

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL PENINGKATAN MUTU BERKELANJUTAN
LAYANAN KESEHATAN PRIMER DI SULAWESI SELATAN**

*Developing Continuous Quality Improvement Model for Primary
Health Care in South Sulawesi*

MUHAMMAD TAHIR
NIM. K013171002



PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL PENINGKATAN MUTU BERKELANJUTAN
LAYANAN KESEHATAN PRIMER DI SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

MUHAMMAD TAHIR
NIM. K013171002

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020

DISERTASI

PENGEMBANGAN MODEL PENINGKATAN MUTU BERKELANJUTAN LAYANAN KESEHATAN PRIMER DI SULAWESI SELATAN

Disusun dan diajukan oleh

MUHAMMAD TAHIR
Nomor Pokok K013171002

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 19 Agustus 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



Prof. Dr. Ridwan A. SKM, M. Kes, M. Sc, PH
Promotor

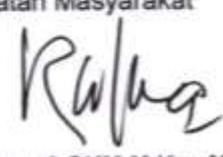

Prof. Sukri, SKM, M. Kes, M. Sc, PH, Ph.D
Ko-Promotor


Dr. Fridawaty Rivai, SKM, M. Kes
Ko-Promotor


Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanudin


Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed.

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Prof. Dr. Ridwan A. SKM, M. Kes, M. Sc, PH

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhammad Tahir
NIM : K013171002
Program Studi : S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Unhas

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2020
Yang menyatakan




Muhammad Tahir

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya serta salawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan disertasi ini dengan judul “Pengembangan Model Peningkatan Mutu Berkelanjutan Layanan Kesehatan Primer di Sulawesi Selatan ”.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan disertasi ini tidak terlepas dari keterlibatan berbagai pihak yang telah memberikan masukan yang sangat berarti. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat Mahaguru Mahaterpelajar Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., selaku Promotor, Mahaguru Mahaterpelajar Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D dan Mahaterpelajar Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes selaku Kopromotor, yang masing-masing telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran, perhatian dan keikhlasan sehingga disertasi ini dapat terselesaikan mulai dari pengembangan topik penelitian hingga penulisan.

Penulis juga menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A., selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan di Universitas Hasanuddin.

2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada Sekolah Pascasarjana.
3. Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat.
4. Prof. Dr. Ridwan A, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Dr. Ede Surya Darmawan, SKM.,M.DM, selaku penguji eksternal dari Universitas Indonesia, Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM.,M.Kes, Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM.,M.Kes dan Dr. Surya, SKM.,M.Kes masing-masing sebagai penguji.
6. Seluruh staf pengajar S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang yang telah memberikan izin dan senantiasa memberikan bantuan moril serta motivasi untuk melanjutkan pendidikan.

8. Ketua Stikes Muhammadiyah Sidenreng Rappang dan Ketua Badan Pembina Harian Stikes Muhammadiyah Sidenreng Rappang yang telah memberikan izin dan senantiasa memberikan bantuan moril serta motivasi untuk melanjutkan pendidikan.
9. Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas di Sulawesi Selatan yang telah memberikan izin untuk meneliti di wilayah kerjanya.
10. Para Enumerator dan rekan mahasiswa Pascasarjana S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2016 dan 2017, atas segala kerjasama dan partisipasi yang diberikan serta memberikan dorongan moril, kritik, dan saran yang bermanfaat bagi penulis.
11. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam kelancaran penulisan ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada kedua orang tua saya tercinta, Ibunda Hj. Dupe dan Ayahanda H.M. Saenong yang telah melahirkan, membesarkan, dan mendidik saya sejak kecil dengan penuh kasih sayang hingga saya mampu mencapai keadaan seperti ini. Ucapan terima kasih yang tulus kepada mertua saya Hj. Murmiati dan H. Sukarta yang telah senantiasa memberikan semangat motivasi dan doa dalam melaksanakan tugas sehari-hari dan melanjutkan studi saya.

Rasa bangga dan terima kasih yang tidak terhingga kepada mereka yang amat saya sayangi, Istri saya tercinta Asmah Sukarta, S.ST.,M.Kes dan anak-anakku tersayang Shaza Azzahrah Putri MT, Muhammad Aryah

Putra MT, dan Annisa Dzakhirah Putri MT, atas segala pengertian, kesabaran, dukungan doa dan cinta kasih yang tidak ternilai. Kepada saudariku Siti Hajerah, S.Farm.,Apt dan Sutriani, S.ST, serta saudara iparku Setu Rasidin, Pasmahasib, S.T dan Hamran, Amd.P yang selalu memberikan doa dan dukungan moril dalam menjalankan studi.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa disertasi ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga diharapkan saran yang membangun untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dan bermanfaat.

Makassar, Agustus 2020

Penulis

ABSTRAK

MUHAMMAD TAHIR. *Pengembangan Model Peningkatan Mutu Berkelanjutan Layanan Kesehatan primer di Sulawesi Selatan* (Dibimbing oleh **Ridwan Amiruddin, Sukri Palutturi dan Fridawaty Rivai**)

Era akreditasi pelayanan kesehatan dituntut memberikan layanan bermutu dan terjangkau, mengukur mutu dengan metode akreditasi telah diterapkan diberbagai Negara termasuk Indonesia. Peningkatan mutu pelayanan dengan Metode *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)* dan *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)*, belum memperhatikan aspek agama dan inovasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer.

Penelitian *mixed methods* dengan jenis desain *sequential explanatory*. Analisis data dengan *domain analysis* dan *Structural Equation Modeling*. Sebanyak 12 partisipan dan 395 responden yang diambil dari 79 puskesmas di Provinsi Sulawesi Selatan.

Penelitian menunjukkan bahwa nilai p pada variabel karakter reiligiis dalam hubungannya dengan variabel kepemimpinan ($p=0,001$), fokus pada proses ($p=0,001$), fokus kepada masyarakat ($p=0,001$), tim peningkatan mutu ($p=0,002$), dan lingkungan ($p=0,004$), maka ada hubungan yang signifikan. Nilai p pada variabel inovasi pelayanan dalam hubungannya dengan variabel lingkungan ($p=0,011$), dukungan dan kapasitas peningkatan mutu ($p=0,001$), fokus kepada masyarakat ($p=0,001$), karakter religius ($p=0,001$), maka ada hubungan yang signifikan. Disimpulkan bahwa model peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer yaitu karakter religious, inovasi pelayanan, kepemimpinan, organisasi, lingkungan, tim penigkatan mutu, fokus kepada masyarakat, fokus pada proses, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu. Diharapkan kepala puskesmas menerapkan pendekatan karakter religius dan inovasi pelayanan.

Kata Kunci : Peningkatan Mutu Berkelanjutan, Analisis SEM, Karakter Religius, Inovasi Pelayanan, Pusat Kesehatan Masyarakat



ABSTRACT

MUHAMMAD TAHIR. *Developing Continuous Quality Improvement Model for Primary Health Care in South Sulawesi (Supervised by Ridwan Amiruddin, Sukri Palutturi and Fridawaty Rivai)*

Providing quality and affordable services is a demand in the era of accreditation of health services, several countries including Indonesia have implemented quality measurements with accreditation methods. In fact, improving service quality with *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)* method and *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)* has not included religion and innovation as aspects to consider. This study aims to develop a model for continuous quality improvement of primary health care.

This research utilized mixed methods with sequential explanatory design. Data analysis was performed using domain analysis and structural equation modeling. There were 12 participants and 395 respondents drawn from 79 community health centers in South Sulawesi Province.

The results of the research revealed that p value on religious character variable in relation to leadership variable ($p=0.001$), focus on the process ($p = 0.001$), focus on the community ($p = 0.001$), quality improvement team ($p = 0.002$), and the environment ($p = 0.004$). It indicates that there was a significant relationship. Importantly, p value on service innovation variable in relation to environmental variable ($p = 0.011$), support and capacity for quality improvement ($p = 0.001$), focus on the community ($p = 0.001$), religious character ($p = 0.001$). Thus, there was also a significant relationship. It is concluded that model for continuous quality improvement of primary health care includes religious character, service innovation, leadership, organization, environment, quality improvement team, focus on the community, focus on process, support and capacity for quality improvement. It is hoped that the head of the Community Health Center will adopt an approach of religious character and service innovation.

Keywords: Continuous Quality Improvement, SEM Analysis, Religious Character, Service Innovation, Community Health Centers



DAFTAR ISI

JUDUL PENELITIAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TEBEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	13
D. Manfaat Penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Tinjauan Umum Tentang Mutu	16
B. Tinjauan Umum Tentang Layanan Kesehatan Primer	28
C. Tinjauan Umum Peningkatan Mutu Berkelanjutan	62
D. Tinjauan Umum Tentang Karakter Religius	77
E. Tinjauan Umum Tentang Inovasi Puskesmas	91
F. Penelitian Terdahulu	103
G. Kerangka Teori Penelitian	108
H. Kerangka Konsep Penelitian	110
I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	112
BAB III METODE PENELITIAN	119
A. Rancangan Penelitian	119
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	120
C. Populasi, sampel, Informan dan <i>Response Rate</i>	120
D. Sumber Data	122
E. Tahap Pengumpulan Data	128
F. Teknik Pengumpulan Data	128
G. Penyusunan Instrumen Penelitian	132
H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	133
I. Hipotesis Penelitian	135
J. Jalur Penelitian	137

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	138
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	138
B. Hasil Penelitian	139
C. Pembahasan Penelitian	198
D. Kendala, Keterbatasan dan Agenda Penelitian	265
E. Novelty	266
BAB V PENUTUP	269
A. Kesimpulan	269
B. Saran	270

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
2.1.	<i>Framework Baldrige</i>	19
2.2.	Model untuk Sukses Memahami Peningkatan Mutu	25
2.3	Konsep Dasar Akreditasi Berdasarkan Permenkes 43 tahun 2015	58
2.4	Mekanisme Pendampingan Persiapan Akreditasi Puskesmas Berdasarkan Permenkes 43 tahun 2015	60
2.5	Mekanisme Akreditasi Puskesmas Berdasarkan Permenkes 43 tahun 2015	62
2.6	Kerangka Teori Penelitian	109
2.7	Kerangka Konsep Penelitian	111
3.1	Alur Penelitian	137
4.1	Skema hasil FGD dengan Informan tentang Karakter Religius	152
4.2	Skema hasil Diskusi dan Wawancara dengan Informan tentang Inovasi Pelayanan Kesehatan	164
4.3	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Kepemimpinan	181
4.4	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Organisasi	181
4.5	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Lingkungan	182
4.6	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Tim Peningkatan Mutu	183
4.7	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Dukungan dan Kapasitas Peningkatan Mutu	184
4.8	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Fokus kepada Masyarakat	185
4.9	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Fokus Pada Proses	185
4.10	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Karakter Religius	186
4.11	<i>Confirmatory Factor Analysis</i> Inovasi Pelayanan	187
4.12	Hubungan Antar Variabel	188
4.13	<i>Structural Equation Modeling</i> (SEM)	191
4.14	Analisis <i>Structural Equation Modeling</i> (SEM)	194
4.15	Model Peningkatan Mutu Berkelanjutan Layanan Kesehatan Primer	196
4.16	<i>The Tahir's Model of Continuous Quality Improvement</i>	262

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
2.1	Indikator Peningkatan Mutu Berkelanjutan	76
2.2	Matriks Jurnal tentang Mutu Pelayanan Kesehatan	103
2.3	Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif	112
3.1	Jumlah Populasi berdasarkan <i>stratified</i> Puskesmas	122
3.2	Jumlah Sampel berdasarkan <i>stratified</i> Puskesmas	125
3.3	<i>Response Rate</i> Responden berdasarkan <i>stratified</i> Puskesmas	126
3.4	Pelaksanaan Pengumpulan dan Pengolahan Data	129
4.1	Karakteristik Informan FGD Penelitian Variabel Karakter Religius dan Inovasi Pelayanan Kesehatan di Sulawesi Selatan	141
4.2	Karakteristik Informan <i>Indepth Interview</i> Variabel Inovasi Pelayanan Kesehatan di Sulawesi Selatan	142
4.3	Distribusi Berdasarkan Karakteristik Responden Petugas Puskesmas di Sulawesi Selatan	166
4.4	Distribusi Responden berdasarkan Karakteristik Puskesmas di Sulawesi selatan	169
4.5	Distribusi Responden Berdasarkan variabel Peningkatan Mutu Berkelanjutan Layanan Kesehatan Primer di Sulawesi Selatan	171
4.6	Hasil Analisis Pengaruh Kepemimpinan, Organisasi, Lingkungan, Tim Peningkatan Mutu terhadap Peningkatan Mutu Berkelanjutan Layanan Kesehatan Primer di Sulawesi Selatan	175
4.7	Hasil Analisis Pengaruh Dukungan dan Kapasitas Peningkatan Mutu, Pengukuran Analisis dan Manajemen Informasi, Fokus pada proses, Fokus pada Masyarakat terhadap Peningkatan Mutu Berkelanjutan Layanan Kesehatan Primer di Sulawesi Selatan	177
4.8	Hasil Analisis Karakter Religius, dan Inovasi Pelayanan terhadap Peningkatan Mutu Berkelanjutan Layanan Kesehatan Primer di Sulawesi Selatan	179
4.9	Hubungan Antar Variabel	188
4.10	Analisis <i>Structural Equation Modeling</i> (SEM)	191
4.11	Analisis <i>Structural Equation Modeling</i> (SEM)	194

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 Pedoman Wawancara
2. Lampiran 2 Hasil Analisis FDG dan *Indepth Interview*
3. Lampiran 3 Dokumentasi FGD
4. Lampiran 4 Kuesioner Kuantitatif
5. Lampiran 5 Hasil Uji Validitas & Reabilitas Kuesioner
6. Lampiran 6 *Reseach Randomizer*
7. Lampiran 7 Dokumentasi Kegiatan Pelatihan Enumerator
8. Lampiran 8 Dokumentasi Kegiatan Pengambilan Data di Puskesmas
9. Lampiran 9 Master Data
10. Lampiran 10 Analisis Data
11. Lampiran 11 Izin Penelitian
12. Lampiran 12 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Era akreditasi pelayanan kesehatan dituntut memberikan layanan bermutu dan terjangkau. Salah satu pengakuan mutu adalah hasil akreditasi. Akreditasi adalah salah satu bentuk penilaian atau evaluasi mutu dan kelayakan institusi yang dilakukan oleh organisasi atau badan akreditasi. Akreditasi merupakan suatu proses dan hasil untuk menilai dan menentukan status mutu berdasarkan standar mutu yang telah ditetapkan. Pengukuran kualitas pelayanan dengan metode akreditasi telah diterapkan diberbagai negara sebagai salah satu alat ukur untuk memastikan kualitas layanan dan penggunaan sumber daya yang efisien dan efektif (Sudarso, 2010).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggunakan sistem ini untuk mengevaluasi proses pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien (WHO, 2006). WHO menyarankan agar setiap negara memastikan mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh warga negaranya (WHO, 2010 ; Idaiani & Riyadi, 2018).

Upaya peningkatan mutu belum berkelanjutan karena akreditasi dianggap sebagai akhir dari sebuah mutu. Akreditasi secara historis lebih merupakan proses penilaian dan pemantauan melalui pengukuran kepatuhan terhadap standar, laporan *Institute of Medicine* (IoM) telah menghasilkan pendekatan peningkatan kualitas yang lebih berdasarkan

hasil. Sekilas komponen hasil audit dan kualitas yang disarankan sulit untuk menentukan dan mengisolasi manfaat akreditasi dari perbaikan kualitas dan keselamatan pasien (McLaughlin, Johnson, & Sollecito, 2011).

Negara dengan pendapatan rendah dan berkembang umumnya memiliki hasil yang buruk dalam segi sistem kesehatan, meskipun banyak upaya dalam rangka peningkatan mutu layanan kesehatan. Lebih dari 8 juta orang pertahun di negara berkembang dan negara miskin, meninggal akibat kondisi pelayanan kurang berkualitas. Pada tahun 2015, kematian tersebut mengakibatkan kerugian secara ekonomi sebesar 6 triliun US Dolar. Terdapat 60% kematian akibat dari kondisi yang dapat dicegah akibat dari pelayanan yang berkualitas buruk, sedangkan sisanya karena tidak memanfaatkan sistem kesehatan yang ada (Kruk E, 2018)

Permasalahan pelayanan kesehatan primer secara global, di negara berkembang adalah lambatnya proses pelayanan kesehatan. Di negara berkembang pemanfaatan akses terhambat dikarenakan jauhnya jarak tempuh, belum optimalnya pemanfaatan akses, dan penggunaan akses sesuai regulasi yang masih belum optimal oleh petugas, sementara di negara maju permasalahan yang terjadi adalah sulitnya mendapat perjanjian dengan dokter terutama setelah jam kerja dikarenakan kesibukan yang padat. Upaya pencegahan dan promosi kesehatan di negara maju sudah lebih baik dilakukan dibandingkan negara berkembang yang lebih ke kuratif daripada preventif (Aurora W, 2019).

Permasalahan pelayanan kesehatan primer di Indonesia meliputi pendistribusian/pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan SDM kesehatan yang ditujukan terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK) (Kemenkes RI, 2015). Selain itu masih adanya keluhan atas pelayanan kesehatan, proses diagnosa kurang akurat, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus, kerusakan vaksin masih dinilai lamban dalam bertindak. Sebagai bentuk kurang berkualitasnya pelayanan kesehatan, kasus malpraktik 10 tahun terakhir terdapat 317 kasus (MKDKI, 2016). Dari segi output mutu layanan kesehatan dapat dilihat dari angka kematian Neonatus 15 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu 305 per 100.000 kelahiran hidup, angkat usia harapan hidup di Indonesia masih 71. 2 tahun (Kemenkes RI, 2018).

Pelayanan kesehatan primer di Provinsi Sulawesi Selatan, hampir sama dengan permasalahan nasional, selain jumlah dan kualitas sarana dan prasarana, juga sumber daya tenaga kesehatan yang masih kurang dan tidak merata. Pelayanan juga masih cenderung melamban, kurang *responsive*, dugaan kasus malpraktik masih ada, pasien/masyarakat komplain pelayanan. Angka kematian ibu dan neonatus masih tinggi, berdasarkan data Dinkes SulSel, tahun 2017, kematian ibu hamil dan melahirkan 115 kasus, dan tahun 2018 menjadi 139 kasus dan usia harapan hidup 72,5 tahun (Profil Dinkes Sulsel, 2019).

Perbaikan pelayanan kesehatan tentulah sangat penting dalam membangun sistem kesehatan yang baik. Salah satu penelitian menyebutkan bahwa peningkatan kualitas teknis dari pelayanan kesehatan, jika dikombinasikan dengan pemberian layanan yang *responsive*, perlakuan yang adil, hasil kesehatan yang lebih baik, dan perlindungan risiko keuangan, akan meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada pemerintah (Rockers P., et al, 2012)

Peningkatan mutu yang tidak berkelanjutan akan memberikan dampak terhadap rendahnya kepuasan pasien, kurangnya kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan, meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas, meningkatnya angka kematian ibu, angka kematian bayi, angka kematian balita, menurunnya usia harapan hidup, dan rendahnya derajat kesehatan masyarakat (Austin A., et al, 2014)

Peningkatan mutu pelayanan sebagai suatu konsep menurut Baldrige memiliki dimensi, antara lain: kepemimpinan, perencanaan strategis, fokus terhadap pasien yang dilayani, pengukuran, analisis dan pengetahuan manajemen, fokus pada sumber daya manusia, program manajemen, dan hasil yang diperoleh (Brown, 2013) (Lazaros A, at el 2017). Teori tersebut lebih banyak dikembangkan di dunia pendidikan untuk mengukur suatu mutu. Konsep mutu yang dikembangkan oleh Kaplan lebih fokus pada pelayanan kesehatan yang membagi mutu dalam lima dimensi, yaitu: mikrosistem, organisasi (makrosistem), level

lingkungan, tim peningkatan mutu, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu (Kaplan, Provost, Froehle, & Margolis, 2012).

Peningkatan mutu pelayanan dengan Metode Baldrige dinilai belum cukup karena masih ada beberapa aspek yang belum masuk dalam kajiannya yaitu level lingkungan, tim peningkatan mutu, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, akses, pembiayaan, kultur, karakter religius dan inovasi. *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)* yang dikembangkan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan juga belum melakukan kajian terhadap fokus konsumen, fokus pelaksanaan, akses, keselamatan pasien, karakter religius, dan inovasi. Padahal aspek tersebut juga sangat penting pengaruhnya terhadap peningkatan mutu pelayanan.

Berdasarkan konsep peningkatan mutu yang dikembangkan diberbagai Negara maju tersebut, *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)* dan *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)*, Salah satu kelemahan penting yang dirasakan dari kedua model tersebut adalah tidak satupun yang memperhatikan agama dan inovasi, sehingga model tersebut masih kurang tepat dikembangkan di Indonesia karena masyarakat Indonesia tidak bisa memisahkan diri dari agama. Dalam memfokuskan ke dalam variabel agama, diketahui bahwa segala *taklif* hukum selalu bertujuan untuk kemaslahatan hamba (manusia) dalam kehidupan dunia dan akhirat. Allah SWT tidak membutuhkan ibadah seseorang, karena ketaatan dan maksiat hamba tidak memberikan

pengaruh apa-apa terhadap kemuliaan Allah SWT. Jadi, sasaran manfaat hukum tidak lain adalah kepentingan manusia (Khairul Umam, 2001).

Membangunan karakter religius pada setiap karyawan tentu akan memberikan dampak positif terhadap kemampuan bertindak dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Hal tersebut telah dibuktikan melalui penelitian bahwa kualitas layanan Islami memiliki dampak positif dan signifikan terhadap kepuasan pelanggan (Putra & Herianingrum, 2015) sejalan dengan hasil temuan oleh Othman dan Owen (2001) bahwa terdapat hubungan yang kuat antara kepatuhan pada syariat Islam dengan kepuasan konsumen (Othman & Owen, 2001). Sementara menurut Sulistiadi dan Rahayu bahwa kunci sukses implementasi syariah di rumah sakit sangat tergantung pada keterlibatan seluruh sumber daya dan lingkungan, komitmen yang kuat, demand masyarakat yang tinggi terhadap rumah sakit syari'ah (Sulistiadi & Rahayu, 2016).

As-Syatibi menyatakan bahwa konsep syari'ah mampu menjawab masalah zaman kekinian dan masalah yang akan datang. Salah satu solusi yang ditawarkan melalui pendekatan maqashid syari'ah dalam istimbath hukum. Dimana pendekatan tersebut mempertimbangkan realitas atau situasi praktikal dalam hubungannya dengan tujuan akhir (maqashid) dan nilai-nilai mulia syari'at, serta aturan masyarakat dan peradaban. Mengingat pentingnya pendekatan maqashid syari'ah dalam ushul fiqh. Maqashid syari'ah yang dapat diterapkan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah penjagaan agama (hifz ad-diin),

penjagaan jiwa (hifz an-nafs), penjagaan akal (hifz al-'aql), penjagaan keturunan (hifz an-nasl) dan penjagaan harta (hifz al-mal) (As-Syatibi, 1996).

Penelitian yang dilakukan di 25 rumah sakit Jerman untuk menilai hubungan antara status akreditasi dan kepuasan pasien yang melibatkan 3.000 pasien menggunakan kuesioner Picker untuk menilai tujuh dimensi kepuasan pasien, ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepuasan pasien dan status akreditasi rumah sakit (Sack et al., 2010). Penelitian melibatkan 36.777 pasien rawat inap yang dipilih secara acak dari 73 rumah sakit yang berbeda. Temuan penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat rekomendasi dan akreditasi, namun menemukan bahwa walaupun akreditasi rumah sakit merupakan langkah menuju Manajemen Kualitas Total (*Total Quality Management*) (Sack et al., 2011).

Penelitian yang dilakukan Haj Ali et al. (2014), di Lebanon menemukan tidak ada dampak sistem akreditasi nasional Lebanon terhadap kepuasan pasien (Strumpf et al., 2012). Penelitian yang dilakukan di 41 rumah sakit yang telah mendapat nilai akreditasi dari *Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara skor akreditasi yang mewakili kualitas pelayanan dengan penilaian kepuasan pasien yang merupakan indikator kualitas layanan (Heuer, 2004).

Studi lain yang dilakukan oleh Hayati et al (2010) membandingkan kepuasan pasien rawat inap di bangsal bedah medis antara rumah sakit terakreditasi dan yang tidak terakreditasi di Malaysia, menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan dalam kepuasan pasien antara rumah sakit terakreditasi dan rumah sakit yang tidak terakreditasi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Herlina et al. (2018) menunjukkan kendala utama belum diterapkannya sistem informasi manajemen di rumah sakit adalah mahal biaya membangun sistem informasi manajemen.

Penelitian yang dilakukan Sutrisno (2016) di Rumah Sakit Tingkat II Tentara Nasional Indonesia menemukan kualitas layanan secara signifikan berpengaruh terhadap kepuasan pasien rumah sakit tingkat II TNI. Hasil penelitian ini mendukung Teori Gasperz Vincent dan Tjiptono bahwa kualitas adalah totalitas karakter jasa yang memenuhi kebutuhan spesifik. Kebutuhan spesifik pasien rumah sakit tingkat dua TNI antara lain kemudahan dan kenyamanan dalam memperoleh layanan. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Meuraxa menyimpulkan bahwa implementasi konsep pelayanan kesehatan berbasis Islami berhubungan terhadap kepuasan pasien (Perdana, Hermansyah, & Darmawan, 2017).

Penelitian yang dilakukan di rumah sakit menyatakan bahwa indikator mutu pelayanan klinik rumah sakit sebagian besar mengalami penurunan pasca akreditasi, yaitu mengalami penurunan angka pasien decubitus dan penurunan angka kematian ibu melahirkan akibat perdarahan. Upaya yang dilakukan untuk terus meningkatkan mutu sesuai

indikator mutu yaitu melakukan rapat koordinasi secara rutin (Kuntjoro, 2005).

Keberhasilan implementasi kebijakan akan ditentukan oleh banyak variabel atau faktor, dan masing-masing variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain (Edwards, 1980; Kotler, Bowen, & Makens, 2009). Puskesmas belum sepenuhnya memberikan kontribusi maksimal dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat, akibatnya masyarakat menggunakan layanan klinik, praktik mandiri, rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya. Selain itu, citra dan penampilan puskesmas yang kurang mendapat perhatian.

Penerapan inovasi pelayanan yang dilakukan di Puskesmas Jagir terlaksana sesuai dengan tujuan yang diinginkan dalam memberikan pelayanan kesehatan, merupakan proses perbaikan dari sistem yang telah ada sehingga pelayanan yang dilakukan dapat memberikan kontribusi yang positif untuk puskesmas dan pengguna jasanya (Anggraeny, 2013). Jenis inovasi puskesmas dikelompokkan menurut Damanpour yaitu inovasi produk/jasa dan inovasi proses (Damanpour, 1991).

Dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional, diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Sesuai dengan Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi garda terdepan dalam

penyelenggaraan upaya kesehatan dasar khususnya dalam era JKN saat ini (Permenkes 43, 2019).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 46 tahun 2015 menetapkan bahwa indikator mutu pelayanan kesehatan yaitu akreditasi. Upaya peningkatan mutu pelayanan puskesmas wajib diakreditasi berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali oleh karena itu perlu adanya upaya evaluasi kegiatan persiapan akreditasi yang telah dilakukan agar puskesmas dapat lebih siap menghadapi penilaian re-akreditasi selanjutnya (Permenkes 46, 2015).

Jumlah puskesmas yang ada di Indonesia pada tahun 2019 sebanyak 9.913 puskesmas dan yang telah diakreditasi sebanyak 7.508 puskesmas. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di 13 provinsi di Indonesia selama 3 tahun (2016-2018) bahwa 45 puskesmas yang telah evaluasi selama 3 hari setiap puskesmas dengan menggunakan instrumen akreditasi yang telah disusun dan ditetapkan Kementerian Kesehatan RI yang terdiri dari 9 bab, 42 standar, 168 kriteria dan 776 elemen penilaian. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 2,2% tidak terakreditasi dan 97,8% terakreditasi. Status akreditasi dasar sebanyak 45,5%, status akreditasi madya sebanyak 40,9%, status akreditasi utama sebanyak 13,6% dan belum ada yang terakreditasi paripurna. Ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan kesehatan di puskesmas masih sangat rendah (Tahir M et al, 2020).

Puskesmas yang berada di Provinsi Sulawesi Selatan sampai Februari 2019 sebanyak 458 dengan rincian yang telah terakreditasi sebanyak 404 puskesmas dan belum terakreditasi 54 puskesmas. Puskesmas yang telah terakreditasi dasar sebanyak 134 puskesmas (33,2%), madya sebanyak 227 puskesmas (56,1%), utama sebanyak 40 puskesmas (9,9%) dan Paripurna sebanyak 3 puskesmas (0,8%) (Profil Dinkes Sulsel, 2019).

Hasil penelitian awal yang dilakukan peneliti di 12 puskesmas (4 dasar, 4 madya, 3 utama dan 1 paripurna) menemukan bahwa ada 69 % puskesmas yang telah diakreditasi tidak mampu meningkatkan mutu berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*). Puskesmas dengan status akreditasi dasar dan madya ada kecenderungan sistem peningkatan mutu tidak berkelanjutan, disebabkan karena masih adanya anggapan bahwa akreditasi merupakan tujuan utama dari proses ini, pimpinan dan staf belum mampu menerapkan manajemen puskesmas, masih rendahnya kepatuhan terhadap standar, dan pedoman dalam melaksanakan kegiatan, ketidakmampuan pimpinan puskesmas dalam mengelola kultur dan religious stafnya, ketidakmampuan staf dalam mengidentifikasi peluang-peluang inovasi dalam meningkatkan capaian kinerja, belum terlatihnya tim mutu dan tim audit internal puskesmas, dan masalah sarana dan prasana, serta ketidakmampuan menjamin upaya peningkatan mutu berkelanjutan. Dari berbagai permasalahan tersebut diharapkan ada suatu konsep pengembangan model peningkatan mutu

berkelanjutan layanan kesehatan primer yang bisa diterapkan di puskesmas.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan upaya peningkatan mutu berkelanjutan di tingkat puskesmas yang masih rendah. Peneliti mencoba untuk mengkaji faktor yang mempengaruhi peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer di Sulawesi Selatan sehingga pertanyaan dan masalah kajiannya dalam penelitian ini adalah:

1. Apa indikator pembentuk karakter religius terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer?
2. Apa indikator pembentuk inovasi terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer?
3. Bagaimana pengaruh karakter religius, inovasi pelayanan, organisasi, kepemimpinan, lingkungan, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus kepada masyarakat, fokus pada proses, tim peningkatan mutu, dan pengukuran, analisis dan manajemen Informasi terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer?
4. Bagaimana pengaruh organisasi, kepemimpinan, lingkungan, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus kepada masyarakat, fokus pada proses, tim peningkatan mutu, dan pengukuran, analisis dan manajemen Informasi melalui karakter religius terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer?

5. Bagaimana pengaruh organisasi, kepemimpinan, lingkungan, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus kepada masyarakat, fokus pada proses, tim peningkatan mutu, dan pengukuran, analisis dan manajemen Informasi melalui inovasi pelayanan terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer?
6. Bagaimana pengembangan model peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer di Sulawesi Selatan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengembangkan model peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer di Sulawesi Selatan

2. Tujuan Khusus

1. Mengeskplorasi indikator pembentuk variabel karakter religius dalam peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer di Sulawesi Selatan
2. Mengeskplorasi indikator pembentuk variabel inovasi pelayanan dalam peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer di Sulawesi Selatan.
3. Menganalisis pengaruh karakter religius, inovasi pelayanan, organisasi, kepemimpinan, lingkungan, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus kepada masyarakat, fokus pada proses,

tim peningkatan mutu, dan pengukuran, analisis dan manajemen Informasi terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer.

4. Menganalisis pengaruh organisasi, kepemimpinan, lingkungan, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus kepada masyarakat, fokus pada proses, tim peningkatan mutu, dan pengukuran, analisis dan manajemen Informasi melalui karakter religius terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer
5. Menganalisis pengaruh organisasi, kepemimpinan, lingkungan, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus kepada masyarakat, fokus pada proses, tim peningkatan mutu, dan pengukuran, analisis dan manajemen Informasi melalui inovasi pelayanan terhadap peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer
6. Menemukan model peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer di Sulawesi Selatan

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Keilmuan

Sebagai kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang mutu layanan kesehatan primer, melalui pengujian dan pengembangan teori MUSIQ, Malcolm Baldrige, Karakter Religius dan Inovasi.

2. Manfaat Praktis

- a. Sebagai bahan masukan bagi pengelola layanan kesehatan primer dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
- b. Untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer.

3. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini akan memperkaya wawasan dan pengetahuan peneliti. Selain itu, penelitian ini juga merupakan salah satu cara untuk mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dalam rangka mendapatkan gelar doktor *public health*.

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Mutu

1. Sejarah Perkembangan Mutu

Pada tahun 1920 di Amerika Serikat telah diperkenalkan *Quality control* oleh W.A Shewhart, di sebuah pabrik di Cicero, Illinois. Ini awal dari perkembangan paling penting dalam pemikiran manajerial. Pada bulan Mei tahun 1924 Walter Shewhart menggambarkan diagram kendali pertama yang meluncurkan pengendalian proses statistik dan peningkatan kualitas. Pada bulan November tahun itu ada mulai serangkaian proyek penelitian yang kemudian dikenal sebagai studi Hawthorne (Neave & Henry R, 1990).

Shewhart, Deming, dan Juran sering dianggap sebagai tiga pendiri gerakan peningkatan kualitas. Dua kontribusi Shewhart terus digunakan dalam peningkatan kualitas pekerjaan yaitu, diagram kontrol dan siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) (Sallis E, 2016).

2. Pengertian Mutu

Phillip B. Crosby dalam kegiatan *The conformance of requirements*, pada 1979 berpendapat bahwa mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan. Pendapat tersebut menegaskan bahwa :

- a. Mutu adalah derajat dipenuhinya persyaratan yang ditentukan.
- b. Mutu adalah kesesuaian terhadap kebutuhan, bila mutu rendah merupakan hasil dari ketidaksesuaian.

Suatu produk atau pelayanan yang sesuai dengan segala spesifikasinya akan dikatakan bermutu, apapun bentuk produknya. Diakui bahwa ada korelasi erat antara biaya dan mutu tetapi mutu tidak sama dengan kemewahan. Mutu harus dapat dicapai, dapat diukur, dapat memberi keuntungan dan untuk mencapainya diperlukan kerja keras (Sallis E, 2016).

Suatu sistem yang berorientasi pada peningkatan mutu akan dapat mencegah kesalahan-kesalahan dalam penilaian. Crosby mengidentifikasi 14 langkah peningkatan mutu. Kata kunci mutu : kerjakan sesuatu dengan benar sejak awal dan kerjakan tugas yang benar dengan baik. Menurut J.M. Juran mutu adalah *Fitness for use*”, atau kemampuan kecocokan penggunaan. Menurut Avedis Dona Bedian 1980, mutu adalah suatu sifat yang dimiliki dan merupakan suatu keputusan terhadap unit pelayanan tertentu dan bahwa pelayanan dibagi ke dalam paling sedikit dua bagian : teknik dan interpersonal (Wijono, 1999) (Sallis E, 2016).

Meskipun yang menjadi fokus utama dari teori tentang mutu nampak ada perbedaan, tetapi secara umum menunjukkan persamaan bila diterapkan dalam pelayanan kesehatan. Adapun persamaan mutu dari teori-teori tersebut adalah :

- a. Mutu dapat didefinisikan dan diukur, dimana prinsip bisnis dapat diterapkan dan dikembangkan ke dalam pelayanan kesehatan untuk memenuhi kepuasan pelanggan.
- b. Mutu sangat dinamis. Mutu yang baik, tidak hanya untuk dicapai tetapi perlu terus menerus dikembangkan.
- c. Mutu melibatkan kompetisi tanpa batas. Crosby menyatakan mutu itu bebas, bukan pemberian.
- d. Mutu harus dilakukan dengan mengerjakan sesuatu yang benar dengan cara benar pula.
- e. Mutu berhubungan dengan hasil, fokus dari semua usaha adalah untuk memperoleh hasil. Yang menjadi perhatian utama pada apa yang telah dicapai tetapi bukan apa yang sudah dikerjakan.
- f. Mutu merupakan tanggung jawab bersama. Komitmen harus dimulai dari pimpinan, stakeholder dan pada semua sistem dalam organisasi.
- g. Mutu dan biaya sangat terkait, dengan peningkatan mutu maka dapat menjadi kunci untuk mengendalikan biaya pengeluaran dan peningkatan *revenue*, akan tetapi proses dari peningkatan mutu itu akan dapat memberikan kerugian yang besar bila tidak mampu dikontrol atau bila organisasi meningkatkan proses yang tidak tepat.
- h. Mutu dan kinerja memiliki makna yang hampir sama. Apa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan adalah kurangnya pengertian terhadap arti mutu dalam setiap pelaksanaan kegiatannya.

3. *The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*

Malcolm Baldrige yang pernah menjadi menteri perdagangan Amerika Serikat (1981-1987) telah berkontribusi pada upaya peningkatan mutu dalam berbagai aspek di Amerika Serikat. Baldrige diabadikan namanya dalam bentuk penghargaan (*award*) mutu dalam kategori manufaktur, jasa, usaha kecil, pendidikan dan kesehatan sejak 1987. *Baldrige Award* bertujuan untuk memberi motivator dan keinginan setiap organisasi bersaing dalam peningkatan mutu. Salah satu kerangka kerja untuk mencapai mutu tinggi adalah Kriteria MBNQA. Sebagai alat penilaian mandiri (*selfassessment*), membantu mengidentifikasi kekuatan-kekuatan perusahaan, mencari peluang-peluang perusahaan dan mencari peluang bagi perbaikan proses dan hasil yang berdampak kepada stakeholder, pelanggan, karyawan, pemilik (*owner*), pemasok (*supplier*), serta masyarakat. Kriteria MBNQA juga membantu dalam hal mengatur sumber daya, antara lain memperbaiki komunikasi, produktivitas, efektivitas, serta mencapai tujuan-tujuan organisasi (Badri, at el, 2006) (Lazaros A, at el 2017).

The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) yaitu:

1. Kepemimpinan (*leadership*),
2. Perencanaan strategis (*strategic planning*),
3. Fokus pada pelanggan (*customer focused*),
4. Pengukuran, analisis, dan manajemen pengetahuan
(*measurement, analysis, and knowledge management*),
5. Fokus pada tenaga kerja (*workforce focused*),

6. Fokus pada operasi (*operation focused*),

7. Hasil (*result*).

Digambarkan dalam *framework Baldrige*. Gambar *framework Baldrige* dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.1 *Framework Baldrige*

Sumber: *Dimensions in Greek Tertiary Education System 2017*

The National Institute of Standard and Technology dan *The American Society for Quality (ASQ)* memberikan penghargaan dengan menggunakan metode *Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE)* yang telah diadopsi oleh puluhan ribu perusahaan di lebih dari 70 negara (Lazaros A, at el 2017). MBCfPE diadopsi karena di dalam penilaiannya dimuat aspek kepemimpinan memberi pengaruh besar terhadap kinerja organisasi secara keseluruhan. Indonesia termasuk negara yang mengadopsi MBCfPE

dengan nama *Indonesian Quality Award* (IQA) sebagai bentuk penghargaan kinerja terhadap Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dengan dimaksudkan untuk meningkatkan keunggulan kompetitif dari BUMN dalam menghadapi persaingan global (Badri, at el, 2006).

Indonesian Quality Award (IQA) adalah suatu penghargaan pencapaian kinerja ekselen organisasi yang diukur berdasarkan hasil penilaian menurut kriteria *Malcolm Baldrige*. Proses penilaian untuk pemberian penghargaan ini berlangsung setiap tahun. Peserta dalam penghargaan ini adalah organisasi/perusahaan yang bergerak dalam bidang bisnis, non-bisnis, kesehatan dan pendidikan baik swasta maupun pemerintah. Proses “*awarding*” diawali dengan penilaian dan dilanjutkan dengan penganugrahan penghargaan. Kegiatan ini diselenggarakan oleh *IQA Foundation* secara periodik setiap tahun (IQAF, 2013).

Malcolm Baldrige Criteria For Performance Excellence dikembangkan berdasarkan 11 (sebelas) nilai dasar (*core value*) yang menjadi dasar pengelolaan perusahaan berkinerja unggul. Kesebelas nilai dasar tersebut ialah kepemimpinan yang visioner, keekselenan yang diarahkan oleh pelanggan, pembelajaran organisasi dan karyawan, kegesitan, fokus pada masa depan, pengelolaan inovasi, manajemen berdasarkan fakta, tanggung jawab kemasyarakatan, fokus pada hasil dan penciptaan nilai, perspektif kesisteman.

Berdasarkan *Indonesia Quality Award Foundation*

mengemukakan manfaat dari penggunaan Malcolm Baldrige yaitu:

1. Memberdayakan organisasi.
2. Sesuai dengan instansi/industri.
3. Untuk mencapai tujuan.
4. Memperbaiki hasil
5. Lebih kompetitif melalui keselarasan perencanaan, proses, keputusan, pegawai, tindakan dan hasil.

Menggunakan Kriteria Baldrige akan memberikan anda suatu asesmen yang holistik yang menunjukkan dimana organisasi berada dan kemana organisasi harus berada. Akan memberikan suatu tools yang diperlukan untuk menguji semua bagian sistem manajemen dan memperbaiki proses dan hasil yang diinginkan organisasi secara keseluruhan.

Kriteria pengukuran, analisis dan manajemen pengetahuan menanyakan bagaimana organisasi menyeleksi, mengumpulkan, menganalisis, mengelola dan memperbaiki data, informasi dan aset pengetahuannya (*knowledgeassets*); bagaimana ia belajar; dan bagaimana ia mengelola teknologi dan informasinya. Kriteria juga menguji bagaimana temuan review untuk memperbaiki kinerja (Lazaros A, at el 2017).

4. *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)*

The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ) adalah sebuah model peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang dikembangkan oleh H.C Kaplan (Kaplan et al., 2012).

Kepemimpinan adalah tema yang meresap dan penting di seluruh MUSIQ. Di tingkat organisasi, kepemimpinan manajemen senior secara langsung mempengaruhi pengembangan budaya *Quality Improvement (QI)* dan mengarahkan sumber daya dan investasi untuk mendukung peningkatan. Kepemimpinan manajemen senior juga menetapkan tim *Quality Improvement (QI)* dan kepemimpinan sistem mikro yang efektif. Kepemimpinan tim QI penting dalam keberhasilan keseluruhan fungsi tim QI dan kepemimpinan sistem mikro sangat penting dalam membangun budaya yang mendukung QI dalam sistem mikro, mengembangkan kemampuan QI sistem mikro, mendorong motivasi staf untuk meningkat, dan mempromosikan kepemimpinan tim QI yang kuat.

Faktor yang berkaitan dengan dukungan dan kapasitas *Quality Improvement (QI)* dihipotesiskan untuk mempengaruhi keberhasilan QI. Memiliki sistem untuk mengumpulkan, mengelola, dan memfasilitasi penggunaan data untuk mendukung QI, memiliki dukungan keuangan (termasuk alokasi sumber daya dan waktu staf), dan pengembangan tenaga kerja untuk terlibat dalam QI melalui pelatihan, penghargaan, tim QI, kepemimpinan tim, keragaman tim sistem pakar, dan pengaturan ekspektasi diyakini penting dalam memfasilitasi peningkatan tim QI dan sistem mikro.

Pengembangan *MUSIQ*, pendapat ahli dikombinasikan dengan literatur yang diterbitkan. Ada 13 Aspek konteks dalam MUSIQ, termasuk kepemimpinan, organisasi, budaya, QI kematangan dalam

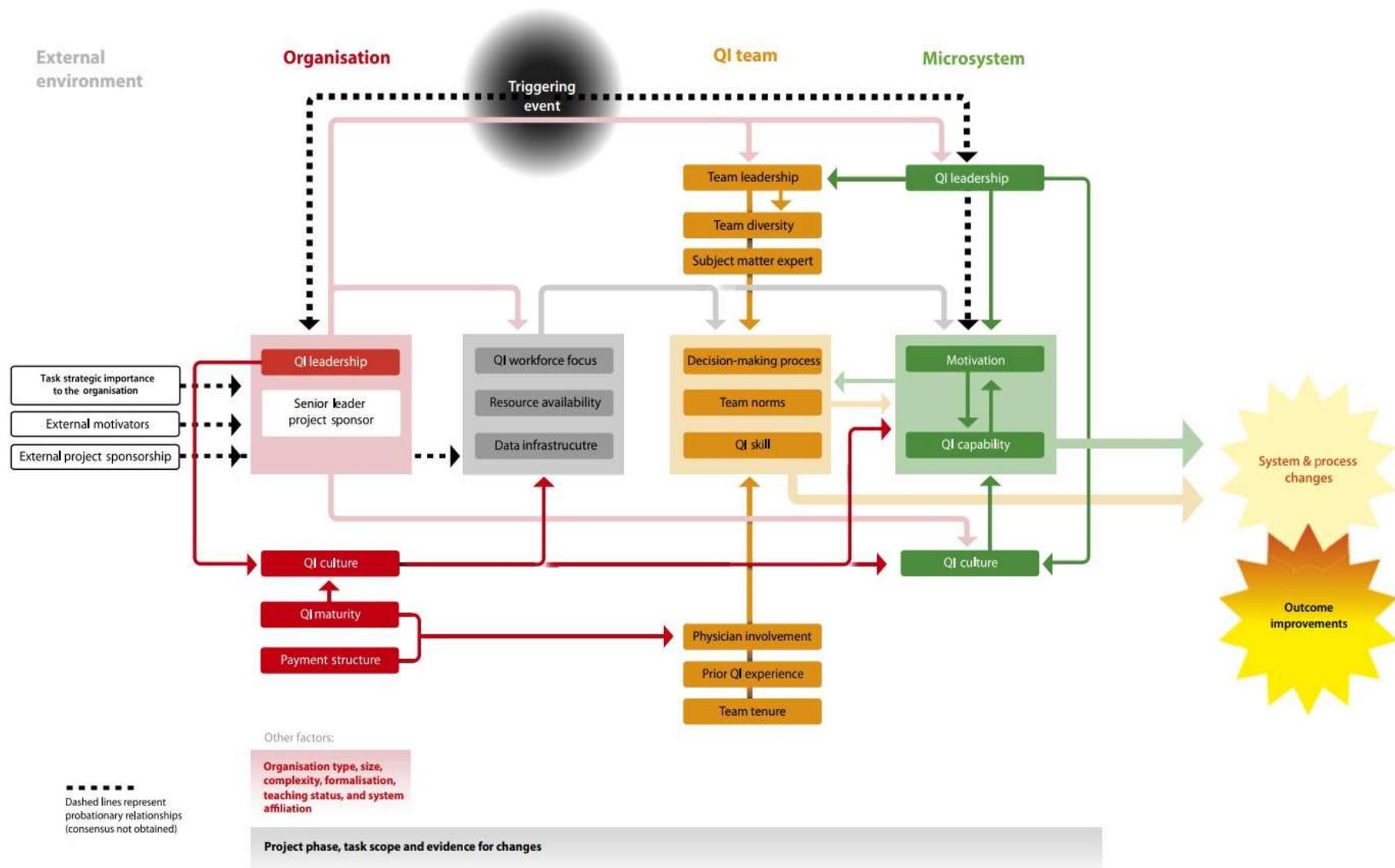
organisasi, dan infrastruktur data, memiliki basis bukti terkuat dalam literatur yang ada. Aspek-aspek konteks lain yang termasuk dalam MUSIQ seperti keterlibatan dokter, motivasi sistem mikro untuk berubah, kepemimpinan tim QI, dan ketersediaan sumber daya lebih jarang dipelajari dalam literatur yang diterbitkan, tetapi memiliki hubungan yang konsisten dalam sejumlah kecil studi yang meneliti faktor-faktor ini. Faktor kontekstual yang tersisa termasuk dalam MUSIQ didukung oleh laporan dalam literatur yang diterbitkan dan pengalaman kolektif para ahli dalam implementasi QI di bidang kesehatan dan industri.

Suatu sistem produk dari masing-masing bagian dan hubungan timbal baliknya, setiap upaya untuk lebih memahami sifat peka konteks dari implementasi QI membutuhkan perhatian pada interkoneksi di antara semua faktor kontekstual.

MUSIQ juga terbukti bermanfaat dalam membantu pelaksana *Quality Improvement (QI)*, aspek yang penting dalam keberhasilan akhir *Quality Improvement (QI)* dilakukan secara sistematis. Program *Improvement Advisor* telah menggunakan MUSIQ pada proyek QI mereka untuk memikirkan faktor-faktor kontekstual yang terkait dengan kegiatan yang direncanakan. MUSIQ telah membantu untuk mengambil pendekatan komprehensif mengenai apa yang dapat dilakukan untuk memodifikasi aspek-aspek konteks ini dengan mengintervensi berbagai tingkatan sistem. Sebagai contoh, untuk mempengaruhi para pemimpin organisasi dalam menyediakan sumber

daya dan dukungan kegiatan. Berikut model MUSIQ: *Model for Understanding Success in Quality* (Kaplan et al., 2012).

Model untuk Sukses Memahami Kualitas (MUSIQ). MUSIQ menunjukkan bagaimana konteks mempengaruhi keberhasilan peningkatan kualitas individu (QI). Faktor-faktor kontekstual disusun berdasarkan pada tingkat sistem pelayanan kesehatan, termasuk sistem mikro (hijau), organisasi atau sistem makro (merah), dan tingkat lingkungan (putih). Faktor-faktor yang berkaitan dengan aspek dukungan dan kapasitas QI (abu-abu) atau karakteristik tim QI (oranye) diidentifikasi ada di seluruh level sistem. Faktor-faktor yang tidak ditugaskan ke level sistem tertentu juga berwarna putih (misalnya, memicu peristiwa, tugas strategis penting).



Gambar 2.2. Model untuk Sukses Memahami Peningkatan Mutu (Kaplan et al, 2013)

Kerangka MUSIQ berguna untuk menginterogasi sistem IVV. Hipotesis dan asumsi, dan uraiannya tentang lingkungan mikro/makro dipetakan kira-kira dengan data. Modifikasi diperlukan, untuk mendapatkan representasi yang benar-benar jelas tentang apa yang ditemukan. Kerangka MUSIQ memiliki potensi untuk memandu penerapan metode QI dalam perawatan kesehatan dan fokus penelitian. Kekhususan MUSIQ dan penggambaran hubungan secara eksplisit di antara berbagai faktor memungkinkan pemahaman yang lebih dalam tentang mekanisme tindakan dengan konteks mempengaruhi kesuksesan QI. MUSIQ juga menyediakan landasan untuk mendukung studi lebih lanjut untuk menguji dan menyempurnakan teori dan memajukan bidang ilmu pengetahuan QI.

5. Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Pada umumnya untuk meningkatkan mutu pelayanan ada dua cara dalam melakukan penilaian mutu yaitu :

1. Meningkatkan mutu dan kualitas sumber daya, tenaga, biaya, peralatan, perlengkapan dan material.
2. Memperbaiki metode atau penerapan teknologi yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan.

Menurut Donabedian, ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu, yaitu :

1. Input

Input meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia lainnya di fasilitas kesehatan. Baik tidaknya struktur sebagai input dapat diukur dari :

- a. Jumlah, besarnya input.
- b. Mutu struktur atau mutu input.
- c. Besarnya anggaran atau biaya.
- d. Kewajaran.

2. Proses

Proses merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien. Proses mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Baik tidaknya proses dapat diukur dari :

- a. Relevan tidaknya proses itu bagi pasien
- b. Fleksibilitas dan efektifitas
- c. Mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya
- d. Kewajaran, tidak kurang dan tidak berlebihan.

3. Outcome

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Dapat berarti adanya

perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif. *Outcome* jangka pendek adalah hasil dari segala suatu tindakan tertentu atau prosedur tertentu. *Outcome* jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien.

B. Tinjauan Umum Tentang Layanan Kesehatan Primer

1. Perkembangan *Primary Health Care (PHC)*

PHC merupakan hasil pengkajian, pemikiran, pengalaman dalam pembangunan kesehatan di banyak negara yang diawali dengan kampanye massal pada tahun 1950-an dalam pemberantasan penyakit menular, karena pada waktu itu banyak negara tidak mampu mengatasi dan menanggulangi wabah penyakit TBC, Campak, Diare dan sebagainya. Pada tahun 1960 teknologi Kuratif dan Preventif dalam struktur pelayanan kesehatan telah mengalami kemajuan. Sehingga timbullah pemikiran untuk mengembangkan konsep "Upaya Dasar Kesehatan".

Pada tahun 1972/1973, WHO mengadakan studi dan mengungkapkan bahwa banyak negara tidak puas atas sistem kesehatan yang dijalankan dan banyak isu tentang kurangnya pemerataan pelayanan kesehatan di daerah-daerah pedesaan. Akhirnya pada tahun 1977 dalam Sidang Kesehatan Sedunia (*World Health Assembly*) dihasilkan kesepakatan "Health For All by The Year

2000 atau Kesehatan Bagi Semua Tahun 2000”, dengan sasaran semesta utamanya adalah tercapainya derajat Kesehatan yang memungkinkan setiap orang hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi”. Sebagai tindak lanjut, pada tahun 1978 Konferensi Alma Ata menetapkan “*Primary Health Care*” (Sidabutar, 2019).

Primary Health Care (PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*).

Pada tahun 1978, dalam Konferensi Alma Ata ditetapkan prinsip PHC sebagai pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan bagi semua. Lima prinsip PHC sebagai berikut:

1. Pemerataan upaya kesehatan

Distribusi perawatan kesehatan menurut prinsip ini yaitu perawatan primer dan layanan lainnya untuk memenuhi masalah kesehatan utama dalam masyarakat harus diberikan sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan dan kelas sosial.

2. Penekanan pada upaya preventif

Upaya preventif adalah upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.

3. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan

Teknologi medis harus disediakan yang dapat diakses, terjangkau, layak dan diterima budaya masyarakat (misalnya penggunaan kulkas untuk vaksin *cold storage*).

4. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian

Peran serta atau partisipasi masyarakat untuk membuat penggunaan maksimal dari lokal, nasional dan sumber daya yang tersedia lainnya. Partisipasi masyarakat adalah proses di mana individu dan keluarga bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka dan mengembangkan kapasitas untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat. Partisipasi bisa dalam bidang identifikasi kebutuhan atau selama pelaksanaan. Masyarakat perlu berpartisipasi di desa, lingkungan, kabupaten atau tingkat pemerintah daerah. Partisipasi lebih mudah di tingkat lingkungan atau desa karena masalah heterogenitas yang minim.

Tiga unsur utama yang terkandung dalam PHC adalah sebagai berikut mencakup upaya-upaya dasar kesehatan,

melibatkan peran serta masyarakat, melibatkan kerjasama lintas-sektoral.

1. Tujuan PHC

b. Tujuan Umum

Untuk menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

c. Tujuan Khusus:

1. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
2. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
3. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
4. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

2. Penerapan *Primary Health Care (PHC)* di Indonesia

Deklarasi Alma Ata (1978) *Primary Health Care (PHC)* adalah kontak pertama individu, keluarga, atau masyarakat dengan sistem pelayanan. Pengertian ini sesuai dengan definisi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009, yang menyatakan bahwa Upaya Kesehatan Primer adalah upaya kesehatan dasar dimana

terjadi kontak pertama perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Dalam mendukung strategi PHC yang pertama, Kementerian Kesehatan RI mengadopsi nilai inklusif, yang merupakan salah satu dari 5 nilai yang harus diterapkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, yaitu pro-rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih.

Strategi PHC yang kedua, sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan, yaitu:

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani
2. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan
3. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan
4. Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik.

Di Indonesia, pelaksanaan *Primary Health Care* secara umum dilaksanakan melalui pusat kesehatan dan dibawahnya (termasuk sub-pusat kesehatan, pusat kesehatan berjalan) dan banyak kegiatan berbasis kesehatan masyarakat seperti Rumah Bersalin Desa dan Pelayanan Kesehatan Desa seperti Layanan Pos Terpadu (ISP atau Posyandu). Secara administratif, Indonesia

terdiri dari 33 provinsi, 349 Kabupaten dan 91 Kotamadya, 5.263 Kecamatan dan 62.806 desa.

Untuk strategi ketiga, Kementerian Kesehatan saat ini memiliki salah satu program yaitu saintifikasi jamu yang dimulai sejak tahun 2010 dan bertujuan untuk meningkatkan akses dan keterjangkauan masyarakat terhadap obat-obatan. Program ini memungkinkan jamu yang merupakan obat-obat herbal tradisional yang sudah lazim digunakan oleh masyarakat Indonesia, dapat teregister dan memiliki izin edar sehingga dapat diintegrasikan di dalam pelayanan kesehatan formal. Untuk mencapai keberhasilan penyelenggaraan PHC bagi masyarakat, diperlukan kerjasama baik lintas sektoral maupun regional, khususnya di kawasan Asia Tenggara.

Dalam penerapannya ada beberapa masalah yang terjadi di Indonesia. Permasalahan yang utama ialah bagaimana *Primary Health Care* belum dapat dijalankan sebagaimana semestinya. Oleh karena itu, ada beberapa target yang seharusnya dilaksanakan dan dicapai yaitu:

1. Memantapkan Kemenkes berguna untuk menguatkan dan meningkatkan kualitas pelayanan dan mencegah kesalahpahaman antara pusat kesehatan dan masyarakat

2. Pusat Kesehatan yang bersahabat merupakan metode alternatif untuk menerapkan paradigma sehat pada pelaksana pelayanan kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan primer masih penting pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
4. Pada era desentralisasi, variasi pelayanan kesehatan primer semakin melebar dan semakin dekat pada budaya lokal.

Strategi PHC ketika itu didukung oleh Kementerian Kesehatan RI. Dalam mendukung strategi PHC yang pertama, Kementerian Kesehatan RI mengadopsi nilai inklusif, yang merupakan salah satu dari 5 nilai yang harus diterapkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, yaitu: pro-rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih. Pelaksanaan *Primary Health Care* secara umum dilaksanakan melalui pusat kesehatan dan di bawahnya. Pada penelitian ini layanan kesehatan primer dibatasi hanya pada pusat kesehatan masyarakat.

Strategi PHC yang kedua, sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan, seperti; Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani. Kedua adalah untuk melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan. Selanjutnya untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan,

dan yang terakhir adalah untuk menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik.

Strategi ketiga, Kementerian Kesehatan saat ini memiliki salah satu program yaitu saintifikasi jamu yang dimulai sejak tahun 2010 dan bertujuan untuk meningkatkan akses dan keterjangkauan masyarakat terhadap obat-obatan. Program ini memungkinkan jamu yang merupakan obat-obat herbal tradisional yang sudah lazim digunakan oleh masyarakat Indonesia, dapat teregister dan memiliki izin edar sehingga dapat diintegrasikan di dalam pelayanan kesehatan formal. Untuk mencapai keberhasilan penyelenggaraan PHC bagi masyarakat, diperlukan kerjasama baik lintas sektoral maupun regional, khususnya di kawasan Asia Tenggara.

Pelaksanaan strategi Kementerian Kesehatan, tentu ada kendala yang ditemui para penyelenggaranya. Sehingga, muncul target-target yang disusun guna untuk menanggulangi kendala tersebut seperti dengan menciptakan citra Pusat Kesehatan yang bersahabat dan merupakan metode alternatif untuk menerapkan paradigma sehat pada pelaksana pelayanan kesehatan. Adapun contoh dari bentuk operasional dari PHC di Indonesia adalah Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (Dirjen Binkesmas Depkes RI, 1976). PKMD mencakup serangkaian kegiatan swadaya masyarakat berazaskan gotong royong, yang didukung oleh

pemerintah melalui koordinasi lintas sektoral dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan atau yang terkait dengan kesehatan, agar masyarakat dapat hidup sehat guna mencapai kualitas hidup dan kesejahteraan yang lebih baik.

3. Sejarah Perkembangan Puskesmas di Indonesia

Sejarah dan perkembangan puskesmas di Indonesia mulai dari didirikannya berbagai institusi kesehatan seperti balai pengobatan, balai kesejahteraan ibu dan anak, serta diselenggarakannya berbagai upaya-upaya kesehatan seperti usaha higiene dan sanitasi lingkungan yang masing-masing berjalan sendiri-sendiri. Pada pertemuan *Bandung Plan* (1951) dr. J. Leimena mencetuskan pemikiran mengintegrasikan berbagai institusi dan upaya tersebut dibawah satu pimpinan agar lebih efektif dan efisien.

Konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO, konsep pelayanan yang terintegrasi lebih berkembang dengan pembentukan *team work* dan *team approach* dalam pelayanan kesehatan (1956). Gagasan ini dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari dinas kesehatan kabupaten di setiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970. Penggunaan istilah puskesmas pertama kali dimuat pada *Master Plan of Operation for Strengthening National Health Service in Indonesia* Tahun 1969. Dalam dokumen tersebut disebutkan puskesmas terdiri atas 3 tipe

puskesmas (tipe A, tipe B, tipe C) kemudian dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional III tahun 1970 menetapkan hanya ada satu tipe puskesmas dengan 6 kegiatan pokok.

Perkembangan selanjutnya lebih mengarah pada penambahan kegiatan pokok seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, kemampuan pemerintah serta keinginan program ditingkat pusat, sehingga kegiatan berkembang menjadi 18 kegiatan pokok, bahkan DKI Jakarta mengembangkan menjadi 21 kegiatan pokok.

4. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang lebih di kenal puskesmas adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang diberikan tanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau sebagian wilayah kecamatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dijelaskan bahwa puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota (Permenkes 43, 2019).

Indikator keberhasilan puskesmas dapat diukur secara internal organisasi puskesmas itu sendiri melalui penilaian kinerja puskesmas yang dilakukan setiap tahun, yang mencakup manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan, yang lebih dikenal Sistem Informasi Manajemen Puskesmas.

Menurut Lieberman dan Marzoeki (1999) dengan melihat rendahnya mutu pelayanan kesehatan di puskesmas karena masalah manajemen mutu dan juga kebijakan kesisteman yang lebih luas, yaitu desain program puskesmas yang seragam tanpa membedakan antara yang wajib dan pengembangan, kebijakan pembiayaan pelayanan mencampur adukkan antara barang privat dan barang publik, dan kebijakan *reward system* personil yang tidak mempertimbangkan hasil kinerja karyawan. Dengan model manajemen puskesmas melalui pendekatan birokrasi tersebut di atas berakibat pada rendahnya semangat dari personil untuk meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan yang mendorong personil untuk menghabiskan anggaran pemerintah (Lieberman dan Marzoeki, 1999).

Pada Permenkes No. 43 tahun 2019, puskesmas wajib di akreditasi secara berkala paling sedikit 3 tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS. Pendekatan penilaian yang dipakai dalam akreditasi adalah penilaian system administrasi dan manajemen puskesmas, upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan perorangan, dengan mengutamakan keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan untuk menjamin bahwa 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 (Permenkes 43, 2019).

Untuk meningkatkan mutu di puskesmas tim manajemen puskesmas harus mampu bekerja dengan baik dan profesional, di bawah koordinasi dan supervisi kepala puskesmas yang menjalankan fungsi kepemimpinan yang baik dan tepat sesuai situasi dan kondisi. Upaya kesehatan yang diberikan harus selalu memperhatikan kepentingan, kebutuhan dan harapan masyarakat sebagai konsumen eksternal, kepentingan dan kepuasan dari seluruh staf puskesmas sebagai konsumen internal, serta dukungan sarana dan prasarana puskesmas, karena pemerintah daerah kabupaten/kota sebagai pemilik/*owner*. Pemerintah kabupaten/kota selaku pemilik pelayanan harus mempersiapkan puskesmas, menganalisis kebutuhan pelayanan dan ketersediaan sumber daya puskesmas sesuai Permenkes nomor 43 Tahun 2019.

Murray dan Frenk (2000) mengidentifikasi bahwa pemberian pelayanan kesehatan yakni pelayanan kesehatan perorangan (*personal health service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*non-personal health service*). Pelayanan kesehatan perorangan didefinisikan sebagai pelayanan yang dikonsumsi secara langsung oleh perorangan terlepas apakah termasuk promotif, preventif, diagnostik, kuratif, maupun rehabilitasi, dan juga tidak peduli apakah

menimbulkan eksternalitas atau tidak. Sementara, pelayanan kesehatan masyarakat didefinisikan sebagai setiap intervensi kesehatan yang bersifat kolektif (pendidikan kesehatan massal) maupun intervensi yang bersifat *non-human* (sanitasi lingkungan) (Murray dan Frenk, 2000).

Mencermati definisi di atas, maka pemisahan pelayanan kesehatan di puskesmas menjadi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat adalah tergantung kepada siapa konsumennya. Bila pelayanan kesehatan dikonsumsi secara langsung oleh individu dan bersifat orang per orang maka pelayanan tersebut termasuk pelayanan kesehatan perorangan. Misalnya pengobatan, pemeriksaan bumil, imunisasi bayi, dan sebagainya. Namun, bila intervensi kesehatan bersifat massal atau bersifat *non-human*, maka termasuk pelayanan kesehatan masyarakat. Misalnya pelayanan posyandu, penyuluhan kesehatan, pemeriksaan kualitas air, sanitasi lingkungan, dan sebagainya.

Pembagian tersebut tidak ada sangkut-pautnya dengan konsekuensi pemisahan dalam aspek pembiayaan publik *versus private*. Memang, pelayanan kesehatan masyarakat jelas harus dibiayai oleh pemerintah (barang publik). Namun di dalam komponen pelayanan kesehatan perorangan tampaknya masih ada komponen yang harus dibiayai oleh pemerintah (barang publik), terutama pelayanan kesehatan individual yang menimbulkan eksternalitas yang

nyata, misalnya imunisasi, pengobatan penyakit menular, dan sebagainya.

5. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Puskesmas dalam menyelenggarakan prinsip penyelenggaraan puskesmas meliputi:

a. Paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

b. Pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

c. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat

d. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan

e. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan

memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan

f. Keterpaduan dan kesinambungan

Pusat kesehatan masyarakat mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

6. Tujuan Penyelenggaraan Puskesmas

Tujuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan di puskesmas untuk mewujudkan masyarakat:

1. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
2. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
3. Hidup dalam lingkungan sehat
4. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

7. Tugas, Fungsi dan Wewenang Penyelenggaraan Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

Dalam melaksanakan tugas, maka puskesmas mempunyai

fungsi penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya dan penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya, memiliki kewenangan untuk:

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor lain terkait
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap

akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan

9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya, memiliki kewenangan untuk:

1. Menyenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
2. Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
3. Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
4. Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
5. Menyenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
6. Melaksanakan rekam medis
7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan
8. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan
9. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya

10. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

Selain menyelenggarakan fungsi tersebut diatas, puskesmas dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

Sumber daya manusia puskesmas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dihitung berdasarkan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja.

Jenis tenaga kesehatan yang harus ada di puskesmas paling sedikit terdiri atas:

1. Dokter atau dokter layanan primer
2. Dokter gigi
3. Perawat/Ners
4. Bidan
5. Tenaga kesehatan masyarakat
6. Tenaga kesehatan lingkungan
7. Ahli teknologi laboratorium medik
8. Tenaga gizi
9. Tenaga kefarmasian.

Tenaga non kesehatan harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di puskesmas.

Dalam rangka pemenuhan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya, puskesmas dikategorikan menjadi:

1. Puskesmas kawasan perkotaan
2. Puskesmas kawasan pedesaan
3. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Berdasarkan kemampuan penyelenggaraan, puskesmas dikategorikan menjadi:

1. Puskesmas non rawat inap

Puskesmas non rawat inap adalah puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal.

2. Puskesmas rawat inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberikan tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

8. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas

Struktur organisasi puskesmas tergantung dari kegiatan dan beban masing-masing puskesmas. Penyusunan struktur organisasi puskesmas di satu kabupaten/kota dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan penetapannya dilakukan dengan peraturan daerah.

Sebagai acuan dapat dipergunakan pola struktur organisasi puskesmas berdasarkan Permenkes No. 43 tahun 2019 sebagai berikut:

1. Kepala Puskesmas

Kepala puskesmas merupakan seorang tenaga kesehatan dengan kriteria tingkat pendidikan paling rendah sarjana kesehatan, kecuali puskesmas terpencil dan sangat terpencil bila tidak terdapat sarjana kesehatan, maka dapat mengangkat kepala puskesmas dengan pendidikan minimal diploma tiga kesehatan dan memiliki kompetensi manajemen kesehatan masyarakat, masa kerja di puskesmas minimal 2 (dua) tahun, dan telah mengikuti pelatihan manajemen puskesmas.

2. Kasubag Tata Usaha, membawahi beberapa kegiatan diantaranya.

1. Sistem Informasi Puskesmas.
2. Kepegawaian dan rumah tangga.
3. Keuangan.

3. Penanggung jawab UKM esensial dan keperawatan kesehatan masyarakat yang membawahi:
 - a. Pelayanan promosi kesehatan termasuk UKS
 - b. Pelayanan kesehatan lingkungan
 - c. Pelayanan KIA-KB yang bersifat UKM
 - d. Pelayanan gizi yang bersifat UKM
 - e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit
 - f. pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat
4. Penanggung jawab UKM Pengembangan membawahi upaya pengembangan yang dilakukan Puskesmas, antara lain:
 - a. Pelayanan kesehatan jiwa
 - b. Pelayanan kesehatan gigi masyarakat
 - c. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer
 - d. Pelayanan kesehatan olahraga
 - e. Pelayanan kesehatan indera
 - f. Pelayanan kesehatan lansia
 - g. Pelayanan kesehatan kerja
 - h. Pelayanan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan.
5. Penanggung jawab UKP, kefarmasian, dan laboratorium membawahi beberapa kegiatan, yaitu:
 - a. Pelayanan pemeriksaan umum
 - b. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut
 - c. Pelayanan KIA-KB yang bersifat UKP

- d. Pelayanan gawat darurat
 - e. Pelayanan gizi yang bersifat UKP
 - f. Pelayanan persalinan
 - g. Pelayanan rawat inap untuk Puskesmas yang menyediakan pelayanan rawat inap
 - h. Pelayanan kefarmasian
 - i. Pelayanan laboratorium
10. Penanggung jawab jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan, yang membawahi:
- a. Puskesmas Pembantu
 - b. Puskesmas Keliling
 - c. Bidan Desa
 - d. Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan

Dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan puskesmas, maka pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota serta fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan puskesmas, sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. Menjalankan tugas pembinaan dan pengawasan, dapat mengikutsertakan organisasi profesi dan perhimpunan serta asosiasi terkait.

Bentuk pembinaan dan pengawasan lebih diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat, dan dilaksanakan dalam bentuk fasilitasi, konsultasi, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

Tugas utama pemerintah daerah kabupaten/kota dalam pembinaan dan pengawasan puskesmas yaitu:

- a. Menjamin kesinambungan ketersediaan sumber daya puskesmas sesuai standar, dalam menjamin mutu pelayanan.
- b. Memastikan kesinambungan ketersediaan dana operasional dan pemeliharaan sarana, prasarana serta peralatan puskesmas termasuk alokasi dana kalibrasi alat secara berkala.
- c. Melakukan peningkatan kompetensi tenaga puskesmas.
- d. Melakukan monitoring dan evaluasi kinerja puskesmas di wilayah kerjanya secara berkala dan berkesinambungan.
- e. Melakukan bimbingan teknis secara terintegrasi antar program kesehatan yang dilaksanakan di puskesmas.
- f. Memberikan solusi atas masalah yang tidak mampu diselesaikan di puskesmas.
- g. Mendukung pengembangan upaya kesehatan di wilayah kerja puskesmas.
- h. Mengeluarkan regulasi yang bertujuan memfasilitasi untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan.

- i. Memfasilitasi integrasi lintas program terkait kesehatan dan profesi dalam hal perencanaan, implementasi dan evaluasi pelaksanaan program puskesmas.
- j. Menyampaikan laporan kegiatan, data dan masalah kesehatan prioritas di puskesmas yang terdapat di kabupaten/kota secara berkala kepada pemerintah daerah provinsi, termasuk diantaranya jika terjadi perubahan kategori puskesmas.

Dalam hal pemerintah daerah kabupaten/kota tidak dapat memenuhi tugasnya, maka pemerintah daerah kabupaten/kota mengajukan permintaan bantuan kepada tingkat administrasi di atasnya.

Selain Pemerintah daerah kabupaten/kota, pemerintah daerah provinsi pun memiliki tugas, tugas utama pemerintah daerah provinsi dalam pembinaan dan pengawasan puskesmas yaitu:

- a. Melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan berbagai standar dan pedoman yang terkait dengan penyelenggaraan puskesmas, sesuai kondisi daerah.
- b. Melaksanakan koordinasi dengan lintas sektor di tingkat provinsi.
- c. Pelaksanakan sosialisasi dan advokasi.
- d. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga di dinas kesehatan kabupaten/kota.

- e. Memberikan bantuan teknis atas ketidakmampuan yang dihadapi kabupaten/kota dalam mendukung penyelenggaraan dan pelaksanaan fungsi puskesmas.
- f. Menyampaikan laporan kegiatan, data dan masalah kesehatan prioritas di wilayah kerjanya secara berkala kepada pemerintah pusat, termasuk diantaranya jika terjadi perubahan kategori puskesmas.

Pemerintah juga memiliki tugas utama dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan puskesmas melalui bentuk pembinaan dan pengawasan berupa :

- a. Menyusun dan menetapkan berbagai standar dan pedoman yang terkait penyelenggaraan puskesmas.
- b. Melaksanakan koordinasi dengan lintas sektor di tingkat pusat.
- c. Melaksanakan sosialisasi & advokasi.
- d. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga dinas kesehatan provinsi.
- e. Memberikan dukungan bagi pemerintah daerah provinsi dan atau kabupaten/kota dalam penyelenggaraan dan pelaksanaan fungsi puskesmas, sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- f. Pembinaan dan pengawasan kepada puskesmas dapat dilakukan secara terintegrasi dan berjenjang dimulai dari tingkat kabupaten/kota ke tingkat provinsi sampai pemerintah pusat, salah satunya melalui kegiatan penilaian puskesmas berprestasi.

9. Masalah Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan bagi masyarakat karena cukup efektif membantu masyarakat dalam memberikan pertolongan pertama dengan standar pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dikenal murah seharusnya menjadikan puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan utama bagi masyarakat, namun pada kenyataannya banyak masyarakat yang lebih memilih pelayanan kesehatan pada dokter praktik swasta atau petugas kesehatan praktik lainnya.

Kondisi ini didasari oleh persepsi awal yang negatif dari masyarakat terhadap pelayanan puskesmas, misalnya anggapan bahwa mutu pelayanan yang terkesan seadanya, artinya puskesmas tidak cukup memadai dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, baik dilihat dari sarana dan prasarananya maupun dari tenaga medis atau anggaran yang digunakan untuk menunjang kegiatannya sehari-hari. Sehingga banyak sekali pelayanan yang diberikan kepada masyarakat itu tidak sesuai dengan *Standard Operating Procedure* (SOP) yang telah ditetapkan. Misalnya : sikap tidak disiplin petugas medis pada unit pelayanan puskesmas, yang dikeluhkan masyarakat. Mereka selalu diperlakukan kurang baik oleh para petugas medis yang dinilai cenderung arogan, berdalih terbatasnya persediaan obat-obatan pada puskesmas telah

menyebabkan banyak diantara pasien terpaksa membeli obat pada apotik. Di samping itu, ketika membawa salah seorang warga yang jatuh sakit saat mengikuti kegiatan perkampungan pemuda, kemudian warga yang lain mengantarnya ke puskesmas, pasien itu tidak dilayani dengan baik bahkan mereka (perawat-red) mengaku telah kehabisan stok obat.

Hal tersebut, tentu telah merusak citra puskesmas sebagai pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat yang dianggap dapat membantu dalam memberikan pertolongan pertama yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan. Selain itu, tidak berjalannya tugas edukatif di puskesmas yang berkaitan dengan penyuluhan kesehatan yang sekaligus berkaitan dengan tugas promotif. Menurut masyarakat, petugas puskesmas sangat jarang berkunjung, walaupun ada, yaitu ketika keluarga mempunyai masalah kesehatan seperti anggota keluarga mengalami gizi buruk atau penderita TB.

Berarti tugas ini lebih untuk memberikan laporan dan kuratif dibanding upaya promotif. Kemudian, perawat / bidan puskesmas biasanya aktif dalam BP, puskesmas keliling, dan puskesmas pembantu. Jelas dalam tugas tersebut, perawat/bidan melakukan pemeriksaan pasien, mendiagnosa pasien, melakukan pengobatan pada pasien dengan membuat resep pada pasien. Namun, ketika melakukan tugas tersebut tidak ada supervisi dari siapapun,

khususnya penanggung jawab dalam tindakan pengobatan/medis. Tenaga perawat / bidan seolah-olah tidak menghargai kegiatan-kegiatan formalnya sendiri, karena mungkin tugas kuratif lebih penting. Hal ini berdampak kepada status kesehatan masyarakat, status gizi, penyakit infeksi menular dan mungkin upaya kesehatan ibu dan anak tidak mendapatkan porsi yang sesuai sehingga berdampak pada kondisi kesehatan masyarakat. Kalaulah memang tugas tenaga kesehatan di puskesmas lebih banyak ke arah kuratif, maka puskesmas menjadi unit dari pelayanan rumah sakit karena rumah sakit akan memiliki banyak sumber daya manusia dan fasilitas medik.

Puskesmas yang menjadi lebih dominan dalam tugas promotif dan preventif haruslah diaktifkan, dan puskesmas menjadi bagian dari unit dinas kesehatan, atau bagian tersendiri yang memiliki otonomi yang kuat dalam mengatur program-programnya, sedangkan dinas kesehatan hanya sebagai regulator, pemberi dana dan pengadaan petugas, untuk pelayanan kesehatan masyarakat diberikan kepada puskesmas, atau pelayanan kesehatan dapat ditenderkan kepada pihak swasta. Tidak hanya hal-hal yang telah diungkapkan di atas, lebih dari itu, masih ada permasalahan yang muncul di lingkup puskesmas, misalnya : Jam kerja puskesmas yang sangat singkat hanya sampai jam 14.00 WIB, kemampuan keuangan daerah yang terbatas, puskesmas yang kurang memiliki otoritas

untuk memanfaatkan peluang yang ada, puskesmas belum terbiasa mengelola kegiatannya secara mandiri, serta kurangnya kesejahteraan karyawan yang berpengaruh terhadap motivasi dalam melaksanakan tugas di puskesmas.

10. Sistem Penjaminan Mutu Internal Puskesmas

Mutu pelayanan puskesmas adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan baik secara individu maupun komunitas yang dilakukan tenaga profesional sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Saenong MT, 2019).

Sistem penjaminan mutu internal puskesmas yang dikenal sebagai tim mutu akreditasi, tim penjaminan mutu ini memiliki tim audit. Audit internal merupakan salah satu mekanisme untuk menilai kinerja puskesmas yang dilakukan oleh tim audit internal yang dibentuk oleh kepala puskesmas berdasarkan standar/kriteria/target yang ditetapkan.

Hasil audit internal harus segera ditindaklanjuti oleh unit pelayanan yang diaudit, hasilnya dilaporkan kepada kepala puskesmas dan penanggung jawab mutu, dan juga akan dibahas dalam pertemuan tinjauan manajemen. Pertemuan rapat tinjauan manajemen merupakan pertemuan yang dipimpin oleh penanggung jawab mutu atau wakil ketua manajemen mutu dan harus dihadiri oleh kepala puskesmas untuk membahas capaian kinerja pelayanan, adanya keluhan pelanggan, umpan balik pelanggan, hasil survei

kepuasan, hasil audit internal sebagai dasar untuk melakukan perbaikan pelayanan, perubahan kebijakan, prosedur, sistem pelayanan, dan system manajemen mutu jika diperlukan.

11. Sistem Penjaminan Mutu Eksternal Puskesmas

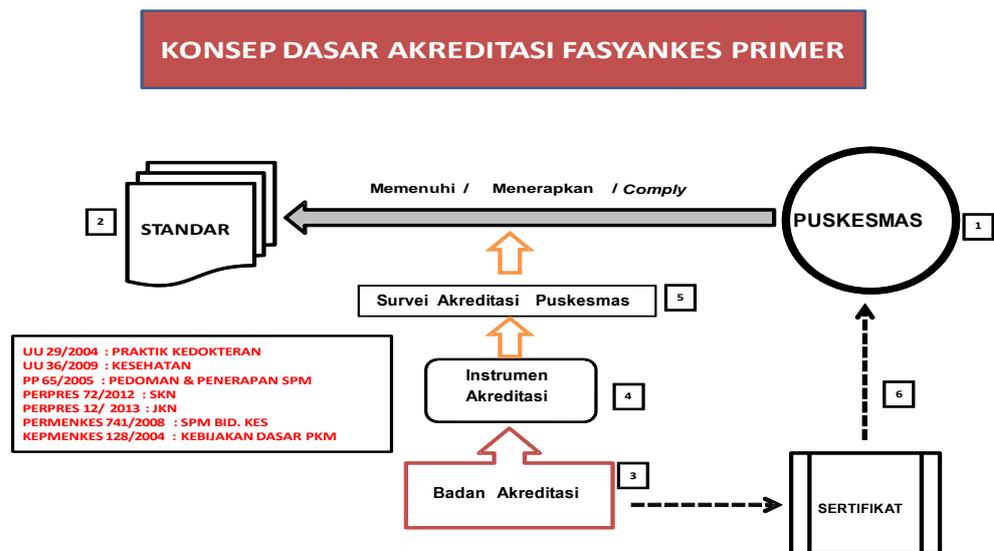
Sistem penjaminan mutu eksternal puskesmas yang lebih dengan akreditasi, akreditasi adalah menurut ensiklopedi nasional adalah suatu bentuk pengakuan yang diberikan oleh pemerintah untuk suatu lembaga atau institusi, sedangkan menurut Permenkes No. 46 Tahun 2015, akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggaraan akreditasi yang ditetapkan oleh menteri setelah memenuhi standar akreditasi.

Akreditasi memiliki tujuan utama untuk pembinaan peningkatan mutu dan kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi (Permenkes 46, 2015).

Dibeberapa literatur menyatakan bahwa akreditasi adalah kompetensi suatu lembaga dalam melakukan kegiatan berupa pengakuan formal yang diberikan oleh badan akreditasi terhadap kesesuaian tertentu. Akreditasi merupakan kegiatan yang mengkaji semua hal sebagai bagian dari proses. Hal yang dikaji berkaitan

dengan struktur yang ada didalamnya (Poerwarni dan Evie, 2006) Tujuannya untuk peningkatan standar yang berkelanjutan dan berkesinambungan (Accreditation Commision for Health Care, 2016).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 menyatakan kebijakan yang menyusun standar dan instrumen penilaian akreditasi puskesmas dalam menyediakan pelayanan tingkat pertama kepada masyarakat. Pada pasal 3 dan 4 dijelaskan bahwa puskesmas wajib terakreditasi yang dapat dilakukan setiap 3 (tiga) tahun.



Gambar 2.3. Konsep Dasar Akreditasi berdasarkan Permenkes 43 tahun 2015

Penetapan status akreditasi merupakan hasil akhir survei akreditasi oleh surveior dan keputusan rapat lembaga independen penyelenggara akreditasi. Penetapan tersebut dibuktikan dengan adanya sertifikat akreditasi. Status akreditasi puskesmas terdiri dari:

1. Tidak terakreditasi;
2. Terakreditasi dasar;
3. Terakreditasi madya;
4. Terakreditasi utama dan
5. Terakreditasi paripurna.

Dinas kesehatan kabupaten/kota selaku penanggung jawab pusat kesehatan masyarakat harus mempersiapkan tahapan langkah pra akreditasi sampai pasca akreditasi puskesmas dari pembentukan tim pendamping kabupaten / kota, pendamping akreditasi yang telah dibentuk melakukan pendampingan selama 8 sampai 10 bulan, mulai dari tahap:

1. Penggalangan komitmen;
2. Pemahaman standar dan instrument;
3. Penyusunan dokumen standar akreditasi;
4. Implementasi standar akreditasi;
5. *Self Assesmen* dan;
6. Survei akreditasi.

Mekanisme Pendampingan Persiapan Akreditasi Puskesmas



Sumber: Pedoman Pendampingan Akreditasi FKTP

Gambar 2.4. Mekanisme Pendampingan Persiapan Akreditasi Puskesmas berdasarkan Permenkes 43 tahun 2015

Dalam mencapai akreditasi perlu dilakukan upaya pemetaan terhadap kemampuan puskesmas dalam melakukan pelayanan yang sesuai standar tersebut. Puskesmas dalam melaksanakan pelayanan sebagian lebih mendasarkan pada kebiasaan atau aturan yang telah dibakukan sendiri tanpa menjadikan standar baku pelayanan menjadi acuan.

Upaya perubahan tersebut terkendala pada beberapa hal yang menjadi standar pelayanan. Diantara kendala tersebut diatas adalah, komitmen kepala puskesmas terhadap perubahan itu sendiri. Sebagaimana diketahui sebagian masyarakat di Indonesia masih menganut filosofi pemimpin sebagai panutan, dimana ketergantungan terhadap pemimpin sangat tinggi. Apabila pemimpin mempunyai komitmen untuk berubah kemungkinan bawahan berubah sangat besar, ketersediaan sumber daya manusia sebagian puskesmas mempunyai kendala dalam jumlah tenaga yang kompeten terhadap program kesehatan. Kendala tenaga ini sangat kecil bisa diatasi oleh puskesmas, dimana peraturan tidak memungkinkan puskesmas untuk menambah tenaga sendiri sehingga dapat menurunkan beban kerja petugas puskesmas.

Keterbatasan tenaga di puskesmas menyebabkan satu tenaga bisa memegang beberapa program. Apabila mengacu pada standar

akreditasi dimana satu program mempunyai SOP dan pertanggungjawaban tersendiri, maka bisa dibayangkan satu orang petugas harus membuat SOP dan pertanggungjawaban beberapa program.

Kelengkapan sarana dan prasarana sebagai dasar untuk melakukan pelayanan yang terstandar belum sepenuhnya tersedia. Penilaian akreditasi akan mendasarkan pada sarana yang tersedia dalam melakukan pelayanan. Anggaran ini sangat penting untuk mendukung kegiatan proses akreditasi dari mulai persiapan akreditasi sampai pelaksanaan survei akreditasi, perubahan pola pikir dari standar pelayanan sebagai ajang penilaian kepada standar pelayanan sebagai sistem yang harus dipenuhi dalam melaksanakan pelayanan yang terstandar.

Pendampingan pra akreditasi merupakan rangkaian kegiatan persiapan puskesmas agar memenuhi standar akreditasi, sedangkan pendampingan pasca akreditasi merupakan kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan pencapaian standar akreditasi secara berkesinambungan sampai dilakukan penilaian akreditasi berikutnya. Akreditasi digunakan sebagai instrumen evaluasi eksternal terhadap mutu dan keselamatan pasien. Untuk peningkatan mutu berkesinambungan setelah pasca akreditasi, tim pendamping bekerja atas perintah dan tanggung jawab kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.



Gambar 2.5. Mekanisme Akreditasi Puskesmas berdasarkan Permenkes 43 Tahun 2015

Sumber: Pedoman Pendampingan Akreditasi FKTP

Tantangan utama dalam akreditasi selanjutnya adalah standar kebutuhan masyarakat semakin tinggi, konsistensi dukungan kebijakan dari pemerintah, pendanaan program dan pendanaan operasional.

C. Tinjauan Umum Tentang Peningkatan Mutu Berkelanjutan

1. Definisi Peningkatan Mutu Berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*)

Definisi dari *Continuous Quality Improvement* adalah suatu siklus atau proses yang terstruktur untuk memperbaiki sistem dan proses kerja dalam suatu organisasi atau kegiatan. Siklus ini mencakup identifikasi area yang berpeluang untuk perbaikan, mendefinisikan masalah dalam area tersebut, menguraikan urutan

kegiatan (proses) yang terjadi di area tersebut, menetapkan hasil yang diinginkan dari proses dan persyaratan yang dibutuhkan untuk mencapainya, memilih langkah-langkah spesifik dalam proses belajar, mengumpulkan dan menganalisis data tentang proses, dan tindakan perbaikan, dan pemantauan hasil tindakan tersebut.

Perbaikan mutu berkelanjutan didasarkan pada pendekatan tim dan membutuhkan tim pengembangan yang terdiri dari staf dari bidang fungsional dan tingkatan yang berbeda dalam organisasi. Metode ini mengasumsikan bahwa sistem apapun selalu dapat ditingkatkan dan karenanya menekankan proses perbaikan yang terus-menerus, yang membutuhkan komitmen jangka panjang organisasi dan kerjasama tim yang efektif.

Peningkatan kualitas merupakan suatu sebagai upaya gabungan dan berkesinambungan dari semua orang baik itu tenaga kesehatan, pasien dan keluarganya. Untuk membuat perubahan yang akan mengarah pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat, perbaikan sistem kinerja tenaga kesehatan dan peningkatan profesionalisme yang lebih baik.

Didefinisikan dengan cara ini, bahwa peningkatan mutu melibatkan perubahan substansial dalam gagasan pelayanan kesehatan, tugas yang semakin menantang seiring dengan semakin maju ilmu dan teknologi.

Meskipun semua perbaikan melibatkan perubahan, tidak semua perubahan merupakan perbaikan. Jika kesehatan akan mendapat manfaat sepenuhnya dari ilmu biologi penyakit, kita perlu memastikan bahwa perubahan yang kita buat secara sistematis menggabungkan pengetahuan ilmiah yang dapat digeneralisasikan. Untuk memandu desain perubahan kami, kami perlu mengkarakterisasi pengaturan di mana perawatan benar-benar disampaikan (*microsystem, mesosystems dan macrosystems*) dengan cara-cara canggih. Selain itu, untuk mengetahui bahwa perubahan adalah peningkatan yang dihasilkan, kita perlu pengukuran yang akurat dan kuat tentang apa yang sedang terjadi. Kami mengusulkan formula sederhana yang menggambarkan cara di mana kekuatan-kekuatan ini bergabung untuk menghasilkan peningkatan.

2. Konsep Peningkatan Mutu Berkelanjutan

Untuk memperkuat budaya organisasi, semua kegiatan harus menuju peningkatan mutu yang terus menerus. Untuk mewujudkan peningkatan mutu pelayanan terus menerus, pilar utamanya terdiri atas hal-hal berikut:

- a. Visi manajemen dan komitmen, nilai organisasi dan komitmen dari semua level sangat diperlukan.
- b. Tanggung jawab, agar setiap orang bertanggung jawab, maka perlu standar yang kuat.

- c. Pengukuran umpan balik, perlu dibuat sistem evaluasi sehingga dapat mengukur apakah kita mempunyai informasi yang cukup.
- d. Pemecahan masalah dan proses perbaikan, ketepatan waktu, pengorganisasian sistem yang efektif untuk menyelesaikan keluhan, dan masalah sistem memerlukan proses perbaikan dalam upaya meningkatkan kepuasan pelanggan.
- e. Komunikasi, perlu ada mekanisme komunikasi yang jelas. Jika tidak ada informasi, maka petugas atau staf merasa diabaikan dan tidak dihargai.
- f. Pengembangan staf dan pelatihan, pengembangan staf dan pelatihan berhubungan dengan pengembangan sumber daya yang dapat mempengaruhi kemampuan organisasi dalam memberikan pelayanan.
- g. Keterlibatan tim kesehatan, perlu keterlibatan tim kesehatan agar mereka terlibat dan berperan serta dalam strategi organisasi.
- h. Penghargaan dan pengakuan, sebagai bagian dari strategi, perlu memberikan penghargaan dan pengakuan kepada visi pelayanan dan nilai sehingga individu maupun tim mendapat insentif untuk melakukan pekerjaan dengan baik.
- i. Keterlibatan dan pemberdayaan staf, semua staf yang terlibat adalah yang mempunyai keterikatan dan tanggung jawab.
- j. Mengingat kembali dan pemberdayaan, petugas harus diingatkan tentang prioritas pelayanan yang harus diberikan.

3. Prinsip Proses Peningkatan Mutu Berkelanjutan.

Keberhasilan memperbaiki sistem mutu pelayanan memerlukan 7 prinsip untuk mengembangkan proses perbaikan yang berkelanjutan seperti dibawah ini:

1. Usaha peningkatan yang berkelanjutan adalah menjadi tugas dan kewajiban semua orang yang mencakup komunikasi, mengurangi kesalahan, pengurangan biaya, kepuasan pelanggan keluar dan kedalam, produktivitas (efisiensi, efektif, kualitas)
2. Perbaikan terus menerus merupakan kebutuhan yang sejalan dengan tindakan proaktif dan antisipasi
3. Pelaku pembaharuan harus memiliki perhatian untuk setiap proses dan setelah pelaksanaan sampai pada tingkat terbawah
4. Setiap langkah dalam pelaksanaan haruslah dalam kerangka kerja yang sistematis untuk mendapatkan hasil yang berkualitas
5. Membangun terciptanya informasi terbuka dengan adanya keinginan saling menukar dan membagikan informasi secara terus menerus berlandaskan nilai dan kapabilitas melalui adanya metode mengantisipasi masalah, data sebagai peluang untuk peningkatan, meneruskan solusi dan ide-ide, adanya semangat dan imbalan yang diberikan
6. Adanya pemahaman untuk tidak memaksakan suatu solusi dan mendengarkan pendapat orang lain dalam usaha mewujudkan kualitas melalui kebersamaan dalam tim, dorongan untuk

memfokuskan di atas masalah mereka, menggerakkan semangat dalam menyampaikan ide-ide

7. Peningkatan didasarkan kepedulian individu, bukan organisasi sehingga mereka dapat berkontribusi dalam ide-ide

4. Dasar Proses Peningkatan Mutu Berkelanjutan

Ada lima cara dasar untuk melakukan *Continuous Quality Improvement* :

1. Mengurangi *resources* (Sumber daya)
2. Mengurangi kesalahan
3. Mencapai atau melebihi keinginan konsumen
4. Jadikan proses aman
5. Jadikan proses lebih memuaskan bagi yang melakukannya.

a. Strategi Proses *Continuous Quality Improvement*

Ada empat strategi perbaikan utama *Continuous Quality Improvement* ;

1. memperbaiki,
2. penyempurnaan,
3. pembaharuan, dan
4. *reengineering*.

Hal ini juga berarti benar bahwa penggabungan yang tepat dari strategi akan menghasilkan perbaikan yang tidak pernah berakhir.

b. Cara Melakukan Perbaikan *Continuous Quality Improvement*

Melihat semua kerja sebagai sebuah proses. Jadikan semua proses efektif, efisien dan mudah disesuaikan. Proses adalah interaksi beberapa kombinasi dari manusia, material, peralatan, metode, pengukuran, dan lingkungan, untuk memproduksi keluaran seperti produk, jasa, atau input dari proses yang lain. Dengan harapan untuk mendapatkan masukan dan keluaran yang terukur, suatu proses harus memiliki aktivitas nilai tambah dan bisa diulang.

Proses juga harus efektif, efisien, mudah dikontrol, dan mudah beradaptasi. Proses mengacu kepada aktivitas bisnis dan produksi dari suatu organisasi. Bisnis proses seperti *purchasing*, *engineering*, *accounting*, dan *marketing* adalah area yang memungkinkan untuk dilakukan perbaikan terus menerus.

1. Antisipasi perubahan keinginan pelanggan.
 2. Pengontrolan performa proses dan pengukuran.
 3. Memperbaiki ketidakpuasan pelanggan dengan level performa saat ini.
 4. Mengurangi pemborosan dan mengolah kembali jika memungkinkan.
2. Hilangkan aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah ke produk atau jasa.

3. Hapus ketidaksesuaian dalam semua tingkatan
4. Gunakan perbandingan untuk meningkatkan keunggulan persaingan.
5. Berinovasi untuk memperoleh terobosan baru.
6. Gunakan peralatan teknik seperti : SPC, DOE, *Bench Marking*, QFD dsb.

5. Peningkatan Proses Berkelanjutan (*Continuous Process Improvement*)

Keputusan strategik akan diambil oleh pimpinan puncak berdasarkan suatu analisa strategis yang bertolak dari kesadaran, kecerdasan dan akal untuk mengubah keadaan sesuai dengan perubahan faktor eksternal dan internal. Untuk menggerakkan perubahan itu, maka kepemimpinan harus memiliki keterampilan yang berkaitan dengan hal-hal mengintegrasikan hasil analisa ke dalam tingkat-tingkat intervensi dalam melaksanakan arah perubahan dimasa depan.

Organisasi yang berdasarkan kualitas sebaiknya berusaha untuk mencapai kesempurnaan dengan perbaikan proses berkelanjutan (*continuous process improvement*) pada bisnis dan proses produksi. Tentu saja kesempurnaan itu tidak mungkin tercapai karena pelayanan kesehatan berjalan terus menerus dengan menyesuaikan berbagai tuntutan pelayanan. Perbaikan terus menerus berarti tidak cepat puas dengan melakukan pekerjaan yang bagus

atau proses tetapi juga berusaha untuk perbaikan tugas atau proses. Hal ini sesuai dengan pengukuran berkesinambungan dan tim pemecahan masalah dalam aktifitas kerja. Perbaikan berkelanjutan dapat dilakukan dengan pendekatan *Quality Assurance* (QA), dimana sistem yang menjadi penentu apakah suatu produk lulus atau tidak, lewat audit/sampling. Temuan yg ada akan ditindaklanjuti dan dimonitor kembali supaya kesalahan sebelumnya jangan terulang lagi.

Keberhasilan memperbaiki dari satu posisi dan mempertahankan posisi daur hidup yang prima, memerlukan 7 prinsip untuk mengembangkan proses perbaikan yang berkelanjutan seperti dibawah ini :

1. Usaha peningkatan yang berkelanjutan adalah menjadi tugas dan kewajiban semua orang yang mencakup komunikasi, mengurangi kesalahan, pengurangan biaya, kepuasan pelanggan keluar dan kedalam, produktivitas (efisiensi, efektif, kualitas).
2. Perbaikan terus menerus merupakan kebutuhan yang sejalan dengan tindakan proaktif dan antisipasi.
3. Pelaku pembaharuan harus memiliki perhatian untuk setiap proses dan setelah pelaksanaan sampai pada tingkat terbawah.
4. Setiap langkah dalam pelaksanaan haruslah dalam kerangka kerja yang sistimatis untuk mendapatkan hasil yang berkualitas.
5. Membangun terciptanya informasi terbuka dengan adanya keinginan saling menukar dan membagikan informasi secara terus

menerus berlandaskan nilai dan kapabilitas melalui adanya metode mengantisipasi masalah, data sebagai peluang untuk peningkatan, meneruskan solusi dan ide-ide, adanya semangat dan imbalan yang diberikan.

6. Adanya pemahaman untuk tidak memaksakan suatu solusi dan mendengarkan pendapat orang lain dalam usaha mewujudkan kualitas melalui kebersamaan dalam tim, dorongan untuk memfokuskan diatas masalah mereka, menggerakkan semangat dalam menyampaikan ide-ide.
7. Peningkatan didasarkan kepedulian individu, bukan organisasi sehingga mereka dapat berkontribusi dalam ide-ide.

Adapun yang dapat dilakukan untuk menjaga kelangsungan jaminan mutu di puskesmas:

- a. Mempertahankan tingkat kepatuhan terhadap standar.
- b. Mengintegrasikan jaminan mutu ke dalam sistem manajemen.
- c. Mengintegrasikan Jaminan mutu ke dalam sistem puskesmas.

Tantangan utama untuk akreditasi berkelanjutan tampaknya ukuran pasar, konsistensi dukungan kebijakan, pendanaan program dan insentif keuangan untuk partisipasi.

Dalam penguatan pelayanan kesehatan diharapkan terwujudnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat. Terdapat 2 upaya program yang dilakukan saat ini yaitu peningkatan akses berupa sarana dan

prasarana, kompetensi SDM dan ketersediaan alat kesehatan, dan peningkatan mutu berupa akreditasi rumah sakit dan puskesmas. Upaya ini didukung dengan regulasi dan sistem informasi yang ada, diharapkan ke depan masyarakat mendapatkan pelayanan yang berkualitas dapat terwujud.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas terdiri dari 3 perspektif yaitu perspektif pertama dari pelayanan kesehatan itu sendiri berupa perspektif pasien dimana pelayanan sesuai dengan harapan, perspektif profesional dimana pelayanan mengikuti prosedur dan *evidence-based* dan perspektif manajemen dimana pelayanan berjalan dengan efektif dan efisien.

Perspektif kedua yaitu perspektif dari sistem pelayanan yang ada jika terdapat kesinambungan pelayanan mulai dari primer hingga rujukan baik rujukan tingkat kabupaten, provinsi dan nasional maupun rujukan balik dan terakhir perspektif dari *public health* jika pelayanan kesehatan menjangkau dan dapat diakses oleh semua orang yang membutuhkan. Dalam era JKN, mutu pelayanan kesehatan dalam Permenkes Nomor 99 Tahun 2016 sebagai revisi dari Permenkes Nomor 71 Tahun 2014 bahwa pihak BPJS mau bekerja sama dengan pelayanan kesehatan yang berkualitas yang telah terakreditasi dengan batas waktu puskesmas sudah harus terakreditasi di tahun 2021 dan rumah sakit di tahun 2019.

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang telah ada dengan melalui mekanisme perizinan, sertifikasi, dan akreditasi. Selain itu, terdapat upaya inovasi peningkatan mutu dengan pengembangan tim *quality assurance*, pengembangan sistem peningkatan kinerja klinis, penerapan standar ISO, penerapan audit mutu dan pengembangan *clinical pathway* akan tetapi tidak berjalan secara berkelanjutan dan tidak dilakukannya evaluasi untuk menilai efektivitas.

Adanya urgensi kerangka kerja nasional dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberikan penjelasan mengenai area mana yang akan diprioritaskan, apa saja upaya yang perlu dilakukan, tugas dan kewenangan dari berbagai pihak yang ikut terlibat untuk semua stakeholder dan membuat berbagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan menjadi lebih baik untuk meningkatkan keselamatan, *equity*, efisiensi, akses dan akseptabilitas.

Menggunakan simulasi sebagai strategi komprehensif untuk peningkatan kualitas simulasi telah digunakan terutama untuk mengajar pengetahuan dan keterampilan dalam pendidikan kedokteran. Sekarang ada kecenderungan untuk menggabungkan *softskill* keselamatan dan kualitas ke dalam pelatihan simulasi. Sesi ini akan menjelaskan pengalaman sukses Taiwan untuk menerapkan simulasi sebagai strategi komprehensif untuk mendukung peningkatan kualitas dan mencakup:

1. Mendidik praktik keselamatan pasien kepada mahasiswa kedokteran
2. Meningkatkan kinerja tim dengan simulasi berbasis kerja tim
3. Membina perubahan melalui kontes simulasi keselamatan pasien nasional
4. Menggunakan simulasi sebagai alat perbaikan untuk deteksi kesalahan dalam pengenalan protokol baru.

Tujuannya adalah untuk menerapkan pelatihan simulasi kepada individu, tim, unit kerja dan organisasi dan untuk menerapkan simulasi sebagai alat untuk menciptakan budaya yang aman dan mendorong perubahan dalam prosedur dan sistem kerja.

Selama dekade terakhir sistem perawatan kesehatan di Australia telah secara progresif menerapkan kerangka peraturan yang kuat di sektor perawatan akut, lansia, dan perawatan kesehatan primer. Beban akreditasi telah menjadi perhatian khusus untuk layanan kesehatan yang menyediakan layanan perawatan akut dan layanan perawatan lanjut usia.

Institusi pelayanan kesehatan telah mengikuti akreditasi yang dilaksanakan Komisi Keselamatan dan Kualitas dalam Perawatan Kesehatan Australia (ACSQHC), Standar Layanan Kesehatan Nasional dan Standar Akreditasi Perawatan lansia dalam prinsip kualitas perawatan tahun 2014. Kekhawatiran ini meluas melampaui

Australia dengan *The International Society for Quality in Health Care* (ISQua) sehingga akreditasinya menjadi model alternatif.

Sesi ini akan mengeksplorasi peluang dan pelajaran dari penerapan proses survei akreditasi kolaboratif untuk dua layanan kesehatan di Victoria, Australia. Kolaborasi ini akan membutuhkan akreditasi internasional untuk menyediakan organisasi layanan kesehatan yang sangat akut (Dewan Australia tentang Standar Kesehatan) dan *Aged Care Quality Agency* untuk memberikan satu survei akreditasi terhadap dua set standar secara bersamaan. Pendorong utama adalah mengurangi beban upaya yang terkait dengan duplikasi yang dilaporkan dan, beban kerja organisasi untuk mematuhi pendekatan untuk survei akreditasi yang dianggap menguntungkan penyedia akreditasi lebih dari organisasi perawatan kesehatan.

Badan akreditasi dan penyedia layanan kesehatan dalam penelitian ini tetap berkomitmen pada maksud standar dan kesinambungan kepatuhan melalui keunggulan organisasi. Evaluasi proses dilakukan dalam studi percontohan atau proyek peningkatan skala kecil, studi QI terkontrol, atau program QI berskala besar dapat memberi cahaya pada mekanisme dan proses yang bertanggung jawab untuk hasil dalam kelompok sasaran. Dengan cara ini, evaluasi proses membuat kontribusi yang sangat relevan dan diinginkan untuk pengembangan intervensi QI yang berpotensi sukses. Kerangka yang

disajikan di sini memberikan fitur-fitur kunci yang diperlukan untuk menggambarkan intervensi QI secara rinci, untuk memeriksa apakah intervensi dilakukan sesuai yang direncanakan, dan untuk menilai pengalaman peserta.

6. Indikator Peningkatan Mutu Berkelanjutan

Peningkatan mutu berkelanjutan menggunakan pendekatan yang dirumuskan oleh Avedis Donabedian (1980), yaitu:

1. Struktur

Struktur didefinisikan sebagai karakteristik yang relatif menetap pada FKTP, alat dan sumber daya, dan tatanan fisik serta organisasi di mana mereka bekerja.

2. Proses

Proses adalah rangkaian kegiatan yang berlangsung antara penyedia layanan/petugas dan pasien.

3. Hasil

Hasil didefinisikan sebagai perubahan yang terjadi pada status derajat kesehatan saat ini ataupun masa mendatang.

Tabel 2.1 Indikator Peningkatan Mutu Berkelanjutan

Pendekatan	Indikator
Struktur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tim mutu 2. Adanya uraian tugas tim mutu 3. Adanya perlengkapan komputer dan printer yang bisa digunakan
Proses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya pertemuan tim yang rutin dilaksanakan minimal sebulan sekali 2. Adanya kegiatan identifikasi dan prioritas masalah terkait dengan mutu layanan kesehatan di FKTP.

Pendekatan	Indikator
	3. Adanya rumusan alternatif penyelesaian masalah 4. Adanya rencana upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP setiap bulan 5. Terlaksananya upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP setiap bulan
Hasil	1. Adanya keterkaitan antara prioritas masalah dan rencana perbaikan 2. Adanya kesesuaian antara pelaksanaan upaya pengendalian dan peningkatan mutu dengan rencana perbaikan yang disusun 3. Peningkatan kepuasan pelanggan internal 4. Peningkatan kepuasan pelanggan eksternal

D. Tinjauan Umum Tentang Karakter Religius

1. Definisi Karakter Religius

Pengertian karakter menurut Maxwell adalah sejauhmana lebih baik dibandingkan dengan sekedar perkataan. Lebih dari hal tersebut, karakter merupakan pilihan yang dapat menentukan sebuah tingkat kesuksesan dari seseorang.

Menurut Soedarsono, karakter merupakan sebuah nilai yang sudah terpatrit di dalam diri seseorang melalui pengalaman, pendidikan, pengorbanan, percobaan, serta pengaruh lingkungan yang kemudian dipadupadankan dengan nilai nilai yang ada di dalam diri seseorang dan menjadi nilai intrinsik yang terwujud di dalam sistem daya juang yang kemudian melandasari sikap, perilaku, dan pemikiran seseorang.

Menurut Shihab, karakter merupakan himpunan pengalaman mengenai pendidikan dan sejarah yang kemudian mendorong

kemampuan yang ada di dalam diri seseorang untuk bisa menjadi alat ukur ataupun sisi manusia untuk mewujudkannya. Baik itu dalam bentuk pemikiran, perilaku, sikap, serta karakter dan budi pekerti.

Berdasarkan pendapat para ahli, maka karakter dapat disimpulkan bahwa sesuatu yang terdapat pada individu yang menjadi ciri khas kepribadian individu yang berbeda dengan orang lain berupa sikap, pikiran, dan tindakan. Ciri khas tiap individu tersebut berguna untuk hidup dan bekerja sama, baik dalam lingkup keluarga, masyarakat, bangsa dan negara.

2. *Maqoshid Syari'ah*

Maqoshid adalah bentuk jamak dari *maqsud* yang berarti kesengajaan atau tujuan, dan *Syari'ah* secara bahasa berarti jalan menuju sumber air. Jadi, *Maqashid Syari'ah* adalah maksud Allah selaku pembuat syariah untuk memberikan kemaslahatan kepada manusia di dunia dan akherat. Yaitu dengan terpenuhinya kebutuhan dlaruriyah, hajuyah, dan tahsiniyah agar manusia bisa hidup dalam kebaikan dan dapat menjadi hamba Allah yang baik (Bakri & Asafri, 1996).

Maqoshid Syari'ah menurut Al-Ghazali membatasi pemeliharaan syariah pada lima unsur utama yaitu; agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta benda. Pernyataan yang hampir sama juga dikemukakan oleh al-Syatibi dengan menyatakan bahwa maslahat adalah memelihara kelima aspek utama seperti yang dikemukakan oleh al-Ghazali.

Dengan sebuah anggapan bahwa kelima pilar utama tersebut bersifat suci, mulia, yang harus dilindungi dan dipelihara. *Maqoshid Syari'ah* merupakan *Kulliyatus Syari'ah* yang pasti. Kelima unsur tersebut tidak hanya tersarikan dari hukum-hukum *amaliyah praktis* saja, akan tetapi lebih dari itu ia merupakan makna terdalam dan intisari semua hukum, dalil-dalil isi kandungan Al-Qur'an dan Al-Hadist (Jauhar & A Al-Mursi, 2009).

Macam-macam *Maqoshid Syari'ah* berdasarkan pendapat beberapa ulama ushul telah mengumpulkan beberapa maksud yang umum dari mensyari'atkan hukum menjadi tiga kelompok, yaitu:

1. Syariat yang berhubungan dengan hal-hal yang bersifat kebutuhan primer manusia (*Maqoshid al-Dharuriyat*)
2. Syariat yang berhubungan dengan hal-hal yang bersifat kebutuhan sekunder manusia (*Maqoshid al-Hajiyat*)
3. Syariat yang berhubungan dengan hal-hal yang bersifat kebutuhan pelengkap manusia (*Maqashid al-Tahsini*) (Al-Qardawi Yusuf, 2007).

Majelis Upaya Kesehatan Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), telah menyusun indikator standar pelayanan minimal rumah sakit syari'ah yang terdiri dari membaca basmallah pada pemberian obat dan tindakan, hijab untuk pasien, mandatory training untuk fiqh pasien, adanya edukasi Islami (leaflet atau buku kerohanian), pemasangan EKG sesuai gender, pemakaian hijab ibu menyusui,

pemakaian hijab di kamar operasi, penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu shalat (Mukisi, 2017).

3. Unsur Fundamental Religius

Religiusitas dalam Konteks ini meliputi beberapa unsur fundamental yaitu: Aqidah, Syariah, Akhlak dan Ilmu Fiqh, empat hal dari unsur religi ini tidak dapat dipisahkan karena sangat berkaitan dengan yang lainnya. Berikut akan diuraikan hal yang berkaitan dengan empat unsur tersebut:

1. Aqidah

Aqidah secara bahasa berarti ikatan, secara terminologi berarti landasan yang mengikat, yaitu keimanan, itu sebabnya ilmu tauhid disebut ilmu aqid (jamak aqidah). Aqidah menurut Azyumardi Azra (2002: 103-104) “merupakan ajaran tentang apa saja yang mesti dipercayai, diyakini dan diimani oleh setiap orang islam. Oleh karena itu Aqidah merupakan ikat dan simpul dasar islam yang pertama dan utama”.

Menurut Iman Rejono (1996: 67) “mengatakan aqidah adalah suatu yang mengeraskan hati membenarkan yang membuat jiwa tenang dan menjadi kepercayaan yang bersih dari kebimbangan dan keraguan”.

Dari pendapat-pendapat di atas disimpulkan bahwa aqidah adalah keyakinan dasar yang menguatkan atau meneguhkan jiwa

sehingga jiwa terbebas dari rasa kebimbangan atau keraguan di dalam Islam disebut dengan iman.

b. Ketauhidan

Kata ketauhidan adalah bentuk jadian dari kata dasar tauhid. Tauhid adalah suatu kepercayaan atau keimanan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

c. Kepercayaan terhadap adanya Alam Gaib

Setiap manusia yang beriman harus mempercayai adanya alam lain dibalik alam semesta ini yakni alam gaib. Seperti alamnya para Malaikat, Jin dan alam roh Manusia yang telah terlepas dari jasadnya yang bisa disebut alam baka, dimana dalam alam tersebut manusia terlepas dari segala urusan yang bersifat duniawi.

d. Iman Terhadap Takdir

Kepercayaan yang benar terhadap takdir Tuhan ini akan memberikan sublim (nilai hidup yang tinggi) bagi seorang yang mempercayai takdir Tuhan dengan sungguh-sungguh akan menerima keadaan dengan wajar dan bijaksana.

4. Pandangan Berbagai Agama tentang Religius

Masyarakat Indonesia yang beragama menganut prinsip religius berdasarkan keyakinannya penganutnya:

1. Agama Islam

Religius agama Islam dibagi menjadi lima dimensi yaitu:

- a. Dimensi Aqidah, yang menyangkut keyakinan dan hubungan manusia dengan Tuhan, malaikat, para nabi dan sebagainya.
- b. Dimensi Ibadah, menyangkut frekuensi, intensitas pelaksanaan ibadah yang telah ditetapkan misalnya shalat, zakat, haji dan puasa.
- c. Dimensi Amal, menyangkut tingkah laku dalam kehidupan bermasyarakat, misalnya menolong orang lain, membela orang lemah, bekerja dan sebagainya.
- d. Dimensi Ihsan menyangkut pengalaman dan perasaan tentang kehadiran Tuhan, takut melanggar larangan dan lainnya.
- e. Dimensi Ilmu menyangkut pengetahuan tentang ajaran-ajaran agama (Noer & Suparta, 2016).

2. Agama Kristen Katolik

Menurut ajaran Konsili Vatikan II beriman berarti “dengan bebas menyerahkan diri seluruhnya kepada Allah” (DV 5). Inti pokok iman terdapat dalam hubungan pribadi dengan Allah, bukan dalam pengetahuan mengenai Allah. Pengetahuan dan penyerahan terjadi bersama-sama, tetapi tidak berarti bahwa pengetahuan dan penyerahan sama saja.

Religius pada hakikatnya berarti bahwa manusia mengakui hidupnya sendiri sebagai pemberian dari Allah. Dengan mengakui

hidup sebagai pemberian, ia mengakui Allah sebagai “Pemberi Hidup”.

Pengalaman ini terjadi dalam kehidupan manusia di tengah-tengah dunia. Dalam pengalaman ini manusia mengalami dirinya sebagai makhluk yang sangat terbatas, yang tidak berdaya, bahkan bukan apa-apa di hadapan Yang Ilahi, Allah, yang menyentuhnya.

Allah itulah segala-galanya, dasar dan sumber hidupnya, seluruh keberadaannya. Dalam keterbatasannya manusia merasa ditarik dan terpesona oleh Yang Ilahi, Yang Tak Terbatas, bahkan merasa ada ikatan dengan Yang Tak Terbatas itu, entah dalam bentuk apa.

Theo menjelaskan tentang macam-macam pengalaman religius sebagai berikut:

1. Pengalaman eksistensial yang dalam dirinya belum menyatakan hubungan secara langsung dengan Allah. Contoh: pengalaman profan seperti: kegagalan, gembira, sedih dan sebagainya.
2. Pengalaman eksistensial yang dalam dirinya mulai mengarah kepada Allah. Contoh: tentang pengalaman-pengalaman keterbatasan manusia seperti kehidupan, kelahiran, kematian, penyakit, dan sebagainya.

3. Pengalaman eksistensial yang dalam dirinya menunjukkan hubungan yang erat antara manusia dengan Allah. Contohnya pengalaman kehidupan beragama seperti berdoa, meditasi, dan sebagainya.

3. Agama Kristen Protestan

Menurut James, ajaran agama atau religi adalah suatu wadah dialog antara penganut dan sesuatu yang dipercayainya sebagai "Tuhan". Harus ada dialog berupa pengalaman pribadi. Apabila itu tidak ada, maka yang terjadi adalah seperti orang buta yang menuntun orang buta. Seperti menggunakan buku penuntun doa untuk memimpin orang-orang lain yang membeo di belakangnya.

Hasilnya seperti apa tidak akan dimengerti, dan gunanya untuk apa juga tidak diketahui. Paling jauh orang itu hanya akan membuka buku lain lagi untuk memperoleh jawabnya, atau bertanya kepada orang lain yang dianggap mengerti.

Religiusitas merupakan salah satu bentuk keyakinan terhadap sistem nilai, dan sistem perilaku yang terlembagakan yang berpusat pada kekuatan yang berasal dari luar diri manusia. Menurut Glock dan Stark (1968) terdapat lima dimensi religiusitas yaitu, dimensi ideologis (*the ideological dimensions/religious belief*), dimensi ritualistik agama (*the ritualistic dimensions/religious practice*), dimensi eksperiensial dan

penghayatan (*the experiential dimensions/religious feeling*), dimensi intelektual agama (*the intellectual dimensions/religious knowledge*), dan dimensi konsekuensial (*the consequential dimensions/religious effect*).

4. Agama Hindu

Menurut Buku Pedoman Sederhana Pelaksanaan Agama Hindu dalam Masa Pembangunan (1986 : 136 - 137) disebutkan:

- a. Brahmadana, yaitu mengamalkan ilmu pengetahuan kepada orang lain terutama ilmu pengetahuan agama.
- b. Abdhanyadana, yaitu menyelamatkan orang atau makhluk hidup dari mara bahaya atau memberikan perlindungan kepadanya.
- c. Atidana, yaitu mengikhlaskan istri, putra-putri serta keluarga lain untuk melaksanakan dharma agama maupun dharma negara bilamana diperlukan.
- d. Mahtidana, yaitu bertindak sebagai donor darah, mata, ginjal dan bila perlu mengorbankan jiwa sendiri (atmahuti).

Perbuatan dalam bentuk pengendalian indria hawa nafsu, tapa, brata, perbuatan baik, amal-sedekah dan ilmu pengetahuan dapat pula dikategorikan sebagai *dana-punya* (Bhagavidgita, III.24-3). dapat dijabarkan dalam banyak hal sebagai berikut.

- a. Menerima tamu dengan ramah, hangat dan sopan sehingga tamu merasa senang dan dihormati

- b. Mengajarkan atau menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan keterampilan kepada orang lain.
- c. Menunjukkan jalan yang benar dan memberi nasihat kepada orang lain.
- d. Menghibur hati orang yang sedang ditimpa musibah atau penderitaan.
- e. Memberi pertolongan kepada seseorang yang sedang dalam keadaan berbahaya
- f. Membantu orang yang lemah, sakit, atau buta menyeberangi jalan atau sungai.
- g. Memberi informasi yang benar atau memberitahukan kabar yang benar kepada seseorang.
- h. Membersihkan atau memperbaiki tempat-tempat umum, misalnya saluran air, taman, jalan, tempat ibadah, dsb.

Berbuat baik tanpa pamrih merupakan ciri yang dapat diagungkan oleh seorang umat Hindu di manapun berada. Kerja atas dasar penyerahan diri dan sebagai bentuk pengabdian kepada-NYA di satu sisi akan mampu memberikan identitas kultural, di sisi lain ia mampu memberikan perlindungan pada hidup ini, sebab karma yang baik senantiasa akan memberi perlindungan pada hidup dan kehidupan ini

5. Agama Budha

Buddhis mengajarkan delapan sila yaitu: percaya yang

bener, maksud yang benar, kata-kata yang benar, perbuatan yang benar, hidup yang benar, usaha yang benar, ingatan yang benar dan semedi yang benar. Demikianlah yang di maksud dengan pengertian dari empat *aryasatya* atau empat kebenaran yang mulia (Kitab Suci Sutta Pitaka, 1988: 17). Kesemuanya itu mengajarkan etika terhadap umatnya.

Sila pertamamenghargai kehidupan tidak membunuh, melindungi kehidupan. Menyadari penderitaan yang disebabkan oleh penghancuran kehidupan, umat Buddha berusaha mengembangkan *welas asih* dan melindungi kehidupan manusia, hewan, tanaman (melindungi alam).

Sila kedua menghargai milik orang lain tidak mencuri, bermurah hati dan menyadari penderitaan yang disebabkan oleh ketidakadilan, pencurian, dan penindasan, umat Buddha berusaha mengembangkan Cinta Kasih demi kesejahteraan semua makhluk. Aku akan melatih kejujuran dan kedermawanan dengan berbagai kekayaan, waktu, tenaga, perhatian dan semangat.

Sila ketigamenghargai hubungan pribadi, tidak memanjakan indera berkecukupan dan menyadari penderitaan yang disebabkan oleh perbuatan asusila, berusaha mengembangkan tanggung jawab dan melindungi keamanan serta keutuhan pribadi, pasangan, keluarga, dan masyarakat.

Sila keempat menghargai kebenaran tidak berbohong,

menyadari penderitaan yang disebabkan oleh ucapan yang tidak terjaga dan ketidakmampuan mendengarkan orang lain, berusaha mengembangkan ucapan yang penuh kasih serta mendengarkan orang lain agar mendapatkan sukacita dan kebahagiaan bagi mereka dan membebaskan dari penderitaan.

Sila kelima menghargai kesejahteraan batin dan badan, tidak meminum minuman keras dan berprihatian murni. Bertekad melatih diri untuk menghindari minuman keras dan dapat menyebabkan lemahnya kesadaran yang akan cenderung melakukan kesalahan.

Dari penjelasan di atas jelas bahwa dalam ajaran Buddha walaupun menitik beratkan dalam ajaran moral yang lebih di kenal sila. Namun, tidak melepaskan nilai ketuhanan yang terdapat dalam Tri Ratna (Tiga kepercayaan Umat Buddha), yang merupakan bagian syahadat untuk lebih mengenal Tuhan terutama melalui kekuasaannya dan pencerahan yang di berikan kepada para umat Buddha.

4. Karakter Religius

Secara spesifik, karakter yang berbasis nilai religius mengacu pada nilai-nilai dasar yang terdapat dalam agama (Islam). Nilai-nilai karakter yang menjadi prinsip dasar telah banyak ditemukan dari beberapa sumber, di antaranya nilai-nilai yang bersumber dari keteladanan Rasulullah dalam sikap dan perilaku sehari-hari yaitu

shiddiq (jujur), amanah (dipercaya), *tabligh* (menyampaikan dengan transparan), *fathanah* (cerdas). Berikut akan dijelaskan secara lebih rinci dari keempat sifat tersebut dalam konsep pelayanan kesehatan yaitu:

a. *Shiddiq*

Shiddiq (jujur) adalah suatu sikap yang mencerminkan adanya kesesuaian antara hati, perkataan dan perbuatan. Sebuah kenyataan yang benar yang tercermin dalam perkataan, perbuatan atau tindakan dan keadaan batinnya. Dalil tentang kejujuran telah di rangkum dalam sabda Rasulullah SAW:

Dari Abdullah ibn Mas'ud, Rasulullah saw. bersabda, "Sesungguhnya jujur itu membawa kepada kebaikan dan kebaikan itu membawa kesurga" (H.R.Bukhari).

Pengertian jujur ini dapat dijabarkan ke dalam butir-butir: a) memiliki sistem keyakinan untuk merealisasikan visi, misi dan tujuan; dan b) memiliki kemampuan kepribadian yang mantap, stabil, dewasa, arif, adil, dan berwibawa, menjadi teladan dan berakhlak mulia.

b. Amanah

Amanah adalah sebuah kepercayaan yang harus diemban dalam mewujudkan sesuatu yang dilakukan dengan penuh komitmen, kompeten, kerja keras dan konsisten. Perintah amanah telah dijelaskan dalam Al-quran surah An-Nisa: 58 yang artinya:

"Sesungguhnya Allah menyuruh kamu menyampaikan amanah kepada yang berhak menerimanya, dan (menyuruh kamu) apabila

menetapkan hukum di antara manusia supaya kamu menetapkan dengan adil. Sesungguhnya Allah memberi pengajaran yang sebaik-baiknya kepadamu. Sesungguhnya Allah adalah Maha mendengar lagi Maha Melihat.”(QS. An-Nisa’: 58)

Pengertian amanah ini dapat dijabarkan ke dalam butir-butir: a) rasa memiliki dan tanggung jawab yang tinggi; b) memiliki kemampuan mengembangkan potensi secara optimal; c) memiliki kemampuan mengamankan dan menjaga kelangsungan hidup; dan d) memiliki kemampuan membangun kemitraan dan jaringan.

c. *Tabligh*

Tabligh (transparan/komunikatif) adalah sebuah upaya merealisasikan pesan atau misi tertentu yang dilakukan dengan pendekatan atau metode tertentu. Jabaran pengertian ini diarahkan pada: a) memiliki kemampuan merealisasikan pesan atau misi; b) memiliki kemampuan berinteraksi secara efektif; dan c) memiliki kemampuan menerapkan pendekatan dan metode yang tepat.

Transparansi dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu adanya kebijakan terbuka terhadap pengawasan, adanya akses informasi sehingga masyarakat dapat menjangkau setiap segi kebijakan pemerintah, dan berlakunya prinsip check and balance (antar lembaga eksekutif dan legislatif).

d. *Fathanah*

Fathanah (cerdas) adalah sebuah kemahiran, atau penguasaan bidang tertentu yang mencakup kecerdasan intelektual,

emosional dan spiritual. Karakteristik jiwa cerdas meliputi arif dan bijak, integritas tinggi, kesadaran untuk belajar, sikap proaktif, orientasi kepada Tuhan, terpercaya dan ternama, menjadi yang terbaik, empati dan perasaan terharu, kematangan emosi, keseimbangan, jiwa penyampai misi, dan jiwa kompetisi.

Sifat cerdas ini dapat dijabarkan ke dalam butir-butir: a) memiliki kemampuan adaptif terhadap perkembangan dan perubahan zaman; b) memiliki kompetensi yang unggul, bermutu dan berdaya saing; dan c) memiliki kecerdasan intelektual, emosi, dan spiritual.

E. Tinjauan Umum Tentang Inovasi

1. Definisi Inovasi Pelayanan Puskesmas

Inovasi adalah membuat perubahan atau memperkenalkan hal-hal yang baru. Menurut Rosenfeld (2002), Inovasi adalah transformasi pengetahuan kepada produk, proses dan jasa baru; tindakan menggunakan sesuatu yang baru. Inovasi pada sektor publik lebih ditekankan pada aspek perbaikan yang dihasilkan dari kegiatan inovasi tersebut.

Inovasi pelayanan membuat pelayanan public lebih baik jika diselenggarakan dengan baik pula, jangan sampai inovasi hanya mengikuti trend saja sehingga akan mati kemudian. Inovasi harus berkelanjutan sehingga inovasi dapat berubah-ubah sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat.

Inovasi pelayanan kesehatan membuktikan bahwa menghasilkan perubahan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang lebih baik. Adanya inovasi pelayanan kesehatan pada suatu institusi juga membuktikan adanya kemauan keras dari dalam organisasi kesehatan untuk berbuat lebih baik, sebab menciptakan inovasi pelayanan tidaklah mudah, organisasi yang mampu memandang diri sendiri sebagai pelayan masyarakatlah yang mampu menciptakan inovasi yang sulit untuk dirinya sendiri akan tetapi bermanfaat bagi masyarakat yang luas.

Menurut Sharon H.Kim, Christopher G. Myers & Lisa Allen bahwa pendekatan yang paling tepat untuk memahami pengalaman pasien adalah *desain thinking*, kreatif, pendekatan pemecahan masalah yang berpusat pada manusia yang memanfaatkan empati, generasi ide kolektif, prototipe cepat, dan pengujian terus menerus untuk mengatasi tantangan yang kompleks. Dan karena pemikiran desain melibatkan pengujian dan penyempurnaan ide secara terus-menerus, umpan balik dicari sejak dini dan sering, terutama dari pasien (Sharon, et.al, 2017).

2. Tripologi Inovasi

Tipologi inovasi di sektor publik menurut Halvorsen (dalam Suwarno, 2008) adalah sebagai berikut:

- a. *a new or improved service* (pelayanan baru atau pelayanan yang diperbaiki), misalnya kesehatan dirumah.

- b. *Process innovation* (inovasi proses) misalnya perubahan dalam proses penyediaan pelayanan atau produk.
- c. *Administrative innovation* (inovasi administratif), misalnya penggunaan instrumen kebijakan baru sebagai hasil dari perubahan kebijakan.
- d. *System innovation* (inovasi sistem) adalah sistem baru atau perubahan mendasar dari sistem yang ada dengan mendirikan organisasi baru atau bentuk baru kerjasama dan interaksi.
- e. *Conteptual innovation* (inovasi konseptual) adalah perubahan dalam *outlook*, seperti misalnya manajemen air terpadu atau *mobility leasing*.
- f. *Radical change of rationality* (perubahan radikal), yang dimaksud adalah pergeseran pandangan umum atau mental matriks dari pegawai instansi pemerintah

3. Karakter Inovasi

Menurut Sumarwan (2010), Suatu Inovasi Memiliki Karakteristik sebagai berikut:

- a. Keunggulan relatif adalah derajat dimana suatu inovasi dianggap lebih baik/unggul dari yang pernah ada sebelumnya.
- b. Kerumitan adalah derajat dimana inovasi dianggap sebagai suatu yang sulit untuk dipahami dan digunakan.
- c. Kemampuan untuk diamati adalah derajat dimana hasil suatu inovasi dapat terlihat oleh orang lain.

- d. Kompabilitas adalah derajat dimana inovasi tersebut dianggap konsisten dengan nilai-nilai yang berlaku, pengalaman masa lalu.
- e. Kemampuan diujicobakan adalah derajat dimana suatu inovasi dapat diuji coba batas tertentu (Sumarwan, 2010).

Inovasi sistem kesehatan terutama dimanifestasikan oleh perubahan dan pengembangan sistem yang konstan. Ini menyiratkan keterbukaan sistem (termasuk regulasi, pendanaan dan model manajemen) terhadap perubahan inovasi, peningkatan sistem peserta kesehatan dan layanan yang disediakan, termasuk dengan peningkatan integrasi dan kerja sama antara peserta dan layanan.

Perubahan ini harus diarahkan pada sistem kesehatan yang lebih berkelanjutan dan kualitas yang semakin baik, dan lebih mudah diakses, nyaman, dan hemat biaya. Inovasi sistem kesehatan berarti pengembangan pengetahuan baru, pendekatan dan model untuk semua aspek sistem seperti manajemen, model penyediaan layanan (termasuk desain layanan dan proses), pendekatan pendanaan dan pembayaran, pengembangan kegiatan intervensi yang lebih efektif, dll (Rogers, 2003).

Inovasi secara tradisional (mis. Dalam definisi OECD) dipahami sebagai penerapan produk atau proses yang baru atau ditingkatkan secara signifikan (baik atau layanan), metode pemasaran baru, atau metode organisasi baru dalam praktik bisnis, organisasi tempat kerja atau hubungan eksternal. Karena pengembangan sistem kesehatan

sebagian besar terkait dengan pilihan sektor publik sebagai regulator dan pelaku pasar (pembeli terbesar), inovasi memiliki makna yang lebih luas dalam perawatan kesehatan dan kesehatan masyarakat. Inovasi dalam sistem kesehatan mencakup definisi tradisional di atas dan inovasi sektor publik, yang mengacu pada penggunaan produk, layanan, dan proses baru untuk meningkatkan biaya. Efektivitas, efisiensi, kemanjuran dan kualitas dan / atau kepuasan dengan kegiatan sektor publik.

Sistem yang berpusat pada sektor publik, seperti sistem kesehatan, inovasi harus dipahami sebagai proses dinamis ganda: 1) inovasi dalam sektor publik, dengan fokus pada pengembangan dan pembaruan kegiatan internal sektor itu sendiri, dan 2) inovasi melalui kegiatan yang mendukung inovasi di sektor publik (mis. Dukungan dan pengadaan yang mendukung inovasi yang memengaruhi pengembangan peserta lain dalam sistem).

Inovasi dalam sistem kesehatan dapat dimanifestasikan pada berbagai tingkatan dan melalui kegiatan dan kerjasama antara berbagai pihak dalam sistem:

- a. inovasi produk atau layanan (mis. obat-obatan baru, peralatan, analisis dan metode perawatan, kegiatan intervensi kesehatan masyarakat).
- b. inovasi proses internal penyedia produk atau layanan (mis. model bisnis penyedia layanan yang baru atau lebih baik, model

organisasi dan manajemen yang baru atau lebih baik)

- c. inovasi penyediaan layanan (mis. layanan baru atau lebih baik dalam kemitraan antara satu atau banyak penyedia layanan, bentuk komunikasi baru atau lebih baik antara penyedia layanan dan pasien)
- d. inovasi manajemen sistem kesehatan (kebijakan) (mis. visi dan pendekatan baru atau lebih baik untuk penyediaan layanan secara keseluruhan, pendanaan dan struktur jaringan lembaga perawatan kesehatan)
- e. inovasi sistemik, yaitu reorganisasi radikal sistem kesehatan yang mencakup banyak elemen di atas dan berdampak pada semua peserta dalam sistem kesehatan.

4. Strategi Inovasi

Istilah strategi berasal dari kata Yunani *strategoia*, yang artinya seni atau ilmu untuk menjadi seorang jenderal. Strategi juga bisa diartikan sebagai suatu rencana untuk pembagian dan penggunaan kekuatan militer dan material pada daerah-daerah tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (Tjiptono, 2008).

Strategi inovasi adalah berkaitan dengan respon strategi Perusahaan dalam mengadopsi inovasi (Hadjimanolis & Dickson, 2000). Istilah inovasi sendiri menemukan pengertian modernnya untuk pertama kali dalam Oxford English Dictionary edisi tahun 1939 yaitu "*The act of introducing a new product into market*". Dalam hal ini

inovasi dipahami sebagai proses penciptaan produk (barang atau jasa) baru, pengenalan metode atau ide baru atau penciptaan perubahan atau perbaikan yang inkremental (Suwarno, 2008).

Sedangkan Inovasi dalam pelayanan publik dapat diartikan sebagai pembaharuan/ciptaan/kreativitas/ciptaan baru dalam pelayanan publik (Setijaningrum, 2009).

Inovasi yang berhasil merupakan hasil kreasi dan implementasi proses, produk layanan dan metode layanan baru dan juga hasil dari pengembangan nyata dari efisiensi, efektifitas atau kualitas hasil. Hal ini dapat membuktikan bahwa inovasi telah berkembang dari pemahaman awal, dimana inovasi hanya mencangkup dalam hal produk dan proses.

Inovasi produk atau layanan berasal dari perubahan bentuk dan desain produk atau layanan sementara, inovasi proses berasal dari gerakan pembaharuan kualitas yang berkelanjutan dan mengacu pada kombinasi perubahan organisasi, prosedur, dan kebijakan yang baru atau riset dalam studi Ilmu Administrasi Negara, terutama terbagi menjadi Inovasi dalam metode pelayanan dan inovasi strategi atau kebijakan.

Inovasi dalam metode pelayanan adalah perubahan baru dalam hal berinteraksi dengan pelanggan atau cara baru dalam memberikan pelayanan. Inovasi dalam strategi atau kebijakan mengacu pada visi, misi, tujuan, dan strategi baru beserta alasannya yang berangkat dari

realitas yang ada. Jenis lain yang juga berkembang adalah inovasi dalam interaksi sistem yang mencangkup perubahan dalam tata kelola pemerintahan (Muluk, 2008).

5. Level Inovasi

Level inovasi ini dijelaskan oleh mulgan dan albury berentang mulai dari *incremental*, *radikal*, sampai *transformatif* (Muluk, 2008).

1. Inovasi *incremental* berarti inovasi yang terjadi untuk membawa perubahan-perubahan kecil terhadap suatu proses atau layanan yang ada. Pada umumnya sebagian besar inovasi yang ada berada dalam level ini dan jarang sekali membawa perubahan terhadap struktur organisasi dan hubungan keorganisasian.
2. Inovasi *radikal* merupakan perubahan mendasar dalam pelayanan publik atau pengenalan cara- cara yang sama sekali baru dalam proses keorganisasian dan pelayanan.
3. Inovasi *transformatif* atau sistematis membawa perubahan dalam struktur angkatan kerja dan keorganisasian dan menstranformasi semua sektor dan secara dramatis mengubah keorganisasian. Inovasi jenis ini membutuhkan waktu yang lebih lama untuk memperoleh hasil yang diinginkan dan membutuhkan perubahan mendasar dalam susunan sosial, budaya dan organisasi.

6. Kategori Inovasi

Menurut Muluk, dilihat dari segi proses, inovasi dapat dibedakan dalam dua kategori yaitu(Muluk, 2008):

- a. *Subtaining innovation* (inovasi terusan) yang merupakan proses inovasi yang membawa perubahan baru namun dengan tetap mendasarkan diri pada kondisi pelayanan dan sistem yang sedang berjalan atau produk yang sudah ada.
- b. *Discontinues innovation* (inovasi terputus) merupakan proses inovasi yang membawa perubahan yang sama sekali baru dan tidak lagi berdasar pada kondisi yang sudah ada sebelumnya.

Inovasi yang sukses terjadi ketika kombinasi driver berkumpul, kombinasi ini dapat dianggap sebagai menciptakan tempat reseptif untuk inovasi yang memiliki kesamaan:

- (i) keterampilan inovasi, kemampuan dan kepemimpinan;
- (ii) jaringan dan hubungan yang menghubungkan berbagai bagian jalur inovasi;
- (iii) insentif dan akuntabilitas dalam sistem yang menghargai pengelolaan risiko yang diambil, pendekatan jangka panjang dan transformasi layanan;
- (iv) sumber daya keuangan, lingkungan komisioning dan pengadaan, serta tata kelola dan peraturan terkait yang menyediakan dana, waktu, dan izin yang diperlukan dari manajemen untuk memungkinkan para inovator berkembang;
- (v) keterlibatan dengan pasien dan komunitas yang dapat menciptakan daya tarik tambahan untuk inovasi yang dihadapi pasien dengan kecepatan dan skala; dan, secara kritis;

(vi) lingkungan informasi dan bukti yang tepat untuk membuat keputusan yang tepat - secara lokal, regional dan nasional.

7. Motivasi dan Akuntabilitas Inovasi

Ada beragam mekanisme di dalam organisasi kesehatan dan perawatan untuk mendorong inovasi, walaupun saat ini hanya ada sedikit bukti mengenai efektivitas biaya dari berbagai pendekatan. Peningkatan kualitas perawatan bagi pasien, insentif keuangan untuk individu dan organisasi, peluang untuk pengembangan profesional, penghargaan dan pengakuan dipandang sebagai motivator utama bagi individu dan organisasi untuk berinovasi.

Pendekatan lain untuk menerjemahkan motivasi menjadi tindakan meliputi melepaskan sumber daya (waktu, pendanaan) untuk menginkubasi gagasan dan mengejar kegiatan yang berkaitan dengan inovasi, berbagi bukti tentang dampak dari inovasi, dan membangun skema penghargaan dan pengakuan, pengembalian finansial, dan insentif terkait kinerja. Pendekatan yang dirancang untuk memotivasi inovasi, terdapat beragam peran dan fungsi inovasi formal dalam organisasi penyedia (mis. Pimpinan Inovasi, Pramuka Inovasi, Direktur Inovasi dan Peningkatan). Seringkali bekerja bersama dalam jaringan regional dan nasional, ini mencari secara kolektif untuk mendukung lingkungan yang ramah inovasi.

Namun, terlepas dari beragam motivasi individu dan organisasi, terdapat juga kekurangan, keterhubungan dan konsistensi dalam

mekanisme insentif di seluruh daerah, mengatasi hal ini membutuhkan intervensi lebih lanjut untuk meningkatkan insentif dan akuntabilitas berinovasi. Selain itu, pendekatan untuk eksplorasi lebih lanjut seperti yang disarankan oleh beberapa peneliti meliputi:

- a. Memperkuat dan meningkatkan izin untuk berinovasi dalam organisasi penyedia.
- b. Mekanisme untuk membangun identitas kolektif dan rasa kebersamaan untuk berinovasi di bidang kesehatan dan perawatan profesional, termasuk upaya yang ditujukan untuk pendidikan profesional kesehatan dan pengembangan karir.
- c. Mengatasi budaya risiko, melalui promosi manajemen risiko yang bertanggung jawab dan akuntabel (mis. Melalui penciptaan standar, komunikasi yang jelas dari kepemimpinan, dan keterlibatan dengan sektor lain untuk bertukar wawasan tentang manajemen risiko).
- d. Insentif tambahan untuk penyerapan inovasi secara khusus, serta *dekomisioning* terkait penghargaan untuk penggunaan inovasi yang terbukti bernilai tinggi untuk dikembangkan di tempat lain; peningkatan arus informasi dan bukti pada kinerja inovasi; indikator kinerja yang menghubungkan inovasi dengan akuntabilitas.

Ada pengakuan yang berkembang bahwa sistem inovasi kesehatan yang berkelanjutan dan efektif perlu melibatkan pasien dan

masyarakat di sepanjang jalur inovasi (yaitu dalam memprioritaskan kebutuhan, mengartikulasikan permintaan, berkontribusi pada program inovasi dan implementasi proyek, dan memungkinkan dan mengadvokasi untuk pengambilan inovasi yang efektif dan evaluasi mereka). Pelibatan masyarakat dalam inovasi kesehatan melalui dialog, peningkatan kesadaran, advokasi dengan sektor ketiga dan demonstrasi inovasi di acara masyarakat yang lebih luas, atau melalui platform berbasis web dan pasien institusi. dan partisipasi publik atau kelompok referensi.

F. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.2 Matriks Jurnal tentang Mutu Pelayanan Kesehatan

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain/Analisis Data	Hasil Penelitian	Sumber
1	Kaplan et al. (2012)	The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement	Metode: 10 Pakar QI diberikan hasil tinjauan literatur sistematis dan kemudian berpartisipasi dalam dua putaran pengumpulan pendapat untuk mengidentifikasi dan menentukan faktor-faktor kontekstual yang penting. Para ahli kemudian bertemu langsung untuk mengidentifikasi hubungan antar faktor dan mulai membangun model.	Hasil: Model untuk Memahami Keberhasilan dalam Kualitas (MUSIQ) disusun berdasarkan pada tingkat sistem perawatan kesehatan dan mengidentifikasi 25 faktor kontekstual yang mungkin mempengaruhi kesuksesan QI. Faktor kontekstual dalam mikrosistem dan yang terkait dengan tim QI dihipotesiskan untuk langsung membentuk kesuksesan QI, sedangkan faktor-faktor dalam organisasi dan lingkungan eksternal diyakini mempengaruhi kesuksesan secara tidak langsung	BMJ Quality & Safety open Vol.21 (1): 13-20
2	Griffin et al. (2017)	Revalidation and quality assurance: the application of the MUSIQ framework in independent verification visits	Model untuk Memahami Keberhasilan dalam Kualitas (MUSIQ) dan bagaimana penerapannya ke IVV mengungkapkan relevansi faktor kontekstual yang dijelaskan dalam model.	Fokusnya adalah pada penyedia layanan kesehatan di NHS (di perawatan sekunder) dan sektor swasta di Inggris, yang merupakan badan yang ditunjuk (DB). DBs adalah organisasi kesehatan yang memiliki tanggung jawab hukum, melalui dokter memimpin, petugas yang bertanggung jawab (RO), untuk menerapkan revalidasi medis. Peserta: Semua RO yang telah menjalani IVV	BMJ Quality & Safety open Vol.7 (2): e014121

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain/Analisis Data	Hasil Penelitian	Sumber
		healthcare organisations			
3	Lazaros A, Sofia A, Iakovidis George I (2017)	Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) Dimensions in Greek Tertiary Education System	Metode survey	Model MBNQA sebagai kerangka kerja operasional untuk Total Quality Management dan juga memperkuat hasil yang diperoleh dalam studi sebelumnya untuk Model EFQM yang menunjukkan bahwa model penghargaan kualitas sebenarnya menyediakan kerangka kerja yang sesuai untuk manajemen kualitas.	<i>The Economies of Balkan and Eastern Europe Countries in the Changed World</i> , KnE Social Sciences, 436–455. DOI 10.18502/kss.v1i2.912
4	Dixon-Woods, McNicol, and Martin (2012)	Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and	Metode: Para penulis menganalisis laporan evaluasi yang berkaitan dengan lima program peningkatan Yayasan Kesehatan menggunakan bentuk sintesis 'paling sesuai', di mana kerangka yang sudah ada sebelumnya.	Hasilnya adalah ada sepuluh tantangan utama: meyakinkan orang bahwa ada masalah yang relevan bagi mereka; Mendapatkan pengumpulan data dan sistem pemantauan yang tepat; ambisi berlebih dan 'proyeksi'; budaya organisasi, kapasitas dan konteks; tribalisme dan kurangnya keterlibatan staf; kepemimpinan; memberi insentif partisipasi dan 'sisi keras'; mengamankan	BMJ Quality & Safety Vol.21 (10)

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain/Analisis Data	Hasil Penelitian	Sumber
		relevant literature		keberlanjutan; dan risiko konsekuensi yang tidak diinginkan.	
5	Gorenak (2015)	The Five Dimensions of Muslim Religiosity. Results of an Empirical Study	Penelitian ini menerapkan model Glock dengan mempertimbangkan karakteristik khusus kesalehan Islam.	Menerapkan analisis komponen utama dengan rotasi oblimin menghasilkan struktur lima dimensi religiusitas Muslim: 1. Religiositas dasar, 2. Tugas sentral, 3. Pengalaman keagamaan, 4. Pengetahuan agama, dan 5. Orthopraxis. Analisis statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa skala tersebut dapat diandalkan dan valid secara internal.	MDA Journal methods, data, analyses Vol. 8(1), 2014, pp. 53-78.
6	Nusantari, Taroepratjeka, and Arijanto (2015)	Pengukuran Performansi Berdasarkan Malcolm Baldrige For Performance Excellence (MBCFPE)	Metode pengukuran kinerja yang digunakan yaitu Malcolm Baldrige Criteria For Performance Excellence untuk kriteria analisis kinerja dan manajemen pengetahuan.	Hasil penelitian ini adalah dokumen aplikasi, kekuatan, dan peluang untuk perbaikan. Skor keunggulan kinerja dilakukan melalui ulasan ADLI (Pendekatan, Penyebaran, Pembelajaran, Integrasi). Skor yang diperoleh untuk kriteria 4 adalah 45 poin dari 90 poin dan total skor 449,75 poin dari 1000 poin, sehingga berada di level "perbaikan awal".	Jurnal Reka Integra 2015 Vol.3 (2)
7	Strumpf et al. (2012)	Innovative and Diverse Strategies Toward Primary Health Care	Literature Review	Inisiatif reformasi perawatan primer bergantung pada partisipasi sukarela, perubahan bertahap, dan beragam model, mendorong keterlibatan dan kolaborasi	The Journal of The American Board of Family Medicine

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain/Analisis Data	Hasil Penelitian	Sumber
		Reform: Lessons Learned from the Canadian Experience		dari berbagai pemangku kepentingan termasuk pasien, penyedia, dan pembuat kebijakan. Kolaborasi lintas negara dalam mengevaluasi dan mentransformasi upaya reformasi perawatan primer.	Vol.25 (1):27-33
8	Hossain, Hanninen, Lehtila, Morikawa, dan Rissanen (2017)	Enhancing Primary Healthcare Innovation: Creation and Diffusion in Finland	Literatur review, wawancara mendalam, dan penelusuran Google Cendekia dan Scopus.	Sektor kesehatan dibatasi oleh sumber daya, ada kesenjangan layanan dalam memenuhi pelanggan, mengarah pada pengembangan inovasi menuju peningkatan mutu pelayanan. Namun, membutuhkan beberapa organisasi layanan kesehatan untuk saling bekerja sama, pemimpin belum menghasilkan inovasi unggul dan kompetitif, Inovasi akan lebih bermanfaat bagi organisasi layanan kesehatan jika dengan strategi rencana yang baik dan dukungan sumber daya.	Departement of Industrial Engineering and Management Aalto University
9	Mainz (2003)	Defining and classifying clinical indicators for quality improvement	Kajian literatur	Memantau kualitas layanan kesehatan tidak mungkin dilakukan tanpa menggunakan indikator klinis. Mereka menciptakan dasar untuk peningkatan kualitas dan prioritas dalam sistem perawatan kesehatan. Untuk memastikan bahwa indikator klinis yang andal dan valid digunakan, maka harus dirancang, diperbaiki, dan diimplementasikan secara	International Journal for Quality in Health Care Vol.15 (6):523-530

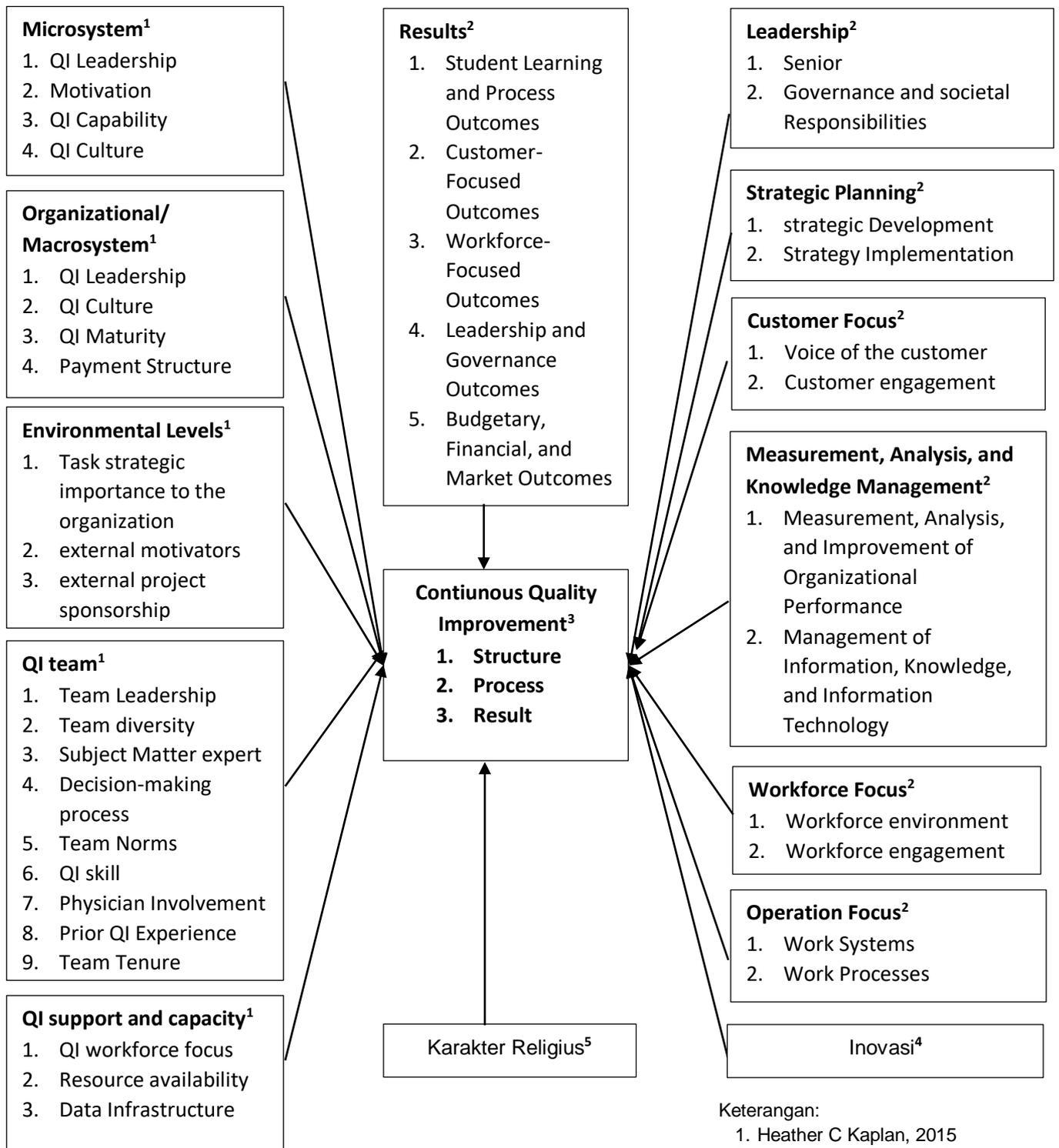
No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain/Analisis Data	Hasil Penelitian	Sumber
				ilmiah.	
10	Anita AR*, Aidalina M (2014)	A Review Of The Islamic Approach In Publiuc Health Practices.	Literature Review	Ada hubungan potensial antara pendekatan Islam berdasarkan bukti Al-Qur'an dan Sunnah dengan praktik-praktik yang ada dalam Kesehatan Masyarakat. Oleh karena itu direkomendasikan bahwa lebih banyak referensi harus dilakukan dari perspektif agama untuk memahami bagaimana konsep Islam yang dibangun di atas Al-Quran dan Sunnah dapat mempengaruhi berbagai faktor penentu kesehatan dan pada akhirnya mengarah ke gaya hidup sehat yang komprehensif.	International Journal of Public Health and Clinical Sciences e- ISSN : 2289- 7577. Vol. 1:No. 2 November/Dec ember 2014

G. Kerangka Teori Penelitian

Penelitian tentang mutu pelayanan telah lama dilakukan diberbagai dunia, termasuk dari kerangka teori penelitian ini disusun dari beberapa hasil riset yang telah banyak dikembangkan di beberapa negara diantaranya adalah *The Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA), *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)* dan teori *Donabedian*.

Variabel yang mempengaruhi peningkatan mutu pelayanan menurut *The Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA) terdapat 7 variabel yaitu kepemimpinan (*leadership*), perencanaan strategis (*strategic planning*), fokus pada pelanggan (*customer focused*), pengukuran, analisis, dan manajemen pengetahuan (*measurement, analysis, and knowledge management*), fokus pada tenaga kerja (*workforce focused*), fokus pada operasi (*operation focused*), dan hasil.

Quality Improvement dalam *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)* membagi menjadi 4 variabel, yaitu *microsystem, organizational, environmental* dan *QI team*. Teori *Donabedian* menyebutkan bahwa ada tiga pendekatan dalam peningkatan mutu berkelanjutan yaitu pendekatan struktur atau input, pendekatan proses dan pendekatan hasil atau *output*. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam gambar 2.5 kerangka teori penelitian.



Gambar 2.6 Kerangka Teori Penelitian

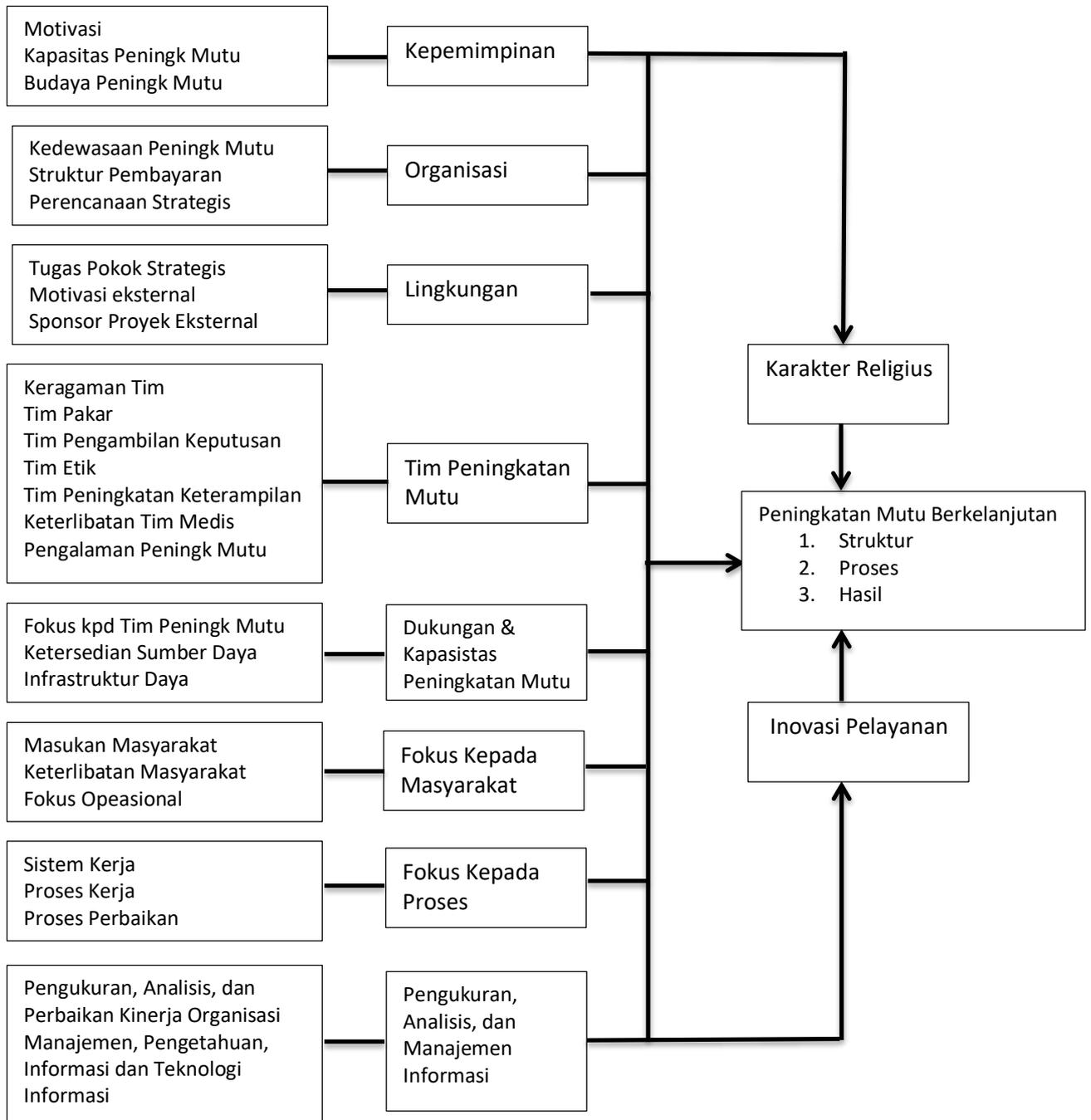
H. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini merupakan hasil gabungan dari teori *The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*, *The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)* dan teori *Donabedian*. Kemudian ditambahkan dengan variabel karakter religius dan inovasi pelayanan.

Variabel karakter reiligius dalam hubungannya dengan variabel kepemimpinan, organisasi, lingkungan, tim peningkatan mutu, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus pada proses, fokus kepada masyarakat, pengukuran, analisis dan manajemen infomasi.

Variabel inovasi pelayanan dalam hubungannya dengan variabel kepemimpinan, organisasi, lingkungan, tim peningkatan mutu, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus pada proses, fokus kepada masyarakat, pengukuran, analisis dan manajemen infomasi.

Variabel peningkatan mutu berkelanjutan dalam hubungannya dengan variabel inovasi pelayanan, karakter religius, kepemimpinan, organisasi, lingkungan, tim peningkatan mutu, dukungan dan kapasitas peningkatan mutu, fokus pada proses, fokus kepada masyarakat, pengukuran, analisis dan manajemen infomasi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 2.6 kerangka konsep penelitian.



Gambar 2.7 Kerangka Konsep Penelitian

I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2.3. Definisi Operasional Variabel dan Kriteria Objektif

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
1	Kepemimpinan (X1)	Kapasitas kepemimpinan untuk peningkatan mutu dimana mereka secara pribadi terlibat dalam mendukung dan memfasilitasi upaya peningkatan tersebut	Motivasi (X1.1) Kapabilitas Peningkatan Mutu (X1.2)	Kemampuan anggota tim untuk memiliki keinginan dan kesediaan meningkatkan kinerja dalam peningkatan mutu Kemampuan anggota tim untuk menggunakan metode peningkatan mutu untuk melakukan perubahan berkelanjutan	Kuesioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$ Kurang : Jika nilai jawaban responden $< 50\%$	Ordinal Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			Budaya Peningkatan Mutu (X1.3)	Nilai, kepercayaan, dan norma yang hadir dalam kepemimpinan, menekankan pada kerja tim, komunikasi, kebebasan untuk membuat keputusan dan komitmen untuk meningkatkan mutu			Ordinal
2	Organisasi (X2)	Pengelolaan organisasi layanan kesehatan dalam peningkatan mutu berkelanjutan	Kedewasaan Peningkatan Mutu (X2.1) Struktur Pembayaran (X2.2)	Kemutakhiran program peningkatan mutu organisasi Tenaga kesehatan dipekerjakan dan diberi kompensasi oleh organisasi	Kuisisioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$ Kurang : Jika nilai jawaban responden $< 50\%$	Ordinal Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			Perencanaan Strategis (X2.3)	Rencana lima tahunan peningkatan mutu pelayanan			Ordinal
3	Lingkungan (X3)	Lingkungan dalam peningkatan mutu berkelanjutan yang berkaitan dengan kebijakan, dorongan dan kontribusi peningkatan mutu layanan kesehatan primer	Tugas pokok strategis organisasi (X3.1)	Pekerjaan yang dianggap sebagai bagian dari tujuan strategis organisasi	Kuisisioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$	Ordinal
			Motivasi Eksternal (X3.2)	Tekanan lingkungan dan insentif yang menstimulasi organisasi untuk meningkatkan kinerja dan kualitasnya dalam bidang fokus peningkatan mutu		Kurang : Jika nilai jawaban responden $< 50\%$	Ordinal
			Sponsor Proyek Eksternal (X3.3)	Kontribusi anggota dalam bentuk keahlian, uang,			Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				peralatan, fasilitas, atau sumber daya penting lainnya dari luar organisasi dengan hubungan formal peningkatan mutu organisasi			
4	Tim Peningkatan Mutu (X4)	Tim mutu yang dibentuk memiliki kemampuan pengelolaan mutu dengan melibatkan berbagai jenis ketenagaan yang ada didalam layanan kesehatan primer	Keragaman Tim (X4.1) Tim Pakar (X4.2) Tim Pengambil Keputusan	Keragaman anggota tim sehubungan dengan disiplin profesional, kepribadian, motivasi, dan perspektif Satu atau lebih anggota tim memiliki pengetahuan tentang hasil, proses, atau sistem diubah Tim yang terlibat	Kuisisioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$ Kurang : Jika nilai jawaban responden $< 50\%$	Ordinal Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			(X4.3)	dalam pengambilan keputusan yang dirancang dengan baik			Ordinal
			Tim Etik (X4.4)	Tim yang menetapkan norma perilaku yang kuat terkait dengan cara kerja yang harus dilakukan dan bagaimana tujuan yang harus dicapai			Ordinal
			Tim Peningkatan Keterampilan peningkatan Mutu (X4.5)	Kemampuan tim untuk menggunakan metode peningkatan mutu untuk membuat perubahan			Ordinal
			Keterlibatan Tim Medis (X4.6)	Kontribusi tim medis untuk upaya			Ordinal
			Pengalaman				Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			Peningkatan Mutu (X4.7)	peningkatan mutu tim Pengalaman sebelumnya dengan hal yang berkaitan dengan peningkatan mutu			Ordinal
5	Dukungan dan Kapasitas Peningkatan Mutu (X5)	Ketersediaan sumberdaya yang terlatih dalam pengelolaan peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer	Fokus kepada tim peningkatan mutu (X5.1) Ketersediaan sumberdaya (X5.2)	Sejauh mana organisasi mengembangkan tenaga kerja dengan melatih dan melibatkan mereka dalam peningkatan mutu melalui sistem penghargaan dan yang diharapkan Sejauh mana dukungan keuangan untuk peningkatan mutu yang telah	Kuesioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$ Kurang : Jika nilai jawaban responden $< 50\%$	Ordinal Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				disediakan, termasuk alokasi sumber daya dan waktu anggota			Ordinal
			Infrastruktur data (X5.3)	Sejauh mana sistem yang telah ada untuk mengumpulkan, mengelola, dan memfasilitasi penggunaan data yang diperlukan untuk mendukung peningkatan kinerja			
6	Fokus Kepada Masyarakat (X6)	Melibatkan masyarakat dalam upaya perbaikan mutu untuk peningkatan mutu berkelanjutan	Masukan masyarakat (X6.1)	Kritik dan saran perbaikan peningkatan mutu berdasarkan kepuasan layanan	Kuesioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$	Ordinal
			Keterlibatan masyarakat (X6.2)	Pemberian layanan untuk membangun hubungan dengan		Kurang : Jika nilai jawaban responden	Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				masyarakat dan mendapatkan dukungan masyarakat		< 50%	
7	Fokus Pada Proses (X7)	Membangun sistem kerja dalam upaya peningkatan mutu berkelanjutan	Sistem Kerja (X7.1)	Proses kerja organisasi dengan mendesain, mengatur, dan memperbaiki produk kunci dan proses kerja	Kuesioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$	Ordinal
			Proses Kerja (X7.2)	Efektivitas operasional yang menjamin manajemen operasional berjalan pada jalur yang benar untuk kepentingan peningkatan mutu berupa kontrol biaya, manajemen rantai pasokan, kesiapan		Kurang : Jika nilai jawaban responden < 50%	Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				keamanan dan kegawatdaruratan, dan manajemen inovasi			
8	Pengukuran, analisis, dan Manajemen Informasi (X8)		Pengukuran, analisis, dan Perbaikan Kinerja Organisasi (X8.1)				Ordinal
			Manajemen Pengetahuan, Informasi, dan Teknologi Informasi (X8.2)				Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
9	Karakter Religius (X9)	Ciri khas kepribadian individu yang berbeda dengan orang lain berupa sikap, pikiran, dan tindakan yang sesuai dengan agama dalam peningkatan mutu berkelanjutan	<p>Disiplin</p> <p>Menghadirkan Tuhan dalam aktifitasnya</p> <p>Adil</p>	<p>Petugas puskesmas tepat waktu jam kerjanya, menuntaskan tugas dan tanggung jawabnya tepat waktu.</p> <p>Petugas puskesmas bekerja tanpa tekanan, selalu merasakan adanya pengawasan dari Allah saat melaksanakan tugasnya</p> <p>Tidak membedakan antara jenis kelamin, agama, suku dan ras dalam memberikan pelayanan.</p>	Kuesioner	<p>Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$</p> <p>Kurang : Jika nilai jawaban responden $< 50\%$</p>	Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			Sabar	Memberikan pelayanan dengan baik, tidak mengeluh, menerima dengan baik bila diberikan teguran oleh pimpinannya.			
			<i>Tabligh</i> (Transparan/ Komunikatif)	Memberikan informasi dengan tepat dan jelas serta mampu memmotivasi masyarakat dalam memperbaiki derajat kesehatan.			
			Ramah	Menyapa dengan baik dan selalu menawarkan bantuan saat pasien/			

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			Komitmen	masyarakat kebingungan.			
			<i>Fathanah</i> (cerdas)	Bekerja dengan penuh tanggungjawab, semangat, nyaman dan selalu berupaya meningkatkan mutu pelayanan			
			Amanah	Dalam memberi pelayanan sangat teliti, sesuai kebijakan, pedoman, kerangka acuan, prosedur dan memahami kebutuhan dan harapan masyarakat.			
				Bertanggung jawab			

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			<i>Shiddiq</i> (jujur)	atas segala pelayanan yang diberikan dan bersedia menanggung risikonya. Dipercaya dalam memberikan tindakan, dapat memberikan penjelasan sesuai masalah, tidak melakukan korupsi, kolusi dan nepotisme.			
10	Inovasi (X10)	Proses mengubah ide-ide kreatif menjadi produk atau metode kerja yang berguna dalam meningkatkan mutu	Kegiatan baru/modifikasi Tindak lanjut analisis	Adanya ide-ide baru atau modifikasi kegiatan dalam peningkatan mutu. Inovasi dibuat sesuai hasil analisis	Kuesioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$ Kurang : Jika nilai	Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
		layanan		masalah, perubahan regulasi/kebijakan dan sesuai kebutuhan masyarakat.		jawaban responden < 50%	
			Dukungan sumber daya	Tersedianya sumber daya tenaga dan biaya.			
			Peran lintas sektor	Adanya keterlibatan sector lain dalam penyusunan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi inovasi.			
			Brand baru	Inovasi diberikan nama yang menarik dan menyesuaikan dengan kemajuan teknologi.			

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			Kearifan lokal	Pelayanan dikembangkan sesuai keadaan lokal, mengadopsi layanan publik, dan diberikan <i>murottal/relaxing music</i> .			
11	Peningkatan Mutu Berkelanjutan(Y)	Upaya perbaikan input, proses dan hasil dalam upaya peningkatan mutu secara terus menerus.	Struktur (Y.1)	Karakteristik yang relatif menetap pada organisasi, alat dan sumber daya, dan tatanan fisik serta organisasi dimana mereka bekerja	Kuesioner	Baik : Jika nilai jawaban responden $\geq 50\%$	Ordinal
			Proses (Y.2)	Rangkaian kegiatan yang berlangsung antara penyedia layanan/petugas dan pasien		Kurang : Jika nilai jawaban responden $< 50\%$	Ordinal
			Hasil (Y.3)	Perubahan yang terjadi pada status			Ordinal

No	Variabel Laten (Konstruk)	Definisi Variabel Laten	Indikator Variabel (Observed)	Definisi Operasional Indikator Variabel	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				derajat kesehatan saat ini ataupun masa mendatang			