

**ANALISIS PENINGKATAN MUTU DAN PENERAPAN PERBAIKAN KINERJA PUSKESMAS  
DALAM PENGELOLAAN DAN PELAKSANAAN KEGIATAN DALAM KESIAPAN PELAKSANAAN  
AKREDITASI PUSKESMAS DI WILAYAH KOTA KENDARI TAHUN 2018**

**Halifa<sup>1</sup> Nani Yuniar<sup>2</sup> La Ode Ali Imran Ahmad<sup>3</sup>**

<sup>123</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo

<sup>1</sup>halifa635@gmail.com <sup>2</sup>naniyuniar@yahoo.co.id <sup>3</sup>imranoder@gmail.com

**ABSTRAK**

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali. BPJS akan menghentikan kerjasama kemitraan dengan puskesmas yang belum terakreditasi sampai tahun 2019. Di Kota Kendari Puskesmas yang belum terakreditasi berjumlah 9 unit Puskesmas. Tujuan penelitian untuk mengetahui kesiapan akreditasi berdasarkan peningkatan mutu dan penerapan perbaikan kinerja Puskesmas dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan dalam Pelaksanaan Akreditasi Puskesmas di Wilayah Kota Kendari Tahun 2018. Penelitian menggunakan pendekatan fenomenologi dengan jenis penelitian kualitatif, jumlah informan sebanyak 8 orang pada 4 Puskesmas yaitu informan kunci ketua peningkatan mutu Puskesmas (PMP) dan informan biasa anggota PMP. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ke 4 Puskesmas di Wilayah Kota Kendari Tahun 2018 telah siap akreditasi berdasarkan hasil wawancara dan didukung dengan kesiapan dokumen berdasarkan pelaksanaan peningkatan mutu dan penerapan perbaikan kinerja Puskesmas dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan. Tetapi dari 4 Puskesmas yang sangat siap akreditasi berdasarkan kelengkapan dokumen dan sumber daya manusia yaitu Puskesmas Mekar, Labibia, dan Perumnas, sedangkan untuk Puskesmas Mata masih kurang sumber daya manusia. Disarankan pada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lebih lanjut terkait peningkatan mutu dan penerapan perbaikan kinerja Puskesmas yang membandingkan Puskesmas yang sudah akreditasi dengan yang belum pernah akreditasi dengan pendekatan fenomenologi.

Kata Kunci : Akreditasi, Peningkatan Mutu dan Perbaikan Kinerja, Puskesmas

**ANALYSIS OF QUALITY AND PERFORMANCE IMPROVEMENT OF PUBLIC HEALTH CENTER IN  
MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION OF ACTIVITIES IN THE READINESS OF PUBLIC  
HEALTH CENTER ACCREDITATION IMPLEMENTATION  
IN KENDARI CITY IN 2018**

---

**Halifa<sup>1</sup> Nani Yuniar<sup>2</sup> La Ode Ali Imran Ahmad<sup>3</sup>**

<sup>123</sup> Public Health Faculty of Halu Oleo University

<sup>1</sup>halifa635@gmail.com <sup>2</sup>naniyuniar@yahoo.co.id <sup>3</sup>imranoder@gmail.com

**ABSTRACT**

In an effort to improve the service quality, Public Health Center (PHC) must be accredited periodically at least 3 (three) years. Social Security Agency of Health (BPJS) will stop the partnership with PHC that have not been accredited until 2019. In Kendari City the PHC that have not been accredited are 9 units. The research objective was to determine accreditation readiness based on quality and performance improvement of PHC in management and implementation of activities in Accreditation Implementation of PHC in Kendari City in 2018. The study was qualitative with phenomenological approach. the number of informants were 8 people from 4 PHC. Key informant was chairperson of quality improvement of PHC (PMP) while ordinary informants were PMP members. The results of the study showed that the 4 PHC in Kendari City in 2018 were ready for accreditation based on the results of interviews and supported by document readiness based on the implementation of quality improvement and the implementation of performance improvement of PHC in the management and implementation of activities. Public Health Centers that very ready for accreditation based on the completeness of documents and human resources, namely the PHC of Mekar, Labibia, and Perumnas, while PHC of Mata was still lacking in human resources. It is suggested to further researchers to conduct further research related to improving quality and applying performance improvement of PHC that compares accredited PHC with those who have never been accredited with the phenomenology approach.

Keywords: Accreditation, Quality and Performance Improvement, Public Health Center

## PENDAHULUAN

Kebijakan yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya Puskesmas adalah dengan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, pasal 3 menyatakan bahwa Puskesmas wajib terakreditasi, dan Pemerintah Daerah berkewajiban untuk mendukung, memotivasi, mendorong, serta memperlancar proses pelaksanaan akreditasi Puskesmas. Hal ini bertujuan untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas. Oleh karena itu, perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme Akreditasi dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat Akreditasi. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 6 ayat (2). BPJS akan menghentikan kerjasama kemitraan dengan Puskesmas yang belum terakreditasi sampai tahun 2019<sup>1</sup>.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan tahun 2017, telah terakreditasi 4.223 Puskesmas dari 9.825 unit Puskesmas di seluruh Indonesia. Puskesmas dengan tingkat kelulusan Akreditasi dasar dan madya mendominasi jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi yakni 89% (31% Dasar dan 58% Madya), tingkat kelulusan Akreditasi utama 10%, sedangkan tingkat kelulusan Akreditasi paripurna sangat minim yaitu 1% (Kemenkes RI, 2017). Di Sulawesi tenggara jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi belum mencapai setengah dari jumlah Puskesmas yang ada yakni 65 unit Puskesmas dari 280 Puskesmas di Sulawesi Tenggara<sup>2</sup>.

Jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi di Kota Kendari berjumlah 6 unit Puskesmas yaitu Puskesmas Lepo-Lepo dengan status akreditasi Madya masa berlaku akreditasi sampai tahun 2019, Puskesmas Poasia dengan status akreditasi Madya masa berlaku akreditasi sampai tahun 2019, Puskesmas Puuwatu dengan status akreditasi Madya masa berlaku akreditasi sampai tahun 2020, Puskesmas Wua-Wua dengan status akreditasi Madya masa berlaku akreditasi sampai tahun 2020, Puskesmas abeli dengan status akreditasi Dasar masa berlaku akreditasi sampai tahun 2020 dan Puskesmas

Benu-Benu dengan akreditasi Dasar masa berlaku akreditasi sampai tahun 2020 dari 15 unit Puskesmas yang ada di kota Kendari. Sedangkan puskesmas yang belum terakreditasi berjumlah 9 unit Puskesmas yang sementara masih melakukan persiapan akreditasi yaitu Puskesmas Mekar, Puskesmas Labibia, Puskesmas Perumnas, Puskesmas Kandai, Puskesmas Mata, Puskesmas Kemaraya, Puskesmas Mokoau. Sedangkan untuk Puskesmas Jati Raya dan Puskesmas Nambo tahun ini belum melakukan persiapan akreditasi<sup>3</sup>.

Berdasarkan hasil data dari kinerja instalasi pemerintah direktorat jendral pelayanan kesehatan tahun 2016 realisasi kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas tersertifikasi akreditasi sebanyak 1.308 Kecamatan (sumber data dari laporan Komisi Akreditasi per 31 Desember 2016): a) Realisasi tahun 2016 (1.308 kecamatan) jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan (700 kecamatan), maka pencapaian tahun 2016 sebesar 186,85%. Dari 1.308 kecamatan tersebut jumlah Puskesmas yang sudah terakreditasi sebanyak 1.479 Puskesmas tersertifikasi akreditasi. b) Realisasi tahun 2016 (1.308 kecamatan) bila dibandingkan dengan tahun 2015 (93 kecamatan), maka capainnya meningkat 1.306%. c) Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya baru sebesar 23,4%. Akan tetapi capaian tersebut sudah *on the track* dengan target yang telah ditetapkan Capaian Akreditasi Puskesmas tahun 2016 sebanyak 1.479 Puskesmas tersebar di 1.308 kecamatan, 320 kab/kota dan 34 provinsi<sup>4</sup>.

Pada puskesmas yang akan akreditasi, baik Puskesmas rawat inap maupun non rawat inap, akan dilakukan penilaian terhadap tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu kelompok administrasi manajemen, kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Penilaian ini dilakukan berdasarkan Standar akreditasi Puskesmas yang terdiri dari 9 Bab. Penetapan status akreditasi Puskesmas terdiri dari tidak terakreditasi, terakreditasi Dasar, terakreditasi Madya, terakreditasi Utama, dan terakreditasi Paripurna<sup>5</sup>.

Status terakreditasi dasar didapatkan apabila pencapaian nilai Bab I, II = 75%, Bab IV, V, VII = 60%, dan Bab III, VI, VII, IX = 20%. Untuk dapat mencapai status terakreditasi dasar ini maka Puskesmas harus mempersiapkan berbagai sumber daya di Puskesmas sehingga dapat melaksanakan kegiatan administrasi dan manajemen, upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan perorangan yang sesuai dengan standar Akreditasi yang ingin dicapai Puskesmas. Selain itu, untuk melaksanakan kegiatan di Puskesmas yang sesuai dengan standar akreditasi Puskesmas diperlukan perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko di

Puskesmas yang dilakukan secara berkesinambungan sehingga kesiapan dari Puskesmas untuk dapat melaksanakan pelayanan berdasarkan standar Akreditasi yang ada merupakan hal yang sangat penting<sup>5</sup>.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Mata kota Kendari tahun 2018, Puskesmas Mata memiliki tenaga PNS yang berjumlah 16 orang dan tenaga yang mengabdikan 31 orang. Adapun jumlah kunjungan Puskesmas Mata pada tahun 2017 sebanyak 32.583 orang pada tahun 2017<sup>6</sup>.

Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Mekar Kota Kendari tahun 2018, Puskesmas Mekar memiliki tenaga kesehatan yang berjumlah 86 orang yang terdiri 54 PNS, 1 orang honorer dan 31 sukarela. Dengan jumlah kunjungan sebanyak 9,571 untuk pasien umum sedangkan pasien yang menggunakan kartu BPJS, JAMKESMAS dll sebanyak 10,877 pasien dengan jumlah keseluruhan sebanyak 20,448 kunjungan pada tahun 2017<sup>7</sup>.

Pada saat melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Labibia, tenaga kesehatan Puskesmas Labibia berjumlah 51 orang diantaranya yaitu tenaga kesehatan PNS 30 orang, 4 orang tenaga kontrak dan tenaga sukarela 17 orang. Sedangkan jumlah kunjungan Puskesmas Labibia sebanyak 14570 orang yang terdiri dari jumlah kunjungan pasien umum 5312 orang, jumlah kunjungan pasien Askes 2858 orang dan jumlah kunjungan pasien BPJS 6400 orang<sup>8</sup>.

Pada saat melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Perumnas jumlah tenaga kesehatan sebanyak 42 orang. Sedangkan jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Perumnas sebanyak 15.590 orang pada tahun 2017<sup>9</sup>.

Penelitian yang akan saya lakukan terfokus pada Pokja I yaitu administrasi dan manajemen Puskesmas yaitu pada bagian Peningkatan Mutu Puskesmas untuk melihat setiap elemen-elemen yang tercapai dalam melakukan persiapan akreditasi yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 di Puskesmas Mata, Mekar, Labibia dan Puskesmas Perumnas di Wilayah Kota Kendari.

Peningkatan kinerja pelayanan kesehatan dasar yang ada di Puskesmas dilakukan sejalan dengan perkembangan kebijakan yang ada pada berbagai sektor. Adanya kebijakan otonomi daerah dan esentralisasi diikuti pula dengan menguatnya kewenangan daerah dalam membuat berbagai kebijakan. Selama ini penerapan dan pelaksanaan upaya kesehatan dalam kebijakan dasar Puskesmas yang sudah ada sangat beragam antara daerah satu dengan daerah lainnya, namun secara keseluruhan belum menunjukkan hasil yang optimal<sup>10</sup>.

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan di atas, maka peneliti tertarik

melakukan penelitian dengan judul penelitian "Analisis Kesiapan Akreditasi Berdasarkan Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) di Puskesmas Wilayah Kota Kendari Tahun 2018.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi dengan jenis penelitian kualitatif, jumlah informan sebanyak 2 orang yaitu informan kunci ketua PMP dan informan biasa anggota PMP. Penentuan informan pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Penelitian dilakukan pada 4 Puskesmas di wilayah Kota Kendari yaitu Puskesmas Mekar, Labibia, Perumnas dan Puskesmas Mata. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dan data primer<sup>11</sup>.

## HASIL

### 1. Kesiapan Akreditasi Berdasarkan Kepala Puskesmas Yang Menetapkan Penanggung Jawab Manajemen Mutu Dan Bertanggung Jawab Untuk Mengkoordinasikan, Memonitor Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Kinerja Puskesmas Dan Membudayakan Perbaikan Kinerja Yang Berkesinambungan Secara Konsisten Dengan Tata Nilai, Visi, Misi Dan Tujuan Puskesmas Di Puskesmas (Mekar, Labibia, Perumnas Dan Mata) Di Wilayah Kota Kendari Tahun 2018

Agar mutu dapat dikelola dengan baik maka perlu ditetapkan Penanggung jawab manajemen mutu (wakil manajemen mutu) yang bertugas untuk melakukan koordinasi, monitoring, dan membudayakan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja secara berkesinambungan akan menjamin pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja dilakukan secara konsisten dan sistematis<sup>12</sup>.

Berdasarkan Kepala Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas hasil wawancara dengan dengan informan biasa dan informan kunci Puskesmas Mekar, Labibia, Perumnas dan Puskesmas Mata dapat dilihat sebagai berikut.

