MANAJEMEN KINERJA BIDAN SEBAGAI STRATEGI DALAM PENINGKATAN MUTU KLINIS

Dyan Oktaviani
Prodi Pendidikan Profesi Bidan Politeknik Bhakti Asih Purwakarta

ABSTRACT

Latar Belakang: Pengembangan Manajemen Kinerja/PMK (Performance Management Development) menjadi strategi nasional untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis, khususnya pelayanan keperawatan dan kebidanan. Sebagai strategi untuk meningkatkan kualitas layanan klinis, implementasi PMK harus ditinjau dalam kerangka tata kelola klinis.
Tujuan: Mengkaji implementasi PMK berdasarkan kerangka tata kelola klinis sebagai strategi nasional peningkatan mutu pelayanan klinis baik di rumah sakit maupun puskesmas.
Metode: Mengkaji latar belakang konseptual PMK, dan hasil kajian evaluasi pelaksanaan PMK di Kabupaten Purwakarta dalam kerangka tata kelola klinis.
Hasil: Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) merupakan strategi yang cepat dan tepat untuk meningkatkan kualitas pelayanan klinis dalam kerangka tata kelola klinis dalam sistem mikro pelayanan klinis ketika diintegrasikan dalam sistem mutu yang ada. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) sangat bermanfaat bagi perawat dan bidan dalam meningkatkan kualitas pelayanannya, meskipun manfaatnya bagi pasien belum dievaluasi. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) memberikan landasan dasar bagi penerapan tata kelola klinis jika diterapkan berdasarkan model awal. Penekanan yang kuat harus diberikan pada advokasi kepada pemangku kepentingan untuk mendapatkan dukungan dan komitmen, dan pada tahap tindak lanjut dengan sistem pembinaan dan pemantauan yang terencana dan mapan.
Kesimpulan: Sebagai strategi nasional peningkatan pelayanan klinis khususnya pelayanan keperawatan dan kebidanan, PMK merupakan strategi yang sederhana dan tepat untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis, PMK dapat dipandang sebagai strategi awal penerapan tata kelola klinis.

Kata Kunci: tata kelola klinis, manajemen kinerja, pelayanan klinis, kualitas klinis

PENGANTAR

Kinerja merupakan indikator keberhasilan pelayanan kesehatan yang mencerminkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam konteks good governance. Dalam domain pelayanan kesehatan, berbagai tingkat pelayanan dan asuhan pasien merupakan fokus utama, dengan perawatan keperawatan menjadi inti sepanjang kontinum perawatan.

Usaha untuk meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan klinis umumnya diinisiasi oleh perawat melalui sejumlah kegiatan, seperti gugus kendali mutu, implementasi standar keperawatan, pendekatan pemecahan masalah, dan audit keperawatan. Langkah-langkah perbaikan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia dimulai dengan uji coba gugus kendali mutu di Rumah Sakit (RS) Karawang dan Bekasi pada tahun 1988. Kemudian, perkembangan lebih lanjut terlihat dari penerapan berbagai strategi perbaikan mutu di Jawa Tengah yang dimulai pada tahun 1990, termasuk pelatihan dan implementasi gugus kendali mutu di RSUD Tidar Magelang dan RSUD Purworejo. Penerapan Total Quality Management (TQM) dimulai di rumah sakit, dinas kesehatan kabupaten, dan puskesmas pada tahun 1994. Selanjutnya, quality assurance diterapkan di puskesmas, dan akreditasi RS untuk 5 pelayanan dimulai pada tahun 1997, diikuti dengan penerapan manajemen kinerja pada tahun 1998. Perbaikan mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan dan kebidanan dimulai pada tahun 1989 dengan diperkenalkannya proses keperawatan dan manajemen kebidanan yang

diikuti dengan pelatihan-pelatihan proses keperawatan dan manajemen kebidanan bagi perawat dan bidan yang bekerja di RS maupun puskesmas. Sistem Pengembangan Manajemen dan Kinerja Klinis (SPMKK) untuk perawat dan bidan pertama kali diperkenalkan oleh WHO pada tahun 2001 di Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Program ini kemudian diadopsi di tujuh provinsi lainnya dan diusulkan untuk dikembangkan di seluruh Indonesia. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 836/2005, SPMKK kemudian mengalami perubahan nama menjadi Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan (PMK), dan menjadi kebijakan nasional untuk meningkatkan mutu dan kinerja layanan keperawatan, baik di rumah sakit maupun puskesmas.

Mata rantai paling awal yang memerlukan perhatian dalam upaya peningkatan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan adalah persepsi dan pengalaman pasien serta masyarakat terhadap pelayanan yang mereka terima. Sistem mikro, sebagai mata rantai kedua, berinteraksi langsung dengan pasien dan masyarakat, bersama dengan dua mata rantai lainnya, yaitu konteks organisasi dan konteks lingkungan. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) mewakili suatu pendekatan untuk memperbaiki proses dalam sistem mikro, mendukung peningkatan kompetensi klinis perawat dan bidan agar dapat bekerja secara profesional, dengan mempertimbangkan etika, nilai-nilai, dan aspek hukum dalam pelayanan kesehatan. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk meningkatkan kinerja klinis perawat dan bidan melalui penentuan peran dan fungsi yang jelas, pengembangan profesi, dan pembelajaran bersama.[2]

Sebagai langkah awal dalam meningkatkan kinerja layanan klinis dengan fokus pada bidang keperawatan dan kebidanan, perlu dipertimbangkan bagaimana penerapan Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) dapat diintegrasikan ke dalam kerangka regulasi klinis.

Tata Pengaturan Klinis *(Clinical Governance)*

Clinical governance adalah sebuah kerangka kerja yang memastikan akuntabilitas organisasi pelayanan kesehatan melalui peningkatan berkelanjutan dalam mutu pelayanan, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan memastikan penerapan standar pelayanan yang optimal dalam konteks pelayanan klinis. Penerapan clinical governance didasarkan pada prinsip-prinsip dasar, termasuk mengintegrasikan clinical governance sebagai bagian utama dari pelayanan, mengadopsi proses perubahan yang bersifat evolusioner daripada revolusioner, serta mengembangkan kerja tim dan kepemimpinan.

Pelayanan klinis perlu dilandasi hubungan yang harmonis antara pasien dan praktisi klinis, penyesuaian-penyesuaian perlu dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dan tata nilai pasien yang menjadi sumber pengendali asuhan. Selanjutnya pengambilan keputusan dan penyusunan standar pelayanan yang berbasis *evidens*, keamanan pasien, arus informasi yang tanpa hambatan, keterbukaan, kerja sama antarpraktisi klinis, dan efisiensi dalam pelayanan merupakan aturan-aturan dasar dalam perbaikan mutu pelayanan klinis.[4]

Keefektifan klinis mencerminkan sejauh mana suatu tindakan klinis tertentu, ketika diterapkan dalam konteks pelayanan kesehatan, dapat mencapai hasil yang diinginkan. Hal ini dilakukan dengan cara mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan, memperoleh manfaat kesehatan optimal dengan memperhitungkan keterbatasan sumber daya yang ada, serta mengacu pada bukti klinis terbaik dan terkini yang tersedia. Tingkat keberhasilan suatu tindakan klinis dan efisiensi biaya dalam mencapai manfaat tersebut merupakan indikator dari peningkatan efektivitas klinis dan keberhasilan implementasi tata pengaturan klinis.

Pengkajian mutu pelayanan klinis secara kritis dan sistematis, mulai dari tahap diagnosis, terapi, hingga penggunaan sumber daya untuk mencapai hasil klinis yang diharapkan, dilakukan melalui kegiatan audit klinis. Audit klinis dianggap sebagai elemen penting dalam tata pengaturan klinis, menjadi dasar untuk mengidentifikasi masalah dalam sistem pelayanan klinis, mencari potensi perbaikan, dan menerapkan tindakan perbaikan yang diperlukan.

Penerapan tata pengaturan klinis sangat tergantung pada ketersediaan dan profesionalisme sumber daya manusia yang menjadi pelaku kegiatan pelayanan klinis, yang dapat terwujud melalui mekanisme regulasi yang tepat dan pengembangan profesionalisme, baik melalui

pendidikan formal maupun pendidikan klinis berkelanjutan.

Mutu pelayanan tidak hanya tergantung pada pelayanan klinis yang memenuhi standar profesi, tetapi juga pelayanan yang berfokus padapelanggan. Oleh karena itu, keterlibatan pasien sebagai pengguna pelayanan sekaligus pengambil keputusan perlu mendapat perhatian dalam penerapan tata pengaturan klinis. Penyedia pelayanan perlu mengembangkan mekanisme untuk mengenal kebutuhan dan harapan pasien maupun mekanisme untuk menerima keluhan dan komplain untuk dipertimbangkan dalam penyusunan desain pelayanan, standar pelayanan, maupun pengambilan keputusan klinis.

Dengan adanya tuntutan yang semakin meningkat dari masyarakat terhadap layanan kesehatan dan dengan diberlakukannya Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29/2004, penting untuk mempertimbangkan penerapan manajemen risiko dalam penyelenggaraan pelayanan klinis. Penerapan manajemen risiko sebagai bagian integral dari tata pengaturan klinis, melibatkan proses pengenalan, evaluasi, dan upaya pencegahan risiko serta peristiwa yang merugikan, akan memberikan perlindungan baik bagi pasien maupun praktisi klinis.

Kerja tim menjadi unsur fundamental dalam struktur tata pengaturan klinis yang tidak dapat diabaikan, dan menjadi dasar keberhasilan dalam upaya peningkatan mutu klinis. Hal ini sejalan dengan kompleksitas pelayanan kesehatan yang melibatkan berbagai disiplin ilmu kesehatan di semua tingkat layana.

Keseluruhan struktur yang ada dalam tata pengaturan klinis akan berfungsi dengan baik jika didukung oleh sistem informasi dan manajemen pengetahuan *(knowledge management)* yang memadai. Tersedianya sistem informasi tersebut akan memberikan kemudahan bagi pasien dan praktisi klinis untuk berkomunikasi dan berinteraksi. Dengan adanya sistem informasi yang tertata dengan baik dan secara reguler dapat menyajikan bukti-bukti klinis terkini yang mendukung proses pengambilan keputusan klinis, maupun kegiatan-kegiatan penelitian klinis yang dilakukan di tempat kerja. Hal tersebut akan sangat bermanfaat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) dalam Kerangka Tata Pengaturan Klinis *(Clinical Governance)*

Struktur dasar PMK meliputi[5]: kejelasan tanggung jawab *(responsibility),* uraian kerja (*job description*), standar profesi (*professional standards*), standar organisasi (*organizational standards*), akuntabilitas (*accountability*), proses

pembelajaran melalui diskusi kasus reflektif (*reflective case discussion*), dan pelatihan keterampilan manajerial (*managerial skills training*). Profesionalisme sumber daya manusia merupakan struktur dasar tata pengaturan klinis pada PMK yang diawali dengan kejelasan tanggung jawab dan uraian kerja. Adanya kejelasan tanggung jawab perawat dan bidan, serta uraian kerja yang disusun pada awal penerapan PMK merupakan landasan bagi perawat dan bidan untuk melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan mereka.

Standar pelayanan disusun oleh perawat dan bidan berdasarkan standar profesi yang tersedia dan dijadikan pedoman pelaksanaan kerja dalam organisasi pelayanan kesehatan. Adanya standar yang menjadi pedoman asuhan pelayanan menjamin tindakan dan keputusan klinis yang dilakukan oleh perawat dan bidan agar dapat dipertanggungjawabkan secara profesional.

Meskipun audit klinis tidak dikerjakan dalam pendekatan PMK, indikator kinerja disusun dan dikembangkan, serta menjadi dasar akuntabilitas profesi dalam melaksanakan asuhan pasien. Penilaian pelayanan berdasar indikator tersebut secara periodik dikumpulkan dan dikaji sebagai dasar untuk melakukan upaya-upaya perbaikan dalam tata kelola klinis keperawatan dan kebidanan.

Proses pembelajaran untuk meningkatkan kompetensi dan perbaikan mutu asuhan dilakukan melalui diskusi kasus reflektif. Kasus dipilih bersama dalam tim untuk dibahas dan dikaji. Luaran dari diskusi kasus reflektif bukan mencari kesalahan, tetapi belajar dari kasus dan mencari peluang perbaikan, sehingga dapat mencegah kesalahan atau masalah yang sama.

Struktur dasar PMK merupakan titik-titik kritis dalam pelayanan klinis keperawatan dan kebidanan yang menentukan profesionalisme dan efektivitas asuhan. Dengan dibangunnya struktur dasar tersebut akan terbina hubungan harmonis perawat atau bidan dengan pasien karena adanya kejelasan tanggung jawab dan uraian kerja. Efektivitas klinis diupayakan melalui penerapan standar profesi dan pengembangan profesionalisme perawat dan bidan melalui pelatihan keterampilan manajerial dan diskusi kasus reflektif. Meskipun audit klinis bukanmerupakan struktur dari PMK, pelaksanaan diskusikasus reflektif dan indikator klinis yang disepakati, serta digunakan untuk monitoring pelayanan menjadi cermin akuntabilitas asuhan dan menjadi dasar dalam menentukan sasaran perbaikan yang dapat menggantikan fungsi audit klinis.

Berbagai upaya dapat dilakukan sebagai jalan masuk untuk mengawali perbaikan mutu dan kinerja pelayanan klinis, antara lain dengan menerapkan standar pelayanan klinis, *integrated clinical care pathway*, ataupun kegiatan yang bersifat *problem solving based* pada sistem terdepan pelayanan. Demikian juga, PMK yang titik tangkapnya pada sistem mikro dapat dikembangkan dalam skala lebih luas yang perlu didukung dengan berfungsinya sistem manajemen mutu dan arus informasi yang memadai. Keberhasilan upaya perbaikan pada sistem mikropelayanan keperawatan melalui PMK akan menimbulkan momentum perbaikan pada sistem pelayanan klinis yang lebih luas. Demikian juga pada sistem penunjang pelayanan. Dengan dukungan kebijakan, kepemimpinan dan komitmen, kegiatan perbaikan mutu dapat dipadukan menjadi suatu sistem tata pengaturan klinis yang terintegrasi.

Implementasi Pengembangan Manajemen Klinis (PMK) sebagai Strategi Peningkatan Mutu Klinis

Penerapan PMK diawali dengan uji coba di Kabupaten Magelang, Jawa Tengah, dan Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta baik di RS maupun di puskesmas dengan langkah implementasi sebagai berikut. 1). Persiapan yang berupa advokasi kepada *stakeholders* di kabupaten, pelatihan pelatih, dan *strategic meeting.* 2). Pelatihan dan implementasi di RS dan puskesmas, yang meliputi kegiatan: a. Kajian lapangan dan umpan balik terhadap kondisi pelayanan keperawatan dan kebidanan saat ini yang dilaksanakan selama satu hari, b. Pelatihan manajerial untuk perawat dan bidan blok 1 dan blok 2 masing-masing dua sampai tiga hari, yang dilanjutkan dengan, c. *Workshop* 1 di puskesmas dan RS yang merupakan tindak lanjut pelatihan dan membahas bagaimana aplikasi di lapangan, d. Pelatihan manajerial untuk perawat dan bidan blok 3 yang dilaksanakan selama dua hari, dilanjutkan dengan e. *Workshop* 2 di puskesmas dan di RS, f. Pelatihan blok 4 selama dua hari yang ditindaklanjuti dengan implementasi, pembimbingan, pemantauan, dan evaluasi setelah kegiatan berjalan selama 3 bulan.[2] Model tersebut kemudian disederhanakan dengan menggabungkan pelatihan manajerial untuk perawat dan bidan yang semula 4 blok menjadi 2 blok.

Uji coba tersebut ditindaklanjuti di Jawa Tengah dengan *roll out* ke kabupaten-kabupaten yang merupakan lokasi Proyek *Safemotherhood* dan Proyek Kesehatan 5. Sebagai akibat dari penyesuaian persyaratan proyek dan keterbatasan sarana terjadi modifikasi dalam pelaksanaan *roll-out* tersebut baik dalam persiapan, penyelenggaraan pelatihan, implementasi, maupun pembimbingan dan pemantauan. Advokasi pada tahap persiapan tidak dilakukan secara optimal yang diakibatkan kurangnya dukungan dari *stakeholders*. Penerapan di lokasi Proyek *Safemotherhood* terjadi modifikasi terhadap penyelenggaraan pelatihan yang semula 4 blok dijadikan menjadi satu paket pelatihan dalam kelas di balai pelatihan selama 10 hari, dan pembimbingan di lapangan hanya dilakukan dua kali. Di lokasi Proyek Kesehatan 5, pelatihan digabungkan menjadi 2 blok, pembimbingan lapangan tidak dilakukan, dan pemantauan dilakukan 3 bulan setelah pelaksanaan.

Hasil evaluasi terhadap pelaksanaan di 3 kabupaten[6] yaitu Kabupaten Magelang mewakili model awal, Kabupaten Purworejo mewakili lokasi Proyek Kesehatan 5, dan Kabupaten Cilacap mewakili Proyek *Safemotherhood* menunjukkan bahwa advokasi pada *stakeholders*, komitmen *stakeholders* dan pelaksana, serta pembimbingan (*coaching*) dan pemantauan (*monitoring*) di lapangan sangat menentukan keberlangsungan kegiatan peningkatan manajemen kinerja klinis. Dengan demikian, penerapan PMK sebaiknya mengikuti dengan cermat langkah-langkah yang ada dalam pedoman, mulai tahapan persiapan, pelaksanaan, sampai pada pembimbingan, pemantauan, dan evaluasi.

Hasil evaluasi juga menunjukkan adanya beberapa kendala dalam pelaksanaan upaya peningkatan manajemen kinerja perawat dan bidan. Beberapa hambatan tersebut meliputi: kurangnya efektivitas mekanisme pemantauan kegiatan, baik di puskesmas, rumah sakit, maupun dinas kesehatan kabupaten; kesulitan dalam memahami modul pelatihan; keterbatasan sumber daya finansial; belum terlibatkannya dokter dalam usaha meningkatkan kinerja klinis; minimnya upaya sosialisasi internal; kurangnya komitmen dari stakeholder dan pelaksana; serta belum terintegrasi dengan kegiatan jaminan mutu.

Meskipun dari hasil evaluasi manfaat penerapan PMK yang dirasakan oleh pasien belum dapat secara jelas ditunjukkan, tetapi diperoleh manfaat bagi petugas kesehatan yaitu adanya kejelasan tugas dan tanggung jawab, sehingga bidan dan perawat lebih paham yang harus dikerjakan dan batasan kewenangan mereka, peningkatan disiplin kerja, peningkatan pengetahuan tentang kinerja klinis, timbul dorongan untuk belajar, dan motivasi untuk bekerja sesuai standar.

Uji coba *roll out* pada pelayanan medis telah dilakukan dengan difokuskan pada upaya menekan terjadinya infeksi di RS Muntilan dan menunjukkan manfaat PMK dalam menekan terjadinya infeksi melalui dibentuknya komite pengendalian infeksi, tim pencegahan dan pengendalian infeksi dengan tugas dan fungsi yang jelas, disusun dan dilaksanakannya program-program umum pengendalian infeksi, yang meliputi: *universal precaution, surveilans*, pengendalian *outbreak*, penyusunan kebijakan dan prosedur kerja, serta pelatihan. Indikator program pengendalian infeksi juga disusun sebagai dasar akuntabilitas pelayanan.[7]

Memperhatikan hasil uji coba dan evaluasi pelaksanaan PMK di Jawa Tengah, PMK merupakan pendekatan yang strategis untuk memulai penerapan tata pengaturan klinis yang diawali pada sistem mikropelayanan, khususnya sistem pelayanan keperawatan dan sistem pelayanan kebidanan. Proses pembelajaran melalui penerapan PMK akan mengubah cara pandang praktisi klinis dalam memberikan pelayanan dan asuhan kepada pasien, serta mendorong untuk mengupayakan yang terbaik bagi pasien. Diawali dengan perubahan cara pandang praktisi klinis untuk bersedia berperan dalam upaya perbaikan mutu klinis, kegiatan PMK dapat diadopsi oleh profesi selain perawat dan bidan. Demikian juga struktur tata pengaturan klinis yang lain dapat dibangun, sehingga akan terangkai suatu tatanan yang terpadu dalam peningkatan mutu dan kinerja pelayanan klinis.

Penerapan PMK menunjukkan ruang gerak perbaikan mutu klinis yang berfokus pada sistem mikro, dapat menjadi *initial strategy* untuk penerapan tata pengaturan klinis yang mempunyai lingkup yang lebih luas. Prinsip dasar tata pengaturan klinis telah diterapkan dalam tahapan kegiatan pelaksanaan PMK yaitu kejelasan tanggung jawab, pengembangan standar profesi, akuntabilitas, pembelajaran, dan diskusi kasus reflektif yang sebenarnya merupakan bentuk audit klinis yang dilakukan oleh perawat dan bidan. Sebagai langkah awal menuju diterapkannya tata pengaturan klinis yang terintegrasi dalam kegiatan perbaikan mutu suatu organisasi pelayanan kesehatan, PMK dapat dipandang sebagai strategi yang tepat.

KESIMPULAN

Penerapan Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) merupakan langkah yang efektif sebagai cara untuk mengintegrasikan tata pengaturan klinis (clinical governance) baik di rumah sakit maupun di puskesmas. PMK membentuk struktur dasar yang esensial dalam membangun fondasi awal untuk pengembangan tata pengaturan klinis. Keberhasilan implementasi PMK sangat bergantung pada dukungan serta komitmen dari stakeholders dan pelaksana, kepemimpinan yang kuat, serta kegiatan pembinaan dan pemantauan yang berkelanjutan.

Langkah-langkah pelaksanaan PMK, mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan, evaluasi, hingga perluasan ke lokasi pelayanan atau profesi lainnya, sangat dipengaruhi oleh dukungan stakeholders baik di dalam maupun di luar organisasi pelayanan. Proses pelaksanaan PMK mencakup penerapan standar profesi, ketaatan pada uraian kerja, pengembangan kompetensi, dan pelaksanaan diskusi kasus reflektif. Pada tahap awal, pembinaan dan pemantauan yang berkesinambungan menjadi krusial, dan hal ini menjadi fondasi yang dapat dikembangkan dalam konteks tata pengaturan klinis yang terintegrasi. Dengan peningkatan mutu asuhan klinis oleh perawat dan bidan melalui PMK, yang kemudian dapat diperluas untuk praktisi klinis lainnya dalam suatu sistem yang terpadu, diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang profesional kepada masyarakat.

KEPUSTAKAAN

1. Ainurrahmah, Yusni. (2017). Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan. Jurnal Publik. Vol. 11; No. 02; 2017; 239-256. P-ISSN:1412-7083. E-ISSN: 2579-9266.
2. WHO. Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas. WHO-SEA-Nurs-429, Mei. 2002.
3. Swage, T. Clinical Governance in Health Care Practice. Butterworth-Heinemann. 2000. Oxford.
4. Wright, J., Hill, P. Clinical Governance, Churchil and Livingstone, 2003;1:19-35.
5. Dewsbury, C. Making sense of clinical governance, The Pharmaceutical Journal. 2001;267(December 15).
6. WHO. The Steps to Implement the Clinical Performance Development Management System to nurse and midwife in Hospital and Health Center, WHO-MOH, May 2004.
7. CHSM-WHO. Progress Report: Improving Quality of the CPDMS implementation, CHSM-WHO, Yogyakarta. 2005a.
8. CHSM-WHO. Progress Report: The Implementation of CPDMS for Infection Control Program in the hospital, CHSM-WHO. Yogyakarta. 2005b.
9. Sundari. (2019). Manajemen Kinerja. Universitas Pertahanan. Bogor.
10. Susilawati. (2017). Kinerja Pegawai Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan (Studi Pada Puskesmas Kutalimbaru). Skripsi. FIA. USU.
11. Tarumaselej, Lita Astrid. (2020). Pengaruh Manajemen Puskesmas Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas Di Kota Ambon. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin. Makassar.
12. Widianti, Rosie Fitria, dkk. (2017). Kinerja Pegawai Puskesmas Dalam Pelayanan Kesehatan Di Kecamatan Sangatta Selatan Kabupaten Kutai Timur. eJournal Ilmu Pemerintahan, 2017, 6 (1): 185-198. ISSN 2477-2458 (online). ISSN 2477-2631 (cetak). ejournal.ip.fisip-unmul.ac.id