MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 46 TAHUN 2015

TENTANG

AKREDITASI PUSKESMAS, KLINIK PRATAMA, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 39 ayat (5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar secara berkesinambungan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
4. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);

6. Peraturan . . .

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG AKREDITASI PUSKESMAS, KLINIK PRATAMA, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi.
2. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
3. Klinik Pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus.
4. Tim Pendamping adalah Tim yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan pendampingan dan penilaian praakreditasi serta pendampingan pascaakreditasi.

5. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
7. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
8. Direktur Jenderal adalah Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang pelayanan kesehatan.

Pasal 2

Pengaturan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi bertujuan untuk:

a. meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
b. meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi; dan
c. meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat.

BAB II
PENYELENGGARAAN AKREDITASI

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 3

(1) Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi.
(2) Akreditasi Puskesmas dan Klinik Pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap 3 (tiga) tahun.
(3) Akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap 5 (lima) tahun.

(4) Pemerintah . . .

(4) Pemerintah Daerah berkewajiban mendukung, memotivasi, mendorong, dan memperlancar proses pelaksanaan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi.

Pasal 4

(1) Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan sesuai standar Akreditasi.

(2) Standar Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I, Lampiran II, dan Lampiran III, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 5

(1) Penyelenggaraan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan melalui tahapan:
a. survei Akreditasi; dan
b. penetapan Akreditasi.

(2) Dalam menyelenggarakan Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan pendampingan dan penilaian praakreditasi.

(3) Puskesmas yang telah terakreditasi wajib mendapatkan pendampingan pascaakreditasi.

(4) Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah terakreditasi dapat mengajukan permohonan pendampingan pascaakreditasi kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.

Bagian Kedua
Survei Akreditasi

Pasal 6

(1) Survei Akreditasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf a merupakan kegiatan penilaian untuk mengukur tingkat kesesuaian terhadap standar Akreditasi.

(2) Survei Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh surveior Akreditasi dari lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 7

(1) Surveior Akreditasi Puskesmas terdiri dari surveior bidang administrasi dan manajemen, bidang upaya kesehatan masyarakat, dan bidang upaya kesehatan perseorangan.

(2) Surveior Akreditasi Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi terdiri dari surveior bidang administrasi dan manajemen, dan bidang upaya kesehatan perseorangan.

(3) Surveior Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

a. bidang administrasi dan manajemen:
   1. tenaga kesehatan dengan pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) bidang kesehatan;
   2. mempunyai pengalaman bekerja di Puskesmas, mengelola program pelayanan kesehatan dasar, dan/atau mengelola program mutu pelayanan kesehatan dasar paling singkat 3 (tiga) tahun; dan
   3. memiliki sertifikat pelatihan surveior Akreditasi yang diterbitkan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi.

b. bidang upaya kesehatan masyarakat:
   1. tenaga kesehatan dengan pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) bidang kesehatan;
   2. mempunyai pengalaman bekerja di Puskesmas dan/atau mengelola program pelayanan kesehatan dasar paling singkat 3 (tiga) tahun; dan
   3. memiliki sertifikat pelatihan surveior yang diterbitkan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi.

c. bidang upaya kesehatan perseorangan:
   1. tenaga medis;
   2. pernah bekerja di Puskesmas dan/atau Klinik paling singkat 1 (satu) tahun; dan
   3. memiliki sertifikat pelatihan surveior Akreditasi yang diterbitkan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi.

Bagian Ketiga
Penetapan Akreditasi

Pasal 8

(1) Penetapan Akreditasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b merupakan hasil akhir survei Akreditasi oleh surveior dan keputusan rapat lembaga independen penyelenggara Akreditasi.

(2) Penetapan Akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri.

(3) Penetapan Akreditasi dibuktikan dengan sertifikat Akreditasi.

Pasal 9

(1) Penetapan status Akreditasi Puskesmas terdiri atas:
a. tidak terakreditasi;
b. terakreditasi dasar;
c. terakreditasi madya;
d. terakreditasi utama; atau
e. terakreditasi paripurna.

(2) Penetapan status Akreditasi Klinik Pratama terdiri atas:
a. tidak terakreditasi;
b. terakreditasi dasar;
c. terakreditasi madya; atau
d. terakreditasi paripurna.

(3) Penetapan status Akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi terdiri atas:
a. tidak terakreditasi; atau
b. terakreditasi.

Pasal 10

(1) Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah mendapatkan status Akreditasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 dapat mencantumkan status Akreditasi di bawah atau di belakang nama Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, atau tempat praktik mandiri dokter gigi, dengan huruf lebih kecil.

(2) Contoh . . .

(2) Contoh pencantuman status Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran IV yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Keempat
Pendampingan dan Penilaian Praakreditasi serta
Pendampingan Pascaakreditasi

Pasal 11

(1) Pendampingan praakreditasi merupakan rangkaian kegiatan penyiapan Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi agar memenuhi standar Akreditasi.

(2) Penilaian praakreditasi merupakan kegiatan penilaian yang dilakukan setelah selesai pendampingan praakreditasi untuk mengetahui kesiapan Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam melaksanakan survei Akreditasi.

(3) Pendampingan dan penilaian praakreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan oleh Tim Pendamping.

Pasal 12

(1) Pendampingan pascaakreditasi merupakan kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan pencapaian standar Akreditasi secara berkesinambungan sampai dilakukan penilaian Akreditasi berikutnya.

(2) Pendampingan pascaakreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan bagi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, atau tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah dinyatakan terakreditasi.

(3) Kegiatan pendampingan pascaakreditasi dilakukan setiap 1 (satu) tahun.

(4) Pendampingan pascaakreditasi untuk Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan oleh Tim Pendamping.

Bagian Kelima
Tim Pendamping

Pasal 13

(1) Tim Pendamping sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (3) dan Pasal 12 ayat (4) berasal dari dinas kesehatan kabupaten/kota setempat yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

(2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia pada dinas kesehatan kabupaten/kota setempat, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat merekrut tenaga pendamping yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan, institusi pendidikan, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.

(4) Tim Pendamping pada Puskesmas beranggotakan paling sedikit 3 (tiga) orang yang masing-masing membidangi administrasi dan manajemen, upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan perseorangan.

(5) Tim Pendamping pada Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi beranggotakan paling banyak 2 (dua) orang yang masing-masing membidangi administrasi dan manajemen, dan upaya kesehatan perseorangan.

(6) Tim Pendamping sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

a. bidang administrasi dan manajemen:
   1. pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) bidang kesehatan;
   2. mempunyai pengalaman bekerja di Puskesmas, mengelola program pelayanan kesehatan dasar, dan/atau mengelola program mutu pelayanan kesehatan dasar paling singkat 2 (dua) tahun; dan
   3. lulus pelatihan pendamping Akreditasi yang dibuktikan dengan sertifikat yang diterbitkan oleh institusi pelatihan yang terakreditasi.

b. bidang upaya kesehatan masyarakat:
   1. pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) bidang kesehatan;
   2. mempunyai pengalaman bekerja di Puskesmas dan/atau mengelola program pelayanan kesehatan dasar paling singkat 2 (dua) tahun; dan

3. lulus pelatihan pendamping Akreditasi yang dibuktikan dengan sertifikat yang diterbitkan oleh institusi pelatihan yang terakreditasi

c. bidang upaya kesehatan perseorangan:
   1. tenaga medis;
   2. mempunyai pengalaman bekerja di Puskesmas dan/atau Klinik paling singkat 1 (satu) tahun; dan
   3. lulus pelatihan pendamping Akreditasi yang dibuktikan dengan sertifikat yang diterbitkan oleh institusi pelatihan yang terakreditasi.

Pasal 14

(1) Tim Pendamping bekerja atas perintah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

(2) Dalam melakukan pendampingan dan penilaian praakreditasi, Tim Pendamping bertugas sebagai berikut:
   a. melaksanakan fasilitasi dan pembinaan secara intensif kepada Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam rangka persiapan menuju penilaian praakreditasi; dan
   b. melakukan penilaian praakreditasi untuk mengetahui kelayakan Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi untuk diusulkan dalam penilaian Akreditasi.

(3) Dalam melakukan pendampingan pascaakreditasi, Tim Pendamping bertugas sebagai berikut:
   a. mendampingi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam melaksanakan perbaikan serta meningkatan kualitas pelayanan; dan
   b. menindaklanjuti rekomendasi yang diberikan oleh tim surveior Akreditasi.

BAB III
LEMBAGA INDEPENDEN PENYELENGGARA AKREDITASI

Pasal 15

(1) Lembaga independen penyelenggara Akreditasi ditetapkan oleh Menteri.

(2) Lembaga independen penyelenggara Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat mandiri dalam proses pelaksanaan, pengambilan keputusan, dan penetapan status Akreditasi.

(3) Lembaga independen penyelenggara Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas melakukan survei dan penetapan status Akreditasi.

(4) Dalam melaksanakan survei dan penetapan status Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), lembaga independen penyelenggara Akreditasi harus berpedoman pada standar Akreditasi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(5) Lembaga independen penyelenggara Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib menyusun tata laksana penyelenggaraan Akreditasi yang akuntabel dan dapat di akses oleh masyarakat.

Pasal 16

(1) Lembaga independen penyelenggara Akreditasi wajib melaporkan Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah diakreditasi kepada Menteri melalui Direktur Jenderal dengan tembusan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

(2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa laporan triwulan dan tahunan.

BAB IV
PENDANAAN

Pasal 17

(1) Pendanaan penyelenggaraan Akreditasi, kegiatan pendampingan dan penilaian praakreditasi, serta pendampingan pascaakreditasi pada Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi milik Pemerintah atau Pemerintah Daerah dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

(2) Pendanaan penyelenggaraan Akreditasi, kegiatan pendampingan dan penilaian praakreditasi, serta pendampingan pascaakreditasi pada Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi milik swasta/masyarakat dibebankan kepada pemilik Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi.

BAB V
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 18

(1) Menteri, Gubernur, Bupati/Walikota melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Akreditasi sesuai tugas dan wewenang masing-masing.

(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menjamin akuntabilitas pelaksanaan Akreditasi dan kesinambungan upaya peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi.

BAB VI
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 19

(1) Dalam hal lembaga independen penyelenggara Akreditasi belum ditetapkan oleh Menteri, survei dan penetapan status Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilaksanakan oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dibentuk oleh Menteri.

(2) Selain . . .

(2) Selain melaksanakan survei dan penetapan status Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama bertugas memberikan kajian dan rekomendasi kepada Menteri dalam rangka penetapan lembaga independen penyelenggara Akreditasi.

(3) Lembaga independen penyelenggara Akreditasi harus sudah terbentuk paling lambat 4 (empat) tahun sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 20

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juni 2015

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 14 Juli 2015

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

YASONNA H. LAOLY

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2015 NOMOR 1049

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN I
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 46 TAHUN 2015
TENTANG
AKREDITASI PUSKESMAS, KLINIK PRATAMA, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Indikator kecamatan sehat adalah lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, serta derajat kesehatan penduduk kecamatan. Untuk mendukung kecamatan sehat salah satu upaya yang dikembangkan saat ini adalah dengan adanya Desa Siaga,

yang salah satu indikatornya adalah ada Pos Kesehatan Desa sebagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), dengan penggerakan masyarakat wilayah desa/kelurahan, dan sebagai upaya Pertolongan Pertama Pada Penyakit (P3P) dan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K).

Agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik, baik kinerja pelayanan, proses pelayanan, maupun sumber daya yang digunakan. Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta.

Penilaian keberhasilan Puskesmas dapat dilakukan oleh internal organisasi Puskesmas itu sendiri, yaitu dengan ”Penilaian Kinerja Puskesmas,” yang mencakup manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan, disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS.

Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi Puskesmas adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan.

Selain itu, prinsip dan dasar yang ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Nasional yang menggarisbawahi soal hak asasi manusia dan responsif gender, juga dipakai dalam standar akreditasi Puskesmas ini untuk menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku.

Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu:

A. Kelompok Administrasi Manajemen, yang diuraikan dalam :
   1. Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)
   2. Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)
   3. Bab III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

B. Kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), yang diuraikan dalam:
   1. Bab IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)
   2. Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)
   3. Bab VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat

C. Kelompok Upaya Kesehatan Perorangan, yang diuraikan dalam:
   1. Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)
   2. Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)
   3. Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

A. Kelompok Administrasi Manajemen

BAB I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

Standar

1.1. Analisis Kebutuhan Masyarakat dan Perencanaan Puskesmas

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan Puskesmas diidentifikasi dan tercermin dalam Upaya Puskesmas. Peluang untuk pengembangan dan peningkatan pelayanan diidentifikasi dan dituangkan dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan.

Kriteria

1.1.1. Di Puskesmas ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat dan dilakukan kerja sama untuk mengidentifikasi dan merespons kebutuhan dan harapan masyarakat akan pelayanan Puskesmas yang dituangkan dalam perencanaan.

Pokok Pikiran:

- Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyediakan pelayanan kepada masyarakat. Oleh karena itu perlu ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan permasalahan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya dengan mendapatkan masukan dari masyarakat melalui proses pemberdayaan masyarakat.
- Penilaian kebutuhan masyarakat dilakukan dengan melakukan pertemuan dengan tokoh-tokoh masyarakat, sektor terkait, dan kegiatan survei mawas diri, serta memperhatikan data surveilans untuk kemudian dilakukan analisis kesehatan komunitas *(community health analysis)* sebagai bahan penyusunan rencana Puskesmas.
- Rencana Puskesmas dituangkan dalam bentuk rencana lima tahunan dan rencana tahunan berupa Rencana Usulan Kegiatan untuk anggaran tahun berikut dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan untuk anggaran tahun berjalan, yang diuraikan lebih lanjut dalam rencana kegiatan bulanan, baik untuk kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

- Dalam penyusunan rencana usulan kegiatan memperhatikan siklus perencanaan yang ada di daerah melalui mekanisme musrenbang desa, kecamatan, kabupaten, dengan memperhatikan potensi daerah masing-masing dan waktu pelaksanaan musrenbang.
- Bagi Puskesmas yang ditetapkan sebagai PPK-BLUD harus menyusun rencana strategi bisnis dan rencana bisnis anggaran, sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan tentang PPK-BLUD.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan berdasarkan prioritas.
2. Tersedia informasi tentang jenis pelayanan dan jadwal pelayanan.
3. Ada upaya untuk menjalin komunikasi dengan masyarakat.
4. Ada Informasi tentang kebutuhan dan harapan masyarakat yang dikumpulkan melalui survei atau kegiatan lainnya.
5. Ada perencanaan Puskesmas yang disusun berdasarkan analisis kebutuhan masyarakat dengan melibatkan masyarakat dan sektor terkait yang bersifat komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
6. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab, dan Pelaksana Kegiatan menyelaraskan antara kebutuhan dan harapan masyarakat dengan visi, misi, fungsi dan tugas pokok Puskesmas.

Kriteria

1.1.2. Dilakukan pembahasan bersama dengan masyarakat secara proaktif untuk mengetahui dan menanggapi respons masyarakat terhadap mutu dan kinerja pelayanan, untuk meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan, pelaksanaan upaya Puskesmas, dan terhadap sarana prasarana pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Mutu dan kinerja pelayanan perlu diupayakan untuk ditingkatkan secara berkesinambungan, oleh karena itu umpan balik dari masyarakat dan pengguna pelayanan Puskesmas secara aktif diidentifikasi sebagai bahan untuk penyempurnaan pelayanan Puskesmas.
- Pembahasan dengan masyarakat dapat dilakukan melalui Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), maupun pertemuan-pertemuan konsultatif dengan masyarakat.

Elemen Penilaian:

1. Pengguna pelayanan diikutsertakan secara aktif untuk memberikan umpan balik tentang mutu, kinerja pelayanan dan kepuasan terhadap pelayanan Puskesmas.
2. Ada proses identifikasi terhadap tanggapan masyarakat tentang mutu pelayanan.
3. Ada upaya menanggapi harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan dalam rangka memberikan kepuasan bagi pengguna pelayanan.

Kriteria

1.1.3. Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi secara inovatif

Pokok Pikiran:

- Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan tidak sama antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, prioritas masalah kesehatan dapat berbeda antar daerah, oleh karena itu perlu diidentifikasi peluang pengembangan Upaya dan kegiatan Puskesmas, serta peluang perbaikan mutu dan kinerja.

Elemen Penilaian:

1. Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi untuk perbaikan.
2. Didorong adanya inovasi dalam pengembangan pelayanan, dan diupayakan pemenuhan kebutuhan sumber daya.

3. Mekanisme kerja dan teknologi diterapkan dalam pelayanan untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam rangka memberikan kepuasan kepada pengguna pelayanan.

Kriteria

1.1.4. Perencanaan Operasional Puskesmas disusun secara terintegrasi berdasarkan visi, misi, tujuan Puskesmas, dan perencanaan strategis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Pokok Pikiran:

- Berdasarkan hasil analisis kebutuhan masyarakat dan analisis kesehatan masyarakat, Puskesmas bersama dengan sektor terkait dan masyarakat menyusun Rencana Lima Tahunan (rencana strategis). Berdasarkan rencana lima tahunan tersebut, Puskesmas menyusun Rencana Operasional Puskesmas yang dituangkan dalam Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk periode tahun yang akan datang yang merupakan usulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk tahun berjalan berdasarkan anggaran yang tersedia untuk tahun tersebut.
- Rencana Usulan Kegiatan (RUK) disusun secara terintegrasi melalui pembentukan tim Perencanaan Tingkat Puskesmas (Tim PTP), yang akan dibahas dalam musrenbang desa dan musrenbang kecamatan untuk kemudian diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Elemen Penilaian:

1. Ada Rencana Usulan Kegiatan (RUK) disusun berdasarkan Rencana Lima Tahunan Puskesmas, melalui analisis kebutuhan masyarakat.
2. Ada Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas sesuai dengan anggaran yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk tahun berjalan.
3. Penyusunan RUK dan RPK dilakukan secara lintas program dan lintas sektoral.
4. RUK dan RPK merupakan rencana terintegrasi dari berbagai Upaya Puskesmas.

5. Ada kesesuaian antara Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dengan Rencana Usulan kegiatan (RUK) dan Rencana Lima Tahunan Puskesmas.

Kriteria

1.1.5. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas wajib memonitor pelaksanaan dan pencapaian pelaksanaan pelayanan dan Upaya Puskesmas dan mengambil langkah tindak lanjut untuk revisi/perbaikan rencana bila diperlukan.

Pokok Pikiran

- Perubahan rencana operasional dimungkinkan apabila terjadi perubahan kebijakan pemerintah tentang Upaya/Kegiatan Puskesmas maupun dari hasil monitoring dan pencapaian Upaya/Kegiatan Puskesmas. Revisi terhadap rencana harus dilakukan dengan alasan yang tepat sebagai upaya pencapaian yang optimal dari kinerja Puskesmas.

Elemen penilaian:

1. Ada mekanisme monitoring yang dilakukan oleh Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas untuk menjamin bahwa pelaksana melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan operasional.
2. Ada indikator yang digunakan untuk monitoring dan menilai proses pelaksanaan dan pencapaian hasil pelayanan.
3. Ada mekanisme untuk melaksanakan monitoring penyelenggaraan pelayanan dan tindaklanjutnya baik oleh Pimpinan Puskesmas maupun Penanggung jawab Upaya Puskesmas.
4. Ada mekanisme untuk melakukan revisi terhadap perencanaan operasional jika diperlukan berdasarkan hasil monitoring pencapaian kegiatan dan bila ada perubahan kebijakan pemerintah.

Standar

1.2. Akses dan Pelaksanaan Kegiatan

Strategi perbaikan yang berkesinambungan diterapkan agar penyelenggaraan pelayanan tepat waktu, dilakukan secara profesional dan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat, serta tujuan Puskesmas.

Kriteria

1.2.1. Jenis-jenis pelayanan Puskesmas memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan dan masyarakat.

Pokok Pikiran:

- Puskesmas sebagai fasiltas kesehatan tingkat pertama wajib menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Peraturan Perundangan yang berlaku dan pedoman dari Kementerian Kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat. Jenis-jenis pelayanan yang disediakan perlu diketahui dan dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat, sebagai wujud pemenuhan akses masyarakat terhadap pelayanan yang dibutuhkan

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan jenis-jenis pelayanan sesuai dengan Peraturan Perundangan dan Pedoman dari Kementerian Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.
2. Pengguna pelayanan mengetahui jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas dan memanfaatkan jenis-jenis pelayanan tersebut.

Kriteria

1.2.2. Seluruh jajaran Puskesmas dan masyarakat memperoleh informasi yang memadai tentang kegiatan-kegiatan Puskesmas sesuai dengan perencanaan yang disusun.

Pokok Pikiran:

- Pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas perlu diketahui oleh masyarakat sebagai pengguna pelayanan, oleh lintas program, dan sektor terkait untuk meningkatkan kerja sama, saling memberi dukungan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dan upaya lain yang terkait dengan kesehatan untuk mengupayakan pembangunan berwawasan kesehatan.

Elemen Penilaian:

1. Masyarakat dan pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektoral mendapat informasi yang memadai tentang tujuan, sasaran, tugas pokok, fungsi dan kegiatan Puskesmas.
2. Ada penyampaian informasi dan sosialisasi yang jelas dan tepat berkaitan dengan program kesehatan dan pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas kepada masyarakat dan pihak terkait.

Kriteria

1.2.3. Akses masyarakat terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan dalam pelaksanaan kegiatan memadai dan tepat waktu, serta terjadi komunikasi timbal balik antara pengelola dan pelaksana pelayanan Puskesmas dengan masyarakat.

Pokok Pikiran:

- Sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, baik pengelola maupun pelaksana pelayanan harus mudah diakses oleh masyarakat ketika masyarakat membutuhkan baik untuk pelayanan preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif sesuai dengan kemampuan Puskesmas.
- Berbagai strategi komunikasi untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas dapat dikembangkan, antara lain melalui papan pengumuman, pemberian arah tanda yang jelas, media cetak, telepon, sms, media elektronik, ataupun internet.

Elemen Penilaian:

1. Puskesmas mudah dijangkau oleh pengguna pelayanan.
2. Proses penyelenggaraan pelayanan memberi kemudahan bagi pelanggan untuk memperoleh pelayanan.

3. Tersedia pelayanan sesuai jadwal yang ditentukan.
4. Teknologi dan mekanisme kerja dalam penyelenggaraan pelayanan memudahkan akses terhadap masyarakat.
5. Ada strategi komunikasi untuk memfasilitasi kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan.
6. Tersedia akses komunikasi dengan pengelola dan pelaksana untuk membantu pengguna pelayanan dalam memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan spesifik pengguna pelayanan.

Kriteria

1.2.4. Penjadwalan pelaksanaan pelayanan disepakati bersama dan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan yang direncanakan

Pokok Pikiran

- Kegiatan pelayanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas harus dijadwalkan dan dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang direncanakan dalam rangka mewujudkan efektivitas dan efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan jadwal pelaksanaan kegiatan Puskesmas.
2. Jadwal pelaksanaan kegiatan disepakati bersama.
3. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal dan rencana yang disusun.

Kriteria

1.2.5. Penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas didukung oleh suatu mekanisme kerja agar tercapai kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan, dilaksanakan secara efisien, minimal dari kesalahan dan mencegah terjadinya keterlambatan dalam pelaksanaan.

Pokok Pikiran

- Kegiatan pelayanan dan upaya Puskesmas perlu dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip efektif dan efisien. Perlu ada suatu mekanisme kerja yang terintegrasi untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi sehingga tidak terjadi keterlambatan dan kesalahan dalam pelaksanaan kegiatan.

- Kesalahan yang mungkin terjadi dalam proses kegiatan perlu diantisipasi, sehingga upaya pencegahan dapat dilakukan sehingga tidak terjadi kesalahan ataupun risiko dalam penyelenggaraan proses kegiatan. Prinsip-prinsip manajemen risiko yang sederhana, baik yang bersifat reaktif maupun proaktif perlu mulai diterapkan dalam penyelenggaraan pelayanan Puskesmas.
- Koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan baik dengan komunikasi lisan maupun tertulis, dan dilakukan koordinasi melalui mekanisme lokakarya mini Puskesmas baik secara lintas program maupun lintas sektoral.

Elemen Penilaian:

1. Ada koordinasi dan integrasi dalam penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas dengan pihak terkait, sehingga terjadi efisiensi dan menjamin keberlangsungan pelayanan.
2. Mekanisme kerja, prosedur dan pelaksanaan kegiatan didokumentasikan.
3. Dilakukan kajian terhadap masalah-masalah spesifik yang ada dalam proses penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas, untuk kemudian dilakukan koreksi dan pencegahan agar tidak terulang kembali.
4. Dilakukan kajian terhadap masalah-masalah yang potensial terjadi dalam proses penyelenggaraan pelayanan dan dilakukan upaya pencegahan.
5. Penyelenggara pelayanan secara konsisten mengupayakan agar pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan tertib dan akurat agar memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan.
6. Informasi yang akurat dan konsisten diberikan kepada pengguna pelayanan dan pihak terkait.
7. Dilakukan perbaikan proses alur kerja untuk meningkatkan efesiensi agar dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.
8. Ada kemudahan bagi pelaksana pelayanan untuk memperoleh bantuan konsultatif jika membutuhkan.
9. Ada mekanisme yang mendukung koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan.

10. Ada kejelasan prosedur, kejelasan tertib administrasi, dan dukungan teknologi sehingga pelaksanaan pelayanan minimal dari kesalahan, tidak terjadi penyimpangan maupun keterlambatan.
11. Pelaksana kegiatan mendapat dukungan dari pimpinan Puskesmas.

Kriteria

1.2.6. Adanya mekanisme umpan balik dan penanganan keluhan pengguna pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan. Keluhan dan ketidaksesuaian pelaksanaan dimonitor, dibahas dan ditindaklanjuti oleh penyelenggara pelayanan untuk mencegah terjadinya masalah dan untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Mekanisme untuk menerima umpan balik dari pengguna pelayanan diperlukan untuk memperoleh masukan dari pengguna dan masyarakat dalam upaya perbaikan sistem pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas. Berbagai mekanisme dapat dipergunakan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas dengan teknologi informasi yang tersedia.
- Respons terhadap keluhan/umpan balik diwujudkan dalam upaya perbaikan dan diinformasikan kepada pengguna pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ada mekanisme yang jelas untuk menerima keluhan dan umpan balik dari pengguna pelayanan, maupun pihak terkait tentang pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas.
2. Keluhan dan umpan balik direspons, diidentifikasi, dianalisa, dan ditindaklanjuti.
3. Ada tindak lanjut sebagai tanggapan terhadap keluhan dan umpan balik.
4. Ada evaluasi terhadap tindak lanjut keluhan/umpan balik.

Standar

1.3. Evaluasi

Evaluasi dilakukan terhadap efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan pelayanan, apakah sesuai dengan rencana dan dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.

Kriteria

1.3.1. Kinerja Puskesmas dan strategi pelayanan dan penyelenggaraan Upaya Puskesmas dianalisis sebagai bahan untuk perbaikan. Hasil evaluasi dibahas dan ditindak lanjuti.

Pokok Pikiran

- Evaluasi terhadap kinerja dilakukan dengan menggunakan indikator yang jelas sebagai dasar perbaikan penyelenggaraan pelayanan dan perencanaan pada periode berikutnya.
- Indikator penilaian untuk tiap jenis pelayanan dan Upaya/Kegiatan Puskesmas perlu disusun, dimonitor dan dianalisis secara periodik sebagai bahan untuk perbaikan.
- Indikator-indikator tersebut meliputi indikator-indikator UKM dan indikator-indikator UKP. Dalam menyusun indikator-indikator tersebut harus mengacu pada indikator-indikator yang ada pada Standar Pelayanan Minimal Kabupaten, Kebijakan/Pedoman dari Kementerian Kesehatan, Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Elemen Penilaian:

1. Ada mekanisme untuk melakukan penilaian kinerja yang dilakukan oleh pimpinan Puskesmas dan penanggung jawab Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.
2. Penilaian kinerja difokuskan untuk meningkatkan kinerja pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.
3. Ada indikator yang jelas untuk melakukan penilaian kinerja Puskesmas.

4. Pimpinan Puskesmas menetapkan tahapan cakupan Upaya Puskesmas untuk mencapai indikator dalam mengukur kinerja Puskesmas sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
5. Monitoring dan Penilaian Kinerja dilakukan secara periodik untuk mengetahui kemajuan dan hasil pelaksanaan penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.

Kriteria

1.3.2. Evaluasi meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja Puskesmas.

Pokok Pikiran

- Untuk melakukan evaluasi kinerja perlu disusun ketentuan, prosedur, indikator dan cara pengumpulan data yang jelas, dengan metoda evaluasi yang dapat dilakukan secara kualitatif maupun kuantitatif.

Elemen Penilaian:

1. Hasil penilaian kinerja dianalisis dan diumpan balikkan pada pihak terkait.
2. Hasil analisis data kinerja dibandingkan dengan acuan standar atau jika dimungkinkan dilakukan juga kajibanding (*benchmarking*) dengan Puskesmas yang lain.
3. Hasil penilaian kinerja digunakan untuk memperbaiki kinerja pelaksanaan kegiatan Puskesmas.
4. Hasil penilaian kinerja digunakan untuk perencanaan periode berikutnya.
5. Hasil penilaian kinerja dan tindak lanjutnya dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)

Tata Kelola Sarana Puskesmas

Standar

2.1. Persyaratan Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.

Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruang, prasarana, peralatan, dan ketenagaan.

Persyaratan Lokasi

Kriteria

2.1.1. Lokasi pendirian Puskesmas harus sesuai dengan tata ruang daerah

Pokok Pikiran:

- Pendirian Puskesmas perlu memperhatikan persyaratan lokasi: dibangun di setiap Kecamatan, memperhatikan kebutuhan pelayanan sesuai rasio ketersediaan pelayanan kesehatan dengan jumlah penduduk, mudah diakses, dan mematuhi persyaratan kesehatan lingkungan.
- Analisis yang mempertimbangan tata ruang daerah dan rasio ketersediaan pelayanan kesehatan dan jumlah penduduk dituangkan dalam rencana strategis atau rencana pembangunan Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan analisis terhadap pendirian Puskesmas yang mempertimbangkan tata ruang daerah dan rasio jumlah penduduk dan ketersediaan pelayanan kesehatan.
2. Pendirian Puskesmas mempertimbangkan tata ruang daerah.
3. Pendirian Puskesmas mempertimbangkan rasio jumlah penduduk dan ketersediaan pelayanan kesehatan.
4. Puskesmas memiliki perizinan yang berlaku.

Persyaratan Bangunan dan Ruangan

Kriteria

2.1.2. Bangunan Puskesmas bersifat permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain. Bangunan harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat.

Pokok Pikiran:

- Untuk menghindari gangguan dan dampak keberadaan Puskesmas terhadap lingkungan dan kepedulian terhadap lingkungan, maka pendirian Puskesmas perlu didirikan di atas bangunan yang permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.
- Yang dimaksud unit kerja yang lain adalah unit kerja yang tidak ada kaitan langsung dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Elemen Penilaian:

1. Puskesmas diselenggarakan di atas bangunan yang permanen.
2. Puskesmas tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.
3. Bangunan Puskesmas memenuhi persyaratan lingkungan yang sehat.

Kriteria

2.1.3. Bangunan Puskesmas memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pelayanan kesehatan, dengan ketersediaan ruangan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Ketersediaan ruang untuk pelayanan harus sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Puskesmas.
- Ruangan yang minimal harus tersedia adalah ruang pendaftaran dan ruang tunggu, ruang administrasi, ruang pemeriksaan, ruang konsultasi dokter, ruang tindakan, ruang farmasi, ruang ASI, kamar mandi dan WC, dan ruang lain sesuai kebutuhan pelayanan.

- Pengaturan ruangan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan untuk memudahkan pasien/keluarga pasien untuk akses yang mudah termasuk memberi kemudahan pada orang dengan disabilitas, anak-anak, dan orang usia lanjut, demikian juga memperhatikan keamanan dan kemudahan bagi petugas dalam memberikan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ketersediaan memenuhi persyaratan minimal dan kebutuhan pelayanan.
2. Tata ruang memperhatikan akses, keamanan, dan kenyamanan.
3. Pengaturan ruang mengakomodasi kepentingan penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut.

Persyaratan Prasarana Puskesmas

Kriteria

2.1.4. Prasarana Puskesmas tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan manjamin kesinambungan pelayanan maka Puskesmas harus dilengkapi dengan prasarana yang dipersyaratkan.
- Prasarana yang dipersyaratkan tersebut meliputi: sumber air bersih, instalasi sanitasi, instalasi listrik, sistem tata udara, sistem pencahayaan, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, kendaraan Puskesmas Keliling, pagar, selasar, rumah dinas tenaga kesehatan, dan prasarana lain sesuai dengan kebutuhan.
- Prasarana klinis tersebut harus dipelihara dan berfungsi dengan baik.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prasarana Puskesmas sesuai kebutuhan.
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadwal terhadap prasarana Puskesmas.

3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan prasarana Puskesmas.
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi prasarana Puskesmas yang ada.
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.

Persyaratan Peralatan Puskesmas

Kriteria

2.1.5. Peralatan medis dan non medis tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan menjamin kesinambungan pelayanan maka Puskesmas harus dilengkapi dengan peralatan medis dan non medis klinis sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan.
- Agar pelayanan diberikan dengan aman dan bermutu, maka peralatan medis dan non medis tersebut dipelihara dan berfungsi dengan baik, dan dikalibrasi untuk alat-alat ukur yang digunakan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- Peralatan yang memerlukan perijinan harus memiliki izin yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia peralatan medis dan non medis sesuai jenis pelayanan yang disediakan.
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadwal terhadap peralatan medis dan non medis.
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan peralatan medis dan non medis.
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi peralatan medis dan non medis.
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.
6. Dilakukan kalibrasi untuk peralatan medis dan non medis yang perlu dikalibrasi.
7. Peralatan medis dan non medis yang memerlukan ijin memiliki ijin yang berlaku.

Ketenagaan Puskesmas

Standar

2.2. Persyaratan Ketenagaan Puskesmas

Puskesmas harus memenuhi jenis dan jumlah ketenagaan yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan.

Persyaratan Penanggung jawab Puskesmas

Kriteria

2.2.1. Kepala Puskesmas adalah tenaga kesehatan yang kompeten sesuai dengan peraturan perundangan.

Pokok Pikiran:

- Agar Puskesmas dikelola dengan baik, efektif dan efisien, maka harus dipimpin oleh tenaga kesehatan yang kompeten untuk mengelola fasilitas tersebut.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas adalah tenaga kesehatan.
2. Ada kejelasan persyaratan Kepala Puskesmas.
3. Ada kejelasan uraian tugas Kepala Puskesmas.
4. Terdapat bukti pemenuhan persyaratan penanggung jawab sesuai dengan yang ditetapkan.

Kriteria

2.2.2. Tersedia tenaga medis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Agar Puskesmas dapat memberikan pelayanan yang optimal dan aman bagi pasien dan masyarakat yang dilayani perlu dilakukan analisis kebutuhan tenaga dan diupayakan untuk memenuhi ketersedian tenaga baik jenis dan jumlah dan memenuhi persyaratan kompetensi.

- Tenaga Kesehatan yang bekerja di Puskesmas harus mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR), dan atau Surat Izin Praktik (SIP) sesuai ketentuan perundang-undangan.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan dan pelayanan yang disediakan.
2. Ditetapkan persyaratan kompetensi untuk tiap-tiap jenis tenaga yang dibutuhkan.
3. Dilakukan upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan yang dipersyaratkan.
4. Ada kejelasan uraian tugas untuk setiap tenaga yang bekerja di Puskesmas.
5. Persyaratan perizinan untuk tenaga medis, keperawatan, dan tenaga kesehatan yang lain dipenuhi.

Standar

2.3. Kegiatan Pengelolaan Puskesmas

Pengelola Puskesmas menjamin efektivitas dan efisiensi dalam mengelola program dan kegiatan sejalan dengan tata nilai, visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi Puskesmas

Pengorganisasian Puskesmas

Kriteria

2.3.1. Struktur organisasi ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab, ada alur kewenangan dan komunikasi, kerjasama, dan keterkaitan dengan pengelola yang lain.

Pokok Pikiran:

- Dalam mengemban tugas pokok dan fungsi, perlu disusun pengorganisasian yang jelas di Puskesmas, sehingga setiap karyawan yang memegang posisi baik pimpinan, penanggung jawab maupun pelaksana akan melakukan tugas sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan yang diberikan.

Elemen Penilaian:

1. Ada struktur organisasi Puskesmas yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
2. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab Upaya Puskesmas
3. Ditetapkan alur komunikasi dan koordinasi pada posisi-posisi yang ada pada struktur.

Kriteria

2.3.2. Kejelasan tugas, peran, dan tanggung jawab pimpinan Puskesmas, penanggung jawab dan karyawan.

Pokok Pikiran:

- Dengan adanya uraian tugas, tangggung jawab, dan kewenangan, pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas akan dapat melakukan pekerjaan dengan tepat, efektif dan efisien.

Elemen Penilaian:

1. Ada uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang berkait dengan struktur organisasi Puskesmas.
2. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan karyawan memahami tugas, tanggung jawab dan peran dalam penyelenggaraan Program/Upaya Puskesmas.
3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas.

