

Evaluasi Pasca Pelatihan AMTC BBPK Ciloto 2024: Implementasi Kompetensi, Dampak Kinerja, Dukungan dan Hambatan

Nina Hernawati^{a,1,*}, Oktarina Permatasari^{a,2}

^aBalai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Ciloto, Jl.Raya Puncak KM.90, Cianjur, 43253

¹nnhernawati@gmail.com*, ²oktarina.tari@gmail.com

* corresponding author

ARTICLE INFO

ABSTRACT / ABSTRAK

Article history

Received:

23 Juni 2026

Revised:

3 Oktober 2025

Accepted:

4 Oktober 2025

Desentralisasi kesehatan mendorong pengembangan program kesehatan berbasis data yang efektif dan sesuai kebutuhan daerah. Hal tersebut perlu ditunjang dengan SDM yang kompeten dalam perencanaan dan manajemen program kesehatan. Sebagai upaya peningkatan kompetensi tersebut, Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Ciloto menyelenggarakan Pelatihan Manajemen Terapan bagi Pengelola Program Kesehatan (AMTC - *Applied Management Training Course*) pada 2024. Untuk mengetahui keberhasilan pelatihan dilakukan Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) dengan menggunakan pendekatan Kirkpatrick's Training Evaluation pada level 3 (perilaku) dan level 4 (hasil). Kajian EPP ini dilakukan dengan *mixed method study*, dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner dan panduan wawancara. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 21 orang (80,8%) dari total 26 alumni peserta pelatihan, dan 10 rekan kerja serta 5 orang atasan alumni yang bersedia berpartisipasi dalam FGD. Hasil evaluasi menunjukkan 90,5% alumni menerapkan keterampilan *Quality Improvement Process* (QIP). Namun, sebagian besar (66,67%) menerapkannya secara parsial, dominan pada tahapan pemilihan masalah berbasis data, verifikasi akar masalah, pengukuran hasil, dan penyusunan rencana tindak lanjut. Selain itu, 95,2% alumni mengimplementasikan keterampilan *Health Analysis for Planning Prevention Services* (HAPPS), dengan 76,2% penerapannya juga bersifat parsial, terutama pada penetapan tujuan, evaluasi program, serta pengembangan rencana kerja dan anggaran. Pelatihan berdampak signifikan pada peningkatan keterampilan intra dan interpersonal, khususnya kemampuan menyusun prioritas (57,1%) serta pengawasan dan kontrol (52,4%). Implementasi QIP dan HAPPS terbukti memberikan dampak positif terhadap kinerja organisasi. Dampak ini mencakup efisiensi waktu penyelesaian pekerjaan, peningkatan jumlah *output* tanpa penambahan sumber daya, penghematan operasional, serta perbaikan sistem kerja melalui pembentukan SOP/regulasi dan peningkatan kepatuhan terhadap standar mutu. Dukungan yang paling dirasakan adalah dukungan pimpinan dan kerja sama tim yang baik, sedangkan keterbatasan waktu, dana/anggaran, sumber daya manusia, serta sarana prasarana.

Health decentralization encourages the development of effective, data-driven health programs tailored to regional needs. This initiative must be supported by competent human resources in health program planning and management. To enhance these competencies, the Ciloto Center for Health Training / Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Ciloto organized the Applied Management Training Course (AMTC) for Health Program Managers in 2024. To assess the effectiveness of the training, a Post-Training Evaluation (PTE) was conducted using the Kirkpatrick Training Evaluation Model at Level 3 (Behavior) and Level 4 (Results). This PTE study employed a mixed-methods design, utilizing questionnaires and interview guides as research instruments. The respondents consisted of 21 individuals (80.8%) out of a total of 26 training alumni, along with 10 colleagues and 5 supervisors who participated in Focus Group Discussions (FGD). The evaluation results indicated that 90.5% of the alumni applied Quality Improvement Process (QIP) skills. However, the majority (66.67%) implemented them partially, predominantly in the stages of data-driven problem selection, root cause verification, outcome measurement, and the formulation of follow-up plans. Furthermore, 95.2% of the alumni implemented Health Analysis for Planning Prevention Services (HAPPS) skills, with 76.2% applying them partially, particularly in goal setting, program evaluation, and the development of work plans and budgets. The training significantly impacted the improvement of intra- and interpersonal skills, specifically in prioritization (57.1%) as well as supervision and control (52.4%). The implementation of QIP and HAPPS demonstrated a positive impact on organizational performance. These impacts encompass efficiency in task completion time, increased output without additional resources, operational cost savings, and work system improvements through the establishment of Standard Operating Procedures (SOPs)/regulations and enhanced compliance with quality standards..

This is an open access article under the CC-BY-SA license.



Kata Kunci:

Keywords:

Manajemen, Pelatihan, Evaluasi, Perencanaan
Management, Training, Evaluation, Planning

1. Pendahuluan

Penyelenggaraan upaya kesehatan yang efektif memerlukan pengelolaan program yang sistematis, berbasis kebutuhan, serta didukung oleh perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi yang tepat. Pengelolaan program kesehatan perlu memastikan bahwa sumber daya yang tersedia dapat dimanfaatkan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan kesehatan serta menghasilkan pelayanan yang bermutu, aman, merata, dan terjangkau bagi masyarakat. Dalam pelaksanaannya, pengelolaan program kesehatan menjadi tanggung jawab berbagai tingkatan penyelenggara kesehatan, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, sesuai dengan kewenangan dan kebutuhan wilayah. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menegaskan penyelenggaraan kesehatan sebagai bagian dari urusan pemerintahan yang perlu dikelola secara terencana dan berkesinambungan.

Untuk mendukung penyelenggaraan program kesehatan yang efektif, perencanaan dan pengelolaan program perlu didasarkan pada data dan fakta yang akurat, untuk itu perlu adanya penguatan kapasitas bagi pengelola atau SDM yang menanganinya, salah satunya melalui pelatihan. Sejak tahun 2018 hingga 2024, Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Ciloto secara berkala menyelenggarakan Pelatihan Manajemen Terapan bagi Pengelola Program Kesehatan yang diadopsi dan diadaptasi dari *Applied Management Training Course* (AMTC) yang dikembangkan oleh CDC. Dengan alokasi anggaran sekitar Rp317 juta per angkatan untuk 30 peserta atau sekitar Rp10,6 juta per peserta, pelatihan ini merupakan investasi pengembangan sumber daya manusia yang cukup besar.

Selama periode penyelenggaraan Pelatihan AMTC di BBPK Ciloto belum pernah dilakukan Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) sebagai bagian penting dalam siklus pelatihan untuk memastikan bahwa investasi yang dilakukan menghasilkan perubahan perilaku dan dampak nyata di lingkungan kerja. Oleh karena itu BBPK Ciloto melaksanakan EPP pada Pelatihan AMTC 2024 untuk menilai sejauh mana kompetensi yang diperoleh peserta diterapkan setelah kembali ke tempat kerja serta dampaknya bagi organisasi.

Kajian dalam EPP ini difokuskan pada implementasi kompetensi perencanaan dan pengelolaan program kesehatan serta dampaknya terhadap kinerja instansi alumni. Mengacu pada model evaluasi Kirkpatrick, evaluasi mencakup tahap ketiga, yaitu perilaku (*behaviour*), dan tahap keempat, yaitu hasil (*results*). Berdasarkan fokus tersebut, EPP ini bertujuan untuk: (1) mengetahui implementasi hasil pelatihan AMTC dalam hal ini adalah implementasi *Quality Improvement Process* (QIP) dan *Health Analysis for Planning Prevention Services* (HAPPS); (2) mengetahui dampak pelatihan terhadap kinerja instansi alumni; dan (3) mengidentifikasi dukungan dan hambatan dalam implementasi hasil pelatihan.

Secara eksplisit belum ditemukan kajian atau penelitian serupa yang melihat implementasi QIP sebagai bagian evaluasi pasca pelatihan. Penelitian terkait QIP yang dijumpai sebatas melihat bagaimana implementasi model QIP pada instansi Rumah Sakit (Rangyan *et al*, 2020)(Kern, 2025) dan universitas Unisa Trial Audit (Z. Mdledle, 2024) serta dampaknya pada instansi. Berbeda dari penelitian tersebut, evaluasi ini memotret secara general implementasi QIP dan HAPPS pada berbagai instansi alumni, tidak terbatas pada Rumah sakit, namun juga di Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Selain melihat dampak di tingkat organisasi, evaluasi juga melihat tingkat implementasi tiap tahapan dalam QIP dan HAPPS, sehingga diketahui segmen/langkah yang paling sulit untuk diterapkan.

1. Metodologi

Kajian EPP ini dilaksanakan pada Oktober sampai November 2025 dengan desain penelitian *mixed method study* (studi kuantitatif dan kualitatif). Populasi evaluasi mencakup seluruh alumni Pelatihan AMTC Tahun 2024 sebanyak 26 orang. Penentuan sasaran evaluasi dilakukan dengan teknik total *sampling*, yaitu seluruh anggota populasi diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian. Dari 26 alumni yang diundang, sebanyak 21 orang memberikan respons dan mengisi instrumen evaluasi, sehingga diperoleh *response rate* sebesar 80,8%, sedangkan 5 orang (19,2%) tidak memberikan respons (*nonresponse*). *Response rate* dalam penelitian ini digunakan untuk menggambarkan tingkat partisipasi sasaran evaluasi dan bukan sebagai kriteria terpenuhinya teknik total *sampling*. Menurut *American Association for Public Opinion Research* (AAPOR), *response rate* merupakan proporsi unit yang memberikan respons terhadap seluruh unit yang memenuhi syarat untuk berpartisipasi. Responden/informan yang bersedia untuk mengikuti FGD secara daring via zoom didapat 10 rekan kerja serta 5 orang atasan alumni.

Instrumen penelitian dikembangkan oleh peneliti berdasarkan tujuan EPP, kemudian dikonsultasikan kepada pakar (*expert judgment*) untuk memperoleh validitas isi (*content validity*). Instrumen selanjutnya direvisi sesuai masukan pakar sebelum digunakan dalam pengumpulan data. Selanjutnya instrumen dikonversi dalam bentuk *google form*, dan disebarkan melalui *WhatsApp Group* alumni disertai surat pemberitahuan resmi tentang pelaksanaan EPP kepada instansi masing-masing alumni peserta.

