

## Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan Melalui Perbaikan Alur Pendaftaran UPTD Puskesmas Mekarsari

Amalia Ratna Alfiandary<sup>1</sup>, Nasriah Damayanthie<sup>2</sup>, Elfrida Rooslanda<sup>3</sup>, Ririn Citra Aprilianti<sup>4</sup>,  
Ratu Ayu Dewi Sartika<sup>5</sup>, Dian Ayubi<sup>6</sup>

<sup>1,2,3,4</sup>Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

<sup>5</sup>Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

<sup>6</sup>Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat,  
Universitas Indonesia  
amalia.ratna@ui.ac.id

### Abstrak

Peningkatan jumlah kunjungan di UPTD Puskesmas Mekarsari terjadi pada pandemi COVID-19. Upaya peningkatan proses pelayanan yang berkesinambungan dan konsisten perlu dilaksanakan untuk meningkatkan mutu serta keselamatan pasien dan tenaga kesehatan di Puskesmas Mekarsari. Studi ini dilaksanakan menggunakan metode eksperimen dan menerapkan siklus PDCA (*Plan/merencanakan, Do/melaksanakan, Check/memeriksaan, dan Action/menindak*) sebagai siklus untuk perbaikan dan peningkatan proses. Siklus PDCA dilaksanakan melalui kegiatan mengidentifikasi masalah, melakukan upaya pemecahan masalah, serta mengevaluasi upaya pemecahan masalah yang telah dilakukan di Puskesmas Mekarsari. Dilakukan intervensi terkait perubahan alur pelayanan pendaftaran sehingga menyebabkan peningkatan kecepatan waktu pelayanan pendaftaran. Setelah dilakukan intervensi, waktu pelayanan pendaftaran sesuai dengan target mutu puskesmas.

**Kata Kunci:** Alur Pelayanan Pendaftaran, Puskesmas, Proyek Peningkatan Mutu

### Abstract

The increase in the number of visits to the UPTD Mekarsari Community Health Center occurred during the COVID-19 pandemic. Continuous and consistent efforts to improve the service process need to be made to improve mutual benefit and the safety of patients and health workers at the Mekarsari Community Health Center. This study was conducted using an experimental method and implementing the PDCA cycle (Plan, Do, Check, and Action) as a cycle of improvement and enhancement process. The PDCA cycle is implemented through activities to identify problems, make problem-solving efforts, and complete problem-solving efforts that have been carried out at the Mekarsari Community Health Center. Interventions were carried out related to changes in the registration service flow, resulting in an increase in the speed of registration service time. After the intervention, the registration service time was in accordance with the community health center's quality target.

**Keywords:** registration service flow, community health center, quality improvement project

### PENDAHULUAN

Upaya kesehatan oleh negara diselenggarakan dalam bentuk pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif [1]. Upaya kesehatan ini merupakan kegiatan yang dilaksanakan secara terpadu dan

berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat [2]. Kebijakan pembangunan kesehatan juga terfokus dalam upaya penguatan kesehatan dasar (*primary health care*) yang berkualitas

<http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/kesehatan>

Article History :

Submitted 20 November 2024, Accepted 23 Desember 2024, Published 30 Desember 2024

salah satunya melalui peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar [3].

Puskesmas berperan strategis dalam pembangunan kesehatan dan menjadi ujung tombak dalam memenuhi standar pelayanan minimal bidang kesehatan [4]. Penguatan puskesmas sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) memiliki salah satu ciri terjangkaunya pelayanan kesehatan bermutu bagi masyarakat [5].

Data Dinas Kota Kesehatan Kota Depok menunjukkan proporsi kunjungan rawat jalan di Puskesmas sebanyak 1.067.586 pada tahun 2022 [6]. Angka ini meningkat dari kunjungan rawat jalan pada tahun 2021 sebanyak 424.649 [7]. Jumlah kunjungan pelayanan kesehatan yang meningkat terjadi di Kota Depok menunjukkan banyaknya masyarakat yang menggunakan pelayanan tersebut. Hal ini memerlukan perhatian yang lebih sehingga dapat mencapai perbaikan berkelanjutan dan memaksimalkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat [8].

Berdasar Profil Kesehatan Tahun 2022, UPTD Puskesmas Mekarsari berlokasi di Kelurahan Mekarsari RW. 04 RT.09 Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Puskesmas berbatasan dengan Kelurahan Pekayon (sebelah Utara), Kelurahan Cisalak (sebelah Selatan), Kelurahan Tugu (sebelah Barat), dan Kelurahan Cibubur (sebelah Timur). Puskesmas Merksari merupakan salah satu puskesmas rawat jalan dengan pelayanan pemeriksaan umum, laboratorium, KIA dan KB, poli gigi, serta apotek.

Jumlah kunjungan rawat jalan pada tahun 2021 yaitu sebesar 14.287 pasien atau 20,15% dari jumlah penduduk terdiri dari 3.749 pasien kunjungan baru dan 10.538 pasien kunjungan lama [9]. Permasalahan di Puskesmas yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan yaitu sistem yang belum terpadu, praktik penyaluran tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, kurangnya komunikasi yang efektif, serta kurangnya dukungan pimpinan atau kepala puskesmas [10]. Jumlah sumber daya manusia/SDM Puskesmas Mekarsari masih terbatas, jumlah tenaga kesehatan juga belum mencukupi sesuai standar Permenkes No.43 tahun 2019 [9].

Pada pandemi COVID-19 terjadi peningkatan jumlah kunjungan dari tahun 2021. Pada Januari – September 2022, jumlah pasien kunjungan baru sebanyak 2.271 orang dan kunjungan lama 9.925 orang. Peningkatan mutu serta keselamatan pasien dan tenaga kesehatan di Puskesmas Mekarsari perlu upaya peningkatan proses pelayanan yang dilaksanakan secara berkesinambungan dan konsisten.

## **METODE**

Studi ini menggunakan metode eksperimen dan menerapkan siklus PDCA atau sering disebut *deming cycle*. PDCA atau *Plan/merencanakan, Do/melaksanakan, Check/memeriksaan, dan Action/menindak* merupakan siklus secara terus menerus atau berulang yang bertujuan perbaikan dan peningkatan proses

[11]. Siklus PDCA merupakan penerapan metode ilmiah secara berkelanjutan untuk merumuskan rencana untuk meningkatkan kualitas, menghasilkan hal-hal yang harus dilakukan selanjutnya [12].

Pada studi ini, tahap *Plan* dilakukan melalui *brainstorming* dan pembuatan diagram *Fishbone* untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah. Pengambilan data sampel juga dilakukan pada tahap ini. Sampel diambil melalui pengukuran waktu pelayanan pendaftaran kepada pasien yang berobat. Data diambil dari 34 pengunjung yang bersedia menjadi sampel studi disertai penyampaian *informed consent*. Tahap *Plan* kemudian berlanjut dengan perencanaan intervensi. Tahap *Do* dilaksanakan melalui pelaksanaan intervensi sesuai rencana tahap sebelumnya. Tahap *Check* dilakukan melalui evaluasi hasil intervensi. Pada tahap *Check*, dilaksanakan pengambilan data berupa pengukuran waktu pelayanan pendaftaran setelah intervensi. Tahap *Action* dilakukan dengan penyampaian masukan untuk puskesmas.

Secara umum, studi dilaksanakan untuk perbaikan dan peningkatan proses pelayanan pendaftaran sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Secara khusus, studi dilakukan untuk menemukan masalah dalam proses pelayanan, menentukan prioritas masalah, mengetahui penyebab berdasarkan prioritas masalah, menyusun rencana upaya pemecahan masalah sebagai alternatif solusi, memberikan intervensi pemecahan masalah,

serta melakukan evaluasi hasil intervensi terhadap proses pelayanan pendaftaran di UPTD Puskesmas Mekarsari.

