

Studi Kasus

Dua orang surveyor akreditasi Puskesmas mendapat penugasan dari LPA untuk melakukan akreditasi di Puskesmas Jatirejo, secara hybrid selama tiga hari, satu hari daring, dan dua hari luring. Karena terbatasnya waktu dan banyaknya elemen penilaian yang harus dinilai, maka perlu melakukan penilaian dan telusur secara komprehensif dan terkoordinasi antara kedua surveyor.

Hari Pertama dilakukan pembukaan dan dilanjutkan dengan pengecekan kembali kelengkapan dokumen regulasi maupun dokumen-dokumen bukti yang sudah dapat dilihat oleh surveyor seminggu sebelum survei dilaksanakan.

Malam hari, kedua surveyor membahas hasil pengecekan dokumen, dan menyusun scenario untuk survei hari kedua dan survei hari ketiga, dan ada kesepakatan untuk surveyor tata Kelola sumber daya dan SDM akan mulai telusur untuk pelayanan UKM (Bab 2) dan pelaporan dan pelaksanaan PPN (Bab 4) dari aspek UKM untuk kemudian dikaitkan dengan Bab 1 dan Bab 5, sedangkan surveyor tata kelola pelayanan dan penunjang akan mulai telusur untuk pelayanan UKPP untuk kemudian dikaitkan dengan pelaksanaan PPN dari aspek UKP, dan Bab 1 dan Bab 5. Ingat bahwa surveyor tata Kelola pelayanan dan penunjang juga melakukan penilaian untuk : dilemma etik, K3, MFK, Audit Internal dan PTM, dan tata laksana kesehatan ibu dan bayi baru lahir, TB dan PTM

Pada hari kedua pelaksanaan survey akreditasi di Puskesmas Kecamatan Jatirejo dengan pelayanan rawat jalan, IGD, dan penyelenggaraan 6 upaya puskesmas sebagaimana pada peraturan menteri kesehatan No 43/ 2019, tim surveyor melakukan rapat koordinasi pada pukul 19.30 dan diperoleh hasil sementara sebagai berikut:

Seluruh staf yang ada adalah 40 orang dengan seorang dokter sebagai kepala puskesmas, dua dokter sebagai staf fungsional, satu dokter gigi, 6 perawat, 8 bidan, satu petugas gizi, satu petugas sanitarian, dan staf pendukung yang lain. Penyediaan pelayanan kepada masyarakat ditetapkan dalam SK Kepala Puskesmas, tetapi tidak dapat ditunjukkan bukti dilakukan analisis kebutuhan masyarakat berdasar hasil survei maupun dari data PIS-PK. Data PIS-PK diperoleh 4 tahun yang lalu, dan belum dilakukan updating data tsb. Di ruang pendaftaran tersedia brosur tentang jenis-jenis pelayanan yang ada dan jadwal pelayanan baik di dalam gedung maupun jadwal kegiatan di luar gedung puskesmas.

Komunikasi dengan masyarakat dilakukan melalui forum-forum pertemuan dengan masyarakat, sms, kotak saran, dan forum kesehatan desa yang ada di 15 desa dari 20 desa yang ada. Puskesmas melaksanakan tugas dan fungsi sesuai dengan yang ada pada permenkes No 43/2019 , tetapi tidak ada kejelasan penetapan dan penyusunan visi, misi puskesmas.

Belum pernah dilakukan penghitungan kebutuhan tenaga di puskesmas baik untuk tenaga klinis maupun tenaga administrative.

Struktur organisasi puskesmas sudah ada ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dengan kejelasan tugas, tanggung jawab dan uraian jabatan serta alur komunikasi dan koordinasi. Struktur ditetapkan tiga tahun yang lalu, tetapi belum dilakukan kajian terhadap struktur yang ada apakah masih relevan atau tidak.

Visi puskesmas belum disusun, tata nilai yang disepakati bersama juga belum ada.

Upaya kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas tersebut adalah:

- a. Upaya Promosi Kesehatan
- b. Upaya Kesehatan Lingkungan
- c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- d. Upaya Perbaikan Gizi
- e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- f. Upaya Pengobatan

Dalam uraian jabatan ditetapkan juga persyaratan kompetensi untuk tenaga yang menduduki jabatan tersebut untuk seluruh jabatan dan karyawan yang ada, tetapi pola ketenagaan belum disusun, rencana pengembangan karyawan belum disusun. Catatan kepegawaian tidak lengkap dari 10 catatan kepegawaian yang disampling hanya 6 catatan yang lengkap dengan pendidikan, pelatihan, keterampilan, dan pengalaman yang sesuai dengan persyaratan kompetensi.

Dalam penganggaran puskesmas, kepala puskesmas melibatkan pengelola program dalam perencanaan anggaran, penggunaan anggaran, dan monitoring penggunaan anggaran. Telah ditetapkan bendaharawan puskesmas dan bendaharawan untuk masing-masing program dengan kejelasan tanggung jawab dan uraian tugas. Pembukuan dilakukan dengan tertib.

Terdapat bukti dilakukan pemeriksaan keuangan tiap tiga bulan sekali dengan bukti-bukti yang lengkap dengan melihat capaian target pendapatan dan capaian penyerapan penggunaan dana

Belum ada program orientasi bagi karyawan baru, dengan alasan selama 2 tahun terakhir tidak ada karyawan baru yang masuk ke puskesmas. Pada dua tahun terakhir hanya dua pengelola program yang mengikuti pelatihan, dan hanya 2 staf puskesmas yang mengikuti seminar.