Kriteria

2.3.3. Struktur organisasi pengelola dikaji ulang secara reguler dan kalau perlu dilakukan perubahan

Pokok Pikiran:

- Evaluasi terhadap struktur perlu dilakukan secara periodik untuk menyempurnakan struktur yang ada agar sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan kajian terhadap struktur organisasi Puskesmas secara periodik.
2. Hasil kajian ditindak lanjuti dengan perubahan/penyempurnaan struktur.

Kriteria

2.3.4. Pengelola dan pelaksana Puskesmas memenuhi standar kompetensi yang dipersyaratkan dan ada rencana pengembangan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

Pokok Pikiran

- Kinerja Puskesmas hanya dapat dicapai secara optimal jika dilakukan oleh SDM yang kompeten baik pengelola, Penanggung jawab program maupun pelaksana kegiatan. Pola Ketenagaan Puskesmas perlu disusun berdasarkan kebutuhan dan/atau beban kerja.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan persyaratan/standar kompetensi sebagai Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan.
2. Ada rencana pengembangan pengelola Puskesmas dan karyawan sesuai dengan standar kompetensi.
3. Ada pola ketenagaan Puskesmas yang disusun berdasarkan kebutuhan.
4. Ada pemeliharaan catatan/dokumen sesuai dengan kompetensi, pendidikan, pelatihan, keterampilan dan pengalaman.
5. Ada dokumen bukti kompetensi dan hasil pengembangan pengelola dan pelaksana pelayanan.
6. Ada evaluasi penerapan hasil pelatihan terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan.

Kriteria

2.3.5. Karyawan baru harus mengikuti orientasi supaya memahami tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Karyawan wajib mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dipersyaratkan untuk menunjang keberhasilan Upaya Puskesmas.

Pokok Pikiran

- Agar memahami tugas, peran, dan tanggung jawab, karyawan baru baik yang diposisikan sebagai Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas maupun Pelaksana kegiatan harus mengikuti orientasi dan pelatihan yang dipersyaratkan.

Elemen Penilaian:

1. Ada ketetapan persyaratan bagi Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana kegiatan yang baru untuk mengikuti orientasi dan pelatihan.
2. Ada kegiatan pelatihan orientasi bagi karyawan baru baik Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, maupun Pelaksana kegiatan dan tersedia kurikulum pelatihan orientasi.
3. Ada kesempatan bagi Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, maupun Pelaksana kegiatan untuk mengikuti seminar atau kesempatan untuk meninjau pelaksanaan di tempat lain.

Pengelolaan Puskesmas

Kriteria

2.3.6. Pimpinan Puskesmas menetapkan visi, misi, tujuan, dan tata nilai dalam penyelenggaraan Puskesmas yang dikomunikasikan kepada semua pihak yang terkait dan kepada pengguna pelayanan dan masyarakat.

Pokok Pikiran:

- Kegiatan penyelenggaraan Puskesmas harus dipandu oleh visi, misi, tujuan dan tata nilai yang ditetapkan oleh Pimpinan Puskesmas agar mampu memenuhi kebutuhan masyarakat.
- Setiap karyawan diharapkan memahami visi, misi, tujuan dan tata nilai, dan diterapkan dalam kegiatan penyelenggaraan Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan visi, misi, tujuan, dan tata nilai Puskesmas yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan pelayanan, Upaya/Kegiatan Puskesmas.
2. Ada mekanisme untuk mengkomunikasikan tata nilai dan tujuan Puskesmas kepada pelaksana pelayanan, dan masyarakat.
3. Ada mekanisme untuk meninjau ulang tata nilai dan tujuan, serta menjamin bahwa tata nilai dan tujuan relevan dengan kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.
4. Ada mekanisme untuk menilai apakah kinerja Puskesmas sejalan dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas.

Kriteria

2.3.7. Pimpinan Puskesmas menunjukkan arah strategi dalam pelaksanaan pelayanan, Upaya/Kegiatan Puskesmas, dan bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, kualitas kinerja, dan terhadap penggunaan sumber daya.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan dan dukungan bagi karyawan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab. Arahan dan dukungan dapat diberikan dalam bentuk kebijakan lokal, pertemuan-pertemuan, maupun konsultasi dan pembimbingan oleh pimpinan.

Elemen Penilaian:

1. Ada mekanisme yang jelas bahwa Pimpinan Puskesmas mengarahkan dan mendukung Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab mereka.
2. Ada mekanisme penelusuran kinerja pelayanan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.
3. Ada struktur organisasi Penanggung jawab Upaya Puskesmas yang efektif.
4. Ada mekanisme pencatatan dan pelaporan yang dibakukan.

Kriteria

2.3.8 Puskesmas memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan di wilayah kerja Puskesmas mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan fungsi Puskesmas dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan di wilayah kerja. Fungsi tersebut tercermin dalam perencanaan dan pelaksanaan Upaya Puskesmas.
- Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan mulai dari pelaksanaan survei mawas diri, perencanaan kegiatan, monitoring dan evaluasi kegiatan Puskesmas

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan tanggung jawab Pimpinan Puskesmas, Penanggungjawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan untuk memfasilitasi kegiatan pembangunan berwasaran kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
2. Ada mekanisme yang jelas untuk memfasilitasi peran serta masyarakat dalam pembangunan berwawasan kesehatan dan Upaya Puskesmas.
3. Ada komunikasi yang efektif dengan masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas.

Kriteria

2.3.9. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menunjukkan kepemimpinan untuk melaksanakan strategi, mendelegasikan wewenang apabila meninggalkan tugas dan memberikan pengarahan dalam pelaksanaan kegiatan, sesuai dengan tata nilai, visi, misi, tujuan Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Akuntabilitas merupakan bentuk tanggung jawab pengelola Puskesmas dalam melaksanakan Upaya Puskesmas sesuai dengan rencana yang disusun. Akuntabilitas ditunjukkan dalam pencapaian kinerja dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan. Penanggung jawab Upaya Puskesmas mempunyai kewajiban untuk mempertanggungjawabkan pencapaian kinerja Upaya Puskesmas kepada Pimpinan Puskesmas dan melakukan tindak lanjut untuk perbaikan.
- Sebagai wujud akuntabilitas, pimpinan dan/atau penanggung jawab upaya Puskesmas wajib melakukan pendelegasian wewenang kepada pelaksana kegiatan apabila meninggalkan tugas. Kriteria yang jelas perlu ditetapkan untuk menentukan kepada siapa pendelegasian wewenang itu akan diberikan.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan kajian secara periodik terhadap akuntabilitas Penanggung jawab Upaya Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas untuk mengetahui apakah tujuan pelayanan tercapai dan tidak menyimpang dari visi, misi, tujuan, kebijakan Puskesmas, maupun strategi pelayanan.
2. Ada kriteria yang jelas dalam pendelegasian wewenang dari Pimpinan dan/atau Penanggung jawab Upaya Puskesmas kepada Pelaksana Kegiatan apabila meninggalkan tugas.
3. Ada mekanisme untuk memperoleh umpan balik dari pelaksana kegiatan kepada Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pimpinan Puskesmas untuk perbaikan kinerja dan tindak lanjut.

Kriteria

2.3.10. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektoral. Adanya cara yang dilakukan dalam membina tata hubungan kerja untuk mencapai tujuan keberhasilan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat dilakukan oleh sektor kesehatan sendiri, program kesehatan perlu didukung oleh sektor di luar kesehatan, demikian juga pembangunan berwawasan kesehatan harus dipahami oleh sektor terkait.
- Mekanisme pembinaan, komunikasi, dan koordinasi perlu ditetapkan dengan prosedur yang jelas, misalnya melalui pertemuan/lokakarya lintas sektoral.

Elemen Penilaian:

1. Pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas diidentifikasi.
2. Peran dari masing-masing pihak ditetapkan.
3. Dilakukan pembinaan, komunikasi dan koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
4. Dilakukan evaluasi terhadap peran serta pihak terkait dalam penyelenggaraan Upaya Puskesmas.

Kriteria

2.3.11. Pedoman dan prosedur penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan. Semua rekaman hasil pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan dikendalikan.

Pokok Pikiran:

- Untuk memastikan bahwa program dan kegiatan terlaksana secara konsisten dan reliabel, perlu disusun pedoman kerja dan prosedur kerja. Pedoman kerja dan prosedur disusun tidak hanya untuk penyelenggaraan Upaya Puskesmas tetapi juga pedoman kerja untuk peningkatan mutu.
- Prosedur kerja perlu didokumentasikan dengan baik dan dikendalikan, demikian juga rekaman sebagai bentuk pelaksanaan prosedur juga harus dikendalikan sebagai bukti pelaksanaan kegiatan.

Elemen Penilaian:

1. Ada panduan pedoman (manual) mutu dan/atau panduan mutu/kinerja Puskesmas.
2. Ada pedoman atau panduan kerja penyelenggaraan untuk tiap Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.
3. Ada prosedur pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas sesuai kebutuhan.
4. Ada kebijakan, pedoman dan prosedur yang jelas untuk pengendalian dokumen dan pengendalian rekaman pelaksanaan kegiatan.
5. Ada mekanisme yang jelas untuk menyusun pedoman dan prosedur.

Kriteria

2.3.12. Komunikasi internal antara Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana, dilaksanakan agar Upaya Puskesmas dan kegiatan Puskesmas dilaksanakan secara efektif dan efisien.

Pokok Pikiran:

- Untuk melaksanakan Upaya/Kegiatan Puskesmas secara efektif dan efisien, Pimpinan Puskesmas perlu melakukan komunikasi internal dengan Penanggung jawab dan Pelaksana kegiatan. Komunikasi internal dapat dilakukan dalam bentuk pertemuan-pertemuan yang diselenggarakan secara periodik maupun sesuai kebutuhan, serta menggunakan media dan teknologi komunikasi yang tersedia.

Elemen Penilaian :

1. Ada ketetapan tentang pelaksanaan komunikasi internal di semua tingkat manajemen.
2. Ada prosedur komunikasi internal.
3. Komunikasi internal dilakukan untuk koordinasi dan membahas pelaksanaan dan permasalahan dalam pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas.
4. Komunikasi internal dilaksanakan dan didokumentasikan.
5. Ada tindak lanjut yang nyata terhadap rekomendasi hasil komunikasi internal.

Kriteria

2.3.13. Lingkungan kerja dikelola untuk meminimalkan risiko bagi pengguna Puskesmas dan karyawan.

Pokok Pikiran:

- Dalam pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas diupayakan agar tidak berdampak negatif terhadap lingkungan. Kajian perlu dilakukan untuk menilai sejauh mana dampak negatif mungkin terjadi sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan dan pencegahan.
- Lingkungan kerja meliputi kondisi-kondisi pekerjaan termasuk kondisi fisik, lingkungan dan faktor-faktor lain seperti kebisingan, temperatur, kelembaban, pencahayaan atau cuaca terhadap keamanan gangguan lingkungan

Elemen Penilaian:

1. Ada kajian dampak kegiatan Puskesmas terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan.
2. Ada ketentuan tertulis tentang pengelolaan risiko akibat penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.
3. Ada evaluasi dan tindak lanjut terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan, untuk mencegah terjadinya dampak tersebut.

Kriteria

2.3.14. Jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja dikelola dan dioptimalkan untuk meningkatkan akses dan pelayanan kepada masyarakat.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan Puskesmas dan Penanggungjawab Upaya Puskesmas mempunyai kewajiban untuk melakukan pembinaan terhadap jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan agar jaringan pelayanan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan UKM dan UKP yang mudah diakses oleh masyarakat.

- Jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan meliputi antara lain: Puskesmas pembantu, puskesmas keliling, bidan di desa, dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja
- Program pembinaan meliputi aspek program, tenaga, sarana, pembiayaan, dan pendukung

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan identifikasi jaringan dan jejaring faslitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas
2. Disusun program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dengan jadual dan penanggung jawab yang jelas
3. Program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas pelayan kesehatan dilaksanakan sesuai rencana
4. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil pembinaan
5. Dilakukan pendokumentasian dan pelaporan terhadap pelaksanaan kegiatan pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan

Pengelolaan keuangan pelayanan

Kriteria

2.3.15. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menunjukkan profesionalisme dalam mengelola keuangan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Anggaran yang tersedia di Puskesmas baik untuk pelayanan di dalam gedung Puskesmas, maupun untuk pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas perlu dikelola dengan baik untuk akuntabilitas dan efisiensi dalam penggunaan anggaran.

Elemen Penilaian:

1. Pimpinan Puskesmas mengikutsertakan Penanggungjawab Upaya Puskesmas dan pelaksana dalam pengelolaan anggaran Puskesmas mulai dari perencanaan anggaran, penggunaan anggaran maupun monitoring penggunaan anggaran.

2. Ada kejelasan tanggung jawab pengelola keuangan Puskesmas.
3. Ada kejelasan mekanisme penggunaan anggaran dalam pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas.
4. Ada kejelasan pembukuan.
5. Ada mekanisme untuk melakukan audit penilaian kinerja pengelola keuangan Puskesmas.
6. Ada hasil audit/penilaian kinerja keuangan.

Kriteria

2.3.16. Pengelolaan keuangan Puskesmas sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Pokok Pikiran:

- Untuk menegakkan akuntabilitas keuangan, maka pengelolaan keuangan Puskesmas perlu dilakukan secara transparan, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- Untuk Puskesmas yang menerapkan PPK BLUD harus mengikuti peraturan perundangan dalam pengelolaan keuangan BLUD dan menerapkan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP).

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan Petugas Pengelola Keuangan.
2. Ada uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.
3. Pengelolaan keuangan sesuai dengan standar, peraturan yang berlaku dan rencana anggaran yang disusun sesuai dengan rencana operasional.
4. Laporan dan Pertanggungjawaban keuangan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.
5. Dilakukan audit terhadap pengelolaan keuangan dan hasilnya ditindaklanjuti.

Pengelolaan Data dan Informasi di Puskesmas (Puskesmas sebagai bank data)

Kriteria

2.3.17. Dalam menjalankan fungsi Puskesmas, harus tersedia data dan informasi di Puskesmas yang digunakan untuk pengambilan keputusan baik untuk peningkatan pelayanan di Puskesmas maupun untuk pengambilan keputusan di tingkat Kabupaten.

Pokok Pikiran:

- Pengambilan keputusan dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat perlu didukung oleh ketersediaan data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan baik untuk pengambilan keputusan di Puskesmas dalam peningkatan pelayanan maupun pengembangan program-program kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, maupun pengambilan keputusan pada tingkat kebijakan di Dinas Kesehatan.
- Data dan informasi tersebut meliputi minimal: data wilayah kerja yang menjadi tanggung jawab, demografi, budaya dan kebiasaan masyarakat, pola penyakit terbanyak, surveilans epidemiologi, evaluasi dan pencapaian kinerja pelayanan, evaluasi dan pencapaian kinerja, data dan informasi lain yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan. (sesuai kebutuhan).

Elemen penilaian:

1. Dilakukan identifikasi data dan informasi yang harus tersedia di Puskesmas.
2. Tersedia prosedur pengumpulan, penyimpanan, dan *retrieving* (pencarian kembali) data.
3. Tersedia prosedur analisis data untuk diproses menjadi informasi.
4. Tersedia prosedur pelaporan dan distribusi informasi kepada pihak-pihak yang membutuhkan dan berhak memperoleh informasi.
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pengelolaan data dan informasi.

Standar

2.4. Hak dan Kewajiban Pengguna Puskesmas

Adanya kejelasan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas

Hak dan kewajiban pengguna Puskesmas

Kriteria

2.4.1. Hak dan kewajiban pengguna Puskesmas ditetapkan dan disosialisasikan kepada masyarakat dan semua pihak yang terkait, dan tercermin dalam kebijakan dan prosedur penyelenggaraan Puskesmas

Pokok Pikiran:

- Keberadaan Puskesmas dalam mengemban misi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat harus berfokus pada pelanggan. Pengelola dan Pelaksana Puskesmas perlu memahami dan memperhatikan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas dalam penyelenggaraan pelayanan dan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan hak dan kewajiban pengguna Puskesmas.
2. Ada sosialisasi kepada masyarakat dan pihak-pihak yang terkait tentang hak dan kewajiban mereka.
3. Ada kebijakan dan prosedur pemyelenggaraan Puskesmas mencerminkan pemenuhan terhadap hak dan kewajiban pengguna.

Kriteria

2.4.2. Adanya peraturan internal yang jelas untuk mengatur perilaku Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana dalam proses penyelenggaraan Upaya/Kegiatan Puskesmas. Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas serta tujuan program kegiatan.

Pokok Pikiran:

- Perlu disusun peraturan internal (*code of conduct*) yang mengatur perilaku Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana Upaya/Kegiatan Puskesmas yang sesuai dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Ada peraturan internal yang disepakati bersama oleh Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana dalam melaksanakan Upaya Puskesmas dan kegiatan Pelayanan Puskesmas.
2. Peraturan internal tersebut sesuai dengan visi, misi, tata nilai, dan tujuan Puskesmas.

Standar

2.5. Kontrak Pihak Ketiga

Jika sebagian kegiatan dikontrakkan kepada pihak ketiga, pengelola menjamin bahwa penyelenggaraan oleh pihak ketiga memenuhi standar yang ditetapkan.

Kriteria

2.5.1. Adanya dokumen kontrak yang jelas dengan pihak ketiga yang ditandatangani oleh pihak ketiga dan pengelola dengan spesifikasi pekerjaan yang jelas dan memenuhi standar yang berlaku.

Pokok Pikiran:

- Jika ada kewenangan pada pengelola Puskesmas untuk mengontrakkan sebagian kegiatan kepada pihak ketiga, maka proses kontrak harus mengikuti peraturan perundangan yang berlaku, dan menjamin bahwa kegiatan yang dikontrakkan pada pihak ketiga tersebut dilaksanakan sesuai dengan rencana dan menaati peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Ada penunjukkan secara jelas petugas pengelola Kontrak/Perjanjian Kerja Sama.

2. Ada dokumen Kontrak/Perjanjian Kerja Sama yang jelas dan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
3. Dalam dokumen Kontrak/Perjanjian Kerja Sama ada kejelasan, kegiatan yang harus dilakukan, peran dan tanggung jawab masing-masing pihak, personil yang melaksanakan kegiatan, kualifikasi, indikator dan standar kinerja, masa berlakunya Kontrak/Perjanjian Kerja Sama, proses kalau terjadi perbedaan pendapat, termasuk bila terjadi pemutusan hubungan kerja.

Kriteria

2.5.2. Kinerja pihak ketiga dalam penyelenggaraan pelayanan dimonitor dan dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dan ditindaklanjuti.

Pokok Pikiran:

- Kinerja pihak ketiga harus dimonitor untuk menilai kesesuaian terhadap Kontrak/Perjanjian Kerja Sama dan rencana kegiatan yang ditetapkan dengan menggunakan indikator penilaian yang jelas. Hasil penilaian harus ditindaklanjuti untuk menjamin tujuan tercapai secara efektif dan efisien.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan indikator dan standar kinerja pada pihak ketiga dalam melaksanakan kegiatan.
2. Dilakukan monitoring dan evaluasi oleh pengelola pelayanan terhadap pihak ketiga berdasarkan indikator dan standar kinerja.
3. Ada tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan evaluasi.

Standar

2.6. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Sarana dan peralatan Puskesmas harus dipelihara agar dapat digunakan sesuai kebutuhan dan sesuai peraturan yang berlaku

Kriteria

2.6.1. Pemeliharaan sarana dan peralatan Puskesmas dilaksanakan dan didokumentasikan secara jelas dan akurat.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan Penanggungjawab barang inventaris Puskesmas.
2. Ada daftar inventaris sarana dan peralatan Puskesmas yang digunakan untuk pelayanan maupun untuk penyelenggaraan Upaya Puskesmas.
3. Ada program kerja pemeliharaan sarana dan peralatan Puskesmas.
4. Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan sesuai program kerja.
5. Ada tempat penyimpanan/gudang sarana dan peralatan yang memenuhi persyaratan.
6. Ada program kerja kebersihan lingkungan Puskesmas.
7. Pelaksanaan kebersihan lingkungan Puskesmas sesuai dengan program kerja.
8. Ada program kerja perawatan kendaraan, baik roda empat maupun roda dua.
9. Pelaksanaan pemeliharaan kendaraan sesuai program kerja.
10. Pencatatan dan pelaporan barang inventaris.

BAB III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

Standar

3.1 Perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Pimpinan Puskemas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana.

Kriteria

3.1.1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.

Pokok Pikiran

- Supaya mutu dapat dikelola dengan baik maka perlu ditetapkan Penanggung jawab manajemen mutu (wakil manajemen mutu) yang bertugas untuk melakukan koordinasi, monitoring, dan membudayakan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja secara berkesinambungan dalam upaya menjamin pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja dilakukan secara konsisten dan sistematis.
- Penanggung jawab manajemen mutu tersebut bertanggung jawab dalam menyusun pedoman (manual) mutu dan kinerja bersama dengan Pimpinan Puskesmas yang akan menjadi acuan bagi Pimpinan, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu.
2. Ada kejelasan tugas, wewenang dan tanggung jawab Penanggung jawab manajemen mutu.
3. Ada Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja yang disusun bersama oleh Penanggung jawab manajemen mutu dengan Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas.

4. Kebijakan mutu dan tata nilai disusun bersama dan dituangkan dalam pedoman (manual) mutu/Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja sesuai dengan visi, misi dan tujuan Puskesmas.
5. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan Puskesmas berkomitmen untuk meningkatkan mutu dan kinerja secara konsisten dan berkesinambungan.

Kriteria

3.1.2. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari.

Pokok Pikiran:

- Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja direncanakan dan dimonitor serta ditindaklanjuti. Pimpinan dan Penanggung jawab Manajemen Mutu secara periodik melakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan.

Elemen Penilaian:

1. Ada rencana kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas.
2. Kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas dilakukan sesuai dengan rencana kegiatan yang tersusun dan dilakukan pertemuan tinjauan manajemen yang membahas kinerja pelayanan dan upaya perbaikan yang perlu dilaksanakan.
3. Pertemuan tinjauan manajemen membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan.
4. Rekomendasi hasil pertemuan tinjauan manajemen ditindaklanjuti dan dievaluasi.

Kriteria

3.1.3. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan bertanggung jawab dan menunjukkan peran serta dalam memperbaiki mutu dan kinerja.

Pokok Pikiran:

- Peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas memerlukan peran serta aktif baik pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud serta memberikan kepuasan pada pengguna Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana Kegiatan memahami tugas dan kewajiban mereka untuk meningkatkan mutu dan kinerja Puskesmas.
2. Pihak-pihak terkait terlibat dan berperan aktif dalam peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas.
3. Ide-ide yang disampaikan oleh pihak-pihak terkait untuk meningkatkan mutu dan kinerja Puskesmas ditindaklanjuti.

Kriteria

3.1.4. Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas melakukan evaluasi kegiatan perbaikan kinerja melalui audit internal yang dilaksanakan secara periodik.

Pokok Pikiran:

- Upaya perbaikan mutu dan kinerja perlu dievaluasi apakah mencapai sasaran-sasaran/indikator-indikator yang ditetapkan. Hasil temuan audit internal disampaikan kepada Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab manajemen mutu, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan sebagai dasar untuk melakukan perbaikan.
- Jika ada permasalahan yang ditemukan dalam audit internal tetapi tidak dapat diselesaikan sendiri oleh Pimpinan dan karyawan Puskesmas, maka permasalahan tersebut dapat dirujuk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk ditindak lanjuti.

Elemen Penilaian:

1. Data kinerja dikumpulkan, dianalisis dan digunakan untuk meningkatkan kinerja Puskesmas.
2. Dilakukan audit internal secara periodik terhadap upaya perbaikan mutu dan kinerja dalam upaya mencapai sasaran-sasaran/indikator-indikator mutu dan kinerja yang ditetapkan.
3. Ada laporan dan umpan balik hasil audit internal kepada Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen mutu dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas untuk mengambil keputusan dalam strategi perbaikan program dan kegiatan Puskesmas.
4. Tindak lanjut dilakukan terhadap temuan dan rekomendasi dari hasil audit internal.
5. Terlaksananya rujukan untuk menyelesaikan masalah dari hasil rekomendasi jika tidak dapat diselesaikan sendiri oleh Puskesmas.

Kriteria

3.1.5. Adanya upaya memberdayakan pengguna Puskesmas untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja Puskesmas

Pokok Pikiran:

- Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pengguna, maka pengguna dan masyarakat diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas. Kegiatan pemberdayaan pengguna dan masyarakat tidak hanya terbatas pada penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Masyarakat dapat dilibatkan dalam memberikan masukan, ide-ide yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan oleh Puskesmas dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja.
- Pemberdayaan pengguna dapat dilakukan melalui survei masyarakat desa, musyawarah masyarakat desa atau mekanisme yang lain dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas.
- Bentuk-bentuk pemberdayaan/peran masyarakat, antara lain adalah: peran serta dalam memberikan pelayanan, melakukan advokasi, dan melakukan pengawasan, melalui forum-forum pemberdayaan masyarakat yang ada.

Elemen Penilaian:

1. Ada mekanisme untuk mendapatkan asupan dari pengguna tentang kinerja Puskesmas.
2. Dilakukan survei atau masukan melalui forum-forum pemberdayaan masyarakat untuk mengetahui bahwa kebutuhan dan harapan pengguna terpenuhi.
3. Asupan dan hasil survei maupun forum-forum pemberdayaraan masyarakat dianalisis dan ditindaklanjuti.

Kriteria

3.1.6. Peningkatan kinerja Puskesmas dilakukan secara berkesinambungan. Jika hasil pelayanan atau hasil Upaya/Kegiatan tidak mencapai target, maka dilakukan upaya perbaikan berupa koreksi, tindakan korektif maupun tindakan preventif.

Pokok Pikiran:

- Sasaran/indikator perbaikan mutu dan kinerja perlu disusun sebagai tolok ukur upaya perbaikan mutu dan kinerja.
- Dalam penilaian kinerja Puskesmas, jika terjadi hasil yang tidak sesuai harus ditindaklanjuti dengan koreksi, dan tindakan korektif.
- Koreksi merupakan upaya perbaikan atau pembetulan terhadap adanya suatu kejadian atau hasil yang tidak sesuai. Kejadian atau hasil yang tidak sesuai tersebut perlu dianalisi untuk menentukan akar penyebab masalah, untuk kemudian dilakukan tindakan korektif. Tindakan korektif tersebut dilakukan untuk mengatasi penyebab kejadian atau hasil yang tidak sesuai, agar tidak terulang kembali
- Upaya preventif dilakukan dengan mengantisipasi kemungkinan terjadinya hasil yang tidak sesuai.
- Puskesmas harus menyusun prosedur tindakan korektif dan prosedur tindakan preventif dalam upaya mencapai hasil yang optimal.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan indikator mutu dan kinerja yang dikumpulkan secara periodik untuk menilai peningkatan kinerja pelayanan.

2. Peningkatan kinerja pelayanan tersebut sebagai akibat adanya upaya perbaikan mutu dan kinerja penyelenggaraan pelayanan.
3. Ada prosedur tindakan korektif.
4. Ada prosedur tindakan preventif.
5. Hasil pelayanan/program dan kegiatan yang tidak sesuai ditindaklanjuti dalam bentuk koreksi, tindakan korektif, dan tindakan preventif.

Kriteria

3.1.7. Dilakukan kegiatan kaji banding (benchmarking) dengan Puskesmas lain tentang kinerja Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Bila dimungkinkan kegiatan kaji banding pengelolaan dan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas dengan Puskesmas lain. Kegiatan kaji banding merupakan kesempatan untuk belajar dari pengelolaan dan pelaksanaan di Puskesmas yang lain, dan akan memberi manfaat bagi kedua belah pihak untuk perbaikan pelaksanaan Upaya/Kegiatan Puskesmas.
- Kajibanding dapat difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui pertemuan kajibanding kinerja antar puskesmas, atau dapat dilakukan atas insiatif beberapa puskesmas untuk bersama-sama melakukan kajibanding kinerja.
- Instrumen kajibanding yang disusun untuk membandingkan kinerja dengan puskesmas lain dapat berupa instrumen untuk membandingkan capaian indikator-indikator kinerja atau perbandingan proses pelaksanaan kegiatan (*best practices*).

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menyusun rencana kaji banding.
2. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana menyusun instrumen kaji banding.
3. Kegiatan kaji banding dilakukan sesuai dengan rencana kaji banding.
4. Hasil kaji banding dianalisis untuk mengidentifikasi peluang perbaikan.

5. Disusun rencana tindak lanjut kaji banding.
6. Dilakukan pelaksanaan tindak lanjut kaji banding dalam bentuk perbaikan baik dalam pelayanan maupun dalam pelaksanaan program dan kegiatan.
7. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kaji banding,tindak lanjut dan manfaatnya.

B. KELOMPOK UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT (UKM)

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

Standar:

4.1. Kebutuhan akan Upaya Kesehatan Masyarakat dianalisis.

Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi kegiatan-kegiatan upaya tersebut sesuai dengan kebutuhan harapan masyarakat.

Kriteria

4.1.1. Pimpinan Puskesmas dan Penanggungjawab UKM Puskesmas menetapkan jenis-jenis kegiatan UKM Puskesmas yang disusun berdasar analisis kebutuhan serta harapan masyarakat yang dituangkan dalam rencana kegiatan program.

Pokok Pikiran:

- Kegiatan-kegiatan dalam setiap UKM Puskesmas disusun oleh Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas tidak hanya mengacu pada pedoman atau acuan yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, tetapi perlu memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat terutama sasaran program.
- Kebutuhan dan harapan masyarakat maupun sasaran dari UKM Puskesmas dapat diidentifikasi melalui survei, kotak saran, maupun temu muka dengan tokoh masyarakat.

- Komunikasi perlu dilakukan untuk menyampaikan informasi tentang UKM Puskesmas kepada masyarakat, kelompok masyarakat maupun individu yang menjadi sasaran.
- Komunikasi dan koordinasi perlu juga dilakukan kepada lintas program maupun lintas sektor terkait.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, dan individu yang merupakan sasaran kegiatan.
2. Identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, dan individu yang merupakan sasaran kegiatan dilengkapi dengan kerangka acuan, metode dan instrumen, cara analisis yang disusun oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas.
3. Hasil identifikasi dicatat dan dianalisis sebagai masukan untuk penyusunan kegiatan.
4. Kegiatan-kegiatan tersebut ditetapkan oleh Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dengan mengacu pada pedoman dan hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, dan individu sebagai sasaran kegiatan UKM.
5. Kegiatan-kegiatan tersebut dikomunikasikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran.
6. Kegiatan-kegiatan tersebut dikomunikasikan dan dikoordinasikan kepada lintas program dan lintas sektor terkait sesuai dengan pedoman pelaksanaan kegiatan UKM.
7. Kegiatan-kegiatan tersebut disusun dalam rencana kegiatan untuk tiap UKM Puskesmas.

Kriteria

4.1.2. Dalam pelaksanaan kegiatan dilakukan pembahasan konsultatif dengan masyarakat, kelompok masyarakat maupun individu yang menjadi sasaran kegiatan oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana untuk mengetahui dan menanggapi jika ada perubahan kebutuhan dan harapan sasaran.

Pokok Pikiran:

- Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dan sasaran kegiatan diperlukan umpan balik dari masyarakat dan sasaran kegiatan untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan-perbaikan dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan UKM Puskesmas.
- Umpan balik dapat diperoleh melalui pembahasan atau pertemuan konsultatif dengan tokoh masyarakat, kelompok masyarakat atau individu yang merupakan sasaran melalui forum-forum yang ada, misalnya badan penyantun Puskesmas, konsil kesehatan masyarakat dan forum-forum komunikasi yang lain.

Elemen Penilaian

1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun kerangka acuan untuk memperoleh umpan balik dari masyarakat dan sasaran tentang pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.
2. Hasil identifikasi umpan balik didokumentasikan dan dianalisis.
3. Dilakukan pembahasan terhadap umpan balik dari masyarakat maupun sasaran oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, pelaksana, lintas program, dan jika diperlukan dengan lintas sektor terkait.
4. Hasil identifikasi digunakan untuk perbaikan rencana dan/atau pelaksanaan kegiatan.
5. Dilakukan tindak lanjut dan evaluasi terhadap perbaikan rencana maupun pelaksanaan kegiatan.

Kriteria

4.1.3. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi dan menanggapi peluang inovatif perbaikan penyelenggaraan kegiatan UKM Puskesmas

Pokok Pikiran:

- Sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan harapan masyarakat, perubahan regulasi, perkembangan teknologi, maka dapat dilakukan upaya-upaya inovatif untuk memperbaiki perencanaan maupun pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.

- Usulan-usulan inovatif untuk perbaikan dapat diperoleh melalui masukan dari masyarakat, tokoh masyarakat, forum-forum komunikasi dengan masyarakat, lintas program maupun lintas sektor terkait.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana mengidentifikasi permasalahan dalam pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan UKM Puskesmas, perubahan regulasi, pengembangan teknologi, perubahan pedoman/acuan.
2. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan identifikasi peluang-peluang inovatif untuk perbaikan pelaksanaan kegiatan untuk mengatasi permasalahan tersebut maupun untuk menyesuaikan dengan perkembangan teknologi, regulasi, maupun pedoman/acuan.
3. Peluang inovatif untuk perbaikan dibahas melalui forum-forum komunikasi atau pertemuan pembahasan dengan masyarakat, sasaran kegiatan, lintas program dan lintas sektor terkait.
4. Inovasi dalam pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi.
5. Hasil pelaksanaan dan evaluasi terhadap inovasi kegiatan dikomunikasikan kepada lintas program, lintas sektor terkait, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Standar

4.2. Akses masyarakat dan sasaran kegiatan terhadap kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat

Penanggungjawab UKM Puskesmas memastikan Pelaksanaan Kegiatan secara profesional dan tepat waktu, tepat sasaran sesuai dengan tujuan kegiatan UKM Puskesmas, kebutuhan dan harapan masyarakat

Kriteria

4.2.1. UKM Puskesmas dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran kegiatan UKM Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Agar tujuan program tercapai dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dapat memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat, maka kepala Puskesmas, Penanggung jawab, dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas melaksanakan kegiatan sesuai dengan pedoman dan rencana kegiatan yang telah disusun berdasarkan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran.
- Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas memastikan jadwal kegiatan, petugas pelaksana yang kompeten untuk melaksanakan, dan proses pelaksanaan kegiatan sesuai dengan harapan dan kebutuhan masyarakat.
- Agar kegiatan dapat dilaksanakan dengan baik, tujuan, langkah-langkah kegiatan, dan jadwal kegiatan perlu diinformasikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, maupun individu yang menjadi sasaran.

Elemen Penilaian:

1. Jadwal pelaksanaan kegiatan ditetapkan sesuai dengan rencana.
2. Pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh pelaksana yang kompeten.
3. Jadwal dan pelaksanaan kegiatan diinformasikan kepada sasaran.
4. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.
5. Dilakukan evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kegiatan.

Kriteria

4.2.2. Masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait mendapatkan akses informasi yang jelas tentang kegiatan-kegiatan, tujuan, tahapan, dan jadwal pelaksanaan kegiatan.

Pokok Pikiran:

- Masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran perlu mendapatkan informasi tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan, tujuan, tahapan dan jadwal pelaksanaan, sehingga dapat menyesuaikan dengan kebutuhan dan harapan mereka, dan menjamin pelaksanaan kegiatan tepat sasaran dan tepat waktu.

- Lintas program dan lintas sektor terkait juga perlu mendapatkan informasi tentang kegiatan UKM Puskesmas, tujuan, pentahapan, dan jadwal kegiatan, sehingga dapat memberikan kontribusi yang optimal dalam pencapaian tujuan.

Elemen Penilaian:

1. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran.
2. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada lintas program terkait.
3. Informasi tentang kegiatan disampaikan kepada lintas sektor terkait.
4. Dilakukan evaluasi terhadap kejelasan informasi yang disampaikan kepada sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait.
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap evaluasi penyampaian informasi.

Kriteria

4.2.3. Sasaran Kegiatan UKM Puskesmas memperoleh akses yang mudah untuk tepat waktu berperan aktif pada saat pelaksanaan kegiatan.

Pokok Pikiran:

- Keberhasilan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas tergantung pada peran aktif masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran. Penanggungjawab UKM Puskesmas dan pelaksana kegiatan mengupayakan kemudahan bagi sasaran untuk mengakses informasi tentang kegiatan, maupun untuk berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan, dan memberikan umpan balik tentang pelaksanaan kegiatan.

Elemen Penilaian:

1. Penanggung jawab dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas memastikan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan yang mudah diakses oleh masyarakat.
2. Pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan metode dan teknologi yang dikenal oleh masyarakat atau sasaran.
3. Alur atau tahapan kegiatan dikomunikasi dengan jelas kepada masyarakat.
4. Dilakukan evaluasi terhadap akses masyarakat dan/atau sasaran terhadap kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.

5. Dilakukan tindak lanjut terhadap evaluasi akses masyarakat dan/atau sasaran terhadap kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas.
6. Informasi tentang waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan UKM termasuk jika terjadi perubahan diberikan dengan jelas dan mudah diakses oleh masyarakat dan sasaran kegiatan UKM.

Kriteria

4.2.4. Penjadwalan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas disepakati bersama dengan memperhatikan masukan pelanggan dan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan rencana.

