

GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI PUSKESMAS BERDASARKAN LAYANAN KLINIS YANG BERORIENTASI PASIEN DI PUSKESMAS KEMARAYA KOTA KENDARI TAHUN 2018

Sitti Yulia Srifian Cahyani¹ La Ode Ali Imran Ahmad² Jumakil³

^{1,2,3}Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo

¹yuliasrifian@gmail.com ²imranoder@gmail.com ³makildjoe@gmail.com

ABSTRAK

Akreditasi puskesmas adalah pengakuan terhadap puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa puskesmas telah memenuhi standar pelayanan puskesmas yang telah ditetapkan oleh menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas secara berkesinambungan. Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, semua puskesmas harus terakreditasi pada tahun 2019, jika tidak terakreditasi maka puskesmas tersebut tidak bisa bekerja sama dengan pihak BPJS Kesehatan dan tidak bisa mendapat bantuan Dana Alokasi Khusus (DAK) sehingga puskesmas akan dilebur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan akreditasi pada standar layanan klinis yang berorientasi pasien di Puskesmas Kemaraya Kota Kendari tahun 2018. Informan pada penelitian ini yaitu Ketua Pelaksana pelayanan klinis yang berorientasi pasien. Metode penelitian ini yaitu pendekatan fenomenologis dengan jenis penelitian kualitatif. Data diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan, observasi dan telaah dokumen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Kemaraya pada layanan klinis yang berorientasi pasien telah siap akreditasi dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan menyesuaikannya dengan misi dan sumber daya yang tersedia di puskesmas dengan sasaran keselamatan pasien dan petugas sudah diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan puskesmas sampai dengan tindak lanjut yang akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pada layanan klinis yang berorientasi pasien telah siap akreditasi berdasarkan standar pelaksanaan akreditasi dengan lengkapnya semua dokumen SK dan SOP.

Kata kunci: kesiapan akreditasi, puskesmas, layanan klinis yang berorientasi pasien

THE OVERVIEW OF ACCREDITATION READINESS OF COMMUNITY HEALTH CENTREBASED ON CLINICAL SERVICES OF PATIENT-ORIENTED AT COMMUNITY HEALTH CENTRE OF KEMARAYA MUNICIPALITY OF KENDARI IN 2018**Sitti Yulia Srifian Cahyani¹ La Ode Ali Imran Ahmad² Jumakil³**¹²³Public Health Faculty of UniversitasHalu Oleo¹yuliasrifian@gmail.com²imranoder@gmail.com³makildjoe@gmail.com**ABSTRACT**

Accreditation of community health centre is an acknowledgment to community health centre given by an independent institution that organizes accreditation set by the minister after it was assessed that community health centre has met the standards of community health centre services that have been set by the minister to continuously improve the quality of community health centre services. The Regulation of Health Minister Number 46 of 2015 concerning accreditation of community health centre, pratama clinic, independent practice site of doctors and dentists, all of community health centre must be accredited in 2019, if they are not accredited then community health centre cannot collaborate with Social Insurance Administration Organization for Health and cannot get Special Allocation Fund so that community health centre will be merged. This study aims to determine accreditation readiness on clinical services standard of patient-oriented at Community health centre of Kemaraya, Municipality of Kendari in 2018. The informant in this study was the Chief Executive on clinical services of patient-oriented. The method of this study was a phenomenological approach with a type of qualitative study. Data obtained by conducting in-depth interview to informant, observation and document review. The results showed that Community health centre of Kemaraya on clinical services of patient-oriented was ready for accreditation by paying attention to the needs of patient and adjusting it to the mission and resources available at community health centre with goals the safety of patient and health workers being noticed since the patient's first contact with community health centre until follow-up carried out according to the needs of patient. Based on the results of this study, it can be concluded that clinical services of patient-oriented were ready for accreditation based on the standard of accreditation implementation of all documents of decrees (SK) and standard operating procedure (SOP) already complete.

