

MUTU PELAYANAN KESEHATAN



Haerawati Idris |

Haerawati Idris

UPT. Penerbit dan Percetakan

Universitas Sriwijaya 2019

Kampus Unsri Palembang

Jalan Srijaya Negara, Bukit Besar Palembang 30139

Telp. 0711-360969

email : unsri.press@yahoo.com, penerbitunsri@gmail.com

website : www.unsri.unsripress.ac.id

Anggota APPTI No. 026/KTA/APPTI/X/2015

Anggota IKAPI No. 001/SMS/2009

Edisi Pertama, Cetakan Pertama, Desember 2019

159 halaman : A5

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Hak Terbit Pada Unsri Press

ISBN : 978-979-587-8285

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wa Barakaatuh.

Puji syukur ke hadirat Allah Yang Maha Pengasih karena atas berkah, rahmat, dan karunia-Nyalah penulisan buku “Mutu Pelayanan Kesehatan” dapat diselesaikan. Tidak lupa penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini. Buku ini membahas mengenai konsep mutu dan aplikasinya dalam bidang kesehatan. Buku ini dapat digunakan oleh akademisi seperti mahasiswa, pengajar dan pembuat program kesehatan serta masyarakat umum lainnya yang memerlukan bahan bacaan untuk menambah pengetahuan.

Penulis menyadari bahwa buku ini merupakan salah satu dari sekian banyak tulisan yang membahas tentang mutu pelayanan kesehatan. Oleh karenanya buku ini dapat digunakan sebagai pelengkap atau pembanding. Penulis menyadari bahwa buku ini jauh dari kata sempurna bahkan mungkin terdapat kelemahan dan kesalahan dalam penulisan. Oleh karena itu, penulis sangat menantikan saran dan kritik konstruktif dari pembaca guna perbaikan buku ini dimasa datang. Akhirnya penulis berharap semoga buku ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Penulis

Haerawati Idris

Daftar Isi

| | |
|---|-----|
| Kata Pengantar | i |
| Daftar Isi | ii |
| Daftar Tabel | v |
| Daftar Gambar | vi |
| Daftar Singkatan | vii |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Pengertian Mutu..... | 2 |
| 1.2 Prinsip Mutu..... | 2 |
| 1.3 Faktor Fundamental yang Mempengaruhi Mutu..... | 6 |
| 1.4 Jenis Mutu Menurut Tempatnya..... | 7 |
| 1.5 Model Sistem dan Proses Kendali Mutu..... | 8 |
| BAB 2. MUTU LAYANAN KESEHATAN | 9 |
| 2.1 Perspektif Mutu Layanan Kesehatan..... | 9 |
| 2.2 Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan..... | 11 |
| 2.3 Dimensi Mutu Layanan Kesehatan..... | 12 |
| 2.4 Dimensi mutu menurut pelanggan..... | 16 |
| 2.5 Perencanaan Mutu Pelayanan Kesehatan..... | 16 |
| 2.6 Siklus Pengembangan Mutu Pelayanan Kesehatan..... | 18 |
| 2.7 Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan..... | 19 |
| 2.8 Pendekatan Sistem dalam Mutu Pelayanan Kesehatan..... | 21 |
| 2.9 Fungsi Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan..... | 22 |
| BAB 3. PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI JASA | 23 |
| 3.1 Kriteria dan Prinsip Umum Jasa..... | 23 |
| 3.2 Karakteristik Jasa..... | 24 |
| 3.3 Kiat-Kiat Pemasarana Jasa Pelayanan Kesehatan..... | 26 |
| 3.4 Dimensi Mutu Jasa Pelayanan Kesehatan..... | 29 |
| BAB 4. STANDAR LAYANAN KESEHATAN | 33 |
| 4.1 Pengertian Standar Layanan Kesehatan..... | 33 |
| 4.2 Manfaat Standar Layanan Kesehatan..... | 33 |
| 4.3 Peningkatan Mutu Standar Layanan Kesehatan..... | 34 |
| 4.4 Cara Penyusunan Standar Layanan Kesehatan..... | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 4.5 Indikator/kriteria standar layanan kesehatan..... | 35 |
| 4.6 Peningkatan mutu berkelanjutan pelayanan kesehatan | 36 |
| BAB 5. PENERAPAN MUTU LAYANAN KESEHATAN..... | 38 |
| 5.1 Model penerapan mutu..... | 39 |
| 5.2 Langkah dan kegiatan perencanaan strategik dan operasional..... | 42 |
| BAB 6. JAMINAN MUTU LAYANAN KESEHATAN..... | 49 |
| 6.1 Kegiatan jaminan mutu layanan kesehatan..... | 49 |
| 6.2 Pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan..... | 50 |
| 6.3 Langkah pelaksanaan jaminan mutu layanan kesehatan..... | 51 |
| 6.4 Pentingnya jaminan mutu layanan kesehatan..... | 53 |
| BAB 7. BIAYA MUTU | 56 |
| 7.1 Pengukuran mutu..... | 58 |
| 7.2 Perbaikan mutu..... | 65 |
| BAB 8. PENINGKATAN MUTU LAYANAN KESEHATAN..... | 72 |
| BAB 9. KEPUASAN PELANGGAN | 76 |
| 9.1 Mengukur kepuasan pelanggan..... | 78 |
| 9.2 Produk dan kepuasan pelanggan..... | 79 |
| 9.3 Mutu berdasarkan kepuasan pelanggan..... | 81 |
| 9.4 Hasil dan manfaat manajemen mutu yang berorientasi kepuasan pelanggan..... | 82 |
| 9.5 Pendekatan mutu pelanggan pelayanan kesehatan..... | 83 |
| BAB 10. MANAJEMEN MUTU PARIPURNA (TQM)..... | 84 |
| 10.1 Organisasi layanan kesehatan dengan strategi TQM..... | 88 |
| 10.2 Kaizen dan Total Quality Control (TQC)..... | 90 |
| 10.3 Bidang atau area TQM/TQC..... | 92 |
| 10.4 Strategi TQM/TQC dalam organisasi pelayanan kesehatan..... | 93 |
| 10.5 Aplikasi manajemen Deming..... | 95 |
| BAB 11. PEMBIAYAAN PEMELIHARAAN KESEHATAN..... | 99 |
| 11.1 Risiko yang dapat diasuransikan..... | 99 |
| 11.2 Asuransi..... | 101 |
| 11.3 Pembiayaan perawatan kesehatan..... | 104 |
| 11.4 Bentuk upaya pemeliharaan kesehatan..... | 105 |
| 11.5 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)..... | 106 |

| | |
|---|------------|
| BAB 12. MENJAGA MUTU PELAYANAN KESEHATAN..... | 115 |
| 12.1 Pengertian Quality Assurance..... | 115 |
| 12.2 Quality Control dan Quality Assurance..... | 116 |
| 12.3 Pengorganisasian Quality Assurance/Quality Control..... | 117 |
| 12.4 Pendekatan Sistem dalam Mutu Pelayanan Kesehatan..... | 119 |
| 12.5 Proses <i>Quality Assurance</i> dalam Pelayanan Kesehatan..... | 121 |
| 12.6 Mendesain Mutu..... | 122 |
| 12.7 Langkah – Langkah Pelaksanaan Program <i>Quality Assurance</i> | 123 |
| 12.8 Pelaksanaan Program <i>Quality Assurance</i> di Puskesmas..... | 125 |
| 12.9 Aplikasi Kegiatan Quality Assurance di Rumah Sakit..... | 127 |
| BAB 13. EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN..... | 130 |
| 13.1 Jenis Evaluasi Progran Kesehatan..... | 130 |
| 13.2 Evaluasi Program Kesehatan..... | 132 |
| 13.3 Evaluasi Pelayanan Rumah Sakit..... | 135 |
| 13.4 Evaluasi Pelayanan Puskesmas..... | 137 |
| 13.5 Langkah-Langkah Evaluasi Program..... | 138 |
| BAB 14. AKREDITASI RUMAH SAKIT..... | 140 |
| 14.1 Maksud Akreditasi Rumah Sakit..... | 141 |
| 14.2 Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit..... | 142 |
| 14.3 Tujuan Akreditasi Rumah Sakit..... | 144 |
| 14.4 Manfaat Akreditasi..... | 144 |
| 14.5 Standar untuk Akreditasi..... | 146 |
| 14.6 Strategi Pelaksanaan Akreditasi..... | 147 |
| 14.7 Metode Pelaksanaan Akreditasi..... | 147 |
| 14.8 Keputusan Akreditasi Rumah Sakit..... | 148 |
| 14.9 Langkah-langkah Pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit..... | 149 |
| 14.10 Pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit Secara Nasional..... | 150 |

DAFTAR PUSTAKA

INDEKS

DAFTAR TABEL

| | |
|--|-----|
| Tabel 1.2 Perbedaan QA dan QC..... | 116 |
| Tabel 10.1 Pendekatan “ <i>Non QC Story</i> ”..... | 97 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|-----|
| Gambar 1.1 Model Sistem Mutu..... | 8 |
| Gambar 1.2 Proses Kendali Mutu Tradisional..... | 8 |
| Gambar 2.1 Siklus pengembangan jaminan mutu..... | 18 |
| Gambar 3.1 Segitiga Pemasaran Jasa Sebuah Rumah Sakit..... | 27 |
| Gambar 3.2 Kesenjangan yang berpengaruh pada kualitas pelayanan..... | 28 |
| Gambar 6. 1 Lingkaran Mutu..... | 51 |
| Gambar 7.1 Contoh diagram tulang ikan..... | 70 |
| Gambar 9.1 Model Kepuasan Pelanggan..... | 77 |
| Gambar 9. 2 “ <i>Biq Quality</i> ”, Kepuasan Pelanggan, Mutu Menyeluruh..... | 81 |
| Gambar 10.1 Model Siklus PDCA..... | 87 |
| Gambar 10.2 Siklus PDCA Deming..... | 95 |
| Gambar 13.1 Model program pelayanan kesehatan..... | 133 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-------|---|
| QA | : <i>Quality Assurance</i> |
| QC | : <i>Quality Control</i> |
| QI | : <i>Quality Improvement</i> |
| TQM | : <i>Total Quality Management</i> |
| PDCA | : <i>Plan-Do-Check-Action</i> |
| AQL | : <i>Acceptable Quality Level</i> |
| GKM | : Gugus Kendali Mutu |
| SDM | : Sumber Daya Manusia |
| SOP | : <i>Standard Operating Procedure</i> |
| RS | : Rumah Sakit |
| SPO | : Standar Prosedur Operasional |
| CQI | : <i>Continuous Quality Improvement</i> |
| SID | : Surat Izin Dokter |
| SIP | : Surat Izin Praktek |
| POMR | : <i>Problem Oriented Medical Record</i> |
| CSI | : <i>Customer Satisfaction Index</i> |
| TQC | : <i>Total Quality Control</i> |
| CWQC | : <i>Company Wide Quality Control</i> |
| QCC | : <i>Quality Control Circle</i> |
| SQC | : <i>Statistical Quality Control</i> |
| Askes | : Asuransi Kesehatan |
| JPKM | : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat |
| PPK | : Pemberi Pelayanan Kesehatan |
| BPDPK | : Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan |

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Pengertian Mutu

Mutu merupakan suatu kata yang lazim didengar dan digunakan masyarakat. Akan tetapi, masyarakat belum memahami arti dari mutu atau konsep dari mutu tersebut. Pada realitanya setiap orang berbeda-beda dalam mengartikan makna dari mutu. Mutu merupakan suatu hal yang penting, karena jika kita sebagai konsumen, maka dalam memilih produk barang atau jasa yang diperlukan selalu menginginkan barang atau jasa dengan mutu yang terbaik atau *best quality*.

Masyarakat dalam memuaskan kebutuhan mereka ketika mengonsumsi maupun menggunakan benda/barang tersebut memiliki karakteristik tersendiri. Karakteristik yang dimaksud bagi setiap orang jarang sekali sama. Ciri-ciri atau karakteristik dari barang, benda, dan/atau jasa yang digunakan oleh setiap orang jarang sekali hanya satu, biasanya terdiri dari beberapa ciri sehingga tidak salah jika disebut bahwa mutu umumnya bersifat **multidimensi**. Terdapat pula orang ataupun masyarakat yang menganggap suatu barang yang bermutu itu harus mahal harganya, karena bagi orang tersebut dengan harga yang mahal maka mutu dari barang tersebut terjamin.