Pengiriman petugas untuk pelatihan belum direncanakan dengan baik hanya mengikuti undangan dari Dinas Kesehatan Kabupaten dan belum pernah dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan hasil pelatihan.

RUK dan RPK disusun tiap tahun meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang dijabarkan dalam program-program kegiatan, sesuai dengan rencana lima tahunan puskesmas. RUK tahun 2023 (yang disusun pada tahun 2022) tetapi tidak asda kejelasan bagaimana proses penyusunan dan tidak terlihat adanya dokumen yang menunjukkan dilakukan analisis data kinerja. RUK tahun 2024 juga sudah disusun. RPK 2023 disusun berdasar RUK 2023 melalui forum lokakarya mini. Minilokakarya lintas sector dilakukan tiap tahun untuk penyusunan rencana tahunan puskesmas, begitu juga dilakukan minilokakarya bulanan. RUK dan RPK disusun sebagai rencana terintegrasi untuk keseluruhan kegiatan puskesmas. Meskipun disusun berdasarkan rencana lima tahunan, ternyata RUK dan RPK tahun terakhir hanya 60 % sesuai dengan rencana yang dimuat dalam rencana lima tahunan puskesmas. Kepala puskesmas dan pengelola program

menyampaikan rencana puskesmas, tujuan, sasaran-sasaran yang hendak dicapai, tugas pokok dan fungsi puskesmas serta kegiatan-kegiatan tahunan pada rapat lintas sector di kecamatan demikian juga pada saat penyuluhan di desa sesuai dengan kegiatan-kegiatan yang akan diselenggarakan di desa-desa tersebut. Untuk pelaksanaan kegiatan di desa disepakati bersama dengan perangkat desa meskipun terjadi juga penyimpangan dari jadwal yang sudah ditentukan. Pencatatan dan pelaporan dilakukan sesuai dengan pedoman dan peraturan dalam penyelenggaraan program puskesmas.

Dalam minilokakarya baik lintas sector maupun lintas program dan forum-forum masyarakat desa, disepakati bersama peran masing-masing dalam mensukseskan pelaksanaan program-program/kegiatan puskesmas. Koordinasi dan komunikasi dilakukan secara formal melalui rapat, begitu juga dilakukan koordinasi dan komunikasi informal oleh kepala puskesmas dan penanggung jawab program pada acara-acara kegiatan di masyarakat. Akan tetapi belum dilakukan evaluasi terhadap peran masing-masing pihak terkait dalam kegiatan puskesmas.

Penilaian kinerja terhadap pengelola/penanggung jawab program belum dilakukan

Survei pelanggan dilakukan secara rutin tiap tahun untuk memperoleh umpan balik tentang mutu dan kinerja baik pelayanan pasien maupun penyelenggaraan upaya-upaya pokok puskesmas. Terdapat laporan hasil survey tiga tahun terakhir berturut-turut, tetapi untuk survey tahun terakhir belum ada analisis dan tindak lanjut.

Puskesmas karena keterbatasan tenaga hanya melaksanakan program-program sesuai dengan peraturan menteri kesehatan, tidak ditemukan adanya inovasi baru dalam penyelenggaraan kegiatan puskesmas. Upaya perbaikan berdasarkan umpan balik pelanggan dilakukan tetapi bersifat reaktif bila ada keluhan atau umpan balik negative.

Tidak ada kriteria yang jelas dalam pendelegasian wewenang jika kepala puskesmas/penanggung jawab program maupun petugas jika berhalangan menjalankan tugas

Indikator Nasional Mutu sudah dilaporkan untuk duabelas bulan terakhir, tetapi surveyor belum melakukan telusur pencapaian, analisis maupun tindak lanjutnya

Kepala puskesmas tidak melakukan monitoring secara teratur terhadap penyelenggaraan kegiatan puskesmas dan hanya percaya pada laporan-laporan yang disampaikan oleh pengelola program. Indikator untuk monitoring yang dilakukan oleh 4 dari 6 pengelola program berdasarkan indikator-indikator yang ditetapkan dalam pedoman-pedoman program/upaya puskesmas yang diterbitkan oleh kementerian kesehatan maupun Dinas Kesehatan Kabupaten.

Monitoring tidak dilakukan secara teratur sehingga tidak pernah dilakukan revisi terhadap rencana tahunan. Permasalahan memang ditindak lanjuti dalam rapat bulanan berdasarkan hasil monitoring yang dilakukan.

Ketika ditanyakan kepada 8 staf puskesmas tentang jenis-jenis pelayanan yang disediakan oleh puskesmas hanya 4 orang yang menjawab dengan benar.

Dari survey pelanggan diperoleh bahwa 80 % responden dari masyarakat menyebutkan bahwa puskesmas mudah dijangkau baik secara jarak maupun biaya. 90 % dari responden menyatakan bahwa petugas ramah dan cepat dalam memberikan pelayanan dan komunikatif dalam memberikan penjelasan jika diminta. Jadwal kegiatan tersedia di pendaftaran baik untuk pelayanan di dalam gedung maupun di luar gedung.

Untuk kegiatan di luar gedung dari hasil evaluasi 6 bulan terakhir hanya 60 % yang dapat dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang telah disusun, tetapi belum dilakukan analisis dan tindak lanjut terhadap ketidaksesuaian jadwal.

Masyarakat dapat menyampaikan keluhan melalui SMS di nomor 081274881882 dan memperoleh informasi yang diperlukan selama 24 jam di nomor 0812745768568. Belum pernah dilakukan evaluasi terhadap efektifitas media komunikasi yang disediakan

Tersedia SOP untuk penyelenggaraan kegiatan kira-kira 70 % dari SOP yang dibutuhkan, yang disusun oleh masing-masing unit pelayanan dan ditetapkan oleh kepala puskesmas. Dari SOP yang ada 30 % telah direvisi sesuai dengan kebutuhan dan hasil analisis keluhan pelanggan maupun petugas yang biasanya dibahas dalam rapat bulanan atau rapat-rapat yang dilakukan oleh penanggung jawab program. Pada umumnya pelaksana ketika diwawancara menyatakan mudah untuk berkonsultasi dengan penanggung jawab program maupun dengan kepala puskesmas.

Untuk pelayanan klinis maupun program telah disusun indikator-indikator pelayanan sesuai dengan pedoman program. Untuk pelayanan klinis indikator dimonitor tiap 3 bulan sekali, sedangkan untuk keenam program yang teratur dilakukan hanya untuk program KIA/KB, Promosi, Gizi, dan Kesehatan Lingkungan. Perencanaan program/upaya puskesmas yang dibuat rinci hanya program KIA/KB, Promosi, Gizi, dan Kesehatan Lingkungan.

Puskesmas belum pernah melakukan kajibanding dengan puskesmas lain karena keterbatasan biaya, demikian juga dalam rapat tiga bulan sekali kepala-kepala puskesmas yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten belum ada upaya pembandingan pencapaian kinerja

Panduan (manual) mutu belum ada, meskipun panduan program tersedia. Panduan penyusunan dokumen tersedia dan dipatuhi. Tim mutu sudah ada dengan ketua salah satu dokter fungsional dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab. Program mutu dan keselamatan pasien belum disusun. Komitmen bersama untuk peningkatan mutu belum ada.

Kajian terhadap risiko lingkungan belum dilakukan, manajemen risiko belum diterapkan, daftar risiko maupun profil risiko belum disusun, program manajemen risiko belum disusun.

Puskesmas telah menetapkan tim mutu dengan coordinator mutu, coordinator keselamatan pasien, coordinator manajemen risiko, coordinator K3 dan MFK, dan coordinator PPI, tetapi dalam SK tidak dilengkapi dengan kejelasan uraian tugas masing-masing.

Puskesmas telah menerapkan Sistem Informasi Puskesmas secara elektronik sesuai ketentuan dari Dinas Kesehatan Kabupaten dengan kejelasan informasi yang harus tersedia, prosedur pengumpulan, penyimpanan, tetriving data dan distribusi. Evaluasi terhadap system informasi belum dilakukan.

Hak dan kewajiban pelanggan dipasang di lobi puskesmas. Dari pengamatan yang dilakukan petugas memberikan pelayanan dengan ramah dan memperhatikan hak-hak pelanggan

Belum ditetapkan standar/kode perilaku dalam pelayanan, survei budaya keselamatan belum pernah dilakukan, standar perilaku yang terkait dengan budaya keselamatan juga belum ditetapkan.

Puskesmas telah melakukan kontrak kerjasama dengan sarana kesehatan rujukan baik rumah sakit pemerintah maupun swasta, klinik, serta laboratorium swasta, yang dilakukan melalui proses identifikasi pihak-pihak yang diperlukan menjadi mitra untuk disusun naskah kerjasama melalui pertemuan dengan pihak mitra sampai terjadi kesepakatan kerjasama. Petugas untuk mengelola proses tersebut adalah salah satu perawat yang ditunjuk oleh kepala puskesmas. Meskipun dalam naskah kerja sama tidak dijumpai adanya indikator-indikator untuk penilaian kinerja pihak ketiga, tetapi selama ini belum pernah dilakukan evaluasi terhadap pihak-pihak yang diajak kerjasama.

Petugas inventaris barang sudah ditetapkan, ada daftar inventaris, tetapi tidak dilakukan update untuk tahun terakhir. Program pemeliharaan disusun tetapi hanya 70 % terlaksana. Gudang tempat penyimpanan tidak sesuai dengan persyaratan penyimpanan yang baik. Program kebersihan lingkungan dilakukan dengan tertib sesuai jadwal. Pemeliharaan ambulans dan kendaraan dinas terkesan tidak dilakukan dengan tertib, program pemeliharaan ada, tetapi pelaksanaan tidak sesuai.

Dalam pelayanan klinis tersedia pelayanan rawat jalan, laboratorium sederhana, IGD 24 jam, pelayanan obat. Prosedur pendaftaran tersedia, dengan bagan alur yang dipampang di ruang pendaftaran. Petugas mengikuti prosedur secara konsisten, dan prosedur diketahui oleh 4 dari 5 pasien yang ditanya. Survei kepuasan pelanggan belum pernah dilakukan. Identifikasi pasien dilakukan dengan nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis. Dari 10 rekam medis yang diperiksa 5 rekam medis tidak tertulis nomor rekam medis.

Informasi dalam bentuk brosur tentang jenis pelayanan dan jadwal pelayanan tersedia, tetapi belum pernah dievaluasi. Tidak tersedia informasi lain selain jenis dan jadwal pelayanan yang tersedia.

Pendaftaran dilakukan oleh dua orang tenaga lulusan SMA tetapi belum pernah mendapat pelatihan sebagai petugas pendaftaran. Dari hasil pengamatan, petugas pendaftar tersebut melayani dengan cepat ramah, dan tanggap terhadap pasien.

Standar pelayanan klinis ada dan dituangkan dalam SOP untuk kasus-kasus yang banyak ditangani di puskesmas. Kerjasama dengan sarana kesehatan yang lain termasuk pembuangan limbah sudah dilakukan tetapi belum dilakukan evaluasi.

Ketika ditanyakan kepada Kepala Puskesmas dan staf tentang adanya kendala Bahasa, budaya, dan kendala fisik yang mungkin dijumpai pada masyarakat yang dilayani, mendapat jawaban bahwa selama ini tidak ada hambatan, dan belum pernah melakukan identifikasi apakah ada hambatan atau tidak.

Pemeriksaan klinis dipandu dengan SOP pelayanan klinis dan dilakukan oleh dokter, perawat, bidan dan petugas pemberi pelayanan klinis sesuai dengan kompetensi mereka, tetapi tidak secara tertib dicatat dalam rekam medis (hanya 50 % yang lengkap). Untuk tindakan yang memerlukan informed consent telah ditetapkan dan pelaksanaan informed consent dilakukan secara tertib sesuai dengan SOP, dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Pendidikan/penyuluhan pasien pada waktu berobat umumnya diabaikan dengan alasan tidak sempat.

Pelaksanaan rujukan dipandu dengan SOP dan sudah ada kerjasama dengan fasilitas rujukan. Komunikasi dengan fasilitas rujukan telah dilakukan setiap kali akan mengirim pasien, tetapi karena kendala komunikasi rata-rata hanya 50 % yang berhasil dilakukan komunikasi sebelum mengirim pasien untuk rujukan. Pasien mendapat informasi tentang rujukan sesuai dengan SOP. Resume klinis secara tertib dibuat setiap kali mengirim rujukan. Untuk kasus kegawatan yang dirujuk didampingi oleh perawat yang kompeten sesuai dengan SOP.

Pelayanan IGD dipandu dengan triase dan SOP yang disusun berdasar pedoman pelayanan gawat darurat di puskesmas. Dari pengamatan, pelaksanaan triase dilakukan dengan tertib. Untuk kasus-kasus yang perlu ditangani secara tim dipandu dengan SOP dan dilaksanakan dengan baik.

Peralatan klinis tersedia sesuai dengan buku pedoman puskesmas, tetapi lebih kurang 10 % alat rusak. Sterilisasi alat dilakukan sesuai dengan prosedur.

Evaluasi terhadap pelayanan klinis belum pernah dilakukan

Belum ada kejelasan tentang prosedur pelayanan jika dibutuhkan pelayanan tim untuk pasien.

Tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien belum dibentuk

Tidak ada pelayanan transfusi. Pelayanan anestesi local untuk pelayanan gigi dan bedah minor dipandu oleh SOP dan pelayanan dilakukan sesuai dengan SOP. Pelaksanaan bedah minor dipandu dengan SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP, tetapi pencatatan dalam rekam medis tidak dilakukan dengan tertib.

Indikator penilaian kinerja klinis belum ditetapkan

Pelayanan laboratorium sederhana dilakukan di puskesmas dengan jenis-jenis pelayanan yang ditempel di loket pelayanan laboratorium. Pelayanan dipandu oleh SOP. Peralatan dilakukan verifikasi sebelum memberikan pelayanan. Reagen tidak berlabel, belum ada penanganan khusus untuk reagen maupun bahan berbahaya yang lain. Petugas lab tidak dengan tertib menggunakan APD. Reagen pada umumnya selalu tersedia. Nilai normal ditetapkan oleh petugas laboratorium. Pengendalian mutu eksternal belum pernah dilakukan, dan belum diterapkan pengendalian mutu internal mulai dari preanalitik, analitik, dan pasca analitik.

Kalibrasi peralatan klinis belum dilakukan, meskipun pemeliharaan dilakukan teratur (menurut pengakuran), tetapi tidak ada bukti pelaksanaan pemeliharaan yang teratur.

Pelayanan obat dipandu dengan SOP yang jelas, ada kejelasan yang ditetapkan oleh kepala puskesmas tentang siapa yang berhak memberi resep dan melayani obat. Formularium belum tersusun. Obat psikotropika dan narkotika dikendalikan sesuai peraturan yang berlaku. Gudang obat tidak tertata dengan rapih, dan tidak sesuai dengan persyaratan penyimpanan obat. Banyak ditemukan obat kedaluwarsa baik di gudang maupun di tempat pelayanan. Tidak ada prosedur pelaporan efek samping obat, meskipun pada rekam medis untuk kejadian reaksi alergi maupun efek samping obat pada 3 rekam medis yang diperiksa dituliskan dengan jelas. Kesalahan pemberian obat belum pernah dilaporkan dan belum ada ketentuan pelaporan jika terjadi KTD, KNC, KPC, maupun KTC. Pengelolaan obat emergensi belum dilakukan secara teratur, dan tidak dipandu oleh kebijakan maupun SOP.

Dalam pencatatan di rekam medis sesuai dengan SIMPUS, dilakukan sesuai dengan kode klasifikasi yang ditetapkan berdasar ICD X dan ICD9CM. Prosedur pengelolaan dan isi rekam medis sudah ditetapkan dan dilaksanakan dengan tertib. SOP akses terhadap rekam medis ada dan dilaksanakan dengan tertib

Pemantauan sarana fisik lingkungan dan peralatan tidak dilakukan secara tertib, meskipun SOP sudah ada. Pendokumentasian juga tidak dilakukan dengan tertib.

