

TESIS

**PENGARUH MANAJEMEN PUSKESMAS TERHADAP MUTU
PELAYANAN PUSKESMAS DI KOTA AMBON**

**THE INFLUENCE OF PUBLIC HEALTH CENTER MANAGEMENT
ON THE QUALITY PUBLIC HEALTH CENTER SERVICES
IN AMBON CITY**

**LITA ASTRID TARUMASELEJ
K012182033**



**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

PENGARUH MANAJEMEN PUSKESMAS TERHADAP MUTU PELAYANAN PUSKESMAS DI KOTA AMBON

Disusun dan diajukan oleh :

LITA ASTRID TARUMALESEJ

Nomor Pokok K012182033

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 26 November 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI
KOMISI PENASEHAT,



Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes

Ketua



Prof. Dr. Darmawansyah, SE, M.Si

Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH

**PENGARUH MANAJEMEN PUSKESMAS TERHADAP MUTU
PELAYANAN PUSKESMAS DI KOTA AMBON**

Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Master

Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**LITA ASTRID TARUMASELEJ
K012182033**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Lita Astrid Tarumaselej

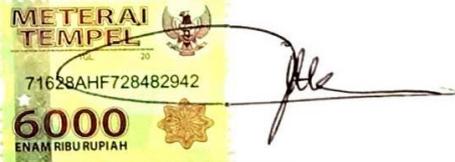
Nomor Mahasiswa : K012182033

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan ataupun pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2020

Yang Menyatakan,



Lita Astrid Tarumaselej

PRAKATA

Segala puji bagi Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan begitu banyak nikmat dan karunia-Nya sehingga tesis dengan judul **“Pengaruh Manajemen Puskesmas Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas Di Kota Ambon”** dapat terselesaikan dengan baik.

Tesis ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan studi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Banyak kendala yang dihadapi oleh penulis dalam rangka penyusunan tesis ini, yang hanya berkat bantuan berbagai pihak, maka tesis ini selesai pada waktunya. Dalam kesempatan ini, penulis dengan tulus dan penuh rasa hormat, menyampaikan terima kasih kepada **Bapak Dr. H. Muhammad Alwy Arifin** selaku Pembimbing I dan **Bapak Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS** selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan pikirannya untuk membimbing dan memberikan dorongan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Ucapan terima kasih juga kepada **Bapak Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel., M.Kes**, **Bapak Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH, Ph.D**, dan **Ibu Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes** selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam perbaikan tesis ini.

Secara khusus penulis ucapkan terima kasih kepada suami saya John Robert Simanjuntak dan adik saya Sunny Sandra Tarumaselej yang telah mendukung dan memotivasi untuk bisa menyelesaikan tesis ini

dengan tepat waktu. Dengan selesainya tesis ini, penulis mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Ibu **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A** sebagai Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Bapak **Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed** sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Ibu **Dr. Masni, Apt, MSPH** sebagai Ketua Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat dan Bapak **Dr. Muh. Alwy Arifin, M.Kes** sebagai Ketua Departemen AKK beserta staf pengelola yang telah membantu dan membimbing penulis selama mengikuti pendidikan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Seluruh dosen dan staf pengajar di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis.
4. Kepala Dinas kesehatan Kota Ambon dan seluruh staf, Kepala Puskesmas dan kepala Tata Usaha beserta seluruh pegawai puskesmas di kota Ambon, atas kerjasamanya selama penelitian ini dilaksanakan
5. Teman-teman Kerja sama Kelas Ambon tahun 2018 yang memberikan motivasi dan semangat untuk mewujudkan impian wisuda bersama.

6. Kepada semua pihak yang telah membantu dan mendoakan dengan ikhlas dan tulus, penulis ucapkan banyak terima kasih.

Harapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan tesis ini. Akhir ini semoga sumbangsih yang diberikan akan memperoleh balasan dari Tuhan yang Maha Esa. Aamiin.

Makassar, November 2020

Lita Astrid Tarumaselej

ABSTRAK

LITA ASTRID TARUMASELEJ. *Pengaruh Manajemen Puskesmas Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas di Kota Ambon* (dibimbing oleh Muhammad Alwy Arifin dan Darmawansyah).

Peningkatan mutu dan manajemen Puskesmas memerlukan peran serta aktif baik pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud serta memberikan kepuasan pada pengguna Puskesmas. Tujuan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Manajemen Puskesmas terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas di Kota Ambon.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan Cross Sectional Study. Populasi penelitian adalah seluruh kepala puskesmas dan Kepala Tata Usaha masing-masing di 22 puskesmas yang ada dalam wilayah Kota Ambon dengan Sampel Penelitian sebanyak 44 orang terdiri dari 22 orang kepala puskesmas dan 22 orang Kepala Tata usaha. Teknik pengambilan sampel dengan cara Total Sampling. Analisis Data menggunakan uji *chi-square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh perencanaan ($p= 0,000$), pengawasan, pengendalian dan penilaian ($p= 0,000$) terhadap mutu pelayanan puskesmas di kota Ambon. Sedangkan tidak ada pengaruh penguatan penggerakan dan pelaksanaan ($0,074$) terhadap mutu pelayanan puskesmas di kota Ambon. Pihak Puskesmas perlu melakukan kegiatan monitoring secara rutin dan terstruktur, selain itu juga perlu tindakan koreksi secara signifikan pada proses evaluasi dan perencanaan tindak lanjut yang jelas oleh pimpinan puskesmas dan tim manajemen mutu serta tim audit internal.

Kata Kunci: Manajemen, Mutu, Pelayanan, Perencanaan, Puskesmas



ABSTRACT

LITA ASTRID TARUMASELEJ. *The Influence of Community Health Center Management on the Quality of Health Center Services in Ambon City* (Supervisor by **Muhammad Alwy Arifin** and **Darmawansyah**)

Improving the quality and management of community health center requires active participation from both the community health center leader, the person in charge of the community health center effort, the activity implementer, and related parties so that planning and implementation of quality improvements can be realized and provide satisfaction to community health center users. The research objective was to determine the effect of health center management on the quality of health center services in Ambon city.

This research is a type of quantitative research with a Cross-Sectional Study design. The research population consisted of all heads of the community health center and head of administration in 22 community health center in Ambon City with a sample of 44 people consisting of 22 heads of the community health center and 22 heads of administration. The sampling technique was total sampling. Data analysis using the chi-square test.

The results showed that there was an effect of planning ($p = 0.000$), supervision, control, and assessment ($p = 0.000$) on the quality of community health center services in Ambon city. Meanwhile, there is no effect of strengthening the movement and implementation (0.074) on the quality of health center services in Ambon city. The community health center officials need to carry out routine and structured monitoring activities, besides that it also needs significant corrective action in the evaluation process and clear follow-up planning by the leaders of the community health center and the quality management team, and the internal audit team.

Keywords : Management, Quality, Service, Planning, Community Health Center



DAFTAR ISI

	halaman
SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PENGAJUAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum tentang Proses Manajemen	12
B. Tinjauan Umum tentang Mutu Pelayanan	21
C. Tinjauan Umum tentang Puskesmas	29
D. Tinjauan Umum tentang Proses Manajemen terhadap Mutu Layanan.....	36
E. Sintesa Penelitian	40

F. Kerangka Teori	45
G. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	46
H. Kerangka Konsep	47
I. Hipotesis Penelitian.....	48
J. Definisi Operasional	48
III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	55
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	55
C. Populasi dan Sampel.....	55
D. Pengumpulan Data	56
E. Instrumen Penelitian	56
F. Pengelolaan Data	57
G. Analisis Data.....	58
H. Penyajian Data	59
IV HASIL DAN KESIMPULAN	
A. Gambaran umum lokasi penelitian	60
B. Hasil Penelitian	66
C. Pembahasan.....	75
V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	94
B. Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Sintesa Penelitian	40
2. Distribusi Frekuensi Umum Responden	66
3. Distribusi Frekuensi Variabel P1 (Perencanaan) Tingkat Puskesmas di Puskesmas Kota Ambon	68
4. Distribusi Frekuensi Variabel P2 (Penggerakan dan Pelaksanaan) di Puskesmas Kota Ambon	69
5. Distribusi Frekuensi Variabel P3 (Pengawasan, Pengendalian dan penilaian) di Puskesmas Kota Ambon	69
6. Distribusi Frekuensi Variabel Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Ambo	70
7. Pengaruh (P1) Perencanaan Tingkat Puseksmas terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Ambon	71
8. Pengaruh (P2) Penguatan penggerakan dan Pelaksanaan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Ambon	72
9. Pengaruh (P3) Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Ambon	73
10. Analisis Regresi Logistik antara Variabel Independen terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Ambon	75

DAFTAR GAMBAR

Nomor	halaman
1. Kerangka teori	45
2. Kerangka konsep	47

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

1. Kesioner Penelitian
2. Hasil analisis SPSS
3. Dokumentasi penelitian
4. Surat izin penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting bagi pembangunan nasional. Untuk itu berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu baik yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta diselenggarakan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas mampu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat secara mandiri bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Masyarakat cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan maka fungsi pelayanan kesehatan dasar di puskesmas secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Mutu pelayanan merupakan faktor penting yang dapat membentuk kepercayaan pasien kepada Puskesmas sehingga tercipta loyalitas mereka sebagai konsumen jasa pelayanan kesehatan. Tuntutan terhadap mutu (quality) dari hari ke hari semakin tinggi. Mutu tersebut tidak hanya

terdapat produk atau barang saja tetapi juga terhadap jasa yang dihasilkan atau ditawarkan oleh suatu industri/organisasi. Mutu pelayanan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan setiap pasien. Jadi, mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri sendiri setiap pasien (Ertanto, 2012). Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan, sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien (Kemenkes dalam Muninjaya, 2014).

