



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta



Akreditasi FKTP / PUSKESMAS

Arif Yusuf Wicaksana, M.Sc., Apt



Do'a Sebelum Belajar

رَضِيتُ بِاللَّهِ رَبًّا وَبِالْإِسْلَامِ دِينًا وَبِمُحَمَّدٍ نَبِيًّا
وَرَسُولًا رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا وَرَزُقْنِي فَهْمًا

Artinya:

"Kami ridho Allah Swt sebagai Tuhanku, Islam sebagai agamaku, dan Nabi Muhammad sebagai Nabi dan Rasulku. Ya Allah, tambahkanlah kepadaku ilmu dan berikanlah aku pengertian yang baik"



TUJUAN PEMBELAJARAN/ LO/ CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu Menjelaskan Tentang
Persyaratan Akreditasi Puskesmas/ FKTP

Surat Al-Hujurat ayat 6

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن جَاءَكُمْ فَاسِقٌ بِنَبَأٍ فَتَبَيَّنُوا أَن تُصِيبُوا قَوْمًا بِجَهَالَةٍ فَتُصْبِحُوا
عَلَىٰ مَا فَعَلْتُمْ نَادِمِينَ

yā ayyuhallażīna āmanū in jā `akum fāsiqum binaba `in fa
tabayyanū an tuṣību qaumam bijahālatin fa tuṣbiḥu 'alā mā
fa'altum nādimīn

Wahai orang-orang yang beriman! Jika seseorang yang fasik datang kepadamu membawa suatu berita, maka telitilah kebenarannya, agar kamu tidak mencelakakan suatu kaum karena kebodohan (kecerobohan), yang akhirnya kamu menyesali perbuatanmu itu.

362.11
Ind
5



STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS



Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia

**DIREKTORAT BINA UPAYA KESEHATAN DASAR
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN**

Gedung Adhyaksa Jl. HR. Rasuna Said Blok. X5 Kav. 4-9 Lt.5 Blok B Ruang 508
Kuningan - Jakarta Selatan
Telp. 021-5281590 Fax. 021-5222430
e-mail: jumbuhdas@pnsa.com
<http://www.dptkr.go.id>

ISBN 979-602-835-331-5



REVISI 1
DIREKTORAT BINA UPAYA KESEHATAN DASAR
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

Standar Akreditasi PUSKESMAS



Landasan Hukum

Permenkes No. 71 tahun 2013 ttg Pelayanan Kesehatan pada JKN:

