

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber manusia. Hak masyarakat adalah mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman baik pelayanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional maka pemerintah maupun swasta menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu serta pelayanan kesehatan yang baik. Puskesmas dan klinik merupakan ujung tombak serta *gate keeper* dalam memberikan pelayanan klinis kepada masyarakat dan harus bisa menyediakan pelayanan klinis tingkat pertama yang aman dan bermutu.

Agar dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, perlu dibakukan dan dikembangkan sistem pelayanan klinis yang minimal dari variasi proses yang terjadi akibat kurang optimalnya pengukuran, monitoring, pengendalian, pemeliharaan, pendokumentasian terhadap proses pelayanan klinis maupun manajemen pelayanan, dan berjalannya perbaikan sistem pelayanan yang

berkesinambungan (Kemenkes RI, 2015).

Untuk meminimalkan variasi proses tersebut diatasi dengan dibakukannya sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan klinis yang ditindaklanjuti dengan perbaikan mutu yang berkesinambungan serta diterapkannya kaidah-kaidah keselamatan pasien, serta selalu dilakukan upaya perbaikan proses pelayanan secara berkesinambungan dan konsisten, maka perlu dilakukan penilaian akreditasi terhadap Puskesmas dan klinik.

Penilaian akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) mengacu pada Permenkes No. 46 tahun 2015 yaitu tentang akreditasi Puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Dalam peraturan tersebut pada pasal selanjutnya juga dijelaskan untuk akreditasi Puskesmas dan klinik pratama dilakukan setiap 3 (tiga) tahun, sedangkan pada tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan setiap 5 (lima) tahun.

Tujuan dari akreditasi adalah untuk meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta klinik, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi. Selain itu akreditasi fasilitas kesehatan juga bertujuan untuk meningkatkan kinerja klinik, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat.

Akreditasi merupakan salah satu mekanisme regulasi yang bertujuan untuk mendorong upaya peningkatan mutu dan kinerja pelayanan Fasilitas

Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Akreditasi pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah proses penilaian eksternal oleh lembaga independen yang diberikan kewenangan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02/ Menkes / 59 / 2105 untuk menilai apakah sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan maupun upaya pokok sesuai dengan standar yang telah ada.

Pada akreditasi klinik, penilaian dilakukan terhadap manajemen klinik dan penyelenggaraan klinis dengan menggunakan standar akreditasi klinik yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Maka terlihat bahwa akreditasi merupakan suatu hal yang wajib bagi klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, maupun tempat praktik mandiri dokter gigi. Namun kenyataannya masih saja terdapat beberapa fasilitas kesehatan yang belum terakreditasi.

Berdasarkan Permenkes No. 46 tahun 2015, capaian akreditasi puskesmas di Jawa Timur adalah 99,48%. Menurut data terakhir dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada bulan Juni tahun 2020 terdapat 963 Puskesmas yang sudah terakreditasi dari jumlah total 968 puskesmas. Dinas Kesehatan Kota Surabaya pada tahun 2020 telah menyelesaikan akreditasi di 63 Puskesmas. Data klinik pratama yang sudah terakreditasi di Jawa Timur sampai bulan Juni 2020 adalah 37 klinik pratama dari total 1526 klinik pratama dengan prosentase 2,4% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur). Sedangkan data klinik pratama di kota Surabaya ada 230 yang terdiri dari 10 rawat inap dan 220 rawat jalan.

Tabel 1.1 Status akreditasi klinik pratama berdasarkan jenis pelayanan di Surabaya

Klinik pratama	Status Akreditasi			
	Sudah terakreditasi		Belum terakreditasi	
	Σ	%	Σ	%
Rawat Inap	10	0	10	100
Rawat Jalan	220	2	218	99,9
Jumlah	230	0	228	99,9

Sumber: *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2019*

Jumlah klinik pratama di kota Surabaya sebanyak 230 namun baru 2 klinik pratama yang sudah terakreditasi (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2019). Pada tabel 1.1 menunjukkan bahwa hanya 1% klinik pratama yang ada di Kota Surabaya sudah terakreditasi.