Keywords: *accreditation readiness, community health centre, clinical services of patient-oriented*

PENDAHULUAN

Puskesmas sebagai salah satu fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama di satu wilayah kecamatan atau bagian wilayah kecamatan yang difungsikan sebagai gate-keeper dalam pelayanan kesehatan. Puskesmas harus dapat memberikan jaminan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan yang paripurna, adil, merata, berkualitas, dan memuaskan masyarakat¹.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, telah terakreditasi 4.223 Puskesmas dari 9.825 unit Puskesmas di seluruh Indonesia. Puskesmas dengan tingkat kelulusan Akreditasi dasar dan madya mendominasi jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi yakni 89% (31% Dasar dan 58% Madya), tingkat kelulusan Akreditasi utama 10%, sedangkan tingkat kelulusan Akreditasi paripurna sangat minim yaitu 1%. Di Sulawesi Tenggara jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi belum mencapai setengah dari jumlah Puskesmas yang ada yakni 65 unit Puskesmas dari 280 Puskesmas di Sulawesi Tenggara. Di Kota Kendari jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi berjumlah 6 unit Puskesmas dari 15 Puskesmas yang ada di Kota Kendari².

Pada puskesmas yang akan akreditasi, baik Puskesmas rawat inap maupun non rawat inap, akan dilakukan penilaian terhadap tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu kelompok Administrasi dan Manajemen, kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Penilaian ini dilakukan berdasarkan Standar Akreditasi Puskesmas yang terdiri dari 9 Bab. Penetapan status Akreditasi Puskesmas terdiri dari tidak terakreditasi, terakreditasi dasar, terakreditasi madya, terakreditasi utama, dan terakreditasi paripurna¹.

Status terakreditasi dasar didapatkan apabila pencapaian nilai Bab I, II = 75%, Bab IV, V, VII = 60%, dan Bab III, VI, VII, IX = 20%. Untuk dapat mencapai status terakreditasi dasar ini maka puskesmas harus mempersiapkan berbagai sumber daya di Puskesmas sehingga dapat melaksanakan kegiatan administrasi dan manajemen, upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan perorangan yang sesuai dengan standar Akreditasi yang ingin dicapai puskesmas. Selain itu, untuk melaksanakan kegiatan di puskesmas yang sesuai dengan standar Akreditasi Puskesmas diperlukan perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko di puskesmas yang dilakukan secara berkesinambungan sehingga kesiapan dari Puskesmas untuk dapat melaksanakan pelayanan berdasarkan standar Akreditasi yang ada merupakan hal yang sangat penting¹.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan³.

Tujuan utama Akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem

program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat Akreditasi. Pendekatan yang dipakai dalam Akreditasi Puskesmas adalah keselamatan dan hak pasien beserta keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegaskan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan. Kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan sehingga dalam melaksanakan pelayanan kesehatan harus senantiasa memperhatikan keselamatan pasien⁴.

Upaya peningkatan mutu pelayanan merupakan hal yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan bidang kesehatan. Peningkatan kualitas kesehatan ini bukanlah hal yang mudah karena tidak hanya berlaku untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit, tetapi juga berlaku untuk semua tingkatan pelayanan kesehatan dasar yaitu Puskesmas⁵.

Kebijakan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya Puskesmas adalah dengan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, TempatPraktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Hal ini bertujuan untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas. Oleh karena itu, perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme Akreditasi dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat 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. BPJS akan menghentikan kerjasama kemitraan dengan Puskesmas yang belum terakreditasisampai tahun 2019⁶.

Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), dan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan berdasarkan Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, semua Puskesmas harus terakreditasi pada tahun 2019, jika tidak terakreditasi maka Puskesmas tersebut tidak bisa bekerja sama dengan pihak BPJS Kesehatan dan tidak bisa mendapat bantuan Dana Alokasi Khusus (DAK) sehingga Puskesmas akan dilebur³.