Bulan Mei 1983 di Barcelona, Spanyol suatu kelompok kerja yang dibentuk oleh WHO telah mengadakan pertemuan untuk mempelajari peningkatan mutu khusus untuk Eropa. Walaupun secara regional WHO telah melakukan berbagai upaya, namun pada simposium peningkatan mutu pada bulan Mei 1989 terdapat kesan bahwa secara nasional upaya peningkatan mutu di berbagai negara Eropa Barat masih pada perkembangan awal.

Di Asia, negara pertama yang sudah mempunyai program peningkatan mutu dan akreditasi Rumah Sakit secara nasional adalah Taiwan. Negara ini banyak menerapkan metodologi dari Amerika. Sedangkan Malaysia mengembangkan peningkatan mutu pelayanan dengan bantuan konsultan ahli dari Negeri Belanda.

Di Indonesia dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, penetapan kelas Rumah Sakit pemerintah melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.033/Birhup/1972 menetapkan kriteria setiap kelas Rumah Sakit A,B,C,D. Kriteria ini kemudian berkembang menjadi standar–standar baik menyangkut pelayanan, ketenagaan, sarana dan prasarana untuk masing - masing kelas Rumah Sakit.

Program Indonesia sehat merupakan salah satu agenda program ke 5 Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia, yang selanjutnya dituangkan dalam RPJMN tahun 2015 – 2019 dan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019. Untuk mendukung tercapainya rencana strategis tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan Program Indonesia Sehat melalui Tiga Pilar yaitu: Jaminan Kesehatan Nasional, Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Penguatan Paradigma Sehat. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Kementerian Kesehatan menargetkan setiap kecamatan memiliki minimal 1 (satu) puskesmas yang terakreditasi pada tahun 2019 sesuai dengan target RPJMN 2015 – 2019. Selanjutnya, Kementerian Kesehatan RI juga telah mengeluarkan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Nomor HK.02.02/Menkes/59/2015 yang kemudian diperbaharui menjadi HK.02.02/Menkes/432/2016 dengan tugas melakukan survei dan

menetapkan status akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama. Laporan tahunan ini dimaksudkan untuk memberi informasi objektif tentang apa dan bagaimana capaian kinerja Komisi Akreditasi FKTP hingga tahun 2018 dalam rangka mendukung program pemerintah tersebut.

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, dengan demikian tugas dan fungsinya akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kabupaten/kota.

Dalam menyelenggarakan fungsinya sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, bahwa setiap Puskesmas berwenang untuk: (a) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan; (b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan; (c) Melaksanakan komunikasi, informasi,

edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan; (d) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lainterkait; (e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatanberbasis masyarakat; (f) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusiaPuskesmas; (g) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan; (h) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Sesuai dengan wewenangnya, Puskesmas dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pegawai puskesmas dapat berjalan dengan optimal apabila didukung oleh manajemen yang baik. Semakin ketatnya persaingan serta pelanggan yang semakin selektif dan berpengetahuan mengharuskan Puskesmas selaku salah satu penyedia jasa pelayanan kesehatan untuk selalumeningkatkan mutu pelayanannya.

Manajemen puskesmas adalah serangkaian proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien. Terselenggaranya upaya

kesehatan yang bermutu dan sesuai standar bagi puskesmas yang sudah terakreditasi dapat terlaksana secara terus menerus dan berkesinambungan sesuai dengan siklus manajemen puskesmas (Permenkes, 2016).

Upaya peningkatan mutu yang terus menerus dan berkesinambungan (Continuous Quality Improvement) di puskesmas adalah proses perbaikan kapasitas puskesmas secara menyeluruh, menurunkan dan mengendalikan variabilitas yang terdapat dalam proses untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara konsisten (Leebov dan Erasoz).

Peningkatan mutu yang terus menerus dan berkesinambungan, berfokus pada proses individu, mengakui peran pengguna secara internal dan eksternal, dilakukan berdasarkan evidence based dalam menganalisis dan memperbaiki proses, merupakan upaya perubahan dan tantangan yang dihadapi puskesmas sebagai fasilitas layanan kesehatan. Proses manajemen dilakukan sebagai upaya perbaikan dan peningkatan mutu sesuai dengan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki. Ibarat mesin yang terus bergerak untuk mencapai tujuan perbaikan dan peningkatan mutu, maka dilakukan berbagai upaya untuk mencapai indikator yang ditetapkan, secara bertahap dan terus menerus. Pengukuran mutu pelayanan di berikan kepada pengguna pelayanan dan mendapatkan penilaian baik sehingga pengguna merasa puas, namun sebaliknya jika pengguna layanan merasa tidak puas maka penilaian yang diberikan pasti

kurang atau tidak baik. Pelayanan yang berfokus pada pelanggan merupakan upaya untuk memahami, menjalin hubungan yang erat dan mencari masukan–masukan dari pengguna layanan secara teratur.

Akreditasi puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas secara berkesinambungan. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali (Menteri Kesehatan, 2014)

Tujuan diberlakukannya akreditasi puskesmas adalah untuk membina puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam upaya untuk berkelanjutan memperbaiki sistem pelayanan dan kinerja yang berfokus pada kebutuhan masyarakat, keselamatan, dan manajemen risiko. Pelayanan kesehatan primer yang dimaksudkan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan.

Akreditasi puskesmas berkaitan erat dengan dimensi kualitas pelayanan. Seperti yang disebutkan dalam beberapa kriteria standar penilaian akreditasi puskesmas salah satunya yaitu pada bagian Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) dimana disebutkan bahwa perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Pimpinan

Puskemas, Penanggungjawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Indonesia dalam sebaran pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sampai dengan tahun 2019 memiliki 9.992 puskesmas dan yang sudah terakreditasi sampai dengan bulan juli 2019 sebanyak 7.610 puskesmas, dan yang belum terakreditasi sebanyak 2.382 puskesmas dengan sebaran tingkatan kelulusan sebagai berikut : terakreditasi dasar sebanyak 2382 puskesmas, terakreditasi madya 4.281 puskesmas, terakreditasi utama 875 puskesmas dan terakreditasi paripurna 72 puskesmas.

Provinsi Maluku terdapat 208 puskesmas yang tersebar di 11 kabupaten/kota dan yang sudah terakreditasi sebanyak 88 puskesmas dengan tingkat kelulusan 54 puskesmas terakreditasi dasar atau sebesar 62%, 32 puskesmas terakreditasi madya atau sebesar 36% dan 2 puskesmas terakreditasi utama atau sebesar 2% sedangkan untuk tingkat paripurna belum ada atau 0%.

Kota Ambon sebagai Ibu Kota Propinsi Maluku memiliki 22 puskesmas dan semuanya sudah terakreditasi 7 diantaranya terakreditasi Utama, 9 terakreditasi Madya, 6 terakreditasi Dasar.

Namun manajemen puskesmas dinilai belum cukup mampu melaksanakan fungsinya dengan baik. Kepala puskesmas yang pada umumnya dipimpin oleh dokter, cenderung lebih berorientasi kepada pelayanan kesehatan kuratif. Sistem informasi puskesmas belum mampu

menunjang proses perencanaan strategis puskesmas misalnya dalam hal kebutuhan jumlah dan latar belakang pendidikan sumber daya manusianya, program-program kesehatan masyarakat yang perlu dikembangkan sesuai kebutuhan wilayahnya dan dengan fungsi promotif dan preventif puskesmas yang semakin terabaikan dibandingkan dengan fungsi kuratifnya. Kemampuan pimpinan puskesmas dalam melakukan advokasi terhadap lintas sektor di tingkat kecamatan maupun di tingkat kabupaten juga masih sangat kurang, sehingga pembangunan berwawasan kesehatan masih disikapi secara pasif oleh sektor di luar kesehatan karena adanya anggapan bahwa masalah pembangunan berwawasan kesehatan hanya tugas sektor kesehatan (Suwarni, 2013).

Peningkatan mutu dan manajemen Puskesmas memerlukan peran serta aktif baik pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab upaya Puskesmas, pelaksana kegiatan dan pihak-pihak terkait, sehingga perencanaan dan pelaksanaan perbaikan mutu dapat terwujud serta memberikan kepuasan pada pengguna Puskesmas.

Sebagai indikator mutu layanan di puskesmas, diharapkan bahwa ada peningkatan kualitas pelayanan. Berdasarkan hasil penilaian kinerja di puskesmas ternyata puskesmas dengan hasil kinerja baik 10 (sepuluh) puskesmas, 6 (enam) puskesmas dengan hasil kinerja dan 6 (enam) puskesmas dengan hasil kinerja kurang. Dengan demikian penulis ingin meneliti mengenai Pengaruh Manajemen Puskesmas terhadap Mutu

Pelayanan Puskesmas di Kota Ambon, karena setelah dievaluasi ternyata masih banyak puskesmas dengan tingkat kinerja kurang.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan, maka yang menjadi rumusan masalah adalah :

1. Apakah Perencanaan (P1) berpengaruh terhadap mutu pelayanan puskesmas di Kota Ambon.
2. Apakah Penguatan penggerakan dan Pelaksanaan (P2) berpengaruh terhadap mutu pelayanan puskesmas di Kota Ambon.
3. Apakah Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3) berpengaruh terhadap mutu pelayanan puskesmas di Kota Ambon

C. TUJUAN PENELITIAN

a. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh Manajemen Puskesmas terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas di Kota Ambon.

b. Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui pengaruh Perencanaan (P1) terhadap mutu pelayanan puskesmas.

- 2) Untuk mengetahui pengaruh Penguatan penggerakan dan Pelaksanaan (P2) terhadap mutu pelayanan puskesmas.
- 3) Untuk mengetahui pengaruh Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3) terhadap mutu pelayanan puskesmas.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Ilmiah

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan rujukan bagi peneliti lainnya dalam pengembangan program.

2. Manfaat Institusi

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan masukan pada instansi terkait baik pemerintah maupun swasta dan sebagai bahan advokasi untuk menentukan kebijakan program manajemen puskesmas khususnya instansi Dinas Kesehatan dan SKPD terkait di jajaran pemerintah Kota Ambon, maupun lintas sektor terkait.

3. Manfaat Praktis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah berpikir penulis tentang pengaruh manajemen puskesmas terhadap mutu layanan di puskesmas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN MANAJEMEN PUSKESMAS

1. Definisi

Secara etimologis, kata manajemen berasal dari bahasa Inggris, "management" yang berarti ketatalaksanaan, tata pimpinan, dan pengelolaan. Artinya manajemen adalah sebagai suatu proses yang diterapkan oleh individual atau kelompok dalam upaya-upaya koordinasi untuk mencapai suatu tujuan (Munir and Ilahi, 2006). Secara termonologi terdapat banyak defenisi yang dikemukakan oleh para ahli, diantaranya adalah:

"the proces of planning, organizing, leading, and controlling the work of organization members and of using all available organizational resources to reach stated organizational goals, (sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengaturan terhadap para anggota organisasi serta penggunaan seluruh sumber-sumber yang ada secara tepat untuk meraih tujuan organisasi yang telah ditetapkan).

Manajemen menurut George R. Terry adalah proses yang khas yang terdiri dari tindakan-tindakan: perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber lain.

Management dapat didefinisikan sebagai kemampuan atau keterampilan untuk memperoleh suatu hasil dalam rangka pencapaian tujuan melalui orang lain. Dengan demikian dikatakan bahwa management merupakan inti dari pada administrasi karena memang management merupakan alat pelaksanaan utama dari pada administrasi.

Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah suatu seni atau kemampuan seseorang dalam mengatur, mengelola, dan mengendalikan suatu kegiatan guna melaksanakan sesuatu untuk mencapai target atau tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien.

2. Unsur-Unsur Manajemen

George R. Terry mengemukakan bahwa unsur dasar (basic elements) yang merupakan sumber yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan dalam manajemen adalah:

1) *Men* (Manusia)

Men (manusia, orang-orang, tenaga kerja) merupakan tenaga kerja yang meliputi baik tenaga kerja eksekutif maupun operatif. Dalam kegiatan manajemen faktor manusia adalah yang paling menentukan. Titik pusat dari manajemen adalah manusia, sebab manusia membuat tujuan dan dia juga yang melakukan proses kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkannya itu. Tanpa tenaga kerja tidak akan ada proses kerja. Hanya saja manajemen itu sendiri tidak akan timbul apabila

setiap orang bekerja untuk diri sendiri saja tanpa mengadakan kerjasama dengan yang lain.

2) *Money* (Uang)

Money (uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan) merupakan unsur yang penting untuk mencapai tujuan, disamping faktor manusia yang menjadi unsur paling penting (the most important tool) dan faktor-faktor lainnya. Dalam Dunia modern yang merupakan faktor yang paling penting sebagai alat tukar dan alat pengukur nilai suatu usaha. Suatu perusahaan yang bisa diukur pula dari jumlah uang berputar pada perusahaan itu. Tetapi yang menggunakan uang tidak hanya perusahaan saja, instansi pemerintahan dan yayasan juga menggunakannya. Jadi uang diperlukan dari setiap kegiatan manusia untuk mencapai tujuannya.

3) *Methods* (Metode)

Methods (cara yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan) yaitu untuk melakukan kegiatan secara guna dan berhasil guna, manusia dihadapkan dengan berbagai alternatif metode atau cara untuk menjalankan pekerjaan tersebut sehingga cara yang dilakukannya dapat menjadi sarana atau alat manajemen untuk mencapai tujuan. Atau cara yang digunakan untuk melaksanakan suatu pekerjaan agar tercapai sesuai dengan yang dikehendaki. Metode ini diperlukan dalam setiap kegiatan manajemen yaitu dalam kegiatan perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengawasan.

4) *Machines* (Mesin)

Machines (alat yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan) peranan mesin sebagai alat pembantu yang dapat meringankan dan memudahkan dalam melaksanakan pekerjaan. Hanya yang perlu diingat bahwa penggunaan mesin sangat tergantung pada manusia, bukan manusia yang tergantung oleh mesin.

5) *Materials* (Bahan atau perlengkapan)

Materials (bahan atau perlengkapan yang digunakan untuk mencapai tujuan) manusia tanpa material atau bahan-bahan tidak akan bisa mencapai tujuan yang diinginkan, sehingga unsur material dalam manajemen tidak dapat diabaikan.

6) *Market* (Pasar)

Market (pasar atau tempat menjual barang yang dihasilkan) bagi suatu perusahaan, pemasaran produk yang dihasilkan tentu yang paling penting bagi kelangsungan proses produksi dari perusahaan itu sendiri. Proses produksi suatu barang akan berhenti apabila barang-barang yang diproduksi itu tidak laku atau tidak diserap oleh konsumen. Oleh karena itu pasar sangat penting untuk dikuasai demi kelangsungan proses kegiatan perusahaan atau industri.

Dari ke enam unsur tersebut saling terkait antara unsur yang pertama dengan unsur yang lainnya yaitu dalam sebuah perusahaan manusia dalam unsur manajemen sangat berperan penting karena dalam kegiatan manajemen factor manusia yang paling menentukan, selain faktor manusia dalam sebuah perusahaan uang sangat membantu untuk

mencapai tujuan dengan menggunakan cara atau alat yang bisa menghasilkan suatu barang dan jasa yang bermanfaat.

3. Fungsi Manajemen

Selain pendapat tentang pengertian manajemen dan unsur-unsur manajemen tampaknya para pakar manajemen mengenai jumlah fungsi-fungsi manajemen juga terdapat beberapa fungsi yaitu:

Konzt dan O'Donnel yang berpandangan bahwa fungsi-fungsi manajemen mencakup: *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *Staffing* (penyusunan staf), *Directing* (pembinaan kerja), dan *Controlling* (pengawasan) (Siraj, 2012).

Dari beberapa pendapat Ahli penulis mengambil fungsi-fungsi manajemen menurut pendapat George R. Terry sebagai pembahasan mengingat pendapat ini lebih populer dikalangan mahasiswa dan masyarakat serta sering diakronimkandengan "POAC" yaitu: *Planning*, *Organizing*, *Actuating*, *Controlling* (Siraj, 2012). Fungsi-fungsi manajemen menurut George R. Terry yaitu, sebagai berikut:

1. *Planning* (perencanaan)

Planning (perencanaan) yaitu sebagai dasar pemikiran dari tujuan dan penyusunan langkah-langkah yang akan dipakai untuk mencapai tujuan. Merencanakan berarti mempersiapkan segala kebutuhan, memperhitungkan matang-matang apa saja yang menjadi kendala, merumuskan bentuk pelaksanaan kegiatan yang bermaksud untuk mencapai tujuan.

Perencanaan berperan besar dalam menekan resiko terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan. Dengan perencanaan tentunya dapat memprediksi hal-hal yang mungkin akan terjadi di masa depan dan melakukan tindakan antisipasi semenjak dini karena “mencegah lebih baik daripada mengobati”.

2. *Organizing* (pengorganisasian)

Organizing (pengorganisasian) sebagai cara untuk mengumpulkan orang-orang dan menempatkan mereka menurut kemampuan dan keahliannya dalam pekerjaan yang sudah direncanakan.

Pengorganisasian merupakan penyebab timbulnya sebuah struktur organisasi, yang dianggap sebagai kerangka yang dapat menggabungkan suatu usaha dengan baik. Salah satu fungsi pengorganisasian adalah mengharmonisasikan kelompok orang yang berbeda, mempertemukan macam-macam kepentingan dan memanfaatkan kemampuan-kemampuan kesuatu arah yang tertentu. Pengorganisasian merupakan suatu hal yang dapat menimbulkan efek yang sangat baik dalam upaya menggerakkan seluruh aktivitas dan potensi yang bisa diwadahi serta sebagai pengawasan manajerial.

3. *Actuating* (Penggerakan)

Actuating (penggerakan) yaitu menggerakkan organisasi agar berjalan sesuai dengan pembagian kerja masing-masing serta menggerakkan seluruh sumber daya yang ada dalam organisasi agar

pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan bisa berjalan sesuai rencana dan biasa mencapai tujuan.

Penggerakan dalam sebuah manajemen sangatlah penting, tanpa adanya pergerakan perencanaan akan sia-sia. Penggerakan merupakan aksi nyata dari sebuah perencanaan sebab segala sesuatu yang telah direncanakan itulah yang akan menjadi aktivitas dalam sebuah pergerakan.

4. *Controlling* (pengawasan)

Controlling (pengawasan) yaitu untuk mengawasi apakah gerakan dari organisasi ini sudah sesuai dengan rencana atau belum. Serta mengawasi penggunaan sumber daya dalam organisasi agar bisa terpakai secara efektif dan efisien tanpa ada yang melenceng dari rencana.

Dari fungsi manajemen dapat dilihat bahwa keberhasilan suatu organisasi atau Lembaga dalam suatu kegiatan ketika ia mampu menerapkan fungsi-fungsimanajemen dengan baik yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan.

4. Peran Manajemen

Peran manajemen merupakan metodologi yang jika diterapkan secara tepat dapat membantuk para pengelola atau penyelenggara Pendidikan di Lembaga Pendidikan termasuk sekolah dalam mewujudkan penyelenggaraan Pendidikan dan lulusan yang dapat memenuhi atau melebihi keinginan atau harapan para *stakeholder*-nya.

Berikut adalah peran manajemen yang harus diterapkan yaitu:

a. Peran Interpersonal

Yaitu peran sebagai kepala figur, pimpinan, serta penghubung dalam sebuah organisasi dimana peran ini dilibatkan kesemua hubungan dengan orang lain.

b. Peran pemberi informasi

Peran dalam pemberian informasi adalah sebagai berikut:

- 1) Pengawasan (*monitoring*) Seorang mencari informasi yang mungkin berharga.
- 2) Manajer sebagai penyebar informasi (*disseminator*) mengirimkan kembali informasi yang relevan ke orang lain di tempat kerja atau dalam kawasan sebuah organisasi.
- 3) Komunikasi eksternal, juru bicara (*spokes person*) secara formal memberi informasi kepada orang-orang di luar informasi.

c. Peran pengambilan keputusan

Peran manajer sebagai penyebaran informasi pada dasarnya mengarah pada peran pengambilan sebuah keputusan.

5. Manajemen Puskesmas

Untuk terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan Puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen Puskesmas yang baik. Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien.

Rangkaian kegiatan sistematis yang dilaksanakan oleh Puskesmas akan membentuk fungsi-fungsi manajemen.

Setiap puskesmas bebas menentukan model manajemen yang ingin diterapkan, namun yang terpenting mempunyai hasil sebagai berikut :

1. Makin banyaknya fungsi penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, yang ditandai dengan tingginya nilai IPTS (indeks potensi tatanan sehat)
2. Makin baiknya fungsi pemberdayaan masyarakat dengan ditandai berkembangnya UKBM (upaya kesehatan berbasis masyarakat). Serta makin aktifnya BPP (badan penyantun puskesmas) dan BPKM (badan peduli kesehatan masyarakat) dapat dijadikan indikator meningkatnya partisipasi masyarakat setempat.
3. Makin bagusya pemberdayaan keluarga dengan ditandainya IPKS (indeks potensi keluarga sehat)
4. Makin bagusya pelayanan kesehatan yang ditandai dengan tingginya cakupan program (baik program kesehatan dasar maupun program kesehatan pengembangan). Serta kualitas pelayanan kesehatan yang ditandai dengan tingginya kepatuhan petugas kesehatan dan makin baiknya kepuasan pasien.

6. Instrumen Manajemen Puskesmas

Untuk menunjang pelaksanaan fungsi dan penyelenggaraan upayanya, Puskesmas dilengkapi dengan instrumen manajemen yang terdiri dari :

1. Perencanaan tingkat Puskesmas
2. Lokakarya Mini Puskesmas

Penilaian Kinerja Puskesmas. Termasuk manajemen Sumber Daya termasuk alat, obat, keuangan dan Tenaga serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan disebut sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan upaya peningkatan mutu pelayanan (antara lain melalui penerapan quality assurance).

B. TINJAUAN MUTU PELAYANAN

Mutu sebagai suatu konsep yang diterapkan dan dipraktikkan dengan cara dan gaya yang sama pada setiap keadaan. Pada umumnya, mutu layanan kesehatan terfokus pada konsep bahwa layanan kesehatan memiliki tiga landasan utama yaitu mutu, akses, dan biaya (WHO, 2010).

Mutu pelayanan merupakan faktor penting yang dapat membentuk kepercayaan pasien kepada Puskesmas sehingga tercipta loyalitas mereka sebagai konsumen jasa pelayanan kesehatan. Tuntutan terhadap mutu (quality) dari hari ke hari semakin tinggi. Mutu tersebut tidak hanya terdapat produk atau barang saja tetapi juga terhadap jasa yang dihasilkan atau ditawarkan oleh suatu industri/organisasi. Mutu pelayanan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan setiap pasien. Jadi, mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan

kesehaatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri sendiri setiap pasien (Ertanto, 2012).

Mutu pelayanan kesehatan meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2013).

Menurut Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 1 ayat (1) bahwa pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Kemenkes RI dalam Muninjaya (2013) memberikan pengertian tentang mutu pelayanan kesehatan, yang meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Pohan (2007), menyebutkan 10 dimensi mutu pelayanan meliputi:

1. Dimensi Kompetensi Teknis

Dimensi kompetensi teknis menyangkut keterampilan, kemampuan, dan penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan. Dimensi kompetensi teknis itu berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti standar layanan kesehatan yang telah disepakati, yang meliputi kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi. Tidak dipenuhinya dimensi kompetensi teknis dapat mengakibatkan berbagai hal, mulai dari penyimpangan kecil terhadap standar layanan kesehatan, sampai kepada kesalahan fatal yang dapat menurunkan mutu layanan kesehatan dan membahayakan jiwa pasien.

2. Dimensi Keterjangkauan Atau Akses

Dimensi keterjangkauan atau akses, artinya layanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa. Akses geografis diukur dengan jarak, lama perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan/ atau hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk mendapat layanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan membayar biaya layanan kesehatan. Akses sosial atau budaya berhubungan dengan dapat diterima atau tidaknya layanan kesehatan itu secara sosial atau nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi ialah sejauh mana layanan kesehatan itu diatur, agar memberi kemudahan/kenyamanan kepada pasien atau konsumen. Akses bahasa, artinya pasien harus dilayani dengan menggunakan bahasa atau dialog yang dapat dipahami oleh pasien.

3. Dimensi Efektivitas

Layanan kesehatan harus efektif, artinya harus mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada, mencegah terjadinya penyakit serta berkembangnya dan/atau meluasnya penyakit yang ada. Efektifitas layanan kesehatan ini bergantung pada bagaimana standar layanan kesehatan itu digunakan dengan tepat, konsisten, dan sesuai dengan situasi setempat. Umumnya standar layanan kesehatan disusun pada tingkat organisasi yang lebih tinggi, sementara pada tingkat pelaksana, standar layanan kesehatan itu harus dibahas agar dapat digunakan sesuai dengan kondisi setempat.

