



**GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI TAHUN 2017 PADA  
KELOMPOK ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN DI PUSKESMAS  
SENDURO KABUPATEN LUMAJANG**

**SKRIPSI**

Oleh

**Amalia Rofita**

**NIM 122110101205**

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

**2017**



**GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI TAHUN 2017 PADA  
KELOMPOK ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN DI PUSKESMAS  
SENDURO KABUPATEN LUMAJANG**

**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

**Amalia Rofita**

**NIM 122110101205**

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

**2017**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan dengan rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Atmari dan Ibu Murdiyeh yang selalu memberikan dukungan, cinta, kasih sayang dan doa sehingga saya bisa menjalani kehidupan dengan baik.
2. Guru-guru saya dari TK hingga perguruan tinggi dan seluruh guru non-akademik yang memberikan banyak ilmu yang tak ternilai harganya, memberikan bimbingan nasihat dan inspirasi untuk menghadapi masa depan nanti.
3. Agama, Negara, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

“Dan bahwasanya seorang manusia tiada memperoleh selain apa yang telah diusahakannya”  
(Qs. An Najm : 39)



---

\*) Departemen Agama RI. 2001. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: CV. Asy Syifa'

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Amalia Rofita

NIM : 122110101205

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip 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 apabila ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 07 Februari 2017

Yang menyatakan,

Amalia Rofita  
NIM 122110101205

**HALAMAN PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**GAMBARAN KESIAPAN AKREDITASI TAHUN 2017 PADA  
KELOMPOK ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN DI PUSKESMAS  
SENDURO KABUPATEN LUMAJANG**

Oleh

Amalia Rofita

NIM 122110101205

**Pembimbing**

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM., M.Kes  
Dosen Pembimbing Anggota : Ni'mal Baroya, S.KM., M.P.H

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul *Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 27 Februari 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Dr. Farida Wahyu N, S.KM., M.Kes  
NIP. 198010092005012002

Yennike Tri H, S.KM., M.Kes  
NIP. 197810162009122001

Anggota

Kurnia Nurcahya, S.KM

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 198005162003122002

## RINGKASAN

**Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang;** Amalia Rofita; 122110101205; 2017; 124 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Puskesmas merupakan dasar dari pelayanan kesehatan sehingga diperlukan mutu pelayanan puskesmas yang baik. Perbaikan mutu, peningkatan kinerja, dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di puskesmas dapat dijamin dengan adanya penilaian akreditasi puskesmas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi menyebutkan bahwa akreditasi puskesmas wajib dilaksanakan oleh seluruh puskesmas di Indonesia. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang pada tahun 2015, jumlah puskesmas yang telah terakreditasi hanya satu yaitu Puskesmas Klakah. Pada tahun 2017 Puskesmas Senduro merupakan target untuk melakukan penilaian akreditasi sehingga perlu dianalisis kesiapannya agar dapat mengetahui seberapa jauh kesiapan akreditasi di Puskesmas Senduro. Berdasarkan hasil nilai *self assessment* pada puskesmas yang menjadi target penilaian akreditasi tahun 2016 di Kabupaten Lumajang, sebagian besar memiliki nilai terendah pada kelompok administrasi dan manajemen. Oleh karena itu sangat penting untuk dilakukan analisis kesiapan akreditasi pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang. Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan kesiapan akreditasi tahun 2017 pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang. Metode penelitian yang digunakan merupakan penelitian deskriptif. Unit analisis pada penelitian ini yaitu Puskesmas Senduro dan respondennya merupakan kepala puskesmas, bendahara puskesmas, koordinator kelompok administrasi dan manajemen, dan anggota kelompok administrasi dan manajemen sebanyak 15

orang. Pengambilan data dilakukan dengan teknik wawancara dan studi dokumentasi menggunakan kuesioner dan lembar *checklist* untuk mengetahui gambaran kesiapan akreditasi tahun 2017 pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang dari aspek input dan proses. Hasil penelitian menunjukkan pada kesiapan *input* yaitu aspek sumber daya manusia sebesar 43,75% belum memiliki komitmen yang tinggi (sedang dan rendah), sebesar 93,75% belum memiliki pengetahuan yang tinggi (sedang dan rendah), dan sebesar 93,75% menyatakan kualifikasi tim akreditasi puskesmas sesuai. Kemudian untuk aspek *money* (pendanaan) masih kurang sebanyak Rp13.400.000,00 sehingga masih tidak mencukupi dan aspek *material* (bahan) masih terdapat prasarana yang belum memadai sehingga *material* masih tidak mencukupi. Pada aspek *machines* (mesin atau alat) telah tersedia komputer atau laptop yang sesuai kebutuhan sehingga *machines* telah mencukupi dan telah tersedia buku pedoman dan alur akreditasi puskesmas serta pengerjaannya telah disesuaikan sehingga *method* (prosedur) telah memenuhi syarat. Sedangkan waktu yang digunakan untuk proses penyiapan dokumen yaitu selama 8,625 bulan sehingga *time* (waktu) masih tidak mencukupi. Pada kesiapan proses akreditasi yaitu aspek perencanaan saat lokakarya puskesmas telah memenuhi syarat, tidak adanya pelatihan tentang standar dan instrumen akreditasi untuk semua karyawan di puskesmas sehingga pelatihan tidak memenuhi syarat, pelaksanaan *self assessment* tidak memenuhi syarat karena tidak adanya pemetaan dokumen, masih tidak ada pendampingan pada saat pembahasan *self assessment* dan tidak adanya diskusi tentang pembagian dokumen untuk tiap kelompok kerja sehingga pembahasan *self assessment* tidak memenuhi syarat, serta terdapat 81 dokumen yang belum ada sehingga penyiapan dokumen masih tergolong pada kategori cukup lengkap. Kemudian untuk aspek implementasi dokumen yang telah tersusun masih belum dilaksanakan di Puskesmas Senduro. Sedangkan untuk aspek monitoring masih belum dilaksanakan monitoring oleh tim pendamping akreditasi dan untuk evaluasi yaitu penilaian pra-sertifikasi masih belum dilaksanakan.

*SUMMARY*

**Description Of The Accreditation Readiness In 2017 At The Group's Administration And Management In The Senduro Primary Health Center Lumajang Regency;** Amalia Rofita; 122110101205; 2017; 124 pages; Departement of Health Administration and Policy, Public Health Faculty, University of Jember.

Primary Health Center is the foundation of health services so required quality of service primary health centers. Quality improvement, performance enhancement, and implementation of risk management was implemented sustainable in Primary Health Center can be guaranteed by the existence of the accreditation assessment Primary Health Center. Based on the regulation of the Minister of health of the Republic of Indonesia number 46 year 2015 about accreditation of Primary Health Center, Clinics Pratama, a doctor and a dentist independent practices mentioned that Primary Health Center accreditation must do by all Primary Health Center in Indonesia. Based on a preliminary study conducted at Lumajang District Health Office in 2015, the number of Primary Health Centers that have been accredited only one, it is Klakah Primary Health Center. In the year 2017, Senduro Primary Health Center is the target to do the assessment accreditation so that needs to be analyzed its readiness in order to find out how far the readiness of accreditation in the Senduro Primary Health Center. Based on the value of self assessment in Primary Health Center that become target assessment accreditation 2016 in Lumajang, mainly have the lowest value in the group's administration and management. Therefore it is very important to done the accreditation readiness analysis on the group administration and management in the Primary Health Center Senduro Lumajang regency. The purpose of this study is to describe the readiness of accreditation in 2017 at the group's administration and management in the Senduro Primary Health Center Lumajang regency. The research method used is descriptive research. The unit of analysis in this study is Senduro Primary Health Center and the respondents are the head of the Primary Health Center,

treasurer of Primary Health Center, coordinator of the group administration and management, and members of the administration and management as many as 15 people. Methods of data collection is done by interview techniques and documentation studies using a questionnaire and checklist sheet to know the description of accreditation readiness in 2017 on the administration and management group in Senduro Primary Health Center Lumajang Regency of inputs and processes aspects. The results showed on the readiness of the input that is the human resources aspect of 43.75% don't have a high commitment (medium and low), 93.75% don't have a high knowledge (medium and low) and 93.75% stated that qualification of team accreditation of Primary Health Center is appropriate. Then to the aspect of money (funding) is still lacking as much as Rp13.400.000,00 so that is still insufficient and the aspect of materials infrastructure that is not yet adequately so that the material is still insufficient. On the aspect of machines have own the appropriate computer or laptop that suit the needs so that machines have been insufficient and have available the handbook and the flow of accreditation of Primary health Center as well as the process has been adjusted so that the method (procedures) are qualified. While the time is used to document the setup process during 8.625 months so time is still insufficient. Preparedness accreditation process are when planning aspect workshop Primary Health Center have ineligible, the lack of training on the standards and instruments of accreditation for all employees at the Primary Health Center so that training does not qualify, the implementation of self assessment are not eligible because of there is not mapping document, still no accompaniment at the time of the discussion of self assessment and there is not discussion about the distribution of documents for each working group so discussion of self assessment are not eligible, and there are 81 documents that does not yet exist so that the preparation of the document is still classified in the category of fairly complete. Then to aspects of implementation documents have been arranged is still not implemented in Primary Health Center Senduro. As for the aspect of monitoring has still not implemented by the escort team accreditation and for the evaluation that is pre-assessment certification still not implemented.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya berupa kemampuan berfikir dan analisis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang*. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam melengkapi penyusunan tugas akhir dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM).

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Terima kasih yang sangat dalam saya ucapkan kepada Nuryadi, S.KM., M.Kes dan Ni'mal Baroya, S.KM., M.P.H selaku dosen pembimbing yang senantiasa memberikan masukan, saran, dan koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH, selaku Dosen Pembimbing Akademik selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
4. Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes selaku ketua penguji skripsi.
5. Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes selaku sekretaris penguji skripsi.
6. Kurnia Nurcahya, S.KM selaku anggota penguji skripsi.
7. Seluruh dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan dan mengajarkan ilmunya kepada saya.
8. Seluruh staff dan karyawan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah membantu saya selama masa studi.
9. Kedua orang tua saya tercinta di Lumajang yang selalu memberikan dukungan, do'a dan nasehatnya demi terselesaikannya skripsi ini.

10. Keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan dan motivasi demi terselesaikannya skripsi ini.
11. Sahabat dan teman seperjuanganku Yeny Fatmawati, Qurratul Aini, Atika Nurul Hidayah, Lutfi Fajar Nuraidah, Leilya Irwanti, Yuyun Tri Narwati, Gita Parassofia, Ahmad Halif Mardian, Fadilah Akbar Filayati, M. Allamal Hakam, Agarahman Arif, Vitaloka, Hariya Wisnu K.H, Sabrina Zata D.P, Aprillia Wulan Sari, Handika Maulana, Firta Luthfia I.A, dan Rani Romadaniyati terima kasih atas bantuan, semangat, motivasi, do'a, kebersamaan, dan canda tawa selama ini.
12. Teman-teman Kelompok PBL 13 saya Septi, Aminatul Laila, Nurina, Sylvia, Osi, Kiki, Farah, Mia, Anggi, Winda, Viki, Andi, dan Candra terima kasih atas semangat, do'a, canda tawa, dan pengalaman hidup yang telah kalian berikan.
13. Teman-teman seperjuangan di Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan angkatan 2012 yang telah menemani sekaligus berjuang bersama untuk menimba ilmu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis juga meminta maaf atas segala kekurangan, semoga karya ini bisa bermanfaat. Aamiin.

Jember, 25 Januari 2017

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>ix</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan.....</b>	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
<b>1.4 Manfaat.....</b>	<b>5</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Puskesmas.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Pengertian Puskesmas .....	6
2.1.2 Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas.....	7
2.1.4 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas .....	8
2.1.5 Struktur Organisasi Puskesmas .....	9

2.1.6 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas .....	9
<b>2.2 Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas .....</b>	<b>12</b>
2.2.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas.....	12
2.2.2 Prinsip Pendekatan Jaminan Mutu Puskesmas.....	12
2.2.3 Dimensi Mutu Puskesmas .....	13
<b>2.3 Akreditasi Puskesmas .....</b>	<b>13</b>
2.3.1 Pengertian dan Tujuan Akreditasi Puskesmas.....	13
2.3.2 Langkah-langkah Persiapan Akreditasi Puskesmas .....	14
2.3.3 Standar Akreditasi Puskesmas.....	16
2.3.4 Format Pembuatan Dokumen .....	21
<b>2.4 Pendekatan Sistem Akreditasi Puskesmas .....</b>	<b>29</b>
2.4.1 Masukan ( <i>Input</i> ) .....	30
2.4.2 Proses.....	32
2.4.3 Keluaran .....	34
2.4.4 Umpan balik .....	34
2.4.5 Dampak .....	34
2.4.6 Lingkungan.....	35
<b>2.5 Kerangka Teori .....</b>	<b>36</b>
<b>2.6 Kerangka Konsep.....</b>	<b>37</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 Unit Analisis dan Responden .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4 Definisi Operasional .....</b>	<b>39</b>
<b>3.5 Data dan Sumber Data .....</b>	<b>46</b>
<b>3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data .....</b>	<b>46</b>
<b>3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....</b>	<b>47</b>
3.7.1 Teknik Penyajian Data .....	47
3.7.2 Analisis Data .....	47
<b>3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen .....</b>	<b>47</b>

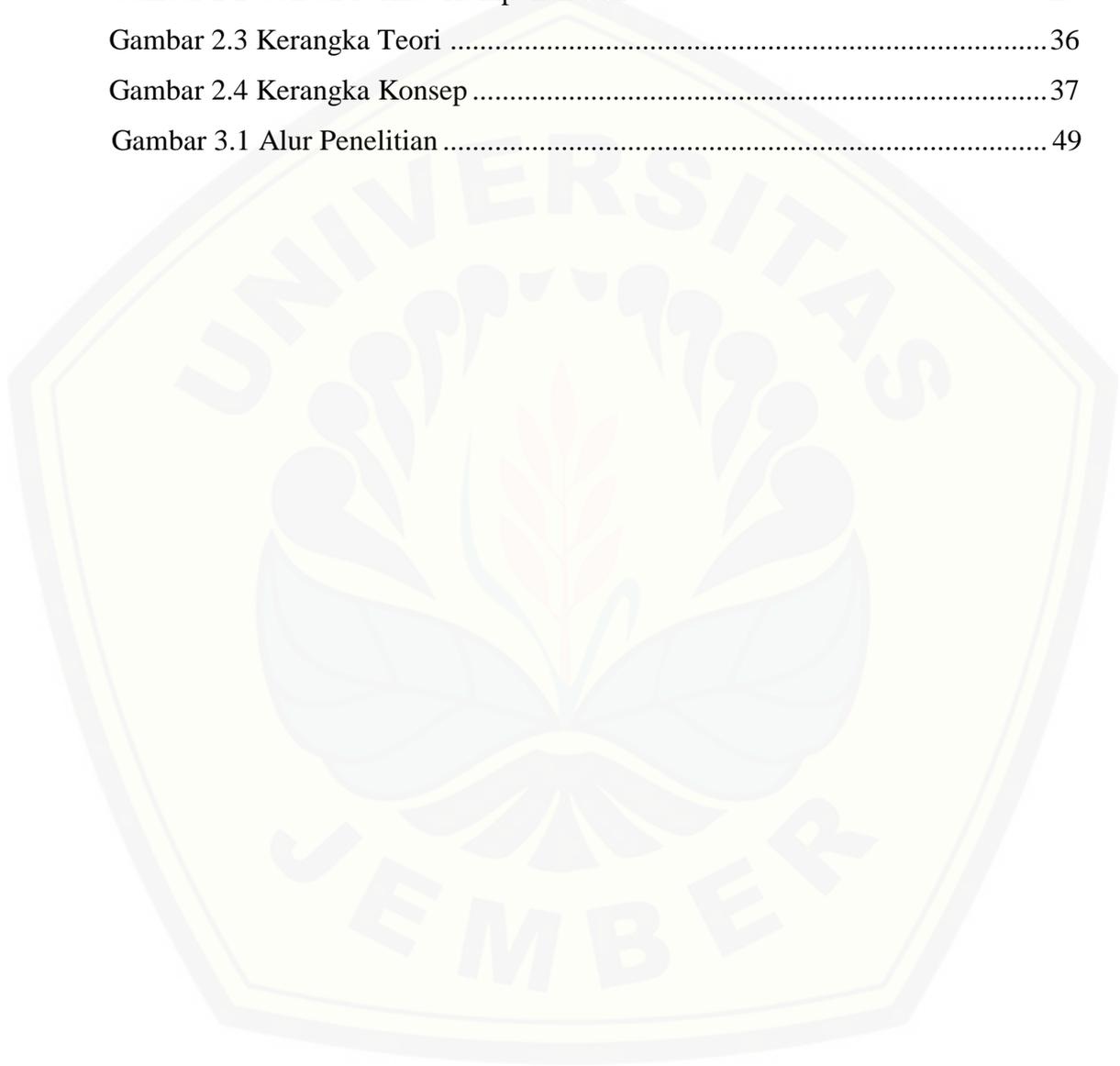
3.8.1 Validitas Instrumen .....	47
3.8.2 Reliabilitas Instrumen.....	48
<b>3.9 Alur Penelitian .....</b>	<b>49</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>50</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>50</b>
4.1.1 Gambaran Umum Puskesmas Senduro .....	50
4.1.2 Gambaran Kesiapan Aspek Input pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro .....	51
4.1.3 Gambaran Aspek Proses Akreditasi pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro.....	63
<b>4.2 Pembahasan.....</b>	<b>67</b>
4.2.1 Gambaran Kesiapan Aspek Input pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro .....	67
4.2.2 Gambaran Aspek Proses Akreditasi pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro.....	75
<b>BAB. 5 PENUTUP.....</b>	<b>80</b>
<b>5.1 Kesimpulan.....</b>	<b>80</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>81</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	40
Tabel 4.1 Distribusi jawaban responden terhadap komitmen .....	52
Tabel 4.2 Distribusi komitmen karyawan .....	53
Tabel 4.3 Distribusi jawaban responden terhadap pengetahuan .....	54
Tabel 4.4 Distribusi pengetahuan responden .....	55
Tabel 4.5 Distribusi jawaban responden terhadap kualifikasi tim akreditasi.....	55
Tabel 4.6 Distribusi kualifikasi tim akreditasi puskesmas.....	55
Tabel 4.7 Distribusi jawaban responden terhadap <i>money</i> atau pendanaan .....	57
Tabel 4.8 Distribusi jawaban responden terhadap <i>material</i> atau bahan.....	58
Tabel 4.9 Distribusi jawaban responden terhadap <i>machines</i> .....	60
Tabel 4.10 Distribusi jawaban responden terhadap <i>method</i> atau prosedur.....	61
Tabel 4.11 Distribusi jawaban responden terhadap <i>time</i> atau waktu.....	62
Tabel 4.12 Distribusi jawaban responden terhadap lokakarya puskesmas .....	63
Tabel 4.13 Distribusi jawaban responden terhadap pelatihan.....	64
Tabel 4.14 Distribusi jawaban responden terhadap monitoring dan evaluasi.....	66

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Contoh Format Kop SOP .....	29
Gambar 2.2 Contoh Format Komponen SOP .....	29
Gambar 2.3 Kerangka Teori .....	36
Gambar 2.4 Kerangka Konsep .....	37
Gambar 3.1 Alur Penelitian .....	49



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan .....	86
Lampiran B. Kuesioner Penelitian 1 .....	87
Lampiran C. Kuesioner Penelitian 2 .....	89
Lampiran D. Kuesioner Penelitian 3 .....	94
Lampiran E. Kuesioner Penelitian 4 .....	96
Lampiran F. Kuesioner Penelitian 5 .....	98
Lampiran G. Lembar <i>Checklist</i> 1 .....	100
Lampiran H. Kuesioner Penelitian 6 .....	111
Lampiran I. Lembar <i>Checklist</i> 2 .....	112
Lampiran J. Hasil Validitas dan Reliabilitas .....	113
Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi .....	115
Lampiran L. Surat Ijin Penelitian .....	123
Lampiran M. Dokumentasi Penelitian .....	124

## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

### DAFTAR SINGKATAN

ATK	= Alat Tulis Kantor
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
Polindes	= 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

### DAFTAR NOTASI

<	= Kurang dari
>	= Lebih dari
%	= Persentase
-	= Sampai dengan

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pusat kesehatan masyarakat atau puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang penting karena menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama yang bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Menurut Notoatmodjo dalam Alamsyah, (2011:43) menyatakan puskesmas dalam melaksanakan fungsinya dapat diwujudkan dengan empat misi pembangunan kesehatan yang salah satunya yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Jadi puskesmas merupakan dasar dari pelayanan kesehatan.

Saat ini puskesmas telah didirikan hampir di seluruh pelosok tanah air. Demi 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).

Puskesmas sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan nasional saat ini memiliki permasalahan yang dapat mempengaruhi pelayanan dari puskesmas. Masalah-masalah tersebut antara lain yaitu upaya kesehatan yang dilaksanakan masih menitikberatkan pada upaya kuratif dan belum menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif, kegiatan yang dilaksanakan puskesmas kurang berorientasi pada masalah dan kebutuhan masyarakat setempat, keramahan petugas dalam pelayanan kesehatan yang masih lemah, belum tersedianya sumber daya puskesmas yang memadai baik kuantitas maupun kualitasnya, ketersediaan obat-obatan baik jenis maupun jumlahnya terbatas, alat kesehatan juga kurang memadai, dan lain sebagainya (Alamsyah, 2011:69).

Pada saat ini diperlukan konsep puskesmas yang efektif dan responsif, puskesmas efektif adalah puskesmas yang keberadaannya dirasakan manfaatnya oleh masyarakat serta memberi kepuasan kepada pelanggan dan masyarakat sesuai

dengan mutu pelayanan dan profesionalisme. Sementara itu puskesmas responsif adalah puskesmas yang senantiasa melindungi seluruh penduduk dari kemungkinan gangguan kesehatan serta tanggap dan mampu menjawab berbagai masalah kesehatan di wilayah kerjanya (Satrianegara, 2014:71).

Berdasarkan penjelasan diatas maka mutu pelayanan puskesmas tersebut penting karena tuntutan dari masyarakat yang membutuhkan konsep puskesmas yang efektif dan responsif. Selain itu juga diperlukan karena mutu pelayanan dari puskesmas tersebut akan menjadi garda depan dari sistem pelayanan kesehatan nasional sehingga dapat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, agar puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik dari segi kinerja pelayanan, proses pelayanan, maupun sumber daya yang digunakan.

Perbaikan mutu, peningkatan kinerja, dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di puskesmas dapat dijamin dengan adanya penilaian akreditasi oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Selain itu, standar akreditasi puskesmas digunakan untuk menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku. Jadi tujuan utama dari akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu, dan sistem manajemen penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 46, 2015).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi menyebutkan bahwa akreditasi puskesmas wajib dilaksanakan oleh seluruh puskesmas di Indonesia. Akreditasi puskesmas tersebut wajib dilakukan secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali untuk menjamin peningkatan mutu secara berkesinambungan. Selain itu akreditasi puskesmas

merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Oleh karena itu akreditasi puskesmas ini sangat perlu dilakukan sebagai upaya meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanan.

Data dasar puskesmas Provinsi Jawa Timur keadaan Desember tahun 2014 menyebutkan bahwa jumlah puskesmas yang ada di Kabupaten Lumajang sebanyak 25 puskesmas dengan rincian 18 puskesmas rawat inap dan 7 puskesmas non rawat inap. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, pada tahun 2015 jumlah puskesmas yang telah terakreditasi hanya sejumlah satu puskesmas dari dua puskesmas yang menjadi target untuk dilakukan penilaian akreditasi puskesmas. Puskesmas yang telah terakreditasi tersebut yaitu Puskesmas Klakah. Satu puskesmas lainnya yaitu Puskesmas Rogotrunan tidak memenuhi syarat akreditasi puskesmas karena masih harus ada pembangunan infrastruktur sehingga tidak diajukan untuk melakukan penilaian akreditasi puskesmas dan dialihkan di tahun 2016. Pada tahun 2016 ditargetkan terdapat enam puskesmas yang terakreditasi. Puskesmas tersebut yaitu Puskesmas Kedung Jajang, Puskesmas Yosowilangun, Puskesmas Randuagung, Puskesmas Gesang, Puskesmas Tempursari, dan Puskesmas Rogotrunan. Pada tahun 2017 ditargetkan terdapat 10 puskesmas yaitu Puskesmas Summersari, Puskesmas Sukodono, Puskesmas Pasirian, Puskesmas Jatiroto, Puskesmas Gucialit, Puskesmas Ranuyoso, Puskesmas Kunir, Puskesmas Senduro, Puskesmas Tempeh, dan Puskesmas Candipuro. Sedangkan pada tahun 2018 ditargetkan terdapat 8 puskesmas yang terakreditasi, namun pada tahun 2018 ini belum ditentukan puskesmas mana saja yang akan menjadi target untuk diajukan melakukan penilaian akreditasi puskesmas.

Salah satu puskesmas yang menjadi target untuk melakukan penilaian akreditasi puskesmas pada tahun 2017 yaitu Puskesmas Senduro. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Senduro, dari pernyataan kepala puskesmas dapat diketahui bahwa dari 10 puskesmas yang menjadi target akreditasi di tahun 2017, Puskesmas Senduro tergolong puskesmas yang tertinggal persiapannya dibandingkan dengan puskesmas lainnya. Persiapan pada Puskesmas

Senduro yang masih tertinggal dibandingkan puskesmas lainnya tersebut perlu dilakukan analisis sehingga dapat mengetahui seberapa jauh kesiapan akreditasi di Puskesmas Senduro. Analisis yang perlu dilakukan yaitu analisis persiapan pada setiap sistem didalamnya. Pelayanan kesehatan di puskesmas merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling tergantung, dan saling mempengaruhi satu dengan lainnya sehingga perlu dianalisis dari seluruh sistem tersebut yang meliputi masukan (*input*) yaitu sumber daya manusia (*man*), alat atau mesin (*machines*), bahan (*material*), pedanaan (*money*), prosedur (*method*) dan waktu (*time*) kemudian proses (*process*) yaitu aspek perencanaan, implementasi dokumen yang telah tersusun, serta monitoring dan evaluasi. Jika salah satu dari komponen sistem tersebut masih terdapat permasalahan maka akan mempengaruhi komponen-komponen yang lainnya.

Akreditasi puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di puskesmas yaitu kelompok administrasi dan manajemen, kelompok upaya kesehatan masyarakat, dan kelompok upaya kesehatan perorangan. Setiap kelompok harus dinilai berdasarkan pelayanan yang diberikan. Berdasarkan hasil nilai *self assessment* pada puskesmas yang menjadi target penilaian akreditasi tahun 2016 di Kabupaten Lumajang, hasil penilaian akreditasi di berbagai puskesmas sebagian besar nilai yang masih rendah terdapat pada bab 3 yang tergolong pada kelompok administrasi dan manajemen yaitu pada Puskesmas Kedungjajang, Puskesmas Randuagung, dan Puskesmas Gesang. Pada Puskesmas Senduro tidak menuntut kemungkinan bahwa juga terdapat permasalahan pada kelompok administrasi dan manajemen yang dapat menyebabkan terhambatnya penilaian akreditasi puskesmas. Oleh karena itu sangat penting untuk dianalisis kesiapan akreditasi pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran kesiapan akreditasi tahun 2017 pada

kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang?

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menggambarkan kesiapan akreditasi tahun 2017 pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menggambarkan kesiapan input akreditasi yaitu aspek *man* (sumber daya manusia), *money* (pendanaan), *material* (bahan), *machines* (mesin atau alat), *method* (prosedur), dan *time* (waktu) pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang.
- b. Menggambarkan kesiapan proses akreditasi yaitu aspek perencanaan, implementasi dokumen yang telah tersusun, serta monitoring dan evaluasi pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang.

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat guna menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen mutu puskesmas, terutama tentang analisis kesiapan akreditasi puskesmas.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan salah satu bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang dan acuan bagi puskesmas lainnya untuk kesiapan kelompok administrasi dan manajemen akreditasi puskesmas. Selain itu, dapat dijadikan acuan atau pedoman awal bagi peneliti lain yang ingin meneliti hal yang sama atau mengembangkan penelitian yang serupa.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Puskesmas

#### 2.1.1 Pengertian Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014 menyebutkan bahwa 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. Menurut Muninjaya (2004) dalam Alamsyah (2011:43), puskesmas merupakan unit teknis pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan disatu atau sebagian wilayah kecamatan yang mempunyai fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam rangka pencapaian keberhasilan fungsi puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan bidang kesehatan. Menurut Alamsyah (2011:43) puskesmas adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur dari pembangunan kesehatan, sarana peran serta masyarakat, dan pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah.

Berdasarkan pengertian-pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertujuan untuk pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kecamatan. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas tersebut dilakukan untuk mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Permenkes No. 75, 2014). Oleh karena itu, puskesmas digunakan sebagai salah satu tolak ukur dari pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

### 2.1.2 Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014 menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang 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 menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 tahun 2014 yaitu antara lain:

- 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 dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

#### 2.1.4 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menyebutkan bahwa tugas dari puskesmas 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.

Wewenang puskesmas yaitu antara lain:

- 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 respon penanggulangan penyakit.

#### 2.1.5 Struktur Organisasi Puskesmas

Berdasarkan 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; dan
- e. Penanggung jawab jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

#### 2.1.6 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Berdasarkan Kepmenkes RI No. 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat menyatakan bahwa untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas, yakni terwujudnya kecamatan sehat menuju Indonesia sehat, puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni:

- a. Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

- 1) Upaya Promosi Kesehatan
- 2) Upaya Kesehatan Lingkungan
- 3) Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- 4) Upaya Perbaikan Gizi
- 5) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- 6) Upaya Pengobatan

b. Upaya Kesehatan Pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada, yakni:

- 1) Upaya Kesehatan Sekolah
- 2) Upaya Kesehatan Olah Raga
- 3) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- 4) Upaya Kesehatan Kerja
- 5) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- 6) Upaya Kesehatan Jiwa
- 7) Upaya Kesehatan Mata
- 8) Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- 9) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan dan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiga upaya ini merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan puskesmas. Perawatan kesehatan masyarakat merupakan pelayanan penunjang, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Apabila perawatan kesehatan masyarakat menjadi permasalahan spesifik di daerah tersebut, maka dapat dijadikan sebagai salah satu upaya kesehatan pengembangan.

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula bersifat upaya inovasi, yakni upaya lain di luar upaya puskesmas tersebut di atas yang sesuai dengan kebutuhan. Pengembangan dan pelaksanaan upaya inovasi ini adalah

dalam rangka mempercepat tercapainya visi puskesmas. Pemilihan upaya kesehatan pengembangan ini dilakukan oleh puskesmas bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan masukan dari BPP. Upaya kesehatan pengembangan dilakukan apabila upaya kesehatan wajib puskesmas telah terlaksana secara optimal, dalam arti target cakupan serta peningkatan mutu pelayanan telah tercapai. Penetapan upaya kesehatan pengembangan pilihan puskesmas ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam keadaan tertentu, upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula ditetapkan sebagai penugasan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Apabila puskesmas belum mampu menyelenggarakan upaya kesehatan pengembangan, padahal menjadi kebutuhan masyarakat, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggungjawab dan wajib menyelenggarakannya. Untuk itu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu dilengkapi dengan berbagai unit fungsional lainnya. Dalam keadaan tertentu, masyarakat membutuhkan pula pelayanan rawat inap. Untuk ini di puskesmas dapat dikembangkan pelayanan rawat inap tersebut, yang dalam pelaksanaannya harus memperhatikan berbagai persyaratan tenaga, sarana dan prasarana sesuai standar yang telah ditetapkan. Lebih lanjut, di beberapa daerah tertentu telah muncul pula kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan medik spesialistik. Pada keadaan ini, apabila ada kemampuan, di puskesmas dapat dikembangkan pelayanan medik spesialistik tersebut, baik dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap. Keberadaan pelayanan medik spesialistik di puskesmas hanya dalam rangka mendekatkan pelayanan rujukan kepada masyarakat yang membutuhkan. Status dokter dan atau tenaga spesialis yang bekerja di puskesmas dapat sebagai tenaga konsulen atau tenaga tetap fungsional puskesmas yang diatur oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.

Perlu diingat meskipun puskesmas menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik dan memiliki tenaga medis spesialis, kedudukan dan fungsi puskesmas tetap sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

## 2.2 Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas

### 2.2.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Sebelum menjelaskan pengertian dari mutu pelayanan kesehatan puskesmas perlu diketahui pengertian dari mutu tersebut. Mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan (Bustami, 2011:3). Josep Juran menyatakan bahwa mutu adalah apa yang diharapkan atau ditentukan oleh konsumen (Muninjaya, 2011:19). 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).

### 2.2.2 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.

### 2.2.3 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.

## 2.3 Akreditasi Puskesmas

### 2.3.1 Pengertian dan Tujuan Akreditasi Puskesmas

Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar

Akreditasi (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 46 tahun 2015). 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 (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 tahun 2014).

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.

### 2.3.2 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:

- 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.

### 2.3.3 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 dan 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), yang diuraikan dalam:
  - 1) Bab IV. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)  
Pada upaya kesehatan masyarakat yang berorientasi sasaran tersebut memiliki standar yaitu antara lain:
    - a) Kebutuhan akan upaya kesehatan masyarakat dianalisis. Pada hal ini yang dinilai yaitu kegiatan-kegiatan upaya tersebut sesuai dengan kebutuhan harapan masyarakat.
    - b) Akses masyarakat dan sasaran kegiatan terhadap kegiatan upaya kesehatan masyarakat. Pada hal ini yang akan dinilai yaitu pelaksanaan kegiatan secara profesional dan tepat waktu, tepat sasaran sesuai dengan tujuan kegiatan UKM puskesmas, kebutuhan dan harapan masyarakat
    - c) Kepala puskesmas dan penanggung jawab UKM puskesmas melakukan evaluasi terhadap kinerja pelaksanaan kegiatan UKM puskesmas dalam

mencapai tujuan dan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat/sasaran.

2) Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)

Pada kepemimpinan dan manajemen upaya kesehatan masyarakat memiliki standar yaitu antara lain:

- a) Tanggung jawab pengelolaan UKM puskesmas. Pada hal ini yang dinilai yaitu efektivitas dan efisiensi kegiatan pelaksanaan UKM puskesmas sejalan dengan tujuan UKM puskesmas, tata nilai, visi, misi, dan tujuan puskesmas.
- b) Perencanaan kegiatan UKM puskesmas. Pada hal ini yang dinilai yaitu Perencanaan kegiatan UKM puskesmas yang seharusnya disusun berdasarkan perencanaan puskesmas dan mengacu pada pedoman untuk memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.
- c) Pengorganisasian upaya kesehatan masyarakat. Pada hal ini yang akan dinilai yaitu uraian tugas dan kewenangan yang jelas pada setiap petugas.
- d) Komunikasi dan koordinasi. Pada hal ini yang dinilai yaitu komunikasi dan tata hubungan kerja lintas program dan lintas sektor untuk pelaksanaan dan pencapaian hasil yang optimal.
- e) Kebijakan dan prosedur pengelolaan. Pada hal ini yang dinilai yaitu kebijakan dan prosedur dalam pelaksanaan UKM puskesmas.
- f) Akuntabilitas pengelolaan dan pelaksanaan UKM puskesmas. Pada hal ini yang dilakukan yaitu kepala puskesmas dan penanggung jawab UKM puskesmas dalam menunjukkan akuntabilitas dalam pengelolaan dan pelaksanaan program.
- g) Hak dan kewajiban sasaran. Pada hal ini yang dinilai yaitu kejelasan hak dan kewajiban sasaran.

3) Bab VI. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat.

Sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat tersebut dianalisis perbaikan kinerja masing-masing UKM puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi,

misi dan tujuan puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh kepala puskesmas, penanggung jawab UKM Puskesmas dan pelaksana yang ditunjukkan dalam sikap kepemimpinan.

c. Kelompok Upaya Kesehatan Perorangan, yang diuraikan dalam:

1) Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)

Pada layanan klinis yang berorientasi pasien terdapat standar yang antara lain:

- a) Proses pendaftaran pasien. Pada hal ini yang dinilai yaitu proses pendaftaran pasien dianalisis memenuhi kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai atau tidak.
- b) Pengkajian. Pada hal ini yang dinilai yaitu kajian awal dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan.
- c) Keputusan layanan klinis. Pada hal ini yang dinilai yaitu hasil kajian awal pasien yang dianalisis oleh petugas kesehatan profesional dan/atau kesehatan antar profesi yang digunakan untuk menyusun keputusan layanan klinis.
- d) Rencana layanan klinis. Pada hal ini yang dinilai yaitu rencana tindakan dan pengobatan serta rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan oleh tim kesehatan antar profesi disusun dengan tujuan yang jelas, terkoordinasi dan melibatkan pasien/keluarga.
- e) Rencana rujukan. Pada hal ini yang dinilai yaitu rujukan sesuai kebutuhan pasien ke sarana pelayanan lain diatur dengan prosedur yang jelas.
- f) Pelaksana layanan. Pada hal ini yang dinilai yaitu pelaksanaan layanan dipandu oleh kebijakan, prosedur, dan peraturan yang berlaku.
- g) Pelayanan anestesi lokal, sedasi dan pembedahan. Pada hal ini yang dinilai yaitu tersedia pelayanan anestesi sederhana dan pembedahan minor untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- h) Penyuluhan/pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien/keluarga. Pada hal ini yang dinilai yaitu penyuluhan kepada

pasien/keluarga pasien mendukung peran serta mereka dalam setiap pengambilan keputusan dan pelaksanaan layanan.

- i) Makanan dan terapi nutrisi. Pada hal ini yang dinilai yaitu pemberian makanan dan terapi nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan yang berlaku.
- j) Pemulangan dan tindak lanjut. Pada hal ini yang dinilai yaitu pemulangan dan/ tindak lanjut pasien dilakukan dengan prosedur yang tepat.

## 2) Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)

Pada manajemen penunjang layanan klinis memiliki standar yaitu antara lain:

- a) Pelayanan laboratorium. Pada hal ini yang dinilai yaitu pelayanan laboratorium tersedia tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan pengkajian pasien, serta mematuhi standar, hukum dan peraturan yang berlaku.
- b) Pelayanan obat. Pada hal ini yang dinilai yaitu obat yang tersedia dikelola secara efisien untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- c) Pelayanan radiodiagnostik. Pada hal ini yang dinilai yaitu pelayanan radiodiagnostik disediakan sesuai kebutuhan pasien, dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten, dan mematuhi persyaratan perundangan yang berlaku.
- d) Manajemen informasi-rekam medis. Pada hal ini yang dinilai yaitu kebutuhan data dan informasi asuhan bagi petugas kesehatan, pengelola sarana, dan pihak terkait di luar organisasi dapat dipenuhi melalui proses yang baku.
- e) Manajemen keamanan lingkungan. Pada hal ini yang dinilai yaitu lingkungan pelayanan mematuhi persyaratan hukum, regulasi dan perizinan yang berlaku.
- f) Manajemen peralatan. Pada hal ini yang dinilai yaitu peralatan dikelola dengan tepat.

- g) Manajemen sumber daya manusia. Pada hal ini yang dinilai yaitu terdapat proses rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan tenaga klinis yang baku.

### 3) Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien ini memiliki standar antara lain:

- a) Tanggung jawab tenaga klinis. Pada hal ini yang dinilai yaitu perencanaan, monitoring dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan menjadi tanggung jawab tenaga yang bekerja di pelayanan klinis.
- b) Pemahaman mutu layanan klinis. Pada hal ini yang dinilai yaitu mutu layanan klinis dan keselamatan dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh semua pihak yang berkepentingan.
- c) Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien. Pada hal ini yang dinilai yaitu mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien diukur, dikumpulkan dan dievaluasi dengan tepat.
- d) Peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. Pada hal ini yang dinilai yaitu perbaikan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien diupayakan, dievaluasi dan dikomunikasikan dengan baik.

#### 2.3.4 Format Pembuatan Dokumen

##### a. Format Pembuatan Surat Keputusan

Format Peraturan/Surat Keputusan disesuaikan dengan Peraturan Daerah yang berlaku atau dapat disusun sebagai berikut:

- 1) Pembukaan ditulis dengan huruf kapital:
  - a) Kebijakan : Peraturan/Keputusan Kepala (sebutkan nama FKTP),
  - b) Nomor : ditulis sesuai sistem penomoran di FKTP,
  - c) Judul : ditulis judul Peraturan/Keputusan tentang
  - d) Dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa
  - e) Jabatan pembuat keputusan ditulis simetris, diletakkan di tengah margin diakhiri dengan tanda koma (,)

2) Konsideran, meliputi :

a) Menimbang:

- (1) Memuat uraian singkat tentang pokok-pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan keputusan,
- (2) Huruf awal kata “menimbang” ditulis dengan huruf kapital diakhiri dengan tanda baca titik dua ( : ), dan diletakkan di bagian kiri,
- (3) Konsideran menimbang diawali dengan penomoran menggunakan huruf kecil dan dimulai dengan kata “bahwa” dengan “b” huruf kecil, dan diakhiri dengan tanda baca (;).

b) Mengingat:

- (1) Memuat dasar kewenangan dan peraturan perundangan yang memerintahkan pembuat Peraturan/Surat Keputusan tersebut,
- (2) Peraturan perundangan yang menjadi dasar hukum adalah peraturan yang ngkatannya sederajat atau lebih tinggi,
- (3) Kata “mengingat” diletakkan di bagian kiri sejajar kata menimbang,
- (4) Konsideran yang berupa peraturan perundangan diurutkan sesuai dengan hirarki tata perundangan dengan tahun yang lebih awal disebut lebih dulu, diawali dengan nomor 1, 2, dst, dan diakhiri dengan tanda baca (;).

3) Diktum:

- a) Diktum “MEMUTUSKAN” ditulis simetris di tengah, seluruhnya dengan huruf kapital;
- b) Diktum Menetapkan dicantumkan setelah kata memutuskan sejajar dengan kata menimbang dan mengingat, huruf awal kata menetapkan ditulis dengan huruf kapital, dan diakhiri dengan tanda baca titik dua (:);
- c) Nama keputusan sesuai dengan judul keputusan (kepala), seluruhnya ditulis dengan huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca k ( . ).

4) Batang Tubuh.

- a) Batang tubuh memuat semua substansi Peraturan/Surat Keputusan yang dirumuskan dalam diktum-diktum, misalnya:

Kesatu:

Kedua:

Dst

- b) Dicantumkan saat berlakunya Peraturan/Surat Keputusan, perubahan, pembatalan, pencabutan ketentuan, dan peraturan lainnya, dan
- c) Materi kebijakan dapat dibuat sebagai lampiran Peraturan/ Surat Keputusan, dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh pejabat yang menetapkan Peraturan/Surat Keputusan.

5) Kaki:

Kaki Peraturan/Surat Keputusan merupakan bagian akhir substansi yang memuat penanda tangan penerapan Peraturan/Surat Keputusan, pengundangan peraturan/keputusan yang terdiri dari:

- a) tempat dan tanggal penetapan
- b) nama jabatan diakhiri dengan tanda koma (,)
- c) tanda tangan pejabat, dan
- d) nama lengkap pejabat yang menanda tangani.

6) Penandatanganan:

Peraturan/Surat Keputusan Kepala FKTP ditandatangani oleh Kepala FKTP, dituliskan nama tanpa gelar.

7) Lampiran Peraturan/Surat Keputusan:

- a) Halaman pertama harus dicantumkan nomor dan Judul Peraturan/ Surat Keputusan,
- b) Halaman terakhir harus ditandatangani oleh Kepala FKTP.

b. Format Pembuatan Pedoman Mutu

Format untuk pembuatan pedoman mutu yaitu sebagai berikut:

Kata Pengantar

I. Pendahuluan

A. Latar belakang

- 1. Profil Organisasi
- 2. Kebijakan Mutu
- 3. Proses Pelayanan (Proses Bisnis)

B. Ruang Lingkup

- C. Tujuan
- D. Landasan hukum dan acuan
- E. Istilah dan definisi
- II. Sistem Manajemen Mutu dan Sistem Penyelenggaraan Pelayanan:
  - A. Persyaratan umum
  - B. Pengendalian dokumen
  - C. Pengendalian rekaman
- III. Tanggung Jawab Manajemen:
  - A. Komitmen manajemen
  - B. Fokus pada sasaran/pasien
  - C. Kebijakan mutu
  - D. Perencanaan Sistem Manajemen Mutu dan Pencapaian Sasaran Kinerja/Mutu
  - E. Tanggung jawab, wewenang, dan komunikasi
  - F. Wakil Manajemen Mutu/Penanggung Jawab Manajemen Mutu
  - G. Komunikasi internal
- IV. Tinjauan Manajemen:
  - A. Umum
  - B. Masukan Tinjauan Manajemen
  - C. Luaran tinjauan
- V. Manajemen Sumber Daya:
  - A. Penyediaan sumber daya
  - B. Manajemen sumber daya manusia
  - C. Infrastruktur
  - D. Lingkungan kerja
- VI. Penyelenggaraan Pelayanan:
  - A. Upaya Kesehatan Masyarakat Puskesmas:
    - 1. Perencanaan Upaya Kesehatan Masyarakat, akses dan pengukuran kinerja
    - 2. Proses yang berhubungan dengan sasaran:
      - a. Penetapan persyaratan sasaran

- b. Tinjauan terhadap persyaratan sasaran
  - c. Komunikasi dengan sasaran
  - 3. Pembelian (jika ada)
  - 4. Penyelenggaraan UKM:
    - a. Pengendalian proses penyelenggaraan upaya
    - b. Validasi proses penyelenggaraan upaya
    - c. Identifikasi dan mampu telusuri
    - d. Hak dan kewajiban sasaran
    - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (jika ada)
    - f. Manajemen risiko dan keselamatan
  - 5. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan sasaran kinerja UKM:
    - a. Umum
    - b. Pemantauan dan pengukuran:
      - 1) Kepuasan pelanggan
      - 2) Audit internal
      - 3) Pemantauan dan pengukuran proses
      - 4) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
    - c. Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
    - d. Analisis data
    - e. Peningkatan berkelanjutan
    - f. Tindakan korektif
    - g. Tindakan preventif
- B. Pelayanan klinis (Upaya Kesehatan Perseorangan):**
- 1. Perencanaan Pelayanan Klinis
  - 2. Proses yang berhubungan dengan pelanggan
  - 3. Pembelian/pengadaan barang terkait dengan pelayanan klinis:
    - a. Proses pembelian
    - b. Verifikasi barang yang dibeli
    - c. Kontrak dengan pihak ketiga
  - 4. Penyelenggaraan pelayanan klinis:
    - a. Pengendalian proses pelayanan klinis

- b. Validasi proses pelayanan
  - c. Identifikasi dan ketelusuran
  - d. Hak dan kewajiban pasien
  - e. Pemeliharaan barang milik pelanggan (spesiemen, rekam medis, dsb)
  - f. Manajemen risiko dan keselamatan pasien
5. Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis dan Keselamatan Pasien:
- a. Penilaian indikator kinerja klinis
  - b. Pengukuran pencapaian sasaran keselamatan pasien
  - c. Pelaporan insiden keselamatan pasien
  - d. Analisis dan tindak lanjut
  - e. Penerapan manajemen risiko
6. Pengukuran, analisis, dan penyempurnaan:
- 1) Umum
  - 2) Pemantauan dan pengukuran:
    - a) Kepuasan pelanggan
    - b) Audit internal
    - c) Pemantauan dan pengukuran proses, kinerja
    - d) Pemantauan dan pengukuran hasil layanan
  - 3) Pengendalian jika ada hasil yang tidak sesuai
  - 4) Analisis data
  - 5) Peningkatan berkelanjutan
  - 6) Tindakan korektif
  - 7) Tindakan preventif

## VII. Penutup

Lampiran (jika ada)

### c. Format Pembuatan Pedoman Pelayanan

Format baku sistematika pedoman panduan yang lazim digunakan sebagai berikut (Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi):

#### 1) Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja

Kata pengantar

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum FKTP

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan FKTP

BAB IV Struktur Organisasi FKTP

BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan/ Rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian
2. Laporan Bulanan
3. Laporan Tahunan

2) Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

Kata pengantar

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Sasaran Pedoman
- D. Ruang Lingkup Pedoman
- E. Batasan Operasional

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
- B. Distribusi Ketenagaan
- C. Jadwal Kegiatan

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruang
- B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

- A. Lingkup Kegiatan
- B. Metode

C. Langkah Kegiatan

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN SASARAN KEGIATAN/PROGRAM

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

3) Format Panduan Pelayanan

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

d. Format Pembuatan Kerangka Acuan

Format dari kerangka acuan Kerangka acuan dapat menggunakan format yang diterapkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota masing-masing atau contoh Sistematika Kerangka Acuan sebagai berikut:

1) Pendahuluan

Pendahuluan adalah hal-hal yang bersifat umum yang masih terkait dengan upaya/ kegiatan.

2) Latar belakang

Latar belakang adalah merupakan justifikasi atau alasan mengapa program tersebut disusun. Sebaiknya dilengkapi dengan data-data sehingga alasan diperlukan program tersebut dapat lebih kuat.

3) Tujuan umum dan tujuan khusus

Tujuan ini adalah merupakan tujuan Program/kegiatan.

4) Kegiatan pokok dan rincian kegiatan

Kegiatan pokok dan rincian kegiatan adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya tujuan Program/kegiatan.

5) Cara melaksanakan kegiatan

Cara melaksanakan kegiatan adalah metode untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan.

## 6) Sasaran

Sasaran program adalah target pertahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan upaya/ kegiatan.

## 7) Jadwal pelaksanaan kegiatan

Jadwal adalah merupakan perencanaan waktu untuk tiap-tiap rincian kegiatan yang akan dilaksanakan, yang digambarkan dalam bentuk bagan Gantt.

## 8) Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan

Evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan kegiatan terhadap jadwal yang direncanakan.

## 9) Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

Pencatatan adalah catatan kegiatan dan yang ditulis dalam kerangka acuan adalah bagaimana melakukan pencatatan kegiatan atau membuat dokumentasi kegiatan.

## e. Format Pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Format untuk pembuatan SOP adalah sebagai berikut:

## 1) Kop/heading SOP

Logo Pemda	SOP	Judul	
		No. Dokumen	
		No. Revisi	
		Tanggal Terbit	
Nama Puskesmas	Ttd Ka Puskesmas		(lambang Puskesmas) Nama Ka Puskesmas NIP

Gambar 2.1 Contoh Format Kop SOP

## 2) Komponen SOP

1. Pengertian	
2. Tujuan	
3. Kebijakan	
4. Referensi	
5. Prosedur/ Langkah- langkah	
6. Diagram Alir (jika dibutuhkan)	
7. Unit terkait	

Gambar 2.2 Contoh Format Komponen SOP

## 2.4 Pendekatan Sistem Akreditasi Puskesmas

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. 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 dan manajemen. Komitmen menurut Nawawi dan Martini (dalam Faustyna, 2014:52) merupakan suatu keputusan atau perjanjian seseorang dengan dirinya sendiri untuk melakukan atau tidak melakukan, berhenti atau meneruskan suatu perbuatan atau kegiatan. Faustyana (2014:53) menyatakan bahwa komitmen dibagi menjadi tiga komponen yaitu komitmen afektif (berdasarkan perasaan emosional dan keyakinan), berkelanjutan (berkaitan dengan nilai ekonomi yang dirasa jika meninggalkan organisasi), dan normatif (berdasarkan alasan-alasan moral atau etis). Selain itu pengetahuan juga sangat penting agar semua pihak dapat memahami proses yang harus dilakukan. Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2012:1) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “*what*”.

Kualifikasi dari tim akreditasi puskesmas yaitu tim akreditasi puskesmas harus mengikuti pelatihan terlebih dahulu. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, tim akreditasi tersebut terdiri dari seluruh karyawan dari

puskesmas. Selain itu, harus ada kesesuaian antara pekerjaan sehari-hari karyawan dengan susunan kepanitiaan tim akreditasi.

a. *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.

b. *Material*

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

c. *Machines*

*Machines* adalah mesin-mesin atau alat yang diperlukan untuk mencapai tujuan (Uniaty, 2015:8). Pada kesiapan akreditasi kelompok kerja administrasi dan 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.

d. *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 dan alur proses akreditasi puskesmas.

e. *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 dan manajemen untuk melakukan proses tahap persiapan sampai dengan 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 assessment* oleh panitia persiapan akreditasi puskesmas. Selanjutnya yaitu pemetaan dokumen yang akan disusun.
- d. Pembahasan *self assessment*. Panitia persiapan akreditasi puskesmas melakukan pembahasan hasil *self assessment* bersama tim pendamping akreditasi dan menyusun rencana aksi untuk persiapan akreditasi. Pada

pembahasan *self assessment* tersebut terdapat diskusi terkait pembagian pengerjaan dokumen yang harus dikerjakan oleh setiap kelompok kerja.

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). 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 koordinator kelompok administrasi dan manajemen serta tim pendamping akreditasi puskesmas mulai dari awal perencanaan sampai dengan pelaksanaan. Berdasarkan buku pedoman pendampingan akreditasi FKTP (2015:6) menyatakan bahwa tim pendamping akreditasi tersebut yaitu tim yang ditetapkan oleh kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan pendampingan dan penilaian pra-akreditasi serta pendampingan pasca akreditasi dengan anggota yang berasal dari jajaran fungsional atau struktural Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau pihak ketiga atau lembaga lain/pihak ketiga yang ditetapkan dengan SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan telah mengikuti pelatihan pendamping akreditasi FKTP dan dinyatakan lulus sebagai pendamping akreditasi FKTP. Disamping itu, dilakukan juga evaluasi yang dilaksanakan dengan penilaian pra-sertifikasi oleh tim pendamping akreditasi, untuk mengetahui kesiapan 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 antara lain:

- 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 bab I, II  $\geq$  75% ; dan bab IV, V, VII  $\geq$  60%; bab III, VI, VIII, IX  $\geq$  20%.
- c. Terakreditasi madya: jika pencapaian bab I, II, IV, V  $\geq$  75% ; bab VII, VIII  $\geq$  60%; bab III, VI, IX  $\geq$  40%.
- d. Terakreditasi utama: jika pencapaian bab I, II, IV, V VII, VIII  $\geq$  80% ; bab III, VI, IX  $\geq$  60%.
- e. Terakreditasi paripurna: jika pencapaian nilai semua bab  $\geq$  80%.

#### 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

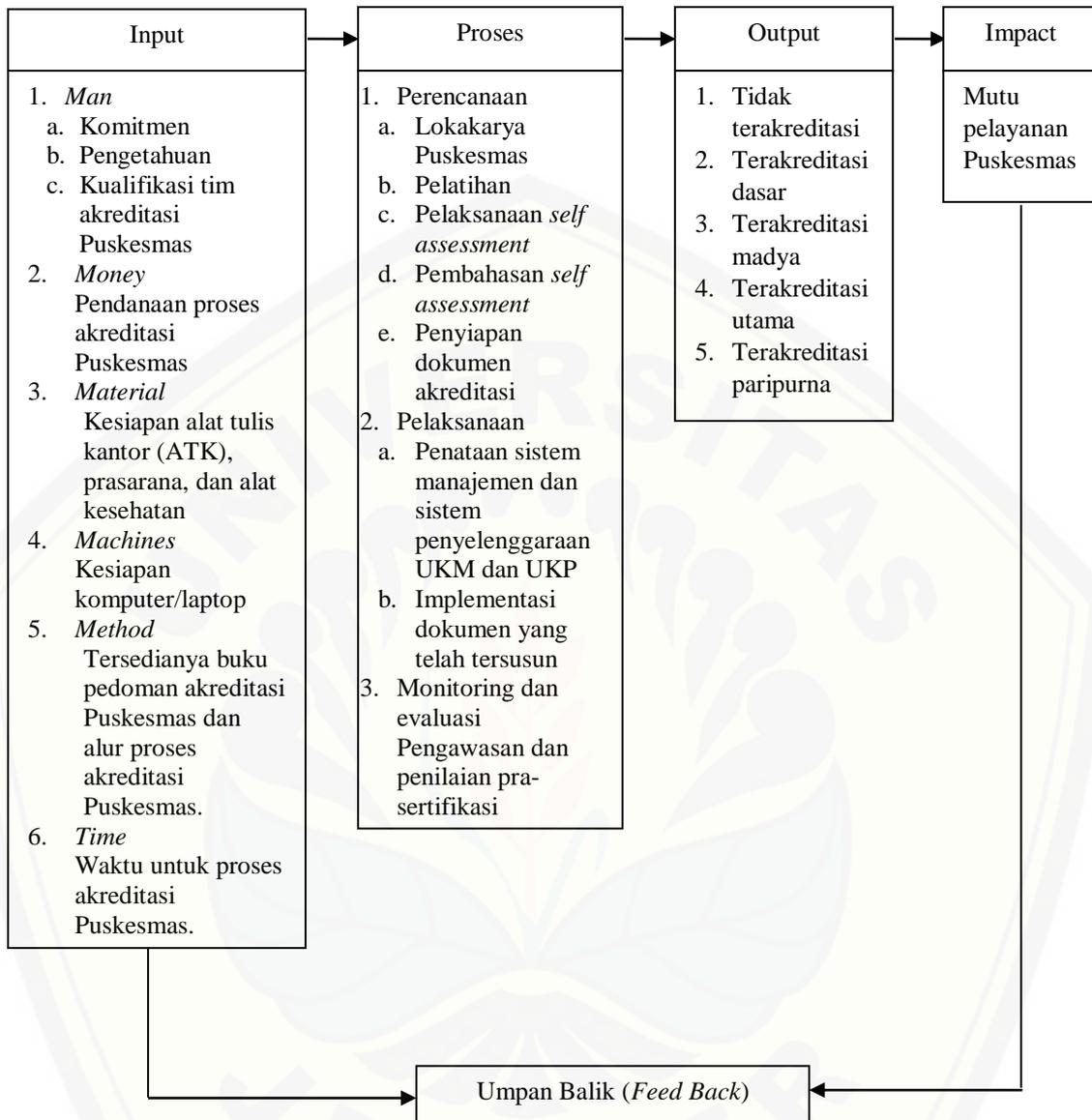
Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem (Azwar, 2010:28). Pada kesiapan akreditasi puskesmas ini dampaknya yaitu pada mutu pelayanan puskesmas.

#### 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).



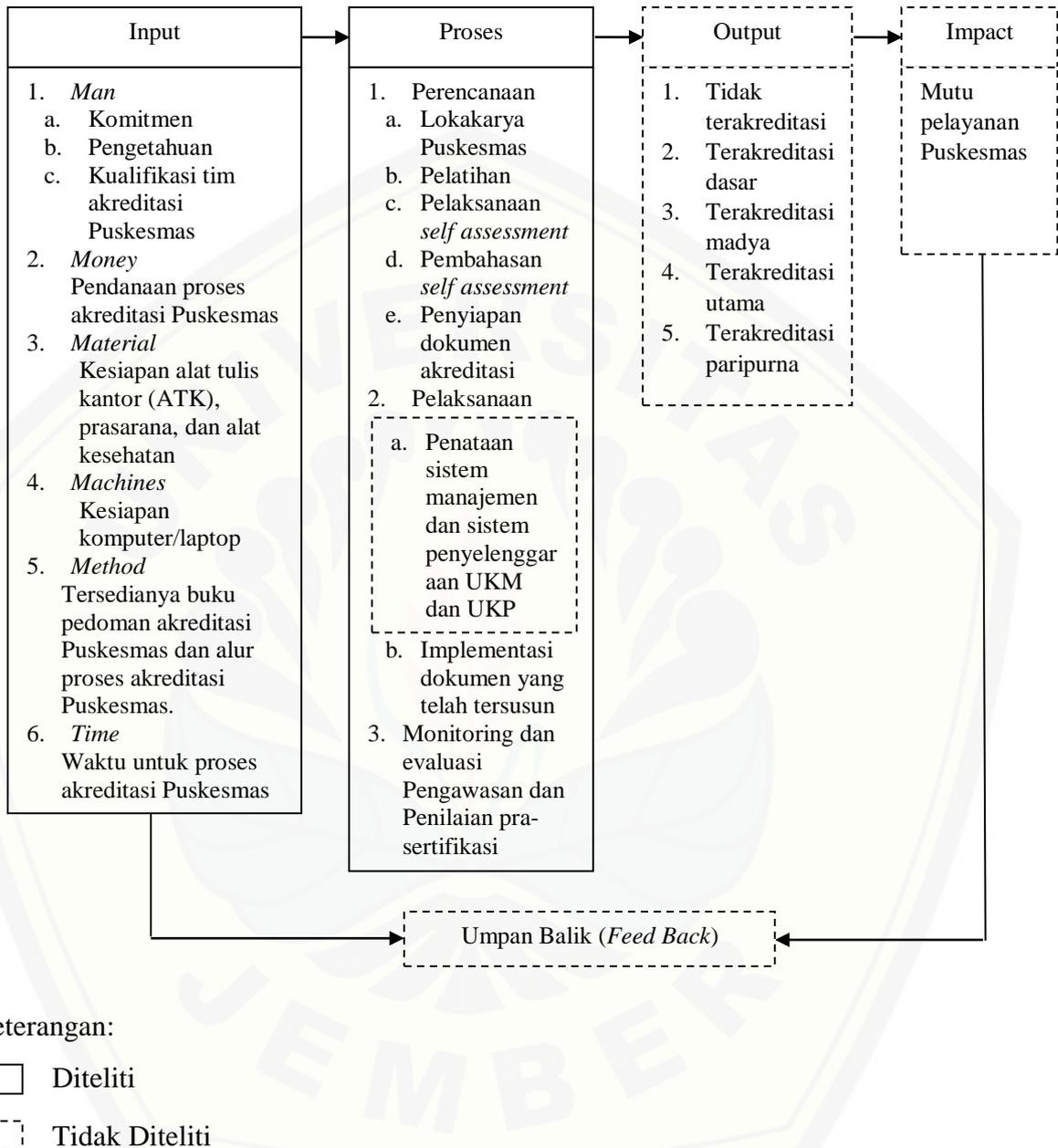
### 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

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

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

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

Berdasarkan pendekatan sistem tersebut, kesiapan akreditasi puskesmas dipengaruhi oleh faktor input dan proses. Pada faktor input tersebut terdiri dari aspek *man* (sumber daya manusia) yang didalamnya terdapat komitmen yang mencakup komitmen dari seluruh karyawan dan pimpinan. Selain itu terdapat juga pengetahuan dan kualifikasi tim akreditasi puskesmas. Kemudian terdapat aspek *money* yaitu pendanaan proses akreditasi puskesmas, aspek *material* yaitu alat tulis kantor, prasarana, dan alat kesehatan, kemudian aspek *machines* yaitu kesiapan komputer/laptop, aspek *method* yaitu tersedianya buku pedoman akreditasi dan alur proses akreditasi puskesmas, serta *time* yaitu kesiapan waktu untuk proses akreditasi puskesmas. Pada penelitian ini faktor input tersebut lebih difokuskan pada kelompok administrasi dan manajemen.

Berdasarkan faktor input tersebut akan mempengaruhi faktor proses yang didalamnya terdapat aspek perencanaan yang terdiri dari lokakarya puskesmas, pelatihan, pelaksanaan *self assessment*, pembahasan *self assessment*, dan penyiapan dokumen akreditasi puskesmas. Kemudian terdapat aspek pelaksanaan yang terdiri dari penataan sistem manajemen dan sistem penyelenggaraan UKM dan UKP serta implementasi dokumen yang telah tersusun. Setelah itu terdapat aspek monitoring dan evaluasi yaitu pengawasan dan pra-sertifikasi. Pada penelitian ini penataan sistem manajemen dan sistem penyelenggaraan UKM dan UKP tidak diteliti karena penelitian ini hanya memfokuskan pada kelompok kerja administrasi dan manajemen.

Aspek-aspek pada faktor input dan proses pada dasarnya hampir sama pada kelompok kerja administrasi dan manajemen, kelompok kerja upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan perseorangan, hanya saja perbedaannya terletak pada sasaran yang tergantung pada kelompok kerja masing-masing. Perbedaannya juga terletak di penyiapan dokumen akreditasi dan implementasi dokumen yang disesuaikan dengan standar akreditasi puskesmas pada kelompok kerja masing-masing.

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Berdasarkan jenis penelitian yang digunakan tersebut maka pada penelitian ini peneliti menggambarkan kesiapan akreditasi dari segi faktor input dan proses pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang yang dilakukan pada bulan November 2015- Februari 2017.

### 3.3 Unit Analisis dan Responden

Unit analisis penelitian ini adalah Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang. Responden pada penelitian ini dipilih dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu penentuan sampel dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu, dengan pertimbangan responden tersebut dipandang tahu dan paham tentang situasi sosial tertentu (Sugiyono, 2012:218-219). Responden pada penelitian ini adalah kepala puskesmas, bendahara puskesmas, koordinator kelompok administrasi dan manajemen, serta anggota kelompok administrasi dan manajemen sebanyak 15 orang sehingga jumlah dari semua responden yaitu 18 orang.

### 3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberi arti, atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2011:126). Definisi operasional dan cara pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
1.	Sumber daya Manusia ( <i>Man</i> )	Kesesuaian panitia persiapan akreditasi puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen dalam proses akreditasi puskesmas.		
a.	Komitmen	Adanya sikap ketertarikan yang ditunjukkan oleh seluruh karyawan puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen dan kepala puskesmas dalam proses akreditasi puskesmas. Indikator yang digunakan yaitu <i>Affective Commitment</i> , <i>Normative Commitment</i> , <i>Continuance Commitment</i>	Wawancara dengan kuesioner penelitian 1 serta studi dokumentasi dengan lembar <i>checklist</i> 2.	Kuesioner terdiri dari 10 pertanyaan. Maksimal: $10 \times 4 = 40 = 40$ Minimal : $10 \times 1 = 10$ Rentang: $40 - 10 = 30$ Panjang kelas: $30/3 = 10$ Sehingga diperoleh: a. Komitmen tinggi: 31-40 b. Komitmen sedang: 21-30 c. Komitmen rendah: 10-20
b.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh seluruh karyawan puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen mengenai konsep dan standar akreditasi puskesmas.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 2.	Kuesioner terdiri dari 8 pertanyaan. Nilai jawaban benar: 1 Maksimal: 8 Minimal : 0 Panjang kelas: $8/3 = 2,7$ Sehingga diperoleh: a. Pengetahuan tinggi: 7-8 b. Pengetahuan sedang: 4-6 c. Pengetahuan rendah: 0-3
c.	Kualifikasi tim akreditasi puskesmas	Kesesuaian kelompok kerja dengan kompetensi tenaga kerja yang dibutuhkan berdasarkan pengetahuan dan pelatihan dari semua kelompok kerja khususnya kelompok administrasi dan manajemen.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 2.	Kuesioner terdiri dari 2 pertanyaan. Nilai maksimal: $2 \times 1 = 2$ Nilai minimal: $2 \times 0 = 0$ Panjang kelas: $2/2 = 1$ Sehingga diperoleh: a. Kualifikasi tim akreditasi puskesmas sesuai: 2 b. Kualifikasi tim akreditasi puskesmas tidak sesuai: 0-1

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
2.	Pendanaan ( <i>Money</i> )	Kecukupan biaya yang digunakan puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen untuk proses akreditasi baik dari APBD maupun dari puskesmas. Indikator yang digunakan dari pendanaan ini yaitu kecukupan dana dan pengelolaan dana dari bendahara puskesmas.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 5.	a. Pendanaan mencukupi: jika anggaran yang ada memenuhi kebutuhan untuk akreditasi puskesmas b. Pendanaan tidak mencukupi: jika anggaran yang ada tidak memenuhi kebutuhan untuk akreditasi puskesmas atau tidak ada anggaran
3.	<i>Material</i> (Bahan)	Kecukupan alat tulis kantor (ATK), prasarana, serta alat kesehatan dari puskesmas yang digunakan untuk proses akreditasi puskesmas pada setiap kelompok kerja akreditasi puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen. Indikator yang digunakan yaitu ketersediaan dari ATK, prasarana puskesmas, serta alat kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan puskesmas.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 2.	a. <i>Material</i> mencukupi: jika ATK, prasarana, dan alat kesehatan yang tersedia sesuai dengan kebutuhan puskesmas. b. <i>Material</i> tidak mencukupi: jika ATK, prasarana, dan alat kesehatan yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan puskesmas.
4.	Mesin atau alat ( <i>Machines</i> )	Kecukupan dari persediaan komputer atau sejenisnya yang ada di puskesmas untuk alat bantu dalam proses akreditasi puskesmas khususnya pada kelompok administrasi dan manajemen. Indikator yang digunakan yaitu adanya komputer atau sejenisnya sesuai dengan kebutuhan dari puskesmas untuk akreditasi puskesmas serta keadaan yang layak pakai.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 2.	a. <i>Machines</i> mencukupi: jika komputer atau sejenisnya tersedia sesuai dengan kebutuhan dan layak pakai. b. <i>Machines</i> tidak mencukupi: jika komputer atau sejenisnya tidak tersedia sesuai dengan kebutuhan dan tidak layak pakai.

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
5.	Metode atau prosedur ( <i>Method</i> )	Ketersediaan dari buku pedoman akreditasi puskesmas dan alur proses akreditasi yang harus diikuti oleh seluruh kelompok kerja khususnya kelompok administrasi dan manajemen dalam melakukan proses akreditasi puskesmas. Indikator: adanya buku pedoman dan alur akreditasi puskesmas serta dalam proses akreditasi disesuaikan dengan buku pedoman dan alur proses akreditasi.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 2.	a. Metode memenuhi syarat: jika semua indikator dipenuhi. b. Metode tidak memenuhi syarat: jika terdapat indikator yang tidak dipenuhi.
6.	Waktu ( <i>Time</i> )	Kecukupan waktu yang tersedia dari puskesmas untuk proses akreditasi puskesmas khususnya pada kelompok administrasi dan manajemen. Indikator yang digunakan yaitu cukupnya waktu yang digunakan dalam proses akreditasi puskesmas.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 2.	a. Waktu mencukupi: jika penyiapan dokumen kurang ebih 4 bulan. b. Waktu tidak mencukupi: jika penyiapan dokumen 5 bulan atau lebih.
7.	Lokakarya Puskesmas	Adanya pertemuan yang diselenggarakan puskesmas untuk membahas masalah persiapan awal proses akreditasi puskesmas yang diikuti oleh seluruh karyawan khususnya kelompok administrasi dan manajemen. Indikator yang digunakan yaitu pelaksanaan dari lokakarya yang dilakukan lebih dari 2 hari, terdapat evaluasi, dan dapat meningkatkan komitmen dari karyawan.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 3 serta studi dokumentasi dengan lembar <i>checklist</i> 2.	a. Lokakarya puskesmas memenuhi syarat: jika memenuhi semua indikator. b. Lokakarya puskesmas tidak memenuhi syarat: jika tidak memenuhi salah satu dari indikator.

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
8.	Pelatihan	Adanya proses mengubah semua kelompok kerja akreditasi puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen untuk mencapai keahlian dan kemampuan tertentu tentang standar dan instrumen akreditasi puskesmas agar berhasil dalam melaksanakan pekerjaannya. Indikator yang digunakan yaitu pelaksanaan pelatihan tentang standar dan instrumen akreditasi di puskesmas, ada evaluasi, dan pelaksanaannya dapat meningkatkan pengetahuan.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 3 serta studi dokumentasi dengan lembar <i>checklist</i> 2.	a. Pelatihan memenuhi syarat: jika memenuhi semua indikator. b. Pelatihan tidak memenuhi syarat: jika tidak memenuhi salah satu indikator.
9.	Pelaksanaan <i>self assessment</i>	Adanya penilaian diri sendiri yang dilaksanakan oleh puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen sebagai kajian awal kondisi puskesmas dalam proses persiapan akreditasi puskesmas serta pemetaan dari dokumen-dokumen yang belum ada dan harus dikerjakan untuk proses akreditasi puskesmas. Indikator yang digunakan yaitu pelaksanaan dari <i>self assessment</i> dan adanya pemetaan dokumen akreditasi puskesmas.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 4 serta studi dokumentasi dengan lembar <i>checklist</i> 2 .	a. Pelaksanaan <i>self assessment</i> memenuhi syarat: jika memenuhi semua indikator. b. Pelaksanaan <i>self assessment</i> tidak memenuhi syarat: jika tidak memenuhi salah satu indikator.

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
10.	Pembahasan <i>self assessment</i>	Adanya pembahasan dari hasil penilaian diri sendiri yang dilaksanakan oleh puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen untuk menentukan langkah selanjutnya dalam proses persiapan akreditasi puskesmas dan adanya diskusi terkait pembagian dokumen yang harus dikerjakan untuk setiap kelompok kerja agar tidak ada pengerjaan dokumen ganda. Indikator yang digunakan yaitu pelaksanaan pembahasan <i>self assessment</i> , dilakukan diskusi pembagian pengerjaan dokumen, dan pada pelaksanaannya terdapat pendampingan dari tim pendamping akreditasi.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 4 serta studi dokumentasi dengan lembar <i>checklist</i> 2.	a. Pembahasan <i>self assessment</i> memenuhi syarat: jika memenuhi semua indikator. b. Pembahasan <i>self assessment</i> tidak memenuhi syarat: jika tidak memenuhi salah satu indikator.
11.	Penyiapan dokumen akreditasi	Adanya pembuatan dokumen-dokumen yang dibutuhkan oleh seluruh kelompok kerja akreditasi puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen untuk proses akreditasi puskesmas. Indikatornya yaitu telah tersedianya 140 dokumen pada kelompok administrasi dan manajemen.	Studi Dokumentasi	Kuesioner terdiri dari 140 pertanyaan. Nilai maksimal: $1 \times 140 = 140$ Nilai minimal: $0 \times 140 = 0$ Rentang: $140 - 0 = 140$ Panjang kelas: $140 / 5 = 28$ Penyiapan dokumen sangat lengkap: 113-140 Penyiapan dokumen lengkap: 85-112 Penyiapan dokumen cukup lengkap: 57-84 Penyiapan dokumen kurang lengkap: 29-56 Penyiapan dokumen sangat kurang lengkap: 0-28

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran
12.	Implementasi dokumen yang telah tersusun	Adanya kegiatan seluruh kelompok kerja akreditasi puskesmas khususnya kelompok administrasi dan manajemen dalam pelaksanaan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur, dan program kegiatan yang direncanakan untuk proses akreditasi puskesmas. Indikator yang digunakan yaitu pelaksanaan dari dokumen yang telah tersusun.	Studi Dokumentasi	Kuesioner terdiri dari 140 pertanyaan. Nilai maksimal: $1 \times 140 = 140$ Nilai minimal: $0 \times 140 = 0$ Rentang: $140 - 0 = 140$ Panjang kelas: $140 / 5 = 28$ Implementasi dokumen sangat lengkap: 113-140 Implementasi dokumen lengkap: 85-112 Implementasi dokumen cukup lengkap: 57-84 Implementasi dokumen kurang lengkap: 29-56 Implementasi dokumen sangat kurang lengkap: 0-28
13.	Monitoring dan evaluasi	Adanya suatu kegiatan memantau pelaksanaan proses persiapan seluruh kelompok kerja khususnya kelompok administrasi dan manajemen akreditasi puskesmas dan evaluasi dari hasil persiapan akreditasi puskesmas yang dilakukan dengan penilaian pra-sertifikasi. Indikatornya yaitu monitoring yang dilakukan oleh koordinator kelompok administrasi dan manajemen serta tim pendamping akreditasi puskesmas dan evaluasi dengan penilaian pra-sertifikasi.	Wawancara dengan kuesioner penelitian 6.	a. Monitoring dan evaluasi memenuhi syarat b. Monitoring dan evaluasi tidak memenuhi syarat

### 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 kesiapan responden dari segi input dan proses akreditasi puskesmas. Data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2012:137). Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini yaitu hasil dari studi dokumentasi mengenai dokumen yang harus disiapkan dalam kesiapan akreditasi puskesmas pada kelompok administrasi dan manajemen.

### 3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan (Nazir, 2011:174). Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan studi dokumentasi.

#### a. Wawancara

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).

#### b. Dokumentasi

Dokumen adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2012:240). Cara pengumpulan data dengan dokumentasi tersebut merupakan cara pengumpulan data dengan menggunakan dokumen-dokumen yang telah ada.

### 3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

#### 3.7.1 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data pada penelitian ini yaitu dengan cara penyajian *textular* dan tabel. Penyajian cara *textular* adalah penyajian data hasil penelitian dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian data dengan tabel adalah suatu penyajian sistematis daripada data numerik, yang tersusun dalam kolom atau jajaran (Notoatmodjo, 2012:190). Jadi dalam penelitian ini data yang diperoleh disajikan dalam bentuk narasi disertai dengan penyajian tabel yang disesuaikan dengan jawaban dari responden.

#### 3.7.2 Analisis Data

Setelah data yang diperlukan terkumpul maka langkah selanjutnya yaitu melakukan analisis data. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyono, 2013:88). Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analisis univariat (analisis deskriptif). Tujuan dari analisis univariat menurut Notoatmodjo (2012:182) yaitu untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.

### 3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

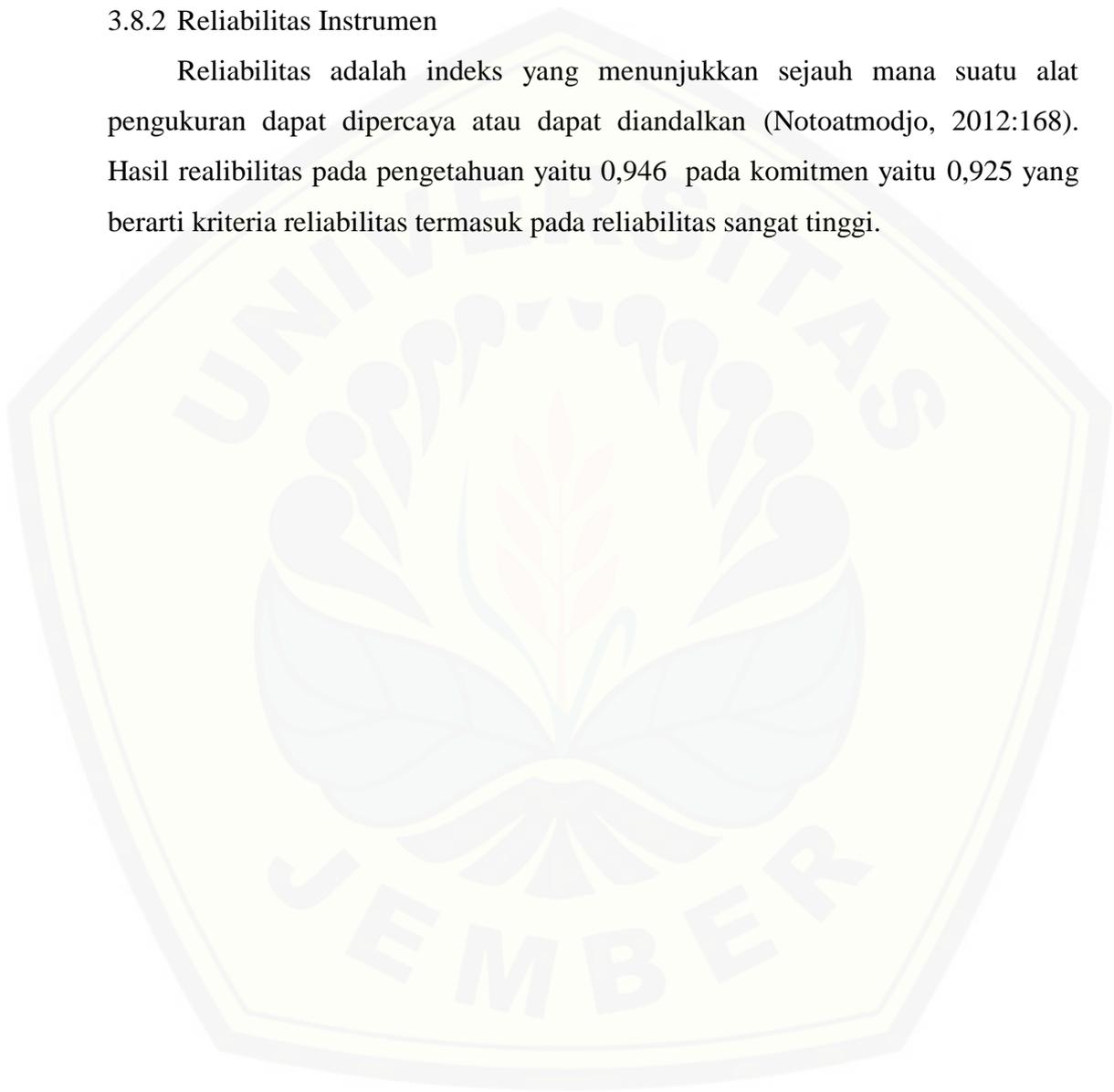
#### 3.8.1 Validitas Instrumen

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012:164). Pengujian validitas dilakukan dengan cara mengkorelasikan skor tiap butir dengan skor total dengan menggunakan uji *pearson* dengan tingkat signifikan 0,05. Item kuesioner dikatakan valid jika nilai  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel dilihat pada tabel  $r$  statistik, dimana nilai  $df = N-2$ . Uji validitas pada penelitian ini menggunakan responden sebanyak 7 responden dengan 12 butir pertanyaan mengenai komitmen dan 13 butir pertanyaan mengenai pengetahuan. Nilai  $df$  pada penelitian ini yaitu 5 dengan nilai  $r$  tabel yaitu 0,7545. Hasil uji menunjukkan tidak semua  $r$  hitung

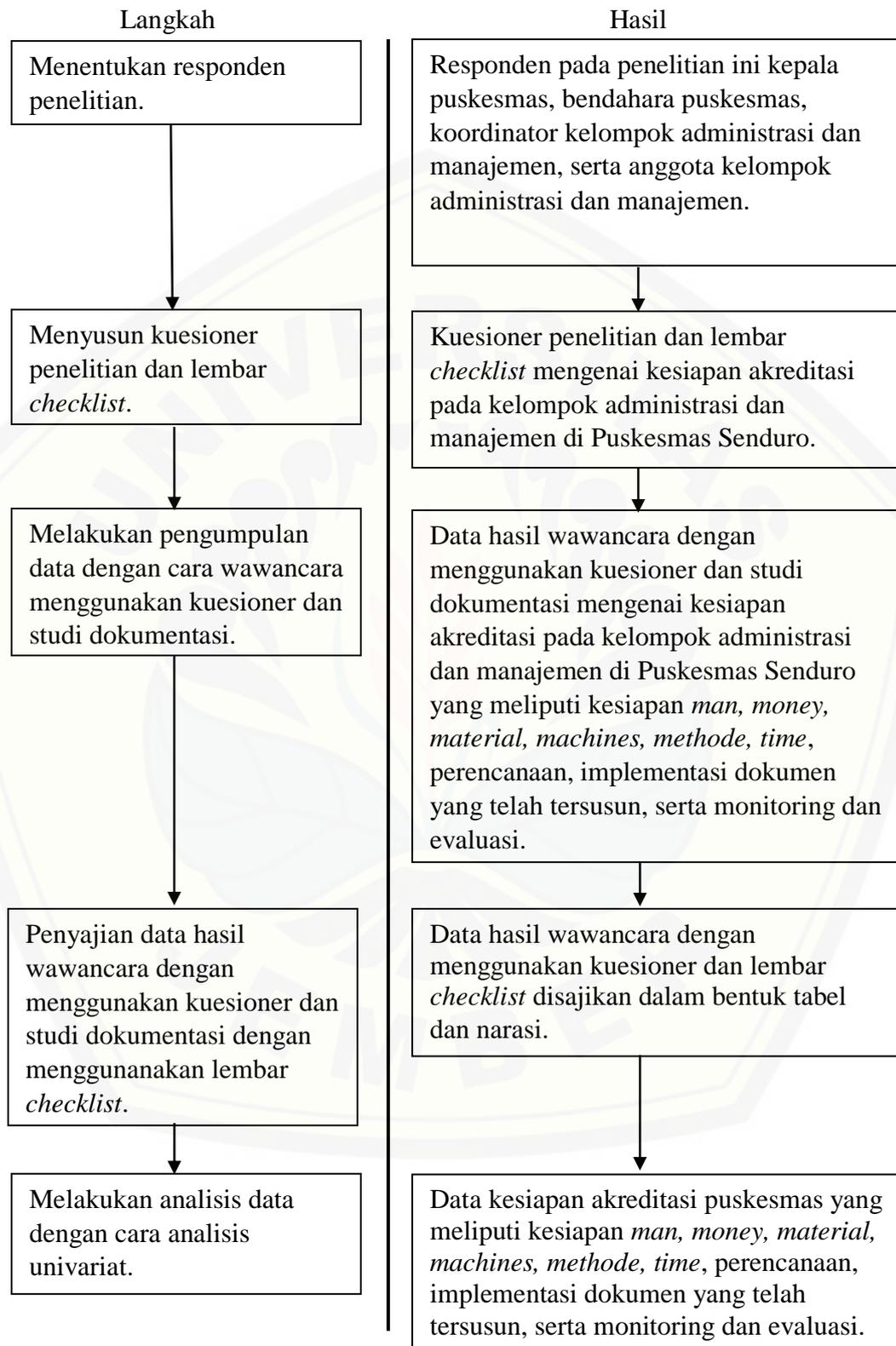
item pertanyaan lebih besar dari  $r$  tabel sehingga dilakukan *drop out* pada item pertanyaan. Sisa item pertanyaan setelah dilakukan *drop out* yaitu 7 pertanyaan untuk komitmen dan 8 pertanyaan untuk pengetahuan.

### 3.8.2 Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2012:168). Hasil realibilitas pada pengetahuan yaitu 0,946 pada komitmen yaitu 0,925 yang berarti kriteria reliabilitas termasuk pada reliabilitas sangat tinggi.



### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB. 5 PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai gambaran kesiapan akreditasi tahun 2017 pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Pada kesiapan *input* terkait aspek *man* (sumber daya manusia) yaitu komitmen dan pengetahuan masih belum tinggi (sedang dan rendah) sedangkan kualifikasi tim akreditasi puskesmas sesuai. Aspek *money* (pendanaan) masih tidak mencukupi dan aspek *material* (bahan) masih tidak terdapat prasarana yang belum memadai sehingga *material* juga masih tidak mencukupi. Aspek *machines* (mesin atau alat) telah mencukupi karena tersedia komputer atau laptop yang sesuai kebutuhan. Aspek *method* (prosedur) telah memenuhi syarat karena telah tersedia buku pedoman dan alur akreditasi puskesmas serta pengerjaannya telah disesuaikan. Aspek *time* (waktu) masih tidak mencukupi.
- b. Pada kesiapan proses akreditasi yaitu aspek perencanaan saat lokakarya puskesmas telah memenuhi syarat. Sedangkan pelatihan, pelaksanaan *self assessment*, dan pembahasan *self assessment* masih tidak memenuhi syarat, kemudian untuk penyiapan dokumen masih tergolong pada kategori cukup lengkap. Aspek implementasi dokumen yang telah tersusun masih belum dilaksanakan di Puskesmas Senduro. Aspek monitoring menunjukkan masih belum dilaksanakan monitoring oleh tim pendamping akreditasi dan untuk evaluasi yaitu penilaian pra-sertifikasi masih belum dilaksanakan.

## 5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini yaitu antara lain:

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang
  - 1) Mewajibkan puskesmas yang akan melakukan akreditasi untuk mengadakan pelatihan tentang standar dan instrumen akreditasi kepada seluruh karyawan di puskesmas.
  - 2) Tim pendamping akreditasi melakukan pengawasan dan pendampingan secara rutin di puskesmas yang menjadi target untuk melakukan penilaian akreditasi agar pengerjaan dalam proses persiapannya dapat lebih baik.
  - 3) Pembentukan tim pendamping dengan jumlah yang mencukupi agar dapat mendampingi puskesmas yang sedang melakukan survey penilaian akreditasi dan puskesmas yang masih pada tahap persiapan.
- b. Bagi Puskesmas Senduro
  - 1) Menerapkan sistem mandiri karyawan dalam membawa konsumsi secara sukarela saat rapat.
  - 2) Mengadakan pelatihan di puskesmas mengenai standar dan instrumen akreditasi untuk semua karyawan agar dapat meningkatkan pengetahuan dari karyawan.
  - 3) Membuat perencanaan untuk pengajuan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang terkait perluasan Puskesmas Senduro dan pembangunan prasarana yang belum ada.
  - 4) Penambahan waktu yang terstruktur untuk mengerjakan proses akreditasi di puskesmas.
- c. Bagi Peneliti Selanjutnya
  - 1) 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.
  - 2) 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.

- 3) Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan metode analitik untuk mengetahui hubungan aspek input dan proses terhadap kesiapan akreditasi puskesmas.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Afiyanti, Y.i & Rachmawati, I. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. (Edisi 1). Jakarta : Rajawali Press.
- Alamsyah, D. 2011. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Atkhan, Margono, A., dan Riady, G. Pengaruh Penempatan Kerja Terhadap Kinerja Pegawai pada Dinas Perkebunan Provinsi Kalimantan Timur. *Jurnal Reformasi Administrasi Vol. 1*. [serial online]. [http://ar.mian.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2013/06/JURNAL%20TESIS%20GANJIL%20UPLOAD%20\(06-08-13-04-06-41\).pdf](http://ar.mian.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2013/06/JURNAL%20TESIS%20GANJIL%20UPLOAD%20(06-08-13-04-06-41).pdf). [28 November 2016].
- Arikuanto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. (Edisi Revisi VI). Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- 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.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. (Edisi 3). Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.
- Budi, T.P. 2009. *Mengelola Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Oryza
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Pedoman Pendampingan Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. 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 Manajemen dan Bisnis* Vol.14. [serial online]. [http://jurnal.umsu.ac.id/index.php/mbisnis/article/download/114/pdf\\_12](http://jurnal.umsu.ac.id/index.php/mbisnis/article/download/114/pdf_12). [21 Juni 2016] .
- Halimsetiono, E. 2014. Peningkatan Komitmen Organisasi untuk Menurunkan Angka *Turnover* Karyawan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 8. [serial online]. <http://jurnalkesmas.ui.ac.id/kesmas/article/download/402/399>. [15 Desember 2016].
- 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. [serial online]. [http://eprints.uny.ac.id/31366/1/Nurul%20Hidayah\\_12812141019.pdf](http://eprints.uny.ac.id/31366/1/Nurul%20Hidayah_12812141019.pdf). [29 Desember 2016]
- 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.
- Mastini, I. GST. A. A. 2013. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Irna di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. *Tesis*. Denpasar: Program Pascasarjana Universitas Udayana. [serial online]. [http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf\\_thesis/unud-861-213679276-i%20gst%20a%20a%20putri%20mastini\\_1192161019.pdf](http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf_thesis/unud-861-213679276-i%20gst%20a%20a%20putri%20mastini_1192161019.pdf). [27 November 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.
- Nazir, M. 2011. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.

- Nisak, F. 2015. Pengaruh Pengetahuan, Keterampilan, Konsep Diri, dan Karakteristik Pribadi Terhadap Kinerja Staf pada SMK N Se-Kota Pekalongan. *Skripsi*. Semarang: Jurusan Pendidikan Ekonomi Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Semarang. [serial online]. <http://lib.unnes.ac.id/22227/1/7101411342-s.pdf>. [29 Desember 2016].
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Priyatama, A. 2014. Analisis Pengaruh Komitmen Organisasional dan Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan (Studi pada PT. Sinar Sosro Semarang). *Skripsi*. Semarang: Fakultas Ekonomik dan Bisnis Universitas Semarang. [serial online]. [http://eprints.undip.ac.id/43528/1/16\\_PRIYATAMA.pdf](http://eprints.undip.ac.id/43528/1/16_PRIYATAMA.pdf). [29 Desember 201].
- Satrianegara, M. F. 2014. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulaeman, E. S. 2011. *Manajemen Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Tando, N. M. 2013. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: In Media.
- 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. [serial online]. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/14628/SKRIPSI%20UNIATY.pdf?sequence=1>. [23 Februari 2016].

Lampiran A. Lembar persetujuan



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995  
Fax ☎ (0331) 322995 Jember (68121)

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
***INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

Umur : .....

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Amalia Rofita

NIM : 122110101205

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas Senduro Kabupaten Lumajang.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada subjek penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah, serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini dan saya bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Lumajang, .....2016

Responden

(.....)

## Lampiran B. Kuesioner Penelitian 1



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

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

**Kuesioner Penelitian Untuk Responden Penelitian  
(Kepala Puskesmas dan Kelompok Kerja Administrasi dan Manajemen)**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
Kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas  
Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

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

**Man (Sumber Daya Manusia)**

**A. Komitmen**

Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang menurut Anda benar.

No.	Pertanyaan	1	2	3	4	Alasan
1.	Apakah anda merasa senang bekerja dalam kesiapan akreditasi di puskesmas ini ?					
2.	Apakah anda merasa nyaman dalam menjalankan pekerjaan untuk kesiapan akreditasi puskesmas ini ?					
3.	Apakah anda merasa pekerjaan persiapan akreditasi puskesmas ini sangat berarti bagi anda ?					
4.	Apakah anda melakukan pekerjaan dalam persiapan akreditasi puskesmas ini karena keinginan bukan kewajiban ?					

No.	Pertanyaan	1	2	3	4	Alasan
5.	Apakah anda merasa pekerjaan yang anda lakukan banyak memberikan manfaat yang diperoleh ?					
6.	Apakah anda mengerahkan seluruh usaha anda melebihi yang diharapkan untuk membantu kesuksesan akreditasi puskesmas ?					
7.	Apakah anda loyal dalam mengerjakan akreditasi di puskesmas ini karena sulit mencari pekerjaan ?					
8.	Apakah kepala puskesmas menekankan bahwa akreditasi puskesmas itu penting ?					
9.	Apakah kepala puskesmas memberikan dukungan terhadap persiapan akreditasi ?					
10.	Apakah kepala puskesmas selalu disiplin dalam melaksanakan persiapan akreditasi puskesmas ?					
<p>Keterangan: 1: Sangat tidak senang/sangat tidak nyaman/sangat tidak berarti/sangat tidak setuju/sngat tidak menekankan/sangat tidak memberikan dukungan/sangat tidak disiplin  2: Tidak senang/tidak nyaman/tidak berarti/tidak setuju/tidak menekankan/tidak memberikan dukungan/tidak disiplin  3: Senang/nyaman/berarti/setuju/menekankan/memberikan dukungan/disiplin  4: Sangat senang/sangat nyaman/sangat berarti/sangat setuju/ sangat menekankan/sangat memberikan dukungan/sangat disiplin</p> <p><b>Kecuali Nomor 7</b>  1: Sangat setuju  2: Setuju  3: Tidak setuju  4: Sangat tidak setuju</p>						

## Lampiran C. Kuesioner Penelitian 2



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995  
Fax ☎ (0331) 322995 Jember (68121)

**Kuesioner Penelitian Untuk Responden Penelitian**  
**(Kelompok Kerja Administrasi dan Manajemen)**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas  
Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

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

-----  
**B. Pengetahuan**

Berilah tanda (x) pada pilihan jawaban yang menurut Anda benar.

1. Berikut ini manakah langkah sebelum melakukan *self assessment* ?
  - a. Pelatihan pemahaman standar dan instrumen akreditasi puskesmas
  - b. Penilaian pra-sertifikasi
  - c. Penyiapan dokumen akreditasi puskesmas
  - d. Penataan sistem UKM dan UKP
2. Berikut ini manakah langkah selanjutnya setelah melakukan pembahasan *self assessment* ?
  - a. Lokakarya di Puskesmas untuk menggalang komitmen
  - b. Pelatihan pemahaman standar dan instrumen akreditasi puskesmas
  - c. Penyiapan dokumen akreditasi puskesmas
  - d. Penataan sistem UKM dan UKP
3. Disebut apakah rangkaian kegiatan tim pendamping dalam penyiapan puskesmas agar memenuhi standar akreditasi ?
  - a. Penilaian pra-akreditasi
  - b. Penilaian pasca-akreditasi
  - c. Pendampingan pra-akreditasi
  - d. Pendampingan pasca-akreditasi

4. Berikut ini manakah kelompok kerja yang dibentuk untuk persiapan akreditasi puskesmas ?
  - a. Kelompok kerja administrasi dan manajemen, kelompok kerja promosi kesehatan, dan kelompok kerja upaya kesehatan masyarakat
  - b. Kelompok kerja manajerial, kelompok kerja upaya promosi kesehatan, dan kelompok kerja upaya kesehatan perseorangan.
  - c. Kelompok kerja administrasi dan manajemen, kelompok kerja upaya kesehatan masyarakat, dan kelompok kerja upaya kesehatan perseorangan.
  - d. Kelompok kerja administrasi dan manajemen, kelompok kerja upaya kesehatan masyarakat, dan kelompok kerja upaya kesehatan klinis.
5. Berikut ini manakah bab yang termasuk pada kelompok administrasi dan manajemen ?
  - a. Penyelenggaraan upaya kesehatan puskesmas
  - b. Penyuluhan kesehatan puskesmas
  - c. Layanan klinis yang berorientasi pasien
  - d. Peningkatan mutu puskesmas
6. Berikut ini manakah standar yang termasuk pada bab kepemimpinan dan manajemen puskesmas ?
  - a. Analisis kebutuhan masyarakat dan perencanaan puskesmas
  - b. Evaluasi pelayanan puskesmas
  - c. Tata kelola sarana puskesmas
  - d. Akses dan pelaksanaan kegiatan
7. Apa saja kriteria dari standar akses dan pelaksanaan kegiatan puskesmas *kecuali* ?
  - a. Jenis-jenis pelayanan Puskesmas memenuhi kebutuhan
  - b. Seluruh jajaran Puskesmas dan masyarakat memperoleh informasi yang memadai tentang kegiatan-kegiatan puskesmas
  - c. Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi secara inovatif

- d. Akses masyarakat terhadap pelaksanaan kegiatan memadai dan tepat waktu
8. Termasuk pada bab manakah ketenagaan puskesmas ?
    - a. Penyelenggaraan pelayanan puskesmas
    - b. Kepemimpinan dan manajemen puskesmas
    - c. Sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat
    - d. Penyuluhan kesehatan puskesmas

### C. Kualifikasi Tim Akreditasi Puskesmas

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah susunan kepanitiaan akreditasi pada kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas Senduro disesuaikan dengan keseharian kerja dari karyawan ?			
2.	Apakah semua karyawan terlibat dalam tim akreditasi ?			
Keterangan: 0: Tidak sesuai/tidak terlibat 1: Sesuai/terlibat				

### Material

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah alat tulis telah tersedia untuk proses persiapan akreditasi puskesmas di kelompok administrasi dan manajemen?			
2.	Apakah alat tulis yang disediakan di kelompok administrasi dan manajemen layak pakai ?			
3.	Apakah kertas telah tersedia untuk proses persiapan akreditasi puskesmas di kelompok administrasi dan manajemen?			

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
4.	Apakah kertas yang disediakan di kelompok administrasi dan manajemen layak pakai?			
5.	Apakah prasarana di Puskesmas Senduro telah memadai ?			
6.	Apakah alat kesehatan telah memadai di Puskesmas Senduro ?			
Keterangan: 0: Tidak tersedia/tidak layak pakai/tidak memadai 1: Tersedia/layak pakai/memadai				

### ***Machines***

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah komputer atau laptop di puskesmas telah tersedia untuk kelompok administrasi dan manajemen ?			
2.	Apakah komputer atau laptop di puskesmas yang digunakan untuk proses persiapan akreditasi puskesmas layak pakai ?			
Keterangan: 0: Tidak tersedia/tidak layak pakai 1: Tersedia/layak pakai				

### ***Method (Metode)***

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah pada puskesmas disediakan buku pedoman akreditasi puskesmas ?			
2.	Apakah dalam proses persiapan akreditasi puskesmas dalam kelompok administrasi dan manajemen menyesuaikan dengan buku pedoman akreditasi puskesmas ?			
3.	Apakah pada puskesmas disediakan alur proses akreditasi puskesmas ?			

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
4.	Apakah dalam proses persiapan akreditasi puskesmas dalam kelompok administrasi dan manajemen menyesuaikan dengan alur proses akreditasi puskesmas ?			
Keterangan: 0: Tidak 1: Iya				

**Time (Waktu)**

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah ada waktu untuk persiapan akreditasi puskesmas disamping pelayanan yang harus diselenggarakan puskesmas ?			
2.	Apakah waktu untuk mempersiapkan akreditasi puskesmas cukup ?			
Keterangan: 0: Tidak ada waktu/tidak cukup 1: Ada waktu/cukup				

Pertanyaan	Jawaban					
	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
Jumlah jam kerja yang digunakan untuk pelayanan pasien.						
Jumlah jam kerja yang luang atau tidak melayani pasien (kecuali jam istirahat).						
Jumlah jam untuk mengerjakan 1 dokumen.						

## Lampiran D. Kuesioner Penelitian 3



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

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

**Kuesioner Penelitian Untuk Responden Penelitian  
(Kelompok Kerja Administrasi dan Manajemen)**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas  
Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

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

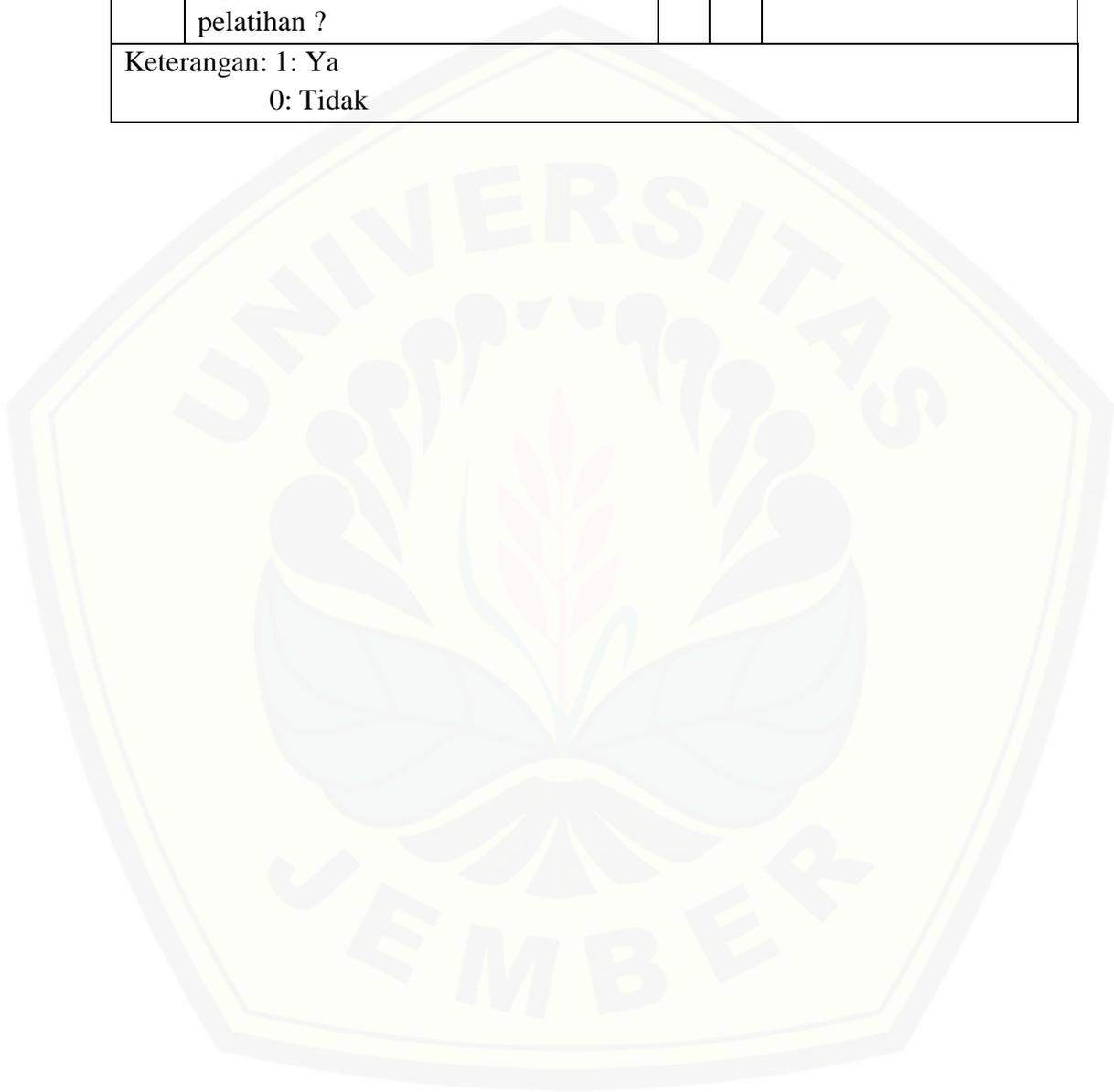
**Lokakarya Puskesmas**

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah anda mengikuti lokakarya di puskesmas ?			
2.	Apakah dengan adanya lokakarya puskesmas dapat meningkatkan komitmen anda untuk melaksanakan akreditasi puskesmas ?			
3.	Apakah ada evaluasi setelah diadakan lokakarya puskesmas ?			
4.	Apakah lokakarya dilakukan lebih dari sehari ?			
Keterangan: 1: Ya 0: Tidak				

**Pelatihan**

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah anda mengikuti pelatihan akreditasi puskesmas ?			

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
2.	Apakah dengan adanya pelatihan akreditasi puskesmas dapat meningkatkan pengetahuan anda ?			
3.	Apakah ada evaluasi setelah diadakan pelatihan ?			
Keterangan: 1: Ya 0: Tidak				



## Lampiran E. Kuesioner Penelitian 4



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995  
 Fax ☎ (0331) 322995 Jember (68121)

**Kuesioner Penelitian Untuk Responden Penelitian**  
**(Koordinator Kelompok Kerja Administrasi dan Manajemen)**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
 Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas  
 Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

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

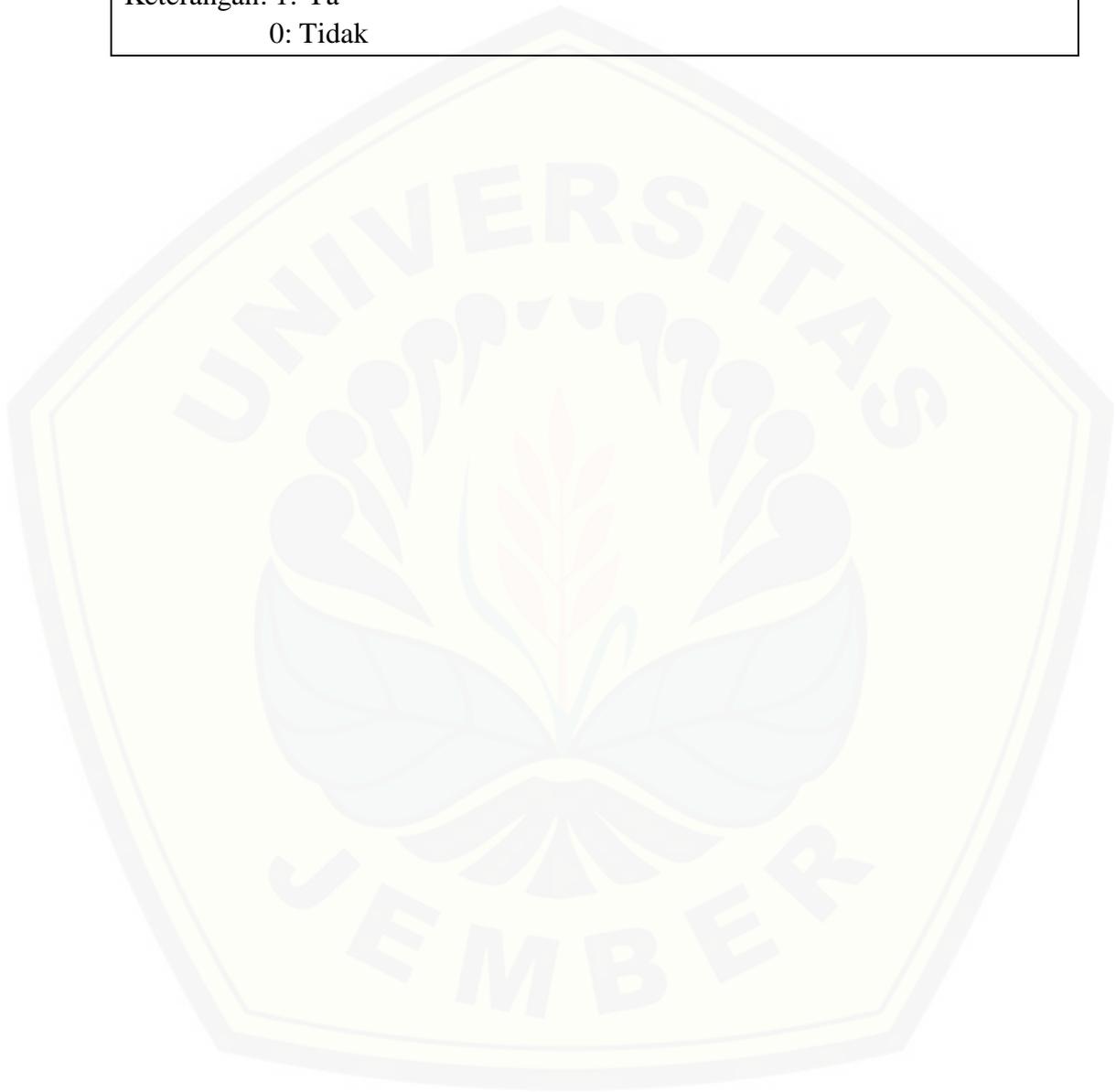
**Pelaksanaan *Self Assessment***

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah telah dilaksanakan <i>self assessment</i> pada kelompok administrasi dan manajemen?			
2.	Apakah dilakukan pemetaan dokumen untuk persiapan akreditasi setelah dilakukan <i>self assessment</i> ?			
Keterangan: 1: Ya 0: Tidak				

**Pembahasan *Self Assessment***

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah telah dilaksanakan pembahasan <i>self assessment</i> ?			
2.	Apakah dilakukan diskusi agar terdapat pembagian pengerjaan dokumen tiap kelompok sesuai dengan pemetaan dokumen agar tidak terdapat pengerjaan dokumen ganda ?			

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
3.	Apakah dilakukan pendampingan oleh tim pendamping akreditasi pada saat pembahasan <i>self assessment</i> ?			
Keterangan: 1: Ya 0: Tidak				



Lampiran F. Kuesioner Penelitian 5



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995  
 Fax ☎ (0331) 322995 Jember (68121)

### Kuesioner Penelitian Untuk Responden Penelitian

**(Bendahara Panitia Persiapan Akreditasi Puskesmas dan Koordinator  
 Kelompok Kerja Administrasi dan Manajemen)**

#### Money (Pendanaan)

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
 Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas  
 Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

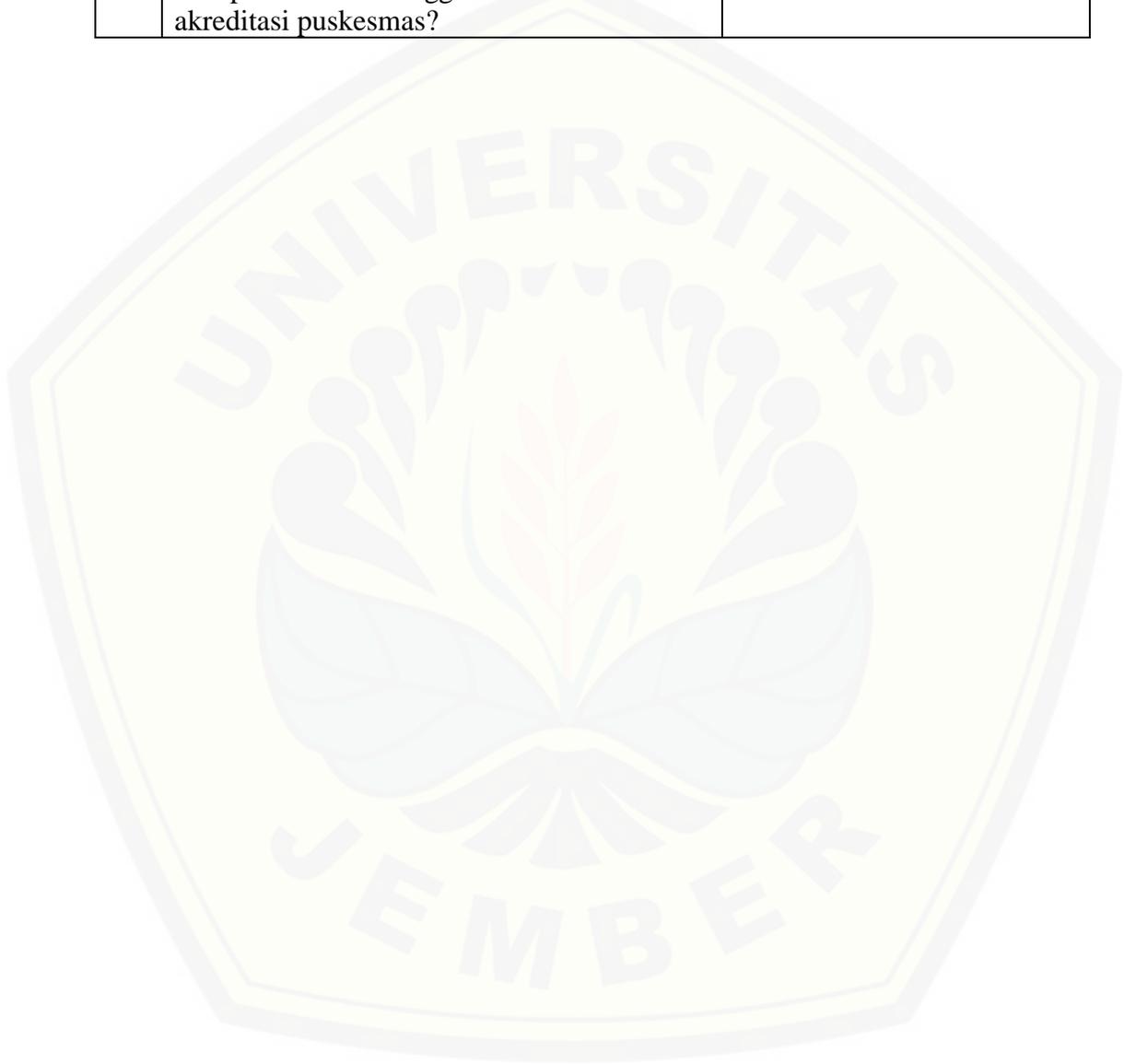
Panduan Pengisian :

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

Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang menurut Anda benar.

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah disusun rencana anggaran untuk setiap proses akreditasi puskesmas di kelompok administrasi dan manajemen ?			
2.	Apakah sumber dana dalam proses akreditasi puskesmas di kelompok administrasi dan manajemen berasal dari APBD ?			
3.	Apakah kelompok administrasi dan manajemen pernah mengeluarkan biaya mandiri seperti makan lembur dan ATK pada proses akreditasi puskesmas ?			
4.	Apakah kebutuhan dari kelompok administrasi dan manajemen telah terpenuhi dengan dana yang diberikan ?			
Keterangan: 0: Tidak 1: Iya <b>Kecuali Nomor 2 dan 3</b> 0: Iya 1: Tidak				

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Berapa anggaran untuk akreditasi Puskesmas?	
2.	Apa saja rincian atau untuk apa saja anggaran akreditasi puskesmas yang telah ada?	
2.	Berapa kebutuhan anggaran untuk akreditasi puskesmas?	



Lampiran G. Lembar *Checklist* 1

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995  
 Fax ☎ (0331) 322995 Jember (68121)

**Lembar *Checklist* Untuk Responden Penelitian**  
**(Kelompok Administrasi dan Manajemen)**

**Penyiapan Dokumen Akreditasi dan Implementasi Dokumen yang Telah Tersusun**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
 Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas  
 Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
<b>Surat Keputusan</b>				
1.	Jenis pelayanan yang disediakan berdasar prioritas.			
2.	Inovasi kepala puskesmas → bukti inovasi dalam perbaikan program maupun pelayanan di puskesmas.			
3.	Penetapan indikator prioritas untuk monitoring dan menilai proses pelaksanaan/upaya puskesmas dan pencapaian hasil pelayanan.			
4.	Penerapan manajemen risiko dalam pelaksanaan program maupun pelayanan di puskesmas.			
5.	Indikator dan standar kinerja.			
6.	Tahapan cakupan upaya puskesmas untuk mencapai indikator dalam mengukur kinerja puskesmas sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.			
7.	Uraian tugas.			
8.	Penetapan penanggung jawab program puskesmas.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
9.	Kewajiban mengikuti program orientasi dan pelatihan bagi kepala puskesmas, penanggung jawab program, dan pelaksana kegiatan yang baru.			
10.	Kejelasan visi, misi, tujuan, dan tata nilai puskesmas.			
11.	Kebijakan tentang pengendalian dokumen dan pengendalian rekaman pelaksanaan kegiatan.			
12.	Ketetapan pelaksanaan komunikasi internal pada semua tingkat manajemen.			
13.	Kejelasan tanggung jawab dan uraian tugas pengelolaan keuangan.			
14.	Ketersediaan data dan informasi serta uraian tugas pengelola informasi di puskesmas.			
15.	Kejelasan hak dan tanggung jawab pengguna puskesmas.			
16.	Peraturan bagi karyawan dalam pelaksanaan upaya puskesmas dan kegiatan pelayanan di Puskesmas.			
17.	Pengelola kontrak kerja.			
18.	Penanggung jawab kebersihan lingkungan puskesmas.			
19.	Penanggung jawab kendaraan.			
20.	Penanggung jawab manajemen mutu.			
21.	Kebijakan mutu.			
<b>Pedoman Mutu/Panduan Terkait Pelayanan</b>				
22.	Pedoman manual mutu.			
23.	Kepegawaian meliputi penilaian kinerja, uraian tugas, dan persyaratan tenaga kesehatan.			
24.	Bangunan puskesmas.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
25.	Panduan kerja.			
26.	Pengelolaan keuangan.			
27.	Pedoman kontrak kerja sama.			
28.	Kejelasan indikator dan standar kinerja pada pihak ketiga.			
29.	Peningkatan mutu dan kinerja puskesmas.			
<b>Kerangka Acuan</b>				
30.	Identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat.			
31.	Penyusunan perencanaan puskesmas.			
32.	Umpan balik tentang mutu, kinerja pelayanan, dan kepuasan terhadap pelayanan puskesmas.			
33.	Identifikasi peluang pengembangan program maupun pelayanan di puskesmas melalui survei.			
34.	Mekanisme untuk melakukan revisi terhadap perencanaan operasional jika diperlukan berdasarkan hasil monitoring pencapaian kegiatan dan hasil penilaian kinerja.			
35.	Survei pengguna pelayanan tentang jenis pelayanan yang disediakan dan pemanfaatan pelayanan.			
36.	Pemberian informasi lintas program dan lintas sektor tentang tujuan, sasaran, tugas pokok, fungsi Puskesmas, dan program kesehatan serta pelayanan yang disediakan puskesmas.			
37.	Evaluasi tentang akses terhadap petugas yang melayani program, dan akses terhadap puskesmas, dan kemudahan untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan melalui survei.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
38.	Penyusunan jadwal kegiatan puskesmas di dalam dan di luar gedung.			
39.	Koordinasi dan integrasi dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di puskesmas, dan dukungan kepala puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan program dan pelayanan di puskesmas.			
40.	Proses identifikasi, kajian, tindak lanjut masalah-masalah spesifik dan potensial yang terkait dengan penyelenggaraan program dan pelayanan puskesmas.			
41.	Monitoring pelaksanaan kegiatan dan pelayanan puskesmas.			
42.	Perbaikan proses alur kerja untuk meningkatkan efisiensi agar dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna layanan.			
43.	Kesempatan konsultasi bagi pelaksana dalam pelaksanaan program dan pelayanan.			
44.	Penilaian kinerja dalam pelaksanaan upaya puskesmas dan kegiatan pelayanan puskesmas.			
45.	Penetapan tahapan untuk mencapai target yang ditetapkan.			
46.	Hasil penilaian kinerja puskesmas dianalisis dan di umpan balikkan pada pihak terkait.			
47.	Perbandingan data kinerja terhadap standar dan kaji banding dengan puskesmas lain.			
48.	Analisis kebutuhan pendirian puskesmas melalui survey konsumen.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
49.	Monitoring sarana dan prasarana puskesmas.			
50.	Tindak lanjut terhadap monitoring.			
51.	Analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan dan pelayanan yang ada (survey internal).			
52.	Penetapan persyaratan kompetensi untuk tiap jenis tenaga yang dibutuhkan (rapat internal).			
53.	Upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan yang dipersyaratkan, rencana pemenuhan dan tindak lanjut.			
54.	Penetapan alur komunikasi dan koordinasi.			
55.	Evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas.			
56.	Kajian secara periodik terhadap struktur organisasi puskesmas, tindak lanjut hasil kajian.			
57.	Penyusunan rencana pengembangan kompetensi.			
58.	Pola ketenagaan yang disusun berdasarkan kebutuhan.			
59.	Evaluasi penerapan hasil pelatihan terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan.			
60.	Program orientasi bagi karyawan baru.			
61.	Peninjauan ulang tata nilai dan tujuan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.			
62.	Pelaksanaan mekanisme penilaian kinerja sejalan dengan visi, misi, tujuan, dan tata nilai puskesmas.			
63.	Pelaksanaan komunikasi yang efektif dengan masyarakat dalam penyelenggara upaya puskesmas.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
64.	Kajian secara periodik terhadap akuntabilitas penanggung jawab program dan penanggung jawab pelayanan.			
65.	Identifikasi hasil lokmin internal dan eksternal terkait penyelenggaraan program dan kegiatan puskesmas.			
66.	Pembinaan, komunikasi dan koordinasi, evaluasi dengan pihak terkait terhadap peran serta dalam penyelenggaraan program dan kegiatan puskesmas.			
67.	Mekanisme penyusunan pedoman, prosedur, dan kebijakan.			
68.	Komunikasi internal untuk membahas pelaksanaan dan permasalahan dalam pelaksanaan upaya/kegiatan puskesmas.			
69.	Identifikasi risiko, analisis risiko, dan pencegahan risiko survey dengan kuesioner dan observasi.			
70.	Evaluasi dan tindak lanjut dampak negatif terhadap lingkungan dan mencegah terhadap dampak tersebut.			
71.	Penyusunan program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas kesehatan dengan penanggung jawab dan jadwal yang jelas.			
72.	Pelaksanaan pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dan tindak lanjut terhadap hasil pembinaan.			
73.	Audit penilaian kinerja pengelola keuangan puskesmas (inspeksi).			
74.	Identifikasi data dan informasi yang harus ada di puskesmas (survey internal).			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
75.	Pelaksanaan pelaporan dan distribusi informasi, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pengelolaan data dan informasi.			
76.	Sosialisasi kepada masyarakat dan pihak terkait tentang hak dan kewajiban pengguna pelayanan.			
77.	Kesepakatan bersama peraturan internal puskesmas.			
78.	Monitoring dan evaluasi pengelola pelayanan terhadap pihak ketiga, tindak lanjut, dan evaluasi terhadap hasil monitoring.			
79.	Penggalangan komitmen bersama untuk meningkatkan mutu.			
80.	Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja.			
81.	Pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen, rekomendasi hasil pertemuan, ditindaklanjuti, dan dievaluasi.			
82.	Keterlibatan pihak terkait dan berperan aktif dalam peningkatan mutu meliputi penyampaian ide-ide untuk peningkatan mutu.			
83.	Audit internal terhadap upaya peningkatan mutu, dan tindak lanjut terhadap temuan dan rekomendasi hasil audit internal.			
84.	Pelaksanaan survei/kegiatan forum-forum pemberdayaan masyarakat untuk mengetahui kebutuhan dan harapan pengguna terpenuhi.			
85.	Analisis dan evaluasi hasil survei forum pemberdayaan.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
86.	Analisis masalah mutu/hasil yang tidak sesuai dan tindak korektif, preventif serta tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai.			
87.	Penyesuaian rencana, instrumen kaji banding.			
88.	Pelaksanaan kaji banding, analisis hasil kaji banding, penyusunan tindak lanjut kaji banding.			
89.	Pelaksanaan tindak lanjut kaji banding dan evaluasi terhadap pelaksanaan kaji banding dan tindak lanjutnya.			
<b>Perencanaan Tingkat Puskesmas</b>				
90.	Rencana strategis puskesmas.			
91.	RUK puskesmas (yang mempertimbangkan informasi kebutuhan masyarakat, memuat data dan analisis penilaian kinerja) .			
92.	RPK puskesmas (yang mempertimbangkan informasi kebutuhan masyarakat).			
93.	Rencana pengembangan pengelolaan puskesmas dan karyawan sesuai dengan kompetensi.			
94.	Rencana kegiatan perbaikan mutu dan kinerja puskesmas.			
<b>SOP</b>				
95.	Identifikasi kebutuhan masyarakat dan tanggap masyarakat terhadap mutu pelayanan.			
96.	Monitoring terhadap proses pelaksanaan upaya puskesmas dan pencapaian hasil pelayanan			
97.	Analisis terhadap hasil/monitoring dan tindak lanjut monitoring.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
98.	Koordinasi dan integrasi penyelenggaraan program dan penyelenggaraan pelayanan.			
99.	Kajian dan tindak lanjut terhadap masalah-masalah spesifik dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di puskesmas.			
100.	Konsultasi dari pelaksana kepada penanggung jawab program dan atau atasan.			
101.	Penyelenggaraan program dan penyelenggaraan pelayanan.			
102.	Tertib administratif.			
103.	Pengembangan teknologi untuk mempercepat proses pelayanan.			
104.	Keluhan dan umpan balik dari masyarakat, pengguna pelayanan, media komunikasi yang disediakan untuk menyampaikan umpan balik.			
105.	Penilaian kinerja oleh pimpinan dan penanggung jawab.			
106.	Monitoring terhadap pemeliharaan prasarana dan fungsi prasarana puskesmas yang ada.			
107.	Monitoring terhadap pemeliharaan dan fungsi peralatan medis dan non medis.			
108.	Komunikasi dan koordinasi yang ada pada struktur.			
109.	Pemeliharaan catatan dokumen.			
110.	Kegiatan pelatihan orientasi bagi karyawan baru.			
111.	Mengikuti seminar, pendidikan, dan pelatihan.			
112.	Kegiatan peninjauan kembali tata nilai dan fungsi puskesmas.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
113.	Pengarahan kepala Puskesmas/penanggung jawab dalam pelaksanaan tugas.			
114.	Pencatatan dan pelaporan.			
115.	Pemberdayaan masyarakat dalam perencanaan/pelaksanaan program kesehatan.			
116.	Komunikasi efektif dengan masyarakat dalam penyelenggaraan upaya puskesmas.			
117.	Kajian terhadap akuntabilitas penanggung jawab upaya puskesmas.			
118.	Pendelegasian wewenang.			
119.	Umpan balik (pelaporan) dari pelaksana kepada penanggung jawab program dan pimpinan puskesmas untuk perbaikan kinerja.			
120.	Evaluasi peran pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan upaya puskesmas.			
121.	Pelaksanaan kegiatan-kegiatan upaya puskesmas.			
122.	Pengendalian dokumen dan rekaman.			
123.	Komunikasi internal.			
124.	Kajian dampak negatif kegiatan Puskesmas terhadap lingkungan.			
125.	Audit penilaian kinerja pengelola keuangan.			
126.	Pengelola keuangan.			
127.	Pengumpulan, penyimpanan, dan <i>retrieving</i> (pencarian kembali) data.			
128.	Analisis data.			
129.	Pelaporan dan distribusi informasi.			
130.	Penyelenggaraan puskesmas mencerminkan pemenuhan hak dan kewajiban pengguna puskesmas.			

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)	Telah Diimplementasikan (1)
131.	Monitoring dan evaluasi pelayanan terhadap pihak ketiga.			
132.	Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan.			
133.	Pelaksanaan kebersihan lingkungan.			
134.	Perawatan kendaraan.			
135.	Pertemuan tinjauan manajemen.			
136.	Audit internal, pembentukan tim audit internal, program kerja audit internal.			
137.	Rujukan jika tidak dapat menyelesaikan masalah hasil rekomendasi dari audit internal.			
138.	Mekanisme mendapatkan asupan pengguna tentang kinerja puskesmas.			
139.	Tindakan korektif dan preventif.			
140.	Pelaksanaan kaji banding.			

## Lampiran H. Kuesioner Penelitian 6



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995  
 Fax ☎ (0331) 322995 Jember (68121)

**Kuesioner Penelitian Untuk Responden Penelitian**  
**(Kelompok Kerja Administrasi dan Manajemen)**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
 Kelompok Administrasi dan Manajemen di Puskesmas  
 Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian :

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

**Monitoring dan Evaluasi**

No.	Pertanyaan	0	1	Alasan
1.	Apakah koordinator kelompok kerja administrasi dan manajemen melakukan pengawasan saat penyiapan proses akreditasi puskesmas ?			
2.	Apakah tim pendamping akreditasi melakukan pengawasan saat penyiapan proses akreditasi puskesmas ?			
3.	Apakah telah dilaksanakan penilaian pra-sertifikasi ?			
Keterangan: 0: Tidak 1: Iya				

Lampiran I. Lembar *Checklist* 2

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS JEMBER  
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
 Jl. Kalimantan I/93 Telp ☎ (0331) 337878, 322995  
 Fax ☎ (0331) 322995 Jember (68121)

**Lembar *Checklist* Untuk Responden Penelitian  
 (Kelompok Administrasi dan Manajemen)**

Judul : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada  
 Kelompok administrasi dan manajemen di Puskesmas  
 Senduro Kabupaten Lumajang.

Tanggal Wawancara :

No.	Dokumen	Ada	Tidak
<b>Komitmen</b>			
1.	Apakah ada tanda tangan komitmen di spanduk?		
<b>Lokakarya Puskesmas</b>			
2.	Apakah ada daftar hadir Lokakarya Puskesmas?		
3.	Apakah ada dokumentasi kegiatan?		
4.	Apakah ada kerangka acuan lokakarya Puskesmas?		
<b>Pelaksanaan <i>Self Assessment</i></b>			
5.	Apakah ada kerangka acuan dari pelaksanaan <i>self assessment</i> ?		
<b>Pembahasan Hasil <i>Self Assessment</i></b>			
6.	Apakah ada dokumen hasil pembahasan <i>self assessment</i> ?		
7.	Apakah ada dokumen rencana tindak lanjut dari pembahasan hasil <i>self assessment</i> ?		

**Lampiran J. Hasil Validitas dan Reliabilitas**

Hasil Validitas dan Reliabilitas Variabel Komitmen

**Correlations**

	X1	X3	X4	X5	X8	X9	X12	TotalX
Pearson Correlation	1	1,000**	,400	,730	,400	1,000**	,400	,848*
X1 Sig. (2-tailed)		,000	,374	,062	,374	,000	,374	,016
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	1,000**	1	,400	,730	,400	1,000**	,400	,848*
X3 Sig. (2-tailed)	,000		,374	,062	,374	,000	,374	,016
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,400	,400	1	,548	1,000**	,400	1,000**	,814*
X4 Sig. (2-tailed)	,374	,374		,203	,000	,374	,000	,026
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,730	,730	,548	1	,548	,730	,548	,836*
X5 Sig. (2-tailed)	,062	,062	,203		,203	,062	,203	,019
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,400	,400	1,000**	,548	1	,400	1,000**	,814*
X8 Sig. (2-tailed)	,374	,374	,000	,203		,374	,000	,026
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	1,000**	1,000**	,400	,730	,400	1	,400	,848*
X9 Sig. (2-tailed)	,000	,000	,374	,062	,374		,374	,016
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,400	,400	1,000**	,548	1,000**	,400	1	,814*
X12 Sig. (2-tailed)	,374	,374	,000	,203	,000	,374		,026
N	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,848*	,848*	,814*	,836*	,814*	,848*	,814*	1
TotalX Sig. (2-tailed)	,016	,016	,026	,019	,026	,016	,026	
N	7	7	7	7	7	7	7	7

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,925	7

Lampiran J. Hasil Validitas dan Reliabilitas

Validitas dan Reliabilitas Variabel Pengetahuan

Reliability Statistics

Correlations

	X2	X3	X4	X6	X8	X10	X11	X12	Xtot
Pearson Correlation	1	1,000**	,750	,417	1,000**	,417	,548	,750	,865*
X2 Sig. (2-tailed)		,000	,052	,352	,000	,352	,203	,052	,012
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	1,000**	1	,750	,417	1,000**	,417	,548	,750	,865*
X3 Sig. (2-tailed)	,000		,052	,352	,000	,352	,203	,052	,012
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,750	,750	1	,750	,750	,750	,730	1,000**	,951**
X4 Sig. (2-tailed)	,052	,052		,052	,052	,052	,062	,000	,001
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,417	,417	,750	1	,417	1,000**	,548	,750	,778*
X6 Sig. (2-tailed)	,352	,352	,052		,352	,000	,203	,052	,039
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	1,000**	1,000**	,750	,417	1	,417	,548	,750	,865*
X8 Sig. (2-tailed)	,000	,000	,052	,352		,352	,203	,052	,012
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,417	,417	,750	1,000**	,417	1	,548	,750	,778*
X10 Sig. (2-tailed)	,352	,352	,052	,000	,352		,203	,052	,039
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,548	,548	,730	,548	,548	,548	1	,730	,758*
X11 Sig. (2-tailed)	,203	,203	,062	,203	,203	,203		,062	,048
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,750	,750	1,000**	,750	,750	,750	,730	1	,951**
X12 Sig. (2-tailed)	,052	,052	,000	,052	,052	,052	,062		,001
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pearson Correlation	,865*	,865*	,951**	,778*	,865*	,778*	,758*	,951**	1
Xtot Sig. (2-tailed)	,012	,012	,001	,039	,012	,039	,048	,001	
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Cronbach's Alpha	N of Items
,946	8

## Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
<b>Surat Keputusan</b>			
1.	Jenis pelayanan yang disediakan berdasar prioritas.	√	
2.	Inovasi kepala puskesmas → bukti inovasi dalam perbaikan program maupun pelayanan di puskesmas.		√
3.	Penetapan indikator prioritas untuk monitoring dan menilai proses pelaksanaan/upaya puskesmas dan pencapaian hasil pelayanan.		√
4.	Penerapan manajemen risiko dalam pelaksanaan program maupun pelayanan di puskesmas.	√	
5.	Indikator dan standar kinerja.	√	
6.	Tahapan cakupan upaya puskesmas untuk mencapai indikator dalam mengukur kinerja puskesmas sesuai dengan target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.	√	
7.	Uraian tugas.	√	
8.	Penetapan penanggung jawab program puskesmas.	√	
9.	Kewajiban mengikuti program orientasi dan pelatihan bagi kepala puskesmas, penanggung jawab program, dan pelaksana kegiatan yang baru.	√	
10.	Kejelasan visi, misi, tujuan, dan tata nilai puskesmas.	√	
11.	Kebijakan tentang pengendalian dokumen dan pengendalian rekaman pelaksanaan kegiatan.	√	
12.	Ketetapan pelaksanaan komunikasi internal pada semua tingkat manajemen.	√	
13.	Kejelasan tanggung jawab dan uraian tugas pengelolaan keuangan.	√	
14.	Ketersediaan data dan informasi serta uraian tugas pengelola informasi di puskesmas.	√	
15.	Kejelasan hak dan tanggung jawab pengguna puskesmas.	√	
16.	Peraturan bagi karyawan dalam pelaksanaan upaya puskesmas dan kegiatan pelayanan di puskesmas.		√
17.	Pengelola kontrak kerja.	√	
18.	Penanggung jawab kebersihan lingkungan puskesmas.	√	
19.	Penanggung jawab kendaraan.	√	
20.	Penanggung jawab manajemen mutu.	√	
21.	Kebijakan mutu.	√	

## Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
<b>Pedoman Mutu/Panduan Terkait Pelayanan</b>			
22.	Pedoman manual mutu.		√
23.	Kepegawaian meliputi penilaian kinerja, uraian tugas, dan persyaratan tenaga kesehatan.	√	
24.	Bangunan puskesmas.		√
25.	Panduan kerja.		√
26.	Pengelolaan keuangan.	√	
27.	Pedoman kontrak kerja sama.	√	
28.	Kejelasan indikator dan standar kinerja pada pihak ketiga.	√	
29.	Peningkatan mutu dan kinerja puskesmas.	√	
<b>Kerangka Acuan</b>			
30.	Identifikasi kebutuhan dan harapan dari masyarakat.		√
31.	Penyusunan perencanaan puskesmas.		√
32.	Umpan balik tentang mutu, kinerja pelayanan, dan kepuasan terhadap pelayanan puskesmas.	√	
33.	Identifikasi peluang pengembangan program maupun pelayanan di puskesmas melalui survei.		√
34.	Mekanisme untuk melakukan revisi terhadap perencanaan operasional jika diperlukan berdasarkan hasil monitoring pencapaian kegiatan dan hasil penilaian kinerja.		√
35.	Survei pengguna pelayanan tentang jenis pelayanan yang disediakan dan pemanfaatan pelayanan.		√
36.	Pemberian informasi lintas program dan lintas sektor tentang tujuan, sasaran, tugas pokok, fungsi puskesmas, dan program kesehatan serta pelayanan yang disediakan puskesmas.		√
37.	Evaluasi tentang akses terhadap petugas yang melayani program, dan akses terhadap puskesmas, dan kemudahan untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan melalui survei.		√
38.	Penyusunan jadwal kegiatan puskesmas di dalam dan di luar gedung.		√

**Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi**

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
39.	Koordinasi dan integrasi dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di puskesmas, dan dukungan kepala puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan program dan pelayanan di puskesmas.		√
40.	Proses identifikasi, kajian, tindak lanjut masalah-masalah spesifik dan potensial yang terkait dengan penyelenggaraan program dan pelayanan puskesmas.		√
41.	Monitoring pelaksanaan kegiatan dan pelayanan puskesmas.		√
42.	Perbaikan proses alur kerja untuk meningkatkan efisiensi agar dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna layanan.		√
43.	Kesempatan konsultasi bagi pelaksana dalam pelaksanaan program dan pelayanan.		√
44.	Penilaian kinerja dalam pelaksanaan upaya puskesmas dan kegiatan pelayanan puskesmas.		√
45.	Penetapan tahapan untuk mencapai target yang ditetapkan.		√
46.	Hasil penilaian kinerja puskesmas dianalisis dan di umpan balikkan pada pihak terkait.		√
47.	Perbandingan data kinerja terhadap standar dan kaji banding dengan puskesmas lain.		√
48.	Analisis kebutuhan pendirian puskesmas melalui survey konsumen.		√
49.	Monitoring sarana dan prasarana puskesmas.		√
50.	Tindak lanjut terhadap monitoring.		√
51.	Analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan kebutuhan kebutuhan dan pelayanan yang ada (survey internal).		√
52.	Penetapan persyaratan kompetensi untuk tiap jenis tenaga yang dibutuhkan (rapat internal).		√
53.	Upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan yang dipersyaratkan, rencana pemenuhan dan tindak lanjut.		√
54.	Penetapan alur komunikasi dan koordinasi.		√
55.	Evaluasi terhadap pelaksanaan uraian tugas.		√

**Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi**

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
56.	Kajian secara periodik terhadap struktur organisasi puskesmas, tindak lanjut hasil kajian.		√
57.	Penyusunan rencana pengembangan kompetensi.		√
58.	Pola ketenagaan yang disusun berdasarkan kebutuhan.		√
59.	Evaluasi penerapan hasil pelatihan terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan.		√
60.	Program orientasi bagi karyawan baru.	√	
61.	Peninjauan ulang tata nilai dan tujuan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan.		√
62.	Pelaksanaan mekanisme penilaian kinerja sejalan dengan visi, misi, tujuan, dan tata nilai puskesmas.		√
63.	Pelaksanaan komunikasi yang efektif dengan masyarakat dalam penyelenggara upaya puskesmas.		√
64.	Kajian secara periodik terhadap akuntabilitas penanggung jawab program dan penanggung jawab pelayanan.	√	
65.	Identifikasi hasil lokmin internal dan eksternal terkait penyelenggaraan program dan kegiatan puskesmas.		√
66.	Pembinaan, komunikasi dan koordinasi, evaluasi dengan pihak terkait terhadap peran serta dalam penyelenggaraan program dan kegiatan puskesmas.		√
67.	Mekanisme penyusunan pedoman, prosedur, dan kebijakan.		√
68.	Komunikasi internal untuk membahas pelaksanaan dan permasalahan dalam pelaksanaan upaya/kegiatan puskesmas.		√
69.	Identifikasi risiko, analisis risiko, dan pencegahan risiko survey dengan kuesioner dan observasi.		√
70.	Evaluasi dan tindak lanjut dampak negatif terhadap lingkungan dan mencegah terhadap dampak tersebut.		√
71.	Penyusunan program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas kesehatan dengan penanggung jawab dan jadwal yang jelas.		√
72.	Pelaksanaan pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dan tindak lanjut terhadap hasil pembinaan.		√

**Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi**

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
73.	Audit penilaian kinerja pengelola keuangan puskesmas (inspeksi).		√
74.	Identifikasi data dan informasi yang harus ada di puskesmas (survey internal).		√
75.	Pelaksanaan pelaporan dan distribusi informasi, evaluasi dan tindak lanjut terhadap pengelolaan data dan informasi.		√
76.	Sosialisasi kepada masyarakat dan pihak terkait tentang hak dan kewajiban pengguna pelayanan.		√
77.	Kesepakatan bersama peraturan internal puskesmas.		√
78.	Monitoring dan evaluasi pengelola pelayanan terhadap pihak ketiga, tindak lanjut, dan evaluasi terhadap hasil monitoring.		√
79.	Penggalangan komitmen bersama untuk meningkatkan mutu.		√
80.	Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja.		√
81.	Pelaksanaan pertemuan tinjauan manajemen, rekomendasi hasil pertemuan, ditindaklanjuti, dan dievaluasi.		√
82.	Keterlibatan pihak terkait dan berperan aktif dalam peningkatan mutu meliputi penyampaian ide-ide untuk peningkatan mutu.		√
83.	Audit internal terhadap upaya peningkatan mutu, dan tindak lanjut terhadap temuan dan rekomendasi hasil audit internal.		√
84.	Pelaksanaan survei/kegiatan forum-forum pemberdayaan masyarakat untuk mengetahui kebutuhan dan harapan pengguna terpenuhi.		√
85.	Analisis dan evaluasi hasil survei forum pemberdayaan.		√
86.	Analisis masalah mutu/hasil yang tidak sesuai dan tindak korektif, preventif serta tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai.		√
87.	Penyesuaian rencana, instrumen kaji banding.		√

**Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi**

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
88.	Pelaksanaan kaji banding, analisis hasil kaji banding, penyusunan tindak lanjut kaji banding.		√
89.	Pelaksanaan tindak lanjut kaji banding dan evaluasi terhadap pelaksanaan kaji banding dan tindak lanjutnya.		√
<b>Perencanaan Tingkat Puskesmas</b>			
90.	Rencana strategis puskesmas.		√
91.	RUK puskesmas (yang mempertimbangkan informasi kebutuhan masyarakat, memuat data dan analisis penilaian kinerja) .	√	
92.	RPK puskesmas (yang mempertimbangkan informasi kebutuhan masyarakat).	√	
93.	Rencana pengembangan pengelolaan puskesmas dan karyawan sesuai dengan kompetensi.	√	
94.	Rencana kegiatan perbaikan mutu dan kinerja puskesmas.	√	
<b>SOP</b>			
95.	Identifikasi kebutuhan masyarakat dan tanggap masyarakat terhadap mutu pelayanan.		√
96.	Monitoring terhadap proses pelaksanaan upaya puskesmas dan pencapaian hasil pelayanan		√
97.	Analisis terhadap hasil/monitoring dan tindak lanjut monitoring.		√
98.	Koordinasi dan integrasi penyelenggaraan program dan penyelenggaraan pelayanan.		√
99.	Kajian dan tindak lanjut terhadap masalah-masalah spesifik dalam penyelenggaraan program dan pelayanan di puskesmas.		√
100.	Konsultasi dari pelaksana kepada penanggung jawab program dan atau atasan.		√
101.	Penyelenggaraan program dan penyelenggaraan pelayanan.	√	
102.	Tertib administratif.	√	
103.	Pengembangan teknologi untuk mempercepat proses pelayanan.		√

**Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi**

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
104.	Keluhan dan umpan balik dari masyarakat, pengguna pelayanan, media komunikasi yang disediakan untuk menyampaikan umpan balik.	√	
105.	Penilaian kinerja oleh pimpinan dan penanggung jawab.	√	
106.	Monitoring terhadap pemeliharaan prasarana dan fungsi prasarana puskesmas yang ada.	√	
107.	Monitoring terhadap pemeliharaan dan fungsi peralatan medis dan non medis.	√	
108.	Komunikasi dan koordinasi yang ada pada struktur.	√	
109.	Pemeliharaan catatan dokumen.	√	
110.	Kegiatan pelatihan orientasi bagi karyawan baru.		√
111.	Mengikuti seminar, pendidikan, dan pelatihan.	√	
112.	Kegiatan peninjauan kembali tata nilai dan fungsi puskesmas.	√	
113.	Pengarahan kepala puskesmas/penanggung jawab dalam pelaksanaan tugas.	√	
114.	Pencatatan dan pelaporan.	√	
115.	Pemberdayaan masyarakat dalam perencanaan/pelaksanaan program kesehatan.	√	
116.	Komunikasi efektif dengan masyarakat dalam penyelenggaraan upaya puskesmas.	√	
117.	Kajian terhadap akuntabilitas penanggung jawab upaya puskesmas.	√	
118.	Pendelegasian wewenang.	√	
119.	Umpan balik (pelaporan) dari pelaksana kepada penanggung jawab program dan pimpinan Puskesmas untuk perbaikan kinerja.	√	
120.	Evaluasi peran pihak-pihak yang terkait dalam penyelenggaraan upaya puskesmas.	√	
121.	Pelaksanaan kegiatan-kegiatan upaya puskesmas.	√	
122.	Pengendalian dokumen dan rekaman.	√	
123.	Komunikasi internal.	√	

**Lampiran K. Hasil Penyiapan Dokumen Akreditasi**

No.	Dokumen	Ada (1)	Tidak (0)
124.	Kajian dampak negatif kegiatan puskesmas terhadap lingkungan.	√	
125.	Audit penilaian kinerja pengelola keuangan.	√	
126.	Pengelola keuangan.		√
127.	Pengumpulan, penyimpanan, dan <i>retrieving</i> (pencarian kembali) data.	√	
128.	Analisis data.	√	
129.	Pelaporan dan distribusi informasi.	√	
130.	Penyelenggaraan puskesmas mencerminkan pemenuhan hak dan kewajiban pengguna puskesmas.		√
131.	Monitoring dan evaluasi pelayanan terhadap pihak ketiga.		√
132.	Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan.	√	
133.	Pelaksanaan kebersihan lingkungan.	√	
134.	Perawatan kendaraan.	√	
135.	Pertemuan tinjauan manajemen.		√
136.	Audit internal, pembentukan tim audit internal, program kerja audit internal.		√
137.	Rujukan jika tidak dapat menyelesaikan masalah hasil rekomendasi dari audit internal.		√
138.	Mekanisme mendapatkan asupan pengguna tentang kinerja puskesmas.		√
139.	Tindakan korektif dan preventif.		√
140.	Pelaksanaan kaji banding.		√

## Lampiran L. Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id  
**LUMAJANG - 67313**

---

**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN**  
Nomor : 072/ (590) /427.63/2016

**Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;  
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

**Menimbang** : Surat Universitas Jember Nomor : 4001/UN25.1.12/SP/2016 tanggal 8 November 2016 perihal Permohonan Ijin Penelitian AMALIA ROFITA

**Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :**

1. Nama : AMALIA ROFITA
2. Alamat : Jambekumbu, Pasurjame Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember
5. Kebangsaan : Indonesia

**Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan :**

1. Judul Proposal : Gambaran Kesiapan Akreditasi Tahun 2017 pada Kelompok Administrasi Manajemen di Puskesmas Senduro Kab. Lumajang
2. Tujuan : Penelitian
3. Bidang Penelitian : -
4. Penanggung jawab : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes.
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : November sd Desember 2016
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Senduro

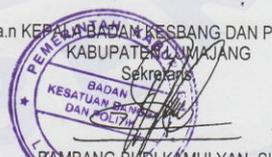
**Dengan ketentuan** : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan ;  
2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;  
3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan ;  
4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

**Tembusan Yth :**

1. Bpk. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang.
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang.
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang
5. Sdr. Ka. Puskesmas Senduro Kab. Lumajang
6. Sdr. Ka. Universitas Jember
7. Yang Bersangkutan

Lumajang, 11 November 2016

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN LUMAJANG  
Sekretaris

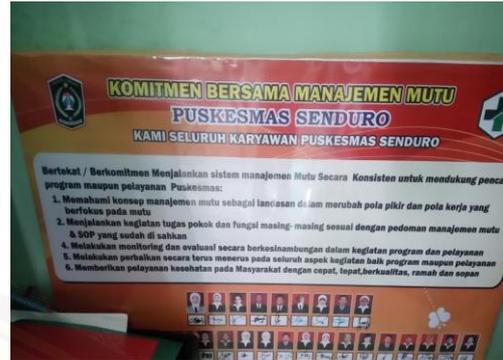


**BAMBANG BUDI KAMULYAN, SH**  
Pembina Tk. I  
NIP. 19581219 198003 1 011

Lampiran M. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Wawancara dengan Responden



Gambar 2. Tanda Tangan Komitmen dari Karyawan



Gambar 3. Alat Kesehatan yang Tersedia



Gambar 4. Komputer yang Tersedia



Gambar 4. Buku Pedoman Akreditasi Puskesmas



Gambar 5. Buku Daftar Hadir Tim Akreditasi Puskesmas