

**UPAYA MENINGKATKAN AKREDITASI
PUSKESMAS KE TINGKAT UTAMA
DI UPTD UNIT PUSKESMAS GOMBONG II**

Tesis



Oleh:

ENY RETNO PURNAMANINGSIH

NIM: 161103162

Kepada

MAGISTER MANAJEMEN

STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA

2018

HALAMAN PENGESAHAN

**UPAYA MENINGKATKAN AKREDITASI PUSKESMAS KE TINGKAT
UTAMA
DI UPTD UNIT PUSKESMAS GOMBONG**

**Oleh:
ENY RETNO PURNAMANINGSIH
NIM: 161103162**

Tesis ini telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji

Pada Tanggal: 25 Maret 2018

Dosen Penguji I

I Wayan Nuka Lantara, S.E, M.Si, Ph.D

Dosen Pembimbing I,

Dosen Pembimbing II,

Drs. John Suprihantono, MIM, Ph.D

Drs. Jazuli Akhmad, MM

dan telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister
Yogyakarta,

**Mengetahui,
PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA,
DIREKTUR**

Drs. John Suprihantono, MIM, Ph.D

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaandi suatu perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta,

Eny Retno Purnamaningsih

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul “Upaya Meningkatkan Akreditasi Puskesmas Ke Tingkat Utama di UPTD Unit Puskesmas Gombang II”. Dalam penyusunan tesis ini, banyak kendala yang dihadapi penulis, tetapi berkat bantuan, pengetahuan, pengalaman, bimbingan dan doa dari berbagai pihak yang tidak mungkin penulis lupakan begitu saja sehingga tesis ini dapat selesai tepat pada waktunya. Semua ini juga dapat terlaksana berkat dukungan dan bantuan dari banyak pihak, oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Yang terhormat Bapak Drs. Jhon Suprihanto, MIM, Ph.D, selaku Direktur Program Magister Manajemen, yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menimba ilmu di Program MM STIE Widya Wiwaha Yogyakarta dan juga selaku pembimbing I yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
2. Yang terhormat Bapak Drs. Jazuli, MM, selaku pembimbing II yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
3. Yang terhormat Bapak I.Wayan Nuka Lantara, SE, M.Si, Ph.D, selaku penguji I yang telah berkenan memberikan penilaian dan pengarahan.
4. Yang terhormat seluruh Dosen dan Staf Program MM STIE Widya Wiwaha Yogyakarta.
5. Yang terhormat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen beserta staf.

6. Kepala UPTD Unit Puskesmas Gombang II dan rekan – rekan yang telah memberikan support , kerja sama dan telah bersedia memberikan keterangan serta data – data yang kami perlukan dalam penyusunan tesis ini.
7. Kepala UPTD Unit Puskesmas Sempor I dan rekan - rekan yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan tesis ini.
8. Suami dan anak – anakku tercinta yang telah memberikan dukungan , pengertian dan doanya sampai dengan terselesaikannya tesis ini.
9. Semua teman – teman Program MM STIE Widya Wiwaha Yogyakarta.

Dengan selesainya penulisan tesis ini selanjutnya penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari semua pihak untuk lebih sempurnanya tesis ini.

Yogyakarta , April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Pertanyaan penelitian.....	5
D. Tujuan penelitian.....	5
E. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II.....	7
LANDASAN TEORI.....	7
A. Puskesmas.....	7
B. Akreditasi Puskesmas.....	10
C. Ketentuan penilaian Akreditasi puskesmas.....	14
D. Standarisasi puskesmas.....	16
E. Kajian yang relevan.....	17
F. Kerangka Penelitian.....	19
BAB III.....	21
METODE PENELITIAN.....	21
A. Desain Penelitian.....	21
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	22
C. Situasi Sosial dan Informan.....	23

D. Instrumen Penelitian	25
E. Pengumpulan Data	27
F. Metode Analisis Data	28
BAB IV.....	33
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	33
A. Profil Puskesmas Gombang II	33
B. Hasil Akreditasi.....	50
C. Upaya Peningkatan	60
BAB V.....	72
SIMPULAN DAN SARAN	72
A. Simpulan	72
B. Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA.....	74

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar penilaian	12
Tabel 2.2 Keputusan akreditasi	13
Tabel 4.1 Pengawasan Sanitasi.....	33
Tabel 4.2 Standar penilaian	39
Tabel 4.3 Hasil penilaian akreditasi	39
Tabel 4.4 Hasil perbandingan dan kesenjangan.....	40
Tabel 4.5 Hasil penilaian dan rekomendasi.....	46
Tabel 4.6 Kesenjangan dan rekomendasi kriteria 7.1.3	50
Tabel 4.7 Kesenjangan dan rekomendasi bab 6	52
Tabel 4.8 Kesenjangan dan rekomendasi kriteria 7.2.2	53

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka penelitian.....	19
Gambar 4.1 Struktur organisasi puskesmas Gombang II.....	28
Gambar 4.2 Persentase pegawai berdasar tingkat pendidikan.....	29
Gambar 4.3 Persentase pegawai berdasar umur.....	29

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Wawancara informan I.....	61
Lampiran 2 Wawancara informan II.....	66
Lampiran 3 Wawancara informan III.....	68
Lampiran 4 Pedoman wawancara	70
Lampiran 5 Foto struktur organisasi puskesmas Gombang II.....	71

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

INTISARI

Tujuan penelitian ini adalah untuk menemukan kesenjangan antara standar akreditasi utama dengan hasil penilaian akreditasi madya di puskesmas Gombang II. Terdapat tiga bab yang menjadi kesenjangan agar akreditasi madya dapat meningkat menjadi akreditasi utama yaitu bab VI (sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat), VII (layanan klinis yang berorientasi pasien) dan IX (peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien). Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Gombang II. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis studi kasus. Data dalam penelitian ini diperoleh melalui membandingkan antara standar akreditasi utama dengan akreditasi madya yang diperoleh puskesmas Gombang II. Kemudian, informasi mengenai upaya perbaikan yang dilakukan oleh pihak puskesmas diperoleh melalui wawancara. Hasil dari penelitian ini adalah terdapat tiga bab yang menjadi kesenjangan. Upaya yang sudah dilakukan baru pada bab VI (Sasaran kinerja masyarakat) dan bab VII (layanan klinis yang berorientasi pasien) saja. Oleh karena itu, perlunya melakukan upaya lebih terutama pada bab IX yang menjadi kesenjangan. Tim khusus untuk akreditasi juga perlu untuk dibuat.

Kata kunci: Puskesmas, Akreditasi, Upaya peningkatan

ABSTRACT

This study aimed to find the discrepancy between major accreditation toward average accreditation. Puskesmas Gombang II got average accreditation for the latest accreditation. That's why administrator tries to increase to the major accreditation. There were nine chapters that should be analyzed. Puskesmas Gombang II became the chosen place for this study. Qualitative was the chosen approach. There were two steps which were applied in this study, namely compare the major accreditation standard toward the average accreditation standard and also interviewed some administrators to find the effort in increasing the accreditation standard. This study found that there were three discrepancies which was chapter VI (*sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat*), VII (*layanan klinis yang berorientasi pasien*), and also IX (*peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien*). However, from these two discrepancies only chapter VI and VII that has been improved. There should be a particular team for the accreditation. Then, monitoring and evaluating the accreditation process should be done.

Keywords: *Puskesmas, Accreditation, Improvement effort*

STIE Widya Widya
Jangan Plagiat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam sistem kesehatan nasional dan Rencana Pokok Program Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan, telah tertulis bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005). Upaya kesehatan ditujukan untuk tercapainya peningkatan kualitas sumber daya manusia serta kualitas kehidupan dan harapan hidup manusia. Kemudian, upaya kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup mandiri. Akan tetapi, dalam keputusan menteri di atas, disebutkan bahwa upaya kesehatan masyarakat pada umumnya masih belum merata, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat. Artinya, banyak sekali masyarakat yang belum bisa merasakan upaya kesehatan yang optimal. Salah satu upaya pemenuhan kesehatan masyarakat adalah dengan adanya pusat kesehatan masyarakat atau yang biasa dikenal dengan puskesmas.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Hal ini sesuai dengan yang disebutkan oleh Konli (2014) bahwa

puskesmas adalah salah satu pelayanan untuk masyarakat Indonesia secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan pada satu wilayah kerja. Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Akan tetapi, beberapa masyarakat masih merasa enggan untuk datang ke puskesmas. Menurut Sanah (2017), keengganan masyarakat untuk datang ke puskesmas adalah adanya persepsi negatif masyarakat terhadap puskesmas. Sanah menuturkan bahwa masyarakat merasa pelayanan di puskesmas masih kurang optimal serta terkesan seadanya. Masyarakat menilai hal tersebut berdasarkan pada sarana dan prasarana serta tenaga medis.

Meningkatnya persaingan dan tuntutan mutu pelayanan terhadap puskesmas serta munculnya tuntutan kemandirian dalam aspek pembiayaan kesehatan di daerah telah mendorong puskesmas agar dikelola secara profesional. Selain itu, masih adanya kelemahan manajemen puskesmas seperti sumber daya manusia yang masih terbatas dalam kuantitas dan kualitasnya, sumber keuangan belum mencukupi, sistem informasi masih dilakukan secara manual dan sarana dan prasarana puskesmas masih belum sesuai dengan kebutuhan. Oleh karena itu, puskesmas sudah seharusnya melakukan pembenahan diri. Hal ini dikarenakan puskesmas adalah ujung tombak pelayanan kesehatan pertama yang seharusnya sangat mudah dicapai oleh masyarakat. Peran dinas kesehatan pun tidak luput dari perhatian. Dinas kesehatan sudah seharusnya melakukan penilaian terhadap pelayanan yang ada di puskesmas.

Salah satu cara yang bisa dipakai dalam menilai layanan di puskesmas adalah akreditasi. Akreditasi adalah pengakuan pemerintah terhadap standar yang sudah diterapkan. Tujuan akreditasi adalah untuk memberikan gambaran sejauh mana standar pelayanan kesehatan sudah diterapkan (Kusbaryanto, 2010). Dengan demikian, pelayanan kesehatan di puskesmas dapat dipertanggungjawabkan. Dengan demikian, hasil akreditasi tersebut dapat dijadikan sebagai acuan peningkatan mutu pelayanan di puskesmas pada khususnya. Puskesmas wajib untuk di Akreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS.

Untuk mencapai hal itu, tahap pertama yang dilakukan Kementerian kesehatan adalah mencapai delapan standarisasi puskesmas berdasarkan Permenkes No 75 tahun 2014, lalu disusul persiapan akreditasi. Kementerian kesehatan menargetkan sebanyak 5.600 dari total 9.500 puskesmas di seluruh Indonesia sudah harus terakreditasi di tahun 2019. Puskesmas di 140-an kabupaten kota akan menjadi prioritas akreditasi di tahap pertama.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen sangat mendukung terhadap proses akreditasi Puskesmas. Dalam *mapping* akreditasi, direncanakan terdapat 11 Puskesmas di kabupaten kebumen terakreditasi tahun 2016. Lulus dasar 2 puskesmas, lulus madya 9 puskesmas. Pada tahun 2017 terdapat 24 Puskesmas terakreditasi, lulus dasar 2 puskesmas, lulus madya 16 puskesmas serta 9 puskesmas lain belum diterbitkan keputusan penilaian. Data ini diperoleh dari

surat pemberitahuan akreditasi puskesmas dari dinas kesehatan provinsi Jawa Tengah.

Dari penjelasan di atas dapat dikatakan bahwa hasil penilaian akreditasi puskesmas secara garis besar 4 terakreditasi dasar dan 26 terakreditasi Madya dan belum ada yang mencapai terakreditasi utama ataupun paripurna termasuk puskesmas Gombang II. Hasil akreditasi untuk puskesmas Gombang II adalah akreditasi madya. Puskesmas diputuskan mendapatkan akreditasi madya, jika, bab I sampai dengan bab V memiliki persentase lebih besar atau sama dengan 75%, bab VI dan VII mendapatkan persentase lebih besar atau sama dengan 60%, dan bab VIII dan IX memiliki persentase lebih dari atau sama dengan 20%. Berdasarkan hasil yang diperoleh dari hasil akreditasi puskesmas Gombang II, kesenjangan nampak pada bab VI (sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat), VII (layanan klinis yang berorientasi pasien), dan IX (peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien). Artinya, bab VI, VII, dan IX belum memenuhi standar untuk menjadi akreditasi utama. Akreditasi utama menjadi tujuan puskesmas Gombang II untuk akreditasi selanjutnya. Dengan meningkatnya akreditasi puskesmas Gombang II dari madya menjadi utama, maka, tujuan dari puskesmas akan tercapai yaitu perbaikan mutu layanan untuk masyarakat. Oleh karena itu, penelitian ini akan difokuskan pada upaya peningkatan akreditasi puskesmas dari madya ke utama di UPTD unit Puskesmas Gombang II.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka perumusan masalah penelitian sebagai berikut.

Hasil akreditasi UPTD unit puskesmas Gombang II masih pada level madya.. Hasil penilaian akreditasi tersebut kemudian dibandingkan dengan standar akreditasi utama sehingga nampak kesenjangan yang harus diperbaiki. Kesenjangan nampak pada bab VI (sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat), VII (layanan klinis yang berorientasi pasien), dan IX (peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien). Dikarenakan tujuan dari puskesmas Gombang II adalah mencapai akreditasi utama, maka, diperlukan analisis bab yang harus ditingkatkan sehingga akan muncul upaya-upaya untuk meningkatkan hasil penilaian akreditasi. Dengan demikian, diperlukan informasi mengenai upaya-upaya untuk meningkatkan akreditasi dari madya ke utama yang diperoleh melalui pengelola puskesmas.

C. Pertanyaan penelitian

1. Adakah kesenjangan antara hasil penilaian dengan standar akreditasi?
2. Bagaimana upaya yang dilakukan oleh UPTD unit puskesmas Gombang II untuk meningkatkan akreditasi dari madya ke utama?

D. Tujuan penelitian

Berdasarkan pada rumusan masalah dan pertanyaan penelitian yang sudah diuraikan sebelumnya, maka, tujuan dari penelitian ini adalah untuk

mengidentifikasi kesenjangan antara hasil akreditasi dengan standar akreditasi dan mendeskripsikan upaya yang sudah dilakukan oleh pihak UPT unit puskesmas Gombang II untuk meningkatkan akreditasi dari madya ke utama.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Menambah wawasan di bidang manajemen dan pengetahuan mengenai akreditasi Puskesmas

2. Manfaat Praktis

Sebagai bahan upaya menyusun rencana meningkatkan dan mempertahankan penilaian keputusan akreditasi puskesmas secara terus menerus dan berkesinambungan.

