

Analisis Kualitas Proses Layanan Kesehatan Lingkungan Dengan Pendekatan Quality Improvement Process (QIP)

by Nuryanto Nuryanto

Submission date: 06-May-2024 09:03AM (UTC+0700)

Submission ID: 2371754547

File name: 59345-196131-4-ED.docx (115.83K)

Word count: 5768

Character count: 39514



Analisis Kualitas Proses Layanan Kesehatan Lingkungan Dengan Pendekatan *Quality Improvement Process* (QIP)

Nuryanto¹, Fauzan Ma'aruf², Bayu Chondro Purnomo³

^{1,2,3} Jurusan Kesehatan Lingkungan, Poltekkes Kemenkes Semarang

¹³ Info Artikel: Diterima ..bulan ..201x; Disetujui ..bulan 201x; Publikasi ..bulan ..201x *tidak perlu diisi

ABSTRAK

Latar belakang: Layanan kesehatan lingkungan bertujuan untuk meningkatkan kualitas lingkungan supaya tidak berdampak pada penyakit/gangguan kesehatan. Penyelenggaraan layanan tersebut melalui berbagai proses. Proses kualitas layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas A masih ditemukan kendala, sehingga memerlukan upaya perbaikan untuk meningkatkan kualitas layanan dengan menggunakan metode *Quality Improvement Process* (QIP). Penelitian bertujuan untuk menganalisis kualitas proses layanan kesehatan lingkungan dengan pendekatan QIP.

Metode: Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan survei. Penelitian dilakukan di Puskesmas A Kabupaten Banyumas. Teknik pengumpulan data melalui FGD dan studi dokumentasi. *Focus Group Discussion* (FGD) melibatkan Kepala Puskesmas dan 4 orang pengelola program kesehatan lingkungan untuk mengidentifikasi, menentukan prioritas, menemukan akar masalah dan menyusun upaya perbaikan.

Hasil: Prioritas area permasalahan kualitas proses layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas A adalah layanan klinik sanitasi belum menjangkau seluruh pasien yang menderita penyakit berbasis lingkungan. Akar masalah kualitas proses layanan klinik sanitasi adalah belum adanya jadwal pembagian tugas dan pendelegasian, kurangnya koordinasi antara petugas sanitarian dengan layanan pengobatan, belum ada sosialisasi kepada pasien/masyarakat, belum menerapkan layanan jemput bola, belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP), kurang lengkapnya pengisian kuesioner, pengolahan data secara manual, penolakan kunjungan rumah dan tidak adanya target capaian layanan. Untuk menyelesaikan akar masalah kualitas proses layanan klinik sanitasi antara lain: perlu membuat jadwal jaga secara rutin, pendelegasian kepada sanitarian lain jika berhalangan, menerapkan layanan jemput bola, membuat media KIE (poster/x-banner), membuat SOP layanan, melakukan sosialisasi dan entry data yang terintegrasi dengan kegiatan konseling menggunakan Aplikasi Klinik Sanitasi Pintar (AKSI PINTAR).

Simpulan: Permasalahan kualitas proses layanan klinik sanitasi berdampak pada kualitas layanan yang diberikan kepada pasien/masyarakat. Upaya perbaikan kualitas proses layanan perlu dilakukan untuk menyelesaikan permasalahan berdasarkan akar masalah yang ditemukan.

Kata kunci: Kualitas Proses Layanan, kesehatan lingkungan, QIP, Puskesmas

ABSTRACT

Title: *Analysis Quality Process of Environmental Health Service using the Quality Improvement Process (QIP) Approach*

Background: Environmental health services aim to improve environmental quality so that it does not have an impact on disease/health problems. The provision of these services goes through various processes. The process of quality of environmental health services at Community Health Center A still finds obstacles, so it requires improvement efforts to improve service quality using the Quality Improvement Process (QIP) method. The research aims to analyze the quality of environmental health service processes using the QIP approach.

Method: This type of research is descriptive with a survey approach. The research was conducted at the A Primary Health Center, Banyumas Regency. Data collection techniques through Focus Group Discussion (FGD) and

documentation studies. Focus Group Discussion involves the Head of the Primary Health Center and 4 Sanitarians to identify, determine priorities, find the root of the problem and develop improvement efforts. **Result:** The analysis shows that the priority problem area for the quality of the environmental health service process at the A Primary Health Center is that sanitation clinic services have not reached all patients diagnosed with environmental-based diseases. The root cause of problems with the quality of the sanitation clinic service process at the A Primary Health Center is the absence of a schedule for division of tasks and delegation, lack of coordination between sanitarian officers and officers in treatment services, no outreach to patients/community, no pick-up service implemented, no SOP for clinic services, sanitation, incomplete filling out of questionnaires, manual data processing, refusal of home visits, and lack of service achievement targets. The root cause of the quality of the sanitation clinic service process can be resolved through: the needs to make a routine duty schedule, delegate to other sanitarians if they are unable to do so, implement a pick-up service, create media of education (posters/x-banners), create Standard Operating Procedures for sanitation clinic services, carry out socialization and data entry integrated with counseling activities using the SIPINTA application.

Conclusion: The problem quality process of sanitation clinic services have an impact on the quality of services provided to patients/community. Efforts to improve the quality of service processes need to be made to resolve problems based on the root causes found.

Keywords: Quality of Service Processes, Environmental Health, QIP, PHC

PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang sangat penting di Indonesia yang bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Menurut Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, disebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan: 1) Layanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) meliputi promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, KIA/KB, gizi, pencegahan dan pengendalian penyakit, perawatan kesehatan masyarakat; dan 2) Layanan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) meliputi rawat jalan, gawat darurat, persalinan normal, home care dan rawat inap. Untuk optimalisasi capaian layanan tersebut, harus didukung oleh sumber daya baik manusia maupun sarana prasarana kesehatan yang memenuhi secara kualitas maupun kuantitas¹.

Kesehatan Lingkungan adalah upaya pencegahan terhadap penyakit/gangguan kesehatan disebabkan faktor risiko lingkungan (fisik, kimia, biologi, maupun sosial)². Penyelenggaraan layanan kesehatan lingkungan bertujuan untuk melindungi masyarakat dari faktor risiko lingkungan penyebab timbulnya penyakit. Upaya yang dilakukan melalui peningkatan kualitas kesehatan lingkungan untuk memperbaiki mutu lingkungan supaya masyarakat terjamin kesehatannya melalui kegiatan peningkatan sanitasi dasar serta pencegahan dan penanggulangan kondisi fisik dan biologis yang tidak memenuhi syarat serta semua kegiatan penyehatan lingkungan dan pemukiman yang dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat³. Layanan kesehatan lingkungan menjadi upaya strategi dalam pencegahan dan pengendalian untuk menurunkan penyakit berbasis lingkungan⁴.

Penyakit berbasis lingkungan masih menjadi permasalahan kesehatan di Indonesia. Penyakit berbasis lingkungan adalah penyakit yang disebabkan adanya hubungan antara manusia, lingkungan dan perilaku⁵. Beberapa penyakit berbasis lingkungan seperti tuberkulosis, Demam Berdarah Dengue (DBD), pneumonia dan diare memiliki angka kesakitan dan kematian yang tinggi, sehingga diperlukan penanganan yang serius dari pemerintah melalui upaya pencegahan dan pengendalian. Laporan Dinkes Provinsi Jawa Tengah Tahun 2022 menunjukkan penyakit berbasis lingkungan yang masih menjadi permasalahan kesehatan di Jawa Tengah adalah sebagai berikut: *Insiden Rate* (IR) tuberkulosis sebesar 172/100.000 penduduk (*Case Fatality Rate/ CFR*=4%), DBD sebesar 35,1% (*CFR*=2%), pneumonia pada balita sebesar 3,61% (88.202 kasus) dan diare semua umur sebesar 32,3% (322.481 kasus). Di Kabupaten Banyumas, IR penyakit tuberkulosis sebesar 302/100.000 penduduk (*CFR*=4,9%), DBD sebesar 16,7/100.000 penduduk (*CFR*=4,2%), pneumonia sebesar 3,65 (1.907 kasus) dan diare semua umur sebesar 24,6% (12.254 kasus)⁶.

Berdasarkan laporan Puskesmas Baturraden Tahun 2022, menunjukkan bahwa jumlah penderita tuberkulosis sebesar 83 kasus, DBD sebesar 6 kasus, pneumonia sebesar 133 kasus dan diare semua umur sebesar 94 kasus⁷. Dalam rangka pencegahan dan pengendalian penyakit berbasis lingkungan, Puskesmas A sebagai garda terdepan telah melaksanakan layanan kesehatan lingkungan meliputi: konseling, inspeksi dan intervensi kesehatan lingkungan⁸. Beberapa kegiatan pendukung layanan tersebut meliputi klinik sanitasi, pengawasan limbah/sampah medis, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), Desa *Open Defecation Free* (ODF), Pengawasan Depot Air Minum Isi Ulang (DAMIU), pengawasan Tempat Pengolahan Pangan (TPP) dan Tempat Fasilitas Umum (TFU) dan kegiatan kesehatan lingkungan lainnya. Pada implementasinya, layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas A ditemukan kendala, sehingga mempengaruhi kualitas kesehatan lingkungan yang berdampak pada tingginya

penyakit berbasis lingkungan. Kualitas kesehatan lingkungan yang rendah dapat menjadi potensi meningkatnya kejadian penyakit berbasis lingkungan⁶. Berdasarkan permasalahan tersebut, maka dipandang perlu untuk melakukan penelitian terkait analisis kualitas proses layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas Baturraden dengan pendekatan QIP. *Quality Improvement Process* merupakan salah satu metode sistematis berdasarkan data untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas proses yang berdampak pada kualitas layanan yang dihasilkan bagi pelanggan/masyarakat. Dalam bidang kesehatan, penerapan QIP dapat digunakan di level puskesmas untuk meningkatkan kualitas proses yang dapat mempengaruhi kualitas layanan kesehatan yang diterima masyarakat di wilayahnya⁸.

MATERI DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan survei. Tujuan penelitian untuk menganalisis kualitas proses layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas A dengan pendekatan QIP. Responden pada penelitian ini adalah Kepala Puskesmas dan 4 orang pengelola layanan kesehatan lingkungan. Teknik pengumpulan data melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dan studi dokumentasi. *Focus Group Discussion* melibatkan responden melalui 4 tahapan⁹:

Tahap Reason For Improvement

Pada tahap ini, latar belakang perlunya perbaikan dengan mengidentifikasi keseluruhan permasalahan layanan kesehatan lingkungan yang dihadapi tanpa melihat apakah termasuk kualitas proses layanan atau tidak. Kegiatan dilaksanakan melalui *brainstorming* yang melibatkan responden. *Brainstorming* bertujuan untuk menghimpun/mengidentifikasi secara cepat area permasalahan yang dihadapi dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat/pasien⁸. Selanjutnya area permasalahan yang sudah diidentifikasi, dilakukan *multivoting* yang bertujuan untuk mencari 5 area permasalahan kualitas proses layanan kesehatan lingkungan dengan nilai rata-rata tertinggi. Teknis *multivoting* dilakukan sebanyak 3 kali *voting* dengan skor yang diberikan responden antara 1 sampai dengan 10. *Voting* ke-1 dilakukan pada semua area permasalahan, selanjutnya hitung rata-rata hasil *voting* pada masing-masing area permasalahan. Pada *voting* ke-2 dan ke-3 hanya pada area permasalahan proses layanan. Jika hasil *voting* ke-1 dan ke-2 nilai rata-rata >5 , artinya area permasalahan lanjut *voting* kembali, sedangkan jika nilai rata-rata ≤ 5 artinya tidak lanjut. Hasil akhir pada *voting* ke-3 adalah diambil 5 besar area permasalahan dengan nilai rata-rata tertinggi.

Setelah ditetapkan 5 besar area permasalahan, selanjutnya dilakukan seleksi kembali untuk menentukan 1 area permasalahan kualitas proses layanan prioritas yang akan diperbaiki dengan menggunakan *Theme Selection Matrix*. Penilaian dilakukan secara *voting* (1 kali) dengan skor yang diberikan masing-masing responden antara 1 sampai dengan 5, selanjutnya hitung rata-rata hasil *voting* pada masing-masing 5 area permasalahan terpilih. Pertimbangan dalam penilaian berdasarkan dampak dan kebutuhan peningkatan kualitas proses layanan. Total penilaian adalah hasil perkalian antara rata-rata dampak dan kebutuhan peningkatan. Nilai tertinggi merupakan area permasalahan kualitas proses layanan yang menjadi prioritas untuk diperbaiki.

Tahap Current of Situation

Pada tahapan ini, mendeskripsikan situasi terkini dari layanan kesehatan lingkungan yang menjadi prioritas untuk diperbaiki. Studi dokumentasi diperlukan untuk mengetahui situasi terkini terkait area permasalahan kualitas proses layanan prioritas yang akan diperbaiki.

Tahap Analysis

Pada tahap ini, mencari akar permasalahan (*root cause*) dari kualitas proses layanan yang menjadi prioritas untuk diperbaiki. Analisis menggunakan *fishbone diagram* atau diagram tulang ikan atau yang sering disebut *Cause and Effect Diagram* (*Ishikawa Diagram*). Analisis akar masalah dilakukan dengan cara *brainstorming* untuk menggali akar masalah dan sebab akibat dari area permasalahan kualitas proses layanan prioritas untuk diperbaiki. Proses *brainstorming* melibatkan responden.