Pokok Pikiran:

- Waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas perlu disepakati bersama oleh Penanggung jawab, pelaksana, sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait untuk menjamin program dilakukan tepat sasaran dan tepat waktu, dan tidak terjadi konflik di antara pengelola, pelaksana, sasaran, lintas program dan lintas sektor terkait.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan cara untuk menyepakati waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dengan masyarakat dan/atau sasaran.
2. Kepala Puskesmas menetapkan cara untuk menyepakati waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan dengan lintas program dan lintas sektor terkait.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memonitor pelaksanaan kegiatan tepat waktu, tepat sasaran dan sesuai dengan tempat yang direncanakan.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu, ketepatan sasaran dan tempat pelaksanaan.
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menindaklanjuti hasil evaluasi.

Kriteria

4.2.5. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan kajian terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.

Pokok Pikiran:

- Dalam pelaksanaan kegiatan dapat terjadi ketidaktepatan waktu, ketepatan sasaran, maupun tidak tercapainya target kinerja yang diharapkan, oleh karena itu kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan kajian terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan, dan melakukan upaya tindak lanjut untuk mengatasi.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana mengidentifikasi permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.
2. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan analisis terhadap permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan.
3. Penanggung jawab Program/UKM Puskesmas dan Pelaksana merencanakan tindak lanjut untuk mengatasi masalah dan hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melaksanakan tindak lanjut.
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana mengevaluasi keberhasilan tindak lanjut yang dilakukan.

Kriteria

4.2.6. Ada umpan balik dan tindak lanjut terhadap keluhan masyarakat, kelompok masyarakat, individu yang menjadi sasaran.

Pokok Pikiran:

- Umpan balik yang berupa kepuasan maupun ketidakpuasan sasaran yang berupa keluhan diperlukan untuk melakukan perbaikan, baik dalam pengelolaan maupun pelaksanaan kegiatan agar sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran.
- Keluhan masyarakat/sasaran dapat diperoleh secara pasif, yaitu masyarakat/sasaran menyampaikan langsung dengan kehendak sendiri kepada kepala Puskesmas, Penanggung jawab, atau Pelaksana, ataupun secara aktif dilakukan oleh Puskesmas.

- Tata cara untuk memperoleh keluhan masyarakat/sasaran dapat dilakukan dengan menyediakan media komunikasi untuk menerima keluhan, misalnya melalui sms, kotak saran, pertemuan dengan tokoh masyarakat maupun forum-forum komunikasi dengan masyarakat.
- Tindak lanjut dilakukan secara rasional sesuai dengan ketersediaan sumber daya yang ada di Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan media komunikasi untuk menangkap keluhan masyarakat/sasaran.
2. Kepala Puskesmas menetapkan media komunikasi untuk memberikan umpan balik terhadap keluhan yang disampaikan.
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melakukan analisis terhadap keluhan.
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan tindak lanjut terhadap keluhan.
5. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan pelaksana memberikan informasi umpan balik kepada masyarakat atau sasaran tentang tindak lanjut yang telah dilakukan untuk menanggapi keluhan.

Standar

4.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas Melakukan Evaluasi terhadap Kinerja Pelaksanaan Kegiatan UKM Puskesmas dalam Mencapai Tujuan dan Memenuhi Kebutuhan dan Harapan Masyarakat/Sasaran.

Kriteria

4.3.1. Kinerja UKM Puskesmas dievaluasi dan dianalisis, serta ditindaklanjuti sebagai bahan untuk perbaikan.

Pokok Pikiran:

- Untuk menilai apakah pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas mencapai tujuan yang diharapkan dan apakah sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan.
- Evaluasi dilakukan dengan adanya indikator-indikator serta target-target pencapaian yang jelas.

- Hasil evaluasi ditindaklanjuti dalam bentuk perbaikan-perbaikan dalam pengelolaan maupun pelaksanaan kegiatan.
- Indikator dan target yang harus dicapai ditetapkan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota, Kebijakan/Pedoman dari Kementerian Kesehatan, Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk masing- masing UKM Puskesmas.
- Evaluasi meliputi pengumpulan, pengolahan, dan analisis data terhadap indikator kinerja UKM Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan indikator dan target pencapaian berdasarkan pedoman/acuan.
2. Penanggungjawab UKM Puskesmas dan Pelaksana mengumpulkan data berdasarkan indikator yang ditetapkan.
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana melakukan analisis terhadap capaian indikator-indikator yang telah ditetapkan.
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana menindaklanjuti hasil analisis dalam bentuk upaya-upaya perbaikan.
5. Hasil analisis dan tindak lanjut didokumentasikan.

BAB V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat

Standar

5.1. Tanggung jawab Pengelolaan UKM Puskesmas

Penanggungjawab UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap efektivitas dan efisiensi kegiatan pelaksanaan UKM Puskesmas sejalan dengan tujuan UKM Puskesmas, tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.

Kriteria

5.1.1. Penanggung jawab UKM Puskesmas memenuhi persyaratan yang ditetapkan dan melakukan peningkatan kompetensi agar dapat mengelola sesuai dengan tujuan yang harus dicapai.

Pokok Pikiran:

- Penanggung jawab UKM Puskesmas harus kompeten untuk mengelola UKM Puskesmas yang menjadi tanggung jawabnya, agar upaya tersebut dikelola dan dilaksanakan tepat tujuan, tepat sasaran, dan tepat waktu. Penanggung jawab harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai dengan pedoman yang menjadi acuan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.
- Upaya peningkatan kompetensi dapat dilakukan melalui pelatihan-pelatihan atau pendidikan yang dipersyaratkan sebagai Penanggung jawab.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan persyaratan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai dengan pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.
2. Kepala Puskesmas menetapkan Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai dengan persyaratan kompetensi.
3. Kepala Puskesmas melakukan analisis kompetensi terhadap Penanggung jawab UKM Puskesmas.
4. Kepala Puskesmas menindaklanjuti hasil analisis kompetensi tersebut untuk peningkatan kompetensi Penanggung jawab UKM Puskesmas.

Kriteria

5.1.2 Penanggungjawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang baru ditugaskan di Puskesmas harus mengikuti kegiatan orientasi pelaksanaan UKM Puskesmas agar memahami tugas pokok dan tanggung jawab.

Pokok Pikiran:

- Kegiatan orientasi diperlukan bagi Penanggung jawab dan pelaksana yang baru ditugaskan agar dapat memahami apa yang menjadi tanggung jawab mereka, keterkaitan dengan UKM Puskesmas yang lain, maupun keterkaitan dengan keseluruhan tugas pokok dan fungsi Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas mewajibkan Penanggung jawab UKM Puskesmas maupun Pelaksana yang baru ditugaskan untuk mengikuti kegiatan orientasi.
2. Kepala Puskesmas menetapkan kerangka acuan kegiatan orientasi untuk Penanggung jawab maupun Pelaksana yang baru ditugaskan.
3. Kegiatan orientasi untuk Penanggung jawab dan Pelaksana yang baru ditugaskan dilaksanakan sesuai dengan kerangka acuan.
4. Kepala Puskesmas melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan orientasi Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang baru ditugaskan.

Kriteria

5.1.3 Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menetapkan tujuan dan tata nilai dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang dikomunikasikan kepada semua pihak yang terkait dan kepada sasaran

Pokok Pikiran:

- Agar UKM Puskesmas dapat dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan memenuhi kebutuhan dan harapan sasaran, maka Kepala Puskesmas perlu menetapkan tujuan yang mengacu pada pedoman yang ada.
- Tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas perlu disepakati bersama oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, dan pelaksana, dengan memperhatikan tata nilai budaya yang berlaku di masyarakat.
- Tujuan dan tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan dikomunikasikan kepada lintas program dan lintas sektor terkait agar mereka dapat optimal berperan dalam pelaksanaan kegiatan. Pihak terkait adalah sektor-sektor terkait yang ikut berperan dalam penyelenggaraan UKM Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan tujuan, sasaran, dan tata nilai dari tiap-tiap Upaya Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.

2. Tujuan, sasaran, dan tata nilai tersebut dikomunikasikan kepada pelaksana, sasaran, lintas program dan lintas sektor terkait.
3. Dilakukan evaluasi terhadap penyampaian informasi yang diberikan kepada sasaran, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait untuk memastikan informasi tersebut dipahami dengan baik.

Kriteria

5.1.4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, pencapaian kinerja, pelaksanaan, dan penggunaan sumber daya, melalui komunikasi dan koordinasi yang efektif.

Pokok Pikiran:

- Penanggung jawab UKM Puskesmas mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan dan dukungan bagi pelaksana dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab. Arahan dapat dilakukan dalam bentuk pembinaan, pendampingan, pertemuan-pertemuan, maupun konsultasi dalam pelaksanaan kegiatan.
- Komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor diperlukan untuk keberhasilan pencapaian kinerja antara lain melalui forum mini lokakarya, pertemuan koordinasi di kecamatan, maupun forum yang lain

Elemen Penilaian:

1. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan pembinaan kepada pelaksana dalam melaksanakan kegiatan.
2. Pembinaan meliputi penjelasan tentang tujuan, tahapan pelaksanaan kegiatan, dan teknis pelaksanaan kegiatan berdasarkan pedoman yang berlaku.
3. Pembinaan dilakukan secara periodik sesuai dengan jadwal yang disepakati dan pada waktu-waktu tertentu sesuai kebutuhan.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengkomunikasikan tujuan, tahapan pelaksanaan kegiatan, penjadwalan kepada lintas program dan lintas sektor terkait.
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan kepada lintas program dan lintas sektor terkait.

6. Ada kejelasan peran lintas program dan lintas sektor terkait yang disepakati bersama dan sesuai pedoman penyelenggaraan UKM Puskesmas.
7. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan komunikasi dan koordinasi lintas program dan lintas sektor.

Kriteria

*5.1.5. Penanggung jawab UKM Puskesmas mengupayakan minimalisasi risiko pelaksanaan kegiatan terhadap lingku*ngan.

Pokok Pikiran:

- Pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas dapat menimbulkan risiko terhadap lingkungan. Risiko terhadap lingkungan perlu diidentifikasi oleh Penanggung jawab dan Pelaksana untuk mengupayakan langkah-langkah pencegahan dan/atau minimalisasi risiko pelaksanaan kegiatan terhadap lingkungan.
- Yang termasuk risiko terhadap lingkungan adalah: gangguan terhadap kondisi fisik, seperti kebisingan, suhu, kelembaban, pencahayaan, cuaca, bahan beracun/berbahaya, limbah medis, sampah infeksius.

Elemen Penilaian:

1. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan identifikasi kemungkinan terjadinya risiko terhadap lingkungan dan masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan.
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana melakukan analisis risiko.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana merencanakan upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana melakukan upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap upaya pencegahan dan minimalisasi risiko.

6. Jika terjadi kejadian yang tidak diharapkan akibat risiko dalam pelaksanaan kegiatan, dilakukan minimalisasi akibat risiko, dan kejadian tersebut dilaporkan oleh Kepala Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kriteria

5.1.6. Penanggung jawab UKM Puskesmas memfasilitasi pemberdayaan masyarakat dan sasaran mulai dari perencanaan, pelaksanaan, sampai dengan evaluasi

Pokok Pikiran:

- Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan di wilayah kerja, perlu dilakukan fasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang merupakan salah satu fungsi Puskesmas. Fungsi tersebut tercermin dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.
- Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan mulai dari pelaksanaan survei mawas diri, keterlibatan dalam perencanaan kegiatan, monitoring dan evaluasi.
- Dalam memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan dan pemberdayaan, dapat dilakukan komunikasi dengan berbagai media yang tersedia di masyarakat, baik *leaflet*, brosur, lembar balik, dan pertemuan-pertemuan yang dilakukan dengan melibatkan peran serta masyarakat.
- Kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut direncanakan dan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan, kerangka acuan, dan prosedur yang jelas.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan yang mewajibkan Penanggung jawab dan Pelaksana UKM Puskesmas untuk memfasilitasi peran serta masyarakat dan sasaran dalam survei mawas diri, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelaksanaan UKM Puskesmas.
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana, kerangka acuan, dan prosedur pemberdayaan masyarakat.

3. Ada keterlibatan masyarakat dalam survei mawas diri, perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi pelaksanaan UKM Puskesmas.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan komunikasi dengan masyarakat dan sasaran, melalui media komunikasi yang ditetapkan.
5. Adanya kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang bersumber dari swadaya masyarakat serta kontribusi swasta.

Standar

5.2. Perencanaan Kegiatan UKM Puskesmas

Perencanaan kegiatan UKM Puskesmas disusun berdasarkan perencanaan Puskesmas dan mengacu pada pedoman untuk memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

Kriteria

5.2.1. Rencana kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas terintegrasi dengan rencana pelaksanaan UKM Puskesmas yang lain, dan disusun melalui proses perencanaan Puskesmas dengan indikator kinerja yang jelas, dan mencerminkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Agar pelaksanaan UKM Puskesmas dapat dilaksanakan dengan lancar dan mencapai tujuan, perlu disusun rencana terintegrasi dengan indikator kinerja yang jelas.
- Perencanaan UKM Puskesmas dilakukan secara terintegrasi melalui tahapan perencanaan Puskesmas, yaitu penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk tahun anggaran mendatang, dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk tahun berjalan.
- Penyusunan RUK perlu memperhatikan waktu pelaksanaan musrenbang desa dan musrenbang kecamatan.
- Anggaran untuk pelaksanaan kegiatan dapat bersumber dari APBN, APBD, peran serta swasta, dan swadaya masyarakat.

Elemen Penilaian:

1. Rencana untuk tahun mendatang terintegrasi dalam RUK Puskesmas.
2. Rencana untuk tahun berjalan terintegrasi dalam RPK Puskesmas.
3. Ada kejelasan sumber pembiayaan baik pada RUK maupun RPK yang bersumber dari APBN, APBD, swasta, dan swadaya masyarakat.
4. Kerangka Acuan tiap UKM Puskesmas disusun oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas.
5. Jadwal kegiatan disusun oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Kajian kebutuhan masyarakat (*community health analysis*) dilakukan.
2. Kajian kebutuhan dan harapan sasaran dilakukan.
3. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab membahas hasil kajian kebutuhan masyarakat, dan hasil kajian kebutuhan dan harapan sasaran dalam penyusunan RUK.
4. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas membahas hasil kajian kebutuhan masyarakat, dan hasil kajian kebutuhan dan harapan sasaran dalam penyusunan RPK.
5. Jadwal pelaksanaan kegiatan dilaksanakan dengan memperhatikan usulan masyarakat atau sasaran.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring pelaksanaan kegiatan.
2. Pelaksanaan monitoring dilakukan dengan prosedur yang jelas.
3. Dilakukan pembahasan terhadap hasil monitoring oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.
4. Dilakukan penyesuaian rencana kegiatan oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, lintas program dan lintas sektor terkait berdasarkan hasil monitoring, dan jika ada perubahan yang perlu dilakukan untuk menyesuaikan dengan kebutuhan dan harapan masyarakat atau sasaran.
5. Pembahasan untuk perubahan rencana kegiatan dilakukan berdasarkan prosedur yang jelas.
6. Keseluruhan proses dan hasil monitoring didokumentasikan.
7. Keseluruhan proses dan hasil pembahasan perubahan rencana kegiatan didokumentasikan.

Standar

5.3. Pengorganisasian Upaya Kesehatan Masyarakat

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana dipandu dengan uraian tugas dan kewenangan yang jelas.

Kriteria

5.3.1. Uraian tugas Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Agar Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawab dengan baik dalam mencapai tujuan, perlu disusun uraian tugas yang jelas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.
- Uraian tugas meliputi tugas paling tidak berisi: tugas, tanggung jawab, dan kewenangan, dengan kejelasan tentang tugas pokok dan tugas integrasi.
- Uraian tugas harus dipahami oleh pengemban tugas.

Elemen Penilaian:

1. Ada uraian tugas Penanggung jawab UKM Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.
2. Ada uraian tugas Pelaksana yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.
3. Uraian tugas berisi tugas, tanggung jawab, dan kewenangan.
4. Uraian tugas meliputi tugas pokok dan tugas integrasi.
5. Uraian tugas disosialisasikan kepada pengemban tugas.
6. Dokumen uraian tugas didistribusikan kepada pengemban tugas.
7. Uraian tugas disosialisasikan kepada lintas program terkait.

Kriteria

5.3.2. Penanggung jawab dan pelaksana UKM Puskesmas melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan uraian tugas.

Pokok Pikiran:

- Pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sesuai uraian tugas akan menjamin pelaksanaan program sesuai dengan pedoman dan mencapai hasil kinerja yang diharapkan.
- Pelaksanaan tugas sesuai dengan uraian tugas memberikan jaminan hukum bagi Penanggung jawab dan Pelaksana.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas melakukan monitoring terhadap Penanggung jawab UKM Puskesmas dalam melaksanakan tugas berdasarkan uraian tugas.
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring terhadap pelaksana dalam melaksanakan tugas berdasarkan uraian tugas.
3. Jika terjadi penyimpangan terhadap pelaksanaan uraian tugas oleh Penanggung jawab UKM Puskesmas, Kepala Puskesmas melakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.
4. Jika terjadi penyimpangan terhadap pelaksanaan uraian tugas oleh pelaksana, Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring.

Kriteria

5.3.3. Uraian tugas dikaji ulang secara reguler dan jika perlu dilakukan perubahan

Pokok Pikiran:

- Untuk menyesuaikan dengan perkembangan kebutuhan masyarakat dan/atau sasaran program serta perubahan regulasi, uraian tugas Penanggung jawab dan Pelaksana perlu dikaji ulang secara periodik.

Elemen Penilaian:

1. Periode untuk melakukan kajian ulang terhadap uraian tugas ditetapkan oleh Kepala Puskesmas.
2. Dilaksanakan kajian ulang terhadap uraian sesuai dengan waktu yang ditetapkan oleh penangung jawab dan pelaksana.

3. Jika berdasarkan hasil kajian perlu dilakukan perubahan terhadap uraian tugas, maka dilakukan revisi terhadap uraian tugas.
4. Perubahan uraian tugas ditetapkan oleh Kepala Puskesmas berdasarkan usulan dari Penanggung jawab UKM Puskesmas sesuai hasil kajian.

Standar

5.4. Komunikasi dan Koordinasi

Penanggung jawab UKM Puskesmas membina komunikasi dan tata hubungan kerja lintas program dan lintas sektor untuk pelaksanaan dan pencapaian hasil yang optimal.

Kriteria

5.4.1. Penanggung jawab UKM Puskesmas membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait baik lintas program, maupun lintas sektoral.

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat hanya dilakukan oleh sektor kesehatan sendiri, program kesehatan perlu didukung oleh sektor di luar kesehatan, demikian juga pembangunan berwawasan kesehatan harus dipahami oleh sektor terkait.
- Pembinaan, komunikasi, dan koordinasi perlu ditetapkan dengan prosedur yang jelas,

  melalui mekanime lokakarya mini bulanan untuk lintas program, dan lokakarya mini tribulan untuk lintas sektor, atau mekanisme koordinasi yang lain.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas mengidentifikasi pihak-pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektor untuk berperan serta aktif dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan lintas program mengidentifikasi peran masing-masing lintas program terkait.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan lintas sektor mengidentifikasi peran masing-masing lintas sektor terkait.

4. Peran lintas program dan lintas sektor didokumentasikan dalam kerangka acuan.
5. Komunikasi lintas program dan lintas sektor dilakukan melalui pertemuan lintas program dan pertemuan lintas sektor.

Kriteria

5.4.2. Dilakukan komunikasi dan koordinasi yang jelas dalam pengelolaan UKM Puskesmas

Pokok Pikiran:

- Proses maupun hasil pengelolaan program dikomunikasikan oleh Penanggung jawab kepada pelaksana serta lintas program dan lintas sektor terkait agar ada kesamaan persepsi untuk efektivitas pelaksanaan program.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur komunikasi dan koordinasi program.
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan komunikasi kepada pelaksana, lintas program terkait, dan lintas sektor terkait.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana melakukan koordinasi untuk tiap kegiatan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas kepada lintas program terkait, lintas sektor terkait, dan sasaran.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan.

Standar

5.5. Kebijakan dan Prosedur Pengelolaan

Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur dalam pelaksanaan UKM Puskesmas

Kriteria

5.5.1. Peraturan, kebijakan, kerangka acuan, prosedur pengelolaan UKM Puskesmas yang menjadi acuan pengelolaan dan pelaksanaan ditetapkan, dikendalikan dan didokumentasikan.

Pokok Pikiran:

- Agar pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas sesuai dengan tujuan dan pentahapan yang direncanakan, maka harus jelas peraturan, kebijakan, kerangka acuan, prosedur yang dijadikan sebagai acuan.
- Peraturan perundangan dan pedoman-pedoman sebagai dokumen eksternal yang digunakan sebagai acuan, kebijakan, kerangka acuan, serta prosedur yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas harus didokumentasikan.
- Format-format dokumen yang digunakan dalam pengelolaan UKM Puskesmas harus ditetapkan.
- Kegiatan pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas harus dicatat. Catatan hasil pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas harus dikendalikan.
- Pengendalian dokumen meliputi: penomoran, tanggal terbit, catatan tentang revisi, pemberlakuan, dan tanda tangan Kepala Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan peraturan, kebijakan, dan prosedur yang menjadi acuan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.
2. Peraturan, kebijakan, prosedur, dan format-format dokumen yang digunakan dikendalikan.
3. Peraturan perundangan dan pedoman-pedoman yang menjadi acuan dikendalikan sebagai dokumen eksternal.
4. Catatan atau rekaman yang merupakan hasil pelaksanaan kegiatan disimpan dan dikendalikan.

Kriteria

5.5.2. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur evaluasi kepatuhan terhadap peraturan, kerangka acuan, prosedur dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Agar sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dicapai dengan optimal, maka pengelola dan pelaksana perlu mematuhi segala ketentuan yang telah ditetapkan.

- Kepatuhan terhadap ketentuan yang berlaku perlu dimonitor dan dievaluasi sesuai dengan kebutuhan.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan monitoring kesesuaian pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas terhadap peraturan, pedoman, kerangka acuan, rencana kegiatan, dan prosedur pelaksanaan kegiatan.
2. Kepala Puskesmas menetapkan prosedur monitoring.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memahami kebijakan dan prosedur monitoring.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan monitoring sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Kebijakan dan prosedur monitoring dievaluasi setiap tahun.

Kriteria

5.5.3. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur evaluasi kinerja UKM Puskesmas yang dilaksanakan oleh Penanggung jawab.

Pokok Pikiran:

- Agar sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan tercapai secara optimal, maka kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan evaluasi kinerja.
- Ketentuan yang berupa kebijakan dan prosedur penilaian kinerja perlu ditetapkan untuk memperlancar kegiatan penilaian kinerja tiap-tiap UKM Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan evaluasi kinerja tiap UKM Puskesmas.
2. Kepala Puskesmas menetapkan prosedur evaluasi kinerja.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas memahami kebijakan dan prosedur evaluasi kinerja.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan evaluasi kinerja secara periodik sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Kebijakan dan prosedur evaluasi terhadap UKM Puskesmas tersebut dievaluasi setiap tahun.

Standar

5.6. Akuntabilitas pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas

Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas menunjukkan akuntabiltas dalam pengelolaan dan pelaksanaan program

Kriteria

5.6.1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring terhadap UKM Puskesmas secara periodik.

Pokok Pikiran:

- Monitoring dalam proses pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas perlu dilakukan secara periodik oleh Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas untuk menjaga agar pelaksanaan kegiatan sesuai dengan kerangka acuan dan rencana yang disusun, dan mencapai sasaran dan target yang ditetapkan.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan monitoring sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.
2. Hasil monitoring ditindaklanjuti untuk perbaikan dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.
3. Hasil monitoring dan tindak lanjut perbaikan didokumentasikan.

Kriteria

5.6.2. Penanggung jawab UKM Puskesmas menunjukkan akuntabilitas dalam mengelola dan melaksanakan UKM Puskesmas, dan memberikan pengarahan kepada pelaksana sesuai dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Akuntabilitas merupakan bentuk tanggung jawab Penanggung jawab dalam melaksanakan kegiatan, sesuai dengan rencana yang disusun.

- Akuntabilitas ditunjukkan dalam pencapaian kinerja dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan dalam Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP). Penanggung jawab mempunyai kewajiban untuk mempertanggung jawabkan pencapaian kinerja kepada Kepala Puskesmas dan melakukan tindak lanjut untuk perbaikan.
- Penanggung jawab UKM Puskesmas mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan pada pelaksana untuk menjamin keberhasilan program.

Elemen Penilaian:

1. Penanggung jawab UKM Puskesmas memberikan arahan kepada pelaksana untuk pelaksanaan kegiatan.
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan kajian secara periodik terhadap pencapaian kinerja.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama pelaksana melakukan tindak lanjut terhadap hasil penilaian kinerja.
4. Hasil kajian dan tindak lanjut didokumentasikan dan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.
5. Dilakukan pertemuan untuk membahas hasil penilaian kinerja bersama dengan Kepala Puskesmas.

Kriteria

5.6.3. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan pertemuan penilaian kinerja secara periodic

Pokok Pikiran:

- Kepala Puskesmas bersama Penanggung jawab UKM Puskesmas perlu melakukan penilaian terhadap pencapaian kinerja secara periodik, paling sedikit dua kali setahun.
- Penilaian kinerja dimaksudkan untuk menunjukkan akuntabilitas dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas, dan melakukan perbaikan jika hasil penilaian kinerja tidak mencapai target yang diharapkan.
- Penilaian tersebut dilakukan dalam rapat Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan penilaian kinerja sesuai dengan kebijakan dan prosedur penilaian kinerja.
2. Dilaksanakan pertemuan penilaian kinerja paling sedikit dua kali setahun.
3. Hasil penilaian kinerja ditindaklanjuti, didokumentasikan, dan dilaporkan.

Standar

5.7. Hak dan kewajiban sasaran

Ada kejelasan hak dan kewajiban sasaran

Kriteria

5.7.1. Hak dan kewajiban sasaran ditetapkan dan disosialisasikan kepada sasaran serta semua pihak yang terkait, dan dilaksanakan dalam pelaksanaan UKM Puskesmas

Pokok Pikiran:

- Upaya Kesehatan Masyarakat dilaksanakan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan yang berfokus pada kebutuhan masyarakat pada umumnya, dan sasaran pada khususnya.
- Hak dan kewajiban sasaran harus ditetapkan, dan menjadi pertimbangan dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas, sehingga terwujud proses pemberdayaan masyarakat sesuai dengan tujuan Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan hak dan kewajiban sasaran sesuai dengan kerangka acuan.
2. Hak dan kewajiban sasaran dikomunikasikan kepada sasaran, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.

Kriteria

5.7.2. Ada aturan yang jelas yang mengatur perilaku Penanggung jawab UKM Puskesmas, dan Pelaksana dalam proses pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan. Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas serta tujuan dari masing-masing UKM Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Perlu disusun aturan yang mengatur perilaku Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang sesuai dengan tata nilai, visi, misi, tujuan Puskesmas, serta tujuan dari masing-masing UKM Puskesmas.
- Adanya aturan tersebut akan mengarahkan Penanggung jawab dan Pelaksana dalam memberikan pelayanan kepada sasaran.
- Aturan tersebut merupakan bagian dari peraturan internal Puskesmas

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menentukan aturan, tata nilai dan budaya dalam pelaksanaan UKM Puskesmas yang disepakati bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana.
2. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana memahami aturan tersebut.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana melaksanakan aturan tersebut.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan tindak lanjut jika pelaksana melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan aturan tersebut.

BAB VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat

Standar

6.1. Perbaikan kinerja masing-masing UKM Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana yang ditunjukkan dalam sikap kepemimpinan.

Kriteria

6.1.1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana, bertanggung jawab dalam membudayakan perbaikan kinerja secara berkesinambungan, konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.

Pokok Pikiran:

- Peningkatan mutu dan kinerja memerlukan peran serta aktif baik Kepala Puskemas, Penanggung jawab UKM Puskesmas, Pelaksana dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud dan memberikan kepuasan pada sasaran.

Elemen Penilaian:

1. Ada komitmen Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana untuk meningkatkan kinerja pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas secara berkesinambungan.
2. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan peningkatan kinerja dalam pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.
3. Kepala Puskesmas menetapkan tata nilai dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana memahami upaya perbaikan kinerja dan tata nilai yang berlaku dalam pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas.
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana perbaikan kinerja yang merupakan bagian terintegrasi dari perencanaan mutu Puskesmas.

6. Penanggung jawab UKM Puskesmas memberikan peluang inovasi kepada pelaksana, lintas program, dan lintas sektor terkait untuk perbaikan kinerja pengelolaan dan pelaksanaan UKM Puskesmas.

Kriteria

6.1.2. Penanggung jawab UKM Puskesmas melaksanakan perbaikan kinerja secara berkesinambungan, tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan.

Pokok Pikiran:

- Upaya perbaikan kinerja perlu dievaluasi apakah mencapai target dari indikator-indikator yang ditetapkan. Hasil penilaian kinerja disampaikan kepada Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Manajemen Mutu.
- Dalam menyusun dan menetapkan indikator digunakan acuan yang jelas, yaitu: Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota, Kebijakan/Pedoman dari Kementerian Kesehatan, Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kebijakan/Pedoman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Elemen Penilaian:

1. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama pelaksana melakukan pertemuan membahas kinerja dan upaya perbaikan yang perlu dilakukan.
2. Penilaian kinerja dilakukan berdasarkan indikator-indikator kinerja yang ditetapkan untuk masing-masing UKM Puskesmas mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota dan Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menunjukkan komitmen untuk meningkatkan kinerja secara berkesinambungan.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana menyusun rencana perbaikan kinerja berdasarkan hasil monitoring dan penilaian kinerja.
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan pelaksana melakukan perbaikan kinerja secara berkesinambungan.

Kriteria

6.1.3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana bertanggung jawab dan menunjukkan peran serta mereka dalam memperbaiki kinerja dengan memberikan pelayanan yang lebih baik kepada sasaran.

Pokok Pikiran:

- Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pelanggan, maka semua pihak diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan kinerja. Kegiatan pemberdayaan pihak terkait tidak hanya terbatas pada pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya perbaikan mutu. Pihak terkait dapat dilibatkan dalam memberikan masukan, ide-ide yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan dalam upaya perbaikan kinerja, dan ikut berperan dalam pelaksanaan kegiatan perbaikan kinerja.

Elemen Penilaian:

1. Keterlibatan lintas program dan lintas sektor terkait dalam pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja.
2. Lintas program dan lintas sektor terkait memberikan saran-saran inovatif untuk perbaikan kinerja.
3. Lintas program dan lintas sektor terkait berperan aktif dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.
4. Lintas program dan lintas sektor terikait berperan aktif dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.

Kriteria

6.1.4. Ada upaya memberdayakan sasaran untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja.

Pokok Pikiran:

- Sesuai dengan prinsip perbaikan mutu dan kinerja yang berfokus pada pelanggan, maka sasaran dan masyarakat diharapkan berperan serta dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja. Kegiatan pemberdayaan pengguna dan masyarakat tidak hanya terbatas pada kegiatan pelaksanaan UKM Puskesmas, tetapi juga terhadap upaya

perbaikan mutu. Masyarakat dapat dilibatkan dalam memberikan masukan yang diperoleh dari survei, maupun keterlibatan langsung dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan dalam upaya perbaikan mutu dan kinerja.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan survei untuk memperoleh masukan dari tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam upaya untuk perbaikan kinerja.
2. Dilakukan pertemuan bersama dengan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran untuk memberikan masukan perbaikan kinerja.
3. Ada keterlibatan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam perencanaan perbaikan kinerja.
4. Ada keterlibatan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat dan/atau sasaran dalam pelaksanaan kegiatan perbaikan kinerja.

Kriteria

6.1.5. Kegiatan perbaikan kinerja masing-masing UKM Puskesmas didokumentasikan.

Pokok Pikiran:

- Seluruh rangkaian kegiatan perbaikan kinerja mulai dari monitoring dan penilaian kinerja, analisis kinerja, penyusunan rencana perbaikan, pelaksanaan perbaikan dan evaluasi terhadap kegiatan perbaikan kinerja perlu didokumentasikan untuk menunjukkan kesinambungan proses perbaikan kinerja dan merupakan sarana pembelajaran bagi Penanggung jawab, pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur pendokumentasian kegiatan perbaikan kinerja.
2. Kegiatan perbaikan kinerja didokumentasikan sesuai prosedur yang ditetapkan.
3. Kegiatan perbaikan kinerja disosialisasikan kepada pelaksana, lintas program dan lintas sektor terkait.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas menyusun rencana kaji banding.
2. Kepala Puskesmas bersama dengan Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana menyusun instrumen kaji banding.
3. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana melakukan kegiatan kaji banding.
4. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana mengidentifikasi peluang perbaikan berdasarkan hasil kaji banding yang dituangkan dalam rencana perbaikan kinerja.
5. Penanggung jawab UKM Puskesmas bersama dengan Pelaksana melakukan perbaikan kinerja.
6. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi kegiatan kaji banding.
7. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap perbaikan kinerja setelah dilakukan kaji banding.

C. KELOMPOK UPAYA KESEHATAN PERORANGAN

Bab VII. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur pendaftaran.
2. Tersedia bagan alur pendaftaran.
3. Petugas mengetahui dan mengikuti prosedur tersebut.
4. Pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang ditetapkan.
5. Terdapat cara mengetahui bahwa pelanggan puas terhadap proses pendaftaran.
6. Terdapat tindak lanjut jika pelanggan tidak puas.
7. Keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran.

Kriteria

7.1.2. Informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdokumentasi pada waktu pendaftaran

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Tersedia media informasi tentang pendaftaran di tempat pendaftaran.
2. Semua pihak yang membutuhkan informasi pendaftaran memperoleh informasi sesuai dengan yang dibutuhkan.
3. Pelanggan dapat memperoleh informasi lain tentang sarana pelayanan, antara lain tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas perawatan/rawat inap dan informasi lain yang dibutuhkan.
4. Pelanggan mendapat tanggapan sesuai yang dibutuhkan ketika meminta informasi kepada petugas.
5. Tersedia informasi tentang kerjasama dengan fasilitas rujukan lain.
6. 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.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan Puskesmas bertanggung jawab atas kebijakan pemberian pelayanan kepada pasien. Pimpinan Puskesmas harus mengetahui dan mengerti hak dan kewajiban petugas, pasien dan keluarganya, serta tanggung jawab Puskesmas sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Kemudian pimpinan wajib mengarahkan untuk memastikan agar seluruh petugas bertanggung

jawab melindungi hak dan kewajiban tersebut. Untuk melindungi secara efektif dan mengedepankan hak pasien, pimpinan bekerja sama dan berusaha memahami tanggung jawab mereka dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayani, sedangkan petugas yang melayani dijamin akan memperoleh hak dan melaksanakan kewajibannya sebagaimana ditetapkan.

- Hak pasien dan keluarga merupakan salah satu elemen dasar dari proses pelayanan di Puskesmas, yang melibatkan petugas, Puskesmas, pasien dan keluarga. Oleh karena itu, kebijakan dan prosedur harus ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa petugas Puskesmas yang terkait dalam pelayanan pasien memberi respons terhadap hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Hak pasien tersebut perlu dipahami baik oleh pasien maupun oleh petugas yang memberikan pelayanan, oleh karena itu pasien perlu mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien sejak proses pendaftaran.

Elemen Penilaian:

1. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diinformasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga.
2. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diperhatikan oleh petugas selama proses pendaftaran.
3. Terdapat upaya agar pasien/keluarga dan petugas memahami hak dan kewajiban masing-masing.
4. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan memperhatikan hak-hak pasien/ keluarga pasien.
5. Terdapat kriteria petugas yang bertugas di ruang pendaftaran.
6. Petugas tersebut bekerja dengan efisien, ramah, dan responsif terhadap kebutuhan pelanggan.
7. Terdapat mekanisme koordinasi petugas di ruang pendaftaran dengan unit lain/ unit terkait agar pasien/keluarga pasien memperoleh pelayanan.
8. Terdapat upaya Puskemas memenuhi hak dan kewajiban pasien/keluarga, dan petugas dalam proses pemberian pelayanan di Puskesmas.

Kriteria

7.1.3. Tahapan pelayanan klinis diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Tersedia tahapan dan prosedur pelayanan klinis yang dipahami oleh petugas.
2. Sejak awal pasien/keluarga memperoleh informasi dan paham terhadap tahapan dan prosedur pelayanan klinis.
3. Tersedia daftar jenis pelayanan di Puskesmas berserta jadwal pelayanan.
4. Terdapat kerjasama 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.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Pimpinan dan staf Puskesmas mengidentifikasi hambatan bahasa, budaya, kebiasaan, dan penghalang yang paling sering terjadi pada masyarakat yang dilayani.
2. Ada upaya tindak lanjut untuk mengatasi atau membatasi hambatan pada waktu pasien membutuhkan pelayanan di Puskesmas.
3. 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.