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat atau yang disingkat sebagai puskesmas, adalah salah satu upaya pemerintah dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Menurut Ismaniar (2015: 38), puskesmas adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan dijangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Ditambahkan oleh Sina (2017: 139) bahwa puskesmas adalah kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat, di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerja dalam bentuk kegiatan pokok. Berdasarkan kedua pendapat sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa puskesmas adalah sebuah organisasi kesehatan fungsional yang berfungsi untuk menjamin kesehatan masyarakat di wilayah kerja tertentu dengan biaya yang terjangkau baik bagi masyarakat maupun pemerintah. Terjangkau artinya setiap masyarakat mudah untuk menuju puskesmas maupun mendapatkan layanan kesehatan dengan harga yang terjangkau. Hal ini dikarenakan

pelayanan kesehatan yang dapat diperoleh di puskesmas adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Hal ini sesuai dengan yang disebutkan oleh Harnilawati (2013: 24) bahwa puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pengembangan kesehatan, pusat pembinaan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakannya secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu. Artinya, puskesmas memiliki jangkauan kesehatan yang relatif sempit dikarenakan terbatasnya wilayah kerja. Akan tetapi, mutu pelayanan kesehatan haruslah memiliki mutu yang baik. Hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh Thomas (2015) yang menyatakan bahwa puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil dan merata. Pelayanan kesehatan yang diberikan adalah pelayanan kesehatan dasar. Dapat disimpulkan bahwa puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang berada di wilayah tertentu yang berfungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil, dan juga merata.

Tujuan dari dibentuknya puskesmas adalah untuk menciptakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara adil dan merata. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Ismaniar (2015: 38) bahwa tujuan dari puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni

meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Effendy (1997: 162) menyebutkan tiga fungsi pokok puskesmas, yaitu:

- a. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Effendy menambahkan mengenai 20 upaya kesehatan puskesmas. Berikut adalah 20 upaya kesehatan puskesmas.

- a. Upaya kesehatan ibu dan anak
- b. Upaya keluarga berencana
- c. Upaya peningkatan gizi
- d. Upaya kesehatan lingkungan
- e. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- f. Upaya pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan
- g. Upaya penyuluhan kesehatan
- h. Upaya kesehatan sekolah
- i. Upaya kesehatan olahraga
- j. Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- k. Upaya kesehatan kerja
- l. Upaya kesehatan gigi dan mulut
- m. Upaya kesehatan jiwa
- n. Upaya kesehatan mata
- o. Upaya laboratorium sederhana
- p. Upaya pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan
- q. Upaya kesehatan usia lanjut
- r. Upaya pembinaan pengobatan tradisional
- s. Upaya kesehatan remaja
- t. Dana sehat

Upaya di atas adalah upaya puskesmas berdasarkan buku pedoman kerja puskesmas. Akan tetapi, usaha pokok tersebut dilakukan berdasarkan pada faktor tenaga, sarana dan prasarana, serta biaya yang tersedia berikut kemampuan manajemen dari tiap-tiap puskesmas. Dapat disimpulkan bahwa setiap puskesmas akan memiliki upaya pokok yang dapat dilakukan. Dengan kata lain, antara satu dengan yang lainnya akan memiliki perbedaan. Hal inilah yang mendasari adanya akreditasi. Akreditasi bertujuan untuk menilai seberapa baik penyelenggaraan puskesmas berdasarkan pada standar yang sudah dibuat.

B. Akreditasi Puskesmas

Akreditasi puskesmas adalah pengakuan yang di berikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang di tetapkan oleh menteri setelah memenuhi standar akreditasi (Permenkes, 2015). Akreditasi bertujuan untuk memberikan penilaian kepada puskesmas sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan (Farzana, et al, 2016). Hal ini bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat sesuai dengan standar dalam artian pelayanan kesehatan dapat dirasakan merata bagi setiap masyarakat.

Dalam Permenkes bahwa kata – kata “*setelah memenuhi standar akreditasi* “ artinya bahwa di dalam penilaian dan pemenuhan elemen – elemen akreditasi wajib memenuhi semua standar elemen penilaian yang ada. Dalam memenuhi elemen penilaian yang ada sebetulnya puskesmas di haruskan melaksanakan apa yang ada di dalam elemen penilaian. Ada

dokumen dan proses implementasi yang wajib dilakukan guna mencapai akreditasi dan peningkatan mutu. Mirshanti, et al (2017) mengatakan bahwa akreditasi mengukur setiap keadaan berdasarkan pada standar yang sudah ditetapkan untuk mendapatkan hasil pengukuran kualitas layanan kesehatan. Dengan kata lain, akreditasi memiliki tujuan untuk mengukur kualitas layanan kesehatan. Dalam permenkes sudah disebutkan pada akreditasi juga digunakan sebagai peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Akreditasi dilakukan oleh pihak eksternal sehingga mengurangi bias dalam melakukan penilaian. Dengan menggunakan penilaian tersebut, diharapkan puskesmas melaksanakan hasil penilaian sehingga meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Senada dengan Mirshanti, Anggraeny dan Ernawaty (2016) menjelaskan bahwa Akreditasi merupakan proses pengamatan yang dilakukan terhadap pelayanan kesehatan untuk memenuhi kriteria dan standar akreditasi yang telah ditentukan dengan tujuan pembinaan, peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan klinis, serta penerapan manajemen resiko. Akreditasi dapat dilakukan pada setiap organisasi penyelenggaraan layanan kesehatan, salah satunya adalah puskesmas.

Pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut sebagai puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk

mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2015). Senada dengan peraturan tersebut, Sinaga dan Haryanto (2016) mengatakan bahwa puskesmas tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan individu, tapi Puskesmas juga memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat yang komprehensif yang mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Untuk terwujudnya pelayanan kesehatan yang baik, maka diadakan peningkatan mutu. Peningkatan mutu dapat dilakukan setelah akreditasi.

Tujuan utama akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan, peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen resiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat Akreditasi (Permenkes, 2015). Hal ini bertujuan untuk penjaminan mutu.

Untuk menjamin perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen resiko dilaksanakan secara berkesinambungan di puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme Akreditasi. Puskesmas wajib di akreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS.

Tahap penyelenggaraan akreditasi terdiri dari 2 tahapan, yaitu:

(1) **Tahap** Survei Akreditasi. Tahap survei akreditasi adalah tahap di mana penilai akan mengamati dan menilai kondisi puskesmas yang sebenarnya. Pada tahap ini, tim penilai akan melakukan penilaian dan pencatatan terhadap kondisi puskesmas yang sebenarnya sehingga didapatkan nilai untuk menentukan akreditasi

(2) **Tahap** Penetapan Akreditasi. Tahap penilaian akreditasi adalah ketika tim penilai sudah melakukan penilaian. Kemudian, nilai dari tiap tim penilai kemudian dirapatkan sesuai dengan standar untuk kemudian ditetapkan hasil akreditasi.

Dalam kedua tahap tersebut dapat dilakukan pendampingan dan penilaian praakreditasi. Bagi puskesmas yang telah terakreditasi wajib mendapatkan Pendampingan pasca akreditasi. Penetapan akreditasi merupakan hasil akhir survei akreditasi dan keputusan rapat lembaga independen penyelenggara akreditasi.

Salah satu penyebab hasil penilaian akreditasi yang belum maksimal adalah kurangnya dokumentasi. Dokumentasi di sini artinya adalah kelengkapan bukti pelaksanaan kegiatan, perencanaan, pelaksanaan evaluasi, dan juga beberapa surat keputusan mengenai kebijakan tersebut. Anggraeny dan Ernawaty (2016) mengungkapkan hal senada bahwa pencapaian akreditasi klinik belum maksimal dikarenakan kurangnya

dokumentasi. Dokumen-dokumen yang dibuat oleh puskesmas harus disesuaikan dengan dokumentasi yang dibutuhkan dalam akreditasi. Nindyakinanti dan Budi (2017) mengungkapkan bahwa dokumen yang akan digunakan dalam akreditasi harus memiliki kesesuaian dengan instrumen penilaian akreditasi. Hal ini bertujuan agar dokumen yang sudah dibuat bisa digunakan dalam penilaian akreditasi. Oleh karena itu, informasi yang diperoleh selama kegiatan atau program di puskesmas berlangsung, harus diolah dengan tepat. Artinya, informasi yang diperoleh harus dikumpulkan, dipilah, untuk kemudian dilaporkan untuk kepentingan penilaian puskesmas selanjutnya (Andani & Rochmah: 2013). Setelah dilakukan penilaian, puskesmas diharapkan melakukan *continuous improvement*. *Continuous improvement* adalah perbaikan yang dilakukan secara berkeseinambungan (Nuryati: 2017). Dengan kata lain, setiap puskesmas harus melaksanakan perbaikan secara terus menerus tidak hanya ketika akan dilakukan penilaian akreditasi saja.

C. Ketentuan penilaian Akreditasi puskesmas

Dalam proses pelaksanaan Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan yang diselenggarakan di Puskesmas, yaitu kelompok Administrasi dan Manajemen (diuraikan dalam Bab I, II, dan III), kelompok Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) (diuraikan dalam Bab IV, V, dan VI) dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) (diuraikan dalam bab VII, VIII, dan IX).

Pencapaian terhadap elemen-elemen penilaian pada setiap kriteria diukur dengan tingkatan sebagai berikut:

Metode :

- 1). Terpenuhi : bila pencapaian elemen $\geq 80\%$ dengan nilai 10,
- 2). Terpenuhi sebagian : bila pencapaian elemen $20\% - 79\%$, dengan nilai 5,
- 3). Tidak terpenuhi : bila pencapaian elemen $< 20\%$, dengan nilai 0.

Berikut adalah tabel mengenai standar penilaian akreditasi puskesmas dan jumlah elemen penilaian.

Tabel 2.1 Standar Penilaian

No	Standar penilaian puskesmas	Jumlah elemen penilaian
1.	Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	59
2.	Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	121
3.	Peningkatan Mutu dan Manajemen Risiko (PMMR)	32
4.	Upaya Puskesmas yang Berorientasi Sasaran (UPBS)	53
5.	Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Puskesmas (KMUP)	101
6.	Sasaran Kinerja dan Upaya Kesehatan Masyarakat (SKM)	55
7.	Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	151
8.	Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	172
9.	Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	58
Jumlah		802

Sumber: Instrumen Akreditasi Puskesmas

Keputusan Akreditasi :

Keputusan akreditasi ditentukan melalui rapat tim penilai akreditasi. Setiap nilai yang diperoleh dari masing-masing penilai, kemudian dijumlahkan untuk kemudian ditentukan perolehan nilai. Bagi Puskesmas yang telah ditetapkan akreditasinya, ada sejumlah status yang dapat dikenakan kepada Puskesmas tersebut, yaitu.

Tabel 2.2 Keputusan akreditasi

No.	Status Akreditasi	Kriteria Penilaian
1.	Tidak Terakreditasi	Bab I, II \leq 75 %, Bab IV, V, VII \leq 60 %, Bab III, VI, VIII, IX \leq 20 %
2.	Terakreditasi Dasar	Bab I, II \geq 75 %, Bab IV, V, VII \geq 60 %, Bab III, VI, VIII, IX \geq 20 %
3.	Terakreditasi Madya	Bab I, II, IV, V \geq 75 %, Bab VII, VIII \geq 60 %, Bab III, VI, IX \geq 40 %
4.	Terakreditasi Utama	Bab I, II, IV, V, VII, VIII \geq 80 %, Bab III, VI, IX \geq 60 %
5.	Terakreditasi Paripurna	Semua Bab \geq 80 %

Sumber: Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas

D. Standarisasi puskesmas

Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Agar peran dan fungsi Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan yang berada diujung paling depan dapat lebih maksimal melayani masyarakat, maka setiap Puskesmas yang ada maupun yang akan didirikan harus memenuhi standar.

Standar yang dimiliki oleh Puskesmas mempunyai 8 (delapan) karakteristik, meliputi:

- 1). Standar Manajemen dan Administrasi:
 - a. Standar Manajemen Operasional
 - b. Standar Manajemen Mutu

- 2). Standar Sumber Daya
- 3). Standar Upaya Promosi Kesehatan
- 4). Standar Upaya Kesehatan Lingkungan
- 5). Standar Upaya Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana
- 6). Standar Upaya Peningkatan Gizi Masyarakat
- 7). Standar Upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- 8). Standar Upaya Pengobatan:
 - a. Standar Upaya Pengobatan
 - b. Standar Upaya Penanganan Gawat Darurat
 - c. Standar Upaya Pengobatan Gigi dan Mulut
 - d. Standar Upaya Laboratorium

Salah satu hal penting dalam standarisasi puskesmas adalah sumber daya manusia. Sumber daya manusia (SDM) adalah hal penting yang harus diperhatikan oleh pihak puskesmas. Pelatihan dan pengembangan terhadap SDM di puskesmas sudah sangat perlu untuk dilakukan. Sesuai dengan yang dikatakan oleh Kalangi (2015) bahwa pelatihan dan pengembangan SDM akan meningkatkan efektifitas dan efisiensi pekerjaan. Oleh karena itu, SDM di puskesmas harus diikuti dalam kegiatan seminar, *workshop* maupun forum ilmiah lain sesuai dengan disiplin ilmu.

E. Kajian yang relevan

Akreditasi puskesmas merupakan standarisasi mutu pelayanan puskesmas itu sendiri. Sebelum dilakukan penilaian akreditasi, setiap

puskesmas diwajibkan untuk melakukan persiapan. Persiapan ini sangat penting untuk dilakukan jika puskesmas menginginkan untuk mendapatkan peningkatan akreditasi. Berikut adalah beberapa kajian mengenai kesiapan puskesmas dalam menghadapi akreditasi.

Maghfiroh dan Rochmal (2017) mengadakan penelitian yang berjudul analisis kesiapan puskesmas Demangan kota Madiun dalam menghadapi akreditasi. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2016. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pencapaian awal penilaian akreditasi sesuai dengan permenkes. Data diperoleh dari telusur dokumen dan juga wawancara. Hasil penelitian adalah kesiapan akreditasi baru tercapai 62,9% yang artinya bahwa puskesmas Demangan belum siap untuk menghadapi akreditasi. Oleh karena itu, saran yang diberikan adalah pembentukan tim khusus dan adanya monitoring dan evaluasi. Tim khusus yang dibentuk adalah tim yang memang diperuntukkan untuk melakukan penilaian sebelum akreditasi dalam pengumpulan dokumen terkait akreditasi. Kendala dalam tahapan akreditasi juga harus diminimalisir.

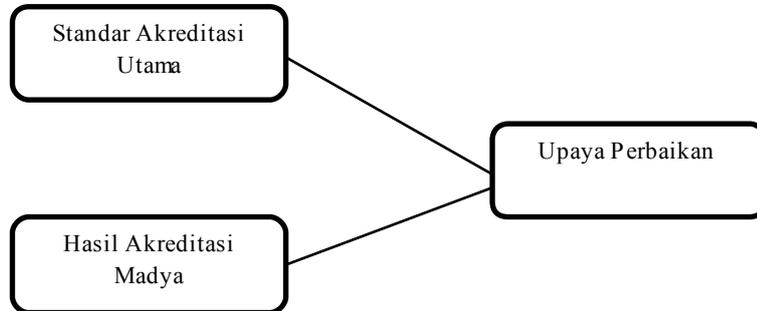
Dalam setiap proses akreditasi, terdapat beberapa kendala yang harus diminimalisir. Farzana, Suparwati, dan Arso (2016) menyebutkan hal yang serupa. Hal ini dapat diketahui dari hasil penelitian yang berjudul analisis kesiapan akreditasi dasar puskesmas Mangkang di kota Semarang. Data dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara dan observasi terhadap 6 orang informan. Kendala dalam tahapan akreditasi yang harus diperhatikan adalah komunikasi, sumber daya, disposisi, dan juga struktur

birokrasi. Struktur birokrasi sendiri terbagi atas SOP dan juga fragmentasi (pembagian tanggung jawab). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pentingnya SOP dan fragmentasi dalam proses pelaksanaan akreditasi.

F. Kerangka Penelitian

Kajian teori pada penelitian ini membahas mengenai akreditasi, puskesmas, dan juga penilaian akreditasi puskesmas. Sebagai salah satu pelayanan kesehatan yang menjadi ujung tombak kesehatan di Indonesia, maka, perlu adanya standarisasi bagi setiap puskesmas. Akreditasi sendiri adalah penilaian terhadap puskesmas sebagai salah satu layanan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada standar yang sudah ditetapkan. Dengan demikian, masyarakat Indonesia bisa merasakan kesehatan sama rata antar satu daerah dengan yang lainnya. Penelitian ini akan menjabarkan secara lebih jelas mengenai upaya yang dilakukan oleh UPTD unit puskesmas Gombang II untuk meningkatkan akreditasi madya menjadi akreditasi utama. Selain itu, gap antara standar yang sudah ditetapkan dengan hasil akreditasi dibandingkan untuk mengetahui kesenjangan apa yang harus diperbaiki. Di bawah ini merupakan kerangka berpikir penelitian.

Gambar 2.1 Kerangka Penelitian



STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus. Hal ini dikarenakan penelitian hanya dilakukan pada satu tempat penelitian dengan kasus tertentu. Hal senada diungkapkan oleh Swanborn (2010: 3) yang mengatakan bahwa dalam studi kasus, peneliti meneliti seseorang, organisasi, maupun sekelompok orang yang berada pada kasus yang sama. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penelitian terhadap beberapa orang yang masuk dalam kasus yang sama, yaitu akreditasi. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah untuk menggali lebih dalam mengenai keunikan kasus tersebut (Simons, 2009: 3).

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, yaitu penelitian yang di gunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen. Metode kualitatif digunakan untuk mendapatkan data yang mendalam, suatu data yang mengandung makna (Sugiyono, 2009). Dengan kata lain, peneliti menggali lebih dalam mengenai informasi yang dibutuhkan dalam penelitian, tidak hanya berbentuk angka tetapi makna yang lebih dalam mengenai informasi tersebut. Penelitian kualitatif didasarkan pada upaya membangun pandangan mereka yang diteliti secara rinci, dibentuk dengan kata-kata, gambar holistik dan rumit (Moleong, 2007). Rumit di sini artinya bahwa penelitian kualitatif tidak sesederhana

mengungkapkan angka tetapi mengungkapkan makna pada setiap kalimat. Penelitian kualitatif berusaha mendapatkan informasi yang selengkap mungkin.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan metode pengambilan data komparatif. Metode komparatif di sini artinya metode yang digunakan untuk memperoleh informasi dengan cara membandingkan antara dua hal. Dalam penelitian ini, metode komparatif digunakan untuk mengetahui kesenjangan atau *gap* antara standar akreditasi utama dan hasil penilaian akreditasi madya yang diperoleh Puskesmas Gombang II. Dengan demikian, upaya untuk meningkatkan akreditasi menjadi akreditasi utama bisa lebih jelas. Selain itu, mengenai upaya-upaya yang sudah dilakukan oleh pihak puskesmas diperoleh melalui wawancara.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di UPTD Unit Puskesmas Gombang II.

Untuk mengetahui upaya-upaya dalam peningkatan akreditasi dari madya ke utama, maka, dilakukan wawancara terhadap pengelola.

Wawancara dilakukan di UPTD unit puskesmas Gombang II.

b. Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan November sampai Desember 2017.

C. Situasi Sosial dan Informan

1). Situasi Sosial

Situasi sosial merupakan istilah yang digunakan dalam penelitian kualitatif untuk menyebut populasi. Situasi sosial dapat dinyatakan sebagai obyek penelitian yang ingin diketahui apa yang terjadi di dalamnya.

Menurut Sugiyono (2009), pada situasi sosial peneliti dapat mengamati secara mendalam tentang tempat (*place*), orang-orang (*actors*), dan aktivitas (*activity*). Situasi sosial yang dimaksud dalam penelitian ini adalah lingkungan UPTD unit puskesmas Gombang II. Dalam penelitian ini peneliti memasuki situasi sosial tertentu, melakukan wawancara kepada pelaksana kegiatan puskesmas. Dalam situasi sosial puskesmas, peneliti memilih beberapa informan yang dipastikan dapat memberikan informasi yang dibutuhkan. Informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah mengenai akreditasi, maka, informan yang dipilih adalah orang yang menjadi pengelola akreditasi.

2). Informan

Dalam penelitian kualitatif, sampel bukan disebut sampel statistik tetapi sampel teoritis karena tujuan penelitian penelitian kualitatif adalah untuk menghasilkan teori. Sampel dalam penelitian kualitatif bukan dinamakan responden, tetapi sebagai narasumber, atau partisipan, informan, teman dan guru dalam penelitian (Sugiyono, 2009).

Dalam penelitian ini informan dipilih berdasarkan tujuan tertentu atau yang dinamakan dengan *purposive sampling*. Jumlah informan dalam penelitian ini tidak terbatas pada angka, akan tetapi terbatas pada titik jenuh. Hal ini berarti, apabila dalam wawancara belum ditemukan persamaan informasi atau masih ada informasi baru yang diperlukan oleh peneliti, maka sampel belum sampai pada titik jenuh dan akan terus bertambah. Dalam Penelitian ini, peneliti memilih informan untuk menjadi sumber data dan mengetahui masalah secara mendalam. Kriteria informan meliputi:

- a. Bersedia menjadi informan. Setiap informan, diwajibkan untuk melakukan persetujuan untuk menjadi informan. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan data atau informasi yang lebih dalam. Sebelum dilakukan wawancara, calon informan ditanyakan mengenai kesetujuan untuk mengikuti proses wawancara
- b. Dapat berbahasa Indonesia agar memudahkan proses wawancara sehingga tidak ada penafsiran yang bias pada penjelasan informan. Setiap informan diwawancara dengan menggunakan bahasa Indonesia. Walaupun antara informan dengan peneliti memiliki bahasa ibu yang sama, yaitu bahasa Jawa, tapi informan tidak diperkenankan untuk menggunakan bahasa selain bahasa Indonesia untuk menghindari bias
- c. Pernah melakukan proses akreditasi sehingga mengetahui akreditasi secara mendalam sehingga tidak menimbulkan bias. Syarat

berikutnya adalah pernah mengikuti proses akreditasi. Hal ini dikarenakan agar informan tidak merasa kebingungan ketika ditanya mengenai akreditasi. Selain itu, agar tidak terjadi kesalah pahaman mengenai apa yang dimaksud informan dan apa yang dimaksud oleh peneliti

- d. Berada dilokasi penelitian saat penelitian dilaksanakan. Saat penelitian dilakukan, informan harus berada di tempat. Artinya, informan dan peneliti duduk bersama untuk melakukan wawancara
- e. Kooperatif. Kooperatif di sini artinya informan mau memberikan jawaban dengan sebenar-benarnya. Informan tidak menutupi informasi.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat penelitian yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri. Oleh karena peneliti berfungsi sebagai alat dalam penelitian, maka, kredibilitas data harus terjamin. Dalam penelitian kualitatif, ada beberapa cara yaitu *member checking* dan triangulasi. Triangulasi adalah proses untuk melakukan konfirmasi terhadap hasil penelitian, dan juga untuk menambah kepercayaan terhadap hasil penelitian yang dilakukan (Stake, 2010: 123). Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber. Data yang diperoleh dari beberapa sumber seperti wawancara dan juga dokumen-dokumen terkait, kemudian dikonfirmasi keabsahan data tersebut.

Dalam mengumpulkan data-data penulis membutuhkan alat bantu (instrumen penelitian). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan alat bantu sebagai berikut:

1). Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara digunakan agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian. Pedoman ini disusun berdasarkan teori yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti, dan berdasarkan pada tujuan penelitian

2). Alat Perekam

Alat perekam digunakan sebagai alat bantu pada saat wawancara, berlangsung agar peneliti dapat berkonsentrasi pada proses pengambilan data tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari subjek. Dalam pengumpulan data, alat perekam dapat dipergunakan setelah mendapat ijin dari subjek untuk mempergunakan alat tersebut pada saat wawancara berlangsung.

3). Catatan lapangan

Catatan lapangan digunakan untuk mencatat hal-hal yang berkaitan dengan data yang diperlukan ketika sedang melakukan penelitian.

4). Data hasil keputusan akreditasi puskesmas dan standar elemen penilaian akreditasi puskesmas

E. Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang diperlukan sesuai dengan tujuan penelitian, maka penulis akan menggunakan metode pengumpulan data yaitu:

- a. Pengukuran pencapaian hasil keputusan penilaian akreditasi puskesmas.

Dengan menilai elemen penilaian standar akreditasi keputusan madya dan standar akreditasi keputusan utama. Hasil penilaian tersebut kemudian dibandingkan dengan standar akreditasi utama, sehingga ditemukan kesenjangan elemen penilaian yang harus ditingkatkan oleh pengelola puskesmas.

- b. Wawancara

Wawancara artinya peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara lebih bebas dan leluasa, tanpa terikat oleh suatu susunan pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelumnya. Tentu saja, peneliti menyimpan cadangan masalah yang perlu ditanyakan kepada responden. Cadangan masalah tersebut adalah kapan menanyakannya, bagaimana urutannya, akan seperti apa rumusan pertanyaannya dan sebagainya yang biasanya muncul secara spontan sesuai dengan perkembangan situasi wawancara itu sendiri.

Dengan teknik ini peneliti berharap wawancara berlangsung luwes; arahnya bisa lebih terbuka, percakapan tidak membuat jenuh kedua belah pihak, sehingga diperoleh informasi yang lebih kaya. Metode wawancara menggunakan pedoman wawancara yang berisi

butir-butir pertanyaan untuk diajukan kepada informan. Ini hanya untuk memudahkan dalam melakukan wawancara, penggalian data dan informasi, dan selanjutnya tergantung improvisasi di lapangan. Wawancara dilakukan dengan menggunakan bahasa sederhana, mudah dimengerti, dilakukan dalam suasana bebas dan santai.

Sumber data yang di peroleh berasal dari:

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang di peroleh langsung dari responden dengan menggunakan pedoman wawancara yang telah disiapkan yang meliputi: kegiatan yang di laksanakan, perencanaan dan pemahaman elemen akreditasi puskesmas.

b. Data Sekunder

Adalah data yang di peroleh secara tidak langsung dari sumbernya. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data dari standar penilaian akreditasi puskesmas, hasil keputusan akreditasi puskesmas, evaluasi kinerja puskesmas, catatan lain yang berada di puskesmas dan buku–buku ilmiah yang berkaitan dengan penelitian.

F. Metode Analisis Data

Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data

(Moleong, 2007). Pada penelitian kualitatif, teknik analisis data lebih banyak dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data melalui:

1. Reduksi Data

Data yang diperoleh dari lapangan dicatat secara teliti dan rinci. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya sehingga akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data. Dalam penelitian ini, data dipilih berdasarkan upaya-upaya yang sudah dilakukan pihak pengelola puskesmas dalam memperbaiki layanan kesehatan sesuai dengan rekomendasi yang diberikan oleh surveior. Data diperoleh melalui teknik wawancara dan analisis dokumen.

Analisis dokumen dilakukan dengan membandingkan standar minimum akreditasi utama dengan hasil penilaian akreditasi madya. Setelah itu, bab yang sudah sesuai dengan standar minimum akreditasi utama, tidak digunakan lagi dalam analisis. Kemudian, hasil wawancara tersebut kemudian diubah menjadi bentuk transkrip untuk kemudian dilakukan reduksi data yang sesuai dengan penelitian yaitu mengenai upaya yang dilakukan pihak puskesmas.

2. Penyajian Data

Setelah data direduksi, langkah selanjutnya adalah penyajian data. Penyajian data dalam penelitian kualitatif bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan

sejenisnya, tapi yang paling sering digunakan adalah dengan teks yang bersifat naratif. Dengan menyajikan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang dipahami tersebut.

Data hasil penilaian akreditasi madya kemudian dibandingkan dengan standar akreditasi utama. Hasil perbandingan tersebut kemudian dijadikan standar perbaikan bagi puskesmas. Dengan kata lain, hasil perbandingan tersebut merupakan *gap* atau kesenjangan yang harus dipenuhi oleh puskesmas agar meningkatkan hasil akreditasi menjadi utama. Telah disebutkan bahwa data hasil perbandingan dijadikan standar perbaikan bagi puskesmas. Dengan demikian, bab yang tidak sesuai dengan standar minimum puskesmas, kemudian disajikan sebagai data dalam bentuk tabel. Data dari hasil wawancara dengan pengelola puskesmas yang sudah direduksi kemudian dijadikan sebagai narasi.

3. Verifikasi

Langkah ke tiga dalam analisis data adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal, didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.

Setelah dilakukan reduksi dan penyajian data, data hasil wawancara dan perbandingan kemudian diverifikasi. Data hasil perbandingan diverifikasi dengan hasil penilaian akreditasi. Dalam hasil penilaian tersebut, muncul rekomendasi yang diberikan oleh sruveior. Data wawancara antara satu informan dengan informan lainnya kemudian ditelaah kembali untuk dilihat kesesuaiannya. Artinya, jika satu informan dengan informan lainnya mengatakan hal yang sama, tandanya dapat ditarik sebagai sebuah kesimpulan.

4. Analisis data

Informasi yang diperoleh dari wawancara dan dokumen dianalisis menggunakan analisis kualitatif. Analisis data kualitatif memiliki tiga tahap, yaitu *data reduction, data display, and conclusion drawing/verification* (Miles & Huberman, 1994). Data yang diperoleh kemudian ditranskrip. Informasi yang didapat dikumpulkan menjadi satu agar menjadi sebuah dekripsi yang logis. Data kemudian dianalisis dengan membandingkan dan membedakan untuk kemudian ditarik kesimpulan.

Dalam penelitian ini, data diperoleh melalui dua cara yaitu wawancara dan analisis dokumen. Dokumen yang dimaksud adalah dokumen mengenai standar akreditasi utama dan hasil penilaian akreditasi. Dokumen tersebut kemudian dibandingkan sehingga diperoleh *gap/kesenjangan* mengenai bab yang harus dilakukan upaya perbaikan agar meningkatkan akreditasi menjadi akreditasi utama. Data selanjutnya diperoleh melalui wawancara. Wawancara dilakukan kepada tiga orang

pengelola puskesmas. Wawancara tersebut bertujuan untuk menemukan upaya yang sudah dilakukan oleh pihak puskesmas dalam rangka meningkatkan akreditasi menjadi akreditasi utama.

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian, didapatkan informasi mengenai kesenjangan hasil akreditasi dari puskesmas Gombang II. Hasil akreditasi diperoleh berdasarkan rekomendasi dari para surveior. Selain itu, didapatkan pula beberapa upaya peningkatan akreditasi berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola.

A. Profil Puskesmas Gombang II

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) Gombang II terletak di Jl. Karangbolong, desa Semondo Rt 02 / Rw 04, Gombang . [lokasi puskesmas berada: desa, kecamatan]. Kecamatan Gombang II masuk dalam wilayah Kabupaten Kebumen. Puskesmas Gombang II menempati lokasi di Dusun Kranggan , Desa Semondo, Kecamatan Gombang , Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah.

Puskesmas Gombang II memiliki Wilayah kerja antara lain :

1. Kelurahan Gombang
2. Kelurahan Wonokriyo
3. Desa Semondo
4. Desa Kalitengah
5. Desa Kemukus
6. Desa Semanding
7. Desa Sidayu

8. Desa Wonosigro

9. Desa Klopogodo

Dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai Puskesmas Induk, Puskesmas Gombang II mempunyai 3 Puskesmas Pembantu yaitu :

- 1) Puskesmas Pembantu Klopogodo
- 2) Puskesmas Pembantu Kemukus
- 3) Puskesmas Pembantu Semanding

Serta mempunyai 3 PKD yaitu :

- 1) PKD Sidayu
- 2) PKD Wonokriyo
- 3) PKD Kalitengah

Terkait dengan adanya PP nomor 23 tahun 2005 dan Permendagri nomor 61 tahun 2007, maka dalam upaya untuk pengusulan dan penetapan satuan kerja Instansi Pemerintah untuk menerapkan PPK-BLUD, Puskesmas Gombang II termasuk salah satu instansi pelayanan kesehatan yang juga berkewajiban memenuhi persyaratan pada peraturan tersebut untuk dapat ditetapkan sebagai unit kerja yang menerapkan pengelolaan keuangan BLUD. Dengan pengelolaan keuangan BLUD diharapkan Puskesmas Gombang II akan lebih mampu bersaing dengan kompetitor yang saat ini sudah jauh melangkah kedepan, disamping juga akan lebih leluasa dalam menerapkan prinsip-prinsip manajemen bisnis guna menjawab tuntutan pelayanan kepada masyarakat yang paripurna dan prima.

1. Bidang Kegiatan Puskesmas

Kegiatan utama Puskesmas Gombang II adalah dalam usaha pelayanan kesehatan perorangan dengan pendekatan pelayanan medis, tindakan medik dan keperawatan, pelayanan penunjang medik, dan upaya rujukan. Dengan *core* bisnis adalah pelayanan dasar meliputi pelayanan BP. Umum, KIA & KB, BP. Gigi dan pelayanan penunjang medik laboratorium, farmasi, gizi.

Dalam upaya menghadapi persaingan global, terutama terhadap kompetitor layanan sejenis di Kabupaten Kebumen, Puskesmas Gombang II berusaha memenangkan persaingan dengan cara menjaga mutu layanan; Leader dalam SDM dan Sarana Prasarana, dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat dan menerapkan sistem manajemen Akreditasi 2010 dan ISO 9001 : 2008 dengan baik. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas Gombang II banyak mendapatkan perhatian baik dari komponen masyarakat baik secara individu/keluarga maupun secara institusi baik bisnis ataupun pendidikan.

Salah satu upaya kongkrit yang dilakukan adalah Puskesmas Gombang II telah melakukan evaluasi dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang selanjutnya digunakan sebagai *feedback* dalam upaya penyempurnaan penyelenggaraan layanan publik. Upaya tersebut ditempuh salah satunya melalui survey yang dimaksudkan untuk melihat tingkat kepuasan masyarakat atas pelayanan yang diterima dan memberikan kesempatan kepada masyarakat

untuk menilai secara obyektif dan periodik terhadap perkembangan kinerja unit–unit yang ada di Puskesmas Gombang II.

Penetapan tujuan dan sasaran organisasi di dasarkan pada faktor-faktor kunci keberhasilan yang dilakukan setelah penetapan visi dan misi. Tujuan dan sasaran dirumuskan dalam bentuk yang lebih tepat dan terarah dalam rangka mencapai visi dan misi suatu organisasi. Program kerja (rencana strategi) sebagai penentuan tindakan untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi, sehingga program merupakan suatu jenis rencana yang disusun lebih konkrit, di dalamnya terkandung sekumpulan kegiatan yang berbeda-beda, akan tetapi menuju pada satu tujuan yang sama.

2. Organisasi dan Sumber Daya Manusia

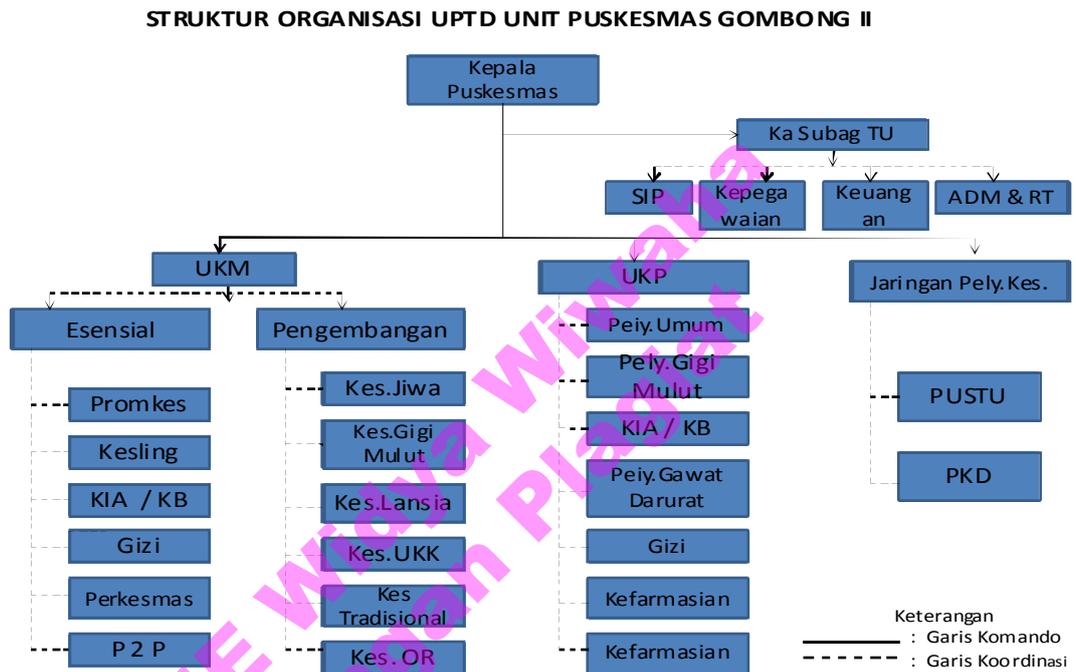
Organisasi Puskesmas Gombang II mengacu pada Peraturan Daerah nomor 69 tahun 2008 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas dengan tugas melakukan pelayanan kesehatan pada masyarakat yaitu sebagai berikut :

- 1) Kepala Puskesmas
- 2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha
- 3) Koordinator UKP
- 4) Koordinator UKM

Bagan Struktur Organisasi Puskesmas Gombang II adalah sebagai berikut :

Gambar 4.1

Struktur Organisasi Puskesmas Gombang II



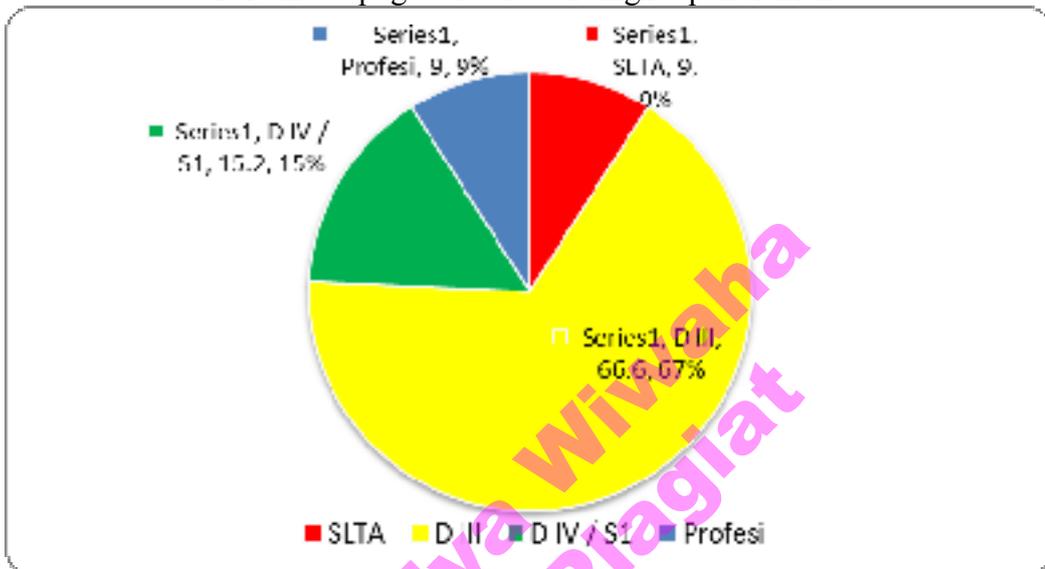
Sumber : Permenkes No 75 tahun 2014

Jumlah pegawai Puskesmas Gombang II per tanggal 31 Desember 2017 sebanyak 33 orang, yang terdiri dari :

- Pegawai Tetap : 28 orang
- Pegawai Tidak Tetap : 4 orang
- Pegawai Honorer : 1 orang
- Jumlah : 33 orang

Dari sisi tingkat pendidikan, komposisi pegawai pada Puskesmas Gombang II adalah sebagai berikut :

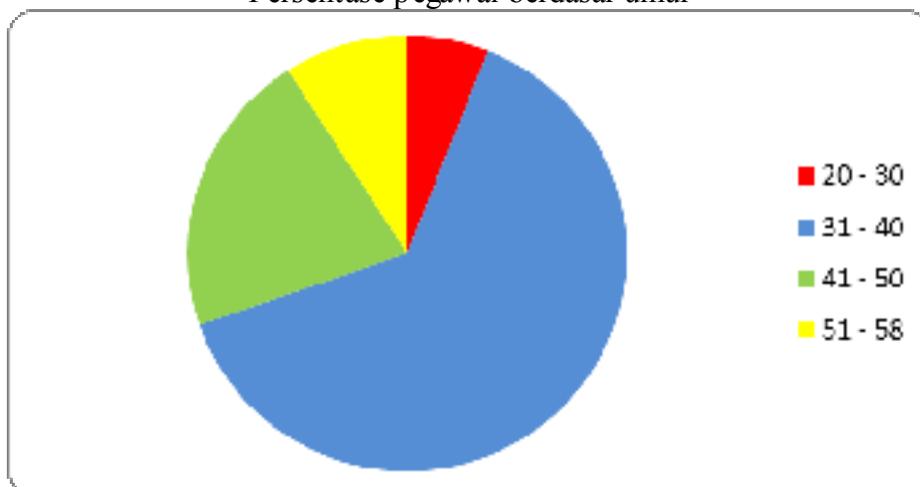
Gambar 4.2
Persentase pegawai berdasar tingkat pendidikan



Sumber : Puskesmas Gombang II

Dari sisi usia, komposisi pegawai pada Puskesmas Gombang II Adalah sebagai berikut :

Gambar 4.3
Persentase pegawai berdasar umur



Sumber : Puskesmas Gombang II

Untuk memberikan gambaran tentang hasil-hasil pembangunan kesehatan di Kabupaten Kebumen, berikut ini diuraikan tentang indikator-indikator derajat kesehatan, yang meliputi: angka kematian dan status gizi.

a. Derajat Kesehatan

1. Angka Kematian

Salah satu alat untuk menilai keberhasilan program pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini adalah dengan melihat perkembangan angka kematian dari tahun ke tahun.

a. Angka Kematian Ibu Maternal (AKI)

Angka kematian ibu menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan dan tingkat pelayanan kesehatan terutama pada ibu hamil, ibu melahirkan dan ibu nifas. Jumlah kasus kematian ibu maternal tahun 2017 di Puskesmas Gomong II tidak ada . Dan tahun yang akan datang besarnya AKI pada tahun 2018 diperkirakan sebesar 0/100.000 Kelahiran Hidup

b. Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka kematian bayi mencerminkan banyaknya kematian bayi umur < 1 tahun dari 1.000 kelahiran hidup pada waktu tertentu. Sekitar 80% dari penyebab kematian bayi karena gangguan pada proses

persalinan, kelahiran yang tidak higienis dan berbagai akibat dari Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) serta berkaitan pula dengan keadaan gizi ibu yang rendah selama kehamilan. Jumlah kematian bayi di Puskesmas Gombang II pada tahun 2017 adalah sebesar 2 kasus dari 527 (1,00 %) dari jumlah kelahiran. Dari jumlah tersebut, dapat didekati besarnya AKB pada tahun 2017 diperkirakan sebesar 3,0/1.000 Kelahiran Hidup.

c. Angka Kematian Balita (AKABA)

Kematian Balita di Puskesmas Gombang II pada tahun 2017 adalah 0 dari 527 jumlah kelahiran. Merupakan gambaran tingkat permasalahan kesehatan dan faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi terhadap kesehatan anak balita, dan hal yg dapat mempengaruhi kesehatan balita antara lain: sanitasi, gizi, penyakit menular dan kecelakaan.

2. Status Gizi

Tidak ada kasus gizi buruk di Puskesmas Gombang II pada tahun 2017. Jika ada kasus gizi buruk diberikan penanganan berupa Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan, pemberdayaan ekonomi keluarga, pelacakan kasus gizi buruk dan rehabilitasi medis gizi buruk dengan kelainan. Jumlah bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (<2500 gram) adalah sejumlah 22 bayi dan semua mendapatkan perawatan (

100 %). Jumlah balita usia (6-59 bln) yang mendapatkan Vitamin A 2 kali, pada bulan Februari dan Agustus sebanyak 4050 balita.

B. Kesehatan Lingkungan dan Perilaku Hidup Sehat

Kondisi lingkungan mempunyai peranan yang cukup besar dalam mempengaruhi derajat kesehatan disamping perilaku masyarakat itu sendiri dan sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan lingkungan termasuk pula hygiene dan sanitasi sangat dipengaruhi oleh kebiasaan dan cara hidup masyarakat. Upaya penyehatan lingkungan dilaksanakan dengan lebih menekankan pada peningkatan kualitas lingkungan yaitu melalui kegiatan yang bersifat promotif, preventif dan protektif. Adapun pelaksanaannya bersama-sama dengan masyarakat, diharapkan secara epidemiologi akan mampu memberikan kontribusi yang bermakna terhadap derajat kesehatan masyarakat.

1. Jangkauan Fasilitas Air Bersih

Sejalan dengan perkembangan jumlah penduduk, maka kebutuhan air bersih semakin bertambah. Adapun sumber air di Wilayah Puskesmas Gombang II pada umumnya berasal dari ledeng, mata air, sumur pompa tangan, sumur gali dan air permukaan.

Dari sejumlah 2144 sarana air bersih yang diperiksa, sebanyak 2144 sarana air bersih yang memenuhi syarat (100 %) memiliki akses air bersih. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa jangkauan fasilitas air

bersih di wilayah Puskesmas Gombang II masih memenuhi target Kabupaten rata-rata cakupan air bersih sebesar 75%.

2. Rumah Sehat

Rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian. Jumlah seluruh rumah yang berada di Wilayah Puskesmas Gombang II sebesar 9695 buah. Dari jumlah tersebut, sebanyak 9695 buah rumah telah diperiksa semua, dan yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 8590 buah (88,00%), angka ini sudah berada diatas target rata-rata cakupan rumah sehat yakni 65 %.

3. Tempat Umum Sehat

Tempat-Tempat Umum (TTU) adalah kegiatan bagi umum yang dilakukan oleh badan-badan pemerintah, swasta atau perorangan yang langsung digunakan oleh masyarakat yang mempunyai tempat dan kegiatan tetap serta memiliki fasilitas. Peranan TTU cukup besar dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Banyak kasus penyakit dan gangguan kesehatan lain terjadi erat hubungannya dengan pengelolaan tempat-tempat tersebut. Beberapa contoh penyakit/gangguan kesehatan dimaksud adalah terjadinya keracunan makanan, keracunan pestisida dan infeksi nosokomial. Pengawasan sanitasi TTU meliputi : sarana kesehatan, sarana pendidikan, sarana ibadah, perkantoran dan sarana lain. Secara terperinci disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.1 Pengawasan Sanitasi

No	Nama Institusi	Jumlah	Dibina	%
1.	Kesehatan	7	7	100
2.	Pendidikan	25	25	100
3.	Hotel	2	2	100
JUMLAH TTU		34	34	100

4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Upaya pembinaan perilaku sehat masyarakat melalui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) ditekankan pada peran serta masyarakat di bidang kesehatan guna menunjang penurunan angka kematian bayi, balita dan ibu serta berbagai upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Kegiatan PHBS ini terdiri dari beberapa sasaran kegiatan yaitu PHBS tatanan institusi, tempat-tempat umum dan tatanan rumah tangga. Dari ketiga tatanan tersebut, tatanan rumah tangga dianggap merupakan tatanan yang mempunyai daya ungkit yang paling besar terhadap perubahan perilaku masyarakat secara umum pencapaian strata PHBS, ada 11.265 rumah tangga dan yang dipantau 11.265 rumah tangga pada tahun 2017 yang ber-PHBS sejumlah 10176 (90,3%) berada diatas target pencapaian strata nasional yakni 15%.

C. Pelayanan Kesehatan

1. Pemanfaatan Pustu dan PKD

Pustu/PKD merupakan tempat diselenggarakannya pelayanan kesehatan dasar. Jumlah PKD di Kecamatan Gombang sebanyak 7 buah masih ada satu yang belum memiliki PKD terkendala pengadaan tempat/lokasi, dan penduduk telah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan Pustu/PKD yang ada di desanya. Jumlah kunjungan pasien rawat jalan di Puskesmas Gombang II

pada tahun 2017 adalah 44.513 orang terdiri dari laki-laki 15.193 orang dan perempuan 59.320 orang. Kunjungan pasien jiwa 469 orang (L : 247, P : 222)

2. Pelayanan Kesehatan KIA

Tujuan dari dilaksanakannya upaya kesehatan adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan secara merata kepada seluruh lapisan masyarakat dan juga sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat khususnya kelompok rentan yaitu bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin dan ibu menyusui. Cakupan kunjungan ibu hamil adalah jumlah kunjungan ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal 5T (penimbangan BB/TB, pemeriksaan tensi, pemberian imunisasi TT, pengukuran tinggi fundus uteri dan pemberian tablet Fe) dibanding jumlah ibu hamil

yang ada. Jumlah ibu hamil di wilayah Pusk Gombong II pada tahun 2017 adalah 566 orang, cakupan kunjungan ibu hamil K1 sebesar 566 (100%) dan jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K4 sebanyak 523 (83.4%). Untuk cakupan K1 maupun K4 sudah berada di atas target Kabupaten yaitu K1 sebesar 90 % dan K4 sebesar 85%. Hal ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan ANC sudah baik, petugas untuk terus meningkatkan kemampuan dan memotivasi ibu hamil untuk terus melakukan pemeriksaan kehamilan sampai minimal empat kali selama kehamilannya.

3. ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi dan anak di bawah umur 2 tahun. ASI mengandung zat gizi yang lengkap dalam jumlah yang mencukupi kebutuhan bayi sampai dengan umur 6 bulan, sehingga ASI adalah makanan tunggal yang seharusnya diberikan bayi umur 0-6 bulan. Pemberian ASI Eksklusif di wilayah Puskesmas Gombong II Kecamatan Gombong pada tahun 2017 sejumlah 96 bayi (53,0%) dari jumlah 179 bayi, masih sangat rendah, berada dibawah target nasional yakni 55 %.

4. Imunisasi

Untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan bayi serta anak balita perlu dilakukan program imunisasi. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) pada bayi adalah

TBC (batuk darah), Difteri, Batuk Rejan, Tetanus, Polio dan Campak. Dari tabel Imunisasi terlihat bahwa bayi yang mendapatkan imunisasi DPT1 pada tahun 2017 sebanyak 566 bayi (100 %) dari jumlah bayi sebanyak 566 bayi, angka tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan target Kabupaten (90%). Jumlah bayi yang mendapat imunisasi campak pada tahun 2017 sejumlah 567 (98,6%) bayi, angka tersebut lebih tinggi bila dibandingkan dengan target Kabupaten (80%).

5. Pemberantasan Penyakit

a. Pemberantasan Penyakit Malaria (P2 Malaria)

Kasus Malaria klinis di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang pada tahun 2017 *tidak terdapat* suspek yang diperiksa sediaan darahnya namun tidak terdapat kasus malaria *Positif*.

b. Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2 DBD)

Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di wilayah Puskesmas Gombang II Tahun 2017 terdapat kasus sebanyak 18 kasus, dirawat dan sembuh.

c. Pemberantasan Penyakit Tuberkulosa Paru (P2 TB Paru)

Kasus TB Paru BTA (+) di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang pada tahun 2017 sebanyak 10 kasus baru, semua temuan kasus diobati dan sembuh 10 orang (100 %).

d. Pemberantasan Penyakit Diare (P2 Diare)

Berdasarkan data profil kesehatan, penderita diare di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang pada tahun 2017 sebanyak 752 kasus (100 %) dari jumlah perkiraan kasus 752. Hal ini menunjukkan bahwa insidensi penyakit saluran pencernaan (abdominalis) masih ada.

e. Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (P2 ISPA)

Penderita pneumonia pada Balita yang dilaporkan di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang pada tahun 2016 ditemukan kasus pneumonia sebanyak 233 kasus (100 %) dari perkiraan 217 kasus.

f. Pemberantasan Penyakit Infeksi Humen Immune Deficiency Virus/Aquired Immune Deficiency Syndrome (P2 HIV / AIDS), di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang pada tahun 2016, TIDAK diketemukan kasus HIV, dan ditemukan kasus AIDS sejumlah 12 orang (meninggal 1 orang jenis kelamin perempuan) dan penyakit infeksi menular seksual lainnya tidak ditemukan di wilayah Puskesmas Gombang II.

6. Pelayanan Kesehatan Gakin

Jumlah KK miskin di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan 18.855 jiwa. Pada tahun 2017 bayi gakin BGM yang mendapatkan MP-ASI sebanyak 13 bayi.

Kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka pelayanan kesehatan gakin adalah: pelayanan kesehatan di puskesmas, pelayanan kesehatan oleh bidan desa, revitalisasi posyandu, pemberian obat, penyebarluasan informasi dalam rangka sosialisasi program, pemantauan program serta penanganan keluhan/pengaduan masyarakat.

7. Kejadian Luar Biasa (KLB)

KLB merupakan fenomena yang sering menimbulkan kepanikan yang luas di masyarakat. di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang tahun 2017 *tidak ada kejadian KLB*.

D. Sumber Daya Kesehatan

1. Sarana Kesehatan

Keberhasilan pembangunan kesehatan dapat mencapai optimalisasi apabila sumber daya kesehatan yang ada telah didata dan diberdayakan secara optimal karena merupakan faktor utama keberhasilan pelayanan. Jumlah sarana kesehatan dasar di wilayah Puskesmas Gombang II tahun 2017 terdapat 28 sarana kesehatan.

2. Ketenagaan

Berdasarkan data profil kesehatan tahun 2017, persebaran tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang adalah sebagai berikut:

a. Tenaga medis (dokter, dokter gigi, dr/drg spesialis)	: 2 orang
b. Tenaga perawat,perawat gigi (termasuk lulusan S1 & DIII,SPK,SPRG)	: 7 orang
c. Tenaga farmasi (Ass. Apoteker)	: 1 orang
d. Tenaga Gizi (lulusan D.III)	:1orang
e. Tenaga teknisi medis (Analis, ATEM, APRO)	: 1 orang
f. Tenaga Kesehatan Masyarakat (SKM)	: 1 orang
g. Tenaga Sanitasi (D III)	:1 orang
h. Tenaga PKM	: 1 orang
i. Tenaga Pengawas Obat dan makanan	: 1 orang
j. Tenaga Bidan (lulusan D.I & D.III, D.IV)	: 13 orang
k. Tenaga Sopir	: 1 orang
l. Staff Administrasi	: 2 orang
m. Penjaga Kantor	: 1 orang

Pemenuhan kekurangan tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang diharapkan pada tahun-tahun ke depan dari pengangkatan tenaga kesehatan baru baik PNS/PTT baik dari Provinsi atau Kabupaten.

3. Obat

Di wilayah Puskesmas Gombang II Kecamatan Gombang ketersediaan obat pada tahun 2017 terdapat 162 item daftar obat yang sesuai dengan LP-LPO, dan rata-rata jumlah jenis obat yang tersedia di gudang obat Puskesmas sebanyak 145 item jenis obat (93,54 %).

E. Data Sektor Terkait

Gerakan Keluarga Berencana (KB) tahun 2017 tingkat Kecamatan di wilayah Puskesmas Gombang II telah lama dilaksanakan dengan melalui unit-unit pelayanan fasilitas kesehatan yang ada baik lewat jalur pemerintah maupun swasta. Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di wilayah Puskesmas Gombang II adalah 5037 PUS, jumlah peserta KB baru 127 orang (74.1%) sedangkan jumlah peserta sebanyak 3730 orang (23,80%). Cakupan peserta KB baru dan KB aktif tahun 2017 ada penurunan jika dibandingkan tahun 2016.

F. Hasil Akreditasi

Struktur standar akreditasi Puskesmas terdiri dari 9 Bab, dengan total 802 Elemen Penilaian, setiap bab akan diuraikan dalam standar, tiap standar akan diuraikan dalam kriteria, tiap kriteria diuraikan dalam elemen penilaian untuk menilai pencapaian kriteria tersebut:

Tabel 4.2 Standar Penilaian

No	Standar penilaian puskesmas	Jumlah elemen penilaian
1.	Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	59
2.	Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	121
3.	Peningkatan Mutu dan Manajemen Risiko (PMMR)	32
4.	Upaya Puskesmas yang Berorientasi Sasaran (UPBS)	53
5.	Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Puskesmas (KMUP)	101
6.	Sasaran Kinerja dan Upaya Kesehatan Masyarakat (SKM)	55
7.	Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	151
8.	Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	172
9.	Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	58
Jumlah		802

Sumber: Instrumen Penilaian Akreditasi

Penilaian akreditasi dilakukan dengan menilai tiap elemen penilaian. Seperti yang sudah disebutkan bahwa terdapat tiga skor penilaian untuk setiap elemen penilaian, yaitu 0, 5, dan 10 untuk kemudian skor tersebut dijumlahkan

sehingga kriteria penilaian dapat diketahui. Berdasarkan hasil rekomendasi dari surveior, maka, diputuskan bahwa UPTD puskesmas Gombang II berada pada akreditasi madya. Berikut adalah hasil penilaian untuk setiap bab.

Tabel 4.3 Hasil Penilaian Akreditasi

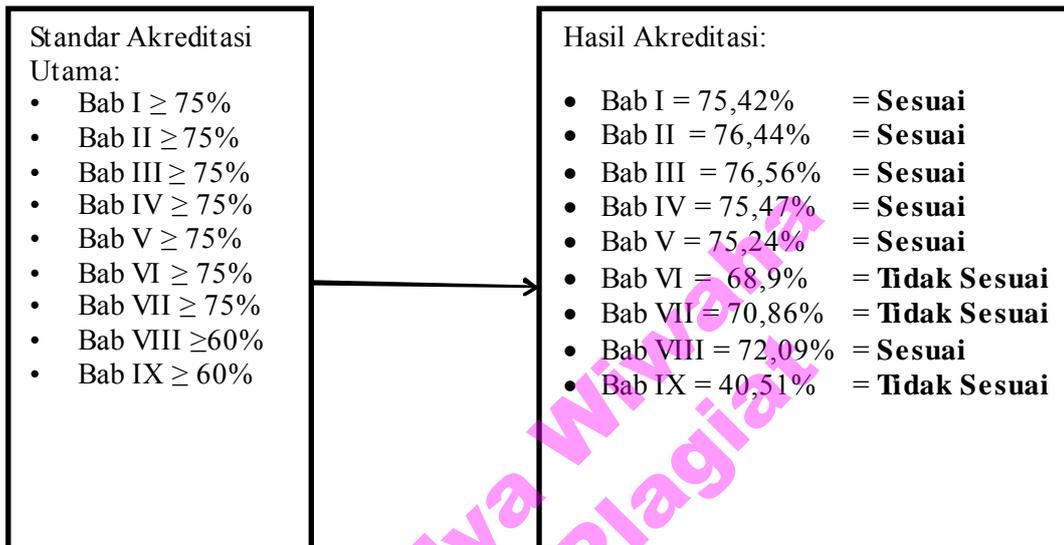
No.	Hasil Penilaian Akreditasi
1.	Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP) mendapatkan penilaian sebesar 75,42%
2.	Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP) mendapatkan nilai sebesar 76,44%
3.	Bab III. Peningkatan Mutu dan Manajemen Risiko (PMMR) mendapatkan nilai sebesar 76,56%
4.	Bab IV. Upaya Puskesmas yang Berorientasi Sasaran (UPBS) dengan 53 EP mendapatkan nilai sebesar 75,47%
5.	Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Puskesmas (KMUP) mendapatkan nilai sebesar 75,24%
6.	Bab VI. Sasaran Kinerja dan MDG's (SKM) mendapatkan nilai sebesar 68,9%
7.	Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP) mendapatkan nilai sebesar 70,86%
8.	Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK) mendapatkan nilai sebesar 72,09%
9.	Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP) mendapatkan nilai sebesar 40,51%

Sumber: Hasil Penilaian Akreditasi

Dengan berdasar pada penilaian di atas, maka, diputuskan bahwa akreditasi UPTD unit Puskesmas Gombang II mendapatkan nilai madya. Hal ini dikarenakan kriteria untuk mendapatkan nilai madya adalah bab I, II, III, IV, dan V mendapatkan nilai $\geq 75\%$. Dalam penelitian ini, dari bab I sampai dengan bab V mendapatkan nilai $\geq 75\%$. Kemudian, untuk bab VI dan VII mendapatkan nilai $\geq 60\%$, dan bab VIII dan IX mendapatkan nilai sebesar $\geq 20\%$. Untuk menuju akreditasi utama, maka, terjadi kesenjangan pada bab VI, VII, dan juga IX. Nilai yang diperlukan untuk mencapai akreditasi utama untuk bab VI dan VII adalah

sebesar 75% sedangkan untuk bab IX membutuhkan nilai $\geq 60\%$. Berikut disajikan tabel perbandingan.

Gambar 4.4 Hasil perbandingan dan kesenjangan



Gambar di atas menjelaskan tentang hasil penilaian akreditasi puskesmas. Bab I adalah penilaian mengenai penyelenggaraan pelayanan puskesmas. Puskesmas Gombang II mendapatkan persentase sebesar 75,42% untuk penyelenggaraan pelayanan puskesmas. Beberapa hal yang menjadi rekomendasi dari survei akreditasi adalah mengenai kelengkapan dokumentasi, pelaksanaan evaluasi, dan pemanfaatan laporan. Dokumentasi yang diminta oleh survei adalah dokumen mengenai notulen rapat, dokumen analisis kebutuhan, dan dokumen laporan pelaksanaan kegiatan. Dokumentasi dalam pelaksanaan akreditasi merupakan salah satu hal yang penting. Dokumentasi adalah sebuah bukti mengenai program. Namun demikian, nilai hasil penilaian akreditasi lebih dari nilai standar yang ditetapkan untuk menuju akreditasi utama. Artinya,

penyelenggaraan pelayanan puskesmas sudah memenuhi atau sesuai dengan standar akreditasi utama. Walaupun bab ini sudah sesuai dengan akreditasi utama, tapi, kelengkapan dokumen tersebut harus diperhatikan.

Bab II adalah penilaian mengenai kepemimpinan dan manajemen puskesmas. Jika dibandingkan dengan standar, maka, kepemimpinan dan manajemen puskesmas sendiri sudah memenuhi standar minimal akreditasi utama karena mendapatkan persentase sebesar 76,44%. Surveior memberikan beberapa rekomendasi seperti bukti pelaksanaan evaluasi dan monitoring, bukti analisis kebutuhan, dan beberapa bukti administrasi. Selain itu, dibutuhkan kelengkapan SOP dalam pencarian, analisis, sampai dengan pelaporan data. Penyediaan tempat penyimpanan yang baik juga menjadi rekomendasi dari para surveior. Evaluasi dan monitoring menjadi salah satu hal yang pokok dalam pelaksanaan suatu program. Evaluasi dan monitoring akan memberikan informasi mengenai pelaksanaan suatu program. Selain itu, pengolahan informasi yang baik akan memberikan informasi yang baik pula. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Andani dan Rochmah (2013) bahwa pengolahan informasi untuk pelaporan merupakan satu hal krusial dalam rangka memperoleh informasi yang berkualitas. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa bab II sudah memenuhi atau sesuai dengan standar untuk akreditasi utama.

Bab III adalah penilaian mengenai peningkatan mutu puskesmas. Untuk menjadi akreditasi utama, diperlukan persentase penilaian sebesar lebih dari sama dengan 75%. Dalam bab ini sebenarnya sangat jarang rekomendasi untuk membuat hal yang baru. Rekomendasi yang diberikan adalah mengenai

kelengkapan bukti. Kelengkapan bukti yang dimaksud contohnya adalah lengkapi bukti pelaksanaan upaya perbaikan mutu atau kinerja. Pentingnya dokumentasi mengenai perbaikan mutu dan kinerja membuat puskesmas Gombang II harus melakukan perbaikan dalam hal ini. Dokumentasi perbaikan mutu dan kinerja adalah laporan mengenai hal apa yang sudah dilakukan dan apa yang belum dilakukan dalam memperbaiki mutu dan kinerja. Dengan adanya dokumentasi tersebut, maka, pihak puskesmas Gombang II akan lebih mudah dalam melakukan perbaikan mutu dan kinerja. Puskesmas Gombang II mendapatkan nilai 76,56% untuk Bab III ini sehingga dapat dikatakan sudah memenuhi standar akreditasi utama.

Bab IV adalah penilaian mengenai UKM Puskesmas yang berorientasi sasaran. Pada bab ini, hal yang perlu diperbaiki berdasarkan rekomendasi yang diberikan adalah pembuatan rencana kegiatan dengan menggunakan format RPK yang sudah ditentukan dan ditetapkan oleh kepala puskesmas, buatlah identifikasi masalah dan hambatan yang ada di program, laksanakan sosialisasi hasil evaluasi kegiatan inovasi, dan lakukan evaluasi metode dan teknologi dalam pelaksanaan kegiatan program. Puskesmas Gombang II diharapkan melakukan perencanaan kegiatan sesuai dengan RPK, kemudian dilakukan identifikasi terhadap masalah yang muncul. Identifikasi terhadap masalah akan memberikan keuntungan bagi pihak puskesmas mengenai keberlanjutan kegiatan. Setelah itu, dilakukan evaluasi mengenai kegiatan. Evaluasi kegiatan akan memberikan informasi mengenai pelaksanaan program secara keseluruhan. Kekurangan dan kelebihan dari hasil evaluasi kemudian disosialisasikan sehingga tidak terjadi kesalahan dalam

kegiatan selanjutnya. Jika dibandingkan dengan standar akreditasi utama, maka, puskesmas Gombang II sudah memenuhi standar akreditasi utama karena mendapatkan persentase sebesar 75,47%.

Sama halnya dengan bab IV, bab V yang membahas mengenai kepemimpinan dan manajemen upaya kesehatan masyarakat juga sudah memenuhi akreditasi utama dikarenakan persentase yang didapatkan sebesar 75,24%. Rekomendasi yang diberikan pada bab ini adalah mengenai pembuatan kerangka acuan orientasi sesuai SK, pembuatan KAP, pembuatan kesepakatan bersama pembagian peran LP dan LS, dan pembuatan KAK. Selain itu, harus selalu dilakukan evaluasi terhadap setiap kegiatan pada ranah kepemimpinan dan manajemen. Dengan kata lain, setiap program kerja diharuskan untuk dilakukan monitoring dan evaluasi. Tidak ada kesenjangan antara bab V hasil penilaian akreditasi dengan standar akreditasi utama bab V. Dapat disimpulkan bahwa bab V sudah sesuai atau sudah memenuhi sakreditasi utama.

Berbeda dengan kelima bab sebelumnya, bab VI mendapatkan persentase sebesar 68,9% sedangkan yang dibutuhkan pada standar akreditasi utama adalah lebih dari 75%. Terdapat kesenjangan jika dibandingkan dengan standar akreditasi utama. Kesenjangan antara akreditasi utama dengan hasil penilaian akreditasi tertuang pada hasil rekomendasi yang diberikan oleh surveior. Surveior mengatakan bahwa perlunya dilakukan dokumentasi terhadap setiap kegiatan yang dilakukan pada unit sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat. Selain dokumentasi, terdapat rekomendasi juga mengenai pembuatan SOP. SOP yang perlu dibuat adalah SOP mengenai pendokumentasian kegiatan perbaikan kinerja.

Dalam bab ini ditekankan bahwa setiap melakukan kaji banding atau analisis sesuatu, maka, perlu dilakukan dokumentasi atau pelaporan. Untuk keperluan peningkatan kinerja, maka, dilakukan upaya kaji banding. Hasil rekomendasi mengatakan mengenai perlunya instrumen kaji banding untuk kemudian dianalisis sehingga mendapatkan informasi yang baik. Kaji banding diperlukan untuk membandingkan kinerja. Dengan demikian, dapat diketahui kekurangan dan kelebihan. Instrumen mengenai kaji banding merupakan hal penting yang harus dibuat oleh puskesmas Gombang II. Hal ini dikarenakan, instrumen yang tepat akan memberikan hasil pengukuran kinerja yang tepat pula. Dengan demikian hasil kaji banding tidak bias. Dapat disimpulkan bahwa bab VI belum memenuhi atau belum sesuai dengan standar akreditasi utama. Oleh karena itu, pihak puskesmas harus melaksanakan setiap rekomendasi yang diberikan oleh surveior.

Bab VII adalah penilaian mengenai layanan klinis yang berorientasi pasien. Bab ini membutuhkan persentase minimal sebesar 75% untuk menjadi akreditasi utama. Hasil penilaian akreditasi puskesmas Gombang II mendapatkan persentase sebesar 70,86%. Terdapat kesenjangan pada bab ini. Kesenjangan tersebut dikarenakan kurangnya identifikasi dan menetapkan informasi yang diperlukan untuk formulir kajian oleh dari tim klinis. Dengan demikian, tidak adanya formulir kajian yang memenuhi persyaratan tersebut. Selain itu, kepala puskesmas dan penanggung jawab klinis belum membuat kebijakan mengenai rencana layanan medis dan rencana layanan terpadu jika diperlukan penanganan secara tim. Dapat disimpulkan bahwa, bab VII belum memenuhi standar akreditasi utama. Untuk dapat memenuhi akreditasi utama, maka, pihak

puskesmas Gombang II perlu untuk membuat formulir mengenai kajian oleh tim klinis. Salah satu hal penting adalah identifikasi awal. Identifikasi awal akan memberikan informasi selanjutnya mengenai kajian tim klinis. Selanjutnya, pihak puskesmas Gombang II harus membuat kebijakan mengenai pelayanan terpadu. Hal ini bertujuan untuk menghindari kesalahan prosedur dalam setiap layanan terpadu di puskesmas Gombang II.

Bab VIII membutuhkan persentase minimal sebesar 60% untuk menjadi akreditasi utama. Dari hasil penilaian akreditasi puskesmas Gombang II didapatkan persentase sebesar 72,09%. Dalam bab ini, yang dijadikan sebagai bahan rekomendasi atau yang membedakan antara standar akreditasi utama dengan standar akreditasi madya adalah mengenai kurangnya pemantauan prosedur pemeriksaan laboratorium dan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil evaluasi. Dengan kata lain, setiap hal yang menunjang layanan klinis harus diatur dengan baik. Segala sesuatu harus dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku. Kegiatan di puskesmas harus memiliki standar atau aturan yang baku. Artinya, setiap kegiatan harus mengikuti perartuan yang sudah dibuat oleh kepala puskesmas. Prosedur dibuat untuk memudahkan dalam pemeriksaan laboratorium. Akan tetapi, jika tidak dilakukan pemantauan, maka, kecenderungan untuk tidak melakukan kegiatan sesuai dengan standar yang berlaku akan semakin tinggi. Oleh karena itu, penting bagi pemangku kebijakan untuk membuat aturan mengenai pemantauan dalam prosedur pelaksanaan laboratorium dan juga evaluasi waktu. Dapat disimpulkan bahwa manajemen penunjang layanan klinis memenuhi standar akreditasi utama.

Bab terakhir atau bab IX adalah penilaian mengenai peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien yang membutuhkan minimal 60% untuk menuju standar akreditasi utama. Akan tetapi, berdasarkan hasil penilaian akreditasi puskesmas Gombang II, mendapatkan persentase sebesar 40,51% saja. Kesenjangan antara standar akreditasi utama dengan hasil penilaian akreditasi pada bab IX ini adalah mengenai pendokumentasian, peran kepala puskesmas, dan peran penanggung jawab pelayanan klinis. Dokumentasi yang diharapkan ada pada bab ini adalah dokumentasi untuk setiap program kerja seperti pembuatan laporan berkala mengenai indikator mutu klinis. Peran kepala puskesmas menjadi sangat penting. Hal ini dikarenakan kepala puskesmas memiliki kewenangan penuh. Seperti contohnya kepala puskesmas dan penanggung jawab layanan klinis bertanggung jawab terhadap peningkatan mutu klinis dengan selalu melibatkan dokter/dokter gigi, perawat, dan bidan. Dalam pembuatan indikator mutu diperlukan juga koordinasi antara dokter atau dokter gigi, perawat, dan juga bidan. Dapat disimpulkan bahwa bab IX belum memenuhi standar akreditasi utama. Oleh karena itu, pihak puskesmas harus melaksanakan rekomendasi yang diminta oleh surveior. Di puskesmas Gombang II pada saat dilaksanakan akreditasi tidak memiliki dokter, akan tetapi, dalam penelitian ini sudah terdapat dokter di puskesmas Gombang II. Hal ini dibuktikan dalam struktur organisasi yang ada di puskesmas.

Tabel 4.5 Hasil penilaian dan rekomendasi

No.	Unit Penilaian	Hasil Penilaian		Rekomendasi
		Sesuai	Tidak Sesuai	
1.	Bab I. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	√		kelengkapan dokumentasi, pelaksanaan evaluasi, dan pemanfaatan laporan
2.	Bab II. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	√		bukti pelaksanaan evaluasi dan monitoring, bukti analisis kebutuhan, dan beberapa bukti administrasi kelengkapan SOP dalam pencarian, analisis, sampai dengan pelaporan data, dan penyediaan tempat penyimpanan yang baik
3.	Bab III. Peningkatan Mutu dan Manajemen Risiko (PMMR)	√		Kelengkapan bukti yang dimaksud contohnya adalah lengkapi bukti pelaksanaan upaya perbaikan mutu atau kinerja
4.	Bab IV. Upaya Puskesmas yang Berorientasi Sasaran (UPBS)	√		Penggunaan format RPK, identifikasi masalah dan hambatan yang ada di program, sosialisasi hasil evaluasi kegiatan inovasi, dan evaluasi metode dan teknologi dalam pelaksanaan kegiatan program
5.	Bab V. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Puskesmas (KMUP)	√		pembuatan kerangka acuan orientasi sesuai SK, pembuatan KAP, pembuatan kesepakatan bersama pembagian peran LP dan LS, dan pembuatan KAK, evaluasi terhadap setiap kegiatan
6.	Bab VI. Sasaran Kinerja dan MDG's (SKM)		√	dokumentasi kegiatan, pembuatan SOP, kaji banding atau analisis, instrumen kaji banding untuk kemudian dianalisis.
7.	Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)		√	kurangnya identifikasi dan menetapkan informasi yang diperlukan untuk formulir kajian oleh dari tim klinis, kepala puskesmas dan penanggung jawab klinis belum membuat kebijakan mengenai rencana layanan medis dan rencana layanan terpadu
8.	Bab VIII. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	√		kurangnya pemantauan prosedur pemeriksaan laboratorium dan evaluasi terhadap ketepatan waktu penyerahan hasil evaluasi
9.	Bab IX. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)		√	pendokumentasian, peran kepala puskesmas, dan peran penanggung jawab pelayanan klinis,

Berdasarkan hasil akreditasi puskesmas Gombang II dan beberapa rekomendasi yang diberikan, didapatkan hasil bahwa akreditasi puskesmas Gombang II masih mendapatkan akreditasi madya. Untuk itu, perlu dilakukan tindak lanjut. Terdapat tiga bab yang harus dilakukan peningkatan agar

mendapatkan akreditasi utama, yaitu sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat, layanan klinis yang berorientasi pasien, dan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien. Dengan demikian perlu dilakukan upaya-upaya perbaikan dan peningkatan agar hasil akreditasi menjadi akreditasi utama.

G. Upaya Peningkatan

Setelah diketahui hasil penilaian akreditasi, maka, dilakukan wawancara terhadap beberapa pengelola puskesmas. Informan diberikan pertanyaan mengenai bagaimana upaya yang sudah dilakukan oleh puskesmas Gombang II dalam rangka peningkatan akreditasi dari madya menjadi utama. Berikut disajikan beberapa upaya yang sudah dilakukan oleh pengelola puskesmas dalam meningkatkan akreditasi dari madya menjadi utama.

Hasil wawancara menyebutkan bahwa petugas farmasi dibantu dengan petugas non-farmasi seperti bidan dan perawat dalam pengelolaan obat. Akan tetapi, tetap diberikan batasan. Batasan tersebut dikeluarkan oleh dinas kesehatan dengan berdasarkan pada SK. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh informan 1 bahwa dinas kesehatan memberikan SK mengenai kefarmasian dan juga batasan-batasan seperti batasan untuk pemusnahan obat. Berikut adalah hasil wawancara dengan informan 1:

Kita paling dengan surat SK. SK dibuat oleh dinas kesehatan itu kita diberikan wewenang untuk melakukan kegiatan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker terus nanti ada batasan-batasan ya maksudnya yg diberikan oleh dinkes nah batasan-batasan itu nanti kayak yg misalnya pemusnahan atau apa tetapi dinkes itu memantau dan memfasilitasi kek gitu intinya tapi kita intinya dari SK itu kekuatannya.

(Informan 1)

Upaya tersebut dilakukan untuk memperbaiki atau memenuhi salah satu saran dari surveior. Pada bab VIII, surveior memberikan saran mengenai penanggung jawab klinis membuat laporan hasil pemantauan dan tindak lanjut terhadap kesesuaian pengelolaan limbah medis dengan prosedur. Dengan kata lain, setiap penanggung jawab klinis harus membuat laporan mengenai limbah medis untuk kemudian dilaporkan kepada dinas kesehatan sehingga dapat dilakukan tindak lanjut mengenai pemusnahan limbah medis tersebut. Hal ini diperkuat oleh informan 1 yang mengatakan bahwa pemusnahan obat harus diawali dengan laporan sehingga ada monitoring dari dinas kesehatan

Pemusnahannya itu kita mendata obatnya trus sudah gitu kita melaporkan membuat berita acara setelah itu kita memusnahkannya, seharusnya si kita setorkan ke dinkes Cuma dinkes itu keberatan klo mencover semua obat-obat ed di puskesmas sehingga kita diberikan sop yg dibuat oleh dinkes sop pemusnahan. Pemusnahan obat biasa dan psikotropik narkotik itu berbeda sehingga kami diberikan sop nya saja dalam hal pelaksanaan kami kapan mau melaksanakan nanti dinkes yg ke sini, petugas dinkes yg datang ke sini menyaksikan pemusnahan tersebut gitu.

(Informan 1)

Hasil akreditasi menunjukkan bahwa penanggung jawab klinis dan petugas farmasi segera menindaklanjuti hasil evaluasi ketersediaan obat terhadap formularium. Informan 1 menyebutkan bahwa awalnya merasa terkejut ternyata hal tersebut menjadi evaluasi dari tim surveior akreditasi. Berikut adalah transkrip wawancara dengan informan 1

Saya agak kaget juga yak kok ada tindak lanjut dari penggunaan obat sesuai formularium itu sudah sesuai dengan formularium atau itu belum dievaluasi, waktu dievaluasi mungkin kurang gamblang hasil evaluasinya sehingga tindak lanjut ke depannya ya dilakukan secara detail.

(Informan 1)

Hasil wawancara menyebutkan bahwa informan 1 melakukan evaluasi mengenai formularium dengan detail. Hal ini dikarenakan evaluasi mengenai formularium terdapat pada kriteria 8.2.1 elemen penilaian 6 dan 7 yang menyebutkan bahwa agar penanggung jawab klinis dan petugas farmasi segera menindaklanjuti hasil evaluasi ketersediaan obat terhadap formularium dan agar penanggungjawab klinis dan petugas farmasi segera menindaklanjuti hasil evaluasi kesesuaian per SOP an terhadap formularium. Dengan kata lain, informan 1 sudah melakukan upaya perbaikan yang diberikan oleh surveior. Upaya perbaikan yang sudah dilakukan menurut informan 1 adalah mengenai formularium. Formularium baiknya dibuat secara detail.

Awalnya, di puskesmas tersebut hanya menggunakan LPO saja. Hal ini berarti bahwa ketika unit membutuhkan obat tertentu, baru meminta. Akan tetapi, hal ini sudah diperbaiki dengan menggunakan LPO yang sudah harus dilaporkan pada awal bulan. Setiap unit harus meminta obat yang dibutuhkan pada awal bulan sehingga tidak ada lagi permintaan obat hanya ketika membutuhkan. Dengan demikian laporan mengenai keluar masuk obat sudah lebih tertata. Hal ini terkecuali pada obat dengan kasus tertentu atau obat urgen. Obat emergensi sudah dilaporkan dengan menggunakan LPO akan tetapi informan mengatakan bahwa ada kasus emergensi seperti itu jarang terjadi. Informan tidak menyebutkan bahwa terdapat buku monitoring tetapi, penggunaan obat dilaporkan dengan menggunakan LPO. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh informan sebagai berikut.

Kalo dulu kan bentuknya sy pake yg lpo lpoi itu kan hanya yg di pustu pusling dan posyandu sama induknya yg pake itu sehingga untuk yg diruangan2 kia bp itu itdak ada lpo lpo jadi menganggap obat itu keluar klo suda diminta truss y berikan saya anggap itu sdh keluar gitu kan pikirnya bmkp tp skrg itu adlaah semua saya pakekan lplo semua unit saya berikan lplo sehingga kontrolnya adalah jadi saya tau bahwa ini misalnya saya punya kapas ada 20 klo di rplpo yg besar itu misalnya 30 lah trus 20 ada di gudang berari yg 10 ada di mana aja itu sy bisa baca dari lplo itu. Kontrolnya itu. Trus yg kedua klo minta pake buku yg distribusi itu kalo minta susulan, trus kontrolnya lagi skrg di unit-unit itu permintaan perbulan jadi mereka pake kasa 10 klo sisa 5 berart harus minta misalnya 20 jd sekarang tidak ada lagi obat yg susulan di tengah-tengah misalnya itu juga mengantisipasi teman-teman bp kadang-kadang ada tindakan mereka baru minta sekarang gak ada lagi kek gitu karena sy tekankan minta di awal bulan kek gitu

(Informan 1)

Selain itu, diadakan evaluasi mengenai formularium. Evaluasi dilaksanakan 6 bulan sekali akan tetapi bisa saja evaluasi dilaksanakan 2 atau 3 bulan sekali untuk kemudian ditindak lanjuti hasil evaluasi. Evaluasi dilaksanakan untuk memperoleh informasi mengenai penggunaan obat. Hal ini tentu saja memudahkan pihak puskesmas Gombong II dalam pembuatan laporan akhir.

Saat ini, puskesmas sudah melakukan evaluasi terhadap obat-obat yang sudah kadaluarsa. Obat tersebut didata untuk kemudian dilaporkan kepada dinas kesehatan. Laporan tersebut akan ditindaklanjuti oleh dinas kesehatan dengan mengirimkan perwakilan dalam pemusnahan obat.

Sering dilakukan evaluasi gak ada hanya 6 bulan sekali. Evaluasi gak hanya 6 bulan sekali yg ditingkatkan ya lebih komunikatif lagi dengan teman-teman itu aja paling. Karena kan dari evaluasi itu baru ketemu tindak laanjutnya apa nanti apa... dari waktu sekian kalo kelamaan kan pemanataunnya kita akan kurang ya kan 6 bulan tp klo misalnya 2 bulan sekali atau 3 bulan sekali kan tidak terlalu ini, paling seprti itu.

(Informan 1)

Dari beberapa informasi dari informan, dapat diketahui bahwa puskesmas Gombang II sudah melakukan beberapa upaya peningkatan. Peningkatan yang dimaksud adalah penggunaan formularium, pembuatan RPO pada awal bulan, dan juga pelaksanaan evaluasi. Upaya tersebut berkaitan dengan dokumentasi yang dibutuhkan ketika pelaksanaan akreditasi selanjutnya. Puskesmas Gombang II diharapkan melengkapi dokumen yang dibutuhkan dengan melihat kesesuaian antara dokumen yang sudah dibuat dengan standar dokumen yang diinginkan dalam akreditasi (Nindyakinanti & Budi, 2017). Selain peningkatan dalam bidang farmasi, terdapat juga peningkatan pada hal yang lainnya.

Peningkatan pada SDM (tenaga kesehatan). Informan menyebutkan bahwa peningkatan dilakukan pada sumber daya manusia (SDM). SDM yang ada di lingkungan puskesmas, kemudian diberikan pelatihan-pelatihan dan diklat sesuai dengan bidang masing-masing. Berikut adalah tabel mengenai *gap*/kesenjangan yang menyebabkan bab VII tidak sesuai dengan standar akreditasi utama.

Tabel 4.6 Kesenjangan dan Rekomendasi Kriteria 7.1.3

Kriteria	Elemen Penilaian	Dokumen	Rekomendasi
7.1.3. Hak dan kewajiban pasien, keluarga, dan petugas dipertimbangkan dan diinformasikan pada saat pendaftaran.	4. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang terlatih dengan memperhatikan hak-hak pasien/ keluarga pasien	Persyaratan kompetensi petugas, pola ketenagaan, dan kesesuaian terhadap persyaratan kompetensi dan pola ketenagaan, pelatihan yang diikuti	Petugas pendaftaran puskesmas diikutkan pelatihan rekam medis

Sumber: Instrumen Survei Akreditasi Puskesmas

Tebel tersebut sesuai dengan yang disebutkan oleh informan sebagai berikut.

Yang sudah mulai kita laksanakan yaitu memulai untuk meningkatkan kualitas sdm dimana tenaga-tenaga sudah diikutkan pelatihan atau diklat seperti diklat pengetahuan atau diklat keterampilan, kemudian kedisiplinan dimana kedisiplinan ini menyangkut tertib administrasi khususnya laporan. Untuk dana, harus direncanakan dulu baik itu p1, p2, ataupun p3, dimana harus menanggarkan dulu di RUK rencana usulan anggaran dari RUK ke RPK kemudian kita tuangkan ke dalam anggaran BoK atau BLD. Untuk sarana prasarana kami usulkan untuk sedikit demi sedikit dilengkapi terutama kita juga kemarin buka PMP atau RTK tinggal kegiatan usulan untuk sarana lainnya mungkin ke depannya kita adakan lagi

(Informan 2)

Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa peningkatan kualitas sumber daya manusia di puskesmas Gombang II sudah mulai dilaksanakan. Hal ini menunjukkan komitmen puskesmas Gombang II dalam meningkatkan akreditasi dari madya ke utama. Dengan demikian, sumber daya manusia yang ada di puskesmas bisa semakin meningkat. Peningkatan sumber daya manusia (SDM) perlu untuk dilakukan bagi setiap pegawai di puskesmas. Peningkatan tersebut dapat berupa keikutsertaan pegawai puskesmas dalam seminar, *workshop*, dan juga forum ilmiah lain yang dapat meningkatkan kompetensi pihak puskesmas Gombang II. Peningkatan SDM dapat dilakukan melalui pelatihan dan pengembangan. Pelatihan dan pengembangan dapat membuat pekerjaan tiap anggota puskesmas menjadi lebih efektif. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Kalangi (2015) yang menyebutkan bahwa pelatihan dan pengembangan sumber daya di suatu organisasi dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi kinerja. Selain sumber daya, terdapat juga upaya peningkatan dalam hal sarana dan prasarana.

Sarana dan prasarana sudah mulai dilengkapi sesuai dengan permenkes 75. Satu hal yang belum dilengkapi adalah pembongkaran kamar mandi. Kamar mandi belum disesuaikan dengan permenkes 75 bahwa *closet* harus *closet* duduk. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut.

Ada yg sudah ada yang belum, yg belum itu pembongkaran kamar mandi untuk menyesuaikan dengan permenkes 75. Untuk alat-alat sendiri kami sudah mulai menyesuaikan dengan standar yg ada, klo masalah gedung ya apa boleh buat kita memanfaatkan dulu gedung yg ada dengan semaksimal mungkin. Satu hal yang belum dilakukan adalah penggunaan *closet* duduk.

(Informan 2)

Hal mendasar berikutnya adalah mengenai tertib administrasi. Administrasi di sini adalah laporan-laporan. Informan mengatakan bahwa poin penting dari hasil rekomendasi akreditasi adalah kurangnya administrasi. Artinya, banyak program yang berjalan tetapi tidak ada laporan. Dengan demikian, informan melakukan upaya untuk tertib administrasi.

Tabel 4.7 Kesenjangan dan Rekomendasi Kriteria Bab 6

Kriteria	Elemen Penilaian	Dokumen	Rekomendasi
6.1.1. Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana, bertanggung jawab dalam membudayakan perbaikan kinerja secara berkesinambungan, konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas	1. Ada komitmen Kepala Puskesmas, Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana untuk meningkatkan kinerja pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan UKM Puskesmas secara berkesinambungan.	Bukti adanya komitmen bersama untuk meningkatkan kinerja (bukti-bukti proses pertemuan, maupun dokumen lain yang membuktikan adanya kegiatan penggalangan komitmen).	Dokumentasikan dengan lengkap keterlibatan LS dalam usulan/ saran-saran inovasi untuk perbaikan kinerja
6.1.3. Penanggung jawab UKM Puskesmas dan Pelaksana bertanggung jawab dan menunjukkan peran serta mereka dalam memperbaiki kinerja dengan memberikan	2. Lintas program dan lintas sektor terkait memberikan saran-saran inovatif untuk perbaikan kinerja.	Bukti-bukti saran inovatif dari lintas program dan lintas sektor.	dokumentasikan dengan lengkap dan rapi usulan/ saran-saran inovasi dari LS

pelayanan yang lebih baik kepada sasaran.			
	3. Lintas program dan lintas sektor terkait berperan aktif dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	Bukti keterlibatan dalam penyusunan rencana perbaikan kinerja.	dokumentasikan keterlibatan LS dalam penyusunan indikator mutu dalam rangka rencana perbaikan kinerja
	4. Lintas program dan lintas sektor terkait berperan aktif dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	Bukti-bukti keterlibatan dalam pelaksanaan perbaikan kinerja.	dokumentasikan dengan baik keterlibatan aktif khususnya LS dalam pelaksanaan perbaikan kinerja
6.1.6. Puskesmas melakukan kaji banding (<i>benchmarking</i>) dengan Puskesmas lain tentang kinerja UKM Puskesmas.	7. Penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan evaluasi terhadap perbaikan kinerja setelah dilakukan kaji banding.	Hasil evaluasi perbaikan kinerja sesudah kegiatan kaji banding.	dokumentasi hasil evaluasi mengenai semua perbaikan kinerja setiap kaji banding, buat RTL, dan tindaklanjuti

Sumber: Instrumen Survei Akreditasi Puskesmas

Berikut adalah hasil transkrip wawancara dengan informan 2.

Kemarin sudah di bagi-bagi tugas, terutama dibagian tertentu misalnya kayak sterilisasi harus tetep mulai itu di jalankan baik itu administrasinya, kegiatan sih biasanya berjalan tapi kadang itu administrasinya lupa itu diingatkan lagi. Keseragaman format laporan perlu disusun, kemudian lebih disiplin lagi termasuk disiplin waktu, disiplin administrasi

(Informan 2)

Informan 3 menambahkan mengenai adanya pertemuan dengan kepala puskesmas mengenai hasil akreditasi. Berikut adalah hasil wawancara dengan informan 3.

Sudah. Jadi untuk awal kami memang lihat hasil akreditasi kemarin kekurangan kita kemudian ada masukan-masukan kemarin sudah masuk kemudian kita kumpul bersama dengan kapus dan wmm kita lihat apa-apa yg masih kurang yg diminta yg belum di penuhi kemudian itu menjadi acuan kita untuk kegiatan kita ke depan tapi memang yg dari sana sangat membantu surveyor dan dinas trus diterapkan di tahun ini kita duduk bareng baik itu UKM, WMM dan kepala puskesmas.

(Informan 3)

Dari tabel dan wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa upaya pemenuhan standar akreditasi utama adalah mengenai tertib administrasi. Administrasi atau dokumentasi yang sesuai dengan standar akreditasi utama pastinya akan meningkatkan akreditasi puskesmas Gombang II. Akan tetapi, baru kriteria 6.1.1 saja yang sudah dilakukan perbaikan. Oleh karena itu, pihak puskesmas Gombang II harus memperhatikan kesesuaian dokumen akreditasi dengan instrumen penilaian akreditasi. Seharusnya, instrumen penilaian akreditasi menjadi dasar dalam pengumpulan dokumen. Senada dengan hasil penelitian tersebut, Nindyakinanti dan Budi (2015) mengatakan pentingnya kesesuaian dokumen akreditasi dengan instrumen penilaian akreditasi. Perbaikan tersebut akan berjalan dengan baik jika adanya koordinasi dan komunikasi antara satu bidang dengan lainnya. Koordinasi tersebut sudah mulai dilakukan dengan mengadakan pertemuan.

Pentingnya koordinasi dan komunikasi antara bidang satu dengan lainnya. Dengan demikian, dilakukan upaya yaitu melakukan pertemuan rutin selama dua bulan sekali untuk mengetahui progress dan mengetahui kebutuhan antara satu bidang dengan lainnya. Selain itu, dalam pertemuan juga dibahas langkah-langkah selanjutnya dalam memenuhi keputusan akreditasi utama. Pada awal tahun sudah disepakati mengenai komunikasi lintas bidang. Berikut adalah tabel mengenai *gap/kesenjangan* di bab VII.

Tabel 4.8 Kesenjangan dan Rekomendasi Kriteria 7.2.2

Kriteria	Elemen Penilaian	Dokumen	Rekomendasi
7.2.2. Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien	3. Dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat waktu.	-	Koordinasi dan komunikasi tentang informasi kajian melibatkan semua petugas atau unit terkait (dokter, perawat, bidan, ahli gizi, laboratorium, farmasi, dan sebagainya)

Sumber: Instrumen Survei Akreditasi Puskesmas

Berikut adalah hasil wawancara dengan informan 2.

Pada awal tahun misal kita koordinasi dengan lintas program lainnya untuk penetapan sasaran, kemudian kegiatan apa yg kita dahulukan. Pertemuan tadi sebetulnya sebulan sekali namun impossible karena biasanya dalam sebulan itu sibuk semua maka diadakan dua bulan sekali, tapi kalo ada kebutuhan mendesak ya kami langsung adakan

(Informan 2)

Informasi tersebut membuktikan bahwa pihak puskesmas sudah melakukan upaya perbaikan dari hasil penilaian akreditasi. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa terjadi kesepakatan pada awal tahun mengenai koordinasi dengan lintas program. Hal ini bertujuan untuk membuat rencana untuk keberhasilan program. Kesenjangan pada elemen penilaian 7.2.2 sudah dipenuhi oleh puskesmas Gombang II sehingga dapat disimpulkan bahwa pihak puskesmas sudah melakukan upaya perbaikan untuk menuju akreditasi utama.

Kepala puskesmas memiliki peran yang sangat penting dalam upaya peningkatan keputusan akreditasi. Informan mengatakan bahwa kepala puskesmas memiliki peran yang sangat penting dalam proses peningkatan akreditasi. Peran kepala puskesmas dinilai penting dikarenakan kepala puskesmas berhak

mengeluarkan SK untuk beberapa perbaikan dari hasil rekomendasi. Hal ini juga menjadi perhatian dari tim penilai akreditasi. Dikatakan di dokumen rekomendasi bahwa kurangnya bukti berupa SK dan juga dokumen lain menjadi nilai kurang bagi akreditasi puskesmas Gombang II.

Pertemuan atau koordinasi antar bidang dirasa sangat penting oleh informan. Dalam pertemuan tersebut dibahas mengenai progress atau kemajuan program, koordinasi antar bidang, kerja sama, melaporkan kinerja tiap bidang sehingga dapat diketahui kekurangan dan kelebihan demi kebaikan bersama. Berikut adalah hasil transkrip wawancara dengan informan.

Pertama itu kami sudah menyepakati waktu pertemuan. Hal itu penting karena di pertemuan itu menyampaikan kendala-kendala yg di alami. Yg kedua itu kerjasama yg harus dijaga bersama-sama di UKM itu sendiri. kemudian koordinasi dengan program2 lain yg bukan di UKM contohnya di dana. Kan tidak mungkin program itu akan berjalan tanpa dana kemudian kita membuat usulan kegiatan yg bisa didanai baik dari BOK atau BLUD. Yg belum itu struktur organisasi. Struktur organisasi kami itu memang belom jalan kan PJ di UKM kan ada 2 esensial dan pengembangan itu mungkin nanti akana kita gerakkan lagi agar lebih mudah koordinasinya

(Informan 3)

Sarana dan prasarana. Beberapa sudah disesuaikan dengan permenkes tetapi ada beberapa yang belum.

Karena keterbatasan kami, kami berusaha untuk menyesuaikan dengan permenkes Cuma fasilitas di kami gedung masih kurang seperti sarana di kisi sarana di kesling. Namun sejauh ini kami akan mengacu ke permenkes. Cuma gedung nya ini belum

(Informan 3)

Dapat disimpulkan bahwa ketiga informan memiliki kesamaan yaitu melakukan perbaikan pada administrasi, sarana dan prasarana dan juga komunikasi. Ketiga hal tersebut menjadi upaya awal yang dilakukan informan dalam memperbaiki akreditasi. Berdasarkan hasil wawancara, tidak ditemukan adanya tim khusus dalam persiapan akreditasi. Padahal tim khusus dalam persiapan akreditasi ini menjadi salah satu hal yang sangat penting. Hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh Maghfiroh dan Rochmal (2017) yang mengatakan bahwa perlunya membentuk tim khusus dalam persiapan akreditasi. Selain itu, dibutuhkan juga monitoring dan evaluasi. Selain itu, baru dua bab saja yaitu bab VI dan VII yang dilakukan perbaikan dari tiga bab yang menjadi kesenjangan berdasarkan wawancara. Akan tetapi, pada bab IX sudah mendapatkan perbaikan yaitu sudah tersedianya dokter di puskesmas Gombang II. Pada bab IX perlu perhatian khusus karena berdasarkan hasil penilaian memiliki rekomendasi cukup banyak.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan temuan dan hasil analisis upaya peningkatan akreditasi madya menjadi utama, maka, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Beberapa upaya yang sudah dilakukan oleh pihak puskesmas adalah laporan pemantauan dan tindak lanjut terhadap limbah medis, penggunaan formularium, evaluasi terhadap penggunaan formularium, peningkatan kualitas SDM, peningkatan sarana dan prasarana, tertib administrasi, dan komunikasi lintas bidang
2. Terdapat tiga bab yang menjadi kesenjangan untuk mencapai akreditasi utama, yaitu bab VI, VII, dan IX. Masing-masing bab tersebut mengenai sasaran kinerja upaya kesehatan masyarakat (SKM), layanan klinis yang berorientasi pasien (LKBP), dan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP). Kesenjangan ini berasal dari kurang tertibnya administrasi seperti tidak adanya SK
3. Dari tiga bab yang menjadi *gap* atau kesenjangan, hanya dua saja yang sudah dilakukan perbaikan. Perbaikan dilakukan pada bab VI dan VII. Dengan demikian, masih perlu dilakukan upaya lebih agar menjadi akreditai utama

4. Upaya peningkatan status akreditasi adalah tertib administrasi, komunikasi, dan juga sarana dan prasarana. Tertib administrasi artinya melakukan segala administrasi sesuai dengan standar. Selain itu, komunikasi antar pegawai puskesmas juga sangat dibutuhkan. Hal ini bertujuan untuk mempermudah koordinasi dalam rangka peningkatan akreditasi puskesmas.

B. Saran

1. Perlunya pembentukan tim khusus dalam akreditasi. Hal ini bertujuan untuk mempermudah pekerjaan dan koordinasi sebelum pelaksanaan akreditasi. Tim khusus bisa berasal dari beberapa disiplin ilmu
2. Perlunya monitoring dan evaluasi terhadap tim khusus. Hal ini bertujuan untuk menjaga pekerjaan dari tim khusus agar sesuai jalur. Monitoring dan evaluasi bisa dilakukan oleh pihak internal maupun meminta bantuan dari pihak eksternal
3. Perlunya *time schedule*. *Time schedule* ini artinya, selama tiga tahun ke depan sudah harus ada perbaikan sekian persen. Dengan kata lain, pihak puskesmas memiliki tabel mengenai perencanaan upaya perbaikan pada setiap tahun. Dengan kata lain, pihak puskesmas memiliki tabel pencapaian perbaikan untuk bab VI, VII, dan IX selama tiga tahun mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Andani , T., & Rochmah , T. N. (2013). Evaluasi proses pembuatan laporan dan pemanfaatan informasi rekam medis di rumah sakit Usada di Sidoarjo. *Jurnal administrasi kesehatan Indonesia*, 282-290.
- Anggraeny, P. A., & Ernawaty. (2016). Kesiapan pusat layanan kesehatan (PLK) B UNAIR menghadapi akreditasi klinik pratama. *Jurnal administrasi kesehatan Inddonesia*, 146-154.
- Effendy, N. (1997). *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat*. Jakarta: Penerbit bukku kedokteran.
- Farzana, N., Suparwati, A., & Arso, S. P. (2016). Analisis kesiapan akreditasi dasar puskesmas Mangkang di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 94-103.
- Harnilawati. (2013). *Pengantar ilmu keperawatan komunitas*. Takalar: Pustaka As Salam.
- Kalangi, R. (2015). Pengembangan sumber daya manusia dan kinerja aparat sipil negara di kabupaten kepulauan Sangihe Provinsi Sulawesi Utara. *Jurnal LPPM bidang EkoSosBudKum*, 1-18.
- Konli, S. (2014). Pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas desa Gunawan kec. Sesayap kab. Tana Tidung. *E-journal ilmu pemerintahan*, 1925-1936.
- Kusbaryanto. (2010). Peningkatan mutu rumah sakit dengan akreditasi. *Mutiara Medika*, 86-89.
- Maghfiroh, L., & Rochmal, T. N. (2017). Analisis kesiapan puskesmas Demangan kota Madiun dalam menghadapi akreditasi. *Jurnal MKMI*, 329-336.
- Marshanti, F., Tamtuano, D., & Murti , B. (2017). The associations between accreditation status, patient socio-economic factors, insurance type, patient perceived quality of service and satisfaction at community health center. *Journal of health policy and management*, 91-101.
- Nindyakinanti, R., & Budi, S. C. (2017). Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 di puskesmas Jetis 1 Bantul. *Jurnal kesehatan vokasional*, 94-101.

- Nuryati, S. (2017). Evaluasi implementasi sistem manajemen mutu ISO 9001: 2008 di puskesmas wilayah Kabupaten Sleman. *JMMK*, 140-157.
- Sanah, N. (2017). Pelaksanaan fungsi puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di kecamatan Long Kali Kab. Paser. *E-journal ilmu pemerintahan*, 305-314.
- Simons, H. (2009). *Case study research in practice*. California: SAGE.
- Sina, P. G. (2017). *Financial Contemplation*. Denpasar: Guepedia.
- Sinaga, E., & Haryanto. (2016). Evaluasi penerapan informasi puskesmas di kabupaten Sleman. *Journal of information system for public health*, 44-51.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative Research*. New York, NY: The Guilford Press.
- Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Swanborn, P. (2010). *Case study research*. California: SAGE.
- Thomas, E. (2015). Studi tentang pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas Sungai Siring kec. Samarinda Utara kota Samarinda. *eJournal ilmu pemerintahan*, 950-960.

STIE Widyia Wiyanda
Jangan Plagiat