Oleh karena itu, untuk mendefinisikan mutu, seseorang dapat merujuk pada beberapa definisi yang menyatakan konsep dengan paling jelas. Berikut ini adalah beberapa definisi tersebut :

1. Menurut Philip Crosby, 1998 “Mutu adalah kepatuhan terhadap persyaratan atau spesifikasi.”
2. Al Assaf (1993), “Mutu merupakan sejak pertama kali melakukan hal yang benar, kemudian berikutnya melakukan yang lebih baik lagi”.
3. Menurut American Medical Association, 1991 “Mutu adalah suatu tahap saat layanan kesehatan mempengaruhi peluang *outcome* pasien yang optimal.”
4. Menurut IBM, 1982 “Mutu adalah memenuhi persyaratan yang diminta konsumen, baik konsumen internal maupun eksternal, dalam hal layanan dan produk yang bebas cacat.”
5. Menurut Xerox, 1983 “Mutu adalah menyediakan konsumen kita dengan produk yang inovatif dan layanan yang sepenuhnya memuaskan permintaan mereka.”

6. Menurut Al-Assaf, 1998 “Mutu adalah suatu proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen, baik internal maupun eksternal. Mutu juga dapat dikaitkan dengan suatu proses perbaikan yang bertahap dan terus-menerus.”

Dengan berbagai macam definisi dari mutu tersebut, untuk sementara dapat di definisikan bahwa mutu adalah barang atau jasa yang dapat memuaskan konsumen sesuai dengan kebutuhannya, yaitu baik merupakan kebutuhan yang dapat dinyatakan maupun yang tidak (tersirat) dengan karakteristik tertentu.

1.2 Prinsip Mutu

Kita selalu membutuhkan mutu dan kita selalu meminta mutu. Satu alasan paling mendasar mengenai mengapa mutu dibutuhkan adalah untuk memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen. Berikut adalah beberapa dari alasan, tetapi ini hanya sebagian alasan kecil yang dapat dikutip :

- a. Permintaan peningkatan perawatan yang tepat dan efektif
- b. Adanya standarisasi dan pengendalian penyimpangan
- c. Tindakan penghematan biaya
- d. Tolak ukur (*benchmarking*)
- e. Sertifikasi, akreditasi serta perundangan
- f. Tersedianya laporan kinerja penyedia pelayanan
- g. Persyaratan dalam memenuhi kebutuhan serta harapan pasien dalam penggunaan layanan
- h. Tekanan persaingan untuk perluasan pasar
- i. Kebutuhan perbaikan perawatan serta layanan
- j. Keinginan atas penghargaan dan berupaya untuk kesempurnaan
- k. Kompetensi atau persaingan
- l. Kebutuhan dalam mempertimbangkan etika

Beberapa prinsip terlintas ketika seseorang berpikir mengenai mutu. Mutu melibatkan proses jaminan mutu (QA), kendali mutu (QC), dan perbaikan mutu (QI). Ketiga konsep tersebut semuanya digabung menjadi sebuah konsep baru yang disebut TQM, manajemen mutu atau hanya mutu saja. TQM pertama kali dijelaskan oleh beberapa ahli atau tokoh mutu, yaitu Taylor, Shewhart, Dodge, dan Roemig di akhir abad ke-19 hingga tahun 1920-an. Semua ahli itu mendiskusikan teori ‘*Scientific management*’ atau manajemen ilmiah yang memperhitungkan kualitas serta kuantitas dalam menghadapi masalah-masalah manajemen.

Berdasarkan prinsip tersebut Dr. W. Edward Deming, seorang ahli statistik, memperkenalkan teori baru tentang manajemen. Deming melandasi teori-teorinya pada elemen-elemen manusia dan menekankan bahwa mengembangkan sumber daya manusia adalah alat terbaik untuk mencapai dan memperbaiki mutu produk dan layanan. Namun, ia menekankan bahwa berbagai upaya mutu akan berhasil hanya jika upaya itu dipimpin oleh manajemen puncak (*top management*). Deming menguraikan 14 pedoman dalam manajemen, yaitu :

1. Menciptakan ketetapan tujuan untuk perbaikan. Setiap organisasi harus mengidentifikasi dan mengomunikasikan misinya kepada seluruh pegawai untuk diterapkan.
2. Mengadopsi filosofi baru. Deming menekankan kerja sama dan koordinasi.
3. Berhenti mengutamakan pemantauan kegiatan secara keseluruhan. Hal yang perlu ditekankan adalah memperbaiki setiap proses yang dijalankan dan membangun hubungan perorangan.
4. Berhenti membeli peralatan hanya berdasarkan lebel harga saja. Penekanan harus pada "*life cycle costs*" atau biaya yang dikeluarkan selama siklus pemakaian produk atau layanan tersebut.
5. Secara terus menerus memperbaiki sistem produksi dan layanan atau perbaikan berkelanjutan dan bukan hanya untuk satu periode saja yang diperkenalkan dengan siklus *Plan-Do-Check-Action* (PDCA).
6. Menyelenggarakan pelatihan kerja.
7. Mengadopsi dan membangun kepemimpinan. Kepemimpinan berorientasi pada manusia yang melaksanakan prinsip keterjangkauan, dukungan, keterlibatan aktif, dan pemberdayaan.
8. Membuang rasa takut. Membentuk lingkungan yang bebas dari rasa takut melakukan kesalahan, takut berbicara, takut mengambil resiko, takut membuat keputusan, takut bertanya, takut belajar, dan takut memberi saran.
9. Hancurkan penghalang antardepartemen.
10. Hilangkan slogan, desakan, dan penetapan target bagi tenaga kerja.
11. Hilangkan kuota numeris bagi tenaga kerja dan tujuan numeris bagi manajemen.
12. Singkirkan penghalang yang dapat menghilangkan kebanggaan pegawai atas keterampilan kerjanya. Hilangkan sistem penilaian tahunan atau sistem pemberian jasa.

13. Menyusun program besar-besaran untuk pendidikan dan pengembangan diri bagi semua orang. Komitmen harus ditanam kuat didalam diri tenaga kerja dengan memberi kesempatan kepada mereka untuk belajar dan mengembangkan diri secara profesional.

14. Memberdayakan setiap orang mencapai transformasi mutu menjadi lebih baik.

Dr. Joseph M. Juran merupakan seorang ahli mutu lainnya mendefinisikan mutu sebagai penyesuaian untuk digunakan oleh pelanggan. Ia berfokus pada tiga proses utama mutu :

- a. Kendali mutu dan rangkaian mutu
- b. Perbaikan mutu dan rangkaian terobosan
- c. Perencanaan mutu dan program mutu tahunan

Kendali mutu mengatasi penyebab khusus. Rangkaian terobosan ini mengatasi penyebab kronis atau penyebab umum yang melibatkan upaya besar dan inisiatif yang inovatif untuk menyelesaikan berbagai masalah sistem. Program mutu tahunan meliputi perencanaan atau pelaksanaan perbaikan dan evaluasi berbagai upaya mutu minimal sekali dalam setahun. Dr. Juran juga meminta perbaikan berkesinambungan dan menyarankan agar proyek mutu diperbaiki satu persatu. Di setiap titik waktu, sejumlah proses dan masalah secara bersamaan ditangani oleh proses perbaikan yang dipimpin oleh manajer. Penyeleksian proyek harus didasarkan pada perhitungan pengembalian modal.

Philip B Crosby merupakan ahli mutu yang ketiga. Dr. Crosby adalah orang yang menghidupkan kembali konsep “*zero defect*”. Ia menetapkan 4 keharusan dalam mutu :

- a. Definisi mutu adalah kepatuhan pada persyaratan. Ia menyatakan bahwa pihak manajemen yang bertanggung jawab dalam menentukan persyaratan yang harus dipatuhi menurut kebutuhan nyata pelanggan.
- b. Hasil dari suatu sistem sebagai sebuah bentuk pencegahan. Mendeteksi area yang berpotensi serta menyusun metode merupakan suatu bentuk langkah awal dari proses pencegahan masalah tersebut. Konsep tersebut memiliki dampak langsung pada upaya penghematan biaya karena mencegah masalah agar tidak terjadi, atau mendeteksi lebih awal sebelum terjadi, akan membantu organisasi menghemat biaya penyelesaian masalah.
- c. Standar kinerja adalah tidak membuat kesalahan. Ia meyakini bahwa ketidakpatuhan merupakan hal yang tidak dapat diterima, dan kesalahan dapat dihindari. Ia juga tidak membenarkan perusahaan tertentu yang menggunakan sistem AQL (*acceptable quality level*). Ia menyatakan bahwa AQL dapat menimbulkan persepsi yang salah

pada pekerja dan konsumen eksternal bahwa berbuat kesalahan dalam batas tertentu dapat diterima sehingga mutu kinerja seseorang, meskipun sebenarnya tidak sesuai standar, akan dimaklumi oleh setiap orang sebagai mutu kinerja yang masih dapat diterima.

- d. Diperlukannya langkah penilaian mutu karena ketidakpatuhan pada standard. Hal itu secara langsung terkait dengan penekanan biaya karena produk yang tidak bermutu menyebabkan masalah dan akibatnya sejumlah uang harus dikeluarkan untuk mengatasi masalah tersebut. Kemudian banyak biaya terbuang untuk mendeteksi masalah (biaya evaluasi) guna mencegah masalah tersebut terjadi kembali (biaya kegagalan).

Crosby juga menganjurkan 14 prinsip manajemen :

1. Komitmen manajemen; komitmen yang sungguh-sungguh dan aktif.
2. Terdapat tim perbaikan mutu yang akan memperbaiki proses dan menyelesaikan masalah.
3. Mutu dapat diukur.
4. Pengevaluasian mutu meliputi biaya evaluasi, pengawasan dan survei.
5. Kesadaran mengenai mutu harus ditingkatkan, baik secara formal maupun non formal.
6. Tindakan koreksi hanya dilakukan sebagai upaya terakhir.
7. Manajemen harus merencanakan segala sesuatu menurut prinsip '*zero defect*' (melakukan segala sesuatu tanpa kesalahan).
8. Pendidikan mengenai mutu harus digalakkan.
9. Secara periodik menyelenggarakan satu hari khusus untuk menunjukkan dan mendorong pelaksanaan kegiatan atau proses tanpa kesalahan.
10. Setiap pekerja, departemen, dan organisasi harus menetapkan tujuan mereka dengan sungguh-sungguh dan melakukan segala upaya untuk mencapainya.
11. Harus ada sebuah sistem yang tepat untuk mempelajari kesalahan dan mengatasi penyebabnya.
12. Pekerja atau departemen yang layak mendapatkan penghargaan harus diketahui.
13. Kegiatan-kegiatan mutu harus direncanakan dan dilaksanakan melalui suatu dewan mutu yang telah didirikan.
14. Lakukan lagi dibagian yang sangat membutuhkan perbaikan berkelanjutan.

Kaoru Ishikawa merupakan tokoh mutu yang berasal dari Jepang yang mengembangkan cause and effect matrix atau fishbone diagram (diagram sebab akibat/ tulang ikan). Ia juga pencipta konsep kendali mutu total.

Ishikawa meyakini bahwa upaya perbaikan mutu merupakan tanggung jawab seluruh pekerja dan bukan hanya tanggung jawab ahli mutu.

Kesimpulannya, prinsip-prinsip mutu total terangkum dalam tujuh kategori utama dalam penghargaan bergengsi *Malcolm Baldrige National Quality Award*. Penghargaan tersebut diberikan kepada organisasi nasional (dalam bidang layanan dan manufaktur) yang dapat nilai tertinggi untuk tujuh kategori utama, yaitu :

- a. Pelaksanaan kepemimpinan (95 poin)
- b. Informasi dan analisis strategi serta sistemnya (75 poin)
- c. Upaya perencanaan mutu strategik (60 poin)
- d. Manajemen dan pengembangan sumber daya manusia (150 poin)
- e. Manajemen proses mutu (140 poin)
- f. Mutu dan hasil operasional (180 poin)
- g. Kepuasan pelanggan (300 poin)

Maka dari itu, diperlukannya kepemimpinan yang berkomitmen dengan berfokus pada konsumen dan proses, dibutuhkannya partisipasi dari pemimpin, tanggung jawab, pemberdayaan pekerja serta mengidentifikasi dan mencari alternative solusi yang proaktif terhadap permasalahan, perbaikan yang berkesinambungan, penghargaan atas pekerja suatu dan antardisiplin ilmu, dan pendidikan serta pelatihan kembali.

1.3 Faktor Fundamental yang mempengaruhi Mutu

Terdapat 9M area mendasar (*fundamental factors*) yang mempengaruhi mutu, yaitu :

1. *Men*, (Kemajuan teknologi, computer serta yang memerlukan banyak tenaga spesialis).
2. *Money*, (peningkatan kompetensi dengan penyesuaian biaya mutu).
3. *Material*, (terbatasnya bahan-bahan yang diperlukan).
4. *Machines*, (penyesuaian dengan kebutuhan konsumen).
5. *Modern information methods*, (trend yang selalu mengikut kemajuan teknologi computer).
6. *Markets*, (semakin tinggi dan luasnya tuntutan pasar).
7. *Management*, (bentuk tanngung jawab perusahaan terhadap manajemen mutu).
8. *Motivations*, (kesadaran pekerja dalam peningkatan mutu).

9. *Mounting product requirement*, (penyesuaian terhadap peningkatan produk oleh pelanggan).

1.4 Jenis Mutu Menurut Tempatnya

Menurut DR. T. Asaka, mutu dari siklus produk ditandai dengan Q0-Q11 yang sehubungan dengan lokasi tempatnya, yaitu :

1. Q0, yaitu permintaan/kebutuhan/keinginan/peggunaan yang merupakan tujuan akhir kepuasan pelanggan.
2. Q1, yaitu permintaan untuk usaha memperoleh pelanggan.
3. Q2, yaitu tujuan mutu untuk riset dan pengembangan operasional.
4. Q3, yaitu instruksi mutu spesifik oleh manajer puncak untuk mutu baru produk akan datang.
5. Q4, yaitu permintaan mutu spesifik dalam gambar dan spesifikasi.
6. Q5, yaitu mutu produk protipe baru.
7. Q6, yaitu desain proses mencapai mutu.
8. Q7, yaitu mutu produk yang disuplai.
9. Q8, yaitu mutu pada masing-masing proses prosuk.
10. Q9, yaitu mutu yang dijamin dengan test dan inspeksi.
11. Q10, yaitu mutu ketika produk dikirim ke pelanggan.
12. Q11, yaitu mutu pelayanan oleh personil pendukung produk pada pelanggan.

Berdasarkan tempat dimana mutu berada, dapat diklasifikasikan dalam "*Product Life* :

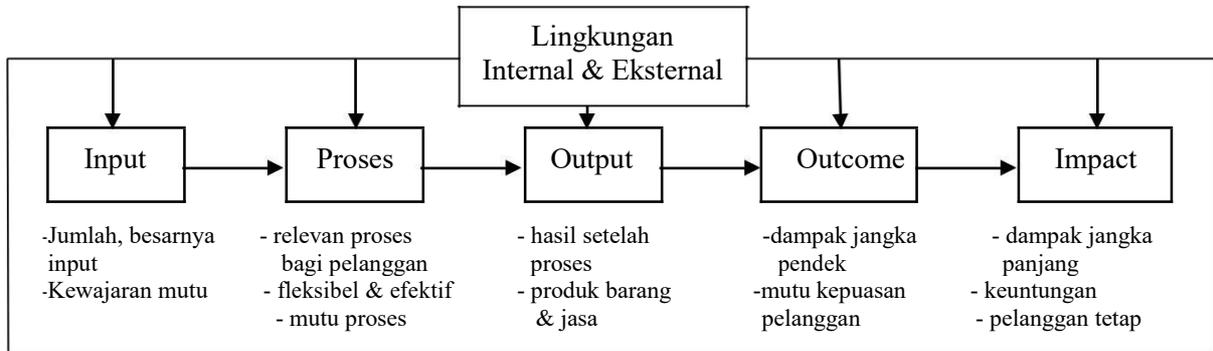
1. Mutu di dalam perencanaan
2. Mutu di dalam desain
3. Mutu di dalam produksi
4. Mutu di dalam penggunaan

Sedangkan, dalam dunia industry dan jasa, mutu dapat dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu :

1. Mutu produk yang dapat diukur (*tangible*), contohnya peralatan kodekteran, mobil, televisi, kamera.
2. Mutu yang sulit atau tidak dapat diukur (*intangibile, subyektif*), contohnya jasa pelayanan rumah sakit, layanan hotel, restoran, telepon, dan umum.

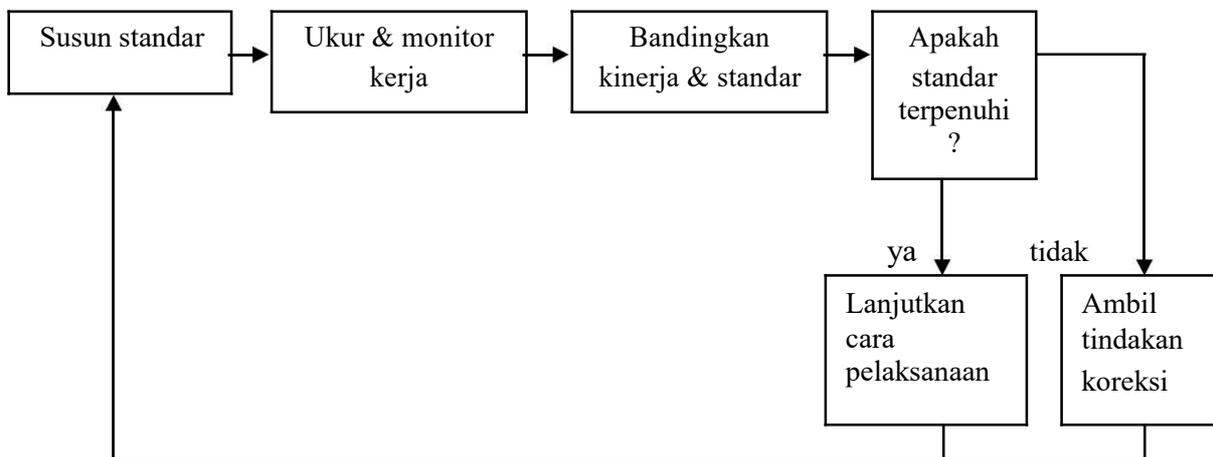
1.5 Model Sistem dan Proses Kendali Mutu

Mutu dengan sistem pelayanan berkaitan terhadap input, proses, output, outcome dan impact serta lingkungan yang mempengaruhi. Artinya output baik dari mutu dipengaruhi oleh mutu struktur dan mutu proses di organisasi pelayanan kesehatan. Jika hasil yang buruk dikarenakan adanya struktur dan proses yang buruk pula.



Gambar 1.1 Model Sistem Mutu

Sedangkan quality control (kendali mutu) dilakukan dengan penyusunan standard, pengukuran kinerja dengan standard yang ditetapkan. Apabila terdapat suatu ketidaksesuaian, maka perlu di periksa kembali. Peningkatan mutu memerlukan penyusunan standard baru yang lebih tinggi.



Gambar 1.2 Proses Kendali Mutu Tradisional

BAB 2. MUTU LAYANAN KESEHATAN

Setiap yang terlibat dalam pelayanan kesehatan (pasien, masyarakat, profesi layanan kesehatan, dinkes, maupun pemda) memiliki penilaian atau pandangan dari perspektif yang berbeda terhadap mutu pelayanan kesehatan. Perbedaan tersebut terjadi karena latar belakang, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan dan kepentingan yang berbeda-beda.

Pada umumnya, layanan kesehatan berfokus pada landasan utama yaitu mutu, akses dan biaya yang bergantung dan berdampak satu sama lain. Keterjangkauan layanan, efisiensi dan hemat biaya dapat mencapai mutu terbaik. Layanan yang bermutu merupakan layanan yang berfokus pada pelanggan (*customers-oriented*), tersedia (*available*), mudah didapat (*accessible*), memadai (*acceptable*), terjangkau (*affordable*), dan mudah dikelola (*controllable*). Mutu tercapai ketika kebutuhan dan harapan pelanggan terpenuhi.

Jasa yang ditawarkan oleh institusi kesehatan adalah pelayanan kesehatan. Hasil akhir (*outcome*) jasa pelayanan kesehatan adalah status kesehatan individu maupun kelompok masyarakat (*health care and health services*), yang mana penilaian dilakukan setelah mereka merasakan manfaat dari produk kesehatan tersebut.

2.1 Perspektif Mutu Layanan Kesehatan

Penilaian mutu layanan kesehatan dilakukan dengan standar atau karakteristik yang berbeda. Mutu layanan kesehatan sangat melekat terhadap faktor subjektivitas yang berkepentingan, (*provider*), masyarakat, pemyandang dana, maupun direktur (pemilik) sarana pelayanan kesehatan, sehingga sulit untuk merumuskan pengertian dari suatu mutu layanan kesehatan. Perspektif mutu layanan kesehatan, yaitu:

1. Perspektif konsumen/masyarakat

Perspektif konsumen/masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan dilihat dari pemenuhan kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan oleh layanan kesehatan tersebut dengan baik yang terdiri dari etika berperilaku, efisien waktu, cekatan dan cepat tanggap dalam melayani keluhan yang dirasakan pasien, serta kemampuan mencegah berkembangnya penyakit. Perspektif konsumen atau masyarakat yang puas sangat penting

dan akan berdampak positif dalam mematuhi pengobatan serta pasien akan melakukan pengulangan kembali berobat ke instansi terkait. Efektivitas, kemudahan akses, hubungan antar manusia, kesinambungan, dan kenyamanan merupakan beberapa dimensi dari mutu pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat dan kesejahteraan masyarakat, karena dimensi tersebut sangat penting bagi pasien/masyarakat.

Pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan, cara yang efektif yaitu pemberi layanan harus memahami status dan kebutuhan layanan yang dibutuhkan masyarakat, memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat serta memperdayakan masyarakat. Masyarakat dalam menilai dimensi kompetensi teknis dan mengetahui kebutuhan layanan kesehatannya maka perlu sebuah koordinasi atau hubungan yang baik dan saling percaya antara pemberi layanan (*provider*).

2. Perspektif *Provider*

Layanan kesehatan yang bermutu menurut *provider* adalah layanan kesehatan dengan kelengkapan ketersediaan peralatan, prosedur kerja, kebebasan profesi dalam setiap melakukan layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan yang mutakhir serta hasil akhir dari *outcome* pelayanan tersebut. Kemampuan dalam melaksanakan tugas dengan optimal merupakan bentuk dari sebuah komitmen dari pemberi layanan kesehatan. Perhatian *provider* harus terfokus pada kompetensi teknis, efektivitas, serta keamanan. Dukungan teknis, administrative dan layanan pendukung yang efektif, serta efisiensi dalam menyelenggarakan pelayanan yang bermutu merupakan kebutuhan dan harapan dari profesi layanan kesehatan.

3. Perspektif Penyandang Dana

Perspektif dari penyandang dana atau biasa disebut dengan asuransi kesehatan terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Kata efisien disini maksudnya yaitu waktu penyembuhan pasien diharapkan sesingkat mungkin agar tidak berdampak pada beban biaya layanan kesehatan. Selain itu juga dilakukannya upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit supaya berkurangnya kasus penyakit pada penggunaan layanan kesehatan.

4. Perspektif Pemilik Sarana Layanan Kesehatan

Layanan kesehatan yang berorientasi berdasarkan perspektif pemilik sarana layanan kesehatan adalah layanan kesehatan yang outputnya menghasilkan suatu pendapatan dan dapat menutupi biaya operasional maupun pemeliharaan dengan tarif pelayanan yang terjangkau oleh masyarakat sehingga masyarakat tidak mengeluh mengenai biaya pelayanan tersebut.

5. Perspektif administrator Pelayanan Kesehatan

Secara tidak langsung administrator layanan kesehatan bertanggung jawab terhadap mutu layanan kesehatan meskipun tidak memberikan layanan kesehatan. Administrator kurang memprioritaskan sesuatu seperti kebutuhan akan supervise, manajemen keuangan dan logistic yang dapat memberikan suatu tantangan sehingga dapat menimbulkan persoalan. Apabila memperhatikan dimensi mutu layanan kesehatan maka dapat membantu administrator dalam menyusun prioritas maupun menyediakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan harapan konsumen.

Aspek yang menyangkut mutu pelayanan yaitu, aspek teknis dan aspek penyedia layanan kesehatan serta aspek kemanusiaan. Aspek kemanusiaan tersebut merupakan hubungan antara pemberi layanan dan penerima layanan kesehatan. Interaksi pribadi akan dapat mempengaruhi penilaian terhadap mutu layanan kesehatan yang diselenggarakan. Layanan kesehatan merupakan hasil produksi jasa, dan akan diperlakukan sebagai suatu komoditas. Komoditas jasa yang unik salah satunya yaitu layanan kesehatan.

2.2 Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan

Berbagai batasan mutu produk pelayanan kesehatan dijelaskan oleh banyak pakar, antara lain :

- a. Menurut Donabedian (1998), “mutu pelayanan kesehatan adalah *The quality of technical care consist in the application of medical science and technology in a way that maximizes its benefit to health without correspondingly increasing its risk. The degree of its quality is, therefore, the extent to which the care provided is expected the most favourable balance of risk and benefit*”.
- b. WHO (1988), “mutu produk pelayanan kesehatan yaitu *Proper performance (according to standards) of intervention that are known to be safe, that are affordable to the society*

to the society in question, and that have the ability to produce an impact on mortality, disability and malnutrition”

- c. Philips Crosby, “mutu merupakan kepatuhan terhadap spesifikasi dan keadaan tanpa cacat (*conforming to requirements and zero defect*)”
- d. Josep Juran, “mutu merupakan harapan atau kebutuhan konsumen (*quality is fitness for the used defined by customers*). *Quality is doing that thing right away. Quality is doing thing right, the first time and all the times*”
- e. Kementerian Kesehatan RI, “mutu adalah kesempurnaan pelayanan kesehatan dari hasil sebuah kinerja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan rata-rata tingkat kepuasan dan sesuai dengan ketentuan standard dan kode etik profesi”.