Pokok Pikiran:

- Ketika pasien diterima di Puskesmas untuk memperoleh pelayanan perlu dilakukan kajian awal yang lengkap dalam menetapkan alasan kenapa pasien perlu mendapat pelayanan klinis di Puskesmas. Pada tahap ini, Puskesmas membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan. Kebijakan dan prosedur harus ditetapkan tentang bagaimana proses ini dilaksanakan, informasi apa yang harus dikumpulkan dan didokumentasikan.
- Agar kajian kebutuhan pasien konsisten, perlu ditetapkan kebijakan Kepala Puskesmas tentang kajian kebutuhan pasien, yang memuat: isi minimal dari kajian yang harus dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat. Kajian dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktik, profesi, perizinan, undang-undang dan peraturan terkait atau sertifikasi. Hanya mereka yang kompeten dan berwenang yang

melaksanakan kajian. Setiap formulir kajian yang digunakan mencerminkan kebijakan ini.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat prosedur pengkajian awal yang paripurna (meliputi anamesis/alloanamnesis, pemeriksan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial) untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.
2. Proses kajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk melakukan kajian.
3. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan.
4. 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 bertanggungjawab terhadap pelayanan pasien

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka hasil kajian harus dicatat dalam rekam medis pasien. Informasi yang ada dalam rekam medis harus mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien, agar informasi tersebut dapat digunakan pada saat dibutuhkan demi menjamin kesinambungan dan keselamatan pasien. Rekam medis pasien adalah catatan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.
- Temuan pada kajian awal dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan pelayanan/tindakan sesuai kebutuhan serta rencana tindak lanjut dan evaluasinya.
- Temuan dan kajian awal juga dapat digunakan untuk membuat keputusan perlunya *review*/kajian ulang pada situasi yang meragukan. Oleh karena itu sangat perlu bahwa kajian medis, kajian penunjang medis, kajian keperawatan dan kajian lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik. Hasil kajian ini harus dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis

atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh petugas yang melayani pasien.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan identifikasi informasi apa saja yang dibutuhkan dalam pengkajian dan harus dicatat dalam rekam medis.
2. Informasi tersebut meliputi informasi yang dibutuhkan untuk kajian medis, kajian keperawatan, dan kajian lain yang diperlukan.
3. 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.

Pokok Pikiran:

- 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.
- 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:

1. Petugas Gawat Darurat Puskesmas melaksanakan proses triase untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
2. Petugas tersebut dilatih menggunakan kriteria ini.
3. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhan.
4. 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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Kajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dan kompeten.
2. Tersedia tim kesehatan antar profesi yang profesional untuk melakukan kajian jika diperlukan penanganan secara tim.
3. Terdapat kejelasan proses pendelegasian wewenang secara tertulis (apabila petugas tidak sesuai kewenangannya).
4. 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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Tersedia peralatan dan tempat pemeriksaan yang memadai untuk melakukan pengkajian awal pasien secara paripurna.
2. Ada jaminan kualitas terhadap peralatan di tempat pelayanan.
3. 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.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Terdapat kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim.
2. Setiap petugas yang terkait dalam pelayanan klinis mengetahui kebijakan dan prosedur tersebut serta menerapkan dalam penyusunan rencana terapi dan/atau rencana layanan terpadu.
3. Dilakukan evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana terapi dan/atau rencana asuhan dengan kebijakan dan prosedur.
4. Dilakukan tindak lanjut jika terjadi ketidaksesuaian antara rencana layanan dengan kebijakan dan prosedur.
5. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Petugas kesehatan dan/atau tim kesehatan melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan.

2. Rencana layanan disusun untuk setiap pasien dengan kejelasan tujuan yang ingin dicapai.
3. Penyusunan rencana layanan tersebut mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien.
4. 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.

Pokok Pikiran:

- Pada kondisi tertentu pasien membutuhkan layanan yang melibatkan tim kesehatan. Rencana layanan terpadu meliputi: tujuan layanan yang akan diberikan, pendidikan kesehatan pada pasien dan/atau keluarga pasien, jadwal kegiatan, sumber daya yang akan digunakan, dan kejelasan tanggung jawab tiap anggota tim kesehatan dalam melaksanakan layanan.

Elemen Penilaian:

1. Layanan dilakukan secara paripurna untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien.
2. Rencana layanan tersebut disusun dengan tahapan waktu yang jelas.
3. Rencana layanan tersebut dilaksanakan dengan mempertimbangkan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia.
4. Risiko yang mungkin terjadi pada pasien dipertimbangkan sejak awal dalam menyusun rencana layanan.
5. Efek samping dan risiko pengobatan diinformasikan.
6. Rencana layanan tersebut didokumentasikan dalam rekam medis.
7. 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.

Pokok Pikiran:

- 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.
- *lnformed 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.
- 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:

1. Pasien/keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan.
2. Tersedia formulir persetujuan tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko.
3. Tersedia prosedur untuk memperoleh persetujuan tersebut.
4. Pelaksanaan *informed consent* didokumentasikan.
5. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Tersedia prosedur rujukan yang jelas serta jejaring fasilitas rujukan.
2. Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan layanan.
3. Tersedia prosedur mempersiapkan pasien/keluarga pasien untuk dirujuk.
4. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien.
2. Informasi tersebut mencakup alasan rujukan, sarana tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan.
3. Dilakukan kerjasama 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.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Informasi klinis pasien atau resume klinis pasien dikirim ke fasilitas kesehatan penerima rujukan bersama pasien.
2. Resume klinis memuat kondisi pasien.
3. Resume klinis memuat prosedur dan tindakan-tindakan lain yang telah dilakukan.
4. 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.

Pokok Pikiran:

- 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

1. Selama proses rujukan secara langsung semua pasien selalu dimonitor oleh staf yang kompeten.
2. 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

Pokok Pikiran:

- 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.

- 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:

1. Tersedia pedoman dan prosedur pelayanan klinis.
2. Penyusunan dan penerapan rencana layanan mengacu pada pedoman dan prosedur yang berlaku.
3. Layanan dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan prosedur yang berlaku.
4. Layanan diberikan sesuai dengan rencana layanan.
5. Layanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan.
6. Perubahan rencana layanan dilakukan berdasarkan perkembangan pasien.
7. Perubahan tersebut dicatat dalam rekam medis.
8. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Kasus-kasus gawat darurat dan/atau berisiko tinggi yang biasa terjadi diidentifikasi.

2. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien gawat darurat (emergensi).
3. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien berisiko tinggi.
4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan yang lain, apabila tidak tersedia pelayanan gawat darurat 24 jam.
5. Tersedia prosedur pencegahan (kewaspadaan universal) terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik bagi petugas maupun pasien dalam penanganan pasien berisiko tinggi.

Kriteria:

7.6.3. *Penanganan, penggunaan, dan pemberian obat dan/atau cairan intravena dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.*

Pokok Pikiran:

- Penggunaan dan pemberian obat dan/atau cairan intravena merupakan kegiatan yang berisiko terhadap terjadinya infeksi, oleh karena itu perlu dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.

Elemen Penilaian:

1. Penanganan, penggunaan dan pemberian obat/cairan intravena diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang baku
2. Obat/cairan intravena diberikan sesuai kebijakan dan prosedur

Kriteria

7.6.4. Hasil pemantauan pelaksanaan layanan digunakan untuk menyesuaikan rencana layanan.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Ditetapkan indikator untuk memantau dan menilai pelaksanaan layanan klinis.
2. Pemantauan dan penilaian terhadap layanan klinis dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif.
3. Tersedia data yang dibutuhkan untuk mengetahui pencapaian tujuan dan hasil pelaksanaan layanan klinis.
4. Dilakukan analisis terhadap indikator yang dikumpulkan.
5. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi keluhan pasien/keluarga pasien sesuai dengan kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan asuhan.
2. Tersedia prosedur untuk menangani dan menindaklanjuti keluhan tersebut.
3. Keluhan pasien/keluarga pasien ditindaklanjuti.
4. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu dalam pelaksanaan layanan.
2. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menjamin kesinambungan pelayanan.
3. 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.

Pokok Pikiran:

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

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

Elemen Penilaian:

1. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
2. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka.
3. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut.
4. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.

Standar

7.7. Pelayanan anestesi lokal, sedasi dan pembedahan

Tersedia pelayanan anestesi sederhana dan pembedahan minor untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

- Kebijakan dan prosedur memuat:
  - Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara dewasa dan anak atau pertimbangan khusus
  - Dokumentasi yang diperlukan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi efektif
  - Persyaratan persetujuan khusus
  - Frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan
  - Kualifikasi dan keterampilan petugas pelaksana
  - Ketersediaan dan penggunaan peralatan anestesi
- Persyaratan kompetensi:
  - Teknik melakukan lokal anestesi dan sedasi
  - Monitoring yang tepat
  - Respons terhadap komplikasi
  - Penggunaan zat-zat reversal
  - Bantuan hidup dasar

Elemen Penilaian:

1. Tersedia pelayanan anestesi lokal dan sedasi sesuai kebutuhan di Puskesmas.
2. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
3. Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.
4. Selama pemberian anestesi lokal dan sedasi petugas melakukan monitoring status fisiologi pasien.
5. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan.
2. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor merencanakan asuhan pembedahan berdasar hasil kajian.
3. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor menjelaskan risiko, manfaat, komplikasi potensial, dan alternatif kepada pasien/keluarga pasien.
4. Sebelum melakukan tindakan harus mendapatkan persetujuan dari pasien/keluarga pasien.
5. Pembedahan dilakukan berdasarkan prosedur yang ditetapkan.
6. Laporan/catatan operasi dituliskan dalam rekam medis.
7. 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*

Pokok Pikiran:

- Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara petugas kesehatan dan pasien/keluarga. Pasien/keluarga perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, oleh karena itu penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga perlu dipadukan dalam pelayanan klinis. Pendidikan dan penyuluhan kepada pasien termasuk Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Agar penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga dilaksanakan dengan efektif maka dilakukan dengan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga.

Elemen Penilaian:

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

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 klinis tersedia secara reguler.

Pokok Pikiran

- Kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien membutuhkan asupan makanan dan nutrisi yang memadai, oleh karena itu makanan perlu disediakan secra regular, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila dimungkinkan pilihan menu makanan. Pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.
- Pemesanan dan pemberian makanan atau nutrien yang lain hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
- Keluarga pasien dapat berpartisipasi dalam menyediakan makanan bila sesuai dan konsisten dengan kajian kebutuhan pasien dan rencana asuhan dengan sepengetahuan dari petugas kesehatan.
- 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.

Elemen Penilaian

1. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien tersedia secara reguler
2. Sebelum makanan diberikan pada pasien, makanan telah dipesan dan dicatat untuk semua pasien rawat inap.
3. Pemesanan makanan didasarkan atas status gizi dan kebutuhan pasien
4. Bila disediakan variasi pilihan makanan, maka makanan yang diberikan konsisten dengan kondisi dan kebutuhan pasien
5. Diberikan edukasi pada keluarga tentang pembatasan diit pasien, bila keluarga ikut menyediakan makanan bagi pasien.

Kriteria:

7.9.2. Penyiapan, penanganan, penyimpanan dan distribusi makanan dilakukan dengan aman dan memenuhi peraturan perundangan yang berlaku.

Pokok Pikiran:

- Penyiapan makanan, penyimpanan dan distribusi makanan, termasuk bahan makanan harus dimonitor untuk memastikan

keamanan dan sesuai dengan peraturan perundang-undang dan praktik terkini yang dapat diterima.

- Risiko kontaminasi dan pembusukan diminimalkan dalam penyiapan dan penyimpanan makanan. Makanan didistribusikan kepada pasien pada waktu yang telah ditetapkan. Makanan dan produk nutrisi termasuk produk nutrisi enteral, jika dibutuhkan, harus tersedia untuk memenuhi kebutuhan khusus pasien.

Elemen Penilaian:

1. Makanan disiapkan dengan cara yang baku untuk mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
2. Makanan disimpan dengan cara yang baku untuk mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
3. Distribusi makanan dilakukan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan dan/atau kebutuhan khusus

Kriteria:

*7.9.3. Pasien yang berisiko nutrisi mendapat terapi gizi.*****)**

Pokok Pikiran:

- Pada asesmen awal, pasien ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi. Ahli gizi melakukan kajian untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi untuk disusun rencana terapi gizi. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medis. Dokter, perawat dan ahli gizi dan jika diperlukan keluarga pasien, bekerjasama dalam merencanakan dan memberikan terapi gizi.

Elemen Penilaian:

1. Pasien yang pada kajian awal berada pada risiko nutrisi, mendapat terapi gizi.
2. Suatu proses kerjasama dilakukan untuk merencanakan, memberikan dan memonitor pemberian asuhan gizi
3. Respon pasien terhadap asuhan gizi dimonitor
4. Respon pasien terhadap asuhan gizi dicatat dalam rekam medis

****) 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

Pokok Pikiran:

- 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.
- Jika puskesmas menerima umpan balik rujukan pasien dari fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau fasilitas kesehatan lain, maka perlu dilakukan tindak lanjut terhadap pasien melalui proses kajian, dan sesuai prosedur yang berlaku, dengan memperhatikan rekomendasi tindak lanjut dari sarana kesehatan yang memberikan umpan balik rujukan
- 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:

1. Tersedia prosedur pemulangan dan/tindak lanjut pasien.
2. Ada penanggung jawab dalam pelaksanaan proses pemulangan dan/tindak lanjut tersebut.
3. Tersedia kriteria yang digunakan untuk menetapkan saat pemulangan dan/tindak lanjut pasien.
4. Dilakukan tindak lanjut terhadap umpan balik pada pasien yang dirujuk kembali sesuai dengan prosedur yang berlaku, dan rekomendasi dari sarana kesehatan rujukan yang merujuk balik.

5. 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.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Informasi yang dibutuhkan mengenai tindak lanjut layanan diberikan oleh petugas kepada pasien/keluarga pasien pada saat pemulangan atau jika dilakukan rujukan ke sarana kesehatan yang lain.
2. Petugas mengetahui bahwa informasi yang disampaikan dipahami oleh pasien/keluarga pasien.
3. Dilakukan evaluasi periodik terhadap prosedur pelaksanaan penyampaian informasi tersebut.

Kriteria

7.10.3. Pelaksanaan rujukan dilakukan atas dasar kebutuhan dan pilihan pasien

Pokok Pikiran:

- 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:

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

BAB VIII. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Ditetapkan jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan di Puskesmas.
2. Tersedia jenis dan jumlah petugas kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan dan jam buka pelayanan.
3. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh analis/petugas yang terlatih dan berpengalaman.
4. Interpertasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman.

Kriteria

8.1.2. Terdapat kebijakan dan prosedur spesifik untuk setiap jenis pemeriksaan laboratorium

Pokok Pikiran:

- Agar pelaksanaan pelayanan laboratorium dapat menghasilkan hasil pemeriksaan yang tepat, maka perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pelayanan laboratorium mulai dari permintaan, penerimaaan, 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:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpan spesimen.
2. Tersedia prosedur pemeriksaan laboratorium.
3. Dilakukan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan prosedur tersebut.
4. Dilakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.
5. Tersedia kebijakan dan prosedur pemeriksaan di luar jam kerja (pada Puskesmas rawat inap atau pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan di luar jam kerja).

6. Ada kebijakan dan prosedur untuk pemeriksaan yang berisiko tinggi (misalnya spesimen sputum, darah dan lainnya).
7. Tersedia prosedur kesehatan dan keselamatan kerja, dan alat pelindung diri bagi petugas laboratorium.
8. Dilakukan pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri dan pelaksanaan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja.
9. Tersedia prosedur pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, dan limbah medis hasil pemeriksaan laboratorium.
10. Tersedia prosedur pengelolaan reagen di laboratorium.
11. 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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Pimpinan Puskesmas menetapkan waktu yang diharapkan untuk laporan hasil pemeriksaan.
2. Ketepatan waktu melaporkan hasil pemeriksaan yang urgen/gawat darurat diukur.
3. Hasil laboratorium dilaporkan dalam kerangka waktu guna memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria:

8.1.4. Ada prosedur melaporkan hasil tes diagnostik yang kritis

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Metode kolaboratif digunakan untuk mengembangkan prosedur untuk pelaporan hasil yang kritis dan pemeriksaan diagnostik.
2. Prosedur tersebut menetapkan nilai ambang kritis untuk setiap tes.
3. Prosedur tersebut menetapkan oleh siapa dan kepada siapa hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik harus dilaporkan.
4. Prosedur tersebut menetapkan apa yang dicatat di dalam rekam medis pasien.
5. 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.

Pokok Pikiran

- 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:

1. Ditetapkan reagensia esensial dan bahan lain yang harus tersedia.
2. Reagensia esensial dan bahan lain tersedia, dan ada proses untuk menyatakan jika reagen tidak tersedia.
3. Semua reagensia disimpan dan didistribusi sesuai pedoman dari produsen atau instruksi penyimpanan dan distribusi yang ada pada kemasan.
4. Tersedia pedoman tertulis yang dilaksanakan untuk mengevaluasi semua reagensia agar memberikan hasil yang akurat dan presisi.
5. Semua reagensia dan larutan diberi label secara lengkap dan akurat.

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

- 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:

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

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin mutu pelayanan laboratorium maka perlu dilakukan upaya pengendalian mutu internal maupun eksternal di Puskesmas. Pengendalian mutu dilakukan sesuai dengan jenis dan ketersediaan peralatan laboratorium yang digunakan dan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur pengendalian mutu pelayanan laboratorium.
2. Dilakukan kalibrasi atau validasi instrumen/alat ukur tepat waktu dan oleh pihak yang kompeten sesuai prosedur.
3. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya kalibrasi atau validasi, dan masih berlaku.
4. Apabila ditemukan penyimpangan dilakukan tindakan perbaikan.
5. Dilakukan pemantapan mutu eksternal terhadap pelayanan laboratorium oleh pihak yang kompeten.
6. Terdapat mekanisme rujukan spesimen dan pasien bila pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan di Puskesmas, dan Puskesmas memastikan bahwa pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.
7. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya pemantapan mutu internal dan eksternal.

Kriteria

8.1.8. Program keselamatan (safety) direncanakan, dilaksanakan, dan didokumentasikan

Pokok Pikiran:

- Ada program keamanan yang aktif di laboratorium dengan tingkatan sesuai dengan risiko dan kemungkinan bahaya dalam laboratorium. Program ini mengatur praktik keamanan dan langkah-langkah pencegahan bagi staf laboratorium, staf lain dan pasien apabila berada di laboratorium. Program laboratorium ini merupakan program yang terintegrasi dengan program keselamatan di Puskesmas.
- Program keselamatan di laboratorium termasuk :
  - Kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pemenuhan standar dan peraturan.
  - Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
  - Tersedianya peralatan keamanan sesuai praktik di laboratorium dan untuk bahaya yang dihadapi.
  - Orientasi bagi semua staf laboratorium untuk prosedur dan praktik keamanan kerja.
  - Pendidikan *(in service education)* untuk prosedur-prosedur baru dan pengenalan bahan berbahaya yang baru dikenali/diperoleh, maupun peralatan yang baru.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat program keselamatan/keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium.
2. Program ini adalah bagian dari program keselamatan di Puskesmas.
3. Petugas laboratorium melaporkan kegiatan pelaksanaan program keselamatan kepada pengelola program keselamatan di Puskesmas sekurang-kurangnya setahun sekali dan bila terjadi insiden keselamatan.
4. Terdapat kebijakan dan prosedur tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya.

5. Dilakukan identifikasi, analisis dan tindak lanjut risiko keselamatan di laboratorium.
6. Staf laboratorium diberikan orientasi untuk prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja.
7. 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

Pokok Pikiran:

- 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 penggantinya.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat metode yang digunakan untuk menilai dan mengendalikan penyediaan dan penggunaan obat.
2. Terdapat kejelasan prosedur penyediaan dan penggunaan obat.
3. Ada kejelasan siapa yang bertanggungjawab.
4. Ada kebijakan dan prosedur yang menjamin ketersediaan obat-obat yang seharusnya ada.
5. Tersedia pelayanan obat-obatan selama tujuh hari dalam seminggu dan 24 jam pada Puskesmas yang memberikan pelayanan gawat darurat.
6. Tersedia daftar formularium obat Puskesmas.
7. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut ketersediaan obat dibandingkan dengan formularium.
8. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut kesesuaian peresepan dengan formularium.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Puskesmas bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diizinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Dalam situasi emergensi, perlu diidentifikasi petugas tambahan yang diizinkan untuk memberikan obat. Untuk menjamin agar obat tersedia dengan cukup dan dalam kondisi baik, tidak rusak, dan tidak kedaluwarsa, maka perlu ditetapkan dan diterapkan kebijakan pengelolaan obat mulai dari proses analisis kebutuhan, pemesanan, pengadaan, pendistribusian, pelayanan peresepan, pencatatan dan pelaporan.

- Untuk Puskesmas rawat inap penggunaan obat oleh pasien/pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke Puskesmas atau yang diresepkan atau dipesan di Puskesmas, diketahui dan dicatat dalam status pasien. Harus dilaksanakan pengawasan penggunaan obat, terutama obat-obat psikotropika sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat ketentuan petugas yang berhak memberikan resep.
2. Terdapat ketentuan petugas yang menyediakan obat dengan persyaratan yang jelas.
3. Apabila persyaratan petugas yang diberi kewenangan dalam penyediaan obat tidak dapat dipenuhi, petugas tersebut mendapat pelatihan khusus.
4. Tersedia kebijakan dan proses peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat.
5. Terdapat prosedur untuk menjaga tidak terjadinya pemberian obat yang kedaluwarsa kepada pasien.
6. Dilakukan pengawasan terhadap penggunaan dan pengelolaan obat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara teratur.
7. Terdapat ketentuan siapa yang berhak menuliskan resep untuk obat-obat tertentu (misal psikotropika dan narkotika).
8. Ada kebijakan dan prosedur penggunaan obat-obatan pasien rawat inap, yang dibawa sendiri oleh pasien/ keluarga pasien.
9. 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.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Terdapat persyaratan penyimpanan obat.
2. Penyimpanan dilakukan sesuai dengan persyaratan.
3. Pemberian obat kepada pasien disertai dengan label obat yang jelas (mencakup nama, dosis, cara pemakaian obat dan frekuensi penggunaannya).
4. Pemberian obat disertai dengan informasi penggunaan obat yang memadai dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien/keluarga pasien.
5. Petugas memberikan penjelasan tentang kemungkinan terjadi efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan.
6. Petugas menjelaskan petunjuk tentang penyimpanan obat di rumah.
7. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan obat yang kadaluwarsa/rusak.
8. 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

Pokok Pikiran:

- Pasien, dokternya, perawat dan petugas kesehatan yang lain bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan pemantauan adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya dan untuk mengevaluasi pasien terhadap Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD).

- Berdasarkan pemantauan, dosis atau jenis obat bila perlu dapat disesuaikan. Sudah seharusnya dilakukan pemantauan secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapetik yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, untuk mencegah risiko bagi pasien. Memantau efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD.
- Perlu disusun kebijakan tentang identifikasi, pencatatan dan pelaporan semua KTD yang terkait dengan penggunaan obat, misalnya sindroma Stephen Johnson, KIPI dan lainnya. Puskesmas membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur pelaporan efek samping obat.
2. Efek samping obat didokumentasikan dalam rekam medis.
3. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mencatat, memantau, dan melaporkan bila terjadi efek samping penggunaan obat dan KTD, termasuk kesalahan pemberian obat.
4. 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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Terdapat prosedur untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan pemberian obat dan KNC.
2. Kesalahan pemberian obat dan KNC dilaporkan tepat waktu menggunakan prosedur baku.
3. Ditetapkan petugas kesehatan yang bertanggung jawab mengambil tindakan untuk pelaporan diidentifikasi.
4. 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.

Pokok Pikiran:

- 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 kedaluarsa. Keseimbangan antara akses, kesiapan, dan keamanan dari tempat penyimpanan obat emergensi perlu dipenuhi.

Elemen Penilaian

1. Obat emergensi tersedia pada unit-unit dimana akan diperlukan atau dapat terakses segera untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi.
2. Ada kebijakan yang menetapkan bagaimana obat emergensi disimpan, dijaga dan dilindungi dari kehilangan atau pencurian.
3. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Pelayanan radiodiagnostik memenuhi standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
2. Pelayanan radiodiagnostik dilakukan secara adekuat, teratur, dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria

8.3.2. Ada program pengamanan radiasi, dilaksanakan dan didokumentasi.

Pokok Pikiran:

- Puskesmas memiliki suatu program aktif dalam keamanan radiasi yang meliputi semua komponen pelayanan radiodiagnostik. Program keamanan radiologi mencerminkan antisipasi risiko dan bahaya yang dihadapi. Program mengatur praktik yang aman dan langkah pencegahan bahaya untuk petugas radiologi karyawan lain, dan pasien. Program ini dikoordinasi dengan program keselamatan Puskesmas.

- Program pengelolaan keamanan radiasi termasuk :
  - Kebijakan dan prosedur tertulis yang menunjang kesesuaian dengan standar, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
  - Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
  - Ketersediaan alat pelindung diri yang sesuai dengan praktik dan antisipasi bahaya yang dihadapi.
  - Ada orientasi bagi staf radiologi dan diagnostik imajing untuk prosedur dan praktik keselamatan kerja.
  - Ada pendidikan/pelatihan *inhouse* untuk prosedur baru atau adanya bahan berbahaya yang baru diketahui dan digunakan.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat program keamanan radiasi yang mengatur risiko keamanan dan antisipasi bahaya yang bisa terjadi di dalam atau di luar unit kerja.
2. Program keamanan merupakan bagian dari program keselamatan di Puskesmas, dan wajib dilaporkan sekurang-kurangnya sekali setahun atau bila ada kejadian.
3. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur dan memenuhi standar terkait, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
4. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
5. Risiko keamanan radiasi yang diidentifikasi diimbangi dengan prosedur atau peralatan khusus untuk mengurangi risiko (seperti apron timah, badge radiasi dan yang sejenis)
6. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik diberi orientasi tentang prosedur dan praktik keselamatan.
7. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan petugas yang melakukan pemeriksaan diagnostik.
2. Tersedia petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai melaksanakan pemeriksaan radiodiagnostik.
3. Petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai menginterpretasi hasil pemeriksaan.
4. Petugas yang kompeten yang memadai, memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan.
5. Tersedia staf dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

- 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.
- 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

1. Kepala Puskesmas menetapkan tentang harapan waktu pelaporan hasil pemeriksaan.
2. Ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan diukur, dimonitor, dan ditindaklanjuti.
3. Hasil pemeriksaan radiologi dilaporkan dalam kerangka waktu untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

- 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:
  - Identifikasi dan inventarisasi peralatan.
  - Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, testing, kalibrasi, perawatan.
  - Monitoring dan bertindak terhadap laporan peralatan bila ada peringatan bahaya, penarikan kembali, laporan insiden, masalah dan kegagalan.
  - Mendokumentasi program pengelolaan
- Frekuensi testing, perawatan, dan kalibrasi berhubungan dengan pemakaian peralatan dan riwayat pelayanannya didokumentasi /dicatat.

Elemen Penilaian:

1. Ada program pemeliharaan peralatan radiologi dan dilaksanakan.
2. Program termasuk inventarisasi peralatan.
3. Program termasuk inspeksi dan testing peralatan.
4. Program termasuk kalibrasi dan perawatan peralatan.
5. Program termasuk monitoring dan tindak lanjut.

6. Ada dokumentasi yang adekuat untuk semua testing, perawatan dan kalibrasi peralatan.

Kriteria:

8.3.6. Film X-ray dan perbekalan lain tersedia secara teratur.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. X-ray film, reagensia dan semua perbekalan penting ditetapkan.
2. X-ray film, reagensia dan perbekalan penting lain tersedia.
3. Semua perbekalan disimpan dan didistribusi sesuai dengan pedoman.
4. Semua perbekalan dievaluasi secara periodik untuk akurasi dan hasilnya.
5. Semua perbekalan diberi label secara lengkap dan akurat

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Pelayanan radiodiagnostik yang berada di Puskesmas dipimpin oleh seorang yang kompeten sesuai dengan pelatihan yang terdokumentasi, keahlian, dan pengalaman, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku. Individu ini secara profesional bertanggung jawab atas fasilitas dan pelayanan radiologi.

- Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis maka dia harus seorang dokter, sedapat mungkin seorang spesialis radiologi. Pelaksanaan pelayanan radiologi dilakukan oleh petugas radiografer yang kompeten.
- Tanggung jawab pimpinan radiologi termasuk:
  - Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur.
  - Pengawasan administrasi.
  - Mempertahankan *(maintaining)* setiap program kontrol mutu yang perlu.
  - Memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imajing di luar.
  - Memonitor dan me-*review* semua pelayanan radiologi yang tersedia.

Elemen Penilaian:

1. Pelayanan radiologi di bawah pimpinan seorang yang kompeten.
2. Pelayanan radiologi dilaksanakan oleh petugas yang kompeten.
3. Penanggung jawab pelayanan radiologi mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur ditetapkan dan dilaksanakan.
4. Penanggung jawab pelayanan radiologi melakukan pengawasan administrasi ditetapkan dan dilaksanakan.
5. Penanggung jawab pelayanan radiologi mempertahankan program kontrol mutu ditetapkan dan dilaksanakan.
6. Penanggung jawab pelayanan memantau dan me-*review* pelayanan radiologi yang disediakan.

Kriteria:

8.3.8. Ada prosedur kontrol mutu, dilaksanakan dan didokumentasikan.

Pokok Pikiran:

- Sistem kontrol mutu yang baik adalah penting untuk dapat memberikan pelayanan radiodiagnostik yang unggul.

- Prosedur kontrol mutu termasuk:
  - Validasi metode tes yang digunakan untuk akurasi dan presisi
  - Pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten
  - Langkah perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan *(deficiency)* teridentifikasi
  - Pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan

Elemen Penilaian:

1. Ada program kontrol mutu untuk pelayanan radiodiagnostik, dan dilaksanakan.
2. Program kontrol mutu termasuk validasi metode tes.
3. Program kontrol mutu termasuk pengawasan harian hasil pemeriksaan.
4. Program kontrol mutu termasuk perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan.
5. 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

Pokok Pikiran:

- Standarisasi terminologi, definisi, kosakata dan penamaan memfasilitasi pembandingan data dan informasi di dalam maupun di luar Puskesmas (fasilitas kesehatan rujukan). Keseragaman penggunaan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan mendukung pengumpulan dan analisis data.

- Singkatan dan simbol juga distandarisasi dan termasuk daftar "yang tidak boleh digunakan". Standarisasi tersebut konsisten dengan standar lokal dan nasional yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi lain yang konsisten dan sistematis.
2. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang disusun oleh Puskesmas (minimal 10 besar penyakit).
3. 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*

Pokok Pikiran:

- 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*).
- 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:

1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur akses petugas terhadap informasi medis.
2. Akses petugas terhadap informasi yang dibutuhkan dilaksanakan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab.
3. Akses petugas terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur.

4. Hak untuk mengakses informasi tersebut mempertimbangkan tingkat kerahasiaan dan keamanan informasi.

Kriteria

8.4.3. Adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Puskesmas mempunyai rekam medis bagi setiap pasien dengan metode identifikasi yang baku.
2. Sistem pengkodean, penyimpanan, dan dokumentasi memudahkan petugas untuk menemukan rekam pasien tepat waktu maupun untuk mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien.
3. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Isi rekam medis mencakup diagnosis, pengobatan, hasil pengobatan, dan kontinuitas asuhan yang diberikan.
2. Dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis.
3. 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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Kondisi fisik lingkungan Puskesmas dipantau secara rutin.
2. Instalasi listrik, kualitas air, ventilasi, gas dan sistem lain yang digunakan dipantau secara periodik oleh petugas yang diberi tanggung jawab.
3. Tersedia sarana untuk menangani masalah listrik/api apabila terjadi kebakaran.
4. Tersedia kebijakan dan prosedur inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan.
5. Inspeksi, pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan alat dilakukan sesuai dengan prosedur dan jadwal yang ditetapkan.
6. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya.
2. Ditetapkan kebijakan dan prosedur pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya.
3. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan bahan berbahaya.
4. 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.

Pokok Pikiran:

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

- Rencana tersebut didokumentasikan dan di *up-date* yang merefleksikan keadaan-keadaan terkini dalam lingkungan Puskesmas. Ada proses untuk me-*review* dan meng-*update.*

Elemen Penilaian:

1. Ada rencana program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman.
2. Ditetapkan petugas yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan pelaksanaan program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman.
3. Program tersebut mencakup perencanaan, pelaksanaan, pendidikan dan pelatihan petugas, pemantauan, dan evaluasi.
4. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi, alat yang membutuhkan perawatan lebih lanjut (tidak siap pakai), serta alat-alat yang membutuhkan persyaratan khusus untuk peletakannya.

2. Tersedia prosedur sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan.
3. Dilakukan pemantauan terhadap pelaksanaan prosedur secara berkala.
4. 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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan inventarisasi peralatan yang ada di Puskesmas.
2. Ditetapkan Penanggung jawab pengelola alat ukur dan dilakukan kalibrasi atau yang sejenis secara teratur, dan ada buktinya.
3. Ada sistem untuk kontrol peralatan, testing, dan perawatan secara rutin.
4. Hasil pemantauan tersebut didokumentasikan.
5. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Ada penghitungan kebutuhan tenaga klinis di Puskesmas dengan persyaratan kompetensi dan kualifikasi.
2. Ada cara menilai kualifikasi tenaga untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kewenangan.
3. Dilakukan proses kredensial yang mencakup sertifikasi dan lisensi.
4. 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

Pokok Pikiran:

- 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 peningkatkan

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:

1. Dilakukan evaluasi kinerja tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis secara berkala.
2. Dilakukan analisis dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi.
3. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Tersedia informasi mengenai peluang pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis.
2. Ada dukungan dari manajemen Puskesmas bagi tenaga kesehatan untuk memanfaatkan peluang tersebut.
3. Jika ada tenaga kesehatan yang mengikuti pendidikan atau pelatihan, dilakukan evaluasi penerapan hasil pelatihan di tempat kerja.
4. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis mempunyai uraian tugas dan wewenang yang didokumentasikan dengan jelas.
2. Jika tidak tersedia tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk menjalankan kewenangan dalam pelayanan klinis, ditetapkan petugas kesehatan dengan persyaratan tertentu untuk diberi kewenangan khusus.
3. Apabila tenaga kesehatan tersebut diberi kewenangan khusus, dilakukan penilaian terhadap pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan kewenangan khusus yang diberikan.
4. 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

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan mutu layanan klinis, dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis yang memberikan asuhan pasien.
- Tenaga klinis adalah dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab melaksanakan asuhan pasien.
- Tenaga klinis wajib berperan aktif mulai dari identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, melakukan analisis, menyusun rencana perbaikan, melaksanakan, dan menindaklanjuti. Identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, potensi terjadinya risiko dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator pelayanan klinis yang ditetapkan oleh Puskesmas dengan acuan yang jelas.
- Upaya keselamatan pasien dilakukan untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diharapan (KTD), yaitu cedera atau hasil yang tidak sesuai dengan harapan, yang terjadi bukan karena kondisi pasien tetapi oleh karena penanganan klinis (*clinical management*). Penanganan klinis yang tidak sesuai kadang tidak menimbulkan cedera, maka kejaditan ini disebut dengan Kejadian Tidak Cedera (KTC).
- Kejadian Nyaris Cedera (KNC) terjadi jika hampir saja dilakukan kesalahan dalam penanganan kinis, tetapi kesalahan tersebut tidak jadi dilakukan.
- Keadaan-keadaan tertentu dalam pelayanan klinis, misalnya tempat tidur yang tidak dilengkapi dengan pengaman, lantai yang licin yang berisiko terjadi pasien terjatuh, berpotensi menimbulkan cedera. Keadaan ini disebut Kondisi berpotensi menyebabkan Cedera (KPC)

Elemen Penilaian:

1. Adanya peran aktif tenaga klinis dalam merencanakan dan mengevaluasi mutu layanan klinis dan upaya peningkatan keselamatan pasien.
2. Ditetapkan indikator dan standar mutu klinis untuk monitoring dan penilaian mutu klinis.

3. Dilakukan pengumpulan data, analisis, dan pelaporan mutu klinis dilakukan secara berkala.
4. Pimpinan Puskesmas bersama tenaga klinis melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan penilaian mutu klinis.
5. Dilakukan identifikasi dan dokumentasi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kondisi Potensial Cedera (KPC), maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC).
6. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penanganan KTD, KTC, KPC, KNC, dan risiko dalam pelayanan klinis.
7. Jika terjadi KTD, KTC dan KNC dilakukan analisis dan tindak lanjut.
8. Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti.
9. Dilakukan analisis risiko dan upaya-upaya untuk meminimalkan risiko pelayanan klinis.
10. Berdasarkan hasil analisis risiko, adanya kejadian KTD, KTC, 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*

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Dilakukan evaluasi dan perbaikan perilaku dalam pelayanan klinis oleh tenaga klinis dalam pelayanan klinis yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan yang berkelanjutan.

2. Budaya mutu dan keselamatan pasien diterapkan dalam pelayanan klinis.
3. Ada keterlibatan tenaga klinis dalam kegiatan peningkatan mutu yang ditunjukkan dalam penyusunan indikator untuk menilai perilaku dalam pemberian pelayanan klinis dan ide-ide perbaikan.

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*

Pokok Pikiran:

- Mutu layanan klinis dapat ditingkatkan jika ada komitmen dari pihak pengelola Puskesmas dan tenaga klinis yang memberikan layanan klinis kepada pasien. Pimpinan Puskesmas perlu memfasilitasi, mengalokasikan dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien sesuai dengan ketersediaan anggaran dan sumber daya yang ada di Puskesmas.

