



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Pedoman

AKREDITASI
INSTITUSI/LEMBAGA
PENYELENGGARA
PELATIHAN
BIDANG KESEHATAN

*Kementerian Kesehatan RI
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
Pusat Pelatihan SDM Kesehatan*



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Pedoman

AKREDITASI
INSTITUSI/LEMBAGA
PENYELENGGARA
PELATIHAN
BIDANG KESEHATAN

*Kementerian Kesehatan RI
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
Pusat Pelatihan SDM Kesehatan*

Kata Sambutan

Akreditasi Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah untuk menstandarkan dan menjamin mutu Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan milik pemerintah, pemerintah daerah dan swasta. Melalui akreditasi, Institusi/Lembaga dituntut untuk dapat memenuhi persyaratan sesuai ketentuan dan untuk kelayakannya dilakukan melalui pengukuran kesesuaian antara ketentuan dengan penjaminan mutu yang diterapkan oleh masing-masing Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.

Akreditasi menjadi penting karena dapat menelapkan posisi Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan dalam tatanan kompetisi pengelolaan Institusi/Lembaga serta merupakan tolok ukur bagi institusi pengguna untuk mendapatkan peserta latih yang mempunyai kompetensi sesuai dengan tujuan pelatihan. Hal ini terjadi karena dihasilkan melalui proses pengelolaan pelatihan yang terkawal dengan baik.

Agar penerapan akreditasi Institusi/Lembaga terstandar, telah ditetapkan Pedoman Akreditasi Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan terbitan tahun 2021 yang merupakan penyempurnaan dari pedoman sebelumnya. Pedoman ini untuk dijadikan acuan guna menata strategi penerapan penjaminan mutu di Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan agar dapat berjalan secara berkesinambungan.

Terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah memberikan masukan dan kontribusi dalam proses penyusunan Pedoman Akreditasi Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa melimpahkan Rahmat HidayahNya kepada kita semua.

Jakarta, September 2021
PIL Kepala Badan PPSDM Kesehatan



dr. Kikha Pritasari, MQIH
196404081990032001

Daftar Isi

	Halaman
KATA SAMBUTAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Pedoman	3
C. Landasan Hukum	3
D. Penyelenggara Akreditasi Institusi/Lembaga	4
E. Pengguna Pedoman	5
F. Manfaat Pedoman	5
G. Definisi Operasional	6
BAB II AKREDITASI INSTITUSI PENYELENGGARA PELATIHAN BIDANG KESEHATAN	10
A. Tujuan Akreditasi Institusi/Lembaga Pelatihan	10
B. Manfaat Akreditasi Institusi/Lembaga	10
C. Sasaran Akreditasi dan Ketentuan Institusi/Lembaga	11
D. Pengorganisasian Akreditasi Institusi/Lembaga	14
E. Komponen, Unsur, dan Sub Unsur	22
F. Metoda Penilaian	24
G. Status Akreditasi dan Masa Berlaku Status Akreditasi	24
H. Hak dan Kewajiban Institusi/Lembaga yang Terakreditasi	26
I. Pembayaran Akreditasi Institusi/Lembaga	28

BAB III PELAKSANAAN AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN BIDANG KESEHATAN	29
A. Pusat Pelatihan SDM Kesehatan	29
B. Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan	33
C. Skema Pemenuhan Persyaratan Pedoman Persyaratan Jaminan Mutu Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan	38
D. Pasca Penetapan Status Akreditasi	40
E. Sanksi	41
 BAB IV PENUTUP	 42
 Lampiran-lampiran	
1. Profil Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan	43
2. Format Rekomendasi Fasilitas	46
3. Format Berita Acara Visitasi	47
4. Format Berita Acara Penetapan Nilai Akreditasi	49

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pengembangan kompetensi SDM Kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk memastikan dan memelihara kemampuan SDM Kesehatan dalam memenuhi kualifikasi yang diprasyarkan sehingga dapat memberi kontribusi optimal bagi pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, pengembangan kompetensi bagi SDM Kesehatan perlu selalu dilakukan secara berkesinambungan agar SDM Kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan dengan optimal. Hal ini perlu diprioritaskan karena dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi berdampak terhadap tingginya kebutuhan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan.

Sehubungan dengan pengembangan kompetensi, pemerintah telah menetapkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara pasal 70 ayat (4) bahwa dalam mengembangkan kompetensi, setiap instansi pemerintah wajib menyusun rencana pengembangan kompetensi tahunan yang tertuang dalam rencana kerja anggaran tahunan instansi masing-masing.

Implementasi dari Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 telah melahirkan berbagai upaya untuk peningkatan kompetensi, salah satunya adalah peningkatan/pengembangan kompetensi melalui pelatihan. Berdasarkan hasil evaluasi dari pengajuan akreditasi pelatihan bidang kesehatan, pelatihan yang diselenggarakan dari waktu ke waktu jumlahnya semakin

meningkat dan semakin beragam, baik yang diselenggarakan oleh institusi pemerintah, pemerintah daerah maupun swasta.

Untuk pelatihan bidang kesehatan, telah ditetapkan didalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan pasal 31 yang menjelaskan bahwa pelatihan diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat harus memenuhi program pelatihan dan tenaga pelatih yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi serta diselenggarakan oleh penyelenggara pelatihan yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Dijabarkan lebih rinci didalam Peraturan Pemerintah nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan, tepatnya pada pasal 79, yang menjelaskan bahwa dalam rangka pengendalian mutu pelatihan dilakukan akreditasi oleh pemerintah pusat yang terdiri dari akreditasi pelatihan dan akreditasi institusi penyelenggara pelatihan. Dengan adanya undang-undang dan peraturan pemerintah tersebut maka diwajibkan semua institusi yang menyelenggarakan pelatihan bidang kesehatan baik pemerintah maupun swasta harus terakreditasi.

Pada tahun 2020 Lembaga Administrasi Negara (LAN) telah menerbitkan Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 13 Tahun 2020 tentang Akreditasi Pelatihan serta Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor: 1874/K.1/PDP.09/2020 tentang Pedoman Pelaksanaan Akreditasi Pelatihan Yang Menjadi Kewenangan Lembaga Administrasi Negara. Dengan adanya perubahan peraturan terkait akreditasi tersebut, maka Pusat Pelatihan SDM Kesehatan memperbaharui Pedoman Akreditasi Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan menjadi

Pedoman Akreditasi Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan.

B. TUJUAN PEDOMAN

Tersedianya acuan untuk pelaksanaan akreditasi Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.

C. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan;
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
9. Peraturan Lembaga Administrasi Negara Nomor 13 Tahun 2020 tentang Akreditasi Pelatihan;
10. Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 1874/K.1/PDP.09/2020 tentang Pedoman Pelaksanaan Akreditasi Pelatihan Yang Menjadi Kewenangan Lembaga Administrasi Negara.

11. Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 314/K.1/PDP.09/2021 tentang Penetapan Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan PPSPDMK Kementerian Kesehatan sebagai Lembaga Pengakreditasi Program Terakreditasi.

D. PENYELENGGARA AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA

Penyelenggara Akreditasi Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan adalah Pusat Pelatihan SDM Kesehatan. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, pasal 228 yang menjelaskan bahwa salah satu fungsi Pusat Pelatihan SDM Kesehatan adalah pengendalian mutu pelatihan, institusi pelatihan SDM kesehatan. Implementasi dari pengendalian mutu institusi pelatihan SDM Kesehatan dilakukan melalui akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan. Dalam penyelenggaraan akreditasi, Pusat Pelatihan SDM Kesehatan telah mendapatkan kewenangan dari Lembaga Administrasi Negara melalui Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 314/K.1/PDP.09/2021 tentang Penetapan Pusat Pelatihan SDM Kesehatan Badan PPSPDMK Kementerian Kesehatan sebagai Lembaga Pengakreditasi Program Terakreditasi.

Sebagai penyelenggara akreditasi institusi/lembaga, Pusat Pelatihan SDM Kesehatan mempunyai tugas:

1. Menyusun dan menetapkan pedoman/instrumen/panduan terkait akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan
2. Melaksanakan akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan

3. Melakukan pembinaan, pemantauan, evaluasi (audit mutu eksternal) dan pelaporan penerapan akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan

E. PENGGUNA PEDOMAN

Pengguna pedoman ini adalah:

1. Pusat Pelatihan SDM Kesehatan
2. Institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan
3. Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit yang membawahi institusi/unit penyelenggara pelatihan.
4. Tim penilai akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan
5. Tim asesor akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.
6. *Stakeholder* yang akan mendirikan institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.

F. MANFAAT PEDOMAN

Manfaat pedoman bagi:

1. Pusat Pelatihan SDM Kesehatan:

Untuk dijadikan acuan dalam:

- a. Menerapkan penilaian akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.
- b. Melakukan pembinaan penerapan hasil akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.

2. Lembaga/Institusi penyelenggara pelatihan:

Untuk dijadikan acuan dalam:

- a. Menerapkan sistem penjaminan mutu di institusi/lembaga
- b. Memenuhi persyaratan akreditasi institusi/lembaga
- c. Melaksanakan audit mutu internal institusi/lembaga

d. Menindaklanjuti rekomendasi hasil akreditasi institusi/lembaga.

3. Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit:

Untuk dijadikan acuan dalam:

- a. Memonitor penerapan sistem penjaminan mutu di institusi/lembaga penyelenggara pelatihan yang menjadi tanggung jawabnya.
- b. Memfasilitasi agar institusi/lembaga penyelenggara pelatihan yang menjadi tanggung jawabnya dapat memenuhi persyaratan akreditasi institusi/lembaga.

4. Tim penilai akreditasi institusi

Untuk dijadikan acuan dalam:

- a. Menetapkan nilai akreditasi institusi/lembaga
- b. Memutuskan hasil penilaian akreditasi institusi/lembaga.

5. Tim asesor

Untuk dijadikan acuan dalam:

- a. Memfasilitasi institusi/lembaga agar menerapkan sistem penjaminan mutu sesuai dengan ketentuan akreditasi institusi/lembaga.
- b. Mengkaji *performance* dan dokumen penerapan sistem penjaminan mutu di institusi/lembaga
- c. Mempersiapkan dan melaksanakan visitasi akreditasi institusi/lembaga.

6. Stakeholder yang akan mendirikan Institusi.

Sebagai acuan dalam pemenuhan persyaratan akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan bagi institusi/lembaga yang akan didirikan.

G. DEFINISI OPERASIONAL

1. Akreditasi

Adalah penilaian kelayakan kepada suatu institusi/ badan hukum yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan yang diberikan oleh pemerintah atau badan akreditasi yang berwenang.

2. Akreditasi Institusi/Lembaga

Adalah pemberian pengakuan oleh Kementerian Kesehatan untuk Institusi/Lembaga penyelenggara Pelatihan yang memenuhi persyaratan akreditasi.

3. Audit Mutu Internal (AMI)

Adalah proses pengukuran dan penilaian secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang dilakukan oleh auditor internal/Tim AMI untuk memastikan bahwa kegiatan tiap komponen dalam akreditasi institusi/lembaga pelatihan telah sesuai dengan standar/persyaratan-persyaratan yang telah ditentukan.

4. Audit Mutu Eksternal (AME)

Adalah proses pengukuran dan penilaian secara sistematis, obyektif dan terdokumentasi yang dilakukan oleh auditor eksternal/independen untuk memastikan bahwa kegiatan tiap komponen dalam suatu institusi/lembaga telah sesuai dengan standar yang berlaku.

5. Audit Surveillans

Adalah pemantauan yang dilakukan oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan untuk memastikan bahwa masing-masing komponen akreditasi institusi/lembaga diterapkan pada proses kegiatan sesuai sasaran mutu.

6. Asesor

Adalah Aparatur Sipil Negara (ASN) atau praktisi yang memiliki kompetensi untuk melakukan kajian dan analisis terhadap *performance* institusi/lembaga, sumber daya, dokumen akreditasi serta penerapannya yang dilakukan secara komprehensif dan memberikan rekomendasi.

7. Evaluasi

Adalah kegiatan yang terencana untuk menilai penerapan komponen-komponen akreditasi institusi dengan menggunakan instrumen dan hasilnya dibandingkan dengan standar untuk memperoleh kesimpulan.

8. Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan.

Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan yang selanjutnya disebut institusi/lembaga adalah organisasi yang berbadan hukum dan mempunyai tugas, fungsi serta wewenang menyelenggarakan pelatihan bidang kesehatan.

9. Pengampuan penyelenggaraan pelatihan

Adalah pelimpahan tanggung jawab dari Pusat Pelatihan SDM Kesehatan kepada Institusi pelatihan terakreditasi A dan B untuk melakukan pengendalian mutu penyelenggaraan dan penerbitan sertifikat terhadap pelatihan yang dilaksanakan oleh institusi pelatihan yang belum terakreditasi.

10. Visitasi

Adalah kunjungan asesor melalui *onsite*/daring ke institusi untuk melakukan klarifikasi, verifikasi, validasi dokumen dan informasi dalam rangka penilaian akreditasi institusi/lembaga.

11. Verifikasi

Adalah proses memeriksa dan memastikan bahwa kelengkapan dokumen akreditasi institusi/lembaga sudah/belum sesuai dengan standar/ ketentuan yang berlaku.

12. Tim AMI

Adalah pegawai institusi/lembaga penyelenggara pelatihan yang ditetapkan oleh pimpinan untuk melaksanakan AMI terhadap penerapan sistem penjaminan mutu sesuai dengan pedoman AMI.

13. Tim Penjamin Mutu

Adalah sekelompok ASN/pegawai dari institusi/lembaga yang ditetapkan oleh pimpinannya untuk menerapkan sistem manajemen mutu.

14. Tim Penilai Akhir

Adalah Aparatur Sipil Negara (ASN) yang diberi tugas memutuskan hasil penilaian akreditasi institusi.

15. Tim Asesor

Adalah Tim yang bertugas untuk melaksanakan penilaian kelayakan dalam proses akreditasi.

16. Tim Sekretariat

Adalah Tim yang bertugas untuk memberikan bantuan administratif dalam menunjang kelancaran proses akreditasi.

BAB II

AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN BIDANG KESEHATAN

A. TUJUAN AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA PELATIHAN

1. Tujuan Umum

Terjaminnya institusi/lembaga pelatihan yang bermutu dalam menyelenggarakan pelatihan bidang kesehatan.

2. Tujuan Khusus

Diterapkannya sistem manajemen mutu sesuai standar, yang meliputi penjaminan mutu terhadap komponen:

- a. Administrasi dan manajemen
- b. Pelayanan pelatihan
- c. Pelayanan penunjang pelatihan

B. MANFAAT AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA

1. Bagi Institusi/Lembaga

- a. Adanya jaminan mutu penyelenggaraan pelatihan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
- b. Meningkatnya citra dan kepercayaan masyarakat terhadap institusi/lembaga
- c. Institusi/lembaga menerapkan sistem penjaminan mutu secara berkesinambungan.

2. Bagi instansi pengguna institusi

- a. Adanya jaminan mutu penyelenggaraan pelatihan bidang kesehatan yang profesional sesuai dengan kompetensi yang diharapkan
- b. Adanya jaminan mutu bagi alumni yang mengikuti pelatihan bidang kesehatan di institusi/lembaga yang terakreditasi

3. Bagi Pusat Pelatihan SDM Kesehatan

- a. Adanya informasi penerapan sistem penjaminan mutu di masing-masing institusi/lembaga.
- b. Adanya informasi data institusi/lembaga yang terakreditasi.

4. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit

Adanya informasi penerapan sistem penjaminan mutu di institusi/lembaga penyelenggara pelatihan yang menjadi tanggung jawabnya

C. SASARAN AKREDITASI DAN KETENTUAN INSTITUSI/ LEMBAGA

1. Sasaran Akreditasi

Sasaran akreditasi adalah institusi/lembaga yang menyelenggarakan pelatihan bidang kesehatan yang terdiri dari:

- a. Institusi/Lembaga yang pertama kali mengajukan akreditasi.
Akreditasi untuk institusi/lembaga yang pertama kali mengajukan akreditasi karena telah memenuhi persyaratan sesuai dengan yang tercantum pada tabel 1 dan telah menerapkan sistem manajemen mutu.
- b. Institusi/Lembaga yang akan diakreditasi ulang.
Akreditasi ulang dilakukan terhadap institusi/lembaga yang akan habis masa berlaku sertifikat akreditasinya.
- c. Institusi/Lembaga yang mengajukan perubahan status akreditasi.
Akreditasi dilakukan terhadap institusi/lembaga yang mengajukan perubahan status akreditasi karena sebelumnya dinyatakan tidak terakreditasi.
- d. Institusi/Lembaga yang dicabut status akreditasi
Institusi/lembaga yang mengajukan akreditasi karena dicabut status akreditasinya, dan sudah melakukan perbaikan.