Dalam menjalankan fungsinya sebagai Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas Kemaraya memiliki beberapa staf sebagai pelaksana tugasnya, yang bekerja sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing. Total tenaga PNS sebanyak 41 orang, dan tenaga honorer sebanyak 32 orang⁷.

Puskesmas Kemaraya yang terletak dalam wilayah Kecamatan Kendari Barat merupakan suatu organisasi

fungsional yang berfungsi dalam pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan menyeluruh dan terpadu melalui kegiatan pokok yang ada. Pelayanan kesehatan menyeluruh yang dimaksud mencakup pelayanan kuratif (pengobatan), Preventif (Upaya pencegahan) dan rehabilitatif (Pemulihan kesehatan). Sedangkan pelayanan kesehatan terpadu yang dimaksud adalah mencakup pelayanan kesehatan dalam satu kecamatan terdiri dari Balai Pengobatan, Usaha Hygiene Sanitasi Lingkungan, Pemberantasan Penyakit Menular, KIA dan sebagainya⁷.

Puskesmas Kematraya sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kota Kendari bertanggung jawab bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Kedudukan Puskesmas sebagaimana tertuang dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat⁷.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif, informan pada penelitian ini 1 orang yaitu Ketua Bab Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien sebagai informan kunci. Penentuan informan pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Penelitian dilakukan di Puskesmas Kematraya Kota Kendari Tahun 2018. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dan data primer⁸.

HASIL

Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien

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. Mengenai Alur prosedur pendaftaran, berikut penjelasan dari RA :

"... Alur prosedurnya yaitu pasien datang mengambil nomor antrian sama nomor kartu sesudah mengambil nomor kartu pasien tersebut duduk sambil menunggu petugas pendaftaran panggil, pada saat petugas pendaftaran panggil ditanya apakah sudah pernah berkunjung sebelumnya atau belum pernah berkunjung. Kalau pasien tersebut sudah pernah berkunjung ditanyakan kartu berobatnya atau kartu control. Apa bila pasien sudah pernah berobat ditanyakan kartunya tapi kalau belum pernah berobat dibikinkan kartu control baru. Setelah itu petugas tanya lagi KTP sama BPJS atau kartu jaminan sosial yang lain. Setelah itu petugas pendaftaran bawa ke rekam medic di poli-poli yang dituju tapi sebelumnya petugas menanyakan pasien ini keluhannya apa, apakah pasien keluhannya sakit gigi berarti diarahkan ke poli gigi tapi kalau keluhannya sakit kepala diarahkan ke poli umum. Kemudian pasien duduk kembali ke ruang tunggu sambil menunggu panggilan di poli-poli yang dituju..." (sumber : RA. 25-10-2018)

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. Mengenai bagaimana Kajian awal dilakukan, berikut penjelasan RA :

"... Jadi kajian awalnya yaitupertama nomor rekam medis yang sesuai terus nama dan tanggal lahir yang paling penting agar identifikasi tidak tertukar. Selain itu ada nama petugas yang mengidentifikasi pada saat itu. Kemudian paling awal kami bikin riwayat kesehatan, riwayat kesehatannya kita tanya keluhan utamanya dan penyakitnya yang sekarang. Kedua masuk pada pemeriksaan fisis, pada pemeriksaan fisis yang dilihat kesadarannya, tekanan darah, nadi, pernafasan, termasuk GCS nya. Terus ada sistem persarafan, sistem pencernaan, abdomennya, sistem musculoskeletal, sistem reproduksi, otograf. Terakhir dilakukan kajian data fisiologis, sosiologis dan spiritual, didalam rekam medic ada family folder yang kami punya disini, Di dalam family folder kajian awalnya dibikin masing-masing setiap pasien. Itu yang kamilakukan kajian awal paripurna..." (sumber : RA. 25-10-2018)

Selain itu juga, mengenai kajian awal yang dilakukan apakah prosedur pengkajiannya tersebut menjamin tidak terjadi pengulangan. Berikut penjelasan RA :