Elemen Penilaian:

1. Dialokasikan sumber daya yang cukup untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien.
2. Ada program/kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun dan direncanakan oleh tenaga klinis.
3. 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.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Dilakukan identifikasi fungsi dan proses pelayanan yang prioritas untuk diperbaiki dengan kriteria yang ditetapkan.
2. Terdapat dokumentasi tentang komitmen dan pemahaman terhadap peningkatan mutu dan keselamatan secara berkesinambungan ditingkatkan dalam organisasi.
3. Setiap tenaga klinis dan manajemen memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan dalam layanan klinis.
4. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menetapkan pelayanan prioritas yang akan diperbaiki.
5. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menyusun rencana perbaikan pelayanan prioritas yang ditetapkan dengan sasaran yang jelas.
6. Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis melaksanakan kegiatan perbaikan pelayanan klinis sesuai dengan rencana.
7. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan perbaikan pelayanan klinis.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Standar/prosedur layanan klinis disusun dan dibakukan didasarkan atas prioritas fungsi dan proses pelayanan.
2. Standar tersebut disusun berdasarkan acuan yang jelas.
3. Tersedia dokumen yang menjadi acuan dalam penyusunan standar.
4. Ditetapkan prosedur penyusunan standar/prosedur layanan klinis.
5. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Disusun dan ditetapkan indikator mutu layanan klinis yang telah disepakati bersama.
2. Ditetapkan sasaran-sasaran keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam Pokok Pikiran.
3. Dilakukan pengukuran mutu layanan klinis mencakup aspek penilaian pasien, pelayanan penunjang diagnosis, penggunaan obat antibiotika, dan pengendalian infeksi nosokomial.
4. Dilakukan pengukuran terhadap indikator-indikator keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam Pokok Pikiran.

Kriteria

9.3.2. Target mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien ditetapkan dengan tepat

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Ada penetapan target mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang akan dicapai.
2. Target tersebut ditetapkan dengan mempertimbangkan pencapaian mutu klinis sebelumnya, pencapaian optimal pada sarana kesehatan yang serupa, dan sumber daya yang dimiliki.
3. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikumpulkan secara periodik.
2. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didokumentasikan.
3. 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

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien hanya dapat terlaksana jika ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab dalam upaya tersebut. Penanggung jawab pelaksanaan dapat dilakukan dengan membentuk tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien di Puskesmas, yang mempunyai program kerja yang jelas.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

2. Terdapat tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang berfungsi dengan baik.
3. Ada kejelasan uraian tugas dan tanggung jawab tim.
4. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Data monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan dikumpulkan secara teratur.
2. Dilakukan analisis dan diambil kesimpulan untuk menetapkan masalah mutu layanan klinis dan masalah keselamatan pasien.
3. Dilakukan analisis penyebab masalah.
4. Ditetapkan program-program perbaikan mutu yang dituangkan dalam rencana perbaikan mutu.
5. Rencana perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disusun dengan mempertimbangkan peluang keberhasilan dan ketersediaan sumber daya.
6. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan perbaikan yang direncanakan.
7. Ada kejelasan Penanggung jawab untuk memantau pelaksanaan kegiatan perbaikan.
8. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Petugas mencatat peningkatan setelah pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.
2. Dilakukan evaluasi terhadap hasil penilaian dengan menggunakan indikator-indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien untuk menilai adanya perbaikan.
3. Hasil perbaikan ditindaklanjuti untuk perubahan standar/prosedur pelayanan.
4. 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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur distribusi informasi dan komunikasi hasil-hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

2. Proses dan hasil kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disosialisasikan dan dikomunikasikan kepada semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan klinis.
3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan sosialisasi dan komunikasi tersebut.
4. Dilakukan pelaporan hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke dinas kesehatan kabupaten/kota.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN II
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 46 TAHUN 2015
TENTANG AKREDITASI PUSKESMAS, KLINIK PRATAMA, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

STANDAR AKREDITASI KLINIK PRATAMA

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajad kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu dan pelayanan kesehatan baik yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta. Puskesmas dan Klinik merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Masyarakat mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman baik pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Puskesmas dan Klinik yang merupakan *gate keeper* dalam memberikan pelayanan klinis kepada masyarakat harus dapat menyediakan pelayanan klinis tingkat pertama yang aman dan bermutu.

Untuk dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, perlu dibakukan dan dikembangkan sistem pelayanan klinis yang minimal dari variasi proses yang terjadi akibat kurang optimalnya pengukuran, monitoring, pengendalian, pemeliharaan, serta pendokumentasian terhadap proses pelayanan klinis maupun manajemen pelayanan, dan tidak berjalannya perbaikan sistem pelayanan yang berkesinambungan.

Variasi proses tersebut diatasi dengan dibakukannya sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan klinis yang ditindak lanjuti dengan perbaikan mutu yang berkesinambungan serta diterapkannya kaidah-kaidah keselamatan pasien.

Untuk menilai apakah sistem pelayanan klinis dan sistem manajemen mutu di Puskesmas dan Klinik berjalan dengan baik, aman dan minimal dari risiko, serta selalu dilakukan upaya perbaikan proses pelayanan secara berkesinambungan dan konsisten, maka perlu dilakukan penilaian akreditasi terhadap Puskesmas dan Klinik dalam memberikan pelayanan klinis kepada masyarakat.

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.

Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan dalam pelayanan klinis.

Oleh karena itu perlu disusun standar dan instrumen penilaian akreditasi Klinik dalam menyediakan pelayanan klinis tingkat pertama kepada masyarakat.

Selain itu, prinsip dan dasar yang ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Nasional yang menggarisbawahi soal hak asasi manusia dan responsif gender, juga dipakai dalam standar akreditasi ini untuk menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku.

Standar akreditasi Klinik disusun dalam 4 Bab, yaitu:

Bab I. Kepemimpinan dan Manajemen Klinik (KMK)

Bab II. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

Bab III. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)

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

Bab I. Kepemimpinan dan Manajemen Fasilitas Pelayanan Kesehatan (KMFK)

Persyaratan Umum Klinik

Standar

1.1. Persyaratan Pendirian dan Perijinan Klinik

Klinik harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruang, prasarana, peralatan, dan ketenagaan.

Persyaratan Lokasi

Kriteria

1.1.1. Lokasi pendirian Klinik harus sesuai dengan tata ruang daerah

Pokok Pikiran:

- Pendirian Klinik perlu memperhatikan tata ruang daerah dan kebutuhan pelayanan sesuai rasio ketersediaan pelayanan kesehatan dengan jumlah penduduk.
- Analisis yang mempertimbangan tata ruang daerah, rasio ketersediaan pelayanan kesehatan, dan jumlah penduduk dituangkan dalam rencana strategik Klinik atau rencana pembangunan Klinik

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan analisis terhadap pendirian Klinik yang mempertimbangkan tata ruang daerah, rasio jumlah penduduk, dan ketersediaan pelayanan kesehatan
2. Pendirian Klinik mempertimbangkan tata ruang daerah
3. Pendirian Klinik mempertimbangkan rasio jumlah penduduk dan ketersediaan pelayanan kesehatan
4. Klinik memiliki perijinan yang berlaku

Persyaratan Bangunan dan Ruangan

Kriteria

1.1.2. Bangunan Klinik bersifat permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain. Bangunan harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat.

Pokok Pikiran:

- Untuk menghindari gangguan dan dampak keberadaan Klinik terhadap lingkungan dan kepedulian terhadap lingkungan, maka pendirian Klinik perlu didirikan di atas bangunan yang permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.
- Yang dimaksud unit kerja yang lain adalah unit kerja yang tidak ada kaitan langsung dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Elemen Penilaian:

1. Klinik diselenggarakan di atas bangunan yang permanen.
2. Klinik tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.
3. Bangunan Klinik memenuhi persyaratan lingkungan yang sehat.

Kriteria

1.1.3. Bangunan Klinik memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pelayanan kesehatan, dengan ketersediaan ruangan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Ketersediaan ruang untuk pelayanan harus sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Klinik.
- Ruangan yang minimal harus tersedia adalah: ruang pendaftaran/ruang tunggu, ruang konsultasi doker, ruang administrasi, ruang tindakan, ruang farmasi, kamar mandi/WC, dan ruang lain sesuai kebutuhan pelayanan.

- Pengaturan ruangan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan untuk memudahkan pasien/keluarga pasien untuk akses yang mudah termasuk memberi kemudahan pada penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut, demikian juga memperhatikan keamanan dan kemudahan bagi petugas dalam memberikan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ketersediaan memenuhi persyaratan minimal dan kebutuhan pelayanan
2. Tata ruang memperhatikan akses, keamanan, dan kenyamanan.
3. Pengaturan ruang mengakomodasi kepentingan penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut

Persyaratan Prasarana Klinik

Kriteria

1.1.4. Prasarana klinik tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan manjamin kesinambungan pelayanan maka Klinik harus dilengkapi dengan prasarana klinis yang dipersyaratkan
- Prasarana klinis tersebut meliputi: instalasi air, instalasi listrik, instalasi sirkulasi udara, sarana pengelolaan limbah, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, ambulans untuk klinik rapat inap, dan prasarana lain sesuai dengan kebutuhan.
- Prasarana klinis tersebut harus dipelihara dan berfungsi dengan baik.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prasarana klinik sesuai kebutuhan
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadual terhadap prasarana klinik
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan prasarana klinik
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi prasana klinik yang ada
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring

Persyaratan Peralatan Klinik

Kriteria

1.1.5. Peralatan medis dan non medis tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan manjamin kesinambungan pelayanan maka Klinik harus dilengkapi dengan peralatan medis dan non medis klinis sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan
- Agar pelayanan diberikan dengan aman dan bermutu, maka peralatan medis dan non medis tersebut dipelihara dan berfungsi dengan baik, dan dikalibrasi untuk alat-alat ukur yang digunakan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku
- Peralatan yang memerlukan perijinan harus memiliki ijin yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia peralatan medis dan non medis sesuai jenis pelayanan yang disediakan
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadual terhadap peralatan medis dan non medis
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan peralatan medis dan non medis
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi peralatan medis dan non medis
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring
6. Dilakukan kalibrasi untuk peralatan medis dan non medis yang perlu dikalibrasi
7. Peralatan medis dan non medis yang memerlukan ijin memiliki ijin yang berlaku

Ketenagaan Klinik

Standar

1.2. Persyaratan Ketenagaan Klinik

Klinik harus memenuhi persyaratan ketenagaan yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan.

Persyaratan Penanggung jawab Klinik

Kriteria

1.2.1. Penanggung jawab klinik adalah tenaga medis yang kompeten sesuai dengan peraturan perundangan.

Pokok Pikiran:

- Agar Klinik dikelola dengan baik, efektif dan efisien, maka harus dipimpin oleh tenaga yang kompeten untuk mengelola fasilitas tersebut.
- Penanggung jawab klinik harus ditetapkan oleh pimpinan Kinik
- Penanggung jawab Klinik adalah seorang dokter atau dokter gigi yang dapat merangkap sebagai pelaksana kegiatan pelayanan klinis.

Elemen Penilaian:

1. Penanggung jawab klinik adalah dokter atau dokter gigi
2. Ada kejelasan persyaratan penanggung jawab Klinik
3. Ada kejelasan uraian tugas penanggung jawab Klinik
4. Terdapat bukti pemenuhan persyaratan penanggung jawab sesuai dengan yang ditetapkan.

Kriteria

1.2.2.Tersedia tenaga medis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan

Pokok Pikiran:

- Agar Klinik dapat memberikan pelayanan yang optimal dan aman bagi pasien dan masyarakat yang dilayani perlu dilakukan analisis kebutuhan tenaga dan diupayakan untuk memenuhi ketersedian tenaga baik jenis dan jumlah dan memenuhi persyaratan kompetensi.
- Tenaga medis pada Klinik minimal terdiri dari dua dokter dan/atau dokter gigi yang memiliki kompetensi dan pendidikan/pelatihan yang dipersyaratkan

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan dan pelayanan yang disediakan
2. Ditetapkan persyaratan kompetensi untuk tiap-tiap jenis tenaga yang dibutuhkan
3. Dilakukan upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan yang dipersyaratkan
4. Ada kejelasan uraian tugas untuk setiap tenaga yang bekerja pada Klinik
5. Persyaratan perijinan untuk tenaga medis dan keperawatan dipenuhi

Tata Kelola Klinik

Standar

1.3. Kegiatan Pengelolaan

Pengelola Klinik menjamin efektivitas dan efisiensi dalam mengelola kegiatan pelayanan klinis sejalan dengan tata nilai, visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi klinik.

Pengorganisasian Klinik

Kriteria

1.3.1. Struktur organisasi pengelola ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab, alur kewenangan dan komunikasi, kerjasama, dan keterkaitan antar pengelola.

Pokok Pikiran:

- Dalam mengemban tugas pokok dan fungsi, perlu disusun pengorganisasian yang jelas, sehingga setiap karyawan yang memegang posisi baik pimpinan, penanggung jawab dan pelaksana akan melakukan tugas sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan yang diberikan.

Elemen Penilaian:

1. Ada struktur organisasi yang ditetapkan oleh Pemilik.
2. Pimpinan menetapkan Penanggung Jawab pada tiap jabatan yang ada pada struktur
3. Ditetapkan alur komunikasi dan koordinasi antar jabatan yang ada pada struktur.

Kriteria

1.3.2. Kejelasan tugas, peran, dan tanggung jawab pimpinan klinik, penanggung jawab pada tiap jabatan dan karyawan.

Pokok Pikiran:

- Dengan adanya uraian tugas, tangggung jawab, dan kewenangan, pimpinan klinik, penanggung jawab pada tiap jabatan dan pelaksana kegiatan pelayanan akan dapat melakukan pekerjaan dengan tepat, efektif dan efisien.

Elemen Penilaian :

1. Ada uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang berkait dengan struktur organisasi klinik
2. Pimpinan klinik, Penanggung jawab Klinik, Pemangku Jabatan, dan karyawan memahami tugas, tanggung jawab dan peran dalam penyelenggaraan kegiatan pelayanan di klinik.
3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas

Kriteria

1.3.3. Struktur organisasi pengelola dikaji ulang secara reguler dan kalau perlu dilakukan perubahan.

Pokok Pikiran:

- Evaluasi terhadap struktur perlu dilakukan secara periodik untuk menyempurnakan struktur yang ada agar sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan kajian terhadap struktur organisasi klinik secara periodik
2. Hasil kajian ditindak lanjuti dengan perubahan/penyempurnaan struktur

Kriteria

1.3.4. Pengelola dan pelaksana klinik memenuhi standar kompetensi yang dipersyaratkan dan ada rencana pengembangan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

Pokok Pikiran

- Kinerja klinik hanya dapat dicapai secara optimal jika dilakukan oleh SDM yang kompeten baik pengelola, penanggung jawab program maupun pelaksana kegiatan. Pola Ketenagaan perlu disusun berdasarkan kebutuhan dan/atau beban kerja.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan persyaratan/standar kompetensi sebagai Pimpinan Klinik, Penanggung jawab Kinik, Pemangku jabatan, dan pelaksana kegiatan pelayanan.
2. Ada rencana pengembangan pengelola dan karyawan sesuai dengan standar kompetensi.
3. Ada pola ketenagaan yang disusun berdasarkan kebutuhan
4. Ada pemeliharaan catatan/dokumen sesuai dengan kompetensi, pendidikan, pelatihan, keterampilan dan pengalaman
5. Ada dokumen bukti kompetensi dan hasil pengembangan pengelola dan pelaksana pelayanan
6. Ada evaluasi penerapan hasil pelatihan terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan

Kriteria

1.3.5. Karyawan baru harus mengikuti orientasi supaya memahami tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Karyawan wajib mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dipersyaratkan untuk menunjang kinerja pelayanan klinik.

Pokok Pikiran

- Agar memahami tugas, peran, dan tanggung jawab, karyawan baru baik yang diposisikan sebagai Pimpinan Klinik, Penanggung jawab Klinik, Pemangku Jabatan maupun pelaksana kegiatan harus mengikuti orientasi dan pelatihan yang dipersyaratkan.

Elemen Penilaian:

1. Ada ketetapan persyaratan bagi Pimpinan Klinik, Penanggung jawab Klinik, Pemangku jabatan dan pelaksana yang baru untuk mengikuti orientasi dan pelatihan.
2. Ada kegiatan orientasi atau pelatihan bagi karyawan baru baik Pimpinan Klinik, Penanggung jawab Klinik, Pemangku jabatan, maupun pelaksana pelayanan dan tersedia kurikulum sesuai program.
3. Ada kesempatan bagi Pimpinan Klinik, Penanggung jawab Klinik, Pemangku jabatan, maupun pelaksana kegiatan untuk mengikuti seminar atau kesempatan untuk meninjau pelaksanaan di tempat lain.

Pengelolaan Klinik

Kriteria

1.3.6. Pimpinan Klinik menetapkan visi, misi, tujuan, dan tata nilai dalam penyelenggaraan pelayanan yang dikomunikasikan kepada semua pihak yang terkait dan kepada pengguna pelayanan dan masyarakat.

Pokok Pikiran:

- Kegiatan penyelenggaraan Klinik harus dipandu oleh Visi, Misi, Tujuan dan Tata Nilai yang ditetapkan oleh Pimpinan agar mampu memenuhi kebutuhan pengguna pelayanan

- Setiap karyawan diharapkan memahami visi, misi, tujuan dan tata nilai, dan diterapkan dalam kegiatan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan visi, misi, tujuan, dan tata nilai yang menjadi acuan penyelenggara pelayanan
2. Ada mekanisme untuk mengkomunikasikan tata nilai dan tujuan klinik kepada pelaksana pelayanan, dan pengguna pelayanan
3. Ada mekanisme untuk meninjau ulang tata nilai dan tujuan, serta menjamin bahwa tata nilai dan tujuan relevan dengan kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan
4. Ada mekanisme untuk menilai apakah kinerja klinik sejalan dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai klinik

Kriteria

1.3.7.Pimpinan Klinik menunjukkan arah strategi dalam pelaksanaan pelayanan, dan bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, kualitas kinerja, dan penggunaan sumber daya.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan mempunyai kewajiban untuk memberikan arahan dan dukungan bagi karyawan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab. Arahan dan dukungan dapat diberikan dalam bentuk kebijakan lokal, pertemuan-pertemuan, maupun konsultasi dan pembimbingan oleh pimpinan.

Elemen Penilaian:

1. Ada mekanisme yang jelas bahwa Pimpinan mengarahkan dan mendukung pemangku jabatan dan pelaksana dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab mereka.
2. Ada mekanisme penelusuran kinerja pelayanan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.
3. Ada struktur organisasi yang efektif.
4. Ada mekanisme pencatatan dan pelaporan yang dibakukan.

Kriteria

1.3.8. Perencanaan Operasional disusun berdasarkan visi, misi, dan tujuan yang ditetapkan

Pokok Pikiran:

- Berdasarkan visi, misi, dan tujuan yang ditetapkan disusun rencana operasional yang akan memandu klinik dalam menyediakan pelayanan kesehatan dasar yang dibutuhkan oleh masyarakat/pengguna layanan.

Elemen Penilaian:

1. Rencana operasional klinik yang disusun sesuai dengan visi, misi, dan tujuan klinik
2. Rencana operasional disusun berdasarkan hasil penilaian kinerja pelayanan
3. Rencana operasional tersebut memuat rencana kegiatan dan penganggaran untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

Kriteria

1.3.9. Pimpinan Klinik melakukan koordinasi internal dan membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait untuk mencapai keberhasilan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Koordinasi internal dan hubungan kerja dengan pihak eksternal yang terkait diperlukan dalam upaya penyelenggaraan pelayanan klinis dan peningkatan kinerja pelayanan
- Mekanisme komunikasi dan koordinasi perlu ditetapkan dengan prosedur yang jelas, misalnya melalui pertemuan

Elemen Penilaian:

1. Pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan pelayanan klinik diidentifikasi
2. Peran dari masing-masing pihak ditetapkan
3. Dilakukan komunikasi dan koordinasi dengan pihak-pihak terkait
4. Dilakukan evaluasi terhadap peran serta pihak terkait dalam penyelenggaraan pelayanan klinis klinik.

Kriteria

1.3.10. Pedoman dan prosedur penyelenggaraan kegiatan pelayanan klinik disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan. Semua rekaman hasil pelaksanaan kegiatan Klinik dikendalikan.

Pokok Pikiran:

- Untuk memastikan bahwa kegiatan dilaksanakan secara konsisten dan reliabel, perlu disusun pedoman kerja dan prosedur kerja. Pedoman kerja dan prosedur disusun tidak hanya untuk penyelenggaraan pelayanan tetapi juga pedoman kerja untuk peningkatan mutu pelayanan.
- Prosedur kerja perlu didokumentasikan dengan baik dan dikendalikan, demikian juga rekaman sebagai bentuk pelaksanaan prosedur juga harus dikendalikan sebagai bukti pelaksanaan kegiatan.

Elemen Penilaian:

1. Ada panduan mutu klinik
2. Ada pedoman atau panduan kerja penyelenggaraanpelayanan
3. Ada prosedur pelaksanaan kegiatan pelayanan sesuai kebutuhan
4. Ada prosedur yang jelas untuk pengendalian dokumen dan pengendalian rekaman pelaksanaan kegiatan.
5. Ada panduan yang jelas untuk menyusun pedoman dan prosedur

Kriteria

1.3.11. Komunikasi internal antara pimpinan klinik, pemangku jabatan dan pelaksana kegiatan pelayann, dilakukan agar program dan kegiatan klinik dilaksanakan secara efektif dan efisien.

Pokok Pikiran:

- Untuk melaksanakan program kegiatan pelayanan secara efektif dan efisien, pimpinan perlu melakukan komunikasi internal dengan pemangku jabatan, pelaksana kegiatan. Komunikasi internal dapat dilakukan dalam bentuk pertemuan-pertemuan yang diselenggarakan secara periodik maupun sesuai kebutuhan, dan menggunakan media dan tehnologi komunikasi yang tersedia.

Elemen Penilaian :

1. Ada ketetapan tentang pelaksanaan komunikasi internal di semua tingkat manajemen.
2. Ada prosedur komunikasi internal.
3. Komunikasi internal dilakukan untuk koordinasi dan membahas pelaksanaan dan permasalahan dalam pelaksanaan program kegiatan klinik
4. Komunikasi internal dilaksanakan dan didokumentasikan
5. Ada tindak lanjut yang nyata terhadap rekomendasi hasil komunikasi internal.

Kriteria

1.3.12. Lingkungan kerja dikelola untuk meminimalkan risiko bagi pengguna pelayanan dan karyawan.

Pokok Pikiran:

- Dalam pelaksanaan program dan kegiatan diupayakan agar tidak berdampak negatif terhadap lingkungan. Kajian perlu dilakukan untuk menilai sejauh mana dampak negatif mungkin terjadi sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan dan pencegahan.
- Lingkungan kerja meliputi kondisi-kondisi pekerjaan termasuk kondisi fisik, lingkungan dan faktor-faktor lain seperti kebisingan, temperatur, kelembaban, pencahayaan atau cuaca terhadap keamanan gangguan lingkungan

Elemen Penilaian:

1. Ada kajian dampak kegiatan klinik terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan
2. Ada ketentuan tertulis tentang pengelolaan risiko akibat program dan kegiatan klinik.
3. Ada evaluasi dan tindak lanjut terhadap gangguan/dampak negatif terhadap lingkungan, untuk mencegah terjadinya dampak tersebut.

Kriteria

1.3.13. Pimpinan dan Pemangku jabatan wajib memonitor pelaksanaan dan pencapaian pelaksanaan kegiatan klinik dan mengambil langkah tindak lanjut untuk revisi/perbaikan rencana bila diperlukan.

Pokok Pikiran

- Perubahan rencana operasional dimungkinkan apabila terjadi perubahan kebijakan pemerintah, kebijakan pemilik, maupun dari hasil monitoring dan pencapaian program kegiatan. Revisi terhadap rencana harus dilakukan dengan alasan yang tepat sebagai upaya pencapaian yang optimal dari kinerja klinik.

Elemen penilaian:

1. Ada mekanisme monitoring yang dilakukan oleh Pimpinan dan Pemangku jabatan untuk menjamin bahwa pelaksana akan melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan operasional.
2. Ada indikator yang digunakan untuk monitoring dan menilai proses pelaksanaan dan pencapaian hasil pelayanan.
3. Ada mekanisme untuk melaksanakan monitoring penyelenggaraan pelayanan dan tindaklanjutnya baik oleh Pimpinan Pimpinan maupun pemangku jabatan
4. Ada mekanisme untuk melakukan revisi terhadap perencanaan operasional jika diperlukan berdasarkan hasil monitoring pencapaian kegiatan dan bila ada perubahan kebijakan.

Kriteria

1.3.14. Pimpinan dan Pemangku jabatan secara teratur melakukan penilaian kinerja pengelolaan dan pelaksanaan program dan kegiatan klinik.

Pokok Pikiran:

- Pimpinan dan Pemangku jabatan mempunyai kewajiban untuk melakukan monitoring dan penilaian terhadap pencapaian kinerja agar program kegiatan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun.

Elemen Penilaian:

1. Ada mekanisme untuk melakukan penilaian kinerja pelayanan yang dilakukan oleh Pimpinan dan pemangku jabatan.
2. Penilaian kinerja difokuskan untuk meningkatkan kinerja pelaksanaan program dan kegiatan pelayanan.

3. Pimpinan menetapkan tahapan pencapaian indikator untuk mengukur kinerja klinik sesuai dengan target yang ditetapkan.
4. Monitoring dan Penilaian Kinerja dilakukan oleh pimpinan dan pemangku jabatan untuk mengetahui kemajuan pelaksanaan program kegiatan.
5. Ada tindak lanjut terhadap hasil penilaian kinerja klinik.

Pengelolaan keuangan

Kriteria

1.3.15. Pimpinan Klinik dan Pemangku jabatan menunjukkan profesionalisme dalam mengelola keuangan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Anggaran yang tersedia di klinik perlu dikelola dengan baik untuk akuntabilitas dan efisiensi dalam penggunaan anggaran.

Elemen Penilaian:

1. Pimpinan klinik mengikutsertakan pemangku jabatan dan pelaksana dalam pengelolaan anggaran klinik mulai dari perencanaan anggaran, penggunaan anggaran maupun monitoring penggunaan anggaran
2. Ada kejelasan tanggung-jawab pengelola keuangan klinik
3. Ada kejelasan mekanisme penggunaan anggaran dalam pelaksanaan program dan kegiatan
4. Ada kejelasan pembukuan
5. Ada mekanisme untuk melakukan audit penilaian kinerja pengelola keuangan klinik
6. Ada hasil audit/penilaian kinerja keuangan

Kriteria

1.3.16. Pengelolaan keuangan fasillitas kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku

Pokok Pikiran:

- Untuk menegakkan akuntabilitas keuangan, maka pengelolaan keuangan perlu dilakukan secara transparan, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan Petugas Pengelola Keuangan
2. Ada uraian tugas dan tanggung jawab pengelola keuangan.
3. Pengelolaan keuangan sesuai dengan standar, peraturan yang berlaku dan rencana anggaran yang disusun sesuai dengan rencana operasional
4. Laporan dan Pertanggung jawaban keuangan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku
5. Dilakukan audit terhadap pengelolaan keuangan dan hasilnya ditindak lanjuti

Pengelolaan Data dan Informasi

Kriteria

1.3.17. Harus tersedia data dan informasi di klinik yang digunakan untuk pengambilan keputusan baik untuk peningkatan pelayanan maupun untuk pelaporan ke pemilik dan regulator (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota).

Pokok Pikiran:

- Pengambilan keputusan dalam upaya meningkatkan pelayanan perlu didukung oleh ketersediaan data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan baik untuk pengambilan keputusan di klinik dalam peningkatan pelayanan maupun pelaporan sesuai yang dipersyaratkan oleh regulator.
- Data dan informasi tersebut meliputi minimal data wilayah kerja yang menjadi tanggung jawab, demografi, budaya dan kebiasaan masyarakat, pola penyakit terbanyak, surveilans epidemiologi, evaluasi dan pencapaian kinerja pelayanan, evaluasi dan pencapaian kinerja program, dan data dan informasi lain yang ditetapkan oleh regulator.

Elemen penilaian:

1. Dilakukan identifikasi data dan informasi yang harus tersedia
2. Tersedia prosedur pengumpulan, penyimpanan, dan retriving (pencarian kembali) data
3. Tersedia prosedur analisis data untuk diproses menjadi informasi
4. Tersedia prosedur pelaporan dan distribusi informasi kepada pihak-pihak yang membutuhkan dan berhak memperoleh informasi
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pengelolaan data dan informasi

Hak dan kewajiban pengguna pelayanan

Standar

1.4. Hak dan Kewajiban Pengguna Pelayanan

Adanya kejelasan hak dan kewajiban pengguna pelayanan

Kriteria

1.4.1. Hak dan kewajiban pengguna layanan ditetapkan dan disosialisasikan kepada masyarakat dan semua pihak yang terkait, dan tercermin dalam kebijakan dan prosedur klinik

Pokok Pikiran:

- Keberadaan klinik dalam mengemban misi dalam menyediakan pelayanan klinis dasar harus berfokus pada pelanggan. Pengelola dan Pelaksana perlu memahami dan memperhatikan hak dan kewajiban pengguna pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan hak dan kewajiban pengguna pelayanan
2. Ada sosialisasi kepada masyarakat dan pihak-pihak yang terkait tentang hak dan kewajiban pengguna pelayanan.
3. Ada kebijakan dan prosedur pemyelenggaraan mencerminkan pemenuhan terhadap hak dan kewajiban pengguna pelayanan.

Kriteria

1.4.2. Adanya aturan (code of conduct) yang jelas untuk mengatur perilaku pimpinan Klinik, Pemangku jabatan dan pelaksana dalam proses penyelenggaraan pelayanan klinis klinik. Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan klinik.

Pokok Pikiran:

- Perlu disusun aturan (*code of conduct*) yang mengatur perilaku pimpinan klinik, pemangku jabatan dan pelaksana kegiatan pelayananklinis yang sesuai dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan klinik

Elemen Penilaian:

1. Ada aturan yang disepakati bersama oleh pimpinan, pemangku jabatan, dan pelaksana kegiatan pelayanan klinis dalam melaksanakan kegiatan pelayanan.
2. Aturan tersebut sesuai dengan visi, misi, tata nilai, dan tujuan klinik.

Kontrak pihak ketiga

Standar

1.5. Kontrak pihak ketiga

Jika sebagian kegiatan dikontrakkan kepada pihak ketiga, pengelola menjamin bahwa penyelenggaraan oleh pihak ketiga memenuhi standar yang ditetapkan.

Kriteria

1.5.1. Adanya dokumen kontrak yang jelas dengan pihak ketiga yang ditanda-tangani oleh pihak ketiga dan pengelola dengan spesifikasi pekerjaan yang jelas dan memenuhi standar yang berlaku.

Pokok Pikiran:

- Jika sebagian kegiatan dikontrakkan kepada pihak ketiga, maka proses kontrak harus mengikuti peraturan perundangan yang berlaku, dan menjamin bahwa kegiatan yang dikontrakkan pada pihak ketiga tersebut dilaksanakan sesuai dengan perjanjian kerjasama dan menaati peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Ada penunjukkan secara jelas petugas pengelola Kontrak Kerja/Perjanjian Kerja Sama
2. Ada dokumen kontrak dan perjanjian kerja sama yang jelas dan sesuai dengan peraturan yang berlaku
3. Dalam dokumen kontrak/perjanjian kerja sama ada kejelasan, kegiatan yang harus dilakukan, peran dan tanggung jawab masing-masing pihak, personil yang melaksanakan kegiatan, kualifikasi, indikator dan standar kinerja, masa berlakunya kontrak/perjanjian kerja sama, proses kalau terjadi perbedaan pendapat, termasuk bila terjadi pemutusan hubungan kerja

Kriteria

1.5.2. Kinerja pihak ketiga dalam penyelenggaraan pelayanan dimonitor dan dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dan ditindak-lanjuti.

Pokok Pikiran:

- Kinerja pihak ketiga harus dimonitor untuk menilai kesesuai terhadap perjanjian kontrak dan rencana kegiatan yang ditetapkan dengan menggunakan indikator penilaian yang jelas. Hasil penilaian harus ditindaklanjuti untuk menjamin tujuan program kegiatan tercapai secara efektif dan efisien.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan indikator dan standar kinerja pada pihak ketiga dalam melaksanakan kegiatan.
2. Dilakukan monitoring dan evaluasi oleh pengelola pelayanan terhadap pihak ketiga berdasarkan indikator dan standar kinerja,
3. Ada tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan evaluasi.

Pemeliharaan sarana dan prasarana

Standar

1.6. Pemeliharaan sarana dan prasarana

Sarana dan peralatan klinik harus dipelihara agar dapat digunakan sesuai kebutuhan dan sesuai peraturan yang berlaku

Kriteria

1.6.1. Pemeliharaan sarana dan peralatan klinik dilaksanakan dan didokumentasikan secara jelas dan akurat.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan penanggung jawab barang inventaris
2. Ada daftar inventaris sarana dan peralatan yang digunakan di klinik
3. Ada program kerja pemeliharaan sarana dan peralatan
4. Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan sesuai program kerja
5. Ada tempat penyimpanan/gudang sarana dan peralatan yang memenuhi persyaratan.
6. Ada program kerja kebersihan lingkungan di klinik
7. Pelaksanaan kebersihan lingkungan sesuai dengan program kerja.
8. Ada program kerja perawatan kendaraan, baik roda empat maupun roda dua.
9. Pelaksanaan pemeliharaan kendaraan sesuai program kerja
10. Pencatatan dan pelaporan barang inventaris.

Bab II. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP).

Proses Pendaftaran Pasien

Standar

2.1. Proses Pendaftaran Pasien.

Proses pendaftaran pasien dirancang dan dilaksanakan sesuai kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Klinik perlu memperhatikan kebutuhan pasien dan menyesuaikannya dengan misi dan sumber daya yang tersedia di klinik. Keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dapat diperoleh pada saat pendaftaran. Jika klinik tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien, maka dapat merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Keselamatan pasien dan petugas sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan klinik, dengan demikian prosedur pendaftaran sudah mencerminkan penerapan upaya keselamatan pasien, terutama dalam hal identifikasi pasien.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur pendaftaran.
2. Tersedia bagan alur pendaftaran
3. Petugas mengetahui dan mengikuti prosedur tersebut
4. Pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang ditetapkan
5. Terdapat cara mengetahui bahwa pelanggan puas terhadap proses pendaftaran
6. Terdapat tindaklanjut jika pelanggan tidak puas
7. Keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran

Kriteria

2.1.2. Informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdapat dokumentasi tentang informasi tersebut di tempat pendaftaran.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Tersedia media informasi tentang pendaftaran di tempat pendaftaran
2. Semua pihak yang membutuhkan informasi tentang pendaftaran memperoleh informasi sesuai dengan yang dibutuhkan
3. Pelanggan dapat memperoleh informasi lain tentang sarana pelayanan, antara lain tarif, jenis pelayanan, rujukan, ketersediaan tempat tidur untuk klinik perawatan/rawat inap dan informasi lain yang dibutuhkan
4. Pelanggan mendapat tanggapan sesuai yang dibutuhkan ketika meminta informasi kepada petugas
5. Tersedia informasi tentang kerjasama dengan fasilitas rujukan lain
6. Tersedia informasi tentang bentuk kerja sama dengan fasilitas rujukan lain

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Pimpinan klinik bertanggung jawab atas kebijakan pemberian pelayanan kepada pasien. Pimpinan klinik harus mengetahui dan mengerti hak dan kewajiban petugas, pasien dan keluarganya, serta tanggung jawab Klinik sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku. Pimpinan wajib mengarahkan untuk memastikan agar seluruh petugas bertanggung jawab melindungi

hak dan kewajiban tersebut. Untuk melindungi secara efektif dan mengedepankan hak pasien, pimpinan bekerja sama dan berusaha memahami tanggung jawab mereka dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayani, sedangkan petugas yang melayani dijamin akan memperoleh hak dan melaksanakan kewajibannya sebagaimana ditetapkan.

- Hak pasien dan keluarga merupakan salah satu elemen dasar dari proses pelayanan di klinik, yang melibatkan petugas, klinik, pasien dan keluarga. Oleh karena itu, kebijakan dan prosedur harus ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa petugas yang terkait dalam pelayanan pasien memberi respon terhadap hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Hak pasien tersebut perlu dipahami dengan baik oleh pasien oleh karena itu pasien perlu mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien sejak proses pendaftaran.

Elemen Penilaian:

1. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diinformasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga.
2. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diperhatikan oleh petugas selama proses pendaftaran.
3. Terdapat upaya agar pasien/keluarga dan petugas memahami hak dan kewajiban masing-masing.
4. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan memperhatikan hak-hak pasien/keluarga pasien.
5. Terdapat kriteria yang menjadi persyaratan bagi petugas yang bertugas di ruang pendaftaran.
6. Petugas tersebut bekerja dengan efisien, ramah, dan responsif terhadap kebutuhan pelanggan.
7. Terdapat mekanisme koordinasi petugas di ruang pendaftaran dengan unit lain/unit terkait dalam memberikan pelayanan pada pasien/keluarga pasien, agar terjamin kesinambungan pelayanan.
8. Terdapat upaya untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien/keluarga, dan petugas dalam proses pemberian pelayanan di Klinik.

