

**EVALUASI FUNGSI CONTROLLING DOKUMEN PELAKSANAAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PUSKESMAS BERDASARKAN
PADA STANDAR AKREDITASI DI PUSKESMAS MAESAN
KABUPATEN BONDOWOSO**

Oleh:

Tias Agustin, Supriyadi, Achmad Sigit Sugiarto

**Jl. Karimata 49 Jember Telp :(0331) 332240 Fax :(0331) 337957 Email
:fikes@unmuhjember.ac.id Website :http://fikes.unmuhjember.ac.id**

Abstrak

Puskesmas yang merupakan Unit Pelayanan Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menjalankan upaya kesehatan masyarakat dan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui untuk mengkaji, mendeskripsikan, menilai dan memilah kekurangan apa saja yang menyebabkan ketidaklengkapan dokumen dalam mengevaluasi fungsi *controlling* dokumen pelaksanaan kepemimpinan dan manajemen puskesmas yang berdasarkan pada standar akreditasi di Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso. Subyek penelitian ini adalah Puskesmas Maesan. Metode yang di gunakan dalam pengumpulan data yaitu observasi dan wawancara Desain penelitian yang digunakan yaitu pendekatan kuantitatif dengan analisis dekriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi yang di lakukan oleh Puskesmas Maesan mencapai nilai prosentase 80% yang termasuk dalam kategori sudah terpenuhi. Di Puskesmas Maesan tidak ada dokumen yang tidak terpenuhi hanya saja dokumen yang ada terpenuhi sebagian karena tidak konsistennya pelaksanaan dan pendokumentasian puskesmas. Penelitian ini direkomendasikan kepada tenaga kesehatan dan puskesmas memberikan pelayanan yang sebaik dan semaksimal mungkin dan setiap kegiatan pelayanan yang di lakukan selalu melakukan dokumentasi individual dan arsip di puskesmas untuk mencegah terjadinya hal yang tidak di inginkan dan juga untuk melaksanakan akreditasi.

Kata Kunci: Fungsi *Controlling*, Manajemen, Standar Akreditasi
Daftar Pustaka: 21 (2003-2016)

Abstract

PHC is the Technical Services Unit District Health Office / City is a health care facility run public health efforts and first-rate individuals, with more emphasis promotive and preventive efforts to achieve the public health status of the highest in the working area. The purpose of the study is to examine , describe, assess and sort out any deficiencies that led to the incompleteness of the document for evaluating the function of controlling the implementation of document management and leadership health center which is based on accreditation standards in health centers Maesan Bondowoso. The subjects of this study is Puskesmas Maesan . The method used in data collection , observation and interview. The design study is a quantitative approach with descriptive analysis. The results showed that the completed of the documentation done by PHC Maesan reach the percentage of 80 % is included in the category has been fulfilled. In Puskesmas Maesan no documents are not fulfilled only partially fulfilled documents for inconsistencies in implementation and documentation of health centers. This study was recommended to health professionals and health centers provide services as best and as much as possible and any service activities that do always do individual documentation and archives in the clinic to prevent things that are not in want , and also to carry out accreditation .

Keyword: Controlling functions , Management , Standards Accreditation

Bibliography: 21 (2003-2016)

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan faktor penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan setiap insan di seluruh dunia. Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat (Pasal 19 UU No. 36 Tahun 2009). Tujuan pembangunan kesehatan sendiri pada hakekatnya adalah untuk meningkatkan Indonesia sehat dengan harapan agar masyarakat Indonesia memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan juga merata

Untuk menunjang terselenggaranya upaya peningkatan standar puskesmas yang sesuai dengan azas penyelenggaraan

puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen pelayanan puskesmas yang baik. Manajemen pelayanan puskesmas adalah suatu proses dengan langkah: perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organization*), pelaksanaan dan pembimbingan (*actuating*) pengawasan (*controlling*) dan evaluasi (*evaluation*) dengan memanfaatkan ilmu maupun seni untuk menyelesaikan tujuan yang telah di tetapkan (Herlambang & Murwani, 2012). Untuk menciptakan manajemen pelayanan kesehatan yang baik di butuhkan seorang pemimpin dan gaya kepemimpinan seorang pemimpin sangat berpengaruh dalam tujuan pembangunan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar.

Pemimpin sebagai pemegang jabatan tertinggi dalam sebuah organisasi merupakan faktor penentu dalam mencapai tujuan demi keberhasilan sebuah organisasi.

Kepemimpinan yang di miliki pemimpin yang baik akan membentuk manajemen pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar. Dengan manajemen pelayanan puskesmas yang baik akan menciptakn pelayanan kesehatan yang bermutu, untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas maka di perlukannya akreditasi.

Dari data yang diperoleh dalam penelitian Nasrudin (2008) menunjukkan dari 846 puskesmas di Jawa Tengah baru 18,6% atau 158 puskesmas yang telah terakreditasi . di Kabupaten Sragen pada tahun 2007 dari 26 puskesmas terdapat 3 puskesmas yang melaksanakan akreditasi, sisanya sebanyak 23 puskesmas belum melaksanakan akreditasi. Yang menjadi pertanyaan adalah mengapa masih banyak puskesmas yang belum terakreditasi sedangkan akreditasi sudah di berlakukan sejak tahun 2003. Apakah proses pengawasan fungsi manajemen puskesmas sudah sesuai dengan standar akreditasi puskesmas, atau apakah proses pengawasan manajemen puskesmas tidak sesuai dengan standar akreditasi.

Meskipun pemerintah mengharapkan sistem akreditasi puskesmas dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, tetapi masih belum cukup bukti-bukti yang mendukung hipotesis bahwa puskesmas siap menciptakan standar manajemen yang sesuai dengan standar akreditasi puskesmas. Dari permasalahan yang telah diuraikan tersebut diatas maka perlu dilakukan penelitian dengan judul “ Evaluasi *Controlling* Dokumen Pelaksanaan Kepemimpinan Dan Manajemen Puskesmas Berdasarkan Pada Standar Akreditasi Di Puskesmas Maesan, Kabupaten Bondowoso”

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

- a. Untuk mengkaji, mendeskripsikan dan memilah kekurangan apa saja yang menyebabkan ketidaklengkapan dokumen dalam mengevaluasi fungsi *controlling* dokumen pelaksanaan kepemimpinan dan manajemen puskesmas yang berdasarkan pada standar akreditasi di Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso.
- b. Untuk mengetahui persentase kelengkapan dokumen dalam mengevaluasi fungsi *controlling* dokumen pelaksanaan kepemimpinan dan manajemen puskesmas yang berdasarkan pada standar akreditasi di Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi fungsi *controlling* dokumen standar persyaratan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- b. Mengidentifikasi fungsi *controlling* dokumen standar persyaratan ketenagaan puskesmas.
- c. Mengidentifikasi fungsi *controlling* dokumen standar kegiatan pengelolaan puskesmas.
- d. Mengidentifikasi fungsi *controlling* dokumen standar hak dan kewajiban pengguna puskesmas.
- e. Mengidentifikasi fungsi *controlling* dokumen standar kontrak pihak ketiga.
- f. Mengidentifikasi fungsi *controlling* dokumen standar pemeliharaan sarana dan prasarana.

METODE PENELITIAN

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam monitoring kepemimpinan dan manajemen puskesmas adalah lembar observasi dari Instrumen Akreditasi Puskesmas yang terdiri dari sembilan bab, namun yang digunakan oleh peneliti terdapat pada bab dua yaitu kepemimpinan dan manajemen puskesmas.

Penelitian dilakukan pada bulan Mei sampai Juni 2016, di Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso.

teknik pengumpulan data yang di gunakan dalam penelitian ini, yaitu: observasi, dan wawancara,

HASIL PENELITIAN

Hasil Observasi Evaluasi Fungsi *Controlling* Standar-Standar Akreditasi BAB II

1. Standar Persyaratan Prasarana Puskesmas

Berdasarkan Prasarana puskesmas dari tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik dari kelima aspek masing - masing elemen penilaian mendapatkan skor 5

2. Standar Ketenagaan Puskesmas

Hasil observasi menunjukkan bahwa dari kedua elemen penilaian yang ada memiliki nilai 10 , karena dari data yang ada di puskesmas maesan semua kelengkapan data mencapai 89% yang tertera pada buku Standar Pola Ketenagaan, Analisis Kebutuhan Tenaga Dan Rencana Pengembangan Pengawas Puskesmas Maesan

3. Standar Kegiatan Pengelolaan Puskesmas

Sebagian besar dari elemen penilaian yang ada pada standar

pengelolaan puskesmas sudah terpenuhi dengan skor 10.

4. Standar Hak dan Kewajiban Pengguna Puskesmas

2 elemen penilaian menunjukkan skor 10, sehingga pada standar hak dan pengguna puskesmas elemen penilaian yang tergolong dalam fungsi *controlling* dokumentasinya telah memenuhi kriteria.

5. Standar Kontrak Pihak Ketiga

Standar kontrak pihak ketiga dari segi pelaksanaan dan dokumennya telah memenuhi kriteria standar dengan skor 10.

Menurut buku pedoman akreditasi dapat digunakan rumus untuk mengetahui persentase kelengkapan dokumen sesuai dengan elemen penilaian yang digunakan pada Bab 2, yaitu:

$$\begin{aligned} \text{Nilai Bab I} &= \frac{\text{Jmlh skor seluruh elemen penilaian Bab I}}{\text{Jumlah elemen penilaian Bab I} \times 10} \times 100 \% \\ &= \frac{170}{21 \times 10} \times 100 \% \\ &= \frac{170}{210} \times 100 \% \\ &= 80 \% \end{aligned}$$

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Standar-Standar Kepemimpinan Dan Manajemen Instrumen Akreditasi

1. Standar Persyaratan Prasarana Puskesmas

Pada poin pertama sampai 5 menunjukkan skor 5. Pada observasi hasil telusur dokumen menunjukkan bahwa pada standar pertama yang terkait dengan persyaratan prasarana puskesmas terdapat pada arsip dokumen Buku Kebutuhan dan Pemeliharaan Barang, yang di dalamnya ada catatan terlaksananya monitoring pada alat kesehatan setiap hari, monitoring dan tindak lanjut pada

barang misalkan komputer dan lainnya yang sejenis dalam seminggu sekali dan monitoring kendaraan puskesmas dan gedung selama setahun. Menurut instrumen standar akreditasi hasil yang di dapat dari penelitian tersebut termasuk dalam kriteria sebanyak 78% sehingga tergolong dalam skor 5. Pihak penanggung jawab mengatakan bahwa pemeriksaan atau monitoring pada standar ini seharusnya dilakukan sebanyak 3 kali dalam setahun namun di puskesmas masih di lakukan sebanyak dua kali selama setahun begitupun waktu monitoring juga tidak teratur. Sehingga kesimpulannya pelaksanaan dan dokumen yang di dapat pada standar ini hanya terpenuhi sebagian.

2. Standar Ketenagaan Puskesmas

Dokumen telusur yang di butuhkan pada standar ini adalah kesesuaian profil kepegawaian kepala puskesmas dengan persyaratan dan analisis kebutuhan tenaga. Pada poin pertama dan kedua standar ketenagaan puskesmas menurut Permenkes No.75 Tahun 2014 tentang Puskesmas harus ada kesesuaian antara profil kepegawaian kepala puskesmas dengan persyaratan yang di tentukan oleh permenkes. Di puskesmas bukti-bukti tersebut terdapat pada dokumen Standar Pola Ketenagaan, Analisis Kebutuhan Tenaga Dan Rencana Pengembangan Pengawas Puskesmas Maesan. Kesenjangan yang terjadi yaitu dokumen yang ada di puskesmas berdasarkan instrumen akreditasi yaitu dokumen profil kepegawaian dan persyaratan kepala puskesmas sedangkan dokumen yang ada di puskesmas yaitu Standar Pola

Ketenagaan, Analisis Kebutuhan Tenaga Dan Rencana Pengembangan Pengawas Puskesmas Maesan sehingga profil yang dibutuhkan tidak begitu lengkap tertera pada dokumen di puskesmas maesan. Sehingga pada standar ini pendokumentasian yang dilakukan sudah terpenuhi.

3. Standar Kegiatan Pengelolaan Puskesmas

Menurut instrumen akreditasi pada standar ini dokumen yang harus ada yaitu evaluasi pelaksanaan uraian tugas, pelaksanaan evaluasi penerapan hasil pelatihan, pelaksanaan penilaian kerja untuk disesuaikan dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai puskesmas, dan dokumen penilaian kerja dan proses audit dan tindak lanjutnya.

Menurut instrumen akreditasi dengan adanya uraian, tanggung jawab, dan kewenangan, pimpinan puskesmas, penanggung jawab upaya puskesmas dan pelaksana kegiatan puskesmas akan dapat melaksanakan pekerjaan dengan cepat, efektif dan efisien. Poin pertama tentang evaluasi pelaksanaan uraian tugas tertera dalam bukti evaluasi pelaksanaan uraian tugas, menurut dokumen monitoring uraian tugas di puskesmas maesan, sebagian besar petugas telah melakukan uraian tugasnya sesuai dengan yang di perintahkan oleh kepala puskesmas. Maka pada poin ini mendapatkan skor 10.

Poin kedua evaluasi penerapan hasil pelatihan pengelola dan pelaksana pelayanan tertera dalam kebijakan tentang kewajiban dalam menerapkan hasil pelatihan bagi para petugas yang selesai melakukan pelatihan dalam bukti evaluasi penerapan hasil pelatihan yang di puskesmas sudah lengkap dari semua

petugas yang ada sehingga poin pertama mendapatkan skor 10.

Poin ketiga mekanisme yang berjalan di puskesmas yang tertera dalam SOP tentang penilaian kinerja apakah sesuai dengan visi, misi tujuan dan tata nilai puskesmas sedangkan di mading puskesmas dan dokumennya tidak tercantum tujuan atau tata nilai puskesmas sehingga kejelasan dan ketersediaan dokumen yang ada pada poin ini mencapai persentase 75% yang tergolong pada skor 5.

Poin keempat tentang monitoring dan penilaian kerja terdapat pada dokumen SOP monitoring kerja yang dimiliki oleh kepala puskesmas yang di dalamnya terisi lengkap data dari setiap kegiatan puskesmas yang dilakukan oleh petugas sehingga poin ini memiliki skor 10.

Poin kelima mengenai tindak lanjut hasil penilaian kerja yang ada di puskesmas maesan tertera pada dokumen hasil kajian dan tindak lanjut monitoring kerja yang dimiliki oleh kepala puskesmas tindak lanjut yang di lakukan terdiri dari perencanaan untuk meningkatkan kerja jika kinerja menurun, kelengkapan dokumen mencapai 90% sehingga pada poin ini mendapatkan skor 10.

Pada poin keenam untuk menegakkan akuntabilitas keuangan, maka pengelola keuangan puskesmas perlu dilakukan secara transparan, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. mengenai audit yang dilakukan oleh ketua bendahara di puskesmas yang menjelaskan bahwa audit dilaksanakan hanya pada audit anggota bendahara dan tidak melakukan audit dokumentasi oleh karena itu pada poin ini hanya mencapai persentase 73% yang tergolong pada skor 5.

Poin ketujuh mengenai evaluasi dan tindak lanjut data dan informasi, dokumen yang ada di puskesmas kelengkapan dokumennya mencapai 80% ditindak lanjuti dengan menuju ke Dinas Kesehatan Bondowoso untuk menyetorkan arsip data dan informasi puskesmas maesan. Dari persentase yang di dapat maka poin ini memiliki skor 10. Mayoritas yang hasil didapatkan pada standar ini pendokumentasiannya terpenuhi sebagian.

4. Standar Hak dan Kewajiban Pengguna Puskesmas

Menurut instrumen akreditasi dokumen yang digunakan pada standar ini antara lain SK kepala puskesmas, SOP untuk memenuhi hak dan kewajiban pengguna dan kesepakatan aturan main bersama di puskesmas dalam menjalankan program dan pelayanan puskesmas.

Poin pertama mengenai kebijakan dan prosedur yang ada di puskesmas untuk pemenuhan hak dan kewajiban pengguna puskesmas mendapat skor 10. Dari keseluruhan penilaian yang ada pada standar ini pendokumentasiannya terpenuhi.

Pada poin kedua perlu disusun aturan yang jelas untuk mengatur perilaku pimpinan puskesmas penanggung jawab upaya puskesmas dan pelaksana dalam proses penyelenggaraan kegiatan puskesmas. Aturan tersebut mencerminkan tata, nilai, visi, misi dan tujuan puskesmas serta tujuan program kegiatan. Menurut instrumen akreditasi dokumen yang di butuhkan yaitu pelaksanaan aturan main dalam pelayanan. Yang terdapat di puskesmas yaitu SK Kepala puskesmas dan kesepakatan aturan main yang di sepakati antar pegawai di puskesmas. Sehingga pada standar

ini memiliki persentase 88% tergolong pada skor 10.

5. Standar Kontrak Pihak Ketiga

Menurut instrumen akreditasi puskesmas dokumen yang di perlukan pada standar ini antara lain kebijakan dan SOP monitoring kinerja pihak ketiga.

Kinerja pihak ketiga harus dimonitor untuk menilai kesesuaian terhadap kontrak dan rencana kegiatan yang di tetapkan dengan menggunakan indikator penilaian yang jelas. Di puskesmas maesan pihak ketiga adalah pihak rujukan seluruh transaksi dan interaksi dengan pihak ketiga harus sesuai dengan aturan kerja yang telah di tandatangani oleh kepala puskesmas, penanggung jawab dan pihak rujukan itu sendiri. Semua transaksi yang terjadi di puskesmas maesan telah 100% sesuai dengan Surat Penanggung Jawab (SPJ), barang-barang yang di butuhkan juga sesuai dengan DPA (Dokumen Pelaksana Anggaran). Dan transaksi dengan dana 10 juta dilakukan sendiri oleh puskesmas, sedangkan transaksi yang terjadi dengan membutuhkan dana 10 juta ke atas maka penanggung jawab puskesmas menyerahkannya pada pihak rujukan maka kelengkapan dokumen pada poin pertama mendapat skor 10 . Tindak lanjut yang di lakukan jika terjadi sesuatu yang tidak di inginkan pihak rumah sakit dan pihak rujukan memberi konfirmasi dan menyelesaikan masalah secara bersama, di sisi lain jika tidak ada masalah pihak puskesmas mendapatkan barang yang di butuhkan. Dari penjelasan di atas maka kedua poin pada standar ini mendapatkan skor 10 dengan kata lain pendokumentasiannya telah terpenuhi.

6. Standar Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Puskesmas

Menurut instrumen akreditasi puskesmas dokumen-dokumen yang di butuhkan pada standar ini antara lain daftar inventaris, ketersediaan tempat yang sesuai dengan SOP mengenai penyimpanan barang-barang berbahaya.

Menurut instrumen akreditasi puskesmas untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan maupun penyelenggaraan program dan kegiatan perlu di dukung oleh ketersediaan sarana peralatan yang siap pakai dan terpelihara dengan baik. Seluruh sarana dan peralatan yang ada perlu di inventarisasi dan di periksa ulang apakah kondisinya memenuhi syarat dan jumlah serta jenis sesuai dengan standar peralatan puskesmas.

Poin pertama mengacu pada daftar inventaris dan di puskesmas maesan terdapat daftar inventaris yang mayoritas lengkap dari sarana dan peralatan puskesmas maesan, sehingga mendapatkan skor 10.

Poin kedua melihat dari tersedia atau tidak tempat penyimpanan barang sarana dan prasarana yang telah memenuhi persyaratan yang telah memperhitungkan peraturan tentang pengolahan barang dan bahan berbahaya, namun tempat barang yang tersedia di puskesmas maesan tempatnya tidak begitu luas untuk barang-barang medis, dan tempat parkir untuk ambulan masuk dalam tempat parkir kendaraan mobil pengunjung puskesmas. Sehingga dari yang tersedia di puskesmas maesan pada poin ini mendapatkan skor 5.

Pada poin ketiga standar ini pihak penanggung jawab kesehatan lingkungan puskesmas maesan telah menjelaskan bahwa puskesmas maesan telah menjalankan program

kesehatan lingkungan yang telah berjalan dan sesuai dengan pelaksanaan program kerja puskesmas Maesan. Dari elemen penilaian yang ada pada standar ini pendokumentasiannya terpenuhi sebagian.

B. Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini, peneliti hanya berupaya agar hasil yang di dapat di pertanggung jawabkan kebenarannya. Berbagai upaya telah di lakukan peneliti untuk mendapatkan hasil yang maksimal dan meminimalkan terjadinya bias, namun adakondisi yang membatasi upaya peneliti yang mana kondisi tersebut di luar kemampuan peneliti untuk mengatasinya. Adapun kondisi yang di maksud adalah:

1. Dalam penelitian ini petugas yang bersangkutan kesulitan untuk menemukan beberapa dokumen yang dibutuhkan.
2. Dalam penelitian ini peneliti kesulitan menemukan acuan-acuan penelitian terkait yang berhubungan dengan metodologi penelitian yang menggunakan pendekatan yang sama.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Maka dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa puskesmas maesan memiliki nilai persentase kelengkapan dokumen keseluruhan sebesar 80%, sehingga pendokumentasian di puskesmas maesan terkait dengan standar akreditasi kepemimpinan dan manajemen sudah terpenuhi.

B. Saran

1. Bagi Puskesmas

Sebagai instansi pemberi pelayanan kepada masyarakat puskesmas dalam segala kegiatan

dan pelayanannya harus dilakukan semaksimal mungkin dan sebaik mungkin dan tidak lupa untuk selalu mendokumentasikan segala kegiatan secara lengkap karena dokumentasi merupakan salah satu cara untuk memenuhi tehnik penilaian akreditasi yang menggunakan dokumen telusur di puskesmas.

2. Bagi Kepala Puskesmas

Kepala puskesmas adalah pimpinan yang mengatur segala kegiatan dan pelayanan yang ada di puskesmas, sehingga kepala puskesmas harus memiliki kewibawaan yang di segani bawahannya, intelektual yang luas untuk memimpin suatu puskesmas agar puskesmas tersebut efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan sesuai dengan visi, misi dari puskesmas itu sendiri.

3. Bagi Perawat

Sebagai petugas pemberi pelayanan kesehatan berupaya memberikan pelayanan yang sebaik dan semaksimal mungkin dan setiap kegiatan pelayanan yang di lakukan selalu melakukan dokumentasi individual untuk mencegah terjadinya hal yang tidak di inginkan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya Tentang Analisis Akreditasi

Bagi peneliti selanjutnya saran yang dapat saya berikan ialah, coba lakukan penelitian yang lebih mendalam lagi sehingga mendapatkan hasil yang benar-benar baik dan jelas yang terkait dengan analisis akreditasi puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2003). *Pedoman Tugas Akhir UNY*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta
- Arikunto, (2007). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Aksara
- Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bachrudin. (2011). *Sarana Dan Prasarana Laboratorium Komputer Program Keahlian Teknik Komputer Jaringan Di Smk Piri 1 Yogyakarta*.
- Bappenas, (2009). *Kependudukan dan Keluarga Berencana*. Jakarta. Medan diakses tanggal 20 Mei 2016.
- Ferry Efendi. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori Dan Praktek Dalam Keperawatan*. Jilid 1. Jakarta : Salemba Medika.
- Herlambang S dan Murwani A. (2012). *Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit*.
- Junaidi. (2008). Hubungan status akreditasi pusat kesehatan masyarakat dengan tingkat kepuasan pasien.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. <http://www.depkes.go.id>. Diakses tanggal 7 april 2016. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Mulyana Deddy, M.A., Ph.D. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Rosda.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan*. edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuryati. (2016) . Kendala pelaksanaan program JKN terkait penerimaan pasien, pengolahan data medis, pelaporan, dan pendanaan JKN di Puskesmas Gondokusuman II Yogyakarta.
- Permenkes. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Permenkes. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. Jakarta.
- Satrianegara, M. Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Siwi. (2006). Pengembangan Sistem Akreditasi untuk Mendukung Pengawasan Mutu Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan pada Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND*. Bandung: Alfabeta
- Suryabrata, Sumadi. (2010). *Metodologi penelitian*. Jakarta: rajawali press.
- Veithzal Rivai. (2007). *Bank and Financial Institute Management*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.