"... Jadi kita bikin namanya SOP, karena dengan adanya kajian awal misalnya pasien tersebut terkena hipertensi dan DM berarti pada saat dikaji kita sudah apa-apa saja yang mau diperiksa. Kalau pasien tersebut mengalami penyakit DM berarti yang harus diperiksa adalah gulanya. Jadi sekaligus diperiksa dengan labnya, jadi caranya agar tidak terjadi pengulangan itu anamnesa yang bagus termasuk dibantu dengan kajian awal sehingga tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu disitu..." (sumber : RA. 25-10-2018)

Kajian hanya boleh dilakukan oleh tenaga profesional yang berkompeten. 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 kebutuhan pasien. Mengenai tersedianya tim antar profesi Berikut penjelasan RA :

"... Jadi tim antar profesi itu dibikinkan nota tugas dari kepala puskesmas. Tim inter profesi itu dalam satu pasien ada semua profesinya. Misalnya contohnya pasien TB, jadi pasien TB di P2M kalau tidak salah jadi itu programmer. TB ini dokter sudah mendiagnosa, programmer ini tugasnya dia menjelaskan obatnya, mengontrol. Jadi semua tim dibikinkan nota tugas yang didalamnya berisi ketua, sekretaris dan anggota. termasuk juga di poli gigi. Kalau misalnya dokter sudah memberi tindakan pasien tiba-tiba terkena hipertensi otomatis poli gigi dan poli umum itu bekerja sama antara obat hipertensinya di kasih terus dikasih juga dengan obat giginya..." (sumber : RA. 25-10-2018)

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. Mengenai ada jaminan kualitas terhadap peralatan ditempat pelayanan tersebut, berikut penjelasan RA :

"... Kualitasnya memang sudah sesuai dengan standar yang diperlukan. Maksudnya disini kalau pemeriksaan yang diperlukan seperti teteskop, dan alat-alat di UGD sesuai dengan apa yang dilakukan. Seperti contohnya kalau dijahit itu alatnya sudah lengkap namanya alatnya yaitu bedah minor. Misalnya pasien sesak itu juga sudah ada alatnya dan itu alatnya memang sudah sesuai dengan standar. Termasuk alat sterilnya itu sudah terbaru. Mengenai SOP pemeliharaan ada kami punya, jadi pemeliharaan itu di bagi dua pemeliharaan medis dan non medis..."(sumber : RA. 25-10-2018).

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. Mengenai kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan layanan terpadu, berikut penjelasan RA:

"... Kepala Puskesmas membuat kebijakan itu ada surat SK nya.. dan semua petugas tau mengenai kebijakan itu. Kita bikin dalam bentuk rapat sebelum dibentuknya SK, pada saat rapat tersebut kepala Puskesmas menjelaskan hal-hal apa saja yang perlu dilakukan. Termasuk dengan yang bertugas semua ada nota tugasnya seperti di kartu itu kapus bikin nota tugas. Jadi misalnya di kartu itu siapa tugasnya dan tugas-tugasnya apa saja jadi dalam bentuk tupoksi namanya. Termasuk juga di poli misalnya saya dokter itu tugasnya saya ada tapi itu dalam bentuk tugas tapi SK nya di jadikan satu..."(sumber : RA. 25-10-2018).

Selain itu, ada tindak lanjut yang dilakukan jika terjadi ketidaksesuaian antara rencana layanan dengan kebijakan dan prosedur, berikut penjelasan dari RA :

"... Jadi setiap SK yang kami keluarkan ada kata-kata didalam SK itu apabila ada perubahan nanti akan dibentuk lagi. Jadi SK itu tidak baku maksudnya tidak bilang satu untuk selamanya di pakai itu nanti bisa ada perubahan. Jadi kalau kita sudah lakukan bahwa ada lagi yang harus ditambahkan dalam SK itu kita tuangkan lagi misalnya ternyata harus ada kebijakan ini lagi itu akan dituangkan lagi..."(sumber : RA. 25-10-2018).

