



## GAMBARAN AKREDITASI PUSKESMAS INDONESIA BERDASARKAN RISET FASILITAS KESEHATAN 2019

### *OVERVIEW OF INDONESIA PRIMARY HEALTH CARE ACCREDITATION FROM HEALTH FACILITY RESEARCH 2019*

Dian Mawarni<sup>1</sup>, Sabran<sup>2\*</sup>, Sendhi Trisanti Puspitasari<sup>1</sup>, Iing Merillarossa Kharisma Wardani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Malang,  
Jl. Semarang No. 5, 65145, Kota Malang, Jawa Timur, Indonesia

<sup>2</sup>Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Jl. Mastrip No.164, 68121, Kabupaten Jember,  
Jawa Timur, Indonesia

\*email: [sabran@polije.ac.id](mailto:sabran@polije.ac.id)

#### **Abstract**

*The policy accreditation of primary health care facilities plays a role in ensuring equal distribution of quality health services for community. Since it was established in 2015, there hasn't been study exploring achievements of public health center accreditation in all provinces of Indonesia. This study aimed to determine description of accreditation Indonesian public health centers and identify determinant of characteristics attached to public health centers. This study uses secondary data from Health Facility Research 2019. A total of 8,543 public health centers met the criteria for analysis. The Chi-Square test was used to examine relationship between characteristics public health centers and accreditation status. This study shows that most of public health centers have inpatient services (56.72%), located in rural areas (48.58%), have been accredited (79.19%), have an intermediate predicate for accreditation (56.07%), and non-regional public service agency (68.14%). This study also explains that there is a significant relationship between service capability, regional category, financial management systems, and accreditation status public health centers. This study concludes that policy for accreditation primary health care facilities has not been implemented comprehensively in Indonesia public health centers. Therefore, it is necessary to optimize the role of district health office in providing accreditation mentoring, especially for public health centers with characteristics having outpatient services, being in remote areas, and non-regional public service agency.*

**Keyword:** accreditation, primary health care, public health center, quality of health services

#### **Abstrak**

Kebijakan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama berperan memastikan pemerataan mutu pelayanan kesehatan masyarakat. Sejak 2015, belum ada kajian mengeksplorasi capaian akreditasi Puskesmas seluruh provinsi Indonesia. Penelitian bertujuan mengetahui gambaran akreditasi Puskesmas Indonesia dan mengidentifikasi determinan dari karakteristik Puskesmas. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Riset Fasilitas Kesehatan 2019. Sebanyak 8.543 Puskesmas memenuhi kriteria untuk dianalisis. Uji Chi-Square untuk menilai hubungan karakteristik Puskesmas dengan status akreditasi. Penelitian ini menunjukkan sebagian besar Puskesmas memiliki layanan rawat inap (56,72%), terletak di desa (48,58%), telah terakreditasi (79,19%), memiliki predikat madya akreditasi (56,07%), dan non BLUD (68,14%). Penelitian ini menjelaskan adanya hubungan kemampuan pelayanan, kategori wilayah, pola pengelolaan keuangan dengan status akreditasi Puskesmas. Penelitian ini menyimpulkan kebijakan akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama belum terlaksana secara menyeluruh di Puskesmas Indonesia. Oleh karena itu perlu optimalisasi peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam memberikan pendampingan akreditasi terutama Puskesmas dengan karakteristik memiliki layanan rawat jalan, daerah terpencil, dan non BLUD.

**Kata kunci:** akreditasi, pelayanan kesehatan tingkat pertama, puskesmas, mutu pelayanan kesehatan





## PENDAHULUAN

Peningkatan dalam pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat melalui Puskesmas menjadi salah satu arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 (Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/52/2015). Peran penting Puskesmas di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai *gatekeeper* atau penapis rujukan sehingga harus memberi pelayanan kesehatan bermutu sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi (Molyadi dan Trisnantoro, 2018). Untuk mendukung hal itu, pemerintah membuat kebijakan melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2015 yang mengatur akreditasi bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) termasuk Puskesmas. Peraturan tentang akreditasi FKTP direvisi secara minor sebanyak dua kali. Perubahan pertama ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 42 Tahun 2016 yang mengubah pasal 9 tentang standar akreditasi, sedangkan perubahan kedua melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2019 mengubah pasal 19 tentang lembaga penyelenggara akreditasi. Perubahan terakhir berlaku sejak 19 Agustus 2019.

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah memenuhi standar akreditasi. Akreditasi Puskesmas bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat, lingkungan, serta Puskesmas sebagai sebuah institusi, serta meningkatkan kinerja Puskesmas dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/ atau kesehatan masyarakat (Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2015).

