

EVALUASI TATA KELOLA MUTU TERHADAP CAPAIAN KINERJA INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) DI PUSKESMAS KABUPATEN LAMPUNG UTARA: STUDI KUALITATIF

Biantara Suri^{1*}, Wayan Aryawati², Christin Angelina³

¹⁻³Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Malahayati

^{*)}Email Korespondensi : biantarasuri@gmail.com

Abstract: Quality Governance Evaluation and National Quality Indicator Performance at Primary Health Centers in North Lampung District: A Qualitative Case Study. Of the 9,918 accredited Primary Health Centers (Puskesmas) as of August 2024, approximately 4,250 failed to report the National Quality Indicators (Indikator Nasional Mutu/INM) following accreditation, with data quality that does not adequately reflect actual field conditions. This study aims to analyze the evaluation of quality governance in relation to INM performance achievement at Primary Health Centers in North Lampung District during the 2023–2024 period. This study employed a qualitative approach through in-depth interviews, observation, and document review involving 8 informants, comprising key informants from the District Health Office and primary informants including Head of Puskesmas and quality officers across three Puskesmas with different accreditation strata (Paripurna, Utama, and Madya). Data validation was conducted using four trustworthiness criteria — credibility, transferability, dependability, and confirmability — with source triangulation as the triangulation technique. The findings indicate that input factors have not met established standards, attributed to inadequate human resource capacity, budget constraints, and insufficient staff commitment. The USEPDSA cycle (Use-Set-Execute-Plan-Do-Study-Act), as the quality management framework, was found to be suboptimally implemented, particularly in the stages of measurement, evaluation, and standardization. The most dominant finding was the absence of validation of INM achievements at the Puskesmas level, as evidenced by two critically problematic indicators: (1) standard-compliant antenatal care (ANC) services, which demonstrated extreme variation ranging from 0% to 100%; and (2) patient satisfaction, reported exclusively in June 2024 with a range of 74.81% to 98.47%. Overall, INM achievement during 2023–2024 exhibited a fluctuating upward trend. Optimal implementation of the USEPDSA cycle, strengthened data validation mechanisms, and consistent INM reporting are urgently recommended, with full institutional support from the District Health Office.

Keywords: Public health, Quality governance, input, USEPDSA process, output, INM

Abstrak: Evaluasi Tata Kelola Mutu Terhadap Capaian Kinerja Indikator Nasional Mutu (INM) Di Puskesmas Kabupaten Lampung Utara : Studi Kualitatif. Dari 9.918 Puskesmas terakreditasi hingga Agustus 2024, sebanyak 4.250 Puskesmas tidak melaporkan Indikator Nasional Mutu (INM) pasca akreditasi dengan kualitas data yang belum mencerminkan kondisi 1291ndica. Penelitian ini bertujuan menganalisis evaluasi tata kelola mutu terhadap capaian kinerja INM di Puskesmas Kabupaten Lampung Utara tahun 2023–2024. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen terhadap 8 informan dari Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, dan penanggung jawab mutu pada tiga Puskesmas dengan strata akreditasi berbeda (Paripurna, Utama, dan Madya). Validasi data menggunakan aspek kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas dengan triangulasi sumber.

Hasil penelitian menunjukkan faktor input belum memenuhi standar akibat ketidaksesuaian SDM, keterbatasan anggaran, dan lemahnya komitmen staf. Siklus USEPDSA (Use-Set-Execute-Plan-Do-Study-Act) sebagai kerangka pengelolaan mutu belum berjalan optimal, terutama pada tahap pengukuran, evaluasi, dan standarisasi. Temuan paling dominan 1292ndica tidak dilakukannya validasi capaian INM di 1292ndicat Puskesmas, yang tercermin dari dua 1292ndicator bermasalah: (1) pelayanan ANC sesuai standar dengan variasi ekstrim 0%–100%, dan (2) kepuasan pengguna layanan yang hanya dilaporkan pada Juni 2024 dengan rentang 74,81%–98,47%. Capaian INM tahun 2023–2024 secara keseluruhan menunjukkan peningkatan yang fluktuatif. Diperlukan implementasi USEPDSA secara optimal, penguatan validasi data, dan pelaporan INM yang konsisten dengan dukungan penuh Dinas Kesehatan.