#### 1) Penetapan penanggung jawab manajemen mutu oleh Kepala Puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan kunci (Ir) dan informan biasa (Rn) di Puskesmas Mekar tentang kesiapan akreditasi adalah:

"...Penanggung manajemen mutu ditetapkan oleh Kepala Puskesmas melalui pertemuan dalam bentuk

*SK Kepala Puskesmas waktu penetapannya januari 2018 dan yang terlibat Kepala Puskesmas dan tata usaha...”*

Sementara wawancara dengan informan kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Penanggung jawab manajemen mutu ditetapkan oleh kepala Puskesmas melalui pertemuan dalam bentuk SK Kepala Puskesmas waktu penetapan januari 2018 dan ikut serta Kepala Puskesmas...”*

Sementara itu hasil wawancara dengan informan kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Penanggung jawab manajemen mutu ditetapkan oleh Kepala Puskesmas melalui peretemuan dalam bentuk SK waktu ditetapkan januari 2018 yang ikut serta Kepala Puskesmas dan pelaksana...”*

Adapun hasil wawancara dengan informan kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Penanggung jawab manajemen mutu ditetapkan oleh Kepala Puskesmas melalui pertemuan dalam bentuk SK waktunya ditetapkan february 2018 yang terlibat kepala Puskesmas, unit terkait, tata usaha, ketua pokja penanggung jawab bab dan untu pelayanan dan progamer...”*

Berdasarkan hasil jawaban informan kunci dan informan biasa di atas dapat di simpulkan bahwa ke 4 (empat) Puskesmas tersebut mengenai penetapan penanggung jawab manajemen mutu dilakukan oleh Kepala Puskesmas melalui pertemuan dengan bukti ada SK Kepala Puskesmas.

## 2) Kejelasan tugas, wewenang dan tanggung jawab manajemen mutu

Berdasarkan hasil wawancara informan kunci (Ir) dan informan informan biasa (Rn) di **Puskesmas Mekar** tentang tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Kepala menetapkan uraian tugas penanggung jawab manajemen mutu melalui lampiran SK penanggung jawab manajemen mutu serta yang ikut terlibat Kepala Puskesmas dan tata usaha...”*

Begitu pula hasil wawancara dengan informan kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab manajemen mutu jelas dibuktikan dengan adanya uraian tugas yang dibuat oleh Kepala Puskesmas...”*

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab manajemen mutu jelas dibuktikan ada uraian tugas yang dibuatkan oleh Kepala Puskesmas...”*

Begitu pula dengan hasil wawancara dengan informan kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Tugas dan tanggung jawab masing-masing dibuatkan dalam uraian tugas oleh Kepala Puskesmas...”*

Berdasarkan hasil jawaban dari infaorman masing Puskesmas dapat disimpulkan bahwa ke 4 (empat) Puskesmas tersebut masing-masing sudah mempunyai uraian tugas yang dibuat oleh Kepala Puskesmas.

## 3) Pedoman peningkatan mutu dan kinerja disusun oleh penanggung jawab manejemen mutu dan Kepala Puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara informan kunci (Ir) dan informan informan biasa (Rn) di **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Melakukan pertemuan untuk menyusun pedoman manual mutu yang buat oleh Kepala Puskesmas dan semua tim mutu...”*

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Pedoman manual mutu disusun oleh kepala Puskesmas dan manajemen mutu dan di sahkan oleh Kepala Puskesmas...”*

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Pedoman manual mutu disusun oleh pengggung jawab manajemen mutu dengan Kepala Puskesmas...”*

Begitu pula dengan hasil wawancara dengan informan kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Pedoman manual mutu disusun oleh penanggung jawab manajemen mutu dan Kepala Puskesmas melalui pertemuan...”*

Berdasarkan hasil wawancara ke 4 (empat) Puskesmas tersebut telah memiliki buku pedoman manual mutu sebagai acuan dalam peningkatan mutu dan kinerja di Puskesmas masing-masing yang di susun oleh penanggung jawab manajemen mutu bersama Kepala Puskesmas serta tim mutu.

## 4) Kebijakan mutu dan tata nilai disusun bersama dan dituangkan dalam pedoman maul mutu sesuai dengan visi, misi dan tujuan Puskesmas.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan kunci (Ir) dan informan informan biasa (Rn) di **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*“...Pertemuan penusunan kebijakan mutu dan tata nilai Puskesmas dan dituangkan didalam pedoman manual mutu...”*

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Pertemuan penyusunan kebijakan mutu oleh Kepala Puskesmas dan penanggung jawab manajemen mutu..."*

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Kebijakan mutu dan tata nilai di susun bersama oleh kepala Puskesmas dan penanggung jawab manajemen untuk dituangkan dalam pedoman manual mutu..."*

Sedangkan wawancara dengan informan kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Membuat SK kebijakan mutu dan pembuatan tata nilai yang di susun bersama oleh Kepala Puskesmas tata usaha, ketua mutu, ketua pokja dan penanggung jawab manajemen mutu..."*

Berdasarkan hasil wawancara ke 4 (empat) Puskesmas diatas dapat disimpulkan bahwa penyusunan kebijakan mutu masing-masing Puskesmas berbeda sesuai dengan tujuan dan visi, misi masing Puskesmas dengan bukti ada buku pedoman manual mutu.

5) Kepala Puskesmas, penanggung jawab upaya Puskesmas, dan pelaksana kegiatan Puskesmas berkomitmen untuk meningkatkan mutu dan kinerja secara konsisten dan berkesinambungan

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan kunci (Ir) dan informan biasa (Rn) di **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Penggalian komitmen program admen, ukm dan ukp Puskesmas di mulai november 2017..."*

Sementara wawancara dengan informan kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Penggalian komitmen bersama seluruh jajaran Puskesmas untuk meningkatkan mutu dan kinerja secara konsiten dan berkesinambungan waktu diadakan penggalangan komitmen mulai november 2017..."*

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Pertemuan melalui forum minlok mini untuk melakukan penggalangan komitmen bersama dimulai pada bulan oktober 2017..."*

Sedangkan wawancara dengan informan kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Penggalian komitmen lintas program dan lintas sektor pada bulan november 2017 dengan adanya penandatanganan komitmen bersama..."*

Berdasarkan hasil wawancara ke 4 (empat) Puskesmas diatas dapat disimpulkan bahwa ke 4 (empat) Puskesmas telah melakukan penggalangan komitmen bersama dengan bukti ada pertemuan, undangan, absen, notulen dan gambar serta penandatanganan komitmen bersama oleh seluruh jajaran Puskesmas.

## 2. Kesiapan Akreditasi Berdasarkan Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab Manajemen Mutu, Penanggung Jawab Upaya Puskesmas Bertanggung Jawab Menerapkan Perbaikan Kinerja Yang Berkesinambungan Yang Tercermin Dalam Pengelolaan Dan Pelaksanaan Kegiatan Sehari-Hari Di Puskesmas (Mekar, Labibia, Perumnas Dan Mata) Di Wilayah Kota Kendari Tahun 2018

Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja direncanakan dan dimonitor serta ditindaklanjuti. Kepala puskesmas dan Penanggung jawab Manajemen Mutu secara periodik melakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan<sup>12</sup>.

Mengenai Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari, hasil wawancara dengan dengan informan biasa dan informan kunci Puskesmas Mekar, Labibia, Perumnas dan Puskesmas Mata dapat dilihat sebagai berikut.

1) Ada rencana kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara informan kunci (Ir) dan informan biasa (Rn) di **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Ada rapat pertemuan penyusunan rencana kerja tahunan atau draf rencana tahunan mutu..."*

Sementara wawancara dengan informan kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Ada dibuat rencana tahunan program untuk perbaikan mutu dan kinerja minimal setiap 2 kali dalam setahun..."*

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Pertemuan antara tim mutu, Kepala Puskesmas dan pelaksana program untuk membahas rencana tahunan program..."*

Sedangkan hasil wawancara kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Melakukan audit internal dari hasil survei kepuasan pelnaggan untuk dapat membuat rencana program tahunan..."*

Berdasarkan hasil wawancara ke 4 (empat) Puskesmas tersebut dapat disimpulkan bahwa setiap Puskesmas mempunyai rencana program tahunan dengan bukti ada rencana program tahunan.

- 2) Kegiatan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas dilakukan sesuai dengan rencana kegiatan yang tersusun dan dilakukan pertemuan tinjauan manajemen yang membahas kinerja pelayanan dan upaya perbaikan yang perlu dilaksanakan

Berdasarkan hasil wawancara informan kunci (Ir) dan informan biasa (Rn) di **Puskesmas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Melakukan audit internal, rekapitulasi kepuasan pelanggan di rapat tinjauan manajemen untuk melakukan perbaikan pelayanan sesuai dengan rencana yang telah di susun..."*

Sedangkan berdasarkan hasil wawancara dengan informan kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Melakukan perbaikan mutu dan kinerja sesuai dengan rencana yang telah di susun dan melakukan pertemuan tinjauan manajemen setiap 6 bulan sekali untuk membahas kinerja pelayanan dan upaya perbaikan yang akan dilaksanakan..."*

Sementara hasil wawancara dengan informasn kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Melakukan pertemuan tinjauan manajemen atau rapat tinjauan manajemen..."*

Berdasarkan hasil wawancara informasn kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Melakukan rapat tinjauan manajemen untuk menganalisis hasil temuan dari audit internal untuk dilakukan perbaikan..."*

Berdasarkan hasil wawancara ke 4(empat) Puskesmas masing-masing telah melakukan perbaikan sesuai dengan rencana kegiatan yang tersusun dan malakukan rapat tinjauan manajemen.