Klinik pratama sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) baik milik pemerintah maupun swasta memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kontraknya dengan BPJS Kesehatan. Untuk memenuhi persyaratan kerjasama dengan BPJS dipersyaratkan sudah terakreditasi sebagai syarat rekredensialing sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Permenkes Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Tabel 1.2 Klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS berdasarkan Kepemilikan di Surabaya

Kepemilikan Klinik Pratama	Σ	Status Kerjasama dengan BPJS			
		Sudah	%	Belum	%
Swasta	207	87	43	120	57
TNI/Polri	23	23	100	0	0
Total	230	110		120	

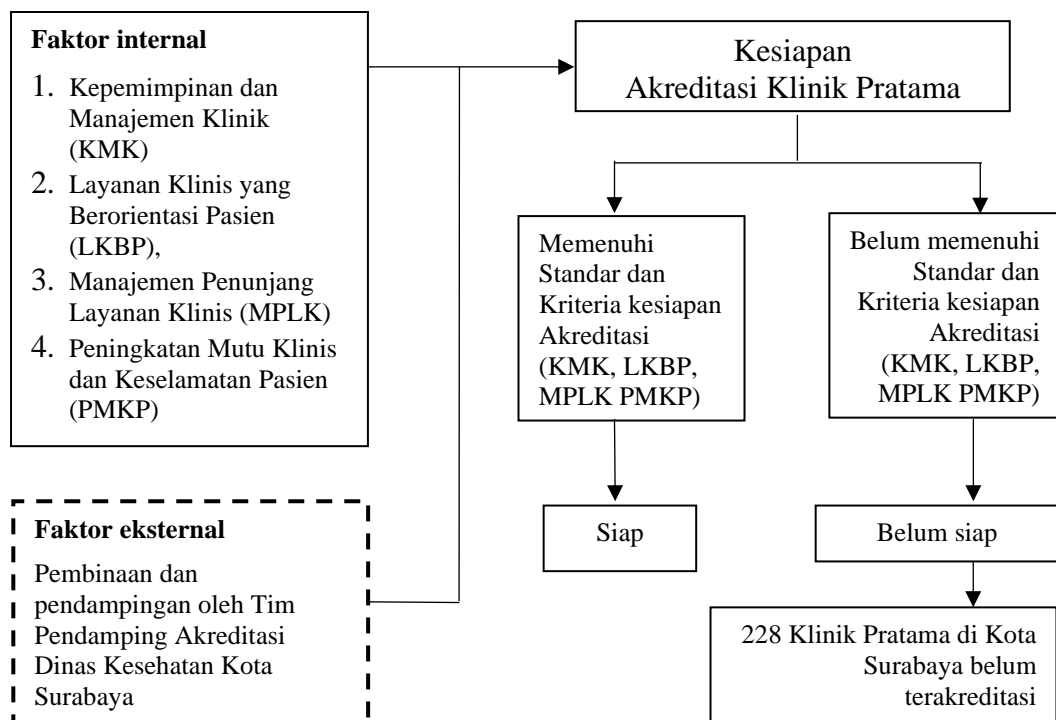
Sumber: *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2019*

Berdasarkan tabel 1.2 diatas, 57% klinik pratama milik swasta belum bekerjasama dengan BPJS yaitu sejumlah 120, sedangkan semua klinik pratama milik TNI/Polri dan Kementrian sudah bekerjasama dengan BPJS sejumlah 23. Dari total klinik sebanyak 230 hanya 2 klinik pratama yang terakreditasi atau 1% sudah terakreditasi.

Berdasarkan uraian data yang disajikan maka masalah yang diangkat adalah 228 klinik pratama yang ada di Kota Surabaya belum terakreditasi.

1.2 Kajian Masalah

Banyak faktor yang kemungkinan menjadi penyebab klinik pratama yang ada di Surabaya belum terakreditasi pada tahun 2019 sebagai berikut:



Gambar 1.1 Kajian Masalah Penelitian

Klinik pratama merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi gerbang utama peserta BPJS mengakses layanan kesehatan dasar. Untuk bisa bekerjasama dengan BPJS, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) harus memenuhi persyaratan lulus akreditasi sehingga diharapkan memiliki mutu yang bisa diunggulkan dan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar yang ada. Kesiapan akreditasi sebuah klinik bisa dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal.

1.2.1 Faktor Internal

Faktor internal yang dimaksud terdiri dari Kepemimpinan dan Manajemen Kesehatan (KMK), Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP), Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK), dan Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP) mempunyai peran penting dalam kesiapan akreditasi. Masing-masing Bab mempunyai beberapa standar dan kriteria serta elemen penilaian masing-masing. Standar dan kriteria kesiapan akreditasi disusun mengacu pada Permenkes No. 46 tahun 2015 tentang akreditasi Puskesmas, klinik pratama, tempat praktek mandiri dokter dan tempat praktek mandiri dokter gigi.

1. Kepemimpinan dan Manajemen Kesehatan (KMK).

Kesenjangan yang sering terjadi pada Bab ini adalah tata kelola sarana, pengorganisasian, pengelolaan klinik, pengelolaan keuangan (beberapa klinik banyak tidak membuat perencanaan anggaran berdasarkan data dan informasi, hak kewajiban pengguna, kontrak kerja, pemeliharaan sarana prasarana dan ketenagaan yang masih belum memenuhi standar.

a) Tata Kelola Sarana.

Klinik harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruang, prasarana, peralatan, dan ketenagaan. Pendirian klinik perlu memperhatikan tata ruang daerah dan kebutuhan pelayanan sesuai rasio ketersediaan pelayanan kesehatan dengan jumlah penduduk. Analisis yang mempertimbangan tata ruang daerah, rasio ketersediaan pelayanan kesehatan, dan jumlah penduduk dituangkan dalam rencana strategis klinik atau rencana pembangunan klinik dan mempunyai perijinan yang berlaku. Bangunan klinik harus bersifat permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain. Persyaratan lingkungan sehat merupakan salah satu syarat yang menunjang tata kelola klinis.

b) Pengorganisasian dan Pengelolaan Klinik.

Setiap organisasi baik berupa fasilitas kesehatan mempunyai Struktur organisasi. Penyusunan struktur organisasi sebagai langkah awal dalam memulai pelaksanaan kegiatan organisasi tersebut dengan kata lain penyusunan struktur organisasi adalah langkah terencana dalam suatu organisasi untuk melaksanakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan. Struktur organisasi merupakan sebuah kerangka kerja formal organisasi dimana dengan kerangka kerja beberapa tugas pekerjaan dapat dibagi-bagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan. Apabila beberapa definisi ini dihubungkan dengan proses perencanaan kegiatan dan anggaran, maka tiap bagian dalam suatu organisasi dalam menyusun rencana kegiatan akan disesuaikan dengan tugas pokok dan

fungsinya (tupoksi). Demikian pula alokasi anggaran, akan didistribusikan mengikuti tugas dan fungsi organisasi. Dalam proses penyusunan anggaran berbasis kinerja prinsip ini dikenal dengan istilah *money follow function, function followed by structured* (Robbins, 2007).

Sebelum membuat pembagian tugas pokok dan fungsi, perlu disusun pengorganisasian yang jelas, sehingga setiap karyawan yang memegang posisi baik pimpinan, penanggung jawab dan pelaksana akan melakukan tugas sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan yang diberikan. Disamping juga kompetensi pengelola dan pelaksana harus sesuai standar, harus adanya orientasi karyawan baru, penetapan visi, evaluasi kinerja pengelolaan dan pelaksanaan misi, tujuan, dan tata nilai, arah strategi pelaksanaan pelayanan, perencanaan operasional, pimpinan klinik melakukan koordinasi internal dan eksternal, pedoman dan prosedur didokumentasikan dan dikendalikan, komunikasi internal, meminimalkan risiko di lingkungan kerja, meminimalkan risiko di lingkungan kerja, dan monitoring pelaksanaan dan pencapaian.

c) Pengelolaan Keuangan.

Pengelolaan keuangan mencakup profesionalisme dalam pengelolaan keuangan dan pengelolaan keuangan sesuai peraturan yang berlaku. Keterlibatan pemangku jabatan dan pelaksana, adanya kejelasan tanggung jawab pengelola keuangan, kejelasan penggunaan anggaran, kejelasan pembukuan, mekanisme melakukan audit, serta hasil audit penilaian kinerja keuangan menunjang profesionalisme dalam pengelolaan

keuangan. Sedangkan tersedianya SK penetapan dan uraian tugas pengelola keuangan, pengelolaan keuangan sesuai dengan standar, peraturan, rencana termasuk laporan dan pertanggung jawaban Keuangan serta audit dan tindak lanjut pengelolaan keuangan akan menunjang pengelolaan keuangan sesuai peraturan yang berlaku

d) Data dan informasi.

Data dan informasi meliputi identifikasi kebutuhan data dan informasi, jenis data dan pengelolanya, SOP pengumpulan, penyimpanan, dan pencarian kembali serta analisis data, pelaporan dan distribusi informasi, evaluasi dan tindak lanjut.

e) Hak dan kewajiban pengguna, kontrak kerja.

Ketersediaan SK Kepala Klinik tentang hak dan kewajiban pengguna layanan, sosialisasi kepada masyarakat dan pihak terkait serta SK dan SOP penyelenggaraan klinik mencerminkan hak dan kewajiban pengguna sangat menunjang terhadap pemenuhan standar hak kewajiban pengguna. Proses pemilihan pihak ketiga dengan kriteria yang jelas serta tersedianya SK Kepala Klinik terkait dengan penyelenggaraan kontrak kerja dan penetapan pengelola kontrak kerja yang didukung dokumen jelas dan sesuai peraturan, monitor dan evaluasi kinerja pihak ketiga dapat memenuhi standar kontrak kerja.

f) Pemeliharaan sarana prasarana.

Prasarana klinik adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya pelayanan di klinik. Prasarana klinik meliputi instalasi

sanitasi, instalasi listrik, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, ambulans (khusus untuk klinik yang menyelenggarakan rawat inap), sistem gas medis, sistem tata udara, sistem pencahayaan, ambulans dan prasarana lainnya sesuai kebutuhan

Permasalahan yang sering terjadi adanya ketidaksesuaian antara pelaksanaan dan pendokumentasian sarana dan peralatan dengan standar dan kriteria yang sudah ditentukan. Ketersediaan SK dan uraian Tugas guna penetapan penanggung jawab inventaris barang klinik, inventarisasi sarana dan peralatan klinik, program kerja pemeliharaan sarana dan peralatan klinik kadang belum ada. Pelaksanaan pemeliharaan sarana dan peralatan klinik serta gudang (ketersediaan tempat dan memenuhi persyaratan & peraturan pengelolaan barang dan bahan berbahaya) belum terpenuhi. Program kerja kebersihan lingkungan klinik sampai dengan pelaksanaan kebersihan lingkungan klinik, program kerja perawatan kendaraan, dan pelaksanaan pemeliharaan kendaraan serta pencatatan dan pelaporan barang inventaris dapat memenuhi standar pelaksanaan dan pendokumentasian sarana dan peralatan.

g) Ketenagaan

Ketenagaan klinik berperan penting dalam memberikan pelayanan yang aman, bermutu dan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan yang berlaku. Ketenagaan klinik rawat jalan terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan ketenagaan klinik rawat inap terdiri

atas tenaga medis tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga gizi, tenaga analis kesehatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

Jumlah tenaga kesehatan yang ada di klinik pratama sangat terbatas jumlahnya, sehingga sangat kurang untuk memberikan pelayanan sekaligus sebagai tenaga pelaksana akreditasi (Tim Akreditasi Klinik). Kompetensi tenaga kesehatan yang memadai merupakan faktor paling penting dalam pelayanan kesehatan. Sementara banyak elemen penilaian dari instrument akreditasi yang menuntut bahwa ketenagaan yang ada di klinik pratama harus sesuai dengan kompetensinya.

Disisi lain keterbatasan anggaran juga menjadi salah satu alasan klasik tidak adanya dana yang digunakan untuk akreditasi bagi klinik pratama, baik untuk pemenuhan SDM sesuai kompetensi, pembelian peralatan kesehatan, laboratorium, pembangunan sarana prasarana dan lainnya. Diperlukan perencanaan yang baik untuk dapat membuat skala prioritas agar dana bisa tersalurkan ke bagian yang paling dibutuhkan saat ini antara lain perencanaan akreditsi bagi kliniknya serta yang terpenting adalah kepemimpinan dari pemilik dan manajemen klinik.

2. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP).

Kesenjangan yang sering ditemukan pada Bab ini adalah pelayanan dari pendaftaran hingga pemulangan dan rencana tindak lanjut belum memenuhi standar yang sudah ditentukan.

Kebutuhan pasien perlu diperhatikan, diupayakan dan dipenuhi sesuai dengan misi dan sumber daya yang tersedia di klinik. Keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dapat diperoleh pada saat pendaftaran. Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi, maka dapat dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi keselamatan pasien dan petugas sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien kontak dengan klinik, dengan demikian prosedur pendaftaran sudah mencerminkan penerapan upaya keselamatan pasien, terutama dalam identifikasi pasien.

Pasien membutuhkan informasi yang jelas di tempat pendaftaran, oleh karena itu informasi pendaftaran harus tersedia dengan jelas yang dapat dengan mudah diakses dan dipahami oleh pasien. Penyediaan informasi kepada pasien memperhatikan latar belakang budaya dan bahasa yang dimiliki oleh pasien.

Hak pasien dan keluarga merupakan salah satu elemen dasar dari proses pelayanan di klinik, yang melibatkan petugas, pasien dan keluarga. Oleh karena itu, SK dan SOP harus ada dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa petugas klinik yang terkait dalam pelayanan pasien memberi respons terhadap hak pasien dan keluarga, ketika mereka melayani pasien. Hak pasien tersebut perlu dipahami baik oleh pasien maupun oleh petugas yang memberikan pelayanan, oleh karena itu pasien perlu mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien sejak proses pendaftaran.

3. Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK).

Kesenjangan yang sering terjadi pada bab ini adalah pelayanan penunjang yang tersedia di klinik hingga tata kelola, peralatan maupun sumber daya lainnya belum memenuhi standar.

Pelayanan laboratorium tersedia tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan pengkajian pasien, serta mematuhi standar, hukum dan peraturan yang berlaku.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang kompeten dan berpengalaman untuk melakukan dan/atau menginterpretasikan hasil pemeriksaan.

Petugas laboratorium yang melaksanakan dipastikan mendapat pelatihan secara baik dan adekuat, berpengalaman, punya keterampilan dan diorientasikan pada pekerjaannya. Petugas analis laboratorium/penunjang diagnostik diberikan tugas, sesuai dengan latihan dan pengalamannya. Jumlah dan jenis petugas untuk melaksanakan tes laboratorium cukup dan tersedia selama jam pelayanan dan untuk gawat darurat. Perlu ada jenis pelayanan laboratorium/penunjang diagnostik yang tersedia di klinik.

4. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP).

Kesenjangan pada Bab ini sering terjadi pada perencanaan, monitoring serta evaluasi terkait mutu layanan klinis dan keselamatan yang belum memenuhi standar.

Mutu layanan klinis tidak hanya ditentukan oleh system pelayanan yang ada, tetapi juga perilaku dalam pemberian pelayanan. Tenaga klinis perlu melakukan evaluasi terhadap perilaku dalam pemberian pelayanan dan

melakukan upaya perbaikan baik pada system pelayanan maupun perilaku pelayanan yang mencerminkan budaya keselamatan dan budaya perbaikan pelayanan klinis yang berkelanjutan. Upaya peningkatan mutu layanan klinis, dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis yang memberikan asuhan pasien. Tenaga klinis adalah dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab melaksanakan asuhan Pasien. Tenaga klinis wajib berperan aktif mulai dari identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, melakukan analisis, menyusun rencana perbaikan, melaksanakan, dan menindaklanjuti. Identifikasi permasalahan mutu layanan klinis, potensi terjadinya risiko dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator pelayanan klinis yang ada oleh klinik dengan acuan yang jelas. Upaya keselamatan pasien dilakukan untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), yaitu cedera atau hasil yang tidak sesuai dengan harapan, yang terjadi bukan karena kondisi pasien tetapi oleh karena penanganan klinis (*clinical management*). Penanganan klinis yang tidak sesuai kadang tidak menimbulkan cedera, maka kejadian ini disebut dengan Kejadian Tidak Cedera (KTC).

1.2.2 Faktor Eksternal

Pelaksanaan akreditasi dan perencanaan anggaran tidak hanya dilakukan oleh Puskesmas saja, tetapi klinik pratama, praktik dokter mandiri, maupun praktik dokter gigi mandiri juga wajib terakreditasi menurut peraturan yang telah ada. Akreditasi tidak akan berjalan jika tidak ada perencanaan tahun sebelumnya. Selain itu seharusnya ada dukungan dari pihak terkait diantaranya dukungan dari Dinas

Kesehatan Kota Surabaya, misalnya berupa pendampingan persiapan akreditasi kepada klinik pratama yang sudah siap untuk akreditasi oleh Tim Pendamping Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Keterbatasan jumlah Tim Pendamping Akreditasi yang ada di Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang saat ini masih fokus untuk menyelesaikan akreditasi 63 puskesmas yang belum selesai. Sumber daya manusia sebagai Tim Pendamping Akreditasi mungkin perlu ditambah jika nantinya akan dilakukan reakreditasi puskesmas dan klinik pratama secara bersamaan. Kesimpulannya dukungan dari pihak terkait itu perlu agar terselenggaranya kegiatan di suatu organisasi.

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran kesiapan akreditasi klinik pratama di Kota Surabaya berdasarkan hasil *self assestment*?
2. Bagaimana gambaran isu strategis kesiapan akreditasi klinik pratama di Kota Surabaya?
3. Bagaimana gambaran rencana kerja (*plan of action*) kesiapan akreditasi klinik pratama di Kota Surabaya?
4. bagaimana gambaran anggaran kesiapan akreditasi klinik pratama di kota Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran kesiapan akreditasi klinik pratama sebagai dasar penyusunan anggaran akreditasi klinik pratama di kota Surabaya pada tahun 2020.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hasil *self assestment* klinik pratama di Kota Surabaya
2. Menganalisis isu strategis kesiapan akreditasi klinik pratama di Kota Surabaya
3. Menganalisis rencana kerja (*plan of action*) kesiapan akreditasi klinik pratama di Kota Surabaya
4. Menganalisis anggaran kesiapan akreditasi klinik pratama di Kota Surabaya

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Asosiasi Klinik

1. Secara normatif dibutuhkan oleh klinik pratama dalam menjalankan kegiatan persiapan dan pelaksanaan akreditasi.
2. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi untuk memperbaiki proses dan komitmen pengalokasian anggaran untuk klinik yang lain.

1.5.2 Bagi Pemilik Klinik

1. Hasil perhitungan proporsi dan estimasi anggaran kegiatan persiapan pelaksanaan akreditasi di klinik dapat digunakan sebagai dasar yang obyektif dalam proses perencanaan dan penetapan alokasi anggaran bagi klinik.

2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan advokasi rencana anggaran akreditasi klinik kepada tim anggaran maupun pemilik klinik.

1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan

1. Hasil penelitian ini akan memperkaya perkembangan ilmu pengetahuan dan penerapannya dalam bidang kesehatan dan menambah khasanah perpustakaan Institusi.
2. Sebagai bahan evaluasi penerapan ilmu di lapangan, khususnya di klinik pratama, Assosiasi Klinik (Asklin dan PKFI), dan Dinas Kesehatan.

1.5.4 Bagi Peneliti

1. Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yg didapat saat kuliah.
2. Merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Minat Studi Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.