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. Mengenai tersedia prosedur rujukan yang jelas serta proses

rujukannya dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien, berikut penjelasan dari RA :

"... Karena disini menggunakan sistim online sudah sesuai dengan prosedurnya, jadi berupa online langsung dari BPJS sendiri. Contoh kecilnya misalnya mata dari pasien tersebut minus. berarti pasien tersebut memerlukan kacamata untuk membantu penglihatannya yang minus. Berarti dirujuk ke fasilitas yang lebih lengkap misalnya ke dokter mata sehingga pasien tersebut di tes minus berapa setelah itu diberikan kacamata yang sesuai dengan kebutuhan mata pasien tersebut. Tapi kebutuhan juga dalam arti kata berdasarkan memang pasien tersebut membutuhkan, jadi disini dokter juga yang menentukan jadi bukan sebenarnya pasien yang menentukan dia butuh atau tidak..." (sumber : RA. 25-10-2018).

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 local anastesi dan sedasi. Pelaksanaan local anaastesi dan sedasi tersebut memenuhi standard dan peraturan yang berlaku, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas. Mengenai Tersedia pelayanan anastesi local dan sedasi sesuai kebutuhan di Puskesmas, berikut penjelasannya dari RA :

"... Iya tersedia. Tapi tidak begitu lengkap juga. Anastesi local itu kalau misalnya seperti pasien luka dijahit di anastesi setelah itu di monitoring. Kalau seperti sedasi tidak ada disini kecuali seperti akan dilakukan tindakan operasi baru di sedasi. Dan prosedur pemberian anastesi ada SOP nya setelah itu di catat direkam medic..." (sumber : RA. 25-10-2018).

Selain itu, mengenai dokter melakukan pembedahan minor melakukan kajian sebelum melaksanakan pembedahan. Berikut penjelasan dari RA :

"... Di rekam medic itu tertulis. Jadi sebelum dokter melakukan tindakan pembedahan misalnya dokter melakukan informed consent setelah itu dilakukan dan ditulis di rekam medic oleh dokter gigi. Pada saat itu misalnya dilakukan anastesi itu lebih ke dokter gigi. Karena kalau dokter umum jarang melakukan pembedahan minor..." (sumber : RA. 25-10-2018).

Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara petugas kesehatan dengan pasien/keluarga. Pasien perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, oleh karena itu penyuluhan dan pendidikan pasien perlu dipadukan dalam pelayanan klinis. Mengenai rencana layanan yang disusun memuat pendidikan/penyuluhan pasien, berikut penjelasan RA :

"... Disini pendidikan untuk dokter dan pegawai itu sangat penting karena apabila menjelaskan sesuatu kepada pasien harus sesuai dengan pendidikan mereka seperti pada pasien yang sekolah dan tidak sekolah pengucapannya berbeda. Selain itu juga dilakukan penyuluhan di rekam medic, misalnya pada pasien yang terkena penyakit DM disitu diberikan penyuluhan untuk mengurangi makanan yang manis-manis seperti

nasi putih..." (sumber : RA. 25-10-2018).

Berdasarkan wawancara tersebut, dapat diketahui bahwa Puskesmas Kemaraya telah memenuhi kriteria standar pelaksanaan UKP dalam memenuhi tuntutan akreditasi pada Bab VII Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan menyesuakannya dengan misi dan sumber daya yang tersedia di Puskesmas dengan sasaran keselamatan pasien dan petugas sudah diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan Puskesmas sampai dengan tindak lanjut yang akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien

Sedangkan berdasarkan observasi, dalam mendukung pelaksanaan Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien, penanggung jawab serta pelaksanadi Puskesmas Kemaraya menyiapkan surat keputusan atau SK dari kepala Puskesmas, SOP sebagai panduan pelaksanaannya, Pedoman sebagai referensi pelaksanaan seperti undang-undang dan Permenkes, Rencana Tahunan/perbaikan hingga Kerangka Acuan Kegiatan Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien.

