

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Subjek dan Obyek Penelitian

Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman berkedudukan sebagai unsur pelaksana pemerintah daerah yang dipimpin oleh Kepala Dinas yang berkedudukan di bawah Bupati dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris daerah, dimana Dinas Kesehatan mempunyai tugas penyelenggaraan pemerintah daerah di bidang kesehatan. Dinas Kesehatan dalam melaksanakan tugas menyelenggarakan fungsi antara lain:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan;
- b. Pelaksanaan tugas bidang kesehatan;
- c. Penyelenggaraan pelayanan umum bidang kesehatan;
- d. Pembinaan dan pengembangan kesehatan lain;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman mempunyai visi” Terwujudnya Masyarakat Sleman Sehat yang Mandiri, Berdaya Saing dan Berkeadilan”, untuk mewujudkan visi tersebut maka terdapat misi yang mencerminkan peran, fungsi, dan kewenangan yang diemban oleh seluruh jajaran organisasi kesehatan di masing-masing jenjang administrasi pemerintahan

wilayah Kabupaten Sleman yang bertanggung jawab secara teknis terhadap pencapaian tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan Kabupaten Sleman yaitu:

- a. Meningkatkan kinerja Dinas Kesehatan dan UPT nya melalui peningkatan kualitas sistem manajemen mutu dalam memberikan pelayanan prima bagi masyarakat.
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat dan meningkatkan kemandirian puskesmas dalam mengelola pelayanan kesehatan.
- c. Penanggulangan kemiskinan dengan menjamin pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin dan mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan masyarakat.
- d. Memantapkan pengelolaan prasarana dan sarana kesehatan termasuk sistem informasi kesehatan.
- e. Meningkatkan pemberdayaan dan peran serta masyarakat di bidang kesehatan.

Pembangunan berwawasan kesehatan mengandung makna bahwa setiap upaya pembangunan harus berkontribusi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung. Upaya tersebut harus dapat menekan sekecil mungkin dampak negatif yang merugikan kesehatan masyarakat beserta lingkungannya. Strategi Dinas Kesehatan dalam pembangunan kesehatan Kabupaten Sleman untuk mewujudkan visi dan misinya, antara lain:

- a. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas.
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
- c. Meningkatkan jejaring pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta.
- d. Penerapan obat rasional di semua pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
- e. Penerapan standart sistem manajemen mutu.

Keadaan Geografi Kabupaten Sleman terletak di antara $107^{\circ} 15' 03''$ dan $100^{\circ} 29' 30''$ lintang selatan. Wilayah Kabupaten Sleman berketinggian antara 100-2500 m dari permukaan laut. Jarak terjauh utara-selatan ± 32 km, timur –barat ± 35 km. Luas wilayah Kabupaten Sleman 18% dari luas wilayah propinsi DIY atau seluas 57.182 ha. Dari luas wilayah tersebut dimanfaatkan untuk tanah sawah seluas 23.426 ha (40.75%), tanah tegalan seluas 6.429 (11,18%), tanah pekarangan seluas 1.335 ha 92.32% kolam seluas 370 ha 0,64%) dan lain-lain seluas 5.536 ha (9,63%).

Secara administratif Kabupaten Sleman terdiri dari 17 kecamatan dengan 86 desa dan 1212 dusun dengan jumlah penduduk pada tahun 2009 sebesar 953.172 jiwa. Batas-batas wilayah Kabupaten Sleman bagian utara berbatasan dengan Kabupaten Boyolali Jawa Tengah, bagian timur berbatasan dengan Kabupaten Klaten propinsi Jawa Tengah, bagian selatan berbatasan dengan Kabupaten Bantul dan Kota Yogyakarta, propinsi DIY

dan bagian barat berbatasan dengan Kabupaten Kulon Progo propinsi DIY dan Kabupaten Magelang propinsi Jawa Tengah.

Kecamatan yang paling banyak penduduknya adalah Depok (126.595 jiwa) atau 11,93% dari jumlah penduduk kabupaten, kemudian disusul Kecamatan Ngaglik, Kecamatan Mlati, Kecamatan Mlati Kecamatan Gamping, , Kecamatan Godean, Kecamatan Sleman. Sedangkan kecamatan dengan jumlah penduduk terendah adalah Kecamatan Cangkringan sebanyak 31.018 jiwa, kemudian Kecamatan Seyegan sebanyak 33.303 jiwa.

Penduduk di wilayah puskesmas, jumlah penduduk tertinggi terletak di puskesmas Kalasan, kemudian Puskesmas Sleman selanjutnya Puskesmas Mlati I. Sedangkan jumlah penduduk terendah berada di wilayah Puskesmas Tempel II dan Ngemplak I.

Struktur penduduk di Kabupaten Sleman tahun 2015 tergolong produktif, artinya proporsi penduduk usia 15-64 tahun mempunyai proporsi terbesar (58,27%). Hal ini juga terlihat dari angka beban ketergantungan yakni rasio jumlah penduduk usia produktif (15-64) dengan jumlah penduduk tidak produktif (0-14 th dan > 65 tahun lebih) sekitar 41,73%. Dengan melihat data diatas berarti 100 penduduk usia produktif menanggung 42 orang penduduk usia tidak produktif.

Data yang menyangkut derajat kesehatan untuk tahun 2015 yang dinyatakan dengan umur harapan hidup waktu lahir (Eo) sebesar 76,13, angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup 3,61, angka kematian balita

per 1.000 kelahiran hidup 0,21, angka kematian ibu melahirkan per-100.000 kelahiran hidup 28,30.

Sarana kesehatan di Kabupaten Sleman terdiri dari rumah sakit, puskesmas dan jaringannya, serta sarana lainnya. Secara keseluruhan berjumlah 1.073 buah, bertambah dibanding tahun 2014, berjumlah 1.012 buah. Fasilitas yang bertambah antara lain jumlah klinik, apotek, dan toko obat. Sementara ada pengurangan antara lain praktek perorangan dan praktek dokter berkeleompok. Rumah sakit sebanyak 28 buah. Puskesmas sebanyak 25 buah, 6 diantaranya dilengkapi dengan fasilitas rawat inap yaitu Puskesmas Mlati II, Puskesmas Ngemplak I, Puskesmas Minggir, Puskesmas Kalasan, dan Puskesmas Sleman, serta Puskesmas Turi. Sedangkan jumlah puskesmas pembantu sebanyak 69 unit yang tersebar di seluruh wilayah Kabupaten Sleman.

Jumlah tenaga yang bekerja di lingkungan Dinas Kesehatan (Dinas dan Puskesmas) sampai dengan Desember 2015 sebanyak 1.031 orang. Jumlah tersebut terdiri dari pejabat struktural dan fungsional umum 317 orang (30,75%) dan pejabat fungsional tertentu 714 orang (69,25%).

Adapun rasio ketenagaan di Kabupaten Sleman terhadap jumlah penduduk (per 100.000), beberapa jenis ketenagaan telah memenuhi standart dalam indikator Indonesia Sehat, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, dokter keluarga, bidan dan perawat. Ketenagaan yang belum memenuhi standar yaitu apoteker, ahli gizi, ahli sanitari dan ahli kesehatan masyarakat.

2. Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan

Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dalam pelaksanaan tugasnya menggambarkan unsur-unsur sebagai berikut:

- a. Kepala Dinas Kesehatan, mempunyai tugas melaksanakan penyelenggaraan pemerintahan di bidang kesehatan.
- b. Sekretaris mempunyai tugas menyelenggarakan urusan umum, kepegawaian, keuangan, perencanaan, evaluasi dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas satuan organisasi.
- c. Bidang pelayanan Medis, mempunyai tugas menyelenggarakan dan membina pelayanan kesehatan dasar, kesehatan rujukan, kesehatan khusus, registrasi dan akreditasi.
- d. Bidang Kesehatan Masyarakat, mempunyai tugas menyelenggarakan dan membina pelayanan kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan.
- e. Bidang Penanggulangan Penyakit dan penyehatan Lingkungan, mempunyai tugas menyelenggarakan dan membina pencegahan penyakit, pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan.
- f. Seksi Registrasi dan Akreditasi, mempunyai tugas menyelenggarakan dan membina pelayanan registrasi, akreditasi dan perizinan.

Fungsinya antara lain:

- 1) Penyusunan rencana kerja seksi registrasi dan akreditasi.
- 2) Penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis pelayanan registrasi , akreditasi dan perizinan.

- 3) Penyelenggaraan pembinaan registrasi dan akreditasi sarana pelayanan kesehatan.
- 4) Evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan rencana kerja seksi registrasi dan akreditasi.

3. Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Puskesmas

- a. Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknis pada Dinas Kesehatan dipimpin oleh Kepala UPT yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas melalui Sekretaris.
- b. Pusat Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan dibidang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat.
- c. Pusat Kesehatan Masyarakat dalam melaksanakan tugas menyelenggarakan fungsi :
 - 1) Perumusan kebijakan teknis penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat.
 - 2) Penyelenggaraan pelayanan klinis.
 - 3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat.
 - 4) Penyelenggaraan ketatausahaan.
 - 5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugas dan fungsinya.

4. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner dan daftar wawancara. Kuesioner disusun berdasarkan klausul-klausul yang tercantum dalam standar ISO 9001:2008 yang disesuaikan dengan kebutuhan pemenuhannya di Puskesmas. Untuk memenuhi unsur valid maka instrumen penelitian telah divalidasi oleh Auditor SMM (Sistem Manajemen Mutu) ISO 9001:2008 yang sudah tersertifikasi. Uji validasi dilakukan secara kualitatif.

5. Hasil Penelitian

Kelompok responden dari kalangan *Quality Manajemen Reperesentatif* (QMR) Puskesmas dilibatkan dalam survei untuk memberikan gambaran tentang SMM ISO 9001:2008. Kuesioner berisi aspek-aspek yang ditinjau dari sarana fisik perlengkapan dan peralatan, sumber daya manusia, sumber daya lainnya di puskesmas, proses serta *outcome* dari implementasi Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008. Sebanyak 25 (dua puluh lima) QMR puskesmas diminta untuk mengisi kuesioner terkait implementasi SMM ISO 9001:2008 di puskesmas masing-masing.

Seluruh responden mengisi dan mengembalikan kuesioner yang dibagikan. Hal ini berarti survei mendapat tanggapan sebesar 100%. Karakteristik responden dikategorikan berdasarkan umur, masa kerja dan

profesi. Karakteristik berdasarkan umur dikelompokkan dalam 4 (empat) kategori, seperti terlihat dalam tabel 4.1. Kelompok umur 41 – 45 merupakan kelompok terbanyak dari jumlah responden yang ada.

Tabel 4.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

No	Usia (thn)	Jumlah	Persentase
1	36 – 40	7	28%
2	41 – 45	11	44%
3	46 -50	4	16%
4	≥ 50	3	12%
Total		25	100%

Karakteristik responden berdasarkan masa kerja dapat di lihat pada Table 4.2 . Masa kerja paling lama adalah 28 tahun, sedangkan masa kerja paling sedikit yakni 6 tahun. Jumlah terbanyak berada pada kelompok masa kerja 5 – 10 tahun sebanyak 16 responden (64%).

Tabel 4.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja

No	Masa kerja (thn)	Jumlah	Persentase
1	5 – 10	16	64%
2	11 – 20	4	16%
3	≥ 20	5	20%
	Total	25	100%

Profesi dokter merupakan jumlah terbanyak, yang menjadi QMR dibandingkan dengan dokter gigi dan perawat. Hal ini seperti terlihat dalam table 4.3 karakteristik responden berdasarkan profesi.

Tabel 4.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Profesi

No	Profesi QMR	Jumlah	Persentase
1	Dokter	15	60%
2	Dokter Gigi	7	28%
3	Apoteker	1	4%
4	Perawat	2	8%
	Total	25	100%

Subjek penelitian yang diambil datanya dengan wawancara mendalam adalah pejabat struktural yang memiliki wewenang dalam hal pengembangan, pengelolaan, dan penerapan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008. Pejabat struktural yang berhasil diwawancarai sebanyak 5 (lima) orang Kepala Puskesmas dan 1 (satu) orang Kepala Bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Berikut adalah hasil penelitian pengisian kuesioner maupun wawancara mendalam yang disajikan sesuai materi penelitian.

5.1 Aspek Struktur/Input Puskesmas

Aspek fisik dan bangunan berikut adalah tanggapan dari responden terkait dengan pemenuhan standar SMM ISO 9001:2008, yang terkait dengan fisik dan bangunan puskesmas sebagaimana disajikan dalam Tabel 4.4.

Tabel 4.4. Kondisi Fisik dan Bangunan

No	Aspek Penilaian	Capaian Standar	Keterangan
1	Kesesuaian gedung dengan prototipe Dinas Kesehatan	100%	Standar 2 lantai untuk rawat jalan
2	Tata ruang pelayanan puskesmas	74%	

Kondisi fisik dan bangunan hampir semua puskesmas di wilayah Kabupaten Sleman sudah sesuai dengan prototipe dari Dinas Kesehatan, dengan skor sangat baik (100%). Dari 25 (dua puluh lima) puskesmas semuanya sudah di desain 2 (dua) lantai. Pelayanan klinik mulai dari pendaftaran dan pemeriksaan di lantai 1 (satu), sementara yang lantai 2 (dua) untuk ketatausahaan dan administrasi, ruang pertemuan, ruang pelayanan kesehatan masyarakat dan ruang kerja Kepala Puskesmas. Ada beberapa puskesmas dalam proses pentahapan pengembangan menjadi puskesmas dengan tempat perawatan atau Puskesmas Rawat Inap.

Desain tata ruang pelayanan puskesmas yang sudah sesuai prototipe dari Dinas Kesehatan adalah sejumlah 18 puskesmas dari 25 puskesmas yang disurvei atau sebesar 74%. Luas dan keberadaan desain ruang pelayanan berbeda antara satu puskesmas dengan puskesmas yang lain. Ada beberapa puskesmas yang diusulkan untuk menambah ruang yang disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan. Dari wawancara dengan Kepala puskesmas terungkap tentang aspek fisik bangunan sebagai berikut:

....."Dengan SMM ISO 9001:2008 dari aspek fisik bangunan, puskesmas mendapat kesempatan untuk membenahi kondisi bangunan puskesmas. Menjadi lebih tertata dan mendukung akses layanan puskesmas".....

Aspek sistem utilitas dan prasarana menjadi sistem kunci yang penting dalam mendukung proses pelayanan di puskesmas. Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 menempatkan aspek ini sebagai bagian

dari sumber daya. Secara umum dalam sistem mutu, aspek ini terkait dengan aspek input.

Sejauh mana pemenuhan Puskesmas di Kabupaten Sleman terhadap standar ini, disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 4.5. Utilitas dan Prasarana

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Kapasitas daya listrik	67%
2	Kondisi sumber listrik cadangan	69%
3	Kesesuaian daya listrik dengan kebutuhan	68%
4	Kelancaran suplai air	76%
5	Hasil pemeriksaan kualitas air	75%
6	Sistem pengolahan data dan IT	74%
7	Sistem informasi puskesmas terintegrasi dengan sistem informasi Dinas Kesehatan	68%
Rerata capaian		71%

Kapasitas daya listrik apabila dibandingkan dengan kebutuhan daya listrik di puskesmas belum seluruhnya sesuai dengan skor 67% dalam kategori cukup. Hal ini diantisipasi dengan sumber listrik cadangan yaitu dengan genset. Namun ada beberapa pelayanan yang tidak bisa di back up dengan listrik cadangan, antara lain untuk pelayanan gigi.

Suplai kebutuhan air bersih puskesmas di Kabupaten Sleman sudah baik (76%), rata-rata menggunakan sumur gali. Untuk pengawasan kualitas air bersih, secara berkala sudah dilakukan melalui UPT Laboratorium Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

Sistem pengolahan data dan informasi puskesmas sudah dijalankan, ada petugas IT (Informasi & Teknologi) dengan status karyawan kontrak BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Sistem informasi puskesmas belum semuanya terintegrasi dengan sistem informasi Dinas Kesehatan, sehingga capaian skor hanya sebesar 68%. Laporan kinerja keuangan kaitannya dengan capaian kinerja BLUD sudah terintegrasi. Sementara itu untuk laporan hasil kegiatan, terutama untuk laporan bulanan (LB) belum terintegrasi. Aspek Sarana merupakan aspek input yang penting dalam SMM ISO 9001:2008. Sarana vital menjadi pendukung utama pelayanan. Sarana di puskesmas meliputi: sarana pengolahan limbah, sarana transportasi/kendaraan, peralatan medis dan non medis. Berikut disajikan rerata capaian aspek sarana di puskesmas Kabupaten Sleman.

Tabel 4.6 Aspek Sarana

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Pengelolaan limbah medis	73%
2	Sarana transportasi untuk kepentingan dinas	71%
3	Sarana transportasi untuk kepentingan pasien	75%
4	Kalibrasi peralatan medis	96%
5	Peralatan non medis untuk pelayanan	71%
Rerata capaian aspek sarana		77,2%

Pengelolaan limbah medis puskesmas baik padat maupun cair membutuhkan penanganan khusus karena termasuk golongan Bahan Berbahaya Beracun (B3). Adapun pengelolaan limbah medis puskesmas dilakukan bekerjasama dengan pihak ketiga yaitu PT. ARA dan beberapa

puskesmas dengan PT. Medivest sebagai instansi yang sudah berizin sebagai pengolah limbah serta *transporter* limbah.