2. Ketentuan Institusi/Lembaga Pelatihan yang dapat diakreditasi

Ketentuan institusi/lembaga yang dapat diakreditasi adalah sebagai berikut:

Tabel 1
Ketentuan Institusi/Lembaga yang Dapat Diakreditasi

NO	KETENTUAN	DOKUMEN PEMBUKTIAN
1.	Berbadan hukum dan mempunyai tugas, fungsi dan wewenang menyelenggarakan pelatihan	<ul style="list-style-type: none">• Institusi/Lembaga pemerintah: Peraturan menteri tentang lembaga tsb• Institusi/Lembaga non pemerintah: Izin pendirian dan SK penelapan Institusi/ Lembaga
2.	Gedung milik sendiri/pemerintah atau sewa/MoU minimal masih berlaku untuk kurun waktu 3 (tiga) tahun pada saat di akreditasi, minimal memiliki : a. Ruang Kelas b. Ruang kantor : terdiri dari ruang pimpinan, ruang sekretariat, ruang kerja c. Laboratorium kelas Yang sesuai dengan Standar Sumber Daya Pelatihan Bidang Kesehatan	<ul style="list-style-type: none">• Sertifikat hak milik gedung/ bukti sewa/ MoU
3.	Telah melaksanakan pelatihan yang terakreditasi oleh Kemenkes dengan frekuensi minimal 2x dalam 1 (satu) tahun terakhir/tahun berjalan	2 buah surat keterangan akreditasi pelatihan

4.	Memiliki perencanaan pelatihan bidang kesehatan (sesuai dengan <i>core bussiness</i>) lembaga/institusi setiap tahun yang dituangkan dalam rencana 5 (lima) tahunan	Rencana Aksi Program (RAP) atau <i>business plan</i> atau sejenisnya
5.	<p>Pimpinan :</p> <p>(terdiri dari kepala institusi/lembaga dan pimpinan pengelola penyelenggara pelatihan)</p> <p>a. Pegawai tetap</p> <p>b. Pendidikan Minimal S1 kesehatan, atau S1 non kesehatan dengan latar belakang pendidikan minimal D3 kesehatan</p> <p>c. Sudah mengikuti <i>Management of Training</i> atau Pelatihan Manajemen Pelatihan atau mempunyai pengalaman terlibat dalam penyelenggaraan pelatihan yang terakreditasi Kemenkes, minimal 2x dalam kurun waktu 1 (satu) tahun terakhir/tahun berjalan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SK jabatan terakhir • FC ijazah terakhir • Sertifikat Pelatihan atau SK Penyelenggaraan Pelatihan sebanyak 2 pelatihan
6.	<p>Pegawai tetap/ASN, terdiri dari:</p> <p>a. Staf teknis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah minimal 3 orang - Pendidikan minimal D3 - Ada yang telah mengikuti Training Officer Course (TOC) atau Pelatihan bagi Penyelenggara Pelatihan atau mempunyai pengalaman terlibat dalam penyelenggaraan pelatihan yang terakreditasi Kemenkes minimal 2 (dua) kali 	<ul style="list-style-type: none"> • FC ijazah terakhir • Sertifikat TOC atau sertifikat Pelatihan bagi Penyelenggara Pelatihan atau SK Penyelenggaraan sebanyak 2 pelatihan

	<p>dalam kurun waktu 1 (satu) tahun terakhir/tahun berjalan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sudah ada yang mengikuti Pelatihan bagi Pengendali Pelatihan <p>b. Staf administrasi</p> <p>Minimal 1 (satu) orang dengan Pendidikan minimal SMA atau sederajat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sertifikat pelatihan pengendali pelatihan
7.	Telah melakukan AMI minimal 1 (satu) kali terhadap penerapan penjaminan mutu	Laporan AMI

Staf teknis adalah staf yang bertugas memberikan pelayanan teknis dalam penyelenggaraan pelatihan, seperti menyiapkan dokumen pelatihan (kerangka acuan, jadwal, form evaluasi, dll), mempersiapkan alat bantu pelatihan, laboratorium kelas, dan laboratorium lapangan, melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan pelaksanaan pelatihan.

Staf administrasi adalah staf yang bertugas memberikan pelayanan surat menyurat, keuangan, penanggung jawab fungsi sarana kelas untuk mendukung proses pembelajaran seperti sound system, LCD, papan flipchart dan lain-lain

D. PENGORGANISASIAN AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA

1. Pusat Pelatihan SDM Kesehatan

Akreditasi institusi/lembaga dilaksanakan oleh tim akreditasi pusat yang terdiri dari:

- a. Tim Sekretariat
- b. Tim Asesor
- c. Tim Penilai Akhir

Rinciannya sebagai berikut:

a. Tim Sekretariat

1) Susunan Tim Sekretariat Akreditasi Institusi/Lembaga

Tim Sekretariat Akreditasi Institusi/lembaga ditetapkan dengan Surat Keputusan Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan. Tim Sekretariat Akreditasi Institusi terdiri atas:

Penanggung jawab : Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan
Ketua : Kepala Bidang Pengendalian Mutu Pelatihan, Puslat SDMK
Sekretaris : Kepala Sub Bidang Akreditasi Institusi Pelatihan
Anggota : Staf Sub Bidang Akreditasi Institusi Pelatihan

2) Tugas:

- a) Memberikan bantuan administratif untuk mendukung kelancaran proses pelaksanaan akreditasi institusi
- b) Memastikan kelengkapan data dan/atau informasi untuk kebutuhan pelaksanaan akreditasi
- c) Menyampaikan data dan/atau informasi untuk kebutuhan pelaksanaan akreditasi kepada tim asesor yang ditugaskan
- d) Membuat kesepakatan jadwal visitasi antara tim asesor dan institusi yang akan diakreditasi.
- e) Melakukan tugas kesekretariatan pada saat visitasi dan audit surveilans.
- f) Memastikan kekurangan dokumen yang diminta pasca visitasi sudah lengkap dan menyerahkannya kepada asesor
- g) Menerima hasil visitasi dan/atau pasca visitasi dari asesor

- h) Menyerahkan hasil visitasi akreditasi asesor kepada tim penilai.
- i) Memfasilitasi penetapan penilaian akreditasi
- j) Menyusun laporan kegiatan akreditasi.

3) Etika sekretariat

- a) Ramah dan santun
- b) Komunikatif
- c) Responsif
- d) Integritas
- e) Menolak gratifikasi

b. Tim Asesor

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, asesor bertindak secara independen dan tidak dapat dipengaruhi ataupun diintervensi oleh pihak manapun.

1) Persyaratan asesor:

- a) Memiliki sertifikat asesor yang diterbitkan oleh Badan PPSDM Kesehatan melalui Pusat Pelatihan SDM Kesehatan atau lembaga lain yang berwenang.
- b) Tercantum didalam Surat Keputusan Badan PPSDM Kesehatan tentang Penetapan Asesor Akreditasi Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan.

2) Tata Kerja Asesor

- a) Tim asesor yang akan melakukan visitasi ditugaskan dengan Surat Tugas dari Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan.
- b) Asesor yang melakukan visitasi adalah tim dengan jumlah 3 (tiga) orang.

- c) Asesor dipimpin oleh seorang ketua tim yang bertugas memimpin proses visitasi, mengelola dan mengarahkan anggota tim.
- 3) Tugas Asesor
- a) Meneliti dan memverifikasi dokumen akreditasi yang telah dikirimkan.
 - b) Mengkaji dokumen akreditasi
 - c) Menyampaikan hasil kajian
 - d) Melakukan visitasi dengan metode cek dokumen, observasi lapangan dan wawancara
 - e) Membuat rekomendasi berdasarkan hasil visitasi yang terdiri dari dokumen akreditasi yang perlu dilengkapi.
 - f) Membuat 2 (dua) rangkap berita acara yang menjelaskan hasil temuan secara umum, kemudian diklarifikasi dengan asesi, ditandatangani asesor dan kepala/pimpinan institusi/Lembaga serta dilengkapi dengan rekomendasi.
 - g) Menyampaikan berita acara dan rekomendasi hasil visitasi kepada Lembaga/ institusi dan sekretariat akreditasi institusi pusat.
 - h) Mengkaji kelengkapan dokumen akreditasi yang dipersyaratkan di dalam rekomendasi
 - i) Memberikan penilai sementara untuk dibahas dan ditetapkan oleh Tim Penilai Akhir.
 - j) Melakukan audit surveilans sesuai penugasan Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan.
- 4) Etika Asesor
- a) Etis: adil, menyatakan yang sebenarnya, tulus, jujur dan bijaksana.

- b) Terbuka: mau mempertimbangkan pandangan dan ide-ide alternatif.
- c) Diplomatis: bijaksana dalam menghadapi orang lain.
- d) Suka memperhatikan: secara aktif menyadari kegiatan dan lingkungan.
- e) Cepat mengerti: secara naluriah menyadari dan mampu memahami situasi.
- f) Luwes (*versatile*): selalu siap menyesuaikan diri utk situasi yang berbeda.
- g) Tangguh: teguh, fokus pada pencapaian tujuan.
- h) Tegas: menghasilkan kesimpulan dengan tepat waktu berdasarkan alasan dan analisis yang logis.
- i) Percaya diri: bertindak dan berfungsi secara independen ketika berinteraksi dengan orang lain secara efektif.
- j) Menolak gratifikasi
- k) Merahasiakan hasil akreditasi
- l) Menghargai budaya setempat.