Variabel yang dikaji pada EPP ini mengacu pada tujuan yang meliputi: 1) Implementasi hasil pelatihan AMTC (Implementasi QIP dan HAPPS); 2) dampak pelatihan terhadap kinerja instansi alumni; dan 3) dukungan dan hambatan dalam implementasi hasil pelatihan. Data kuantitatif yang dikumpulkan disusun mengacu pada evaluasi Level 3 Perilaku (*Behavior*) mengukur perubahan perilaku alumni melalui implementasi kompetensi hasil pelatihan di tempat kerja, dalam hal ini meliputi keterampilan intrapersonal, keterampilan interpersonal, serta Implementasi kompetensi sesuai tujuan Pelatihan AMTC. Kompetensi pelatihan AMTC ini ada 2, pertama peserta mampu mengimplementasikan proses peningkatan kualitas atau *Quality Improvement Process* (QIP) di instansi kerjanya dengan menggunakan 7 langkah yaitu: 1) *reason for improvement* (mengidentifikasi isu permasalahan); 2) *current situation* (memilih masalah dengan tepat/berbasis pada data yang ada dan menetapkan indikator); 3) *analysis* (memverifikasi akar permasalahan dengan melakukan analisis); 4) *countermeasures* (mengimplementasikan rencana penanggulangan masalah); 5) *result* (melakukan pengukuran hasil kegiatan), 6) *standardization* (membuat standar proses kegiatan); dan 7) *future plan* (menyusun rencana tindak lanjut kegiatan). Kompetensi kedua peserta mampu membuat perencanaan program kesehatan berdasarkan hasil analisis menggunakan pendekatan *Health Analysis for Planning Prevention Services* (HAPPS) or *Healthy Plan-it*, yang meliputi: 1) menentukan prioritas masalah dengan *tools* yang dipelajari pada pelatihan; 2) menentukan prioritas masalah dengan *tools* lain (yang tidak dipelajari dalam pelatihan); 3) menetapkan tujuan; 4) merancang intervensi yang tepat; 5) menganalisis faktor pendukung dan faktor penghambat program intervensi; 6) melakukan evaluasi program dan 7) mengembangkan rencana kerja dan anggaran.

Evaluasi Level 4 Hasil (*Results*) mengukur dampak implementasi kompetensi terhadap organisasi, seperti peningkatan efektivitas pelaksanaan program, kualitas pelayanan, efisiensi proses kerja, serta pencapaian tujuan organisasi (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). Indikator-indikator tersebut, kemudian dijabarkan ke dalam butir instrumen berdasarkan kompetensi yang ditetapkan dalam kurikulum Pelatihan AMTC. Selain data implementasi hasil dan dampak pelatihan terhadap kinerja instansi, juga dikumpulkan data mengenai dukungan dan hambatan yang dialami alumni dalam implementasi kompetensi.

Pengumpulan data pada studi kuantitatif dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang diisi secara mandiri oleh responden terkait perilaku implementasi hasil pelatihan, dampak pada instansi alumni, serta dukungan dan hambatan dalam menerapkan hasil pelatihan. Setelah didapatkan data kuantitatif dilanjutkan dengan FGD pada alumni peserta, rekan kerja, dan atasan langsung alumni untuk mendapatkan data secara kualitatif. Pengumpulan data ini, bertujuan untuk menggali lebih mendalam sehingga dapat memperkuat, menjelaskan, dan memberikan konteks terhadap analisis kuantitatif.

Sebelum dilakukan analisis, data terlebih dahulu melalui proses *cleaning* untuk memastikan kelengkapan, konsistensi jawaban, dan kesesuaian antara penilaian mandiri dengan dokumen pendukung yang diunggah oleh responden. Selanjutnya, data kuantitatif dianalisis secara deskriptif menggunakan SPSS melalui penyajian distribusi frekuensi dan persentase untuk menggambarkan karakteristik responden, tingkat implementasi kompetensi, dukungan dan hambatan dalam implementasi kompetensi, serta dampak pelatihan AMTC terhadap organisasi. Data hasil FGD yang direkam selama pelaksanaan kegiatan ditranskripsikan secara verbatim ke dalam bentuk teks. Selanjutnya, data kualitatif dianalisis dengan mengelompokkan isi berdasarkan indikator yang sudah ditentukan atau *Directed Qualitative Content Analysis* (analisis isi kualitatif terarah), setiap kutipan dimasukkan ke indikator yang telah ditetapkan yaitu 7 langkah pada implementasi QIP dan HAPPS, variabel dukungan dan hambatan, serta dampak pelatihan terhadap individu dan organisasi.

2. Hasil dan Pembahasan

Hasil EPP AMTC disajikan berdasarkan tujuan penelitian yang meliputi: implementasi hasil pelatihan (implementasi QIP dan HAPPS), dampak pelatihan terhadap kinerja instansi alumni, serta dukungan dan hambatan dalam implementasi kompetensi. Sebelum menyajikan hasil berdasarkan fokus tersebut, karakteristik responden disajikan sebagai informasi mengenai profil alumni yang menjadi sumber data penelitian untuk membantu memahami latar belakang responden dan memberikan konteks dalam menginterpretasikan hasil evaluasi.

2.1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Responden dari Alumni Peserta Pelatihan

Karakteristik	2024		P-value
	Alumni	Responden	
	(N=26) n(%)	(N=21) n(%)	

Jenis Kelamin			
Perempuan	13 (50,0)	13 (61,9)	0,41*
Laki-Laki	13 (50,0)	8 (38,1)	
Kategori Instansi			
Dinas Kesehatan	14 (53,8)	13 (61,9)	0,77*
Puskesmas	10 (38,5)	6 (28,6)	
Rumah Sakit	2 (7,7)	2 (9,5)	
Pendidikan			
S-1 Kesehatan	12 (46,2)	7 (33,3)	0,67*
S-2 Kesehatan	5 (19,2)	5 (23,8)	
S-2 Non Kesehatan	9 (34,6)	9 (42,9)	
Jabatan/ Posisi			
PJ Program	7 (26,9)	8 (38,1)	0,65*
Katimker / Kabid/ Kasi	11 (42,3)	7 (33,3)	
Ka Instansi (Puskesmas) JF	6 (23,1)	3 (14,3)	
Adminkes	2 (7,1)	2 (9,5)	
Case manager		1 (4,8)	
Lama bekerja (dalam tahun)			
(Min - Max)		(1 - 30)	
< 5 tahun		10 (47,6)	
5 - 10 tahun		8 (38,1)	
>10 tahun		3 (14,3)	
Masih bertugas terkait Perencanaan/ Pengelola Program Kesehatan			
Ya		21 (100)	
Tidak		0 (0)	

Untuk melihat keterwakilan populasi alumni, maka dilakukan uji beda proporsi antara responden dan alumni. Hasilnya didapatkan nilai $p > 0,05$ yang berarti bahwa tidak ada perbedaan karakteristik antara alumni dan responden EPP AMTC, artinya responden sudah mewakili proporsi alumni dari sisi jenis instansi, pendidikan, jabatan serta jenis kelamin.

Berdasarkan tabel 1, responden EPP AMTC mayoritas perempuan (61,9%), bertugas di Instansi Dinas Kesehatan (61,9%). Berdasarkan latar belakang pendidikan, mayoritas responden lulusan S2, baik kesehatan maupun non kesehatan (66%). Sekitar 85 % responden bertugas dengan posisi sebagai PJ Program, Ketua Tim Kerja/setingkat, serta kepala instansi yang artinya kemampuan perencanaan dan pelaksanaan program relevan dengan jabatan/bidang tugas alumni. Seluruh alumni juga menyatakan masih bertugas di unit yang berkaitan dengan perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan. Hal ini menunjukkan penempatan alumni yang tepat sasaran, sekaligus merupakan potensi yang baik guna menjamin keberlangsungan implementasi kompetensi pasca pelatihan. Kondisi ini penting karena penempatan kerja yang relevan akan meningkatkan peluang terjadinya *transfer of training*, yaitu implementasi pengetahuan dan keterampilan hasil pelatihan ke dalam pekerjaan sehari-hari. Menurut Baldwin dan Ford (1988), keberhasilan transfer pelatihan dipengaruhi oleh karakteristik peserta, desain pelatihan, dan lingkungan kerja, termasuk adanya kesempatan untuk menerapkan kompetensi di tempat kerja. Seluruh responden yang masih bertugas di bidang perencanaan dan pengelolaan program kesehatan juga menjadikan EPP ini relevan dan representatif untuk dilakukan, dan adanya kesesuaian dengan bidang kerja.

2.2. Implementasi Hasil Pelatihan AMTC (Implementasi QIP dan HAPPS)

a. Implementasi QIP

Dari gambar 2 dapat dilihat bahwa sebagian besar alumni masih menerapkan QIP namun dalam tahapan yang tidak utuh 7 langkah. Hanya 23,8% alumni yang masih menerapkan QIP secara utuh 7 langkah, dan secara rata-rata direplikasi pada 1-2 program kesehatan, dengan topik QIP antara lain: Penurunan prevalensi stunting di Puskesmas, Peningkatan Cakupan Cek Kesehatan Gratis (CKG), Mutu pelayanan dan kepuasan pasien di rawat jalan melalui Implementasi manajemen waktu tunggu di semua poliklinik, Peningkatan Kualitas Pelayanan Poliklinik Rawat Jalan. Untuk 2 orang alumni, jawabannya dikoreksi menjadi tidak

menerapkan dikarenakan data dukung yang disertakan merupakan program implementasi QIP yang dilaksanakan pada rentang waktu pelaksanaan pelatihan AMTC di 2024.



Gambar 2. Implementasi QIP oleh Alumni Pelatihan AMTC 2024

Tampak pada gambar sebagian besar (90,5 %) alumni menerapkan QIP, baik secara utuh maupun tidak utuh. Hasil tersebut sangatlah baik dan menunjukkan bahwa secara umum konsep QIP yang dipelajari pada pelatihan dapat diimplementasikan hampir seluruh alumni, baik secara utuh maupun parsial.

Keberhasilan 90,5% alumni dalam menerapkan ilmu QIP sejalan dengan Model Evaluasi Pelatihan Kirkpatrick, khususnya pada Level 3 (*Behavior*), yang mengukur sejauh mana peserta mengubah perilakunya dan menerapkan pengetahuan baru di tempat kerja. Fenomena ini mengindikasikan bahwa kurikulum pelatihan memiliki relevansi yang kuat dengan kebutuhan praktis instansi, didukung oleh kesiapan peserta (*learner readiness*) yang mayoritas menduduki posisi strategis (PJ Program/Ketua Tim). Secara teoritis, *Baldwin & Ford (1988)* dalam teori transfer pelatihan menyatakan bahwa transfer yang sukses dipengaruhi oleh karakteristik peserta, desain pelatihan, dan lingkungan kerja. Fakta bahwa hampir seluruh alumni mampu menerapkan QIP (meski sebagian secara parsial) membuktikan bahwa desain pelatihan ini memiliki *fidelity* (kemiripan dengan kondisi kerja nyata) yang sangat baik.

Implementasi konsep secara parsial/tidak utuh oleh sebagian alumni merupakan fenomena yang wajar dalam sosiologi organisasi dan manajemen perubahan. Penelitian oleh *Holton et al. (2000)* mengenai *Learning Transfer System Inventory (LTSI)* menyebutkan bahwa hambatan lingkungan kerja seperti keterbatasan waktu, kurangnya dukungan anggaran, atau birokrasi - sering kali memaksa alumni pelatihan melakukan penyesuaian (*adaptation*) materi di lapangan. Meskipun tidak diterapkan secara utuh, keberhasilan Implementasi parsial ini tetap dikategorikan sebagai "transfer positif", di mana alumni berusaha menyelaraskan konsep ideal QIP dengan realitas atau kapasitas instansi masing-masing.