Surveior setelah mengkoordinasikan hasil-hasil pada hari pertama dan kedua, menyusun scenario untuk hari ketiga.

Dari hasil hari kedua tersebut, masih ada yang belum didapat untuk melakukan penilaian, sehingga masih perlu telusur lebih lanjut.

Pada telusur hari ketiga diperoleh informasi sebagai berikut:

SK tentang hak dan kewajiban pasien ada, tetapi tidak ada bukti dilakukan sosialisasi tentang hak dan kewajiban pasien. Pada saat ditanyakan pada 2 petugas pendaftaran dan 2 orang perawat, ternyata mereka tidak dapat menjelaskan bagaimana implementasi dan hak dan kewajiban pasien dalam pelayanan.

Terdapat pedoman tata naskah puskesmas yang digunakan sebagai acuan untuk penyusunan dokumen regulasi.

Tidak terdapat bukti dilakukan identifikasi jaringan dan jejaring puskesmas, dalam RUK maupun RPK tidak memuat adanya program pembinaan jaringan dan jejaring

Puskesmas mempunyai SIMPUS, dan sudah menggunakan rekam medis elektronik. Belum pernah dilakukan evaluasi terhadap sistem informasi yang ada. Penginputan data capaian kinerja dalam simpus belum dilakukan secara konsisten, bukti pemanfaatan data untuk analisis dan perbaikan juga tidak dapat dibuktikan

Panduan maupun prosedur untuk penanganan dilemma etik belum ada, dan menurut hasil wawancara tidak pernah terjadi masalah dilemma etik.

Dari 10 dokumen kepegawaian yang ditelusur, dijumpai 4 dokumen kepegawaian yang tidak lengkap, tidak sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan

Program K3 dan MFK sudah disusun untuk tahun 2023, sesuai yang diminta dalam standar akreditasi tetapi belum ada laporan pelaksanaan program dan bukti-bukti pelaksanaan, dan tidak ada kejelasan dasar penyusunannya. Tidak ada bukti dilakukan pemeriksaan rutin kesehatan karyawan. Disaster plan belum disusun, belum ada bukti dilakukan simulasi bencana maupun simulasi kebakaran. Terdapat APAR tetapi dari 5 APAR yang ada 3 APAR sudah kedaluwarsa.

Terdapat tim TPCB di Dinas Kesehatan Kabupaten, tetapi tidak ada bukti pelaksanaan pembinaan oleh tim TPCB.

Tidak terdapat bukti adanya jadwal maupun kegiatan Kepala Puskesmas maupun penanggung jawab program melakukan supervise dan pembinaan.

Pembinaan keluarga akibat adanya pandemic covid baru dimulai di 5 desa. Tidak dapat ditunjukkan bukti pelaksanaan pembinaan Germas oleh Puskesmas.

Pelaksanaan skrining pasien dilakukan untuk mencegah pasien jatuh, skrining kemungkinan infeksi, dan skrining kegawatan, tetapi tidak ada bukti dilakukan skrining kebutuhan gizi,

Dari pengamatan proses pengkajian dilakukan baik oleh dokter maupun perawat, tetapi dari telaah rekam medis rawat jalan kelengkapan pengisian hanya 50 %

Pada pelaksanaan pembedahan dan anestesi lokal, tidak ada bukti pemantauan yang dicatat dalam rekam medis. Proses time-out maupun surgical safety check list belum dilaksanakan dan petugas tidak memahami tentang time-out dan surgical safety check list

Dalam pelaksanaan pelayanan obat rawat jalan, tidak terlihat dilakukan identifikasi dengan benar, telaah resep, maupun telah pemberian obat dengan benar. Formularium Puskesmas ada, tetapi belum pernah dievaluasi.

Indikator-indikator untuk program prioritas nasional sudah ditetapkan, program sudah disusun untuk kelima program, sudah dilakukan pengumpulan data indikator, tetapi tidak ada bukti dilakukan analisis dan tindak lanjut untuk stunting, dan penyakit tidak menular. Untuk imunisasi dan pelayanan kesehatan ibu dan bayi sudah dilakukan dengan baik, ada bukti analisis dan tindak lanjut

Komunikasi efektif antar PPA dari pengamatan dan wawancara dilakukan, petugas paham, tetapi tidak dapat ditunjukkan bukti dokumentasi pelaksanaannya.

Pencatatan dan pelaporan untuk stunting dan PTM belum dilakukan secara rutin,

Program PPI sudah disusun untuk tahun 2023, dan sudah ada bukti pelaksanaan program selama tiga bulan terakhir, tetapi baru tercapai 30 % dari target yang seharusnya dilaksanakan pada tiga bulan pertama. Tidak ada bukti dalam penyusunan program didasarkan pada ICRA program. Tidak ada bukti dilakukan ICRA program.

Pelaporan insiden keselamatan pasien secara internal pada tiga bulan terakhir adalah nihil, pelaporan IKP nihil juga sudah dilakukan.

Setelah dilakukan penelusuran pada pelaksanaan lokakarya bulanan dan triwulanan, ditemukan pelaksanaan kegiatan tidak sesuai dengan jadwal dan tidak ada keterangan atas ketidaksesuaian jadwal tersebut. Dalam notulen tidak menggambarkan secara jelas materi apa saja yang dibahas, kesimpulan dan rencana tindaklanjut/rekomendasi hasil kedua kegiatan tersebut.

