



**KAJIAN KESIAPAN DOKUMEN AKREDITASI KELOMPOK KERJA
ADMINISTRASI MANAJEMEN DI UPT. PUSKESMAS JELBUK
DINAS KESEHATAN KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Agus Sulistinah
NIM 142110101208**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2017



**KAJIAN KESIAPAN DOKUMEN AKREDITASI KELOMPOK KERJA
ADMINISTRASI MANAJEMEN DI UPT. PUSKESMAS JELBUK
DINAS KESEHATAN KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Agus Sulistinah
NIM 142110101208**

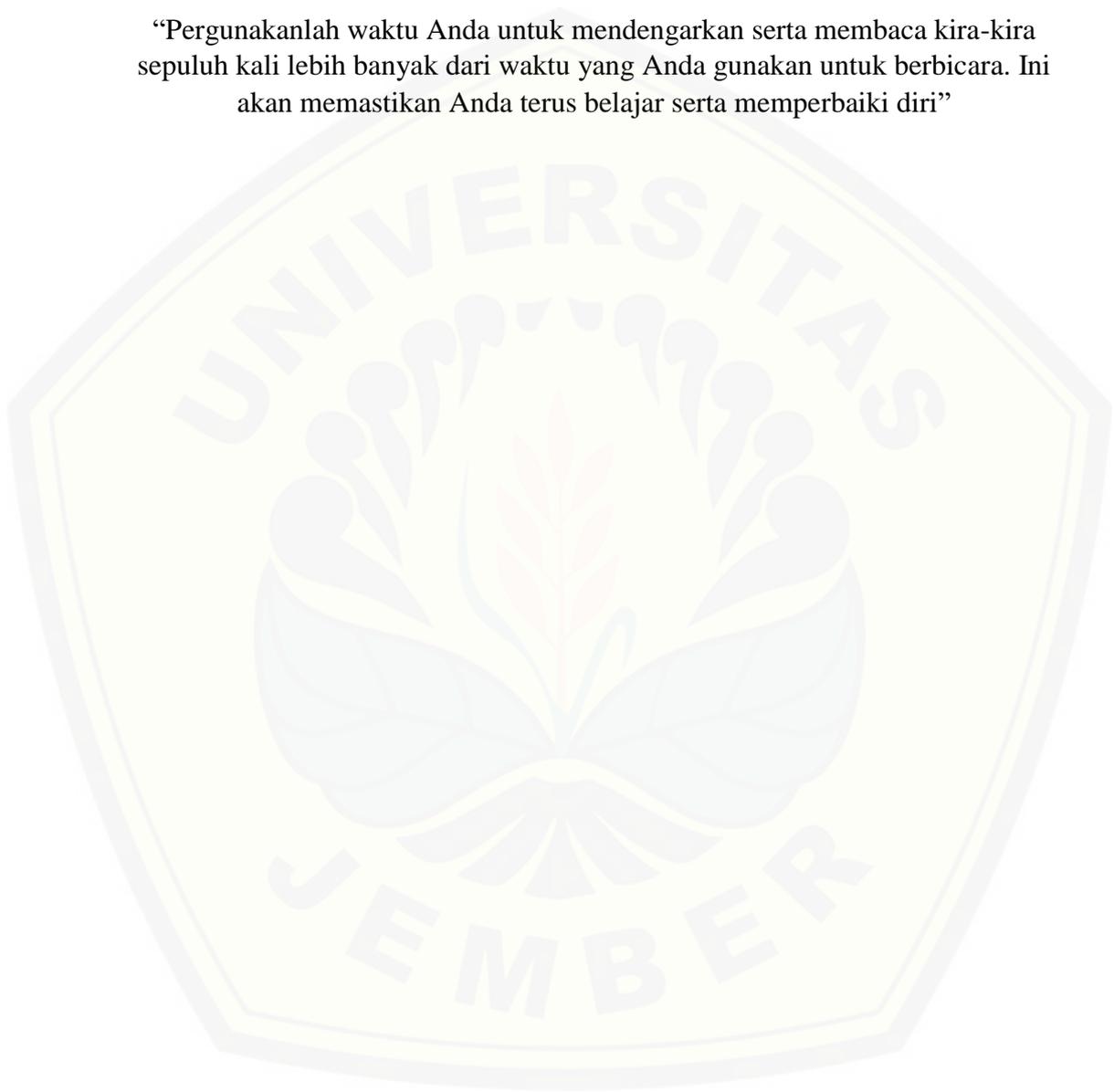
PERSEMBAHAN

Segala Puji bagi Allah, Tuhan yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, dengan penuh rasa syukur saya persembahkan skripsi ini kepada:

1. Kedua orang tua saya, Ibu Dariyati, Bapak Tarkiyah, suami tercinta Tri Suhandoko, serta kedua anakku Nurfaizah Titisari S dan Ramzi Muhammad Mumtaz yang selalu memberi doa dan dukungan;
2. Guru- guru sejak taman kanak- kanak hingga perguruan tinggi yang tak pernah lelah memberikan waktunya untuk mendidik dan segenap rekan kerja di Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
3. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Pergunakanlah waktu Anda untuk mendengarkan serta membaca kira-kira sepuluh kali lebih banyak dari waktu yang Anda gunakan untuk berbicara. Ini akan memastikan Anda terus belajar serta memperbaiki diri”



*)Gerald McGinnis dalam Jhon C.Maxwell. 2015. The 21 Indispensible Qualities Of a Leader. Surabaya: PT Menuju Insan Cemerlang

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agus Sulistinah

NIM : 142110101208

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen Di UPT. Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember*, adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 12 Juni 2017

Yang menyatakan,

Agus Sulistinah

NIM 142110101208

PENGESAHAN

Skripsi *Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi kelompok kerja administrasi manajemen Di UPT. Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 6 juli 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

1. DPU : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes (.....)
NIP. 198207232010121003
2. DPA : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes (.....)
NIP. 198204162010122003

Penguji

1. Ketua : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP.198010092005012002
2. Sekretaris : Yennike Tri H, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP.197810162009122001
3. Anggota : Turwantoko S.Kep,Ners.M.Si (.....)
NIP. 19741229 200312 1003

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “*Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di UPT Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember*”, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini menjabarkan tentang kesiapan dokumen di kelompok kerja administrasi manajemen yang ada di Puskesmas Jelbuk dalam rangka menghadapi akreditasi puskesmas tahun 2017.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes, selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Christyana Sandra, S.KM, M.Kes selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberi petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima Kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Bapak Kepala UPT. Puskesmas Jelbuk dan seluruh karyawan UPT. Puskesmas Jelbuk yang telah banyak membantu dan bersedia wilayahnya dijadikan sebagai tempat penelitian;
5. Keluarga besar Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang telah memberikan dukungan;
6. Teman-teman seperjuangan kelas Alih Jenis 2014, terimakasih selalu menemani, mendukung saat suka dan duka;

7. Teman-teman seperjuangan di peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan kelas Alih Jenis maupun reguler yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu; terima kasih atas setiap canda, bantuan, dukungan dan kebersamaan kita;
8. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesaikannya skripsi ini.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya

Jember, Juni 2017

Agus Sulistinah

RINGKASAN

Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi kelompok kerja administrasi manajemen Di UPT. Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember; Agus Sulistinah; 142110101208; 159 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Akreditasi di puskesmas merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling tergantung, dan saling mempengaruhi satu dengan lainnya sehingga perlu dilakukan pengkajian dari sistem tersebut yang meliputi masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Tujuan akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, 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 ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan.

Hasil penilaian kinerja di UPT. Puskesmas Jelbuk mulai tahun 2013 s/d 2015 hasilnya belum memenuhi target. Tahun 2015 dari program wajib sebesar 72,61% (kurang) program pengembangan 53,89% (kurang) dari standar nilai ambang >91% kinerja baik, 80-90% kinerja cukup, dan <80% kinerja kurang. Dari capaian mutu sebesar 8,09 dan capaian manajemen 8,7% (baik) dari standar nilai ambang >8,5% kinerja baik, 5,5-8,4% kinerja cukup, dan <5,5% kinerja kurang. (Dinas Kesehatan Kab. Jember 2014). *Output* merupakan salah satu *input* untuk sistem berikutnya. Apabila sistem sudah berjalan dengan baik maka akan menghasilkan *outcome* (hasil) yang baik pula. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui kesiapan akreditasi kelompok kerja administrasi manajemen pada persiapan akreditasi di UPT.Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember .

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji kesiapan dokumen akreditasi kelompok kerja administrasi dan manajemen di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember. Metode penelitian yang digunakan penelitian deskriptif kualitatif. Unit analisis yaitu UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember dan informan kunci adalah pendamping dinas kesehatan Kabupaten Jember, informan utama adalah kepala UPT. Puskesmas Jelbuk, ketua akreditasi UPT. Puskesmas Jelbuk, koordinator tim manajemen mutu, ketua kelompok kerja I,II, dan III, dan informan tambahan koordinator program pokok di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember dengan jumlah total 12 orang. Pengambilan data dengan teknik wawancara mendalam dan studi dokumentasi menggunakan lembar *checklist* untuk mengetahui kesiapan dokumen akreditasi tahun 2017 pada kelompok administrasi dan manajemen.

Hasil penelitian di UPT. Puskesmas Jelbuk kesiapan *input* terkait *man* (sumber daya manusia) jumlah tenaga terbatas sehingga beban kerja besar jumlah pendamping kurang dan pengetahuan tentang standar akreditasi puskesmas sudah memahami, *money* (pendanaan) masih perlu dukungan dari pemerintah daerah dan penyusunan rencana usulan kegiatan belum berdasarkan usulan dari puskesmas sehingga rencana pelaksanaan kegiatan bisa memenuhi kebutuhan puskesmas, *material* (bahan) tidak ada masalah, *machines* (mesin atau alat) mencukupi, *method* (prosedur) dalam pembuatan standar operasional proses pembuatannya belum melibatkan semua tim pelaksana sehingga prosedur langkah-langkahnya sulit untuk dikerjakan, *time* (waktu) cukup. Perencanaan memenuhi syarat. Pelatihan tidak dilaksanakan hanya workshop, pelaksanaan *self assessment*, dan pembahasan *self assessment* belum memenuhi syarat karena masih berdasarkan elemen penilaian tidak berdasarkan proses yang dikerjakan dan belum dilakukan presentasi bersama semua kelompok kerja. Puskesmas Jelbuk dari kelengkapan dokumen yang di lakukan dengan menggunakan check list kelengkapan tersedia 72 dokumen dari 84 dokumen yang diperlukan hasilnya adalah 85,7% sehingga Puskesmas Jelbuk masuk kriteria kelengkapan dokumen >80%. Puskesmas siap dalam penilaian akreditasi.

SUMMARY

A Study of Accreditation Document Preparation on Administration Management Group at Primary Health Center of Jelbuk, Jember ; Agus Sulistinah; 142110101208; 159 Pages; Department of Health Administration and Policy, Faculty of Public Health, University of Jember

Accreditation on Primary Health Center performs a system including of over integrated component, mutual dependency and mutual effect both of those in order to perform a study on concerned system including input, process and output. The purpose of Primary Health Center accreditation is to foster quality improvement, performance through continuous improvement of management system, quality management system and service and program implementation system, risk management implementation, and not merely assessment to obtain accreditation certificate. The approach used in Primary Health Center accreditation is the safety and rights of patients and their families, with due regard to officer rights. This principle is enforced as an effort to improve the quality and safety of services. The working results is output, on the other hand Public health center of Jelbuk which was started on 2013 to 2015 has not reach the target. The basic program on 2015 achieved 72.61 (sufficient) development program achieved 53.89 (less) Quality achievement reached 8.09 (sufficient) and Managerial achievement reach 8.71 (good) (Health service of Regency Jember 2014) that is to say that it didn't reach the maximum value. The output performs one of the input by the next system. By all means the good track of system would result the good outcome all the way. So it is important to obtain the progress of the accreditation on managerial administration of the work group of the accreditation preparation at UPT. Primary Health Center Jelbuk of regency Jember.

The objective of this study was to study the progress of work group accreditation document and the management of UPT. Primary Health Center Jelbuk of regency Jember. The research method would perform the descriptive kualitatif. The analytical unit is UPT. Primary Health Center Jelbuk of regency

Jember and the respondents were the key informants of Jember Health Department in which the major informant was the Head of UPT. Primary Health Center Jelbuk, Head of Primary Health Center Jelbuk accreditation, coordinator of quality management team, chairmen of work groups I, II, and III, and the additional informants were the main program coordinators at Primary Health Center Jelbuk of regency Jember consisting 12 persons totally. The data is collected by indepth interview and the documentation study uses checklist form to justify the progress of the accreditation documents in 2017 at the official and managerial group.

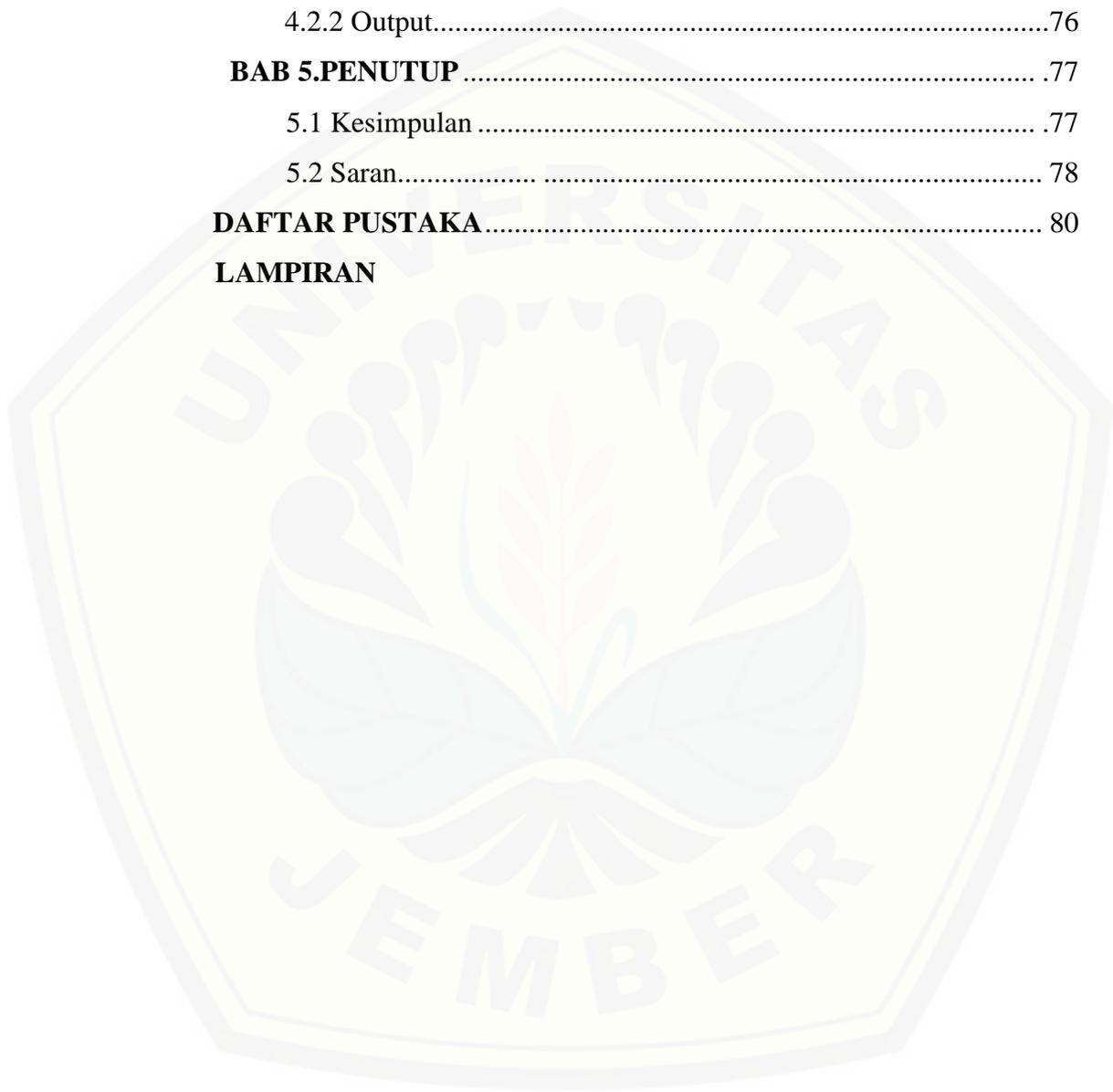
Results showed that of the Primary Health Center Jelbuk concerning of the input progress to the human resources performe in limited amount of man power, so that if causes heavy endurance and lack of assistency, the funancial in arrangement needs a local goverment policy as detail and the arrangement of the implementation plan which was not based on proposal of public health care so as to implementation action plan is able to cover the public health care needs the building materials of public health care has not been standardzed, the machinars and equipment is enough the methode in determining. Prosedur operation standard got handly cup to be performed, adequate in timing the planning is progress in condition/qualified. The training has not been performed by in workshop, self-assessment and the discussing the self-assessment has not been qualified because of still based on evaluation element unprocee ded and not presented yet along with whole work group. Puskesmas Jelbuk from the completeness of documents that is done by using check list of completeness available 72 documents from 84 documents needed result is 85,7% so Puskesmas Jelbuk include the criteria of document completeness $> 80\%$. Primary Health Center ready for Assessment of accreditation.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
PRAKATA.....	vii
RINGKASAN	ix
<i>SUMMARY</i>	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1.PENDAHULUAN	1
1. 1 Latar Belakang	1
1. 2 Rumusan Masalah	6
1. 3 Tujuan	6
1. 4 Manfaat	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Puskesmas	8
2.1.1 Pengertian Puskesmas	8
2.1.2 Visi dan Misi Puskesmas	8
2.1.3 Tujuan dan Prinsip penyelenggaraan Puskesmas... ..	10
2.1.4 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas.....	11
2.1.6 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.....	12
2.2 Akreditasi Puskesmas	13
2.2.1 Pengertian, Tujuan dan Manfaat	

Akreditasi Puskesmas.....	13
2.2.2 Langkah-langkah Persiapan Akreditasi Puskesmas	15
2.2.3 Standar Akreditasi Puskesmas	16
2.2.4 Instrumen Akreditasi Puskesmas.....	18
2.3 Mutu Pelayanan Puskesmas	28
2.3.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas	28
2.3.2 Prinsip Pendekatan Jaminn Mutu.....	29
2.3.3 Keputusan Akreditasi.....	29
2.3.4 Dimensi Mutu Puskesmas.....	30
2.4 Pendekatan Sistem Akreditasi Puskesmas.....	31
2.4.1 Masukan(Input).....	30
2.4.2 Proses	33
2.4.3 Keluaran(output).....	35
2.4.4 Umpan Balik	35
2.4.5 Dampak	35
2.4.6 Lingkungan.....	35
2.5 Kerangka Teori	36
2.6 Kerangka Konsep.....	37
BAB 3.METODE PENELITIAN.....	39
3.1 Jenis Penelitian.....	39
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
3.3 Unit Analisis dan Informan penelitian.....	39
3.4 Fokus Penelitian.....	41
3.5 Data dan sumber data.....	44
3.6 Teknik dan Alat perolehan Data	44
3.7 Instrumen Penelitian	46
3.8 Tehnik Penyajiandan Analisis Data	46
3.9 Alur Penelitian.....	48
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	49
4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	49

4.1.1 Visi , Misi, dan Motto UPT.Puskesmas Jelbuk	49
4.1.2 Gambaran Informan Penelitian	50
4.2 Hasil Dan Pembahasan	53
4.2.1 Proses.....	68
4.2.2 Output.....	76
BAB 5.PENUTUP	77
5.1 Kesimpulan	77
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

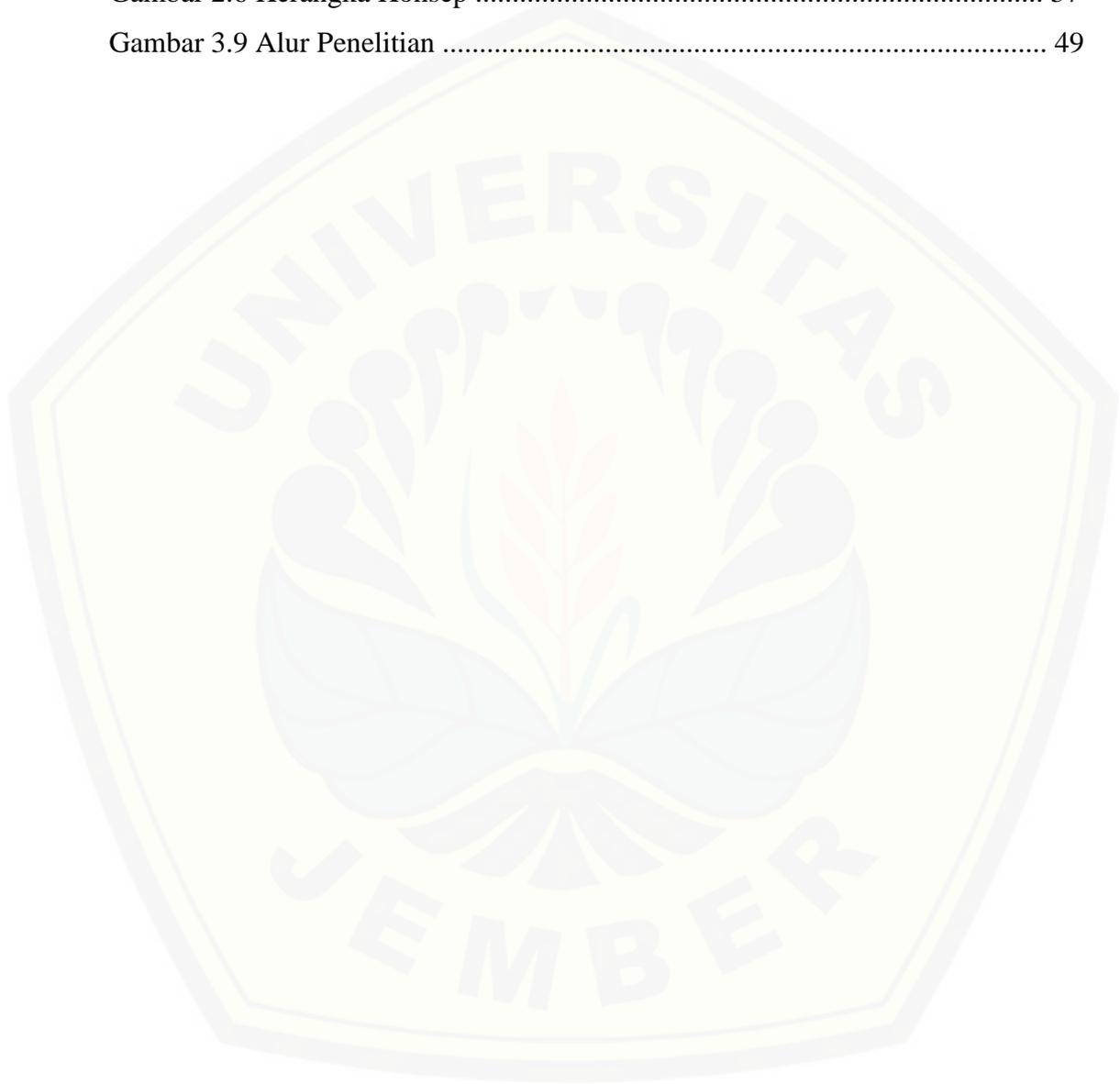
Halaman

Tabel 3.1 Fokus Penelitian..... 41



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.5 Kerangka Teori	36
Gambar 2.6 Kerangka Konsep	37
Gambar 3.9 Alur Penelitian	49



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A	Lembar Pernyataan.....	83
Lampiran B	Lembar Persetujuan.....	84
Lampiran C	Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci.....	85
Lampiran D	Panduan Wawancara Untuk Informan Utama.....	88
Lampiran E	Panduan Wawancara Untuk Informan tambahan.....	91
Lampiran F	Lembar Check List.....	93
Lampiran G	Transkrip Wawancara Informan Kunci.....	98
Lampiran H	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 1.....	101
Lampiran I	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 2.....	104
Lampiran J	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 3.....	107
Lampiran K	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 4.....	110
Lampiran L	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 5 Atau Informan Tambahan 1.....	113
Lampiran M	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 6.....	116
Lampiran N	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 2.....	119
Lampiran O.	Lampiran Transkrip Wawancara Informan tambahan 3.....	122
Lampiran P	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Tambahan 4.....	125
Lampiran Q	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Tambahan 5.....	128
Lampiran R	Lampiran Transkrip Wawancara Informan Tambahan 6.....	131
Lampiran S	Lampiran Ijin Penelitian.....	134

DAFTAR SINGKATAN

ATK	= Alat Tulis Kantor
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
Polindex	= Pos Bersalin Desa
Poskesdes	= Pos Kesehatan Desa
Posyandu	= Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
SOP	= Standar Operasional Prosedur
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perseorangan
PKP	= Penilaian Kinerja Puskesmas
UPT	= Unit Pelaksana Teknis
PPP	= Penyelenggara Pelayanan Puskesmas
KMP	= Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas
RPK	= Rencana Pelaksana Kegiatan
PTP	= Perencanaan Tingkat Puskesmas
RUK	= Rencana Umum Kegiatan
SMD	= Survey Mawas Diri
MMD	= Musyawarah Masyarakat Desa
ADD	= Anggaran Dana Desa

DAFTAR NOTASI

<	= Kurang dari
>	= Lebih dari
%	= Persentasi
=	= Sampai dengan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. FKTP itu sendiri meliputi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter gigi (Peraturan Menteri Kesehatan No.46 tahun 2015). Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja dan merupakan ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 2004:11). Keputusan Menteri Kesehatan No.75 tahun 2014 tentang “Pusat Kesehatan Masyarakat”, merupakan landasan hukum dalam penyelenggaraan puskesmas. Puskesmas merupakan salah satu FKTP di satu wilayah kecamatan yang berfungsi sebagai *Gate Keeper* atau pintu masuknya pelayanan kesehatan .

Pada saat ini puskesmas telah didirikan hampir di seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerjanya, puskesmas diperkuat dengan puskesmas pembantu serta puskesmas keliling. Secara kuantitatif jumlah puskesmas sudah mencukupi dan tersebar merata di seluruh pelosok tanah air, namun secara kualitatif masih jauh dari harapan. Hal ini disebabkan antara lain lemahnya organisasi dan manajemen puskesmas serta dukungan sumber dayanya (Satrianegara, 2014:70).

Agar puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu adanya sistem tata kelola yang baik. Sistem pengelolaan puskesmas tersebut mencakup pengelolaan terhadap kinerja pelayanan, proses pelayanan, maupun sumber daya yang digunakan. Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya

peningkatan mutu, manajemen resiko dan keselamatan pasien juga perlu diterapkan dalam pengelolaan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta (Buku Pedoman Standar Akreditasi puskesmas, 2015).

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 ditegakkan 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 pasien (*Patient Safety*) seperti yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien.

Kabupaten Jember pada tahun 2015 ada enam puskesmas telah diajukan untuk penilaian akreditasi melalui surat kepala dinas kesehatan Kabupaten Jember No.446/11221/414/2015, perihal rencana akreditasi puskesmas. Penilaian akreditasi telah dilakukan oleh komisi akreditasi puskesmas pada bulan Oktober 2015. Hasil dari penilaian penetapan keputusan akreditasi terhadap enam puskesmas tersebut yaitu empat puskesmas berhasil mendapatkan akreditasi dasar yaitu Puskesmas Sumpersari, Puskesmas Sumberjambe, Puskesmas Ambulu dan Puskesmas Tanggul, satu puskesmas mendapatkan akreditasi madya yaitu Puskesmas Kencong dan satu puskesmas belum berhasil terakreditasi yaitu Puskesmas Puger. Berdasarkan dari data diatas, hanya lima puskesmas saja yang terakreditasi atau sebesar 83,3% dan satu puskesmas tidak berhasil terakreditasi atau sebesar 16,7%. Hal ini tidak sesuai dengan harapan atau target yang telah

ditetapkan dalam rencana strategis dinas kesehatan Kabupaten Jember tahun 2015 untuk akreditasi puskesmas yaitu sebesar enam puskesmas (100%).