Kata Kunci: Puskesmas, Tata Kelola Mutu, Input, Proses USEPDSA, Output, INM

PENDAHULUAN

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan merupakan agenda prioritas dalam pembangunan kesehatan nasional Indonesia, yang diwujudkan melalui kebijakan akreditasi Puskesmas berdasarkan Permenkes No. 34 Tahun 2022. Akreditasi tidak hanya bertujuan memenuhi standar teknis, tetapi juga membangun budaya mutu organisasi secara berkelanjutan. Untuk mengukur keberhasilan implementasi mutu tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan enam Indikator Nasional Mutu (INM) Puskesmas melalui Permenkes No. 30 Tahun 2022, meliputi kepatuhan kebersihan tangan, penggunaan APD, identifikasi pasien, keberhasilan pengobatan TB, pelayanan ANC sesuai standar, dan kepuasan pasien. Namun demikian, data nasional menunjukkan kesenjangan yang serius dalam implementasinya. Dari 9.918 Puskesmas terakreditasi hingga Agustus 2024, sebanyak 4.250 Puskesmas tidak melaporkan INM pasca akreditasi. Lebih mengkhawatirkan, kualitas data yang dilaporkan pun dipertanyakan karena tidak mencerminkan kondisi aktual di lapangan dan memerlukan mekanisme validasi yang lebih ketat (Kemenkes RI, 2024). Fenomena ini mengindikasikan bahwa akreditasi belum sepenuhnya mendorong perbaikan tata kelola mutu yang nyata dan berkelanjutan.

Dalam memahami permasalahan tata kelola mutu secara komprehensif, penelitian ini menggunakan kerangka evaluasi mutu Donabedian yang memandang kualitas layanan kesehatan melalui tiga dimensi yang saling

berkaitan, yaitu struktur (input), proses, dan output/outcome. Dimensi struktur mencakup sumber daya manusia, anggaran, sarana prasarana, serta komitmen organisasi. Dimensi proses merujuk pada pelaksanaan standar layanan secara sistematis. Dimensi output/outcome mencerminkan hasil capaian kinerja yang terukur. Ketiga dimensi ini tidak berdiri sendiri, melainkan membentuk rantai kausalitas yang saling memengaruhi: kualitas input menentukan efektivitas proses, dan efektivitas proses menentukan kualitas output yang dihasilkan. Dalam konteks pengelolaan mutu Puskesmas, dimensi proses dioperasikan melalui siklus USEPDSA (Use-Set-Execute-Plan-Do-Study-Act) yang dikembangkan dari Deming Cycle. Siklus ini menjadi mekanisme operasional yang menghubungkan input dengan output secara berkesinambungan: ketersediaan input yang memadai menjadi prasyarat bagi berjalannya siklus USEPDSA secara optimal, yang pada akhirnya menentukan kualitas dan konsistensi capaian INM. Dengan demikian, kegagalan pada salah satu dimensi akan berdampak langsung pada dimensi berikutnya, sehingga ketiga komponen ini harus dievaluasi secara integratif.

Penerapan kerangka Donabedian dan siklus USEPDSA secara integratif dalam mengevaluasi tata kelola mutu di tingkat Puskesmas masih sangat terbatas dalam literatur yang ada, khususnya dalam konteks pasca akreditasi. Studi-studi sebelumnya umumnya hanya mengevaluasi capaian

indikator secara kuantitatif, tanpa menggali secara mendalam faktor-faktor struktural dan proses yang mendasarinya. Kondisi tersebut nyata terlihat di Kabupaten Lampung Utara, di mana 27 Puskesmas telah terakreditasi pada tahun 2023 dengan variasi strata Paripurna (6), Utama (19), dan Madya (2). Data INM tahun 2023–2024 menunjukkan pola yang mengkhawatirkan: indikator pelayanan ANC sesuai standar mencatat variasi ekstrim dari 0% hingga 100%, sementara kepuasan pengguna layanan hanya dilaporkan pada Juni 2024 dengan rentang 74,81%–98,47%. Pola nilai sempurna yang konsisten pada beberapa indikator di sejumlah Puskesmas secara ilmiah sulit dipertanggungjawabkan, mengingat kompleksitas variabel SDM, sarana prasarana, dan karakteristik wilayah yang berbeda-beda. Lebih jauh, data INM juga memperlihatkan variasi capaian yang signifikan di antara Puskesmas dengan strata akreditasi berbeda. Puskesmas Ketapang menunjukkan konsistensi tinggi dengan capaian 95–100%, Puskesmas Kotabumi I memperlihatkan fluktuasi ekstrem pada identifikasi pasien (0–100%) sebelum mencapai konsistensi pada 2024, sementara Puskesmas Wonogiri menunjukkan volatilitas tertinggi dengan capaian keberhasilan pengobatan TB yang berfluktuasi drastis bahkan turun menjadi 42,11% pada Juni 2024. Pola fluktuasi yang ekstrem ini mengindikasikan tidak adanya mekanisme validasi data INM yang memadai sebuah gap kritis yang belum diteliti secara kualitatif dan mendalam.

Berdasarkan uraian di atas, terdapat kebutuhan mendesak untuk menganalisis secara mendalam evaluasi tata kelola mutu berbasis kerangka Donabedian dan siklus USEPDSA terhadap capaian kinerja INM. Oleh karena itu, penelitian ini dirancang untuk mengisi gap tersebut melalui analisis kualitatif pada tiga Puskesmas di Kabupaten Lampung Utara dengan strata akreditasi berbeda pada tahun 2023–2024, guna menghasilkan rekomendasi berbasis bukti bagi

penguatan sistem tata kelola mutu Puskesmas secara menyeluruh.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus yang dilaksanakan pada Juni–Juli 2025 di tiga Puskesmas Kabupaten Lampung Utara dengan strata akreditasi berbeda, yaitu Puskesmas Ketapang (Paripurna), Puskesmas Kotabumi I (Utama), dan Puskesmas Wonogiri (Madya), serta di Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Universitas Malahayati dengan nomor 4849/EC/KEP-UNMAL/V/2025, serta izin penelitian dari instansi terkait. Informan berjumlah 8 orang, dipilih secara purposive sampling, terdiri atas 3 Kepala Puskesmas, 3 Penanggung Jawab Mutu Puskesmas, 1 Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, dan 1 Koordinator Mutu Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. Kecukupan data ditentukan berdasarkan prinsip saturasi data, yakni ketika informasi dari informan berikutnya tidak lagi menghasilkan tema baru yang bermakna.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi partisipatif, dan telaah dokumen. Analisis data menggunakan analisis tematik melalui tahapan familiarisasi data, initial coding secara manual, pencarian dan peninjauan tema, hingga penyusunan narasi. Hasil analisis disajikan secara deskriptif-naratif yang didukung kutipan verbatim informan sebagai bukti empiris autentik.

Keabsahan data dijamin melalui empat kriteria: kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas. Kredibilitas dicapai melalui triangulasi sumber (perbandingan data antar informan), triangulasi metode (perbandingan hasil wawancara, observasi, dan dokumen), serta member checking. Dependabilitas dan konfirmabilitas dijamin melalui audit trail berupa dokumentasi sistematis seluruh proses penelitian. Terkait reflektivitas, peneliti menyadari potensi

bias sebagai tenaga kesehatan yang familiar dengan konteks Puskesmas, sehingga dilakukan refleksi kritis berkelanjutan dan triangulasi peneliti melalui diskusi kolaboratif tim peneliti.

HASIL

Hasil penelitian disajikan berdasarkan kerangka evaluasi

Donabedian yang mencakup dimensi input (struktur), proses (USEPDSA), dan output (capaian INM), dengan tema dan subtema yang diidentifikasi melalui analisis tematik terhadap data wawancara, observasi, dan telaah dokumen.

Tabel 1. Framework Analysis: Tema, Subtema, dan Temuan Utama

Dimensi	Tema	Subtema	Temuan Utama
Input	SDM	Kuantitas & Kualitas	Jumlah relatif memadai, namun pelatihan mutu belum merata
	Sarana Prasarana	Ketersediaan fasilitas	Memadai di Ketapang & Kotabumi I; terbatas di Wonogiri
	Anggaran	Alokasi mutu	Anggaran mutu terbatas (7–13% total anggaran)
	Komitmen & Organisasi	SK Tim Mutu	SK ada, namun pelaksanaan tupoksi belum optimal
Proses	USEPDSA	U – Identifikasi masalah	Sudah dilakukan, metode USG & Fishbone
		P – Perencanaan	RUK/RPK tersusun, realisasi belum optimal
		D – Pelaksanaan & pengukuran	Pengukuran INM belum konsisten dan tervalidasi
		S – Monitoring & evaluasi	Belum dilakukan secara berkala
		A – Standarisasi	Belum dilaksanakan
Output	Capaian INM	Variasi antar Puskesmas	Fluktuatif; ANC 0–100%; kepuasan hanya sampai bulan Juni 2024

I. Faktor Input

1.1 Sumber Daya Manusia

Ketiga Puskesmas memiliki jumlah SDM yang relatif memadai (Ketapang 71 orang, Kotabumi I 74 orang, Wonogiri 75 orang), namun kualitas SDM di bidang mutu belum merata. Pelatihan mutu formal masih terbatas, dengan jumlah staf terlatih bervariasi antara 7 hingga 15 orang per Puskesmas. Rotasi pegawai yang cepat menjadi hambatan utama dalam menjaga konsistensi tim mutu. *"Staf kami sudah cukup, tapi yang benar-benar paham mutu dan INM masih sedikit, apalagi kalau ada mutasi, harus mulai dari awal lagi."*(WN01). *"Kendalanya memang di rotasi, begitu staf sudah terlatih, dipindah. Jadi pembinaan harus terus diulang."*(DK02)

1.2 Sarana dan Prasarana

Puskesmas Ketapang dan Kotabumi I memiliki fasilitas yang relatif memadai, termasuk alat USG,

mikroskop TB, dan fasilitas cuci tangan. Puskesmas Wonogiri masih menghadapi keterbatasan pada ketersediaan APD dan alat laboratorium TB yang belum merata. *"Untuk ANC kita sudah ada USG, ruang pemeriksaan juga ada, tapi di beberapa ruangan fasilitas cuci tangan memang belum lengkap."*(WN02)

1.3 Anggaran

Total anggaran bervariasi antara Puskesmas: Ketapang Rp 2,48 miliar, Kotabumi I Rp 2,77 miliar, dan Wonogiri Rp 1,45 miliar. Alokasi khusus untuk mutu masih terbatas, berkisar antara Rp 102–192 juta atau sekitar 7–13% dari total anggaran, dan dinilai belum mencukupi kebutuhan operasional mutu secara optimal. *"Anggaran untuk mutu memang terbatas, banyak kegiatan yang sudah direncanakan tapi tidak bisa terlaksana karena dananya tidak cukup."* (KTB02)

1.4 Komitmen dan Pengorganisasian

Seluruh Puskesmas telah memiliki SK Tim Mutu dengan struktur yang mencakup PJ Mutu, PPI, Keselamatan Pasien, Audit Internal, dan Manajemen Risiko. Namun pelaksanaan tupoksi tim belum optimal, terutama akibat mutasi pegawai dan belum tersedianya SK khusus observer INM. *"SK tim mutu sudah ada, strukturnya lengkap, tapi pelaksanaannya masih perlu didorong terus, tidak semua anggota tim aktif menjalankan tugasnya."* (KTP01)

II. Faktor Proses (SIKLUS USEPDSA)

2.1 Use & Set: Identifikasi dan Prioritas Masalah

Ketiga Puskesmas telah melakukan identifikasi masalah INM dengan membandingkan target dan capaian, menggunakan metode USG dan analisis Fishbone. Indikator pelayanan ANC sesuai standar secara konsisten menjadi prioritas masalah utama di ketiga Puskesmas. *"Kami pakai USG dan Fishbone untuk menentukan prioritas. ANC selalu jadi masalah utama karena capaiannya paling tidak stabil."* (KTP02)

2.2 Execute & Plan : Perencanaan

Seluruh Puskesmas telah menyusun RUK dan RPK sebagai dasar perencanaan kegiatan mutu. Namun realisasi di lapangan masih terkendala keterbatasan anggaran dan sumber daya, sehingga tidak semua rencana dapat terlaksana optimal. *"Perencanaannya sudah ada di RUK dan RPK, tapi waktu pelaksanaan sering tidak sesuai karena anggarannya tidak turun semua."* (KTP01)

2.3 Do: Pelaksanaan Pengukuran INM

Ini merupakan temuan paling kritis dalam penelitian ini. Pengukuran INM belum dilakukan secara konsisten dan terstandar. Temuan dominan menunjukkan tidak adanya mekanisme validasi data INM di tingkat Puskesmas, sehingga data yang dilaporkan tidak dapat dijamin mencerminkan kondisi

aktual. *"Pengukuran INM kita lakukan, tapi jujur saja kadang datanya diambil seadanya, tidak ada yang memverifikasi ulang apakah angkanya sudah benar atau belum."* (WNG01). *"Kita lihat ada puskesmas yang laporannya 100% terus setiap bulan, itu tidak mungkin kalau tidak ada validasi, pasti ada yang tidak sesuai kenyataan."* (DK01)

2.4 Study: Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi INM belum dilakukan secara berkala dan terstruktur. Kaji banding antar Puskesmas sebagai bagian dari pembelajaran mutu juga belum terlaksana. *"Evaluasi memang belum rutin, paling kalau ada pertemuan di Dinas baru kita bahas capaian INM, tapi tidak ada jadwal tetap setiap bulan."* (KTB02)

2.5 Act : Standarisasi

Tahap standarisasi sebagai tindak lanjut dari hasil evaluasi belum dilaksanakan di ketiga Puskesmas. Belum terdapat prosedur baku yang ditetapkan berdasarkan hasil siklus USEPDSA sebelumnya. *Kalau standarisasi dari hasil evaluasi mutu, belum ada yang resmi ditetapkan. Biasanya hanya dibahas di rapat, tapi tidak sampai jadi SOP baru."* (WNG01)

III. Faktor Output – Capaian INM 2023–2024

Capaian INM tahun 2023–2024 menunjukkan pola yang fluktuatif dan bervariasi signifikan antar Puskesmas. Indikator kepatuhan kebersihan tangan dan penggunaan APD relatif stabil di angka tinggi, namun dua indikator menunjukkan permasalahan paling serius: (1) Pelayanan ANC sesuai standar mencatat variasi ekstrim dari 0% hingga 100% antar Puskesmas dan antar bulan, mengindikasikan inkonsistensi pengukuran yang serius. (2) Kepuasan pengguna layanan hanya dilaporkan pada bulan Juni 2024 dengan rentang 74,81%–98,47%, jauh dari standar pelaporan bulanan yang seharusnya. *"Capaian ANC kami memang naik turun, kadang tinggi*

sekali, kadang nol. Itu karena cara pengukurannya belum sama antara petugas satu dengan yang lain."(KTP02). "Survei kepuasan memang belum rutin dilakukan setiap bulan, tahun lalu hanya sekali waktu menjelang akreditasi."(KTB01)

PEMBAHASAN

1. Faktor Input: Struktur sebagai Fondasi Tata Kelola Mutu

Secara kuantitas, SDM di ketiga Puskesmas relatif memadai, namun kualitas dan stabilitas SDM masih menjadi tantangan utama. Rotasi dan mutasi pegawai yang tidak mempertimbangkan kebutuhan program mutu menyebabkan hilangnya kapasitas institusional yang telah dibangun melalui pelatihan. Anwar & Abdullah (2021) menegaskan bahwa stabilitas personel dan keterlibatan pegawai merupakan determinan utama kinerja organisasi kesehatan, sementara Azwar (1996) menyatakan bahwa SDM, dana, dan sarana merupakan unsur masukan yang menentukan mutu pelayanan. Kondisi ini diperparah oleh alokasi anggaran mutu yang hanya berkisar 7–13% dari total anggaran, jauh dari kebutuhan operasional yang optimal. Sridevi, Siahaan & Marpaung (2021) dan Susilowati (2017) menegaskan bahwa perencanaan anggaran yang berbasis kebutuhan riil merupakan prasyarat keberlanjutan tata kelola mutu.

Dari aspek sarana prasarana, keterbatasan fasilitas terutama di Puskesmas Wonogiri berdampak langsung pada pelaksanaan indikator mutu. Hidayat & Umar (2024) serta Naima dkk. (2017) menemukan bahwa keterbatasan sarana berpengaruh langsung terhadap kualitas layanan dan kepuasan pasien. Sementara dari aspek pengorganisasian, meskipun struktur tim mutu telah terbentuk sesuai Permenkes No. 19 Tahun 2024, belum tersedianya SK observer INM dan lemahnya pelaksanaan tupoksi mencerminkan kesenjangan antara struktur formal dan praktik aktual. Robbins & Coulter (2018) serta Tahir (2019) mengingatkan bahwa

pengorganisasian yang efektif bukan sekadar pembentukan struktur, melainkan bagaimana struktur tersebut dioperasionalkan secara nyata dalam mendukung pencapaian mutu.

2. Faktor Proses: Kegagalan Validasi Data sebagai Temuan Kritis

Temuan paling dominan dalam penelitian ini adalah tidak berjalannya mekanisme validasi data INM di tingkat Puskesmas. Variasi ekstrim capaian ANC dari 0% hingga 100% dan pola nilai sempurna yang konsisten secara ilmiah sulit dipertanggungjawabkan, mengingat kompleksitas variabel SDM dan sarana yang berbeda di setiap Puskesmas (Azwar, 1996). Kondisi ini merupakan manifestasi kegagalan sistemik pada tahap Do dan Study dalam siklus USEPDSA yang digagas Deming dan dikembangkan Gaspersz (2006).

Sriatmi et al. (2020) menegaskan bahwa kelemahan monitoring dan evaluasi merupakan titik kritis yang paling sering menghambat efektivitas siklus PDSA, sementara Maullina et al. (2018) menemukan bahwa perbedaan mutu antar Puskesmas justru paling terlihat pada aspek mekanisme monitoring, bukan aspek struktural. Ainurrahmah (2017) menambahkan bahwa manajemen mutu paling sering lemah pada aspek pergerakan dan implementasi. Ketidadaan tahap standarisasi (Act) menunjukkan bahwa siklus perbaikan tidak pernah tuntas, sehingga manfaat evaluasi tidak dapat diinstitusionalisasikan secara berkelanjutan (Gaspersz, 2006).

Fenomena pelaporan yang tidak mencerminkan kondisi aktual ini mencerminkan belum terbangunnya budaya mutu yang autentik. Nurdin (2021) menegaskan bahwa tata kelola mutu yang baik harus mampu membangun iklim organisasi dan budaya mutu, bukan sekadar pemenuhan persyaratan administratif. Tanpa kepemimpinan yang mendorong kejujuran data dan pembelajaran dari kegagalan, data INM hanya akan berfungsi sebagai instrumen pelaporan,

bukan sebagai alat perbaikan mutu yang sesungguhnya.

3. Konteks Politik dan Administratif Daerah

Permasalahan tata kelola mutu tidak dapat dilepaskan dari konteks kebijakan dan birokrasi daerah. Azwar (1996) menegaskan bahwa unsur lingkungan — meliputi kebijakan, organisasi, dan manajemen — turut menentukan mutu pelayanan, sehingga permasalahan mutu tidak dapat diselesaikan hanya dari dalam Puskesmas. Mutasi pegawai yang tidak terencana, keterbatasan anggaran daerah, dan lemahnya supervisi birokrasi merupakan hambatan sistemik yang memerlukan intervensi kebijakan dari level yang lebih tinggi.

Kemenkes RI (2024) mencatat bahwa penurunan drastis pelaporan INM pasca akreditasi mengindikasikan bahwa akreditasi berdasarkan Permenkes No. 34 Tahun 2022 masih dipersepsi sebagai tujuan akhir, bukan sebagai titik awal pembangunan sistem mutu berkelanjutan. Peran Dinas Kesehatan perlu bertransformasi dari sekadar pembina teknis menjadi policy advocate yang secara aktif mendorong alokasi anggaran mutu yang memadai dan kebijakan kepegawaian yang mendukung kontinuitas program mutu.

4. Implikasi Kebijakan dan Strategi Monitoring

Pada level Puskesmas, diperlukan transformasi paradigma dari mutu sebagai kewajiban akreditasi menuju budaya mutu organisasi yang berkelanjutan (Nurdin, 2021), dengan implementasi USEPDSA yang didukung sistem validasi data independen dan monitoring terstruktur. Pada level Dinas Kesehatan, mekanisme verifikasi silang data INM dengan rekam medis dan observasi lapangan perlu dilembagakan, mengingat Permenkes No. 30 Tahun 2022 belum diimplementasikan optimal tanpa pengawasan yang kuat. Pada level nasional, temuan Kemenkes RI (2024) mengenai 4.250 Puskesmas yang tidak melaporkan INM pasca akreditasi menuntut reformasi sistem

insentif dan akuntabilitas dalam kebijakan akreditasi agar kepatuhan pelaporan tidak hanya terjadi menjelang survei.

5. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diakui. Sebagai studi kasus kualitatif pada tiga Puskesmas, temuan tidak dimaksudkan untuk digeneralisasikan secara statistik, melainkan untuk transferabilitas analitik pada konteks serupa. Data wawancara berpotensi mengandung social desirability bias meskipun telah dimitigasi melalui triangulasi sumber, metode, dan member checking. Posisi peneliti sebagai tenaga kesehatan yang familiar dengan konteks Puskesmas juga berpotensi menimbulkan bias konfirmasi, yang diantisipasi melalui reflektivitas dan triangulasi peneliti. Penelitian lanjutan dengan desain mixed methods atau longitudinal disarankan untuk memvalidasi dan memperdalam temuan ini secara lebih komprehensif

KESIMPULAN

Implementasi tata kelola mutu berbasis USEPDSA di Puskesmas Kabupaten Lampung Utara belum berjalan optimal terutama pada aspek monitoring, evaluasi, dan standarisasi tindak lanjut. Hambatan utama meliputi keterbatasan SDM, anggaran, validitas pelaporan INM, dan lemahnya pengorganisasian tim mutu.

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.
- Ainurrahmah, Y. (2017). Pengaruh manajemen pusat kesehatan masyarakat terhadap akses pelayanan kesehatan untuk mewujudkan mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Publik: Jurnal Ilmiah Bidang Ilmu Administrasi Negara*, 11(2), 239–256.

- Aini, R., Semiarty, R., & Nursal, D. G. A. (2021). Mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas terakreditasi di Kota Padang. *Human Care Journal*, 6(1), 139–145.
- Anwar, G., & Abdullah, N. N. (2021). The impact of human resource management practice on organizational performance. *International Journal of Engineering, Business and Management (IJBEM)*, 5(1), 1–13.
- Azwar, A. (1998). Pengantar administrasi kesehatan (Edisi ketiga). Binarupa Aksara.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Coffelt, D., & Hendrickson, C. (2019). *Fundamentals of infrastructure management* (3rd ed.). Carnegie Mellon University.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. (2023). *Distribusi Indikator Nasional Mutu Kabupaten Lampung Utara Tahun 2023*. Lampung Utara.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. (2024). *Distribusi Indikator Nasional Mutu Kabupaten Lampung Utara Tahun 2024*. Lampung Utara.
- Donabedian, A. (2017). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Gaspersz, V. (2006). *Metode peningkatan kualitas PDSA*. Vinchristo Publication.
- Handayani, S., Tahir, M., & Sakinah, S. (2022). Hubungan organisasi dengan peningkatan mutu pelayanan Puskesmas Baranti Kabupaten Sidrap. *Journal of Public Health and Health Administration*, 1(1), 9–15.
- Hidayat, D., & Umar, Z. (2024). Analisis kelengkapan fasilitas sarana di UPTD Puskesmas Muara Wis. *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat Nusantara*, 5(4), 4129–4133.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Evaluasi Indikator Nasional Mutu Puskesmas Tahun 2024*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2024 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Maullina, R., Hariyati, T. S., & Novayelinda, R. (2018). Perbedaan mutu layanan antara Puskesmas terakreditasi dan belum terakreditasi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(2), 112–119.
- Naima, N., Noor, N. B., & Arifin, M. A. (2017). Faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Batua Kota Makassar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 1–10.
- Nuridin, N. (2021). Tata kelola mutu dan budaya organisasi Puskesmas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 45–56.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2018). *Management* (14th ed.). Pearson Education.
- Sari, A. R., Arifin, S., Rahman, F., Pujianti, N., Laily, N., Wulandari, A., Noor, I. H., Anhar, V. Y., Anggraini, L., & Hadiannor. (2021). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. CV Mine.

- Sriatmi, A., Jati, S. P., & Fatmasari, E. Y. (2020). Evaluasi pelaksanaan siklus PDSA dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 8(2), 89–97.
- Susilowati, T. (2017). Kecukupan anggaran dan keberlanjutan akreditasi Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 11(3), 134–140.
- Syelviani, M. (2019). Pentingnya sarana dan prasarana terhadap efisiensi kerja pegawai Puskesmas Teluk Pinang. *Jurnal Analisis Manajemen*, 5(2), 19–32.