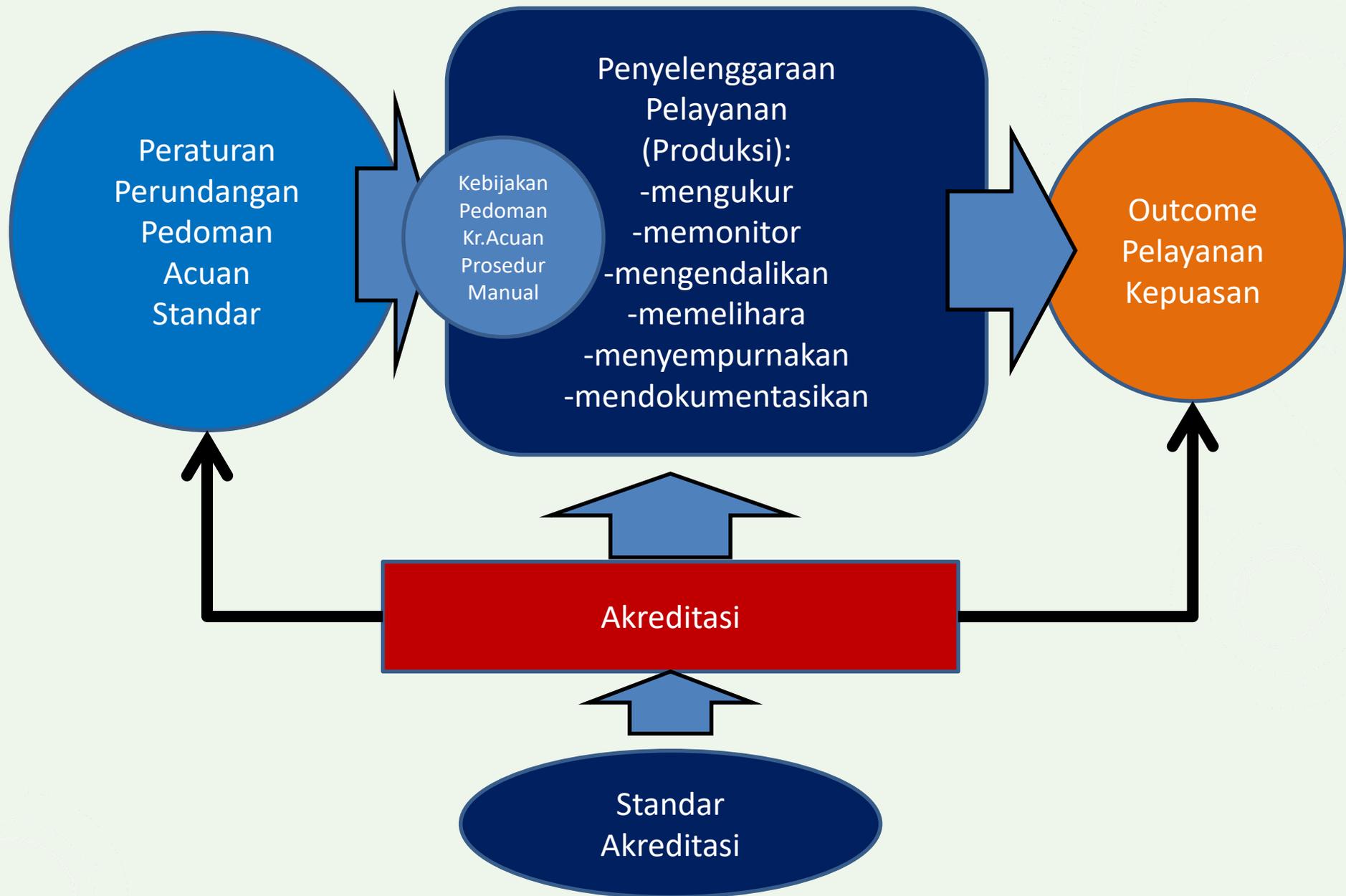
- Pasal 6 ayat 2:
Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), **Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama juga harus telah terakreditasi.**

Permenkes No. 9 tahun 2014 ttg Klinik:

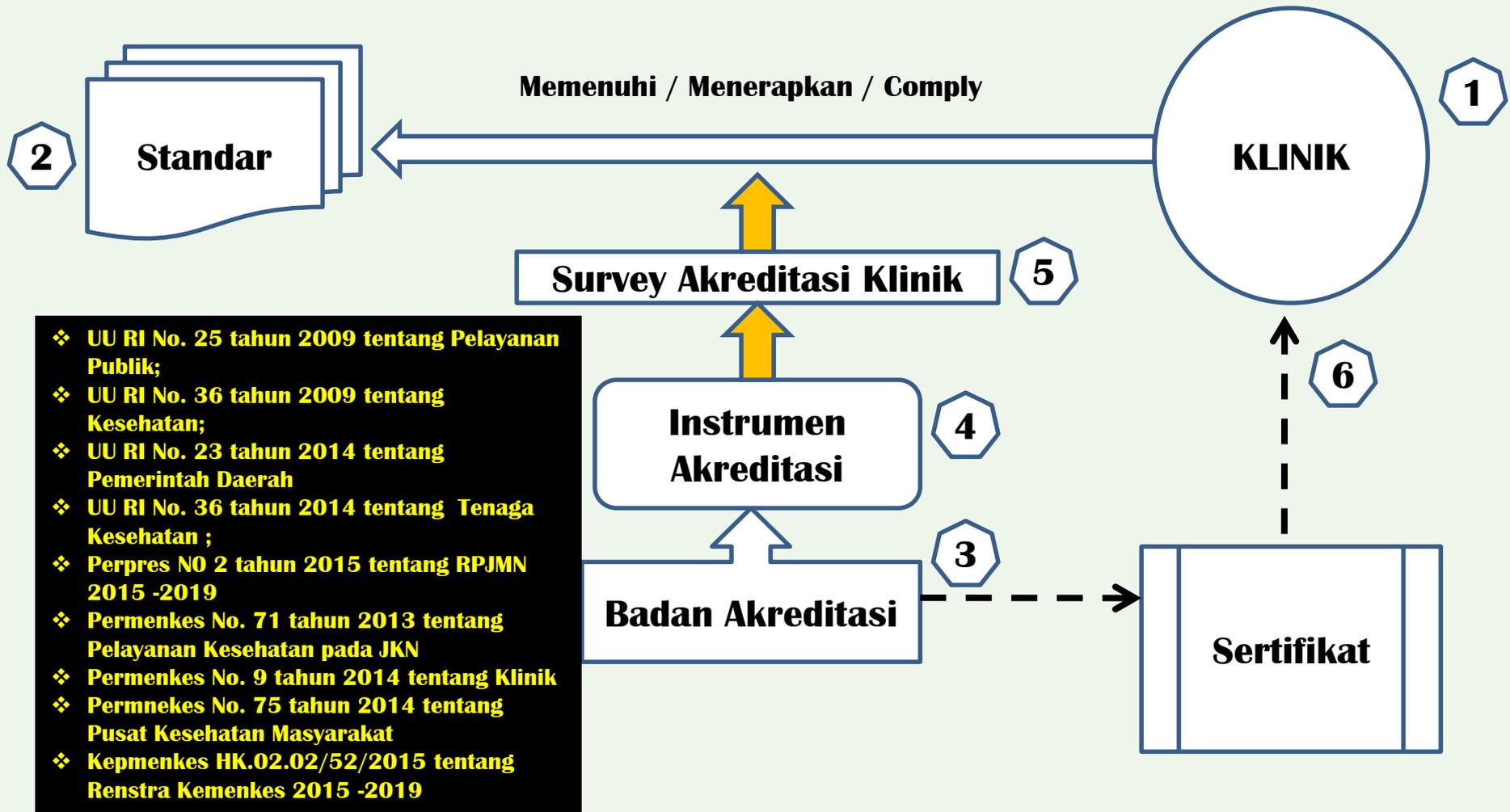
- Pasal 38:
 - 1) Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan klinik, dilakukan **akreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.**
 - 2) Setiap klinik yang telah memperoleh izin operasional dan telah beroperasi paling sedikit 2 (dua) tahun wajib mengajukan permohonan akreditasi

Permenkes No. 46 tahun 2015 ttg Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi :

- Pasal 3 ayat 1 :
Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Dokter Gigi **wajib terakreditasi**



KONSEP DASAR AKREDITASI FASYANKES PRIMER



MANFAAT AKREDITASI FKTP

▶ **BAGI DINKES PROV & KAB/KOTA :**

- ▶ Sebagai **WAHANA PEMBINAAN** peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko

▶ **BAGI BPJS KESEHATAN :**

- ▶ Sebagai syarat recredensialing FKTP

▶ **BAGI FKTP :**

1. Memberikan keunggulan kompetitif
2. Menjamin pelayanan kesehatan primer yang berkualitas .
3. Meningkatkan pendidikan pada staf
4. Meningkatkan pengelolaan risiko
5. Membangun dan meningkatkan kerja tim antar staf
6. Meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja
7. Meningkatkan keamanan dalam bekerja.

▶ **BAGI MASYARAKAT (PENGGUNA JASA)**

1. Memperkuat kepercayaan masyarakat
2. Adanya Jaminan Kualitas

SASARAN AKREDITASI



AKREDITASI FKTP



1. ADIMINISTRASI MANAJEMEN
2. UKM
3. LAYANAN KLINIS (UKP)

776 EP

1. ADIMINISTRASI MANAJEMEN
2. LAYANAN KLINIS

503 EP

1. ADIMINISTRASI MANAJEMEN
2. LAYANAN KLINIS

237 EP



LANGKAH PERSIAPAN KLINIK UNTUK AKREDITASI

1. Meminta pendampingan dari Kabupaten
2. Lokakarya (1 hari)
3. Pelatihan pemahaman standar dan instrument akreditasi dan persiapan self assessment (2 hari)
4. Self assessment (1 hari)
5. Penyusunan dokumen yang dipersyaratkan (perkiraan 3-4 bulan)
6. Implementasi (perkiraan 3-4 bulan)
7. Penilaian pra survei akreditasi (2 hari)
8. Pengajuan permohonan untuk disurvei