Sebanyak 9,5% alumni teridentifikasi belum menerapkan QIP di tempat kerja karena dokumen pendukung yang dikumpulkan masih berupa penugasan masa pelatihan. Dalam konteks evaluasi, hal ini dikategorikan sebagai "zero transfer" atau hambatan dalam retensi jangka panjang. Menurut teori *Transfer Climate* (Iklim Transfer), kegagalan implementasi pasca pelatihan umumnya bukan disebabkan oleh ketidakmampuan peserta, melainkan oleh faktor eksternal di tempat kerja, seperti beban kerja yang menumpuk, dan kurangnya dokumen pendukung/data riil, kesulitan dalam mengakses data penunjang di instansi untuk menyusun QIP yang baru, sehingga mereka hanya mengandalkan dokumen simulasi saat pelatihan.

Hasil penelitian yang setara oleh *Nikandrou et al. (2009)* menegaskan bahwa jika lingkungan kerja tidak segera memberikan kesempatan atau memfasilitasi alumni untuk mempraktikkan ilmu baru dalam waktu 3-6 bulan pascapelatihan, maka kecenderungan peserta untuk kembali ke pola kerja lama (menggunakan dokumen lama) akan meningkat.

Pada alumni yang tidak menerapkan tahapan QIP secara utuh, ditanyakan kembali terkait tahapan yang paling sering/selalu dilakukan. Hasilnya nampak pada Tabel 2.

Tabel 2. Implementasi Tahapan QIP oleh Alumni AMTC 2024

Kompetensi	N = 14			
	Tidak Pernah (%)	Kadang-kadang (%)	Sering (%)	Selalu (%)
Step 1: Mengidentifikasi isu permasalahan/melakukan <i>Brainstorming</i> dan <i>Multivoting</i> untuk mengidentifikasi masalah/alasan perubahan tersebut	0,0	42,9	28,6	28,6
Step 2: Memilih masalah dengan tepat/memastikan	0,0	28,6	50,0	21,4

masalah dengan berbasis pada data yang ada dan menetapkan indikator				
Step 3: Memverifikasi akar permasalahan dengan melakukan analisis	0,0	35,7	50,0	14,3
Step 4: Mengimplementasikan rencana penanggulangan masalah, dengan diawali membuat <i>Countermeasures matrix</i>	0,0	64,3	28,6	7,1
Step 5: Melakukan pengukuran hasil kegiatan	0,0	21,4	78,6	0,0
Step 6: Membuat standar proses kegiatan	7,1	50,0	28,6	14,3
Step 7: Menyusun rencana tindak lanjut kegiatan	0,0	21,4	50,0	28,6

Data menunjukkan tingkat implementasi kompetensi QIP yang bervariasi namun positif, di mana sebagian besar alumni berada pada intensitas "Kadang" dan "Sering". Tingginya konsistensi pada Step 5 melakukan pengukuran hasil kegiatan (78,6% Sering), Step 2 memilih masalah dengan tepat/memastikan masalah dengan berbasis pada data yang ada dan menetapkan indikator (50% Sering), dan Step 3 memverifikasi akar permasalahan dengan melakukan analisis (50% sering) membuktikan keberhasilan pelatihan pada Model Evaluasi Kirkpatrick Level 3 (*Behavior*). Alumni berhasil mengubah budaya kerja menjadi lebih akuntabel dan berbasis data (*data-driven decision making*), didukung oleh posisi strategis mereka sebagai PJ Program/Ketua Tim yang relevan dengan fungsi pengawasan.

Tantangan terbesar muncul pada Step 4 mengimplementasikan rencana penanggulangan masalah, dengan diawali membuat *countermeasures matrix* (64,3% Kadang) dan Step 6 membuat standar proses kegiatan (50% kadang, 7,1% tidak pernah). Menurut teori Sistem Transfer Pembelajaran (Holton *et al.*, 2000), rendahnya standarisasi dan eksekusi matriks ini dipengaruhi oleh faktor *transfer climate* (iklim kerja), seperti keterbatasan alokasi waktu di tengah beban kerja rutin serta adanya resistensi organisasi/birokrasi saat alumni ingin melegalkan standar proses (SOP) baru.

Tingginya komitmen pada Step 7 menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL) kegiatan (50% sering, 28,6% selalu) ini sejalan dengan penelitian Nikandrou *et al.* (2009). RTL ini menjadi modal kritical untuk menggeser kompetensi yang masih bersifat "kadang" menjadi perilaku kerja yang konsisten di masa depan.

Berdasarkan hasil pendalaman pada rekan dan atasan alumni melalui FGD, didapatkan informasi bahwa beberapa alumni memang ada yang melaksanakan tahapan QIP secara utuh hingga standarisasi dan tindak lanjut, namun memang ada yang melaksanakan beberapa tahapan saja. Berikut beberapa kutipan FGD bersama rekan dan atasan saat ditampilkan 7 langkah QIP dan ditanyakan tahapan mana yang dilaksanakan alumni di instansinya.

Berikut pernyataan responden yang menggambarkan implementasi 7 langkah QIP secara utuh oleh alumni peserta:

"Ini kebetulan kemarin kami membahas permasalahan stunting karena upaya pencegahan stunting kami di atas target nasional dan diatas target kabupatendibahas dari step satu sampai ke perubahan alur SOP dan Alhamdulillah untuk evaluasi setelah pelaksanaan itu angka kita yang tadinya dua puluh persen di bulan Mei jadi empat belas persen untuk bulan Oktober (2025 red). Kita pembahasannya melalui tujuh langkah ini." (Rekan Alumni Puskesmas).

"Permasalahannya juga kita brainstorming dengan bidan desa Pembina wilayah Ahli gizi dan lain-lain. Kemudian untuk implementasinya juga dilaksanakan dibandingkan dengan yang sebelumnya. Kita diskusikan lebih dalam disini terutama untuk masalah perencanaan atau implementasi rencana penanggulangan masalah ini benar-benar diskusikan secara detail untuk langkah langkahnya. Kemudian yang pengukuran hasil juga akar penyebab masalahnya kita verifikasi juga untuk akar penyebab masalahnya dan kemudian pemecahan masalah setelah dilaksanakan. Untuk pengukuran hasil turun, setelah itu kita lakukan pembuatan SOP baru." (Rekan Alumni Puskesmas)

Pernyataan responden yang menggambarkan implementasi langkah 3 dan 4

".... kami juga diikutsertakan dalam mencari masalah. Kemudian mencari titik penyelesaiannya, kemudian disaat ada terjadi kegiatan yang belum tercapai dicarikan solusi bersama". (Rekan Alumni Dinkes)

"Misalkan ada target yang harus kita capai, sudah nih kita carikan ini dan itunya kadang yang menjadi permasalahan dalam pelaksanaan itu adalah objeknya. Jadi mungkin kita cari kemarin itu solusinya misalkan kita sudah berikan solusi, satu kemudian yang solusi satu tidak bisa dilaksanakan. Jadi berembuk lagi untuk mengulang lagi. Mencari permasalahan dan kita cari penyelesaiannya." (Rekan Alumni Dinkes)

Pernyataan dari rekan alumni di Puskesmas memberikan bukti empiris yang kuat mengenai terjadinya transfer pelatihan tingkat tinggi (*high-level transfer of training*). Alumni tidak hanya menguasai teori, tetapi mampu mempraktikkan *brainstorming* lintas program (bidan desa, ahli gizi), memverifikasi akar masalah, mengukur hasil, hingga menyusun SOP baru.

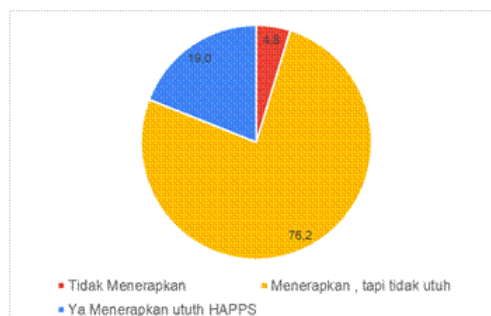
Secara teoritis, keberhasilan implementasi utuh ini memenuhi siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) dalam manajemen mutu. Keberhasilan ini juga divalidasi oleh Model Evaluasi Kirkpatrick Level 4 (*Results*), di mana intervensi perilaku alumni pascapelatihan memberikan dampak langsung terhadap peningkatan kinerja organisasi dan capaian target indikator makro kesehatan di wilayahnya.

Pada tingkat Dinas Kesehatan dan Puskesmas perkotaan, implementasi langkah 3 (verifikasi masalah) dan langkah 4 (rencana penanggulangan) menonjolkan aspek kepemimpinan kolaboratif (*collaborative leadership*). Karakteristik QIP yang dinamis terlihat ketika solusi pertama gagal akibat kendala objek lapangan, alumni mampu mengarahkan tim untuk "berembuk lagi" guna mencari penyelesaian alternatif. Menurut teori Iklim Transfer Pembelajaran (*Learning Transfer Climate*), keterlibatan rekan kerja dalam mencari solusi bersama menunjukkan adanya dukungan sosial yang kuat (*peer support*) di lingkungan kerja alumni. Fleksibilitas untuk mengulang proses pencarian solusi ini sejalan dengan konsep *continuous quality improvement (CQI)*, di mana proses perbaikan mutu tidak bersifat linear kaku, melainkan iteratif (berulang) hingga menemukan formula yang efektif.

Temuan krusial dari FGD menunjukkan adanya program QIP yang potensial (seperti rencana kolaborasi penanganan stunting dengan psikolog anak dan kelas klinis berhenti merokok) namun terhenti pada Step 4 tanpa adanya evaluasi (Step 5–7). Hal ini terjadi murni karena alumni yang bersangkutan pindah tugas (mutasi). Fenomena ini merupakan hambatan klasik dalam organisasi publik. Penelitian terkait transfer pelatihan menyatakan bahwa *turnover* atau mutasi pegawai pasca pelatihan tanpa adanya mekanisme *handover* (serah terima) kompetensi yang matang akan memicu terjadinya "kebocoran pengetahuan" (*knowledge leakage*). Akibatnya, institusi kehilangan momentum keberlanjutan inovasi karena program tersebut melekat pada individu (*person-dependent*), bukan pada sistem (*system-dependent*).