Peningkatan mutu di UPTD Puskesmas Mekarsari dilakukan secara langsung dan didukung komunikasi melalui jarak jauh (*online*) pada bulan Oktober hingga Desember 2022. Kegiatan dimulai dengan linimasa yaitu pengenalan awal, telusur lapangan, *brainstorming* pertama, pembahasan indikator mutu puskesmas, pengambilan data sampel dan *brainstorming* kedua, pembuatan konsep intervensi, sosialisasi kegiatan intervensi, pelaksanaan intervensi, serta evaluasi intervensi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Siklus PDCA adalah pendekatan logis untuk memecahkan masalah. Pendekatan yang sederhana dan berulang ini digunakan untuk mempertahankan kinerja serta mengidentifikasi dan mengejar peluang untuk perbaikan [13]. Siklus perbaikan berkelanjutan ini terdiri dari empat langkah yaitu *plan*, *do*, *check*, serta *action* disingkat dengan PDCA [14]. Siklus PDCA juga dapat memperbaiki dan meningkatkan kinerja puskesmas melalui rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan. Oleh sebab itu, indikator mutu setiap pelayanan harus ditetapkan oleh puskesmas atau mengikuti standar mutu pelayanan yang telah ditetapkan, dengan dikoordinasikan oleh dinas kesehatan kabupaten atau kota [15].

**Plan**

Tahap *Plan* dilaksanakan melalui kegiatan mengidentifikasi masalah, menganalisis, menemukan solusi, dan merencanakan intervensi [13]. Plan juga dapat dilaksanakan melalui empat tahap yaitu menyusun daftar dan prioritas masalah, menganalisis situasi, menganalisis akar masalah dan mengidentifikasi intervensi [16].

Pada tahap *Plan*, penilaian terhadap permasalahan yang ada di UPTD Puskesmas Mekarsari dilakukan sebagai tahap awal kegiatan. Telusur awal dilaksanakan melalui observasi dengan target yaitu mendapatkan informasi tentang alur layanan dan media informasi yang tersedia. Hasil observasi puskesmas melalui kunjungan langsung diketahui terbatasnya jumlah sumber daya manusia/SDM, standar prosedur operasional/ SPO belum lengkap, dan informasi alur pelayanan sulit dipahami. Setelah observasi, *brainstorming* I dilakukan secara tatap muka yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang ada di layanan rawat jalan UPTD Puskesmas Mekarsari. Kegiatan *brainstorming* dihadiri oleh perwakilan petugas dari setiap

ruang layanan dan fasilitator dari peneliti. Hasil *brainstorming* didapatkan masalah sebagai berikut (1) Jumlah SDM terbatas sehingga 1 orang akan mengemban/bertanggung jawab pada beberapa program kegiatan; (2) Anggaran terbatas karena kapitasi kecil, sedangkan banyak pasien non faskes karena tempat tinggal lebih dekat dan retribusi yang murah; (3) SPO belum lengkap; (4) Indikator mutu belum terukur dengan baik; (5) Kerjasama kemitraan belum diperpanjang misal klinik dokter; (6) Survei Kepuasan Masyarakat paling rendah adalah waktu pelayanan, namun belum diketahui unit yang mendapatkan penilaian rendah karena SKM diisi berdasarkan pelayanan keseluruhan.

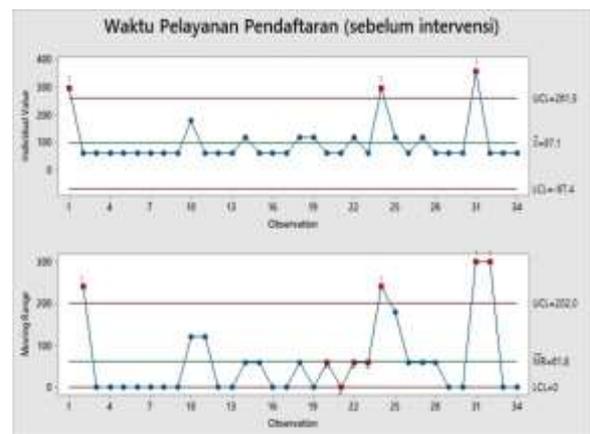
Pertemuan secara daring kemudian dilaksanakan untuk membahas indikator mutu Puskesmas Mekarsari. Kegiatan ini bertujuan untuk mendapatkan permasalahan terkait dengan layanan dalam gedung serta prioritas masalah dan penyebab masalah dari segi capaian mutu. Pertemuan ini dihadiri oleh perwakilan dari Puskesmas Mekarsari, Dinas Kesehatan Kota Depok, dan fasilitator dari peneliti.

Tabel 2. Indikator Mutu Puskesmas Mekarsari

Pelayanan	Indikator Mutu	U	S	G	Nilai Total
Pendaftaran	Waktu layanan pasien baru maksimal 5"	3	2	2	8
Rekam medis	Kelengkapan pengisian identitas rekam medis	3	3	3	9
<i>Nurse station</i>	Pengisian asuhan keperawatan pada RM	2	2	2	6
BP umum/non ISPA	Waktu pelayanan maksimal 10"	3	3	3	9
KIA	Waktu pelayanan maksimal 45"	3	3	3	9

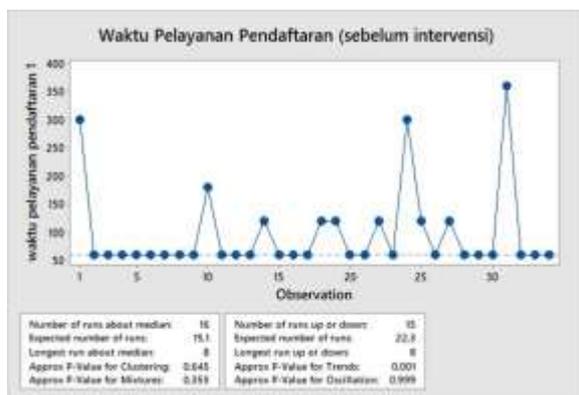
Kesehatan gigi	Pengisian odontogram pada pasien baru	2	3	2	7
Tindakan	Pelaksanaan <i>informed consent</i> sebelum tindakan	3	2	3	8
Farmasi	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat	3	4	3	<b>10</b>
Laboratorium	Waktu penyampaian hasil pelayanan lab tidak berpotensi membahayakan jiwa maksimal 60"	3	3	3	<b>9</b>
ISPA	Waktu pelayanan maksimal 10"	3	3	3	<b>9</b>
MTBS	Pengisian form MTBS lengkap	3	2	2	7
Konseling	Pengukuran status gizi pada setiap pasien yang dikonseling	3	2	3	8

Pengambilan data sampel dan *brainstorming* II dilaksanakan dengan sasaran kepada pasien dan penanggung jawab Puskesmas Mekarsari. Kegiatan ini memiliki target untuk mengetahui waktu pelayanan yang terjadi di lapangan dan kendala yang ada serta menetapkan solusi terbaik atas permasalahan tersebut. Pengambilan data sampel dilakukan melalui mengukur waktu pelayanan pendaftaran yang dilakukan oleh peneliti kepada pasien yang berobat menggunakan *stopwatch*. Data diambil dari 34 pengunjung.



Nilai minimal	60 detik
Nilai maksimal	360 detik
Nilai rata-rata	97,06 detik
Standar deviasi	76,77 detik

Gambar 2. Waktu Pelayanan Pendaftaran Sebelum Intervensi



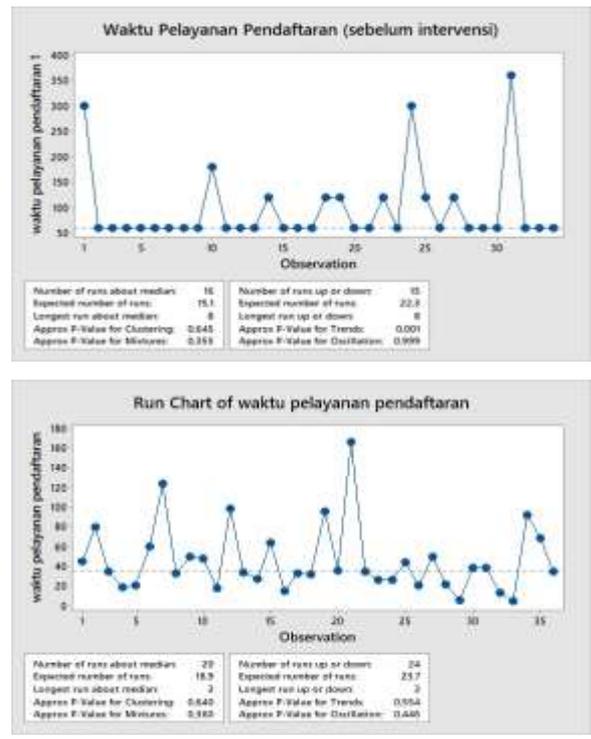
Setelah pengambilan data sampel, *brainstorming* II dilakukan secara tatap muka yang bertujuan untuk mencari akar masalah. Kegiatan *brainstorming* dihadiri oleh perwakilan dari Puskesmas Mekarsari, Dinas Kesehatan Kota Depok, dan fasilitator dari peneliti. Diagram *Fishbone* atau diagram *cause-and-effect*, untuk menganalisis dan mengilustrasikan



Sosialisasi kegiatan intervensi kemudian dilakukan secara daring oleh Kepala Puskesmas dan PJ/Penanggung Jawab Bagian Mutu kepada petugas layanan atau seluruh karyawan Puskesmas Mekarsari. Target kegiatan adalah tersosialisasikan kegiatan intervensi. Setelah sosialisasi, dilakukan pelaksanaan intervensi secara luring dengan luaran yaitu penerapan alur pelayanan dan pendaftaran yang baru.

**Check**

Check dilakukan dengan meninjau hasil [13]. Dalam studi ini, *Check* dilaksanakan melalui kegiatan pengukuran untuk mengetahui efektifitas intervensi yang telah diterapkan. Tahap ini dilakukan dengan evaluasi intervensi dengan target yaitu intervensi dilaksanakan sesuai alur dengan SPO yang telah disepakati. Luaran kegiatan adalah waktu pendaftaran dan daftar tilik pencapaian kegiatan intervensi. Melalui pengukuran waktu pelayanan pendaftaran antara sebelum dan setelah intervensi, diketahui terjadi peningkatan kecepatan waktu pelayanan pendaftaran. Waktu pelayanan pendaftaran setelah intervensi juga diketahui sesuai dengan target mutu puskesmas yaitu maksimal 5 menit.



Nilai minimal	60 detik	Nilai minimal	15 detik
Nilai maksimal	360 detik	Nilai maksimal	124 detik
Nilai rata-rata	97,06 detik	Nilai rata-rata	52,3 detik
Standar deviasi	76,77 detik	Standar deviasi	33,29 detik

Gambar 4. Perbandingan Waktu Pelayanan Pendaftaran Sebelum dan Sesudah Intervensi

Tabel 5. Daftar Tilik Pencapaian Kegiatan Intervensi

No	Kegiatan	Target	Kondisi Sebelum	Kondisi Sesudah	Batas Waktu Penyelesaian
1	Sosialisasi SOP, alur pendaftaran	Semua petugas paham	Belum tersosialisasi	Sudah tersosialisasi	Minggu I November
2	Pembuatan alur	Alur layanan	Ada tapi	Sudah ada	Minggu II

	layanan		belum sesuai		November
3	Pembuatan nomor antrian	Nomor antrian	Belum ada	Sudah ada	Minggu II November
4	Revisi SOP Pendaftaran	SOP pendaftaran	Ada tapi belum sesuai	Sudah dilakukan revisi dan disetujui oleh Kepala Puskesmas	Minggu II November
5	Pembuatan papan nama Poli ISPA	Papan nama	Belum ada	Sudah terpasang	Minggu II November
6	Pengukuran lama pendaftaran	Sesuai indikator mutu puskesmas	Belum	Sudah ada	Minggu III Oktober dan III November

**Action**

Tahap *Action* merupakan tahap dengan menggabungkan hal yang telah dipelajari untuk menguatkan hasil [13]. Tahap *Action* studi ini diantaranya adalah (1) upaya mempertahankan mutu layanan rawat jalan sesuai dengan hasil pelaksanaan intervensi, diperlukan adanya penerapan *monitoring* dan evaluasi oleh PIC (*person in charge*) mutu di puskesmas; (2) pelaksanaan pelayanan dipantau berdasarkan pencapaian indikator mutu serta pelanggan eksternal; (3) Survei Kepuasan Masyarakat sebaiknya dilakukan untuk seluruh unit pelayanan secara berkala minimal dua kali dalam setahun oleh puskesmas untuk mengetahui penilaian dan harapan pelanggan akan pelayanan Puskesmas Mekarsari.

**KESIMPULAN**

Siklus PDCA dilakukan sebagai upaya peningkatan proses pelayanan di UPTD Puskesmas Mekarsari. Studi dilaksanakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan

melalui perbaikan dan peningkatan proses pelayanan pendaftaran. Intervensi yang dilaksanakan yaitu pembuatan nomor antrian, pembuatan alur pendaftaran yang lebih efisien, pembuatan SOP pendaftaran pasien, sosialisasi kepada petugas skrining dan pendaftaran, serta pembuatan penanda Poli ISPA. Setelah intervensi, terdapat peningkatan kecepatan waktu pelayanan pendaftaran dan sesuai dengan target mutu puskesmas.

**DAFTAR PUSTAKA**

[1] Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2009.  
 [2] Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. 2023.  
 [3] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan

- Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. 2016.
- [4] Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pembinaan Terpadu Puskesmas Oleh Dinas Kesehatan. Jakarta. 2021
- [5] Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Pertemuan Koordinasi dan Sosialisasi Tim Pembina Cluster Binaan (TPCB) [Internet]. 2022. Available at: <https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/pertemuan-koordinasi-dan-sosialisasi-tim-pembina-cluster-binaan-tpcb>
- [6] Dinas Kesehatan Kota Depok. Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2022. Depok. 2023.
- [7] Dinas Kesehatan Kota Depok. Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2021. Depok. 2022.
- [8] Pengantih A, Pulungan RM, Iswanto AH, Yuliana T. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Mekarsari Tahun 2019. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2019; 18(4); 140-146.
- [9] UPTD Puskesmas Mekarsari. Profil Kesehatan Tahun 2021 UPTD Puskesmas Mekarsari. Depok. 2022.
- [10] Afyah N, Ayuningtyas D. Factors Influencing The Implementation Of Health Service Quality Governance In Puskesmas: Systematic Review. *Asian Journal of Healthy and Science*. 2023; 2(3); 130-146.
- [11] Machmud R. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. 2008; 2(2); 186-190.
- [12] Peters DH, Tran NT, Adam T. *Implementation Research in Health: a Practical Guide*. 2013.
- [13] Lanati A. Quality Management in Scientific Research: Challenging Irreproducibility of Scientific Results. *Gewerbestrass Cham*. 2018.
- [14] McLaughlin D B, Olson J R, Sharma L. *Healthcare Operations Management Fourth Management*. United States of America. 2022.
- [15] Khotimah K. Belajar Akreditasi bersama dr. Kus Sularso. 2021.
- [16] Quality Improvement Secretariat (QIS), Health Economics Unit, Health Services Division, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh. *PDCA Manual for Quality Improvement*. 2017.