Dimensi efektivitas sangat berkaitan dengan dimensi kompetensi teknis, terutama dalam pemilihan alternative dalam relative risk dan keterampilan dalam mengikuti prosedur yang terdapat dalam standard layanan kesehatan.

4. Dimensi Efisiensi

Sumber daya kesehatan sangat terbatas. Oleh sebab itu, dimensi efisiensi sangat penting dalam layanan kesehatan. Layanan kesehatan yang efisien dapat melayani lebih banyak pasien dan atau masyarakat. Layanan kesehatan yang tidak memenuhi standar layanan kesehatan umumnya berbiaya mahal, kurang nyaman bagi pasien, memerlukan waktu lama, dan menimbulkan resiko yang lebih besar kepada pasien. Dengan melakukan analisis efisiensi dan efektivitas, kita dapat memilih intervensi yang paling efisien.

5. Dimensi Kestinambungan

Dimensi kesinambungan layanan kesehatan artinya pasien harus dapat dilayani sesuai kebutuhannya, termasuk rujukan jika diperlukan tanpa mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Pasien harus selalu mempunyai akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkannya. Karena riwayat penyakit pasien terdokumentasi dengan lengkap, akurat, dan terkini, layanan kesehatan rujukan yang diperlukan pasien dapat terlaksana tepat waktu dan tepat tempat.

6. Dimensi Keamanan

Dimensi keamanan maksudnya layanan kesehatan itu harus aman, baik bagi pasien, bagi pemberi layanan, maupun bagi masyarakat sekitarnya. Layanan kesehatan yang bermutu harus aman dari risiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang ditimbulkan oleh layanan kesehatan itu sendiri.

7. Dimensi Kenyamanan

Dimensi kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektivitas layanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan pasien/konsumen sehingga mendorong pasien untuk datang berobat kembali ke tempat tersebut. Kenyamanan atau kenikmatan dapat menimbulkan kepercayaan pasien kepada organisasi layanan kesehatan. Jika biaya layanan kesehatan menjadi persoalan, kenikmatan akan mempengaruhi pasien untuk membayar biaya layanan kesehatan. Kenyamanan juga terkait

dengan penampilan fisik layanan kesehatan, pemberi layanan, peralatan medis dan non medis.

8. Dimensi Informasi

Layanan kesehatan yang bermutu harus mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana layanan kesehatan itu akan dan/atau telah dilaksanakan. Dimensi informasi ini sangat penting pada tingkat puskesmas.

9. Dimensi Ketepatan Waktu

Agar berhasil, layanan kesehatan itu harus dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat, oleh pemberi pelayanan yang tepat, dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta dengan biaya yang efisien (tepat).

10. Dimensi Hubungan Antarmanusia

Hubungan antarmanusia merupakan interaksi antara pemberi layanan kesehatan (provider) dengan pasien atau konsumen, antar sesama pemberi layanan kesehatan, hubungan antara atasan-bawahan, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, pemerintah daerah, LSM, masyarakat, dan lain-lain. Hubungan antar manusia yang baik akan menimbulkan kepercayaan atau kredibilitas dengan cara saling menghargai, menjaga rahasia, saling menghormati, responsive, memberi perhatian, dan lain-lain.

Mendengarkan keluhan dan berkomunikasi dengan efektif juga penting. Penyuluhan kesehatan yang baik bersumber dari komunikasi

yang baik. Menurut Pohan (2007), Dimensi hubungan antarmanusia yang kurang baik dapat mengurangi kadar dimensi efektivitas dan dimensi kompetensi teknis dari layanan kesehatan yang diselenggarakan. Pengalaman menunjukkan bahwa pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung akan mengabaikan nasihat dan tidak akan mau melakukan kunjungan ulang.

Menurut Muninjaya (2013) mereka yang membeli atau menggunakan produk/jasa pelayanan kesehatan disebut dengan pelanggan (customer). Pelanggan institusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua :

- a. Pelanggan internal (*internal customer*), yaitu mereka yang bekerja didalam institusi kesehatan seperti sifat medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola, dsb.
- b. Pelanggan eksternal (*external customer*), yaitu pasien, keluarga pasien pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum, rekanan, lembaga swadaya masyarakat, dsb.

Menurut Azwar (2011), Pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu memperhatikan berbagai aspek kehidupan dari pemakai jasa pelayanan kesehatan yang kemudian pelayanan kesehatan dibagi beberapa tingkatan, untuk kemudian antara setiap tingkatan dengan tingkatan lainnya diikat dalam suatu mekanisme hubungan kerja sehingga secara keseluruhan membentuk suatu kesatuan yang terpadu. Secara umum berbagai tingkatan ini dikelompokkan menjadi 3 macam yaitu :

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health service*) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, misalnya pelayanan gawat darurat.

b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap untuk menyelenggarakannya dibutuhkan tersedianya tenaga spesialis.

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga- tenaga sub spesialis. Pelayanan kesehatan mencakup komponen pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilakukan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap sesuai dengan perkembangan pelayanan kesehatan puskesmas terutama pelaksanaan upaya penyembuhan, pemulihan *yang* dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan.

Menurut Azwar, ada tiga faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan, yaitu ;

1. Unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan.
2. Unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen.

3. Unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

C. TINJAUAN PUSKESMAS

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Menurut Depkes RI (2004) puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja(Efendi, 2009).

Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas merupakan pelayanan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak dari pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia (Efendi, 2009).

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal di wilayah

kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Trihono, 2005).

Fungsi puskesmas yaitu yang pertama puskesmas merupakan Pusat Pembangunan Masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas berfungsi untuk mendorong masyarakat melaksanakan kegiatan-kegiatan untuk menyelesaikan persoalan mereka sendiri. Puskesmas memberi petunjuk kepada masyarakat tentang cara-cara menggali dan menggunakan sarana yang ada secara tepat guna untuk pelayanan kesehatan masyarakat. Kedua, puskesmas berfungsi untuk membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan hidup sehat. Ketiga, puskesmas berfungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas meliputi pelayanan pengobatan, upaya pencegahan, peningkatan kesehatan, dan pemulihan kesehatan (Ilyas, 2011).

Menurut Trihono (2005) ada 3 (tiga) fungsi puskesmas yaitu: pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Disamping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk

pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Pusat pemberdayaan masyarakat berarti puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama berarti puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi : Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (private goods) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap. Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (public goods) dengan tujuan utama memelihara dan

meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat disebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

Menurut Efendi (2009) ada beberapa proses dalam melaksanakan fungsi tersebut yaitu merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri, memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien, memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat, bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas.

Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk keikutsertaan dalam menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realistis, tata laksana kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan

pemantauan yang akurat. Pada masa mendatang, puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu (Efendi, 2009).

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas yakni terwujudnya kecamatan sehat menuju Indonesia sehat, puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembang (Trihono, 2005).

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta upaya pengobatan (Trihono, 2005).

2. Pengertian Akreditasi Puskesmas

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh

Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi (Menteri Kesehatan RI, 2015).

Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama merupakan upaya peningkatan mutu dan kinerja pelayanan yang dilakukan melalui membangun sistem manajemen mutu, penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat, dan sistem pelayanan klinis untuk memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan dan peraturan perundangan serta pedoman yang berlaku (Kemenkes RI, 2014).

Akreditasi bertujuan menilai sistem mutu dan sistem pelayanan di Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama lainnya, tetapi juga bertujuan untuk membina fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dalam upaya berkelanjutan untuk memperbaiki sistem pelayanan dan kinerja yang berfokus pada kebutuhan masyarakat, keselamatan, dan manajemen risiko.

Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi (Menteri Kesehatan RI, 2015).

Akreditasi puskesmas memiliki beberapa manfaat, antara lain:

- a. Memberikan keunggulan kompetitif.

- b. Memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Menjamin diselenggarakannya pelayanan kesehatan primer kepada pasien dan masyarakat.
- d. Meningkatkan pendidikan pada staf fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat.
- e. Meningkatkan pengelolaan risiko baik pada pelayanan pasien baik di puskesmas maupun fasilitas pelayanan kesehatan primer lainnya, dan penyelenggaraan upaya puskesmas kepada masyarakat.
- f. Membangun dan meningkatkan kerja tim antarstaf fasilitas pelayanan kesehatan primer.
- g. Meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja.
- h. Meningkatkan keamanan dalam bekerja

Prinsip yang digunakan dalam akreditasi puskesmas yaitu menggunakan pendekatan keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas pelayanan kesehatan. Prinsip tersebut digunakan untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan. Prinsip akreditasi puskesmas yang mengutamakan hak asasi manusia digunakan sebagai standar akreditasi puskesmas untuk menjamin agar semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa

memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku.

D. TINJAUAN MANAJEMEN TERHADAP MUTU LAYANAN

1. Perencanaan (P1), Penguatan penggerakan dan Pelaksanaan (P2), Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3).

Pelaksanaan manajemen kesehatan dimulai dari pengelolaan sistem informasi, perencanaan, penggerakan, dan pemantauan/evaluasi. Puskesmas harus menyusun rencana lima tahun yang prosesnya disebut *microplanning*. Untuk rencana tahunan, Puskesmas menyusun rencana kerja anggaran (RKA) tahunan, yang merupakan penjabaran *microplanning*. Dokumen RKA memuat sasaran tahunan yang akan dicapai dan mengacu pada sasaran tahunan Dinas Kesehatan. Selanjutnya Puskesmas juga perlu melakukan “minilokakarya”, yang merupakan rencana kegiatan bulanan. Minilokakarya diperlukan untuk mendapatkan dana operasional bulanan yang sumbernya adalah dana bantuan operasional kesehatan (BOK) yang ada dalam DAK non-fisik.

Rencana kegiatan puskesmas baik 5 (lima) tahunan maupun rencana tahunan, selain mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan kabupaten / kota harus juga disusun berdasarkan hasil analisis situasi saat itu atau *evidence based* dan prediksi kedepan yang mungkin terjadi.

Perencanaan yang disusun berdasarkan hasil analisis situasi akan dapat mengarahkan upaya kesehatan yang dilaksanakan puskesmas dalam mencapai sasaran dan tujuannya. Proses perencanaan puskesmas

harus terintegrasi dengan sistem perencanaan daerah melalui forum musyawarah perencanaan pembangunan (Musrebang) yang disusun secara *top down* dan *bottom up*.

Proses perencanaan puskesmas dimulai dari tingkat desa/ kelurahan, selanjutnya disusun pada tingkat kecamatan dan kemudian diusulkan ke dinas kesehatan kabupaten/ kota. Perencanaan puskesmas yang diperlukan terintegrasi dengan lintas sektor kecamatan dan diusulkan melalui kecamatan ke pemerintah daerah kabupaten / kota (lihat gambar 1).



Gambar 1. Siklus Perencanaan dan Penganggaran Daerah

Di dalam RENSTRA 5 (lima) tahunan Puskesmas dan rincian tahunannya adalah berdasarkan hasil evaluasi tahun sebelumnya dan mengacu pada kebijakan kesehatan dari tingkat administrasi di atasnya. Perencanaan puskesmas disusun dan diselaraskan dengan program

Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga dan program kesehatan nasional lainnya.

Penggerakan dan pelaksanaan program dapat dilaksanakan dengan berbagai cara yaitu : melalui rapat – rapat, pengarahan pada saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari setiap program sesuai penjadwalan maupun dapat dilakukan melalui forum – forum lokakarya mini puskesmas.

Pada penggerakan dan pelaksanaan program/ kegiatan, kepala puskesmas dapat melakukan pengorganisasian ulang bagi petugas dalam rangka penguatan dan pematapan program.

Manajemen perencanaan yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan, perlu dilakukan pengawasan dan pengendalian melalui kegiatan supervisi yang terjadwal atau sewaktu – waktu, agar target dapat dicapai secara optimal. Pengawasan dimaksud mencakup aspek administratif, sumber daya, pencapaian kinerja program dan teknis pelayanan. Untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya, kemudian membandingkannya dengan capaian saat ini merupakan kegiatan pengendalian manajemen.

Kegiatan pengendalian harus dilakukan secara terus menerus dan berjenjang oleh Dinas Kesehatan kabupaten / kota, kepala puskesmas maupun penanggung jawab program.

Tujuan pengawasan dan pengendalian adalah :

1. Mengetahui sejauh mana pelaksanaan pelayanan kesehatan, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja; apakah sumber daya yang

ada telah digunakan sesuai dengan yang ditetapkan secara efektif dan efisien.

2. Mengetahui adanya kendala, hambatan/ tantangan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan sehingga dapat ditetapkan pemecahan masalah sedini mungkin.
3. Mengetahui adanya penyimpangan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan sehingga dapat segera dilakukan klarifikasi.
4. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya penyimpangan dan penyebabnya, sehingga dapat mengambil keputusan untuk melakukan koreksi pada pelaksanaan kegiatan atau program terkait, baik yang sedang berjalan maupun pengembangannya dimasa mendatang.
5. Memberikan informasi/ laporan kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan – perubahan lingkungan yang harus ditindaklanjuti dengan penyesuaian kegiatan.
6. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja program / kegiatan kepada pihak yang berkepentingan, secara kontinyu dan dari waktu ke waktu.

Penyelenggaraan manajemen puskesmas mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada baik sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistim informasi puskesmas dan mutu dalam menyelesaikan masalah kesehatan prioritas di wilayah kerjanya.

E. SINTESIS PENELITIAN

Tabel 1. Sintesis penelitian

No	Peneliti / Tahun	Judul	Metode Penelitian	Temuan	Ket
1	Yusni Ainurrahmah / 2015	Pengaruh Manajemen Puskesmas terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan	Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif analisis dengan teknik survey.	Hasil penelitian ini yaitu Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat berpengaruh terhadap Akses Pelayanan Kesehatan, yang berarti memadai atau tidaknya Akses Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat. Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat tidak berpengaruh terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan, yang berarti terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan tidak dipengaruhi oleh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat. Akses Pelayanan Kesehatan berpengaruh terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan, yang berarti terwujudnya Mutu	Jurnal

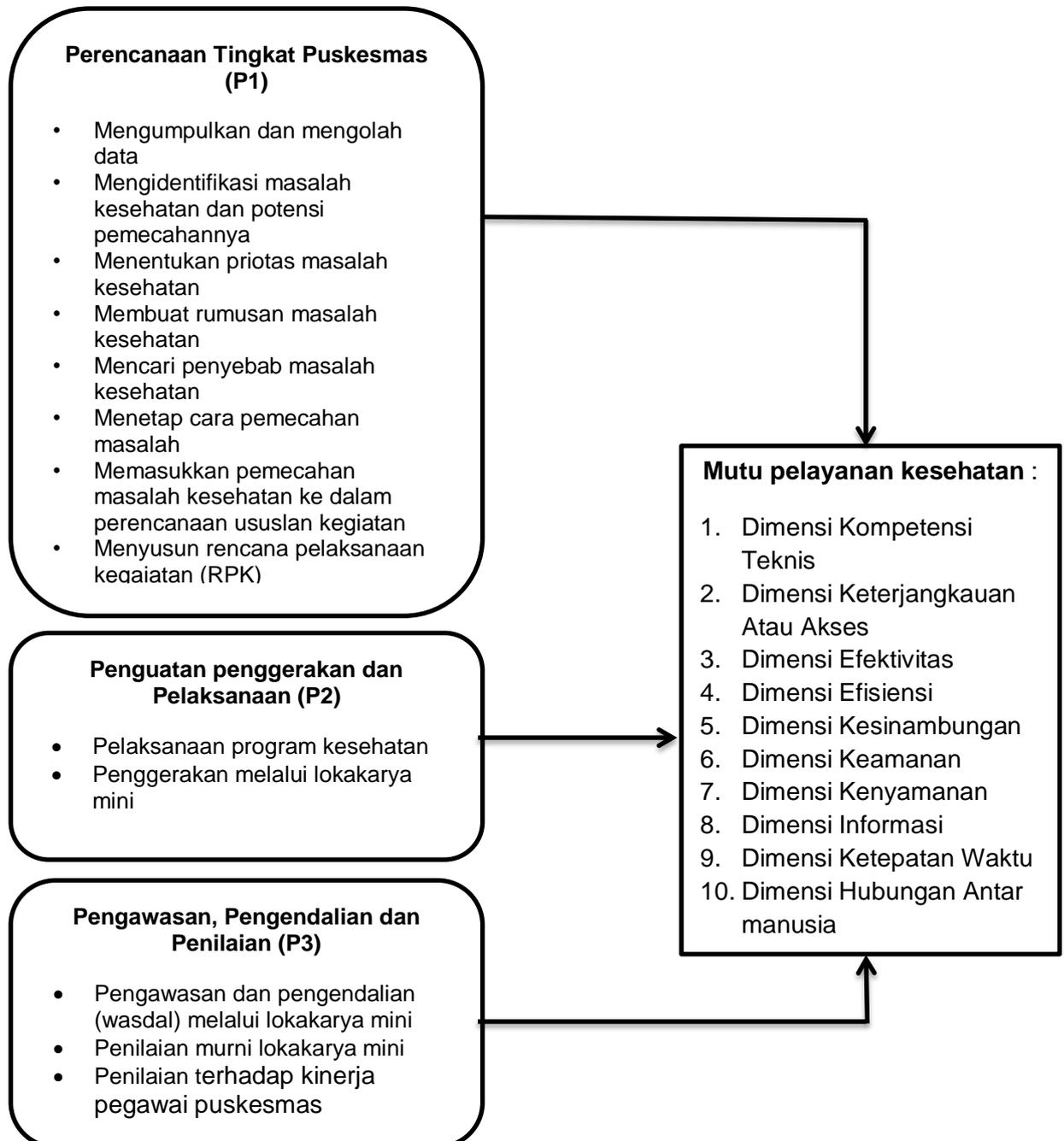
				Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh Akses Pelayanan Kesehatan(Ainurrahmah, 2015).	
2	Datas Jaya Melinting / 2017	Manajemen pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Kota Metro	Metode penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan cara observasi, wawancara dan dokumentasi.	Berdasarkan hasil penelitian ini adalah fungsi perencanaan yang dilakukan oleh RSUD Ahmad Yani sudah sesuai SOP yang berlaku. Pada fungsi pelaksanaan prosedur yang dilakukan oleh pegawai RSUD Ahma Yani juga sudah sesuai SOP yang berlaku, pada fungsi pengawasan focus pada budaya pelyanan. Budaya pelayanan pegawai RSUD Ahmad Yani belum semua menerapkan 6S (salam, senyum, sapa, santun, sopan, sabar). Kendala yang dihadapi RSUD Ahmad Yani yaitu kekurangan SDM(Melinting, 2017).	Jurnal
3	Naima, Sudirman, Muh. Anzar / 2016	Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Di	Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mutu pelayanan kesehatan ditinjau dari yaitu : 1)	Jurnal

		Puskesmas Sienjo Kecamatan Toribulu Kabupaten Parigi Moutong	menggunakan pendekatan kualitatif	ketanggapan sudah baik, 2) tanggung jawab sudah baik, 3) efesiensi sudah baik 4) dan efektivitas belum baik di Puskesmas Sienjo Kecamatan Toribulu Kecamatan Toribolu Kabupaten Parigi Moutong. Ditujukan bagi pihak instansi Puskesmas Diharapkan melakukan penambahan fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan harus memberikan pelayanan lebih efektif agar menjadi penilaian bagi mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Sienjo Kecamatan Toribulu Kabupaten Parigi Moutong(Naima, Sudirman and Anzar, 2016).	
4	Mochamad Abdul Riffai / 2014	Manajemen Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Slamet Riyadi Surakarta	Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah wawancara yaitu	Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Slamet Riyadi menunjukkan manajemen dari ketiga indikator yang digunakan untuk mengelola kualitas pelayanan kesehatan mampu	Jurnal

			<p>teknik yang digunakan penulis untuk mendapatkan keterangan-keterangan lisan melalui komunikasi langsung dengan pegawai serta dengan masyarakat pengguna jasa kesehatan Rumah Sakit Slamet Riyadi</p>	<p>dimaksimalkan. Untuk strategi langsung tertuang dalam program kerja yang merupakan kegiatan terpadu dan terencana yang berusaha mengelola sumber daya organisasi sebagai suatu sistem yang sesuai dengan tujuan dan sasarannya. Penilaian terhadap sumber daya manusia yang dilakukan oleh masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah Sakit Slamet Riyadi dinilai baik walaupun ada keterbatasan dalam pelaksanaannya. Dan penilaian terhadap sistem pelayanan yang diterapkan oleh Rumah Sakit Slamet Riyadi dalam pelayanan kesehatan telah mencerminkan prinsip kejelasan dan kesederhanaan (mudah dipahami dan dilaksanakan) sehingga masyarakat nyaman dengan sistem pelayanan yang ada (Riffai, 2010).</p>	
5.	Reizky Riyadi/ 2015	Mutu pelayanan kesehatan peserta	Penelitian ini menggunakan	Hasil penelitian disimpulkan bahwa mutu pelayanan	Jurnal

		JKN di puskesmas kecamatan Kembangan	pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif.	kesehatan peserta JKN di puskesmas Kecamatan Kembangan Jakarta Barat adalah baik, yaitu dengan persentase sebesar 83,25%(Reizky Riyadi, 2015).	
6.	Najah Soraya Niah	Manajemen Pelaksanaan Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Jombang Jawa Timur	Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian explanatory. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur variabel X yaitu perencanaan dan koordinasi, pengembangan SDM dan Penilaian kinerja pengaruhnya terhadap Kinerja Manajemen Puskesmas di kabupaten Jombang	Dari beberapa uraian uji statistik regresi berganda, dan uji hipotesis secara simultan maupun yang dilakukan secara parsial, maka hasil analisis regresi. Dari hasil penelitian diketahui bahwa variabel perencanaan (X1) mempunyai koefisien beta standar yang tinggi yaitu .415 dan lebih besar dari ketiga variabel bebas lainnya dengan kontribusi pengaruh sebesar 41,5% terhadap kinerja manajemen Puskesmas (Y).	Jurnal

F. KERANGKA TEORI



Gambar: Kerangka teori penelitian

Sumber : Modifikasi (Kemenkes RI,2016) dan (Pohan, 2007)

G. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti

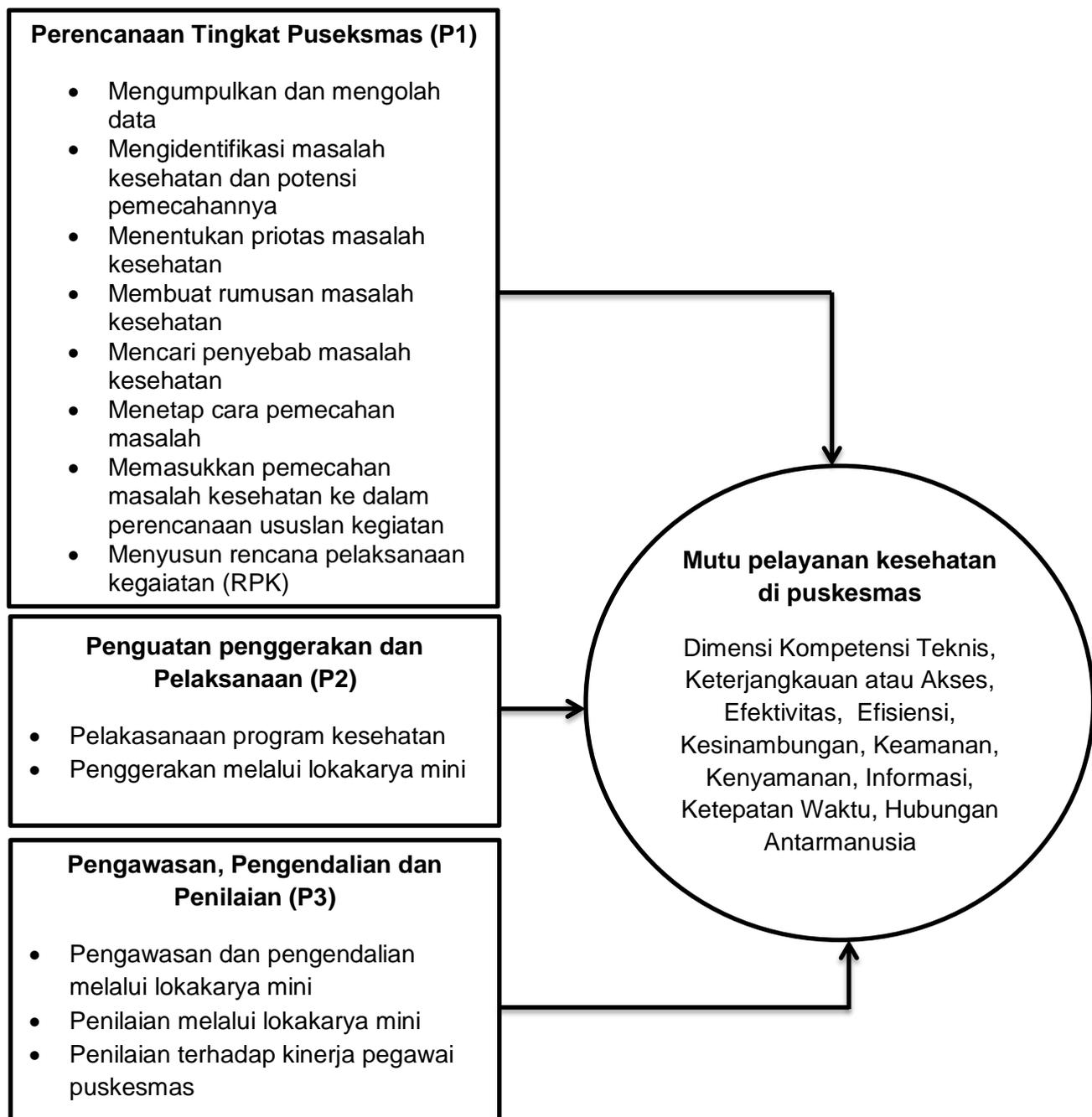
Manajemen puskesmas adalah serangkaian proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol untuk mencapai sasaran / tujuan secara efektif dan efisien. Terselenggaranya upaya kesehatan yang bermutu dan sesuai standar bagi puskesmas yang sudah terakreditasi dapat terlaksana secara terus menerus dan berkesinambungan sesuai dengan siklus manajemen puskesmas (PERMENKES 44 tahun 2016).

Upaya peningkatan mutu yang terus menerus dan berkesinambungan (Continuous Quality Improvement) di puskesmas adalah proses perbaikan kapasitas puskesmas secara menyeluruh, menurunkan dan mengendalikan variabilitas yang terdapat dalam proses untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara konsisten (Leebov dan Erasoz, 1991). Peningkatan mutu yang terus menerus dan berkesinambungan, berfokus pada proses individu, mengakui peran pengguna secara internal dan eksternal, dilakukan berdasarkan evidence based dalam menganalisis dan memperbaiki proses, merupakan upaya perubahan dan tantangan yang dihadapi puskesmas sebagai fasilitas layanan kesehatan. Proses manajemen dilakukan sebagai upaya perbaikan dan peningkatan mutu sesuai dengan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki.

Mutu pelayanan kesehatan meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi

juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2013).

H. Kerangka Konsep



Gambar : Kerangka konsep dari Teori Modifikasi (Kemenkes RI, 2016)

dan (Pohan, 2007)

I. HIPOTESIS PENELITIAN

1. Hipotesis nol(H_0)

- a. Tidak ada pengaruh Perencanaan (P1) terhadap mutu pelayanan puskesmas.
- b. Tidak ada pengaruh Penguatan penggerakan dan Pelaksanaan (P2) terhadap mutu pelayanan puskesmas.
- c. Tidak ada pengaruh Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3) terhadap mutu pelayanan puskesmas.

2. Hipotesis Alternatif (H_a)

- a. Ada pengaruh Perencanaan (P1) terhadap mutu pelayanan puskesmas.
- b. Ada pengaruh Penguatan penggerakan dan Pelaksanaan (P2) terhadap mutu pelayanan puskesmas.
- c. Ada pengaruh Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3) terhadap mutu pelayanan puskesmas.

J. DEFINISI OPERASIONAL

Definisi Operasional dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Dimensi Mutu pelayanan puskesmas

a. Definisi Operasional

Mutu pelayanan kesehatan yaitu kemampuan petugas layanan kesehatan dalam memberikan layanan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan mulai dari prosedur penerimaan

pasien,kecepatan, ketepatan serta konsistensi petugas dalam melayani pasiennya di Puskesmas wilayah kota Ambon

b. Skoring:

a) Jumlah Pertanyaan 47 nomor

b) Pertanyaan yang diberikan mempunyai 4 pilihan jawaban

c) Kriteria penilaian dengan menggunakan skala likert, yaitu:

(1) Kurang Baik = 1

(2) Cukup Baik = 2

(3) Baik = 3

(4) Sangat Baik = 4

d) Skor Tertinggi = Jumlah Pertanyaan x Skor Tertinggi
 = 47 x 4
 = 188 (100%)

e) Skor terendah = Jumlah Pertanyaan x Skor Terendah
 = 47 x 1
 = 47 (25%)

f) Range = Skor tertinggi – skor terendah
 = 100% - 25%
 = 75%

g) Interval

Perhitungan interval dengan menggunakan rumus :

$$I = \frac{R}{K}$$

maka interval $= \frac{75\%}{2} = 37,5\%$

h) Skor Standar $= 100\% - 37,5\%$
 $= 62,5\%$

c. Kriteria Objektif

Baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $\geq 62,5\%$

Kurang baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $< 62,5\%$.

2. Perencanaan Tingkat Puskesmas

a. Definisi Operasional

Perencanaan tingkat puskesmas, merupakan tahap awal sebelum melakukan pelaksanaan program kegiatan, penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) di puskesmas Ambon.

b. Skoring:

a) Jumlah Pertanyaan 5 nomor

b) Pertanyaan yang diberikan mempunyai 4 pilihan jawaban

c) Kriteria penilaian dengan menggunakan skala likert, yaitu:

1) Kurang Baik $= 1$

2) Cukup Baik $= 2$

3) Baik $= 3$

4) Sangat Baik $= 4$

d) Skor Tertinggi $= \text{Jumlah Pertanyaan} \times \text{Skor Tertinggi}$
 $= 5 \times 4$
 $= 20 (100\%)$

$$\begin{aligned}
 \text{e) Skor terendah} &= \text{Jumlah Pertanyaan} \times \text{Skor Terendah} \\
 &= 5 \times 1 \\
 &= 5 \text{ (25\%)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{f) Range} &= \text{Skor tertinggi} - \text{skor terendah} \\
 &= 100\% - 25\% \\
 &= 75\%
 \end{aligned}$$

g) Interval

Perhitungan interval dengan menggunakan rumus :

$$I = \frac{R}{K}$$

$$\text{maka interval} = \frac{75\%}{2} = 37,5\%$$

$$\begin{aligned}
 \text{h) Skor Standar} &= 100\% - 37,5\% \\
 &= 62,5\%
 \end{aligned}$$

c. Kriteria Objektif

Baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $\geq 62,5\%$

Kurang baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $< 62,5\%$

3. Penguatan penggerakan dan pelaksanaan

a. Definisi Operasional

Penguatan penggerakan dan pelaksanaan yaitu tindakan yang telah direncanakan dan disetujui dalam pelaksanaan program kesehatan di puskesmas Ambon.

b. Skoring:

a) Jumlah Pertanyaan 5 nomor

b) Pertanyaan yang diberikan mempunyai 4 pilihan jawaban

c) Kriteria penilaian dengan menggunakan skala likert, yaitu:

1) Kurang Baik = 1

2) Cukup Baik = 2

3) Baik = 3

4) Sangat Baik = 4

d) Skor Tertinggi = Jumlah Pertanyaan x Skor Tertinggi

$$= 5 \times 4$$

$$= 20 (100\%)$$

e) Skor terendah = Jumlah Pertanyaan x Skor Terendah

$$= 5 \times 1$$

$$= 5 (25\%)$$

f) Range = Skor tertinggi – skor terendah

$$= 100\% - 25\%$$

$$= 75\%$$

g) Interval

Perhitungan interval dengan menggunakan rumus :

$$I = \frac{R}{K}$$

$$\text{maka interval} = \frac{75\%}{2} = 37,5\%$$

h) Skor Standar = 100% – 37,5%

$$= 62,5\%$$

c. Kriteria Objektif

Pelaksanaan yang baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $\geq 62,5\%$

Pelaksanaan yang kurang baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $< 62,5\%$

4. Pengawasan, pengendalian dan penilaian

a. Definisi Operasional

Pengawasan, pengendalian dan penilaian adalah proses evaluasi dari berbagai pelaksanaan program kesehatan puskesmas di kota Ambon.

b. Skoring:

a) Jumlah Pertanyaan 4 nomor

b) Pertanyaan yang diberikan mempunyai 4 pilihan jawaban

c) Kriteria penilaian dengan menggunakan skala likert, yaitu:

1) Kurang Baik = 1

2) Cukup Baik = 2

3) Baik = 3

4) Sangat Baik = 4

d) Skor Tertinggi = Jumlah Pertanyaan x Skor Tertinggi

$$= 4 \times 4$$

$$= 16 (100\%)$$

e) Skor terendah = Jumlah Pertanyaan x Skor Terendah

$$= 4 \times 1$$

$$= 4 \text{ (25\%)}$$

f) Range

$$= \text{Skor tertinggi} - \text{skor terendah}$$

$$= 100\% - 25\%$$

$$= 75\%$$

g) Interval

Perhitungan interval dengan menggunakan rumus :

$$I = \frac{R}{K}$$

maka interval

$$= \frac{75\%}{2} = 37,5\%$$

h) Skor Standar

$$= 100\% - 37,5\%$$

$$= 62,5\%$$

c. Kriteria Objektif

Pengawasan, pengendalian dan penilaian yang baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $\geq 62,5\%$

Pengawasan, pengendalian dan penilaian yang kurang baik : Jika skor jawaban responden memenuhi kriteria $< 62,5\%$