Setelah dilakukan wawancara didapatkan bahwa petugas yang masuk dalam tim maupun ketua pokja tidak paham tujuan, agenda serta output yang diharapkan dari pelaksanaan pertemuan lokakarya bulanan maupun lokakarya triwulanan.

Surveyor mewawancarai Kepala Puskesmas, didapatkan bahwa Kepala Puskesmas juga tidak mengerti dengan baik tentang tujuan, agenda serta output yang diharapkan dari pelaksanaan pertemuan lokakarya bulanan maupun lokakarya triwulanan. Hasil wawancara lebih lanjut, Kepala Puskesmas tersebut baru menjabat selama setahun dan belum mendapatkan pelatihan manajemen Puskesmas. Masalah ini pernah

disampaikan secara lisan kepada dinas kesehatan, namun belum ada tindak lanjut. Hasil penelusuran dokumen terhadap usulan pelatihan dari Puskesmas, diperoleh informasi Puskesmas belum pernah mengajukan usulan pelatihan kepada dinas kesehatan.

Surveyor kemudian menanyakan bagaimana penyusunan RUK selama ini dilakukan di Puskesmas. Hasil wawancara dengan petugas, diperoleh informasi bahwa petugas **perencanaan** mengumpulkan RUK dari masing-masing penanggungjawab program dan merekapnya menjadi satu. Selanjutnya dokumen RUK disampaikan kepada Dinas Kesehatan. Saat melakukan telaah terhadap RUK, isi RUK hanya rekap kegiatan saja tanpa disertai dengan analisa masalah sampai dengan pemilihan alternatif pemecahan masalah. Surveyor melakukan wawancara kepada salah satu petugas terkait dengan penyusunan RUK, petugas menyampaikan bahwa belum paham cara membuat RUK, selama ini hanya mengusulkan kegiatan ke bagian perencanaan Puskesmas. Ketika surveyor coba untuk melakukan telusur ke perencanaan lima tahunan, petugas mengatakan bahwa Puskesmas belum pernah membuat perencanaan lima tahunan karena dinas kesehatan belum menyampaikan renstra dinas kesehatan kepada Puskesmas.

Pada saat dilakukan telusur di ruang bersalin, surveyor menanyakan tentang surat penugasan dokter yang bertanggungjawab di ruang persalinan beserta 3 orang bidan yang saat itu sedang bertugas di ruang persalinan. Petugas menyatakan bahwa semua surat penugasan ada di bagian tata usaha. Surveyor kemudian melakukan pengecekan terhadap sarana prasarana termasuk obat dan bhp yang ada di dalam ruang tindakan. Saat membuka kulkas, ditemukan 1 vial vitamin K yang sudah terpakai dan tersimpan di dalam kulkas. Hasil wawancara, petugas mengatakan bahwa vitamin tersebut lupa dibuang.

Selanjutnya surveyor menanyakan siapa yang membersihkan lantai ketika terjadi tumpahan. Petugas menjawab biasanya adalah cleaning servis. Surveyor meminta petugas untuk memanggil cleaning service. Saat cleaning service datang, surveyor meminta cleaning service untuk mempraktekkan cara membersihkan tumpahan darah di lantai. Cleaning service mengambil alat kebersihan dan mempraktekkan cara membersihkan tumpahan darah. Cleaning service hanya menggunakan sarung tangan dan alat kebersihan lantai seperti kain pel dan ember. Saat ditanyakan, apakah di Puskesmas terdapat spill kit, cleaning service tidak mengetahui alat yang dimaksud. Hasil wawancara kepada petugas, untuk spill kit baru diajukan ke bagian perencanaan untuk masuk dalam usulan pengadaan.

Kemudian, surveyor melanjutkan telusur ke ruang nifas. Saat membuka pintu, terdapat kabel yang menjuntai dari dinding ke tempat tidur pasien. Jarak antara dinding ke tempat tidur pasien sekitar 2 (dua) meter. Kabel yang menjuntai dari dinding ke tempat tidur pasien merupakan jalan utama setiap orang untuk masuk ke dalam ruang nifas. Hasil wawancara kepada petugas diperoleh informasi bahwa stopkontak dekat ranjang pasien sedang rusak. Di dalam ruang bersalin terdapat satu ibu beserta bayinya. Sepanjang melakukan telusur ruang bersalin dan nifas, surveyor mendapatkan ruang nifas tidak dilengkapi dengan tempat cuci tangan maupun handrub.

Surveyor meminta hasil perhitungan INM kepatuhan kebersihan tangan (KKT) dan hasilnya menunjukkan selama 6 bulan sampai dilakukan survei, capaiannya selalu 100%. Surveyor menanyakan kepada Penanggungjawab INM KKT, apakah selama ini pernah dilakukan validitas terhadap data KKT dan petugas mengatakan tidak pernah.

Setelah melakukan telaah terhadap dokumen penilaian kinerja UKM semester I, ditemukan terdapat beberapa 3 (tiga) indikator yang tidak tercapai yaitu indikator terkait balita gizi buruk, indikator STBM dan indikator TB. Ketiga indikator tersebut sudah dibuatkan rencana tindaklanjut, namun tidak dilengkapi penetapan masalah dan analisisnya. Surveyor kemudian menanyakan, apakah rencana tindaklanjut yang dituliskan sudah dimasukkan ke dalam dokumen perencanaan seperti RPK Perubahan atau RPK bulanan. Hasil wawancara kepada Pj UKM dan koordinator terkait, diperoleh informasi bahwa petugas tidak paham bahwa harus ada masalah dan analisa sebelum ditentukan rencana tindaklanjut, termasuk memasukkan RTL yang sudah dituliskan ke dalam dokumen perencanaan. Petugas hanya mengetahui jika ada indikator yang belum tercapai, maka cukup dibuatkan RTL saja. Selanjutnya apa yang harus dilakukan ketika RTL sudah ditetapkan, petugas tidak mengetahui.