Pelanggan (*customer*) adalah yang membeli atau menggunakan produk/jasa pelayanan kesehatan. Pelanggan institusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi:

- a. Pelanggan internal (staf medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola, dll, yang bekerja di dalam institusi kesehatan).
- b. Pelanggan eksternal (pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum, lembaga swadaya masyarakat, dll).

2.3 Dimensi Mutu Layanan Kesehatan

Pasien/konsumen tidak mengetahui dan menentukan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Layanan kesehatan yang dibutuhkan pasien akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan. Hal-hal lainnya bisa terjadi, pasien ingin mendapatkan layanan kesehatan yang bahkan mungkin dapat membahayakan dirinya. Dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan, perlu dilibatkan pendapat dari profesi layanan kesehatan untuk mengetahui kebutuhan pasien/konsumen. Hal tersebut disebut sebagai aspek teknis penyediaan layanan kesehatan. Kemudian bagaimana pandangan pasien terhadap layanan kesehatan yang diterimanya untuk memenuhi kebutuhannya, seperti yang ditentukan oleh profesi layanan kesehatan dan sebagai akibat dari hubungan interaksi antara pemberi dan penerima layanan kesehatan.

Mutu layanan kesehatan harus dihubungkan dengan efisien sumber daya, bukan hanya sesuatu yang harus memenuhi kebutuhan konsumen dengan biaya saja. Terpenuhnya kebutuhan sesuai dengan harapan pasien dan dengan biaya yang efisien oleh profesi layanan kesehatan merupakan bentuk dari suatu mutu layanan. Tiga dimensi yang dimiliki oleh layanan kesehatan yang bermutu. Pertama, dimensi konsumen, yaitu apakah layanan kesehatan itu memenuhi kebutuhan dan harapan pasien/konsumen yang diukur berdasarkan kepuasan atau keluhan pasien. Kedua, dimensi profesi, yaitu apakah layanan kesehatan memenuhi kebutuhan dan harapan pasien, sesuai dengan penentuan profesi layanan kesehatan. Dimensi ini diukur dengan menggunakan prosedur atau standar profesi yang diyakini akan memberi hasil dan kemudian hasil itu dapat diamati. Ketiga, dimensi manajemen atau dimensi proses, yaitu bagaimana proses layanan kesehatan menggunakan sumber daya yang paling efisien dalam memenuhi kebutuhan dan harapan/keinginan pasien tersebut.

W. Edwards Demings merupakan salah seorang pioner mutu yang menyatakan bahwa untuk menghemat sebanyak 30% pengeluaran operasional organisasi dengan cara memecahkan masalah mutu seperti kesalahan, keluhan yang seharusnya dapat dihindarkan, kelalaian, upaya yang mubazir, sistem yang tidak efisien, tenaga yang tidak terlatih, dan masalah lain. Suatu layanan dapat dikatakan bermutu ialah layanan yang ditentukan oleh profesi layanan kesehatan berdasarkan kebutuhan dan harapan pasien maupun masyarakat yang memiliki akses keterjangkauan daya beli oleh masyarakat.

Mutu pelayanan kesehatan bersifat multidimensi. Dimensi mutu layanan kesehatan, yaitu:

1. Dimensi Kompetensi Teknis Dimensi

Pada dimensi kompetensi ini meliputi keterampilan, kemampuan dan kinerja pemberi layanan kesehatan. Pada dimensi ini yaitu ketentuan pemberi layanan kesehatan apakah sesuai dengan standard kesehatan yang berlaku, meliputi kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi. Apabila pada dimensi ini tidak terpenuhi maka akan menyebabkan hal-hal terhadap penyimpangan standard layanan kesehatan dan yang berujung pada kesalahan yang fatal sehingga dapat membahayakan pasien itu sendiri dan berdampak pada penurunan mutu layanan kesehatan.

2. Dimensi Keterjangkauan Akses terhadap Layanan Kesehatan

Pada dimensi ini, maksudnya yaitu layanan kesehatan harus bisa di akses oleh setiap masyarakat tanpa harus terhalang oleh faktor geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa. Akses geografis yaitu jarak, lama perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi serta hambatan lain yang dapat menghalangi mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan. Sedangkan hal yang terkait dengan biaya dari layanan kesehatan yang diterima yaitu masuk pada akses ekonomi. Akses sosial atau budaya berhubungan dengan penerimaan layanan kesehatan secara sosial atau nilai budaya, kepercayaan dan perilaku. Akses organisasi merupakan sejauh mana layanan kesehatan tersebut diatur agar dapat memberi kemudahan serta kenyamanan bagi pasien. Akses bahasa yaitu mengenai penggunaan bahasa dalam berkomunikasi dengan pasien yang dapat dipahami dan dimengerti oleh pasien.

3. Dimensi Efektivitas Layanan Kesehatan

Efektivitas artinya adalah layanan kesehatan yang diberikan ke pasien harus mampu mengobati dan mengurangi keluhan pasien, mencegah terjadinya penyakit serta memperparah keadaan pasien atau berkembangnya suatu penyakit. Standard pelayanan kesehatan yang digunakan akan berpengaruh terhadap efektivitas layanan kesehatan. Layanan yang digunakan harus tepat, konsisten, dan sesuai dengan situasi/kondisi setempat. Selain itu dimensi ini juga berkaitan dengan dimensi kompetensi teknis yaitu dalam pemilihan alternative dalam menghadapi *relative risk* dan keterampilan dalam mengikuti prosedur yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan.

4. Dimensi Efisiensi Layanan Kesehatan

Sumber daya kesehatan sangat terbatas maka sangat penting diperlukannya dimensi efisiensi ini. Dalam hal efisiensi tersebut, layanan kesehatan diharapkan dapat melayani lebih banyak pasien/masyarakat dengan baik. Suatu layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standard yaitu layanan dengan biaya mahal, kurang nyaman, waktu lama serta dapat menimbulkan risiko yang besar terhadap pasien. analisis efisiensi dan efektivitas, maka dapat memilih intervensi yang paling efisien.

5. Dimensi Kesiambungan Layanan Kesehatan

Pada dimensi kesiambungan, pasien harus dilayani sesuai dengan kebutuhannya, termasuk rujukan. Akses ke pelayanan kesehatan yang dibutuhkan harus dapat dengan

mudah dijangkau oleh masyarakat. Rekam media pasien harus tercatat dengan lengkap, akurat dan terkini sehingga apabila diperlukannya rujukan maka dapat terlaksana tepat waktu dan tempat.

6. Dimensi Keamanan

Pada dimensi keamanan ini dimaksudkan bahwa layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien harus dalam kategori aman. Aman disini dimaksudkan aman bagi pasien dan juga bagi pemberi layanan maupun masyarakat sekitarnya. Layanan kesehatan yang dikatakan bermutu apabila layanan yang diberikan aman dari risiko, cedera, efek samping serta bahaya lainnya yang dapat ditimbulkan oleh layanan kesehatan itu sendiri.

7. Dimensi Kenyamanan

Dimensi kenyamanan dapat mempengaruhi kepuasan pasien yang dapat mempengaruhi kunjungan berulang oleh pasien ke pelayanan kesehatan tersebut. Meskipun dimensi ini tidak berhubungan dengan efektivitas layanan kesehatan, tapi dapat menimbulkan kepercayaan pasien kepada suatu organisasi pelayanan kesehatan tersebut. Apabila biaya menjadi salah satu kendala pasien dalam mengakses pelayanan kesehatan, maka kenikmatan akan mempengaruhi pasien untuk membayar biaya pelayanan tersebut. Fisik layanan kesehatan, pemberi layanan, peralatan medis dan non medis juga dapat mempengaruhi sebuah kenyamanan.

8. Dimensi Informasi

Layanan kesehatan dapat dikatakan bermutu apabila mampu memberikan informasi yang jelas mengenai apa, siapa, kapan, dimana dan bagaimana layanan kesehatan itu akan atau telah dilaksanakan. Pada tingkat puskesmas dan rumah sakit, dimensi informasi ini sangat penting dalam mempengaruhi mutu layanan kesehatan.

9. Dimensi Ketepatan Waktu

Layanan kesehatan dapat dikatakan berhasil apabila dilaksanakan dengan waktu dan cara yang tepat oleh pemberi layanan kesehatan dengan menggunakan alat dan pemberian obat yang tepat dengan biaya pengobatan yang efisien.

10. Dimensi Hubungan Antarmanusia

Hubungan antarmanusia yang dimaksud yaitu interaksi yang baik antara pemberi layanan dengan pasien, antar sesama provider, antara atasan-bawahan, rumah sakit, puskesmas, pemerintah daerah, LSM, masyarakat dan lain-lain yang akan berdampak pada kepercayaan atau kredibilitas dengan cara saling menghargai, menjaga rahasia, saling menghormati, responsive, memberi perhatian, dan lain-lain.

2.4 Dimensi Mutu Menurut Pelanggan

Pelanggan yang terkait dengan institusi pelayanan kesehatan memiliki keinginan atau harapan terhadap produk/jasa pelayanan yang disediakan dengan persyaratan seperti *efficient* (efisien), *affordable* (terjangkau dalam aspek biaya), *accessible* (terjangkau dalam aspek jarak), *equity* (adil), *timeless* (cepat), *continuity* (berkesinambungan), *sustainable* (berkelanjutan), dsb.

Pelanggan eksternal menginginkan agar harapan mereka terpenuhi oleh institusi pelayanan kesehatan. Harapan ini dikaitkan dengan kepuasan pelanggan. Pelanggan internal, mereka mengajukan persyaratan agar pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar profesi menggunakan teknologi kedokteran yang canggih. Sementara pihak asuransi dan manajemen institusi pelayanan kesehatan menginginkan agar pelayanan kesehatan dikelola secara efisien dan efektif. Ketiga segmen pelanggan ini mempunyai kepentingan yang berbeda dan berbeda pula tuntutan tentang mutu pelayanan kesehatan. Oleh karenanya, pengertian mutu harus dilihat dari berbagai dimensi (sudut pandang) sesuai dengan para pengguna produk/jasa pelayanan kesehatan.

2.5 Perencanaan Mutu Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan perencanaan yang baik. Mutu bersifat nyata dan abstrak, maka perlu imajinasi yang kuat tentang hasil yang diharapkan dapat bermutu baik. Identifikasi mutu yang diharapkan menyangkut keadaan dan masalah yang mungkin terjadi berkaitan dengan hasil kegiatan pelayanan yang dimaksud. Agar dapat memperoleh hasil tersebut, maka perlu merencanakan dengan input sumber daya yang bermutu juga, antara lain :

1. Tenaga medis, paramedis yang pintar, terlatih, sehat dan bertanggung jawab serta bermoral baik akan sangat berpengaruh terhadap hasil.

2. Peralatan kedokteran, obat-obatan yang cukup dan bermutu akan lebih menjamin, memberikan kepuasan pada tenaga medis dan paramedis pelaksana pelayanan.
3. Metode, yaitu diagnosis. Terapi yang sesuai dalam upaya pengobatan tersebut akan lebih menjamin keberhasilan.
4. Ruang operasi atau ruang lingkup yang memenuhi syarat, steril, terang, tenang akan lebih menjamin keberhasilan pertolongan.
5. Didukung dengan penyampaian atau pemberian informasi sebelumnya tentang hak pasien, hak dokter dan hak paramedis beserta kewajiban masing-masing akan lebih menunjang keberhasilan dan memberikan kepuasan tersendiri.
6. Pencatatan dan pelaporan medis yang memenuhi syarat selain bermanfaat untuk evaluasi pelaporan juga jaminan keadilan dan kepuasan bagi pasien maupun dokter atau rumah sakit.
7. Memberikan informasi atau memberitahukan sebelumnya (*informed consent*) hal yang berkaitan dengan upaya pertolongan atau tindakan medik yang akan dilaksanakan tentu akan lebih menyenangkan pasien.

Selanjutnya setelah penetapan sumber daya yang diinginkan adalah menetapkan tujuan pelayanan pelayanan. Tujuan umum adalah sebagaimana yang diimajinasikan yang berarti secara kualitas. Sedangkan tujuan khusus adalah lebih spesifik dan dapat diukur berkaitan dengan indikator dan standar yang ada. Setelah tersedia input sumber daya, kegiatan yang akan dilaksanakan, maka perlu perencanaan pula. Di dalam metode telah disusun secara rapi urutan kegiatan tersebut yang berkaitan dengan pasien langsung, yaitu antara lain kegiatan :

1. Anamnese
2. Pemeriksaan fisik
3. Pemeriksaan laboratorium
4. Diagnosis
5. Terapi

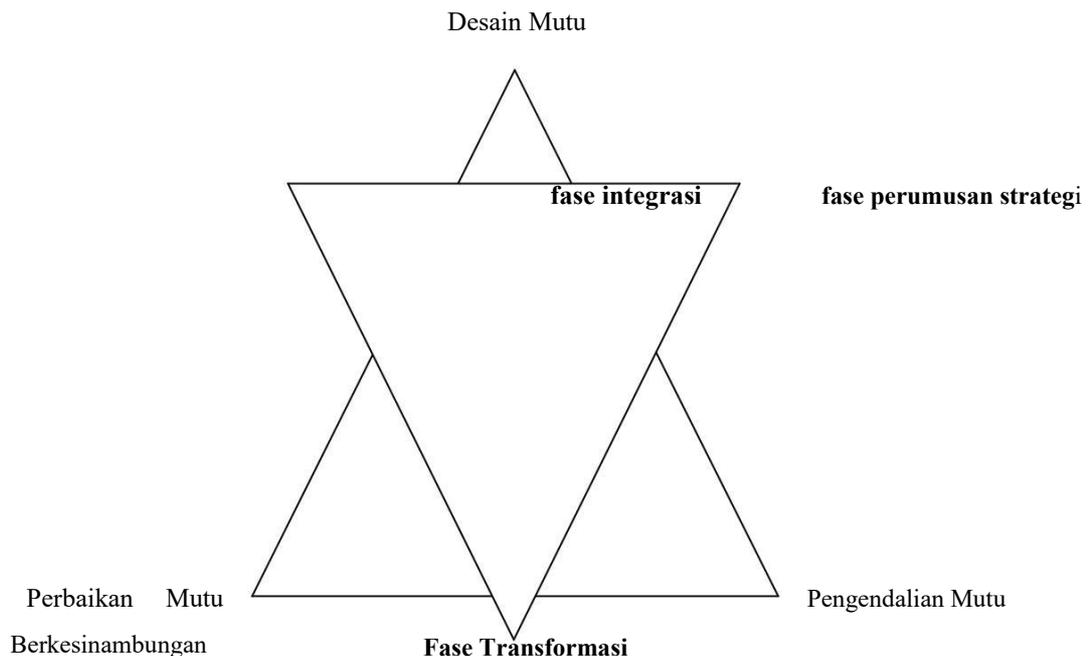
Kegiatan tersebut bermaksud untuk mengenali keadaan dan masalah yang ada dari rencana terapinya. Pada perencanaan pelayanan kesehatan perlu diperkirakan tentang kemungkinan yang akan terjadi, hambatan atau kendala yang ada, potensi yang mendukung keberhasilan, peluang yang bisa dimanfaatkan, serta upaya pemecahan masalahnya.

2.6 Siklus Pengembangan Mutu Pelayanan Kesehatan

Langkah-langkah pengembangan mutu pelayanan harus dimulai dari perencanaan pengembangan jaminan mutu, penentuan standar sampai dengan monitoring dan evaluasi hasil. Menurut Amchan, langkah-langkah pengembangan jaminan mutu terdiri dari tiga tahap, yaitu :

1. Tahap pengembangan strategi

Dimulai dengan membangkitkan kesadaran (*awareness*) akan perlunya pengembangan jaminan mutu pelayanan yang diikuti dengan berbagai upaya pelaksanaan, peningkatan komitmen dan kepemimpinan, merumuskan visi dan misi institusi diikuti dengan penyusunan rencana strategis, kebijakan dan rencana operasional, perbaikan infrastruktur agar kondusif dengan upaya pengembangan mutu. Yang termasuk di dalam perbaikan infrastruktur adalah pembentukan Gugus Kendali Mutu (GKM), dan pengembangan sistem jaminan mutu.



Gambar 2.1 Siklus pengembangan jaminan mutu

2. Tahap Transformasi

Untuk peningkatan mutu secara berkesinambungan memerlukan model percontohan dalam institusi yang meliputi proses perbaikan standard prosedur dan pengukuran tingkat kepatuhan terhadap standard, pembentukan kelompok (pokja) mutu yang

(pokja) mutu yang terampil dengan melakukan perbaikan mutu, pelatihan pemantauan, pemecahan masalah untuk selanjutnya dipakai sebagai dasar peningkatan mutu, monitoring dan evaluasi. Rangkaiannya yaitu PDCA (*Plan, Do, Check, and Action*).

3. Tahap Integrasi

Pada tahap ini, pokja yang mempunyai komitmen tinggi tentang mutu pelayanan akan terus tumbuh dan berkembang, mampu secara mandiri dan otonomi menyelesaikan masalah mutu pelayanan.

2.7 Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Hasil akhir dari integrasi dan ketergantungan antara berbagai aspek, komponen dan unsur organisasi pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem adalah mutu pelayanan kesehatan. Terdapat dua cara untuk meningkatkan mutu pelayanan, yaitu :

1. Meningkatkan mutu dan kuantitas sumber daya, tenaga, biaya, peralatan, perlengkapan dan material yang diperlukan dengan menggunakan teknologi tinggi atau dengan kata lain meningkatkan input atau struktur.
2. Memperbaiki metode atau penerapan teknologi yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan dengan cara memperbaiki proses pelayanan organisasi pelayanan kesehatan.

Terdapat tiga pendekatan penilaian mutu menurut Prof. A. Donabedian, yaitu :

1. Aspek Struktur (*input*)

Sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, SDM dan SDA lainnya yang terdapat di fasilitas kesehatan merupakan aspek struktur. Suatu struktur dapat dikatakan baik dapat diukur melalui jumlah dan besarnya input, mutu struktur, besarnya anggaran, dan tingkat kewajaran. Jika dikatakan baik, maka baik pula mutu pelayanannya. Menurut Donabedian, penilaian terhadap struktur yaitu penilaian terhadap perlengkapan dan instrument yang tersedia dan dipergunakan sebagai alat pelayanan. Penilaian struktur juga mencakup penilaian dari karakteristik administrasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan. Struktur dipakai sebagai indikator, asumsinya yaitu :

- a. Pelayanan yang baik akan lebih baik diselenggarakan apabila mutu staf lebih baik, diadakan perbaikan fasilitas fisik, keuangan dan administrasi organisasi.

- b. Mengetahui secukupnya untuk mengidentifikasi “arti baik” dari staf, struktur fisik dan organisasi formal. Diharapkan ada hubungan antara elemen struktur dengan mutu pelayanan. Asumsi ini menekankan pada perlengkapan seperti lisensi, sertifikat dari fasilitas dan akreditasi.

2. Aspek proses

Aspek proses merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan interaksi dengan pasien secara profesional. Tindakan dokter dan profesi kesehatan dalam menangani pasien merupakan suatu evaluasi terhadap penilaian dari aspek proses. Dasar untuk pengambilan keputusan yang memperhatikan mutu dinilai dari aspek proses yang meliputi suatu asumsi implisit dan eksplisit bahwa elemen khusus dan aspek pelayanan asuhan diketahui menjadi spesifik, dan dihubungkan dengan keberhasilan outcome. Pengukuran baik/buruknya suatu proses dapat dilakukan melalui :

- a. Tingkat proses bagi pasien yang relevan
- b. Fleksibilitas & efektifitas
- c. Proses mutu harus sesuai dengan standard pelayanan kesehatan yang telah disepakati.
- d. Tingkat kewajaran

Mutu dipandang dari proses pelayanan yang berperilaku normatif, disiplin ilmu medis yang berasal dari norma, etika dan penilaian masyarakat.

3. Aspek *outcomes*

Hasil akhir dari suatu kegiatan ataupun sebuah tindakan yang dilakukan ke pasien oleh tenaga kesehatan yang professional merupakan aspek *outcomes*. Dengan aspek ini diharapkan adanya perubahan derajat kesehatan masyarakat serta tingkat kepuasan terhadap suatu pelayanan. Kepuasan pelanggan merupakan hasil akhir dari *outcomes*. *Outcomes* merupakan penilaian terhadap aktif atau tidaknya suatu proses. Outcome berkaitan dengan tanggung jawab profesi bagi tenaga kesehatan professional.

2.8 Pendekatan Sistem dalam Mutu Pelayanan Kesehatan

Terdapat banyak komponen di dalam pelayanan kesehatan dari berbagai aspek dari organisasi sarana pelayanan seperti rumah sakit yaitu tenaga kesehatan yang terkait seperti dokter spesialis, dokter umum, apoteker, laborat, bidan, perawat, dan sebagainya dengan struktur serta uraian tugasnya masing-masing. Suatu puskesmas membutuhkan rumah sakit dalam rujukan medis, rumah sakit membutuhkan dinas kesehatan atau kanwil kesehatan dalam perencanaan kebutuhan tenaga, penganggaran dan peralatan kesehatan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan perlu dijaga hubungan koordinasi dan kerja sama yang baik diantara masing-masing unsur. Sistem yang lain, supra sistem atau subsistem yang lain tersebut juga diperlukan. Rumah sakit, puskesmas merupakan suatu sistem terbuka yang erat berhubungan dengan lingkungan sekitarnya, baik sistem, swasta maupun masyarakat lain. Hubungan erat antara tenaga medis dan paramedis sangatlah menentukan mutu pelayanan. contohnya hubungan antara dokter, direktur, pemilik rumah sakit dan pasien, serta masyarakat lingkungan rumah sakit atau puskesmas. Hubungan tersebut memerlukan kerja sama yang baik dan harus mempunyai komitmen yang tinggi guna meningkatkan mutu pelayanan dan menjaganya.

Pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh lingkungan yang luas yaitu lingkungan ideology, politik, ekonomi, sosial dan budaya, lingkungan fisik dan biologik. Menurut Henrik L. Blum derajat kesehatan sangat dipengaruhi oleh lingkungan, diikuti oleh perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan. Lingkungan mempengaruhi pelayanan kesehatan secara keseluruhan, karena organisasi pelayanan kesehatan merupakan organisasi sistem terbuka dan dipengaruhi keadaan di luar sistem.

Pengaruh lingkungan didalam sistem organisasi kesehatan akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Kemakmuran ekonomi akan dapat menyediakan fasilitas dan peralatan kedokteran yang bermutu. Sedangkan moral, norma dan etika dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan, khususnya dalam memberikan kepuasan pasien. Selain itu, lingkungan fisik dan biologik seperti penyediaan energy listrik, sarana komunikasi informasi medic, sarana air bersih, kamar kecil pasien, kebersihan bangsal perawatan, poliklinik, ruang tunggu laboratorium, apotik farmasi, dan sebagainya akan menjadi nilai tambah bagi perbaikan mutu pelayanan kesehatan.

Sistem pelayanan kesehatan sebagai sistem umum (*generic system*), yaitu sebagai :

1. *Interrelated* dan interdependensi, banyak unsure pelayanan kesehatan yang saling berhubungan dan saling bergantung.

2. Holistik, artinya sistem pelayanan kesehatan menjadi permasalahan kesehatan seutuhnya manusia secara fisik, mental, sosial dan lingkungannya, serta pendekatan *integrated*, komprehensif, kegiatan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan promotif.
3. *Teleologic*, yaitu sistem pelayanan kesehatan selalu mengarah ke satu tujuan yakni meningkatkan derajat kesehatan penderita.
4. Entropi, yaitu menggambarkan suatu sistem tertutup supaya tidak terjadi kerusakan yang parah dan tetap survive. Sistem kesehatan harus mempunyai energy terus-menerus, memperoleh input yang lebih besar, atau ouputnya lebih kecil dari input energinya.
5. Sistem kesehatan selalu dalam regulasi.
6. Hirarki, adapun kerusakan atau gangguan suatu sistem secara beruntun unsur-unsur akan menyebar ke subsistem dan suprasistem.
7. Diferensiasi, yaitu perbedaan tugas dan fungsi dalam mencukupi tujuan.
8. Ekufinalitas, yaitu keadaan keseimbangan yang dinamis.
9. Fleksibel, yaitu mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan dan sumber daya yang ada.
10. Dinamis, yaitu setiap saat mampu membaca dan memanfaatkan peluang yang menguntungkan dan sistem pelayanan kesehatan harus memiliki cadangan sumber daya yang diperlukan untuk setiap survive dalam waktu yang lama.

2.9 Fungsi Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Suatu proses kegiatan pemberian jasa atau pelayanan di bidang kesehatan merupakan sebuah bentuk pelayanan kesehatan, yang hasilnya dapat berupa hasil pelayanan yang bermutu, kurang bermutu, atau tidak bermutu, tergantung pada proses pelaksanaan kegiatan pelayanan itu sendiri, sumber daya yang berkaitan dengan kegiatan pelayanan dan faktor lingkungan mempengaruhi dan manajemen mutu pelayanan.