Rencana Strategis tahun 2016 s/d 2021 seluruh puskesmas di Kabupaten Jember wajib akreditasi pada tahun 2018. Berdasarkan surat dari kepala dinas kesehatan Kabupaten Jember tanggal 21 Mei 2015 Nomor 440/1221/414/2015 Perihal rencana akreditasi puskesmas pada tahun 2016 terdapat 10 puskesmas yang akan diajukan ke komisi untuk mengikuti akreditasi yaitu Puskesmas Jember Kidul, Puskesmas Mayang, Puskesmas Silo1, Puskesmas Ledokombo, Puskesmas Kaliwates, Puskesmas Ajung, Puskesmas Bangsalsari, Puskesmas Jenggawah, Puskesmas Gumukmas dan Puskesmas Puger. Sedangkan pada tahun 2017 ada 12 puskesmas yang diajukan ke komisi untuk mengikuti akreditasi yaitu Puskesmas Silo2, Puskesmas Wuluhan, Puskesmas Jelbuk, Puskesmas Rambipuji, Puskesmas Sukorambi, Puskesmas Sukowono, Puskesmas Andongsari, Puskesmas Paleran, Puskesmas Kalisat, Puskesmas Mangli, Puskesmas Balung dan Puskesmas Pakusari.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan dengan tehnik wawancara dengan kepala bidang pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember diketahui bahwa persiapan akreditasi puskesmas di Kabupaten Jember yang akan maju Tahun 2017 telah dilakukan sosialisasi dan workshop akreditasi puskesmas pada tanggal 20 Pebruari 2016 sampai 23 Pebruari 2016 di aula AKBID Bina Husada Jember dan 12 puskesmas masing – masing menghadirkan 6 orang yang menjadi ketua kelompok kerja. Materi yang disampaikan meliputi penggalangan komitmen dan pengenalan awal tentang standart dan instrumen akreditasi, pembentukan panitia persiapan akreditasi puskesmas, dan pembentukan kelompok kerja, yaitu kelompok kerja administrasi dan manajemen, kelompok kerja Upaya Kesehatan Masyarakat, dan kelompok kerja Upaya Kesehatan Perseorangan (Pedoman Survei Akreditasi 2015:32-48).

Dua belas puskesmas ini ditargetkan untuk mendapatkan minimal status akreditasidasar pada Tahun 2017. Status terakreditasi dasar didapatkan apabila pencapaian nilai Bab I, II \geq 75%, Bab IV, V, VII \geq 60%, dan Bab III, VI, VII, IX \geq 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 penting (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Dari standar kelulusan diatas membuktikan bahwa pada kelompok kerja administrasi manajemen penting didalam pelaksanaan akreditasi puskesmas.

Akreditasi merupakan suatu proses yang di mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring evaluasi dan rencana tindak lanjut. Dalam proses perencanaan selain melihat dari identifikasi kebutuhan dari masyarakat juga bisa dilihat dari capaian PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) tahun lalu. 12 puskesmas yang akan maju akreditasi tahun 2017 hasil PKP selama tiga tahun terakhir menunjukkan bahwa dari 12 puskesmas yang belum sesuai target tahun 2013 s/d tahun 2015 yaitu Puskesmas Jelbuk. Tahun 2015 dari program wajib sebesar 72,61% (kurang) program pengembangan 53,89% (kurang) dari standar nilai ambang >91% kinerja baik, 80-90% kinerja cukup, dan <80% kinerja kurang. Dari capaian mutu sebesar 8,09 dan capaian manajemen 8,7% (baik) dari standar nilai ambang >8,5% kinerja baik, 5,5-8,4% kinerja cukup, dan <5,5% kinerja kurang. (Dinas Kesehatan Kab. Jember 2014). Adapun langkah yang sudah diambil oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam peningkatan kompetensi manajemen yaitu seluruh dokter puskesmas mengikuti pelatihan manajemen puskesmas meliputi perencanaan tingkat puskesmas, lokakarya mini puskesmas dan penilaian kinerja puskesmas.

Akreditasi dipuskesmas merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling tergantung, dan saling mempengaruhi satu dengan lainnya sehingga perlu dilakukan pengkajian dari sistem tersebut yang meliputi masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Hasil PKP

diatas adalah suatu keluaran (*output*) yang menunjukkan capaian yang kurang maksimal. Output merupakan salah satu input untuk sistem berikutnya. Apabila sistem sudah berjalan dengan baik maka akan menghasilkan outcome (hasil) yang baik pula.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka persiapan pada setiap pelayanan-pelayanan di Puskesmas perlu dilakukan pengkajian agar dapat mengetahui seberapa jauh persiapan akreditasi dari UPT. Puskesmas Jelbuk tersebut sehingga penilaian akreditasi yang akan dilaksanakan pada tahun 2017 bisa berhasil dengan status minimal akreditasi dasar. Sebagian besar permasalahan yang terjadi pada proses persiapan akreditasi Puskesmas yaitu pada masukan (*input*) dari persiapan akreditasi Puskesmas tersebut dan juga pada proses (*process*) pelaksanaan dari persiapan akreditasi puskesmas. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui kesiapan akreditasi puskesmas dari segi masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*) pokja administrasi manajemen pada persiapan akreditasi di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember .

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana menggambarkan kesiapan dokumen akreditasi kelompok kerja administrasi dan manajemen di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Menggambarkan kesiapan dokumen akreditasi kelompok kerja administrasi dan manajemen di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember.

1.3.2. Tujuan khusus

- a. Menggambarkan tempat penelitian
- b. Menggambarkan kesiapan masukan (*input*) yaitu aspek *man* (sumber daya manusia), *money* (pendanaan/anggaran), *material* (bahan), *machines*

(mesin atau alat), *method* (prosedur), dan *time* (waktu) kesiapan dokumen kelompok kerja administrasi manajemen di Puskesmas Jelbuk.

- c. Menggambarkan proses (*process*) kesiapan dokumen kelompok kerja administrasi manajemen di UPT. Puskesmas Jelbuk.
- d. Menggambarkan keluaran (*output*) kesiapan kelompok kerja administrasi manajemen di UPT. Puskesmas Jelbuk.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat mengetahui kesiapan dokumen kelompok kerja administrasi manajemen yang ada di Puskesmas Jelbuk dalam rangka menghadapi akreditasi puskesmas Tahun 2017. Tentunya kesiapan dokumen administrasi manajemen puskesmas dilihat dari segi *input*, *proses*, dan *output*.

1.4.2. Manfaat Praktis

Sebagai bahan masukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam melakukan pendampingan akreditasi puskesmas dan sebagai bahan masukan kepada puskesmas khususnya kelompok kerja administrasi dan manajemen UPT. Puskesmas Jelbuk dalam mempersiapkan penilaian akreditasi tahun 2017.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014).

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 tahun 2014).

2.1.2 Visi dan Misi Puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan berperilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/MENKES/SK/II/2004).

Indikator Kecamatan Sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator utama yaitu :

- a. Lingkungan sehat
- b. Perilaku sehat
- c. Cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu
- d. Derajat kesehatan penduduk kecamatan

Rumusan visi untuk masing-masing puskesmas harus mengacu pada visi pembangunan kesehatan puskesmas di atas yakni terwujudnya Kecamatan Sehat,

yang harus sesuai dengan situasi dan kondisi masyarakat serta wilayah kecamatan setempat.

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional (Kepmenkes RI No. 128/MENKES/SK/II/2004). Misi tersebut adalah:

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yakni pembangunan yang tidak menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku masyarakat.
- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas akan selalu berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian untuk hidup sehat.
- c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Puskesmas akan selalu berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.
- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Puskesmas akan selalu berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang berkunjung dan yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya, tanpa diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dilakukan puskesmas mencakup pula aspek lingkungan dari yang bersangkutan.

2.1.3 Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang (Permenkes RI No.75 tahun 2014) antara lain:

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat.
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu.
- c. Hidup dalam lingkungan sehat.
- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok masyarakat.

Prinsip penyelenggaraan puskesmas (Permenkes RI No.75 tahun 2014) meliputi :

- a. Paradigma sehat
Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- b. Pertanggungjawaban wilayah
Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Kemandirian masyarakat
Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- d. Pemerataan
Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan.
- e. Teknologi tepat guna
Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

f. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

2.1.4 Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas yaitu melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud tersebut puskesmas menyelenggarakan fungsi antara lain:

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Selain menyelenggarakan fungsi tersebut puskesmas dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan Tenaga Kesehatan.

Dalam menyelenggarakan fungsi UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya puskesmas berwenang untuk :

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan

- i. memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan responpenanggulangan penyakit.

2.1.5 Struktur Organisasi Puskesmas

Permenkes RI No. 75 tahun 2014 puskesmas dipimpin oleh seorang kepala puskesmas yang bertanggungjawab atas seluruh kegiatan di Puskesmas. organisasi puskesmas disusun oleh dinas kesehatan kabupaten/kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan dan beban kerja puskesmas. Organisasi Puskesmas sebagaimana dimaksud tersebut paling sedikit terdiri atas antara lain:

- a. Kepala puskesmas.
- b. Kepala sub bagian tata usaha.
- c. Penanggung jawab UKM dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat.
- d. Penanggung jawab UKP, kefarmasian dan Laboratorium.
- e. Penanggung jawab jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

2.1.6 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.75 tahun 2014 tentang Puskesmas bahwa puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Upaya kesehatan sebagaimana dimaksud dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama sebagaimana dimaksud meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan.

Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi:

- a. pelayanan promosi kesehatan;
- b. pelayanan kesehatan lingkungan;
- c. pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana;
- d. pelayanan gizi; dan
- e. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan.

Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas.

Upaya pengembangan yang dilakukan Puskesmas, antara lain:

- a. pelayanan kesehatan jiwa
- b. pelayanan kesehatan gigi masyarakat
- c. pelayanan kesehatan tradisional komplementer
- d. pelayanan kesehatan olahraga
- e. pelayanan kesehatan indera
- f. pelayanan kesehatan lansia
- g. pelayanan kesehatan kerja
- h. pelayanan kesehatan lainnya

2.2 Akreditasi Puskesmas

2.2.1 Pengertian, Tujuan dan Manfaat Akreditasi Puskesmas

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 RI No. 75 tahun 2014).

Sedangkan tujuan dari pengaturan akreditasi puskesmas menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 tahun 2015 yaitu untuk:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- b. Meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas sebagai institusi.

- c. Meningkatkan kinerja Puskesmas.

Manfaat akreditasi puskesmas sebagai berikut (Pedoman Akreditasi Puskesmas 2014) :

1. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota
Sebagai wahana pembinaan peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen mutu, sistem manajemen penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perseorangan, serta penerapan manajemen risiko.
2. Bagi BPJS kesehatan
Sebagai salah satu syarat untuk melakukan *recredensialing* FKTP yang akan bekerjasama.
3. Bagi FKTP
 - a. Memberikan keunggulan kompetitif antara FKTP.
 - b. Menjamin pelayanan kesehatan primer yang berkualitas.
 - c. Meningkatkan pendidikan pada staf.
 - d. Meningkatkan pengelolaan risiko.
 - e. Membangun dan meningkatkan kerja sama antar staf.
 - f. Menghindari variasi dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja.
 - g. Meningkatkan keamanan dalam bekerja.
4. Bagi masyarakat
 - a. Memperkuat kepercayaan masyarakat pada FKTP
 - b. Adanya Jaminan Kualitas pelayanan yang akan diterima (Pedoman Akreditasi Puskesmas, 2015:18)

2.2.2 Langkah-langkah Persiapan Akreditasi Puskesmas

Puskesmas yang akan diakreditasi ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksanaan penyiapan akreditasi dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang dalam pelaksanaannya dilakukan oleh Tim

Pendamping Akreditasi puskesmas yang ditunjuk dengan langkah-langkah sebagai berikut (Pedoman Pendampingan Akreditasi tahun 2015):

- a. Lokakarya di puskesmas minimal selama dua hari efektif untuk menggalang komitmen dan pengenalan awal tentang Standar dan Instrumen Akreditasi, pembentukan Panitia Persiapan Akreditasi Puskesmas, dan pembentukan Kelompok Kerja, yaitu Kelompok Kerja Administrasi dan Manajemen, Kelompok Kerja Upaya Kesehatan Masyarakat, dan Kelompok Kerja Upaya Kesehatan Perseorangan.
- b. Pendampingan di puskesmas berupa pelatihan pemahaman standar dan instrumen yang diikuti oleh seluruh karyawan puskesmas untuk memahami secara rinci standar dan instrumen akreditasi puskesmas dan persiapan *self-assessment*.
- c. Pelaksanaan *self-assessment* oleh Panitia Persiapan Akreditasi puskesmas.
- d. Panitia Persiapan Akreditasi puskesmas melakukan pembahasan hasil *self assessment* bersama Tim Pendamping Akreditasi dan menyusun Rencana Aksi untuk persiapan akreditasi.
- e. Penyiapan Dokumen Akreditasi, dengan tahapan:
 - 1) Identifikasi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan oleh standar akreditasi,
 - 2) Penyiapan tata naskah penulisan dokumen termasuk di dalamnya pengendalian dokumen akreditasi yang meliputi pengaturan tentang kewenangan pembuatan, pemanfaatan dan penyimpanan seluruh dokumen Puskesmas,
 - 3) Penyiapan dokumen akreditasi.
 - a) Dokumen internal, meliputi :
 - (1) Surat-surat keputusan
 - (2) Pedoman mutu
 - (3) Pedoman-pedoman yang terkait dengan pelayanan
 - (4) Kerangka acuan
 - (5) Standar prosedur operasional (SPO)
 - (6) Rekam implementasi (dokumen sebagai bukti telusur).

- b) Dokumen eksternal yang perlu disediakan. Penyiapan dokumen sebagai regulasi internal tersebut membutuhkan waktu lebih kurang 4 bulan. Selama penyiapan dokumen dilakukan pendampingan lebih kurang 3 sampai dengan 5 kali @ 2 hari.
- f. Penataan sistem manajemen dan sistem penyelenggaraan UKM dan UKP.
- g. Setelah dokumen yang merupakan regulasi internal disusun, berikut dengan program-program kegiatan yang direncanakan, maka dilakukan implementasi sesuai dengan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur dan program kegiatan yang direncanakan. Pelaksanaan kegiatan implementasi tersebut diperkirakan dilaksanakan dalam kurun waktu 5 sampai dengan 6 bulan, dengan pendampingan 3 sampai dengan 5 kali @ 2 hari.
- h. Penilaian Pra-sertifikasi oleh Tim Pendamping Akreditasi, untuk mengetahui kesiapan Puskesmas untuk diusulkan dilakukan penilaian akreditasi.
- i. Pengusulan Puskesmas yang siap diakreditasi dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan rekomendasi hasil Penilaian Pra-sertifikasi oleh Tim Pendamping Akreditasi.

2.2.3 Standar Akreditasi Puskesmas

Akreditasi puskesmas harus dilakukan sesuai dengan standar akreditasi. Untuk penilaian akreditasi puskesmas dibagi menjadi tiga kelompok pelayanan di puskesmas yaitu (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 46 tahun 2015):

- a. Kelompok Administrasi Manajemen, yang diuraikan dalam:

- 1) Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

Penyelenggaraan pelayanan puskesmas tersebut terdapat standarnya yang terdiri dari antara lain:

- a) Analisis kebutuhan masyarakat. Pada analisis kebutuhan ini yang dinilai yaitu kebutuhan masyarakat akan pelayanan puskesmas yang diidentifikasi dan tercermin dari upaya puskesmas. Peluang untuk pengembangan dan peningkatan pelayanan diidentifikasi dan dituangkan dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan.

- b) Akses pelaksanaan kegiatan. Pada akses pelaksanaan kegiatan ini yang dinilai yaitu Strategi perbaikan yang berkesinambungan diterapkan agar penyelenggaraan pelayanan tepat waktu, dilakukan secara profesional dan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat, serta tujuan Puskesmas.
 - c) Evaluasi. Pada evaluasi ini yang dinilai yaitu efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan pelayanan, apakah sesuai dengan rencana dan dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.
- 2) Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)
- Kepemimpinan dan manajemen puskesmas tersebut memiliki standar yang antara lain:
- a) Persyaratan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pada hal ini yang dinilai yaitu persyaratan lokasi, bangunan dan ruang, prasarana, peralatan, dan ketenagaan.
 - b) Persyaratan ketenagaan puskesmas. Pada hal ini yang dinilai yaitu jenis dan jumlah ketenagaan yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan.
 - c) Kegiatan pengelolaan puskesmas. Pada hal ini yang dinilai yaitu efektivitas dan efisiensi dalam mengelola program dan kegiatan sejalan dengan tata nilai, visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi puskesmas.
 - d) Hak dan kewajiban pengguna puskesmas. Pada hal ini yang dinilai yaitu kejelasan hak dan kewajiban pengguna puskesmas.
 - e) Kontrak pihak ketiga. Pada hal ini yang dinilai yaitu penyelenggaraan oleh pihak ketiga memenuhi standar yang ditetapkan.
 - f) Pemeliharaan sarana dan prasarana. Pada hal ini yang dinilai yaitu sarana dan prasarana yang harus dipelihara agar dapat digunakan sesuai kebutuhan dan sesuai peraturan yang berlaku.

3) Bab III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

Peningkatan mutu puskesmas tersebut memiliki standar yaitu perbaikan mutu dan kinerja puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh pimpinan puskesmas, penanggung jawab upaya puskesmas dan pelaksana.

b. Kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).

c. Kelompok Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

2.2.4 Instrumen Akreditasi Puskesmas

Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

Standar:1.1. Analisis Kebutuhan Masyarakat dan Perencanaan Puskesmas

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

Kriteria:1.1.1.

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

Kriteria: 1.1.2.

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

Kriteria:1.1.3.

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

Kriteria: 1.1.4.

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

Kriteria: 1.1.5.

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

Standar: 1.2.

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

Kriteria: 1.2.1.

Jenis-jenis pelayanan puskesmas memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan dan masyarakat.

Kriteria: 1.2.2.

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

Kriteria: 1.2.3.

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

Kriteria: 1.2.4.

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

Kriteria: 1.2.5.

Penyelenggaraan pelayanan dan Upaya puskesmas didukung oleh suatu mekanisme kerja agar tercapai kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan,

dilaksanakan secara efisien, minimal dari kesalahan dan mencegah terjadinya keterlambatan dalam pelaksanaan.

Kriteria: 1.2.6.

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

Standar: 1.3. Evaluasi

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

Kriteria: 1.3.1.

Kinerja puskesmas dan strategi pelayanan dan penyelenggaraan upaya puskesmas dianalisis sebagai bahan untuk perbaikan. Hasil evaluasi dibahas dan ditindaklanjuti.

Kriteria: 1.3.2.

Evaluasi meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja Puskesmas.

Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)

Tata kelola sarana Puskesmas

Standar : 2.1 Persyaratan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

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

Persyaratan Lokasi

Kriteria : 2.1.1.

Lokasi pendirian Puskesmas harus sesuai dengan tata ruang daerah

Persyaratan Bangunan dan Ruangan

Kriteria: 2.1.2.

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

Kriteria: 2.1.3.

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

Persyaratan Prasarana Puskesmas**Kriteria: 2.1.4.**

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

Persyaratan Peralatan Puskesmas**Kriteria: 2.1.5.**

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

Ketenagaan Puskesmas**Standar: 2.2 Persyaratan Ketenagaan Puskesmas**

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

Persyaratan Penanggung jawab Puskesmas**Kriteria : 2.2.1.**

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

Kriteria: 2.2.2.

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

Standar: 2.3 Kegiatan Pengelolaan Puskesmas

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

Pengorganisasian Puskesmas

Kriteria: 2.3.1.

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

Kriteria: 2.3.2.

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

Kriteria: 2.3.3.

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

Kriteria: 2.3.4.

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

Kriteria: 2.3.5.

Karyawan baru harus mengikuti orientasi supaya memahami tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Karyawan wajib mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dipersyaratkan untuk menunjang keberhasilan Upaya Puskesmas.

Pengelolaan Puskesmas

Kriteria: 2.3.6.

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

Kriteria: 2.3.7.

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

Kriteria: 2.3.8.

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

Kriteria: 2.3.9.

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

Kriteria: 2.3.10.

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

Kriteria: 2.3.11.

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

Kriteria 2.3.12.

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

Kriteria: 2.3.13.

Lingkungan kerja dikelola untuk meminimalkan risiko bagi pengguna puskesmas dan karyawan.

Kriteria 2.3.14.

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

Pengelolaan keuangan pelayanan**Kriteria: 2.3.15.**

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

Kriteria: 2.3.16.

Pengelolaan keuangan Puskesmas sesuai dengan peraturan yang berlaku

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

Kriteria: 2.3.17.

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

Standar: 2.4. Hak dan Kewajiban Pengguna puskesmas

Adanya kejelasan hak dan kewajiban pengguna puskesmas

Hak dan kewajiban pengguna puskesmas

Kriteria: 2.4.1.

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

Kriteria: 2.4.2.

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

Standar: 2.5. Kontrak Pihak Ketiga

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

Kriteria : 2.5.1.

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

Kriteria: 2.5.2.

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

Standar: 2.6. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

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

Kriteria: 2.6.1.

Pemeliharaan sarana dan peralatan puskesmas dilaksanakan dan didokumentasikan secara jelas dan akurat.

BAB III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

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

Kriteria: 3.1.1.

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

Kriteria: 3.1.2.

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

Kriteria: 3.1.3.

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

Kriteria: 3.1.4.

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

Kriteria: 3.1.5.

Adanya upaya memberdayakan pengguna puskesmas untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja Puskesmas

Kriteria: 3.1.6.

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

Kriteria: 3.1.7.

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

2.3 Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas

2.3.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan (Bustami, 2011:3). Sedangkan menurut Josep Juran mutu adalah apa yang diharapkan atau ditentukan oleh konsumen (Muninjaya, 2011:19). Jadi dapat disimpulkan bahwa mutu adalah sifat dan karakteristik yang diharapkan oleh pelanggan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan puskesmas merupakan suatu proses manajemen yang dilakukan secara sistematis, objektif, terpadu, dan berkesinambungan serta berorientasi pada pelanggan. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan puskesmas didasari atas paradigma bahwa peningkatan mutu pelayanan puskesmas akan tercapai, jika proses pelayanan diperbaiki dengan menerapkan prinsip dan metode jaminan mutu (Satrianegara, 2014:136).

Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan, sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien (Kemenkes dalam Muninjaya 2014). Pelayanan yang bermutu sangat diperlukan karena merupakan hak setiap pelanggan, dan dapat memberi peluang untuk memenangkan persaingan dengan pemberi layanan kesehatan lainnya. Kualitas pelayanan dan nilai berdampak langsung terhadap pelanggan. Kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang dirasakan.

Pelanggan insitusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu :

1. Pelanggan internal (*internal customer*) yaitu mereka yang bekerja di dalam institusi kesehatan seperti staf medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola dan lain sebagainya.
2. Pelanggan eksternal (*external customer*) yaitu pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum, rekanan, lembaga swadaya masyarakat dan lain sebagainya (Muninjaya, 2014).

2.3.2 Prinsip Pendekatan Jaminan Mutu Puskesmas

Jaminan mutu adalah suatu proses pengukuran derajat kesempurnaan penampilan kerja, dibandingkan dengan standar dan dilakukan tindakan perbaikan yang sistematis dan berkesinambungan, untuk mencapai mutu penampilan kerja yang optimum, sesuai standar, dan sumber daya yang ada. Prinsip pendekatan jaminan mutu terdiri atas (Satrianegara, 2014:137):

- a. Bekerja dalam tim
- b. Memberikan fokus perubahan pada proses

- c. Mempunyai orientasi kinerja pada pelanggan
- d. Pengambilan keputusan berdasarkan data
- e. Adanya komitmen pimpinan dan keterlibatan staf dalam perbaikan proses pelayanan. Jika kelima prinsip tersebut dapat dirasakan dan dibuktikan keberadaannya di suatu Puskesmas, maka dapat dikatakan bahwa puskesmas itu telah menerapkan prinsip-prinsip jaminan mutu dalam manajemennya.

2.3.3 Keputusan Akreditasi

Penetapan keputusan Akreditasi Puskesmas adalah :

- a. Tidak Terakreditasi: jika pencapaian nilai Bab I, II $< 75\%$; Bab IV, V, VII $< 60\%$; dan Bab III, VI, VIII, IX $< 20\%$
- b. Terakreditasi Dasar: jika pencapaian nilai Bab I, II = 75% , dan Bab IV, V, VII = 60% , Bab III, VI, VIII, IX = 20%
- c. Terakreditasi Madya: jika pencapaian nilai Bab I, II, IV, V = 75% ; Bab VII, VIII = 60% ; Bab III , VI, IX = 40%
- d. Terakreditasi Utama: jika pencapaian nilai Bab I, II, IV, V, VII, VIII = 80% ; Bab III, VI, IX = 60%
- e. Terakreditasi Paripurna: jika pencapaian nilai semua Bab = 80%

Hasil penilaian akreditasi oleh Tim surveior dikirim kepada Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama disertai dengan rekomendasi keputusan akreditasi. Rekomendasi penetapan status akreditasi yang dibuat oleh Tim Surveior diteruskan kepada Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, untuk kemudian ditetapkan status akreditasi oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, dan diterbitkan sertifikat akreditasi. Sertifikat akreditasi berlaku selama 3 (tiga) tahun tahun (Pedoman Survei Akreditasi, 2015:50).

2.3.4 Dimensi Mutu Puskesmas

Rangkuman dimensi mutu dari beberapa pakar mutu yang memperhatikan berbagai sudut pandang dibagi menjadi 9 (sembilan) dimensi mutu, yaitu sebagai berikut (Satrianegara, 2014:137) :

- a. Manfaat, pelayanan kesehatan yang diberikan menunjukkan manfaat dan hasil yang diinginkan.
- b. Ketepatan, pelayanan kesehatan yang diberikan relevan dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar keprofesian.
- c. Ketersediaan, pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tersedia.
- d. Keterjangkauan, pelayanan kesehatan yang diberikan dapat dicapai dan mampu dibiayai oleh pasien.
- e. Kenyamanan, pelayanan kesehatan dalam suasana yang nyaman.
- f. Hubungan interpersonal, pelayanan kesehatan yang diberikan memperlihatkan komunikasi, rasa hormat, perhatian, dan empati yang baik.
- g. Waktu, pelayanan kesehatan yang diberikan memperlihatkan waktu tunggu pasien dan tepat waktu sesuai perjanjian.
- h. Kesenambungan, pelayanan kesehatan yang diberikan dilaksanakan secara berkesinambungan, pasien yang memerlukan tindak lanjut perawatan perlu ditindaklanjuti, ibu hamil yang sudah mendapatkan pemeriksaan pertama (K1) perlu ditindaklanjuti untuk pemeriksaan selanjutnya.
- i. Legitimasi dan akuntabilitas, pelayanan kesehatan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan, baik dari aspek medik maupun aspek hukum.