Kriteria

2.1.4. Tahapan pelayanan klinis diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- 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 klinik 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:

1. Tersedia tahapan dan prosedur pelayanan klinis yang dipahami oleh petugas.
2. Sejak awal pasien/keluarga memperoleh informasi dan paham terhadap tahapan dan prosedur pelayanan klinis.
3. Tersedia daftar jenis pelayanan di klinik berserta jadual pelayanan.
4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan lain untuk menjamin kelangsungan pelayanan klinis (rujukan klinis, rujukan diagnostik, dan rujuakn konsultatif).

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

- Klinik sering melayani berbagai populasi masyarakat, yang diantaranya mempunyai keterbatasan, antara lain: lanjut usia, cacat fisik, bicara dengan berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau ada penghalang lainnya yang membuat proses asesmen dan penerimaan asuhansangat sulit. Kesulitan atau hambatan tersebut perlu diantisipasi dan dilakukan upaya untuk mengurangi/menghilangkan kesulitan atau hambatan tersebut

pada saat pendaftaran. Dampak dari rintangan tersebut perlu diminimalkan dalam memberikan pelayanan.

Elemen penilaian:

1. Pimpinan dan staf klinik mengidentifikasi hambatan bahasa, budaya, kebiasaan, dan penghalang yang paling sering terjadi pada masyarakat yang dilayani
2. Ada upaya tindak lanjut untuk mengatasi atau membatasi hambatan pada waktu pasien membutuhkan pelayanan di klinik.
3. Upaya tersebut telah dilaksanakan.

Pengkajian

Standar

2.2. Pengkajian

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

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Ketika pasien diterima di klinik untuk memperoleh pelayanan perlu dilakukan kajian awal yang lengkap dalam menetapkan alasan kenapa pasien perlu mendapat pelayanan klinis di klinik. Pada tahap ini, klinik membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan. Kebijakan dan prosedur harus ditetapkan tentang bagaimana proses ini dilaksanakan, informasi apa yang harus dikumpulkan, dan didokumentasikan.
- Agar kajian kebutuhan pasien konsisten, perlu ditetapkan kebijakan kajian, dan isi minimal dari kajian yang harus dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat. Kajian dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktek, profesi, sertifikasi yang dimiliki, perizinan, dan mematuhi peraturan perundangan yang berlaku. Kajian tersebut hanya dilakukan oleh mereka yang kompeten dan

mempunyai kewenangan untuk melaksanakan kajian. Setiap formulir kajian yang digunakan mencerminkan kebijakan tersebut.

- Kajian awal dilakukan secara paripurna, meliputi: anamesis/alloanamnesis, pemeriksan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial

Elemen Penilaian:

1. Terdapat kebijakan dan prosedur pengkajian awal yang paripurna untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan
2. Proses kajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk melakukan kajian
3. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan
4. Prosedur pengkajian yang ada menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu

Kriteria

2.2.2. Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggungjawab terhadap pelayanan pasien

Pokok Pikiran:

- 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 cataran tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.
- Temuan pada kajian awal dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan pelayanan/tindakan sesuai kebutuhan serta rencana tindak lanjut dan evaluasinya.

- Temuan dan kajian awal juga dapat digunakan untuk membuat keputusan perlunya *review*/kajian ulang pada situasi yang meragukan. Oleh karena itu sangat perlu bahwa kajian medis, kajian penunjang medis, kajian keperawatan dan kajian lain yang dibutuhkan, didokumentasikan dengan baik. Hasil kajian ini harus dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis agar dapat digunakan oleh petugas yang melayani pasien.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan identifikasi informasi apa saja yang dibutuhkan dalam pengkajian dan harus dicatat dalam rekam medis
2. Informasi tersebut meliputi informasi yang dibutuhkan untuk kajian medis, kajian keperawatan, dan kajian lain yang diperlukan
3. Dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat waktu untuk melayani pasien

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera (emergensi), diidentifikasi dengan proses triase. Bila telah diidentifikasi sebagai keadaan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera, pasien tersebut secepat mungkin diperiksa dan mendapat asuhan. Pasien-pasien tersebut didahulukan diperiksa dokter sebelum pasien yang lain, agar dapat ditetapkan diagnosis dan memperoleh pengobatan sesuai dengan kebutuhan.
- Pasien harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk bila klinik tidak dapat menyediakan pelayanan emergensi yang dibutuhkan pasien, dan pasien memerlukan rujukan ke pelayanan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi.

Elemen Penilaian:

1. Petugas Gawat Darurat melaksanakan proses triase untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
2. Petugas tersebut dilatih menggunakan kriteria ini.

3. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhan.
4. Pasien emergensi diperiksa dan dibuat stabil terlebih dahulu sesuai kemampuan klinik sebelum dirujuk ke pelayanan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi.

Keputusan Layanan Klinis

Standar

2.3. Keputusan Layanan Klinis.

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

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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 :
  - Memahami pelayanan apa yang dicari pasien
  - Menetapkan diagnosis awal
  - Mengetahui riwayat pasien terhadap pengobatan sebelumnya
  - Memahami respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya
  - Memilih jenis pelayanan/tindakan yang terbaik bagi pasien serta rencana tindak lanjut dan evaluasi
- Pada keadaan tertentu, jika tenaga kesehatan professional yang kompeten tidak berada di tempat, maka proses kajian dapat didelegasikan kepada petugas kesehatan yang diberi kewenangan khusus sesuai persyaratan pelatihan yang ditetapkan oleh pimpinan klinik.

Elemen Penilaian:

1. Kajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dan kompeten.
2. Tersedia tim kesehatan antar profesi yang profesional untuk melakukan kajian jika diperlukan penanganan secara tim.
3. Terdapat kejelasan proses pendelegasian wewenang secara tertulis kepada petugas yang diberi kewenangan, apabila pelayanan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan.
4. Petugas yang diberi kewenangan tersebut telah mengikuti pelatihan yang dipersyaratkan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Keputusan diagnosis dan rencana lanyanan/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 klinik, berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan, dan memberikan hasil yang akurat.
- Jaminan kualitas dilakukan dengan pemeliharaan yang teratur, proses sterilisasi yang benar terhadap alat-alat klinis yang digunakan.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia peralatan dan tempat pemeriksaan yang memadai untuk melakukan pengkajian awal pasien secara paripurna.
2. Ada jaminan kualitas terhadap peralatan di tempat pelayanan.
3. Peralatan dan sarana pelayanan yang digunakan menjamin keamanan pasien dan petugas.

Rencana Layanan Klinis

Standar

2.4. 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

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Terdapat kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim.
2. Setiap petugas yang terkait dalam pelayanan klinis mengetahui kebijakan dan prosedur tersebut serta menerapkan dalam penyusunan rencana terapi dan/atau rencana layananterpadu
3. Dilakukan evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana terapi dan/atau rencana asuhan dengan kebijakan dan prosedur
4. Dilakukan tindak lanjut jika terjadi ketidaksesuaian antara rencana layanan dengan kebijakan dan prosedur
5. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil tindak lanjut.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Petugas kesehatan dan/atau tim kesehatan melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan
2. Rencana layanandisusun untuk setiap pasien dengan kejelasan tujuan yang ingin dicapai
3. Penyusunan rencana layanantersebut mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien
4. Bila memungkinkan dan tersedia, pasien/keluarga pasien diperbolehkan untuk memilih tenaga/ profesi kesehatan

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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, jadual kegiatan, sumber daya yang akan digunakan, dan kejelasan tanggung jawab tiap anggota tim kesehatan dalam melaksanakan layanan.

Elemen Penilaian:

1. Layanan dilakukan secara paripurna untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh tenaga kesehatan dan pasien/keluarga pasien
2. Rencana layanan tersebut disusun dengan tahapan waktu yang jelas
3. Rencana layanan tersebut dilaksanakan dengan mempertimbangkan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia
4. Risiko yang mungkin terjadi pada pasien dipertimbangkan sejak awal dalam menyusun rencana layanan
5. Efek samping dan risiko pengobatan diinformasikan
6. Rencana layanan tersebut didokumentasikan dalam rekam medis
7. Rencana layanan yang disusun juga memuat pendidikan/penyuluhan pasien.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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.
- *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 klinik dalam kebijakan dan prosedur, yang mengacu kepada undang-undang dan peraturan yang berlaku.
- Pasien dan keluarga dijelaskan tentang tes/tindakan, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana mereka dapat memberikan persetujuan (misalnya, diberikan secara lisan, dengan menandatangani formulir persetujuan, atau dengan cara lain). Pasien dan keluarga memahami siapa yang dapat memberikan persetujuan selain pasien. Petugas pelaksana tindakan

yang diberi kewenangan telah terlatih untuk memberikan penjelasan kepada pasien dan mendokumentasikan persetujuan tersebut

Elemen Penilaian:

1. Pasien/keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan
2. Tersedia formulir persetujuan tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko
3. Tersedia prosedur untuk memperoleh persetujuan tersebut
4. Pelaksanaan *informed consent* didokumentasikan.
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan *informed consent*.

Rencana Rujukan

Standar

2.5. Rencana rujukan.

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

Kriteria

2.5.1. Terdapat prosedur rujukan yang jelas

Pokok Pikiran:

- Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi oleh klinik, 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:

1. Tersedia prosedur rujukan yang jelas serta jejaring fasilitas rujukan.

2. Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan layanan.
3. Tersedia prosedur mempersiapkan pasien/keluarga pasien untuk dirujuk.
4. Dilakukan komunikasi dengan klinik yang menjadi tujuan rujukan untuk memastikan kesiapan fasilitas tersebut untuk menerima rujukan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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, klinik yang dituju, termasuk pilihan klinik lainnya, jika ada, sehingga pasien/keluarga dapat memutuskan fasilitas yang mana yang dipilih, serta kapan rujukan harus dilakukan.

Elemen Penilaian:

1. Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien
2. Informasi tersebut mencakup alasan rujukan, sarana tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan
3. Dilakukan kerjasama dengan klinik lain untuk menjamin kelangsungan asuhan

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen penilaian

1. Informasi klinis pasien atau resume klinis pasien dikirim ke klinik penerima rujukanbersama pasien.
2. Resume klinis memuat kondisi pasien.
3. Resume klinis memuat prosedur dan tindakan-tindakan lain yang telah dilakukan
4. Resume klinis memuat kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Merujuk pasien secara langsung ke klinik 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

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

Pelaksanaan Layanan

Standar

2.6. Pelaksanaan Layanan

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

Kriteria

2.6.1. Pedoman pelayanan dipakai sebagai dasar untuk melaksanakan layanan klinis

Pokok Pikiran:

- 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 standard pelayanan yang berlaku di klinik, sesuai dengan kemampuan klinik 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.
- Pelaksanaan pelayanan klinis dilakukan sesuai rencana asuhan dengan menggunakan pedoman atau standard yang berlaku, algoritme, contoh: tatalaksana balita sakit dengan pendekatan MTBS.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia pedoman dan prosedur pelayanan klinis
2. Penyusunan dan penerapan rencana layanan mengacu pada pedoman dan prosedur yang berlaku
3. Layanan dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan prosedur yang berlaku
4. Layanan diberikan sesuai dengan rencana layanan
5. Layanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan
6. Perubahan rencana layanan dilakukan berdasarkan perkembangan pasien.

7. Perubahan tersebut dicatat dalam rekam medis
8. Jika diperlukan tindakan medis, pasien/keluarga pasien memperoleh informasi sebelum memberikan persetujuan mengenai tindakan yang akan dilakukan yang dituangkan dalam *informed consent*.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Kasus-kasus gawat darurat dan/atau berisiko tinggi yang biasa terjadi diidentifikasi
2. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien gawat darurat (emergensi)
3. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien berisiko tinggi
4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan yang lain, apabila tidak tersedia pelayanan gawat darurat 24 jam
5. Tersedia prosedur pencegahan (kewaspadaan universal) terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik bagi petugas maupun pasien dalam penanganan pasien berisiko tinggi.

Kriteria:

2.6.3. Penanganan, penggunaan, dan pemberian obat dan/atau cairan intravena dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.

Pokok Pikiran:

- Penggunaan dan pemberianobat dan/atau cairan intravena merupakan kegiatan yang berisiko tinggi, oleh karena itu perlu dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.

Elemen Penilaian:

1. Penanganan, penggunaan dan pemberian obat dan/atau cairan intravena diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang baku
2. Obat/cairan intravena diberikan sesuai kebijakan dan prosedur

Kriteria

2.6.4 Hasil pemantauan pelaksanaan layanan digunakan untuk menyesuaikan rencana layanan.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Ditetapkan Indikator untuk memantau dan menilai pelaksanaan layanan klinis.
2. Pemantauan dan penilaian terhadap layanan klinis dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif
3. Tersedia data yang dibutuhkan untuk mengetahui pencapaian tujuan dan hasil pelaksanaan layanan klinis
4. Dilakukan analisis terhadap indikator yang dikumpulkan
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil analisis tersebut untuk perbaikan layanan klinis.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Selama proses pelaksanaan layananpasien, petugas kesehatan harus memperhatikan dan menghargasi kebutuhan dan hak pasien. Kebutuhan dan keluhan pasien diidentifikasi selama proses pelaksanaan layanan. Klinik menetapkan kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keluhan pasien/keluarga pasien, menindaklanjuti, dan menggunakan informasi tersebut untuk perbaikan.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur untuk mengidentifikasi keluhan pasien/keluarga pasien sesuai dengan kebutuhan dan hak pasien selama pelaksanaan asuhan
2. Tersedia prosedur untuk menangani dan menindaklanjuti keluhan tersebut
3. Keluhan pasien/keluarga pasien ditindak lanjuti
4. Dilakukan dokumentasi tentang keluhan dan tindak lanjut keluhan pasien/keluarga pasien.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu dalam pelaksanaan layanan
2. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk menjamin kesinambungan pelayanan
3. Layanan klinis dan pelayanan penunjang yang dibutuhkan dipadukan dengan baik, sehingga tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.

Kriteria

2.6.7. 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.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
2. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka.
3. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut.

4. Petugas pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.

Pelayanan anestesi lokal, sedasi, dan pembedahan

Standar

2.7. Pelayanan anestesi lokal, sedasi, dan pembedahan.

Tersedia pelayanan anestesi sederhana dan pembedahan minor untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di klinik terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana kadang-kadang memerlukan tindakan bedah minor yang membutuhkan anestesi lokal dan sedasi. Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi tersebut harus memenuhi standar dan peraturan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di klinik.
- Kebijakan dan prosedur memuat:
  - Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara dewasa dan anak atau pertimbangan khusus
  - Dokumentasi yang diperlukan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi efektif
  - Persyaratan persetujuan khusus
  - Frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan
  - Kualifikasi dan keterampilan petugas pelaksana
  - Ketersediaan dan penggunaan peralatan anestesi
- Persyaratan kompetensi:
  - Tehnik melakukan anestesi lokal dan sedasi
  - Monitoring yang tepat
  - Respons terhadap komplikasi

- Penggunaan zat-zat reversal
- Bantuan hidup dasar

Elemen Penilaian:

1. Tersedia pelayanan anestesi lokal dan sedasi sesuai kebutuhan di klinik.
2. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
3. Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi dipandu dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.
4. Selama pemberian anestesi lokal dan sedasi petugas melakukan monitoring status fisiologi pasien.
5. Anestesi lokal dan sedasi, tehnik anestesi lokal dan sedasi ditulis dalam rekam medis pasien.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di klinik 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 klinik.

Elemen Penilaian:

1. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan.
2. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor merencanakan asuhan pembedahan berdasar hasil kajian.
3. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor menjelaskan risiko, manfaat, komplikasi potensial, dan alternatif kepada pasien/keluarga pasien.

4. Sebelum melakukan tindakan harus mendapatkan persetujuan dari pasien/keluarga pasien
5. Pembedahan dilakukan berdasarkan prosedur yang ditetapkan
6. Laporan/catatan operasi dituliskan dalam rekam medis
7. Status fisiologi pasien dimonitor terus menerus selama dan segera setelah pembedahan dan dituliskan dalam rekam medis

Pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga

Standar

2.8. Pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga.

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

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk meningkatkan *outcome* klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara petugas kesehatan dan pasien/keluarga. Pasien/keluarga perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, oleh karena itu penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga perlu dipadukan dalam pelayanan klinis. Pendidikan dan penyuluhan kepada pasien termasuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Agar penyuluhan dan pendidikan pasien/keluarga dilaksanakan dengan efektif maka dilakukan dengan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga.

Elemen Penilaian:

1. Penyusunan dan pelaksanaan layanan mencakup aspek pendidikan/penyuluhan kesehatan pasien/keluarga pasien
2. Pedoman/materi pendidikan/penyuluhan kesehatan mencakup informasi mengenai penyakit, penggunaan obat, peralatan medik, aspek etika di klinik dan perilaku hidup bersih dan sehat
3. Tersedia metode dan media pendidikan/penyuluhan kesehatan bagi pasien dan keluarga dengan memperhatikan kondisi sasaran/penerima informasi (misal bagi yang tidak bisa membaca)
4. Dilakukan penilaian terhadap efektivitas penyampaian informasi kepada pasien/keluarga pasien agar mereka dapat berperan aktif dalam proses layanan dan memahami konsekuensi layanan yang diberikan

Makanan dan Terapi Nutrisi

Standar

*2.9. Makanan dan Terapi Nutrisi *)*

Pemberian makanan dan terapi nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan yang berlaku

Kriteria

2.9.1. Pilihan berbagai variasi makanan diberikan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinis, dan tersedia secara reguler.

Pokok Pikiran

- Kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien membutuhkan asupan makanan dan nutrisi yang memadai, oleh karena itu makanan perlu disediakan secara regular, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila dimungkinkan pilihan menu makanan. Pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.
- Pemesanan dan pemberian makanan atau nutrien yang lain hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

- Keluarga pasien dapat berpartisipasi dalam menyediakan makanan bila sesuai dan konsisten dengan kajian kebutuhan pasien dan rencana asuhan dengan sepengetahuan dari petugas kesehatan.
- 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.

Elemen Penilaian

1. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien tersedia secara reguler
2. Sebelum makanan diberikan pada pasien, makanan telah dipesan dan dicatat untuk semua pasien rawat inap.
3. Pemesanan makanan didasarkan atas status gizi dan kebutuhan pasien
4. Bila disediakan variasi pilihan makanan, maka makanan yang diberikan konsisten dengan kondisi dan kebutuhan pasien
5. Diberikan edukasi pada keluarga tentang pembatasan diit pasien, bila keluarga ikut menyediakan makanan bagi pasien.

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Makanan disiapkan dengan cara yang baku untuk mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
2. Makanan disimpan dengan cara yang baku untuk mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
3. Distribusi makanan dilakukan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan dan/atau kebutuhan khusus.

Kriteria:

*2.9.3.Pasien yang berisiko nutrisi mendapat terapi gizi.*****)**

Pokok Pikiran:

- Pada asesmen awal, pasien ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi. Ahli gizi melakukan kajian untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi untuk disusun rencana terapi gizi. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medis. Dokter, perawat dan ahli gizi dan jika diperlukan keluarga pasien, bekerjasama dalam merencanakan dan memberikan terapi gizi.

Elemen Penilaian:

1. Pasien yang pada kajian awal berada pada risiko nutrisi, mendapat terapi gizi.
2. Suatu proses kerjasama dilakukan untuk merencanakan, memberikan dan memonitor pemberian asuhan gizi.
3. Respon pasien terhadap asuhan gizi dimonitor.
4. Respon pasien terhadap asuhan gizi dicatat dalam rekam medis.

****) kriteria ini juga berlaku untuk klinik yang menjalankan *home-care* pada pasien yang memerlukan terapi gizi.**

Pemulangan dan tindak lanjut

Standar

2.10. Pemulangan dan tindak lanjut

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

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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 dari/ke klinik yang lain, perlu ada mekanisme umpan balik ke/dari klinik tersebut. Jika tindak lanjut yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan, klinik menetapkan kebijakan dan prosedur untuk memberikan alternative dalam mengatasi hal tersebut. Bentuk layanan tindak lanjut dilakukan dengan memperhatikan lingkaran dinamis proses keperawatan, dan kemandirian pasien/keluarga.
- Jika klinik menerima umpan balik rujukan pasien dari fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau fasilitas kesehatan lain, maka perlu dilakukan tindak lanjut tehadap pasien melalui proses kajian, dan sesuai prosedur yang berlaku, dengan memperhatikan rekomendasi tindak lanjut dari sarana kesehatan yang memberikan umpan balik rujukan.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur pemulangan dan/tindak lanjut pasien.
2. Ada penanggungjawab dalam pelaksanaan proses pemulangan dan/tindak lanjut tersebut.
3. Tersedia kriteria yang digunakan untuk menetapkan saat pemulangan dan/tindak lanjut pasien.

4. Dilakukan tindak lanjut terhadap umpan balik pada pasien yang dirujuk kembali sesuai dengan prosedur yang berlaku dan rekomendasi dari sarana kesehatan rujukan yang merujuk balik.
5. Tersedia prosedur dan alternatif penanganan bagi pasien yang memerlukan tindak lanjut rujukan akan tetapi tidak mungkin dilakukan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Informasi yang dibutuhkan mengenai tindak lanjut layanan diberikan oleh petugas kepada pasien/keluarga pasien pada saat pemulangan atau jika dilakukan rujukan ke sarana kesehatan yang lain
2. Petugas mengetahui bahwa informasi yang disampaikan dipahami oleh pasien/keluarga pasien
3. Dilakukan evaluasi periodik terhadap prosedur pelaksanaan penyampaian informasi tersebut

Kriteria

*2.10.3. Pelaksanaan rujukan dilakukan atas dasar kebutuhan dan pilihan pasi*en

Pokok Pikiran:

- Jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, klinik wajib mengupayakan 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 klinik perlu menetapkan kebijakan dan prosedur pelaksanaan rujukan.

Elemen Penilaian:

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

BAB III. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK) Pelayanan Laboratorium (jika tersedia).

Standar

3.1. Pelayanan laboratorium tersedia tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan pengkajian pasien, serta mematuhi standar, hukum dan peraturan yang berlaku.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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. Klinik perlu menetapkan jenis pelayanan laboratorium/penunjang diagnostik yang tersedia di klinik

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan jenis-jenis pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan diklinik
2. Tersedia jenis dan jumlah petugas kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan dan jam buka pelayanan
3. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh analis/petugas yang terlatih dan berpengalaman
4. Interpertasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman.

Kriteria

3.1.2. Terdapat kebijakan dan prosedur spesifik untuk setiap jenis pemeriksaan laboratorium

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpan spesimen
2. Tersedia prosedur pemeriksaan laboratorium
3. Dilakukan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan prosedur tersebut
4. Dilakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
5. Tersedia kebijakan dan prosedur pemeriksaan di luar jam kerja (pada klinikdengan rawat inap atau pada klinik yang menyediakan pelayanan di luar jam kerja)
6. Ada kebijakan dan prosedur untuk pemeriksaan yang berisiko tinggi (misalnya spesimen sputum, darah dan yang lain)

7. Tersedia prosedur kesehatan dan keselamatan kerja, dan alat pelindung diri bagi petugas laboratorium
8. Dilakukan pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri dan pelaksanaan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja
9. Tersedia prosedur pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, dan limbah medis hasil pemeriksaan laboratorium
10. Tersedia prosedur pengelolaan reagen di laboratorium
11. Dilakukan pemantauan dan tindak lanjut terhadap pengelolaan limbah medis apakah sesuai dengan prosedur

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Pimpinan Klinik menetapkan waktu yang diharapkan untuk laporan hasil pemeriksaan.
2. Ketepatan waktu melaporkan hasil pemeriksaan yang urgen/gawat darurat diukur.
3. Hasil laboratorium dilaporkan dalam kerangka waktu guna memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria:

3.1.4. Ada prosedur melaporkan hasil tes diagnostik yang kritis

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Metode kolaboratif digunakan untuk mengembangkan prosedur untuk pelaporan hasilyang kritis dan pemeriksaan diagnostik.
2. Prosedur tersebut menetapkan nilai ambang kritis untuk setiap tes.
3. Prosedur tersebut menetapkan oleh siapa dan kepada siapa hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik harus dilaporkan.
4. Prosedur tersebut menetapkan apa yang dicatat didalam rekam medis pasien.
5. Proses dimonitor untuk memenuhi ketentuan dan dimodifikasi berdasarkan hasil monitoring.

Kriteria

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

Pokok Pikiran

- 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 di simpan 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:

1. Ditetapkan reagensia esensial dan bahan lain yang harus tersedia.
2. Reagensia esensial dan bahan lain tersedia, dan ada proses untuk menyatakan jika reagen tidak tersedia.
3. Semua reagensia disimpan dan didistribusi sesuai pedoman dari produsen atau instruksi penyimpanan dan distribusi yang ada pada kemasan.
4. Tersedia pedoman tertulis yang dilaksanakan untuk mengevaluasi semua reagensia agar memberikan hasil yang akurat dan presisi.
5. Semua reagensia dan larutan diberi label secara lengkap dan akurat.

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Kepala Klinik menetapkan nilai/rentangnilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan.
2. Rentang nilai rujukan ini harus disertakan dalam catatan klinis pada waktu hasil pemeriksaan dilaporkan.

3. Pemeriksaan yang dilakukan oleh laboratorium luar harus mencantumkan rentang nilai.
4. Rentang nilai dievaluasi dan direvisi berkala seperlunya.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin mutu pelayanan laboratorium maka perlu dilakukan upaya pengendalian mutu internal maupun eksternal di klinik. Pengendalian mutu dilakukan sesuai dengan jenis dan ketersediaan peralatan laboratorium yang digunakan dan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur pengendalian mutu pelayanan laboratorium
2. Dilakukan kalibrasi atau validasi instrumen/alat ukur tepat waktu dan oleh pihak yang kompeten sesuai prosedur
3. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya kalibrasi atau validasi, dan masih berlaku
4. Apabila ditemukan penyimpangan dilakukan tindakan perbaikan
5. Dilakukan pemantapan mutu eksternal terhadap pelayanan laboratorium oleh pihak yang kompeten.
6. Terdapat mekanisme rujukan spesimen dan pasien bila pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan di klinik, dan klinik memastikan bahwa pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.
7. Terdapat bukti dokumentasi dilakukannya pemantapan mutu internal dan eksternal

Kriteria:

3.1.8. Program keselamatan (safety) dalam pelayanan laboratorium direncanakan, dilaksanakan, dan didokumentasikan

Pokok Pikiran:

- Ada program keamanan yang aktif di laboratorium dengan tingkatan sesuai dengan risiko dan kemungkinan bahaya dalam laboratorium. Program ini mengatur praktek keamanan dan langkah-langkah pencegahan bagi staf laboratorium, staf lain dan pasien apabila berada di laboratorium. Program laboratorium ini merupakan program yang terintegrasi dengan program keselamatan di klinik.
- Program keselamatan di laboratorium termasuk :
  - Kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pemenuhan standar dan peraturan.
  - Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
  - Tersedianya peralatan keamanan sesuai praktek di laboratorium dan untuk bahaya yang dihadapi.
  - Orientasi bagi semua staf laboratorium untuk prosedur dan praktek keamanan kerja.
  - Pendidikan *(in service education)* untuk prosedur-prosedur baru dan pengenalan bahan berbahaya yang baru dikenali/diperoleh, maupun peralatan yang baru.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat program keselamatan/keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium.
2. Program ini adalah bagian dari program keselamatan di klinik
3. Petugas laboratorium melaporkan kegiatan pelaksanaan program keselamatan kepada pengelola program keselamatan di klinik sekurang-kurangnya setahun sekali dan bila terjadi insidens keselamatan.
4. Terdapat kebijakan dan prosedur tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya
5. Dilakukan identifikasi, analisisdan tindak lanjut risiko keselamatan di laboratorium
6. Staf laboratorium diberikan orientasi untuk prosedur dan praktek keselamatan/keamanan kerja

7. Staf laboratorium mendapat pelatihan/pendidikan untuk prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya yang baru, maupun peralatan yang baru.

Pelayanan obat.

Standar

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

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Klinik harus menetapkan obat mana yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi klinik, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Klinik mengembangkan 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 penggantinya.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat metode yang digunakan untuk menilai dan mengendalikan penyediaan dan penggunaan obat
2. Terdapat kejelasan prosedur penyediaan dan penggunaan obat
3. Ada kejelasan siapa yang bertanggungjawab dalam penyediaan dan penggunaan obat

4. Ada kebijakan dan prosedur yang menjamin ketersediaan obat-obat yang seharusnya ada
5. Tersedia pelayanan obat-obatanselama tujuh hari dalam seminggu dan 24 jam pada klinik yang memberikan pelayanan gawat darurat
6. Tersedia daftar formularium obat klinik
7. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut ketersediaan obat dibandingkan dengan formularium
8. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut kesesuaian peresepan dengan formularium.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Terdapat ketentuan petugas yang berhak memberikan resep

2. Terdapat ketentuan petugas yang menyediakan obat dengan persyaratan yang jelas
3. Apabila persyaratan petugas yang diberi kewenangan dalam penyediaan obat tidak dapat dipenuhi, petugas tersebut mendapat pelatihan khusus.
4. Tersedia kebijakan dan proses peresepan, pemesanan, dan pengelolaan obat
5. Terdapat prosedur untuk menjaga tidak terjadinya pemberian obat yang kedaluwarsa kepada pasien
6. Dilakukan monitoring terhadap penggunaan dan pengelolaan obat secara teratur
7. Terdapat ketentuan siapa yang berhak menuliskan resep untuk obat-obat tertentu (misal psikotropika dan narkotika)
8. Ada kebijakan dan prosedur penggunaan obat-obatan pasien rawat inapyang dibawa sendiri oleh pasien/ keluarga pasien untuk klinik yang menyediakan pelayanan rawat inap
9. Penggunaan obat-obatan psikotropika/narkotika dan obat-obatan lain yang berbahaya diawasi dan dikendalikan secara ketat

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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. Klinik menetapkan kebijakan dan prosedur dalam penyampaian obat kepada pasien agar pasien memahami indikasi, dosis, cara penggunaan obat, dan efek samping yang mungkin terjadi.

- Dalam penyimpanan obat, perlu diperhatikan peletakan obat-obat LASA (look alike sound alike) agar tidak terjadi kesalahan dalam pengambilan dan pemberian obat.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat prosedur dan persyaratan penyimpanan obat, termasuk persyaratan penyimpanan obat LASA
2. Penyimpanan dilakukan sesuai dengan persyaratan
3. Pemberian obat kepada pasien disertai dengan label obat yang jelas (mencakup nama, dosis, cara pemakaian obat dan frekuensi penggunaannya)
4. Pemberian obat disertai dengan informasi penggunaan obat yang memadai dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien/keluarga pasien
5. Petugas memberikan penjelasan tentang kemungkinan terjadi efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan
6. Petugas menjelaskan petunjuk tentang penyimpanan obat di rumah
7. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan obat yang kedaluwarsa/rusak
8. Obat kedaluwarsa/rusak dikelola sesuai kebijakan dan prosedur.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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 penyakitnyadan untuk mengevaluasi pasien terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
- Berdasarkan pemantauan, dosis atau jenis obat bila perlu dapat disesuaikan. Sudah seharusnya dilakukan pemantauan secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapetik yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi

obat yang tidak diantisipasi, untuk mencegah risiko bagi pasien. Memantau efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD.

- Klinik mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi semua KTD yang harus dicatat dan yang harus dilaporkan, misalnya sindroma Stephen Johnson, KIPI dan lainnya. Klinik membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur pelaporan efek samping obat
2. Efek samping obat didokumentasikan dalam rekam medis
3. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk mencatat, memantau, dan melaporkan bila terjadi efek samping penggunaan obat dan KTD, termasuk kesalahan pemberian obat
4. Kejadian efek samping obat dan KTD ditindaklanjuti dan didokumentasikan

Kriteria

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

Pokok Pikiran :

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

Elemen Penilaian:

1. Terdapat prosedur untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan pemberian obat dan KNC

2. Kesalahan pemberian obat dan KNC dilaporkan tepat waktu menggunakan prosedur baku
3. Ditetapkan petugas kesehatan yang bertanggungjawab mengambil tindakan untuk pelaporan diidentifikasi
4. Informasi pelaporan kesalahan pemberian obat dan KNC digunakan untuk memperbaiki proses pengelolaan dan pelayanan obat.

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

- Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting. Setiap klinik merencanakan lokasi obat emergensi dan obat 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 kadaluwarsa. Jadi klinik memahami keseimbangan antara akses kesiapan dan keamanan dari tempat penyimpanan obat emergensi.

Elemen Penilaian

1. Obat emergensi tersedia pada unit-unit dimana akan diperlukan atau dapat terakses segera untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi
2. Ada kebijakan yang menetapkan bagaimana obat emergensi disimpan, dijaga dan dilindungi dari kehilangan atau pencurian
3. Obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sesuai kebijakan klinik setelah digunakan atau bila kadaluwarsa atau rusak

Pelayanan radiodiagnostik (jika tersedia)

Standar

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

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Pelayanan radiodiagnostik memenuhi standar nasional, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
2. Pelayanan radiodiagnostik dilakukan secara adekuat, teratur, dan nyaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Kriteria:

3.3.2 Ada program pengamanan radiasi, dilaksanakan dan didokumentasi.

Pokok Pikiran:

- Klinik memiliki suatu program aktif dalam keamanan radiasi yang meliputi semua komponen pelayanan radiodiagnostik. Program keamanan radiologi mencerminkan antisipasi risiko dan bahaya yang dihadapi. Program mengatur praktek yang aman dan langkah pencegahan bahaya untuk petugas radiologi karyawan lain, dan

pasien. Program ini dikoordinasi dengan program keselamatan klinik.

- Program pengelolaan keamanan radiasi termasuk :
  - Kebijakan dan prosedur tertulis yang menunjang kesesuaian dengan standar, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
  - Kebijakan dan prosedur tertulis untuk penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
  - Ketersediaan alat pelindung diri yang sesuai dengan praktek dan antisipasi bahaya yang dihadapi.
  - Ada orientasi bagi staf radiologi dan diagnostik imajing untuk prosedur dan praktek keselamatan kerja.
  - Ada pendidikan/pelatihan *inhouse* untuk prosedur baru atau adanya bahan berbahaya yang baru diketahui dan digunakan.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat program keamanan radiasi yang mengatur risiko keamanan dan antisipasi bahaya yang bisa terjadi di dalam atau di luar unit kerja
2. Program keamanan merupakan bagian dari program keselamatan di klinik, dan wajib dilaporkan sekurang-kurangnya sekali setahun atau bila ada kejadian
3. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur dan memenuhi standar terkait, undang-undang dan peraturan yang berlaku.
4. Kebijakan dan prosedur tertulis yang mengatur penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya.
5. Risiko keamanan radiasi yang diidentifikasi diimbangi dengan prosedur atau peralatan khusus untuk mengurangi risiko (seperti apron timah, badge radiasi dan yang sejenis)
6. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik diberi orientasi tentang prosedur dan praktek keselamatan
7. Petugas pemberi pelayanan radiodiagnostik mendapat pendidikan untuk prosedur baru dan bahan berbahaya

Kriteria

3.3.3. Staf yang kompeten dengan pengalaman memadai, melaksanakan pemeriksaan radio diagnostik menginterpretasi hasil, dan melaporkan hasil pemeriksaan.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian

1. Ditetapkan petugas yang melakukan pemeriksaan diagnostik
2. Tersedia petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai melaksanakan pemeriksaan radiodiagnostik.
3. Petugas yang kompeten dan pengalaman yang memadai menginterpretasi hasil pemeriksaan.
4. Petugas yang kompeten yang memadai, memverifikasi dan membuat laporan hasil pemeriksaan
5. Tersedia staf dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria:

3.3.4. Hasil pemeriksaan radiologi tersedia tepat waktu sesuai ketentuan yang ditetapkan.

Pokok Pikiran:

- 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.
- 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 diluar klinikdilaporkan sesuai dengan kebijakan klinik atau ketentuan dalam kontrak.

Elemen Penilaian

1. Pimpinan klinik menetapkan tentang batasan waktu pelaporan hasil pemeriksaan

2. Ketepatan waktu pelaporan hasil pemeriksaan diukur, dimonitor, dan ditindaklanjuti
3. Hasil pemeriksaan radiologi dilaporkan dalam kerangka waktu untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria:

3.3.5. Semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan radiologi dan diagnostik imajing diperiksa, dirawat dan di kalibrasi secara teratur, dan disertai catatan memadai yang dipelihara dengan baik.

Pokok Pikiran:

- 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:
  - Identifikasi dan inventarisasi peralatan.
  - Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, testing, kalibrasi, perawatan.
  - Monitoring dan bertindak terhadap laporan peralatan bila ada peringatan bahaya, penarikan kembali, laporan insiden, masalah dan kegagalan.
  - Mendokumentasi program pengelolaan
- Frekuensi testing, perawatan, dan kalibrasi berhubungan dengan pemakaian peralatan dan riwayat pelayanannya didokumentasi/dicatat.

Elemen Penilaian:

1. Ada program pemeliharaan peralatan radiologi dan dilaksanakan
2. Program termasuk inventarisasi peralatan
3. Program termasuk inspeksi dan testing peralatan
4. Program termasuk kalibrasi dan perawatan peralatan
5. Program termasuk monitoring dan tindak lanjut
6. Ada dokumentasi yang adekuat untuk semua testing, perawatan dan kalibrasi peralatan

Kriteria:

3.3.6. Film X-ray, media untuk menyampaikan hasil pencitraan dan perbekalan lain tersedia secara teratur.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. X-ray film, reagensia, dan/atau media digital untuk menyampaikan hasil pencitraan, serta semua perbekalan penting ditetapkan
2. X-ray film, reagensia, dan/atau media digital untuk menyampaikan hasil pencitraan, serta perbekalan penting lain tersedia.
3. Semua perbekalan di simpan dan didistribusi sesuai dengan pedoman
4. Semua perbekalan dievaluasi secara periodik untuk akurasi dan hasilnya.
5. Semua perbekalan diberi label secara lengkap dan akurat

Kriteria:

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

Pokok Pikiran:

- Pelayanan radiodiagnostikyang berada di klinik dipimpin oleh seorang yang kompeten sesuai dengan pelatihan yang terdokumentasi, keahlian, dan pengalaman, sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku. Individu ini secara profesional bertanggung jawab atas fasilitas dan pelayanan radiologi.
- Bila individu ini memberikan konsultasi klinis atau pendapat medis maka dia harus seorang dokter, sedapat mungkin seorang spesialis radiologi. Pelaksanaan pelayanan radiologi dilakukan oleh petugas radiografer yang kompeten.

- Tanggung jawab pimpinan radiologi termasuk:
  - Mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur.
  - Pengawasan administrasi
  - Mempertahankan *(maintaining)* setiap program kontrol mutu yang perlu
  - Memberikan rekomendasi pelayanan radiologi dan diagnostik imajing diluar
  - Memonitor dan me-*review* semua pelayanan radiologi yang tersedia

Elemen Penilaian:

1. Pelayanan radiologi dibawah pimpinan seorang yang kompeten
2. Pelayanan radiologi dilaksanakan oleh petugas yang kompeten
3. Penanggung jawab pelayanan radiologi mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan kebijakan dan prosedur ditetapkan dan dilaksanakan.
4. Penanggungjawab pelayanan radiologi melakukan pengawasan administrasi ditetapkan dan dilaksanakan.
5. Penanggung jawab pelayanan radiologi mempertahankan program kontrol mutu ditetapkan dan dilaksanakan.
6. Penanggung jawab pelayanan memantau dan me-*review* pelayanan radiologi yang disediakan

Kriteria:

3.3.8. Ada prosedur kontrol mutu, dilaksanakan dan didokumentasikan.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Ada program kontrol mutu untuk pelayanan radiodiagnostik, dan dilaksanakan.
2. Program kontrol mutu termasuk validasi metode tes.
3. Program kontrol mutu termasuk pengawasan harian hasil pemeriksaan.
4. Program kontrol mutu termasuk perbaikan cepat bila ditemukan kekurangan.
5. Program kontrol mutu termasuk pendokumentasian hasil dan langkah-langkah perbaikan.

Manajemen informasi – rekam medis

Standar

3.4. Kebutuhan data dan informasi asuhan bagi petugas kesehatan, pengelola sarana, dan pihak terkait di luar organisasi dapat dipenuhi melalui proses yang baku.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Standarisasi terminologi, definisi, kosa kata dan penamaan perlu dilakukan untuk kebutuhan pelayanan dan pembandingan data dan informasi baik di dalam maupun di luar klinik (klinik rujukan). Keseragaman penggunaan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan mendukung proses pengumpulan dan analisis data.
- Singkatan dan simbol juga distandarisasi dan termasuk daftar “yang tidak boleh digunakan“. Standarisasi tersebut konsisten dengan standar lokal dan nasional yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat standardisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi lain yang konsisten dan sistematis
2. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang disusun oleh klinik (minimal untuk 10 besar penyakit)

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

Kriteria

3.4.2. Petugas memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggungjawab pekerjaan

Pokok Pikiran:

- 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 keberlajutan, maka perlu tersedia selama pelaksanaan asuhan pasien dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga selalu diperbaharui (*up to date*).
- Catatan medis keperawatan dan catatan pelayanan pasien lainnya tersedia untuk semua praktisi kesehatan pasien tersebut.Kebijakan klinik mengidentifikasi praktisi kesehatan mana saja yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur akses petugas terhadap informasi medis
2. Akses petugas terhadap informasidilaksanakan sesuai dengan kebutuhan tugas dan tanggung jawab dalam pelayanan
3. Akses petugas terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur
4. Hak untuk mengakses informasi tersebut mempertimbangkan tingkat kerahasiaan dan keamanan informasi

Kriteria

3.4.3. Adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis

Pokok Pikiran:

- Klinik 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:

1. Klinik mempunyai rekam medis bagi setiap pasien dengan metoda identifikasi yang baku untuk mencegah terjadinya salah identifikasi
2. Sistem pengkodean, penyimpanan, dan dokumentasi memudahkan petugas untuk menemukan rekam pasien tepat waktu maupun untuk mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien
3. Ada kebijakan dan prosedur penyimpanan berkas rekam medis dengan kejelasan masa retensi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Kelengkapan isi rekam medis diperlukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan, memantau kemajuan respons pasien terhadap asuhan yang diberikan.Klinik menetapkan kebijakan dan prosedur kelengkapan rekam medis
- Klinik wajib menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi dan secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang sensitif. Keseimbangan antara berbagi (sharing) data dan kerahasiaan data diatur. Klinik menetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya : rekam medis pasien, data riset dan lainnya)

Elemen Penilaian:

1. Isi rekam medis mencakup diagnosis, pengobatan, hasil pengobatan, dan kontinuitas asuhan yang diberikan

2. Dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis
3. Tersedia prosedur menjaga kerahasiaan rekam medis

Manajemen Keamanan Lingkungan

Standar

3.5. Lingkungan pelayanan mematuhi persyaratan hukum, regulasi dan perijinan yang berlaku.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin keamanan pasien/keluarga yang berkunjung ke klinik, perlu dilakukan monitoring secara rutin, pemeliharaan, dan perbaikan bila terjadi kerusakan pada fisik bangunan klinik 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:

1. Kondisi fisik lingkungan klinik dipantau secara rutin
2. Instalasi listrik, kualitas air, ventilasi, gas dan sistem lain yang digunakan dipantau secara periodic oleh petugas yang diberi tanggung jawab
3. Tersedia sarana untuk menangani masalah listrik/api apabila terjadi kebakaran
4. Tersedia kebijakan dan prosedur inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan
5. Inspeksi, pemantauan, pemeliharaan, dan perbaikan alat dilakukan sesuai dengan prosedur dan jadual yang ditetapkan
6. Dilakukan dokumentasi pelaksanaan, hasil dan tindak lanjut inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan yang telah dilakukan

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Klinik mengidentifikasi dan mengendalikan secara aman bahan dan limbah berbahaya . Bahan berbahaya dan limbahnya tersebut meliputi bahan kimia, bahaN, gas dan uap berbahaya serta limbah medis dan infeksius lain sesuai ketentuan. Klinik harus menyusun rencana pengendalian bahan dan limbah berbahaya dan menetapkan proses untuk :
  - inventarisasi bahan dan limbah berbahaya;
  - penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya;
  - pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan *(exposure)* dan insiden lainnya;
  - pembuangan limbah berbahaya yang benar;
  - peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan *(spill*) atau paparan (*exposure);*
  - pendokumentasian, meliputi setiap izin dan perizinan/lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya;
  - pemasangan label yang benar pada bahan dan limbah berbahaya.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya
2. Ditetapkan kebijakan dan prosedur pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya
3. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan bahan berbahaya
4. Dilakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebijakan dan prosedur penanganan limbah berbahaya

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk mengelola risiko di lingkungan dimana pasien dirawat dan staf bekerja memerlukan perencanaan. Rencana tahunan dalam mengelola lingkungan perlu disusun meliputi:
  a) Keselamatan dan Keamanan. Keselamatan adalah suatu keadaan tertentu dimana gedung, halaman, tempat parkir, dan peralatan klinik tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung. Keamanan adalah proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang
  b) Bahan berbahaya, yang meliputi: penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman.
  c) Manajemen emergensi, yaitu tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif
  d) Pengamanan kebakaran: klinik wajib melindung properti dan penghuninya dari kebakaran dan asap.
  e) Peralatan medis: untuk mengurangi risiko, peralatan dipilih, dipelihara dan digunakan sesuai dengan ketentuan.
  f) Sistem utilitas, meliputi listrik, air dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian
- Rencana tersebut didokumentasikan dan di *up-date* yang merefleksikan keadaan keadaan terkini dalam lingkungan klinik. Rencana tersebut dikaji dan dilakukan *update* secara reguler melalui proses yang baku.

Elemen Penilaian:

1. Ada rencana program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman
2. Ditetapkan petugas yang bertanggungjawab dalam perencanaan dan pelaksanaan program untuk menjamin lingkungan fisik yang aman
3. Program tersebut mencakup perencanaan, pelaksanaan, pendidikan dan pelatihan petugas, pemantauan, dan evaluasi
4. Dilakukan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program tersebut.

Manajemen Peralatan

Standar
3.6. Peralatan dikelola dengan tepat.

Kriteria
3.6.1. Peralatan ditempatkan di lingkungan pelayanan dengan tepat

Pokok Pikiran:

- Untuk menjaga agar peralatan siap pakai dan dalam kondisi baik pada saat dibutuhkan maka klinik 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:

1. Ditetapkan kebijakan dan prosedur untuk memisahkan alat yang bersih dan alat yang kotor, alat yang memerlukan sterilisasi, alat yang membutuhkan perawatan lebih lanjut (tidak siap pakai), serta alat-alat yang membutuhkan persyaratan khusus untuk peletakannya
2. Tersedia prosedur sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan
3. Dilakukan pemantauan terhadap pelaksanaan prosedur secara berkala
4. Apabila memperoleh bantuan peralatan, persyaratan-persyaratan fisik, tehnis, maupun petugas yang berkaitan dengan operasionalisasi alat tersebut dapat dipenuhi.

Kriteria
3.6.2. Peralatan dipelihara dan dikalibrasi secara rutin

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/laik pakainya peralatan medis, klinik :
  - melakukan inventarisasi peralatan medis;
  - melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur;
  - melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya;
  - melaksanakan pemeliharaan

- melakukan inventarisasi peralatan yang harus dikalibrasi
- memastikan bahwa alat yang perlu dikalibrasi, dilakukan kalibrasi sesuai peraturan perundangan yang berlaku

- Pemeliharaan alat dilakukan oleh petugas yang kompeten yang ditetapkan oleh pimpinan klinik.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:

1. Dilakukan inventarisasi peralatan yang ada di klinik
2. Ditetapkan penanggung-jawab pengelola alat ukur dan dilakukan kalibrasi atau yang sejenis secara teratur, dan ada buktinya
3. Ada sistem untuk kontrol peralatan, testing, dan perawatan secara rutin
4. Hasil pemantauan tersebut didokumentasikan.
5. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penggantian dan perbaikan alat yang rusak agar tidak mengganggu pelayanan.

Manajemen Sumber Daya Manusia

Standar

3.7. Terdapat proses rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan tenaga klinis yang baku.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin pelayanan klinis dilakukan oleh tenaga yang kompeten, maka klinik perlu menetapkan 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:

1. Ada penghitungan kebutuhan tenaga klinis di klinik dengan persyaratan kompetensi dan kualifikasi.
2. Ada cara menilai kualifikasi tenaga untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kewenangan
3. Dilakukan proses kredensial yang mencakup sertifikasi dan lisensi
4. Ada upaya untuk meningkatkan kompetensi tenaga klinis agar sesuai persyaratan dan kualifikasi

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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. Klinik perlu melakukan penilaian kinerja tenaga klinis dan menyusun dan menerapkan rencana untuk peningkatkan 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:

1. Dilakukan evaluasi kinerja tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis secara berkala sesuai dengan kompetensi dalam memberikan pelayanan klinis
2. Dilakukan analisis dan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi agar dapat memberikan pelayanan klinis sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan yang dipersyaratkan
3. Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis berperan aktif dalam meningkatkan kompetensi dalam memberikan pelayanan klinis dan meningkatkan mutu pelayanan klinis

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Tersedia informasi mengenai peluang pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis
2. Ada dukungan dari manajemen klinik bagi tenaga kesehatan untuk memanfaatkan peluang tersebut
3. Jika ada tenaga kesehatan yang mengikuti pendidikan atau pelatihan, dilakukan evaluasi penerapan hasil pelatihan di tempat kerja
4. Dilakukan pendokumentasian pelaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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 klinik.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:

1. Setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis mempunyai uraian tugas dan wewenang yang didokumentasikan dengan jelas
2. Jika tidak tersedia tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan untuk menjalankan kewenangan dalam pelayanan klinis, ditetapkan petugas kesehatan dengan persyaratan tertentu untuk diberi kewenangan khusus

3. Kepada tenaga kesehatan yang diberi kewenangan khusus tersebut, dilakukan penilaian terhadap pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan kewenangan khusus yang diberikan
4. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan uraian tugas dan wewenang bagi setiap tenaga kesehatan

BAB IV. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Tanggung jawab tenaga klinis

Standar

4.1. Perencanaan, monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan menjadi tanggung jawab tenaga yang bekerja di pelayanan klinis.

Kriteria

4.1.1. Tenaga klinis (dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab melaksanakan asuhan pasien) berperan aktif dalam proses peningkatan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan mutu layanan klinis, dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis yang memberikan asuhan pasien. Tenaga klinis wajib berperan aktif mulai dari identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, melakukan analisis, menyusun rencana perbaikan, melaksanakan, dan menindaklanjuti. Identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, potensi terjadinya risiko dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator pelayanan klinis yang ditetapkan oleh klinik dengan acuan yang jelas.

Elemen Penilaian:

1. Adanya peran aktif tenaga klinis (dokter, perawat atau tenaga profesi kesehatan yang lain) dalam merencanakan dan mengevaluasi mutu layanan klinis dan upaya peningkatan keselamatan pasien

2. Ditetapkan indikator dan standar mutu klinis untuk monitoring dan penilaian mutu klinis
3. Dilakukan pengumpulan data, analisis, dan pelaporan mutu klinis dilakukan secara berkala
4. Pimpinan klinik bersama tenaga klinis melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan penilaian mutu klinis.
5. Dilakukan identifikasi dan dokumentasi terhadap Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kejadian Potensial Cedera (KPC) maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
6. Ditetapkan kebijakan dan prosedur penanganan KTD, KPC, KNC, dan risiko dalam pelayanan klinis
7. Jika terjadi KTD dan KNC dilakukan analisis dan tindak lanjut.
8. Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti.
9. Dilakukan analisis risiko dan upaya-upaya untuk meminimalkan risiko pelayanan klinis
10. Berdasarkan hasil analisis risiko, adanya kejadian KTD, KPC, dan KNC, upaya peningkatan keselamatan pasien direncanakan, dilaksanakan, dievaluasi, dan ditindaklanjuti

Kriteria

4.1.2. *Tenaga klinis berperan penting dalam memperbaiki perilaku dalam pemberian pelayanan*

Pokok Pikiran:

- Mutu layanan klinis tidak hanya ditentukan oleh system 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 system pelayanan maupun perilaku pelayanan yang mencerminkan budaya keselamatan, dan budaya perbaikan pelayanan klinis yang berkelanjutan.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan evaluasi dan perbaikan perilaku dalam pelayanan klinis oleh tenaga klinis dalam pelayanan klinis yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan yang berkelanjutan

2. Budaya mutu dan keselamatan pasien diterapkan dalam pelayanan klinis
3. Ada keterlibatan tenaga klinis dalam kegiatan peningkatan mutu yang ditunjukkan dalam penyusunan, pengumpulan, analisis dan tindak lanjut terhadap pencapaian indikator klinis dan indikator untuk menilai perilaku dalam pemberian pelayanan klinis, dan ide-ide perbaikan pelayanan klinis

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Mutu layanan klinis dapat ditingkatkan jika ada komitmen dari pihak pengelola klinik dan tenaga klinis yang memberikan layanan klinis kepada pasien.Pimpinan klinik 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 klinik.

Elemen Penilaian:

1. Dialokasikan sumber daya yang cukup untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien
2. Ada program/kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun dan direncanakan oleh tenaga klinis
3. Program/kegiatan tersebut dilaksanakan sesuai rencana, dievaluasi, dan ditindak lanjuti

Pemahaman mutu layanan klinis.

Standar

4.2. Mutu layanan klinis dan Keselamatan dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh semua pihak yang berkepentingan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Dengan adanya keterbatasan sumber daya yang ada di klinik, maka upaya perbaikan mutu layanan klinis perlu diprioritaskan. Oleh karena itu tenaga klinis bersama dengan pengelola klinik 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:

1. Dilakukan identifikasi fungsi dan proses pelayanan yang prioritas untuk diperbaiki dengan kriteria yang ditetapkan
2. Terdapat dokumentasi tentang komitmen dan pemahaman terhadap peningkatan mutu dan keselamatan secara berkesinambungan ditingkatkan dalam organisasi
3. Setiap tenaga klinis dan manajemen memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan dalam layanan klinis ,
4. Pimpinan klinik bersama dengan tenaga klinis menetapkan pelayanan prioritas yang akan diperbaiki.
5. Pimpinan klinik bersama dengan tenaga klinis menyusun rencana perbaikan pelayanan prioritas yang ditetapkan dengan sasaran yang jelas.
6. Pimpinan klinik bersama dengan tenaga klinis melaksanakan kegiatan perbaikan pelayanan klinis sesuai dengan rencana
7. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan perbaikan pelayanan klinis.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Standar/prosedur layanan klinis disusun dan dibakukan didasarkan atas prioritas fungsi dan proses pelayanan
2. Standar tersebut disusun berdasarkan acuan yang jelas
3. Tersedia dokumen yang menjadi acuan dalam penyusunan standar
4. Ditetapkan prosedur penyusunan standar/prosedur layanan klinis
5. Penyusunan standar/prosedur layanan klinis sesuai dengan prosedur

Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien.

Standar

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

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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 klinik, dan tidak terjadinya pasien jatuh.

Elemen Penilaian:

1. Disusun dan ditetapkan indikator mutu layanan klinis yang telah disepakati bersama
2. Ditetapkan sasaran-sasaran keselamatan pasien sebagaiman tertulis dalam Pokok Pikiran.
3. Dilakukan pengukuran mutu layanan klinis mencakup aspek penilaian pasien terhadap pelayanan klinis, asuhan pelayanan klinis, pelayanan penunjang diagnosis, penggunaan obat antibiotika, dan pengendalian infeksi nosokomial
4. Dilakukan pengukuran terhadap indikator-indikator keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam Pokok Pikiran

Kriteria

4.3.2. Target mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien ditetapkan dengan tepat

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Ada penetapan target mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang akan dicapai
2. Target tersebut ditetapkan dengan mempertimbangkan pencapaian mutu klinis sebelumnya, pencapaian optimal pada sarana kesehatan yang serupa, dan sumber daya yang dimiliki
3. Proses penetapan target tersebut melibatkan tenaga profesi kesehatan yang terkait

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikumpulkan secara periodik
2. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didokumentasikan
3. 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

4.4. Perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien diupayakan, dievaluasi dan dikomunikasikan dengan baik.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien hanya dapat terlaksana jika ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab dalam upaya tersebut. Penanggung jawab pelaksanaan dapat dilakukan dengan membentuk tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien di klinik, yang mempunyai program kerja yang jelas.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien
2. Terdapat tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang berfungsi dengan baik

3. Ada kejelasan uraian tugas dan tanggung jawab tim
4. Ada rencana dan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Data monitoring mutu layanan klinis dan keselamatan dikumpulkan secara teratur,
2. Dilakukan analisis dan diambil kesimpulan untuk menetapkan masalah mutu layanan klinis dan masalah keselamatan pasien
3. Dilakukan analisis penyebab masalah
4. Ditetapkan program-program perbaikan mutu yang dituangkan dalam rencana perbaikan mutu
5. Rencana perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien disusun dengan mempertimbangkan peluang keberhasilan, dan ketersediaan sumber daya
6. Ada kejelasan penanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan perbaikan yang direncanakan
7. Ada kejelasan penanggung jawab untuk memantau pelaksanaan kegiatan perbaikan
8. Ada tindak lanjut terhadap hasil pemantauan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Dilakukan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien
2. Dilakukan evaluasi terhadap hasil penilaian dengan menggunakan indikator-indikator mutu layanan klinis dan keselamatan pasien untuk menilai adanya perbaikan
3. Hasil perbaikan ditindak lanjuti untuk perubahan standar/prosedur pelayanan.
4. Dilakukan pendokumentasian terhadap keseluruhan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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:

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

3. Dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan sosialisasi dan komunikasi tersebut
4. Dilakukan pelaporan hasil peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien kepada pimpinan klinik

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN III
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 46 TAHUN 2015
TENTANG
AKREDITASI PUSKESMAS, KLINIK PRATAMA, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK DOKTER GIGI

STANDAR AKREDITASI
TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajad kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia.

Untuk mencapai Tujuan Pembangunan Kesehatan Nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu, baik yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta. Puskesmas, Klinik dan Praktik Mandiri merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Masyarakat mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman baik pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Puskesmas, Klinik, dan Praktik Mandiri yang merupakan *gate keeper* dalam memberikan pelayanan klinis kepada masyarakat harus dapat menyediakan pelayanan klinis tingkat pertama yang aman dan bermutu.

Untuk menilai apakah sistem pelayanan klinis yang menjamin mutu dan keselamatan pasien di Puskesmas, Klinik, dan Praktik Mandiri berjalan dengan baik, aman dan minimal dari risiko, serta selalu dilakukan upaya perbaikan proses pelayanan secara berkesinambungan dan konsisten, maka perlu dilakukan penilaian akreditasi terhadap Puskesmas, Klinik, dan Praktik Mandiri dalam memberikan pelayanan klinis kepada masyarakat.

Tujuan utama akreditasi adalah untuk pembinaan peningkatan mutu dan kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan dalam penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan dalam pelayanan klinis.

Oleh karena itu perlu disusun standar dan instrumen penilaian akreditasi Praktik Mandiri dalam menyediakan pelayanan klinis tingkat pertama kepada masyarakat.

Selain itu, prinsip dan dasar yang ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Nasional yang menggarisbawahi soal hak asasi manusia dan responsif gender, juga dipakai dalam standar akreditasi ini untuk menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku.

Standar akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi disusun dalam 2 Bab, yaitu:

Bab I. Kepemimpinan dan Manajemen Praktik Mandiri (KMPM)
Bab II. Layanan Klinis dan Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (LKPM)

Bab I. Kepemimpinan dan Manajemen Praktik Mandiri (KMPM)

Persyaratan Umum Praktik Mandiri

Standar

1.1. Persyaratan Perijinan Praktik Mandiri

Praktik Mandiri harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruang, prasarana, peralatan, dan ketenagaan.

Persyaratan Lokasi

Kriteria

1.1.1. Lokasi Praktik Mandiri harus sesuai dengan yang tertera pada Surat Izin Praktik Dokter

Pokok Pikiran:

- Praktik mandiri dokter hanya dilakukan pada lokasi yang sesuai dengan alamat yang tertera pada Surat Ijin Praktik sesuai dengan peraturan menteri tentang Praktik Kedokteran.

Elemen Penilaian:

1. Lokasi Praktik Mandiri sesuai dengan Surat Ijin Praktik dokter
2. Surat Ijin Praktik Dokter masih berlaku

Persyaratan Bangunan dan Ruangan

Kriteria

1.1.2. Bangunan Praktik Mandiri bersifat permanen dan harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat.

Pokok Pikiran:

- Untuk menghindari gangguan dan dampak keberadaan Praktik Mandiri terhadap lingkungan dan kepedulian terhadap lingkungan, maka pendirian Praktik Mandiri perlu didirikan di atas bangunan yang permanen dan memenuhi persyaratan lingkungan yang sehat.

Elemen Penilaian:

1. Praktik Mandiri diselenggarakan di atas bangunan yang permanen.
2. Bangunan Praktik Mandiri memenuhi persyaratan lingkungan yang sehat.

Kriteria

1.1.3. Bangunan Praktik Mandiri memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pelayanan kesehatan, dengan ketersediaan ruangan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Ketersediaan ruang untuk pelayanan harus sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Praktik Mandiri.
- Ruangan yang minimal harus tersedia adalah: ruang pendaftaran/ruang tunggu, ruang konsultasi doker, ruang administrasi, ruang tindakan, tempat penyimpanan obat dan alat kesehatan, kamar mandi/WC, dan ruang lain sesuai kebutuhan pelayanan.
- Pengaturan ruangan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan untuk memudahkan pasien/keluarga pasien untuk akses yang mudah termasuk memberi kemudahan pada penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut, demikian juga memperhatikan keamanan dan kemudahan bagi petugas dalam memberikan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ketersediaan memenuhi persyaratan minimal dan kebutuhan pelayanan
2. Tata ruang memperhatikan akses, keamanan, dan kenyamanan.
3. Pengaturan ruang mengakomodasi kepentingan penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut

Persyaratan Prasarana Praktik Mandiri

Kriteria

1.1.4. Prasarana Praktik Mandiri tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan manjamin kesinambungan pelayanan maka Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus dilengkapi dengan prasarana klinis yang dipersyaratkan
- Prasarana klinis tersebut meliputi: instalasi air, instalasi listrik, instalasi sirkulasi udara, sarana pengelolaan limbah, pencegahan dan penanggulangan kebakarandan prasarana lain sesuai dengan kebutuhan.
- Prasarana klinis tersebut harus dipelihara dan berfungsi dengan baik.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prasarana Praktik Mandiri sesuai kebutuhan
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadual terhadap prasarana Praktik Mandiri
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan prasarana Praktik Mandiri
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi prasana Praktik Mandiri yang ada
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring

Persyaratan Peralatan Praktik Mandiri

Kriteria

1.1.5. Peralatan medis dan non medis tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

Pokok Pikiran:

- Untuk kelancaran dalam memberikan pelayanan dan manjamin kesinambungan pelayanan maka Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus dilengkapi dengan peralatan medis dan non medis klinis sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan
- Agar pelayanan diberikan dengan aman dan bermutu, maka peralatan medis dan non medis tersebut dipelihara dan berfungsi dengan baik, dan dikalibrasi untuk alat-alat ukur yang digunakan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku

- Peralatan yang memerlukan perijinan harus memiliki ijin yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia peralatan medis dan non medis sesuai jenis pelayanan yang disediakan
2. Dilakukan pemeliharaan yang terjadual terhadap peralatan medis dan non medis
3. Dilakukan monitoring terhadap pemeliharaan peralatan medis dan non medis
4. Dilakukan monitoring terhadap fungsi peralatan medis dan non medis
5. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil monitoring
6. Dilakukan kalibrasi untuk peralatan medis dan non medis yang perlu dikalibrasi
7. Peralatan medis dan non medis yang memerlukan ijin memiliki ijin yang berlaku

Ketenagaan Praktik Mandiri

Standar

1.2. Persyaratan Ketenagaan Praktik Mandiri

Praktik Mandiri harus memenuhi persyaratan ketenagaan yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan.

Persyaratan Dokter Praktik Mandiri

Kriteria

1.2.1. Praktik Mandiri dilakukan oleh tenaga medis sesuai dengan peraturan perundangan yang kompeten.

Pokok Pikiran:

- Agar Praktik Mandiri dikelola dengan baik, efektif dan efisien, maka harus dilakukan oleh tenaga medis profesional yang kompeten untuk mengelola fasilitas tersebut.

- Praktik Mandiri dilaksanakan oleh seorang dokter atau dokter gigi yang menjadi penanggung jawab Praktik Mandiri dan merangkap sebagai pelaksana kegiatan.
- Jika dibantu oleh petugas administrasi, maka harus ditetapkan persyaratan minimal tenaga administrasi sesuai dengan kebutuhan
- Kewenangan klinis ditetapkan sesuai dengan ketentuan dari Kementerian Kesehatan dan/atau organisasi profesi

Elemen Penilaian:

1. Praktik Mandiri dilakukan oleh dokter atau dokter gigi
2. Terdapat bukti pemenuhan persyaratan penanggung jawab sesuai dengan yang ditetapkan.
3. Dokter/dokter gigi dibantu oleh petugas administrasi sesuai kebutuhan dan persyaratan yang ditetapkan
4. Terdapat uraian tugas bagi tenaga kesehatan yang membantu.

Penyelenggaraan Praktik Mandiri

Standar

1.3. Penyelenggaraan praktik mandiri didokumentasikan, dipandu oleh pedoman dan prosedur yang baku, didukung oleh ketersediaan data dan informasi, serta akuntabilitas pengelolaan keuangan, dan dilakukan penilaian kinerja untuk peningkatan mutu

Kriteria

1.3.1. Pedoman dan prosedur penyelenggaraan kegiatan pelayanan Praktik Mandiri disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan. Semua rekaman hasil pelaksanaan kegiatan Praktik Mandiri dikendalikan.

Pokok Pikiran:

- Untuk memastikan bahwa kegiatan dilaksanakan secara konsisten dan reliabel, perlu disusun pedoman kerja dan prosedur kerja. Pedoman kerja dan prosedur disusun tidak hanya untuk penyelenggaraan pelayanan tetapi juga pedoman kerja untuk peningkatan mutu pelayanan.

- Prosedur kerja perlu didokumentasikan dengan baik dan dikendalikan, demikian juga rekaman sebagai bentuk pelaksanaan prosedur juga harus dikendalikan sebagai bukti pelaksanaan kegiatan.

Elemen Penilaian:

1. Ada pedoman atau panduan kerja penyelenggaraan pelayanan
2. Ada prosedur pelaksanaan kegiatan pelayanan sesuai kebutuhan
3. Seluruh kegiatan pelayanan didokumentasikan.

Kriteria

1.3.2. Penanggung jawab Praktik Mandiri secara teratur melakukan penilaian kinerja pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan Praktik Mandiri.

Pokok Pikiran:

- Dokter/dokter gigi mempunyai kewajiban untuk melakukan monitoring dan penilaian terhadap kinerja pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ada mekanisme untuk melakukan penilaian kinerja pelayanan
2. Penilaian kinerja difokuskan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis
3. Ada tindak lanjut terhadap hasil penilaian kinerja.

Pengelolaan Keuangan

Kriteria

1.3.3. Penanggung jawab Praktik Mandiri secara teratur melakukan pembukuan sederhana keuangan praktik mandiri

Pokok Pikiran:

- Dokter/dokter gigi dalam menjalankan praktik mandiri wajib membuat catatan pembukuan keuangan penyelenggaraan praktik mandiri untuk menunjukkan akuntabilitas pelayanan pada pihak asuransi/BPJS

Elemen Penilaian:

1. Dokter/dokter gigi membuat pembukuan keuangan sederhana dalam menyelenggarakan praktik mandiri.
2. Dilakukan pelaporan keuangan sesuai dipersyaratkan oleh pihak asuransi/BPJS.

Pengelolaan Data dan Informasi

Kriteria

1.3.4. Harus tersedia data dan informasi di Praktik Mandiri yang digunakan untuk pengambilan keputusan baik untuk peningkatan pelayanan maupun untuk pelaporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pokok Pikiran:

- Pengambilan keputusan dalam upaya meningkatkan pelayanan perlu didukung oleh ketersediaan data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan baik untuk pengambilan keputusan di Praktik Mandiri dalam peningkatan pelayanan maupun pelaporan sesuai yang dipersyaratkan oleh regulator.
- Data dan informasi tersebut meliputi minimal: data wilayah kerja yang menjadi tanggung jawab, demografi, budaya dan kebiasaan masyarakat, pola penyakit terbanyak, surveilans epidemiologi, evaluasi dan pencapaian kinerja pelayanan, dan data dan informasi lain yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai regulator.

Elemen penilaian:

1. Dilakukan identifikasi data dan informasi yang harus tersedia
2. Tersedia prosedur pengumpulan, penyimpanan, dan retriving (pencarian kembali) data
3. Tersedia prosedur analisis data untuk diproses menjadi informasi
4. Tersedia prosedur pelaporan dan distribusi informasi kepada pihak-pihak yang membutuhkan dan berhak memperoleh informasi
5. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pengelolaan data dan informasi

Hak dan kewajiban pengguna pelayanan

Standar

1.4. Adanya kejelasan hak dan kewajiban pengguna pelayanan

Kriteria

1.4.1. Hak dan kewajiban pengguna layanan ditetapkan dan disosialisasikan kepada masyarakat dan semua pihak yang terkait, dan tercermin dalam kebijakan dan prosedur Praktik Mandiri

Pokok Pikiran:

- Keberadaan Praktik Mandiri dalam mengemban misi dalam menyediakan pelayanan klinis dasar harus berfokus pada pelanggan. Pengelola dan Pelaksana perlu memahami dan memperhatikan hak dan kewajiban pengguna pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan hak dan kewajiban pengguna pelayanan
2. Prosedur pelayanan mencerminkan pemenuhan terhadap hak dan kewajiban pasien
3. Dokter dan petugas kesehatan memperhatikan hak dan kewajiban pasien dalam memberikan pelayanan
4. Keluhan dan kepuasan pasien dimonitor
5. Keluhan dan kepuasan dianalisis dan ditindak lanjuti

Kerjasama dengan pihak ketiga

Standar

1.5. Jika sebagian kegiatan dilakukan bekerjasama dengan pihak ketiga, pengelola menjamin bahwa penyelenggaraan oleh pihak ketiga memenuhi standar yang ditetapkan.

Kriteria

1.5.1. Adanya dokumen perjanjian kerjasama yang jelas dengan pihak ketiga yang ditanda-tangani oleh pihak ketiga dan pengelola dengan spesifikasi pekerjaan yang jelas dan memenuhi standar yang berlaku.

Pokok Pikiran:

- Jika sebagian kegiatan dilakukan kerjasama dengan kepada pihak ketiga, maka proses perjanjian kerja sama harus mengikuti peraturan perundangan yang berlaku, dan menjamin bahwa kegiatan yang dikerjakan oleh pihak ketiga tersebut dilaksanakan sesuai dengan perjanjian kerjasama dan menaati peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Ada dokumen perjanjian kerja sama yang jelas dan sesuai dengan peraturan yang berlaku
2. Dalam perjanjian kerja sama ada kejelasan, kegiatan yang harus dilakukan, peran dan tanggung jawab masing-masing pihak, personil yang melaksanakan kegiatan, kualifikasi, indikator dan standar kinerja, masa berlakunya perjanjian kerja sama, proses kalau terjadi perbedaan pendapat, termasuk bila terjadi pemutusan hubungan kerja

Kriteria

1.5.2. Kinerja pihak ketiga dalam penyelenggaraan pelayanan dimonitor dan dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dan ditindak-lanjuti.

Pokok Pikiran:

- Kinerja pihak ketiga harus dimonitor untuk menilai kesesuai terhadap perjanjian kerjasama dan rencana kegiatan yang ditetapkan dengan menggunakan indikator penilaian yang jelas. Hasil penilaian harus ditindaklanjuti untuk menjamin tujuan program kegiatan tercapai secara efektif dan efisien.

Elemen Penilaian:

1. Ada kejelasan indikator dan standar kinerja pada pihak ketiga dalam melaksanakan kegiatan.
2. Dilakukan monitoring dan evaluasi oleh pengelola pelayanan terhadap pihak ketiga berdasarkan indikator dan standar kinerja,
3. Ada tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan evaluasi

Pemeliharaan sarana dan prasarana

Standar

1.6. Pemeliharaan sarana dan prasarana
Sarana dan peralatan Praktik Mandiri harus dipelihara agar dapat digunakan sesuai kebutuhan dan sesuai peraturan yang berlaku

Kriteria.

1.6.1. Pemeliharaan sarana dan peralatan Praktik Mandiri dilaksanakan dan didokumentasikan secara jelas dan akurat.

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Ada daftar inventaris sarana dan peralatan yang digunakan di Praktik Mandiri
2. Ada program kerja pemeliharaan sarana dan peralatan
3. Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan sesuai program kerja
4. Ada tempat penyimpanan/gudang sarana dan peralatan yang memenuhi persyaratan.
5. Ada program kerja kebersihan lingkungan di Praktik Mandiri
6. Pelaksanaan kebersihan lingkungan sesuai dengan program kerja.
7. Pencatatan dan pelaporan barang inventaris.

Kriteria

1.6.2. Peralatan ditempatkan di lingkungan pelayanan dengan tepat

Pokok Pikiran:

- Untuk menjaga agar peralatan siap pakai dan dalam kondisi baik pada saat dibutuhkan maka Dokter/Dokter Gigi Praktik Mandiri 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:

1. Tersedia 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 peletakannya
2. Tersedia prosedur sterilisasi alat-alat yang perlu disterilkan
3. Alat yang perlu disterilkan dilakukan sterilisasi sesuai prosedur

Kriteria

1.6.3. Peralatan dipelihara dan dikalibrasi secara rutin

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/laik pakainya peralatan medis, Praktik Mandiri :
- melakukan inventarisasi peralatan medis;
- melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur;
- melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya;
- melaksanakan pemeliharaan
- melakukan inventarisasi peralatan yang harus dikalibrasi
- memastikan bahwa alat yang perlu dikalibrasi, dilakukan kalibrasi sesuai peraturan perundangan yang berlaku
- Pemeliharaan alat dilakukan secara teratur. Peralatan diperiksa kelaikan untuk digunakan, dan jika terjadi kerusakan segera dilakukan perbaikan/penggantian.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan inventarisasi peralatan yang ada
2. Dilakukan pemeriksaan kelaikan alat secara periodik
3. Dilakukan pemeliharaan alat secara periodik
4. Dilakukan kalibrasi terhadap alat-alat ukur yang digunakan secara periodik
5. Dilakukan perbaikan dan/atau penggantian alat yang rusak agar tidak mengganggu pelayanan.