Sedangkan berdasarkan observasi, dalam mendukung pelaksanaan Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien, penanggung jawab serta pelaksanadi Puskesmas Kemaraya menyiapkan surat keputusan atau SK dari kepala Puskesmas, SOP sebagai panduan pelaksanaannya, Pedoman sebagai referensi pelaksanaan seperti undang-undang dan Permenkes, Rencana Tahunan/perbaikan hingga Kerangka Acuan Kegiatan Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien.

DISKUSI

Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien.

Berdasarkan Permenkes No 46 (2015), tentang akreditasi Puskesmas, bahwa untuk Pokja UKP yang ditinjau dari Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien dilaksanakan dengan standar bahwa Puskesmas memperhatikan kebutuhan pasien dan menyesuakannya dengan misi dan sumber daya yang tersedia di Puskesmas dengan sasaran keselamatan pasien dan petugas sudah diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan Puskesmas sampai dengan tindak lanjut yang akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien⁹.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada proses pendaftaran pasien memenuhi kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai dengan terlaksananya alur prosedur pendaftaran dengan baik mulai dari pengambilan nomor antrian sampai dengan menunggu panggilan dari petugas kesehatan untuk menuju ke poli yang dituju. Hal ini didukung dengan hasil observasi dengan tersedianya SOP pendaftaran.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa kajian awal dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan dengan membuat nomor rekam medis yang sesuai seperti nama dan tanggal lahir untuk menghindari terjadinya identifikasi yang tertukar. Kemudian ada nama petugas untuk mengetahui siapa yang mengidentifikasi pada saat itu serta dibuat dengan riwayat kesehatannya. Agar tidak terjadi pengulangan pada prosedur pengkajian, dilakukan anamnesa yang bagus oleh petugas kesehatan termasuk dibantu dengan prosedur kajian awal sehingga tidak ada pengulangan yang tidak perlu. Kajian tersebut dilakukan oleh tenaga profesional yang berkompeten. 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 kebutuhan pasien. Tim kesehatan antar profesi disini dibuatkan nota tugas yang

terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota. Pada pelaksanaan kajian juga harus memperhatikan privasi dari pasien. Oleh

karena itu proses kajian 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 terhadap peralatan ditempat pelayanan tersebut sudah sesuai dengan standar yang diperlukan seperti contohnya luka jahit itu alatnya sudah lengkap yaitu alat bedah minor. Hal ini didukung dengan hasil observasi dengan tersedianya SOP pengkajian awal klinis, SOP pelayanan medis, SOP pembentukan tim interprofesi dan SOP pemeliharaan peralatan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dalam menyusun rencana layanan perlu dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang jelas sesuai dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan. Mengenai kebijakan dan prosedur yang jelas untuk menyusun rencana layanan medis dan layanan terpadu disini kepala Puskesmas membuat kebijakan serta SK dan semua petugas kesehatan mengetahui mengenai kebijakan tersebut. Tetapi sebelum dibentuknya SK, terlebih dahulu kepala Puskesmas membentuk rapat untuk menjelaskan apa saja tugas yang perlu dilakukan oleh petugas kesehatan yang terkait. Jika terjadi ketidaksesuaian antara rencana layanan dengan kebijakan dan prosedur akan dilakukan tindak lanjut. Didalam pembuatan SK disitu tertulis apabila ada perubahan atau tambahan kebijakan, akan dibentuk lagi perubahan dan tambahan tersebut kemudian dituangkan dalam SK yang dimaksud. Hal ini didukung dengan hasil observasi dengan adanya kebijakan dan SOP penyusunan rencana layanan medis.

Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa pada proses rujukan diatur dengan kebijakan dan prosedur yang jelas sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat. Prosedur rujukan yang jelas serta proses rujukannya dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien disini proses rujukannya dilakukan secara online langsung dari BPJS. Misalnya pasien yang mempunyai masalah pada mata yaitu mata minus tentunya akan dirujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap yaitu dokter mata untuk diukur minusnya berapa dan diberikan kacamata sesuai dengan kebutuhan pasien tersebut. Hal ini didukung dengan hasil observasi dengan adanya SOP rujukan.