Manajemen mutu pelkes menyangkut pengertian manajemen dan mutu pelayanan kesehatan. Manajemen mencakup suatu proses fungsi suatu perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, penataan staf, koordinasi, pengendalian dan penganggaran sumber daya untuk mencapai tujuan bersama yang telah disepakati. Mutu pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh input dan proses pelayanan untuk memperoleh hasil (*output*) pelayanan kesehatan yang bermutu serta dampaknya, jangka pendek (*outcome*) atau dampak jangka panjang (*impact*) serta lingkungan dalam arti luas.

BAB 3. PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI JASA

3.1 Kriteria dan Prinsip Umum Jasa

Sebuah industri padat karya, modal dan teknologi merupakan suatu perkembangan rumah sakit saat ini, yang mana harus memiliki jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) yang besar dengan berbagai macam kualifikasi dan memanfaatkan SDM tersebut. Selain itu untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit memerlukan teknologi canggih kedokteran. Jasa pelayanan kesehatan merupakan produk umum industri rumah sakit.

Berbagai produk industri dibedakan berdasarkan daya tahan dan wujudnya. Berikut ini merupakan produk hasil industri dalam bentuk barang dan jasa yang dihasilkan sebagai institusi pelayanan publik :

1. Produk atau Barang yang Tidak Tahan Lama (*Non-Durable Goods*)

Ciri-ciri dari produk ini yaitu tidak tahan lama dan dikonsumsi habis untuk satu atau beberapa kali pemakaian. Umur produk ini sangat singkat, bisa kurang dari satu tahun. Salah satu contohnya yaitu obat-obatan. Obat mempunyai waktu kadaluwarsa yang lamanya tergantung dari jenis bahan dasarnya. Selain itu, Jarum suntik (*disposable needle*) diproduksi untuk sekali pakai guna menghindari penularan penyakit secara parenteral. Contoh lainnya yang tak asing lagi yaitu adalah makanan atau minuman yang mempunyai masa kadaluwarsa yang terbatas juga termasuk dalam kategori *Non-Durable Goods*.

2. Produk atau Barang yang Tahan Lama (*Durable Goods*)

Barang tahan lama merupakan barang berwujud yang biasanya bisa bertahan lama dengan banyak pemakaian (umur ekonomisnya untuk pemakaian normal adalah satu tahun lebih). Contoh *durable goods* di rumah sakit antara lain alat USG, CT-scan, sterilisator, komputer, dan lain-lain.

3. Jasa

Kegiatan yang sengaja dijual untuk memberikan sebuah kepuasan terhadap konsumennya yaitu jasa. Contohnya pada pelayanan rumah sakit, yaitu rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, pelayanan portus, pelayanan bedah, dsb. Sedangkan pada pelayanan puskesmas, yaitu pengobatan, penyuluhan, penimbangan bayi, pengawasan makanan, dsb. Jasa juga merupakan pelayanan administrasi untuk perizinan di Dinas Kesehatan, pelayanan dokter praktik swasta, pelayanan klinik bersalin, dll.

Membedakan produk dalam bentuk barang dan produk dalam bentuk jasa tidak mudah. Batasan ini terjadi karena ada barang-barang yang dibeli oleh konsumen juga disertai dengan jasa. Contohnya yaitu pemberian pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat di suatu rumah sakit dengan hasil outcomenya terkait dengan penciptaan suasana nyaman, tenang, bersih, kecepatan melayani, tepat waktu, ramah dengan sikap, senyuman tulus dari staf, pelayanan tenaga medis dan paramedis yang kompeten disertai dengan peralatan kodekteran yang lengkap dan canggih.

Bentuk kegiatan yang dilakukan oleh institusi penyedia layanan kesehatan (health cares provider) yaitu penyediaan jasa pada bidang pelayanan terkait. Secara kasat mata jenis pelayanan tersebut tidak tampak. Contohnya pelayanan untuk pengobatan rawat jalan ataupun rawat inap pasien di rumah sakit, puskesmas, klinik bersalin, dan dokter praktik swasta. Jasa yang dihasilkan oleh institusi penyedia pelayanan kesehatan akan dirasakan oleh konsumen/pasien yang dalam waktu bersamaan menggunakan pelayanan. Maksud dari kata tersebut yaitu, pada saat pasien menerima pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya dengan itu bersamaan dengan penyedia layanan kesehatan tersebut memberikan perawatan. Mutu interaksi dan komunikasi baik secara verbal maupun non verbal antara konsumen dan penyedia layanan kesehatan serta lamanya waktu tunggu pasien sangat mempengaruhi efektivitas dari jasa pelayanan kesehatan.

3.2 Karakteristik Jasa

Produk jasa dibedakan dengan barang berdasarkan empat karakteristiknya. Karakteristik jasa menurut Muninjaya (2012) :

1. *Intangibility* (Tidak Terlihat)

Produk jasa tak dapat terlihat, teraba, tidak dapat terasa tidak dapat tercium, tidak dapat terdengar, atau tidak dapat dicoba sebelum dibeli merupakan suatu karakteristik dari *Intangible*. Calon pengguna jasa harus memperhatikan adanya bukti tentang mutu jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk mengurangi ketidakpastian bagi pengguna jasa. Pengembangan kiat-kiat manajemen oleh institusi penyedia jasa perlu dilakukan agar sifat-sifat *intangibile* jasa berubah menjadi lebih *tangible* (bisa dirasakan) dan ada bukti nyatanya yang dirasakan oleh konsumen.

Pada pelayanan kesehatan misalnya di rumah sakit akan nampak bermutu kalau penataan interior dan eksterior rumah sakit tersebut memang terlihat baik. Demikian

pula peralatan medis yang digunakan, alat-alat komunikasi yang digunakan, daftar tarif pelayanan yang dapat dibaca oleh pasien pada brosur rumah sakit, dsb. Karena sifat-sifat jasa pelayanan *intangible*, manajemen institusi penyedia pelayanan kesehatan (Rumah Sakit atau Puskesmas) harus mengembangkan kiat-kiat manajemen agar sifat-sifat *intangible* jasa pelayanan kesehatan berubah menjadi lebih *tangible* (bisa dirasakan oleh pasien) dan ada bukti nyatanya. Kiat-kiat manajemen institusi penyedia pelayanan kesehatan seperti itu disebut *tangibilize the intangible* atau *manage the evidence*, misalnya pasien bisa cepat sembuh, perawatan dokter diberikan tepat waktu, perawatan pasien di rumah sakit berlangsung cepat, dan kesembuhan pasien dibuktikan dengan laboratorium, rontgen (*x-ray*), dan hasil pemeriksaan lainnya.

2. *Inseparability* (Tidak dapat dipisahkan)

Jasa pelayanan dilakukan apabila adanya permintaan dari pengguna jasa, yang mana hal ini berbeda dengan produk barang, produk barang biasanya dihasilkan lebih dahulu sebelum dijual. Jasa pelayanan akan diberikan atau disediakan ketika pengguna jasa menerimanya. Hal tersebut dapat kita ambil contoh dari suatu perawatan ibu bersalin, yang mana perawatan tersebut akan disiapkan jika ada ibu hamil yang akan melakukan persalinan. Hal tersebut membuat adanya interaksi langsung antara penyedia jasa pelayanan persalinan dengan ibu hamil sebagai pengguna jasa pelayanan. Penyedia jasa dan pengguna jasa akan saling mempengaruhi hasil (*outcome*) layanan. Salah satu faktor yang mempengaruhi hasil (*outcome*) yaitu faktor komunikasi verbal dan non verbal antara penyedia jasa pelayanan dengan pengguna jasa pelayanan. Mutu layanan kesehatan dikaji dari aspek pengguna yaitu dengan mengukur tingkat kepuasan pengguna layanan tersebut untuk mengetahui mutu layanannya.

3. *Variability* (Keragaman)

Dalam menentukan standar output dari jasa pelayanan merupakan hal yang tidak mudah, karena sifat jasa pelayanan sangat bervariasi, yang mana hal ini disebut sebagai kondisi jasa *nonstandardized* output. Beragam variasi jasa seperti aspek bentuk, kualitas, dan jenisnya. Sedangkan dari aspek penggunaannya yaitu waktu (kapan), lokasi dan produsen jasa tersebut. Salah satu contohnya yaitu variasi pelayanan rumah sakit yang mana variasi tersebut berdasarkan atas kelas perawatannya. Setiap kelas perawatan berbeda tarif pelayanannya, berbeda

kelengkapan fasilitas ruangnya atau kelengkapan peralatannya. Jasa pelayanan secara teknis harus diupayakan agar jasa pelayanan memiliki standar meskipun ada keragaman jasa pelayanan.

4. *Perishability* (Tak Bertahan Lama)

Tak bertahan dengan waktu yang lama atau tak dapat untuk disimpan merupakan salah satu karakteristik/sifat dari sebuah jasa. Salah satu contoh yaitu pelayanan operasi caesar yang biasanya digunakan untuk persalinan ibu yang akan melahirkan yang akan dilakukan berdasarkan indikasi medis. Pelayanan seperti ini tidak bisa dipesan dulu oleh seorang ibu hamil. Perawatan jenazah juga tidak dapat dipesan lebih dulu. Demikian pula penyediaan ambulans kalau saat kematian pasien belum diketahui dengan pasti. Pelanggaran terhadap sifat jasa pelayanan kesehatan seperti ini biasanya tergolong pelanggaran etika.

3.3 Kiat-Kiat Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan

Salah satu persamaan antara produk jasa dengan barang terletak pada pemasarannya. Karenanya, jasa pelayanan yang berkembang dengan sukses pasti dipasarkan dengan strategi yang tepat. Kiat sukses pemasaran jasa ditentukan oleh ketiga aspek :

1. Janji perusahaan atau institusi penyedia jasa pelayanan tentang jasa yang disampaikan lewat berbagai media kepada sasaran atau pelanggannya.
2. Kemampuan institusi penyedia jasa untuk membuat stafnya mampu memenuhi janji yang disampaikan lewat media promosi.
3. Kemampuan staf menyampaikan janji tersebut kepada pelanggan.

Ketiga strategi pemasaran jasa tersebut saling terkait satu sama lain dan dapat digambarkan dalam sebuah diagram yang disebut 'segitiga pemasaran jasa'. Masing-masing sisi segitiga tersebut harus sama kuat untuk menjaga keseimbangan di dalam penerapannya. Ketiga komponen strategi pemasaran jasa harus sama-sama kuat dan terus menerus dikembangkan agar jasa yang dipasarkan dapat diterima dengan baik dan memuaskan oleh si penerima jasa (pelanggan).

Berbagai jenis pelatihan staf dan pimpinan (baik teknis maupun manajerial) perlu dilaksanakan secara rutin. Tujuannya agar standar mutu pelayanan dapat dirumuskan dan dituangkan ke dalam *Standard Operating Procedure* (SOP) institusi. Demikian pula, perlu peningkatan kompetensi staf untuk lebih memahami berbagai macam layanan sesuai

perkembangan teknologi canggih kedokteran yang dibutuhkan oleh konsumen. Ketiga komponen pemasaran jasa tersebut diuraikan lebih rinci dengan menggunakan contoh manajemen rumah sakit. Untuk memasarkan jasa pelayanan kesehatan rumah sakit, pihak manajemen bertindak sebagai fasilitator pemasaran. Mereka mengupayakan agar staf rumah sakit memberikan pelayanan yang terbaik kepada para pengguna jasa pelayanan sesuai dengan fungsinya masing-masing. Di sisi lain, pihak manajemen gharus peka terhadap keinginan pelanggan, dengan mengidentifikasi dan membuat spesifikasi produk jasa sesuai dengan yang diminati pasien, serta memberdayakan staf untuk menyampaikan jasa pelayann kesehatan kepada pasien sesuai dengan spesifikasi produk pelayanan dan SOP setiap pelayanan yang diberikan.

Staf rumah sakit disebut sebagai faktor produksi yang sangat menentukan mutu pelayanan kesehatan karena staf (perawat, dokter, tenaga administrasi) merupakan satu kesatuan yang tak dapat dipisahkan dari suatu produk jasa layanan kesehatan. Baik buruknya reputasi sebuah institusi penyediaa pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, dan Dinkes) dipengaruhi oleh kompetensi SDM dan kesigapan saat memberi pelayanan yang dibutuhkan konsumen.



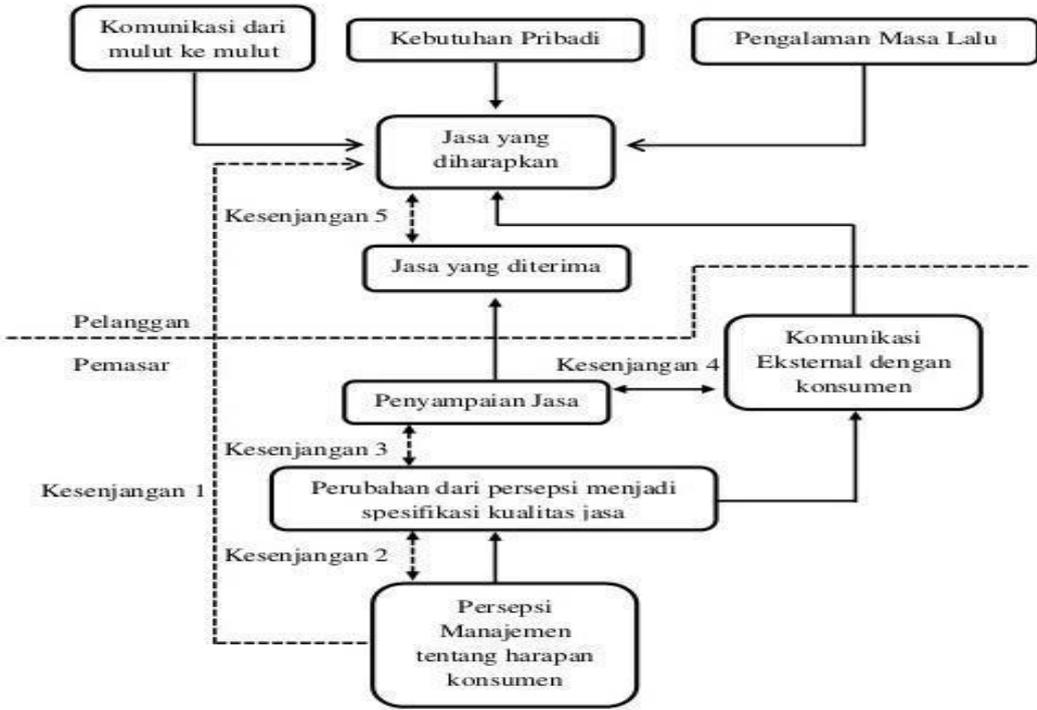
Gambar 3.1 Segitiga Pemasaran Jasa Sebuah Rumah Sakit

Menurut Pasuraman, Zeithaml dan Berry, sebuah kesenjangan harus memerlukan intervensi (upaya), karena jika dibiarkan akan berdampak pada ketidaksampaian jasa yang diberikan oleh penyedia layanan dan dapat berakibat gagal. Kesenjangan yang dimaksud, antara lain :

1. Kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi pemberi layanan (manajemen)
 Dalam mengidentifikasi atau mengerti akan harapan konsumen belum mampu dilakukan oleh penyediaan layanan jasa tersebut.

2. Kesenjangan persepsi penyedia layanan dengan spesifikasi kualitas jasa.
 Apabila manajemen layanan kesehatan tidak dapat memahami akan harapan konsumen dalam mengakses layanan kesehatan maka akan menimbulkan sebuah kesenjangan. Misalnya, belum diterapkannya standard prosedur pelayanan atau pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhn dan peraturan yang berlaku.

3. Kesenjangan spesifikasi kualitas jasa dengan penympaiannya
 Ketika standard pelayanan kesehatan telah diterapkan dengan baik, namun kesenjangan muncul karena belum adanya pelatihan khusus seperti teknik/cara penyampaian jasa pelayanan yang diberikan kepada staff pelayanan (*front line*) yaitu perawat, bidan, dokter umum akan mengakibatkan ketidaksesuaian antara jasa layanan yang akan diberikan dengan standard yang telah ditetapkan oleh Komite Medik RS tersebut. Akibatnya, jasa pelayanan kesehatan yang ditawarkan kepada pasien tidak sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan oleh komite medik rumah sakit tersebut. Kesenjangan tersebut dapat dilihat pada gambar 3.2 berikut ini :



Gambar 3.2 Kesenjangan yang berpengaruh pada kualitas pelayanan

4. Kesenjangan antara penyampaian suatu jasa dengan harapan eksternal

Harapan konsumen sangat berpengaruh terhadap tindakan staff atau manajemen RS dalam berkomunikasi dengan masyarakat/konsumen. Hal ini akan memunculkan kesenjangan. Harapan konsumen atau pengguna jasa tidak terpenuhi, maka terjadi kesenjangan karena pelayanan pelayanan teknis medis serta kelengkapan mutu layanan tidak sesuai dengan ekspektasi konsumen.

5. Kesenjangan antara pelayanan yang diterima dengan harapan konsumen

Kesenjangan akan terjadi apabila konsumen telah mengukur sebuah kinerja institusi penyediaan jasa layanan kesehatan dengan sudut pandang yang berbeda, termasuk persepsi konsumen terhadap kualitas suatu jasa pelayanan yang diharapkannya.

3.4 Dimensi Mutu Jasa Pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan yang berkualitas apabila apa yang dirasakan dalam artian jasa yang diterima oleh layanan kesehatan melebihi harapan konsumen. Adapun penilaian yang dimaksud pengguna layanan kesehatan tersebut yaitu penyampaian jasa, kualitas dari layanan, maupun tata cara penyampaian jasa layanan kesehatan kepada konsumen. Apabila kebutuhan dan ekspektasi pengguna layanan kesehatan sudah sesuai dengan harapan maka kualitas jasa pelayanan baru bisa dikatakan bermutu.

Menurut Wyckof, “tingkat keunggulan yang dirancang dengan sedemikian rupa dengan keunggulan tingkat pengendalian dilakukan dengan tepat dalam pemenuhan harapan konsumen maka hal tersebut baru bisa dikatakan kualitas jasa”. Kualitas jasa tersebut dapat dipengaruhi oleh *expected services* dan *perceived services*. Apabila telah sesuai satu sama lain maka pelanggan bisa merasa puas dan pelayanan dapat dikatakan berkualitas. Konsumen dalam mengukur sebuah kualitas dari jasa pelayanan kesehatan terdiri dari faktor outcomes, process, dan image dari sebuah jasa. Gronroos mengungkapkan bahwa kriteria tersebut dijabarkan menjadi 6 unsur, yang terdiri dari :

1. *Professionalism and Skills*

Outcomes (kesembuhan pasien) berhubungan dengan kriteria professionalism and skills dalam bidang pelayanan kesehatan. SDM pada bidang pelayanan kesehatan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang berbeda-beda yang dapat mempengaruhi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan pada konsumen.

Menjamin reputasi dokter dan petugas kesehatan harus dilakukan oleh penyedia jasa layanan kesehatan tersebut. Yang akan menjadi faktor utama produksi serta penentuan hasil pelayanan yang dapat menjamin tingkat kepuasan konsumennya yaitu dokter dan petugas kesehatan.

2. *Attitude & behaviour*

Proses layanan akan berhubungan dengan kriteria sikap dan perilaku staff dalam pelayanan kesehatan. Output dari konsumen yaitu merasakan bahwa pelayanan yang diberikan oleh dokter maupun tenaga kesehatan lainnya sudah baik dan sesuai dengan SOP pelayanan yang berlaku. Hal ini dapat dilihat dari sikap positif maupun perilaku petugas kesehatan yang senang membantu konsumen dalam mengatasi semua keluhan yang mereka rasakan.

3. *Accessibility and flexibility*

Kriteria ini merupakan suatu process related, yang mana penyedia layanan, lokasi, jam kerja, karyawan dan sistem operasionalnya telah dirancang sedemikian rupa dalam mewujudkan kepuasan konsumen serta memudahkan konsumen dalam mengakses layanan kesehatan dengan mudah. Proses rancangan tersebut dengan sebuah tujuan yaitu penyesuaian antara permintaan dan harapan konsumen.

4. *Reliabilities and trustworthiness*

Kriteria ini merupakan dari process related. Pada kriteria ini apapun kejadian yang terjadi atau telah disepakati bersama, konsumen dapat mengandalkan penyedia jasa, karyawan dan sistemnya karena institusi layanan kesehatan telah menjamin bahwa akan melakukan hal-hal sesuai dengan kebutuhan pelanggan.

5. *Recovery*

Kriteria ini merupakan process related. Maksud dari proses tersebut adalah institusi layanan kesehatan yang terkait akan bertanggung jawab sepenuhnya dalam pengambilan keputusan atau tindakan yang akan dilakukan dalam pengendalian situasi dan berupaya mencari solusi apabila terdapat kesalahan yang terjadi.

6. *Reputation and Credibility*

Kriteria terakhir ini berhubungan dengan sebuah image dari penyedia layanan kesehatan. Konsumen akan yakin bahwa penyedia layanan kesehatan dapat dipercaya dan memiliki reputasi yang baik, dapat dipercaya serta memiliki nilai yang tinggi pada bidang pelayanan kesehatan. Hal ini sudah terbukti bahwa institusi penyedia layanan kesehatan telah bereputasi pada pelayanan yang baik.

Kemampuan manajemen dan komite medic suatu institusi layanan kesehatan sangat menentukan mutu pelayanan dalam menjaga reputasi institusi serta adanya rasa percaya dari konsumen terhadap dokter dan tenaga kesehatan lainnya agar tetap mengasah kemampuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan teknologi kedokteran pada saat ini.

Pasuraman, Zeithaml dan Berry menganalisis dimensi kualitas jasa berdasarkan lima aspek komponen mutu yang dikenal dengan nama *Servqual*. Kelima dimensi mutu tersebut meliputi:

1. *Tangibles* (Bukti langsung)

Komponen mutu ini merupakan bentuk kemampuan sebuah institusi dalam memperlihatkan eksistensinya pada pihak eksternal. Bukti nyata yang diberikan ke konsumen dari penyedia jasa yaitu kemampuan dan penampilan dari sarana dan prasarana fisik perusahaan serta keadaan lingkungan. Fasilitas fisik yang dimaksud berupa gedung, gudang dan lainnya, teknologi berupa peralatan atay perlengkapan yang diperlukan, serta penampilan dari SDM. Artinya dapat dikatakan sebagai penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil dan materi komunikasi.

2. *Reliable* (Kehandalan)

Dimensi ini merupakan dimensi dalam melaksanakan pemberian jasa sesuai dengan yang dijanjikan secara tepat waktu. Tingkat kepuasan pasien akan rendah apabila jasa yang diberikan oleh sebuah penyedia jasa tidak sesuai dengan yang diharapkan, maka dimensi *reliability* ini sangat diperlukan. Jadi, dapat disimpulkan bahwa dimensi *reliability* ini merupakan dimensi tingkat kemampuan suatu perusahaan dalam ketepatan pemberian layanan dan juga pemberian layanan.

3. *Responsiveness* (ketanggapan)

Dimensi ini merupakan sebuah dimensi kecepatan dan ketanggapan dalam memberikan pelayanan oleh karyawan, yang mana hal ini dapat berdampak pada sebuah persepsi yang positif kepada perusahaan terhadap kualitas jasa. Perusahaan akan berusaha memperbaiki atau meminimalkan kerugian konsumen dengan cepat apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan seperti kegagalan atau keterlambatan dalam pemberian jasa. Pada dimensi ini berfokus pada perhatian dan kecepatan dalam menanggapi permintaan konsumen, berbagai macam pertanyaan maupun adanya keluhan dari konsumen mengenai jasa yang diberikan. Maka dapat disimpulkan komponen dari *responsiveness* ini, yaitu kesigapan dalam memberikan pelayanan, kecepatan dalam melayani, dan penanganan berbagai keluhan konsumen terhadap jasa yang diberikan.

4. *Assurance* (jaminan)

Dimensi ini merupakan dimensi dalam membangun sebuah kepercayaan serta keyakinan konsumen terhadap jasa pelayanan yang diberikan. Dimensi ini dapat dikatakan penting karena melibatkan persepsi konsumen terhadap tingginya risiko ketidakpastian dengan kemampuan penyedia jasa. Kepercayaan dan kesetiaan konsumen muncul bersamaan dengan pelayanan yang diberikan karyawan langsung ke konsumen. Komponen dari dimensi ini, yaitu keterampilan dan pengetahuan karyawan dalam membrikan pelayanan serta kredibilitas dari sebuah perusahaan yang terdiri dari semua aspek dalam hubungan dengan sebuah kepercayaan konsumen terhadap penyedia jasa.

5. *Emphaty* (Empati)

Kemampuan penyedia jasa dalam memberikan bentuk perhatian kepada konsumenn secara individu dan kepekaan atas kebutuhan konsumen merupakan dimensi dari empati. Imensi ini merupakan dimensi gabungan antara akses/kemudahan dalam mendapatkan pelayanan, bentuk komunikasi yang baik dalam menyampaikan informasi kepada konsumen serta memperoleh masukan dan pemahaman dari konsumen mengenai kebutuhannya.