Surveyor kemudian meminta penetapan indikator program TB dan program yang disusun untuk mendukung penanggulangan program TB. Koordinator pelayanan TB kemudian memberikan SK indikator dan target program TB yang terintegrasi dengan indikator dan target pelayanan UKM. Surveyor menanyakan apakah selama ini sudah pernah menerima pembinaan dari Pj. UKM, petugas menjawab iya. Surveyor kemudian meminta jadwal pembinaan dan bukti pelaksanaannya kepada Pj. UKM. Hasil telusur terhadap dokumen yang diterima, pelaksanaan pembinaan tidak disertai jadwal dan hasil pembinaan tidak terdokumentasi dengan baik. Isi pembinaan hanya menuliskan data capaian dan RTL, namun tidak ada arahan atau hasil diskusi yang sudah dilakukan.

Selanjutnya surveyor melakukan telusur terhadap hasil pelaksanaan kegiatan oleh Pj. UKM. Hasil pemantauan menunjukkan bahwa semua kegiatan TBC yang masuk di dalam RPK Bulanan sudah dilakukan dan dilengkapi dengan KAK. Surveyor kemudian meminta bukti pelaksanaan kegiatan kepada petugas pelaksana TBC. Dari lima kegiatan yang ada di dalam RPK Bulanan, terdapat satu kegiatan yang belum dilakukan dan dari lima kegiatan tersebut, hanya tidak kegiatan yang dilengkapi dengan KAK. Hasil wawancara kepada Pj. UKM, pemantauan dilakukan selama ini hanya menanyakan kepada petugas tanpa melakukan pengecekan terhadap dokumen bukti pelaksanaan kegiatan

Tugas:

Dari studi kasus, dan dengan mempelajari standar dan instrument akreditasi Puskesmas, lakukan:

1. Regulasi dan dokumen bukti yang perlu dilihat sebelum melakukan telusur apa saja, dan apa yang akan dilakukan untuk memeriksa dokumen regulasi dan dokumen bukti tersebut ?

2. Menurut Kelompok, dari apa yang ditemukan oleh kedua orang surveyor sebagaimana pada kasus di atas, bagaimana kegiatan survei dilakukan apakah dilakukan secara sistematis, begitu juga telusurnya, atukah kelompok menjumpai adanya kelemahan pada proses survei maupun telusurnya, apa saran kelompok untuk proses survei dan telusurnya
3. Oleh karena itu dari kasus di atas, buatlah skenario telusur untuk hari kedua dan ketiga agar dapat memperoleh hasil yang runtut dan lebih baik. Buat skenario telusur untuk hari kedua dan hari ketiga agar dapat secara tuntas menelusur pelayanan UKM dan pelayanan UKPP, untuk dapat menilai Bab 2, Bab 3, Bab 4, kemudian menilai Bab 1 dan Bab 5.

CONTOH:

Skenario telusur

Untuk kelompok Tata Kelola Pelayanan dan Penunjang. Perhatikan core penilaian pada pelayanan UKPP untuk kemudian dikaitkan dengan Bab-Bab yang lain

Jelaskan bagaimana skenario telusur secara garis besar yang diusulkan oleh kelompok

Rincian telusur lakukan mulai dari akses dan seterusnya, bagilah kelompok dalam kelompok yang lebih kecil untuk tiap-tiap standar Bab 3

Gunakan form di bawah ini untuk membantu proses diskusi kelompok

Penyelenggaraan pelayanan klinis dan Penunjang

7 (tujuh) hari sebelum survei:

- Pelajari dokumen regulasi dan dokumen bukti yang diupload melalui aplikasi atau google drive
- Berikan tanda yang perlu diklarifikasi pada saat survei daring

Survei daring:

Lakukan klarifikasi terhadap dokumen-dokumen yang perlu dilakukan klarifikasi berdasar hasil review dokumen selama 7 hari sebelum survei

Rujukan																			
Pelayanan Farmasi																			
Pelayanan Laboratorium																			

Untuk kelompok Tata Kelola Sumber daya dan UKM. Perhatikan core penilaian pada pelayanan UKM berorientasi preventif dan promotive adalah proses Perencanaan, Penggerakan Pelaksanaan, dan Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian baik untuk Bab 1 maupun Bab 2, dan Bab 4, untuk kemudian dikaitkan dengan Bab-Bab yang lain

Jelaskan bagaimana skenario telusur secara garis besar yang diusulkan oleh kelompok

Rincian telusur lakukan mulai dari Perencanaan, Penggerakan Pelaksanaan, dan Pengawasan Pengendalian Penilaian, bagilah kelompok dalam kelompok yang lebih kecil: Kel 1: Perencanaan, Kel 2: Penggerakan dan Pelaksanaan, Kel 3: Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian

7 (tujuh) hari sebelum survei:

- Pelajari dokumen regulasi dan dokumen bukti yang diupload melalui aplikasi atau google drive
- Berikan tanda yang perlu diklarifikasi pada saat survei daring

Survei daring:

Lakukan klarifikasi terhadap dokumen-dokumen yang perlu dilakukan klarifikasi berdasar hasil review dokumen selama 7 hari sebelum survei

Survei luring:

Lakukan telusur dokumen-dokumen bukti untuk kegiatan manajemen, kegiatan UKM, dan kegiatan PPN: telusur mengikuti siklus manajemen mulai dari Proses perencanaan: pengumpulan dan analisis data untuk perencanaan, proses penyusunan rencana, proses penggerakan dan pelaksanaan, dan proses pengawasan, pengendalian, dan penilaian.