Pasien mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien sehingga meningkatkan luaran klinis yang optimal ada kerjasama antara petugas kesehatan dengan pasien/keluarga, oleh karena itu penyuluhan dan pendidikan pasien perlu dipadukan dalam pelayanan klinis. Disini pendidikan untuk dokter dan pegawai itu sangat penting karena apabila menjelaskan sesuatu kepada pasien harus sesuai dengan pendidikan mereka seperti pada pasien yang sekolah dan tidak sekolah pengucapannya berbeda. Selain itu juga dilakukan penyuluhan di rekam medic, misalnya pada pasien yang terkena penyakit DM disitu diberikan

penyuluhan untuk mengurangi makanan yang manis-manis seperti nasi putih. Hal ini didukung dengan hasil observasi

dengan adanya SOP bukti pelaksanaan pendidikan/penyuluhan.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa Puskesmas Kemaraya yang ditinjau dari layanan klinis yang berorientasi pasien telah siap untuk akreditasi berdasarkan standar pelaksanaan akreditasi.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kesiapan akreditasi ditinjau dari segi layanan klinis yang berorientasi pasien di Puskesmas Kemaraya, dapat disimpulkan bahwa telah siap untuk akreditasi berdasarkan standar pelaksanaan akreditasi dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan menyesuaikannya dengan misi dan sumber daya yang tersedia di Puskesmas dengan sasaran keselamatan pasien serta didukung dengan hasil observasi yang mendukung pelaksanaan Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien, penanggung jawab serta pelaksana Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien di Puskesmas Kemaraya menyiapkan surat keputusan atau SK dari kepala Puskesmas, SOP sebagai panduan pelaksanaannya, Pedoman sebagai referensi seperti undang-undang dan Permenkes, Rencana Tahunan/perbaikan hingga Kerangka Acuan Kegiatan Layanan Klinis Yang Berorientasi Pasien.

SARAN

1. Bagi Puskesmas Kemaraya

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas Kemaraya dalam menghadapi akreditasi sebaiknya dari masing-masing tim menjalin komunikasi dan kerja sama dengan baik dalam melaksanakan atau menjalankan tugas serta kegiatan agar mendapatkan hasil secara optimal dan memuaskan.

2. Bagi Peneliti

Dengan melakukan penelitian mengenai akreditasi Puskesmas pada pokja upaya kesehatan perorangan, diharapkan selama melakukan penelitian di Puskesmas Kemaraya peneliti dapat menjadikan sebagai suatu pembelajaran serta pengalaman agar kedepannya bisa jauh lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI, 2014. Buku Pedoman Akreditasi Puskesmas. Jakarta : Indonesia.
2. Kemenkes RI, 2017. Jumlah Puskesmas Yang Terakreditasi. Jakarta : Indonesia
3. Permenkes RI. 2014. *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Indonesia
4. Sulistinah, Agus. Witcahyo, Eri dan Sandra, Christyana. 2017. *Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Upt.Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember*. e-Jurnal Pustaka Kesehatan, vol. 5, (no.3), september, 2017:581-587.
5. Maghfiroh, Lailatul dan Rochmah Thinni Nurul. 2017. *Analisis Kesiapan Puskesmas Demangan Kota Madiun*

No. 4, Desember 2017 Hal 330-336.

6. Farzana, Nissa K, Anneke Suparwati, dan Septo Pawelas Arso. 2016. *Analisis Kesiapan Akreditasi Dasar Puskesmas Mangkang Di Kota Semarang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal), Volume 4, Nomor 4, Oktober 2016 : 95-103.
7. Puskesmas Kemaraya. 2017. *Profil Puskesmas Kemaraya*. Kendari : Profil Puskesmas
8. Sarwono, Mekar dwi Anggraeni, 2011. *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta
9. Permenkes RI. 2015. *Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. Jakarta: Indonesia