Pendekatan QIP telah banyak diterapkan dalam berbagai upaya peningkatan mutu layanan kesehatan. Nuryanto *et al.* (2024) melaporkan Implementasi QIP pada analisis kualitas proses layanan kesehatan lingkungan melalui tahapan penentuan prioritas permasalahan, identifikasi akar penyebab masalah, dan penyusunan *countermeasure* sebagai dasar perbaikan proses. Sejalan dengan temuan tersebut, Endalamaw *et al.* (2024) menyimpulkan bahwa *Continuous Quality Improvement (CQI)* merupakan pendekatan perbaikan mutu yang sistematis, meliputi identifikasi masalah, analisis akar penyebab menggunakan berbagai alat mutu, implementasi solusi, serta pemantauan berkelanjutan. Implementasi pendekatan ini terbukti berkontribusi terhadap peningkatan efisiensi proses kerja, mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan kinerja organisasi. Hasil tersebut diperkuat oleh Greco *et al.* (2024) yang menjelaskan bahwa proyek *quality improvement* di bidang laboratorium klinik dilaksanakan melalui tahapan identifikasi masalah, pelibatan pemangku kepentingan, analisis akar penyebab, penetapan tujuan yang terukur (*SMART aims*), implementasi perbaikan, dan evaluasi hasil. Berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan QIP tidak hanya ditentukan oleh kemampuan menyelesaikan masalah, tetapi juga oleh Implementasi siklus perbaikan yang sistematis, berkelanjutan, dan berbasis data. Studi lain terkait dengan implementasi QIP pada upaya pencegahan cedera di RS melaporkan pendekatan QIP yang dilaksanakan meliputi penentuan masalah dengan berbasis pada data, identifikasi akar masalah dengan menggunakan *fishbone*, implementasi rencana penanggulangan, melakukan pengukuran hasil dan mempertahankan hasil. (Kern. 2025).

b. Gambaran Implementasi HAPPS



Gambar 3. Implementasi HAPPS oleh Alumni Pelatihan AMTC 2024

Berdasarkan Gambar 3, sebagian besar alumni (95,2%) masih mengimplementasikan konsep *Health Action Plan Projects (HAPPS)*, baik secara utuh maupun parsial. Angka yang sangat tinggi ini menunjukkan bahwa materi pelatihan secara umum dapat diterapkan di lapangan. Meskipun demikian, terdapat tantangan signifikan pada kedalaman implementasi. Hanya 19% alumni yang mampu menerapkan seluruh tahapan

HAPPS secara utuh. Beberapa topik yang berhasil diselesaikan hingga tahap akhir meliputi program Peningkatan Cakupan Cek Kesehatan Gratis (CKG) dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Balita. Di sisi lain, mayoritas alumni masih tertahan pada tahapan parsial (tidak utuh), dan terdapat 1 alumni dari instansi Puskesmas yang menyatakan sama sekali tidak mengimplementasikan kembali rencana aksi tersebut.

Temuan bahwa 95,2% alumni mengadopsi HAPPS mengindikasikan keberhasilan transfer pelatihan yang sangat baik pada aspek makro. Fenomena ini sejalan dengan Model Evaluasi Kirkpatrick Level 3 (*Behavior*), yang membuktikan bahwa materi pelatihan HAPPS memiliki relevansi praktis dan daya terap (*applicability*) yang tinggi di lingkungan kerja kesehatan.

Keberhasilan implementasi secara utuh (19%) pada topik CKG dan Pelayanan Kesehatan Balita dipengaruhi oleh status kedua program tersebut sebagai bagian dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan yang wajib dipenuhi oleh Puskesmas. Sinergi antara penugasan pelatihan dengan target kinerja riil instansi inilah yang menjadi katalis utama, sehingga alumni memiliki motivasi dan ruang yang kuat untuk mengeksekusi rencana aksinya hingga tuntas.

Meskipun angka implementasi umum sangat tinggi, fakta bahwa mayoritas alumni tertahan di tahapan parsial dan hanya 19% yang mencapai tahap utuh menjadi catatan evaluasi yang krusial. Alumni mengalami deselerasi (penurunan konsistensi) pasca kembali ke unit kerja masing-masing. Berdasarkan teori Sistem Transfer Pembelajaran (*Learning Transfer System*) oleh Holton *et al.* (2000), ketidakmampuan menyelesaikan seluruh tahapan rencana aksi secara utuh ini sangat dipengaruhi oleh hambatan iklim kerja (*transfer climate*). Dua kendala utama yang kerap dihadapi oleh alumni di fasyankes meliputi: kompleksitas birokrasi dan keterbatasan sumber daya dan beban kerja rutin.

Adanya 1 alumni Puskesmas yang tidak mengimplementasikan kembali konsep HAPPS dikategorikan sebagai *zero transfer*. Sesuai dengan penelitian Nikandrou *et al.* (2009), kegagalan individu dalam menerapkan hasil pelatihan pasca kembali ke unit kerja sering kali dipicu oleh *lack of supervisor support* (kurangnya dukungan atasan) atau perubahan prioritas program di tingkat Puskesmas yang membuat rencana aksi alumni tidak lagi menjadi fokus utama.

Selanjutnya pada 76 % alumni yang tidak menerapkan secara utuh tersebut (16 orang) diidentifikasi lebih lanjut tahapan mana yang paling sering/ selalu dilakukan nampak pada tabel 3

Tabel 3. Implementasi Tahapan HAPPS oleh Alumni AMTC 2024

Kompetensi	N = 14			
	Tidak Pernah (%)	Kadang-kadang (%)	Sering (%)	Selalu (%)
Menentukan prioritas masalah dengan <i>tools</i> yang dipelajari pada pelatihan.	6,3	56,3	31,3	6,3
Menentukan prioritas masalah dengan <i>tools</i> lain (yang tidak dipelajari dalam pelatihan)	6,3	56,3	31,3	6,3
Menetapkan tujuan	0,0	25,0	50,0	25,0
Merancang intervensi yang tepat	0,0	31,3	50,0	18,8
Menganalisis faktor pendukung dan faktor penghambat program intervensi	0,0	43,8	37,5	18,8
Melakukan evaluasi program	0,0	25,0	50,0	25,0
Mengembangkan rencana kerja dan anggaran	0,0	25,0	43,8	31,3

Dari tabel 6 dapat dilihat bahwa tahapan yang paling rutin (sering/ selalu) diimplementasikan yaitu terkait menetapkan tujuan program, evaluasi program dan mengembangkan rencana kerja dan anggaran. Sementara kompetensi yang tidak pernah atau hanya kadang dilaksanakan terkait menentukan prioritas masalah.

Sebagian besar alumni AMTC telah menerapkan seluruh tahapan HAPPS dalam pelaksanaan program kesehatan. Kompetensi yang paling sering diterapkan adalah pengembangan rencana kerja dan anggaran (75,1% sering – selalu), diikuti penetapan tujuan program (75,0%) dan evaluasi program (75,0%). Hasil ini menunjukkan bahwa alumni mampu mengimplementasikan kompetensi yang berkaitan langsung dengan fungsi manajerial dan siklus perencanaan program kesehatan.

Sebaliknya, kompetensi yang relatif paling rendah implementasinya adalah penentuan prioritas masalah menggunakan *tools* yang dipelajari pada pelatihan, dimana 56,3% alumni hanya kadang menerapkannya dan 6,3% tidak pernah menerapkannya. Temuan ini mengindikasikan bahwa proses prioritas masalah di lapangan belum sepenuhnya menggunakan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti, melainkan sering dipengaruhi oleh kebijakan organisasi, keterbatasan data, atau kebutuhan program yang bersifat mendesak.

Secara keseluruhan, tingginya proporsi alumni yang sering dan selalu menerapkan tahapan HAPPS menunjukkan bahwa kompetensi yang diperoleh selama pelatihan telah berhasil ditransfer ke tempat kerja.

Menurut Baldwin dan Ford (1988), keberhasilan transfer pelatihan dipengaruhi oleh relevansi materi dengan pekerjaan serta kesempatan untuk menerapkannya dalam tugas sehari-hari. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Burke dan Hutchins (2007) yang menyatakan bahwa kompetensi yang berhubungan langsung dengan tugas jabatan cenderung lebih mudah dipertahankan dan diterapkan setelah pelatihan.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa pelatihan AMTC telah efektif dalam meningkatkan kapasitas alumni dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan. Namun, diperlukan penguatan lebih lanjut pada aspek analisis situasi dan penentuan prioritas masalah agar seluruh tahapan HAPPS dapat diterapkan secara lebih optimal dan konsisten dalam pengambilan keputusan program.

Berdasarkan hasil pendalaman pada rekan dan atasan alumni melalui FGD, didapatkan informasi bahwa proses perencanaan yang dilakukan alumni masih menggunakan langkah-langkah pada HAPPS. Berikut beberapa kutipan FGD rekan dan atasan alumni.

"Untuk perencanaan kita mengumpulkan data capaian ... kemudian dianalisis masalahnya. Kemudian setelah itu setelah ada permasalahan di prioritaskan dengan USG Setelah itu dicari pemecahan masalahnya dan pemecahan masalahnya itu nanti yang dijadikan untuk rencana kegiatan salah satunya untuk penyusunan RUK tahun 2026." (Rekan Alumni Pusekesmas)

"Pelatihan ini sebenarnya datang di waktu yang sangat tepat mbak karena di 2025 ini kan fase penting dalam perencanaan jadi di kabupaten baru itu di tahun 2025 menyusun RPJMD kemudian menyusun Renstra Dinas Kesehatan. Penyusunan Renstra untuk tahun 2025 ini menggunakan ilmu yang didapatkan selama pelatihan AMTC ini, Alumni sebagai kasubag program dan keuangan itu mengikuti beberapa langkah terutama untuk mencapai SPM. Bagaimana menetapkan mengidentifikasi isu permasalahannya kemudian memilih masalah yang dari skoringnya mungkin tidak semua dari program dari Dinas Kesehatan tersebut. Karena di Dinas Kesehatan sendiri programnya itu ada kurang lebih seratus jadi difokuskan kepada SPM saja. Jadi dua belas SPM itu bagaimana Pak Adi itu memberikan sosialisasi kepada tiga bidang bagaimana mengidentifikasi masalah, kemudian merumuskan apa saja dari masalah tersebut yang akan diambil rencana kegiatan di Renstra dinas kesehatan. Kalau untuk hasil kan masih belum jadi untuk menyusun akar masalah sampai dengan menentukan outcome daripada SPM itu." (Rekan Alumni Dinas Kesehatan)

Temuan FGD ini menguatkan hasil analisis kuantitatif yang menunjukkan tingginya implementasi tahapan HAPPS oleh alumni AMTC. Alumni tidak hanya memahami konsep perencanaan program kesehatan, tetapi juga mampu menggunakannya dalam proses perencanaan nyata di puskesmas maupun dinas kesehatan. Menurut Green dan Kreuter (2005), perencanaan program kesehatan yang efektif harus diawali dengan analisis situasi, penentuan prioritas masalah, identifikasi akar penyebab, dan penyusunan intervensi yang tepat. Tahapan tersebut tampak telah diterapkan oleh alumni dalam praktik kerja mereka.