Tahap Countermeasures

Pada tahap ini, menentukan gagasan inovatif dan kreatif untuk mencari upaya perbaikan area permasalahan kualitas proses layanan yang menjadi prioritas. Pada tahap ini kembali melakukan *brainstorming* dan *voting*. *Brainstorming* dilakukan untuk menggali gagasan dan ide inovatif upaya perbaikan area permasalahan kualitas proses layanan prioritas. Hasil *brainstorming* selanjutnya dituangkan ke dalam *countermeasure matrix* dan dilanjutkan dengan *voting* untuk menentukan beberapa gagasan/ide yang akan dilaksanakan. Penilaian secara *voting* (1 kali) dengan skor yang diberikan masing-masing responden antara 1 sampai dengan 5 dan hitung nilai rata-rata hasil *voting* dari masing-masing responden. Total penilaian (*Overall*) adalah hasil perkalian antara rata-rata *effectiveness* dan *flexibility*. Gagasan/ide upaya perbaikan yang akan dilaksanakan (*action*), jika nilai *mean*=25 maka "Ya" dan jika nilai <25 maka "Tidak" untuk dilaksanakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Menurut Mundak⁹ (2017) layanan kesehatan berkualitas adalah layanan yang diberikan sesuai standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara wajar, efisien, efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, hukum, etika, sosial budaya⁹. Hasil penelitian menu³⁷kan bahwa layanan kesehatan yang berkualitas berdampak pada tingkat kepuasan pasien/masyarakat^{10 11}. Salah⁶ satu faktor yang mempengaruhi kualitas layanan kesehatan adalah proses layanan. Proses layanan merupakan metode atau cara yang digunakan untuk mencapai tujuan layanan kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada¹². Untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan tersebut, maka perlu adanya upaya peningkatan kualitas proses layanan dengan melibatkan pemangku kepentingan untuk mengidentifikasi dan menangani permasalahan layanan kesehatan¹³.

Permasalahan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas A terutama kaitannya dengan kualitas proses layanan ada²⁸ keterbatasan sumber daya dan rendahnya tingkat partisipasi masyarakat. Kondisi tersebut berdampak pada kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien atau masyarakat sehingga berda³⁰ik pada tingginya kejadian/penyakit berbasis lingkungan. Sehubungan hal tersebut, perbaikan kualitas proses layanan kesehatan menjadi penting untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan lingkungan. Mengingat keterbatasan sumber daya, maka dalam pelaksanaan harus menetapkan area permasalahan kesehatan lingkungan prioritas yang perlu di²baiki guna meningkatkan kualitas layanan. Penetapan area permasalahan prioritas dalam program intervensi merupakan sesuatu yang penting mengingat adanya keterbatasan sumberdaya. Sumber daya (manusia, anggaran, sarana dan prasarana) men¹i salah satu tantangan yang menghambat proses implementasi yang efektif¹⁴. Salah satu metode perbaikan kualitas proses layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas A menggunakan QIP.

Reason For Improvement

Semua permasalahan layanan kesehatan lingkungan di Puskesmas A diidentifikasi melalui *brainstorming*. Salah satu tujuan *brainstorming* adalah untuk mengidentifikasi secara cepat area permasalahan yang dihadapi dalam memberikan layanan kesehatan lingkungan kepada masyarakat/pasien⁸. Hasil *brainstorming* yang telah dilakukan men²⁶ukkan bahwa terdapat 14 area permasalahan layanan kesehatan lingkungan yang ditemukan di Puskesmas A. Secara lebih rinci dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Hasil Reason For Improvement Layanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas A

No	1	Area Permasalahan Layanan Kesehatan Lingkungan
1		Layanan klinik sanitasi belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis penyakit berbasis lingkungan
2		Pengelola/pemilik Tempat Pengolahan Pangan belum melakukan tindak lanjut sesuai rekomendasi hasil temuan di lapangan
3		Rendahnya kesadaran pengusaha/pengelola untuk mengurus sertifikat laik higiene jasa boga
4		Pengawasan pengolahan pangan pada skala rumah tangga belum terlaksana
5		Pengawasan makanan jajanan di sekolah belum terlaksana secara optimal
6		²⁷ rusunan laporan layanan kesehatan lingkungan masih manual terutama inspeksi rumah sehat, klinik sanitasi, Depot Air Minum Isi Ulang (DAMIU) dan Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS)
7		Pengelola DAMIU dan PAMSIMAS belum melakukan pemeriksaan sampel secara mikrobiologi minimal 1 bulan sekali dan lengkap 1 tahun sekali
8		Pengelola DAMIU belum semua melakukan perpanjangan sertifikat laik higiene sanitasi
9		Sampah organik dan anorganik bercampur di Puskesmas
10		Limbah medis bercampur dengan limbah domestik di Puskesmas
11		Pihak sekolah belum melakukan tindak lanjut hasil temuan inspeksi kesehatan lingkungan di sekolah
12		Aplikasi emonev Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) sedang perbaikan
13		Layanan kesehatan lingkungan bagi masyarakat belum menjadi prioritas (jamban, pengolahan sampah, limbah)
14		Masyarakat belum melakukan pemilahan sampah dan sebagian besar sampah dibakar

Hasil identifikasi area permasalahan layanan kesehatan lingkungan menunjukkan bahwa terdapat 14 area permasalahan yang meliputi area permasalahan pada kualitas proses layanan sebanyak 10 area (71,4%) dan bukan proses sebanyak 4 area (28,6%). Area permasalahan yang telah diidentifikasi tersebut, selanjutnya dilakukan *multivoting*. Tujuan *multivoting* untuk mencari 5 area permasalahan kualitas proses layanan kesehatan lingkungan

tertinggi. Multivoting dilakukan sebanyak 3 kali dengan melibatkan Kepala Puskesmas dan pengelola program kesehatan lingkungan di Puskesmas A.

Multivoting yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat 5 area permasalahan proses layanan prioritas antara lain: 1) Layanan klinik sanitasi belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis penyakit berbasis lingkungan; 2) Pengelola/pemilik tempat pengolahan pangan belum melakukan tindak lanjut sesuai rekomendasi hasil temuan di lapangan; 3) Pengelola DAMIU dan PAMSIMAS belum melakukan pemeriksaan sampel secara mikrobiologi minimal 1 bulan sekali dan lengkap 1 tahun sekali; 4) Pihak sekolah belum melakukan tindak lanjut hasil temuan inspeksi kesehatan lingkungan di sekolah dan 5) Masyarakat belum melakukan pemilahan sampah dimana sebagian besar sampah masih dibakar. Secara lebih rinci dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Multivoting Kualitas Proses Layanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas A

No	Area Permasalahan	Voting			Ranking	Keterangan
		Ke-1	Ke-2	Ke-3		
1	Layanan klinik sanitasi belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis penyakit berbasis lingkungan	9	10	9	II	Proses
2	Pengelola/pemilik Tempat Pengolahan Pangan belum melakukan tindak lanjut sesuai rekomendasi hasil temuan di lapangan	8	7	7	V	Proses
3	Rendahnya kesadaran pengusaha/pengelola untuk mengurus sertifikat laik higiene jasa boga	9	5			Proses
4	Pengawasan pengolahan pangan pada skala Rumah Tangga belum terlaksana	5				Proses
5	Pengawasan makanan jajanan di sekolah belum terlaksana secara optimal	7	7	6		Proses
6	Penyusunan laporan layanan kesehatan lingkungan masih manual terutama inspeksi rumah sehat, klinik sanitasi, DAMIU dan PAMSIMAS)	6				Proses
7	Pengelola DAMIU dan PAMSIMAS belum melakukan pemeriksaan sampel secara mikrobiologi minimal 1 bulan sekali dan lengkap 1 tahun sekali	8	7	9	III	Proses
8	Pengelola DAMIU belum semua melakukan perpanjangan sertifikat laik higiene sanitasi	6	7	5		Proses
9	Sampah organik dan anorganik bercampur di Puskesmas	5				Bukan
10	Limbah medis bercampur dengan limbah domestik di Puskesmas	8				Bukan
11	Pihak sekolah belum melakukan tindak lanjut hasil temuan inspeksi kesehatan lingkungan di sekolah	9	8	8	IV	Proses
12	Aplikasi emonev Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) sedang perbaikan	6				Bukan
13	Layanan kesehatan lingkungan bagi masyarakat belum menjadi prioritas (jamban, pengolahan sampah, limbah)	9				Bukan
14	Masyarakat belum melakukan pemilahan sampah dan sebagian besar sampah masih dibakar	9	10	10	I	Proses

Hasil multivoting menunjukkan 5 area permasalahan kualitas proses layanan kesehatan lingkungan prioritas di Puskesmas A. 5 area permasalahan tersebut, selanjutnya dilakukan seleksi kembali untuk menentukan 1 area permasalahan kualitas proses layanan yang akan diperbaiki. Untuk menentukan prioritas tersebut menggunakan Theme Selection Matric yang melibatkan Kepala Puskesmas dan pengelola program Puskesmas A. Dalam menetapkan prioritas masalah kualitas proses layanan tersebut dilaksanakan dengan mempertimbangkan dampak dan kebutuhan peningkatan. Penilaian dilakukan secara voting yang melibatkan Kepala Puskesmas dan Pengelola Program kesehatan lingkungan. Berdasarkan Theme Selection Matric menunjukkan bahwa area permasalahan kualitas proses layanan prioritas untuk diperbaiki adalah layanan klinik sanitasi di Puskesmas A belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis dokter menderita penyakit berbasis lingkungan. Secara lebih rinci dapat dilihat pada Tabel. 3.

Tabel 3. Hasil *Theme Selection Matric* Penentuan Prioritas Area Permasalahan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas A

1	Area Permasalahan	Pelanggan	Dampak Pada Pelanggan	Kebutuhan Peningkatan	Total
	Layanan klinik sanitasi belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis penyakit berbasis lingkungan	Masyarakat/pasien, sanitarian, Dokter dan Ka. Puskesmas	5	5	25
	Pengelola DAMIU dan PAMSIMAS belum melakukan pemeriksaan sampel secara mikrobiologi minimal 1 bulan sekali dan lengkap 1 tahun sekali	Masyarakat, Pengelola DAMIU dan PAMSIMAS, Sanitarian dan Ka. Puskesmas	5	4	20
	Pengelola DAMIU belum semua melakukan perpanjangan sertifikat laik hygiene sanitasi	Masyarakat, Pengelola DAMIU, Sanitarian dan Ka. Puskesmas	3	4	12
	Pihak sekolah belum melakukan tindak lanjut hasil temuan inspeksi kesehatan lingkungan di sekolah	Siswa, Guru, Kepala SD, Sanitarian dan Ka. Puskesmas	4	3	12
	Masyarakat belum melakukan pemilahan sampah dan sebagian besar sampah masih dibakar	Masyarakat, Sanitarian dan Ka. Puskesmas	4	4	16

Current Situation

2 Klinik sanitasi merupakan salah satu layanan kesehatan lingkungan yang diberikan kepada pasien yang didiagnos 3, dokter menderita penyakit menular yang disebabkan faktor lingkungan maupun klien yang secara mandiri datang 5 Puskesmas untuk memecahkan permasalahan kesehatan lingkungan yang dihadapi. Dalam pelaksanaannya klinik sanitasi bukan sebagai unit pelayanan yang berdiri sendiri, akan tetapi sebagai bagian integral dari melaksanakan kegiatan puskesmas dalam program, program ini 11 erjasama dengan lintas program dan lintas sektoral yang ada di wilayah kerja puskesmas 15. Klinik sanitasi dibuat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, dan kuratif yang dilakukan secara terpadu terarah dan terus menerus 16 4.

Kegiatan klinik sanitasi yang dilakukan meliputi: 1) konseling merupakan kegiatan untuk mengenali dan memecahkan masalah kesehatan lingkungan 4 yang dihadapi pasien/klien, dimana pengambilan keputusan diserahkan sepenuhnya kepada pasien/klien; 2) Inspeksi kesehatan lingkungan merupakan kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat; dan 3) Intervensi kesehatan lingkungan merupakan tindakan penyehatan, pengamanan 2, dan pengendalian untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik yang dilaksanakan melalui KIE (pemberdayaan Masyarakat), perbaikan dan Pembangunan sarana, pe 29 mbangan teknologi tepat guna dan rekayasa lingkungan 17.

Pelaksa 36 n layanan klinik sanitasi dilakukan di dalam dan luar gedung. Di d 34 n gedung melalui konseling, sedangkan di luar gedung melalui kegiatan inspeksi dan intervensi. Alur layanan klinik sanitasi dibagi menjadi 2 yaitu bagi pasien dan klien (masyarakat umum). 1) Untuk pasien yang didiagnosis dokter menderita salah satu penyakit berbasis lingkungan di beberapa layanan kesehatan/pengobatan seperti Balai Pengobatan Umum, MTBS, ISPA dan KIA Puskesmas A, kemudian diarahkan oleh tenaga paramedis untuk mendapatkan layanan di klinik sanitasi. Di layanan klinik sanitasi, pasien mendapatkan konseling untuk mengidentifikasi faktor risiko penyakit yang diderita pasien, mencari solusi pemecahannya dan hasil keputusan pasien. Setelah adanya persetujuan dari pasien/keluarga pasien terkait keputusan pemecahan, maka petugas kesehatan/sanitarian melakukan kunjungan lapangan untuk inspeksi faktor risiko penyakit yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Hasil temuan faktor risiko lingkungan menjadi dasar dalam pemberian intervensi baik teknis maupun sosial untuk perbaikan kualitas lingkungan yang diberikan kepada pasien/keluarga pasien untuk diselesaikan secara mandiri. 2) Untuk klien (Masyarakat umum) yang membutuhkan solusi untuk memecahkan permasalahan kesehatan lingkungan dapat langsung menuju klinik sanitasi untuk mendapatkan layanan. Layanan yang diberikan sama seperti pasien yaitu mulai dari konseling, inspeksi dan intervensi.

Layanan klinik sanitasi di Puskesmas A belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis dokter menderita penyakit berbasis lingkungan. Kondisi tersebut disebabkan keterbatasan sumber daya dan rendahnya tingkat partisipasi masyarakat terhadap layanan klinik sanitasi sehingga berpotensi terhadap penularan penyakit berbasis lingkungan. Laporan Puskesmas A pada tahun 2022 menunjukkan bahwa capaian layanan klinik sanitasi sebesar 80 kunjungan (36,4%). Secara lebih rinci, pasien berdasarkan penyakit berbasis lingkungan yang mendapatkan layanan di klinik sanitasi adalah diare (17,5%), Inspeksi Saluran Pernafasan Atas/ISPA (56,3%), pneumonia (6,2%) dan scabies (20,0%)¹⁸. Masih tingginya pasien yang tidak mendapatkan layanan klinik sanitasi dapat berdampak pada tingginya penyakit berbasis lingkungan. Layanan klinik sanitasi berguna untuk menanggulangi penyakit berbasis lingkungan^{4,19}.

Berdasarkan hal tersebut, maka perlu adanya upaya perbaikan untuk meningkatkan kualitas proses layanan klinik sanitasi di Puskesmas Baturraden dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat di Wilayah kerja puskesmas yang meliputi 6 Desa dan 3 desa lain : Desa Karangmangu, Kemutug Kidul, Kemutug Kidul, Rempoah, Pandak dan Karangsalam Lor²⁰. Klinik sanitasi dapat memperkuat tupoksi (tugas pokok dan fungsi) puskesmas dalam pelaksanaan layanan pencegahan dan pemberantasan penyakit berbasis lingkungan dan persoalan lainnya yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan, terutama pengendalian penyakit berbasis lingkungan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat¹⁵.

Analysis

Analysis merupakan tahap dari QIP yang bertujuan untuk mencari akar masalah dan selak akibat dari area permasalahan prioritas yang sudah ditetapkan yaitu layanan klinik sanitasi di Puskesmas A belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis penyakit berbasis lingkungan. Analisis penyebab masalah dilakukan dengan menggunakan diagram *fishbone* Diagram. Diagram *fishbone* digunakan untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah yang tidak terbatas, sehingga dapat membantu dalam mengidentifikasi akar masalah secara terstruktur dan tepat²¹. Analisis akar masalah dilakukan dengan cara *brainstorming* dengan menggali informasi dari Kepala Puskesmas dan pengelola program kesehatan lingkungan. Hasil analisis akar masalah dan sebab akibat secara lebih rinci pada tabel 4.

Tabel 4. Hasil Analisis Akar Masalah Layanan Klinik Sanitasi Belum Menjangkau Seluruh Pasien Yang Dididagnosis Penyakit Berbasis Lingkungan di Puskesmas A

Aspek	Sebab-akibat	Akar Masalah	
Manusia	Petugas kesehatan	Tidak ada petugas di tempat yang mengakibatkan layanan klinik sanitasi tutup	Belum adanya jadwal pembagian tugas dan tidak ada pendelegasian kepada petugas sanitarian lain
	Masyarakat/Pasien	Tidak ada arahan/rujukan pasien dari layanan pengobatan yang mengakibatkan pasien tidak datang ke layanan klinik sanitasi	Kurangnya koordinasi antara petugas sanitarian dengan petugas layanan pengobatan
		Kurangnya informasi dan pengetahuan yang mengakibatkan pasien tidak membutuhkan layanan klinik sanitasi	Belum ada sosialisasi layanan klinik sanitasi
Alat/mesin	Pasien langsung pulang yang mengakibatkan tidak mendapat layanan klinik sanitasi	Belum menerapkan layanan klinik sanitasi jemput bola	
	Standar Operasional Prosedur (SOP)	belum jelasnya penetapan kriteria penyakit berbasis lingkungan sehingga kesulitan dalam menentukan pasien yang harus ke layanan klinik sanitasi	Belum adanya SOP layanan klinik sanitasi
	Kuesioner	Keterbatasan data layanan klinik sanitasi yang mengakibatkan kesulitan dalam pengolahan	Kurang lengkapnya pengisian kuesioner
Metode	Pengolahan Data	Belum dilakukan analisis data lebih lanjut yang mengakibatkan pelaporan belum menggambarkan dengan jelas faktor risiko penyakit berbasis lingkungan pada pasien	Pengolahan data secara manual
	Kunjungan Rymah	Tidak dilakukan inspeksi dan intervensi yang mengakibatkan pasien tidak memperbaiki permasalahan kesehatan lingkungan yang dihadapi	Penolakan kunjungan rumah
	Target Capaian	Layanan klinik sanitasi tidak menjadi kegiatan prioritas yang mengakibatkan layanan berjalan kurang optimal	Tidak adanya target capaian layanan klinik sanitasi

Berdasarkan hasil analisis diketahui terdapat 3 aspek akar masalah yaitu manusia (*man*), alat (*machine*) dan metode (*method*). Akar masalah pada aspek manusia (*man*) menunjukkan belum ada jadwal pembagian tugas dan tidak ada pendelegasian kepada sanitarian lain yang menyebabkan tidak ada petugas sehingga klinik sanitasi tutup. Kondisi tersebut berdampak pada tingkat kepuasan pasien. Hasil penelitian menunjukkan kehandalam meliputi kepastian jadwal layanan dan adanya petugas mempengaruhi kepuasan pasien²². Selain hal tersebut, kurangnya koordinasi antara petugas sanitarian dengan petugas layanan pengobatan yang mengakibatkan tidak ada arahan/rujukan pasien dari layanan pengobatan sehingga pasien tidak datang ke layanan klinik sanitasi. Adanya koordinasi yang baik akan berdampak pada keberhasilan kerja pegawai. Pelayanan dapat berjalan dengan baik jika adanya koordinasi yang baik diantara petugas pelayanan yang menghasilkan kerjasama tim yang solid, tanggungjawab dan komitmen dalam memberikan layanan sesuai dengan target dan sasaran program kesehatan²³. Hasil penelitian menunjukkan tidak optimalnya layanan klinik sanitasi karena kurangnya koordinasi/kerjasama lintas program²⁴. Belum ada sosialisasi layanan klinik sanitasi kepada pasien/masyarakat mengakibatkan kurangnya informasi/pengetahuan sehingga pasien merasa tidak membutuhkan layanan klinik sanitasi. Sosialisasi merupakan segala sesuatu yang mendorong masyarakat datang ke puskesmas untuk berkonsultasi tentang masalah kesehatan lingkungan ke klinik sanitasi. Jika sosialisasi klinik sanitasi kurang baik, maka masyarakat menjadi tidak mengetahui layanan klinik sanitasi yang berdampak terhadap rendahnya kunjungan klinik sanitasi. Belum menerapkan layanan klinik sanitasi jemput bola yang mengakibatkan pasien langsung pulang sehingga tidak mendapat layanan klinik sanitasi. Jemput bola merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan layanan kesehatan yang bertujuan untuk mendekatkan dan mempercepat layanan dengan cara mendatangi lokasi²⁵. Melalui inovasi jemput bola layanan klinik sanitasi di Puskesmas A maka dapat mendekatkan layanan kepada pasien/masyarakat yang berada di layanan pengobatan/ perawatan yang tidak datang ke klinik sanitasi karena kondisi sakit.

Akar masalah pada aspek alat (*machine*) menunjukkan bahwa belum adanya SOP layanan klinik sanitasi yang mengakibatkan belum jelasnya penetapan kriteria penyakit berbasis lingkungan sehingga kesulitan dalam menentukan pasien yang harus ke layanan klinik sanitasi. Standar Operasional Prosedur merupakan sekumpulan operasional standar yang digunakan sebagai pedoman yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja yang efektif, konsisten, dan sistematis²⁶. Dengan adanya SOP layanan klinik sanitasi di Puskesmas A, maka layanan dapat berjalan secara efisien, efektif, berkelanjutan dan sesuai dengan acuan yang jelas. Kurang lengkapnya pengisian kuesioner yang mengakibatkan keterbatasan data layanan klinik sanitasi sehingga kesulitan dalam pengolahan. Data yang tidak dilakukan pengolahan, salah satunya data konseling dengan pasien karena tidak terisi dengan lengkap. Kondisi tersebut mempengaruhi Tindakan dan rekomendasi yang diberikan²⁷. Pengolahan data secara manual yang mengakibatkan belum dilakukan analisis data lebih lanjut sehingga pelaporan belum menggambarkan dengan jelas faktor risiko penyakit berbasis lingkungan pada pasien. Pengolahan data secara konvensional atau masih menggunakan media kertas, mulai dari pengelolaan data pasien sampai dengan penyusunan laporan, berpotensi rusak, hilang maupun tidak valid²⁸. Data yang diolah dan analisis secara elektronik, maka potensi-potensi yang tidak diinginkan tidak terjadi. Informasi yang dihasilkan menjadi lebih akurat untuk dijadikan sebagai bahan evaluasi terkait layanan klinik sanitasi yang diberikan untuk meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan pasien/masyarakat.

Akar masalah dari aspek metode (*method*) menunjukkan bahwa pasien/masyarakat menolak kunjungan rumah yang mengakibatkan tidak dilakukan inspeksi dan intervensi sehingga pasien tidak memperbaiki permasalahan kesehatan lingkungan yang dihadapi. Kondisi tersebut berpotensi pada tidak adanya upaya perbaikan kualitas kesehatan lingkungan dalam rangka pencegahan penyakit berbasis lingkungan. Dalam konseling, pasien/masyarakat yang mengambil keputusan untuk memecahkan masalahnya¹⁷. Tidak adanya target capaian layanan klinik sanitasi yang mengakibatkan layanan klinik sanitasi tidak menjadi kegiatan prioritas sehingga layanan berjalan kurang optimal. Target capaian merupakan interaksi antara layanan dan masyarakat yang dituju. Interaksi tersebut tidak terbatas pada aspek tertentu tetapi mencakup seluruh proses mulai dari alokasi sumber daya hingga pencapaian tujuan yang diinginkan. Adanya target capaian layanan klinik sanitasi tersebut, petugas termotivasi dan terdorong untuk peningkatan kompetensi yang berkaitan dengan layanan tersebut²⁹.

Countermeasures

Akar masalah yang sudah teridentifikasi selanjutnya digali sebanyak mungkin gagasan yang inovatif dan kreatif untuk upaya perbaikan dari permasalahan yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Gagasan digali melalui curah pendapat (*brainstorming*) dengan menggunakan *countermeasure matrix*. *Countermeasures* merupakan cara menetapkan metode yang akan dilaksanakan dalam upaya perbaikan kualitas proses layanan klinik sanitasi dengan mempertimbangkan *effectiveness* dan *flexibility*⁸. Secara rinci hasil *analysis* menggunakan *countermeasures matrix* pada tabel 6.

Tabel 6. Hasil *Countermeasure Matrix* Akar Masalah Layanan Klinik Sanitasi di Puskesmas A

Problem Statement	Root Cause	Countermeasure	Practical Methods	E	F	O	A
1. Layanan klinik sanitasi belum menjangkau seluruh pasien yang didiagnosis penyakit berbasis lingkungan	Belum adanya jadwal pembagian tugas dan tidak ada pendelegasian petugas sanitarian lain saat terdapat kegiatan	Membuat nadwal jaga di layanan klinik sanitasi secara rutin dan pendelegasian kepada petugas lain	Membuat jadwal jaga layanan klinik sanitasi secara rutin	5	5	25	Ya
			Pendelegasian kepada sanitarian lain jika berhalangan	5	5	25	Ya
Kurang koordinasi antara petugas sanitarian dengan petugas layanan pengobatan	Melakukan koordinasi layanan klinik sanitasi dengan beberapa layanan (BP umum, KIA, ISPA dan MTBS)	Melakukan koordinasi layanan klinik sanitasi dengan beberapa layanan (BP umum, KIA, ISPA dan MTBS)	1. Melakukan koordinasi klinik sanitasi dengan beberapa layanan (BP umum, KIA, ISPA dan MTBS)	4	4	16	Tidak
			Menerapkan layanan klinik sanitasi jemput bola kepada pasien	5	5	25	Ya
Belum ada sosialisasi layanan klinik sanitasi kepada pascin	Melakukan sosialisasi layanan klinik sanitasi kepada pasien	Melakukan sosialisasi layanan klinik sanitasi kepada pasien	Melakukan sosialisasi layanan klinik sanitasi kepada pasien di ruang tunggu	5	4	20	Tidak
			Membuat media KIE layanan klinik sanitasi dalam bentuk poster/x-banner	5	5	25	Ya
Belum adanya SOP layanan klinik sanitasi	Membuat SOP layanan klinik sanitasi	Membuat SOP layanan klinik sanitasi	Membuat SOP layanan klinik sanitasi	5	5	25	Ya
Kurang lengkapnya isian kuesioner	Membuat pedoman pengisian kuesioner	Membuat pedoman pengisian kuesioner layanan klinik sanitasi	Membuat pedoman dalam pengisian kuesioner layanan klinik sanitasi	4	5	20	Tidak
Pengolahan data secara manual	Melakukan pengolahan data menggunakan aplikasi SIPINTAR	Melakukan pengolahan data menggunakan aplikasi SIPINTAR	Melakukan sosialisasi aplikasi SIPINTAR kepada pengelola layanan klinik sanitasi	5	5	25	Ya
			Melakukan entry dan pengolahan data yang terintegrasi dengan kegiatan konseling menggunakan aplikasi SIPINTAR	5	5	25	Ya
Penolakan kunjungan rumah	Menegaskan kembali kepada pasien terkait pentingnya kunjungan rumah	Melakukan <i>follow up</i> kepada pasien yang menolak dikunjungi	Melakukan <i>follow up</i> kepada pasien yang menolak dikunjungi	4	4	16	Tidak
Tidak adanya target capaian layanan klinik sanitasi	Belum ada kebijakan terkait dengan target capaian layanan klinik sanitasi	Membuat usulan target layanan klinik sanitasi	Membuat usulan target layanan klinik sanitasi	4	4	16	Tidak

Keterangan : E : *Effectivness* F : *Flexibility* O : *Overall* A : *Action*

Berdasarkan *countermeasure matrik* bahwa terdapat 8 upaya perbaikan akar masalah kualitas proses layanan Klinik Sanitasi di Puskesmas A antara lain : membuat jadwal jaga layanan klinik sanitasi secara rutin, pendelegasian kepada sanitarian lain jika berhalangan, menerapkan layanan klinik sanitasi jemput bola, membuat media KIE layanan klinik sanitasi (poster/x-banner), membuat SOP layanan klinik sanitasi, melakukan sosialisasi dan entry data yang terintegrasi dengan kegiatan konseling menggunakan aplikasi AKSI PINTAR. Untuk keberhasilan dalam perbaikan kualitas layanan tersebut, maka diperlukan adanya keterlibatan atara pimpinan (Kepala Puskesmas), pengelola layanan (sanitarian) serta unsur lain yaitu tenaga paramedis dan masyarakat. Peningkatan kualitas layanan diperlukan komitmen pimpinan yang melibatkan staf layanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya (internal dan eksternal) dalam menangani masalah kesehatan¹³.

SIMPULAN

Akar masalah kualitas proses layanan klinik sanitasi di Puskesmas A adalah belum adanya jadwal pembagian tugas dan pendelegasian, kurangnya koordinasi antara petugas sanitarian dengan petugas di layanan pengobatan, belum ada sosialisasi kepada pasien/masyarakat, belum menerapkan layanan jemput bola, belum adanya SOP layanan klinik sanitasi, kurang lengkapnya pengisian kuesioner, pengolahan data secara manual, penolakan kunjungan rumah dan tidak adanya target capaian layanan. Untuk menyelesaikan akar masalah kualitas proses layanan klinik sanitasi di Puskesmas A perlu membuat jadwal jaga secara rutin, pendelegasian kepada sanitarian lain jika berhalangan, menerapkan layanan jemput bola, membuat media KIE (poster/*x-banner*), membuat SOP layanan klinik sanitasi, melakukan sosialisasi dan *entry* data yang terintegrasi dengan kegiatan konseling menggunakan aplikasi AKSI PINTAR.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas. Jakarta: Kemenkes RI; 2019.
2. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan No 2 Tahun 2023 tentang kesehatan lingkungan. Jakarta: Kemenkes RI; 2023.
3. Kemenkes RI. Laporan Kinerja Kegiatan Kesehatan Lingkungan Tahun 2021. Jakarta: Kemenkes RI; 2021.
4. Oktavidiati E, Yedilau S, Wati N, Yanuarti R, Studi P, Masyarakat K, et al. Pelaksanaan Klinik Sanitasi Lingkungan Puskesmas Jalan Gedang Kota Bengkulu. *Avicenna Jurnal Ilmiah*. 2022;17(3):196–211. <https://doi.org/10.36085/avicenna.v17i3.4582>.
5. Ahyanti M. Sanitasi Pemukiman pada Masyarakat dengan Riwayat Penyakit Berbasis Lingkungan. *Jurnal Kesehat Poltekkes Tanjungkarang*. 2020;11(1):44–50. <https://doi.org/10.26630/jk.v11i1.1697>
6. Nuryanto, Ma'ruf F, Purnomo BC. Implementasi Target Layanan Sebagai Upaya Peningkatan Capaian Layanan Klinik Sanitasi. *Buletin Keslingmas*. 2024;43(1):26–32. <https://doi.org/10.31983/keslingmas.v43i1.11300>.
7. Dinkes Kab. Banyumas. Profil Kesehatan Kab. Banyumas Tahun 2022. Banyumas: Banyumas: Dinkes Kab. Banyumas; 2022.
8. Kemenkes RI. Modul Applied Management Training Course (AMTC) - Pelatihan Manajemen Terapan. Jakarta: Kemenkes RI; 2016..
9. Mulya Wulandari, Susy Sriwahyuni, Dahlan Gunawan. Quality Management of Health Services on Patient Satisfaction At Montella Private Hospital West Aceh District. *Medalion Journal Medical Research Nursing, Health and Midwife Participaton*. 2023;4(2):49–64. <https://doi.org/10.59733/medalion.v4i2.75>.
10. Al-Damen R. Health Care Service Quality and Its Impact on Patient Satisfaction “Case of Al-Bashir Hospital.” *International Journal of Business and Management*. 2017;12(9):136. <https://doi.org/10.5539/ijbm.v12n9p136>.
11. Engkus E. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Di Puskesmas Cibitung Kabupaten Sukabumi. *Jurnal Governansi*. 2019;5(2):99–109. <https://doi.org/10.30997/jgs.v5i2.1956>.
12. Hariyoko Y, Jehaut YD, Susiantoro A. Efektivitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Oleh Puskesmas Di Kabupaten Manggarai. *Jurnal Good Governance*. 2021;17(2):169–78. <https://doi.org/10.32834/gg.v17i2.346>.
13. Silver S, Harel Z, McQuillan R, Weizman A, Thomas A, Chertow G, et al. How to Begin a Quality Improvement Project. *Clinical Journal American Society Nephrology*. 2016;6(11):893–900. doi: 10.2215/CJN.11491015.
14. Idrus S, Ruhana F, Amalia MR, Rosyid AF, Kuswandi D. Implementasi Kebijakan Manajemen Sumber Daya Manusia Yang Efektif Dalam Meningkatkan Kinerja Organisasi Di Era Bisnis Global. *Jurnal Ilmiah Manajemen, Ekonomi Akuntansi*. 2023;7(1):72–89. <https://doi.org/10.31955/mea.v7i1.2879>
15. Putri AM, Mulasari SA, Masyarakat FK, Ahmad U, Yogyakarta D. Klinik Sanitasi Dan Peranannya Dalam Peningkatan Kesehatan Lingkungan Di Puskesmas Pajangan Bantul. *Jurnal Medika Respati*. 2018;13(2):1–9. <https://doi.org/10.35842/mr.v13i2.151>.
16. Khairunnisa SM, Setiani O, Wahyuningsih NE, Nurjazul. Analisis Tata Laksana Klinik Sanitasi Untuk Pengendalian ISPA Pada Masa Pandemi COVID-19. 2022;18(2):86–95. doi: 10.31983/link.v18i2.8830
17. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
18. Puskesmas Baturraden II. Laporan Klinik Sanitasi Puskesmas Baturraden II Tahun 2022. Banyumas: Puskesmas Baturraden II; 2022
19. Sugiharto M, Oktami RS. Pelaksanaan Klinik Sanitasi di Puskesmas Gucialit dan Gambut Dalam Menanggulangi Penyakit Berbasis Lingkungan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2018;21(4):261–70. <http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v21i4.63820>.

20. Puskesmas Baturraden II. Profil Puskesmas Baturraden II Tahun 2021. Banyumas: Puskesmas Baturraden II; 2021
21. Shinde D., Ahirrao S, Prasad R. Fishbone Diagram: Application to Identify the Root Causes of Student–Staff Problems in Technical Education. *Wireless Personal Communications*. 2018;100:653–64. <https://doi.org/10.1007/s11277-018-5344-y>.
22. David D, Hariyanti T, Lestari EW. Hubungan Keterlambatan Kedatangan Dokter terhadap Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Jalan. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2014;28(1):31–5. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2014.028.01.19>.
23. Ningrum DWN. Pengaruh Koordinasi terhadap Efektivitas Pelayanan Kampung Keluarga Berencana Kabupaten Sumedang. *Jurnal Perspektif*. 2020;9(1):46–54. doi: 10.31289/perspektif.v9i1.2835.
24. Ganus E, Yohanan A, Wahyuni ID. Evaluasi Program Klinik Sanitasi Terhadap Penyakit Berbasis Lingkungan Di Puskesmas Kendalsari Kota Malang. *Media Husada Journal of Environmental Health*. 2021;1(1):44–57.
25. Sugiharto IN, Hariani D. Inovasi Pelayanan Kesehatan (Proses Inovasi Jemput Bola di Puskesmas II Punggelan Kabupaten Banjarnegara). *Journal Public Policy Management Review*. 2017;6(3):1–15. doi: 10.14710/jppmr.v6i3.16685
26. Fatimah EN. Strategi Pintar Menyusun SOP (Standard Operating Procedure). Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2015.
27. Rohman H, Khairunnisa SA. Analisis Kelengkapan Pada Pengelolaan Data Gizi Di Puskesmas. *Journal of Community Empowerment*. 2020;1(3):68–73. <https://doi.org/10.55314/jcoment.v1i3.326>.
28. Amalia R, Huda N. Implementasi Sistem Informasi Pelayanan Kesehatan Pada Klinik Smart Medica. *Jurnal Sisfokom (Sistem Informasi dan Komputer)*. 2020;9(3):332–8. <https://doi.org/10.32736/sisfokom.v9i3.884>.
29. Tarjono. Pengaruh Motivasi dan Kompetensi Kerja terhadap Kinerja Petugas Kesling Puskesmas dalam Pencapaian Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). *Jurnal Ekonomi, Manajemen & Akuntansi*. 2022;8(1):79–101. <https://www.ejournal.stiepgri.ac.id/index.php/ekonomak/article/view/281>.

Analisis Kualitas Proses Layanan Kesehatan Lingkungan Dengan Pendekatan Quality Improvement Process (QIP)

ORIGINALITY REPORT

21%

SIMILARITY INDEX

20%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	ejournal.poltekkes-smg.ac.id Internet Source	9%
2	www.scribd.com Internet Source	1%
3	balitbang.pemkomedan.go.id Internet Source	1%
4	vdocuments.mx Internet Source	1%
5	medika.respati.ac.id Internet Source	1%
6	123dok.com Internet Source	<1%
7	p2mft.unkris.ac.id Internet Source	<1%
8	pdfcoffee.com Internet Source	<1%
9	docplayer.info Internet Source	<1%

10	idoc.pub Internet Source	<1 %
11	jurnal.umb.ac.id Internet Source	<1 %
12	ojs.uma.ac.id Internet Source	<1 %
13	eprints.uad.ac.id Internet Source	<1 %
14	repository.unsri.ac.id Internet Source	<1 %
15	dinkes.jatimprov.go.id Internet Source	<1 %
16	anzdoc.com Internet Source	<1 %
17	fkm.uad.ac.id Internet Source	<1 %
18	www.scilit.net Internet Source	<1 %
19	etheses.uin-malang.ac.id Internet Source	<1 %
20	ijhes.com Internet Source	<1 %
21	library.fisip-unmul.ac.id Internet Source	<1 %

22	ryedagloeg.wordpress.com Internet Source	<1 %
23	e-journals.unmul.ac.id Internet Source	<1 %
24	repository.its.ac.id Internet Source	<1 %
25	repository.stipjakarta.ac.id Internet Source	<1 %
26	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
27	www.djpp.depkmham.go.id Internet Source	<1 %
28	es.scribd.com Internet Source	<1 %
29	id.scribd.com Internet Source	<1 %
30	Lailul Mursyidah, Islamic Nurfajriyah. "Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Kabupaten Sidoarjo", JKMP (Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik), 2017 Publication	<1 %
31	blamakassar.e-journal.id Internet Source	<1 %
32	jurnal.univpgri-palembang.ac.id Internet Source	<1 %

33	www.researchgate.net Internet Source	<1 %
34	www.slideshare.net Internet Source	<1 %
35	Lina Dwi Yoga Pramana, Antono Suryoputro, Cahya Tri Purnami. "Factors Affecting Outpatients Intention to Revisit Health Services at Public Health Center in Demak District", Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan, 2022 Publication	<1 %
36	doaj.org Internet Source	<1 %
37	eprints.undip.ac.id Internet Source	<1 %
38	repository.unair.ac.id Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On