Selain berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan, akreditasi juga berdampak terhadap kepuasan pasien. Penelitian di Kota Semarang menemukan Puskesmas yang telah terakreditasi terbukti memiliki tingkat kepuasan pasien lebih tinggi dibandingkan Puskesmas yang tidak terakreditasi (Trisna dan Raharjo, 2019). Jika kepuasan pasien berkurang maka bisa

berakibat pada pemanfaatan ulang pelayanan kesehatan menjadi menurun (Hasbi, 2012).

Selama enam tahun pasca diberlakukan kebijakan akreditasi FKTP, Puskesmas masih menghadapi berbagai tantangan yang membuat pelaksanaan akreditasi terhambat. Penelitian yang sudah ada lebih fokus membahas kesiapan Puskesmas, namun belum mengkaji secara menyeluruh kondisi akreditasi Puskesmas di Indonesia. Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui capaian akreditasi Puskesmas dan mengidentifikasi karakteristik apa saja yang berkontribusi terhadap akreditasi Puskesmas.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan data survei nasional dari Riset Fasilitas Kesehatan (RIFASKES) di Puskesmas yang diambil pada bulan April sampai Mei tahun 2019. Total 9.831 Puskesmas yang mengikuti survei namun hanya 8.543 Puskesmas (87%) yang memenuhi syarat untuk dianalisis. Sebagian Puskesmas dieliminasi dari daftar sampel karena data tidak lengkap. Instrumen survei berupa kuesioner yang terdiri dari 15 bagian, tetapi penelitian ini fokus pada data umum yang memuat karakteristik Puskesmas meliputi kemampuan pelayanan, kategori wilayah, status akreditasi, predikat akreditasi, dan pola pengelolaan keuangan.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis univariat melalui distribusi frekuensi untuk menjelaskan proporsi dan analisis bivariat dengan uji Chi-Square untuk menguji hubungan kemampuan pelayanan, kategori wilayah, dan pola pengelolaan keuangan dengan status dan predikat akreditasi. Data dianalisis menggunakan software Stata versi 12.0 untuk Windows dan uji statistik dianggap signifikan jika nilai  $\alpha < 0,05$ . RIFASKES 2019 telah mendapat persetujuan dari Komite Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan nomor LB.02.01/2/KE.011/2019.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menjelaskan kondisi Puskesmas di Indonesia berdasarkan kemampuan pelayanan, kategori wilayah, status akreditasi, predikat akreditasi, pola pengelolaan keuangan.. Mayoritas Puskesmas (56%) belum memiliki layanan rawat inap. Puskesmas berada di wilayah heterogen (perkotaan 28,64%, pedesaan 48,58%, dan terpencil 22,78%). Sebagian besar Puskesmas (79,19%) telah terakreditasi dengan predikat 0,64% paripurna, 10,85% utama, 56,07% madya, 32,45%

dasar. Lebih dari 65% Puskesmas dengan pola pengelolaan keuangan non BLUD.

**Tabel 1.** Gambaran Puskesmas (n= 8543)

<b>Karakteristik</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Presentase (%)</b>
<b>Kemampuan pelayanan</b>		
Rawat inap	3697	43,28
Non rawat inap	4846	56,72
<b>Kategori wilayah</b>		
Perkotaan	2447	28,64
Pedesaan	4150	48,58
Terpencil	1946	22,78
<b>Status akreditasi</b>		
Terakreditasi	6765	79,19
Tidak terakreditasi	1778	20,81
<b>Predikat akreditasi</b>		
Paripurna	43	0,64
Utama	734	10,85
Madya	3793	56,07
Dasar	2195	32,45
<b>Pola pengelolaan keuangan</b>		
BLUD	2722	31,86
Non BLUD	5821	68,14

Meskipun belum semua Puskesmas di Indonesia melakukan akreditasi namun capaian akreditasi tersebut telah memenuhi *roadmap* yang ditetapkan oleh pemerintah. *Roadmap* akreditasi Puskesmas tahun 2015 sampai 2019. *Roadmap* tersebut menetapkan target jumlah Puskesmas yang terakreditasi meliputi 350 Puskesmas pada tahun 2015, 700 Puskesmas pada tahun 2016, 1400 Puskesmas pada tahun 2017, 2800 Puskesmas pada tahun 2018, dan 5600 Puskesmas tahun 2019 (Peraturan Presiden No. 2 Tahun 2015).

Puskesmas dituntut memiliki layanan rawat inap yang baik untuk membentuk loyalitas pasien (Tanan et al., 2013). Mutu pelayanan kesehatan Puskesmas di kota relatif berbeda dengan Puskesmas di desa dan daerah terpencil (Sarumpaet et al., 2012). Puskesmas yang terakreditasi mempunyai kepuasan pasien lebih tinggi dibandingkan Puskesmas belum terakreditasi (Tawalujan et al., 2019).

Puskesmas yang memiliki predikat akreditasi tertinggi berpeluang besar dalam memberikan kualitas pelayanan yang lebih

baik (Trisna dan Raharjo, 2019). Perubahan status Puskesmas menjadi BLUD mendorong adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan karena anggaran dikelola secara mandiri sehingga kesempatan untuk berinovasi terus meningkat (Suryawati et al., 2019, Wijayantiningrum, et al., 2020).

Tabel 2 menjelaskan bahwa kemampuan pelayanan, kategori wilayah, pola pengelolaan keuangan mempunyai hubungan signifikan dengan status akreditasi. Puskesmas dengan layanan rawat inap memiliki probabilitas lebih tinggi telah terakreditasi daripada Puskesmas tanpa layanan rawat inap. Puskesmas yang terletak di wilayah perkotaan memiliki kemungkinan lebih tinggi telah terakreditasi dibanding Puskesmas pedesaan dan terpencil. Kemudian, Puskesmas dengan pola pengelolaan keuangan BLUD lebih berpeluang telah terakreditasi daripada Puskesmas non BLUD.

Selain itu, Tabel 2 juga menunjukkan predikat akreditasi Puskesmas berdasarkan kemampuan pelayanan, kategori wilayah, dan pola pengelolaan keuangan. Secara umum tidak berbeda karena jumlah Puskesmas dengan predikat akreditasi madya cenderung lebih banyak, sedangkan jumlah Puskesmas dengan predikat akreditasi paripurna masih terbatas.

Penelitian ini mengemukakan Puskesmas yang memiliki layanan rawat inap memiliki peluang lebih besar terakreditasi daripada Puskesmas yang tidak memiliki layanan rawat inap. Kondisi tersebut dimungkinkan terjadi karena aturan BPJS Kesehatan yang mempersyaratkan sertifikat akreditasi kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama termasuk Puskesmas jika ingin bekerja sama (Peraturan Menteri Kesehatan No. 7 Tahun 2021). Puskesmas dengan layanan rawat inap tentu membutuhkan anggaran yang lebih besar dibandingkan dengan Puskesmas tanpa layanan rawat inap. Semakin kompleks layanan yang disediakan oleh suatu fasilitas kesehatan, maka ketersediaan anggaran untuk memenuhi sumber daya juga meningkat (Singh et al., 2021). Penelitian ini menjelaskan jumlah Puskesmas di wilayah terpencil lebih sedikit terakreditasi daripada perkotaan dan pedesaan. Kondisi tersebut menggambarkan kesiapan Puskesmas yang berada di wilayah sulit dalam melaksanakan akreditasi perlu ditingkatkan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesiapan Puskesmas yaitu ketersediaan tim pelaksana, komitmen manajemen, pemahaman terhadap dokumen akreditasi (Maghfiroh dan Rochmah, 2017; Molyadi dan Trisnantoro, 2018).

**Tabel 2.** Hubungan Karakteristik Puskesmas dengan Status dan Predikat Akreditasi

Karakteristik	Status Akreditasi				p-value	Predikat Akreditasi								p-value
	Terakreditasi		Tidak			Paripurna		Utama		Madya		Dasar		
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Kemampuan pelayanan</b>														
Rawat inap	3211	86,85	486	13,15	0,000	21	0,65	367	11,43	1768	55,06	1055	32,86	0,341
Non rawat inap	3554	73,34	1292	26,66		22	0,62	367	10,33	2025	56,98	1140	32,08	
<b>Kategori wilayah</b>														
Perkotaan	2193	89,62	254	10,38	0,000	23	1,05	326	14,87	1242	56,63	602	27,45	0,000
Pedesaan	3505	84,46	645	15,54		18	0,51	379	10,81	2038	58,15	1070	30,53	
Terpencil	1067	54,83	879	45,17		2	0,19	29	2,72	513	48,08	523	49,02	
<b>Pola pengelolaan keuangan</b>														
BLUD	2415	88,72	307	11,28	0,000	25	1,04	326	13,50	1435	59,42	629	26,05	0,000
Non BLUD	4.35	74,73	1471	25,27		18	0,41	408	9,38	2358	54,21	1566	36,00	

Penelitian ini juga menyebutkan Puskesmas dengan pola pengelolaan BLUD lebih banyak terakreditasi daripada Puskesmas non BLUD. Pada prinsipnya pola pengelolaan keuangan BLUD dan akreditasi memiliki tujuan yang sama untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas. Puskesmas yang telah menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD akan mempunyai kemudahan dalam melakukan peningkatan pelayanan Puskesmas yang akan berdampak terhadap akreditasi. Puskesmas BLUD memiliki fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dibanding Puskesmas non BLUD yang harus tunduk pada ketentuan pengelolaan keuangan negara (Wafumilena et al., 2019). Status BLUD dapat membantu Puskesmas terhindar dari administrasi dan prosedur penyelenggaraan keuangan berbelit-belit. Kebijakan Puskesmas BLUD mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan masyarakat (Indrayathi et al., 2014). Oleh karena itu ada sebagian pendapat yang menyatakan pengajuan menjadi BLUD terlebih dahulu, baru melakukan akreditasi. Namun ada pendapat lainnya yang menyatakan sebaliknya, akreditasi dulu baru BLUD karena jika telah menyelesaikan akreditasi maka memudahkan dalam menyusun dokumen administratif syarat pengajuan menjadi BLUD.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Kebijakan akreditasi FKTP belum terlaksana secara menyeluruh di Puskesmas Indonesia karena penyelenggaraan akreditasi Puskesmas dilakukan secara bertahap. Terdapat faktor-faktor dari karakteristik Puskesmas yang menentukan pelaksanaan akreditasi meliputi

kemampuan pelayanan, kategori wilayah, pola pengelolaan keuangan.

### Saran

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, peneliti mendorong optimalisasi peran Dinas Kesehatan untuk meningkatkan kesiapan Puskesmas dalam melakukan akreditasi melalui program pendampingan secara intensif. Selain itu, perlu juga membangun komitmen staf Puskesmas dan lintas sektor seperti camat, kepala desa, Bintara Pembina Desa (Babinsa), KUA untuk mendukung perbaikan mutu pelayanan kesehatan melalui proses akreditasi.

### DAFTAR RUJUKAN

- 1] Hasbi FH (2012) Analisis hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan puskesmas poncol Kota Semarang tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro 1*(No. 02): 37-47.
- 2] Indrayathi PA, Listyowati R, Nopiyani NMS and Ulandari LPS (2014) Mutu pelayanan puskesmas perawatan yang berstatus badan layanan umum daerah. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal) 9*(No. 02): 164-170.
- 3] Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.
- 4] Maghfiroh L and Rochmah TN (2017) Analisis kesiapan puskesmas Demangan Kota Madiun dalam menghadapi akreditasi. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia 13*(No. 04): 329-336.

- 5] Molyadi M and Trisnantoro L (2018) Pelaksanaan kebijakan akreditasi puskesmas di Kabupaten Kubu Raya. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* 7(No. 01): 18-23.
- 6] Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Prakter Mandiri Dokter Gigi.
- 7] Peraturan Menteri Kesehatan No. 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- 8] Peraturan Presiden No. 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019.
- 9] Sarumpaet SM, Tobing BL and Siagian A (2012) Perbedaan pelayanan kesehatan ibu dan anak di perkotaan dan daerah terpencil. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)* 6(No. 04): 147-152.
- 10] Singh SR, Leider JP and Orcena JE (2021) The cost of providing the foundational public health services in Ohio. *Journal of Public Health Management and Practice* 27(No. 05): 492-500.
- 11] Suryawati C, Nandini N and Handayani N (2019) Kepuasan pasien terhadap layanan puskesmas BLUD di Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia* 7(No. 01): 39-45.
- 12] Tanan L, Indar and Darmawansyah (2013) Analisis tingkat kepuasan pasien di Puskesmas Bara Permai Kota Palopo. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Indonesia* 2(No. 03): 15-21.
- 13] Tawalujan TW, Korompis GE and Maramis FR (2019) Hubungan antara status akreditasi Puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien di Kota Manado. *Kesmas* 7(No. 05): 1-11.
- 14] Trisna INP and Raharjo BB (2019) Status akreditasi Puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)* 3(No. 02): 324-336.
- 15] Wafumilena ER, Soakakone M and Nugraheni SN (2019) Kajian pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah Puskesmas Pekalongan dengan Sistem Holding. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* 8(No. 01): 41-50.
- 16] Wijyantiningrum T, Wijayanti Y and Raharjo BB (2020) Analysis of the individual health efforts quality after accreditation assessment at public health centers of Semarang City in 2019. *Public Health Perspective Journal* 5(No. 01): 36-46