Pelimpahan tugas kepada dokter pengganti

Standar

1.7. Praktik mandiri mempunyai system pelimpahan tugas kepada dokter pengganti untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Kriteria

1.7.1. Pelimpahan tugas kepada dokter pengganti jika berhalangan dilakukan secara efektif untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Pokok Pikiran:

- Jika dokter praktik mandiri berhalangan, tugas pelayanan dapat dilimpahkan kepada dokter lain yang kompeten
- Dokter pengganti yang mendapat pelimpahan tugas harus memenuhi persyaratan peraturan perundangan yang berlaku

Elemen Penilaian:

1. Terdapat prosedur pelimpahan tugas kepada dokter pengganti, jika dokter berhalangan
2. Terdapat kriteria yang dipersyaratkan untuk dokter pengganti
3. Dokter pengganti yang mendapat pelimpahan tugas memenuhi persyaratan yang ditetapkan
4. Terdapat serah terima tugas dari dokter praktik mandiri kepada dokter pengganti dan sebaliknya pada saat penyerahan kembali pelimpahan tugas.

Manajemen Keamanan Lingkungan

Standar

1.8. Lingkungan pelayanan mematuhi persyaratan hukum, regulasi dan perijinan yang berlaku.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin keamanan pasien/keluarga yang berkunjung ke Praktik Mandiri, perlu dilakukan monitoring secara rutin, pemeliharaan, dan perbaikan bila terjadi kerusakan pada fisik bangunan yang digunakan, termasuk di dalamnya instalasi listrik, air, ventilasi, gas, dan sistem lain.

Elemen Penilaian:

1. Kondisi fisik lingkungan dipantau secara rutin.
2. Instalasi listrik, kualitas air, ventilasi, gas dan sistem lain yang digunakan dipantau secara periodik
3. Tersedia sarana untuk menangani masalah listrik/api apabila terjadi kebakaran
4. Tersedia kebijakan dan prosedur inspeksi, pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan
5. Dilakukan dokumentasi pelaksanaan, hasil dan tindak lanjut pemantauan, pemeliharaan dan perbaikan yang telah dilakukan.

Kriteria

1.8.2. Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya dilakukan secara memadaii

Pokok Pikiran:

- Dokter Praktik Mandiri perlu mengidentifikasi dan mengendalikan secara aman bahan dan limbah berbahaya . Bahan berbahaya dan limbah berbahaya tersebut meliputi bahan kimia, bahan, gas dan uap berbahaya serta limbah medis dan infeksius lain sesuai

ketentuan. Dokter Praktik Mandiri harus menyusun rencana pengendalian bahan dan limbah berbahaya dan menetapkan proses untuk :

- inventarisasi bahan dan limbah berbahaya;
- penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya;
- pembuangan limbah berbahaya yang benar;
- peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan *(spill*) atau paparan (*exposure);*
- pemasangan label yang benar pada bahan dan limbah berbahaya.

Ketentuan penyimpanan, penggunaan, dan pembuangan bahan berbahaya dapat dilihat pada Material Safety Data Sheet (MSDS) dari bahan berbahaya tersebut.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya
2. Dilakukan pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya sesuai dengan ketentuan
3. Dilakukan kerjasama dengan pihak ketiga untuk pembuangan limbah medis dan bahan berbahaya.

Bab II. Layanan Klinis, Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (LKPM).

Proses Pendaftaran Pasien

Standar

2.1. Proses Pendaftaran Pasien.

Proses pendaftaran pasien dirancang dan dilaksanakan sesuai kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai.

Kriteria

2.1.1. Praktik mandiri dilaksanakan sesuai dengan jadual buka pelayanan dan dilaksanakan tepat waktu

Pokok Pikiran:

- Pelanggan membutuhkan kepastian tentang waktu pelayanan praktik mandiri disediakan dan memperoleh pelayanan sesuai dengan waktu yang dijanjikan.
- Untuk mememenuhi kebutuhan tersebut, dokter atau dokter gigi wajib menepati jadual pelayanan yang telah ditetapkan
- Pasien kadang-kadang membutuhkan pelayanan di luar jadual buka pelayanan, maka dokter praktik mandiri perlu melakukan pengaturan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan jadwal buka pelayanan
2. Tersedia informasi tentang jadual buka pelayanan
3. Pelayanan dilaksanakan sesuai dengan jadual buka pelayanan
4. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap jadual buka pelayanan
5. Terdapat pengaturan jika pasien membutuhkan pelayanan di luar jadual buka pelayanan

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Praktik Mandiri perlu memperhatikan kebutuhan pasien dan menyesuaikannya dengan sumber daya yang tersedia di Praktik Mandiri. Keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dapat diperoleh pada saat pendaftaran. Jika Praktik Mandiri tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien, maka dapat merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Keselamatan pasien dan petugas sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien kontak, dengan demikian prosedur pendaftaran sudah mencerminkan penerapan upaya keselamatan pasien, terutama dalam hal identifikasi pasien.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur pendaftaran
2. Tersedia bagan alur pelayanan
3. Keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran

Kriteria.

2.1.3. Informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdapat dokumentasi tentang informasi tersebut di tempat pendaftaran

Pokok Pikiran:

- 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. Informasi disediakan dengan memperhatikan latar belakang budaya dan bahasa yang dimiliki oleh pasien.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia media informasi tentang pendaftaran di tempat pendaftaran
2. Semua pihak yang membutuhkan informasi tentang pendaftaran memperoleh informasi sesuai dengan yang dibutuhkan
3. Pelanggan dapat memperoleh informasi lain tentang sarana pelayanan, antara lain jenis layanan, tarif, dan rujukan
4. Pelanggan mendapat tanggapan sesuai yang dibutuhkan ketika meminta informasi kepada petugas
5. Tersedia informasi tentang kerjasama dengan fasilitas rujukan lain
6. Tersedia informasi tentang bentuk kerjasama dengan fasilitas rujukan lain

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Hak pasien dan keluarga merupakan salah satu elemen dasar dari proses pelayanan di Praktik Mandiri, yang melibatkan dokter, petugas, pasien dan keluarga. Oleh karena itu, prosedur harus ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa dokter dan

petugas yang terkait dalam pelayanan pasien memberi respon terhadap hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Hak pasien tersebut perlu dipahami oleh pasien.

- Dokter Praktik Mandiri sering melayani berbagai populasi masyarakat, yang diantaranya mempunyai keterbatasan, antara lain: lanjut usia, cacat fisik, bicara dengan berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau ada penghalang lainnya yang membuat proses asesmen dan penerimaan asuhansangat sulit. Kesulitan atau hambatan tersebut perlu diantisipasi dan dilakukan upaya untuk mengurangi/menghilangkan kesulitan atau hambatan tersebut pada saat pendaftaran. Dampak dari rintangan tersebut perlu diminimalkan dalam memberikan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diinformasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga
2. Hak dan kewajiban pasien/keluarga diperhatikan oleh dokter dan petugas selama proses pendaftaran
3. Pendaftaran dilakukan oleh petugas dengan memperhatikan hak-hak pasien/ keluarga pasien
4. Petugas tersebut bekerja dengan efisien, ramah, dan responsif terhadap kebutuhan pelanggan
5. Petugas memperhatikan kendala fisik, bahasa, budaya, dan penghalang lain dalam memberikan pelayanan

Pengkajian

Standar

2.2. Pengkajian

Kajian medis dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Ketika pasien diterima di Praktik Mandiri untuk memperoleh pelayanan perlu dilakukan kajian awal yang lengkap dalam menetapkan alasan kenapa pasien perlu mendapat pelayanan klinis di Praktik Mandiri. Kajian paripurna tersebut meliputi meliputi anamesis/alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial.
- Kajian dilaksanakan dalam lingkup praktek, profesi, sertifikasi yang dimiliki, perizinan, dan mematuhi peraturan perundangan yang berlaku.
- Kajian tersebut hanya dilakukan oleh dokter yang kompeten dan mempunyai kewenangan untuk melaksanakan kajian. Setiap formulir kajian yang digunakan mencerminkan proses kajian tersebut.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat prosedur kajian medis untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien
2. Proses kajian dilakukan oleh dokter yang kompeten untuk melakukan kajian
3. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan
4. Prosedur kajian menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu

Kriteria

2.2.2. Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh dokter yang bertanggung-jawab terhadap pelayanan pasien

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka hasil kajian harus dicatat dalam rekam medis pasien. Informasi yang ada dalam rekam medis harus mudah diakses oleh dokter 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 cataran tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan medis dan penunjang medis yang diberikan.
- Temuan pada kajian awal dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan pelayanan/tindakan sesuai kebutuhan serta rencana tindak lanjut dan evaluasinya.
- Temuan dan kajian awal juga dapat digunakan untuk membuat keputusan perlunya kajian ulang pada situasi yang meragukan. Oleh karena itu sangat perlu bahwa kajian medis, kajian penunjang medis, dan kajian lain jika dibutuhkan, didokumentasikan dengan baik. Hasil kajian ini harus dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis agar dapat digunakan oleh dokter yang melayani pasien.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan identifikasi informasi apa saja yang dibutuhkan dalam pengkajian dan harus dicatat dalam rekam medis
2. Informasi tersebut meliputi informasi yang dibutuhkan untuk kajian medis, kajian penunjang medis, dan kajian lain yang diperlukan

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Pasien dengan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera emergensi, diidentifikasi dengan proses triase. Bila telah diidentifikasi sebagai keadaan dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera, pasien ini sesegera mungkin diperiksa dan mendapat asuhan. Pasien-pasien tersebut didahulukan diperiksa dokter sebelum pasien yang lain, agar dapat segera ditetapkan diagnosis dan memperoleh pengobatan sesuai dengan kebutuhan.
- Pasien harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk bila Praktik Mandiri tidak dapat menyediakan pelayanan emergensi yang dibutuhkan pasien, dan pasien memerlukan rujukan ke pelayanan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi.

Elemen penilaian:

1. Dokter melaksanakan proses triase untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
2. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhan.
3. Pasien emergensi diperiksa dan dibuat stabil terlebih dahulu sesuai kemampuan sebelum dirujuk ke pelayanan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi

Kriteria

2.2.4. Dokter melakukan kajian awal untuk menetapkan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan

Pokok Pikiran:

- Kajian hanya boleh dilakukan oleh dokter yang kompeten sesuai dengan kebutuhan pasien. Kajian awal tersebut memberikan informasi untuk :
  - Memahami pelayanan apa yang dibutuhkan oleh pasien
  - Menetapkan diagnosis awal
  - Mengetahui riwayat pasien terhadap pengobatan sebelumnya
  - Memahami respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya
  - Memilih jenis pelayanan/tindakan yang terbaik bagi pasien serta rencana tindak lanjut dan evaluasi
- Pada keadaan tertentu, jika tenaga kesehatan professional yang kompeten tidak berada di tempat, maka proses kajian dapat didelegasikan kepada petugas kesehatan yang diberi kewenangan khusus sesuai persyaratan pelatihan yang ditetapkan oleh pimpinan Praktik Mandiri.

Elemen Penilaian:

1. Kajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dan kompeten
2. Tersedia tim kesehatan antar profesi yang profesional untuk melakukan kajian jika diperlukan penanganan secara tim
3. Terdapat kejelasan proses pendelegasian wewenang secara tertulis kepada petugas yang diberi kewenangan, apabila pelayanan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan
4. Petugas yang diberi kewenangan tersebut telah mengikuti pelatihan yang dipersyaratkan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Keputusan diagnosis dan rencana lanyanan/tindakan klinis tergantung pada hasil kajian. Pada pelaksanaan kajian juga harus memperhatikan privasi pasien, oleh karena itu proses kajian harus dilakukan pada tempat yang memenuhi persyaratan untuk melakukan kajian, menggunakan peralatan yang sesuai dengan standar Praktik Mandiri, berfungsi dengan baik, mudah dioperasikan, dan memberikan hasil yang akurat.

  Jaminan kualitas dilakukan dengan pemeliharaan yang teratur, proses sterilisasi yang benar terhadap alat-alat klinis yang digunakan.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia peralatan dan tempat pemeriksaan yang memadai untuk melakukan pengkajian awal pasien secara paripurna
2. Ada jaminan kualitas terhadap peralatan di tempat pelayanan
3. Peralatan dan sarana pelayanan yang digunakan menjamin keamanan pasien dan petugas

Rencana Layanan Klinis

Standar

2.3. Rencana Layanan Klinis.

Rencana layanan klinis disusun bersama pasien dengan memperhatikan kebutuhan pasien.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

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

Elemen Penilaian:

1. Dokter melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan
2. Rencana layanan disusun untuk setiap pasien dengan kejelasan tujuan yang ingin dicapai
3. Penyusunan rencana layanan tersebut mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- 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. Proses persetujuan diatur dengan jelas dan mengacu kepada undang-undang dan peraturan yang berlaku.
- Pasien dan keluarga dijelaskan tentang tes/tindakan, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana mereka dapat memberikan persetujuan (misalnya, diberikan secara lisan, dengan menandatangani formulir persetujuan, atau dengan cara lain). Pasien dan keluarga memahami siapa yang dapat memberikan persetujuan selain pasien. Dokter wajib memberikan penjelasan kepada pasien dan mendokumentasikan persetujuan tersebut.

Elemen Penilaian:

1. Pasien/keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan
2. Tersedia formuilir pemberian informasi tentang tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan
3. Tersedia formulir persetujuan tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko
4. Tersedia prosedur untuk memperoleh persetujuan tersebut
5. Pelaksanaan *informed consent* didokumentasikan.
6. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan *informed consent*.

Rencana Rujukan

Standar

2.4. Rencana rujukan.

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

Kriteria

2.4.1. Terdapat prosedur rujukan yang jelas

Pokok Pikiran:

- Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi oleh Praktik Mandiri, maka pasien harus dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses rujukan harus diatur dengan jelas sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur rujukan yang jelas serta jejaring fasilitas rujukan
2. Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan layanan
3. Tersedia prosedur mempersiapkan pasien/keluarga pasien untuk dirujuk

4. Dilakukan komunikasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menjadi tujuan rujukan untuk memastikan kesiapan fasilitas tersebut untuk menerima rujukan

Kriteria

2.4.2. Rencana rujukan dan kewajiban masing-masing dipahami oleh dokter dan pasien/ keluarga pasien

Pokok Pikiran:

- 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 Pelayanan Kesehatan yang dituju, termasuk pilihan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya, jika ada, sehingga pasien/keluarga dapat memutuskan fasilitas yang mana yang dipilih, serta kapan rujukan harus dilakukan.

Elemen Penilaian:

1. Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien
2. Informasi tersebut mencakup alasan rujukan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan
3. Dilakukan kerjasama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lain untuk menjamin kelangsungan asuhan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi mengenai kondisi pasien dikirim bersama pasien. Salinan resume pasien tersebut diberikan kepada Fasilitas Pelayanan 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

1. Resume klinis pasien dikirim ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan penerima rujukan bersama pasien.
2. Resume klinis memuat kondisi pasien.
3. Resume klinis memuat prosedur dan tindakan-tindakan lain yang telah dilakukan
4. Resume klinis memuat kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut

Kriteria

2.4.4. Selama proses rujukan pasien secara langsung, jika pasien dalam kondisi kritis dokter terus memonitor kondisi pasien.

Pokok Pikiran:

- Merujuk pasien dalam kondisi kritis misalnya pasien dalam kondisi koma, membutuhkan pengawasan klinis yang terus menerus. Pada kasus tersebut pasien perlu dimonitor oleh dokter selama proses transfer ke tempat rujukan.

Elemen penilaian

1. Selama proses rujukan secara langsung semua pasien dalam kondisi kritis selalu dimonitor oleh dokter.
2. Kondisi pasien dicatat selama proses rujukan

Pelaksanaan Layanan

Standar
2.5. Pelaksanaan Layanan
Pelaksanaan layanan dipandu oleh prosedur dan sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Kriteria
2.5.1. Pedoman pelayanan dipakai sebagai dasar untuk melaksanakan layanan klinis

Pokok Pikiran:

- 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*.
- Pelaksanaan layanan harus dipandu dengan pedoman pelayanan medis yang berlaku di Praktik Mandiri, sesuai dengan kemampuan Praktik Mandiri 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.
- Pelaksanaan pelayanan klinis dilakukan sesuai rencana asuhan dengan menggunakan pedoman, standar, protokol kinis, standar prosedur operasional atau algoritme yang berlaku, algoritme, : tatalaksana balita sakit dengan pendekatan MTBS.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia pedoman dan prosedur pelayanan klinis
2. Penyusunan dan penerapan rencana layanan mengacu pada pedoman dan/atau prosedur yang berlaku
3. Layanan dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan/atau prosedur yang berlaku
4. Layanan diberikan sesuai dengan rencana layanan
5. Layanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan

6. Perubahan rencana layanan dilakukan berdasarkan perkembangan pasien.
7. Perubahan tersebut dicatat dalam rekam medis
8. Jika diperlukan tindakan medis, pasien/keluarga pasien memperoleh informasi sebelum memberikan persetujuan mengenai tindakan yang akan dilakukan yang dituangkan dalam *informed consent*.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Kasus-kasus yang termasuk gawat darurat dan/atau berisiko tinggi perlu diidentifikasi.
- Untuk penanganan kasus gawat darurat dan/atau berisiko tinggi perlu dipandu dengan prosedur yang jelas
- 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:

1. Kasus-kasus gawat darurat dan/atau berisiko tinggi yang biasa terjadi diidentifikasi
2. Tersedia prosedur penanganan pasien gawat darurat
3. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan pasien berisiko tinggi
4. Terdapat kerjasama dengan sarana kesehatan yang lain untuk penanganan kasus emergensi dan/atau berisiko tinggi.
5. Tersedia prosedur pencegahan kewaspadaan universal terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik bagi petugas maupun pasien dalam penanganan pasien berisiko tinggi.

Kriteria

2.5.3. 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 Pelayanan Kesehatan yang lebih memadai

Pokok Pikiran:

- Pasien atau pihak keluarga pasien 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 Pelayanan Kesehatan yang lebih memadai.
- Dokter 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 pihak keluarga diberitahu tentang alternatif pelayanan dan pengobatan.

Elemen Penilaian:

1. Dokter pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
2. Dokter pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka.
3. Dokter pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut.
4. Dokter pemberi pelayanan memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.

Pelayanan Anestesi Lokal, Sedasi, dan Pembedahan

Standar

2.6. Tersedia pelayanan anestesi sederhana dan pembedahan minor untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria

2.6.1. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi di Praktik Mandiri dilaksanakan memenuhi prosedur, standar dan peraturan perundangan sesuai dengan kebutuhan pasien

Pokok Pikiran:

- Dalam pelayanan rawat jalan di Praktik Mandiri kadang-kadang diperlukan tindakan bedah minor yang membutuhkan lokal anestesi dan sedasi. Pelaksanaan lokal anestesi dan sedasi tersebut harus memenuhi standar dan peraturan yang berlaku, dan prosedur yang berlaku di Praktik Mandiri. Dokter harus mempunyai kompetensi dalam melakukan tindakan anestesi dan sedasi, yang meliputi:
  - Tehnik melakukan lokal anestesi dan sedasi
  - Monitoring yang tepat
  - Respons terhadap komplikasi
  - Penggunaan zat-zat reversal
  - Bantuan hidup dasar

Elemen Penilaian:

1. Tersedia pelayanan anestesi lokal dan sedasi sesuai kebutuhan
2. Pelayanan anestesi lokal dan sedasi dilakukan oleh dokter yang kompeten
3. Pelaksanaan anestesi lokal dan sedasi dipandu dengan prosedur yang jelas
4. Selama pemberian anestesi lokal dan sedasi dokter melakukan monitoring status fisiologi pasien
5. Anestesi lokal dan sedasi, tehnik anestesi lokal dan sedasi ditulis dalam rekam medis pasien

Kriteria

2.6.2. Pelayanan bedah di Praktik Mandiri direncanakan dan dilaksanakan memenuhi prosedur, standar, dan peraturan perundangan yang berlaku.

Pokok Pikiran:

- Dalam pelayanan medis di Praktik Mandiri 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.

Elemen Penilaian:

1. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan
2. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor merencanakan asuhan pembedahan berdasar hasil kajian.
3. Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan pembedahan minor menjelaskan risiko, manfaat, komplikasi potensial, dan alternatif kepada pasien/keluarga pasien
4. Sebelum melakukan tindakan harus mendapatkan persetujuan dari pasien/keluarga pasien
5. Pembedahan dilakukan berdasarkan prosedur yang ditetapkan
6. Laporan/catatan operasi dituliskan dalam rekam medis
7. Status fisiologi pasien dimonitor terus menerus selama dan segera setelah pembedahan dan dituliskan dalam rekam medis.

Pelayanan obat

Standar

2.7. *Obat dikelola secara efisien untuk memenuhi kebutuhan pasien.*

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Dokter Praktik Mandiri harus menetapkan obat mana yang harus tersedia sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang disediakan yang disusun dalam daftar obat yang harus tersedia.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat daftar obat yang harus tersedia dalam pelayanan
2. Terdapat pencatatan pengelolaan obat yang digunakan
3. Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut ketersediaan obat

Kriteria

2.7.2. Dalam pemberian resep obat, dokter wajib menjelaskan jenis dan informasi penggunaan obat

Pokok Pikiran:

- Untuk menjamin efektivitas penggunaan obat dan keselamatan pasien, dokter wajib memberikan penjelasan tentang jenis, indikasi, efek samping dan cara penggunaan obat kepada pasien/keluarga pasien.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur peresepan dan pemberian informasi obat yang diresepkan kepada pasien
2. Dokter memastikan identitas pasien
3. Dokter memastikan pemberian dosis sesuai dengan indikasi dan umur/berat badan pasien
4. Dokter menuliskan resep sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku
5. Dokter memberikan penjelasan tentang jenis, indikasi, efek samping dan cara penggunaan obat kepada pasien/keluarga pasien

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Agar obat layak diberikan kepada pasien, maka kebersihan dan keamanan terhadap obat yang tersedia harus dilakukan mulai dari proses pengadaan, penyimpanan, dan pemberian obat kepada pasien serta penatalaksanaan obat kedaluwarsa/rusak.

- Dalam penyimpanan obat, perlu diperhatikan peletakan obat-obat LASA (look alike sound alike) agar tidak terjadi kesalahan dalam pengambilan dan pemberian obat.

Elemen Penilaian:

1. Terdapat prosedur penyimpanan obat, termasuk persyaratan penyimpanan obat LASA.
2. Penyimpanan dilakukan sesuai dengan persyaratan.
3. Pemberian obat disertai dengan tata cara dan informasi penggunaan obat
4. Dokter memberikan penjelasan tentang kemungkinan terjadi efek samping obat atau efek yang tidak diharapkan
5. Petugas menjelaskan petunjuk tentang penyimpanan obat di rumah
6. Tersedia kebijakan dan prosedur penanganan obat yang kedaluwarsa/rusak
7. Obat kedaluwarsa/rusak dikelola sesuai kebijakan dan prosedur.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Ketika mengkonsumsi obat, dapat terjadi efek samping ataupun reaksi alergi pada pasien. Dokter perlu melakukan pemantauan terhadap timbulnya efek samping ataupun reaksi alergi.
- Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapetik yang diantisipasi maupun reaksi alergi, interaksi obat yang tidak diantisipasi, untuk mencegah risiko bagi pasien. Memantau efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD.
- Dokter Praktik Mandiri mempunyai prosedur untuk mencatat semua Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi, misalnya sindroma Stephen Johnson, KIPI dan lainnya.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia prosedur pencatatan efek samping obat dan reaksi alergi

2. Efek samping obat dan reaksi alergi didokumentasikan dalam rekam medis
3. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ditindaklanjuti dan didokumentasikan.

Kriteria:

2.7.5. Obat-obatan emergensi tersedia, dimonitor dan aman

Pokok Pikiran:

- Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting. Dokter Praktik Mandiri menetapkan penempatan, jenis, dan jumlah obat emergensi yang harus tersedia yang mudah diakses ketika dibutuhkan, dan memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kadaluwarsa.

Elemen Penilaian

1. Tersedia daftar jenis dan jumlah obat emergensi yang harus tersedia
2. Obat emergensi tersedia dan mudah dijangkau segera untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi
3. Obat emergensi disimpan, dijaga dan dilindungi keamanannya
4. Obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu setelah digunakan atau bila kadaluwarsa atau rusak

Pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga dan tindak lanjut pada saat selesai pelayanan.

Standar

2.8. Pendidikan/Penyuluhan kepada pasien/keluarga pasien mendukung peran serta mereka dalam setiap pengambilan keputusan dan pelaksanaan layanan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Untuk meningkatkan outcome klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara dokter 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 dokter dan pasien dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami.

Elemen Penilaian:

1. Penyusunan dan pelaksanaan layanan mencakup aspek pendidikan/penyuluhan kesehatan pasien/keluarga pasien
2. Pedoman/materi pendidikan/penyuluhan kesehatan mencakup informasi mengenai penyakit, penggunaan obat, peralatan medik, aspek etika dan perilaku hidup bersih dan sehat
3. Tersedia metode dan media pendidikan/penyuluhan kesehatan bagi pasien dan keluarga dengan memperhatikan kondisi sasaran/penerima informasi (misal bagi yang tidak bisa membaca)
4. Dilakukan penilaian terhadap efektivitas penyampaian informasi kepada pasien/keluarga pasien agar mereka dapat berperan aktif dalam proses layanan dan memahami konsekuensi layanan yang diberikan.

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Informasi yang diberikan kepada pasien/keluarga pada saat selesai pelayanan atau rujukan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lain diperlukan agar pasien/keluarga memahami tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan yang optimal.

Elemen Penilaian:

1. Informasi yang dibutuhkan mengenai tindak lanjut layanan diberikan oleh dokter kepada pasien/keluarga pasien pada saat selesai pelayanan atau jika dilakukan rujukan ke sarana kesehatan yang lain
2. Dokter memastikan bahwa informasi yang disampaikan dipahami oleh pasien/keluarga pasien

Kriteria

*2.8.3. Pelaksanaan rujukan dilakukan atas dasar kebutuhan dan pilihan pasi*en

Pokok Pikiran:

- Jika pasien perlu dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lain, dokter wajib mengupayakan proses rujukan berjalan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien. Pasien perlu memperoleh kepastian dalam memperoleh pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan pilihan, dengan segala konsekuensinya.

Elemen Penilaian:

1. Dilakukan identifikasi kebutuhan dan pilihan pasien (misalnya kebutuhan transportasi, petugas kompeten yang mendampingi, sarana medis dan keluarga yang menemani) selama proses rujukan
2. Apabila tersedia lebih dari satu sarana yang dapat menyediakan pelayanan rujukan tersebut, pasien/keluarga pasien diberi informasi yang memadai dan diberi kesempatan untuk memilih sarana pelayanan yang diinginkan
3. Tersedia prosedur rujukan
4. Rujukan dilakukan sesuai dengan prosedur,
5. Dilakukan persetujuan rujukan dari pasien/keluarga pasien

Pelayanan penunjang diagnostik dan apotik.

Standar

2.9. Terdapat kerjasama praktik mandiri dengan pelayanan penunjang diagnostik dan apotik dalam penyelenggaraan pelayanan.

Kriteria

2.9.1. Terdapat kerjama dengan fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan Pemeriksaan laboratorium

Pokok Pikiran:

- Untuk penegakan diagnosis diperlukan pemeriksaan penunjang laboratorium, oleh karena itu perlu ada kerjasama antara Dokter Praktik Mandiri dengan laboratorium klinik.
- Kerjasama tersebut perlu dituangkan dalam perjanjian/kontrak kerjasama untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan kriteria pemilihan fasilitas pelayanan laboratorum klinik
2. Dilakukan pemilihan fasilitas pelayanan laboratorium klinik berdasarkan kriteria yang ditetapkan
3. Dilakukan kerjasama dengan fasilitas pelayanan laboratorium klinik
4. Dilakukan evaluasi terhadap kinerja pelayanan laboratorium klinik

Kriteria

2.9.2. Terdapat kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan radiodiagnostik

Pokok Pikiran:

- Untuk penegakan diagnosis diperlukan pemeriksaan penunjang radiodiagnostik, oleh karena itu perlu ada kerjasama antara Dokter Praktik Mandiri dengan fasilitas pelayanan radiodiagnostik.
- Kerjasama tersebut perlu dituangkan dalam perjanjian/kontrak kerjasama untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan kriteria pemilihan fasilitas pelayanan radiodiagnostik
2. Dilakukan pemilihan fasilitas pelayanan radiodiagnostik berdasarkan kriteria yang ditetapkan
3. Dilakukan kerjasama dengan fasilitas pelayanan radiodiagnostik
4. Dilakukan evaluasi terhadap kinerja pelayanan radiodiagnostik.

Kriteria

2.9.3. Terdapat kerjasama dengan apotik untuk pelayanan obat

Pokok Pikiran:

- Untuk memastikan tersedianya obat yang diresepkan diperlukan kerjasama antara Dokter Praktik Mandiri dengan apotik.
- Kerjasama tersebut perlu dituangkan dalam perjanjian/kontrak kerjasama untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

Elemen Penilaian:

1. Ditetapkan kriteria pemilihan apotik yang akan diajak bekerja sama
2. Dilakukan pemilihan fasilitas apotik berdasarkan kriteria yang ditetapkan
3. Dilakukan kerjasama dengan apotik yang memenuhi kriteria
4. Dilakukan evaluasi terhadap kinerja pelayanan apotik dalam memberikan pelayanan resep pada pasien

Pengelolaan Rekam Medis.

Standar
2.10. Pelayanan pasien dicatat dalam rekam medis

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Standarisasi terminologi, definisi, kosa kata dan penamaan perlu dilakukan untuk kebutuhan pelayanan Keseragaman penggunaan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan mendukung proses pengumpulan dan analisis data.
- Singkatan dan simbol juga distandarisasi dan termasuk daftar “yang tidak boleh digunakan“. Standarisasi tersebut konsisten dengan standar lokal dan nasional yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Praktik Mandiri mempunyai rekam medis bagi setiap pasien dengan metoda identifikasi yang baku untuk mencegah terjadinya salah identifikasi Terdapat standardisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi lain yang konsisten dan sistematis

2. Terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminology yang disusun dan digunakan
3. Dilakukan pembakuan singkatan-singkatan yang digunakan dalam pelayanan sesuai dengan standar local dan/atau nasional.
4. Sistem pengkodean, penyimpanan, dan dokumentasi memudahkan dokter dan petugas yang membantu untuk menemukan rekam medis pasien tepat waktu maupun untuk mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien
5. Dilakukan pengaturan penyimpanan berkas rekam medis dengan kejelasan masa retensi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Kriteria

2.10.2. Dokter memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggungjawab pekerjaan

Pokok Pikiran:

- 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 keberlajutan, maka perlu tersedia selama pelaksanaan asuhan pasien dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga selalu diperbaharui (*up to date*).
- Catatan medis dan catatan pelayanan pasien lainnya tersedia dan terjamin kerahasiaan nya.

Elemen Penilaian:

1. Akses dokter dan petugas kesehatan yang membantu terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan tugas dan tanggung jawab dalam pelayanan
2. Ditetapkan dokter dan petugas kesehatan yang mempunyai hak akses terhadap rekam medis pasien.
3. Akses petugas terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan aturan yang ditetapkan
4. Hak untuk mengakses informasi tersebut mempertimbangkan tingkat kerahasiaan dan keamanan informasi

Kriteria

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

Pokok Pikiran:

- Kelengkapan isi rekam medis diperlukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan, memantau kemajuan respons pasien terhadap asuhan yang diberikan.
- Dokter dan petugas kesehatan yang membantu wajib menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi dan secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang sensitif.

Elemen Penilaian:

1. Isi rekam medis mencakup diagnosis, pengobatan, hasil pengobatan, dan kontinuitas asuhan yang diberikan
2. Dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis
3. Tersedia prosedur menjaga kerahasiaan rekam medis

Tanggung Jawab Dokter dan Tenaga Kesehatan

Standar

2.11. Dokter praktik mandiri bertanggung jawab menyelenggarakan praktik mandiri sesuai dengan standar.

Kriteria

2.11.1. Ada pembakuan dan pelaksanaan standar layanan klinis yang disusun berdasarkan acuan yang jelas.

Pokok Pikiran:

- 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:

1. Standar/prosedur layanan klinis disusun dan dibakukan didasarkan atas prioritas fungsi dan proses pelayanan
2. Standar tersebut disusun berdasarkan acuan yang jelas
3. Tersedia dokumen yang menjadi acuan dalam penyusunan standar
4. Ditetapkan prosedur penyusunan standar/prosedur layanan klinis
5. Pelayanan klinis dilakukan sesuai dengan standar/prosedur layanan klinis

2.11.2. Dokter praktik mandiri bertanggung jawab untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi dalam menyediakan pelayanan kesehatan.

Pokok Pikiran

- Untuk mencegah terjadinya risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan yang disediakan oleh dokter praktik mandiri, maka dokter praktik mandiri berkewajiban melakukan upaya-upaya untuk mencegah terjadinya risiko infeksi baik pada pasien, keluarga pasien, maupun dokter dan petugas kesehatan yang membantu.
- Untuk mengupayakan pencegahan infeksi perlu disusun panduan atau prosedur pencegahan infeksi di tempat praktik yang diterapkan dalam penyelenggaraan praktik mandiri
- Upaya pencegahan meliputi: cuci tangan *(hand hygiene)*, pengelolaan jika terjadi cedera akibat benda tajam, pengelolaan ceceran darah atau cairan tubuh, kebersihan tempat pelayanan, prosedur aseptic dan sterilisasi, pembuangan limbah medis, penggunaan alat pelindung diri, dan pencegahan terjadinya penularan penyakit, sesuai dengan panduan dan peraturan perundangan yang berlaku.

Elemen Penilaian:

1. Tersedia panduan atau prosedur pencegahan infeksi
2. Tersedia prosedur triase untuk pasien dengan potensi penularan penyakit
3. Dokter dan petugas kesehatan yang membantu memahami upaya-upaya pencegahan infeksi
4. Dokter dan petugas kesehatan yang membantu pada saat menjalankan tugas pelayanan menerapkan upaya pencegahan infeksi sesuai dengan panduan atau prosedur
5. Tempat pelayanan dijaga kebersihannya

6. Dokter praktik mandiri menggunakan alat pelindung diri jika dipersyaratkan
7. Dilakukan sterilisasi peralatan medis yang digunakan sesuai dengan panduan
8. Pembuangan limbah medis dilakukan sesuai dengan panduan

Standar

2.12. Dokter praktik mandiri bertanggung jawab untuk merencanakan, memonitor, dan menilai mutu layanan klinis

Kriteria

2.12.1 Dilakukan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut terhadap indikator pelayanan Praktik Mandiri

Pokok Pikiran:

- Untuk melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berkesinambungan perlu ditetapkan indicator mutu dan keselamatan pasien yang digunakan oleh Dokter Praktik Mandiri
- Kepuasan pasien dan keluhan pasien merupakan indicator mutu yang minimal harus dipantau
- Indikator pengukuran keselamatan pasien meliputi: tidak terjadinya kesalahan identifikasi pasien, tidak terjadinya kesalahan pemberian obat, tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan medis, pengurangan terjadinya risiko infeksi, dan tidak terjadinya pasien jatuh
- Monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap indikator-indikator yang telah ditetapkan, untuk selanjutnya dianalisis dan dilakukan tindak lanjut perbaikan

Elemen Penilaian:

1. Disusun dan ditetapkan indikator mutu layanan klinis
2. Ditetapkan sasaran-sasaran keselamatan pasien sebagaimana tertulis dalam Pokok Pikiran
3. Dilakukan pengukuran terhadap indikator-indikator mutu dan keselamatan pasien
4. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dikumpulkan secara periodik

5. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didokumentasikan
6. Data mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dianalisis untuk menentukan tindak lanjut dan langkah-langkah perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien
7. Dilakukan upaya tindak lanjut untuk melakukan peningkatan mutu, perilaku dalam pemberian pelayanan dan keselamatan pasien
8. Seluruh kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien didokumentasikan

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN IV
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 46 TAHUN 2015
TENTANG
AKREDITASI PUSKESMAS, KLINIK PRATAMA, TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER, DAN TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

CONTOH
PENCANTUMAN STATUS AKREDITASI

PUSKESMAS/KLINIK PRATAMA/TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER/ TEMPAT PRAKTIK MANDIRI DOKTER GIGI

TERAKREDITASI

TINGKAT : .....

(DARI TAHUN ..... SAMPAI DENGAN TAHUN .....)

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK