dan Tujuan:

Untuk menjaga agar peralatan siap pakai dan dalam kondisi baik pada saat dibutuhkan maka Puskesmas perlu menetapkan ketentuan dan prosedur kebersihan dan sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan, dan menempatkan alat yang siap pakai pada tempat yang tepat sesuai persyaratan dan fungsi alat.

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi, alat yang membutuhkan perawatan lebih lanjut (tidak siap pakai), serta alat-alat yang membutuhkan persyaratan khusus untuk peletakkannya.
- b. Tersedia prosedur sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan.

- c. Dilakukan pemantauan terhadap pelaksanaan prosedur secara berkala.
- d. Apabila memperoleh bantuan peralatan, persyaratan-persyaratan fisik, teknis, maupun petugas yang berkaitan dengan operasionalisasi alat tersebut dapat dipenuhi.

Kriteria 8.6.2

Peralatan dipelihara dan dikalibrasi secara rutin.

Maksud dan Tujuan:

- a. Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/laik pakainya peralatan medis, Puskesmas:
 - 1) melakukan inventarisasi peralatan medis;
 - 2) melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur;
 - 3) melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya;
 - 4) melaksanakan pemeliharaan;
 - 5) melakukan inventarisasi peralatan yang harus dikalibrasi;
 - 6) memastikan bahwa alat yang perlu dikalibrasi, dilakukan kalibrasi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.
- b. Pemeliharaan alat dilakukan oleh petugas yang kompeten yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas. Peralatan diperiksa dan diuji coba sejak masih baru dan seterusnya, sesuai umur dan penggunaan peralatan tersebut atau sesuai instruksi pabrik. Pemeriksaan, hasil uji coba dan setiap kali pemeliharaan, dan kalibrasi didokumentasikan.

Elemen Penilaian:

- a. Dilakukan inventarisasi peralatan yang ada di Puskesmas.

- b. Ditetapkan Penanggung jawab pengelola alat ukur dan dilakukan kalibrasi atau yang sejenis secara teratur, dan ada buktinya.
- c. Ada sistem untuk kontrol peralatan, testing, dan perawatan secara rutin.
- d. Hasil pemantauan tersebut didokumentasikan.
- e. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penggantian dan perbaikan alat yang rusak agar tidak mengganggu pelayanan.

Manajemen Sumber Daya Manusia

Standar 8.7

Terdapat Proses Rekrutmen, Retensi, Pengembangan, dan Pendidikan Berkelanjutan Tenaga Klinis yang Baku.

Kriteria 8.7.1

Penilaian dan evaluasi kompetensi tenaga klinis dilakukan melalui proses kredensial tenaga yang efektif.

Maksud dan Tujuan:

Untuk menjamin pelayanan klinis dilakukan oleh tenaga yang kompeten, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur kredensial yang meliputi penilaian kompetensi petugas klinis, termasuk persyaratan sertifikasi, lisensi dari petugas klinis tersebut, dan upaya untuk peningkatan kompetensi, untuk memenuhi kecukupan kebutuhan tenaga klinis.

Elemen Penilaian:

- a. Ada penghitungan kebutuhan tenaga klinis di Puskesmas dengan persyaratan kompetensi dan kualifikasi.
- b. Ada cara menilai kualifikasi tenaga untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kewenangan.

- c. Dilakukan proses kredensial yang mencakup sertifikasi dan lisensi.
- d. Ada upaya untuk meningkatkan kompetensi tenaga klinis agar sesuai persyaratan dan kualifikasi.

Kriteria 8.7.2

Adanya proses yang menjamin kesesuaian antara pengetahuan dan keterampilan tenaga dengan kebutuhan pasien.

Maksud dan Tujuan:

Agar pasien memperoleh asuhan klinis sesuai dengan kebutuhan dan dilaksanakan dengan optimal, perlu dilayani oleh tenaga klinis yang kompeten sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan. Puskesmas perlu melakukan penilaian kinerja tenaga klinis dan menyusun dan menerapkan rencana untuk meningkatkan kompetensi tenaga klinis dalam memberikan asuhan pada pasien. Tenaga klinis mempunyai kewajiban untuk ikut berperan serta dalam meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dan mutu pelayanan klinis.

Elemen Penilaian:

- a. Dilakukan evaluasi kinerja tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis secara berkala.
- b. Dilakukan analisis dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.
- c. Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis berperan aktif dalam meningkatkan mutu pelayanan klinis.

Kriteria 8.7.3

Setiap tenaga mendapat kesempatan mengembangkan ilmu dan keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien.

Maksud dan Tujuan:

Dalam upaya peningkatan kompetensi dari tenaga kesehatan yang memberikan asuhan klinis, perlu direncanakan, dan diberi kesempatan bagi tenaga klinis untuk meningkatkan kompetensi melalui pendidikan dan/atau pelatihan.

Elemen Penilaian:

- a. Tersedia informasi mengenai peluang pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis.
- b. Ada dukungan dari manajemen Puskesmas bagi tenaga kesehatan untuk memanfaatkan peluang tersebut.
- c. Jika ada tenaga kesehatan yang mengikuti pendidikan atau pelatihan, dilakukan evaluasi penerapan hasil pelatihan di tempat kerja.
- d. Dilakukan pendokumentasian pelaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Kriteria 8.7.4

Wewenang tenaga diuraikan dengan jelas dan dilaksanakan secara profesional dan legal dalam pelaksanaan asuhan.

Maksud dan Tujuan:

Untuk menjamin bahwa asuhan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tepat dan kompeten, maka harus ada kejelasan tugas dan wewenang untuk tiap tenaga kesehatan yang memberikan asuhan klinis di Puskesmas. Dalam kondisi tertentu, jika tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan tidak tersedia, maka dapat ditetapkan tenaga kesehatan dengan pemberian kewenangan untuk menjalankan asuhan klinis tertentu oleh pejabat yang berwenang.

Elemen Penilaian:

- a. Setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis mempunyai uraian tugas dan wewenang yang didokumentasikan dengan jelas.
- b. Jika tidak tersedia tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk menjalankan kewenangan dalam pelayanan klinis, ditetapkan petugas kesehatan dengan persyaratan tertentu untuk diberi kewenangan khusus.
- c. Apabila tenaga kesehatan tersebut diberi kewenangan khusus, dilakukan penilaian terhadap pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan kewenangan khusus yang diberikan.
- d. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan uraian tugas dan wewenang bagi setiap tenaga kesehatan.

BAB IX. PENINGKATAN MUTU KLINIS DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

Tanggung jawab tenaga klinis.

Standar 9.1

Perencanaan, Monitoring, dan Evaluasi Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan menjadi Tanggung Jawab Tenaga yang Bekerja di Pelayanan Klinis.

Kriteria 9.1.1

Tenaga klinis berperan aktif dalam proses peningkatan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien.

Maksud dan Tujuan:

- a. Upaya peningkatan mutu layanan klinis, dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis yang memberikan asuhan pasien.
- b. Tenaga klinis adalah dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab melaksanakan asuhan pasien.
- c. Tenaga klinis wajib berperan aktif mulai dari identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, melakukan analisis, menyusun rencana perbaikan, melaksanakan, dan menindaklanjuti. Identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, potensi terjadinya risiko dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator pelayanan klinis yang ditetapkan oleh Puskesmas dengan acuan yang jelas.

Elemen Penilaian:

- a. Adanya peran aktif tenaga klinis dalam merencanakan dan mengevaluasi mutu layanan klinis dan upaya peningkatan keselamatan pasien.
- b. Ditetapkan indikator dan standar mutu klinis untuk monitoring dan penilaian mutu klinis.
- c. Dilakukan pengumpulan data, analisis, dan pelaporan mutu klinis dilakukan secara berkala.
- d. Pimpinan Puskesmas bersama tenaga klinis melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan penilaian mutu klinis.
- e. Dilakukan identifikasi dan dokumentasi terhadap Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kondisi Potensial Cedera (KPC) maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC).
- f. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penanganan KTD, KPC, KNC, dan risiko dalam pelayanan klinis.
- g. Jika terjadi KTD dan KNC dilakukan analisis dan tindak lanjut.
- h. Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti.
- i. Dilakukan analisis risiko dan upaya-upaya untuk meminimalkan risiko pelayanan klinis.
- j. Berdasarkan hasil analisis risiko, adanya kejadian KTD, KPC, dan KNC, upaya peningkatan keselamatan pasien direncanakan, dilaksanakan, dievaluasi, dan ditindaklanjuti.

Kriteria 9.1.2

Tenaga klinis berperan penting dalam memperbaiki perilaku dalam pemberian pelayanan.

Maksud dan Tujuan:

Mutu layanan klinis tidak hanya ditentukan oleh sistem pelayanan yang ada, tetapi juga perilaku dalam pemberian pelayanan. Tenaga klinis perlu melakukan evaluasi terhadap perilaku dalam pemberian pelayanan dan melakukan upaya perbaikan baik pada sistem pelayanan maupun perilaku pelayanan yang mencerminkan budaya keselamatan, dan budaya perbaikan pelayanan klinis yang berkelanjutan.

Elemen Penilaian:

- a. Dilakukan evaluasi dan perbaikan perilaku dalam pelayanan klinis oleh tenaga klinis dalam pelayanan klinis yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan yang berkelanjutan.
- b. Budaya mutu dan keselamatan pasien diterapkan dalam pelayanan klinis.
- c. Ada keterlibatan tenaga klinis dalam kegiatan peningkatan mutu yang ditunjukkan dalam penyusunan indikator untuk menilai perilaku dalam pemberian pelayanan klinis dan ide-ide perbaikan.

Kriteria 9.1.3

Sumber daya untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disediakan, upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien tersebut dilaksanakan

Maksud dan Tujuan:

- a. Mutu layanan klinis dapat ditingkatkan jika ada komitmen dari pihak pengelola Puskesmas dan tenaga klinis yang memberikan layanan klinis kepada pasien.
- b. Pimpinan Puskesmas perlu memfasilitasi, mengalokasikan dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk kegiatan perbaikan mutu

layanan klinis dan upaya keselamatan pasien sesuai dengan ketersediaan anggaran dan sumber daya yang ada di Puskesmas.

Elemen Penilaian:

- a. Dialokasikan sumber daya yang cukup untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien.
- b. Ada program/kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun dan direncanakan oleh tenaga klinis.
- c. Program/kegiatan tersebut dilaksanakan sesuai rencana, dievaluasi, dan ditindaklanjuti.

Pemahaman mutu layanan klinis.

Standar 9.2

Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Dipahami dan Didefinisikan dengan Baik oleh Semua Pihak yang Berkepentingan.

Kriteria 9.2.1

Fungsi dan proses layanan klinis yang utama diidentifikasi dan diprioritaskan dalam upaya perbaikan mutu layanan klinis dan menjamin keselamatan.

Maksud dan Tujuan:

Dengan adanya keterbatasan sumber daya yang ada di Puskesmas, maka upaya perbaikan mutu layanan klinis perlu diprioritaskan. Oleh karena itu tenaga klinis bersama dengan pengelola Puskesmas menetapkan prioritas fungsi dan proses pelayanan yang perlu disempurnakan. Penetapan prioritas dilakukan dengan kriteria tertentu misalnya: high risk, high volume, high cost, dan

kecenderungan terjadi masalah, atau didasarkan atas penyakit, kelompok sasaran, program prioritas atau pertimbangan lain.

Elemen Penilaian:

- a. Dilakukan identifikasi fungsi dan proses pelayanan yang prioritas untuk diperbaiki dengan kriteria yang ditetapkan.
- b. Terdapat dokumentasi tentang komitmen dan pemahaman terhadap peningkatan mutu dan keselamatan secara berkesinambungan ditingkatkan dalam organisasi.
- c. Setiap tenaga klinis dan manajemen memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan dalam layanan klinis.
- d. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menetapkan pelayanan prioritas yang akan diperbaiki.
- e. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menyusun rencana perbaikan pelayanan prioritas yang ditetapkan dengan sasaran yang jelas.
- f. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis melaksanakan kegiatan perbaikan pelayanan klinis sesuai dengan rencana.
- g. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan perbaikan pelayanan klinis.

Kriteria 9.2.2

Ada pembakuan standar layanan klinis yang disusun berdasarkan acuan yang jelas.

Maksud dan Tujuan:

Agar pelayanan klinis dapat dikendalikan dengan baik, maka perlu dilakukan pembakuan standar dan prosedur layanan klinis. Standar dan prosedur tersebut perlu disusun berdasarkan acuan yang jelas dan dapat

dipertanggungjawabkan, dan bila memungkinkan berdasarkan bukti ilmiah terkini dan yang terbaik (*the best available evidence*).

Elemen Penilaian:

- a. Standar/prosedur layanan klinis disusun dan dibakukan didasarkan atas prioritas fungsi dan proses pelayanan.
- b. Standar tersebut disusun berdasarkan acuan yang jelas.
- c. Tersedia dokumen yang menjadi acuan dalam penyusunan standar.
- d. Ditetapkan prosedur penyusunan standar/prosedur layanan klinis.
- e. Penyusunan standar/prosedur layanan klinis sesuai dengan prosedur.

Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien. Standar 9.3

Mutu Layanan Klinis dan Sasaran Keselamatan Pasien Diukur, Dikumpulkan dan Dievaluasi dengan Tepat.

Kriteria 9.3.1

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

Maksud dan Tujuan:

Dalam upaya peningkatan mutu layanan klinis perlu ditetapkan ukuran-ukuran mutu layanan klinis yang menjadi sasaran peningkatan layanan klinis. Untuk meningkatkan keselamatan pasien perlu dilakukan pengukuran terhadap sasaran-sasaran keselamatan pasien. Indikator pengukuran keselamatan pasien meliputi: tidak terjadinya kesalahan identifikasi pasien, tidak terjadinya kesalahan pemberian obat, tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan medis

dan keperawatan, pengurangan terjadinya risiko infeksi di Puskesmas, dan tidak terjadinya pasien jatuh.

Elemen Penilaian:

- a. Disusun dan ditetapkan indikator mutu layanan klinis yang telah disepakati bersama.
- b. Ditetapkan sasaran-sasaran keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam maksud dan tujuan.
- c. Dilakukan pengukuran mutu layanan klinis mencakup aspek penilaian pasien, pelayanan penunjang diagnosis, penggunaan obat antibiotika, dan pengendalian infeksi nosokomial.
- d. Dilakukan pengukuran terhadap indikator-indikator keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam maksud dan tujuan.

Kriteria 9.3.2

Target mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien ditetapkan dengan tepat

Maksud dan Tujuan:

Untuk mengetahui nilai keberhasilan pencapaian mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, maka perlu ditetapkan target (batasan) yang harus dicapai untuk tiap-tiap indikator yang dipilih dengan acuan yang jelas.

Elemen Penilaian:

- a. Ada penetapan target mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang akan dicapai.

- b. Target tersebut ditetapkan dengan mempertimbangkan pencapaian mutu klinis sebelumnya, pencapaian optimal pada sarana kesehatan yang serupa, dan sumber daya yang dimiliki.
- c. Proses penetapan target tersebut melibatkan tenaga profesi kesehatan yang terkait.

Kriteria 9.3.3

Data mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien dikumpulkan dan dikelola secara efektif.

Maksud dan Tujuan:

Untuk memonitor mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, perlu dilakukan pengukuran-pengukuran dengan indikator yang telah ditetapkan secara periodik, dianalisis, untuk menentukan strategi dan rencana perbaikan mutu layanan klinis.

Elemen Penilaian:

- a. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikumpulkan secara periodik.
- b. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didokumentasikan.
- c. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dianalisis untuk menentukan rencana dan langkah-langkah perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

Peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

Standar 9.4

Perbaikan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien Diupayakan, Dievaluasi dan Dikomunikasikan dengan Baik.

Kriteria 9.4.1

Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didukung oleh tim yang berfungsi dengan baik.

Maksud dan Tujuan:

Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien hanya dapat terlaksana jika ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab dalam upaya tersebut.

Elemen Penilaian:

- a. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.
- b. Terdapat tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang berfungsi dengan baik.
- c. Ada kejelasan uraian tugas dan tanggung jawab tim.
- d. Ada rencana dan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun.

Kriteria 9.4.2

Rencana peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan disusun dan dilaksanakan berdasarkan hasil evaluasi.

Maksud dan Tujuan:

Agar pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien dapat dilakukan secara efektif dan efisien, maka perlu perencanaan yang matang berdasarkan data monitoring mutu layanan klinis dan sasaran-sasaran keselamatan pasien yang telah disusun.

Elemen Penilaian:

- a. Data monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan dikumpulkan secara teratur.
- b. Dilakukan analisis dan diambil kesimpulan untuk menetapkan masalah mutu layanan klinis dan masalah keselamatan pasien.
- c. Dilakukan analisis penyebab masalah.
- d. Ditetapkan program-program perbaikan mutu yang dituangkan dalam rencana perbaikan mutu.
- e. Rencana perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disusun dengan mempertimbangkan peluang keberhasilan dan ketersediaan sumber daya.
- f. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan perbaikan yang direncanakan.
- g. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk memantau pelaksanaan kegiatan perbaikan.
- h. Ada tindak lanjut terhadap hasil pemantauan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

Kriteria 9.4.3

Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dievaluasi dan didokumentasikan.

Maksud dan Tujuan:

Agar terjadi perbaikan yang berkesinambungan, maka perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. Jika dari hasil evaluasi ternyata menunjukkan perbaikan, maka perlu dibakukan sebagai standar dalam pemberian pelayanan.

Elemen Penilaian:

- a. Petugas mencatat peningkatan setelah pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.
- b. Dilakukan evaluasi terhadap hasil penilaian dengan menggunakan indikator-indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien untuk menilai adanya perbaikan.
- c. Hasil perbaikan ditindaklanjuti untuk perubahan standar/prosedur pelayanan.
- d. Dilakukan pendokumentasian terhadap keseluruhan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

Kriteria 9.4.4

Hasil evaluasi upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikomunikasikan.

Maksud dan Tujuan:

Hasil evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien perlu dikomunikasikan untuk meningkatkan motivasi petugas dan meningkatkan keberlangsungan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

Elemen Penilaian:

- a. Ditetapkan kebijakan dan prosedur distribusi informasi dan komunikasi hasil-hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.
- b. Proses dan hasil kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disosialisasikan dan dikomunikasikan kepada semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan klinis.

- c. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan sosialisasi dan komunikasi tersebut.
- d. Dilakukan pelaporan hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

BAB VII

KESIAPAN DOKUMEN AKREDITAS UPAYA KESEHATAN PERORANGAN (UKP)

Hasil penelitian tentang Analisis Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Upaya Kesehatan Perorangan (Ukp) Puskesmas Keramat Kabupaten Buol Dalam Menghadapi Akreditasi, sebagai berikut.

1. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

Berdasarkan hasil penelitian, Untuk kesiapan dokumen Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien (LKBP) di Puskesmas Keramat Kabupaten Buol, dari 33 kriteria, Ada 13 kriteria dokumen yang sudah terpenuhi, 13 kriteria dokumen terpenuhi sebagian dan 7 kriteria dokumen yang belum terpenuhi. Nilai rata-rata sebesar 59,1%, termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Dari segi Sumber daya manusia (SDM) dan Sarana prasarana, Puskesmas Karamat belum memiliki tenaga dokter gigi dan pelayanan Polik Gigi.

Menurut Nawawi dalam Gaol (2014:44), Sumber Daya Manusia adalah orang yang bekerja dan berfungsi sebagai aset organisasi/perusahaan yang dapat dihitung jumlahnya (kuantitatif), dan SDM merupakan potensi yang menjadi penggerak organisasi. Menurut Sutrisno (2014:3), sumber daya manusia merupakan satu-satunya sumber daya yang memiliki akan perasaan, keinginan, keterampilan, pengetahuan, dorongan, daya, dan karya (rasio, rasa, dan karsa). Semua potensi SDM tersebut berpengaruh terhadap upaya organisasi dalam mencapai tujuan.

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri untuk meningkatkan mutu

pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan (Permenkes Nomor 46 tahun 2015).

Dari Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ketersediaan sumber daya manusia adalah aset terpenting bagi sebuah Fasilitas pelayanan Kesehatan dan sangat berpengaruh atau membantu untuk beroperasi dalam proses mencapai tujuan yang di harapkan. Hal terpenting dari manajemen sumber daya manusia yaitu pengelolaan dan pendayagunaan sumber daya manusia secara penuh dan berkesinambungan terhadap sumber daya manusia yang ada sehingga mereka dapat bekerja secara optimal, efektif, dan produktif dalam pencapaian tujuan perusahaan.

Akreditasi berdasar pada peraturan peundangan pedoman acuan standar. Penyelenggaraan pelayanan di lakukan untuk mengukur, memonitor, mengendalikan, memelihara, menyempurnakan dan mendokumentasikan kegiatan. Tujuan penyelenggaraan pelayanan tersebut agar masyarakat merasa puas akan pelayanan Puskesmas. Untuk Kemudahan akses, Puskesmas langsung menyusun Denah Puskesmas dan alur pelayanan sehingga masyarakat segera mengetahuinya. Bukti yang bisa dilihat saat memasuki gedung Puskesmas Karamat sudah terpasang arah lokasi, alur pelayanan, dan *leaflet-leaflet* di pojok ruangan.

2. Manajemen Penunjang Layanan Klinis Pelayanan Laboratorium (MPLK)

Berdasarkan hasil penelitian, Untuk kesiapan dokumen Manajemen Penunjang Layanan Klinis Pelayanan Laboratorium (MPLK) dari 36 kriteria, 9 dokumen yang sudah terpenuhi, 13 dokumen terpenuhi sebagian dan 14 dokumen yang belum terpenuhi. Dengan nilai Rata-rata sebesar 43,1%, termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Dari segi Sumber daya manusia (SDM) dan Sarana prasarana, Puskesmas Karamat belum memiliki tenaga analis laboratorium yang

kompeten dan pelayanan laboratorium sebagai penunjang layanan klinis belum memadai.

Menurut Hasibuan (2007:10), manajemen sumber daya manusia adalah ilmu dan seni mengatur hubungan dan peranan tenaga kerja agar efektif dan efisien membantu terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan dan masyarakat. Sedangkan menurut Bangun (2012:6), Menurut Marihot Tua E.H. dalam Sunyoto (2012:1), manajemen sumberdaya manusia didefinisikan: *Human resource management is the activities undertaken to attract, develop, motivate, and maintain a high performing workforce within the organization* (Manajemen sumber daya manusia adalah aktivitas yang dilakukan merangsang, mengembangkan, memotivasi, dan memelihara kinerja yang tinggi dalam organisasi).

Hasil penelitian ini diketahui bahwa sumber daya manusia (SDM) yang ada di Puskesmas Karamat khususnya Manajemen Penunjang Layanan Klinis Pelayanan Laboratorium (MPLK) belum memiliki tenaga analis laboratorium. Dan untuk mengantisipasi hal tersebut Kepala Puskesmas mengambil satu kebijakan dengan mengutus sala satu stafnya untuk di ikutkan dalam pelatihan tenaga analis laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Buol yang di fasilitasi pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Buol.

Masih minimnya tenaga kesehatan yang ada di setiap Fasilitas kesehatan tingkat pertama atau Puskesmas, sangat berpengaruh pada pencapaian target pelayanan terhadap masyarakat. keterlambatan dalam melengkapi dokumen di sebakpan oleh Tugas Rangkap yang jika salah satunya di tinggalkan atau terabaikan akan berpengaruh pada capain target Puskesmas. Manajemen Sumber Daya Manusia adalah suatu proses, perencanaan, pengorganisasian, penyusunan staf, penggerakan, dan pengawasan, terhadap pengadaan, pengembangan, pemberian kompensasi, pengintegrasian, pemeliharaan dan pemisahan tenaga kerja untuk mencapai mencapai tujuan organisasi.

3. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Berdasarkan hasil penelitian, Untuk kesiapan dokumen Peningkatan Mutu Klinis Dan Keselamatan Pasien (PMKP) dari 12 kriteria 1 dokumen yang sudah terpenuhi, 3 dokumen terpenuhi sebagian dan 8 dokumen yang belum terpenuhi. rata-rata 20,8% termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Dari segi Sarana dan prasarana, Puskesmas Karamat belum memiliki sistem pengolahan limbah bahan berbahaya, sampah medis maupun sampah non medis serta Kebutuhan alat masing-masing ruangan yang belum memadai.

Menurut standar Akreditasi KARS 2012 Prinsip manajemen sarana dan prasarana harus meliputi perencanaan yang multi disiplin termasuk edukasi dan monitoring. Diperlukan juga dokumen perencanaan yaitu perencanaan keselamatan dan keamanan, pengelolaan bahan berbahaya, manajemen kegawat daruratan, penanganan kebakaran, pengelolaan peralatan medis, dan sistem utilitas. Teori yang harus diterapkan adalah mengaplikasikan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) dengan harapan dapat menjamin keselamatan pasien terutama dari fasilitas Kesehatan.

Hasil penelitian ini diketahui bahwa Sarana dan Prasana yang ada di Puskesmas Karamat khususnya Peningkatan Mutu Klinis Dan Keselamatan Pasien (PMKP) masih minim. Di Puskesmas Karamat belum memiliki sistem pengolahan limbah bahan berbahaya, sampah medis maupun sampah non medis serta Kebutuhan alat masing-masing ruangan yang belum memadai.

Pengelolaan sarana dan prasarana penting untuk keselamatan pasien. Setiap Puskesmas dan pelayanan kesehatan memiliki interaksi yang tidak mudah dan memiliki masalah seperti potensi-potensi kekeliruan, potensi Kecelakaan Tidak Diharapkan (KTD), dan potensi apapun yang terkait dengan risiko-risiko yang akan didapatkan oleh pasien termasuk karyawan serta lingkungannya. Dalam upaya menekan risiko kecelakaan sekecil mungkin pada pasien, maka manajemen risiko diberlakukan. Penyebab Kecelakaan Tidak Diharapkan

tersebut meliputi alat kesehatan yang tidak sesuai pelayanan dan kurangnya pelatihan pada Sumber Daya Manusia sehingga sangat diperlukan pengelolaan sarana prasarana yang aman, fungsional dan mendukung bagi pasien, keluarga, staf, pengunjung dan lingkungan.

Pimpinan Puskesmas perlu memfasilitasi, mengalokasikan dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien sesuai dengan ketersediaan anggaran dan sumber daya yang ada di Puskesmas.

REFERENSI

- Azwar, Azrul, 2008, Sikap Manusia, Yogyakarta: Pustaka Pelajar,.
- Arikunto, S. 2010. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 2013. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Anggraeni, D.M. dan Saryono. (2011). Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Departemen Kesehatan RI, 2009, tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta
- Direktorat Pembinaan Bina Upaya Kesehatan, 2013. Di akses dari:
<http://www.depkes.go.id/article/view/2210/menkes-lantik-sesjen-dan-dirjen-bina-upaya-kesehatan-kemenkes-ri.html>
- Eny Retno Purnamaningsih, (2018: 9). Upaya Peningkatan Akreditasi Ke Tingkat Utama Di Uptd Puskesmas Gombang II, tesis, Stie Widya Wiwaha Yogyakarta.
- Effendy, N (2009). Dasar Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran
- Farhana, N., Anneke Suparwati, A. dan Arso, S.P., 2016. Analisis Kesiapan Akreditasi Dasar Puskesmas Mangkang Di Kota Semarang, Jurnal Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro
- Hasibuan (2007:10), Manajemen Sumber daya manusia, Jakarta ; PT bumi Aksara
- Harnilawati. (2013: 24). Pengantar ilmu keperawatan komunitas: Pustaka AS Salam
- Hukormas. Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Available from: <http://www.yankes.depkes.go.id/home> dan <http://yankes.kemkes.go.id/read-kalk-standar-penilaian-akreditasi-laboratorium-kesehatan-terdiri-dari-7-standar-penilaian-3812.html>

