

Analisis Implementasi Tata Kelola Mutu dalam Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas Kota Depok Provinsi Jawa Barat Tahun 2022-2023

Nur Afiyah¹, Dumilah Ayuningtyas²

¹ Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia

² Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Indonesia

* Email untuk Korespondensi: nurafiyah79@gmail.com, dumilah@gmail.com

ABSTRAK

Tata Kelola Mutu Puskesmas merupakan pengelolaan terhadap tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal. Penerapan tata kelola mutu melalui tiga komponen yaitu struktur/*input*, proses dan *output*. *Input* terdiri dari sumber daya manusia, sarana dan prasarana, ketersediaan anggaran, komitmen pimpinan dan staf, serta pengorganisasian. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi tata kelola mutu dalam pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas Kota Depok, Provinsi Jawa Barat, selama periode tahun 2022-2023. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan design studi kasus. Hasil penelitian pada faktor *input* sudah berjalan namun beberapa faktor tidak sesuai standar. Pada faktor proses USEPDSA belum berjalan yaitu pada proses *Do*/pelaksanaan pengukuran INM belum sesuai, pada *Study*/ evaluasi pembelajaran belum dilakukan monitoring evaluasi secara berkala dan kaji banding, Pada proses *Act*/ standarisasi belum dilakukan. Pada faktor *Output*, capaian prioritas INM tahun 2022 dan 2023 tidak terjadi peningkatan. Kesimpulan tata kelola mutu dalam pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) belum diimplementasikan secara optimal. Pemenuhan faktor input dan optimalisasi proses perlu diupayakan dengan dukungan dari Dinas Kesehatan.

Kata kunci:

Puskesmas, Akreditasi, Tata Kelola Mutu, *Input*, Proses USEPDSA, *Output* INM

Keywords:

Puskesmas, accreditation, quality governance, *input*, USEPDSA process, *output*, INM

Puskesmas Quality Governance is the management of the level of health services for individuals and communities that can improve optimal health outcomes. The application of quality governance through three components, namely structure/input, process and output. Inputs consist of human resources, facilities and infrastructure, budget availability, leadership and staff commitment, and organization. This study aims to analyze the implementation of quality governance in the achievement of the National Quality Indicator (INM) at the Depok City Health Center, West Java Province, during the 2022-2023 period. This study uses a qualitative approach with a case study design. The results of the research on input factors have been running but some factors are not up to standard. In the USEPDSA process factor, it has not been running, namely in the Do/implementation of INM measurement has not been appropriate, in Study/learning evaluation, periodic evaluation monitoring and comparative studies have not been carried out, in the Act/standardization process has not been carried out. In the Output factor, the achievement of INM priorities in 2022 and 2023 did not increase. The conclusion of quality governance in the achievement of the National Quality Indicator (INM) has not been implemented optimally. The fulfillment of input factors and process optimization need to be pursued with support from the Health Office.

Ini adalah artikel akses terbuka di bawah lisensi [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).
This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

PENDAHULUAN

Peningkatan kapasitas dan kemampuan layanan puskesmas merupakan salah satu tujuan dari enam pilar transformasi kesehatan dalam rencana strategis (renstra) Kementerian Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 13 tahun 2022 Tentang Perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 Tahun 2020 Tentang rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Salah satu Indikator kinerja program dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 adalah seluruh FKTP puskesmas terakreditasi, Persentase fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pengukuran mutu pelayanan kesehatan sebesar 70%. Meskipun demikian dalam pelaksanaannya terdapat tantangan dalam peningkatan mutu pelayanan Kesehatan. Untuk menjawab tantangan tersebut perlu penguatan tata kelola mutu di puskesmas sebagai salah satu strategi untuk meningkatkan mutu layanan (Jenderal, 2023).

Tata kelola didefinisikan sebagai sistem yang digunakan untuk mengarahkan dan mengendalikan dalam mencapai tujuan yang ditetapkan. Tata kelola mutu puskesmas merupakan pengelolaan terhadap tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien (Handayani, 2021). Implementasi tata kelola mutu puskesmas dapat diukur melalui tiga komponen yang dikenal dengan segitiga mutu Donabedian, yaitu struktur, proses dan output/outcome. Struktur sebagai masukan atau input terhadap system layanan Kesehatan yang meliputi sumber daya manusia ataupun sumber daya fisik. Proses meliputi semua prosedur dan aktivitas yang dibutuhkan untuk memberikan layanan Kesehatan. Output/Outcome meliputi hasil dari proses layanan (Rangki et al., 2023).

Sebagai proses penyelenggaraan tata kelola mutu Puskesmas, dapat menggunakan metode USE PDSA (Understanding Quality Improvement Needs, State the quality Problem, Evaluate the root cause, plan the solution, Do or Implement the solution, Study the solution and Action) yang diperkenalkan oleh Edward Deming yang dikenal dengan siklus deming. Siklus PDSA menekankan pada pelaksanaan perubahan dan kepatuhan terhadap standar. Gaspersz menyatakan bahwa USE PDSA ini merupakan salah satu model atau metode yang dapat digunakan untuk peningkatan mutu secara berkesinambungan dalam menyelesaikan masalah mutu di Puskesmas (Majidah, 2021).

Salah satu output dari keberhasilan terhadap implementasi tata kelola mutu Puskesmas adalah capaian indikator mutu puskesmas, salah satunya adalah Indikator Nasional Mutu (INM) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai representasi dari mutu pelayanan yang diselenggarakan oleh puskesmas. Berdasarkan Keputusan direktur Jendral Pelayanan Kesehatan no. HK.02.02/I/3991/2022 tentang petunjuk teknis survey akreditasi, dikatakan bahwa, persyaratan dilakukannya akreditasi salah satunya adalah pelaporan INM. Untuk menjamin bahwa implementasi tata kelola mutu di Puskesmas berjalan dengan baik, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi.

Sampai dengan tahun 2022, terdapat 9.153 Puskesmas yang telah terakreditasi atau sekitar 90,32% dari 10.321 Puskesmas. Tingkat kelulusan akreditasi masih didominasi oleh status kelulusan madya dan dasar. Adapun distribusi tingkat kelulusan akreditasi Puskesmas adalah sebanyak 5.068 (55,37%) Puskesmas terakreditasi dengan status kelulusan madya, sebanyak 2.177 (23,78%) Puskesmas terakreditasi dengan status kelulusan dasar, 1.669 (18,23%) Puskesmas terakreditasi status kelulusan utama, dan 239 (2,61%) Puskesmas terakreditasi dengan status kelulusan paripurna. Di Provinsi Jawa barat terdapat 1028 puskesmas terakreditasi dari 1072 Puskesmas (95,8%). 179 terakreditasi dasar, 617 terakreditasi madya, 205 terakreditasi utama dan 27 puskesmas terakreditasi paripurna. Di Kota Depok terdapat 38 Puskesmas, sampai dengan tahun 2022 terdapat 29 puskesmas terakreditasi dan 9 puskesmas belum terakreditasi, dengan status akreditasi 6 dasar, 17 Madya, 5 Utama dan 1 paripurna.

Dari data-data diatas, dapat disimpulkan bahwa pencapaian status akreditasi puskesmas di Kota Depok dan pencapaian INM masih dibawah target, hal tersebut tentunya dipengaruhi oleh implementasi tata kelola mutu di Puskesmas, untuk itu perlu dianalisis lebih lanjut bagaimana implementasi tata kelola mutu puskesmas dalam pencapaian INM sebagai salah satu upaya dalam meningkatkan status akreditasi di Puskesmas Kota Depok dengan menggunakan pendekatan system Struktur/*input*, proses dengan menggunakan metode USE PDSA dan *output* dengan melihat hasil peningkatan capaian INM yang menjadi prioritas masalah puskesmas pada tahun 2022 hingga Bulan Maret 2023.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi tata kelola mutu dalam pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas Kota Depok, Provinsi Jawa Barat, selama periode tahun 2022-2023. Melalui penelitian ini, diharapkan dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas tata kelola mutu serta mengevaluasi sejauh mana puskesmas di Kota Depok telah memenuhi standar yang ditetapkan dalam INM. Selain itu, penelitian ini bertujuan untuk memberikan rekomendasi terkait perbaikan

strategi dan praktik tata kelola mutu di Puskesmas guna meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar nasional. Manfaat dari penelitian ini adalah memberikan wawasan yang lebih mendalam mengenai efektivitas implementasi tata kelola mutu di Puskesmas Kota Depok dalam mencapai Indikator Nasional Mutu. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pihak manajemen Puskesmas dan pembuat kebijakan di tingkat daerah untuk menyusun kebijakan yang lebih baik dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Selain itu, penelitian ini dapat memberikan kontribusi pada literatur ilmiah terkait tata kelola mutu di sektor kesehatan, khususnya pada konteks Puskesmas di Indonesia, dan menjadi referensi bagi penelitian serupa di masa mendatang.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif desain studi kasus. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti obyek alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi. Metode kualitatif digunakan untuk mendapatkan data yang mendalam, suatu data yang mengandung makna. Makna adalah data yang sebenarnya, data yang pasti yang merupakan suatu nilai di balik data yang tampak. Oleh karena itu, dalam penelitian kualitatif tidak menekankan pada generalisasi, tetapi lebih menekankan pada makna. Generalisasi dalam penelitian kualitatif dinamakan *transferability*, artinya hasil penelitian tersebut dapat digunakan di tempat lain, manakala tempat tersebut memiliki karakteristik yang tidak jauh berbeda (Pradono et al., 2018).

Pengambilan sampel dilakukan secara purposive yaitu sampel dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan dengan lokasi penelitian di 6 Puskesmas terpilih yang ada di Kota Depok, dibedakan menjadi 2 kriteria yaitu 3 puskesmas terakreditasi Puskesmas A, B dan C, dan 3 puskesmas yang belum terakreditasi Puskesmas D, E dan F. Metode kualitatif menggunakan wawancara mendalam dengan tiga jenis informan yaitu informan kunci pada Dinas Kesehatan Kota Depok dan Kementerian Kesehatan, informan utama yaitu kepala puskesmas dan penanggung jawab mutu serta informan pendukung yaitu pasien di puskesmas. Sebagai triangulasi data dengan telaah dokumen dan observasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Implementasi faktor Input

Puskesmas yang telah terakreditasi yaitu puskesmas A, B dan C memiliki jumlah tenaga yang cukup sesuai dengan jumlah tenaga minimal berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019. Namun untuk Puskesmas yang belum terakreditasi yaitu Puskesmas D, E, F jumlah tenaga nya masih belum mencukupi, dan beberapa penanggung jawab mutu INM memegang tugas rangkap. SDM secara kualitas, 2 puskesmas belum terlatih yaitu Puskesmas B dan D belum terlatih Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, sedangkan Puskesmas F belum terlatih pengobatan dan pelaporan Tuberkulosa.

Sarana dan prasarana pada tiga puskesmas yang belum terakreditasi (D,E,F) tidak mencukupi terutama ketersediaan wastafel, Ruang TB dan Ruang kesehatan Ibu Anak (KIA) untuk memberikan pelayanan sesuai standar belum memadai. Selaian sarana dan prasarana Dalam implementasi tata kelola mutu, anggaran berkaitan dengan kecukupan modal atau investasi atas suatu program atau kebijakan untuk menjamin terlaksananya kegiatan, sebabtanpa dukungan anggaran yang memadai, implementasi tidak akan berjalan dengan efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran. Dari hasil wawancara mendalam dengan kepala puskesmas, didapati bahwa tiga puskesmas terakreditasi memiliki anggaran yang mencukupi untuk memenuhi capaian INM, namun tiga puskesmas yang belum terakreditasi mengeluhkan anggaran untuk pemenuhan sarana dan prasarana dalam pencapaian indikator INM masih kurang.

Faktor input lain yang juga berperan penting dalam implementasi tata kelola mutu adalah komitmen pimpinan dan staf. Komitmen kepala puskesmas dinilai sudah baik oleh seluruh penanggung jawab mutu puskesmas, karena kepala puskesmas selalu mensupport dan sudah membuat kebijakan, regulasi tentang program kerja peningkatan mutu, target indikator mutu, dan selalu melakukan upaya monitoring, meskipun di tahun 2022 program peningkatan mutu belum optimal. Untuk penanggung jawab mutu dan staf komitmen melakukan upaya peningkatan mutu pencapaian INM masih kurang, karena keterbatasan dan banyaknya program, kegiatan tidak berjalan tepat waktu dan harus selalu diingatkan.

Dalam pengorganisasian mutu, kepala puskesmas harus menetapkan struktur mutu puskesmas sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas. Berdasarkan wawancara

mendalam dan telaah dokumen, seluruh Puskesmas sudah memiliki SK tentang struktur mutu puskesmas sesuai dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok, yaitu terdiri dari Penanggung jawab mutu administrasi manajemen, penanggung jawab mutu upaya Kesehatan masyarakat, penanggung jawab mutu upaya Kesehatan perseorangan, penanggung jawab mutu PPI, penanggung jawab mutu Keselamatan pasien dan manajemen resiko, penanggung jawab mutu audit internal, serta penanggung jawab mutu K3. Namun dalam pelaksanaan uraian tugasnya, masih perlu untuk selalu diingatkan dan dimonitor. Monitoring terhadap kepatuhan pelaksanaan uraian tugas belum terdokumentasikan. Surat keputusan tentang observer atau PJ INM seluruh puskesmas belum ada. Standar operasional prosedur sudah ada. Kendala dalam pengorganisasian adalah mutasi pegawai.

Implementasi Faktor Proses USE PDSA

Pada proses *Understanding Quality Improvement Needs* (identifikasi masalah dan menentukan prioritas masalah), seluruh puskesmas sudah melakukan sesuai pedoman, sedangkan pada proses *State the quality Problems* (merumuskan masalah) puskesmas A,B dan E sudah melakukan sesuai pedoman yaitu membuat rumusan masalah dengan menggunakan prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant to Goals, Time-bound or timely*). Pada proses *Evaluate the root causes* (evaluasi akar penyebab masalah) enam puskesmas sudah melaksanakan sesuai dengan pedoman. Pada proses perencanaan puskesmas A, C dan E tidak membuat rencana program peningkatan mutu dalam upaya pemecahan prioritas masalah pada indikator INM, perencanaan yang disusun hanya pengukuran INM yang sifatnya rutin saja. Pada proses pelaksanaan pengukuran INM, hanya dua puskesmas yang melakukan pengukuran sesuai dengan definisi operasional pada profil indikator INM yang terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang INM, yaitu puskesmas B dan C, sedangkan puskesmas lain tidak sesuai. Pada proses study, enam puskesmas sudah melakukan monitoring evaluasi namun hanya sebatas menilai kesenjangan antara capaian dan hasil, belum melakukan analisis secara mendalam dan menentukan rencana tindak lanjut. Pada proses *action* atau standarisasi, enam puskesmas tidak melakukan.

Implementasi pada faktor Output

1. Indikator Kepatuhan kebersihan tangan
Capaian kepatuhan kebersihan tangan tahun 2022 ketiga puskesmas yang sudah terakreditasi belum mencapai target, Puskesmas A dan B belum mencapai target pada bulan Maret sebesar 62,28%, April sebesar 49,78 % dan Mei sebesar 75,81 %. Puskesmas C belum mencapai target pada bulan Juni yaitu sebesar 80 %. Sedangkan capaian kepatuhan kebersihan tangan puskesmas yang belum terakreditasi, satu puskesmas belum mencapai target yaitu puskesmas E pada bulan Februari sebesar 66,67% dan bulan Juni sebesar 66,67 %
2. Indikator Kepatuhan penggunaan APD
Capaian Indikator kepatuhan penggunaan APD, dari bulan Januari sampai Desember tahun 2022, untuk tiga puskesmas yang sudah terakreditasi puskesmas B sudah mencapai target, Puskesmas A pada bulan Januari belum mencapai target yaitu sebesar 98,57%, Puskesmas C tujuh bulan belum mencapai target, yang paling rendah di bulan Februari yaitu sebesar 77,78%. Puskesmas yang belum terakreditasi satu puskesmas tidak lengkap mengirimkan laporan yaitu Puskesmas E yaitu di bulan Februari, Puskesmas D sudah mencapai target, Puskesmas F terdapat lima bulan yang belum mencapai target.
3. Indikator kepatuhan identifikasi pasien
Capaian Indikator Kepatuhan Identifikasi pasien untuk puskesmas terakreditasi, Puskesmas A sudah mencapai target, Puskesmas B sudah mencapai target dua bulan yaitu di bulan Juli dan Agustus, Puskesmas C sudah mencapai target, namun bulan Agustus tidak melaporkan. Untuk Puskesmas yang belum terakreditasi seluruhnya sudah mencapai target namun Puskesmas E tidak melaporkan pada bulan Januari.
4. Indikator keberhasilan pengobatan Tuberkulosa sensitive Obat
Dari data pelaporan indikator keberhasilan TB sensitive obat, satu puskesmas melaporkan secara lengkap dan capaian tertinggi yaitu Puskesmas A. Puskesmas B melaporkan keberhasilan TB sensitive obat pada bulan November sebesar 28,57% masih dibawah target. Puskesmas C masih dibawah target kecuali di bulan Agustus 100%, Puskesmas D enam bulan tidak melaporkan, namun di bulan lain capaiannya sudah mencapai target yaitu 100%, Puskesmas E tidak melaporkan di bulan Februari dan capaian enam bulan tidak mencapai target. Puskesmas F tidak melaporkan dalam tiga bulan dan capaian yang belum mencapai target di bulan April dan Juni.
5. Indikator Pelayanan ANC Sesuai standar

Capaian indikator pelayanan ANC sesuai standar dari tiga puskesmas terakreditasi yang melaporkan secara lengkap yaitu puskesmas A dan selalu mencapai target 100%. Puskesmas B tidak melaporkan dibulan Mei, tiga bulan mencapai target 100%, dengan capaian paling rendah di bulan Juni yaitu 44,64%. Puskesmas C capaian seluruhnya tidak mencapai target dengan capaian paling rendah di bulan April sebesar 12,5%. Tiga Puskesmas yang belum terakreditasi melaporkan secara lengkap dan mencapai target 100%

6. Indikator kepuasan pasien

Capaian indikator kepuasan pasien, seluruh puskesmas sudah mencapai target 76,71%, yang terendah adalah Puskesmas D yaitu 79,76. Jika dilihat dari nilai masing-masing unsur puskesmas yang belum terakreditasi mendapat nilai rendah pada penyediaan sarana dan prasarana

Pembahasan

Donabedian mendefinisikan Struktur/Input sebagai sumber daya profesional dan organisasional yang terkait dengan penyediaan pelayanan Kesehatan. Struktur meliputi sarana fisik, sumber daya manusia, organisasi, sarana-prasarana, dan sumber daya lainnya yang ada di fasilitas kesehatan (Ameh et al., 2017).

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu hal penting dalam suatu organisasi. Potensi kinerja suatu organisasi tergantung pada sejumlah besar sumber daya yang disumbangkan oleh para anggotanya. Hal ini tentu akan berorientasi pada pencapaian tujuan dari organisasi yang mana para anggota menyumbangkan pengetahuan, kemampuan, keterampilan, serta kepribadian selama melaksanakan tugas mereka. Kepribadian anggota juga mempengaruhi kinerja organisasi karena berperan dalam interaksinya dengan anggota yang lain (Sriatmi, n.d.).

Aspek SDM sangat penting dalam implementasi tata kelola mutu dalam pencapaian INM Puskesmas karena tidak akan berhasil tanpa adanya dukungan dari sumber daya manusia yang cukup kualitas dan kuantitasnya. Dalam hal pencapaian INM, diperlukan Tim mutu PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) yang melakukan pengukuran terhadap indikator kepatuhan kebersihan tangan dan kepatuhan penggunaan APD. Petugas tersebut harus memiliki kompetensi PPI dasar dan harus tenaga Kesehatan. Pada pengukuran kepatuhan identifikasi pasien diperlukan tim mutu keselamatan pasien, sedangkan pengukuran TB sensitive obat dan pelayanan ANC sesuai standar harus memiliki kompetensi sebagai tenaga Kesehatan perawat dan bidan. Hal ini sejalan dengan penelitian Liliana, 2023 pada Puskesmas Wairoro, bahwa kompetensi SDM merupakan hambatan yang dimiliki puskesmas wairoro dalam upaya peningkatan mutu sehingga capaian indikator tidak mencapai target (Lokan et al., 2023).

Kelengkapan sarana dan prasarana pada fasilitas kesehatan masyarakat merupakan hal sangat mendasar untuk melayani masyarakat. Puskesmas yang merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama setidaknya harus memenuhi fasilitas dasar untuk mendukung pelayanan kesehatan pada masyarakat. Namun dalam beberapa kasus masih ada puskesmas yang tidak memiliki sarana dan prasarana yang memadai. Seperti yang disampaikan oleh Susilawati (2017), dalam penelitiannya tentang gambaran implementasi akreditasi puskesmas di Kabupatten/Kota Provinsi Sumatera utara, didapati bahwa kelengkapan sarana dan prasarana sebagai dasar untuk melakukan pelayanan yang terstandar belum sepenuhnya tersedia. Penilaian akreditasi akan mendasarkan ada sarana yang tersedia dalam melakukan pelayanan (Susilawati Susilawati, 2017).

Hasil pada survey kepuasan pasien juga menunjukkan tiga puskesmas yang belum terkreditasi mendapat point terendah pada ketersediaan sarana dan prasarana atau unsur ke sembilan kepuasan pasien berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Nomor 14 tahun 2017. Berdasarkan wawancara pasien, ketiga pasien mengeluh kurangnya sarana dan prasarana sehingga membuat tidak nyaman saat ke Puskesmas. Ketersediaan sarana dan prasarana tentunya sangat berpengaruh kepada indikator mutu kepuasan pasien.

Perihal anggaran juga merupakan faktor yang sentral dalam sebuah organisasi kesehatan seperti puskesmas guna menjamin mutu pelayanan kesehatan. Anggaran operasional puskesmas terdiri dari tiga sumber yaitu Anggaran Pendapatan Belanja daerah kota Depok, anggaran Badan Layanan Umum daerah (BLUD) dan anggaran alokasi khusus bantuan operasional kesehatan. Besaran anggaran masing-masing puskesmas berbeda-beda.

Anggaran APBD Kota Depok untuk pembiayaan kesehatan mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Anggaran tersebut diperuntukan salah satunya pembiayaan operasional puskesmas, seperti gaji pegawai non PNS, biaya operasional rutin air, listrik dll. Selain anggaran bersumber dari APBD, seluruh puskesmas kota Depok sudah menerapkan Pengelolaan BLUD, dimana sumber pendapatannya dari kapitasi BPJS dan tarif layanan, namun masing-masing puskesmas besarnya berbeda-beda tergantung kepesertaan

BPJSnya. Anggaran BLUD antara lain diperuntukan untuk biaya gaji non PNS, jasa layanan, belanja modal sarana dan prasarana.

Faktor input yang juga sangat penting adalah komitmen pelaksana/staf menjadi faktor, oleh sebab itu komitmen pelaksana harus didukung oleh berbagai faktor. Faktor pertama yang mempengaruhi komitmen pelaksana adalah komitmen organisasi, karena performa puskesmas tidak lepas dari manajerial yang dilaksanakan oleh kepala puskesmas. Komitmen organisasi juga terkait dengan identifikasi individu dalam sebuah organisasi. Komitmen menghadirkan sesuatu diluar loyalitas terhadap suatu organisasi. Di samping itu, hal ini meliputi suatu hubungan yang aktif dengan organisasi dimana individu bersedia untuk memberikan sesuatu dari diri mereka untuk membantu keberhasilan dan kemakmuran organisasi dengan *work engagementnya* (Faizal et al., 2019).

Hasil penelitian berdasarkan wawancara mendalam dan telaah dokumen didapatkan Komitmen kepala puskesmas dari enam puskesmas sudah cukup baik, dibuktikan dengan peran kepala puskesmas dalam mendukung mutu pelayanan puskesmas yaitu dengan melakukan penggalangan komitmen baik internal maupun eksternal, Menyusun regulasi atau kebijakan terkait upaya peningkatan mutu seperti Surat keputusan penetapan indikator mutu, surat kepala puskesmas tentang tim mutu, membuat program kerja upaya peningkatan mutu, memotivasi, memantau dan mengingatkan petugas untuk selalu mengerjakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab masing-masing petugas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Faizal tahun 2019 yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komitmen kerja petugas dengan mutu pelayanan di puskesmas lelelef kecamatan Weda Tengah. Menurut asumsi peneliti komitmen kerja petugas memiliki hubungan dengan mutu pelayanan, hasil ini diperoleh karena Komitmen kerja petugas merupakan salah satu factor yang sangat penting yang harus ditumbuhkan pada petugas pemberi layanan Kesehatan (Faizal et al., 2019).

Pada proses Siklus *Plan-Do-Study- Action* (PDSA) adalah salah satu metode upaya peningkatan mutu untuk melakukan perbaikan dengan menerapkan Langkah perencanaan, pelaksanaan, pembelajaran dan tindak lanjut melalui standarisasi. Siklus ini merupakan pengembangan dari siklus PDCA. Pada penelitian ini proses upaya peningkatan mutu menggunakan teori USE PDSA dari Vincent Gasperz, 2011. Siklus USE PDSA ini digunakan dalam proses pencarian dan pemecahan masalah, diharapkan dapat memberikan perbaikan secara terus menerus dan perbaikan tim dalam pelayanan kesehatan secara berkelanjutan (Fauza & Kautsar, 2018).

Langkah pertama dalam proses USEPDSA, adalah kepala puskesmas dan tim melakukan identifikasi terhadap adanya permasalahan dalam upaya peningkatan mutu puskesmas, identifikasi dilakukan dengan melihat kesenjangan antara capaian dan target dari indikator nasional mutu, indikator mutu yang terdapat kesenjangan merupakan masalah yang harus diselesaikan. Jika dalam identifikasi masalah pencapaian mutu terdapat beberapa indikator yang tidak mencapai target, maka dilakukan pemilihan prioritas masalah menggunakan metode USG (*Urgency, Serously, Growth*). Berdasarkan hasil penelitian ke enam puskesmas melakukan proses identifikasi dan menentukan prioritas masalah. Berdasarkan studi Sriatmi dkk yang dilakukan pada puskesmas di Kota Semarang dan kabupaten Kudus menunjukkan 55,4% puskesmas yang mematuhi standar proses dalam perencanaannya. Kelemahan dan inkonsistensi terjadi pada setiap tahapannya, terutama pada ketidaktepatan waktu, ketidaklengkapan dan ketidakjelasan data yang tersedia, serta pemahaman tim perencana yang terbukti masih kurang dalam proses dan mekanisme perencanaan. Aspek SDM, sarana prasarana, fungsi pengorganisasian dan monitoring evaluasi secara positif berkorelasi dengan kepatuhan terhadap standar, dimana fungsi monitoring evaluasi merupakan faktor dominan. Diperlukan penguatan komitmen dan kompetensi tim perencanaan puskesmas melalui peran manajerial Kepala Puskesmas dalam fungsi monitoring dan evaluasi (Sriatmi, n.d.).

Pelaksanaan program mutu merupakan langkah implementasi dari perencanaan yang telah disusun pada tahap *plan* dari siklus PDSA. Dalam penelitian ini didapatkan pada proses pelaksanaan pengukuran INM, yang sesuai dengan pedoman hanya dua puskesmas sedangkan empat lainnya belum sesuai. Sejalan dengan penelitian Ainurrahmah yang dilakukan di Puskesmas Taronggong menunjukkan implementasi manajemen mutu puskesmas presentase terendah terdapat pada dimensi penggerakan dan pelaksanaan (Ainurrahmah, 2017).

Setelah penggerakan dan pelaksanaan adalah tahap studi yaitu evaluasi hasil dan pembelajaran. Monitoring dan evaluasi merupakan proses selanjutnya setelah penggerakan dan pelaksanaan. Diperlukan suatu metode untuk melakukannya, agar kualitas layanan dapat dinilai dengan tepat. Perlunya memiliki alat pengukuran kinerja, yang memadukan uji coba tingkat operasional dengan strategi, untuk mengintegrasikan tujuan organisasi ke dalam tema-tema kinerja operasional dan membuat perkiraan strukturnya menuju manajemen yang nyata dengan kualitas (Zaadoud et al., 2020).

Implementasi faktor struktur/input dan proses USEPDSA yang baik akan menghasilkan Keluaran atau output yang baik. Output juga dapat diartikan sebagai kumpulan bagian yang dihasilkan dari berlangsungnya

suatu proses dalam sistem yang ada. Dalam implementasi pada tata Kelola mutu di puskesmas, dapat dilihat dari indikator yang telah ditetapkan dikenal dengan nama indikator nasional mutu (INM) yang bertujuan untuk menilai apakah upaya yang dilakukan dapat meningkatkan mutu layanan secara berkesinambungan, untuk memberikan umpan balik, sebagai transparansi publik dan sebagai pembanding dalam mengidentifikasi *best practice* sebagai pembelajaran, selain itu pelaporan INM merupakan salah satu syarat dilaksanakannya akreditasi Puskesmas (Betan et al., 2023). Menurut hasil penelitian terdahulu menyebutkan bahwa *output* dapat diartikan sebagai hasil langsung dari proses, aktivitas, kegiatan atau pelayanan dari sebuah program (Rachmawati & Umiyati, 2019).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa capaian INM ke enam puskesmas masih fluktuatif, kecuali Puskesmas Pancoran Mas yang sudah mencapai target, sedangkan Puskesmas Cinangka beberapa indikator sudah mencapai target namun, tidak setiap bulan capaian tersebut dilaporkan. Jika dilihat dari peningkatan capaian INM tahun 2022 dan tahun 2023 yang menjadi prioritas masalah tidak terjadi peningkatan, hal ini tentu dipengaruhi oleh implementasi factor input dan proses USEPDSA. Hasil capaian indikator INM ini merupakan representasi dari implementasi tata kelola mutu yang dilakukan oleh Puskesmas, jika tata kelola mutu dilakukan dengan baik maka akan didapatkan peningkatan capaian indikator tersebut. Dalam pengukuran INM tersebut juga harus dilihat kualitas pengukurannya, karena kualitas pengukuran akan mempengaruhi hasil capaian.

Perlunya strategi untuk hasil pengukuran yang tepat, puskesmas perlu memiliki alat pengukuran kinerja, yang memadukan uji coba tingkat operasional dengan strategi, untuk mengintegrasikan tujuan organisasi ke dalam tema-tema kinerja operasional dan membuat perkiraan strukturnya menuju manajemen yang nyata dengan kualitas (Zaadoud et al., 2020).

KESIMPULAN

Implementasi tata kelola mutu di Puskesmas Kota Depok dalam pencapaian INM tahun 2022-2023 menunjukkan bahwa dari segi input, proses USEPDSA, dan output peningkatan capaian INM, enam puskesmas belum sepenuhnya sesuai pedoman. Tingkat kesesuaian yang lebih tinggi ditemukan pada tiga puskesmas terakreditasi, dengan nilai tertinggi pada Puskesmas B, sedangkan tiga puskesmas yang belum terakreditasi memiliki nilai terendah, terutama Puskesmas F. Dari sisi input, puskesmas yang belum terakreditasi menghadapi kekurangan dalam jumlah dan kualitas SDM, sarana prasarana, serta anggaran. Meskipun komitmen pimpinan sudah optimal, komitmen staf belum maksimal, dan keenam puskesmas belum menetapkan petugas observer. Pada proses USEPDSA, meskipun identifikasi masalah sudah efektif, perencanaan dan pelaksanaan program mutu masih kurang, terutama pada puskesmas yang belum terakreditasi. Hanya Puskesmas B yang mencapai target output INM, sementara lima puskesmas lainnya tidak menunjukkan peningkatan signifikan dalam indikator INM yang menjadi prioritas.

REFERENSI

- Ainurrahmah, Y. (2017). Pengaruh manajemen pusat kesehatan masyarakat terhadap akses pelayanan kesehatan untuk mewujudkan mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Publik: Jurnal Ilmiah Bidang Ilmu Administrasi Negara*, 11(2), 239–256.
- Ameh, S., Gómez-Olivé, F. X., Kahn, K., Tollman, S. M., & Klipstein-Grobusch, K. (2017). Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. *BMC Health Services Research*, 17, 1–15.
- Betan, A., Sofiantin, N., Sanaky, M. J., Primadewi, B. K., Arda, D., Kamaruddin, M. I., & AM, A. M. A. (2023). Kebijakan Kesehatan Nasional. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Faizal, D. A., Riu, S. D. M., & Talibo, N. A. (2019). Hubungan Penerapan Manajemen Puskesmas Dan Komitmen Kerja Dengan Mutu Pelayanan di Puskesmas Lelilef Kecamatan Weda Tengah. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 3(1), 68–75.
- Fauza, Q., & Kautsar, A. P. (2018). Review Artikel: Plan-Do-Check-Act (Pdca) Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit. *Farmaka*, 16(3), 234–243.
- Handayani, P. W. (2021). Konsep dan Implementasi Sistem Informasi Kesehatan-Rajawali Pers. PT. RajaGrafindo Persada.
- Jenderal, S. (2023). KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA.
- Lokan, L., Kristanto, E. G., Posangi, J., & Manampiring, A. E. (2023). Analisis Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Di Puskesmas Wairoro Kabupaten Halmahera Tengah Di Provinsi Maluku Utara Melalui

- Pendekatan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). PREPOTIF: JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT, 7(1), 122–134.
- Majidah, R. (2021). Implementasi Konsep Total Quality Management (TQM) William Edward Deming dalam Pengembangan Mutu Peserta Didik Program Pembelajaran Intensive Science Class (ISC) MAN 1 Darussalam Ciamis Jawa Barat. *Tarbiyat Al-Aulad: Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini*, 6(1), 71–98.
- Pradono, J., Soerachman, R., Kusumawardani, N., & Kasnodihardjo, K. (2018). *Panduan Penelitian dan Pelaporan Penelitian Kualitatif*. Lembaga Penerbit Balitbangkes.
- Rachmawati, A., & Umiyati, S. (2019). Proses Improvement Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia (Lansia) Di Puskesmas Klampis Ngasem Kota Surabaya. *Aplikasi Administrasi: Media Analisa Masalah Administrasi*, 1–9.
- Rangki, L., Setyowati, E., Handayani, L., Sauria, N., Harmanto, H., Daud, A. C., Handriani, I., Pritami, R. F., Dewi, S. T., & Lestyoningrum, S. D. (2023). *Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*.
- Sriatmi, A. (n.d.). *Menilai Kualitas Proses Perencanaan Puskesmas & Kepuasan Pelayanan*.
- Susilawati Susilawati, S. K. M. (2017). Gambaran Implimentasi Akreditasi Puskesmas Di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Utara Tahun 2016. *Jumantik (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 2(2), 89–99.
- Zaadoud, B., Chbab, Y., & Chaouch, A. (2020). Do performance measurement models have any impact on primary health care? A systematic review. *International Journal of Health Governance*, 25(4), 319–334.