Penelitian lain yang serupa dilakukan Wijayanti, Isfandiari, dan Purnomo (2025) tentang Implementasi metode HAPPS dalam penyusunan jalur intervensi hipertensi di Kabupaten Magetan, menunjukkan bahwa HAPPS mampu menghasilkan perencanaan program yang sistematis melalui identifikasi masalah berbasis data, penentuan prioritas menggunakan *tools*, analisis penyebab masalah, hingga penyusunan alternatif intervensi yang sesuai dengan kondisi daerah. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pendekatan HAPPS dapat membantu pengelola program menyusun perencanaan yang lebih terarah, berbasis bukti, dan sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat.

Peran alumni dalam penyusunan RPJMD, Renstra, maupun RUK menunjukkan bahwa kompetensi AMTC telah dimanfaatkan dalam proses pengambilan keputusan dan perencanaan program kesehatan. Bahkan, alumni berperan sebagai agen perubahan dengan menyebarluaskan pendekatan perencanaan berbasis data kepada unit kerja lainnya. Secara keseluruhan, hasil FGD menunjukkan bahwa pelatihan AMTC memberikan kontribusi positif terhadap peningkatan kapasitas perencanaan program kesehatan, baik pada tingkat operasional maupun strategis, serta mendukung penguatan perencanaan kesehatan yang lebih sistematis dan berbasis bukti di lingkungan kerja alumni.

2.3. Dampak Pelatihan AMTC bagi Kinerja Instansi Alumni

Dampak pelatihan AMTC di tingkat organisasi/instansi alumni diukur melalui sejumlah indikator yang didapatkan dari beberapa studi referensi ukuran kinerja suatu instansi secara umum, dengan penilaian secara mandiri dari alumni. Adapun hasilnya dapat dilihat pada tabel 8.

Tabel 8. Dampak Pelatihan AMTC Bagi Instansi Alumni 2024

Dampak terhadap peningkatan	Tidak	Ya
A. Peningkatan Kinerja Organisasi		
- Waktu penyelesaian pekerjaan berkurang.	14,3	85,7
- Jumlah <i>output</i> meningkat tanpa menambah sumber daya	9,5	90,5
B. Efisiensi Biaya (<i>Cost Efficiency</i>)		
- Penggunaan bahan/material lebih hemat.	9,5	90,5
- Penurunan biaya operasional/unit <i>output</i>	23,8	76,2

C. Perubahan Sistem dan Proses Kerja		
-	Terbentuknya SOP baru atau revisi regulasi internal	14,3 85,7
-	Ada perbaikan pada sistem dan proses kerja	04 100,0
-	Meningkatnya kepatuhan terhadap Standar Mutu	9,5 90,5

Pada tabel 8 terlihat bahwa secara umum, lebih dari 85 % alumni menyatakan pelatihan berdampak pada peningkatan kinerja organisasi, efisiensi biaya dan perubahan sistem serta proses kerja. Hal ini menandakan bahwa pelatihan tak hanya berdampak di tingkat individu namun memiliki dampak nyata pada organisasi. Pada aspek peningkatan kinerja organisasi, sebanyak 85,7% responden menyatakan waktu penyelesaian pekerjaan menjadi lebih singkat, sedangkan 90,5% menyatakan jumlah *output* meningkat tanpa penambahan sumber daya. Hal ini menunjukkan bahwa kompetensi yang diperoleh alumni mampu meningkatkan produktivitas dan efektivitas pelaksanaan program kesehatan.

Pada aspek efisiensi biaya, mayoritas responden menyatakan terjadi penggunaan bahan atau material yang lebih hemat (90,5%) dan penurunan biaya operasional per unit *output* (76,2%). Temuan ini mengindikasikan bahwa implementasi kompetensi hasil pelatihan tidak hanya meningkatkan kualitas pengelolaan program, tetapi juga mendorong penggunaan sumber daya yang lebih efisien.

Dampak terbesar terlihat pada aspek perubahan sistem dan proses kerja, dimana seluruh responden (100%) menyatakan terdapat perbaikan sistem dan proses kerja di instansinya. Selain itu, 85,7% responden menyatakan terbentuk SOP baru atau revisi regulasi internal, serta 90,5% menyatakan terjadi peningkatan kepatuhan terhadap standar mutu. Hasil ini menunjukkan bahwa pelatihan AMTC tidak hanya berdampak pada individu alumni, tetapi juga berkontribusi terhadap perbaikan tata kelola organisasi.

Hasil ini menunjukkan bahwa pelatihan AMTC telah memberikan dampak pada level organisasi, tidak hanya pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan individu. Menurut model evaluasi pelatihan Kirkpatrick, perubahan pada kinerja organisasi, efisiensi kerja, dan perbaikan sistem merupakan indikator keberhasilan pelatihan pada Level 4 (*Results*), yaitu ketika hasil pelatihan memberikan manfaat nyata bagi organisasi. Tingginya persentase perbaikan proses kerja dan peningkatan produktivitas menunjukkan bahwa kompetensi yang diperoleh alumni berhasil diterapkan dan memberikan nilai tambah bagi instansi.

Temuan ini juga sejalan dengan penelitian Burke dan Hutchins (2007) yang menyatakan bahwa pelatihan yang relevan dengan kebutuhan pekerjaan dapat meningkatkan efektivitas organisasi melalui perbaikan proses kerja, efisiensi penggunaan sumber daya, dan peningkatan kualitas layanan. Dengan demikian, pelatihan AMTC dapat dikatakan berhasil mendukung peningkatan kinerja organisasi serta penguatan tata kelola program kesehatan di instansi alumni.

Sejalan dengan hasil FGD pada alumni peserta, rekan dan atasan alumni, terkait dampak pelatihan pada organisasi, berikut ini pernyataan alumni terkait dampak terhadap Peningkatan Kinerja Organisasi.

“Penerbitan rekom perijinan berkurang dari 12 hari menjadi 7 hari Pelaporan bulanan menjadi lebih tepat waktu dan lengkap.”

“Delay Reporting pada Program P2 TB dapat berkurang.”

“Proses perencanaan dan penentuan prioritas kegiatan dan program lebih efektif dengan pendekatan QIP waktu penyelesaian komplain pada pelayanan di rawat jalan poliklinik dapat diselesaikan lebih cepat.”

“Pembinaan dan pengawasan mutu puskesmas secara dokumentasi data adn form puskesmas lebih cepat terkumpulkan tidak sampai akhir tahun atau ditahun berikutnya.”

“Dengan Implementasi QIP pada pelaksanaan peningkatan capaian program pemantauan tumbuh kembang balita di posyandu tetap terlaksana sesuai jadwal target waktu (tidak menjadi lebih pendek).”

“Dengan pendekatan QIP, proses langkah2 penurunan stunting dapat dilaksanakan dari bulan juni sampai oktober 2025, semula harusnya selesai desember menjadi bulan oktober prevalensi stunting dapat turun.”

Waktu penyelesaian pekerjaan berkurang, mengindikasikan bahwa mayoritas alumni mampu menyusun perencanaan kerja yang lebih terstruktur, menetapkan prioritas kegiatan dengan lebih tepat dan sesuai akar masalah, serta mengurangi aktivitas yang tidak bernilai tambah. Dampak ini sejalan dengan pendekatan AMTC yang menekankan QIP dan HAPPS, yang melatih peserta untuk menganalisis proses kerja dengan membuat alur dan mencari titik masalah pada alur tersebut berupaya memberikan solusi menghilangkan pemborosan waktu (*process inefficiency*). Hasil tersebut sejalan dengan sebuah Studi di India, QIP dilakukan melalui penyederhanaan alur proses peningkatan kualitas mulai dari pemesanan obat-obatan dan perlengkapan habis pakai hingga pemberian obat, serta implementasi lembar pelacak untuk area bangsal rawat inap. Hasilnya menunjukkan rata-rata waktu penyelesaian untuk pengobatan berkurang. Studi ini menunjukkan dampak QIP pada peningkatan kinerja organisasi, khususnya pada indikator waktu penyelesaian pekerjaan yang berkurang.

Hasil penilaian alumni tersebut sejalan pula dengan penilaian dari rekan alumni yang menyatakan ada

efektivitas dan efisiensi waktu. Berikut kutipannya.

“..... manfaatnya sampai sekarang banyak, sangat efektif, terutama keefektifan dokter spesialis lah yang agak susah itu jadi ketika ada untuk jam waktu tunggu dokternya pun jadi efektif itu dalam bekerjanya. ... jadi terkontrol itu berapa menit berapa menit per pasien tuh.....ada evaluasi setiap per tiga bulan itu ada evaluasi tentang waktu tunggu ini. (Rekan Alumni RS).”

Peningkatan kinerja organisasi terkait peningkatan jumlah output juga disampaikan oleh sejumlah alumni, berikut kutipan yang disampaikan:

“... terjadi kenaikan capaian yang cukup berarti dalam hal kualitas posyandu yaitu meningkatnya partisipasi masyarakat dengan rata2 58% dari yang sebelumnya 34%.”

“Cakupan CKG di Kabupaten Kulon Progo meningkat dari 2,67% pada pertengahan Tahun 2025 (Juni) menjadi 12,16% pada Oktober 2025.”

“.. dengan QIP terjadi peningkatan Cakupan Pelayanan Kesehatan anak sekolah naik dr 20 % menjadi 80 %.”

Hasil senada dijumpai pada konteks yang berlawanan, ketika capaian positif meningkat, maka angka kejadian suatu masalah menurun. Hal ini yang dilaporkan pada sebuah studi yang menyebutkan terdapat penurunan angka kejadian luka tekan yang didapat di rumah sakit (*Hospital Acquired Pressure Injuries* (HAPI) diamati setelah implementasi QIP di ICU rumah sakit yang berfokus pada pencegahan HAPI I (Kern BK, 2025).

Dampak implementasi QIP dan HAPPS juga dirasakan sebagian alumni terhadap efisiensi biaya program kesehatan di instansi. Berikut kutipan penjelasan alumni:

“Pembiayaan kegiatan lebih hemat karena kegiatan menjadi lebih terarah, program kegiatan dengan anggaran terbatas namun target dapat tercapai.”

“Modifikasi pengaduan / penyampaian komplain dari yang sebelumnya menggunakan kertas , sekarang menggunakan online melalui wa atau email RS , menghemat biaya penggunaan kertas.”

“Dengan pendekatan QIP dan HAPPS, cakupan CKG di Kabupaten KP meningkat dari 2,67% pada pertengahan Tahun 2025 (Juni) menjadi 12,16% pada Oktober 2025 tanpa tambahan anggaran untuk monev kegiatan.”

“Biaya rapat pembahasan perencanaan tahunan bisa diminimalkan karena metode yang efektif”.

“Memfaatkan proses monitoring pelaporan berkala secara online dapat menghemat biaya dan tenaga bila dibandingkan dengan monitoring tatap muka.”

“Permasalahan terkait dengan pemberian edukasi standar program kepada pengelola program, dapat dilakukan dengan metode teleprogram yang diperoleh melalui metode QIP.”

“Modifikasi tahapan pelaksanaan kegiatan penurunan stunting dapat menghemat biaya operasional karena kegiatan terintegrasi dengan kegiatan yang sudah direncanakan BOK, misal kegiatan posyandu, pertemuan Pra Lokmin Klaster 2 (BLUD), Lokmin bulanan, Bantuan PMT (BOK), Donatur (Baznas) di Karangtengah.”

Dampak terhadap efisiensi biaya menunjukkan bahwa alumni mampu mengurasi pemborosan material (seperti kertas), tahapan (terlalu banyak rapat), serta mengelola sumber daya secara lebih cermat. Hal ini selaras dengan pendekatan QIP yang menekankan perbaikan berbasis data dan akar masalah.

Namun sebagian alumni ada pula yang menyatakan tidak ada dampak terkait aspek efisiensi biaya. Berikut pernyataan alumni:

“Untuk opsi di atas (efisiensi biaya) tidak ada perubahan signifikan.”

“Belum tampak adanya dampak pada penghematan anggaran.”

“Implementasi QIP atau HAPPS belum di rasakan berdampak pada penurunan biaya operasional pembuatan rencana kegiatan, karena pada pelaksanaan nya perencanaan dan implementasi kegiatan mengikuti pagu anggaran yang ditetapkan.”

Sementara bagi sebagian alumni yang merasakan tidak ada perubahan, hal ini dapat disebabkan bahwa penurunan biaya operasional sering membutuhkan waktu lebih panjang, dan beberapa biaya bersifat struktural (turunan) dan tidak langsung dapat diubah oleh individu alumni.

Dampak lain pada organisasi terjadi pada perubahan sistem dan proses kerja. Banyaknya SOP baru atau revisi regulasi internal yang terbentuk menunjukkan bahwa alumni tidak hanya melakukan perbaikan individual, tetapi juga menginisiasi perubahan sistem, mengonversi hasil QIP menjadi kebijakan atau SOP formal. Dampak ini sangat penting karena SOP merupakan fondasi keberlanjutan perbaikan dan sejalan dengan materi QIP pada step 6 yaitu Standarisasi. Sebagian besar alumni memang mengimplementasikannya dalam bentuk pembuatan SOP. Berikut kutipan implementasi oleh alumni:

“SOP terbaru mengenai penyelesaian komplain di rawat jalan dan khusus alur kerja dituangkan dalam SOP 2025.”

“Modifikasi Monev CKG akan dituangkan dalam SOP terbaru pada 2025 Ada perbaikan SOP terintegrasi lintas Dinas.”

“Modifikasi tahapan proses dalam bentuk SOP penanganan stunting di puskesmas banjarnegara 1 terdapat

beberapa Kerangka Acuan Kerja Yang dirubah/revisi, dan tertuang dalam RUK/RPK.”

“SOP dalam pelayanan, untuk peningkatan dan penjaminan mutu layanan dapat terbrentuk SOP dan juknis baru dan revisi dari yang sudah ada kebijakan farmasi dan penetapan formularium nasional kabupaten dibuat dalam dokumen kebijakan dan SOP.”

Adanya perbaikan pada sistem dan proses kerja, yang dinyatakan oleh seluruh responden, ini merupakan indikator keberhasilan utama AMTC, karena pelatihan benar-benar diterapkan. Peserta mampu mengidentifikasi dan memperbaiki masalah nyata serta tidak berhenti pada tataran konseptual. Hal ini diperkuat dari hasil isian alumni, FGD rekan dan atasan yang menyatakan hal serupa:

“Setiap permasalahan dilakukan dengan brainstorming, menentukan prioritas permasalahan analisa data permasalahan, fish bone, rencana kegiatan dan evaluasi (alumni).”

“Dampaknya terhadap kami proses mengatasi masalah lebih sistematis bu. Dari identifikasi masalah penyelesaian masalah, pemecahan sampai penganggarannya lebih tertata begitu bu.”

“Kalau dari kami yang pastinya itu lebih kritis lah bu. Sudah itu kalau masalah ada pekerjaan itu lebih teratur. Lebih terstruktur tindakan tindakannya itu. Lebih teratur, terstruktur sistematis.” (Rekan Alumni RS)

“Ibu mungkin mungkin ini untuk efek dan manfaatnya. Karena kan kami biasanya di bidang itu per program nih. Tapi karena adanya pelatihan ini yang kayak saya bilang tadi ada apa saja kita duduk bersama jadi program itu milik kita bersama. kemudian tidak lupa juga outputnya. Seperti apa intinya semua yang akan terjadi itu sudah kita rembukan bersama.” (Rekan Alumni Dinkes)

“... sudah lebih terstruktur bagaimana menyampaikan ke bidang bidang mengkoordinir terkait dengan apa saja indikator outcome yang mau dicapai, terutama di menentukan tujuan sasaran dan sasaran strategis daripada dinas kesehatan. Jadi lebih terstruktur, kemudian menggunakan berbasis data memberikan arahan kepada teman teman di Dinkes bagaimana menyusun perencanaan dengan mengidentifikasi masalah yang terkait dengan proses bagaimana meningkatkan kualitas daripada prosesnya kemudian membuat skoring. Jangan hanya mengulang perencanaan yang mungkin dari tahun sebelumnya. Jadi ada proses analisis yang lebih mendalam dalam membuat apa saja yang mau dicapai, rincian kegiatan di dalam setiap kegiatan.”

“Penyelesaian masalah yang ada di puskesmas itu lebih terarah sih bu dari yang sebelum sebelumnya. kalau saya sih merasa lebih lebih diarahkan oleh ibunya sendiri lebih dibantu bagaimana cara memecahkan masalah seperti itu bu, dengan lebih terorganisir lebih teratur dan target penyelesaiannya itu bisa dilaksanakan sesuai dengan apa yang direncanakan.”

Dampak lain dirasakan dari aspek meningkatnya kepatuhan terhadap standar mutu, hal ini menunjukkan bahwa perubahan sistem yang dilakukan lebih terkontrol, lebih konsisten, selaras dengan standar mutu organisasi. Ini menandakan bahwa AMTC berkontribusi pada budaya mutu dan *continuous improvement*. Hal ini sejalan dengan konsep TQM yang dipelajari pada AMTC ataupun konsep QIP itu sendiri. Hasil serupa dijumpai pada studi QIP yang pernah dilakukan, studi tersebut meneliti apakah telah terjadi peningkatan proses yang efektif dalam menerapkan QIP di *University of South Africa* (Unisa). Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan proses yang efektif seiring dengan diterapkannya cara-cara baru dalam memberikan layanan kepada mahasiswa (Mdledle & Johannes, 2024). Penelitian lain menunjukkan pengaruh pada meningkatnya efektivitas organisasi melalui perbaikan proses kerja (Burke dan Hutchins, 2007), serta perbaikan dalam proses pemulangan pasien (Rollison *et al*, 2021)

Selain dampak pada peningkatan kinerja organisasi, efisiensi biaya dan perubahan sistem kerja, sejumlah alumni, rekan dan atasan menyebutkan dampak lain pada organisasi yang diyakini merupakan hasil atau kontribusi alumni pasca pelatihan AMTC. Dampak tersebut antara lain: 1) Petugas menjadi lebih terbiasa berpikir secara sistem/tahapan sehingga memberikan perubahan hasil yang baik; 2) Pasien menjadi lebih puas akan pelayanan sehingga meningkatkan pendapatan BLUD; 3) Hubungan kerja dan koordinasi serta integrasi pemegang program menjadi lebih baik; 4) Puskesmas Banjarnegara 1 mendapatkan juara nasional pada kegiatan Jampusnas 2025 di Yogyakarta, dengan membuat KTI sesuai dengan tahapan QIP dan CQI; 5) Efek karambol pada peningkatan kinerja Tim Kerja di Puskesmas - Kolaborasi lebih bagus; 6) Peningkatan indeks kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RS khususnya di poliklinik; 7) Sebelumnya puskesmas belum pernah mendapatkan penghargaan apa-apa, pada 2024 kami dapat penghargaan Juara 3 kinerja puskesmas dan untuk PKP puskesmas kami dapat juara harapan pertama di tingkat Kabupaten; dan 8) Data complain, untuk pelayanan itu berkurang, jumlah pasien meningkat, itu enggak tahu apakah itu berhubungan mutu pelayanan.

2.4. Dukungan dan Hambatan yang Dihadapi Peserta dalam Menerapkan Kompetensi

Faktor pendukung dan kendala disajikan dalam tabel distribusi frekuensi sebagai berikut:

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Dukungan pada Implementasi Hasil Pelatihan AMTC di Instansi Alumni Peserta

Faktor Pendukung	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Masih memahami materi pelatihan AMTC	21	76
Kerjasama tim kerja yang baik	19	90
Dukungan dari pimpinan	18	86
Ketersediaan sarana dan prasarana	17	81
Masih memahami materi pelatihan AMTC	21	76
Motivasi diri yang tinggi	11	52
Adanya kolaborasi dengan jejaring/ sektor lain	11	52
Ketersediaan waktu	9	42,86
Ketersediaan peraturan, kebijakan, SOP	9	42,86
Tersedianya dana/anggaran	4	19,05

Berdasarkan tabel, faktor pendukung implementasi hasil Pelatihan AMTC menunjukkan variasi jawaban dari alumni peserta. Faktor dengan persentase tertinggi adalah kerjasama tim kerja yang baik (90%), diikuti oleh dukungan dari pimpinan (86%) dan ketersediaan sarana dan prasarana (81%). Hal ini mengindikasikan bahwa lingkungan kerja sosial dan struktural merupakan penopang utama dalam implementasi hasil pelatihan. Tingginya frekuensi pada faktor-faktor tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi AMTC tidak hanya bergantung pada kapasitas individu alumni, tetapi sangat dipengaruhi oleh konteks organisasi tempat alumni bekerja. Temuan bahwa kerjasama tim dan dukungan pimpinan menjadi faktor dominan sejalan dengan teori transfer pelatihan (*training transfer theory*) yang dikemukakan oleh Baldwin dan Ford. Dalam model tersebut, lingkungan kerja termasuk dukungan atasan dan rekan kerja merupakan determinan utama keberhasilan transfer hasil pelatihan ke tempat kerja (Baldwin & Ford, 1988). Selanjutnya, tingginya peran dukungan pimpinan juga sejalan dengan konsep *transformational leadership*, yang menekankan bahwa pemimpin berperan dalam menciptakan iklim yang mendorong perubahan perilaku, pembelajaran berkelanjutan, dan inovasi pascapelatihan (Bass & Riggio, 2006).

Pada level individu, pemahaman terhadap materi pelatihan AMTC (76%) dan motivasi diri yang tinggi (52%) menjadi faktor pendukung yang cukup dominan. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar alumni masih memiliki retensi pengetahuan yang baik, meskipun motivasi intrinsik tidak muncul secara merata pada seluruh responden. Peserta memahami materi pelatihan karena dalam penugasannya langsung diterapkan pada program kerja mereka di lapangan sehingga mendapatkan pengalaman nyata di lapangan dalam hal menerapkan teori yang didapatkan selama pembelajaran. Pada aspek individu, pemahaman materi pelatihan dan motivasi diri berkaitan erat dengan teori pembelajaran orang dewasa (*andragogi*) yang dikemukakan oleh Knowles. Menurut teori ini, orang dewasa akan lebih efektif menerapkan hasil belajar apabila mereka memahami relevansi materi dengan tugas dan tanggung jawabnya, serta memiliki motivasi internal untuk berubah (Knowles *et al.*, 2015).

Faktor pendukung yang berkaitan dengan sistem dan kebijakan organisasi menunjukkan persentase yang relatif lebih rendah, seperti ketersediaan waktu (42,86%), ketersediaan peraturan, kebijakan, dan SOP (42,86%), serta tersedianya dana/anggaran (19,05%). Rendahnya dukungan pada aspek ini mengindikasikan adanya keterbatasan struktural dan administratif yang berpotensi menghambat keberlanjutan implementasi hasil pelatihan di lapangan. Rendahnya persentase pada ketersediaan dana, kebijakan, SOP, dan waktu menunjukkan adanya kesenjangan antara kompetensi individu dan kesiapan sistem. Hal ini konsisten dengan temuan berbagai studi implementasi kebijakan dan program kesehatan yang menyatakan bahwa kapasitas individu yang baik tidak akan optimal tanpa dukungan sistem organisasi dan kebijakan yang memadai (Fixsen *et al.*, 2005). Dalam konteks pelatihan berbasis perubahan praktik kerja, dukungan struktural menjadi prasyarat agar inovasi dapat diinstitutionalisasi.

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Hambatan pada Implementasi Hasil Pelatihan AMTC di Instansi Alumni Peserta

	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Keterbatasan waktu (Beban kerja tinggi)	12	57%
Keterbatasan sumber daya manusia (SDM)	10	48%
Keterbatasan dana/anggaran	8	38%
Kendala peraturan, kebijakan, dan SOP	6	29%
Keterbatasan dukungan lintas sektor/program	6	29%
Sudah lupa beberapa materi pelatihan	5	24%
Tidak ada penghambat dari faktor internal alumni	12	57%

Keterbatasan sarana dan prasarana	4	19%
-----------------------------------	---	-----

Berdasarkan tabel di atas, faktor penghambat dengan persentase tertinggi adalah keterbatasan waktu akibat beban kerja yang tinggi (57%). Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden mengalami kesulitan dalam mengalokasikan waktu khusus untuk mengimplementasikan hasil pelatihan di tengah tugas rutin. Faktor berikutnya adalah keterbatasan sumber daya manusia (48%), yang mengindikasikan bahwa hampir separuh responden menghadapi kekurangan jumlah atau kompetensi SDM pendukung dalam pelaksanaan QIP dan HAPPS. Selanjutnya, keterbatasan dana atau anggaran (38%) muncul sebagai hambatan yang cukup signifikan, meskipun tidak menjadi faktor dominan. Hambatan lain dengan persentase menengah adalah kendala peraturan, kebijakan, dan SOP (29%) serta keterbatasan dukungan lintas sektor atau program (29%), yang mencerminkan belum optimalnya dukungan tata kelola dan kolaborasi organisasi. Pada aspek individu lainnya, lupa sebagian materi pelatihan (24%) menunjukkan adanya penurunan retensi pengetahuan pada sebagian alumni. Namun demikian, terdapat pula 24% responden yang menyatakan tidak ada penghambat dari faktor internal alumni, yang mengindikasikan bahwa hambatan utama lebih banyak berasal dari lingkungan kerja dibandingkan dari kapasitas personal peserta. Faktor dengan persentase terendah adalah keterbatasan sarana dan prasarana (19,05%), yang menunjukkan bahwa secara umum fasilitas fisik bukan merupakan penghambat utama, meskipun tetap relevan pada konteks tertentu.

Dominannya keterbatasan waktu dan beban kerja sejalan dengan konsep *workload pressure* dalam studi implementasi dan transfer pelatihan. Alumni peserta pada umumnya merupakan pegawai yang diberikan tugas yang bertanggung jawab pada beberapa program, hal ini memungkinkan alumni kurang fokus dalam menerapkan QIP atau HAPPS secara utuh pada satu kegiatan/program. Dalam konteks AMTC, beban kerja yang tinggi berpotensi menempatkan implementasi QIP dan HAPPS sebagai prioritas sekunder. Hambatan berupa keterbatasan SDM memperkuat temuan bahwa implementasi inovasi memerlukan kapasitas organisasi yang memadai. Dengan kurangnya SDM mengakibatkan beban kerja yang harusnya terbagi jadi dikerjakan oleh sedikit pegawai, hal ini menyebabkan alumni tidak dapat menerapkan hasil pelatihan secara komprehensif atau bahkan tidak bisa menerapkannya sama sekali. Menurut teori *organizational capacity*, perubahan praktik kerja tidak dapat bertumpu pada satu atau dua individu, melainkan membutuhkan dukungan tim yang cukup baik dari sisi jumlah maupun kompetensi (Fixsen *et al.*, 2005).

Aspek keterbatasan dana, kebijakan, dan SOP menunjukkan adanya kesenjangan antara pelatihan dan sistem organisasi. Dalam hal keterbatasan dana yang dialami alumni peserta berkaitan pula dengan kebijakan pemerintah tentang efisiensi anggaran, sehingga akan berdampak pada penganggaran kegiatan dan menjadi hambatan dalam menerapkan hasil pelatihan apabila dalam implementasinya tersebut memerlukan dana. Hal ini konsisten dengan konsep *institutionalization of training outcomes*, yang menyatakan bahwa hasil pelatihan akan sulit berkelanjutan apabila tidak diintegrasikan ke dalam regulasi, prosedur kerja, dan mekanisme pendanaan organisasi (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). Begitupun pada Kebijakan dan SOP, tanpa payung kebijakan, alumni sering kali tidak memiliki kewenangan formal untuk melakukan perubahan.

Pada level individu, temuan bahwa sebagian alumni lupa beberapa materi pelatihan (24%) dapat dijelaskan melalui teori kurva lupa (*forgetting curve*) dari Ebbinghaus, yang menyatakan bahwa retensi pengetahuan akan menurun secara signifikan tanpa penguatan atau pengulangan pascapelatihan. Namun, keberadaan responden yang menyatakan tidak ada hambatan internal mempertegas bahwa faktor individu bukan merupakan penghambat utama, melainkan faktor kontekstual dan sistemik.

Dilakukan pendalaman dan triangulasi pada atasan terkait faktor pendukung dan penghambat implementasi alumni. Berikut sejumlah kutipan pendalaman pada FGD:

“Ketika ada SDM yang memiliki kemauan belajar, tentu kami memberikan persetujuan dan dukungan penuh. Kami sangat menghargai peserta yang memiliki motivasi internal seperti itu. Meski selama ini tugas harian Mbak Dewi tidak banyak berkaitan dengan pengolahan data, pelatihan ini justru memberikan peluang pengembangan kompetensi sehingga ia dapat memperluas perannya.”

“Baik Bu, kalau untuk hambatan saat ini, ya tentang dukungan dari satu-kesatuan, contohnya gini, yang saya maksudkan kadang, mereka melakukannya dengan seperti yang tahap-tahap yang sudah mereka dapat, tetapi kan dari teman-teman yang lain, dari bidang lain atau dari ini kan, mereka belum terpapar dengan apa yang mereka tahu. Jadi ya biasa lah, kita kadang di dalam kantor kan, salah mau menggunakan itunya, nanti-nanti bisa selesailah dengan cara-cara lain, nah gitu. Jadi kerjasama tim lah, kerjasama tim antar bidang terkadang masih kaku dengan perlakuan-perlakuan yang seperti itu. Jadi kalau hambatannya, dukungan secara keseluruhan, kalau harapan kami mungkin di lain waktu bisa diundang lagi Bu, untuk dari bidang yang lain, dari teman-teman yang lain, agar mereka juga terpapar dengan ilmu-ilmu yang seperti ini, gitu Bu.”

“Maksudnya untuk Bu Mayae ini, Ibu, ini karena memang waktu ya, artinya apa, karena beliau ini kegiatannya itu sangat banyak, jadi emang kayaknya, karena saya sendiri juga merasakan ya, kalau kita memang mau menekuni sesuatu itu kan duduk, berpikir, gitu ya. Nah, ini karena memang kerjanya sangat banyak, kayaknya Bu Maya juga kurang

punya waktu.”

“Beban tugas Bu Dewi cukup tinggi, sehingga tidak semua rencana dan kegiatan dapat dilaksanakan secara optimal. Keterbatasan waktu menjadi kendala utama dalam menyelesaikan seluruh tugas yang ada. Selain itu, pelaksanaan kegiatan ini juga membutuhkan koordinasi dan komunikasi yang lebih intensif dengan bawahan. Mengingat posisi Bu Dewi sebagai kepala seksi, penyamaan persepsi melalui komunikasi yang efektif dengan tim perlu ditingkatkan agar setiap kegiatan yang dilakukan dapat dipahami dan dijalankan secara selaras.”

Hasil FGD dengan alumni, rekan kerja, dan atasan menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mendukung maupun menghambat implementasi hasil pelatihan AMTC di tempat kerja. Faktor pendukung yang paling menonjol adalah adanya dukungan pimpinan serta motivasi belajar yang tinggi dari alumni. Atasan menyatakan memberikan persetujuan dan dukungan penuh kepada pegawai yang memiliki kemauan untuk mengembangkan kompetensi. Selain itu, pelatihan juga dipandang mampu memperluas peran dan kapasitas alumni dalam melaksanakan tugas, termasuk pada bidang yang sebelumnya bukan menjadi tugas utamanya. Temuan ini menunjukkan bahwa dukungan organisasi dan motivasi individu menjadi modal penting dalam implementasi hasil pelatihan.

Sementara itu, faktor penghambat yang teridentifikasi meliputi keterbatasan dukungan dari rekan kerja atau unit lain, tingginya beban kerja, keterbatasan waktu, serta tantangan dalam koordinasi dan komunikasi tim. Beberapa atasan mengungkapkan bahwa alumni telah berupaya menerapkan tahapan yang dipelajari selama pelatihan, namun belum seluruh rekan kerja memahami pendekatan yang sama sehingga implementasi sering kali tidak berjalan optimal. Selain itu, banyaknya tugas rutin menyebabkan alumni memiliki waktu yang terbatas untuk melakukan analisis, perencanaan, maupun pengembangan program secara lebih mendalam. Pada jabatan struktural, kebutuhan untuk menyamakan persepsi dan membangun komunikasi dengan bawahan juga menjadi tantangan tersendiri dalam mengimplementasikan perubahan. Motivasi belajar alumni serta dukungan pimpinan merupakan faktor yang mendorong transfer pelatihan, sedangkan tingginya beban kerja, keterbatasan waktu, dan kurangnya dukungan dari rekan kerja dapat menghambat proses tersebut.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Burke dan Hutchins (2007) yang menyatakan bahwa dukungan organisasi, dukungan atasan, dan iklim kerja yang kondusif merupakan faktor utama keberhasilan implementasi hasil pelatihan. Sebaliknya, beban kerja yang tinggi dan kurangnya keterlibatan anggota tim sering menjadi hambatan dalam menerapkan kompetensi baru. Temuan serupa juga dilaporkan dalam kajian sistematis terbaru (Wulandari *et al.*, 2026) yang menemukan bahwa sinergi pemangku kepentingan, dukungan pimpinan, dan pendekatan evaluasi bertingkat sangat menentukan keberhasilan implementasi program pelatihan. Kajian lain pada tahun 2025–2026 juga mengonfirmasi bahwa dukungan organisasi dan iklim kerja kondusif berpengaruh signifikan terhadap implementasi pelatihan, sementara beban kerja tinggi dan keterlibatan tim yang rendah sering menjadi hambatan utama.

Hasil evaluasi ini menunjukkan bahwa implementasi kompetensi AMTC tidak berhenti pada penguasaan individu, tetapi telah masuk ke dalam praktik pengelolaan program kesehatan di tempat kerja. Data kuantitatif menunjukkan tingginya implementasi QIP dan HAPPS serta adanya perubahan positif pada kinerja dan proses kerja instansi, sedangkan data kualitatif menjelaskan bagaimana dan dalam konteks apa kompetensi tersebut diterapkan. Alumni menggunakan pendekatan yang diperoleh dari pelatihan dalam penyusunan RUK, Renstra, dan perencanaan pencapaian SPM, bahkan sebagian alumni berperan dalam mentransfer pengetahuan kepada unit kerja lain. Integrasi kedua temuan tersebut menunjukkan bahwa transfer kompetensi AMTC berlangsung melalui proses adaptasi kompetensi ke dalam sistem kerja organisasi, bukan sekadar implementasi prosedur yang diperoleh selama pelatihan. Namun, proses tersebut dipengaruhi oleh dukungan pimpinan, kolaborasi antar unit, beban kerja, dan ketersediaan waktu. Dengan demikian, temuan penelitian ini memberikan pemahaman bahwa keberlanjutan manfaat pelatihan AMTC memerlukan keterkaitan antara kompetensi individu, kesempatan menerapkan kompetensi, dan dukungan lingkungan organisasi.

3. Kesimpulan dan Rekomendasi

3.1. Kesimpulan

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa sebagian besar alumni AMTC telah mampu mengimplementasikan kompetensi yang diperoleh selama pelatihan. Dari analisis secara kuantitatif dan secara kualitatif menunjukkan bahwa alumni peserta telah menerapkan QIP, baik secara utuh maupun parsial, dengan intensitas yang sering dilakukan pada langkah-langkah melakukan pengukuran hasil kegiatan, memilih masalah dengan tepat berbasis pada data dan menetapkan indikator, serta memverifikasi akar permasalahan dengan melakukan analisis. Pada implementasi tahapan HAPPS, kompetensi yang paling sering diterapkan adalah

penetapan tujuan, perancangan intervensi, evaluasi program, serta pengembangan rencana kerja dan anggaran. Temuan ini menunjukkan bahwa materi pelatihan relevan dengan tugas dan fungsi alumni, sehingga dapat diterapkan dalam perencanaan dan pengelolaan program kesehatan di tempat kerja. Namun demikian perlu diperhatikan juga langkah yang tidak pernah dilakukan oleh sebagian kecil peserta pada implementasi QIP yaitu membuat standar proses kegiatan yang dan implementasi HAPPS pada langkah menentukan prioritas masalah baik dengan dengan *tools* yang dipelajari maupun *tools* lain.

Implementasi hasil pelatihan menunjukkan adanya dampak signifikan terhadap kinerja organisasi terutama dalam hal adanya perbaikan pada sistem dan proses kerja, seluruh peserta menyatakan demikian, disusul dengan jumlah *output* meningkat tanpa menambah sumber daya, penggunaan bahan/material lebih hemat, meningkatnya kepatuhan terhadap standar mutu, terbentuknya SOP baru atau revisi regulasi internal, waktu penyelesaian pekerjaan berkurang, dan penurunan biaya operasional/unit *output*.

Dukungan dalam mengimplementasikan hasil Pelatihan AMTC terutama oleh faktor individu dan organisasi. Mayoritas alumni masih memahami materi pelatihan, memiliki motivasi diri yang tinggi, serta memperoleh dukungan pimpinan dan kerja sama tim yang baik. Sebaliknya, hambatan utama dirasakan berasal dari aspek struktural dan sumber daya. Keterbatasan waktu, dana/anggaran, sumber daya manusia, serta sarana prasarana muncul secara konsisten baik dalam temuan kuantitatif maupun kualitatif. Selain itu, kendala peraturan, kebijakan, dan SOP yang belum adaptif, serta menurunnya relevansi kompetensi dan retensi materi pelatihan, turut membatasi optimalisasi implementasi.

3.2. Rekomendasi

Rekomendasi terkait dengan hasil penelitian dari aspek implementasi hasil pelatihan, untuk Penyelenggara Pelatihan sebaiknya memperkuat materi praktik implementasi QIP dan HAPPS melalui studi kasus dan pendampingan pascapelatihan. Mengembangkan mekanisme coaching atau mentoring untuk membantu alumni mengatasi kendala implementasi di tempat kerja. Selain itu melibatkan atasan atau pengelola program dalam kegiatan diseminasi hasil pelatihan agar tercipta pemahaman dan dukungan yang lebih luas terhadap implementasi kompetensi.

Terkait dampak pelatihan terhadap kinerja organisasi, hasil penerapan kompetensi AMTC perlu dipertahankan dan dikembangkan melalui pemanfaatan konsep QIP dan HAPPS sebagai bagian dari proses perencanaan, pemecahan masalah, dan perbaikan kinerja di instansi alumni. Alumni juga perlu didorong untuk mendiseminasikan praktik dan hasil penerapan kepada tim atau unit kerja terkait sehingga manfaat pelatihan dapat diperluas dari tingkat individu ke tingkat organisasi

Dalam hal dukungan dan hambatan yang dialami alumni peserta dalam mengimplementasikan hasil pelatihan, instansi tempat alumni bekerja hendaknya dapat memberikan dukungan organisasi yang lebih kuat kepada alumni, termasuk kesempatan menerapkan hasil pelatihan dalam kegiatan perencanaan, penganggaran, dan pengelolaan program. Instansi perlu melakukan peninjauan terhadap kebijakan, peraturan, dan SOP yang dapat menghambat penerapan kompetensi, disertai kegiatan diseminasi pengetahuan kepada rekan kerja dan unit lain agar pendekatan yang dipelajari dapat diterapkan secara lebih luas dan terintegrasi. Selain itu juga dapat mengoptimalkan pembagian tugas dan pengelolaan beban kerja sehingga alumni memiliki waktu yang cukup untuk menerapkan kompetensi yang telah diperoleh.

Daftar Referensi

- American Association for Public Opinion Research (AAPOR). (2016). Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. AAPOR.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41(1), 63–105.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Batalden, P., & Davidoff, F. (2007). *Quality and Safety in Health Care*.
- Burke, L. A., & Hutchins, H. M. (2007). Training Transfer: An Integrative Literature Review. *Human Resource Development Review*, 6(3), 263–296.
- Chu, H. L., Wang, C. C., & Shiu, S. F. (2009). Effect of participating in Taiwan Quality Indicator Project on hospital efficiency in Taiwan. *Journal of Health Care Finance*, 35(4), 32.

- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., et al. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24, 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Fixsen, D. L., et al. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida.
- Greco, G., et al. (2024). Primer Part 1 – Preparing a Laboratory Quality Improvement Project. *Clinical Biochemistry*, 127–128, 110764. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2024.110764>
- Holton, E. F., Bates, R. A., & Ruona, W. E. A. (2000). Development of a generalized learning transfer system inventory. *Human Resource Development Quarterly*.
- Kemenkes (2016). *Kurikulum Pelatihan Manajemen Terapan bagi Pengelola Program Kesehatan*.
- Kern BK. (2025) Implementation of a unit- specific quality improvement process for prevention of hospital-acquired pressure injuries. *BMJ Open Quality* 2025;14:e003379. doi:10.1136/ bmjoq-2025-003379
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: The four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner*. New York: Routledge Middle, Z., & Johannes, E. (2024). Implementation Of Quality Improvement Plans: Effectiveness Or Compliance? A View From The South. In *INTED2024 Proceedings* (pp. 7186-7192). IATED.
- Noe, R. A. (2017). *Employee Training and Development*. McGraw-Hill.
- Nuryanto, N., Ma'aruf, F., & Purnomo, B. C. (2024). Analisis Kualitas Proses Layanan Kesehatan Lingkungan Dengan Pendekatan Quality Improvement Process (QIP). *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 23(2), 215-225. <https://doi.org/10.14710/jkli.23.2.215-225>, diakses pada <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jkli/article/view/59345>
- Nuryanto, Fauzan Ma'ruf, and Bayu Chondro Purnomo. "Implementasi Target Capaian sebagai Upaya Peningkatan Jumlah Layanan Klinik Sanitasi." *Buletin Keslingmas* 43.1 (2024): 26-32.
- O'Leary, K. J., Fant, A. L., Thurk, J., Bilimoria, K. Y., Didwania, A. K., Gleason, K. M., Groth, M., Holl, J. L., Knoten, C. A., Martin, G. J., O'Sullivan, P., Schumacher, M., & Woods, D. M. (2019). Immediate and long-term effects of a team-based quality improvement training programme. *BMJ quality & safety*, 28(5), 366–373, diakses pada <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007894>
- Ranggyan, R. M., Dhale, S., Saha, T., & Mondal, R. (2020). Effectiveness of the quality improvement program (QIP) implemented in Superspecialty hospitals.
- Rollinson, T. J., Furnival, J., Goldberg, S., & Choudhury, A. (2021). Learning from Lean: a quality improvement project using a Lean-based improvement approach to improve discharge for patients with frailty in an acute care hospital. *BMJ Open Quality*, 10(4), e001393.
- Salas, E., Tannenbaum, S. I., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K. A. (2012). The science of training and development in organizations. *Psychological Science in the Public Interest*, 13(2), 74–101.
- World Health Organization. (2010). *Evaluating training in WHO*.
- Wijayanti, E. W., Isfandiari, M. A., & Purnomo, A. Y. (2025). Jalur Intervensi Hipertensi Menggunakan Metode HAPPS (Health Analysis for Planning Prevention Service) di Kabupaten Magetan. *Jambura Journal of Health Sciences and Research*, 7(2).
- Wulandari, R., Ramadhan, R. R., Fani, M. I., & Bachtiar, M. (2026). Implementasi program pelatihan: Kajian sistematis tentang tahapan dan dampak pengembangan sumber daya manusia. *Al-Zayn: Jurnal Ilmu Sosial & Hukum*, 4(3), 9259–9267. <https://doi.org/10.61104/alz.v4i3.6810>