Sarana transportasi untuk kepentingan kedinasan untuk beberapa petugas lapangan disediakan Dinas Kesehatan melalui pengadaan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman. Puskesmas mempunyai inventaris ambulans sebagai fasilitas pendukung operasional pelayanan untuk pasien yang membutuhkan. Skor untuk kesesuaian mobil ambulans dengan standar sebesar 75%. Inventaris ambulans setiap puskesmas rata-rata 2 (dua) unit mobil ambulans. Kendala di lapangan, tidak semua puskesmas mempunyai tenaga Sopir, sehingga perlu penambahan tenaga sebagai pengemudi di puskesmas.

Kalibrasi alat ukur secara berkala sudah berjalan, dan secara rutin dianggarkan melalui dokumen pelaksanaan anggaran (DPA) puskesmas. Ada beberapa peralatan yang dianggarkan dari DPA Seksi Sarana Prasarana Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

Skor untuk kesesuaian peralatan non medis di puskesmas Kabupaten Sleman sebesar 71%. Peralatan non medis untuk pelayanan puskesmas bisa dianggarkan melalui anggaran puskesmas, sehingga dalam mekanisme perencanaan, harus memperhitungkan kebutuhan dalam tahun berjalan maupun tahun yang akan datang. Prosentase sebesar 71%, hal ini disebabkan adanya beberapa puskesmas yang dalam peningkatan menjadi puskesmas rawat inap, kebutuhan peralatan non medis belum semuanya terealisasi.

Terkait dengan pemenuhan standar ISO 9001:2008 pada aspek input khususnya pemenuhan fasilitas dan peralatan dimintakan pendapat melalui wawancara mendalam. Pada umumnya informan menyatakan bahwa SMM ISO 9001:2008 membawa dampak positif khususnya pemenuhan fasilitas dan peralatan yang selama ini sulit diadakan menjadi harus diadakan sesuai permintaan standar. Adapun beberapa komentar positif dapat disajikan berikut ini :

“...Dengan ISO menjadi bagus dan tertata. Sudah ada sistem yang berjalan. Sistem sudah terbentuk tinggal pemeliharannya..”

“...Penerapan /Implementasi SMM ISO 9001:2008 secara pribadi setuju, krn memberi dampak positif. Karena dengan ISO ada satu alat yang memaksa puskesmas harus bermutu. Perlu dilanjutkan..”

Aspek komitmen petugas komitmen petugas terhadap peningkatan mutu merupakan penggerak utama berjalannya SMM ISO 9001:2008. Komitmen petugas dalam hal ini dapat dilihat dari komitmen untuk menjaga mutu selama bertugas dan kepatuhan terhadap prosedur/SPO yang berlaku. Tabel di bawah ini menjelaskan capaian kesesuaian dari aspek komitmen petugas.

Tabel 4.7 Komitmen petugas

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Kepatuhan petugas terhadap SPO	77%
2	Komitmen petugas dalam menjalankan tugas	78%
	Rerata capaian aspek komitmen petugas	77,5%

Kepatuhan SDM dalam implementasi SMM ISO 9001:2008 adalah suatu hal yang sangat penting. Meskipun sifatnya tidak bisa selalu konsisten. Ada kecenderungan di awal implementasi terjadi peningkatan kepatuhan terhadap prosedur/SPO yang disusun. Namun seiring berjalannya waktu ada beberapa prosedur yang mulai kurang dipatuhi. Prosedur yang sudah menjadi bagian dari pekerjaan sehari-hari relatif tinggi kepatuhannya. Sedangkan prosedur yang merupakan tugas tambahan setelah adanya SMM ISO 9001:2008 relatif kurang dipatuhi. Untuk itu perlu adanya *review/refreshing* SPO sebagai upaya perbaikan pelayanan. Hal tersebut seperti dijelaskan oleh Kepala Puskesmas sebagai berikut:

“.....kepatuhan diawal-awal lebih bagus dari pada saat ini atau dibandingkan belakangan ini. Ada beberapa SPO yang sering dijalankan otomatis sudah berjalan, mendarah daging. Namun ada beberapa SPO yang jarang digunakan perlu dibuka kembali. Perlu untuk di review kembali. Perlu refresing untuk beberapa prosedur sehingga ada perbaikan dalam proses pelayanan. Refresing kepatuhan terhadap standart.....

“.....tingkat kepatuhan petugas dengan kira-kira 80% SPO yang berkaitan dengan Tupoksi petugas sudah dilaksanakan.....

Karyawan yang tidak mau mengikuti sistem atau sengaja tidak mematuhi prosedur, bisa menimbulkan permasalahan dan menimbulkan kecemburuan di kalangan petugas yang lain. Untuk kondisi ini perlu adanya sanksi tegas.

Tingkat kepatuhan petugas dalam memberikan pelayanan ke pasien sudah baik, terutama SPO yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi

karyawan. Ada beberapa yang belum sesuai, antara lain SPO untuk pengisian cek list pemantauan suhu dan kebersihan.

Struktur pengelola SMM ISO 9001:2008 puskesmas, sudah ada pembagian tugas antara Kepala puskesmas dengan *Quality Management Representative* (QMR). QMR bertanggung jawab terhadap implementasi SMM ISO 9001:2008. Kepala Puskesmas bertugas sebagai penanggung jawab di puskesmas dan tidak terlibat langsung hanya secara teknis mengawal implementasi SMM ISO 9001:2008.

Kepala puskesmas tinggal menanyakan kapan akan audit internal dalam forum lokakarya mini atau apel pagi. QMR diberi kewenangan pada aspek bagaimana SMM ISO 9001:2008 itu bisa berjalan dan apa kendalanya.

Struktur organisasi SMM ISO: 9001:2008 di puskesmas, disusun berdasarkan struktur organisasi puskesmas, dilengkapi dengan *Quality Management Representatif* (QMR) dan *Document Control*, sesuai dengan penjelasan dari Kepala Puskesmas berikut ini:

.....“ *Struktur pengelolaan: Kepala Puskesmas- MR—Lead Auditor—Koordinator. Dan diteruskan ke pelaksana program. Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab terhadap semua kegiatan yang ada di puskesmas termasuk implementasi SMM ISO. QMR lebih kepada kewenangan dari aspek bagaimana SMM ISO itu bisa berjalan di unit-unit pelayanan. MR di bantu sekretaris MR sebagai dokumen kontrol. Dibawahnya ada koordinator unit, dalam rangka meningkatkan mutu, bertugas mengkoordinir dan mengkomunikasikan apapun bentuknya kepada anggota di bawahnya.....*

Dari aspek jabatan, QMR adalah jabatan fungsional, sehingga ada ketidaknyamanan kalau harus menegur teman sejawat. Dalam hal harus memberikan rekomendasi/teguran dilakukan melalui kepala puskesmas. *Power* tetap ada di Kepala Puskesmas. QMR mewakili pimpinan dalam Sistem Manajemen Mutu dengan melaksanakan tugas dari Kepala Puskesmas. Hal ini cukup berbeda dengan sistem akreditasi puskesmas di mana peran kepala puskesmas lebih dominan.

..... *“Dari aspek Jabatan MR adalah fungsional, ada ketidaknyamanan kalau harus menegur teman sejawat. Pada saat harus memberikan rekomendasi/teguran tetap melalui kepala puskesmas. Power ada di Kepala Puskesmas.....”*
“Untuk aspek yang lebih tinggi dari itu kendalinya ada di Kepala Puskesmas. Apapun masalahnya yang ada dalam SMM ISO 9001:2008 pada akhirnya, harus dilaporkan. Kepala puskesmas adalah yang akan mengintervensi.”

Komitmen petugas dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya sudah berjalan baik. Hal ini terlihat dalam dokumen pembangunan komitmen mutu di puskesmas. Secara berkala puskesmas merencanakan *review* manajemen untuk mengkoordinasikan antara komitmen mutu dengan perencanaan kegiatan tahun berikutnya.

Pembagian beban kerja di puskesmas berdasarkan pada kompetensi dan jumlah karyawan. Untuk jumlah kebutuhan karyawan dihitung menggunakan analisa beban kerja, yang selanjutnya diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dengan mekanisme BLUD.

Aspek perencanaan dan logistik menempati satu klausul khusus dalam SMM ISO 9001:2008. Logistik di puskesmas meliputi obat, bahan medis

habis pakai dan alat tulis kantor. Selanjutnya skor capaian kesesuaian dapat dilihat pada tabel 4.8 di bawah ini.