- 3) Pertemuan tinjauan manajemen membahas hasil analisis kebutuhan, analisis kepuasan, hasil audit

kinerja, pertemuan tinjauan yang lalu, dan rekomendasi, serta tindak lanjut pertemuan

Berdasarkan hasil wawancara informan kunci (Ir) dan informan biasa (Rn) di **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Melakukan rapat tinjauan manajemen membahas semua analisis kebutuhan dan kepuasan dari hasil audit dan pertemuan tindak lanjut..."*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informasn kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Dalam rapat tinjauan manajemen ada 8 indikator tetapi tidak semua indikator dibahas, yang akan dibahas kemudian tergantung Puskesmas mana yang diutamakan untuk dibahas dari hasil survei mawas diri dan keluhan pelanggan melalui kotak saran akan di bahas di pertemuan tinjauan manajemen..."*

Sementara hasil wawancara dengan informasn kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Menganalisis kebutuhan dan hasil audit kinerja dari pertemuan tinjauan lalu melalui rapat tinjauan manajemen mutu..."*

Berdasarkan hasil wawancara informasn kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Menganalisis hasil audit melalui pertemuan dan menganalisis rencana tindak lanjut..."*

Berdasarkan hasil wawancara ke 4 (empat) Puskesmas untuk menganalisis kebutuhan pelanggan, kepuasan pelanggan dari hasil audit dilakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk melakukan rencana tindak lanjut.

- 4) Rekomendasi hasil pertemuan tinjauan manajemen ditindaklanjuti dan dievaluasi

Berdasarkan hasil wawancara informan kunci (Ir) dan informan biasa (Rn) di **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Jika ada masalah yang tidak bisa ditangani oleh Puskesmas akan menyurat di dinas kesehatan..."*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informasn kunci (Is) dan informan biasa (Sr) di **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Hasil pertemuan tinjauan manajemen harus ditindak lanjuti oleh pihak-pihak Puskesmas mengenai hasil survei kejadian luar biasa di masyarakat karena ada kebijakan lanngsung dari Kepala Puskesmas..."*

Sementara hasil wawancara dengan informasn kunci (Nz) dan informan biasa (Yn) di

**Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya ditindaklanjuti dan dievaluasi apakah dijalankan sudah sesuai dengan kebutuhan pelanggan..."*

Berdasarkan hasil wawancara informan kunci (Sg) dan informan biasa (Id) di **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi adalah:

*"...Memonitoring dan mengevaluasi unit-unit yang telah diaudit dan dilakukan rencana tindak lanjut..."*

Berdasarkan hasil wawancara ke 4 (empat) Puskesmas telah melakukan rekomendasi tindak lanjut dan evaluasi untuk melihat capaian perbaikan mutu sesuai dengan harapan pelanggan atau tidak.

## DISKUSI

### 1. Kesiapan Akreditasi Berdasarkan Kepala Puskesmas Yang Menetapkan Penanggung Jawab Manajemen Mutu Dan Bertanggung Jawab Untuk Mengkoordinasikan, Memonitor Kegiatan Peningkatan Mutu Dan Kinerja Puskesmas Dan Membudayakan Perbaikan Kinerja Yang Berkesinambungan Secara Konsisten Dengan Tata Nilai, Visi, Misi Dan Tujuan Puskesmas Di Puskesmas (Mekar, Labibia, Perumnas Dan Mata) Di Wilayah Kota Kendari Tahun 2018

Mutu dapat dikelola dengan baik maka perlu ditetapkan Penanggung jawab manajemen mutu (wakil manajemen mutu) yang bertugas untuk melakukan koordinasi, monitoring, dan membudayakan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja secara berkesinambungan akan menjamin pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja dilakukan secara konsisten dan sistematis<sup>12</sup>.

Penanggung jawab manajemen mutu bertanggung jawab dalam menyusun pedoman (manual) mutu dan kinerja bersama dengan kepala Puskesmas yang akan menjadi acuan bagi kepala, Penanggung jawab Program/Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas<sup>12</sup>.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan kunci didukung dengan informan biasa setiap puskesmas yaitu puskesmas Mekar, Perumnas, Labibia dan Puskesmas Mata, mengenai beberapa standar dan kriteria akreditasi adalah sebagai berikut.

Kepala Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas mutu berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat diketahui bahwa ke empat puskesmas telah

memenuhi kriteria standar pelaksanaan PMP dalam memenuhi tuntutan akreditasi pada bab III berdasarkan kepala puskesmas menetapkan penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasi, memonitor kegiatan mutu dan kinerja puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan puskesmas. Dimana penetapan prioritas ke 4 (empat) puskesmas diatas dilakukan dengan menentukan kriteria tertentu seperti menetapkan penanggung jawab manajemen mutu, melakukan pelatihan pemahaman standar dan instrumen yang diikuti seluruh karyawan untuk meningkatkan pemahaman, ada kebijakan mutu yang dituangkan dalam pedoman manual mutu dan melakukan penggalangan komitmen bersama. Dimana apabila puskesmas telah melakukan penggalangan komitmen bersama berarti puskesmas tersebut telah siap untuk melaksanakan persiapan akreditasi.

Berdasarkan hasil observasi/telaah dokumen, dalam meningkatkan mutu puskesmas berdasarkan penetapan penanggung mutu Puskesmas keempat Puskesmas telah memiliki dokumen SK penanggung jawab manajemen mutu, uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab manajemen mutu, pedoman peningkatan mutu dan kinerja puskesmas, SK kepala puskesmas tentang kebijakan mutu dan bukti adanya komitmen bersama seluruh jajaran puskesmas untuk meningkatkan mutu dan kinerja. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa dokumen yang di sediakan pada kriteria ini telah memenuhi standar akreditasi sesuai dengan permenkes RI nomor 46 tahun 2015.

Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang menyebutkan bahwa "Kepala Puskesmas menetapkan penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas<sup>12</sup>.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nissa Farzana K, Anneke Suparwati, dan Septo Pawelas Arso mengenai disposisi dalam bentuk fisik sudah baik dengan adanya penandatanganan komitmen dan kerjasama yang berjalan. Tidak ada pengulangan penggalangan komitmen kembali secara fisik untuk persiapan tahun ini. Tidak ada sistem reward/punishment yang berjalan dalam pemberian komitmen dan dukungan<sup>1</sup>.

Komitmen tersebut ditandatangani oleh seluruh staf Puskesmas bersamaan dengan foto bersama dan dipajang di ruang tunggu pelayanan

dalam bentuk MMT. Walaupun sudah adanya bentuk komitmen secara fisik, namun masih ada staf yang terkadang bersikap kurang berkomitmen. Untuk bentuk disposisi secara non fisik, dilihat melalui sikap dan pemberian dukungan. Seluruh implementor belum secara total mendukung dan berkomitmen. Hal tersebut dipengaruhi sifat individu dan karakter setiap orang yang berbeda-beda. Alasan lain berkurangnya komitmen para implementor juga dipengaruhi belum berhasil terakreditasi tahun lalu. Hal ini seharusnya menjadi tanggung jawab dan tantangan bagi kepala Puskesmas sebagai pimpinan untuk mengajak stafnya agar ikut serta<sup>1</sup>.

## **2. Kesiapan Akreditasi Berdasarkan Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab Manajemen Mutu, Penanggung Jawab Upaya Puskesmas Bertanggung Jawab Menerapkan Perbaikan Kinerja Yang Berkesinambungan Yang Tercermin Dalam Pengelolaan Dan Pelaksanaan Kegiatan Sehari-Hari Di Puskesmas (Mekar, Labibia, Perumnas Dan Mata) Di Wilayah Kota Kendari Tahun 2018**

Berdasarkan Permenkes Republik Indonesia nomor 44 tahun 2016 tentang pedoman manajemen Puskesmas bahwa manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Menurut Pasal 1a pedoman manajemen Puskesmas yang menjadi acuan bagi Puskesmas meliputi:

- a. Menyusun rencana 5 tahunan yang kemudian dirinci kedalam rencana tahunan
- b. Menggerakkan pelaksanaan upaya kesehatan secara efisien dan efektif
- c. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja puskesmas
- d. Mengelola sumber daya secara efisien dan efektif
- e. Menerapkan pola kepemimpinan yang tepat dalam menggerakkan, motivasi, dan membangun budaya kerja yang baik serta bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu dan kinerjanya<sup>10</sup>.

Siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas dan berjalan secara efektif dan efisien apabila ditetapkan tim manajemen Puskesmas yang berfungsi sebagai penanggung jawab manajemen mutu di Puskesmas. Tim ini terdiri dari atas penanggung jawab upaya kesehatan di Puskesmas dan didukung oleh jajaran pelaksanaannya masing masing. Tim ini bertanggung jawab terhadap tercapainya target kinerja Puskesmas melalui upaya pelayanan kesehatan yang<sup>10</sup>.

Pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja direncanakan dan dimonitor serta ditindaklanjuti. Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Manajemen Mutu secara periodik melakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk

membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas hasil pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan<sup>11</sup>.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan kunci didukung dengan informan biasa setiap Puskesmas yaitu Puskesmas Mekar, Perumnas, Labibia dan Puskesmas Mata, mengenai beberapa standar dan kriteria akreditasi adalah sebagai berikut.

Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari dapat diketahui bahwa ke 4 (empat) Puskesmas telah memenuhi kriteria standar pelaksanaan PMP dalam memenuhi tuntutan akreditasi pada bab III berdasarkan pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja direncanakan dan dimonitor serta ditindak lanjuti. Dimana Kepala Puskesmas dan penanggung jawab manajemen mutu secara periodik melakukan pertemuan tinjauan manajemen untuk membahas umpan balik pelanggan, keluhan pelanggan, hasil audit internal, hasil penilaian kinerja, perubahan proses penyelenggaraan upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas, maupun perubahan kebijakan mutu jika diperlukan, serta membahas tinjauan manajemen sebelumnya, dan rekomendasi untuk perbaikan.

Berdasarkan hasil observasi/telaah dokumen, dalam peningkatan mutu Puskesmas berdasarkan pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja direncanakan dan dimonitor serta ditindak lanjuti keempat puskesmas telah mempunyai rencana tahunan program, bukti pelaksanaan perbaikan mutu dan kinerja, notulen tinjauan manajemen, SOP pertemuan tinjauan manajemen dan rencana tindak lanjut terhadap temuan tinjauan manajemen, bukti dan hasil pelaksanaan tindak lanjut.

Berdasarkan pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa ke 4 (empat) Puskesmas telah siap akreditasi berdasarkan Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari.

Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri

Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang menyebutkan bahwa Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari<sup>12</sup>.

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Agus Sulistinah, Eri Witcahyo dan Christyana Sandra<sup>13</sup> tentang Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Upt.Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Hasil penelitian yang di peroleh menggunakan ceklist kelengkapan dengan kriteria penilaian ada dilengkapi bukti lengkap, dan kriteria penilaian ada dilengkapi bukti tidak lengkap. Jumlah dokumen seharusnya ada 84 dokumen (100%)  
a.Terpenuhi : kelengkapan dokumen >80%,  
b.Terpenuhi sebagian : kelengkapan dokumen 20% - 80%,  
c. Tidak Terpenuhi : kelengkapan dokumen <20% Puskesmas Jelbuk dari kelengkapan dokumen yang kami lakukan dengan menggunakan check list kelengkapan tersedia 72 dokumen dari 84 dokumen yang diperlukan hasilnya adalah 85,7% sehingga Puskesmas Jelbuk masuk kriteria penilaian terpenuhi yaitu kelengkapan dokumen >80% .

#### SIMPULAN

1. Pelaksanaan akreditasi ke 4 (empat) Puskesmas wilayah Kota Kendari tahun 2018 telah siap di akreditasi berdasarkan Kepala Puskemas yang menetapkan penanggung jawab manajemen mutu dan bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas.
2. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas ke 4 (empat) wilayah Kota Kendari tahun 2018 telah siap di akreditasi berdasarkan Kepala Puskesmas, penanggung jawab manajemen mutu, penanggung jawab upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari.

#### SARAN

1. Bagi Puskesmas

Untuk meningkatkan mutu Puskemas secara optimal di Puskesmas Mekar, Labibia, Perumnas dan Puskesmas Mata sebaiknya ketua Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) melibatkan semua anggota PMP dengan cara bekerja sama sehingga jika ada yang tidak diketahui bias saling membantu dalam mempersiapkan dokumen akreditasi.

2. Bagi Dinas Kesehatan

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada dinas kesehatan mengenai kesiapan akreditasi Puskemas. Agar pelaksanaan persiapan akreditasi Puskesmas selanjutnya lebih optimal

3. Bagi Peneliti

Bagi peneliti sendiri hendaknya mengambil suatu pembelajaran dari pengalaman yang didapat selama melakukan penelitian tentang akreditasi puskesmas berdasarkan peningkatan mutu puskesmas.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Farzana, Nissa K, Anneke Suparwati, dan Septo Pawelas Arso. 2016. *Analisis Kesiapan Akreditasi Dasar Puskesmas Mangkang Di Kota Semarang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal), Volume 4, Nomor 4, Oktober 2016 : 95-103.
2. Dinkes Sultra. 2017. *Laporan Jumlah Puskesmas Yang Terakreditasi*. Kendari : Sulawesi Tenggara.
3. Dinkes Kota Kendari, 2017. *Laporan Jumlah Puskesmas Yang Terakreditasi*. Kendari : Sulawesi Tenggara.
4. Kemenkes RI, 2016. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Indonesia
5. Kemenkes RI, 2014. *Buku Pedoman Akreditasi Puskesmas*. Jakarta : Indonesia.
6. Puskemas Mata. 2017. *Profil Puskesmas Mata*. Kendari : Profil Puskesmas
7. Puskemas Mekar. 2017. *Profil Puskesmas Mekar*. Kendari : Profil Puskesmas
8. Puskemas Labibia. 2017. *Profil Puskesmas Labibia*. Kendari : Profil Puskesmas
9. Puskemas Perumnas. 2017. *Profil Puskesmas Perumnas Kadia*. Kendari : Profil Puskesmas
10. Peraturan Menteri Kesehatan. Nomor 44 tahun 2016. *Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas*
11. Sarwono, Mekar dwi Anggraeni, 2011. *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta
12. Peraturan Menteri Kesehatan. Nomor 46. Tahun 2015. *tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*.
13. Sulistinah, Agus. Eri Witcahyo dan Christyana Sandra. 2017. *Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Upt.Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember*. e-Jurnal Pustaka Kesehatan, vol. 5, (no.3), september, 2017:581-587.