Asesor yang melakukan visitasi adalah asesor yang TIDAK melakukan fasilitasi pada institusi/lembaga yang akan divisitasi.

c. Tim Penilai Akhir Akreditasi Institusi

- 1) Susunan Tim Penilai Akhir Akreditasi Institusi/Lembaga
Tim Penilai Akhir Akreditasi Institusi/Lembaga ditetapkan dengan Surat Keputusan Kepala Badan PPSDM Kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

Penanggung Jawab	:	Kepala Badan PPSDMK
Ketua	:	Kepala Pusat Pelatihan SDM
Sekretaris 1	:	Kepala Bidang Pengendalian Mutu Pelatihan
Sekretaris 2	:	Kepala Sub Bidang Akreditasi Institusi Pelatihan
Anggota	:	Staf Sub Bidang Akreditasi Institusi Pelatihan terpilih

- 2) Ketentuan Tim Penilaian Akhir:
 - a) Memiliki kompetensi untuk melaksanakan penilaian kelayakan dalam akreditasi institusi/lembaga.
 - b) Berjumlah ganjil.
- 3) Tugas Tim Penilai Akhir:
 - a) Melakukan sidang penentuan penilaian akhir yang dipimpin oleh Ketua Tim Penilai Akhir.
 - b) Mempelajari dan menganalisis hasil visitasi akreditasi dan rekomendasi asesor.
 - c) Melakukan klarifikasi terhadap asesor yang melakukan visitasi.
 - d) Menetapkan nilai akreditasi institusi dan membuat rekomendasi hasil akhir penilaian
 - e) Memproses hasil penilaian akhir untuk dijadikan dasar dalam penerbitan SK dan sertifikat penetapan akreditasi yang akan ditandatangani oleh Kepala Badan PPSDMK.
- 4) Etika Tim Penilai Akhir:
 - a) Bersikap jujur dan tidak memihak.

- b) Memegang teguh rahasia yang berkaitan dengan tugasnya.
- c) Menolak gratifikasi
- d) Merahasiakan hasil akreditasi Institusi.

2. Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan

Institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan membentuk Tim Penjamin Mutu (TPM) dan Tim Audit Mutu Internal (AMI).

a. Tim Penjamin Mutu

1) Susunan Tim Penjamin Mutu

Tim Penjamin Mutu ditetapkan melalui SK Kepala Institusi/Lembaga dengan susunan sebagai berikut:

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| Ketua merangkap anggota | : | Kepala BBBPK/Kepala Bapelkes/Kepala Unit Diklat bagi RS/Direktur/Ketuai Yayasan/Lembaga/Swasta |
| Sekretaris merangkap anggota | : | Staf/pejabat yang memahami Penjaminan Mutu |
| Anggota | : | Staf yang memahami penjaminan mutu dan jumlahnya disesuaikan dengan kebutuhan |

2) Tugas Tim Penjamin Mutu:

- a) Menyusun perencanaan pelaksanaan penjaminan mutu.
- b) Menyusun dokumen Sistem Manajemen Mutu (SMM) dengan melibatkan bidang/ bagian/ unit/ instalasi

- terkait yang terdiri dari Panduan Mutu (*Quality Assurance Manual*), Standard Operational Procedure (SOP), dokumen pendukung (instruksi kerja, peraturan-peraturan, standar-standar, ketentuan-ketentuan), rekaman (bukti pelaksanaan kegiatan).
- c) Menyampaikan dokumen SMM ke bidang/ bagian/ unit/ instalasi terkait untuk dijadikan acuan dalam pelaksanaan kegiatan.
 - d) Melakukan penilaian mandiri (*self assesment*) sebelum diaudit oleh Tim AMI.
 - e) Mengikuti proses AMI.
 - f) Melakukan kaji ulang dokumen SMM yang diterapkan oleh seluruh jajaran lembaga/ institusi penyelenggara pelatihan
 - g) Mengirimkan/mengunggah dokumen SMM ke sekretariat akreditasi institusi pusat melalui Sistem Informasi.
 - h) Menindaklanjuti feedback dari sekretariat pusat dan mengunggah kembali hasil perbaikan melalui Sistem Informasi untuk keperluan penilaian akreditasi.
 - i) Mengikuti keseluruhan proses visitasi dari pusat.
 - j) Menindaklanjuti feedback hasil visitasi.

b. Tim Audit Mutu Internal

1) Susunan Tim Audit Mutu Internal

Tim Audit Mutu Internal ditetapkan melalui SK Kepala Institusi/Lembaga dengan susunan sebagai berikut:

Ketua merangkap anggota : Pejabat/widyaiswara/staf yang memahami AMI

Sekretaris merangkap anggota : Staf yang memahami AMI

Anggota AMI : Jumlah anggota minimal 1 orang

2) Persyaratan Tim AMI

- a) Salah satu anggota diutamakan sudah mengikuti pelatihan/workshop AMI.
- b) Bersedia menjadi Tim AMI dan mampu melaksanakan tugas.
- c) Mampu melakukan komunikasi efektif.

3) Tugas:

- a) Mengelola program audit mutu internal terhadap kecukupan dan kepatuhan penerapan dokumen SMM dengan pendekatan *Plan Do Check Action* (PDCA).
- b) Melakukan *self assessment* sebelum dilakukan audit mutu eksternal
- c) Menyusun laporan hasil AMI.

Audit mutu internal secara detail mengacu pada Pedoman Audit Mutu yang diterbitkan oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan tahun 2021.

E. KOMPONEN, UNSUR, DAN SUB UNSUR

Dalam penilaian akreditasi institusi, ada 3 komponen yang akan dinilai yaitu:

1. Komponen administrasi dan manajemen

NO	UNSUR	BOBOT	SUB UNSUR	BOBOT
1.	Organisasi dan Kepemimpinan	10%	1. Kelembagaan penyelenggara pelatihan	30%
			2. Kepemimpinan dan budaya organisasi	35%
			3. Rencana Stretegis	35%
2.	Kemitraan & Hubungan Pemangku Kepentingan	5%	1. Kemitraan	50%
			2. Hubungan Pemangku Kepentingan	50%
3.	Manajemen Mutu	13%	1. Manajemen Mutu	100%

2. Komponen pelayanan pelatihan

NO	UNSUR	BOBOT	SUB UNSUR	BOBOT
1.	Manajemen Sumberdaya Manusia	20%	1. Pejabat Struktural	20%
			2. Penyelenggara Pelatihan	20%
			3. Tenaga Pengajar	20%
			4. Pengendali pelatihan	20%
			5. Pengelola Sistem Informasi Pelatihan	20%
2.	Manajemen Pelayanan	20%	1. Pelayanan Peserta	50%
			2. Media Komunikasi	50%
3.	Hasil Kinerja Utama	10%	1. Capaian Kinerja Utama	40%
			2. Penghargaan	30%
			3. Wilayah Bebas dari Korupsi	30%

3. Komponen pelayanan penunjang pelatihan

NO	UNSUR	BOBOT	SUB UNSUR	BOBOT
1.	Manajemen Sumber Daya	12%	1. Sarana Prasarana	50%
			2. Pembiayaan	50%
2.	Manajemen Pengetahuan & Inovasi	10%	1. Manajemen pengetahuan	50%
			2. Inovasi	50%

F. METODA PENILAIAN

Metode penilaian dalam pelaksanaan akreditasi adalah:

1. Telusur Dokumen

Mempelajari dokumen penjaminan mutu dan dokumen terkait seperti yang dipersyaratkan pada setiap komponen yang tercantum dalam instrumen akreditasi institusi/lembaga.

2. Observasi

Pengamatan langsung dan/atau tidak langsung terhadap:

- Keadaan sarana dan prasarana institusi
- Keadaan dokumen terkait.
- Penerapan dokumen penjaminan mutu

3. Wawancara

Metode ini digunakan agar mendapatkan informasi untuk melengkapi data yang sudah diperoleh.

G. STATUS AKREDITASI DAN MASA BERLAKU STATUS AKREDITASI

Penetapan status akreditasi dan masa berlaku sertifikat akreditasi institusi/lembaga adalah sebagai berikut:

- Nilai akhir akreditasi institusi/lembaga merupakan penilaian secara kumulatif terhadap semua komponen akreditasi yang merupakan gabungan antara hasil penilaian telusur dokumen, observasi dan wawancara

2. Hasil penilaian dari penelusuran dokumen bisa berubah apabila pada saat dilakukan observasi dan wawancara ternyata hasilnya tidak mendukung, maka ada kemungkinan nilai akan turun atau sebaliknya akan naik.

Status akreditasi institusi/lembaga dan masa berlaku sertifikat adalah sebagai berikut:

Tabel 2
STATUS, NILAI DAN MASA BERLAKU SERTIFIKAT
AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA

	STATUS	NILAI AKHIR AKREDITASI	MASA BERLAKU SERTIFIKAT
1.	Akreditasi A	87,00 – 100	5 (lima) tahun
2.	Akreditasi B	74,00 – 86,99	3 (tiga) tahun
3.	Akreditasi C	61,00 – 73,99	2 (dua) tahun
4.	Tidak Terakreditasi	$\leq 60,99$	

Keterangan:

- Akreditasi A
Apabila nilai akhir akreditasi berada pada range 87,00 - 100.
- Akreditasi B
Apabila nilai akhir akreditasi berada pada range 74,00 – 86,99.
- Akreditasi C
Apabila nilai akhir akreditasi berada pada range 61,00 – 73,99.
- Tidak terakreditasi
Apabila nilai akhir akreditasi $\leq 60,99$.

H. HAK DAN KEWAJIBAN INSTITUSI/LEMBAGA YANG TERAKREDITASI

1. Hak Institusi/Lembaga Yang Terakreditasi

No	Hak	BBPK, Bapelkes UPT Badan PPSDMK, Bapelkes/Institusi Pelatihan Kesehatan Milik Pemprov	Instalasi/ Unit Diklat RS, Yayasan/ Perseroan Terbatas (PT)/ Lembaga lain
1.	Kewenangan menyelenggarakan pelatihan bidang kesehatan	Menyelenggarakan pelatihan bidang kesehatan sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku	Menyelenggarakan pelatihan bidang kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsi (<i>core bussiness</i>) organisasi. Apabila akan menyelenggarakan pelatihan yang tidak sesuai dengan tugas dan fungsi organisasi, maka penyelenggaraannya harus bekerja sama dengan institusi terakreditasi Kemenkes yang memiliki kewenangan terkait pelatihan tsb, dengan perjanjian kerjasama (MoU).
2.	Kewenangan mengampu pelatihan bidang kesehatan	Mengampu pelatihan bidang kesehatan sesuai <i>core business</i> terhadap institusi yang belum/tidak terakreditasi dengan mengacu pada Petunjuk Teknis Pengampuan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI.	

Keterangan:

Core bussiness adalah sebuah aktifitas utama atau aktifitas yang penting dari institusi/lembaga pelatihan yang ditentukan berdasarkan portofolio institusi/lembaga.

2. Kewajiban Institusi/Lembaga Yang Terakreditasi

Kewajiban yang harus dilakukan sebagai berikut:

- a. Menyelenggarakan pelatihan yang telah terakreditasi Kemenkes sesuai dengan kewenangannya dan sesuai dengan pedoman penyelenggaraan pelatihan yang berlaku
- b. Menerapkan sistem penjaminan mutu institusi/lembaga penyelenggara pelatihan
- c. Mengajukan akreditasi pelatihan kepada Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan sesuai dengan Pedoman Akreditasi Pelatihan/Sistem Informasi Akreditasi Pelatihan (SIKPEL) yang berlaku
- d. Mengampu pelatihan yang telah terakreditasi Kemenkes sesuai dengan kewenangannya, dan sesuai dengan pedoman penyelenggaraan pelatihan serta petunjuk teknis pengampuan yang berlaku.
- e. Melakukan *quality control internal* untuk pelatihan yang diselenggarakan dan *quality control eksternal* untuk pelatihan yang diampu, sesuai dengan pedoman *quality control* yang berlaku
- f. Menyampaikan rencana pelaksanaan pelatihan tahunan kepada Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan
- g. Menyampaikan rekapitulasi pelaksanaan pelatihan kepada Kepala Pusat SDM Kesehatan dalam bentuk *soft file* dikirim melalui aplikasi SIAKSI setiap akhir tahun.

I. PEMBIAYAAN AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA

1. Pembiayaan akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan yang baru mengajukan, yang habis masa berlaku akreditasinya (akreditasi ulang), audit surveilans dan untuk melakukan pembinaan bersumber dari anggaran Puslat SDM Kesehatan.
2. Pembiayaan akreditasi bagi institusi/lembaga yang mengajukan perubahan status akreditasi, sanggahan/keberatan, penilaian pasca pencabutan status, dialokasikan oleh institusi/lembaga yang bersangkutan dengan rincian biaya untuk visitasi, rapat, sertifikasi akreditasi.
3. Pembiayaan fasilitasi dialokasikan oleh institusi/lembaga yang bersangkutan.

DITJEN NAKES

BAB III
PELAKSANAAN AKREDITASI INSTITUSI/LEMBAGA
PENYELENGGARA PELATIHAN BIDANG KESEHATAN

Pelaksanaan akreditasi dibedakan antara pelaksanaan di Pusat Pelatihan SDM Kesehatan dan institusi/lembaga penyelenggara pelatihan.

A. Pusat Pelatihan SDM Kesehatan

1. Persiapan

a. Penyusunan Rencana Akreditasi

- 1) Pusat Pelatihan SDM Kesehatan menyusun rencana pelaksanaan akreditasi terhadap institusi/lembaga penyelenggara pelatihan yang baru mengajukan, yang habis masa berlaku akreditasinya (akreditasi ulang), perubahan status akreditasi, atau yang dicabut status akreditasinya.
- 2) Rencana pelaksanaan akreditasi disusun berdasarkan:
 - a) Data yang dimiliki oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan;
 - b) Pengajuan permohonan akreditasi dari institusi/lembaga penyelenggara pelatihan kepada Pusat Pelatihan SDM Kesehatan
- 3) Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan mengirimkan surat pemberitahuan pelaksanaan akreditasi institusi/lembaga kepada pimpinan institusi/lembaga penyelenggara pelatihan mengenai rencana pelaksanaan akreditasi.
- 4) Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan menerima surat jawaban kesiapan pelaksanaan akreditasi dari institusi/lembaga penyelenggara pelatihan paling lambat 14 (empat belas) hari sejak diterimanya surat pemberitahuan tersebut.

b. Penetapan Tim Asesor, Tim Sekretariat, dan Tim Penilai Akhir

- 1) Tim Asesor dan Tim Penilai Akhir ditetapkan oleh Kepala Badan PPSDMK
- 2) Tim Sekretariat ditetapkan oleh Kepala Pusat Pelatihan SDMK untuk setiap tahun anggaran
- 3) Kepala Pusat Pelatihan SDMK menerbitkan Surat Tugas Tim Asesor dan Tim Sekretariat untuk pelaksanaan visitasi.

2. Pelaksanaan

a. Pemeriksaan dan Penelitian Kelengkapan Dokumen Akreditasi

- 1) Pusat Pelatihan SDMK memberikan waktu selama 2 (dua) minggu kepada institusi/lembaga untuk mengirimkan/mengunggah dokumen Sistem Manajemen Mutu (SMM) melalui Sistem Informasi.
- 2) Tim Sekretariat memeriksa dan meneliti kelengkapan dokumen yang dikirimkan oleh institusi/lembaga
- 3) Apabila ditemukan adanya ketidaklengkapan dan/atau ketidaksesuaian dokumen, Tim Sekretariat membentahukan kepada institusi/lembaga penyelenggara pelatihan untuk melengkapi dokumen dimaksud paling lambat 7 (tujuh) hari sejak diterimanya pembentahan dimaksud.

b. Pengkajian Dokumen Akreditasi

- 1) Apabila dokumen akreditasi dinyatakan telah lengkap, Tim Sekretariat menyampaikan dokumen tersebut kepada Tim Asesor.
- 2) Tim Asesor dan Tim Sekretariat berkoordinasi untuk melakukan pengkajian terhadap dokumen akreditasi

- 3) Pengkajian dokumen akreditasi dilakukan selama 14 (empat belas) hari kalender, yang hasilnya dituangkan dalam bentuk catatan dokumen akreditasi.

c. Visitasi/Audit Mutu Eksternal

- 1) Berdasarkan dokumen akreditasi, dilakukan visitasi ke institusi/lembaga penyelenggara pelatihan secara luring dan/atau daring.
- 2) Visitasi dilakukan oleh Tim Asesor dan 1 (satu) orang Sekretariat.
- 3) Pada saat pelaksanaan visitasi, *lead* asesor menyampaikan maksud dan tujuan serta proses visitasi.
- 4) Hasil visitasi dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh asesor dan pimpinan institusi/lembaga.
- 5) Pusat Pelatihan SDM Kesehatan memberikan waktu untuk memenuhi kelengkapan/kekurangan dokumen melalui Sistem Informasi, berdasarkan rekomendasi yang tertuang dalam Berita Acara visitasi selama 5 (lima) hari kerja.

d. Sidang Penilaian Akhir Akreditasi

- 1) Penilaian akhir akreditasi ditentukan melalui sidang.
- 2) Sidang penilaian akhir akreditasi dipimpin oleh Kepala Pusat Pelatihan SDM dan/atau koordinator substansi pengendalian mutu pelatihan, dan dihadiri oleh tim penilai akhir, asesor yang melakukan visitasi dan kontributor yang memiliki kompetensi dalam akreditasi institusi/lembaga serta sekretariat penanggung jawab penilaian akhir.
- 3) Peserta pada sidang penilaian akhir akreditasi berjumlah ganjil.

- 4) Hasil penilaian akhir dituangkan dalam Berita Acara Penetapan Nilai Akreditasi yang ditandatangani oleh peserta rapat dan diserahkan ke Sekretariat.

e. Penetapan Status Akreditasi

- 1) Status akreditasi ditetapkan berdasarkan Berita Acara Penetapan Nilai Akreditasi.
- 2) Tim Sekretariat membuat surat penyampaian status akreditasi
- 3) Puslat mengadakan pertemuan untuk menyampaikan status akreditasi kepada Institusi/Lembaga yang sudah dinilai
- 4) Institusi/Lembaga dapat mengajukan sanggahan/ keberatan terhadap status akreditasi yang telah disampaikan paling lambat 5 (lima) hari
- 5) Sekretariat membuat draft SK Penetapan dan Sertifikat Status Akreditasi berdasarkan Berita Acara Penetapan Nilai Akreditasi.

f. Penandatanganan Surat Keputusan dan Sertifikat Penetapan Status Akreditasi

- 1) Kepala Badan PPSDM Kesehatan menandatangani Surat Keputusan dan Sertifikat Penetapan Status Akreditasi bagi institusi/lembaga yang sudah terakreditasi
- 2) Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan menandatangani Surat Keterangan bagi institusi/lembaga yang tidak terakreditasi

3. Pelaporan

Pusat Pelatihan SDM Kesehatan membuat laporan pelaksanaan akreditasi institusi/lembaga setiap akhir tahun anggaran.

B. Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan

1. Persiapan

a. Institusi/Lembaga yang pertama kali mengajukan akreditasi/baru mengajukan

- 1) Mempelajari pedoman/ juklak/ juknis/ instrumen akreditasi institusi/Lembaga atau mengikuti workshop/ pelatihan/ konsultasi terkait dengan akreditasi institusi/lembaga.
- 2) Membangun komitmen antara pimpinan dan seluruh jajaran organisasi untuk menerapkan sistem penjaminan mutu dengan pendekatan *Plan, Do, Check, Action* (PDCA).
- 3) Menetapkan SK Tim Penjamin Mutu (TPM) dan Tim Audit Mutu (Tim AMI).
- 4) TPM melaksanakan tugasnya
- 5) Seluruh jajaran organisasi menerapkan sistem penjaminan mutu.
- 6) Tim AMI melaksanakan tugasnya.
- 7) TPM dan Tim AMI melakukan *self assessment*.
- 8) Seluruh jajaran organisasi menindaklanjuti hasil *self assessment*.

b. Institusi/Lembaga yang habis masa berlaku akreditasinya (akreditasi ulang)

- 1) Menerapkan sistem penjaminan mutu secara berkesinambungan.
- 2) Tim Penjamin Mutu memastikan dokumen Sistem Manajemen Mutu (panduan mutu, standar operasional prosedur/SOP, dokumen pendukung/instruksi kerja, rekaman) sudah lengkap sesuai dengan masa berlaku sertifikat akreditasi institusi.
- 3) Seluruh dokumen Sistem Manajemen Mutu (SMM) diterapkan oleh semua unit kerja dalam institusi/lembaga.

- 4) Tim AMI membuat laporan hasil audit mutu internal tiap semester dan diserahkan kepada pimpinan untuk ditindaklanjuti.
- 5) Pimpinan mendisposisikan rekomendasi hasil Audit Mutu Internal untuk ditindaklanjuti oleh unit terkait.
- 6) Tim TPM dan Tim AMI melakukan *self assesment* sebelum dilakukan visitasi.
- 7) Seluruh jajaran organisasi menindaklanjuti hasil *self assessment*.

c. Institusi/Lembaga yang mengajukan perubahan status akreditasi

- 1) Pimpinan institusi/lembaga menugaskan Tim Penjamin Mutu untuk mempelajari hasil visitasi.
- 2) Tim Penjamin Mutu melakukan koordinasi dengan unit terkait untuk menerapkan dan melengkapi seluruh dokumen Sistem Manajemen Mutu yang menjadi temuan saat visitasi.
- 3) Tim AMI melakukan audit mutu internal.
- 4) Tim Penjamin Mutu dan Tim AMI melakukan *self assessment*.
- 5) Tim Penjamin Mutu dan seluruh jajaran lembaga/institusi menindaklanjuti hasil *self assessment*.

d. Institusi/Lembaga yang dicabut status akreditasi

- 1) Membangun komitmen antara pimpinan dan seluruh jajaran organisasi untuk menerapkan sistem penjaminan mutu dengan pendekatan *Plan, Do, Check, Action (PDCA)*.
- 2) Mempelajari hasil audit mutu eksternal
- 3) Menindaklanjuti hasil audit mutu eksternal
- 4) Melakukan *self assessment*

5) Menindaklanjuti hasil *self assessment* dan laporan AMI.

2. Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan akreditasi bagi institusi/lembaga yang pertama kali mengajukan akreditasi, habis masa berlaku akreditasi (akreditasi ulang), mengajukan perubahan status akreditasi maupun pasca pencabutan status akreditasi pada umumnya sama, yaitu:

- a. Seluruh pegawai hadir di dalam pertemuan awal visitasi.
- b. Kepala institusi/lembaga menyampaikan upaya yang telah dilakukan dalam persiapan visitasi dan perubahan *performance* dalam organisasi.
- c. Seluruh jajaran organisasi melakukan diskusi tentang proses visitasi dengan tim asesor.
- d. Seluruh pegawai dan tim penjamin mutu dibagi 3 (tiga) kelompok sesuai dengan tanggung jawab dalam menangani komponen akreditasi institusi/lembaga dan memberikan klarifikasi jika diperlukan.
- e. Pimpinan menugaskan pegawai yang akan diwawancarai dan mendampingi observasi.
- f. Kepala institusi/lembaga menandatangani dan menerima berita acara hasil visitasi.

3. Pasca Visitasi

Institusi/Lembaga mengirimkan perbaikan/kelengkapan dokumen berdasarkan Berita Acara Visitasi dalam waktu 5 (lima) hari kerja.

4. Fasilitasi Akreditasi Institusi/Lembaga

Kegiatan fasilitasi biasanya dilakukan pada saat institusi /lembaga melakukan persiapan akreditasi. Kegiatan ini diinisiasi oleh institusi/lembaga dengan tujuan untuk mendapatkan

bimbingan penerapan Sistem Manajemen Mutu dari Tim Pusat. Berhubung fasilitasi bukan kegiatan yang direncanakan oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan, maka pembiayaan terkait kegiatan ini dibebankan pada institusi/lembaga yang mengajukan permohonan. Kegiatan fasilitasi dihadiri oleh 3 (tiga) orang asesor selama 3 (tiga) hari atau sesuai kebutuhan.

Proses fasilitasi akreditasi institusi/lembaga, adalah sebagai berikut:

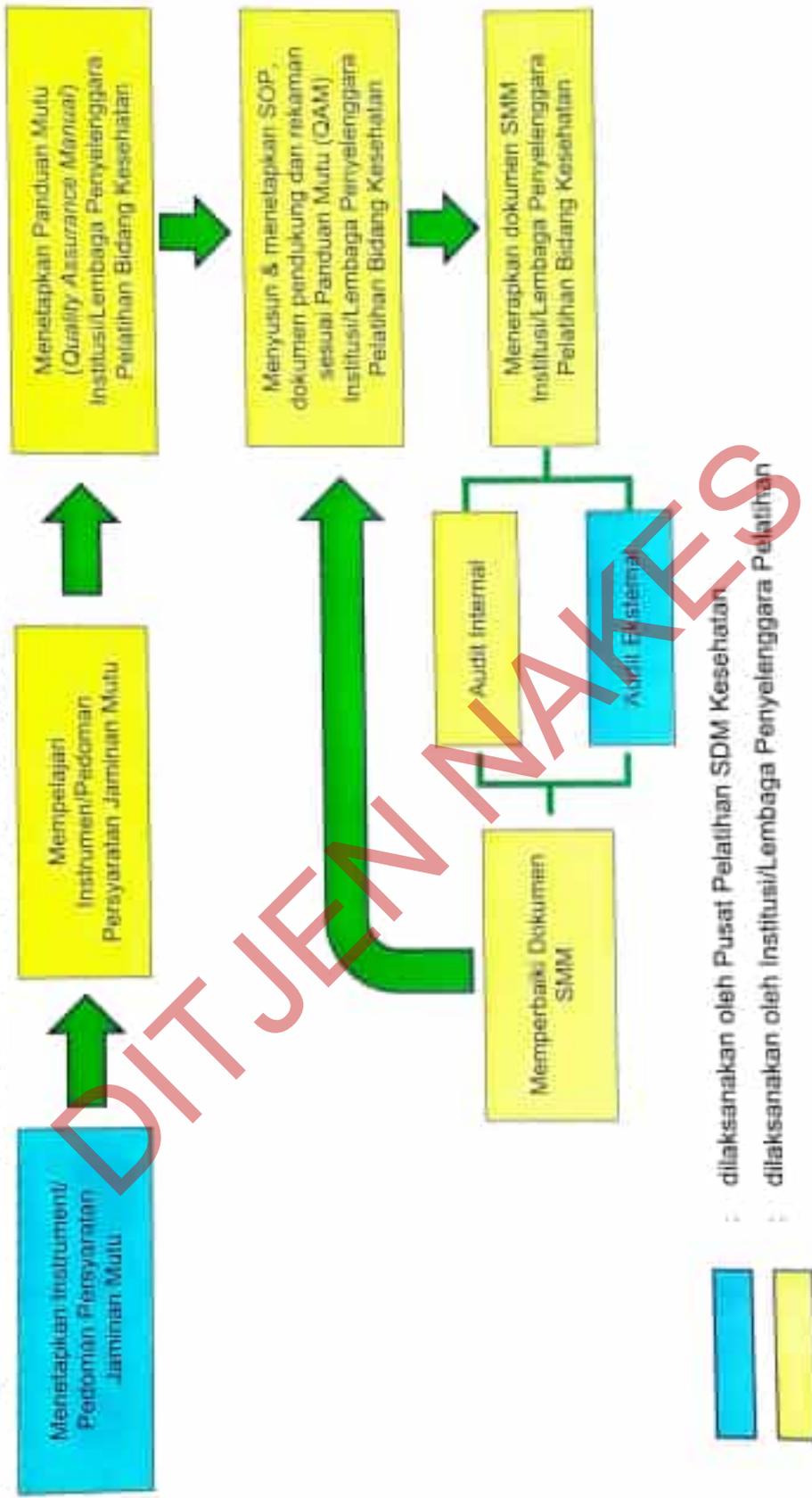
a. Persiapan fasilitasi

- 1) Institusi/Lembaga mengajukan permohonan fasilitasi secara tertulis kepada Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan. Bagi institusi/lembaga yang mengajukan akreditasi pertama kali, perlu melampirkan dokumen bukti pemenuhan sesuai tabel 1. (ketentuan institusi/lembaga yang dapat diakreditasi).
- 2) Sekretariat mendokumentasikan surat permohonan fasilitasi, dan menjawab surat permohonan tersebut sesuai disposisi Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan. Didalam surat diantaranya menginfokan tanggal pelaksanaan fasilitasi berdasarkan kesepakatan antara tim asesor yang ditugaskan untuk memfasilitasi (tim fasilitasi) dengan institusi/lembaga pemohon, dilampirkan jadwal pelaksanaan fasilitasi.
- 3) Sekretariat menyiapkan surat tugas untuk tim asesor/tim fasilitasi yang akan bertugas.
- 4) Institusi /lembaga memonitor jawaban surat permohonan dari Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan, untuk kepastian pelaksanaan fasilitasi.

b. Pelaksanaan Fasilitasi untuk penyusunan dokumen Sistem Manajemen Mutu

- 1) Memastikan instrumen/pedoman persyaratan jaminan mutu institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan sudah dipelajari oleh Tim Penjamin Mutu institusi/lembaga.
- 2) Menyiapkan dokumen Sistem Manajemen Mutu (SMM), yang terdiri dari Kebijakan Mutu, Prosedur (SOP), dokumen pendukung/instruksi kerja, dan rekaman yang sudah disusun.
- 3) Seluruh jajaran organisasi mengikuti paparan tentang pedoman persyaratan jaminan mutu institusi/lembaga, cara menyusun dan melengkapi dokumen SMM serta Teknik melaksanakan Audit Mutu Internal.
- 4) Mengikuti pelaksanaan fasilitasi penyusunan dan melengkapi dokumen SMM.
- 5) Menyajikan hasil fasilitasi dokumen SMM, untuk mendapatkan masukan dari Tim Fasilitasi.
- 6) Tim fasilitasi membuat rekomendasi hasil fasilitasi 2 rangkap. Lembar 1 untuk Institusi/lembaga yang difasilitasi, lembar 2 untuk Tim Fasilitasi.
- 7) Institusi/Lembaga menindaklanjuti rekomendasi hasil fasilitasi.

**SKEMA PEMENUHAN PERSYARATAN PEDOMAN PERSYARATAN JAMINAN MUTU
 INSTITUSI/LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN BIDANG KESEHATAN**



Gambar 1. Skema Penerapan Sistem Manajemen Mutu

Gambar 1 menjelaskan tentang skema penerapan Sistem Manajemen Mutu Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan yang melibatkan Pusat Pelatihan SDM Kesehatan sebagai lembaga pengakreditasi. Tahapan yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

1. Pusat Pelatihan SDM Kesehatan menetapkan Instrumen/Pedoman Persyaratan Jaminan Mutu Institusi/Lembaga Pelatihan Bidang Kesehatan untuk dijadikan acuan bagi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan dalam menerapkan sistem manajemen mutu di lembaganya.
2. Tim Penjamin Mutu, Tim Audit Mutu Internal dan seluruh jajaran organisasi mempelajari "Instrumen/Pedoman Persyaratan Jaminan Mutu Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan" untuk dijadikan acuan dalam penerapan sistem penjaminan mutu di institusi/lembaganya.
3. Pimpinan institusi/lembaga menetapkan Panduan Mutu (*Quality Assurance Manual*).
4. Tim Penjamin Mutu dan seluruh jajaran organisasi menyusun SOP, dokumen pendukung dan rekaman sesuai Panduan Mutu (QAM) Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan. Penyusunan SOP mengacu pada SKNI atau Standar Australia: BSBGOV404 *Communicate with Community Stakeholders*. Apabila SOP belum ada rujukannya, dapat dibuat sesuai proses yang dilakukan di masing-masing institusi/lembaga.
5. Pimpinan institusi/lembaga menetapkan SOP, dokumen pendukung (SK, peraturan-peraturan, instruksi kerja, ketentuan, standar, dll) sesuai Panduan Mutu (QAM) institusi/lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan
6. Seluruh jajaran organisasi menerapkan dokumen SMM Institusi/Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan dan melengkapi dokumen/rekaman pelaksanaan kegiatan.

Rekaman kegiatan yang dipersyaratkan pada setiap sub unsur, contohnya: Bukti Sosialisasi Kelembagaan melalui Media Sosial, Hasil Survey Kepemimpinan

7. Tim audit mutu internal melakukan audit terhadap dokumen SMM dan penerapannya
8. Seluruh jajaran organisasi menindaklanjuti/memperbaiki rekomendasi hasil audit mutu internal berdasarkan disposisi dari pimpinan.
9. Asesor melakukan audit eksternal berdasarkan permohonan kesiapan akreditasi dari institusi/lembaga setelah dipastikan hasil audit mutu internal sudah ditindaklanjuti.

D. PASCA PENETAPAN STATUS AKREDITASI

Untuk menjaga kesinambungan penerapan akreditasi pasca penetapan status akreditasi, dilakukan:

1. Audit Surveilans

Audit surveilans dilakukan untuk mengukur kesinambungan penerapan sistem manajemen mutu institusi/lembaga pasca terakreditasi. Audit surveilans diatur pada Pedoman Audit Surveilans yang diterbitkan oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan.

2. Pembinaan

Apabila sistem manajemen mutu di institusi/Lembaga penyelenggara pelatihan yang sudah terakreditasi tidak berjalan sesuai dengan yang seharusnya, maka dilakukan pembinaan dalam bentuk pendampingan atau bimbingan teknis. Apabila setelah pendampingan masih belum ada perubahan, Pusat Pelatihan SDM Kesehatan menerbitkan surat peringatan.

E. SANKSI

Sanksi diterapkan terhadap institusi/lembaga terakreditasi yang ditemukan pelanggaran/penyimpangan berdasarkan hasil audit surveilans atau berdasarkan laporan dari pihak terkait. Pelanggaran/penyimpangan dimaksud adalah:

1. Melaksanakan pelatihan bidang kesehatan yang tidak terakreditasi.
2. Melaksanakan pelatihan tidak sesuai dengan hasil akreditasi pelatihan.
3. Tidak mengirimkan laporan audit mutu internal.
4. Penerapan dokumen SMM kurang dari 75%.

Sanksi yang diterbitkan oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan berupa:

- 1) Surat Peringatan (SP) 1, apabila ditemukan minimal 1 (satu) pelanggaran/ penyimpangan.
- 2) Surat Peringatan (SP) 2, apabila:
 - Surat Peringatan (SP) 1 terkait pelanggaran/penyimpangan no 1) dan/atau 2) tidak ditindaklanjuti pada pelatihan berikutnya.
 - Surat Peringatan (SP) 1 terkait pelanggaran/penyimpangan no 3), dan/atau 4) tidak ditindaklanjuti dalam jangka waktu paling lama 3 (tiga) bulan terhitung sejak diterimanya teguran pertama.
- 3) ~~Pencabutan~~ status akreditasi
Apabila dalam jangka waktu paling lama 3 (tiga) bulan terhitung sejak diterimanya Surat Peringatan (SP) 2, institusi/lembaga tidak memberikan tanggapan tertulis atas teguran kedua dan tidak melakukan perbaikan atas pelanggaran atau penyimpangan tersebut, maka status akreditasi institusi/ lembaga penyelenggara pelatihan dicabut.

BAB IV PENUTUP

Akreditasi institusi/lembaga penyelenggara pelatihan merupakan upaya penjaminan mutu yang diterapkan oleh institusi/lembaga penyelenggara pelatihan bidang kesehatan melalui sistem manajemen mutu agar pelatihan yang diselenggarakan sesuai dengan kaidah-kaidah yang telah ditentukan. Pedoman Akreditasi Institusi/lembaga Penyelenggara Pelatihan ini dapat memberikan gambaran kepada semua pihak terkait dalam penyelenggaraan akreditasi institusi/lembaga. Dengan demikian, institusi/lembaga dapat mengatur strategi agar penjaminan mutu di institusi/lembaga dapat berjalan secara berkinambungan.

DITJEN NAKES

Lampiran 1

PROFIL INSTITUSI/LEMBAGA PENYELENGGARA PELATIHAN

Nama Institusi :
Nomor akta pendirian :
Kode institusi :
Email institusi :
Website institusi :

Tugas pokok organisasi :
Status : Pemerintah/ pemerintah daerah/ swasta
Lokasi :
Status bangunan : Milik institusi/ sewa
Jika status sewa, berapa tahun : tahun (tahun sd tahun)
Luas tanah :
Luas bangunan :
Jumlah seluruh pelatihan 3 tahun terakhir:
Tahun = pelatihan
Tahun = pelatihan
Tahun = pelatihan

A. SUMBER DAYA MANUSIA :

1. Jumlah seluruh SDM :
2. Jumlah struktural/ setara :
3. Jumlah PNS/ pegawai tetap :

a. Jenis kelamin:

• Laki-laki:

• Perempuan:

b. Pendidikan

• S3 :

• D1 :

• S2 :

• SMA :

• S1 :

• SMP :

• D4/D3 :

• SD :

c. Jumlah Widyaiswara/ pelatih tetap:

• Jenis kelamin:

Laki-laki:

Perempuan:

- Pendidikan.
- S3 :
- S2 :
- S1 :

4. Jumlah pegawai tidak tetap/ honorer

a. Jenis kelamin:

- Laki-laki:

- Perempuan:

b. Pendidikan

- S3 :
- S2 :
- S1 :
- D4/D3 :

- D1 :
- SMA :
- SMP :
- SD :

B. SARANA:

1. Kantor:

- Jumlah ruangan kantor :
- Tuliskan ruangnya :

2. Aula:

- Jumlah aula :
- Kapasitas masing-masing aula:

3. Kelas

- Jumlah kelas :
- Kapasitas masing-masing kelas:

4. Ruang diskusi

- Jumlah ruang diskusi :
- Kapasitas masing-masing ruang diskusi:

5. Laboratorium kelas

- Jumlah laboratorium kelas :
- Tuliskan jenis laboratorium kelasnya :
- Kapasitas masing-masing laboratorium :

6. Perpustakaan

- Luas perpustakaan (sebutkan masing-masing):
- Jumlah buku sesuai kelompok keilmuan (sebutkan masing-masing)

7. Asrama

- Jumlah kamar VIP :
- Jumlah kamar kapasitas 2 orang :
- Jumlah kamar kapasitas \geq 4 orang :

8. Ruang Makan
- Jumlah ruang makan :
 - Kapasitas ruang makan (sebutkan kapasitas untuk masing-masing ruang makan) :
9. Sarana olah raga
- Jumlah sarana olah raga :
 - Tuliskan jenisnya :
10. Tempat ibadah
- Jumlah tempat ibadah :
 - Kapasitas tempat ibadah (sebutkan) :

.....
Kepala Institusi

(.....)

DITJEN NAKES

Lampiran 2. Rekomendasi Fasilitas

KERTAS KOP

Rekomendasi Hasil Fasilitas Institusi/Lembaga

Tahun:

Komponen/ Unsur/ Sub Unsur	Dokumen Akreditasi Institusi	Catatan	Rekomendasi
Komponen: Administrasi dan Manajemen			
Unsur:			
Sub unsur			
Komponen: Pelayanan Pelatihan			
Unsur:			
Sub unsur			
Komponen: Pelayanan Penunjang Pelatihan			
Unsur:			

Kepala Institusi

.....

NIP

Tim Fasilitas

1. (... paraf...)
2. (... paraf...)
3. (... paraf...)

Catatan:

Dibuat 2 rangkap, 1 untuk Institusi/Lembaga yang di fasilitas, 1 untuk tim sekretariat pusat.

Lampiran 3
Format Berita Acara Visitasi

KERTAS KOP

BERITA ACARA
VISITASI TIM ASESOR AKREDITASI INSTITUSI

Pada hari ini tanggal bertempat di, telah dilakukan visitasi dalam rangka akreditasi institusi , oleh:

1. Nama :
Jabatan : Ketua tim asesor
2. Nama :
Jabatan : Anggota tim asesor
3. Nama :
Jabatan : Anggota tim asesor

Berdasarkan hasil pemeriksaan dan verifikasi terhadap bahan/dokumen, Tim Asesor memberikan kesimpulan sebagai berikut:

1.
2.
3. ... dst

Secara lebih rinci tertulis pada rekomendasi hasil visitasi (terlampir).

Tindaklanjut dari rekomendasi dikirimkan kepada tim asesor selambat-lambatnya 5 (lima) hari kerja setelah visitasi, apabila sampai dengan batas waktu tersebut bukti fisik tindak lanjut belum diterima, maka dokumen yang dinilai adalah dokumen saat visitasi.

Demikian berita acara ini dibuat untuk dapat diketahui bersama.

Kepala Institusi

.....

NIP.....

Tim Asesor

1. Ketua Tim (... paraf...)
2. Anggota tim (... paraf...)
3. Anggota tim (... paraf...)

**Rekomendasi hasil visitasi
(untuk diserahkan kepada institusi yang di visitasi)**

Dalam rangka pemberian kewenangan dalam menyelenggarakan pelatihan, perlu dilakukan perbaikan sebagai berikut:

Tahun:

Komponen/ Unsur/ Sub Unsur			Catatan	Rekomendasi
I	1	1		
		2		
		3		
2	1	1		
		2		
		3		
dst				
II	1	1		
		2		
		3		
dst				
III	1	1		
		2		
		dst		

Semua bukti fisik tindak lanjut rekomendasi dikirimkan ke tim asesor paling lambat hari..... tanggal.....

Kepala Institusi

.....

.....

NIP

Tim Asesor

1. (... paraf...)

2. (... paraf...)

3. (... paraf...)

Lampiran 4

Format Berita Acara Penetapan Nilai Akreditasi

KERTAS KOP

**BERITA ACARA
PENETAPAN NILAI AKREDITASI INSTITUSI**

Pada hari ini tanggal bertempat di Jakarta telah dilakukan sidang dalam rangka penetapan nilai akreditasi Institusi:

... (nama institusi pelatihan), oleh Tim Penilai yang terdiri dari:

1.	.....	(Ketua)
2.	.....	(Anggota)
3.	.....	(Anggota)
4.	.....	(Anggota)
5.	.....	(Anggota)
6.	... dst	

Tim penilai telah mempelajari, mengkonfirmasi dan menganalisis hasil visitasi dan rekomendasi asesor dan memberikan keputusan akreditasi institusi kepada (nama institusi)..... sebagai berikut:

1. Nilai akhir akreditasi :
2. Kategori akreditasi :

Demikian berita acara ini dibuat untuk dapat diketahui bersama.

Tim penilai:

no	Nama	Tanda tangan	no	Nama	Tanda tangan
1.	5.	.....	.....
2.	6.	... dst	.....
3.	7.	... dst	.....
4.	8.	... dst	.....

Rekomendasi
Hasil Penetapan Nilai Akreditasi Institusi

Dalam rangka pemberian kewenangan dalam menyelenggarakan pelatihan, perlu dilakukan perbaikan sebagai berikut:

Tahun:

Komponen/ Unsur/ Sub Unsur			Catatan	Rekomendasi
I	1	1		
		2		
		3		
2	2	1		
		2		
		3		
dst				
II	1	1		
		2		
		3		
dst				
III	1	1		
		2		
		dst		

Tim penilai:

no	Nama	Tanda tangan	no	Nama	Tanda tangan
1.	5.	.....	.....
2.	6.	... dst	.....
3.	7.	... dst	.....
4.	8.	... dst	.....

Tim Penyusun Pedoman Akreditasi Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan

Pengarah

Dra. Oos Fatimah Rosyati, M. Kes
Kepala Pusat Pelatihan SDM Kesehatan

Penanggung Jawab

Drs. M. Royan, M. Kes
Koordinator Bidang Pengendalian Mutu Pelatihan

Ketua

Vermona Marbun, SMIP, S.Kp, MKM
Sub Koordinator Akreditasi Institusi

Sekretaris

Nur Afifah Kurniati, S.Sos, MKM

Tim Penyusun

Drs. M. Royan, M. Kes
Vermona Marbun, SMIP, S.Kp, MKM
Dewi Sukorini, SKM, M.Pd
Rusmiati, S.Kom, MM
Nur Afifah Kurniati, S.Sos, MKM
Katarina Widiaswati, ST
Dian Rahayu Pamungkas, SKM, MKM
Ariestya Anggraeni, SKM, MKM
Lillek Dias Kuswandari, SKM, M.Pd
Yun Inayani Satari, SE, MM
Esti Rachmawati, SKM, MKM
Purwanto, SKM, DAP&E, M.Kes
Laurence Ronald Kowel

Narasumber

DR. Ir. Suroho, M.Phil
Dedeh Sya'adah, SKM, MKM

Tim Administrasi

Yulhaidir
Yosias T
Wahyu Widiono