Mekanisme Akreditasi

Alur Proses Akreditasi

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

STANDAR AKREDITASI KLINIK

4 bab, dengan **503** elemen penilaian (EP), yaitu:

- ▣ Bab I. Kepemimpinan dan Manajemen Klinik (KMK) dengan 122 EP
- ▣ Bab II. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP) dengan 151 EP
- ▣ Bab III. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK) dengan 172 EP
- ▣ Bab IV, Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan 58 EP

STANDAR PRAKTIK DOKTER MANDIRI

2 bab, dengan **237** elemen penilaian (EP), yaitu:

- ▣ Bab I. Kepemimpinan dan Manajemen Praktik Mandiri (KMPM) dengan 73 EP
- ▣ Bab II. Layanan Klinis, Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (LKPM) dengan 164 EP

PROSES FASILITASI dalam PENDAMPINGAN AKREDITASI FKTP (1)

Permintaan
Pendampingan
dari Puskesmas



LOKAKARYA 1

- ✓ Membangun komitmen Pimpinan & staf Puskesmas
- ✓ Pemahaman thd Kebijakan & konsep akreditasi Puskesmas
- ✓ Pembentukan Panitia & Pokja
- ✓ Tindak Lanjut :
 - SK Panitia & Tim
 - Jadwal kegiatan

WORKSHOP 2

- ✓ Pelatihan / Workshop :
 - Standar & instrumen akreditasi
 - Penyusunan Dokumen
 - Audit Internal
 - Pasien safety & K3
- ✓ Tindak lanjut :
 - mapping dok.
 - Pembagian Tim utk SA

SELF ASSESSMENT 3

- ✓ Menganalisis kondisi awal Puskesmas
- ✓ Menemukan fakta-fakta & rekomendasi untuk perbaikan terkait kelengkapan persyaratan akreditasi
- ✓ Tindak Lanjut :
 - Pembahasan Pokja
 - Penyusunan Rencana aksi

Apa yang dinilai dalam Akreditasi Puskesmas ?



KELOMPOK STANDAR I

- MANAJEMEN FKTP
- I – Penyelenggaraan Puskesmas
- II – Kepemimpinan & Manajemen Puskesmas
- III – Peningkatan mutu Puskesmas

KELOMPOK STANDARD II

- MANAJEMEN UKM
- IV – UKM yg berorientasi sasaran
- V – Kepemimpinan & Manajemen UKM
- VI – Sasaran Kinerja & MDG's

KELOMPOK STANDARD III

- MANAJEMEN KLINIK
- VII – Layanan Klinis yang berorientasi pada Pasien
- VIII – Manajemen Penunjang Layanan Klinis
- IX – Peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien

BAB 1. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas

1. Analisis Kebutuhan Masyarakat & Perencanaan Puskesmas
2. Akses dan Pelaksanaan Kegiatan
3. Evaluasi

BAB 2. Kepemimpinan & Manajemen Puskesmas

1. Persyaratan Puskesmas (infrastruktur)
 - Lokasi
 - Bangunan & Ruangan
 - Prasarana
 - Peralatan (SPM)
2. Ketenagaan Puskesmas
 - Persyaratan Penanggung jawab
 - Persyaratan tenaga ahli
 - Pengorganisasian
3. Pengelolaan
 - Pengelolaan organisasi
 - Pengelolaan keuangan
 - Pengelolaan data

BAB 2. Kepemimpinan & Manajemen Puskesmas

4. Hak dan kewajiban pasien

- Pasien mengetahui hak & kewajibannya
- Pimpinan, penanggung jawab & pelaksana bekerja sesuai dengan code of conduct

