

**ANALISIS TANGGUNG JAWAB TENAGA KLINIS DAN PEMAHAMAN MUTU LAYANAN KLINIS
PUSKESMAS DALAM KESIAPAN PELAKSANAAN AKREDITASI PUSKESMAS DI WILAYAH
KOTA KENDARI TAHUN 2018****Idayanti¹ Nani Yuniar² La Ode Ali Imran Ahmad³**¹²³Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo¹idayanti466@gmail.com ²naniyuniar@yahoo.co.id ³imranoder@gmail.com**ABSTRAK**

Upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali. BPJS akan menghentikan kerjasama kemitraan dengan Puskesmas yang belum terakreditasi sampai tahun 2019. Di kota kendari Puskesmas yang belum terakreditasi berjumlah 9 unit Puskesmas dari 15 Puskesmas. Tujuan penelitian untuk mengetahui kesiapan akreditasi berdasarkan tanggung jawab tenaga klinis dan pemahaman mutu layanan klinis Puskesmas dalam kesiapan pelaksanaan akreditasi Puskesmas di wilayah kota kendari tahun 2018. Penelitian menggunakan pendekatan Fenomenologi dengan jenis penelitian kualitatif dengan jumlah informan sebanyak 8 (Delapan) orang pada 4 Puskesmas, informan kunci ketua peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP) dan informan biasa anggota peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ke 4 Puskesmas di wilayah kota kendari telah siap akreditasi berdasarkan hasil wawancara dan didukung dengan persiapan dokumen dari segi tanggung jawab tenaga klinis dan pemahaman mutu layanan klinis akan tetapi dari ke 4 Puskesmas yaitu Puskesmas Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas yang lebih siap akreditasi dari hasil wawancara yaitu Puskesmas Labibia dan Puskesmas Perumnas dari segi dokumen dan sumber daya. Disarankan dilakukan penelitian lebih lanjut terkait tanggung jawab tenaga klinis dan pemahaman mutu layanan klinis dengan pendekatan fenomenologi.

Kata Kunci : Akreditasi, Tanggung Jawab Tenaga Klinis dan Pemahaman Mutu Layanan Klinis, Puskesmas

**THE ANALYSIS OF CLINICAL OFFICERS RESPONSIBILITY AND UNDERSTANDING OF CLINICAL SERVICES
QUALITY OF PUBLIC HEALTH CENTER IN THE READINESS OF THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC
HEALTH CENTER ACCREDITATION IN KENDARI CITY IN 2018****Idayanti¹ Nani Yuniar² La Ode Ali Imran Ahmad³**

123 Public Health Faculty of Halu Oleo University

¹idayanti466@gmail.com ²naniyuniar@yahoo.co.id ³imranoder@gmail.com**ABSTRACT**

The Efforts to improve the service quality, Public Health Center (PHC) must be accredited periodically at least 3 (three) years. Social Security Agency of Health (BPJS) will cease partnership with PHC that have not been accredited until 2019. In Kendari city, there are 9 unaccredited Puskesmas from 15 PHC. The research objective was to determine accreditation readiness based on clinical officers responsibility and understanding of the clinical services quality of PHC in readiness to implementation of PHC accreditation in Kendari city in 2018. The study was qualitative with the Phenomenology approach. There were 8 (eight) informants from 4 PHC. Key informant was the chairman of the clinical quality and patient safety improvement (PMKP) and ordinary informant were the members of the clinical quality improvement and patient safety (PMKP). The results of this study showed that the 4 PHC in Kendari city were ready for accreditation based on the results of interviews and supported by document preparation in terms of clinical officers responsibility and understanding of clinical service quality namely PHC of Mekar, Labibia, Mata and Perumnas. The PHC that ready for accreditation from interviews, namely PHC of Labibia and Perumnas in terms of documents and resources. Further research is recommended regarding the clinical officers responsibility and understanding of clinical services quality with the phenomenology approach.

Keywords: Accreditation, Clinical Officers Responsibility and Understanding of Clinical Service Quality, Public Health Center.

PENDAHULUAN

Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya¹

Kebijakan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya Puskesmas adalah dengan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. 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 terakreditasi sampai tahun 2019²

Berdasarkan data Kementrian Kesehatan tahun 2017, 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% (Kemenkes RI, 2017). 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 Tenggara³

Berdasarkan data dari dinas kesehatan di Kota Kendari jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi berjumlah 6 unit yaitu Puskesmas lepo-lepo, Puskesmas poasia, Puskesmas Puuwatu dan Puskesmas Wua-Wua ke 4 Puskesmas ini terakreditasi dengan status akreditasi madya sedangkan keduanya yaitu Puskesmas Abeli dan Puskesmas Benu-Benu dengan status akreditasi dasar dari 15 Puskesmas yang ada di kota Kendari. sedangkan Puskesmas yang belum terakreditasi berjumlah 9 unit yang masih

melakukan perisapan akreditasi dimana Puskesmas Mekar, Puskesmas Mokoau, Puskesmas Labibia, Puskesmas Perumnas, Puskesmas Kemaraya, Puskesmas Kandai, Puskesmas Mata, Puskesmas Jati Raya dan Puskesmas Nambo⁴

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 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 pasien⁵

Pada saat melakukan studi pendahuluan ke 4 Puskesmas di kota kendari yaitu Puskesmas Mekar, Puskesmas Labibbia, Puskesmas Mata dan Puskesmas Perumnas Kota Kendari, ke 4 Puskesmas ini sedang melakukan persiapan akreditasi yang akan dilakukan penilaian pada tahun 2018.

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “analisis tanggung jawab tenaga klinis dan pemahaman mutu layanan klinis Puskesmas dalam kesiapan pelaksanaan akreditasi Puskesmas di wilayah kota kendari tahun 2018”.

METODE

Penelitian menggunakan pendekatan fenomenologi dengan jenis penelitian kualitatif. Jumlah informan pada penelitian ini terdiri dari 8 (Delapan) orang pada 4 Puskesmas, informan kunci ketua PMKP dan informan biasa anggota PMKP. Penentuan Informan pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini dilakukan pada 4 Puskesmas yang berada di wilayah kota kendari yaitu Puskesmas Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas. Jenis data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder dan data primer⁶

HASIL

1. Kesiapan Akreditasi Berdasarkan Tanggung Jawab Tenaga Klinis di 4 Puskesmas (Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas) di Wilayah Kota Kendari

Perencanaan, Monitoring, dan Evaluasi Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan menjadi Tanggung Jawab Tenaga yang Bekerja di Pelayanan Klinis. Tenaga klinis berperan aktif dalam proses peningkatan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien.

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan no 46 tahun 2015 dalam tanggung jawab tenaga klinis terdiri dari 16 elemen yang harus dipenuhi dalam persiapan akreditasi Puskesmas, adapun hasil penelitian dari ke 4 Puskesmas adalah.

- a Tenaga klinis (dokter, perawat atau tenaga profesi kesehatan yang lain) ber peran dalam merencanakan dan mengevaluasi mutu layanan klinis dan upaya peningkatan keselamatan pasien.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Semua tenaga klinis ikut berperan, seperti dokter gigi, analis farmasi, perawat gigi, bidan dan lain-lain dengan cara diadakan pertemuan untuk merencanakan terkait dengan mutu layanan klinis ..."(IK dan IB)

- b Ditetapkan indikator dan standar mutu klinis untuk monitoring dan penilaian mutu klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"...Diadakan pertemuan/rapat dan pada saat rapat ditetapkan standar pelayanan .dengan cara, misalnya dalam pelayanan administrasi setiap pasien ditargetkan hanya membutuhkan waktu 7 menit dalam pengantrian, jika tidak tercapai sesuai target yang telah ditentukan maka dilakukan pertemuan kembali...". (LK.IK dan R.IB)"

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Kegiatan yang kami lakukan itu pertemuan penyusunan indikator masing-masing, setiap penanggung jawab, waktu pertemuan itu dibulan januari 2018 dan yang terlibat penanggung jawab layanan klinis misalnya poli umum ada masalah yang ditemukan atau bersifat urgent dialah yang akan diangkat untuk perencanaan selanjutnya, dimonitoring, dievaluasi dan ditindak lanjuti..." (MJ.IK dan WMI.IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Ada indikator masing-masing ruangan, dilakukan pertemuan dan dibahas dalam rapat dan di SK kan oleh kepala Puskesmas yang terlibat itu semua tenaga klinis, penanggung jawab dan kepala Puskesmas..." (I.IK dan A.IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Ditetapkan sesuai SPM, permenkes no 129 tahun 2008 itu SPM untuk penetapan indikator mutu klinis, dilakukan pencatatan setiap hari indikatornya ada ditempel diruangan-ruangan..." (RY.IK dan RON.IB)

- c Mengenai apakah dilakukan pengumpulan data, analisis, dan pelaporan mutu klinis dilakukan secara berkala.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Ada hasil pengumpulan data, masing-masing unit layanan tersedia buku pengumpulan data yang dilakukan secara berkala terkait semua kegiatan pelayanan stiap unit..." (IK dan IB)

- d Kepala Puskesmas bersama tenaga klinis melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil monitoring dan penilaian mutu klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Diadakan pertemuan dan dibahas mengenai masalah yang ditemukan pada saat pencatatan serta dilakukan pemecahan masalah semua tenaga klinis memberikan rekomendasi untuk penyelesaian masalah yang didapatkan..." (IK dan IB)

- e Dilakukan identifikasi dan dokumentasi terhadap Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kejadian Potensial Cedera (KPC) maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC).

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"...Misalkan ada pasien yang keracunan obat yang diberikan oleh petugas pelayanan kesehatan maka dengan kejadian ini tenaga kesehatan mengidentifikasi mencari penyebab kejadian tersebut, setiap tim seperti KTD, KPC dan KNC standby untuk mengidentifikasi..." (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Kegiatan yang dilakukan itu setiap unit melaporkan jika ada kejadian dan setiap ada kejadian harus melapor, misalnya dilakukan triase, pemilahan keadaan atau kondisi (luka) pasien kalau

merah=berat, kuning =ringan, dan hijau= sedang setelah itu jika ada kejadian dilaporkan kepada tim UKP dan tim UKP melapor ke PMKP selanjut PMKP melapor ke pada kepala Puskesmas..." (MJ.IK dan WM.IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Ada telusur didatangi semua masing-masing unit pelayanan, pada saat rapat pertama disampaikan apa saja yang bermasalah kemudian nanti tim audit turun ke masing-masing ruangan, dokumen kejadian KTD ini mempunyai format khusus dimasing-masing ruangan disimpan formatnya, disetiap ada kejadian dilaporkan adapun yang terlibat itu semua unit pelayanan ada yang ditunjuk satu penanggung jawab, jadi pada saat ada kejadian secara otomatis dibentuk tim kecil, umpamanya di apotik terjadi masalah nah diapotik tersebut dibuat tim yang mengetahui penanggung jawab apotik...." (I.IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Dilakukan analisis setiap bulan, kegiatannya itu dilakukan pengumpulan data, untuk dokumentasinya misalkan kalau ada plafon bocor kita foto itukan bisa menyebabkan kejadian nyaris cedera, maksudnya jangan sampai bocor pasien bisa terpleset, jadi kita laporkan kepada kepala puskesmas setelah itu nanti ditindak lanjuti oleh kepala Puskesmas kapan akan di perbaiki..." (RY.IK dan RON.IB)

f Ditetapkan kebijakan dan prosedur penanganan KTD, KPC, KNC, dan risiko dalam pelayanan klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Ada dokumen berupa SK prosedur penanganan KTD, KPC, KNC. kebijakan tersebut dituangkan dalam SK pada saat rapat..." (IK dan IB)

g Jika terjadi KTD dan KNC dilakukan analisis dan tindak lanjut,

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"...Dibuat dokumen RCA (Root Cause Analysis) yang dibuat oleh penanggung jawab dan tim RCA menindak lanjuti. pertama dilaporkan kepada penanggung jawab PMKP kemudian penanggung jawab PMKP melaporkan ke ketua Mutu dan ketua mutu melaporkan kepada kepala Puskesmas setekah itu kepala Puskesmas menindak lanjuti apakah kasus perlu dilaporkan ke dinas atau tidak..." (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Analisisnya itu dilakukan setiap tiga bulan akan tetapi pengumpulan datanya dilakukan per bulan. contoh kasus kesalahan pemberian obat karena nama pasien yang sama jadi tertukar untuk tindak lanjutnya petugas harus melihat secara teliti baik dari nama, alamat dan lain-lain agar kesalahan tersebut tidak terulang..." (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Dilakukan ada bukti hasil analisisnya, kita identifikasi mana yang mau didahulukan yang akan ditindak lanjuti..." (I.IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Misalnya kaya plafon bocor kalau di biarkan kan bisa-bisa pasien terpleset karena lantai licin jadi sebelum ada kejadian kami melakukan perbaikan, pernah ada kejadian dokter salah tarik resep karena di depan itukan ada dua list pasien dia mungkin salah tarik list jadi dia salah nama, jadi petugas apotik melapor kembali kedokter karena pada saat di panggil pasiennya ternyata salah. salah satu bentuk tindak lanjutnya jadi dokter harus menuliskan kembali resep dengan jelas, nama, alamat dan tempat tinggal..." (RY.IK dan RON. IB)

h Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis apakah diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Ada misalnya jika terjadi masalah resikonya sudah rangking yang ringan, sedang, berat. jadi sudah ada bentuk analisisnya semua resiko-resiko yang mungkin terjadi, dokumennya itu register reesiko..." (IK dan IB)

i Apakah dilakukan analisis risiko dan upaya-upaya untuk meminimalkan risiko pelayanan klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Kegiatannya kita melihat apa saja yang beresiko pada pelayanan sehingga untuk meminimalkan resiko kami mengadakan perbaikan atau meminimalkan resiko yang mungkin terjadi..." (IK dan IB)

j Berdasarkan hasil analisis risiko, adanya kejadian KTD, KTC, KPC, dan KNC, upaya peningkatan keselamatan pasien direncanakan, dilaksanakan, dievaluasi, dan ditindaklanjuti.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

*"...Misalkan KTD seperti lantai licin tindak lanjutnya maka petugas *cleaning service* langsung membersihkan, untuk KNC misalkan jika obat pasien tertukar karena pasien tersebut memiliki nama yang sama maka untuk tindak lanjutnya dan evaluasi petugas harus lebih teliti dalam memberikan resep dengan cara melihat nama dan alamat pasien..."* (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Laporan hasil analisis, misalnya insiden pemberian resep yang salah, nanti dianalisis apakah KTD, KTC, KNC dan KPC di tindak lanjuti petugas farmasi berkordinasi dengan dokter untuk mengatasi masalah tersebut. contoh lain misalnya jari terkena pecahan botol pada saat menyiapkan anastesi, analisisnya petugas tidak menggunakan APD untuk tindak lanjutnya monitoring penggunaan APD..." (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Kegiatannya dilakukan rapat dan dianalisis jika ditemukan masalah maka bentuk tindak lanjutnya dilakukan pembenahan fisik dokumennya itu ada dokumentasi sebelum dan sesudah..." (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Dilakukan pertemuan disitulah dibahas semua setelah perencanaan, evaluasi dan bentuk tindak lanjutnya itu kita laporkan kepada kepala Puskesmas misalkan ada kursi roda yang rusak nanti kepala Puskesmas yang menindak lanjuti..." (RY. IK dan RON. IB)

k Mengenai dilakukan evaluasi dan perbaikan perilaku dalam pelayanan klinis oleh tenaga klinis dalam pelayanan klinis yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan yang berkelanjutan.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"...Contohnya pelayanan ruang tindakan jahit luka tidak mencerminkan budaya keselamatan misalnya tidak menggunakan handskun, tidak menggunakan masker. misalkan pasien ada 5 orang sementara alatnya gonta ganti, itu tidak mencerminkan budaya

berkelanjutan maka harus sesuai dengan prosedur. contoh lain untuk perbaikan perilaku jika tenaga klinis bertemu dengan pasien harus ramah dan budayakan 5s..." (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Kegiatan yang kami lakukan itu membuat kuesioner indikator perilaku dilakukan dalam sekali setahun. contoh lain misalkan petugas sebelum melakukan pelayanan harus mencuci tangan, disini ada lima cara cuci tangan dan ada juga yang enam langkah. yang lima langkah itu dilakukan apabila melakukan tindakan secara langsung sedangkan yang enam sebaliknya..." (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Seperti penggunaan APD contoh lainnya itu bisa dilihat seperti kotak saran, 5S, kuesioner, dokumennya itu ada buku bantu namanya, buku bantu bisa dilihat rekapannya masing-masing ruangan, masing-masing ruangan ada yang bertanggung jawab satu yang merekap..." (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Misalnya sebelum melakukan tindakan harus mencuci tangan, disini setiap hari pada saat apel selalu mencuci tangan dan untuk tata nilainya ada tata nilai klinis dan tata nilai PERUMNAS..." (RY. IK dan RON. IB)

l Budaya mutu dan keselamatan pasien diterapkan dalam pelayanan klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Dibuatkan SK penerapan tata nilai dan budaya contohnya tata nilainya 5S dan lain-lain..." (IK dan IB)

m Mengenai 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.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"...Dilakukan pertemuan ada daftar hadir tenaga klinis undangan, agend dll, dan penyusunan program. harus ada buku pencatatan dalam setiap hari. akhir bulan

dikumpul dan direkap. anggota mengumpulkan kepada penanggung jawab mutu dan penanggung jawab melapor kepada kepala Puskesmas selanjutnya kepala menindak lanjuti dan melaporkan ke dinas...” (LK. IK dan R. IK)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Pengumpulan data capaian dilakukan setiap bulan dan analisisnya setiap tiga bulan sekali diadakan rapat dan semua anggota klinis ikut terlibat...” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Dalam rapat semua tenaga klinis sudah mempunyai tugas masing-masing, untuk mencapai indikator yang telah ditetapkan semua tenaga klinis dilibatkan, dokumentasinya juga ada...” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Dilakukan pertemuan, setiap 3 bulan dievaluasi apakah standar yang telah ditentukan tercapai atau tidak di bahas pada saat rapat ...” (RY. IK dan RON. IK)

n Mengenai apakah dialokasikan sumber daya yang cukup untuk kegiatan perbaikan mutu layanan klinis dan upaya keselamatan pasien.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

“...Misalkan pelayanan masih menggunakan yang lama. contohnya mesin nomor antrian jika tidak ada maka pasien akan gaduh. jadi harus dialokasikan untuk meningkatkan mutu...” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Kegiatan yang dilakukan melalui perencanaan, perbaikan area prioritas layanan yang disesuaikan dengan kemampuan, sumber daya yang ada dan disesuaikan dengan dana yang terlibat itu penanggung jawab pemberi layanan klinis....” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Ada dalam RUK akan tetapi untuk sumber daya tenaga kesehatannya masih kurang sehingga kami

menyesuaikan dengan sumber daya yang ada...” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Kegiatannya banyak kaya ada pelatihan, perbaikan pemasangan washtafel, perbaikan plafon serta ada foto-fotonya mana yang lebih prioritas itu yang kami lakukan perbaikan untuk meningkatkan mutu klinis...” (RY dan RON. IB)

o Mengenai apakah ada program/kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang disusun dan direncanakan oleh tenaga klinis, dari hasil wawancara ke 4 Puskesmas dapat dilihat sebagai berikut :

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

“...Penetapan indikator jika tidak ada penetapan indikator maka kita tidak dapat mengukur, penetapan penanggung jawab PMKP, penanggung jawa RCA, penanggung jawab FMEA, program penetapan indikator...” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Kegiatan yang kami lakukan itu merencanakan perbaikan area prioritas untuk meningkatkan mutu layanan klinis yang terlibat dalam kegiatan ini penanggung jawab pemberi layanan klinis...” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Kegiatannya itu dilakukan rapat tim mutu untuk membahas kegiatan program yang akan kami lakukan untuk meningkatkan mutu Puskesmas...” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Dilakukan pertemuan, terus kita susun rencana apa yang akan kita buat, misalnya 6 sasaran keselamatan pasien itu kita targetkan jadi semua tenaga klinis ikut terlibat...” (RY. IK dan RON. IB)

p Program/kegiatan tersebut dilaksanakan sesuai rencana, dievaluasi, dan ditindak lanjuti.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

"...Ada buku hasil pengumpulan data indikator yang sudah ditetapkan dilihat apakah sudah dilaksanakan sesuai dengan indikator dengan cara memonitoring dan evaluasi. Akan tetapi yang ada hanya pelaksana program. kami hanya menetapkan indikator. Misalnya penanggung jawab PMKP manajemen resiko, itu tidak dilakukan evaluasi apakah penanggung jawab PMKP sudah melakukan fungsi tugas yang sesuai atau tidak..." (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Dilakukan perbaikan sesuai jadwal yang telah ditentukan selanjutnya dijalankan sesuai yang telah disepakati bersama, waktu kegiatannya ini tidak menentu dan yang terlibat adalah penanggung jawab perbaikan bendahara barang..." (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Bentuk kegiatannya itu dilakukan rapat kami tetapkan dulu jadwalnya pada saat kapan setelah direncanakan kami evaluasi dan ditindak lanjuti begitu terus berulang-ulang..." (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Dilakukan pertemuan per 3 bulan setelah itu kami laksanakan sesuai apa yang rapatkan..." (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara diatas, dapat diketahui bahwa ke 4 puskesmas dalam meningkatkan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, semua tenaga klinis berperan aktif seperti mengidentifikasi permasalahan mutu layanan klinis untuk mencegah terjadinya KTD, KTC, KNC dan KPC, melakukan analisis selama tiga bulan sekali, menyusun rencana perbaikan dengan mengadakan rapat serta melakukan tindak lanjut terhadap hasil rapat yang telah ditentukan untuk melakukan perbaikan. Didukung dengan observasi/telaah dokumen, ke 4 puskesmas telah menyiapkan surat keputusan (SK) terkait penetapan indikator-indikator mutu/kinerja klinis, SK dan SOP penanganan KTD, KTC, KPC dan KNC, kebijakan penerapan manajemen resiko, program mutu dan keselamatan pasien, kebijakan penetapan tata nilai budaya mutu dan keselamatan pasien.

2. Kesiapan Akreditasi Berdasarkan Pemahaman Mutu Layanan Klinis di 4 Puskesmas (Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas) di Wilayah Kota Kendari

Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Dipahami dan Didefinisikan dengan Baik oleh Semua Pihak yang Berkepentingan. Fungsi dan proses layanan klinis yang utama diidentifikasi dan diprioritaskan dalam upaya perbaikan mutu layanan klinis dan menjamin keselamatan.

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan no 46 tahun 2015 dalam pemahaman mutu layanan klinis terdiri dari 12 elemen yang harus dipenuhi dalam persiapan akreditasi Puskesmas, adapun hasil penelitian dari ke 4 Puskesmas adalah.

a Dilakukan identifikasi fungsi dan proses pelayanan yang prioritas untuk diperbaiki dengan kriteria yang ditetapkan.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Dilakukan rapat untuk menentukan pelayanan yang prioritas yang harus diperbaiki dan lebih penting..." (IK dan IB)

b Adakah dokumentasi tentang komitmen dan pemahaman terhadap peningkatan mutu dan keselamatan secara berkesinambungan ditingkatkan dalam organisasi.

Hasil Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Ada penggalangan komitmen terhadap PMKP dan dokumentasi pada saat pertemuan..." (IK dan IB)

c Setiap tenaga klinis dan manajemen memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan dalam layanan klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

"...Diadakan rapat PMKP biasanya di minlok setiap 1 bulan sekali akan tetapi jika ada masalah maka langsung diadakan pertemuan untuk membahas masalah tersebut dan dilaksanakan sesuai dengan indikator dan SOP..." (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Kegiatannya itu penyusunan SOP yang terlibat itu semua pemberi layanan klinis karena jika kita tidak pandai/ memahami pentingnya peningkatan mutu maka akan berdampak pada kita dan keselamatan pasien..." (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Sesuai dengan profesi masing-masing kami bekerja sesuai apa yang kami pahami dan kemampuan masing-masing hanya disini kami terbatas oleh tenaga kerja..." (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...semua harus tahu, jadi itu biasanya kita sosialisasikan seperti pelatihan PPI..." (RY. IK dan RON. IB)

- d Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menetapkan pelayanan prioritas yang akan diperbaiki, dari hasil wawancara informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas dapat dilihat sebagai berikut:

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"...Setelah ada hasil dari 3H + 1P biasanya 10 besar kasus yang ditemui maka dibuatkan SK akan tetapi kedua SK tidak ada..." (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Dilakukan pertemuan dalam tiga bulan sekali untuk menetapkan masalah-masalah jika ada yang ditemukan dalam pelayanan adapun yang terlibat penanggung jawab pemberi layanan klinis dan kepala Puskesmas..." (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) **Puskesmas Mata** dan **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Ada SK nya dilakukan pertemuan dan dilakukan pertimbangan dengan 3H+1P mana yang lebih besar atau tinggi masalahnya itu yang di prioritaskan..." (IK dan IB)

- e Mengenai apakah pimpinan klinik bersama dengan tenaga klinis menyusun rencana perbaikan pelayanan prioritas yang ditetapkan dengan sasaran yang jelas.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Dilakukan rapat tiga bulan sekali ditetapkan masalah yang prioritas dan dilakukan penyusunan rencana perbaikan untuk mengatasi masalah tersebut adapun yang terlibat penanggung jawab pemberi layanan klinis dan kepala Puskesmas..." (IK dan IB)

- f Mengenai apakah pimpinan klinik bersama dengan tenaga klinis melaksanakan kegiatan perbaikan pelayanan klinis sesuai dengan rencana.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Dilakukan rapat pembahasan area perbaikan dan di tindak lanjuti..." (MJ. IK. dan WMI. IB)

- g Mengenai dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan perbaikan pelayanan klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"...Dilakukan evaluasi tetapi pencatatan tidak, evaluasi dilakukan apakah kegiatan tersebut sudah dilakukan sesuai rencana atau tidak..." (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Kegiatannya sesuai dengan siklus PDCA setelah kita melakukan perbaikan kita lakukan evaluasi apakah sudah berjalan sesuai dengan yang kita inginkan, sesuai yang kita rencanakan atau tidak jika tidak dilakukan lagi perencanaan selanjutnya..." (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Ada bukti evalusinya dilakukan pada saat rapat setelah perencanaan, analisis maka kami evaluasi melihat hasilnya apakah sudah sesuai dengan rencana atau tidak..." (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas diatas adapun kutipan wawancaranya adalah

"...Evaluasi dengan siklus PDCA dilakukan pertemuan terus kita evaluasi apa yang bermasalah kita buat kan lagi perencanaan selanjutnya..." (RY. IK dan RON. IB)

- h Apakah Standar/prosedur layanan klinis disusun dan dibakukan didasarkan atas prioritas fungsi dan proses pelayanan.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Dibuatkan SOP layanan klinis berdasarkan masing-masing fungsi pelayanandan disetiap ruangan itu sudah ada SOP nya masing-masing..." (IK dan IB)

- i Mengenai apakah Standar tersebut disusun berdasarkan acuan yang jelas.

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

"Acuannya adalah panduan praktik. pada dokter gigi, dokter umum dan lain-lain" (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) **Puskesmas Labibia** dan **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi

memberikan jawaban yang sama, adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...Acuannya permenkes, UU, buku panduan masing-masing unit layanan, dokumennya itu daftar SOP layanan klinis yang terlibat semua pemberi layanan klinis..." (MJ. IK dan WM. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

"...SK nya ditetapkan oleh kapus untuk SOP itu masing-masing ruangan ada SK dan SOP dan disusun berdasarkan pedoman..." (I. IK dan A. IB)

j Adakah tersedia dokumen yang menjadi acuan dalam penyusunan standard.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Ada pedoman acuantempat kita melihat seperti permenkes, SPM dan lain-lain..." (IK dan IB)

k Ditetapkan prosedur penyusunan standar/prosedur layanan klinis.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Ada SK untuk penyusunan standar masing-masing unit..." (IK dan IB)

l Mengenai penyusunan standar/prosedur layanan klinis sesuai dengan prosedur.

Hasil wawancara dengan informan kunci (IK) dan informan biasa (IB) ke 4 Puskesmas memberikan jawaban yang sama.

"...Penyusunan standar/prosedur sesuai dengan prosedur..." IK dan IB)

Berdasarkan hasil wawancara diatas, dapat diketahui bahwa ke 4 puskesmas dalam upaya perbaikan mutu layanan klinis kepala puskesmas bersama tenaga klinis menetapkan prioritas fungsi yang akan dilakukan perbaikan. Penetapan prioritas di 4 puskesmas dilakukan dengan menentukan kriteria tertentu seperti high risk, high volume, high cost, dan kecenderungan terjadi masalah, atau didasarkan atas penyakit, kelompok sasaran, program prioritas atau pertimbangan. Didukung dengan observasi/telaah dokumen, ke 4 puskesmas telah menetapkan kebijakan penetapan area prioritas dengan mempertimbangkan 3H+1P, SOP klinis serta SOP tentang prosedur penyusunan layanan klinis.

DISKUSI

1 Tanggung Jawab Tenaga Klinis

Berdasarkan peraturan menteri no 46 tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, dalam 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 Diharapkan (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 kejadian ini disebut dengan Kejadian Tidak Cedera (KTC). Kejadian Nyaris Cedera (KNC) terjadi jika hampir saja dilakukan kesalahan dalam penanganan klinis, 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).

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.

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 Puskesmas⁷

Semua tenaga klinis berperan dalam merencanakan, mengevaluasi jika ada masalah yang ditemukan dalam pencatatan atau pelayanan. Setiap Puskesmas menetapkan indikator dan standar mutu klinis dengan cara dilakukan pertemuan dan di SK kan oleh kepala Puskesmas sesuai dengan standar peraturan menteri yang telah ditetapkan dalam penyusunan indikator mutu.

Pengumpulan data dilakukan secara berkala, pencatatan setiap hari, pengumpulan setiap bulan selanjutnya dianalisis setiap 3 bulan sekali dan dilakukan rapat dengan seluruh tenaga klinis.

Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis melakukan evaluasi, tindak lanjut dan monitoring dengan cara diadakan pertemuan untuk membahas hasil capaian, pencatatan, dan hasil monitoring kemudian ditindak lanjuti sesuai kesepakatan bersama.

Setiap Puskesmas melakukan identifikasi dengan cara, hasil data yang telah dikumpulkan, analisis bersama dengan tenaga klinis pada saat rapat dengan menggunakan siklus PDCA, setelah masalah di bahas maka semua anggota klinis menentukan solusi dari masalah yang telah ditemukan dan dilakukan tindak lanjut.

Melakukan perencanaan, evaluasi dan menindak lanjuti dengan mengadakan rapat untuk membahas mengenai kejadian KTD, KTC, KNC dan KPC. Untuk Puskesmas mekar pada pelayanan tindakan jahit luka itu tidak sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan sedangkan untuk ke 3 Puskesmas yang lain sudah sesuai dengan prosedur pelayanan. Ke 4 (empat) Puskesmas juga menerapkan budaya mutu dan tata nilai sesuai dengan tata nilai masing-masing Puskesmas dalam pelayanan klinis.

Semua tenaga klinis ikut terlibat dalam hal penyusunan, pengumpulan dan tindak lanjut dalam meningkatkan mutu layanan Puskesmas dengan cara semua tenaga klinis diikuti sertakan dalam rapat dan bekerja dengan fungsi masing-masing sehingga mereka dapat bekerja sesuai dengan ketentuan. Setiap Puskesmas mengalokasikan sumber daya sesuai dengan kemampuan masing-masing Puskesmas akan tetapi untuk Puskesmas mata sumber daya tenaga kesehatannya masih kurang sehingga mereka menyesuaikan dengan tenaga kesehatan yang ada untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas.

Mengadakan rapat dan menentukan kegiatan apa dengan penetapan program, penetapan indikator, dan penetapan area prioritas. Setiap Puskesmas melakukan kegiatannya sesuai kesepakatan atau perencanaan pada saat rapat akan tetapi untuk Puskesmas mekar itu tidak ada evaluasi terhadap penanggung jawab PMKP manajemen resiko apakah tugasnya sudah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan atau tidak.

Hasil observasi/telaah dokumen, dalam meningkatkan mutu layanan klinis berdasarkan tanggung jawab tenaga klinis ke 4 Puskesmas tersebut telah menyiapkan surat keputusan (SK) terkait penetapan indikator-indikator mutu/kinerja klinis, SK dan SOP penanganan KTD, KTC, KPC dan KNC, kebijakan penerapan manajemen resiko, program mutu dan keselamatan pasien, kebijakan penetapan tata nilai budaya mutu dan keselamatan pasien adapun untuk ke 4 Puskesmas tata nilai dalam pelayanan itu sesuai nama Puskesmas masing-masing, yaitu MEKAR, LABIBIA, MATA dan PERUMNAS

2 Pemahaman Mutu Klinis

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.

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 dipertanggung jawabkan, dan bila memungkinkan berdasarkan bukti ilmiah terkini dan yang terbaik (*the best available evidence*).¹

Mengadakan pertemuan membahas prioritas masalah yang ditemukan untuk dilakukan perbaikan. Setiap Puskesmas mengadakan penggalangan komitmen untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan. Setiap tenaga klinis memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan klinis dengan cara melakukan pelatihan serta bekerja sesuai dengan keahlian masing-masing yang telah tertuang dalam SOP.

Dilakukan pertemuan setiap 3 bulan sekali untuk membahas mengenai masalah prioritas dengan melihat pertimbangan 3H+1P dan telah di SK kan dan membahas mengenai masalah prioritas serta menindak lanjuti semua hasil perencanaan perbaikan pada saat rapat. Setiap Puskesmas telah menetapkan SOP sesuai dengan prioritas fungsi masing-masing dengan acuan yang jelas seperti permenkes, UU dan buku pedoman.

Hasil observasi/telaah dokumen, dalam meningkatkan mutu layanan klinis berdasarkan pemahaman mutu layanan klinis ke 4 Puskesmas telah menetapkan kebijakan penetapan area prioritas dengan mempertimbangkan 3H+1P, dokumen acuan dalam penyusunan standar seperti permenkes, buku pedoman dan SPM. SOP klinis serta SOP tentang prosedur penyusunan layanan klinis akan tetapi untuk Puskesmas mekar masih kurang pada SK setelah penentuan prioritas.

Kesiapan adalah hal yang penting dan harus tersedia ketika akan menghadapi atau melaksanakan sesuatu yang baru. Kesiapan akan dipengaruhi oleh dukungan baik dukungan internal maupun eksternal, sebaliknya dikatakan tidak siap bila ditemukan berbagai hambatan dari segi sumber daya⁸

Penelitian sebelumnya mengenai Kesiapan Pusat Layanan Kesehatan (PLK) B Unair Menghadapi Akreditasi Klinik Pratama. Dimana hasil Pencapaian PLK Unair B dalam persiapan akreditasi klinik secara keseluruhan dari 394 elemen penilaian, pencapaian

saat ini dengan skor 2.020 dalam persentase sebesar 51% atau dikategorikan terpenuhi sebagian. Pencapaian terendah yaitu pada standar akreditasi peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien. Pencapaian belum maksimal dikarenakan hampir seluruh dari elemen penilaian yang belum dimiliki adalah ketersediaan dokumen pendukung⁹

Berdasarkan hasil wawancara dari ke 4 Puskesmas di wilayah kota kendari khususnya puskesmas Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas dapat dilihat bahwa dari semua elemen pada tanggung jawab tenaga klinis dan pemahaman mutu layanan klinis ke 4 puskesmas tersebut telah siap akreditasi berdasarkan standar pelaksanaan akreditasi puskesmas yang ditinjau dari segi peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP), akan tetapi dari ke 4 puskesmas ini memang masih ada yang kurang. Puskesmas mekar masih kurang pada dokumen SK dan ketidak sesuaian pelaksanaan pelayanan sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan sementara untuk puskesmas mata itu masih kurang pada sumber daya tenaga kesehatannya sehingga dalam memberikan pelayanan kurang optimal adapun untuk ke 2 puskesmas lainnya yaitu puskesmas labibia dan perumnas itu referensinya perlu di perbaharui sesuai dengan peraturan terbaru.

SIMPULAN

1. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas wilayah kota kendari ditinjau berdasarkan tanggung jawab tenaga klinis ke 4 Puskesmas telah siap akreditasi.
2. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas wilayah kota kendari ditinjau berdasarkan pemahaman mutu layanan klinis ke 4 Puskesmas telah siap akreditasi.

SARAN

1. Bagi Puskesmas

Untuk meningkatkan mutu layanan Puskesmas secara optimal dalam menghadapi akreditasi sebaiknya setiap tim bekerja sama dan menjalin komunikasi yang baik agar hasil yang di dapatkan lebih optimal dengan cara bekerja bersama-sama dengan anggota lain agar apa yang tidak di ketahui bisa saling membantu.

2. Bagi Peneliti

Peneliti hendaknya mengambil suatu pembelajaran dari pengalaman yang didapat selama melakukan penelitian tentang akreditasi Puskesmas berdasarkan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien

DAFTAR PUSTAKA

1. Susilawati. 2016. Gambaran Implimentasi Akreditasi Puskesmas Di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera.
2. Farzana, NissaK, AnnekeSuparwati, 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.
3. Dinkes Sultra. 2017. Laporan Jumlah Puskesmas Yang Terakreditasi. Kendari : Sulawesi Tenggara.
4. Dinkes Kota Kendari, 2017. *Laporan jumlah puskesmas yang terakreditasi*. Kendari: Sulawesi Tenggara
5. Sulistinah, Agus.Eri Witcahyo dan Christyana Sandra. 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.
6. Sarwono, Mekar dwi Anggraeni, 2011. *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta
7. Permenkes RI. 2015. *Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. Jakarta: Indonesia
8. Sugiana, 2015. *Analisis Kesiapan Layanan Puskesmas Sebagai Satelit Antiretroviral Therapy Bagi Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Di Kabupaten Badung*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Udayana Denpasar. Diakses pada tanggal 27 Maret 2018 di <http://erepo.unud.ac.id/8252/1/e664443412165e7ffc64c1cc5ab3f394.pdf>
9. Anggraeny, Putri Ayu dan Ernawaty(2016). Kesiapan Pusat Layanan Kesehatan (PLK) B Unair Menghadapi Akreditasi Klinik Pratama. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 4 Nomor 2 Juli- Desember 2016.