Tabel 4.8 Perencanaan dan Logistik

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Usulan perencanaan kebutuhan obat & BMHP	95%
2	Laporan kebutuhan obat & BMHP	95%
3	Ketersediaan & kualitas obat memenuhi syarat	94%
4	Melakukan evaluasi suplier (GFK)	72%
5	Menyusun kebutuhan ATK	72%
6	Membuat usulan anggaran puskesmas	100%
Rerata capaian perencanaan & logistic		88%

Perencanaan kebutuhan obat dan BMHP diusulkan, melalui Unit Pelaksana Teknis Perbekalan Obat dan Alat Kesehatan (UPT POAK) Dinas Kesehatan. Setiap puskesmas menghitung kebutuhan obat untuk tahun berikutnya berdasarkan kebutuhan obat tahun sebelumnya dengan memperhitungkan *buffer* stoknya.

Penggunaan obat direkap dalam form Lembar Pengelolaan dan Laporan Penggunaan Obat (LPLPO) setiap bulan di kirim ke UPT POAK Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Pengambilan obat sesuai jadwal dari UPT POAK. Apabila ada keterlambatan pelaporan, maka tidak diijinkan mengambil obat untuk bulan berikutnya, sehingga pengiriman laporan harus tepat waktu.

UPT POAK menyediakan kebutuhan obat berdasarkan usulan dari puskesmas sesuai aturan untuk pelayanan pengobatan kesehatan dasar. Sehingga ketersediaan obat di puskesmas tergantung dari usulan yang

masuk dalam perencanaan obat serta formulir permintaan obat ke UPT POAK. Ketersediaan obat di masing-masing puskesmas tidak sama, karena kebutuhan dan permintaan berbeda. Pengelola obat harus mengetahui jenis obat apa saja yang ada di UPT POAK, sehingga bisa memenuhi kebutuhan dan ketersediaan obat di puskesmas.

Dalam penerapan SMM ISO 9001:2008 baru diterapkan di UPT puskesmas, belum termasuk UPT POAK Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Evaluasi pemasok untuk perbekalan farmasi dari puskesmas ke Gudang Farmasi belum dilakukan. Yang sudah dilakukan adalah evaluasi pemasok dari rekanan penyedia obat ke UPT POAK/Gudang Farmasi Kabupaten. Mekanisme pengusulan kebutuhan bahan habis pakai berasal dari masing-masing puskesmas. Pengurus barang puskesmas merekap kebutuhan bahan medis habis pakai dan dimasukkan dalam dokumen rencana kerja anggaran (RKA).

Masing-masing unit pelayanan, penanggung jawab upaya puskesmas dan ketatausahaan merekap dan menyusun rencana kegiatan. Target yang berupa sasaran, pelaksanaan dan keluaran per kegiatan dikonversikan dalam standar harga barang dan jasa (SHBJ) Kabupaten Sleman tahun berjalan, sehingga akan terkumpul besaran biaya per kegiatan. Hasil keluaran dari penyusunan anggaran kegiatan puskesmas adalah dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan kegiatan puskesmas. Dokumen RPK dikompilasi oleh Dinas Kesehatan

sebagai bahan finalisasi dokumen dengan Tim Pengesahan Kegiatan & Anggaran Daerah (TPKAD).

5.2. Aspek Proses

Terkait dengan implementasi SMM ISO 9001:2008 maka seluruh Puskesmas di Kabupaten Sleman telah tersertifikasi SMM ISO 9001:2008. Adapun masa implementasi SMM ISO 9001: 2008 paling lama 10 tahun yakni Puskesmas Depok I dan Puskesmas Mlati II. Yang terbaru 2 tahun adalah Puskesmas Ngeemplak II dan Puskesmas Gamping II. Pada awalnya puskesmas membuat komitmen bersama yang melibatkan semua karyawan puskesmas Komitmen yang dihasilkan dari penerapan SMM ISO 9001:2008 ini salah satu yang terpenting adalah upaya melindungi keselamatan pasien maupun petugas. Hal ini terungkap dari hasil wawancara mendalam oleh Kepala Puskesmas di wilayah Kabupaten Sleman:

.....didalamnya sudah ada bagaimana melindungi pasien maupun petugas juga. Dari sisi safety sangat membantu dengan adanya penerapan SMMISO 9001:2008.

Aspek review dokumen kebijakan bukanlah suatu dokumen yang bersifat tetap, bahkan harus dilakukan review untuk kepentingan evaluasi seara berkala. Adanya review dokumen merupakan indikasi adanya *continous improvement* di puskesmas. Dokumen apa saja yang membutuhkan review berkala dan sejauh mana puskesmas telah menjalankannya dapat dilihat pada tabel 4.9 di bawah ini.

Tabel 4.9 Review Dokumen

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Review Kebijakan Mutu	73%
2	Review Pedoman Mutu dilakukan secara rutin	60%
3	Menyusun SPO lengkap	74%
4	Peserta RTM terwakili dari seluruh unit	90%
5	Materi RTM mencakup semua permasalahan	90%
6	Hasil RTM diinformasikan ke seluruh unit	90%
7	Mensosialisasikan SPO ke semua personil puskesmas	75%
Rerata capaian		78,86%

Pada awal penerapan sistem manajemen mutu Kepala puskesmas menetapkan kebijakan mutu puskesmas. Sebagian besar kebijakan mutu puskesmas masih relevan hingga saat ini.

Pedoman mutu dalam penerapan sistem manajemen mutu ditetapkan diawal proses penerapan SMM, dan belum ada review pedoman mutu sampai saat ini. Dokumen ini di rasa masih relevan, sehingga belum dilakukan review.

Aspek administratif dalam SMM ISO 9001:2008 ditekankan pada kontrol dokumen. Hal ini penting karena sebagian besar dokumen merupakan kebijakan yang berfungsi sebagai acuan dari setiap kegiatan pelayanan. Dokumen yang terkontrol akan menjamin kebijakan yang *up to date*. Penjelasan detail terkait aspek administratif disajikan dalam tabel 4.10 dan narasi berikut ini.

Tabel 4.10 Administrasi SMM ISO

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Membuat daftar induk dokumen eksternal	75%
2	Membuat daftar catatan mutu	76%
3	Membuat usulan perubahan dokumen	76%
4	Membuat analisa kepatuhan petugas terhadap SPO layanan klinis	71%
Rerata capaian		74,33%

Administrasi dokumen dalam penerapan sistem manajemen mutu sudah ada antara lain: daftar induk catatan mutu, daftar distribusi dokumen, usulan perubahan dokumen. Berbagai daftar tersebut ditujukan untuk menjamin akurasi dan dokumen tetap *up to date* di semua unit yang ada di puskesmas.

Secara umum telah tercapai kesesuaian antara standar, dokumen maupun proses pelayanan sebagai bagian dari penerapan SMM ISO 9001:2008. Hal tersebut diungkapkan oleh beberapa kepala puskesmas.

.....*“Sudah berjalan baik sesuai dengan persyaratan yang disepakati bersama, tidak ada permasalahan”*.....

Dampak pemberlakuan SMM ISO 9001:2008 yang dirasakan pasien secara umum lebih pada adanya keteraturan dalam pemberian pelayanan. Namun di sisi lain juga dirasakan adanya prosedur tertentu yang terkesan bertele-tele karena harus melalui pentahapan misal pada prosedur rujukan internal, tetapi justru di sisi ini pasien sangat diuntungkan. Hal ini terungkap dari hasil wawancara mendalam oleh Kepala Puskesmas di Kabupaten Sleman:

” Dari sisi Manajemen sangat terbantu dengan adanya pemberlakuan SMM ISO 9001:2008. Dampak yang dirasakan pasien secara umum lebih ada keteraturan dalam pemberian pelayanan. Tetapi ada kalanya untuk prosedur-prsoedur tertentu ada kesan memperlambat/bertele/tele karena harus melalui beberapa tahapan yang baku. Sehingga dari segi waktu terkesan bertele-tele, tetapi disisi pasien sangat diuntungkan”

Aspek *continous improvement* masih perlu peningkatan, dimana pasca asesmen seringkali tidak dilanjutkan secara rutin. Proses perbaikan temuan kadangkala dilaksanakan menjelang proses audit saja. Berbagai kendala seperti keterbatasan SDM menjadi salah satu alasan. Hal ini seperti dijelaskan oleh Kepala Puskesmas berikut ini.

.....”Dalam pelaksanaannya petugas mengacu pada SPO yang sudah disusun dan disepakati. Angka kepatuhan, mencapai 80%. Kendala dilapangan, hanya maksimal pada saat akan dilakukan audit baik internal maupun eksternal. Masih ada asumsi , di kalangan temen-temen puskesmas, nanti saja kalau akan diaudit”

.....”kebersihan, monitoring suhu ruangan maupun suhu kulkas kelemahannya, temen-temen di puskesmas tidak stabil mengukur & menuliskan hasil pada cek list yg sederhana,.... ..”

Aspek administratif lainnya terkait dengan penjagan konsistensi implementasi SMM ISO 9001:2008 di tiap puskesmas melalui analisa kepatuhan. Untuk analisa kepatuhan petugas dalam pelaksanaan SPO pelayanan klinis, sudah ada dengan pengukuran *complain rate*. Standart Prosedur Operasional yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi sudah berjalan baik. Namun untuk SPO yang tidak berkaitan langsung dengan tugas pokok dan fungsi, belum sepenuhnya berjalan baik.

Standar prosedur operasional untuk pelayanan klinis di puskesmas merupakan syarat dalam penerapan sistem manajemen mutu sehingga

masing- masing unit pelayanan sudah mempunyai SPO untuk pemberian pelayanan. Untuk memudahkan dalam penerapan SPO, semua unit harus mensosialisasikan SPO kepada semua personil terkait dengan tindakan ataupun pentahapan dalam pemberian pelayanan.

Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) melibatkan semua unsur yang ada di puskesmas, mulai dari Kepala puskesmas, Manajemen Representatif, tenaga medis dan paramedis. Permasalahan yang ada di puskesmas dan hasil dari audit internal, menjadi bahan atau materi dalam tinjauan manajemen. Penyampaian hasil tinjauan manajemen melalui rapat koordinasi unit pelayanan, sehingga pihak yang harus menindaklanjuti bisa segera mempersiapkan langkah-langkah perbaikan ataupun pembenahan.

Audit interal sudah berjalan rutin setiap enam bulan sekali. Masing-masing unit pelayanan membuat tindak lanjut hasil audit internal. Apabila ada permasalahan yang belum bisa terpecahkan, masuk dalam materi bahasan tinjauan manajemen. Personil yang mengaudit sudah mendapat pelatihan tentang audit internal. Penyelenggara pelatihan audit internal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman bekerjasama dengan pihak ketiga.

Audit eksternal sudah berjalan secara periodik enam bulan sekali. Auditor eksternal dari lembaga independen, yang mempunyai lisensi sebagai lembaga sertifikasi, kompeten dan profesional. Penjelasan terkait audit internal maupun eksternal disajikan dalam table 4.11 di bawah ini:

Tabel 4.11 Aspek Audit

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Melaksanakan audit internal berkala secara rutin	90%
2	Membuat tindak lanjut hasil audit internal	86%
3	Membuat tindak lanjut hasil audit eksternal	77%
4	Merekap hasil temuan audit internal	86%
5	Merekap hasil temuan audit eksternal	77%
6	Feedback hasil audit internal	90%
7	Mengirim personil untuk training audit internal	100%
Rerata capaian		86,6%

Disamping adanya efek positif yang dihasilkan dari implementasi SMM ISO 9001:2008 berupa komitmen untuk meningkatkan mutu dan keselamatan, ada hal menarik lainnya dimana kesadaran untuk peningkatan mutu didorong karena adanya penilaian oleh pihak ketiga yakni lembaga sertifikasi. Meskipun pengawasan mutu telah menjadi program rutin Dinas Kesehatan Sleman, namun penilaian oleh pihak eksternal ternyata memiliki daya ungkit lebih dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas sebagaimana yang disampaikan oleh salah satu kepala puskesmas berikut ini.

“.....hal yang membantu adalah karakter masyarakat Indonesia secara umum adalah lebih bisa menerima apabila, manakala yang menilai adalah pihak external sehingga daya ungkitnya lebih tinggi untuk mau melakukan perubahan”

Beberapa hal yang menjadi faktor pendukung formal dari Pemerintah Kabupaten Sleman untuk berjalannya implementasi SMM ISO 9001:2008 antara lain :

1. Kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman tentang kewajiban bagi seluruh puskesmas untuk menerapkan sistem manajemen mutu.

2. Dukungan finansial melalui anggaran pemerintah Kabupaten Sleman.
3. Penyediaan pegawai melalui rekrutmen kontrak Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Selain faktor pendukung sebagaimana disebutkan di atas, terdapat faktor pendukung yang bersifat non formal. Faktor tersebut adalah bahwa adanya implementasi Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 merupakan tantangan untuk PNS dalam pelaksanaan tugas, sehingga termotivasi untuk lebih baik dari yang kemarin. Hal ini terungkap dari wawancara dengan Kepala Puskesmas sebagai berikut:

.....*“Pegawai Negeri Sipil bekerja dalam hal yang sifatnya rutin, kurang ada tantangan, lain kalau misalnya ada tantangan, misalnya saja besok ada jadwal audit baik internal/eksternal. Begitu ada tantangan, Seperti dibangunkan dari tidur, merasa untuk lebih baik dari yang kemarin. Karena sudah ada sistem yang berjalan, ganti orang tidak masalah, yang penting sistem sudah jalan. Orangnya ganti2 tidak masalah.....”*

.....*“Karakter MR yang greteh dan punya kemauan untuk kerja keras, mendukung penerapan sistem di puskesmas.”*

“Top manajemen/Pimpinan puskesmas yang perhatian pada SMM ISO 9001:2008 sehingga memberikan dukungan sangat membantu peningkatan mutu pelayanan puskesmas.”

5.3 Aspek Outcome

Aspek sasaran mutu puskesmas sebagai indikator pengukuran dalam sistem manajemen mutu. Dalam proses penyusunan sasaran mutu melibatkan semua unit pelayanan yang ada di puskesmas. Permasalahan yang ada di masing-masing unit disusun berdasarkan prioritas dan sebagai bahan masukan dalam penentuan sasaran mutu. Kegiatan sasaran mutu dan kepuasan pelanggan di puskesmas disajikan dalam table 4.12.

Tabel 4.12 Aspek Sasaran Mutu Kepuasan Pelanggan

No	Aspek Penilaian	Capaian
1	Sasaran mutu puskesmas sesuai dengan kebutuhan	90%
2	Hasil analisa sasaran mutu dilakukan <i>feedback</i> ke unit dan ditindaklanjuti	100%
3	Membuat capaian sasaran mutu dengan target rasional	100%
4	Melaksanakan survei kepuasan pelanggan berkala secara rutin	100%
5	Menindaklanjuti hasil pengolahan survei kepuasan pelanggan	100%
13	Mengirim personil untuk training audit internal	100%
	Rerata capaian	98,3%

Pencapaian sasaran mutu direkap dan dianalisa tiap bulan. Evaluasi sasaran mutu dilakukan setiap 6 (enam) bulan. Apabila sasaran mutu sudah tercapai dalam waktu 1 (satu) tahun, tetap dijadikan sasaran mutu tahun berikutnya dan ada penambahan sasaran mutu baru sesuai dengan prioritas dari masing-masing unit. Target sasaran mutu dari masing-masing unit sesuai dengan kemampuan dan sumber daya yang ada.

.....”*Dalam proses implemementasi, sasaran mutu merupakan keunggulan dari SMM ISO, langkah strategis yang sangat bagus dalam rangka peningkatan mutu. Sasaran mutu, merupakan salah satu solusi bagi kami untuk meningkatkan kepatuhan petugas terhadap SPO. Sehingga ada solusi untuk mengurai masalah dan kendala seperti apa, dengan dijadikan sasaran mutu akan terpantau setiap bulan, dan dievaluasi setiap enam bulan. Dalam penetapan sasaran mutu berpedoman pada Standart Pelayanan Minimal (SPM)*”

Indeks kepuasan masyarakat (IKM) menggunakan format dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara. Pengukuran indeks kepuasan masyarakat setiap enam bulan sekali secara berkala sudah

berjalan dengan baik. Hasil analisa IKM termasuk bahan dalam tinjauan manajemen.

Secara umum evaluasi puskesmas berdasarkan data kuesioner yang masuk, dikategorikan dengan 4 (empat) kriteria, terlihat dalam tabel 4.13.

Tabel 4.13. Evaluasi Penerapan SMM ISO Puskesmas

No	Kriteria penilaian	Jumlah	Persentase
1	Sangat baik	2	8%
2	Baik	12	48%
3	Cukup	9	36%
4	Kurang	2	8%
Total		25	100%

Puskemas dengan kriteria penilaian sangat baik ada 8%, baik 12%, cukup 36%, kurang 8%.

5.4 Persepsi Kepala Puskesmas tentang Keberlangsungan implementasi SMM ISO 9001:2008 pasca regulasi JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Penerapan SMM ISO yang sudah berjalan cukup lama, dari aspek psikologis menimbulkan kejenuhan. Dampak dari segi perencanaan anggaran cukup besar. Dampak yang ketiga adalah harus mengurangi biaya operasional yang lain untuk mendukung kegiatan SMM ISO di puskesmas. Sisi positifnya adalah karena intervensi pihak luar memiliki daya ungkit lebih tinggi. Telah dilakukan berulang kali audit eksternal dan sudah resertifikasi, selalu ada temuan karena auditor cukup profesional, sehingga mesti ada temuan. Seperti yang dijelaskan oleh Kepala Puskesmas sebagai berikut:

.....”Penerapan SMM ISO yang sudah berjalan cukup lama, menimbulkan kejenuhan. Dampak dari segi perencanaan anggaran cukup besar”

.....”.dampak lain adalah dari segi anggaran cukup besar karena harus mengurangi operasional yang lain untuk mendukung kegiatan SMM ISO di puskesmas. Sisi positifnya adalah karena intervensi pihak luar daya unkit lebih tinggi”

.....”Hal ini (awalnya) ditempuh karena dari Kemenkes belum menetapkan standart terutama pelayanan di puskesmas. Sehingga langkah yang diambil Pemda Sleman, untuk penerapan SMM ISO terobosan yang sangat bagus. Dalam SMM ISO audit yang dilakukan adalah AMI dan audit eksternal setiap 6 (enam)bulan sekali”

Wawancara juga dilakukan terhadap Kepala Bidang Pelayanan Medik Dinas Kesehatan Sleman. Hal ini terkait klarifikasi terhadap kebijakan yang akan diambil dalam sistem peningkatan mutu di puskesmas seiring adanya program Jaminan Kesehatan Nasional/JKN. Berdasarkan dengan regulasi tentang JKN, pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, dalam rangka pelayanan kepada pelanggan dengan system kapitasi, puskesmas wajib terakreditasi. Meskipun kepala puskesmas menghendaki menggunakan satu sistem saja yakni akreditasi namun Dinas Kesehatan sepertinya menginginkan hal yang berbeda.

Perencanaan dari Dinas Kesehatan sendiri intinya tetap akan melanjutkan penerapan SMM ISO untuk mendukung keberlangsungan penerapan akreditasi puskesmas. Hal ini karena pengawasan mutu yang kontinyu dan berkala tidak dilakukan dalam sistem akreditasi. Akreditasi dilaksanakan melalui survei setiap 3 (tiga) tahun tanpa ada visitasi berkala. Sedangkan dalam SMM ISO 9001:2008, setelah sertifikasi masih dilanjutkan dengan audit internal tiap 3(tiga) bulan dan audit eksternal oleh

lembaga sertifikasi tiap 6 (enam) bulan. Terungkap hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Medis Dinas Kesehatan:

.....”sebagai PPK program Jaminan Kesehatan Nasional puskesmas wajib terakreditasi. Dalam penerapan SMM dengan akreditasi kita tidak punya sistem yang melibatkan auditor eksternal. Artinya kita harus melakukan penilaian sendiri. Padahal untuk menilai puskesmas kita sendiri di wilayah Kabupaten Sleman kondisinya seperti itu. Ada satu dua yang tidak melaksanakan secara simultan. Dengan adanya auditor eksternal seperti dalam penerapan SMM ISO, pekerjaan ini akan terus dijalankan.”.....

Di sisi lain, pihak Dinas Kesehatan mengakui bahwa melihat kondisi puskesmas di Kabupaten Sleman, barangkali ada satu dua yang tidak melaksanakan secara simultan. Namun meski demikian implementasi SMM ISO 9001:2008 tetap harus dilaksanakan karena sudah tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dengan sarannya adalah peningkatan mutu pelayanan. Hal tersebut terungkap dari wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Medis sebagai berikut:

.....“Intinya kita tetap akan melanjutkan penerapan SMM ISO untuk mendukung keberlangsungan penerapan akreditasi puskesmas. Survei akreditasi hanya dilakukan dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun sekali. Sehingga untuk 3 (tiga) tahun ke depan kita sudah siap untuk di audit. Sementara SMM ISO secara rutin akan dilakukan survaillans setiap 6 (enam) bulan sekali. Implementasi SMM ISO ini berdasarkan pada RPJM salah satu sarannya adalah peningkatan mutu pelayanan. Upaya peningkatan mutu dengan menerapkan SMM ISO”.....

- 5.5 Persepsi dari Puskesmas tentang Keberlangsungan Implementasi SMM ISO 9001:2008 Pasca Regulasi Akreditasi Puskesmas (Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer harus terakreditasi).

Pada sesi wawancara terungkap adanya persepsi dari puskesmas yang menyatakan tujuan dari SMM ISO 9001:2008 dan akreditasi adalah sama untuk menstandarkan sistem pelayanan di puskesmas. Sebaiknya salah satu saja. Pada tataran pelaksana kadang karyawan bingung, antara SMM ISO 9001:2008 dengan akreditasi. Penerapan sistem standar mutu wajib dijalankan, kalau bisa salah satu saja, karena yang ada di SMM ISO 9001:2008 sudah ada di akreditasi.

Akreditasi lebih dipilih karena sifatnya wajib. Untuk menjalankan dua-duanya cukup berat, tetapi apabila bisa dijembatani pada saat penilaian SMM ISO dibolehkan dengan dokumen akreditasi, sebagai langkah strategis. SMM ISO 9001:2008 dianggap hanya sepertiganya akreditasi, dua-duanya ada kelebihan dan kekurangan.

Pada aspek efisiensi, akreditasi lebih efisien karena bersifat menyeluruh atau komplit (Adminstrasi Manajemen, UKM & UKP). Jika implementasi keduanya adalah sebuah pilihan, maka perlu upaya kolaborasi antara SMM ISO 9001:2008 dengan Akreditasi Puskesmas.

Implementasi SMM ISO 9001:2008 merupakan upaya dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas yang dicanangkan sejak tahun 2004. Persepsi dari puskesmas antara lain terungkap dari wawancara dengan beberapa Kepala Puskesmas:

....."Sehubungan dengan akreditasi secara umum apa yang dipersyaratkan di SMM ISO 9001:2008 juga dipersyaratkan di akreditasi. Jadi menurut saya wajib diterapkan sistem standar. Sebaiknya akreditasi saja,".....

.....'Sebetulnya cukup berat kalau harus jalan kedua-duanya. Tetapi apabila itu bisa dijembatani pada saat penilaian ISO dibolehkan

dengan dokumen akreditasi, sebagai strategi”

.....’Dua-duanya ada kelebihan dan kekurangan.....”

Kalau bicara efisiensi Akreditasi lebih menyeluruh/komplit (Adminstrasi Manajemen, UKM & UKP) cukup satu karena akreditasi lebih komplit dan menyeluruh”.....

B. Pembahasan

1. Evaluasi Implementasi Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dari aspek Struktur.

Berdasarkan hasil yang terungkap dalam penelitian ini, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman menerapkan sistem manajemen mutu merupakan upaya dalam reformasi birokrasi. Sejak tahun 2004 program perbaikan mutu dengan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 secara bertahap diberlakukan di puskesmas. Menurut Djoko Wijono (2000), menyatakan bahwa hubungan mutu dan aspek-aspek dalam pelayanan kesehatan dan cara-cara peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat melalui pendekatan institusional atau individu. Menurut Prof. A Donabedian, dalam Djoko Wijono (2000), ada 3 (tiga) pendekatan evaluasi mutu aspek: struktur, proses, output. Komponen struktur untuk kesesuaian sumber daya listrik dengan kebutuhan.

- 1.1 Aspek struktur untuk sarana fisik perlengkapan & peralatan:
kondisi fisik bangunan skor 100%. tata ruang pelayanan skor 74%.
Hal ini merupakan dampak positif bagi jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, karena penerapan SMM ISO 9001:2008 dapat

dijadikan alasan kuat untuk advokasi ke Pemerintah Daerah guna memperbaiki fasilitas bangunan di puskesmas. Dengan adanya fasilitas gedung, tata ruang pelayanan puskesmas jadi tinggal mendesain sesuai kebutuhan pelayanan, memudahkan akses pelayanan. Hal ini sesuai yang diungkapkan Wijayanti (2008), puskesmas yang memiliki ruang pelayanan yang lebih banyak, diharapkan pelayanan bisa berjalan lebih cepat.

Aspek utilitas dan prasarana, kapasitas daya listrik 67%, kondisi sumber listrik cadangan 69%, kesesuaian daya listrik dengan kebutuhan 68%. Kebutuhan daya listrik setiap tahunnya bertambah, antara lain disebabkan adanya penambahan barang inventaris penunjang pelayanan klinis maupun peralatan pendukung administrasi. Penerapan sistem manajemen mutu ISO 9001:2008 merupakan langkah perbaikan mutu baik sumber daya maupun kegiatan pelayanan organisasi pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan hal tersebut, hasil penelitian (Wijayanti, 2008) menyebutkan bahwa semua karyawan atau petugas harus memiliki komitmen yang kuat dalam berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang baik. Integrasi system informasi dengan Dinas Kesehatan belum diterapkan untuk semua jenis laporan skor 68%.

Aspek sarana pengelolaan limbah medis 73%, sarana transportasi 75%, kalibrasi alat medis 96%, peralatan non medis 71%. Peralatan non medis untuk pelayanan puskesmas bisa

dianggarkan melalui anggaran puskesmas, sehingga dalam mekanisme perencanaan, harus memperhitungkan kebutuhan dalam tahun berjalan maupun tahun yang akan datang. Kendala di lapangan, tidak semua puskesmas mempunyai tenaga Sopir, sehingga perlu penambahan tenaga sebagai pengemudi di puskesmas.

1.2 Aspek Organisasi & Manajemen

Berdasarkan hasil yang terungkap dalam penelitian ini, Struktur organisasi ISO di puskesmas, disusun berdasarkan Struktur organisasi puskesmas, dilengkapi dengan *Management Representatif (MR)* dan di bantu *Document Control*. Setiap unsur mempunyai Tupoksi masing-masing yang harus dilaksanakan dalam rangka menjalankan SMM ISO 9001:2008. Kepala Puskesmas memisahkan tanggung jawab dan wewenang dari masing-masing jabatan untuk keberhasilan penerapan sistem manajemen mutu, yang dituangkan dalam bentuk Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi). Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan Suryanto, dkk (2011) bahwa ada hubungan positif yang sangat signifikan antara kepuasan kerja dan persepsi perawat tentang kepemimpinan dengan kinerja perawat pasca sertifikasi ISO 9001/2008.

Management Representative (MR), mensosialisasikan kebijakan mutu dan memelihara sistem manajemen mutu yang dijabarkan dalam pedoman mutu, prosedur mutu dan prosedur

tetap (protap). Pada penelitian Kusumaningtyas, Puskesmas Pagu dengan Sertifikasi ISO yang mempunyai SOP telah melakukan aktifitas kerja sesuai dengan proses SOP yang ditetapkan. Memastikan agar penerapan mutu dilaksanakan secara efektif dan efisien untuk memenuhi persyaratan ISO 9001:2008. Melaporkan penerapan sistem manajemen mutu kepada Kepala Puskesmas. Pada penelitian Susilawati (2013) wujud keterlibatan personel adalah dengan dilibatkannya semua warga sekolah dalam berbagai kegiatan sehingga ketercapaian tujuan merupakan hasil koordinasi semua bagian dari *top* hingga *bottom*, mengimplementasikan tugas sesuai dengan Tupoksi, serta prosedur yang telah ditetapkan. Melakukan komunikasi internal sesuai media komunikasi yang telah ditetapkan.

1.3 Aspek Keuangan (Biaya Mutu), komitmen yang kuat dari Pemerintah Daerah ikut andil dalam pendanaan yang mendukung kegiatan SMM ISO 9001:2008. Di Kabupaten Sleman wilayah puskesmas yang mendapat dana rehabilitasi puskesmas secara berurutan disiapkan untuk menerapkan SMM ISO 9001:2008. Melalui strategi tersebut Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman berhasil melakukan advokasi kepada Tim Pengesahan Kegiatan Anggaran Daerah Kabupaten Sleman untuk pengusulan hingga mendapatkan persetujuan. Kebutuhan pembiayaan, tidak hanya sekedar membayar biaya untuk assesor, tetapi juga termasuk biaya

pendukungnya. Pada penelitian Maharani (2007), 15 rumah sakit dari 19 rumah sakit yang menjadi responden menjalankan langkah-langkah perbaikan mutu yang berkelanjutan secara konsisten. Rumah sakit yang tidak menjalankan langkah-langkah perbaikan mutu disebabkan karena permasalahan biaya atau komitmen dari setiap pihak dalam rumah sakit.

1.4 Aspek Sumber Daya Manusia, Kepatuhan petugas terhadap SPO skor 77%, komitmen petugas dalam menjalankan tugas skor 78%. Keterlibatan personel merupakan salah prinsip yang ketiga dari pelaksanaan SMM ISO 9001:2008. Dari penelitian Widyastuti (2015), secara bersama-sama karyawan dan pimpinan mampu memaksimalkan peran dalam penerapan Quality Mananajemen System. Dari hasil penelitian Djasri (2006), keterlibatan staf dalam semua tingkatan untuk aktif dalam melihat peluang dalam meningkatkan kompetensi, pengetahuan dan pengalaman. Wujud keterlibatan personel di puskesmas adalah dilibatkannya semua petugas puskesmas, dalam semua kegiatan SMM ISO 9001:2008. Secara berkala puskesmas merencanakan review menjalin komitmen mutu dan merencanakan kegiatan tahun berikutnya. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan Maharani (2008) kunci keberhasilan dari penerapan SMM ISO 9000 adalah komitmen semua pihak baik dari pihak atasan sampai dengan bawahan. Hal ini di sadari dan dipahami bahwa SMM ISO 9000 bukanlah suatu

alat ajaib yang bisa merubah sesuatunya tanpa perjuangan semua pihak. Dalam penelitian Susilawati *et al.* (2013), wujud keterlibatan personel adalah dengan dilibatkannya semua warga sekolah dalam berbagai kegiatan sehingga, ketercapain tujuan merupakan hasil koordinasi koordinasi semua bagian dari *top* hingga *bottom*. Hal ini sesuai dengan penelitian Primiani (2015), selain itu komitmen dari pimpinan untuk dapat mendukung kegiatan penerapan Total Quality Manajemen sangat diperlukan.

1.5 Aspek sumber daya lainnya, usulan perencanaan kebutuhan obat skor 95%, laporan kebutuhan obat & BMHP 95%, ketersediaan & kualitas obat memenuhi syarat 94%, melakukan evaluasi supplier (GFK) 72%, membuat usulan anggaran puskesmas 100%. Pengelolaan sumber daya merupakan klausul keenam dari delapan klausul sebagai persyaratan dalam penerapan SMM ISO 9001:2008. Dari aspek perencanaan capain skor sudah sangat baik, hal ini dikarenakan sudah adanya mekanisme usulan berjenjang dengan format dan pedoman baku (SHBJ, RPK), dari puskesmas ke Dinas Kesehatan yang pada finalnya menunggu pengesahan Tim Pengesahan Kegiatan & Anggaran Daerah (TPKAD).

2. Evaluasi Implementasi Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dari Aspek Proses.

2.1 Aspek Pengendalian Dokumen, merupakan aspek yang masuk dalam klausul 4 (empat) Persyaratan dokumentasi. Pengendalian dokumen, menerapkan pengendalian dokumen berdasarkan prosedur pengendalian dokumen, baik internal maupun eksternal. Dari hasil penelitian ini, diketahui bahwa membuat induk dokumen skor 75%, membuat catatan mutu 76%, membuat usulan perubahan dokumen 76%, membuat Analisa kepatuhan petugas terhadap SOP layanan klinis 71%, review kebijakan mutu 73%, review pedoman mutu dilakukan secara rutin 60%, menyusun SOP lengkap 74%, peserta RTM terwakili dari seluruh unit 90%, materi RTM mencakup semua permasalahan 90%, hasil RTM diinformasikan ke seluruh unit 90%, mensosialisasikan SOP ke semua personil 75%. Dari komponen di atas review pedoman mutu mencapai skor 60% kategori cukup, hal ini dikarenakan pedoman mutu yang ada masih relevan dan belum perlu mereview pedoman mutu. Belum ada perubahan ruang lingkup penerapan SMM ISO 9001:2008. Dalam penelitian Heuvel *et al.* (2006) ISO sering dianggap identik dengan birokrasi. Faktanya di rumah sakit itu, karena sejumlah alasan, seperti regulasi pemerintah, pemeriksaan kesehatan harus mempertahankan tingkat yang cukup untuk registrasi dan dokumentasi. Di rumah sakit kami ini mengakibatkan sejumlah besar dan tidak terkendali dokumen dengan banyak duplikat

dengan perbedaan hanya kecil yang relatif tidak dapat diakses.

2.2 Audit internal berkala 90%, membuat tindak lanjut hasil audit internal 86%, membuat tindak lanjut audit eksternal 77%, merekap hasil temuan audit internal 86%. Membuat tindak lanjut hasil audit eksternal 77%, feed back audit internal 90%. Dari hasil penelitian Ekowati (2007), tingkat pemahaman dan kepatuhan penanggung jawab unit maupun pelaksana dalam implementasi QMS 9001:2000 dapat dikategorikan cukup baik. Kondisi ini hanya bermakna pada system audit yang dilakukan secara berkala. Kegiatan audit internal maupun eksternal sudah rutin dilaksanakan sebagai kegiatan evaluasi. Hal ini sesuai yang dinyatakan Susilawati et al. (2013), tindakan evaluasi ini bisa dengan audit internal maupun *management review*.

Dari hasil penelitian dengan observasi dokumen terungkap bahwa, 8 (delapan) klausul sebagai persyaratan dalam penerapan SMM ISO 9001:2008 sudah dipenuhi Puskesmas di wilayah Kabupaten Sleman, yakni: 1) Lingkup Penerapan, mencakup pelayanan yang ada di puskesmas; 2) Acuan Normatif, acuan yang digunakan; 3) Istilah dan definisi, istilah dan definisi yang digunakan; 4) Sistem Manajemen Mutu, disesuaikan dengan Pedoman Mutu, Persyaratan Dokumen, Rekaman Kegiatan yang ada dan pengendalian dokumen; 5) Tanggung Jawab Manajemen, meliputi antara lain komitmen manajemen dan tanggung

jawab manajemen, sebagai acuan adalah uraian tugas tanggung jawab dari masing-masing bagian pada struktur organisasi SMM ISO 9001:2008 di puskesmas; 6) Pengelolaan Sumber Daya, meliputi sumber daya manusia, sumber daya lainnya, sarana prasarana; sudah dijalankan guna mendukung pelayanan di puskesmas; 7) Realisasi Produk, meliputi: rencana realisasi layanan, proses yang berhubungan dengan pelanggan, pengadaan barang dan jasa, pengendalian operasional layanan, pengendalian alat ukur dan alat pantau. Sudah melaksanakan pelayanan kepada pelanggan, pengadaan barang kebutuhan puskesmas dan pengendalian layanan. Untuk pemantauan alat ukur, dengan kalibrasi alat medis secara berkala; 8) Pengukuran, Analisis dan Perbaikan, dilaksanakan dari berbagai komponen baik puskesmas, pelanggan, monitoring dari Dinas Kesehatan selaku instansi pembina. Dari hasil penelitian Akhyar (2014), diperlukan adanya kesungguhan dari warga sekolah secara bersama, sadar dan berkeinginan kuat untuk maju.

Dalam pelaksanaan implementasi SMM ISO 9001:2008 sudah berlandaskan 8 (delapan) prinsip manajemen tersebut adalah: 1) Fokus pada pelanggan, mengidentifikasi dimensi mutu pelanggan, memastikan semua pelayanan untuk memenuhi kepuasan pelanggan; 2) Kepemimpinan, komitmen manajemen untuk meningkatkan serta memperbaiki kinerja SMM; 3) Keterlibatan personel, dalam semua kegiatan SMM dan koordinasi semua unit; 4) Pendekatan proses, adanya prosedur dalam SMM ISO 9001:2008; 5) Pendekatan system, dibuktikan

dengan pedoman -pedoman yang sudah disusun sesuai struktur dokumen;

6) Pengambilan keputusan dengan fakta, peran dari manajemen dalam pengambilan keputusan, memperhatikan saran dan masukan dari bawahan;

7) Perbaikan berkelanjutan, adanya capaian indikator sasaran mutu yang dievaluasi secara periodik dan tindak lanjutnya;

8) Hubungan pemasok, mengidentifikasi persyaratan pelanggan dan prosedur penanganan keluhan,

3. Evaluasi Implementasi Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dari Aspek *Outcome*.

3.1 Aspek sasaran mutu, dari penelitian ini diketahui: pencapaian skor untuk sasaran mutu puskesmas sesuai dengan kebutuhan 90%, Analisa sasaran mutu di *feedback* ke unit dan ditindaklanjuti skor 100%, membuat capaian sasaran mutu dengan target rasional 100%. Dalam penentuan sasaran mutu berpedoman pada standar pelayanan minimal (SPM). Tingkat capaian sasaran mutu berkaitan dengan kemampuan sumber daya yang ada di puskesmas dan merupakan indikator dari keberhasilan penerapan SMM ISO 9001:2008. Sasaran mutu juga merupakan solusi untuk target yang belum tercapai. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Susilawati *et al.* (2013), pencapaian sasaran mutu merupakan indikator sebuah keberhasilan dari pelaksanaan SMM ISO 9001:2008. Dari penelitian Hadi (2005) dalam Haryanto (2014), SMM adalah bagian sistem manajemen organisasi yang memfokuskan

perhatiannya pada pencapaian hasil, berkaitan dengan sasaran mutu, untuk memuaskan kebutuhan, harapan dan persyaratan pihak yang berkepentingan.

3.2 Aspek kepuasan pelanggan, pengolahan keluhan pelanggan masih direkap manual belum ada sistem database keluhan pelanggan. Dari hasil penelitian Kafidzin (2013), Setelah membentuk unit pelayanan keluhan pasien atau *customer care* maka langkah selanjutnya adalah membuat sistem penanganan keluhan. Perlu inovasi dalam hal ini untuk diterapkan di puskesmas wilayah Kabupaten Sleman. Dari hasil penelitian diketahui, melaksanakan survei kepuasan pelanggan berkala secara rutin skor 86%. Melakukan pengolahan hasil survei 100%. Setiap puskesmas sudah melaksanakan survei kepuasan (IKM) indeks kepuasan masyarakat rutin setiap 6 (enam) bulan sekali. Hasil rekap di Dinas Kesehatan tahun 2015 semester pertama 78,7,% semester kedua 79,52. Hal ini seperti diungkapkan Qolbi (2014), sistem manajemen mutu ISO 9001:2008 telah berhasil meningkatkan kepuasan pelanggan mengenai hal dalam pemenuhan keinginan dan kebutuhan pelanggan bagi pengguna jasa pelayanan. Hal ini sejalan dengan prinsip SMM ISO 9001:2008 bahwa tiap organisasi harus mampu memenuhi dan berusaha melebihi harapan pelanggan.

Evaluasi penerapan SMM ISO puskesmas 48% dengan kriteria baik, 36% cukup, 8% kurang dan 8% dengan kriteria kurang. Dari hasil

penelitian diperoleh informasi bahwa komitmen manajemen dan *continuous improvement* masih perlu peningkatan terutama pasca assessment baik internal maupun eksternal. Kecenderungan perbaikan hanya dilakukan pada saat menjelang audit saja.

4. Keberlangsungan Implementasi Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman pasca Regulasi Jaminan Kesehatan Nasional/JKN.

Berdasarkan dengan regulasi tentang JKN, pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, dalam rangka pelayanan kepada pelanggan dengan system kapitasi, puskesmas wajib terakreditasi. Hasil wawancara yang dilakukan terhadap Kepala Bidang Pelayanan Medik Dinas Kesehatan Sleman, terkait klarifikasi terhadap kebijakan yang akan diambil dalam sistem peningkatan mutu di puskesmas seiring adanya program Jaminan Kesehatan Nasional/JKN, meskipun kepala puskesmas menghendaki menggunakan satu sistem saja yakni akreditasi namun Dinas Kesehatan sepertinya menginginkan hal yang berbeda.

Perencanaan dari Dinas Kesehatan sendiri intinya tetap akan melanjutkan penerapan SMM ISO untuk mendukung keberlangsungan penerapan akreditasi puskesmas. Hal ini karena pengawasan mutu yang kontinyu dan berkala tidak dilakukan dalam sistem akreditasi. Sedangkan dalam SMM ISO 9001:2008, setelah sertifikasi masih dilanjutkan dengan audit internal tiap 3(tiga) bulan dan audit eksternal oleh lembaga sertifikasi

tiap 6 (enam) bulan. Pada aspek efisiensi, akreditasi lebih efisien karena bersifat menyeluruh atau komplit (Adminstrasi Manajemen, UKM & UKP).

5. Keberlangsungan Implementasi Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman pasca Regulasi Akreditasi Puskesmas:

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014, dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan, puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali. Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan yang diberikan oleh Lembaga Independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah dinilai bahwa puskesmas telah memenuhi standart pelayanan yang telah ditetapkan oleh Menteri untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas secara berkesinambungan.

Berdasarkan hasil dalam penelitian ini terungkap adanya persepsi dari puskesmas yang menyatakan tujuan dari SMM ISO 9001:2008 dan akreditasi adalah sama untuk menstandarkan sistem pelayanan di puskesmas. Pada tataran pelaksana kadang karyawan bingung, antara SMM ISO 9001:2008 dengan akreditasi. Penerapan sistem standar wajib, kalau bisa salah satu saja, karena yang ada di SMM ISO 9001:2008 sudah ada di akreditasi. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan Shaw, *et al* (2010), bahwa tidak ada perbedaan substansial antara akreditasi dan

sertifikasi ISO. Konfirmasi hasil analisis statistik ada perbedaan signifikan dengan sistem audit eksternal, tampak jelas kualitas stuktur dan prosedur.

Akreditasi lebih dipilih karena sifatnya wajib. Untuk menjalankan dua-duanya cukup berat, tetapi apabila bisa dijembatani pada saat penilain SMM ISO dibolehkan dengan dokumen akreditasi, sebagai langkah stategis. SMM ISO 9001:2008 dianggap hanya sepertiganya akreditasi, dua-duanya ada kelebihan dan kekurangan.