Lakukan wawancara pimpinan dan wawancara lintas sector

Lakukan visitasi lapangan untuk melihat kegiatan pada hari tersebut terkait dengan pelayanan UKM yang sedang berjalan.

Alur Telusur	Standar, Kriteria, dan EP dan kaitan dengan Standar, Kriteria, dan EP yang lain	Dokumen bukti yang akan dilihat	Pertanyaan untuk Wawancara	Observasi yang akan dilakukan	Jika perlu Simulasi, apa yang akan diminta disimulasikan	Fakta analisis dan (diisi waktu pada survei)	Peraturan Perundangan dan referensi sebagai acuan
Perencanaan	1.1.1.EP b, 2.1.1. EP a, b,c, standar Bab 4, 5.1.1. EP b, 5.2.1 EP c, d, dan EP a	Bukti identifikasi, kelengkapan data untuk analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, kelompok masyarakat, data PISPK, Bukti proses identifikasi dan analisis untuk	Tim manajemen Puskesmas: proses pengumpulan data, analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, dan data lain untuk perencanaan puskesmas dan untuk	-	-		PMK 44/2016

		tiap pelayanan UKM, UKP, PPN, Penilaian kinerja Puskesmas, Capaian indikator mutu, risiko-risiko dalam pelayanan	menentukan jenis-jenis pelayanan				
	1.1.1 EP c, ep d, ep e, 2.1.1 EP d, 2.1.3 ep a,	Kelengkapan Rencana lima tahunan, RUK, dan RPK. Isi perencanaan meliputi program-program UKM (termasuk pemberdayaan masyarakat, GERMAS, program kegiatan UKP, perencanaan	Tim manajemen, dan para PJ: proses penyusunan rencana lima tahunan, RUK, RPK, keterlibatan lintas program, dan lintas sector dalam perencanaan	-	-		PMK 46/2016, Pedoman-pedoman pelayanan UKM
Pengawasan, Pengendalian, dan							

Penilaian							
Program Nasional	Prioritas						

STUDI KASUS SURVEI AKREDITASI KLINIK

Cermati studi kasus di bawah ini (pilih salah satu).

STUDI KASUS 1

Ny. Ida yang berusia 62 tahun datang ke Klinik Utama “Anugerah” dengan keluhan luka di daerah tumit (plantar pedis) kanan yang makin parah (makin melebar, dalam dan terus mengeluarkan cairan).

Tujuh hari sebelumnya, Ny. Ida sudah berobat ke Klinik Utama “Anugerah” dengan keluhan terdapat luka yang timbul 2 minggu sebelumnya. Ny. Ida sudah berusaha memberi obat povidone iodine tetes, namun luka tersebut tak kunjung membaik, bahkan mulai mengeluarkan cairan berbau busuk. Saat itu oleh dokter yang memeriksa memberi resep berupa krim untuk dioleskan ke luka tersebut dan diminta untuk kontrol 10 hari lagi. Karena melihat perkembangan luka yang makin parah, Ny. Ida memutuskan untuk kontrol kembali lebih awal.

Sebenarnya Ny. Ida sudah beberapa kali berobat di klinik tersebut, karena sudah didiagnosis menderita diabetes mellitus type 2 sejak 10 tahun lalu. Ny. Ida tidak rutin kontrol, hanya sesekali jika badannya merasa tidak enak, maka Ny. Ida akan kontrol ke klinik tersebut.

Surveior mengamati petugas klinik membantu memapah Ny. Ida untuk masuk ke klinik untuk mendaftar dan menunggu giliran diperiksa dokter. Saat dipanggil masuk ke ruang periksa, surveior mengamati bahwa Ny. Ida ternyata terdaftar dengan 2 nomor rekam medik yang berbeda. Dokter yang melayani tujuh hari lalu tidak menyadari bahwa Ny. Ida adalah pasien diabetes mellitus type 2, sehingga tidak memberikan resep untuk mengontrol gula darah.

.....



STUDI KASUS 2

Tn. Andi umur 63 tahun datang ke Klinik “Medical” dengan keluhan sesak nafas. Tn Andi memiliki riwayat hipertensi dan stroke non hemoragik. Sesampainya di klinik Tn. Andi mendapati antrian pasien klinik sangat banyak. Setelah 15 menit mengantri, Tn. Andi belum juga mendapatkan pelayanan, sementara sesak nafas Tn. Andi semakin parah karena sempat terjatuh di tangga klinik yang licin. Setelah marah-marah dengan pihak klinik, akhirnya Tn. Andi diperiksa dan diputuskan untuk dirujuk ke Rumah Sakit.

Surveior mengamati kejadian yang terjadi di klinik, dan mengamati bahwa Tn. Andi berjalan sempoyongan dan sesak nafas, tetapi tidak ada petugas klinik yang membantu. Surveior juga mengamati bahwa klinik sibuk menghubungi Rumah Sakit yang akan dituju dan mempersiapkan ambulans untuk mengantar Tn. Andi yang akan dirujuk ke Rumah Sakit.