2.4 Pendekatan Sistem Akreditasi Puskesmas

Sistem ialah satu kesatuan yang utuh diperkirakan berhubungan, terbentuk dari bagian atau elemen serta satu sama lain saling mempengaruhi, yang ketemuannya dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut ialah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian halnya, maka tidak ada yang disebut dengan sistem tersebut. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya, yang jika disederhanakan dapat dikelompokkan dalam enam unsur saja (Azwar, 2010:28) yaitu:

2.4.1 Masukan (*Input*)

Masukan atau *input* adalah sumber daya yang dikonsumsi oleh suatu sistem. Sumber daya suatu sistem adalah *man, money, material, method, market, machines, dan time* (Muninjaya, 2004:170). Pada penelitian ini yang akan diteliti yaitu *man, money, material, method, machines, dan time*.

a. *Man*

Man adalah tenaga kerja manusia, baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional (Uniaty, 2015:8). Pada penelitian ini *man* dibagi menjadi beberapa unsur yaitu meliputi komitmen, pengetahuan, dan kualifikasi tim akreditasi puskesmas. Pada saat persiapan akreditasi puskesmas ini tahap awal yang sangat penting untuk dilakukan yaitu melihat komitmen dari semua pihak pada kelompok kerja administrasi manajemen. Komitmen merupakan suatu keputusan atau perjanjian seseorang dengan dirinya sendiri untuk melakukan atau tidak melakukan, berhenti atau meneruskan suatu perbuatan atau kegiatan. Selain itu pengetahuan juga sangat penting agar semua pihak dapat memahami proses yang harus dilakukan, Nawawi dan Martini (dalam Faustyna, 2014:52). Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “*what*” (Notoatmodjo 2012:1) Kualifikasi dari tim akreditasi puskesmas yaitu tim akreditasi puskesmas harus mengikuti pelatihan terlebih dahulu.

b. *Money*

Money adalah dana yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Uniaty, 2015:8). Pada penelitian ini yang dimaksud *money* yaitu sumber dana dari proses akreditasi puskesmas. Berdasarkan Permenkes RI No. 46 tahun 2015, pendanaan penyelenggaraan Akreditasi, kegiatan pendampingan dan penilaian pra-akreditasi, serta pendampingan pasca-akreditasi pada puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi milik Pemerintah atau Pemerintah Daerah dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

c. *Material*

Material adalah bahan yg akan dipakai untuk membuat barang lain (Kamus Bahasa Indonesia).

Material adalah bahan-bahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan (Uniaty, 2015:8). Pada penelitian ini yang dimaksud *material* yaitu ketersediaan alat tulis kantor (ATK) yang digunakan selama proses akreditasi. Pada proses akreditasi tersebut alat tulis kantor (ATK) harus tersedia agar proses akreditasi puskesmas dapat berjalan dengan baik.

d. *Machines*

Machines adalah mesin-mesin atau alat yang diperlukan untuk mencapai tujuan (Uniaty, 2015:8). Pada kesiapan akreditasi kelompok kerja administrasi manajemen tersebut yang perlu disiapkan terkait dengan *machines* yaitu komputer. Proses akreditasi puskesmas tentunya membutuhkan komputer sebagai alat bantu yang digunakan untuk memudahkan pekerjaan dalam proses akreditasi puskesmas.

e. *Method*

Method adalah cara atau pendekatan yang dipergunakan untuk mengubah masukan menjadi keluaran (Sulaeman, 2011:54). Metode yang digunakan selama proses akreditasi puskesmas yaitu mengikuti buku pedoman akreditasi puskesmas.

f. *Time*

Time adalah waktu untuk dapat memastikan kegiatan atau program dapat diwujudkan hasilnya (Santoso, 2006 dalam Arumsari, 2014:35). Pada penelitian ini yaitu waktu yang dimiliki kelompok kerja administrasi manajemen untuk melakukan proses tahap persiapan sampai dengan kesiapan penilaian akreditasi puskesmas.

2.4.2 Proses

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan (Azwar, 2010:28). Pada proses ini terdapat perencanaan, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi. Perencanaan menurut Azwar (2010:74) adalah menyusun rencana cara penyelesaian masalah yang telah ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap serta saling terkait dan terpadu sehingga dapat dipakai sebagai pedoman dalam melaksanakan cara penyelesaian masalah. Perencanaan dalam proses akreditasi puskesmas berdasarkan Pedoman Pendampingan Akreditasi Puskesmas (2015:32) yaitu antara lain:

- a. Lokakarya puskesmas yang dilaksanakan minimal selama dua hari efektif untuk menggalang komitmen dan pengenalan awal tentang standar dan instrumen akreditasi, pembentukan panitia persiapan akreditasi puskesmas, dan pembentukan kelompok kerja, yaitu kelompok kerja administrasi dan manajemen, kelompok kerja upaya kesehatan masyarakat, dan kelompok kerja upaya kesehatan perseorangan.
- b. Pelatihan yang dilakukan dengan cara pemahaman standar dan instrumen yang diikuti oleh seluruh karyawan Puskesmas untuk memahami secara rinci standar dan instrumen akreditasi puskesmas dan persiapan *self-assessment*.
- c. Pelaksanaan *self assesment* oleh panitia persiapan akreditasi puskesmas.
- d. Pembahasan *self assesment*. Panitia persiapan akreditasi puskesmas melakukan pembahasan hasil *self assesment* bersama tim pendamping akreditasi dan menyusun rencana aksi untuk persiapan akreditasi.
- e. Penyiapan dokumen akreditasi

Apabila perencanaan telah dilakukan, maka dilanjutkan dengan pelaksanaan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan dalam proses persiapan akreditasi puskesmas ini meliputi antara lain:

- a. Penataan sistem manajemen dan sistem penyelenggaraan UKM dan UKP.
- b. Implementasi dokumen yang telah tersusun. Pada saat implementasi dokumen harus ada rekam implementasi dari pelaksanaan dokumen tersebut. Rekam implementasi yaitu dokumen yang menjadi bukti obyektif dari kegiatan yang

dilakukan atau hasil yang dicapai di dalam kegiatan Puskesmas/FKTP dalam melaksanakan regulasi internal atau kegiatan yang direncanakan. Organisasi harus menetapkan SOP terdokumentasi untuk mendefinisikan pengendalian yang diperlukan untuk identifikasi, penyimpanan, perlindungan, pengambilan, lama simpan dan pemusnahan. Catatan/rekam implementasi harus dapat terbaca, segera dapat teridentifikasi dan dapat diakses kembali.

Pada persiapan akreditasi puskesmas juga diperlukan monitoring dan evaluasi. Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisis informasi berdasarkan indikator yang sudah ditetapkan (Triwiyanto, 2015:68). Sedangkan evaluasi menurut *The World Health Organization* (dalam Sulaeman, 2011:300) adalah suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan, dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna penerapan selanjutnya. Monitoring pada persiapan akreditasi puskesmas ini dilakukan dengan cara pengawasan oleh tim pendamping akreditasi puskesmas mulai dari awal perencanaan sampai dengan pelaksanaan. Disamping itu, dilakukan juga evaluasi yang dilaksanakan dengan penilaian pra-sertifikasi oleh tim pendamping akreditasi, untuk mengetahui kesiapan puskesmas puskesmas untuk diusulkan dilakukan penilaian akreditasi.

2.4.3 Keluaran

Keluaran atau *output* adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem (Azwar, 2010:28). Pada akreditasi puskesmas tersebut keluarannya yaitu tidak terakreditasi, terakreditasi dasar, terakreditasi madya, terakreditasi utama, dan terakreditasi paripurna.

2.4.4 Umpan balik

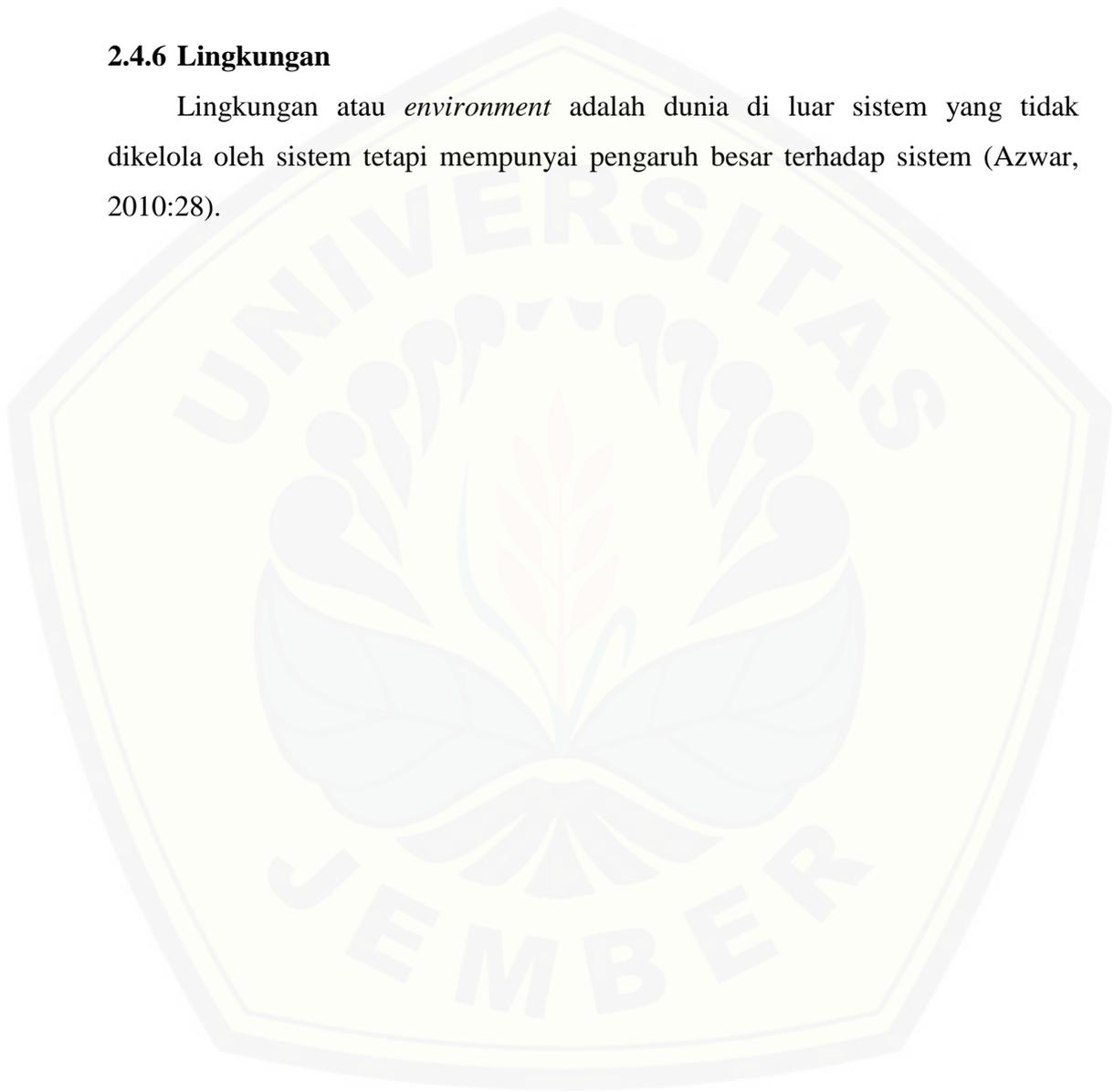
Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut (Azwar, 2010:28).

2.4.5 Dampak

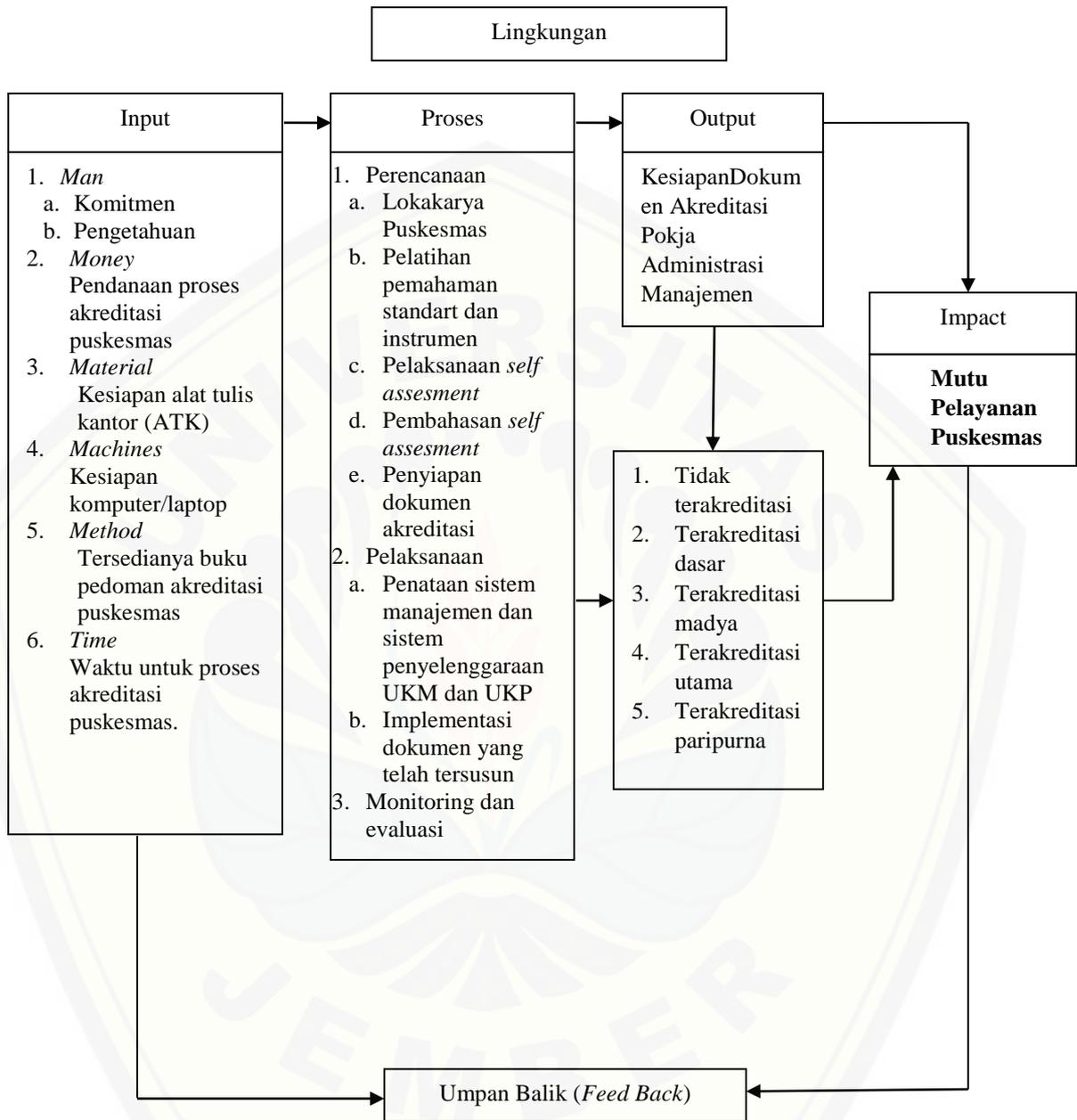
Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem (Azwar, 2010:28). Pada kesiapan akreditasi puskesmas ini dampaknya yaitu pada mutu pelayanan puskesmas.

2.4.6 Lingkungan

Lingkungan atau *environment* adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem (Azwar, 2010:28).



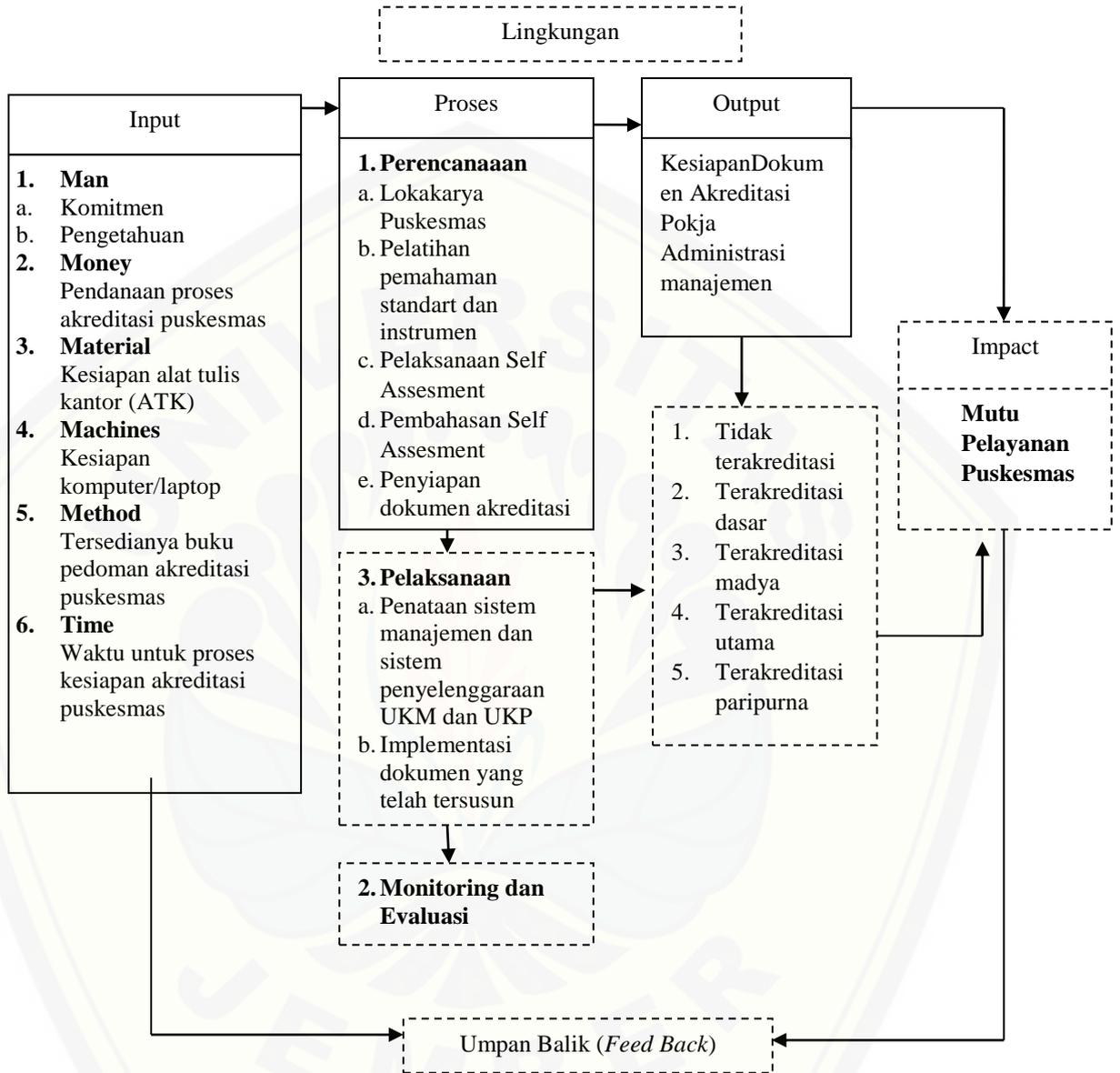
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Teori Sistem (Azwar, 2010:29) dan Pedoman Akreditasi Puskesmas

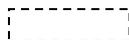
2.6 Kerangka Konsep



Keterangan:



Diteliti



Tidak Diteliti

Gambar 2.6 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep penelitian di atas, didalam suatu pendekatan sistem Akreditasi Puskesmas ada satu kesatuan yang utuh diperkirakan berhubungan, terbentuk dari bagian atau elemen serta satu sama lain saling mempengaruhi, yang ketemunya dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Terdiri dari *input*, *proses*, dan *output*. Pada input yang akan kami teliti adalah *man* terdiri dari komitmen dari seluruh karyawan dan lintas sektor juga pengetahuan yang dimiliki oleh responden. Untuk *money* kami ingin mengetahui semua pembiayaan yang digunakan untuk proses pelaksanaan Akreditasi puskesmas. *Material* dalam penelitian ini meliputi kesiapan alat tulis yang akan digunakan dalam proses Akreditasi. *Machines* pada penelitian ini yaitu untuk mengetahui ketersediaan komputer atau laptop komputer sebagai alat bantu yang digunakan untuk memudahkan pekerjaan dalam proses Akreditasi puskesmas. Pada *method* disini kami ingin memperoleh data untuk ketersediaan buku pedoman Akreditasi puskesmas, dan Time atau waktu yang dibutuhkan oleh puskesmas dalam melaksanakan proses persiapan Akreditasi puskesmas.

Penelitian akan kami lanjutkan sampai proses perencanaan yang terdiri dari lokakarya puskesmas, pelatihan pemahaman standart dan instrument, pelaksanaan *Self Assesment*, pembahasan *Self Assesment* dan penyiapan dokumen Akreditasi. Sehingga output yang kami inginkan yaitu mengetahui sampai di mana kesiapan dokumen Akreditasi pada kelompok kerja Administrasi manajemen.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Penelitian *deskriptif* adalah sebuah penelitian yang bertujuan untuk memberikan atau menjabarkan suatu keadaan atau fenomena yang terjadi saat ini dengan menggunakan prosedur ilmiah untuk menjawab masalah secara aktual (Sugiyono, 2014:14).

Sugiyono, (2014) penelitian kualitatif adalah penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme* digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada *generalisasi*.

Deskriptif-kualitatif fokusnya adalah penggambaran secara menyeluruh tentang bentuk, fungsi, dan makna ungkapan larangan. Hal ini sejalan dengan pendapat Bogdan dan Taylor (1975) dalam Moleong (2004: 3) yang menyatakan "metodologi kualitatif" sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Dengan kata lain, penelitian ini disebut penelitian kualitatif karena merupakan penelitian yang tidak mengadakan perhitungan. Pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kualitatif karena penelitian ini menggambarkan kesiapan dokumen dalam persiapan pelaksanaan akreditasi di UPT.Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember dengan mengkaji kesiapan dokumen akreditasi pada kelompok kerja administrasi manajemen.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember yang dilakukan pada bulan Pebruari s/d Maret 2017.

3.3 Unit Analisis dan Informan Penelitian

Unit analisis penelitian ini adalah UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember. Informan penelitian pada penelitian ini dipilih dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini misalnya orang tersebut dianggap orang yang paling tahu tentang apa yang kita harapkan atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi obyek atau situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2014:53). Informan pada penelitian ini terdiri dari beberapa macam yakni informan utama, informan kunci dan informan tambahan.

Dengan demikian maka informan dalam penelitian ini terdiri dari :

- a. Informan kunci adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Tim Pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan utama dalam penelitian ini adalah Kepala UPT.Puskesmas Jelbuk, Ketua Akreditasi Puskesmas Jelbuk, Ketua Tim Manajemen Mutu, Ketua Kelompok Kerja I.
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah Ketua Kelompok Kerja II dan III, koordinator program KIA/KB/Gizi, koordinator program Kesehatan Lingkungan, koordinator program Promosi Kesehatan, koordinator program Pencegahan Penyakit menular, koordinator program Pencegahan Penyakit Tidak Menular, dan koordinator program Surveilans di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember.

3.4 Fokus Penelitian

Fokus penelitian adalah pemusatan konsentrasi pada tujuan dari penelitian yang dilakukan. Fokus penelitian harus di nyatakan secara eksplisit untuk memudahkan peneliti sebelum melakukan observasi. Fokus penelitian juga merupakan garis besar dari pengamatan penelitian, sehingga observasi dan analisa hasil penelitian lebih terarah (Moleong, 2000:64). Fokus penelitian dimaksudkan untuk membatasi penelitian guna memilih mana data yang relevan dan yang tidak relevan.

Berikut ini Fokus penelitian, pengertian, teknik dan instrumen pengumpulan data dan informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Variabel penelitian dan definisi operasional

No.	Fokus Penelitian dan Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
A	Masukan (Input)			
1.	Sumber daya Manusia (<i>Man</i>)	Tenaga kerja yang ada di Puskesmas baik medis dan paramedis baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional , yang mendukung pelaksanaan kegiatan akreditasi		
a.	Komitmen	Adanya sikap ketertarikan yang ditunjukkan oleh seluruh karyawan puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen dan kepala puskesmas dalam proses akreditasi puskesmas	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C, D, E	Informan kunci, utama dan tambahan
b.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh	Wawancara menggunakan	Informan kunci, utama dan

No.	Fokus Penelitian dan Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
		kelompok kerja administrasi manajemen mengenai akreditasi Puskesmas.	panduan wawancara Lampiran C, D, E	tambahan
2.	Pendanaan (<i>Money</i>)	Kecukupan biaya yang digunakan puskesmas untuk proses akreditasi baik dari APBD maupun dari Puskesmas.	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C, D	Informan kunci dan utama
3.	<i>Material</i> (Bahan)	Kecukupan alat tulis kantor (ATK) dari Puskesmas yang digunakan untuk proses akreditasi Puskesmas pada kelompok administrasimanajemen.	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C,D,E	Informan kunci,utama dan tambahan
4.	Mesin atau alat (<i>Machines</i>)	Kecukupan dari persediaan komputer/laptop,printer yang ada di puskesmas untuk alat bantu dalam proses akreditasi puskesmas pada kelompok administrasi manajemen.	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C,D,E	Informan kunci,utama dan tambahan
5.	Metode atau prosedur (<i>Method</i>)	Ketersediaan dari buku pedoman akreditasi puskesmas dan alur proses akreditasi yang harus diikuti oleh kelompok kerja administrasi manajemen dalam melakukan proses akreditasi puskesmas.	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C,D,E	Informan kunci,utama dan tambahan
6.	Waktu (<i>Time</i>)	Kecukupan waktu yang tersedia dari puskesmas untuk proses kesiapan akreditasi puskesmas.	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C,D,E	Informan kunci,utama dan tambahan
B.	Proses (process)	Sejumlah kegiatan yang telah ditentukan sebelumnya untuk persiapan Akreditasi Puskesmas berupa Lokakarya, pelatihan,		
1.	Perencanaan			

No.	Fokus Penelitian dan Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
		<i>Self-assessment</i> , penyusunan rencana aksi dan penyiapan dokumentasi akreditasi yang dilaksanakan dalam periode tertentu.		
a.	Lokakarya	Pertemuan yang diadakan di Puskesmas dan dihadiri Tim Pendamping Akreditasi serta seluruh karyawan Puskesmas yang berisi tentang pengenalan awal akreditasi untuk menggalang komitmen	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C,D,E	Informan kunci,utama dan tambahan
b.	Pelatihan	Pemahaman oleh seluruh karyawan Puskesmas tentang standar dan instrumen akreditasi Puskesmas serta persiapan <i>self assessment</i> .	Wawancara menggunakan panduan wawancara Lampiran C,D,E	Informan kunci,utama dan tambahan
c.	Pelaksanaan self assessment	Penilaian yang telah dilakukan oleh Tim Akreditasi Puskesmas pada Puskesmas Jelbuk	Wawancara dan Studi Dokumentasi Lampiran C,D	Informan kunci dan informan utama
d.	Pembahasan hasil <i>self assessment</i>	Kegiatan membahas hasil <i>self assessment</i> untuk mengetahui sejauh mana Puskesmas Jelbuk dalam menghadapi penilaian Akreditasi Puskesmas dan menemukan kekurangan atau hambatan yang akan disusun dalam rencana aksi.	Wawancara dan Studi Dokumentasi Lampiran C,D	Informan kunci dan informan utama
e.	Penyiapan Dokumen	Mengidentifikasi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan oleh standar akreditasi Puskesmas dan penyiapan tata naskah penulisan dokumen termasuk pengendalian dokumen akreditasi yang meliputi pengaturan tentang kewenangan	Studi dokumentasi menggunakan lembar check list lampiran F	Informan kunci dan informan utama

No.	Fokus Penelitian dan Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
		pembuatan, pemanfaatan dan penyimpanan seluruh dokumen Puskesmas		
C.	Output Kesiapan Dokumen Administrasi Manajemen	Kelengkapan dokumen yang ada pada kelompok kerja Administrasi manajemen. (juml.dokumen 82)di cocokkan dengan menggunakan ceklist.	Lengkap: Jika kelengkapan dokumen >80% Kurang Lengkap: Jika kelengkapan dokumen 20% s/d 80% Tidak Lengkap: Jika kelengkapan dokumen <20%	Informan kunci, utama dan tambahan

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah kumpulan huruf/kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012:180). Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data primer dan sekunder. Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Pada penelitian ini data primer yang digunakan adalah hasil wawancara dengan masing-masing responden berupa hasil rekaman, tertulis dan foto sehingga akan bisa diperoleh semua data tentang komitmen dari semua karyawan dalam menghadapi akreditasi, pengetahuan, dana, material, mesin/alay yang digunakan, metode atau prosedur, dan waktu yang dibutuhkan untuk proses akreditasi. Sedangkan data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2012:137). Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data tentang kondisi puskesmas yang ada di Kabupaten Jember yaitu profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, standar akreditasi puskesmas.

3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan (Nazir, 2011:174). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara secara langsung kepada responden dan kelengkapan dokumentasi

a. Wawancara mendalam (*In-Depth Interview*)

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012:139). Wawancara bertahap secara perorangan dilakukan di Puskesmas jelbuk dan di dinas kesehatan kepada informan dengan merekam menggunakan handphone dan catatan.

b. Studi dokumen

Studi dokumen merupakan metode pengumpulan data berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulen rapat, dan sebagainya (Arikunto, 2006:135). Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah untuk melengkapi data dari hasil wawancara dengan responden di cocokkan dengan dokumen yang telah ada yaitu dokumen rencana usulan kegiatan, rencana pelaksanaan kegiatan, notulen, standar operasional prosedur, kerangka acuan kerja, surat keputusan, foto-foto kegiatan.

3.7. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data atau alat yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan panduan wawancara mendalam dengan dibantu oleh alat perekam suara (handphone) agar lebih efektif dan efisien, lembar observasi sesuai elemen penilaian untuk melihat kesesuaian antara prosedur tahapan akreditasi dengan dokumentasi yang ada di Puskesmas Jelbuk.

3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data

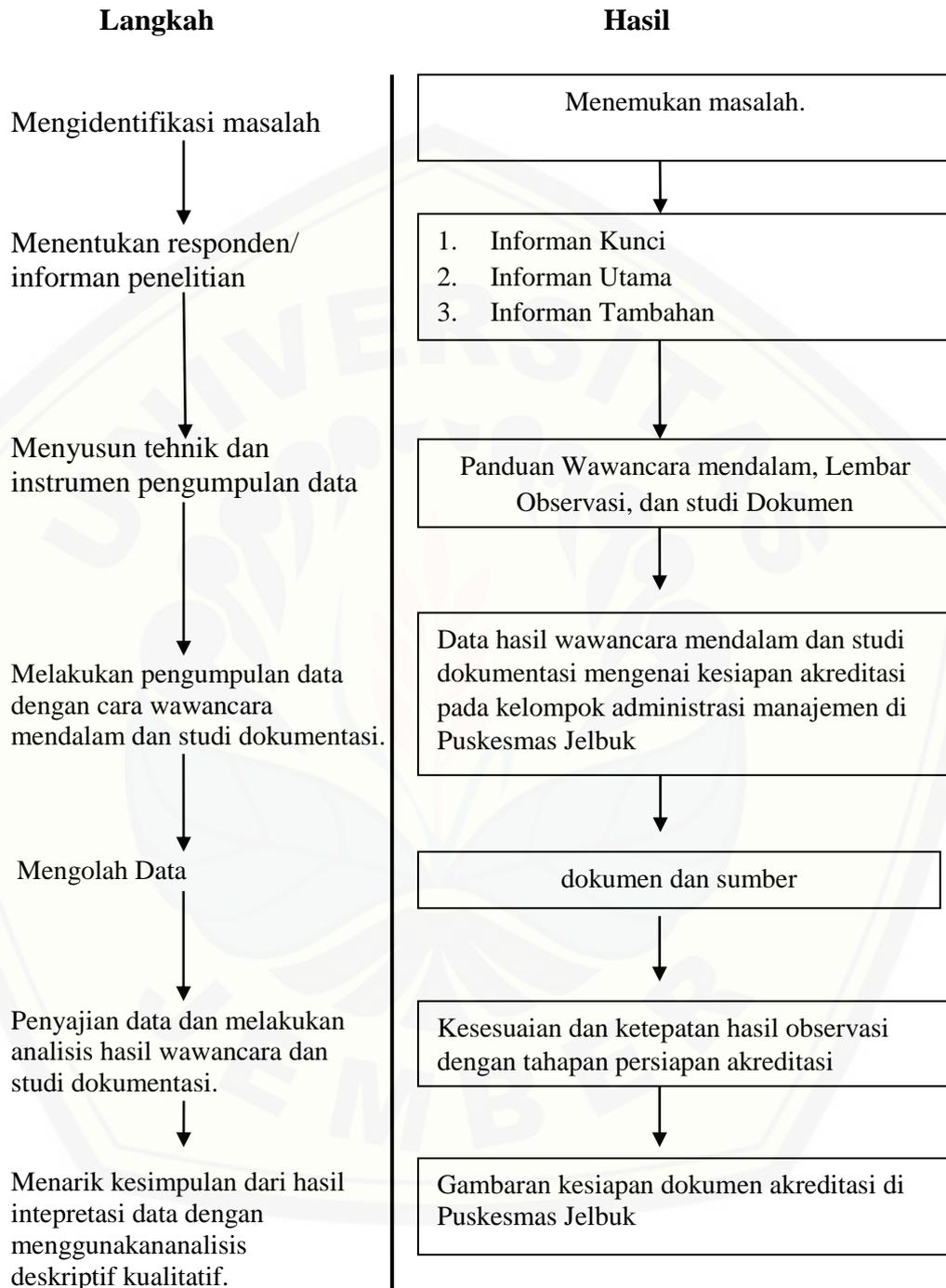
3.8.1 Teknik penyajian

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah digunakan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai tujuan yang diinginkan, dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian. Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk cerita detail sesuai pandangan informan. Hasil wawancara yang diperoleh peneliti dikumpulkan dan diupayakan untuk didiskripsikan berdasarkan ungkapan, bahasa tidak formal, dalam susunan kalimat sehari – hari, dan pilihan kata atau konsep asli responden, cukup rinci serta tanpa ada interpretasi dan evaluasi dari peneliti. Kemudian berdasarkan cerita dan ungkapan asli informan atau responden tersebut mulai di kemukakan temuan penelitian yang nanti akan dijelaskan dengan perspektif atau teori – teori yang telah dipilih (Hamidi, 2005:149).

3.8.2 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Nazir, 2003:48). Analisis data dalam penelitian ini diuji dengan menggunakan teknik analisis deskriptif kualitatif.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.9 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang kami lakukan tentang Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. INPUT

- a. Aspek *man* (sumber daya manusia) yaitu penggalangan komitmen mulai tim pendamping akreditasi dinas kesehatan kabupaten Jember, informan dari Puskesmas Jelbuk, dan lintas sektor semua sudah berkomitmen untuk meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas Jelbuk. Hambatannya adalah masih banyak karyawan yang harus mempunyai tugas pokok dan fungsi rangkap karena keterbatasan jumlah tenaga yang ada sehingga banyak yang tugas rangkap. Aspek *money* (pendanaan) sudah ada anggaran dari APBN (Anggaran Pendapatan Belanja Negara), BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), dan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) tapi belum mencukupi semua pembiayaan kegiatan ada tahun 2016 adanya hambatan dalam alokasi anggaran dikarenakan teknis dan perubahan kebijakan di Dinas Kesehatan atau Pemerintah Daerah sehingga kegiatan pada waktu itu tidak ada dana dari Bantuan Operasional Kesehatan sehingga didalam melakukan kegiatan ikut kegiatan dan koordinasi dengan desa atau kecamatan, hambatannya karena keterlambatan penggunaan dana terkait dengan kebijakan pemerintah daerah, belum ada transparansi di puskesmas kepada seluruh karyawan tentang anggaran di puskesmas. Penggunaan anggaran sudah disesuaikan dengan buku Pedoman penggunaan anggaran baik dana BOK, APBD dan APBN.

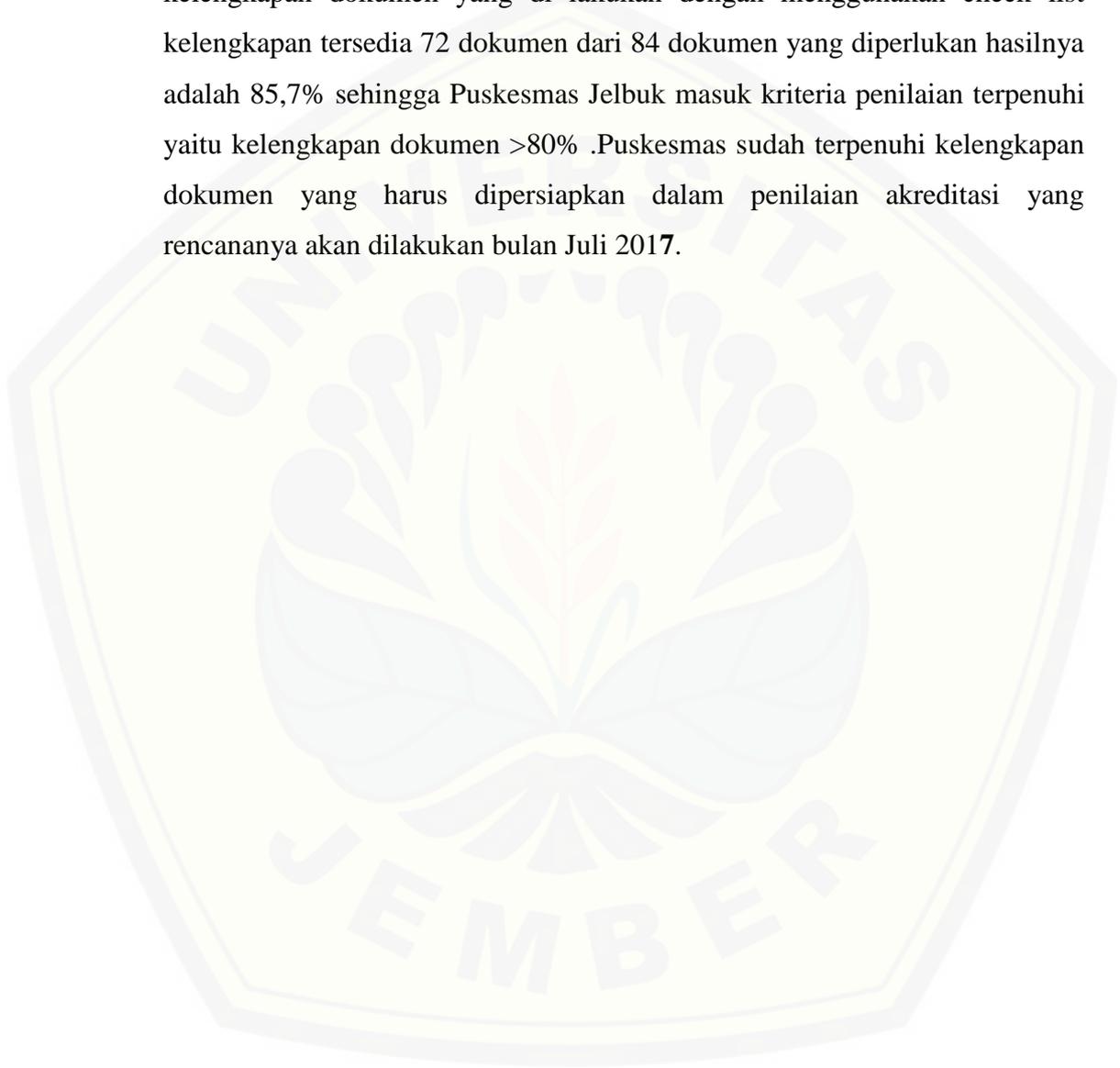
- b. Aspek *material* (bahan) perlu ada pengadaan terhadap prasarana puskesmas yang masih belum ada dengan cara melakukan advokasi kepada dinas kesehatan terkait pengajuan untuk pembangunan prasarana yang belum ada di puskesmas.
- c. Aspek *machines* (mesin atau alat) telah mencukupi karena tersedia komputer atau laptop yang sesuai kebutuhan, pemenuhan alat kesehatan yang belum tersedia melalui petugas pengelola barang mengajukan ke dinas kesehatan..
- d. Aspek *method* (prosedur) telah memenuhi syarat karena telah tersedia buku pedoman. Hambatan yang ada yaitu buku pedoman yang digunakan masih keterbatasan jumlahnya. Pengendalian dokumen sudah dilakukan dengan baik.
- e. Aspek *time* (waktu) waktu terhadap kesiapan dokumen pokja administrasi manajemen di Puskesmas Jelbuk perlu upaya yang terus menerus menjadi suatu kebiasaan mencatat semua apa yang dikerjakan dan mengerjakan semua apa yang dicatat sehingga tidak ada lembur dokumen.

2. PROSES

Pelaksanaan lokakarya puskesmas telah memenuhi syarat. Hambatannya saat penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan dilaksanakan seharusnya pada bulan Januari tahun berjalan dalam forum lokakarya mini yang pertama, namun untuk Kabupaten Jember karena ada kendala teknis maka baru dilaksanakan pada bulan Maret 2017. Sedangkan pelatihan karena keterbatasan dana di Kabupaten Jember tidak dilaksanakan, pelaksanaan *self assessment* yang kurang adalah *cross conferens* yaitu presentasi dari masing-masing kelompok kerja yang harus diikuti oleh semua kelompok kerja sehingga proses kegiatan dan kelengkapan dokumen bisa diketahui atau dilengkapi oleh kelompok kerja yang lain dan pembahasan *self assessment* belum memenuhi syarat.

3. OUTPUT

Kesiapan dokumen Pokja Administrasi Manajemen di Puskesmas Jelbuk dalam menyiapkan dokumen dengan menggunakan kelengkapan elemen penilaian pada BAB I, BAB II dan BAB III. Puskesmas Jelbuk dari kelengkapan dokumen yang di lakukan dengan menggunakan check list kelengkapan tersedia 72 dokumen dari 84 dokumen yang diperlukan hasilnya adalah 85,7% sehingga Puskesmas Jelbuk masuk kriteria penilaian terpenuhi yaitu kelengkapan dokumen >80% .Puskesmas sudah terpenuhi kelengkapan dokumen yang harus dipersiapkan dalam penilaian akreditasi yang rencananya akan dilakukan bulan Juli 2017.



5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terdapat beberapa saran yang dapat diberikan yaitu :

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 - a. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan Dinas Kesehatan harus berdasarkan identifikasi kebutuhan dari puskesmas.
 - b. Rencana Pelaksanaan kegiatan berdasarkan RUK yang disusun.
 - c. Pembentukan tim pendamping dengan jumlah yang mencukupi agar dapat mendampingi 50 puskesmas di Kabupaten Jember.
2. Bagi Peneliti Selanjutnya
 - a. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terhadap kelompok kerja lainnya yaitu kelompok upaya kesehatan masyarakat dan kelompok upaya kesehatan perseorangan untuk mengetahui keseluruhan kesiapan akreditasi puskesmas.
 - b. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai input dari akreditasi puskesmas dengan metode kualitatif sehingga dapat diketahui lebih mendalam dan mempertajam informasi yang diterima mengenai input dari akreditasi puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. (Edisi Revisi VI). Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. (Edisi 3). Tangerang: Binarupa Aksara Publisher
- Arumsari, W. 2014. Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Pada Balita BGM Tahun 2013 Studi Kasus di Desa Sukojember Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga
- Dinkes Kabupaten Jember. 2015. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2016 s/d 2021*. Jember : Dinkes Kabupaten Jember.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Standart Akreditasi Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Pedoman Survei Akreditasi*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Pedoman Pendampingan Akreditasi*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar
- Dodo, D., Trisnantoro, L., dan Riyarto, S. 2012. Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak Bersumber Pemerintah dengan Pendekatan Health Account. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Vol. 01*. [serial online]. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/download/3071/2727>. [09 Januari 2017].
- Faustyna. 2014. Pengaruh Kompetensi dan Komitmen pada Tugas Terhadap Kinerja Karyawan pada Hotel Dharma Deli Medan. *Jurnal*. 21 Juni 2016]
- Hamidi. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif: Aplikasi Praktis Pembuatan Proposal Dan Laporan Penelitian*. Bandung: Pustaka Setia
- Hidayah, N. 2016. Pengaruh Kompensasi Terhadap Kinerja Karyawan Melalui Kepuasan Kerja Sebagai Variabel Intervening (Studi Kasus pada Karyawan Bagian Keuangan dan Akuntansi Universitas Negeri Yogyakarta). *Skripsi*. Yogyakarta: Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Yogyakarta.

- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 tentang Manajemen Puskesmas* Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kuswenda, D. (Tanpa Tahun). *Akreditasi Puskesmas*. [13 Januari 2016]
- Muninjaya, A. A. Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. (Edisi 3). Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Muninjaya, A. A. Gde. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Buchari. L. *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis dan Disertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka obor Indonesia
- Nazir, M. 2011. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Satrianegara, M.F. 2014. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulaeman, E.S. 2011. *Manajemen Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Uniaty. 2015. *Manajemen Sumber Daya Manusia Berbasis Kompetensi (Studi Kasus Bagian Perlengkapam Biro Umum Sekretariat Daerah Provinsi Sulawesi Selatan)*. *Skripsi*. Makassar: Jurusan Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin. [24 April 2016]
- Universitas Jember. 2009. *Pedoman Penulisan Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Lampiran A. Lembar Pernyataan



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995

Fax ☎ (0331) 322995Jember (68121)

Judul : Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja Administrasi
Manajemen Di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

Kepada Yth. Bpk/Ibu

di

Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Dalam rangka pelaksanaan penelitian skripsi yang berjudul "*Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja Administrasi Manajemen di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember*", kami mohon partisipasi Bapak/Ibu secara sukarela untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur dengan mengisi lembar persetujuan (*inform consent*) yang telah disediakan terlebih dahulu. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap Bapak/Ibu sebagai responden penelitian karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah. Kerahasiaan dari jawaban kuisisioner yang akan Bapak/Ibu berikan, dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Atas partisipasi Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Jember,.....2016

Peneliti

Agus Sulistinah

NIM.142110101208

Lampiran B. Lembar Persetujuan



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995

Fax ☎ (0331) 322995Jember (68121)

Judul : Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja Administrasi
Manajemen Di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari:

Nama : Agus Sulistinah

NIM : 142110101208

Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : "Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja Administrasi
Manajemen di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember"

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap subjek (responden) penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur.

Jember,.....2016

Responden

Lampiran C.Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci (Tim Pendamping Akreditasi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember)



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN
TINGGI**

UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995

Fax ☎ (0331) 322995Jember (68121)

Judul : Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja Administrasi Manajemen

Di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

Tanggal wawancara :

Petunjuk pengisian :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara

1. Karakteristik Responden:

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis kelamin :
- d. Pendidikan :
- e. Jabatan :
- f. Masa kerja :

2. Input (Masukan)

- a. *Man* (Sumberdaya manusia)

Komitmen

1. Bagaimana rencana kerja Tim Pendamping dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam penggalangan komitmen di UPT. Puskesmas Jelbuk?
2. Bagaimana peran Tim Pendamping dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam penggalangan komitmen di UPT. Puskesmas Jelbuk ?

Pengetahuan

1. Bagaimana tahapan akreditasi Puskesmas pada proses perencanaan di UPT. Puskesmas Jelbuk ?
2. Bagaimana proses pendampingan untuk persiapan akreditasi ?

- b. *Money* (Pendanaan)

1. Bagaimana proses penganggaran dana dari Kabupaten untuk akreditasi UPT. Puskesmas Jelbuk dalam menghadapi persiapan akreditasi ?

2. Bagaimana pemanfaatan dana tersebut?
- c. *Material* (bahan)
 1. Bagaimana prosedur Puskesmas untuk bisa memenuhi kebutuhan alat tulis kantor untuk proses persiapan akreditasi Puskesmas ?
 2. Apakah mencukupi jumlah alat tulis kantor untuk proses persiapan akreditasi puskesmas? Jika tidak, Jelaskan bagaimana cara memenuhinya ?
- d. *Machines* (mesin/alat)
 1. Bagaimana prosedur Puskesmas untuk bisa memenuhi kebutuhan mesin/alat untuk proses persiapan akreditasi puskesmas ?
 2. Apakah mencukupi jumlah mesin/alat untuk proses persiapan akreditasi Puskesmas ? Jika tidak, Jelaskan bagaimana cara memenuhinya ?
- e. *Method* (prosedur)
 1. Buku pedoman apa saja yang disiapkan Tim Pendamping dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam menghadapi akreditasi puskesmas?
 2. Bagaimana cara memenuhi buku-buku pedoman dalam menghadapi akreditasi puskesmas?
- f. *Time* (waktu)
 1. Bagaimana ketersediaan waktu yang dibutuhkan pada saat proses Akreditasi ? Berapa lama ?
 2. Apakah waktu yang tersedia mencukupi? Ya/ tidak tolong jelaskan ?

3. Process (Perencanaan)

Perencanaan:

- a. Lokakarya
 - 1) Bagaimana peran Tim Pendamping dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember saat proses lokakarya di UPT. Puskesmas Jelbuk?
 - 2) Apa sajakah agenda yang dibahas dalam lokakarya tersebut?
 - 3) Bagaimana respon dari karyawan puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut ?
- b. Pelatihan
 - 1) Bagaimana peran Tim Pendamping dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember saat pelatihan tentang Pemahaman standart Akreditasi puskesmas di UPT. Puskesmas Jelbuk?
 - 2) Bagaimana isi materi pelatihan Akreditasi Puskesmas?
 - 3) Bagaimana respon dari karyawan puskesmas setelah pelaksanaan pelatihan Akreditasi tersebut ?
- c. Pelaksanaan *Self-assessment*
 - 1) Bagaimana proses pendampingan saat pelaksanaan *Self-assessment* UPT. Puskesmas Jelbuk?
 - 2) Bagaimana proses pendampingan saat menganalisis hasil *Self-assessment*?
- d. Pembahasan *Self-assessment* dan Menyusun rencana aksi
 1. Bagaimana proses pendampingan saat Pembahasan *Self-assessment* dan menyusun rencana aksi di UPT. Puskesmas Jelbuk?

2. Bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar ?
3. Apa saja hambatan yang terjadi pada saat pembahasan *Self-assessment* dan menyusun rencana aksi



Lampiran D. Panduan Wawancara Untuk Informan Utama (Ketua Akreditasi Puskesmas, Kepala Puskesmas Jelbuk, Ketua Tim Manajemen Mutu, Ketua Pokja 1,2 dan 3)



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995

Fax 📠 (0331) 322995Jember (68121)

Judul : kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja AdministrasiManajemen

Di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

Tanggal wawancara :

Petunjuk pengisian :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara

1. Karakteristik Responden:

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis kelamin :
- d. Pendidikan :
- e. Jabatan :
- f. Masa kerja :

2. Input (Masukan)

- a. *Man* (Sumberdaya manusia)
Komitmen

1. Bagaimana proses yang dilakukan dalam menggalang komitmen dalam menghadapi persiapan akreditasi?
2. Siapa yang terlibat dalam penggalangan komitmen?
3. Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?

Pengetahuan

1. Bagaimana tahapan akreditasi puskesmas pada proses perencanaan diUPT. Puskesmas Jelbuk ?
2. Bagaimana tahapan proses pendampingan untuk persiapan akreditasi ?

- b. *Money* (Pendanaan)
 1. Bagaimana cara Puskesmas memperoleh dana yang digunakan untuk menghadapi proses persiapan akreditasi?
 2. Apakah mencukupi dana tersebut? Jika Ya, jelaskan. Jika tidak , mengapa ?
 3. Bagaimana pemanfaatan dana tersebut?
 - c. *Material* (bahan)
 1. Bagaimana persediaan alat tulis kantor untuk proses persiapan akreditasi Puskesmas ?
 2. Apakah mencukupi jumlah alat tulis kantor yang telah dipenuhi untuk proses persiapan akreditasi puskesmas ? Jika tidak, jelaskan bagaimana cara memenuhinya ?
 - d. *Machines* (mesin/alat)
 1. Bagaimana persediaan mesin/alat untuk proses persiapan akreditasi Puskesmas ?
 2. Apakah mencukupi jumlah mesin/alat yang telah dipenuhi untuk proses persiapan akreditasi Puskesmas ? Jika tidak, jelaskan bagaimana cara memenuhinya ?
 - e. *Method* (prosedur)
 1. Jelaskan tentang buku pedoman yang disiapkan Puskesmas dalam menghadapi akreditasi Puskesmas ?
 2. Bagaimana cara memenuhi buku-buku pedoman dalam menghadapi akreditasi Puskesmas?
 - f. *Time* (waktu)
 1. Bagaimana pengaturan waktu untuk persiapan akreditasi Puskesmas disamping pelayanan yang harus diselenggarakan Puskesmas ?
 2. Apakah ada perencanaan kegiatan yang disesuaikan dengan waktu yang disepakati dalam matrik / cheklist?
- 3. *Process* (Perencanaan)**
- Perencanaan:**
- a. Lokakarya
 1. Bagaimana bentuk lokakarya yang digunakan oleh Puskesmas Jelbuk pada saat awal persiapan Akreditasi UPT. Puskesmas Jelbuk?
 2. Bagaimana proses pelaksanaan lokakarya dan agenda yang dibahas dalam lokakarya tersebut?
 3. Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
 - b. Pelatihan
 1. Bagaimana proses pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di UPT. Puskesmas Jelbuk?
 2. Bagaimanakah isi materi pelatihan? berapa lama waktu pelatihan dilaksanakan?

3. Bagaimana respon dari karyawan puskesmas setelah pelaksanaan pelatihan tersebut?
- c. Pelaksanaan *Self-assessment*
1. Bagaimana proses saat pelaksanaan *Self-assessment* UPT. Puskesmas Jelbuk?
 2. Bagaimana tahapan /cara menganalisis hasil *Self-assessment*?
- d. Pembahasan *Self-assessment* dan menyusun rencana aksi
1. Kegiatan apa yang dilaksanakan puskesmas dalam menyusun rencana aksi untuk persiapan akreditasi puskesmas?
 2. Bagaimana proses dalam penyusunan rencana aksi untuk persiapan akreditasi puskesmas?
 3. Bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
 4. Apa saja hambatan yang terjadi pada saat pembahasan *Self-assessment* dan menyusun rencana aksi?

Lampiran E. Panduan Wawancara Untuk Informan Tambahan



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995
Fax ☎ (0331) 322995Jember (68121)

Judul : Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja AdministrasiManajemen

Di UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

Tanggal wawancara :

Petunjuk pengisian :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani

Panduan Wawancara

1. Karakteristik Responden:

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis kelamin :
- d. Pendidikan :
- e. Jabatan :
- f. Masa kerja :

2. Input (Masukan)

a. *Man* (Sumberdaya manusia)

Komitmen

1. Bagaimana proses yang dilakukan dalam menggalang komitmen dalam menghadapi persiapan akreditasi?
2. Apa peran Saudara dalam menjalankan pekerjaan untuk kesiapan akreditasi puskesmas ini ?

b. *Material* (bahan)

1. Bagaimana persediaan alat tulis kantor untuk proses persiapan akreditasi puskesmas ?

2. Apakah mencukupi jumlah alat tulis kantor yang telah dipenuhi untuk proses persiapan akreditasi puskesmas? jika tidak, jelaskan bagaimana cara memenuhinya ?
 - c. *Machines* (mesin/alat)
 1. Bagaimana persediaan mesin/alat untuk proses persiapan akreditasi Puskesmas ?
 2. Apakah mencukupi jumlah mesin/alat yang telah dipenuhi untuk proses persiapan akreditasi Puskesmas? jika tidak, jelaskan bagaimana cara memenuhinya?
 - d. *Method* (prosedur)
 1. Jelaskan tentang buku pedoman yang disiapkan Puskesmas dalam menghadapi akreditasi Puskesmas ?
 2. Bagaimana cara memenuhi buku-buku pedoman dalam menghadapi akreditasi Puskesmas?
 - e. *Time* (waktu)
 1. Bagaimana pengaturan waktu untuk persiapan akreditasi Puskesmas disamping pelayanan yang harus diselenggarakan puskesmas ?
 2. Apakah ada perencanaan kegiatan yang disesuaikan dengan waktu yang disepakati dalam matrik / checklist?
- 3. *Process* (Perencanaan)**
- a. Lokakarya
 1. Bagaimana peran pemegang program dalam lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
 2. Bagaimana bentuk lokakarya yang digunakan oleh Puskesmas Jelbuk pada saat awal persiapan Akreditasi UPT. Puskesmas Jelbuk?
 3. Bagaimana proses pelaksanaan lokakarya dan agenda yang dibahas dalam lokakarya tersebut?
 - b. Pelatihan
 1. Bagaimana peran koordinator program saat pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi puskesmas di UPT. Puskesmas Jelbuk?
 2. Bagaimana materi pelatihannya?
 - c. Pelaksanaan *Self-assessment*
 1. Bagaimana peran koordinator program di UPT. Puskesmas Jelbuk pada saat penilaian *Self-assessment*?
 2. Bagaimana peran koordinator program di Puskesmas Jelbuk pada saat menganalisis hasil *Self-assessment*?
 - d. Menyusun rencana aksi
 1. Bagaimana peran koordinator program di UPT. Puskesmas Jelbuk pada saat menyusun rencana aksi bersama dengan Tim Akreditasi Puskesmas?
 2. Bagaimana proses menyusun rencana aksi bersama dengan Tim Akreditasi Puskesmas?

Lampiran F. Lembar Check List



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995
Fax ☎ (0331) 322995Jember (68121)

Judul : Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Pokja Administrasi Manajemen di
UPT. Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

Kriteria Penilaian :

Lengkap : Jika kelengkapan dokumen >80%

Kurang Lengkap: Jika kelengkapan dokumen 20% s/d 80%

Tidak Lengkap : Jika kelengkapan dokumen <20%

No	Jenis Dokumen	Ada	Bukti		Tidak ada	KET
			Lengkap	Tidak		
1.	Kelompok Penyelenggaran Administrasi Manajemen Puskesmas : BAB 1 : Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)					
	a. Kebijakan Kepala Puskesmas, berupa : - SK Kepala Puskesmas tentang jenis pelayanan yang disediakan, brosur, flyer, papan pemberitahuan, poster - SK Kepala Puskesmas tentang penetapan indikator prioritas untuk monitoring dan menilai kinerja - SK penerapan manajemen resiko dalam pelaksanaan program maupun pelayanan di Puskesmas	v v v	v v v			
	b. Hasil penilaian kinerja dan distribusi hasil penilaian kinerja pada pihak – pihak terkait	v	v			
	c. Rekam tindak lanjut penilaian kinerja dalam bentuk upaya perbaikan kinerja	v	v			
	d. Jadwal pelayanan dan bukti pelaksanaan kegiatan Puskesmas dan evaluasi terhadap pelaksanaannya apakah sesuai dengan jadwal	v		v		Belum dievaluasi
	e. Rekam kegiatan menjalin komunikasi dengan masyarakat, lintas program dan lintas sektor tentang tujuan, sasaran, tupoksi dan kegiatan Puskesmas serta tindak lanjutnya	v	v			
	f. Rencana Lima Tahun Puskesmas	v	v			
	g. Hasil identifikasi peluang perbaikan dan tindak lanjutnya	v		v		Belum dievaluasi

No	Jenis Dokumen	Ada	Bukti		Tidak ada	KET
			Lengkap	Tidak		
	h. Bukti-bukti inovasi dalam perbaikan program maupun pelayanan di Puskesmas	v	v			
	i. Hasil perbaikan mekanisme kerja dan/atau penggunaan teknologi untuk perbaikan mutu pelayanan	v		v		Belum ada evaluasi
	j. Hasil evaluasi tentang akses terhadap petugas yang melayani program, akses terhadap Puskesmas dan kemudahan untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan	v	v			
	k. Pedoman/Manual Mutu	v		v		Indikator mutu blm lengkap
	l. Pedoman/Penduan Teknis Terkait dengan Manajemen	v	v			
	m. Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang : 1. Penyelenggaraan program dan pelayanan 2. Tertib administratif, pengembangan teknologi untuk mempercepat proses pelayanan 3. Penilaian kinerja oleh pimpinan dan penanggungjawab program 4. Identifikasi/keluhan dan analisis umpan balik masyarakat bukti pelaksanaan monitoring oleh pimpinan Puskesmas dan penanggungjawab program 5. Analisis terhadap hasil monitoring dan tindak lanjut monitoring 6. Koordinasi dan integrasi penyelenggaraan program dan penyelenggaraan pelayanan 7. Kajian dan tindak lanjut terhadap masalah spesifik dalam penyelenggaraan program dan layanan di Puskesmas	v v v v v v v		v v v v v v v		Perlu kesepakatan Perlu kesepakatan
	n. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)					
	1) Rencana Usulan Kegiatan (RUK), sesuai kebutuhan masyarakat	v	v			
	2) Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), sesuai kebutuhan masyarakat	v	v			
	o. Kerangka Acuan Kegiatan, notulen rapat penyusunan perencanaan Puskesmas	v	v			
	p. Revisi rencana, program kegiatan, pelaksanaan program berdasar hasil monitoring	v	v			
	q. Hasil kajian dan tindak lanjut terhadap masalah – masalah yang potensial terjadi dalam	v	v			

No	Jenis Dokumen	Ada	Bukti		Tidak ada	KET
			Lengkap	Tidak		
	penyelenggaraan pelayanan					
	r. Bukti perbaikan alur kerja dalam pelaksanaan program dan pelayanan Puskesmas	v	v			
	BAB II : Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)					
	a. Kebijakan Kepala Puskesmas, berupa: <ul style="list-style-type: none"> - Struktur organisasi Puskesmas yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan - Penetapan penanggung jawab program Puskesmas - Visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas - SK tentang komunikasi internal - SK dan uraian tugas tanggung jawab pengelola keuangan - SK tentang penyelenggaraan kontrak/peranjian kerjasama dengan pihak ketiga - SK penetapan pengelola kontrak kerja - SK dan uraian tugas tanggung jawab pengelolaan inventaris Puskesmas - SK penanggung jawab kebersihan lingkungan Puskesmas (program kerja kebersihan lingkungan) - SK penanggung jawab kendaraan dan perawatan kendaraan 	v v v v v v v v v v	v v v v v v v v v v			
	b. Dokumen Profil kepegawaian Kepala Puskesmas, persyaratan kompetensi dan kejelasan uraian tugasnya	v	v			
	c. Dokumen analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan dan pelayanan yang disediakan	v	v			
	d. Dokumen persyaratan kompetensi dan surat izin untuk tiap-tiap jenis tenaga medis, keperawatan dan tenaga kesehatan yang lain yang dibutuhkan	v	v			
	e. Dokumen pencatatan dan pelaporan barang inventaris	v	v			
	f. Ada uraian tugas untuk tiap tenaga yang ada	v	v			
	g. Bukti evaluasi pelaksanaan uraian tugas tiap tenaga yang ada	v		v		Belum semua
	h. Bukti evaluasi terhadap struktur organisasi Puskesmas dan tindak lanjutnya	v	v			
	i. Ada kelengkapan file kepegawaian untuk semua pegawai di Puskesmas yang <i>Up date</i>	v	v			
	j. Bukti pelaksanaan rencana pengembangan	v	v			

No	Jenis Dokumen	Ada	Bukti		Tidak ada	KET
			Lengkap	Tidak		
	kompetensi (pelatihan), evaluasi dan tindak lanjut penerapan hasil pelatihan					
	k. Bukti analisis kebutuhan pendirian Puskesmas yang mempertimbangkan tata ruang daerah dan rasio jumlah penduduk dan ketersediaan pelayanan kesehatan	v	v			
	l. Bukti ijin operasional Puskesmas	v	v			
	m. Denah Puskesmas	v	v			
	n. Jadwal pemeliharaan dan bukti pelaksanaan pemeliharaan	v	v			
	o. Monitoring tentang - Pelaksanaan pemeliharaan Puskesmas dan tindak lanjutnya - Pemeliharaan peralatan medis dan non medis beserta tindak lanjutnya	v v	v v			
	p. Daftar inventaris peralatan medis dan non medis	v	v			
	q. Daftar peralatan yang perlu dikalibrasi, jadwal dan bukti pelaksanaan kalibrasi	v	v			
	r. Peralatan medis dan non medis yang memerlukan izin memiliki izin yng berlaku	v	v			
	s. Jadwal pemeliharaan dan bukti pelaksanaan pemeliharaan	v	v			
	t. Panduan penggunaan anggaran	v	v			
	u. Pedoman untuk masing-masing UKM (essential maupun pengembangan)	v	v			
	v. Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang : - Alur lomunikasi dan koordinasi pada posisi-posisi yang ada pada struktur organisasi - Mengikuti seminar, pendidikan dan pelatihan - Komunikasi dan peninjauan kembali visi, misi, tujuan dan tata nilai Puskesmas - Pengarahan Kepala Puskesmas maupun penanggung jawab program dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab - Penilaian kinerja - Struktur organisasi tiap program - Pencatatan dan pelaporan - Uraian tugas Kepala Puskesmas, penanggung jawab program dan pelaksana kegiatan yang menunjukkan tanggung jawab untuk	v v v v v v v	v v v v v v			

No	Jenis Dokumen	Ada	Bukti		Tidak ada	KET
			Lengkap	Tidak		
	memfasilitasi kegiatan pembangunan berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat - Pelaporan dari pelaksana tugas kepada penanggung jawab program dan pimpinan Puskesmas serta perbaikan kinerjanya - SOP komunikasi internal	v v	v v			
	w. Hasil lokakarya mini lintas program dan sektor tentang identifikasi pihak-pihak terkait dalam penyelenggaraan program dan kegiatan Puskesmas	v	v			
	x. Rencana Tahunan untuk masing-masing program	v	v			
	y. Kerangka Acuan untuk masing-masing pelayanan	v	v			
	BAB III : Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)					
	a. Kebijakan tentang Pelayanan Klinis	v	v			
	b. Surat Keputusan (SK) tentang : - Penetapan indikator mutu dan kinerja Puskesmas - Penanggung jawab manajemen mutu - Kebijakan peningkatan mutu dan kinerja sesuai visi misi, dan tujuan Puskesmas	v v v	v v v			
	c. Rencana kaji banding, dokumen, analisis, tindak lanjutnya dan evaluasinya	v		v		Latar belakang kaji banding belum dianalisa
	d. Rencana kaji banding, dokumen, analisis, tindak lanjutnya dan evaluasinya	v	v			
	e. Data hasil pengumpulan indikator mutu dan kinerja yang dikumpulkan secara periodik	v	v			
	f. Uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab manajemen mutu	v	v			
	g. Rencana tahunan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas	v	v			
	h. Standar Operasional Prosedur (SOP), berupa : - Pertemuan tinjauan manajemen, hasil-hasil pertemuan dan rekomendasi - Tindakan korektif dan preventif	v v	v v			
	i. Bukti pelaksanaan tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai dalam bentuk tindakan koreksi dan tindakan preventif	v	v			
	j. Kerangka Acuan terkait dengan Program/Kegiatan Pelayanan	v	v			

LampiranG. Transkrip Wawancara Informan Kunci

Tanggal Wawancara : 10 Pebruari 2017
 Waktu Wawancara : 10.15 WIB
 Lokasi Wawancara : Ruang kerja Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 Nama : IF
 Jabatan : Pendamping Kelompok Kerja Administrasi Manajemen Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Usia : 41 tahun

Input (Masukan):

- P : Menurut bapak, bagaimana rencana kerja dan peran Tim Pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember didalam penggalangan komitmen untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Kita dari Tim Pendamping sudah membuat matrik untuk tahun 2017 dan tahun 2018 lengkap dengan jadwal ditiap bulannya, awalnya kita melakukan workshopp untuk semua Puskesmas yang akan maju penilaian tahun 2017 juga melakukan, pendampingan berkala baik kita yang datang ke Puskesmas atau Puskesmas yang datang ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dilanjutkan penilaian *self assesment* dan kegiatan monitoring, evaluasi secara berkala untuk melihat pelaksanaan Akreditasi. Puskesmas Jelbuk melakukan lokakarya di Puskesmas yang dilakukan untuk membangun komitmen bersama dalam menghadapi Akreditasi begitu juga untuk lintas sektor mereka melakukan lokakarya tiga bulan, biasanya untuk komitmen dilakukan diawal bulan.
- P : Bisa diceritakan pak bagaimana perencanaan di Puskesmas jelbuk ?
- I : Puskesmas setelah membentuk Tim akreditasi membuat perencanaan yang salah satunya melalui proses identifikasi kebutuhan masyarakat yang selanjutnya di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa di sinkronkan dengan Musrenbang, melalui kotak saran, rapat lokakarya eksternal tanpa meninggalkan visi dan misi dan tujuan Puskesmas Jelbuk yang nantinya menjadi dasar penyusunan Rencana Umum Kegiatan (RUK) ditambahkan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas”.
- P : Kalau untuk sistem pendampingannya bagaimana pak untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Sistem pendampingan yang kita gunakan yaitu yang pertama dengan membuat jadwal untuk Puskesmas yang akan maju Akreditasi. Masing-masing Puskesmas bisa mendapatkan pendampingan sampai lima kali. Tim Pendamping mengundang Puskesmas ke Dinas Kesehatan untuk pemahaman sistem Akreditasi dan selanjutnya pendampingan berikutnya Tim Pendamping yang ke Puskesmas untuk langsung melihat secara langsung proses Akreditasi.
- P : Apakah boleh kami diinformasikan tentang anggaran dana dari Kabupaten untuk pelaksanaan Akreditasi?
- I : Bisa bu, dana untuk Akreditasi tahun 2017 dan tahun 2018 didanai oleh dana APBN(Anggaran Pendapatan Belanja Negara), sedangkan untuk pemanfaatannya dipergunakan untuk semua kegiatan mulai dari persiapan,sarana prasarana Puskesmas (alat tulis kantor, obat- obatan,dll).

Selain itu kegiatan rutin di danai dengan dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).

- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat / mesin untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Puskesmas mengajukan ke Dinas Kesehatan semua kebutuhan alat tulis kantor dan sarana /mesin yang sebelumnya sudah dibahas didalam lokakarya mini Puskesmas. Jumlahnya disesuaikan dengan kebutuhan Puskesmas. Dinas Kesehatan dalam hal ini sudah memasukkan ke dalam anggaran pengadaan barang dan jasa yang dialokasikan kepada 12 Puskesmas yang akan maju akreditasi.
- P : Buku Pedoman apa saja pak ,yang disiapkan Tim Pendamping dalam menghadapi Akreditasi ?
- I : “Banyak buku yang dipakai untuk pedoman ada yang dapat dari Dinas Propinsi, pada saat Tim pendamping pelatihan Akreditasi di Murnajati- Lawang Jawa Timur seperti Buku Pedoman Akreditasi, Buku Pendamping akreditasi, PerMenKes, pedoman-pedoman lain yang ada di semua program . Setelah itu semua kami jadikan dokumen eksternal, selanjutnya didistribusikan ke Puskesmas sehingga Puskesmas bisa menjadikan dokumen tersebut menjadi dokumen internal”
- P : Kalau waktunya bagaimana pak? cukup atau bagaimana ?
- I : Dibilang cukup ya cukup , karena sebenarnya Akreditasi prosesnya sudah dilaksanakan oleh Puskesmas, hanya tinggal Puskesmas memperbaiki sistem tersebut yang sesuai dengan Standard Operasional Prosedur. Di Dinas Kesehatan kami Tim pendamping sudah membuat perencanaan dengan matrik kegiatan berdasarkan perencanaan yang diusulkan oleh Puskesmas yang akan maju tahun 2017 ini yang sudah di mulai tahun 2016, sehingga bisa dievaluasi. Setelah itu jadwal ini kami sampaikan kembali ke Puskesmas

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Lokakarya di Puskesmas dibagi dalam dua kategori, yang pertama lokakarya bulanan yang dilaksanakan setiap bulan biasanya dilaksanakan di awal bulan untuk membahas kegiatan pada bulan sebelumnya dan merencanakan kegiatan yang akan dilaksanakan. Yang kedua lokakarya tiga bulanan atau dikenal lokmin eksternal dilaksanakan bersama dengan lintas sektor, yang berfungsi untuk menyampaikan semua hasil kegiatan selama tiga bulan dan meminta masukan kepada lintas sektor terkait sehingga semua permasalahan bisa diselesaikan bersama. Sedangkan peran kami sebagai pendamping melihat sejauh mana proses itu berlangsung dan memberikan masukan-masukan yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan juga ada kekurangan setelah proses lokakarya mini berlangsung.
- P : Tim pendamping ikut ya pak?
- I : Ya tentu saja karena ingin mengetahui juga sejauh mana proses lokakarya yang dilakukan oleh Puskesmas, biasanya kami diberikan undangan terlebih dahulu sehingga dari Tim pendamping bisa bergantian tidak semuanya hadir karena kesibukan masing-masing.
- P : Tentang pelatihan akreditasi untuk Puskesmas Jelbuk bagaimana ya pak?

- I : Kami pada tahun 2017 tidak ada anggaran untuk pelatihan akreditasi Puskesmas di Murnajati , sehingga pemberian informasi tentang akreditasi dilaksanakan di Dinas Kesehatan bersama dengan Puskesmas yang akan maju di Tahun 2017.Materinya disampaikan oleh Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember secara lengkap .
- P : Bagaimana saat *Self assesment* di puskesmas Jelbuk pak?
- I : Puskesmas Jelbuk saat *Self assesment* awal dilakukan sendiri oleh Puskesmas kami dari tim pendamping kabupaten tidak ikut terlibat.Caranya dengan sistem saling silang antar BAB dan selanjutnya dilakukan analisa hasil *Self assesment* yang dipimpin oleh Ketua Akreditasi,yang selanjutnya akan di buat rencana tindak lanjut dari proses tersebut.Di dalam matrik kami anti akan ada kelanjutan nya yaitu *Self assesment* tengah dan *Self assesment* akhir.
- P : Terakhir bapak bagaimana saat pembahasan hasil *Self Assesment*keterlibatan Tim pendamping ?
- I : Kami dari Tim Pendamping melakukan evaluasi dan memonitor semua kegiatan lewat group Akreditasi di puskesmas,dan melakukan pembinaan secara berkala kepada Puskesmas jadi kalau ada yang kurang sesuai standart kita komunikasikan dengan semua tim yang terlibat di dinas Kesehatan kabupaten jember.Hambatannya kalau masalahnya terkait dengan ketersediaan sarana dan prasarana yang harus dipenuhi dan puskesmas tidak ada dana.

H. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 1

Tanggal Wawancara : 14 Pebruari 2017
Waktu Wawancara : 12.15 WIB
Lokasi Wawancara : Ruang Kepala Puskesmas Jelbuk
Nama : AY
Jabatan : Kepala UPT.Puskesmas Jelbuk
Jenis Kelamin : Laki-laki
Usia : 37 tahun

Input (Masukan):

P : Dokter bagaimana proses penggalangan komitmen dalam menghadapi persiapan akreditasi?

I : Kami dalam menghadapi Akreditasi Puskesmas yang pertama kami lakukan dalam persiapannya yaitu komitmen bersama di intern Puskesmas, semua karyawan mulai dari tukang sapu, penjaga malam, paramedis, administrasi, pokok semuanya harus punya komitmen untuk melaksanakan akreditasi karena ini adalah bekerja sama, bukan hanya sama-sama bekerja. Komitmen awal adalah kita semua memahami apakah itu akreditasi dengan segala tujuannya sehingga semua karyawan dengan ikhlas memperbaiki kinerja untuk menjadikan Puskesmas Jelbuk terakreditasi. Kami melakukan kegiatan lokakarya mini internal untuk membuat MOU atau kerjasama dengan semua staff untuk berkomitmen meningkatkan mutu pelayanan melalui akreditasi dan ada tanda tangan komitmen.

P : Siapa saja yang terlibat dalam penggalangan komitmen?

I : Kami mempunyai kegiatan penggalangan komitmen di internal dengan semua karyawan terlibat dan juga ada penggalangan komitmen dengan lintas sektor yang kami lakukan di tahun 2016 bulan Desember bersamaan dengan pembahasan peran dan fungsi semua lintas sektor terkait.

P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?

I : Hasilnya sangat baik sekali selain kami berkomitmen meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas Jelbuk hubungan kami dengan lintas sektor semakin meningkat dengan adanya group *Whats App* lintas sektor, *Face book* Puskesmas jelbuk.

P : Dokter apakah bisa diceritakan bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?

I : Pada proses perencanaan untuk tahun 2016 kami hanya menggunakan hasil Penilaian kinerja Puskesmas , tetapi untuk tahun ini yaitu 2017 kami memperoleh data dari identifikasi kebutuhan masyarakat yang dilaksanakan di masing-masing desa yang selanjutnya di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, melalui kotak saran,rapat lokakarya eksternal yang selanjutnya di analisa dan kemudian akan digabung di Puskesmas nantinya di gabung menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK)

P : Tim pendamping melakukan pendampingan apa saja dokter?

I : Tim pendamping kami dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada saat Workshop sudah memberikan banyak sekali pemahaman kepada kami, setelah itu setiap kali *self assesment* pendampingan berjalan dengan dilakukan pemahaman terhadap proses. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.

P : Dimana anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?

- I : Untungnya ada anggaran Akreditasi tahun 2017 dari APBN(Anggaran Pendapatan Belanja Negara), tidak seperti tahun 2016 tapi itu pengelolaannya oleh Dinas Kesehatan karena biaya untuk proses penilaian, alat tulis, pertemuan akreditasi sedangkan yang Puskesmas dalam kegiatan rutin dianggarkan melalui dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) sehingga kegiatan akreditasi kita tidak ada masalah.
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami mengajukan ke Dinas Kesehatan semua kebutuhan alat tulis kantor dan kemarin sempat terlambat karena baru dipenuhi awal bulan Maret sehingga untuk bulan januari dan pebruari kami harus menggunakan punya pribadi . Sedangkan untuk sarana /mesin tidak ada masalah kami sudah terpenuhi, apalagi setiap petugas sudah mempunyai laptop
- P : Buku Pedoman apa saja dokter yang disiapkan Puskesmas jelbuk dalam menghadapi Akreditasi ?
- I : Buku Pedoman Akreditasi,Buku Pendamping akreditasi dan pedoman-pedoman lain yang ada di semua program ,kami juga menggandakan sendiri supaya hemat dengan download dari google. Untuk yang lain kami juga mencoba pinjam dari Puskesmas lain yang sudah dinilai akreditasinya dan lulus, minimal ada contoh-contoh dalam pembuatan Surat Keputusan. Dari kabupaten juga sudah ada tata naskah yang menjadi pedoman eksternal dan kami jadikan pedoman internal Puskesmas.
- P : Bagaimana pengaturan dan kecukupan waktu untuk kegiatan akreditasi ?
- I : Kami melalui rapat lokakarya mini internal menyusul jadwal kegiatan akreditasi selanjutnya dikirimkan ke Dinas Kesehatan. Selanjutnya kita membuat komitmen bahwa semua tenaga baik di puskesmas atau di wilayah kami tidak meninggalkan pelayanan sampai jam 13.00 WIB. Di atas jam tersebut kami mulai melengkapi administrasi akreditasi. Tapi ternyata sampai sore kadangbelum selesai.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Lokakarya di Puskesmas ada dua, yang pertama lokakarya bulanan yang dilaksanakan setiap bulan biasanya dilaksanakan di awal bulan untuk membahas kegiatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif pada bulan sebelumnya dan merencanakan kegiatan yang akan dilaksanakan pada bulan berikutnya dilanjutkan dengan evaluasi.Yang kedua lokakarya tiga bulanan atau dikenal lokmin eksternal dilaksanakan bersama dengan lintassektor, yang berfungsi untuk menyampaikan semua hasil kegiatan selama tiga bulan dan meminta masukan kepada lintas sektor terkait sehingga semua permasalahan bisa diselesaikan bersama .Mulai dari mengidentifikasi kebutuhan yang datanya dari survei idebtifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat selanjutnya dibahas dan melanjutkan dengan penyusunan rencana tindak lanjut sampai evaluasi, sehingga bisa digunakan untuk penyusunan rencana untuk tahun 2018.Pada tahun 2017 ini kami sudah melaksanakan secara rutin untuk lokakarya bulanan sedangkan untuk lokakarya eksternal tiga bulanan sudah kami laksanakan di bulan maret 2017.

- P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
- I : Alhamdulillah sebagian besar teman-teman semangat
- P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk pak ?
- I : Tidak ada pelatihan yang dilaksanakan tetapi kami di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman tentang Akreditasi. Karena tidak semua yang diundang sehingga setelah kegiatan tersebut kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan-karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman Akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.
- P : Sudah melaksanakan *Self assesment* pak , di Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan Akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping Akreditasi sebanyak dua kali.
- P : Bisa diceritakan dokter kendala dan hambatan saat pembahasan *Self-assessment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
- I : Kendalanya adalah tenaga kami yang sangat terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap . Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas . kami juga masih terbatas untuk fasilitas gedung yang baru dan ada beberapa ruangan yang tidak sesuai dengan kondisi , contohnya: ruang tidak ada ventilasi sama sekali jadi harusnya ada AC (air conditioner) tetapi daya listrik kami terbatas sehingga masih harus memperbaiki lagi di bobol untuk ventilasi. Kalau hasil *Self assesment* kurang sesuai standart kami *Self assesment* langsung dibawa ke rapat akreditasi dan langsung dibahas bersama dengan Tim Akreditasi.

I. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 2

Tanggal Wawancara : 14 Pebruari 2017
Waktu Wawancara : 14.05 WIB
Lokasi Wawancara : Ruang Kepala Puskesmas Jelbuk
Nama : SY
Jabatan : Ketua Akreditasi Puskesmas Jelbuk
Jenis Kelamin : Perempuan
Usia : 43 tahun

Input (Masukan):

- P : Ibu bisa kami tahu bagaimana proses penggalangan komitmen dalam menghadapi akreditasi?
- I : Kita semua komitmen mulai awal adanya akreditasi, tetapi kami selalu memberikan pemahaman apakah itu akreditasi dengan semua tujuannya sehingga semua karyawan dengan ikhlas memperbaiki kinerja untuk menjadikan Puskesmas Jelbuk terakreditasi. Kami melakukan kegiatan lokakarya mini internal untuk membuat MOU atau kerjasama dengan semua staff untuk berkomitmen meningkatkan mutu pelayanan melalui akreditasi dan ada bukti dengan tanda tangan komitmen.
- P : Siapa saja bu , yang terlibat dalam penggalangan komitmen?
- I : Kami mempunyai kegiatan penggalangan komitmen di internal dengan semua karyawan terlibat tanpa terkecuali dan juga ada penggalangan komitmen saat pertemuan lokakarya mini eksternal dengan lintas sektor yang di lakukan tahun 2016 bulan Desember bersamaan dengan pembahasan peran dan fungsi semua lintas sektor terkait.
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Hasilnya sangat baik sekali selain kami berkomitmen meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas Jelbuk hubungan kami dengan lintas sektor semakin meningkat dengan adanya group *Whats App* lintas sektor, *Face book* Puskesmas jelbuk. Semua karyawan semakin kompak melayani masyarakat, tambah disiplin, baik waktu maupun administrasi mulai tertata lebih baik.
- P : Peran bu SY di dalam Akreditasi apa ?
- I : Kebetulan saya sebagai dokter gigi jadi di Poli gigi, menjadi Ketua Akreditasi Puskesmas, dan merangkap menjadi bendahara Puskesmas.
- P : Apakah bisa diceritakan bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung Akreditasi di Puskesmas Jelbuk?
- I : Pada proses perencanaan untuk tahun 2016 kami hanya menggunakan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas , sehingga RUK tahun 2017 belum sepenuhnya memenuhi keinginan dan kebutuhan dari masyarakat tetapi untuk tahun ini yaitu 2017 kami memperoleh data dari identifikasi kebutuhan masyarakat yang dilaksanakan di masing-masing desa yang selanjutnya di bawa ke MMD (Musyawarah Masyarakat Desa), melalui kotak saran, rapat lokakarya eksternal yang selanjutnya di analisa dan kemudian dianalisa di lokakarya mini bulanan di Puskesmas nantinya menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK) untuk tahun 2018
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan Akreditasi?

- I : Anggaran untuk kegiatan program kita dapat dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan untuk kegiatan Akreditasi info yang kami peroleh dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN)/Pusat.
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami mengajukan ke Dinas Kesehatan semua kebutuhan alat tulis kantor dan kemarin sempat terlambat karena baru dipenuhi awal bulan Maret sehingga untuk bulan januari dan pebruari kami harus menggunakan punya pribadi Sedangkan untuk sarana /mesin tidak ada masalah kami sudah terpenuhi
- P : Buku Pedoman apa saja dokter yang disiapkan Puskesmas Jelbuk dalam menghadapi Akreditasi ?
- I : Pedoman untuk Akreditasi memperoleh dari Dinas Kesehatan saat pertama kali workshop, ditambah saat pendampingan dengan dicopikan dari Puskesmas lain juga saat melakukan kaji banding ke Puskesmas yang cakupan programnya lebih bagus juga sudah akreditasi.
- P : Bagaimana pengaturan dan kecukupan waktu untuk kegiatan Akreditasi ?
- I : Kurang bu, walaupun kita sudah ada jadwal yang disepakati mulai jam 13.00 WIB mulai mengerjakan dokumen Akreditasi, melaksanakan rapat mutu, membuat Surat Keputusan, dll. Menurut saya seperti bayar hutang karena dulu tidak semua kegiatan ditulis.kalau sekarang apa yang dikerjakan harus ditulis sebagai bukti yang bisa dipertanggung jawabkan.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami di Puskesmas melakukan lokakarya bulanan yang dilaksanakan setiap bulan biasanya untuk membahas semua kegiatan , informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan, membahas masalah-masalah di Puskesmas dan menyelesaikannya. Yang kedua lokakarya tiga bulanan atau dikenal lokmin eksternal dilaksanakan bersama dengan lintas sektor, yang berfungsi untuk menyampaikan semua hasil kegiatan selama tiga bulan dan meminta masukan kepada lintas sektor terkait sehingga semua permasalahan bisa diselesaikan bersama .
- P : Bagaimana pelaksanaan lokakarya mini baik bulanan dan tiga bulanan apakah semua terlibat
- I : Kegiatan lokakarya mini ini sudah menjadi kebiasaan rutin di Puskesmas kami sehingga untuk lokakarya mini bulanan semua diusahakan bisa hadir walaupun dinas malam kecuali ada yang sedang menolong persalinan dan memberi pelayanan, makanya kami melaksanakan setelah jam pelayanan. Sedangkan untuk lokakarya eksternal kami sudah menyusun rencana kegiatan selama satu tahun Yang sudah disepakati oleh bapak camat, tempatnya di aula Kecamatan Jelbuk.
- P : Apakah ada pelatihan Akreditasi bu ?
- I : Tidak ada pelatihan , tetapi ada workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan setiap Puskesmas yang hadir Kepala Puskesmas, Ketua Akreditasi, Ketua Pokja 1, 2, 3 dan Ketua Tim Mutu dari 12 Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman tentang akreditasi. Karena tidak semua yang diundang sehingga setelah

kegiatan tersebut kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan-karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman Akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.

P : Sudah *Self assesment* bu , di Puskesmas Jelbuk?

I : Sudah, kami melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Di pimpin oleh masing-masing Ketua Kelompok Kerja. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan Akreditasi. Di upayakan presentasi satu persatu. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping Akreditasi sebanyak dua kali.

P : Bisa diceritakan dokter kendala dan hambatan saat pembahasan *Self-assessment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?

I : Banyak kendalanya selain tenaga kami terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap .Di awal pemahaman kami tentang akreditasi terbatas pada kelengkapan dokumen sehingga awal *Self-assessment* nilai yang bagus karena menilai kelengkapan dokumen. Setelah ada pembahasan dengan melalui sistem ternyata kami banyak kekurangan misalnya untuk pemenuhan sarana dan prasarana karena kebetulan gedung Puskesmas Jelbuk masih baru saja dibangun.setiap permasalahan dari hasil tersebut segera diupayakan diselesaikan misalnya kami langsung membuat usulan ke Dinas kesehatan terkait ketenagaan, alat kesehatan yang menjadi syarat pelayanan yang berkualitas. Kemudahan akses untuk Puskesmas langsung kami menyusun Denah puskesmas dan alur pelayanan sehingga masyarakat segera mengetahuinya.

J. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 3

Tanggal Wawancara : 17 Pebruari 2017
Waktu Wawancara : 10.15 WIB
Lokasi Wawancara : Aula Puskesmas Jelbuk
Nama : HP
Jabatan : Ketua Tim Manajemen Mutu Puskesmas Jelbuk
Jenis Kelamin : Perempuan
Usia : 31 tahun

Input (Masukan):

- P : Bagaimana proses yang dilakukan dalam penggalangan komitmen waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Waktu itu Kepala Puskesmas menjelaskan tentang Akreditasi saat pertemuan Lokakarya mini internal meneruskan penjelasan saat workshop di Dinas Kesehatan, mengulangi tujuan dari akreditasi itu apa dan akhirnya kita semua berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik kepada masyarakat di wilayah Puskesmas Jelbuk. Kami juga melakukan kegiatan lokakarya mini eksternal dan rapat koordinasi yang diselenggarakan oleh Kecamatan Jelbuk untuk membuat komitmen dengan lintas sektor terkait.
- P : Apa peran ibu di dalam Akreditasi ?
- I : Saya kebetulan menjadi wakil manajemen mutu dalam tim Mutu juga sebagai penanggung jawab program Pemberantasan Penyakit Menular
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Banyak bu, kami jadi disiplin waktu kerja, selalu melakukan pencatatan seperti isi dari Akreditasi adalah mencatat semua yang dikerjakan dan mengerjakan apa yang di catat, melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya apa, pokoknya setelah komitmen kami jadi benar-benar mengerjakan sesuatu sesuai Standart Operasional Prosedur
- P : Jadi lebih enak atau tidak ya bu?
- I : Kalau saya pribadi jadi lebih enak kok, karena setelah ada komitmen bersama terutama untuk melaksanakan semua kegiatan sesuai dengan standar kita lebih tenang bekerja karena ada prosedurnya yang jelas, masyarakat bisa memberikan masukan dan saran secara langsung bisa lewat kotak saran yang dibuka tiap satu minggu sekali dibahas di pertemuan mutu selanjutnya disampaikan di pertemuan lokakarya mini internal langsung di cari pemecahannya dan informasikan kepada semua karyawan. Tapi ya akhirnya kita jadi pulangnye lebih sore karena masih tahap awal jadi butuh pembelajaran.
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung Akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami sekarang dalam proses perencanaan Puskesmas berubah tidak seperti dulu, kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat dengan membuat kuisioner di masing-masing penanggung jawab program dan disebar di wilayah . Sasarannya dilaksanakan di masing-masing desa yang selanjutnya di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, melalui kotak saran, rapat lokakarya eksternal yang selanjutnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK).
- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?

- I : Kami mudah sekali untuk berkomunikasi dengan Tim Pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember setelah Workshop, setelah itu setiap kali *self assesment* pendampingan berjalan dengan dilakukan pemahaman terhadap proses. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan Akreditasi?
- I : Maaf bu kalau terkait anggaran takut salah nanti jawabnya, mungkin bisa bertanya ke bendahara karena prinsipnya kami itu ada anggaran ataupun tidak kami sebagai pelaksana tetap melaksanakan kegiatan, anggap sebagai ibadah saja. Tapi kalau BOK ada kemarin kita baru ada pertemuan tentang kegiatan yang bisa didanai oleh BOK.
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Ada keterbatasan bu ,sehingga kami harus menggunakan punya pribadi. Sedangkan untuk sarana /mesin tidak ada masalah kami sudah terpenuhi, apalagi setiap petugas sudah mempunyai laptop.
- P : Bagaimana dengan Buku Pedoman yang disiapkan Puskesmas Jelbuk ?
- I : Banyak buku yang dipakai untuk pedoman ada yang dapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember seperti Buku Pedoman Akreditasi, Buku Pendamping Akreditasi dan pedoman-pedoman lain yang ada di semua program , download selanjutnya kami print sendiri supaya hemat dengan download dari google.Kami juga pinjam ke teman dari Puskesmas lain baik sudah Akreditasi atau yang masih berjuang menghadapi Akreditasi.
- P : Kapan waktu untuk kegiatan Akreditasi bu ?
- I : Cukup bu, kalau Akreditasi kan terus berproses mengikuti kegiatan rutin tetapi melengkapi dokumen kami lakukan setelah jam pelayanan di atas jam 15.00 WIB.Tapi untuk teman-teman penanggung jawab program biasanya kurang karena mereka punya kegiatan yang cukup banyak sehingga harus lembur atau dibawa pada saat tugas malam di rawat inap atau VK bersalin.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Didalam lokakarya mini itulah kami belajar berproses akreditasi karena dengan kegiatan lokakarya mini kita mulai melakukan perencanaan dan bisa melakukan pembahasan sampai proses penyusunan rencana tindak lanjut sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya
- P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
- I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.
- P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?
- I : Tidak ada , padahal untuk tahun sebelumnya Puskesmas di ikutkan pelatihan di Murnajati. Menurut infonya karena tidak ada dana, tetapi kami di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman

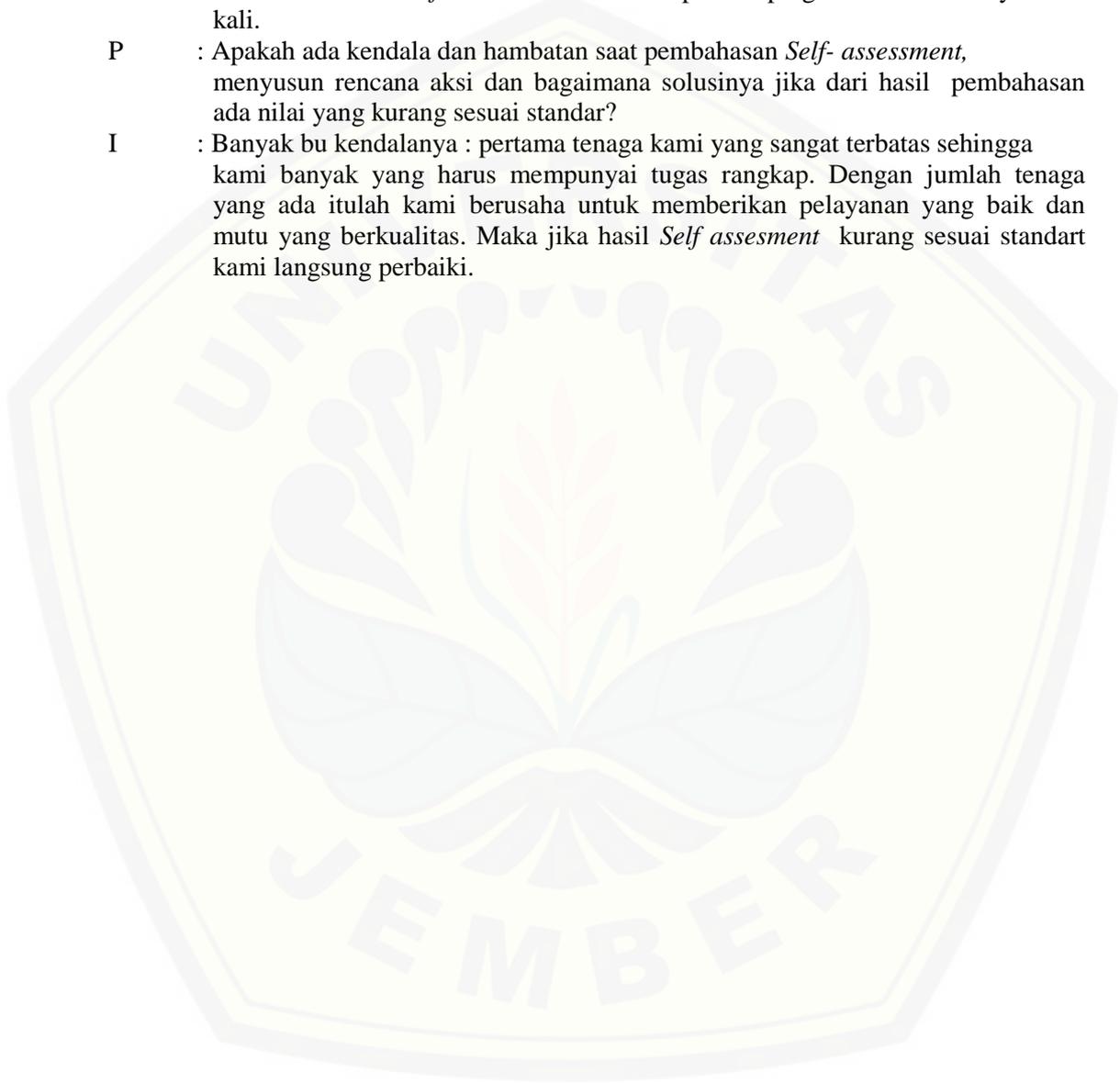
tentang akreditasi. Kami juga mencari info dari teman yang sudah akreditasi seperti Puskesmas Ledokombo dan Puskesmas Kaliwates.

P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?

I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi sebanyak dua kali.

P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self- assessment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?

I : Banyak bu kendalanya : pertama tenaga kami yang sangat terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas. Maka jika hasil *Self assesment* kurang sesuai standart kami langsung perbaiki.



K. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 4

Tanggal Wawancara : 17 Pebruari 2017
Waktu Wawancara : 11.45 WIB
Lokasi Wawancara : Aula Puskesmas Jelbuk
Nama : SW
Jabatan : Ketua Kelompok Kerja Administrasi Manajemen dan Penanggung jawab Pusling Puskesmas Jelbuk
Jenis Kelamin : Perempuan
Usia : 35 tahun

Input (Masukan):

- P : Bagaimana penggalangan komitmen di Puskesmas Jelbuk bu, pada waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Semua karyawan berkomitmen bu, setelah selesai workshopp di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Kita semua berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik , disiplin, dan tepat waktu . Untuk masyarakat di wilayah Puskesmas Jelbuk. Kami juga melakukan kegiatan lokakarya mini eksternal dan rapat koordinasi untuk membuat komitmen dengan lintas sektor terkait. Kami juga ada bentuk tanda tanganbukti komitmen dengan lintas sektor terkait.
- P : Apa peran ibu di dalam akreditasi ?
- I : Saya kebetulan menjadi wakil manajemen mutu dalam tim Mutu juga sebagai penanggung jawab program Pemberantasan Penyakit Menular
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Banyak bu, kami jadi disiplin waktu kerja, selalu melakukan pencatatan seperti isi dari akreditasi adalah mencatat semua yang dikerjakan dan mengerjakan apa yang di catat, melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya apa, pokoknya setelah komitmen kami jadi benar-benar mengerjakan sesuatu sesuai Standart Operasional prosedur
- P : Jadi lebih enak atau tidak ya bu?
- I : Kalau saya pribadi jadi lebih enak kok, karena kita lebih tenang bekerja karena ada prosedurnya yang jelas, masyarakat bisa memberikan masukan dan saran secara langsung bisa lewat kotak saran yang dibuka tiap satu minggu sekali dibahas di pertemuan mutu selanjutnya disampaikan di pertemuan lokakarya mini internal langsung di cari pemecahannya dan informasikan kepada semua karyawan. Tapi ya akhirnya kita jadi pulangnye lebih sore.
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami sekarang dalam proses perencanaan Puskesmas berubah tidak seperti dulu, kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat dengan membuat kuisisioner di masing-masing penanggung jawab program dan disebar di wilayah . Sasarannya dilaksanakan di masing-masing desa yang selanjutnya di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, melalui kotak saran, rapat lokakarya eksternal yang selanjutnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK).
- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?

- I : Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada saat Workshop sudah memberikan banyak sekali pemahaman kepada kami, setelah itu setiap kali *self assesment* pendampingan berjalan dengandilakukan pemahaman terhadap proses. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?
- I : Darimana ya...kemarin saat pertemuan sepertinya ada kalau tidak salah dari APBN dan BOK.
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Cukup kayaknya , kalau kurang minta ke bagian pengadaan barang. Sedangkan untuk sarana /mesin kami di Puskesmas setiap pemegang program sudah di berikan notebook, kalau untuk ngeprint bergantian di kantor karena jumlah printer mencukupi.
- P : Bagaimana dengan Pedoman yang disiapkan untuk akreditasi di Puskesmas Jelbuk ?
- I : Banyak buku yang dipakai untuk pedoman ada yang dapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember seperti Buku Pedoman Akreditasi, Buku Pendamping akreditasi dan pedoman-pedoman lain yang ada di semua program , download selanjutnya kami print sendiri supaya hemat dengan download dari google. Itu semua menjadi dokumen eksternal. Selanjutnya kami buat untuk dasar pembuatan dokumen internal
- P : Kapan waktu untuk kegiatan akreditasi bu ?
- I : Setiap hari walaupun sudah kami kerjakan tetapi ada saja yang kurang, sehingga kadang-kadang kami lembur juga.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Didalam lokakarya mini itulah kami belajar berproses akreditasi karena dengan kegiatan lokakarya mini kita mulai melakukan perencanaan dan bisa melakukan pembahasan sampai proses penyusunan rencana tindak lanjut sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya
- P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
- I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.
- P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?
- I : Tidak ada , tetapi kami di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman tentang akreditasi. Setelah itu kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan-karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.
- P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?

- I : Sudah melaksanakan *Self assesment* awal, tetapi hanya antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Kami melakukan presentasi dari hasil masing-masing BAB sehingga kelompok kerja yang lain bisa saling melengkapi karena didalam akreditasi antar kelompok kerja merupakan satu kesatuan atau sistem yang tidak bisa dipisahkan. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi sebanyak dua kali.
- P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self- assesment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
- I : Apa ya bu kendalanya kami pertama itu belum memahami betul Akreditasi sehingga kami banyak yang harus mengerjakan double dokumen yang seharusnya bisa satu untuk semua penanggung jawab. Setelah saling presentasi baru memahami bahwa harus saling berkomunikasi dalam melengkapi dokumen. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami juga berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas. Maka jika hasil *Self assesment* kurang sesuai standart kami langsung perbaiki.

L. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 5 / Informan Tambahan 1

Tanggal Wawancara : 20 Pebruari 2017
 Waktu Wawancara : 13.15 WIB
 Lokasi Wawancara : Ruang Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas kesehatan
 Kabupaten Jember
 Nama : RW
 Jabatan : Ketua Kelompok Kerja Upaya Kesehatan Masyarakat, anggota tim mutu UKM , penanggung jawab program Promosi Kesehatan dan juga sebagai bidan wilayah di Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember.
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Usia : 39 tahun

Input (Masukan):

P : Bagaimana proses yang dilakukan dalam penggalangan komitmen waktu menghadapi persiapan akreditasi?

I : Kami mengikuti kegiatan Lokakarya mini internal yang rutin dilaksanakan dan Kepala Puskesmas menjelaskan tentang Akreditasi Puskesmas yang didalamnya disampaikan pula tugas pokok dan fungsi masing-masing personil sesuai struktur yang sudah ada, karena prinsipnya adalah memaksimalkan tenaga yang ada di Puskesmas jelbuk. Tidak ada alasan bagi kami karena kekurangan tenaga , akhirnya kita semua berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik kepada masyarakat di wilayah Puskesmas Jelbuk.

I : Apakah ada penggalangan komitmen diluar itu bu?

P : Ada, selain dengan lintas sektor kami juga dengan PKK(Pembinaan Kesejahteraan Keluarga), kader Posyandu juga kami libatkan, pokoknya karena saya di Desa mulai RT, RW dan Kepala Desa kami ajak untuk berkomitmen untuk membantu Akreditasi.

P : Apa peran ibu di dalam akreditasi ?

I : Saya mempunyai tugas rangkap yaitu menjadi Ketua Kelompok Kerja UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat), anggota tim mutu UKM , penanggung jawab program Promosi Kesehatan dan juga sebagai bidan wilayah .

P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?

I : Banyak bu, kami jadi disiplin waktu kerja, selalu melakukan pencatatan seperti isi dari akreditasi adalah mencatat semua yang dikerjakan dan mengerjakan apa yang di catat, melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya apa, pokoknya setelah komitmen kami jadi benar-benar mengerjakan sesuatu sesuai Standart Operasional prosedur

P : Jadi lebih enak atau tidak ya bu?

I : Kalau bidan sudah mulai dulu ya seperti ini yaitu dengan menggunakan Standar prosedurnya yang jelas, masyarakat di wilayah memberi masukan dan saran secara langsung atau lewat kotak saran yang dibuka tiap satu minggu sekali dibahas di pertemuan mutu selanjutnya disampaikan di pertemuan lokakarya mini internal langsung di cari pemecahannya dan informasikan kepada semua karyawan. Jawaban dipasang di papan pengumuman, disampaikan saat lokakarya mini eksternal.

- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Perencanaan Puskesmas berubah bu, tidak seperti dulu, kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat yang sebelumnya kita buat kuisisioner masing-masing penanggung jawab program dilakukan pembahasan di lokakarya mini lalu kita tentukan jumlah sample acak dari jumlah sasaran program dengan alasan belum bisa *total coverage* dan sudah bisa mewakili dari kebutuhan masyarakat Kecamatan Jelbuk. Kuisisioner di masing-masing penanggung jawab program dan disebar di wilayah masing-masing desa yang selanjutnya direkapitulasi dianalisa dengan menggunakan prioritas masalah dan di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, masukan juga melalui kotak saran, rapat lokakaryaeksternal yang selanjutnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK) tanpa meninggalkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.
- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?
- I : Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada saat Workshop sudah memberikan banyak sekali pemahaman kepada kami, setelah itu setiap kali *self assesment* pendampingan berjalan dengan dilakukan pemahaman terhadap proses. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?
- I : Anggaran untuk tahun2017 ini alhamdulillah, menurut informasi dari Dinas Kesehatan khusus untuk akreditasi sudah didanai dari APBN sedangkan teman Puskesmas yang maju tahun kemarin tidak bu, kalau kegiatan lainnya kita ada dari BOK dan ada juga dari JKN. Jadi biasanya kita yang penting kegiatan di masing-masing program tetap berjalan.
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk? Kalu kurang bagaimana?
- I : Diawal kami sudah tahu tugas masing-masing sehingga saat kami membutuhkan alat tulis kantor apapun itu langsung mengajukan secara tertulis kepada bagian bendahara barang , per kelompok kerja. Selama ini tidak ada masalah untuk kertas, sedangkan kalau tinta juga kami tidak ada kendala sedangkan kalau mau ngeprint kita menggunakan secara bergantian di kantor.
- P : Bagaimana dengan Buku Pedoman yang disiapkan untuk kelompok kerja UKM di Puskesmas jelbuk ?
- I : Kita ada dua macam buku pedoman yaitu pedoman internal dan pedoman Eksternal. Pedoman eksternal kami dapatkan dari Dinas Kesehatan, Peraturan menteri Kesehatan dan buku pedoman masing-masing dari penanggung jawab program.Sedangkan pedoman internal adalah pedoman yang dibuat oleh internal Puskesmas. Kami setiap hari sabtu khusus berdiskusi untuk semua penanggung jawab program membuat pedoman internal dan pembahasan dari masing-masing penanggung jawab program
- P : Pengaturan waktu untuk kegiatan akreditasi bu ? apakah ada jadwal tertulis?
- I : Kalau Akreditasi kan terus berproses mengikuti kegiatan rutin apalagi kita sebagai penanggung jawab program. Tetapi setiap Senin sampai Kamis melengkapi dokumen kami lakukan setelah jam pelayanan di atas jam 13.00 sambil cross conference antar BAB dan antar kelompok kerja. Khusus jumat kita free karena senam bersama dengan anjang sana dan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk. Memang harus ada waktu tambahan khusus

menyelesaikan dokumen. Mudah-mudahan setelah ini menjadi suatu kebiasaan yang benar tiga tahun lagi tidak perlu waktu khusus menyelesaikan dokumen karena langsung diselesaikan setelah menyelesaikan suatu kegiatan.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Sebelum lokakarya mini internal bulanan kami melakukan kegiatan pra Lokmin biasanya satu atau dua hari sebelumnya sehingga saat lokakarya mini langsung bisa di presentasikan permasalahan yang terjadi berikut rencana tindak lanjut yang memerlukan kolaborasi dengan program yang lain. Karena dengan lokakarya mini itulah kami menerapkan proses akreditasi sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya.
- P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
- I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.
- P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?
- I : Tidak ada , tetapi kami di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman tentang akreditasi. Setelah itu kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan-karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.
- P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi
- P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self- assesment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
- I : Kendalanya saat pertama kali karena belum begitu memahami tentang proses akreditasi sehingga di nilai yang pertama kami bagus karena yang penting melengkapi dokumen,tetapi setelah proses akreditasi berlangsung barulah kami mulai memahami bahwa sistem yang belum berjalan di Puskesmas kami apalagi tenaga kami yang sangat terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas.

M. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Utama 6

Tanggal Wawancara : 21 Pebruari 2017
Waktu Wawancara : 13.00 WIB
Lokasi Wawancara : Aula Puskesmas Jelbuk
Nama : SD
Jabatan : Ketua Kelompok Kerja Upaya Kesehatan Perorangan dan Penanggung jawab Poli gigi Puskesmas Jelbuk
Jenis Kelamin : Perempuan
Usia : 31 tahun

Input (Masukan):

- P : Bagaimana penggalangan komitmen di Puskesmas Jelbuk bu, pada waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Semua karyawan berkomitmen bu, setelah selesai workshopp di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Kita semua berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik , disiplin, dan tepat waktu . Untuk masyarakat di wilayah Puskesmas Jelbuk. Kami juga melakukan kegiatan lokakarya mini eksternal dan rapat koordinasi untuk membuat komitmen dengan lintas sektor terkait. Kami juga ada bentuk tanda tangan bukti komitmen dengan lintas sektor terkait.
- P : Apa peran ibu di dalam akreditasi ?
- I : Saya kebetulan menjadi Ketua Kelompok Kerja Upaya Kesehatan perorangan juga di poligigi karena saya dokter gigi
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Banyak bu, kami jadi disiplin waktu kerja, selalu melakukan pencatatan seperti isi dari akreditasi adalah mencatat semua yang dikerjakan dan mengerjakan apa yang di catat, melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya apa, pokoknya setelah komitmen kami jadi benar-benar mengerjakan sesuatu sesuai Standart Operasional prosedur
- P : Jadi lebih enak atau tidak ya bu?
- I : Kalau saya pribadi jadi lebih enak kok, karena kita lebih tenang bekerja karena ada prosedurnya yang jelas, masyarakat bisa memberikan masukan dan saran secara langsung bisa lewat kotak saran yang dibuka tiap satu minggu sekali dibahas di pertemuan mutu selanjutnya disampaikan di pertemuan lokakarya mini internal langsung di cari pemecahannya dan informasikan kepada semua karyawan. Tapi ya akhirnya kita jadi pulangnye lebih sore.
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Perencanaan menjadi sangat penting karena dengan perencanaan yang matang kegiatan yang akan dilaksanakan menjadi lebih baik dan mudah untuk mengevaluasinya. Sekarang dalam era akreditasi kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat yang dikoordinatori di kelompok kerja dua terutama di BAB lima selanjutnya dari hasil tersebut di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa(MMD), ada kotak saran, rapat lokakarya eksternal Semuanya akan melalui proses pembahasan pada Tim PTP (Perencanaan Tingkat Puskesmas) yang diselaraskan dengan visi, misi Puskesmas nantinya akan menjadi Rencana Umum Kegiatan (RUK)”.

- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?
- I : Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sekarang sudah banyak kan bu, jadi kita lebih mudah untuk komunikasi selain jadwal rutin pendampingan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan. Jadi tidak ada masalah dan hambatan, tapi kadang juga karena jadwal Tim pendamping yang padat kita harus buat janji dulu biar langsung bisa ketemu. Kalau tidak kami langsung komunikasi lewat WA.
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan Akreditasi?
- I : Darimana ya...kemarin saat pertemuan sepertinya ada kalau tidak salah dari APBN dan BOK.
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk?
- I : Cukup kayaknya , kalau kurang minta ke bagian pengadaan barang. Sedangkan untuk sarana /mesin kami di Puskesmas setiap pemegang program sudah di berikan notebook, kalau untuk ngeprint bergantian di kantor karena jumlah printer mencukupi.
- P : Bagaimana dengan Pedoman yang disiapkan untuk akreditasi di Puskesmas Jelbuk ?
- I : Banyak buku yang dipakai untuk pedoman ada yang dapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember seperti Buku Pedoman Akreditasi, Buku Pendamping akreditasi dan pedoman-pedoman lain yang ada di semua program , download selanjutnya kami print sendiri supaya hemat dengan download dari google. Itu semua menjadi dokumen eksternal. Selanjutnya kami buat untuk dasar pembuatan dokumen internal
- P : Kapan waktu untuk kegiatan akreditasi bu ?
- I : Setiap hari walaupun sudah kami kerjakan tetapi ada saja yang kurang, sehingga kadang-kadang kami lembur juga.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Didalam lokakarya mini itulah kami belajar berproses akreditasi karena dengan kegiatan lokakarya mini kita mulai melakukan perencanaan dan bisa melakukan pembahasan sampai proses penyusunan rencana tindak lanjut sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya
- P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
- I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.
- P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?
- I : Tidak ada , tetapi kami di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman tentang akreditasi. Setelah itu kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan-karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.
- P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?

- I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi sebanyak dua kali.
- P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self- assesment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
- I : Sebenarnya hambatan yang utama adalah kami dalam menyusun dan melengkapi dokumen tidak mengerjakan bersama-sama sehingga terlihat dokumen itu cukup banyak. Padahal kalau proses setiap kegiatan sudah dilaksanakan satu dokumen bisa melengkapi dan saling keterkaitan dengan kelompok kerja yang lain. Itulah yang membuat Akreditasi sepertinya menjadi berat bagi kami. Ketua Akreditasi saat pembahasan menyampaikan hal itu antar BAB harus saling komunikasi. Kalau ada yang kurang nilainya maka kami melengkapi bersama-sama.



N. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Tambahan 2

Tanggal Wawancara : 21 Pebruari 2017
 Waktu Wawancara : 14.15 WIB
 Lokasi Wawancara : Ruang Unit Gawat darurat Puskesmas Jelbuk Dinas kesehatan Kabupaten Jember
 Nama : NI
 Jabatan : Koordinator Program Surveilans, Unit Gawat darurat dan Kepala Ruang rawat Inap di Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Usia : 33 tahun

Input (Masukan):

- P : Bagaimana proses yang dilakukan dalam penggalangan komitmen waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Di Puskesmas kami ada Lokakarya mini internal bu, dilaksanakan setiap bulan dan Ketua akreditasi bersama Kepala Puskesmas menjelaskan tentang Akreditasi Puskesmas yang sekaligus pembagian tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas sesuai struktur yang sudah ada, karena tenaga kami terbatas. Kita semua berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik kepada masyarakat di wilayah Puskesmas Jelbuk.
- P : Apa peran ibu di dalam akreditasi ?
- I : Semua karyawan ikut terlibat. Saya sebagai koordinator program Surveilans, Unit Gawat darurat dan Kepala Ruang rawat Inap jadi masuk didalam proses kegiatan akreditasi dibantu adik-adik magang.
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Namanya komitmen jadi ya hukumnya wajib melaksanakan kegiatan yang harus sesuai dengan standar, dulu kurang disiplin apel jadi disiplin, selalu melakukan pencatatan dengan lengkap, membuat buku kegiatan pribadi karena akreditasi semua yang dikerjakan harus ditulis. Melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya
- P : Menurut ibu dengan perubahan itu bagaimana?
- I : Menurut saya akan menjadi lebih baik karena semua kegiatan jadinya berurutan cara kerjanya.
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Perencanaan Puskesmas berubah bu, tidak seperti dulu, kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat yang sebelumnya kita buat kuisisioner masing-masing penanggung jawab program dilakukan pembahasan di lokakarya mini lalu kita tentukan jumlah secara acak dari jumlah sasaran program dengan alasan belum bisa *total coverage* dan sudah bisa mewakili dari kebutuhan masyarakat Kecamatan Jelbuk. Kuisisioner di masing-masing penanggung jawab program dan disebar di wilayah masing-masing desa yang selanjutnya direkapitulasi dianalisa dengan menggunakan prioritas masalah dan di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, masukan juga melalui kotak saran, rapat lokakarya eksternal yang selanjutnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK) tanpa meninggalkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.
- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?

- I : Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada saat Workshop sudah memberikan banyak sekali pemahaman kepada kami, setelah itu setiap kali *self assesment* pendampingan berjalan dengan dilakukan pemahaman terhadap proses. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?
- I : Saya kurang paham kalau urusan anggaran bu, tanya ke bendahara Puskesmas saja kalau saya menjawab ternyata salah kan tidak enak, kita yang penting kegiatan bisa dilaksanakan dengan baik.
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk? Kalau kurang bagaimana?
- I :Diawal kami sudah tahu tugas masing-masing sehingga saat kami membutuhkan alat tulis kantor apapun itu langsung mengajukan secara tertulis kepada bagian bendahara barang , per kelompok kerja. Selama ini tidak ada masalah untuk kertas, sedangkan kalau tinta juga kami tidak ada kendala sedangkan kalau mau ngeprint kita menggunakan secara bergantian di kantor.
- P : Bagaimana dengan Buku Pedoman yang disiapkan untuk kelompok kerja UKM di Puskesmas jelbuk ?
- I : Kita ada dua macam buku pedoman yaitu pedoman internal dan pedoman Eksternal. Pedoman eksternal kami dapatkan dari Dinas Kesehatan, Peraturan menteri Kesehatan dan buku pedoman masing-masing dari penanggung jawab program.Sedangkan pedoman internal adalah pedoman yang dibuat oleh internal Puskesmas. Kami setiap hari sabtu khusus berdiskusi untuk semua penanggung jawab program membuat pedoman internal dan pembahasan dari masing-masing penanggung jawab program
- P : Pengaturan waktu untuk kegiatan akreditasi bu ? apakah ada jadwal tertulis?
- I : Kalau akreditasi kan terus berproses mengikuti kegiatan rutin apalagi kita sebagai penanggung jawab program. Tetapi setiap Senin sampai Kamis melengkapi dokumen kami lakukan setelah jam pelayanan di atas jam 13.00 sambil cross conference antar BAB dan antar kelompok kerja. Khusus jumat kita free karena senam bersama dengan anjang sana dan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk. Memang harus ada waktu tambahan khusus menyelesaikan dokumen. Mudah-mudahan setelah ini menjadi suatu kebiasaan yang benar tiga tahun lagi tidak perlu waktu khusus menyelesaikan dokumen karena langsung diselesaikan setelah menyelesaikan suatu kegiatan.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Sebelum lokakarya mini internal bulanan kami melakukan kegiatan pra Lokmin biasanya satu atau dua hari sebelumnya sehingga saat lokakarya mini langsung bisa di presentasikan permasalahan yang terjadi berikut rencana tindak lanjut yang memerlukan kolaborasi dengan program yang lain. Karena dengan lokakarya mini itulah kami menerapkan proses akreditasi sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya.

- P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
- I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.
- P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?
- I : Tidak ada , tetapi kami di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman tentang akreditasi. Setelah itu kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan-karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.
- P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuaijadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi
- P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self-assessment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
- I : Kendalanya saat pertama kali karena belum begitu memahami tentang proses akreditasi sehingga di nilai yang pertama kami bagus karena yang penting melengkapi dokumen,tetapi setelah proses akreditasi berlangsung barulah kami mulai memahami bahwa sistem yang belum berjalan di Puskesmas kami apalagi tenaga kami yang sangat terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas.

O. Lampiran Transkrip Wawancara Tambahan 3

Tanggal Wawancara : 25 Pebruari 2017
Waktu Wawancara : 10.00 WIB
Lokasi Wawancara : Aula Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
Nama : ES
Jabatan : Koordinator Kesehatan Lingkungan Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember
Jenis Kelamin : Laki-laki
Usia : 31 tahun

Input (Masukan):

- P : Bagaimana proses yang dilakukan dalam penggalangan komitmen waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Ada Lokakarya mini internal yang rutin satu bulan satu kali dan lokakarya eksternal setiap tiga bulan. Disitulah kami melakukan komitmen untuk melaksanakan kegiatan sesuai prosedur yang di persyaratkan didalam akreditasi. Juga untuk pak camat dan lintas sektor yang lain dilibatkan dalam komitmen ini sehingga Puskesmas jelbuk menjadi lebih baik lagi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
- P : Apa peran bapak di dalam akreditasi ?
- I : Saya perawat jadi bertugas di zaal perawatan , tetapi di tugasi sebagai koordinator kesehatan lingkungan. Kalau dalam kegiatan akreditasi ya mengerjakan tugas di zaal perawatan dan program kesehatan lingkungan di wilayah Puskesmas Jelbuk.
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Jadi rukun bu yang paling penting, yang utama lagi kami jadi disiplin waktu kerja, di program kesehatan lingkungan semua kegiatan kami membuat rencana kegiatan terlebih dulu dengan teman-teman bidan karena saya tidak mungkin mengerjakan sendiri, dikerjakan bersama-sama dikoordinasikan dengan kegiatan lain, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya apa, pokoknya setelah komitmen kami jadi benar-benar mengerjakan sesuatu sesuai Standart Operasional prosedur
- P : Jadi lebih enak atau tidak ya pak?
- I : Awalnya ya terasa berat karena biasanya kami dalam pengisian pencatatan yang lemah, kemudian pada proses kegiatan yang sering lupa tidak kami kerjakan adalah evaluasi apakah rencana sudah sesuai dengan jadwal begitu juga saat pelaksanaan dan yang terakhir adalah evaluasi hasil kegiatannya.
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Perencanaan untuk kegiatan kesehatan lingkungan kami sudah menyusun pertanyaan kepada masyarakat tentang keinginan dan kebutuhan masyarakat dalam program kesehatan lingkungan selanjutnya kita buat kuisisioner . Hasil dari kebutuhan masyarakat tersebut di bawa ke MMD (Musyawarah masyarakat Desa) dan selanjutnya di bahas di lokakarya mini di gabungkan dengan asupan masyarakat yang lainnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK) tanpa meninggalkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.
- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?
- I : Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sudah ada jadwal untuk

pendampingan ke Puskesmas. Awalnya kita di undang ke Dinas Kesehatan selanjutnya tim turun ke Puskesmas. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.

P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?

I : Maaf saya kurang begitu paham terkait anggaran untuk akreditasi. Yang saya tahu kalau untuk kegiatan program dari BOK (bantuan Operasional Kesehatan) dan JKN.

P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk? Kalau kurang bagaimana?

I : dari dulu sebelum ada akreditasi untuk alat tulis seperti kertas kami langsung mengajukan secara tertulis kepada bagian bendahara barang. Sekarang setelah ada akreditasi dibagi per kelompok kerja. Selama ini tidak ada masalah untuk kertas, sedangkan kalau tinta juga kami tidak ada kendala sedangkan kalau mau ngeprint kita menggunakan secara bergantian di kantor.

P : Apa yang bapak ketahui tentang buku-buku pedoman dalam menghadapi akreditasi puskesmas?

I : Kita ada dua macam buku pedoman yaitu pedoman internal dan pedoman Eksternal. Pedoman eksternal kami dapatkan dari Dinas Kesehatan, Peraturan menteri Kesehatan dan buku pedoman masing-masing dari penanggung jawab program. Sedangkan pedoman internal adalah pedoman yang dibuat oleh internal Puskesmas berdasarkan panduan buku eksternal. Kami untuk semua penanggung jawab program membuat pedoman internal dan pembahasan dari masing-masing penanggung jawab program

P : Pengaturan waktu untuk kegiatan akreditasi bagaimana? apakah ada jadwal tertulis?

I : Kalau kegiatan rutin program sesuai jadwal yang sudah disusun sedangkan dalam proses akreditasi kita ada kesepakatan untuk saling koordinasi program dan kelengkapan administrasi setiap Senin sampai Kamis setelah jampelayanan di atas jam 13.00 sambil cross conference antar BAB dan antar kelompok kerja. Jumat kegiatan kesehatan lingkungan yaitu Pemberantasan Sarang Nyamuk. Memang harus ada waktu tambahan khusus menyelesaikan dokumen.

Proses (Perencanaan) :

P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?

I : Kalau saya dari program kesehatan lingkungan tidak begitu banyak yang di evaluasi yang ruti kegiatan PSN sudah kami evaluasi tiap minggu jadi pada saat lokakarya mini langsung hasil kegiatan dan hambatan yang ada berikut rencana tindak lanjut yang memerlukan kolaborasi dengan program yang lain. Karena dengan lokakarya mini itulah kami menerapkan proses akreditasi sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya.

P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?

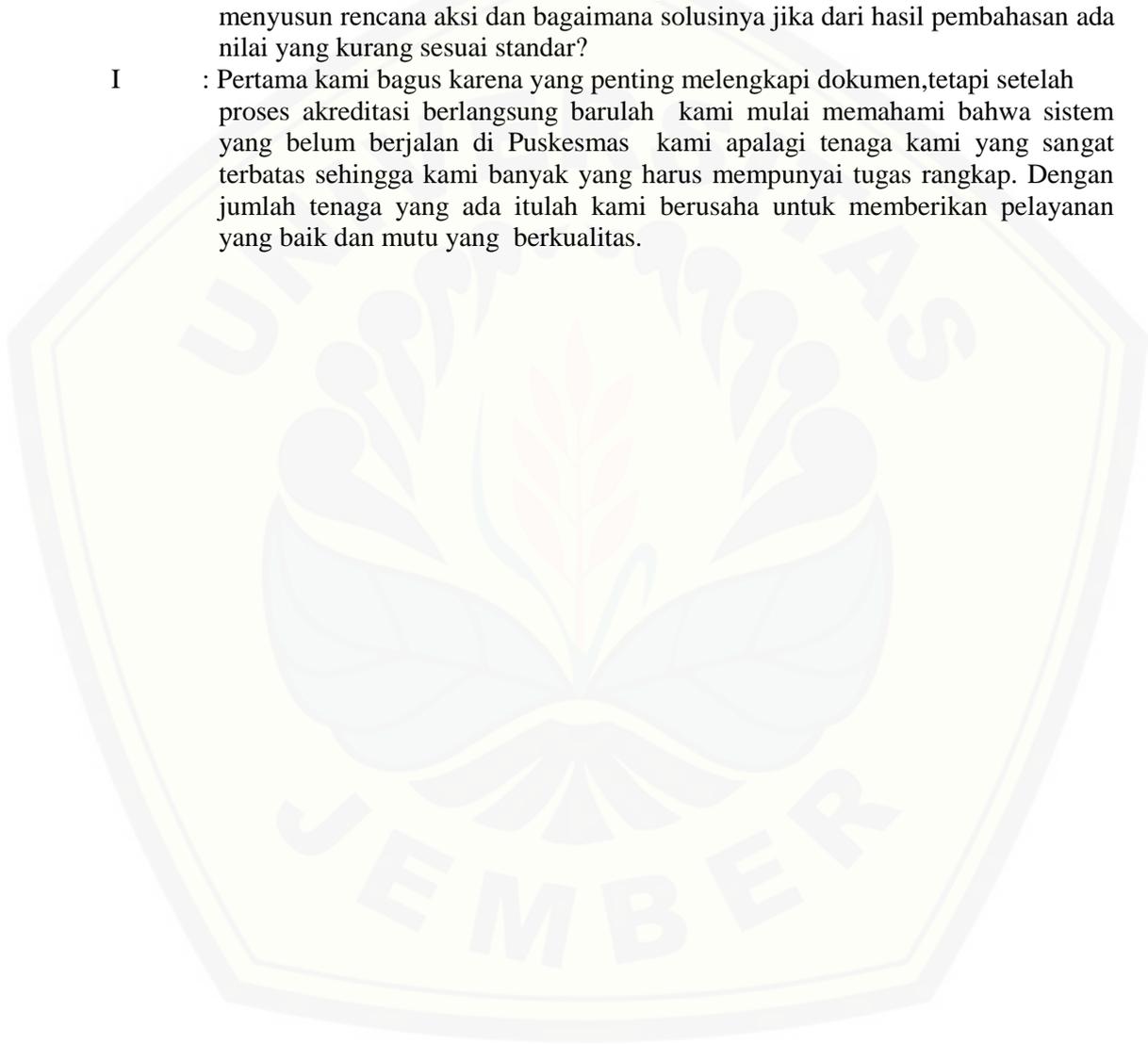
I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.

P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?

I : Tidak ada , tapi kami diberikan informasi oleh ketua akreditasi dan kepala

Puskesmas yang ikut workshop di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, situlah kami mendapatkan pemahaman tentang akreditasi.

- P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?
- I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi
- P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self- assesment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
- I : Pertama kami bagus karena yang penting melengkapi dokumen,tetapi setelah proses akreditasi berlangsung barulah kami mulai memahami bahwa sistem yang belum berjalan di Puskesmas kami apalagi tenaga kami yang sangat terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas.



P. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Tambahan 4

Tanggal Wawancara : 25 Pebruari 2017
Waktu Wawancara : 11.15 WIB
Lokasi Wawancara : Aula Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
Nama : RW
Jabatan : Koordinator Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember.
Jenis Kelamin : Laki-laki
Usia : 33 tahun

Input (Masukan):

- P : Bapak apakah bisa diceritakan proses yang dilakukan dalam penggalangan komitmen waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Kami melaksanakan kegiatan komitmen memberikan pelayanan dengan mutu yang baik kepada masyarakat bersamaan saat lokakarya mini internal bu, dan Ketua akreditasi bersama Kepala Puskesmas menjelaskan tentang Akreditasi Puskesmas yang sekaligus pembagian tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas sesuai struktur yang sudah ada.
- P : Apa peran bapak di dalam akreditasi ?
- I : Saya sebagai Koordinator Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan karena saya perawat jadi ikut bertugas di Ruang rawat Inap . Akreditasi merupakan suatu sistem didalam semua kegiatan yang ada di Puskesmas.
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Hasilnya cukup bagus. Namanya komitmen kami jadinya melaksanakan kegiatan yang harus sesuai dengan standar, dalam pengisian rekam medis di rawat inap sangat penting sekali harus dilakukan pengisian untuk semua petugas karena ada catatan dokter, asuhan keperawatan, asuhan gizi, yang dulu belum bisa kami kerjakan secara maksimal, dulu kurang disiplin apel jadi disiplin, membuat buku kegiatan pribadi karena akreditasi semua yang dikerjakan harus ditulis. Melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya
- P : Menurut bapak dengan perubahan itu bagaimana?
- I : Menurut saya banyak memakan waktu tetapi akan menjadi lebih baik karena semua kegiatan jadinya berurutan cara kerjanya.
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Perencanaan Puskesmas yaitu kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat yang sebelumnya kita buat kuisisioner masing-masing penanggung jawab program dilakukan pembahasan di lokakarya mini lalu kita tentukan jumlah secara acak dari jumlah sasaran program. Kuisisioner di masing-masing penanggung jawab program dan disebar di wilayah masing-masing desa yang selanjutnya direkapitulasi dianalisa dengan menggunakan prioritas masalah dengan metode USG dan di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, yang selanjutnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK) tanpa meninggalkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.
- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?
- I : Sering sekali Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember ke

Puskesmas kami karena sudah terjadwal, sebaliknya kalau ada ketidaktahuan kami yang ke Dinas Kesehatan .Setiap kali *self assesment* pendampingan berjalan dengan dilakukan pemahaman terhadap proses. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* pribadi atau lewat group.

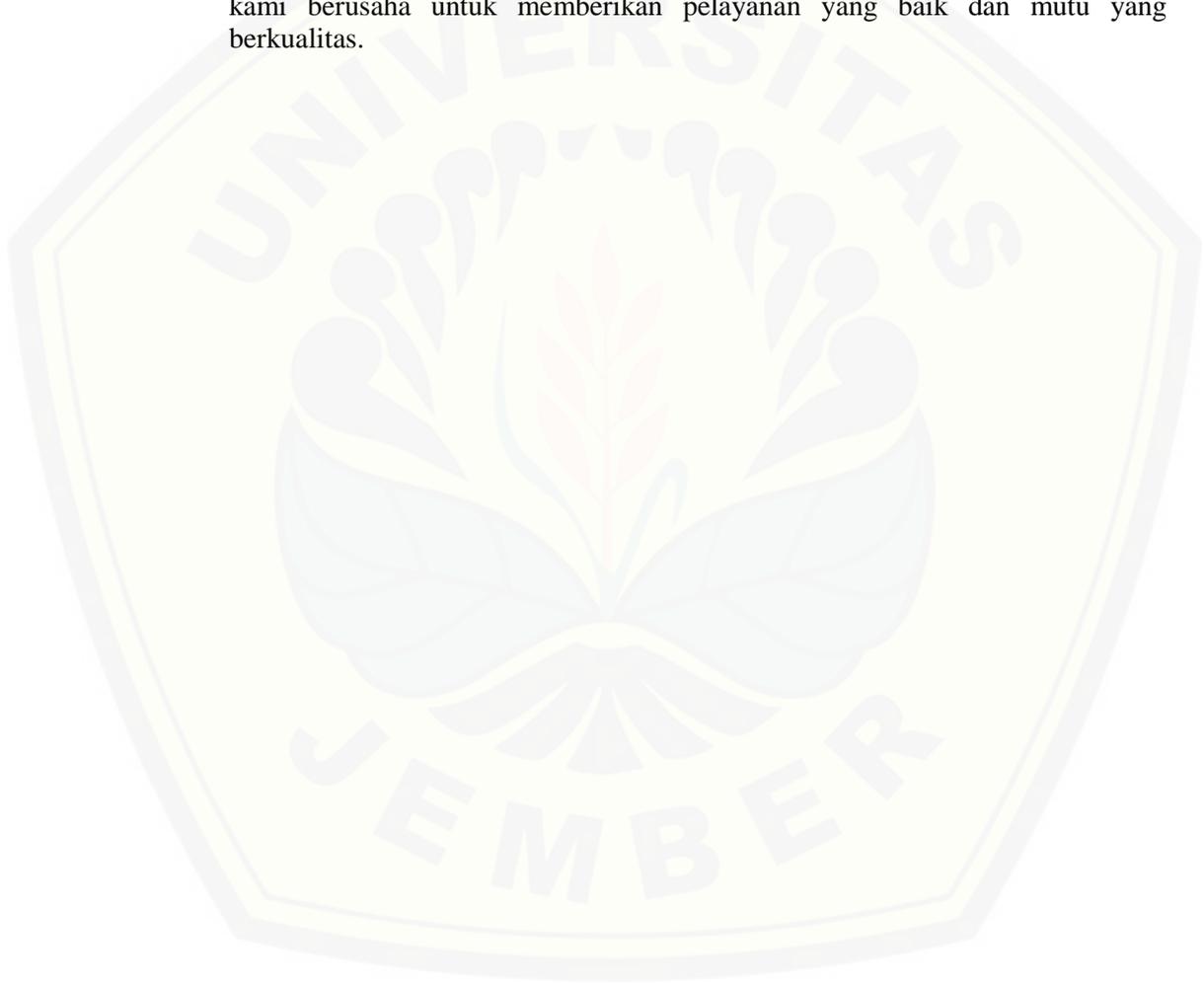
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?
 I : Maaf saya kurang begitu paham terkait anggaran untuk akreditasi. Yang saya tahu kalau untuk kegiatan program dari BOK (bantuan Operasional Kesehatan)
 P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk? Kalau kurang bagaimana?
 I : Kami jika membutuhkan alat tulis kantor seperti kertas untuk pelaporan apalagi untuk dokumen akreditasi langsung mengajukan bagian bendahara barang , per kelompok kerja. Tidak ada masalah untuk kertas, sedangkan kalau tinta juga kami tidak ada kendala , mau ngeprint kita menggunakan punya kantor kadang punya pribadi.
 P : Bagaimana dengan Buku Pedoman untuk penunjang akreditasi?
 I : Buku pedoman kita ada dua macam yaitu pedoman internal dan pedoman Eksternal. Pedoman dari Dinas Kesehatan, Peraturan menteri Kesehatan dan buku pedoman masing-masing dari penanggung jawab program. Semua buku-buku tersebut kami jadikan sebagai pedoman internal Puskesmas Jelbuk dengan pemberlakuan SK pedoman eksternal Puskesmas.
 P : Pengaturan waktu untuk kegiatan akreditasi bu ? apakah ada jadwal tertulis?
 I : Setiap hari kami menyelesaikan kekurangan dokumen, Kalau akreditasi kan terus berproses mengikuti kegiatan rutin apalagi kita sebagai penanggung jawab program.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
 I : Sebelum lokakarya mini internal bulanan kami melakukan kegiatan pra Lokmin biasanya satu atau dua hari sebelumnya sehingga saat lokakarya mini langsung bisa di presentasikan permasalahan yang terjadi berikut rencana tindak lanjut yang memerlukan kolaborasi dengan program yang lain. Karena dengan lokakarya mini itulah kami menerapkan proses akreditasi sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya.
 P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?
 I : Tidak apa-apa mereka sepertinya semangat semua dengan perubahan untuk menjadi lebih baik demi masyarakat Jelbuk khususnya
 P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?
 I : Tidak ada , kami Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan- karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.
 P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?
 I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar

Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi

- P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self-assessment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?
- I : Kendalanya saat pertama kali karena belum begitu memahami tentang proses akreditasi sehingga di nilai yang pertama kami bagus karena yang penting melengkapi dokumen,tetapi setelah proses akreditasi berlangsung barulah kami mulai memahami bahwa sistem yang belum berjalan di Puskesmas kami apalagi tenaga kami yang sangat terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas.



Q. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Tambahan 5

Tanggal Wawancara : 25 Pebruari 2017
 Waktu Wawancara : 12.30 WIB
 Lokasi Wawancara : Aula Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 Nama : HP
 Jabatan : Koordinator Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
 Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember.

Jenis Kelamin : Perempuan
 Usia : 31 tahun

Input (Masukan):

- P : Bagaimana proses yang dilakukan dalam penggalangan komitmen waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Di Puskesmas kami ada Lokakarya mini internal bu, dilaksanakan setiap bulan dan Ketua akreditasi bersama Kepala Puskesmas menjelaskan tentang Akreditasi Puskesmas yang sekaligus pembagian tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas sesuai struktur yang sudah ada, karena tenaga kami terbatas. Kita semua berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik kepada masyarakat di wilayah Puskesmas Jelbuk.
- P : Apa peran ibu di dalam akreditasi ?
- I : Koordinator Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Kita penanggung jawab program berkomitmen semua tanpa terkecuali. Melaksanakan kegiatan yang harus sesuai dengan standar, dulu kurang disiplin apel jadi disiplin, selalu melakukan pencatatan dengan lengkap, membuat buku kegiatan pribadi karena Akreditasi semua yang dikerjakan harus ditulis. Melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya
- P : Menurut ibu dengan perubahan itu bagaimana?
- I : Berubah untuk menjadi lebih baik itu tidak ada salahnya. Memang ini yang harus kita lakukan mulai dulu, hitung-hitung membayar hutang terhadap apa yang kita lakukan dahulu .
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Perencanaan Puskesmas mengalami banyak perubahan bu, tidak seperti dahulu, kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat yang sebelumnya kita buat kuisisioner masing-masing. Saya penanggung jawab program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular membuat indikator pertanyaan untuk dijadikan satu. Setelah itu dilakukan pembahasan di lokakarya mini lalu kita tentukan jumlah secara acak dari jumlah sasaran program dengan alasan belum bisa *total coverage* dan sudah bisa mewakili dari kebutuhan masyarakat Kecamatan Jelbuk. Kuisisioner di masing-masing penanggung jawab program dan disebar di wilayahasing-masing desa yang selanjutnya direkapitulasi dianalisa dengan menggunakan prioritas masalah dan di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, masukan juga melalui kotak saran, rapat lokakarya eksternal yang selanjutnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK) tanpa meninggalkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.
- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?

- I : Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember setelah Workshop kami dijadwal untuk pendampingan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jember bersama empat Puskesmas yang sama per BAB nya sehingga bisa saling tukar pengalaman, setelah itu Tim pendamping ke Puskesmas dengan melakukan pemahaman terhadap proses dan telusur langsung. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?
- I : Maaf saya kurang begitu paham terkait anggaran untuk akreditasi. Yang saya tahu kalau untuk kegiatan program dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk? Kalau kurang bagaimana?
- I : Diawal kami sudah tahu tugas masing-masing sehingga saat kami membutuhkan alat tulis kantor apapun itu langsung mengajukan secara tertulis kepada bagian bendahara barang , per kelompok kerja. Selama ini tidak ada masalah untuk kertas, sedangkan kalau tinta juga kami tidak ada kendala sedangkan kalau mau ngeprint kita menggunakan secara bergantian di kantor.
- P : Bagaimana dengan Buku Pedoman yang disiapkan untuk kelompok kerja UKM di Puskesmas jelbuk ?
- I : Kita ada dua macam buku pedoman yaitu pedoman internal dan pedoman Eksternal. Pedoman eksternal kami dapatkan dari Dinas Kesehatan, Peraturan menteri Kesehatan dan buku pedoman masing-masing dari penanggung jawab program.Sedangkan pedoman internal adalah pedoman yang dibuat oleh internal Puskesmas. Kami setiap hari sabtu khusus berdiskusi untuk semua penanggung jawab program membuat pedoman internal dan pembahasan dari masing-masing penanggung jawab program
- P : Pengaturan waktu untuk kegiatan akreditasi bu ? apakah ada jadwal tertulis?
- I : Kalau akreditasi kan terus berproses mengikuti kegiatan rutin apalagi kita sebagai penanggung jawab program. Tetapi setiap Senin sampai Kamis melengkapi dokumen kami lakukan setelah jam pelayanan di atas jam 13.00 sambil cross conference antar BAB dan antar kelompok kerja. Khusus jumat kita free karena senam bersama dengan anjang sana dan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk. Memang harus ada waktu tambahan khusus menyelesaikan dokumen. Mudah-mudahan setelah ini menjadi suatu kebiasaan yang benar tiga tahun lagi tidak perlu waktu khusus menyelesaikan dokumen karena langsung diselaikan setelah menyelesaikan suatu kegiatan.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Sebelum lokakarya mini internal bulanan kami melakukan kegiatan pra Lokmin biasanya satu atau dua hari sebelumnya sehingga saat lokakarya mini langsung bisa di presentasikan permasalahan yang terjadi berikut rencana tindak lanjut yang memerlukan kolaborasi dengan program yang lain. Karena dengan lokakarya mini itulah kami menerapkan proses akreditasi sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya.
- P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya

tersebut?

I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.

P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?

I : Tidak ada , tetapi kami di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, disitulah kami mendapatkan pemahaman tentang akreditasi. Setelah itu kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan-karyawati tanpa kecuali untuk pemahaman akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.

P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?

I : Kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, caranya yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi

P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self-assessment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?

I : Kendalanya saat pertama kali karena belum begitu memahami tentang proses akreditasi sehingga di nilai yang pertama kami bagus karena yang penting melengkapi dokumen,tetapi setelah proses akreditasi berlangsung barulah kami mulai memahami bahwa sistem yang belum berjalan di Puskesmas kami apalagi tenaga kami yang sangat terbatas sehingga kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas.

R. Lampiran Transkrip Wawancara Informan Tambahan 6

Tanggal Wawancara : 25 Pebruari 2017
 Waktu Wawancara : 13.35 WIB
 Lokasi Wawancara : Aula Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan
 Kabupaten Jember
 Nama : SW
 Jabatan : Bidan koordinator, koordinator Program keluarga Berencana
 dan pengelola Program Usaha Kesehatan Sekolah Puskesmas
 Jelbuk Kabupaten Jember.
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Usia : 46 tahun

Input (Masukan):

- P : Bagaimana proses yang dilakukan dalam penggalangan komitmen waktu menghadapi persiapan akreditasi?
- I : Kami mengikuti kegiatan Lokakarya mini internal yang rutin dilaksanakan dan Kepala Puskesmas menjelaskan tentang Akreditasi Puskesmas yang didalamnya disampaikan pula tugas pokok dan fungsi masing-masing personil sesuai struktur yang sudah ada, karena prinsipnya adalah memaksimalkan tenaga yang ada di Puskesmas jelbuk. Tidak ada alasan bagi kami karena kekurangan tenaga , akhirnya kita semua berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang baik kepada masyarakat di wilayah Puskesmas Jelbuk.
- P : Apa peran ibu di dalam akreditasi ?
- I : Saya mempunyai tugas rangkap yaitu menjadi Ketua Kelompok Kerja UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat), anggota tim mutu UKM , penanggung jawab program Promosi Kesehatan dan juga sebagai bidan wilayah .
- P : Bagaimana hasil dari penggalangan komitmen?
- I : Banyak bu, kami jadi disiplin waktu kerja, selalu melakukan pencatatan seperti isi dari akreditasi adalah mencatat semua yang dikerjakan dan mengerjakan apa yang di catat, melakukan setiap proses kegiatan dengan direncanakan terlebih dulu, dikerjakan, dievaluasi, direncanakan tindak lanjutnya apa, pokoknya setelah komitmen kami jadi benar-benar mengerjakan sesuatu sesuai Standart Operasional prosedur
- P : Jadi lebih enak atau tidak ya bu?
- I : Kalau bidan sudah mulai dulu ya seperti ini yaitu dengan menggunakan Standar prosedurnya yang jelas, masyarakat di wilayah memberi masukan dan saran secara langsung atau lewat kotak saran yang dibuka tiap satu minggu sekali dibahas di pertemuan mutu selanjutnya disampaikan di pertemuan lokakarya mini internal langsung di cari pemecahannya dan informasikan kepada semua karyawan. Jawaban dipasang di papan pengumuman, disampaikan saat lokakarya mini eksternal.
- P : Bagaimana proses perencanaan Puskesmas dalam mendukung akreditasi Puskesmas Jelbuk?
- I : Perencanaan Puskesmas berubah bu, tidak seperti dulu, kami melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat yang sebelumnya kita buat kuisisioner masing-masing penanggung jawab program dilakukan pembahasan di lokakarya mini lalu kita tentukan jumlah sample yaitu 10% dari jumlah sasaran program dengan alasan belum bisa *total coverage* dan

sudah bisa mewakili dari kebutuhan masyarakat Kecamatan Jelbuk. Kuisisioner di masing-masing penanggung jawab program dan disebar di wilayah masing-masing desa yang selanjutnya direkapitulasi dianalisa dengan menggunakan prioritas masalah dan di bawa ke Musyawarah Masyarakat Desa, masukan juga melalui kotak saran, rapat lokakarya eksternal yang selanjutnya di analisa menjadi suatu Rencana Umum Kegiatan (RUK) tanpa meninggalkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas.

- P : Bagaimana tim pendamping melakukan pendampingan ?
- I : Tim pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada saat Workshop sudah memberikan banyak sekali pemahaman kepada kami, setelah itu setiap kali *self assesment* pendampingan berjalan dengan dilakukan pemahaman terhadap proses. Kami juga sering konsultasi lewat telepon , *whats app* atau datang langsung ke Dinas Kesehatan.
- P : Bagaimana tentang anggaran untuk pelaksanaan akreditasi?
- I : Maaf saya kurang begitu paham terkait anggaran untuk akreditasi. Yang saya tahu kalau untuk kegiatan program dari BOK (bantuan Operasional Kesehatan)
- P : Bagaimana untuk pemenuhan alat tulis kantor dan alat /mesin untuk Puskesmas Jelbuk? Kalau kurang bagaimana?
- I : Diawal kami sudah tahu tugas masing-masing sehingga saat kami membutuhkan alat tulis kantor apapun itu langsung mengajukan secara tertulis kepada bagian bendahara barang , per kelompok kerja. Selama ini tidak ada masalah untuk kertas, sedangkan kalau tinta juga kami tidak ada kendala sedangkan kalau mau ngeprint kita menggunakan secara bergantian di kantor.
- P : Bagaimana dengan Buku Pedoman yang disiapkan untuk kelompok kerja UKM di Puskesmas jelbuk ?
- I : Kita ada dua macam buku pedoman yaitu pedoman internal dan pedoman Eksternal. Pedoman eksternal kami dapatkan dari Dinas Kesehatan, Peraturan menteri Kesehatan dan buku pedoman masing-masing dari penanggung jawab program.Sedangkan pedoman internal adalah pedoman yang dibuat oleh internal Puskesmas. Kami setiap hari sabtu khusus berdiskusi untuk semua penanggung jawab program membuat pedoman internal dan pembahasan dari masing-masing penanggung jawab program
- P : Pengaturan waktu untuk kegiatan akreditasi bu ? apakah ada jadwal tertulis?
- I : Kalau akreditasi kan terus berproses mengikuti kegiatan rutin apalagi kita sebagai penanggung jawab program. Tetapi setiap Senin sampai Kamis melengkapi dokumen kami lakukan setelah jam pelayanan di atas jam 13.00 sambil cross conference antar BAB dan antar kelompok kerja. Khusus jumat kita free karena senam bersama dengan anjang sana dan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk. Memang harus ada waktu tambahan khusus menyelesaikan dokumen. Mudah-mudahan setelah ini menjadi suatu kebiasaan yang benar tiga tahun lagi tidak perlu waktu khusus menyelesaikan dokumen karena langsung diselesaikan setelah menyelesaikan suatu kegiatan.

Proses (Perencanaan) :

- P : Apakah bisa kami diberikan informasi tentang lokakarya di Puskesmas Jelbuk?
- I : Sebelum lokakarya mini internal bulanan kami melakukan kegiatan pra

Lokmin biasanya satu atau dua hari sebelumnya sehingga saat lokakarya mini langsung bisa di presentasikan permasalahan yang terjadi berikut rencana tindak lanjut yang memerlukan kolaborasi dengan program yang lain. Karena dengan lokakarya mini itulah kami menerapkan proses akreditasi sampai evaluasi kembali. Saat itu evaluasi kegiatan yang sudah dibahas bulan sebelumnya apakah rencana kegiatannya sudah dilaksanakan dan bagaimana hasilnya.

P : Bagaimana respon dari karyawan Puskesmas setelah pelaksanaan lokakarya tersebut?

I : Teman-teman mulai terbiasa untuk menganalisa semua kegiatannya.

P : Apakah ada pelatihan tentang pemahaman standar Akreditasi Puskesmas di Puskesmas Jelbuk bu ?

I : Tidak ada , cuma di undang untuk workshop oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk Puskesmas yang akan di survei pada tahun 2017, Banyak yang disampaikan karena sampai sore, tentang pemahaman akreditasi. Setelah itu kami di Puskesmas mengadakan pertemuan sendiri untuk seluruh karyawan- karyawan tanpa kecuali untuk pemahaman akreditasi sekaligus penggalangan komitmen.

P : Apakah sudah melaksanakan *Self assesment* di Puskesmas Jelbuk?

I : Hari Jumat kami sudah melaksanakan *Self assesment* awal, yaitu dengan antar Bab dalam kelompok kerja yang sama. Hasilnya selanjutnya dibahas dan di analisa bersama dalam pertemuan akreditasi. Puskesmas Jelbuk sesuai jadwal sudah dilakukan *Self assesment* oleh Tim pendamping akreditasi

P : Apakah ada kendala dan hambatan saat pembahasan *Self- assesment*, menyusun rencana aksi dan bagaimana solusinya jika dari hasil pembahasan ada nilai yang kurang sesuai standar?

I : Kendalanya setelah proses akreditasi berlangsung barulah kami sadar bahwa banyak yang kurang dan sistem yang belum berjalan di Puskesmas kami banyak yang harus mempunyai tugas rangkap. Dengan jumlah tenaga yang ada itulah kami berusaha untuk memberikan pelayanan yang baik dan mutu yang berkualitas.

S. Lampiran Ijin Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember
	Kepada Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember di - T E M P A T
	<u>SURAT REKOMENDASI</u> Nomor : 072/199/314/2017
	Tentang PENELITIAN
Dasar	: 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
Memperhatikan	: Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 19 Januari 2017 Nomor : 319/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Penelitian
	<u>MEREKOMENDASIKAN</u>
Nama / NIM.	: Agus Sulistinah 142110101208
Instansi	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat	: Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Keperluan	: Mengadakan Penelitian Mandiri dengan judul : "Gambaran Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember".
Lokasi	: Dinas Kesehatan dan Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan	: Januari s/d Maret 2017
	Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.
	1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
	2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
	3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.
	Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.
	Ditetapkan di : Jember Tanggal : 02-02-2017 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK KABUPATEN JEMBER Sekretaris
	 Drs. MOH. HASYIM, M.Si. Pembina Tingkat I NIP. 195902131982111001
Tembusan :	
Yth. Sdr. :	1. Dekan FKM Universitas Jember; 2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 07 Februari 2017

Nomor : 440 / 77 96/414/ 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr. Kepala Bidang Yankes
Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/199/314/2016, Tanggal 02 Februari 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Agus Sulistinah
NIM : 142110101208
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang Gambaran Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 07 Februari 2017 s/d 31 Maret 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

a.n. **Pt. KEPALA DINAS KESEHATAN**
KABUPATEN JEMBER
SEKRETARIS



Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 07 Februari 2017

Nomor : 440 / 5796 / 414 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Jelbuk
di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/199/314/2016, Tanggal 02 Februari 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Agus Sulistinah
NIM : 142110101208
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang Gambaran Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 07 Februari 2017 s/d 31 Maret 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
SEKRETARIS
DAMAN HURI, SE, MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19590916 198503 1 009

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

UPT. PUSKESMAS JELBUK



LAHAN PARKIR UPT. PUSKESMAS JELBUK



UPT. PUSKESMAS JELBUK



SARANA AMBULAN UPT. PUSKESMAS JELBUK



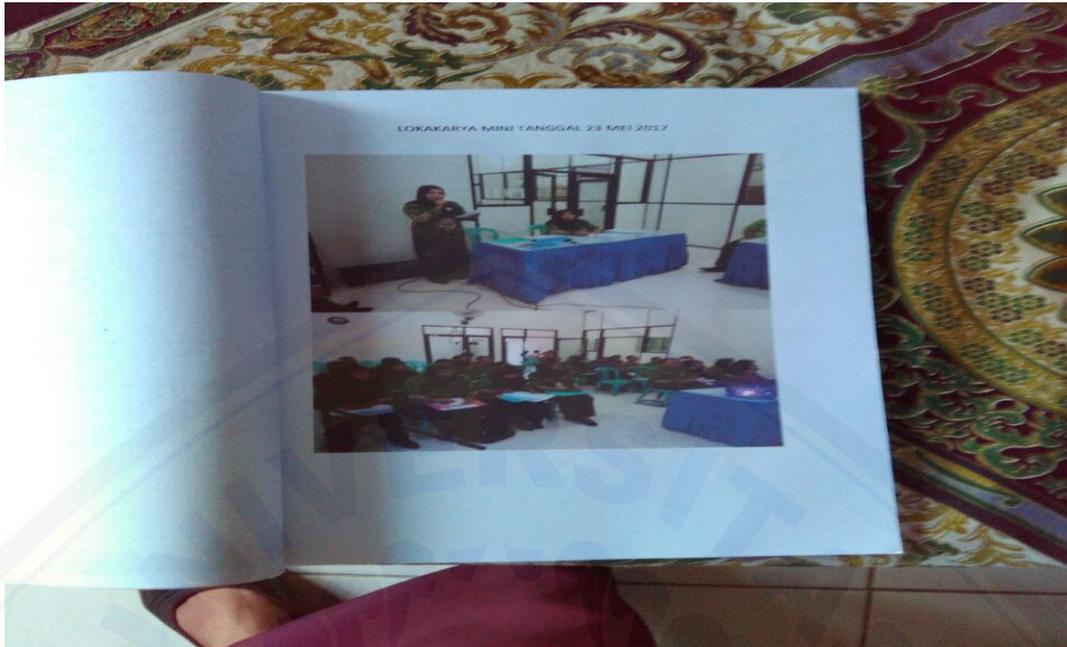
KOMITMEN BERSAMA UPT. PUSKESMAS JELBUK DENGAN LINTAS SEKTOR



KOMITMEN BERSAMA PIMPINAN DAN KARYAWAN UPT. PUSKESMAS JELBUK



DOKUMENTASI LOKAKARYA MINI

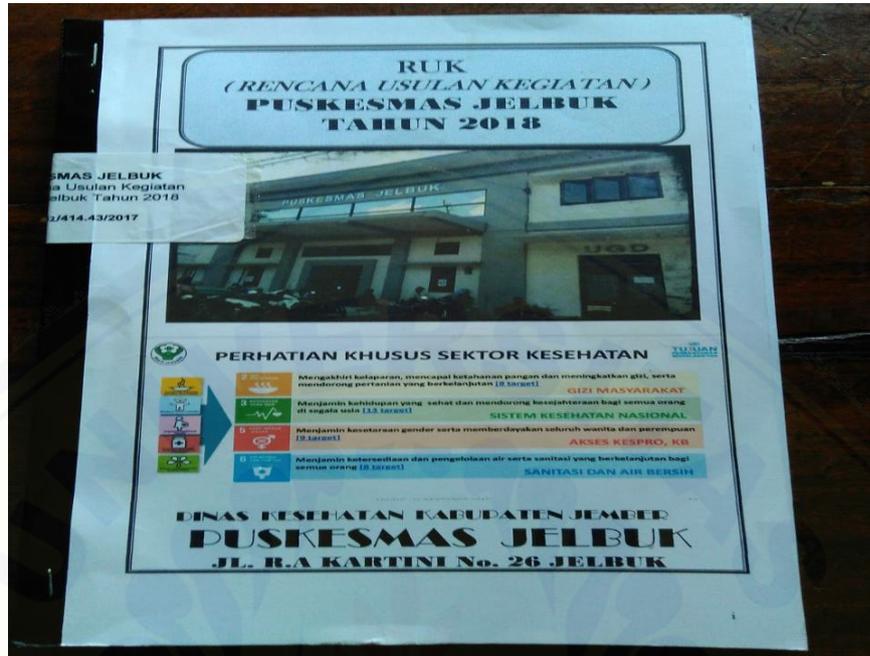


DAFTAR HADIR LOKAKARYA MINI

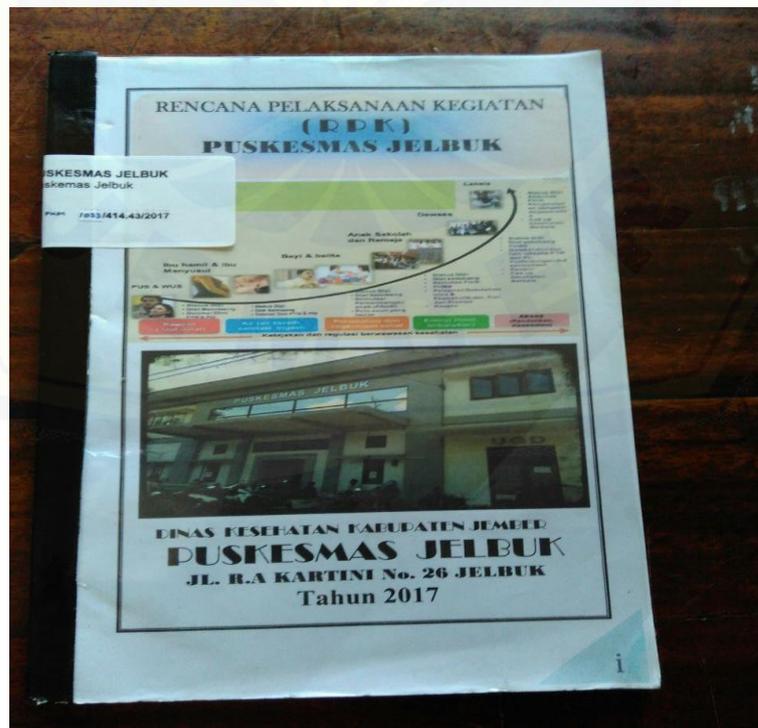
DAFTAR HADIR LOKAKARYA MINI PUSKESMAS JELBUK
TANGGAL 23 MEI 2017

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1	dr. Aji Setiawan		
2	Tony Hartono	kep. bid. log. TV	
3	dr. Sediki		
4	Kohimo	Programmer KIA	
5	Si Winarika	Perawat	
6	Ag. Sari T	dokter gigi	
7	pegs. w	perawat	
8	Harika		
9	Harika	Kepala Unit Pelayanan IGD	
10	Tetris	Prisni PMM	
11	Suharno	Bantuan wilayah	
12	Tutik Endang	Bidan Wilayah	
13	Mungin	Staf TV	
14	Salladan	Bidan	
15	Ratna Dwi LSN	Bidan	
16	Siti Masrah	Bidan	
17	Siti M	Perawat	
18	Della	Bidan	
19	Della	Bidan	
20	Wangsa	Bidan	
21	Duwo	Perawat	
22	Wangsa	Perawat	
23	Wangsa	Bidan	
24	Amalia Lesty	Bidan	
25	Amalia Lesty	Staf TV	

RENCANA USULAN KEGIATAN (RUK) UPT. PUSKESMAS



RENCANA PELAKSANA KEGIATAN UPT. PUSKESMAS JELBUK



RAK PENYIMPANAN DOKUMEN/KENDALI DOKUMEN

UPT. PUSKESMAS JELBUK

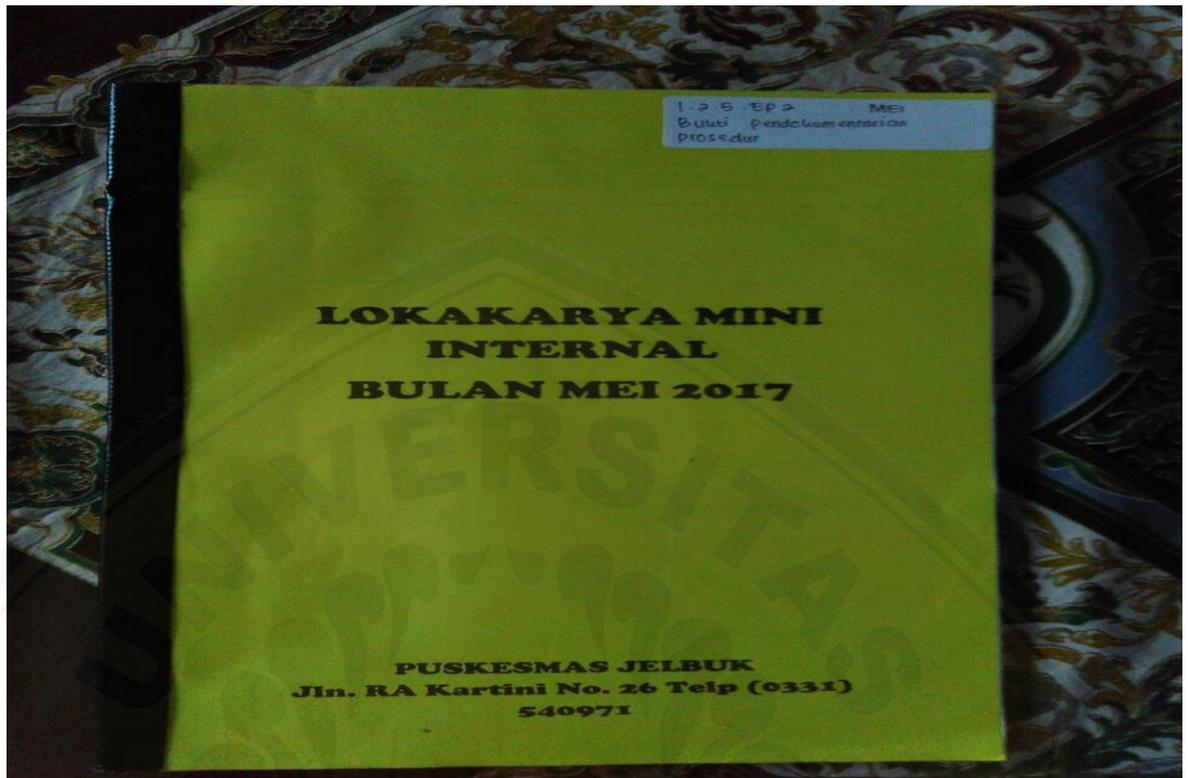


RAK PENYIMPANAN DOKUMEN/KENDALI DOKUMEN

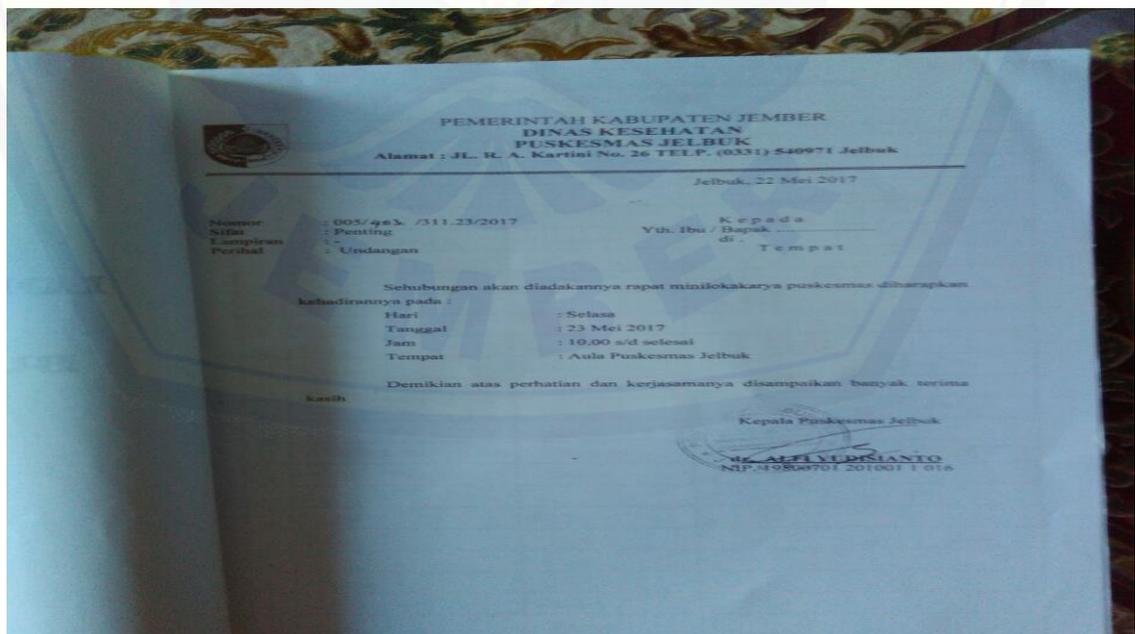
UPT. PUSKESMAS JELBUK



BUKU AGENDA LOKMIN INTERNAL



UNDANGAN LOKMIN INTERNAL



KOTAK SARAN PELAYANAN UPT. PUSKESMAS JELBUK



KOIN KEPUASAN PENGGUNA LAYANAN UPT. PUSKESMAS JELBUK



WAWANCARA DENGAN INFORMAN KARYAWAN UPT.
PUSKESMAS JELBUK



DAFTAR HADIR LOKAKARYA MINI
UPT. PUSKESMAS JELBUK

DAFTAR HADIR LOKAKARYA MINI PUSKESMAS JELBUK
TANGGAL 23 MEI 2017

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1	dr. Aji Yudianto		1
2	Tony Hartono	ica sic kag TV	2
3	dr. Fadli		3
4	Kohima	programmer KIA	4
5	Sri Winarini	Perawat	5
6	Ang. Sari Y	dokter	6
7	paes. w	perawat	7
8	Harika		8
9	Wanda R	Kepala Unit Fasilitas IGD	9
10	Erlin	Bidan	10
11	Subarna	Bidan	11
12	Fulia tedart	Bidan Wilayah	12
13	Monip an	Staf TU	13
14	Selactr	Papan	14
15	Ratna DW. LSN	Bidan	15
16	Siti Narsiah	Bidan	16
17	Erlin a		17
18	Delia	Bidan	18
19	Della	Bidan	19
20	Wahyuni	Bidan	20
21	R. SP		21
22	R. S	Perawat	22
23	Winda	Perawat	23
24	Antoni Laily	Bidan	24
25	Ambarwati W.	Staf TU	25