5. Kontrak pihak ketiga

- Dokumentasi kesepakatan
- Jaminan kualitas pihak ke-3
 - Direncanakan
 - Dievaluasi

BAB 2. Kepemimpinan & Manajemen Puskesmas

6. Pemeliharaan Sarana & Prasarana Puskesmas

- Pencatatan
- Pemeliharaan :
 - Terprogram
 - Terstandar

BAB 3. Peningkatan Mutu Puskesmas

Mutu ditingkatkan sesuai dengan visi, misi & tata nilai

- Penanggung jawab mutu
- *Pola “Continuous improvement”*
- Keterlibatan manajemen dalam perbaikan mutu
- *Internal quality audit & Management Review Meeting*
- Melibatkan pasien
- Tindakan korektif dan preventif
- Benchmarking

BENCHMARKING PROCESS





BAB 4. UKM berorientasi Sasaran

1. Analisa kebutuhan UKM
 - Penetapan kegiatan2 UKM
 - Penyesuaian kegiatan2 UKM
 - Inovasi perbaikan penyelenggaraan kegiatan
2. Kegiatan berjalan sesuai dengan perencanaan baik tahapan pengerjaan, sasaran dan memenuhi kebutuhan masyarakat
3. Evaluasi kegiatan UKM

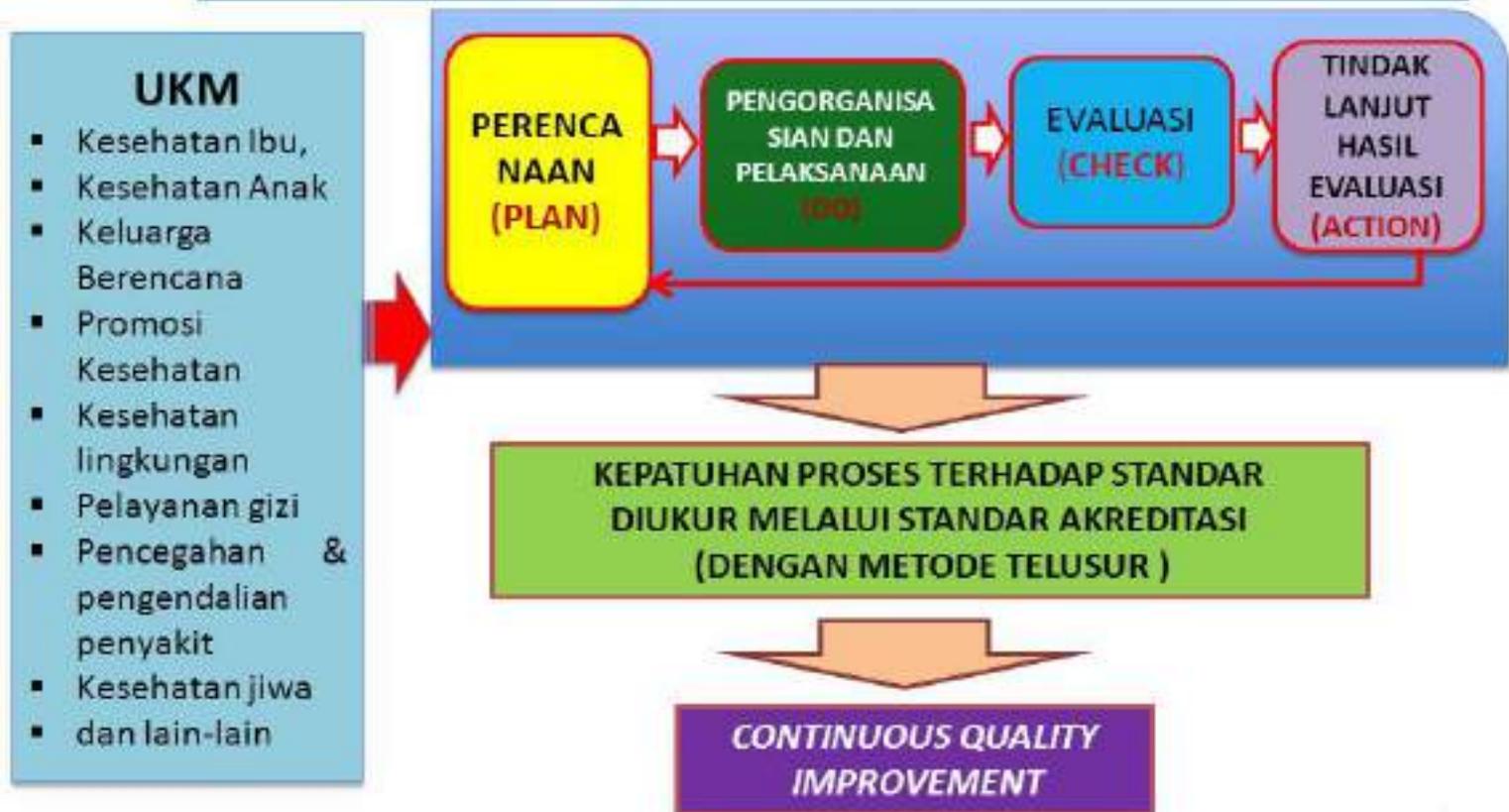
BAB 5. Kepemimpinan & Manajemen UKM

1. Tanggung jawab Pengelolaan UKM Puskesmas
 2. Perencanaan Kegiatan UKM Puskesmas
 3. Pengorganisasian Upaya Kesehatan Masyarakat
 4. Komunikasi dan Koordinasi
 5. Kebijakan dan Prosedur Pengelolaan
 6. Akuntabilitas Pengelolaan dan Pelaksanaan UKM Puskesmas
 7. Hak dan Kewajiban Sasaran
- 

BAB 6. Sasaran Kinerja UKM

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

AKREDITASI PUSKESMAS



- Menjamin UKM dilaksanakan oleh Puskesmas sesuai standar
- Untuk terakreditasi, Puskesmas **harus** melaksanakan UKM

BAB 7. Layanan Klinis yg Berorientasi Kepada Pasien

1. Pendaftaran
2. Pengkajian
3. Keputusan layanan klinis
4. Rencana layanan klinis
5. Rencana rujukan
6. Pelaksanaan layanan
7. Pelayanan Anestesi Lokal, Sedasi dan Pembedahan

BAB 7. Layanan Klinis yg Berorientasi Kepada Pasien

8. Penyuluhan / Pendidikan Kesehatan dan konseling kepada pasien / keluarga
9. Makanan dan terapi nutrisi
10. Pemulangan dan tindak lanjut

BAB 8. Manajemen Penunjang Layanan Klinis

1. Pelayanan Laboratorium
2. Pelayanan Farmasi
3. Pelayanan Radiologi
4. Pelayanan Rekam Medik
5. Keamanan Lingkungan
6. Pengelolaan Peralatan
7. Pengelolaan SDM

BAB 9. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien

- Tanggung jawab tenaga klinis
- Pemahaman mutu layanan klinis
- Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien
- Peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien

MASYARAKAT DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS

70% SEHAT

UKM

- Sehat tetap sehat
- Sehat tidak menjadi sakit

30% SAKIT

UKP

- Sakit menjadi sehat
- Sakit tidak tetap sakit

**PENGUATAN UPAYA PROMOTIF
& PREVENTIF**

**SEHAT ADALAH HARTAKU
YANG HARUS KUJAGA DAN
KUPELIHARA**

HASIL PENILAIAN AKREDITASI PUSKESMAS



Keputusan Akreditasi

- **Tidak Terakreditasi** : jika pencapaian nilai Bab I, II $< 75\%$ dan Bab IV, V, VII $< 60\%$; serta Bab III, VI, VIII, IX $< 20\%$
- **Terakreditasi Dasar** : jika pencapaian nilai Bab I, II, $\geq 75\%$, dan Bab IV, V, VII $\geq 60\%$, serta Bab III, VI, VIII, IX $\geq 20\%$
- **Terakreditasi Madya** : jika pencapaian nilai Bab I, II, IV, V $\geq 75\%$, Bab VII, VIII $\geq 60\%$, serta Bab III, VI, IX $\geq 40\%$
- **Terakreditasi Utama** : jika pencapaian nilai Bab I, II, III, IV, V, VII, VIII $\geq 80\%$ dan Bab VI, IX $\geq 60\%$
- **Terakreditasi Paripurna** : jika pencapaian nilai semua Bab $\geq 80\%$

10 PUSKESMAS YANG SUDAH TERAKREDITASI

1. Puskesmas Wonosobo I,
2. Puskesmas Selomerto I,
3. Puskesmas Mojo Tengah,
4. Puskesmas Garung,
5. Puskesmas Tamanan,
6. Puskesmas Panarukan,
7. Puskesmas Mangaran,
8. Puskesmas Banyuanyar,
9. Puskesmas Omben dan
10. Puskesmas Waepana.

Akreditasi dilakukan secara bertahap kepada 9.740 puskesmas di Indonesia. sudah kurang lebih 600 puskesmas yang mendaftar untuk diakreditasi. Dari 600 puskesmas tersebut hanya kurang lebih 100 yang dinilai siap untuk diakreditasi. Dari 100 itu yang sudah lolos ada 10 puskesmas



@puskomdepkes



sehatnegeriku



Sehat Negeriku

BAB VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis

Pelayanan Laboratorium.

Standar

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

Kriteria

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

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

mulai dari permintaan, penerimaan, pengambilan dan penyimpanan spesimen, pengelolaan reagen pelaksanaan pemeriksaan, dan penyampaian hasil pemeriksaan kepada pihak yang membutuhkan, serta pengelolaan limbah medis dan bahan berbahaya dan beracun (B3).

Elemen Penilaian:

1. Tersedia kebijakan dan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, penerimaan spesimen, pengambilan dan penyimpan spesimen.
2. Tersedia prosedur pemeriksaan laboratorium.
3. Dilakukan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan prosedur tersebut.
4. Dilakukan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.
5. Tersedia kebijakan dan prosedur pemeriksaan di luar jam kerja (pada Puskesmas rawat inap atau pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan di luar jam kerja).
6. Ada kebijakan dan prosedur untuk pemeriksaan yang berisiko tinggi (misalnya spesimen sputum, darah dan lainnya).
7. Tersedia prosedur kesehatan dan keselamatan kerja, dan alat pelindung diri bagi petugas laboratorium.
8. Dilakukan pemantauan terhadap penggunaan alat pelindung diri dan pelaksanaan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja.
9. Tersedia prosedur pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, dan limbah medis hasil pemeriksaan laboratorium.
10. Tersedia prosedur pengelolaan reagen di laboratorium.
11. Dilakukan pemantauan dan tindak lanjut terhadap pengelolaan limbah medis apakah sesuai dengan prosedur.

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

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

Kriteria:

8.1.4. Ada prosedur melaporkan hasil tes diagnostik yang kritis.

Maksud dan Tujuan:

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

FORMULIR PERMINTAAN RUJUKAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM PUSKESMAS

<p>Dokter Pengirim :</p> <p>Pasien</p> <p>Nomor register :</p> <p>Nomor RM :</p> <p>Nama pasien :</p> <p>Umur :</p> <p>Jenis kelamin :</p> <p>Alamat :</p>	<p style="text-align: right;">Pasien / Spesimen Rujukan</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Spesimen</p> <p>Jenis :</p> <p>Asal bahan :</p> <p>Tgl/jam pengambilan sp :</p> </div>
---	--

No.	JENIS PEMERIKSAAN
HEMATOLOGI	
1	<input type="checkbox"/> Hemoglobin (Hb)
2	<input type="checkbox"/> Hematokrit
3	<input type="checkbox"/> Hitung eritrosit
4	<input type="checkbox"/> Hitung Trombosit
5	<input type="checkbox"/> Hitung Leukosit
6	<input type="checkbox"/> Hitung Jenis Leukosit
7	<input type="checkbox"/> Laju Endap Darah
8	<input type="checkbox"/> Masa Perdarahan
9	<input type="checkbox"/> Masa Pembekuan
URINALISA	
1	<input type="checkbox"/> Makroskopis
	- Warna
	- Kejernihan

No.	JENIS PEMERIKSAAN
TINJA	
1	<input type="checkbox"/> Makroskopis
	- Konsistensi
	- Warna
	- Bau
	- Lendir
	- Darah
2	<input type="checkbox"/> Darah Sempit
3	<input type="checkbox"/> Mikroskopis
	- Telur Cacing
	- Amuba
	- Eritrosit
	- Leukosit
	- Sisa Makanan
KINIA ELINIE	

No.	JENIS PEMERIKSAAN
MIKROBIOLOGI & PARASITOLOGI	
1	<input type="checkbox"/> Mycobacterium
2	<input type="checkbox"/> Nistula jamur berawan
3	<input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis
4	<input type="checkbox"/> Candida albicans
5	<input type="checkbox"/> Bacterial vaginosis
6	<input type="checkbox"/> Malaria
7	<input type="checkbox"/> MScrofilaria
8	<input type="checkbox"/> Jantar Perut/kean
IMUNOLOGI	
1	<input type="checkbox"/> Tes Kehamilan
2	<input type="checkbox"/> Golongan Darah
3	<input type="checkbox"/> WIDAL

Elemen Penilaian:

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

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan

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

Elemen Penilaian:

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

Kriteria:

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

1. Kepala Puskesmas menetapkan nilai/rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan.

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

Kriteria

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

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

LABORATORIUM PUSKESMAS
DINAS KESEHATAN KOTA
SURABAYA

Nama: B. Maria
Tanggal: 10 April 2015
Alamat:
Umur:
No. Pasien:

HEMATOLOGI		
PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI
Hb	13,7	g/dl (L 13-17)
Leukosit	3600	/ul (L 4700-10000)
PCV	42,3	% (L 40-47)
Trombosit	121.000	/ul (150.000-400.000)
LED		mm/jam (L < 20)
Golongan Darah		
Malaria		Negatif

MIKROBIOLOGI - SEROLOGI		
PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI
WIDAL		
Typhus O	Pos(+)/160	Negatif
Typhus H	Neg	Negatif
PA	Pos(+)/80	Negatif
PB	Pos(+)/320	Negatif
IbsAg Kualitatif		Negatif



DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KAMBANIRU

Jl. UMBU TARANGGAHA, Kecamatan KAMBERA

FORM LAPORAN HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

JENIS PEMERIKSAAN	SATUAN	NILAI RUJUKAN	HASIL	KETERANGAN
Haemoglobin(Hb)	gr/dl	11 – 16		
GDS	mg/dl	Puasa : 60 – 110 Sewaktu : 70 – 140		
Cholesterol Total	mg/dl	150 – 220		
Asam Urat	mg/dl	Laki-laki : 3,4 – 7,0 Perempuan : 2,4 – 5,7		
RDT	-	Negatif		
sputum BTA	-	Negatif		
Golongan Darah	-	-		
Planutest	-	-		
Pemeriksaan Urine(warna)	-	Kuning		
Pemeriksaan Urine(kejernihan)	-	Jernih		
Pemeriksaan Urine(albumin)	-	Negatif		

Kambaniru,

Kriteria

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

Maksud dan Tujuan:

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

Elemen Penilaian:

1. Terdapat program keselamatan/keamanan laboratorium yang mengatur risiko keselamatan yang potensial di laboratorium dan di area lain yang mendapat pelayanan laboratorium.
2. Program ini adalah bagian dari program keselamatan di Puskesmas.
3. Petugas laboratorium melaporkan kegiatan pelaksanaan program keselamatan kepada pengelola program keselamatan di Puskesmas sekurang-kurangnya setahun sekali dan bila terjadi insiden keselamatan.
4. Terdapat kebijakan dan prosedur tertulis tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya.
5. Dilakukan identifikasi, analisis dan tindak lanjut risiko keselamatan di laboratorium.
6. Staf laboratorium diberikan orientasi untuk prosedur dan praktik keselamatan/keamanan kerja.
7. Staf laboratorium mendapat pelatihan/pendidikan untuk prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya yang baru, maupun peralatan yang baru.

TERIMA KASIH



UNISA

Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta