



**STRATEGI IMPLEMENTASI INDIKATOR NASIONAL MUTU
PUSKESMAS UNTUK PENINGKATAN MUTU LAYANAN DI
PUSKESMAS SUMBERSARI KABUPATEN JEMBER**

*(Diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar Sarjana pada
Program Studi Kesehatan Masyarakat)*

SKRIPSI

Oleh:

**Putri Ayu Isna Zarkasi
NIM 212110101040**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
JEMBER
2025**



**STRATEGI IMPLEMENTASI INDIKATOR NASIONAL MUTU
PUSKESMAS UNTUK PENINGKATAN MUTU LAYANAN DI
PUSKESMAS SUMBERSARI, KABUPATEN JEMBER**

*(Diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar Sarjana pada
Program Studi Kesehatan Masyarakat)*

SKRIPSI

Oleh:

**Putri Ayu Isna Zarkasi
NIM 212110101040**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
JEMBER
2025**

PERSEMBAHAN

Lembar persembahan ini dipersembahkan kepada orang berharga bagi penulis yaitu:

1. Kepada ibu tersayang yaitu Ibu Tatik Suprapti yang selalu mendukung dan selalu memberikan nasihat ketika penulis terjebak dalam kebimbangan dan kekhawatiran akan masalah yang penulis hadapi. Terima kasih atas kasih sayang tulus yang diberikan kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
2. Kepada ayah terkasih yaitu Bapak Mohammad Ravi yang selalu menjadikan penulis sebagai anak kesayangan nomor satu dalam hatinya, selalu memberikan semangat dan nasihat agar penulis tidak terlalu memikirkan masalah dunia dan selalu berserah diri kepada Allah. Terima kasih atas kasih sayang yang tiada tara sehingga penulis bisa percaya diri untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. Kepada kakak dan adik yaitu Kakak Nevita Aulya Zarkasi dan adik Mohammad Yusuf Rizky Zarkasi yang selalu percaya kepada penulis bahwa skripsi ini bisa diselesaikan dengan baik. Terima kasih atas dukungan yang diberikan.
4. Sahabat penulis yaitu Yolanda, Maydiva, Krisniawati, Talyta, Zulfa, Meirizka, Nazel, serta seluruh sahabat-sahabat dari berbagai kota yang telah menghiasi kehidupan kuliah penulis dan menemani penulis di setiap langkahnya hingga penulis berada pada tahap akhir ini.
5. Kepada para guru penulis saat penulis duduk di bangku sekolah TK Pertiwi, SDN Patemon 1, SMPN 2 Bondowoso, SMAN 2 Bondowoso, serta seluruh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Terima kasih telah membimbing dan memberikan ilmu berharga dan bermanfaat bagi penulis.
6. Terakhir tetapi tidak kalah pentingnya, skripsi ini dipersembahkan kepada diri sendiri. Terima kasih kepada Putri Ayu Isna Zarkasi yang telah percaya pada diri sendiri, terus berjuang, terus melangkah maju dan tetap bangun meskipun pernah jatuh sehingga bisa berada dalam tahap ini.

MOTTO

“Hatiku tenang karena mengetahui bahwa apa yang melewatkanmu tidak akan pernah menjadi takdirku, dan apa yang ditakdirkan untukku tidak akan pernah melewatkanmu.”

(Umar bin Khattab)

“Dibalik pencapaianku sampai hari ini, ada kasih sayang kedua orang tuaku yang lebih tinggi dari gunung dan bahkan lebih dalam dari lautan.”

(Putri Ayu Isna Zarkasi)

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putri Ayu Isna Zarkasi

NIM : 212110101040

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas untuk Peningkatan Mutu Layanan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 10 Juni 2025

Yang menyatakan,

Putri Ayu Isna Zarkasi

NIM. 212110101040

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul *Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas untuk Peningkatan Mutu Layanan di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember* telah diuji dan disetujui oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 10 Juni 2025

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. Pembimbing Utama

Nama : Dr. Abu Khoiri, S.KM., M.Kes. (.....)

NIP : 197903052005011002

2. Pembimbing Anggota

Nama : Ricko Pratama Ridzkyanto, S.KM., M.Kes. (.....)

NIP : 199003072019031011

Penguji

1. Penguji Utama

Nama : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. (.....)

NIP : 197810162009122001

2. Penguji Anggota 1

Nama : Taufan Asrisyah Ode, S.KM., M.Kes. (.....)

NIP : 198806242019031016

3. Penguji Anggota 2

Nama : dr. Dian Alfiyatul Uliyah (.....)

NIP : 198602132014122001

RINGKASAN

Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas untuk Peningkatan Mutu Layanan di Puskesmas Summersari Kabupaten Jember; Putri Ayu Isna Zarkasi; 212110101040; 2025; 40 halaman; Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Puskesmas perlu untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat seiring berjalannya waktu dan berkembangnya industri pelayanan kesehatan agar dapat bersaing dengan fasilitas kesehatan lainnya. Pengukuran dan evaluasi perbaikan mutu pelayanan kesehatan dilakukan menggunakan Indikator Nasional Mutu (INM). Fasilitas pelayanan kesehatan termasuk puskesmas wajib untuk memenuhi seluruh INM pelayanan kesehatan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu dari segi keselamatan, efisien, efektif, tepat waktu, dan berorientasi pada pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi INM akan memberikan kondisi bahaya bagi berbagai pihak. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji strategi implementasi indikator nasional mutu puskesmas untuk peningkatan mutu layanan di Puskesmas Summersari, Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilakukan pada bulan Maret 2025 hingga Mei 2025. Populasi dalam penelitian ini yaitu tenaga kesehatan dan non kesehatan di Puskesmas Summersari berjumlah 72 orang dengan sampel berjumlah 45 orang yang pengambilannya menggunakan metode *total sampling* dari populasi yang telah memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan observasi menggunakan lembar pernyataan dan pertanyaan berupa kuesioner semi terstruktur dan lembar observasi berupa *checklist* yang telah disusun oleh peneliti. Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis statistik deskriptif yang kemudian data disajikan dalam bentuk tabel, diagram, dan narasi.

Pada penelitian ini didapatkan hasil berupa pada komponen *structure*, aspek komitmen manajemen di Puskesmas Summersari dalam mengimplementasikan INM Puskesmas berada dalam kategori baik dengan jumlah responden paling banyak yaitu

23 pegawai (51%) sedangkan aspek kepemimpinan, pengorganisasian, dan budaya mutu puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 38 pegawai (84%), 36 pegawai (80%) dan 33 pegawai (73%). Pada seluruh aspek dalam komponen proses yaitu *plan*, *do*, *study*, dan *action* Puskesmas Sumbersari dalam mengimplementasikan INM Puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 38 pegawai (84%), 36 pegawai (80%), 36 pegawai (80%), dan 35 pegawai (78%).

Terdapat aspek pada komponen *structure* (pengorganisasian dan budaya mutu) yaitu adanya *double job* dan umpan balik oleh pihak manajemen belum dilakukan secara aktif serta aspek pada komponen proses (*plan*, dan *do*) yaitu keterbatasan pada faktor manusia yang masih perlu diatasi. Puskesmas diharapkan dapat melaksanakan solusi yang telah dirumuskan yaitu puskesmas perlu melakukan pelatihan untuk melakukan manajemen waktu dan manajemen diri bagi pegawai serta puskesmas perlu merancang sistem *reward* dan *punishment* berbasis poin yang sudah ada di Puskesmas dengan lebih jelas dan tegas.

SUMMARY

Implementation Strategy of National Quality Indicators for Public Health Care to Improve Service Quality at Summersari Public Health Care in Jember District; Putri Ayu Isna Zarkasi; 212110101040; 2025; 40 pages; Department of Health Policy and Administration Faculty of Public Health, University of Jember.

Public health care needs to continually improve the quality of services to the community and develop the health service industry to compete with other health facilities. Measurement and evaluation of improvements in the quality of health services are carried out using the National Quality Indicator. Health service facilities, including public health care, are required to meet all National Quality Indicator health services to provide safe and quality health services in terms of safety, efficiency, effectiveness, timeliness, and patient orientation. Health service facilities that do not meet National Quality Indicators will provide dangerous conditions for various parties. This study aims to examine the implementation strategy of national public health care quality indicators to improve service quality at the Summersari Public Health Care in Jember District.

This research is a descriptive study conducted from March 2025 to May 2025. The population in this study consists of healthcare and non-healthcare personnel working at Summersari Public Health Care, totaling 72 people, with a sample of 45 people who were taken using the total sampling method from the population that had met the inclusion criteria. Data collection techniques were carried out by interviews and observations using statement sheets and questions in the form of semi-structured questionnaires and observation sheets in the form of checklists that had been prepared by the researcher. The data analysis technique in this study used descriptive statistical analysis which then presented the data in the form of tables, diagrams, and narratives.

The results of this study showed that, in the structure component, the management commitment aspect at Summersari Public Health Care in implementing the National Quality Indicators (INM) was categorized as good, with most respondents

23 employees (51%), falling into this category. Meanwhile, the aspects of leadership, organization, and quality culture were categorized as fair, with the highest number of respondents being 38 employees (84%), 36 employees (80%), and 33 employees (73%), respectively. For all aspects under the process component, namely Plan, Do, Study, and Action the implementation of the INM at Summersari Public Health Care was categorized as fair, with the highest number of respondents being 38 employees (84%), 36 employees (80%), 36 employees (80%), and 35 employees (78%), respectively.

There are several issues identified in the structure component, specifically in the aspects of organization and quality culture, including the presence of double job roles and the lack of active feedback from management. In the process component, particularly in the plan and do stages, human resource limitations remain a challenge that needs to be addressed. The public health care is expected to implement the proposed solutions, which include providing training on time management and self-management for staff, as well as developing a clearer and more assertive point-based reward and punishment system based on the system already in place at Summersari Public Health Care.

PRAKATA

Puji dan Syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas untuk Peningkatan Mutu Layanan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember”. Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak dapat disusun dengan baik tanpa adanya bantuan, bimbingan, dan dukungan dari semua pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Farida Wahyu Ningtias, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Dr. Elok Permatasari, S.KM., M.Kes. selaku Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Penguji;
4. Taufan Asrisyah Ode, S.KM., M.Kes. selaku Sekretaris Penguji;
5. Dr. Abu Khoiri, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik sekaligus Dosen Pembimbing Utama;
6. Ricko Pratama Ridzkyanto, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Anggota;
7. dr. Dian Alfiyatul Uliyah selaku Anggota Penguji;
8. Seluruh dosen dan staf Civitas Akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
9. Pihak Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember yang sudah memberikan izin penelitian dan seluruh pegawai yang bersedia menjadi responden penelitian.

Penulis menyadari bahwa skripsi yang telah disusun ini masih jauh dari kata sempurna, namun penulis telah berusaha semaksimal mungkin untuk menyajikan hasil data dan kajian yang sebaik-baiknya dan sesuai dengan fakta yang ada. Oleh

karena itu, penulis terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Jember, 10 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	i
PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
RINGKASAN	vi
<i>SUMMARY</i>	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR NOTASI	xviii
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Batasan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	4
1.6 Keaslian Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Indikator Nasional Mutu (INM).....	6

2.2	Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas.....	7
2.3	Bentuk Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas	8
2.4	Teori Donabedian	9
2.5	Alat Bantu Dasar Kualitas (<i>Seven Basic Tools of Quality</i>).....	11
2.6	Kerangka Teori.....	12
2.7	Kerangka Konsep	13
BAB 3	METODE PENELITIAN.....	14
3.1	Desain Penelitian.....	14
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	14
3.3	Populasi dan Sampel/Subjek	14
3.4	Definisi Operasional Variabel.....	15
3.5	Pengumpulan Data Penelitian	15
3.6	Alat/Instrumen Penelitian.....	15
3.7	Validitas dan Reliabilitas Instrumen	15
3.8	Analisis Data	16
3.9	Prosedur Penelitian.....	17
3.10	Laik Etik Penelitian.....	17
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	18
4.1	Hasil	18
4.1.1	Karakteristik Responden	18
4.1.2	Tata Kelola Mutu Puskesmas Berdasarkan Komponen <i>Structure</i>	18
4.1.3	Tata Kelola Mutu Puskesmas Berdasarkan Komponen Proses	22
4.1.4	Hasil Observasi Penelitian.....	24
4.1.5	Analisis <i>Fishbone</i> Tata Kelola Mutu Puskesmas	25
4.2	Pembahasan.....	27
4.2.1	Kajian Tata Kelola Mutu Komponen <i>Structure</i> dalam mengimplementasikan Indikator Nasional Mutu Puskesmas.....	27
4.2.2	Kajian Tata Kelola Mutu Komponen Proses dalam mengimplementasikan Indikator Nasional Mutu Puskesmas.....	31

4.2.3 Analisis Masalah Komponen <i>Structure</i> dan Proses serta Rumusan Solusi.....	34
BAB 5 KESIMPULAN, KETERBATASAN, DAN SARAN.....	38
5.1 Kesimpulan.....	38
5.2 Saran.....	38
DAFTAR PUSTAKA	40
DAFTAR LAMPIRAN	41

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Karakteristik responden.....	18
Tabel 4. 2 Distribusi frekuensi komponen <i>structure</i>	19
Tabel 4. 3 Distribusi jawaban penilaian komponen <i>structure</i>	20
Tabel 4. 4 Distribusi frekuensi komponen proses	22
Tabel 4. 5 Distribusi penilaian jawaban proses	23

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka teori	12
Gambar 2. 2 Kerangka konsep	13
Gambar 3. 1 Alur penelitian	17
Gambar 4. 1 <i>Fishbone</i> komponen <i>structure</i>	25
Gambar 4. 2 <i>Fishbone</i> komponen proses	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. 1 Keaslian Penelitian	41
Lampiran 3. 1 Definisi Operasional	41
Lampiran 3. 2 <i>Informed Consent</i>	41
Lampiran 3. 3 Kuesioner Penelitian.....	41
Lampiran 3. 4 Lembar Observasi.....	41
Lampiran 3. 5 Surat Izin Validitas.....	41
Lampiran 3. 6 Tabel Hasil Uji Validitas	41
Lampiran 3. 7 Tabel Hasil Uji Reliabilitas.....	41
Lampiran 3. 8 Uji Validitas	41
Lampiran 3. 9 Uji Reliabilitas.....	41
Lampiran 3. 10 Kaji Etik Penelitian.....	41
Lampiran 4. 1 Surat Izin Penelitian.....	41
Lampiran 4. 2 Hasil Observasi Penelitian.....	41
Lampiran 4. 3 Dokumentasi Penelitian.....	42
Lampiran Daftar Pustaka.....	42

DAFTAR NOTASI

Notasi	Arti/Keterangan
,	Koma
<	Kurang dari
\geq	Lebih dari sama dengan
%	Persen
-	Sampai
()	Tanda kurung
.	Titik

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Singkatan	Arti/Keterangan
APD	Alat Pelindung Diri
INM	Indikator Nasional Mutu
PDSA	<i>Plan, Do, Study, Action</i>
PJM	Penanggung Jawab Mutu
PTM	Pertemuan Tinjauan Manajemen
PKP	Penilaian Kinerja Puskesmas
SDM	Sumber Daya Manusia
TB	Tuberkulosis
TKM	Tata Kelola Mutu
TMP	Tim Mutu Puskesmas

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pusat kesehatan masyarakat atau yang dikenal sebagai puskesmas merupakan organisasi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan dengan menyediakan pelayanan dan perawatan kesehatan pada tingkat pertama di bagian wilayah kecamatan (Asriati *et al.*, 2023). Puskesmas perlu untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat seiring berjalannya waktu dan berkembangnya industri pelayanan kesehatan agar dapat bersaing dengan fasilitas kesehatan lainnya seperti praktek mandiri dokter, klinik pratama, klinik pengobatan alternatif, dan lain-lain (Fernandez *et al.*, 2021). Mutu pelayanan kesehatan mencakup pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan standar keahlian sehingga menghasilkan pelayanan yang berkualitas, efisien, inovatif dan responsif untuk memenuhi kebutuhan serta keinginan pasien (Handayani *et al.*, 2024).

Pengukuran dan evaluasi perbaikan mutu pelayanan kesehatan dilakukan menggunakan Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan untuk menghadapi berbagai masalah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Cansiwinata *et al.*, 2024). Indikator nasional mutu menjadi suatu patokan, standar, atau dasar yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan salah satunya di fasilitas pelayanan puskesmas. Terdapat 6 INM Puskesmas yaitu kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan alat pelindung diri, kepatuhan identifikasi pasien, keberhasilan pengobatan pasien Tuberkulosis semua kasus sensitif obat, ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai standar, dan kepuasan pasien (Permenkes RI, 2022). Penerapan INM dapat membantu dalam mengetahui kelemahan dan kekuatan, serta mengarahkan upaya perbaikan (Fitriani *et al.*, 2024).

Terdapat peneliti sebelumnya yang melakukan penelitian terkait Analisis Implementasi Tata kelola Mutu dalam Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas Kota Depok Provinsi Jawa Barat Tahun 2022-2023. Berdasarkan penelitian

yang dilakukan, dapat diketahui bahwa implementasi pada faktor input dan proses berdasarkan siklus PDSA (*Plan, Do, Study, Action*) mempengaruhi faktor output yaitu tidak terjadinya peningkatan pada capaian INM tahun 2022-2023 (Afiyah & Ayuningtyas, 2024). Fokus kajian penelitian tersebut yaitu pada implementasi tata kelola mutu sebagai bentuk strategi untuk meningkatkan mutu layanan.

Berdasarkan studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, dalam evaluasi kinerja puskesmas berupa Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) diketahui terdapat 5 dari total 50 Puskesmas yang memiliki capaian INM terendah (memenuhi 2 dari 6 INM) pada tahun 2023 yaitu Puskesmas Puger, Puskesmas Mumbulsari, Puskesmas Nogosari, Puskesmas Ledokombo, dan Puskesmas Sumber Sari. Puskesmas Sumber Sari, Puskesmas Ledokombo, dan Puskesmas Nogosari menjadi Puskesmas yang mengalami penurunan pada 3 INM pada tahun 2023 ke tahun 2024 (periode Januari-Oktober). Puskesmas Sumber Sari memiliki jumlah kunjungan lebih tinggi dari Puskesmas Nogosari dan Puskesmas Ledokombo pada tahun 2023 yaitu sebanyak 21.168 jiwa, sedangkan Puskesmas Nogosari sebanyak 13.912 jiwa, dan Puskesmas Ledokombo sebanyak 13.490 Jiwa.

INM puskesmas di Puskesmas Sumber Sari pada tahun 2023 yang tidak tercapai sesuai target pencapaian menurut Permenkes RI Nomor 30 Tahun 2022 yaitu kepatuhan kebersihan tangan (75,4% dari 85%), kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (94,2% dari 100%), keberhasilan pengobatan pasien Tuberkulosis semua kasus sensitif obat (75% dari 90%), dan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai standar (96,02% dari 100%). Pada tahun 2024, terdapat 2 INM puskesmas yang masih belum tercapai yaitu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (95,3% dari 100%), dan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *antenatal care* sesuai standar (66,6% dari 100%).

Fasilitas pelayanan kesehatan termasuk puskesmas wajib untuk memenuhi seluruh INM pelayanan kesehatan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu dari segi keselamatan, efisien, efektif, tepat waktu, dan berorientasi pada pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi INM akan memberikan

kondisi bahaya bagi berbagai pihak. Fasilitas pelayanan kesehatan menjadi tempat yang berisiko untuk terjadinya insiden keselamatan pasien serta infeksi atau penyebaran penyakit bagi tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, pengunjung, maupun lingkungan (Permenkes RI, 2022).

Pengimplementasian INM di Puskesmas memiliki beberapa tantangan seperti faktor sumber daya manusia, sarana prasarana, serta anggaran (Afiyah & Ayuningtyas, 2024). Jumlah kunjungan pasien yang tinggi menyebabkan perlunya peningkatan praktik kebersihan tangan, penggunaan APD, dan identifikasi pasien kepada seluruh pasien yang dilayani. Banyaknya kunjungan pasien juga perlu dipastikan keberhasilan pengobatan pasien Tuberkulosis dan pelayanan *antenatal care* sesuai standar dari total seluruh pasien di puskesmas serta perlu memberikan pelayanan yang dapat memuaskan seluruh pasien agar tercapai INM Puskesmas (Permenkes RI, 2022). Bentuk strategi implementasi INM Puskesmas dilakukan dengan pelaksanaan tata kelola mutu yang optimal untuk meningkatkan capaian indikator mutu puskesmas sehingga mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu di puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021a). Tata kelola mutu puskesmas merupakan pengelolaan terhadap tingkat layanan kesehatan baik individu maupun masyarakat sehingga dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal serta sesuai standar dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini (Afiyah & Ayuningtyas, 2024).

Kajian strategi berupa Tata Kelola Mutu (TKM) di Puskesmas untuk mengatasi tantangan Puskesmas dalam mengimplementasikan INM dilakukan menggunakan teori mutu yang dikemukakan oleh Donabedian yang terdiri dari komponen *structure*, proses (mengacu siklus *Plan, Do, Study, Action* atau PDSA oleh Deming) dan *outcome*. Alat bantu (*tools*) yang digunakan untuk kajian ini yaitu diagram tulang ikan (*basic tools of quality*). Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, peneliti akan melakukan penelitian terkait strategi implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas untuk peningkatan mutu layanan di Puskesmas Sumbersari, Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana strategi implementasi indikator nasional mutu puskesmas untuk peningkatan mutu layanan di Puskesmas Sumbersari, Kabupaten Jember?

1.3 Batasan Penelitian

Penelitian ini difokuskan pada kajian Tata Kelola Mutu (TKM) di Puskesmas Sumbersari, Kabupaten Jember dalam mengimplementasikan Indikator Nasional Mutu Puskesmas.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengkaji strategi implementasi indikator nasional mutu puskesmas untuk peningkatan mutu layanan di Puskesmas Sumbersari, Kabupaten Jember.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengkaji komponen *structure* berupa komitmen manajemen, kepemimpinan, pengorganisasian, dan budaya mutu di Puskesmas Sumbersari dalam mengimplementasikan indikator nasional mutu puskesmas.
- 2) Mengkaji komponen proses berupa *plan, do, study, dan action* puskesmas Sumbersari dalam mengimplementasikan indikator nasional mutu puskesmas.
- 3) Mengkaji masalah dalam komponen *structure* dan proses di Puskesmas Sumbersari dalam mengimplementasikan indikator nasional mutu puskesmas serta merumuskan solusi yang tepat untuk masalah yang telah diidentifikasi.

1.5 Manfaat Penelitian

- 1) Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah wawasan, dan pengetahuan terkait konsep mutu puskesmas.

- 2) Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk melakukan pengembangan atau penelitian menggunakan variabel penelitian ini serta menjadi bahan informasi terkait cara untuk mengkaji strategi implementasi indikator nasional mutu di puskesmas lainnya.
- 3) Bagi instansi, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan memberikan gambaran mengenai kondisi tata kelola mutu puskesmas serta dapat dijadikan dasar untuk pengembangan strategi yang lebih efektif agar menghasilkan perbaikan terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas.

1.6 Keaslian Penelitian

Penelitian strategi implementasi indikator nasional mutu terutama di Puskesmas masih jarang dilakukan dan penelitian ini memiliki beberapa aspek berbeda dari penelitian-penelitian terdahulu yang membahas topik serupa. Letak perbedaan yaitu pada metode penelitian, kajian strategi, dan juga lokasi penelitian.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Indikator Nasional Mutu (INM)

Indikator nasional mutu merupakan salah satu perangkat yang digunakan dalam menilai dan mengevaluasi pelayanan kesehatan untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Indikator nasional mutu (INM) menjadi tolak ukur terhadap tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Indikator nasional mutu memiliki tujuan yang sama yaitu sebagai bentuk mewujudkan hak setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman sesuai standar pelayanan yang ditetapkan sehingga mencapai pelayanan yang optimal dan dapat memuaskan masyarakat (Permenkes RI, 2022).

Adanya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 menjadi pedoman dalam mengevaluasi atau menilai apakah langkah-langkah yang diambil oleh pengelola mutu di fasilitas pelayanan kesehatan benar-benar efektif untuk meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan. Pengukuran INM dapat memberikan umpan balik, sebagai bentuk transparansi publik, dan dapat menjadi pembanding untuk mengidentifikasi praktik terbaik untuk pembelajaran. Terdapat 6 indikator mutu di Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Pasal 4 ayat (3):

1. Kepatuhan kebersihan tangan (target pencapaian $\geq 85\%$)

Tenaga kesehatan yang kurang memahami atau menyadari pentingnya menjaga atau menjalankan kebersihan tangan dapat meningkatkan berbagai masalah di pelayanan kesehatan (Azidin *et al.*, 2021).

2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (target pencapaian 100%)

Penggunaan alat pelindung diri (APD) selama bekerja atau saat berada di lingkungan kerja dapat menjadi salah satu cara untuk mencegah dampak negatif dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat dan kondusif dalam menutup sumber bahaya tersebut (Marling *et al.*, 2023).

3. Kepatuhan identifikasi pasien (target pencapaian 100%)

Identifikasi pasien merupakan sistem identifikasi kepada pasien yang dilakukan untuk bisa memberikan pembeda antara pasien yang ada di pelayanan kesehatan dan dapat memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien (Simbolon *et al.*, 2024).

4. Keberhasilan pengobatan pasien Tuberkulosis semua kasus sensitif obat (target pencapaian 90%)

Keberhasilan pengobatan pasien TB dilihat dari alur yang diberikan puskesmas dalam pengobatan yang dimulai dari pemeriksaan bakteriologis atau TCM yang menyatakan hasil bahwa pasien yang dinyatakan positif TB sampai dengan pasien dinyatakan sembuh dan mendapatkan pengobatan lengkap.

5. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *ante natal care* sesuai standar (target pencapaian 100%)

Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar merupakan ibu hamil yang telah bersalin dan mendapatkan pelayanan ANC lengkap sesuai dengan standar kualitas maupun kuantitas selama kehamilan dalam wilayah kerja puskesmas.

6. Kepuasan pasien (target pencapaian $\geq 76,61\%$)

Kepuasan pasien menjadi kunci untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien atau pasien didasarkan pada perbandingan antara harapan pasien dengan layanan yang diterima dan pengukurannya dapat dilakukan dengan survei kepuasan pasien (Merarie *et al.*, 2023).

2.2 Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas

Strategi merupakan tindakan secara keseluruhan yang mengarah pada jangka panjang organisasi untuk mencapai tujuan organisasi, mengantisipasi perubahan pada lingkungan, mengantisipasi dalam menghadapi pasar, dan memenuhi harapan *stakeholder*. Strategi mencakup upaya-upaya untuk mencapai tujuan dan mengalokasikan sumber daya serta mengadaptasi rancangan tindakan demi

terwujudnya cita-cita organisasi (As'ad & Fridiyanto, 2021). Strategi implementasi adalah tindakan yang dirancang untuk menerapkan strategi yang telah ditetapkan oleh organisasi untuk mencapai tujuan. Strategi implementasi INM Puskesmas berarti tindakan yang dirancang dengan mengalokasikan sumber daya yang dimiliki puskesmas sebagai bentuk untuk memenuhi seluruh INM puskesmas.

Strategi implementasi INM Puskesmas diarahkan pada pemahaman Tata Kelola Mutu (TKM) di puskesmas sehingga dapat mendorong untuk mencapai peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan peningkatan capaian target INM Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021b). Strategi terpenting dalam implementasi adalah adanya struktur, komunikasi, *reward*, kepemimpinan yang baik, peninjauan pada sumber daya, kebijakan organisasi yang mendukung strategi yang kemudian dijabarkan ke berbagai cara atau rencana hingga tindak lanjut yang disahkan dalam organisasi (As'ad & Fridiyanto, 2021). Hal tersebut sesuai dengan kajian dalam Tata Kelola Mutu (TKM) Puskesmas yang merupakan bentuk strategi implementasi INM Puskesmas.

2.3 Bentuk Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas

Bentuk strategi implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas meliputi pelaksanaan Tata Kelola Mutu (TKM) di Puskesmas. Dinas kesehatan memberikan pembinaan terpadu terkait pelaksanaan tata kelola mutu yang optimal di puskesmas dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan meningkatkan capaian indikator mutu puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021a). Sesuai dengan konsep strategi yang mencakup pengalokasian sumber daya serta mengadaptasi rancangan tindakan demi terwujudnya cita-cita organisasi, pihak puskesmas perlu memahami TKM puskesmas terkait berbagai sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan pelayanan kesehatan kemudian tahapan pelaksanaan atau proses TKM Puskesmas (mulai dari perencanaan program mutu, pelaksanaan program mutu, pemantauan, pengendalian, penilaian, serta peningkatan mutu) untuk mewujudkan

pelayanan kesehatan yang bermutu dan meningkatkan capaian indikator mutu puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).

Tata kelola didefinisikan sebagai suatu sistem dalam mengelola baik mengarahkan dan mengendalikan agar tujuan yang telah ditentukan dapat tercapai. Tata Kelola Mutu (TKM) merupakan suatu proses yang mengelola tingkat layanan kesehatan baik untuk individu dan masyarakat agar luaran kesehatan yang optimal bisa meningkat berupa pemberian pelayanan yang sesuai standar dan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan serta bertujuan agar hak dan kewajiban pasien dapat terpenuhi (Kementerian Kesehatan RI, 2021b). Tata Kelola institusi pelayanan kesehatan secara komprehensif perlu dilakukan agar implementasi manajemen puskesmas dan implementasi perbaikan mutu dapat terlaksana secara optimal dan konsisten (Kementerian Kesehatan RI, 2021a).

2.4 Teori Donabedian

Teori Donabedian ini berbasis kerangka kerja yang terkenal dan mudah digunakan sesuai dengan penerapan di Puskesmas. Teori Donabedian menjadi konsep mutu yang pertama untuk memahami dan mengevaluasi peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang diukur (Kementerian Kesehatan RI, 2021b). Avedis Donabedian mengatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan dipandang sebagai suatu sistem yang dimana hasil akhir (*outcome*) dipengaruhi oleh interaksi antara aspek, komponen, atau unsur organisasi pelayanan kesehatan. Teori tersebut terdiri dari 3 komponen yaitu *structure*, proses, dan *outcome* yang penilaian terhadap seluruh komponen tersebut akan membantu dalam terciptanya perencanaan ulang proses penyelenggaraan mutu. Perencanaan ulang proses penyelenggaraan mutu merupakan suatu strategi implementasi berupa tindakan yang diterapkan untuk jangka panjang organisasi dalam mencapai tujuan dengan terus menyesuaikan pada perubahan lingkungan, pasar, dan harapan *stakeholder*. Teori Donabedian dalam Arifin *et al* (2020) memberikan dasar untuk mengukur dan menilai mutu dengan tiga komponen berikut:

1. *Structure* merupakan alat dan sumber daya yang dimiliki oleh organisasi untuk memberikan pelayanan dan pengaturan organisasi. Sumber daya untuk melakukan pelayanan kesehatan memerlukan komitmen manajemen, kepemimpinan, dan pengorganisasian yang berorientasi pada mutu dan budaya mutu. Komitmen manajemen merupakan perjanjian antara pimpinan dan jajarannya yang diwujudkan dengan tindakan memberikan pelayanan yang bermutu dan melakukan upaya peningkatan mutu berkelanjutan. Kepemimpinan adalah tindakan untuk memimpin orang atau organisasi untuk mendukung tercapainya tujuan organisasi. Pengorganisasian adalah proses pengorganisasian yang dilakukan oleh organisasi agar suatu tindakan dapat terorganisasi dengan baik dan dapat mendukung tercapainya tujuan. Budaya mutu adalah sistem nilai yang dimiliki organisasi sehingga terbentuk lingkungan organisasi yang kondusif dalam mencapai tujuan (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).
2. Proses merupakan tindakan yang mengubah input atau masukan menjadi keluaran baik berbentuk produk dan/ jasa. Proses untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu atau sesuai indikator mutu bisa melakukan *plan*, *do*, kemudian dilanjutkan dengan *study* serta didukung dengan *action* atau disebut dengan siklus PDSA oleh Deming (*Deming Cycle*). Keuntungan menggunakan siklus Deming PDSA yaitu siklus ini berfokus pada pembelajaran dan peningkatan mutu sehingga dapat dilakukan perbaikan terus menerus sehingga mencapai pelayanan yang bermutu sesuai indikator nasional mutu (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).
 - a) *Plan* atau perencanaan merupakan penyusunan rencana untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Rencana disusun secara jelas dan terinci dengan mengikuti langkah-langkah yang teratur mulai dari menetapkan tujuan, mengidentifikasi masalah dan merencanakan pemecahan masalah.
 - b) *Do* atau pelaksanaan merupakan kegiatan mengimplementasikan secara bertahap rencana yang telah disusun sebelumnya pada tahap perencanaan. Hasil dari pelaksanaan perlu didokumentasikan untuk mengetahui sejauh mana dampak dari pelaksanaan rencana.

- c) *Study* mencakup pemantauan, pengendalian, dan penilaian. Pemantauan merupakan kegiatan mengamati pelaksanaan rencana kegiatan dengan mengkaji secara terus menerus sehingga dapat dilakukan pengendalian atau pengambilan keputusan tindakan selanjutnya. Penilaian juga dilakukan dengan mengkaji hasil pengamatan yang kemudian dibandingkan dengan sasaran. Penilaian juga dilakukan untuk mengetahui apakah masalah yang diketahui saat perencanaan itu telah hilang atau berkurang sehingga perencanaan yang dilakukan menunjukkan peningkatan mutu secara efektif dan efisien.
 - d) *Action* atau peningkatan mutu merupakan tindak lanjut dari hasil kesimpulan tahap sebelumnya yaitu *study*. Apabila hasil diketahui gagal maka perlu analisis ulang dan menyusun solusi atau perencanaan baru, jika hasil memiliki kelemahan-kelemahan maka dilakukan perbaikan rencana kembali untuk mencapai peningkatan atau menghilangkan kelemahan yang ditemukan, dan jika hasil dinyatakan berhasil maka rencana dapat terus dilakukan sebagai langkah untuk menuju perubahan yang lebih baik.
3. *Outcome* merupakan tindak lanjut dari keluaran berupa hasil akhir kegiatan dan tindakan yang dilakukan yang berupa perubahan kondisi atau status.

2.5 Alat Bantu Dasar Kualitas (*Seven Basic Tools of Quality*)

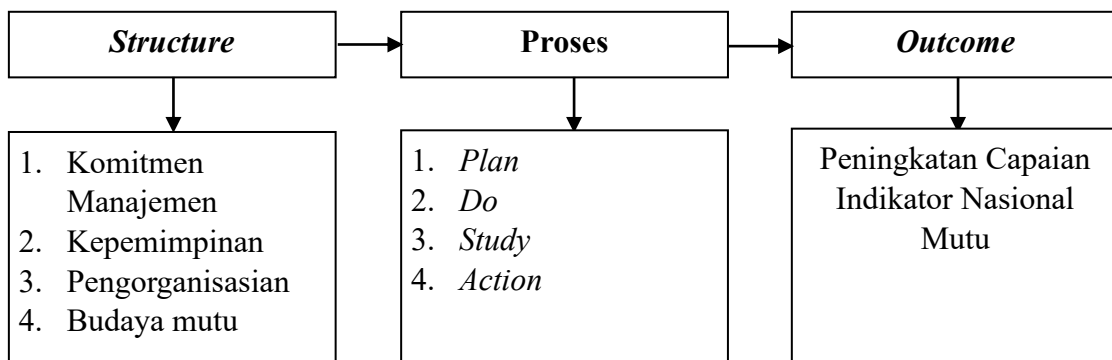
Terdapat alat bantu yang digunakan untuk menangani masalah-masalah sederhana sampai yang kompleks dalam organisasi dan mengusahakan perbaikan pada proses dan hasil yaitu salah satunya *seven basic tools of quality* yang dikembangkan oleh Dr. Ishikawa. Penggunaan alat bantu ini dapat memecahkan masalah dan menghasilkan solusi yang rasional dan berkelanjutan. Berikut 7 alat bantu yang dikembangkan oleh Dr. Ishikawa (Aziz, 2019):

1. *Check Sheet*: lembar periksa untuk mengumpulkan dan menganalisis data sehingga dapat diketahui jumlah spesifik kejadian selama periode pengumpulan data.

2. *Pareto Chart*: jenis grafik batang yang menemukan dan menunjukkan prioritas masalah kualitas, kondisi, atau penyebabnya dalam organisasi.
3. *Fishbone Diagram*: diagram yang menunjukkan sebab akibat suatu masalah atau seluruh penyebab yang potensial terjadi akibat suatu masalah sehingga dapat memudahkan untuk mengetahui cara mengatasi masalah.
4. Analisis histogram: bagan batang yang menunjukkan distribusi frekuensi.
5. *Scatter Diagram*: grafik data numerik pola hubungan atau korelasi antara 2 variabel.
6. *Control Chart*: grafik yang menggambarkan proses dari waktu ke waktu.
7. *Stratification*: teknik pengelompokkan data dari berbagai sumber. Stratification dapat berupa *flowchart* atau bagan alir yang menunjukkan urutan kejadian dalam suatu proses dan *run chart* atau grafik yang menggambarkan variasi dalam beberapa proses dari waktu ke waktu.

Alat bantu yang dipilih untuk digunakan dalam kajian penelitian ini yaitu *fishbone diagram*. Penggunaan *fishbone diagram* akan membantu untuk memberikan gambaran yang lebih luas mengenai masalah yang teridentifikasi pada komponen *structure* dan proses sehingga dapat dirumuskan solusi yang lebih tepat dan efektif.

2.6 Kerangka Teori

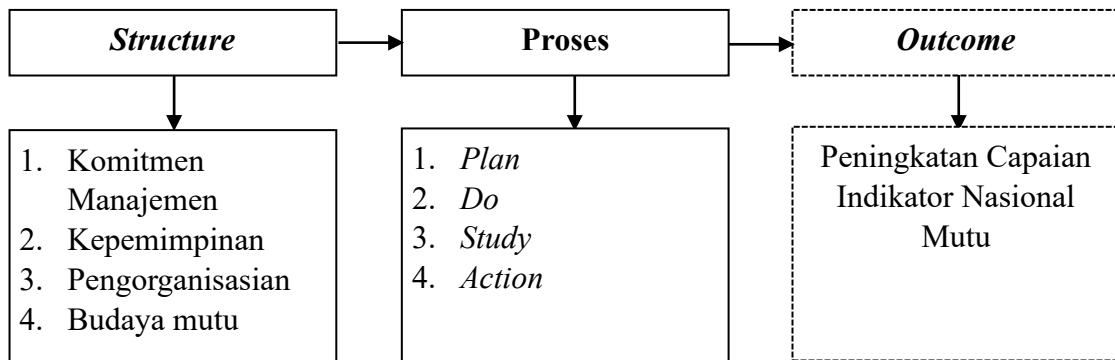


Gambar 2. 1 Kerangka teori

Modifikasi Teori Donabedian dan Siklus Deming dalam Arifin *et al* (2020) serta Pedoman Tata Kelola Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021b)

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan teori Donabedian yang terdiri dari 3 komponen yaitu *structure*, proses, dan *outcome*. *Structure* merupakan sumber daya untuk melakukan pelayanan kesehatan bermutu yang membutuhkan 4 aspek yaitu komitmen manajemen, kepemimpinan, pengorganisasian, dan budaya mutu. Proses menggunakan siklus Deming PDSA yang berfokus pada pembelajaran dan peningkatan mutu sehingga dapat mencapai *outcome* berupa peningkatan capaian indikator nasional mutu puskesmas. *Outcome* dipengaruhi oleh interaksi dengan *structure* dan proses.

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka konsep

Teori Donabedian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu komponen *structure* dan proses untuk menganalisis Tata Kelola Puskesmas sebagai strategi dalam mencapai indikator nasional mutu puskesmas. Komponen *outcome* tidak diteliti oleh peneliti dikarenakan capaian indikator nasional mutu sudah dilakukan pengukuran oleh pihak puskesmas masing-masing sehingga menunjukkan suatu nilai yang jelas.

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan tentang suatu kondisi yang ada di masyarakat secara rinci (Widodo *et al.*, 2023). Penelitian ini menggambarkan strategi implementasi Indikator Nasional Mutu (INM) Puskesmas di Puskesmas Sumber Sari menggunakan teori Donabedian berdasarkan komponen *structure* (komitmen manajemen, kepemimpinan, pengorganisasian, dan budaya mutu) dan komponen proses (*plan, do, study, action*).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sumber Sari Kabupaten Jember dan penelitian dilakukan pada bulan Maret 2025 - Mei 2025 yang dimulai dari turun lapangan penelitian hingga penyusunan laporan selesai.

3.3 Populasi dan Sampel/Subjek

Populasi dalam penelitian ini yaitu tenaga kesehatan dan non kesehatan di Puskesmas Sumber Sari berjumlah 72 orang. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 45 orang yang merupakan sebagian dari populasi dan telah sesuai dengan kriteria yang harus dipenuhi (kriteria inklusi) oleh populasi yang diambil menjadi sampel. Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan metode *total sampling* dari populasi yang telah memenuhi kriteria inklusi. Berikut kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian:

- a. Kriteria Inklusi
 1. Tenaga kesehatan yang berhubungan dengan pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien.
 2. Tenaga non kesehatan yang berhubungan dengan pelayanan administrasi dan manajemen di Puskesmas.

b. Kriteria Eksklusi

1. Tenaga non kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan pelayanan administrasi dan manajemen di Puskesmas serta pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien.
2. Penanggung Jawab di semua level pada pengorganisasian mutu puskesmas.

3.4 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional pada penelitian Strategi Implementasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas di Puskesmas Sumber Sari, Kabupaten Jember terlampir pada Lampiran 3.1 halaman 41.

3.5 Pengumpulan Data Penelitian

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data primer dan data sekunder. Data primer dalam penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data melalui wawancara dan observasi untuk mendapatkan data informasi tentang komponen *structure* dan proses tata kelola mutu puskesmas dalam mengimplementasi INM Puskesmas. Data sekunder dalam penelitian ini bersumber dokumen tertulis seperti survei budaya mutu, RUK dan RPK mutu, manual mutu, dan SK tim mutu yang menjadi pelengkap dan penguat data primer.

3.6 Alat/Instrumen Penelitian

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan observasi. Instrumen untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan lembar pernyataan dan pertanyaan berupa kuesioner semi terstruktur dan lembar observasi berupa *checklist* yang telah disusun oleh peneliti.

3.7 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji validitas pada penelitian ini menggunakan pengujian validitas konstruksi (berdasarkan pendapat dari ahli atau *judgment experts*) yang kemudian uji coba instrumen kepada 30 orang atau sampel di Puskesmas Nogosari Kabupaten Jember.

Instrumen dinyatakan valid dengan rata-rata hasil r hitung yaitu $0,741 > r$ tabel ($0,361$). Pengujian reliabilitas instrumen menggunakan *Cronbach's Alpha* yang menyatakan bahwa nilai koefisien dengan kategori reliabilitas yang dapat diterima yaitu $> 0,7$ (Budiastuti & Bandur, 2018). Instrumen dikatakan reliabel setelah dilakukan pengujian karena rata-rata nilai *Cronbach's Alpha* yaitu $0,8$. Hasil tabel uji validitas dan reliabilitas terlampir pada Lampiran 3.6 dan 3.7 halaman 41.

3.8 Analisis Data

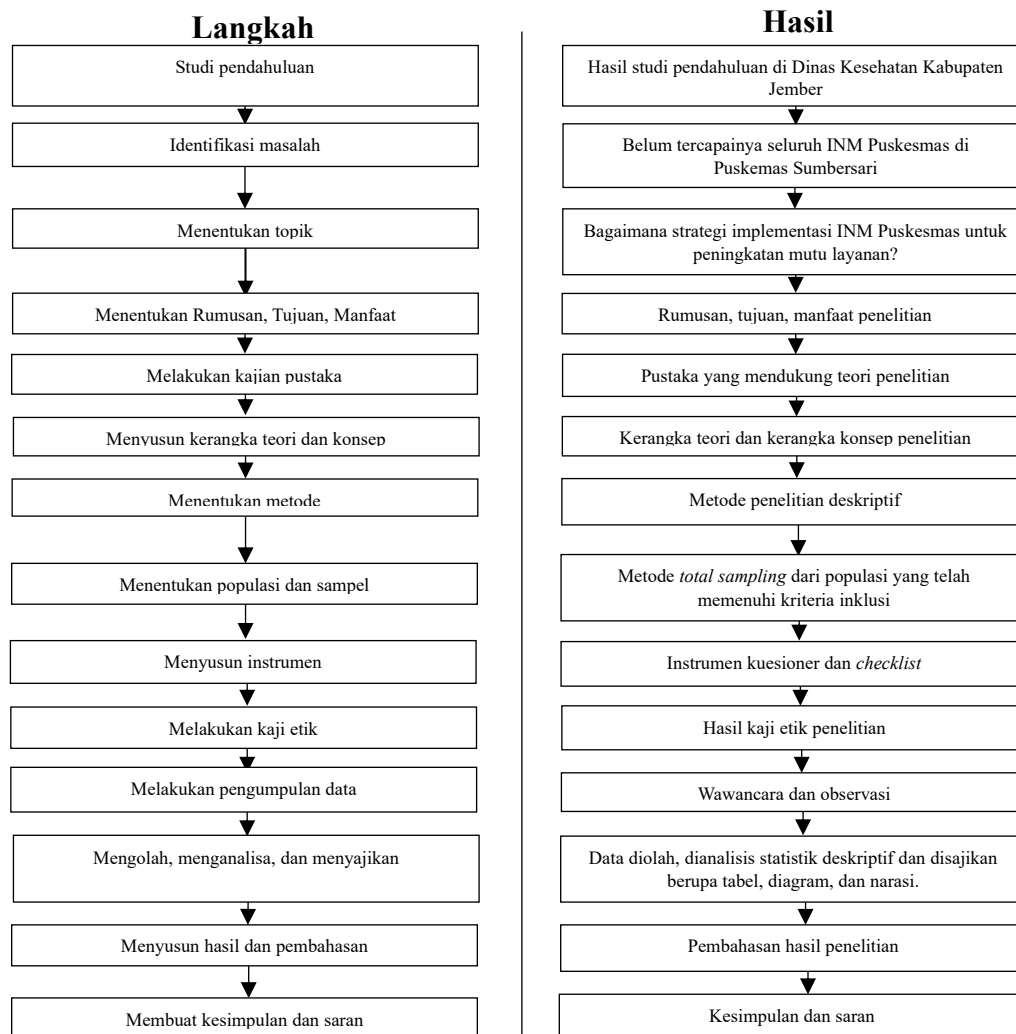
Data diolah terlebih dahulu sebelum dianalisis, pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan beberapa tahapan yaitu (Widodo *et al.*, 2023):

1. Pengumpulan data. Pada tahap ini, peneliti mengumpulkan data-data dari responden di lapangan sesuai dengan kebutuhan.
2. Penyuntingan (*editing*). Pada tahap penyuntingan, kelengkapan, dan kejelasan pengisian instrumen pengumpulan data diperiksa sehingga dapat mengetahui apakah jawaban telah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.
3. *Coding*. Mengubah data menjadi angka atau bilangan.
4. *Entry data*. Entri data dilakukan dengan memasukkan data yang diperoleh dari kuesioner ke dalam komputer untuk mempermudah proses pencatatan data.
5. *Cleaning*. *Cleaning* data dilakukan dengan mengecek data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak. Pada proses ini, dapat juga mengetahui kemungkinan kesalahan saat meng-*entry* data ke komputer.
6. *Tabulating*. Pada tahap ini jawaban responden digambarkan sehingga mudah untuk menganalisis data.

Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis statistik deskriptif yang menggambarkan atau mendeskripsikan data yang didapatkan tanpa bermaksud untuk mengambil kesimpulan secara umum atau generalisasi (Sugiyono, 2017). Penyajian data setelah dianalisis melalui penyajian data berupa tabel, diagram, dan narasi.

3.9 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian disajikan bentuk tabel yang dimulai dari menentukan studi pendahuluan hingga menyusun kesimpulan dan saran sebagaimana berikut:



Gambar 3. 1 Alur penelitian

3.10 Laik Etik Penelitian

Laik etik penelitian ini dilakukan melalui Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Karakteristik Responden

Hasil penelitian dengan sampel sebanyak 45 pegawai (tenaga kesehatan dan non kesehatan) di Puskesmas Sumpersari Kabupaten Jember dapat diidentifikasi berdasarkan lama jabatan, unit kerja, dan jenis kelamin sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Karakteristik responden

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
Lama Jabatan		
<1 tahun	5	11%
1-5 tahun	9	20%
>5 tahun	31	69%
Total	45	100%
Jabatan		
Tenaga Kesehatan	40	89%
Tenaga non Kesehatan	5	11%
Total	45	100%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	4	9%
Perempuan	41	91%
Total	45	100%

Berdasarkan hasil tabel 4.1 pada penelitian dapat diketahui bahwa lama jabatan paling banyak yaitu >5 tahun jabatan dengan 31 pegawai (69%). Jabatan kerja responden yang paling banyak yaitu sebagai tenaga kesehatan dengan jumlah 40 responden (89%). Mayoritas pegawai yang menjadi responden penelitian berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 41 responden (91%).

4.1.2 Tata Kelola Mutu Puskesmas Berdasarkan Komponen *Structure*

Hasil distribusi frekuensi pada komponen *structure* yaitu aspek komitmen manajemen, kepemimpinan, pengorganisasian, dan budaya mutu dapat diketahui berdasarkan tabel berikut:

Tabel 4. 2 Distribusi frekuensi komponen *structure*

Kategori Interpretasi	n	(%)
Komitmen Manajemen		
Kurang Baik	0	0
Cukup	22	49%
Baik	23	51%
Total	45	100%
Kepemimpinan		
Kurang Baik	0	0
Cukup	38	84%
Baik	7	16%
Total	45	100%
Pengorganisasian		
Kurang Baik	0	0
Cukup	36	80%
Baik	9	20%
Total	45	100%
Budaya Mutu		
Kurang Baik	0	0
Cukup	33	73%
Baik	12	27%
Total	45	100%

Berdasarkan tabel 4.2 hasil distribusi frekuensi aspek komitmen manajemen di Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas berada dalam kategori baik dengan jumlah responden paling banyak yaitu 23 pegawai (51%). Hasil distribusi frekuensi aspek kepemimpinan Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 38 pegawai (84%). Hasil distribusi frekuensi aspek pengorganisasian Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 36 pegawai (80%). Hasil distribusi frekuensi aspek budaya mutu Puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 33 pegawai (73%).

Tabel 4. 3 Distribusi jawaban penilaian komponen *structure*

No.	Pernyataan	Kategori Penilaian							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Komitmen Manajemen									
1.	Kepala puskesmas dan penanggung jawab program di puskesmas mendukung seluruh program untuk mencapai INM	0	0%	0	0%	29	64%	16	36%
2.	Telah disediakan dana atau anggaran	0	0%	3	7%	35	78%	7	16%
3.	Kepala puskesmas dan penanggung jawab program di puskesmas tidak terlibat dalam kegiatan peningkatan mutu layanan	9	20%	36	80%	0	0%	0	0%
4.	Kepala puskesmas dan penanggung jawab program di puskesmas berusaha menyatukan pegawai dalam mencapai INM	0	0%	0	0%	33	73%	12	27%
5.	Kepala puskesmas dan penanggung jawab program di puskesmas tidak terbuka	8	18%	37	82%	0	0%	0	0%
6.	Terdapat pegawai yang tidak mau untuk berkomitmen dan konsisten	8	18%	37	82%	0	0%	0	0%
7.	Kepala puskesmas dan penanggung jawab program di puskesmas secara terbuka dalam mengkomunikasikan tujuan dan harapan	0	0%	0	0%	36	80%	9	20%
8.	Standar prosedur, pedoman, dan definisi operasional berkaitan dengan INM sudah jelas	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
9.	Kepala puskesmas dan penanggung jawab program di puskesmas menunjukkan kepedulian terhadap masukan dan saran	0	0%	0	0%	38	84%	7	16%
Kepemimpinan									
1.	Penanggung Jawab Mutu memimpin dengan baik dalam proses penyusunan rencana	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
2.	Penanggung Jawab Mutu melibatkan pegawai	0	0%	0	0%	39	87%	6	13%
3.	Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab Mutu melakukan pemantauan atau supervisi	0	0%	0	0%	38	84%	7	16%
4.	Penanggung Jawab Mutu menanyakan kendala	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
5.	Kepala Puskesmas memberikan masukan	0	0%	0	0%	38	84%	7	16%
Pengorganisasian									
1.	Terdapat struktur jelas di puskesmas dalam hal mutu layanan puskesmas	0	0%	0	0%	37	82%	8	18%
2.	Struktur organisasi puskesmas mendukung dalam pencapaian INM	0	0%	0	0%	37	82%	8	18%
3.	Puskesmas memiliki sumber daya yang mencukupi sehingga tidak terdapat rangkap	1	2%	19	42%	24	53%	1	2%
4.	Terdapat pembagian tugas yang jelas	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
5.	Puskesmas memiliki mekanisme yang jelas dalam proses penanganan masalah mutu	0	0%	0	0%	42	93%	3	7%
6.	Pegawai berperan penting dalam proses pengorganisasian untuk mencapai INM	0	0%	0	0%	40	89%	5	11%
7.	Komunikasi di puskesmas berjalan dengan baik	0	0%	0	0%	40	89%	5	11%
Budaya Mutu									
1.	Pegawai diarahkan oleh kepala puskesmas dan penanggung jawab program untuk bertanggung jawab dalam mencapai INM	0	0%	0	0%	38	84%	7	16%

No.	Pernyataan	Kategori Penilaian							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2.	Semua pegawai diperbolehkan untuk menyampaikan masukan dan saran	0	0%	0	0%	37	82%	8	18%
3.	Kepala puskesmas dan penanggung jawab program puskesmas tidak selalu memberikan umpan balik	5	11%	32	71%	8	18%	0	0%
4.	Terdapat program pelatihan atau sosialisasi	0	0%	2	4%	38	84%	5	11%
5.	Puskesmas melakukan survei budaya mutu dan melakukan pertemuan membahas survei budaya mutu	0	0%	4	9%	37	82%	4	9%
6.	Puskesmas memiliki sistem penghargaan bagi pegawai.	0	0%	0	0%	43	96%	2	4%
7.	Budaya kerja di puskesmas mendukung kerja sama tim	0	0%	0	0%	40	89%	5	11%

Hasil penelitian yang disajikan dalam tabel 4.3 kepada 45 responden pegawai puskesmas melalui lembar kuesioner menunjukkan hasil bahwa pada aspek komitmen manajemen terdapat 3 (7%) responden yang tidak setuju terhadap ketersediaan dana atau anggaran untuk melakukan program mencapai INM Puskesmas dan peningkatan mutu layanan. Aspek kepemimpinan berdasarkan tabel dapat diketahui bahwa responden menyatakan setuju dan sangat setuju pada kondisi kepemimpinan di Puskesmas yang baik. Berbeda dengan aspek pengorganisasian yang terdapat 1 (2%) responden yang sangat tidak setuju dan 19 (42%) responden yang tidak setuju terhadap kecukupan sumber daya yang dimiliki puskesmas sehingga terdapat rangkap dalam struktur organisasi penanggung jawab mutu.

Hasil penelitian yang disajikan dalam tabel juga menunjukkan hasil bahwa terdapat 8 (18%) responden yang setuju bahwa kepala puskesmas dan penanggung jawab program puskesmas tidak selalu memberikan umpan balik, terdapat 2 (4%) responden yang tidak setuju bahwa terdapat program pelatihan atau sosialisasi untuk mencapai INM Puskesmas dan peningkatan mutu layanan, terdapat 4 (9%) responden yang tidak setuju bahwa puskesmas melakukan survei budaya mutu, serta 6 (13%) responden yang tidak setuju bahwa puskesmas memiliki sistem penghargaan bagi pegawai.

4.1.3 Tata Kelola Mutu Puskesmas Berdasarkan Komponen Proses

Hasil distribusi frekuensi pada aspek *plan* dapat diketahui berdasarkan tabel berikut:

Tabel 4. 4 Distribusi frekuensi komponen proses

Kategori Interpretasi	n	(%)
<i>Plan</i>		
Kurang Baik	0	0
Cukup	38	84%
Baik	7	16%
Total	45	100%
<i>Do</i>		
Kurang Baik	0	0
Cukup	36	80%
Baik	9	20%
Total	45	100%
<i>Study</i>		
Kurang Baik	0	0
Cukup	36	80%
Baik	9	20%
Total	45	100%
<i>Action</i>		
Kurang Baik	0	0
Cukup	35	78%
Baik	10	22%
Total	45	100%

Berdasarkan tabel 4.4 hasil distribusi frekuensi, aspek *plan* Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 38 pegawai (84%). Aspek *do* Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 36 pegawai (80%) dan sama halnya dengan aspek *study* Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas yang berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 36 pegawai (80%). Aspek *action* Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas berada dalam kategori cukup dengan jumlah responden paling banyak yaitu 35 pegawai (78%).

Tabel 4. 5 Distribusi penilaian jawaban proses

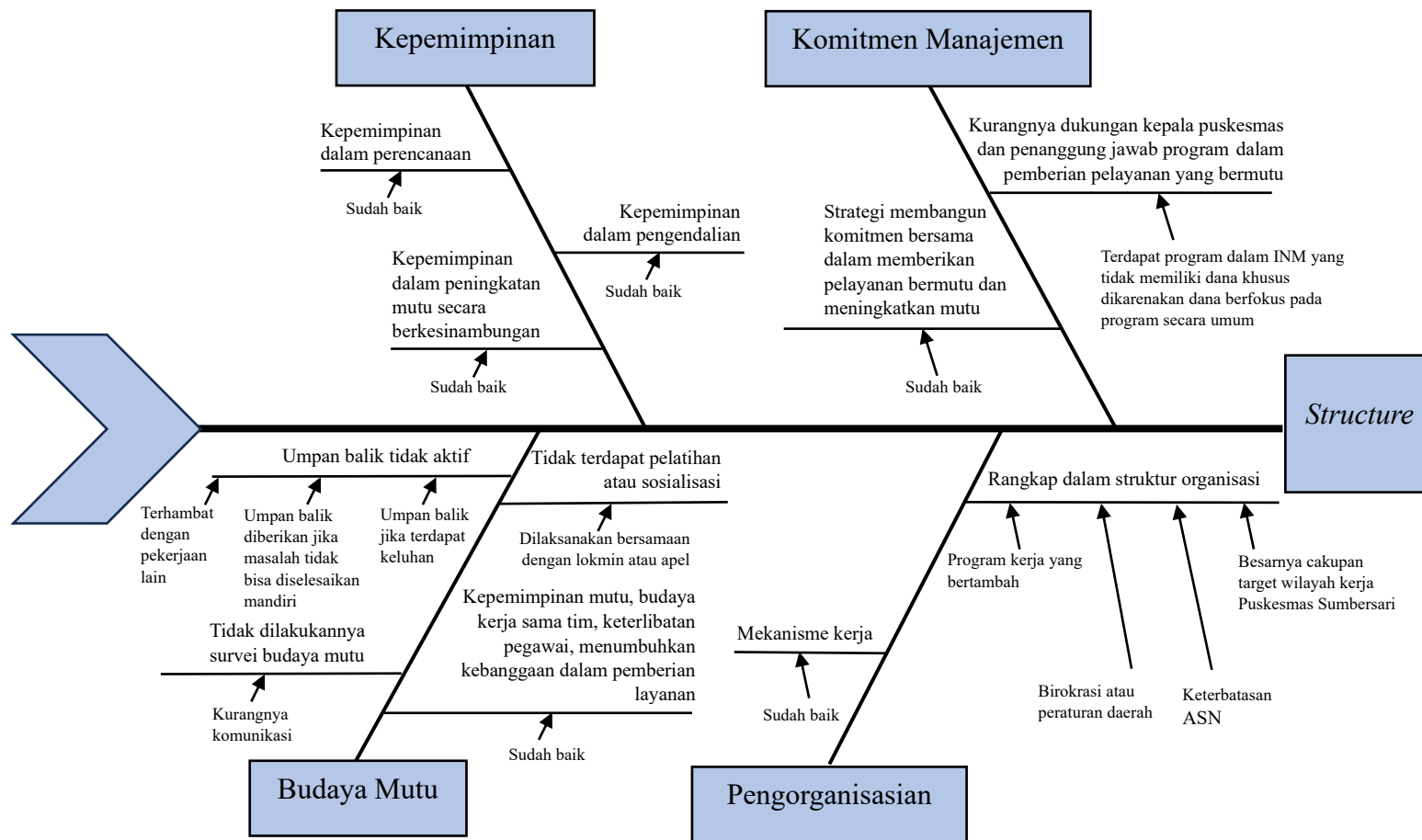
No.	Pernyataan	Kategori Penilaian							
		Sangat Tidak Setuju		Tidak Setuju		Setuju		Sangat Setuju	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Plan									
1.	Puskesmas memiliki rencana mutu yang disusun secara jelas dan terstruktur	0	0%	0	0%	40	89%	5	11%
2.	Seluruh pegawai puskesmas dilibatkan dalam proses perencanaan mutu	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
3.	Seluruh pegawai memahami tentang standar, target, dan indikator untuk mencapai INM	0	0%	6	13%	35	78%	4	9%
4.	Adanya pertemuan yang membahas data masalah, prioritas masalah, serta penyelesaian atau pemecahan masalah untuk peningkatan mutu layanan	0	0%	0	0%	39	87%	6	13%
5.	Pegawai terlibat dalam mengidentifikasi akar penyebab masalah yang dihadapi puskesmas.	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
Do									
1.	Terdapat dokumen proses pelaksanaan program mencapai mutu layanan dan INM	0	0%	0	0%	39	87%	6	13%
2.	Terdapat analisis data dari hasil pelaksanaan program untuk mencapai INM	0	0%	0	0%	40	89%	5	11%
3.	Masih terdapat pegawai yang tidak patuh dalam mengimplementasikan rencana	4	9%	20	44%	19	42%	2	4%
4.	Terdapat dokumentasi hasil dampak yang ditimbulkan oleh proses pelaksanaan program	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
5.	Terdapat dokumentasi hambatan dalam proses pelaksanaan program	0	0%	0	0%	43	96%	2	4%
Study									
1.	Pelaksanaan program kegiatan selalu dipantau perkembangannya.	0	0%	0	0%	40	89%	5	11%
2.	Pengukuran terhadap data mutu tidak selalu dilakukan oleh penanggung jawab layanan atau program	4	9%	41	91%	0	0%	0	0%
3.	Terdapat penilaian yang membandingkan antara kinerja mutu dengan target atau capaian INM	0	0%	0	0%	42	93%	3	7%
4.	Audit internal dilakukan secara rutin oleh puskesmas	0	0%	0	0%	39	87%	6	13%
5.	Terdapat pertemuan tinjauan manajemen	0	0%	0	0%	39	87%	6	13%
Action									
1.	Puskesmas selalu melakukan tindak lanjut	0	0%	0	0%	37	82%	8	18%
2.	Tindak lanjut dilakukan secara konsisten oleh seluruh unit di puskesmas	0	0%	2	4%	37	82%	6	13%
3.	Informasi mengenai tindak lanjut diketahui secara jelas oleh semua pegawai	0	0%	0	0%	40	89%	5	11%
4.	Pencatatan hasil kegiatan kinerja dan mutu selalu dicatat menggunakan Sistem Informasi Puskesmas	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
5.	Puskesmas selalu melaporkan hasil kegiatan kinerja dan mutu kepada Dinas Kesehatan.	0	0%	0	0%	41	91%	4	9%
6.	Rencana perbaikan atau perubahan dalam peningkatan mutu dan pencapaian INM hanya diketahui oleh kepala puskesmas dan penanggung jawab program mutu.	4	9%	41	91%	0	0%	0	0%

Hasil penelitian yang disajikan dalam tabel 4.5 kepada 45 responden pegawai puskesmas melalui lembar kuesioner menunjukkan hasil bahwa pada aspek *plan* terdapat 6 (13%) responden yang tidak setuju bahwa seluruh pegawai memahami tentang standar, target, dan indikator pemenuhan standar untuk mencapai INM Puskesmas. Pada aspek *do* dapat diketahui bahwa terdapat 19 (42%) responden yang setuju dan terdapat 2 (4%) responden yang sangat setuju bahwa masih terdapat pegawai yang tidak patuh dalam mengimplementasikan rencana peningkatan mutu dalam pemberian layanan. Berdasarkan tabel juga dapat diketahui bahwa pada aspek *study* di Puskesmas Sumbersari dalam hal tata kelola mutu Puskesmas, seluruh responden setuju dan sangat setuju pada proses *study* yang baik. Berbeda dengan aspek *action* terdapat 2 (4%) responden yang tidak setuju bahwa tindak lanjut terhadap hasil penilaian mutu dilakukan secara konsisten oleh seluruh unit di puskesmas.

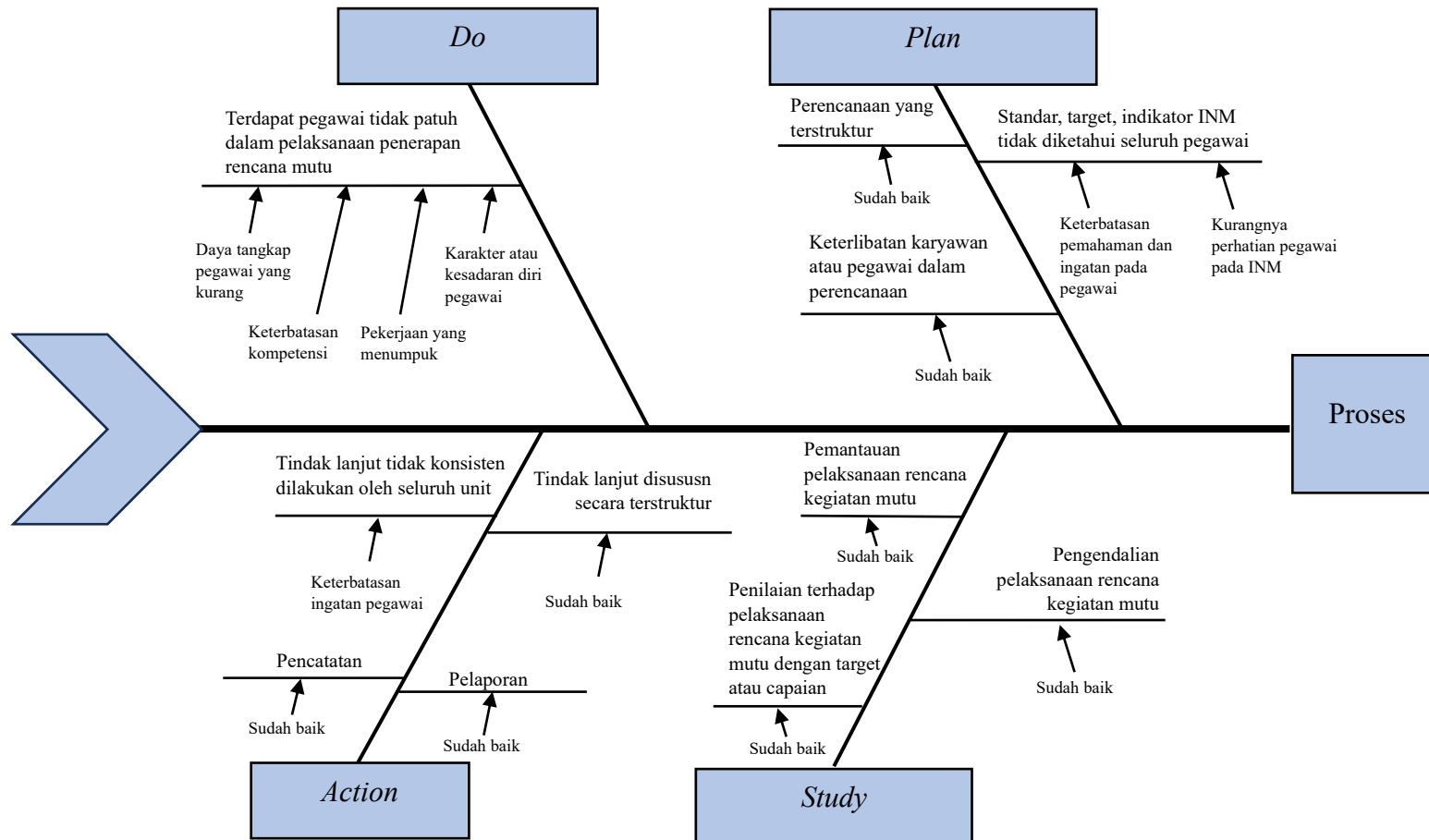
4.1.4 Hasil Observasi Penelitian

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di Puskesmas Sumbersari pada tanggal 24 April 2025, dapat diketahui bahwa seluruh aspek pengamatan telah tersedia di Puskesmas. Aspek struktur TMP (Tim Mutu Puskesmas) tersedia *up to date, job description* anggota tim dalam pelaksanaan program peningkatan mutu telah tersedia, dokumen survei budaya mutu telah tersedia, dokumen RUK (Rencana Usulan Kegiatan) mutu puskesmas dan RPK (Rencana Pelaksanaan Kegiatan) mutu puskesmas juga telah tersedia. Hasil observasi penelitian dilampirkan pada lampiran 4.2 halaman 41.

4.1.5 Analisis *Fishbone* Tata Kelola Mutu Puskesmas



Gambar 4. 1 *Fishbone* komponen structure



Gambar 4. 2 *Fishbone* komponen proses

4.2 Pembahasan

4.2.1 Kajian Tata Kelola Mutu Komponen *Structure* dalam mengimplementasikan Indikator Nasional Mutu Puskesmas

Mengkaji tata kelola mutu puskesmas komponen *structure* ini dilakukan untuk mengetahui secara rinci sesuai dengan kondisi sebenarnya yang berkaitan dengan aspek komitmen manajemen, kepemimpinan, pengorganisasian, dan budaya mutu di Puskesmas Sumpalsari dalam mengimplementasikan Indikator Nasional Mutu Puskesmas.

a. Kajian Aspek Komitmen Manajemen

Berdasarkan hasil penelitian, komitmen manajemen di Puskesmas Sumpalsari dalam mengimplementasikan INM puskesmas berada dalam kategori yang baik. Komitmen manajemen yang baik dalam lingkungan kerja puskesmas akan mendukung puskesmas untuk melakukan perubahan baik kecil maupun besar serta memotivasi pegawai untuk mendukung upaya perbaikan mutu layanan yang berkelanjutan menuju perbaikan yang lebih baik termasuk dalam pelaksanaan tata kelola mutu puskesmas dan mewujudkan budaya mutu (Kementerian Kesehatan RI, 2021b). Strategi membangun komitmen bersama telah dilakukan pihak manajemen Puskesmas Sumpalsari dengan melakukan komunikasi yang baik serta peduli terhadap masukan dan saran pegawai.

Pihak manajemen telah memberikan dukungan penuh berupa waktu, tenaga, dan anggaran untuk kegiatan peningkatan mutu layanan. Dana alokasi untuk program prioritas nasional bidang kesehatan didanai oleh Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) (Permenkes RI, 2024). Dana untuk melaksanakan program mencapai INM puskesmas yang didanai oleh BOK yaitu indikator keberhasilan pengobatan pasien tuberkulosis semua kasus sensitif obat dan indikator ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *ante natal care* sesuai standar sedangkan 4 indikator lainnya yaitu kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan APD, kepatuhan identifikasi pasien, dan kepuasan pasien bersumber dari dana Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Dana kepatuhan kebersihan tangan dan kepatuhan penggunaan APD dikatakan tidak terdapat dana khusus oleh pegawai dikarenakan pada BLUD memang tidak ada

menu atau kategori dana secara khusus sesuai dengan indikator tersebut. Namun dana untuk melaksanakan program dalam kedua indikator tersebut tercatat sebagai pengadaan untuk operasional yang mendukung dalam Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) (Hardy *et al.*, 2023). Anggaran untuk penunjang program PPI di Puskesmas Sumbersari digunakan untuk pengadaan APD, pelatihan internal PPI, penyediaan dan pemeliharaan untuk cuci tangan seperti sabun, air, dan wastafel. Sejalan dengan penelitian oleh Ahmad *et al* (2023), dana PPI digunakan untuk pemenuhan sarana prasarana, dan pelaksanaan workshop agar petugas dapat mempraktikkan langkah cuci tangan serta penggunaan dan pelepasan APD yang benar.

b. Kajian Aspek Kepemimpinan

Kepemimpinan di Puskesmas Sumbersari dalam mengimplementasikan INM berada dalam kategori cukup dan sudah dijalankan dengan baik oleh kepala puskesmas dan penanggung jawab mutu. Kepemimpinan yang baik di Puskesmas Sumbersari dilihat dari PJ mutu yang telah memimpin dengan baik disaat melakukan penyusunan rencana dan selalu melibatkan pegawai dalam penyusunan maupun dalam menyepakati rencana, supervisi dan atau pemantauan telah dilakukan oleh kepala puskesmas dan PJ mutu, PJ mutu selalu menanyakan kendala yang ditemui pada pelaksanaan program, serta kepala puskesmas memberikan masukan sesuai kewenangannya berdasarkan kendala-kendala sebagai bentuk menindaklanjuti untuk rencana ke depannya bersama PJ mutu dan tim mutu puskesmas dalam meningkatkan mutu dan mencapai INM.

Pemimpin di Puskesmas Sumbersari yaitu kepala puskesmas telah sesuai dengan standar profesional dan PJ mutu telah sesuai dengan kualifikasi minimal. Mayoritas responden yang menjawab kepemimpinan cukup menunjukkan bahwa Puskesmas Sumbersari memiliki pemimpin yang membimbing dan memberikan dorongan kepada para pegawainya untuk dapat mencapai tujuan organisasi atau INM (Zainuddin *et al.*, 2020). Gaya kepemimpinan yang diterapkan di Puskesmas Sumbersari yaitu kepemimpinan transformasional (berfokus pada perubahan organisasi menjadi lebih baik) dan partisipatif (aktif melibatkan pegawai) (Hannari *et al.*, 2024).

c. Kajian Aspek Pengorganisasian

Berdasarkan hasil penelitian, pengorganisasian di Puskesmas Sumbersari dalam mengimplementasikan INM puskesmas berada dalam kategori cukup. Strategi dalam peningkatan mutu puskesmas yaitu salah satunya pembentukan tim mutu. Pengorganisasian Puskesmas Sumbersari telah mendukung dalam mencapai INM Puskesmas diketahui dengan adanya Penanggung Jawab Mutu (PJM) dan Tim Mutu Puskesmas (TMP) (Permenkes RI, 2022). Pembagian tugas dan mekanisme tim mutu di puskesmas telah tertera dengan jelas dengan menetapkan kebijakan berupa Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Sumbersari Nomor: 440/21/311.07/2023 tentang Penetapan Penanggung Jawab Mutu di Unit Pelaksana Teknis Daerah Puskesmas Sumbersari dan pedoman manual mutu UPTD Puskesmas Sumbersari. Dokumen tersebut menjadi pedoman atau panduan bagi seluruh pegawai dalam melaksanakan program peningkatan mutu puskesmas.

Rangkap jabatan masih dirasakan oleh pegawai di Puskesmas Sumbersari. Terdapat pegawai di Puskesmas Sumbersari yang menjadi koordinator dalam tim mutu atau anggota dalam tim mutu tetapi masih harus menjalankan banyak program lainnya. Pihak Puskesmas Sumbersari telah melakukan pengajuan untuk penambahan SDM, namun pengajuan SDM dapat terhambat akibat kapabilitas dan kebijakan masing-masing pemerintah daerah (Hasibuan *et al.*, 2024). Berdasarkan peraturan daerah, penambahan SDM tidak dapat dilakukan di Puskesmas Sumbersari apabila tenaga telah mencukupi batas minimal. Kepala puskesmas telah melakukan proses pengorganisasian dengan baik dalam penetapan penanggung jawab tim mutu yaitu pegawai tidak ada yang merangkap menjadi 2 koordinator dalam tim mutu sekaligus sehingga fungsi-fungsi mutu pada tim mutu di Puskesmas Sumbersari dapat dijalankan dengan baik. Namun belum adanya pelatihan bagi koordinator dalam tim mutu khususnya keselamatan pasien sehingga pegawai yang menjadi koordinator tidak memiliki sertifikasi khusus.

d. Kajian Aspek Budaya Mutu

Berdasarkan hasil penelitian, budaya mutu di Puskesmas Sumbersari berada dalam kategori cukup. Terdapat beberapa karakteristik lingkungan kerja di Puskesmas

Sumbersari yang telah berorientasi budaya mutu yaitu kepemimpinan mutu pada semua jenjang puskesmas sehingga pegawai diarahkan untuk bertanggung jawab dalam mencapai Indikator Nasional Mutu Puskesmas, keterbukaan antar sesama pegawai, penekanan pada kerja sama tim di Puskesmas, dan adanya sistem penghargaan. Terdapat karakteristik lingkungan kerja di Puskesmas Summersari yang masih belum menunjukkan budaya mutu yaitu umpan balik oleh manajemen puskesmas belum dilakukan secara aktif.

Umpan balik yang diberikan oleh pihak manajemen kepada pegawainya berupa umpan balik konstruktif atau umpan balik yang diberikan untuk mengatasi dan memberikan solusi permasalahan di lingkungan kerja, umpan balik diberikan jika masalah tidak dapat diselesaikan secara mandiri atau jika terdapat keluhan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Januar *et al* (2024) yaitu terdapat beberapa penyebab di lingkungan kerja yang membutuhkan adanya umpan balik konstruktif yaitu ketidakpuasan pelanggan, kinerja yang tidak memuaskan, dan ketidakmampuan menangani perubahan.

Program pelatihan atau sosialisasi terkait INM Puskesmas secara khusus belum tersedia berdasarkan jawaban beberapa pegawai sehingga sosialisasi berkaitan dengan mutu puskesmas dilakukan saat Lokakarya Mini (Lokmin) puskesmas atau di saat apel pagi. Pelatihan secara khusus terkait INM memang tidak dilakukan namun terdapat pelatihan atau sosialisasi lainnya yang telah dilakukan puskesmas untuk mendukung dalam peningkatan capaian INM yaitu pelatihan internal PPI dan *refreshing* semua pegawai untuk mengatasi pegawai yang lupa terkait tindak lanjut.

Menyelaraskan nilai organisasi melalui survei budaya mutu telah dilakukan di puskesmas setiap akhir tahun. Namun, beberapa pegawai kurang diinformasikan mengenai survei budaya mutu di Puskesmas sehingga tidak mengetahui adanya survei budaya mutu atau telah dilaksanakan survei budaya mutu. Perasaan bangga akan tumbuh apabila pegawai mengetahui manfaat pelayanan bagi diri sendiri, pengguna dan organisasi. Adanya sistem penghargaan bagi pegawai bisa menjadi strategi yang dapat diterapkan untuk menumbuhkan kebanggaan bagi pegawai (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).

4.2.2 Kajian Tata Kelola Mutu Komponen Proses dalam mengimplementasikan Indikator Nasional Mutu Puskesmas

Mengkaji tata kelola mutu puskesmas komponen proses ini dilakukan untuk mengetahui secara rinci sesuai dengan kondisi sebenarnya yang berkaitan dengan aspek *plan, do, study, dan action* di Puskesmas Summersari dalam mengimplementasikan Indikator Nasional Mutu Puskesmas.

a. Plan

Berdasarkan hasil penelitian, aspek plan di Puskesmas Summersari dalam mengimplementasikan INM berada dalam kategori cukup. Terdapat beberapa hal yang harus dipenuhi agar penyusunan rencana mutu di puskesmas berjalan dengan baik yaitu terdapat pengumpulan data oleh TMP untuk menentukan standar, target, dan indikator pemenuhan standar yang akan menjadi acuan dalam penerapan TKM; terdapat analisis yang mengidentifikasi kesenjangan atau *gap* antara target dengan sasaran; penetapan masalah prioritas menggunakan metode USG (*urgency, seriousness, and growth*); adanya tujuan yang jelas dan terukur berupa indikator yang jelas; adanya proses mengidentifikasi akar penyebab masalah melalui diagram *fishbone*; terdapat rencana pemecahan masalah dengan melakukan diskusi bersama tim mutu (Afiyah & Ayuningtyas, 2024).

Semua hal tersebut telah dilakukan oleh Puskesmas Summersari untuk peningkatan mutu dan disusun secara jelas dan terstruktur dalam bentuk Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) sehingga dikatakan bahwa rencana mutu dikatakan cukup. Perencanaan mutu di Puskesmas Summersari melibatkan pegawai serta terbuka terhadap seluruh saran dan masukan yang diberikan oleh pegawai. Melibatkan pegawai dalam proses perencanaan mutu memberikan kesempatan berkembang dan memberikan ruang melakukan pembelajaran bagi pegawai sesuai peran mereka melalui pengemukakan pendapat dan terlibat dalam rangkaian kegiatan. Pegawai yang dilibatkan akan memiliki motivasi untuk bekerja dan hal ini akan membantu untuk mencapai sasaran atau target yang ditentukan oleh puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021b). Namun berdasarkan penelitian, dengan dilibatkannya pegawai bukan berarti

semua memahami mengenai standar, target, dan indikator pemenuhan standar akibat faktor keterbatasan manusia atau pegawai.

b. Do

Berdasarkan hasil penelitian, penerapan rencana mutu di Puskesmas Sumpalsari berada dalam kategori cukup. Hal tersebut dibuktikan dengan proses pelaksanaan program mutu di Puskesmas Sumpalsari yang telah dituangkan dalam bentuk dokumen pelaksanaan kegiatan setiap tahun (di dalamnya berisi dampak dan hambatan atau kendala-kendala dalam pelaksanaan program mutu yang tidak sesuai dengan RPK). Hasil dokumentasi pelaksanaan program selanjutnya dilakukan analisa data terkait hasil peningkatan mutu yang mampu dicapai sesuai dengan target atau sasaran yang ditentukan sebelumnya oleh Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).

Komitmen pimpinan atau pihak manajemen telah optimal namun komitmen pegawai Puskesmas Sumpalsari dalam proses pelaksanaan program mutu untuk meningkatkan capaian INM Puskesmas masih kurang. Komitmen pegawai menjadi hal yang penting dalam mendukung keberhasilan organisasi untuk mencapai target yang ditetapkan (Afiyah & Ayuningtyas, 2024). Pegawai di Puskesmas Sumpalsari masih banyak yang tidak patuh dalam mengimplementasikan rencana peningkatan mutu dalam pemberian pelayanan yang disebabkan akibat faktor manusia dan keterbatasan pegawai sehingga hal tersebut membuat tidak maksimal dalam mencapai INM Puskesmas. Sejalan dengan penelitian Afiyah & Ayuningtyas tahun 2024 yang mengatakan komitmen staf yang masih kurang dapat dikarenakan keterbatasan staf dan banyaknya program sehingga kegiatan tidak berjalan dengan baik.

c. Study

Proses *study* Puskesmas Sumpalsari yang didalamnya berupa pemantauan, pengendalian, dan penilaian hasil penerapan rencana mutu berada dalam kategori cukup. Terdapat beberapa proses yang harus dilakukan agar tahap *study* dikatakan baik yaitu melakukan pengukuran dan penilaian kinerja mutu; melakukan perbandingan antara kinerja dengan tujuan, melakukan analisis permasalahan, dan melakukan peningkatan mutu berdasarkan hasil perbandingan kinerja dan tujuan (Kementerian Kesehatan RI,

2021b). Semua proses yang harus dilakukan tersebut telah dilakukan dengan baik oleh tim mutu, pengukuran terhadap data mutu penilaian yang membandingkan antara hasil kinerja pelaksanaan program dengan target yang ditentukan dilakukan oleh masing-masing penanggung jawab layanan setiap bulannya yang kemudian dilakukan analisis pada tingkat puskesmas dari hasil pengukuran dan penilaian yang dilakukan oleh PJM dan TMP. Kendala yang dihadapi dalam monitoring atau pemantauan yaitu kurangnya monitoring pada petugas yang bekerja di lapangan terutama terkait kepatuhan kebersihan tangan dan penggunaan APD diakibatkan anggota tim PPI yang *double job*.

Jadwal pelaksanaan audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen dilakukan sesuai dengan kesepakatan bersama dan sesuai kebutuhan. Puskesmas Sumpalsari telah melakukan secara rutin yaitu setiap semester atau 2 kali dalam satu tahun. Audit internal merupakan evaluasi yang dilakukan oleh tim audit puskesmas yang bertujuan untuk menilai kepatuhan standar apakah telah sesuai dengan indikator pemenuhan standar yang ditentukan sebelumnya dalam perencanaan mutu. Hasil audit internal dan tindak lanjut dilaporkan kepada PJM (Puskesmas Padureso, 2023). PJM melakukan pembahasan hasil audit dan hasil penilaian analisis data mutu di Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM). PTM merupakan pengendalian yang bertujuan memastikan pelaksanaan rencana berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).

d. Action

Tindak lanjut dari proses *study* untuk peningkatan mutu di Puskesmas Sumpalsari berada dalam kategori cukup. Tindak lanjut selalu dilakukan oleh Puskesmas Sumpalsari untuk mencapai INM Puskesmas. Tindak lanjut tersebut mayoritas dilanjutkan karena menunjukkan keberhasilan, kecuali pada indikator kepatuhan kebersihan tangan dan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *ante natal care* sesuai standar. Pada kedua indikator tersebut sering dilakukan perbaikan dikarenakan masih terdapat hambatan pada pelaksanaan rencana mutu. Evaluasi terkait tindak lanjut dilakukan oleh tim mutu setiap 3 bulan. Seluruh pegawai yang ada di puskesmas mengetahui dan juga menerima informasi yang jelas mengenai tindak lanjut atau rencana perubahan dan perbaikan dalam peningkatan mutu untuk mencapai INM Puskesmas melalui kegiatan Lokmin.

Mendiskusikan dengan seluruh pegawai di puskesmas mengenai tindak lanjut dapat memberikan pertimbangan dari segi lain yang dapat memberikan dampak yang lebih baik bagi tindak lanjut yang akan dilakukan (Kementerian Kesehatan RI, 2021b). Meskipun seluruh pegawai mengetahui terkait tindak lanjut, tetapi tidak semua unit di puskesmas bisa melakukannya secara konsisten dikarenakan terdapat pegawai yang lupa terhadap tindak lanjut yang harus dilakukan.

Pencatatan hasil kegiatan kinerja dan mutu di Puskesmas Sumpalsari telah sesuai dengan amanat Permenkes Nomor 31 Tahun 2019. Peraturan tersebut mengharuskan setiap pelaksanaan kegiatan puskesmas dilakukan pencatatan menggunakan Sistem Informasi Puskesmas (SIP) (Permenkes RI, 2019). Terdapat hambatan dalam pencatatan khususnya pada indikator ANC dimana jumlah hasil pencatatan pada Aplikasi Mutu Fasyankes *by name* tidak sesuai dengan jumlah asli pasien sehingga menyebabkan capaian pada ANC menjadi kecil. Hasil kegiatan kinerja dan mutu PKP di Puskesmas Sumpalsari juga telah dilaporkan secara berkala sesuai dengan periode waktu yang ditetapkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yaitu setiap semester atau 2 kali dalam setahun. Hasil laporan yang telah dilakukan akan diberikan umpan balik oleh Dinas Kesehatan yang kemudian dapat dijadikan sebagai acuan dalam merumuskan kebijakan atau melakukan perbaikan untuk meningkatkan mutu di Puskesmas secara berkesinambungan (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).

4.2.3 Analisis Masalah Komponen *Structure* dan Proses serta Rumusan Solusi

Berdasarkan hasil analisis *fishbone* terdapat 3 aspek pada komponen *structure* (komitmen manajemen, pengorganisasian, dan budaya mutu) dan 3 aspek pada komponen proses (*plan, do, action*) yang masih perlu adanya strategi atau solusi agar dapat memaksimalkan pelaksanaan tata kelola mutu puskesmas untuk meningkatkan capaian INM Puskesmas.

a. Komponen *Structure*

Indikator pengukuran pada aspek pengorganisasian, struktur dalam penanggung jawab mutu masih terdapat rangkap dalam mengerjakan program yang lain atau *double*

job dikarenakan program kerja yang banyak dan cakupan target wilayah kerja Puskesmas Sumbersari yang besar sedangkan mengalami keterbatasan ASN. *Double job* di puskesmas menjadi salah satu hal yang dapat berpengaruh pada ketidakmaksimalan petugas dalam melaksanakan kerja termasuk dalam mencapai INM Puskesmas dikarenakan adanya tuntutan pekerjaan lainnya (Zahroh & Muflihatin, 2020).

Produktivitas menjadi salah satu kunci dalam mencapai apa yang diharapkan. Produktivitas dipengaruhi oleh ketepatan waktu yaitu kedisiplinan jadwal kerja pegawai, serta menyelesaikan tugas dan melaksanakan kegiatan sesuai batas waktu yang ditentukan. Perlu adanya pelatihan manajemen waktu dan manajemen diri bagi pegawai agar pegawai memiliki kemampuan dalam merencanakan agar segala bentuk tindakan individu dapat terencana dan dapat memanfaatkan waktu dengan sebaik-baiknya serta dapat menentukan skala prioritas atau mendahulukan yang memang harus dilakukan terlebih dahulu. Pengelolaan waktu yang efektif dapat berpengaruh pada penyelesaian tugas secara efisien (Kurnianingsih *et al.*, 2024).

Pada aspek budaya mutu, umpan balik positif berupa pengakuan dan apresiasi tidak dilakukan di Puskesmas dikarenakan yang dibahas dalam pertemuan merupakan indikator yang tidak tercapai atau terdapat hambatan. Pengakuan kepada karyawan perlu dilakukan untuk memberikan validasi terhadap kontribusi karyawan melalui pengakuan dan pujian yang nantinya akan berdampak pada penguatan motivasi intrinsik karyawan (Tritisari, 2024). Perlu adanya kesadaran dan pemahaman pihak manajemen untuk menciptakan budaya umpan balik yang aktif dan positif sebagai bentuk keterbukaan manajemen dengan pegawainya dan pegawai merasa dilibatkan dan dihargai (Kementerian Kesehatan RI, 2021b).

b. Komponen Proses

Masalah yang ditemui pada komponen proses berdasarkan hasil wawancara dengan pegawai, semua disebabkan oleh faktor manusia. Prioritas solusi yang dapat dilakukan untuk meminimalkan masalah pada komponen proses yaitu optimalisasi atau peningkatan komitmen individu atau pegawai. Pihak manajemen telah berkomitmen

dengan penuh pada pelaksanaan program INM namun masih kurang pada komitmen pegawai. Solusi yang dilakukan puskesmas untuk meningkatkan komitmen pegawai yaitu dengan membentuk suatu peraturan internal terkait sistem *reward* dan *punishment* berbasis poin, namun poin *punishment* sesekali tidak dihitung karena dalam pelaksanaannya mayoritas pegawai tidak patuh dan melanggar sehingga sistem tersebut perlu dirancang dengan lebih tegas. Pegawai yang berkomitmen dengan baik akan membuat pegawai bertanggung jawab dan mendukung seluruh program untuk mencapai INM Puskesmas, menghadiri segala pertemuan dengan mencari hambatan di puskesmas, mempunyai rasa memiliki terhadap organisasi dan memiliki motivasi untuk melakukan seluruh kegiatan di Puskesmas untuk mencapai tujuan yang ditentukan (Kurnianingsih *et al.*, 2024).

c. Keterkaitan Strategi Puskesmas Sumbersari dengan Komponen berdasarkan Teori Donabedian

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat beberapa strategi yang dilakukan oleh Puskesmas Sumbersari untuk mencapai INM puskesmas dan meningkatkan mutu layanan di Puskesmas. Strategi yang dilakukan puskesmas dibedakan berdasarkan beberapa aspek pada komponen *structure*. Komponen *structure* merupakan sumber daya yang dibutuhkan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan (Arifin *et al.*, 2020). Komponen *structure* yang cukup di Puskesmas Sumbersari menjadi sumber daya yang sangat mendukung dalam pelaksanaan proses yang baik atau menggerakkan organisasi dalam mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu menuju pencapaian INM. Pelaksanaan proses yang mengacu pada siklus Deming PDSA akan menuju atau menghasilkan perbaikan dalam hal mutu pelayanan yang dirumuskan pada manajemen strategi mutu.

Strategi mutu merupakan kegiatan yang bertujuan agar organisasi mencapai tujuan, memperoleh keunggulan untuk dapat berkompetisi dan bersaing (Lestari *et al.*, 2023). Mutu merupakan hal yang tidak dapat diabaikan oleh puskesmas dikarenakan puskesmas harus bersaing dengan fasilitas kesehatan lainnya seperti praktek mandiri dokter, klinik pratama, klinik pengobatan alternatif, dan lain-lain. Seiring

berkembangnya zaman dan meningkatnya kesejahteraan masyarakat, tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan menjadi hal yang penting dan menjadi pertimbangan dalam pemilihan fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan masyarakat semakin kritis terhadap pelayanan yang didapatkannya (Dellialvi & Isbandono, 2023).

BAB 5 KESIMPULAN, KETERBATASAN, DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai strategi implementasi INM Puskesmas untuk peningkatan mutu layanan di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pada komponen *structure*, aspek komitmen manajemen di Puskesmas Sumpalsari dalam mengimplementasikan INM Puskesmas berada dalam kategori baik sedangkan aspek kepemimpinan, pengorganisasian, dan budaya mutu puskesmas berada dalam kategori cukup. Strategi yang dilakukan puskesmas yaitu melaksanakan strategi membangun komitmen bersama, memberikan dukungan penuh dalam pelaksanaan program mutu, kepemimpinan yang baik, pembentukan tim mutu dan kebijakan mutu; pembentukan lingkungan kerja yang berorientasi budaya mutu termasuk melakukan pelatihan.
2. Pada seluruh aspek dalam komponen proses yaitu *plan, do, study, dan action* Puskesmas Sumpalsari dalam mengimplementasikan INM Puskesmas berada dalam kategori cukup. Strategi yang dilakukan puskesmas yaitu penyusunan RUK RPK mutu secara jelas dan terstruktur; menyusun dokumen pelaksanaan kegiatan; melakukan pemantauan, pengendalian, dan penilaian hasil rencana mutu; serta melakukan tindak lanjut berdasarkan masing-masing masalah dalam INM.
3. Terdapat aspek pada komponen *structure* (pengorganisasian dan budaya mutu) yaitu adanya *double job* dan umpan balik oleh pihak manajemen belum dilakukan secara aktif serta aspek pada komponen proses (*plan, do, dan action*) yaitu keterbatasan pada faktor manusia yang masih perlu diatasi.

5.2 Saran

Puskesmas diharapkan dapat melaksanakan solusi yang telah dirumuskan dari masalah yang telah diidentifikasi agar dapat memaksimalkan pelaksanaan tata kelola

mutu puskesmas yang lebih baik ke depannya untuk meningkatkan capaian INM Puskesmas.

1. Puskesmas perlu melakukan pelatihan untuk melakukan manajemen waktu dan manajemen diri bagi pegawai.
2. Puskesmas perlu merancang sistem *reward* dan *punishment* berbasis poin yang sudah ada di Puskesmas dengan lebih jelas dan tegas.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyah, N., & Ayuningtyas, D. (2024). Analisis Implementasi Tata Kelola Mutu dalam Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas Kota Depok Provinsi Jawa Barat Tahun 2022-2023. *Action Research Literate*, 8(8), 2343–2350. <https://doi.org/10.46799/ar1.v8i8.499>
- Ahmad, N. F., Budiyanti, R. T., & Fatmasari, E. Y. (2023). Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Di Puskesmas Temanggung Selama Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(5), 471–480. <https://doi.org/10.14710/jkm.v11i5.37073>
- Arifin, S., Mutisari, D., & Abdurrahman R. (2020). *Peta Teori Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- As'ad, & Fridiyanto. (2021). *Manajemen Strategik*. Malang: Literasi Nusantara.
- Asriati, Yuniar, N., Salim, A., Suprptono, B., Sahmad, Suprabawati, S., Wulandari, D. A., Santi, Dewi, S. T., & Yosalli. (2023). *Manajemen Puskesmas*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Azidin, Y., Mauricefle, A., & Millati, R. (2021). Pelaksanaan Akreditasi melalui Audit Internal dalam Meningkatkan Kepatuhan Petugas Kesehatan Melakukan Kebersihan Tangan Sebelum Memberikan Tindakan di Puskesmas. *Caring Nursing Journal*, 5(2), 69–79.
- Aziz, R. A. (2019). *Total Quality Management (Tahapan Impelementasi TQM dan gugus kendali Mutu)*. Bandar Lampung: Darmajaya (DJ) Press.
- Budiastuti, D., & Bandur, A. (2018). *Validitas dan Reliabilitas Penelitian*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Cansiwinata, I., Mamlukah, M., Suparman, R., & Wahyuniar, L. (2024). Pengaruh Pelatihan Buku Pedoman dan Video Tutorial Terhadap Ketepatan dan Kelengkapan Indikator Nasional Mutu (INM) pada Tim Mutu Puskesmas di Kabupaten Majalengka. *Journal of Public Health Innovation*, 4(02), 280–287. <https://doi.org/10.34305/jphi.v4i02.1017>
- Dellialvi, M., & Isbandono, P. (2023). Analisis Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan Menurut Standar Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 di RSUD Waluyo Jati Kraksaan. *Innovant*, 1(3), 612–627.
- Fernandez, L. D. I., Kenjam, Y., & Dodo, D. O. (2021). Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas Pasir Panjang Pasca Akreditasi. *Media Kesehatan Masyarakat*, 3(3), 276–285.
- Fitriani, E., Afandi, D., Herniwanti, Rany, N., & Jepisah, D. (2024). Penerapan Indikator Nasional Mutu (INM) untuk Peningkatan Mutu Pelayanan dalam Pencapaian Standar Akreditasi Rumah Sakit di RSUD Bangkinang. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 7(2), 517–529. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v7i2.12278>
- Daftar pustaka lanjutan terlampir

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. 1 Keaslian Penelitian

Link: <https://unej.id/KeaslianPenelitian040>

Lampiran 3. 1 Definisi Operasional

Link: <https://unej.id/DefinisiOperasional040>

Lampiran 3. 2 *Informed Consent*

Link: <https://unej.id/InformedConsent040>

Lampiran 3. 3 Kuesioner Penelitian

Link: <https://unej.id/KuesionerPenelitian040>

Lampiran 3. 4 Lembar Observasi

Link: <https://unej.id/LembarObservasi040>

Lampiran 3. 5 Surat Izin Validitas

Link: <https://unej.id/SuratIzinValiditas040>

Lampiran 3. 6 Tabel Hasil Uji Validitas

Link: <https://unej.id/TabelHasilUjiValiditas040>

Lampiran 3. 7 Tabel Hasil Uji Reliabilitas

Link: <https://unej.id/TabelHasilUjiReliabilitas040>

Lampiran 3. 8 Uji Validitas

Link: <https://unej.id/UjiValiditas040>

Lampiran 3. 9 Uji Reliabilitas

Link: <https://unej.id/UjiReliabilitas040>

Lampiran 3. 10 Kaji Etik Penelitian

Link: <https://unej.id/KajiEtikPenelitian040>

Lampiran 4. 1 Surat Izin Penelitian

Link: <https://unej.id/IzinPenelitian040>

Lampiran 4. 2 Hasil Observasi Penelitian

Link: <https://unej.id/HasilObservasiPenelitian040>

Lampiran 4. 3 Dokumentasi Penelitian

Link: <https://unej.id/DokumentasiPenelitian040>

Lampiran Daftar Pustaka

Link: <https://unej.id/DaftarPustaka040>