Ismaniar, Hetty. 2015. Manajemen unit Kerja: untuk perekam medis dan informatika kesehatan Ilmu kesehatan masyarakat Keperawatan dan Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish.

Ibrahim. 2015. Metode Penelitian Kualitatif. Bandung: Alfabeta

Kementerian Kesehatan. 2013. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Kendali Mutu dan Biaya, Jakarta.

Kusuma, P.M. 2016, Akreditasi Puskesmas. Tesis. Universitas Indonesia. Jakarta.

Kalangi, Rosje. 2015, Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Kinerja Aparat Sipil Negara Di Kabupaten Kepulauan Sangehe Provinsi Sulawesi Utara. Jurnal LPPM Bidang EkososBudKum Vol.2 Nomor 1.

Marshanti, F. et all. 2017, *the associations between accreditation status, patient sosio-economic factors, insurance type, patient perceived quality of servis and satisfaction at community health centre*. Journal of health policy and management, 91-101

Moleong, Lexy J. 2009, Metode Penelitian Kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya

Muhammad (2010). Metodologi dan aplikasi. Bandung: Pustaka Cendekia Utama

Marihot Tua E.H. dalam Sunyoto (2012:1), Manajemen Sumber Daya Manusia. Bandung: CV Alfabeta

Nawawi dalam Gaol (2014:44), Budaya Organisasi Kepemimpinan dan Kinerja. Jakarta ; Prenadameja Group

Nissa. 2016. Analisis Kesiapan Akreditasi Dasar Puskesmas Mangkang Di Kota Semarang. Skripsi, Universitas Diponegoro, Semarang.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Di akses dari: <https://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Indonesia/Indonesia%20-%20Health%20Law%20-%20national.pdf> dan <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/Iii/2008. Tentang Rekam Medis. Menteri Kesehatan.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012, tentang Sistem Kesehatan Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013, tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 6 ayat (2)

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 43. Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri bertanggung jawab untuk; Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*), pertimbangan klinis (*clinical advisory*) dan manfaat jaminan kesehatan, perhitungan standar tarif, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, tentang standardisasi Puskesmas, Jakarta

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019

Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017.
<http://www.pusdatin.kemkes.go.id> dan
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf?opwvc=1>

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2015-2019. Nomor Hk.02.02/Menkes/52/2015 Indonesia; 2015.

Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Buol tahun 2015 s/d 2019. seluruh Puskesmas di Kabupaten Buol harus bisa terakreditasi.

Sugiyono. 2011. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Afabeta

- Satori, Djam'an dan Komariah, 2013 *Aan. Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Syafrudin dan Hamidah (2009), *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Sutrisno (2014:3), *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Pranada Media Group
- Susilawati (2016), *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Bandung: Refika Aditama
- Sinambela, Lijan Poltak, dkk., (2011), "Reformasi Pelayanan Publik", *Teori, Kebijakan, dan Implementasi*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Sugiyono, (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung Alfabeta
- Thomas, E (2015) *Study tentang pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Sungai Siring kec. Samarinda Utara Kota Samarinda*. *Ejournal ilmu pemerintahan*, 950-960
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, tentang Kesehatan, pasal 54 ayat (1) menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu serta merata dan non diskriminatif.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 49 bahwa setiap dokter/dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu.



STRADA PRESS

Jl. Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur

Email : stradapress@iik-strada.ac.id

Telp: 081252759611

ISBN 978-602-5842-85-6