BAB 4. STANDAR LAYANAN KESEHATAN

4.1 Pengertian Standar Pelayanan Kesehatan

Standard layanan kesehatan atau standard prosedur operasional suatu layanan kesehatan sangat diperlukan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang ber mutu secara konsisten. Standard layanan kesehatan meliputi masukan, proses, dan outcomes dari sistem layanan kesehatan tersebut. SPO ini merupakan sebuah alat dalam mencapai mutu layanan kesehatan dalam terminology operasional yang mana didalamnya semua orang akan terlibat dan akan terikat pada satu sistem, baik itu dari pasiennya maupun dari penyedia pelayanan kesehatan.

Unsur-unsur yang dapat menjadikan jaminan mutu pelayanan kesehatan tersebut dapat terukur, objektif, dan bersifat kualitatif adalah standar, indikator, dan angka nilai ambang batas. Dikalangan profesi layanan kesehatan, standar layanan kesehatan dapat diartikan sebagai Standar Prosedur Operasional (SPO). Standar Prosedur Operasional adalah suatu alat atau sebuah pedoman yang bisa dikatakan sebagai acuan dalam melakukan pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja dengan berdasarkan indicator teknis, administrative dan procedural sesuai tata kerja, prosedur dan juga sistem kerja pada instutusi jasa yang bersangkutan.

4.2 Manfaat Standar Layanan Kesehatan

Pada setiap proses layanan kesehatan selalu terjadi variasi. Terdapat banyak yang tidak mungkin distandarisasikan pada sumber variasi layanan medis. Kebutuhan setiap konsumen harus dapat disesuaikan dengan tindakan pengobatan yang akan diberikan oleh penyedia layanan kesehatan tersebut atau disebut dengan *tailor made*. Akan tetapi, mutu pelayanan kesehatan bisa ditingkatkan dengan menghilangkan atau mengurangi variasi yang tidak perlu sewaktu penyelenggaraan layanan kesehatan tersebut dilakukan.

Dalam mengurangi variasi dengan cara menetapkan input, proses, output pada sistem layanan kesehatan merupakan manfaat dari standard layanan kesehatan. Salah satu contoh yaitu pada pembedahan jantung, standar masukan akan memastikan bahwa dokter spesialis bedah jantung akan memperoleh peralatan yang diburuhkan dalam melakukan pelayanan

tersebut. Pada standard prosedur atau bisa dikatakan protocol atau petunjuk pelaksanaan pelayanan dapat membantu dokter spesialis bedah jantung akan menggunakan sebuah teknik atau teknologi yang terbaru. Standard keluaran, menjelaskan kebutuhan atau harapan organisasi layanan kesehatan dari hasil prosedur pembedahan jantung yang dilakukan sesuai dengan SPO. Di Negara berkembang timbul keinginan untuk menyusun standar layanan kesehatan, untuk mewujudkan harapan minimal layanan kesehatan, dan juga berguna dalam membantu mengurangi keluaran dari layanan kesehatan yang bisa merugikan, serta dapat mengurangi variasi dari layanan kesehatan yang bisa terjadi pada sebuah penyelenggaraan layanan kesehatan.

4.3 Peningkatan Mutu Standar Pelayanan Kesehatan

USAID telah menyusun 10 langkah *Quality Assurance Project* pada siklus jaminan mutu pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan pengalaman kerja di beberapa Negara berkembang dan model yang digunakan oleh manajemen mutu layanan kesehatan di Amerika Serikat. Penyusunan standard pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dalam siklus ini, termasuk dengan komunikasi standar dan pemantauan terhadap tingkat kepatuhan melalui indikator. Melalui pemantauan, kesenjangan dapat diketahui, yaitu antara apa yang diharapkan terjadi dengan kenyataan yang terjadi pada layanan kesehatan.

Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan akan menganalisis masalah terjadinya kesenjangan dan akan menentukan penyebab masalah dan pemecahan masalah, kemudian membuat rekomendasi kepada organisasi layanan kesehatan untuk melakukan pemecahan masalah. Standard layanan kesehatan secara berkala memerlukan modifikasi, peningkatan, dengan output harapan dari organisasi layanan kesehatan terhadap pencapaian mutu layanan kesehatan.

Standard pelayanan kesehatan secara periodik harus dinilai keabsahannya, reliabilitasnya, kejelasan dan penerapannya. Kegiatan tersebut dianggap sebagai bagian siklus jaminan mutu pelayanan kesehatan atau bisa disebut sebagai siklus peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan.

4.4 Cara Penyusunan Standar Layanan Kesehatan

- a. Menetapkan fungsi/sistem/topik/subsistem/subfungsi/subtopik yang membutuhkan standar.

- b. Menetapkan unsur pada input, proses, output. masukan, proses, dan keluaran.
- c. Menentukan karakteristik mutu.
- d. Penyusunan standard karakteristik mutu yang ditetapkan
- e. Melakukan penilaian atas kelayakan standard layanan kesehatan tersebut.

Akan dilakukan keabsahan atau validitas pada langkah ini, kemudian melakukan reliabilitas dan juga kejelasan penggunaan standard. Setiap standard yang telah disusun harus dinilai terlebih dahulu keabsahaannya, keandalannya dan kejelasan penggunaannya sebelum standard tersebut digunakan. Langkah-langkah penilaian kelayakan standard layanan, yaitu ;

1. Memilih wakil dari kelompok petugas kesehatan yang mengerti atau memahami fungsi/sistem/topic
2. Menentukan tata cara penilaian dan menyusun beberapa instrumen yang akan diperlukan, contohnya rapat dengan seluruh anggota/petugas kesehatan, membuat sebuah kusioner yang anonum, dan melakukan wawancara tatap muka.
3. Menyebarkan standard layanan kesehatan yang telah dibuat dan melakukan pengumpulan data serta dianalisis.
4. Menyempurnakan atau menyesuaikan standard layanan kesehatan jika diperlukan.
5. Menilai keabsahan atau validitas standard pelayanan kesehatan. Apakah berhubungan standard layanan kesehatan dengan output yang diinginkan.
6. Menilai reliabilitas, apakah selalu sama ketika menggunakan standard pelayanan kesehatan.
7. Menilai kejelasan dari penggunaan standard pelayanan kesehatan tersebut. Apakah semua penulisan telah diinterpretasikan oleh petugas.
8. Menilai penggunaan standard.

4.5 Indikator/kriteria Standar Layanan Kesehatan

Suatu variable atau karakteristik yang bisa digunakan dalam penentuan tingkat ketaatan atau kepatuhan terhadap suatu standard layanan kesehatan maupun tingkat pencapaian dalam tujuan mutu merupakan sebuah indikator/kriteria yang disusun oleh beberapa pakar atau sekelompok pakar. Karakteristik/indicator standard layanan kesehatan yang baik, antara lain :

- a. Sebuah indicator harus bisa diukur atau dinyatakan dengan sebuah bilangan (*rate*).
- b. Harus absah, yaitu apabila terdapat hubungan antara indicator dengan output standard layanan kesehatan yang dibutuhkan.

- c. Indikator tersebut harus handal, outputnya harus selalu sama setiap kali digunakan untuk mengukur standard layanan kesehatan.
- d. Harus jelas dan dimengerti oleh semua orang yang akan menggunakannya.
- e. Harus realistis, yaitu mudah digunakan. Semua informasi yang akan digunakan mudah di dapat dan sumber dayanya harus disediakan oleh organisasi layanan kesehatan.
- f. Kebutuhan akan setiap indicator. Setiap standard pelayanan membutuhkan minimal satu indicator yang dapat digunakan lebih dari satu standard layanan kesehatan.
- g. Harus menentukan terlebih dahulu indicator yang akan dipantau dengan pertimbangan antara akurasi data dengan biaya yang akan digunakan.
- h. Kemudian indicator akan disusun oleh sekelompok panel atau pakar yang telah menyusun standard layanan kesehatan.

4.6 Peningkatan Mutu Berkelanjutan Pelayanan Kesehatan

(*Continuous Quality Improvement*) layanan kesehatan atau manajemen mutu paripurna pelayanan kesehatan atau *Total Quality Management in Health Care* adalah penerapan *Total Quality Management* (TQM) di bidang pelayanan kesehatan. Beberapa para ahli di bidang mutu pelayanan kesehatan menyebutkan peningkatan mutu berkelanjutan sebagai *Continuous Quality Improvement* (CQI). Semua mengacu pada mutu kepuasan pelanggan dan perbaikan mutu menyeluruh secara lintas fungsi (*cross function*). Program yang berbasis industri untuk TQM, sedangkan yang mengacu penataan klinis (*clinical setting*) yakni untuk CQI.

Manajer puncak membentuk suatu dewan intensifikasi program pelatihan untuk pegawai, mekanisme untuk seleksi, peluang perbaikan, dukungan staf untuk analisis proses dan redesain dan kebijaksanaan kepegawaian yang memotivasi dan mendukung partisipasi staf dalam proses perbaikan yang mana TQM/CQI memiliki beberapa karakter yang sama. Lingkungan diluar organisasi pelayanan kesehatan yang merupakan salah satu faktor yang turut mempengaruhi adanya pergeseran orientasi atau perubahan paradigma dalam pelayanan kesehatan adalah lingkungan industry. Pergeseran paradigma ke arah TQM/CQI yang dimulai di dunia industri juga terjadi di sector kesehatan. Model TQM/CQI dibidang industry terbatas, karena :

1. Tidak adanya hubungan dokter pasien yang sangat kompleks seperti dibidang pelayanan kesehatan
2. Rendahnya pengetahuan, keterampilan dan motivasi TQM/CQI petugas medis

3. Ia memperlakukan mutu secara mandiri, membicarakan tentang mutu yang diabaikan/biaya mutu
4. Memberikan perhatian lebih besar untuk mendukung kegiatan lain, namun kurang pada kegiatan klinik
5. Kurang menekankan terhadap pengaruh penampilan profesional melalui pendidikan, latihan, supervisi, desakan yang membesarkan semangat dan kecaman

Menurut Donabedian, bidang pelayanan kesehatan dapat belajar dari model industri berikut ini, yaitu :

1. Penghargaan yang baru dari kekuatan dasar dari tradisi mutu pelayanan kesehatan
2. Kehendak untuk memperbesar perhatian kepada permintaan pelanggan, nilai-nilai dan harapan
3. Memperbesar perhatian terhadap desain dan proses seperti memakai quality assurance
4. Kebutuhan untuk memperluas tradisi mengamati sendiri (*self monitoring*), memerintah diri sendiri (*self governing*) seorang dokter kepada yang lain dalam organisasi
5. Kebutuhan untuk memberikan suatu peran yang lebih besar oleh manajemen dalam menjaga mutu pelayanan klinik
6. Kebutuhan untuk mengembangkan penempatan yang tetap dari metode kontrol statistik terhadap monitoring pelayanan kesehatan
7. Kebutuhan untuk memperbesar pendidikan dan latihan dalam monitoring mutu dan menjaga mutu untuk semua yang diperhatikan

BAB 5. PENERAPAN MUTU LAYANAN KESEHATAN

Konsep manajemen yang berfokus pada konsumen yang inovatif dan partisipatif yang dapat mempengaruhi setiap individu dalam sebuah organisasi dan dapat bertahan melalui transformasi budaya merupakan mutu dalam pelayanan kesehatan. Pada saat di kondisi dalam dan luar struktur perusahaan, mutu diterapkan secara operasional sebagai sebuah paradigma manajemen yang melingkupi empat komponen utama :

1. Penataan ulang mutu
2. Pelatihan mutu
3. Strategi jaminan mutu (*quality assurance QA*)
4. Perbaikan mutu (*quality improvment/QI*).

Paradigma manajemen ini dianggap sebagai payung organisasi yang mengawasi dan mengoordinasi keempat komponen tersebut dan sejumlah kegiatannya. Oleh karena itu, dalam komponen penataan ulang, sebuah struktur lengkap kelompok pengaruh mutu perlu disusun. Kelompok tersebut akan merencanakan, mengelola, dan menjalankan berbagai kegiatan yang terkait dengan mutu.

Pelatihan mutu lebih berfokus pada pelatihan para profesional mengenai definisi, prinsip, konsep, dan persoalan yang terkait dengan mutu, yaitu peningkatajn pengetahuan mengenai masalah-masalah mutu. Pelatihan mutu meliputi metode perencanaan, keterampilan organisasi, teknik menyelenggarakan pertemuanyang efektif, metode evaluasi dan identifikasi peluang perbaikan, serta mempelajari keterampilan yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah dan memperbaiki proses melalui tim yang terorganisasi dengan baik. Area pelatihan lain yang penting bagi mutu layanan kesehatan adalah area layanan pelanggan karena satu dari tujuan utama mutu adalah kepuasan pelanggan.

Komponen ketiga untuk menerapkan mutu adalah melalui upaya jaminan mutu. Dalam hal ini, yang dimaksud dengan jaminan mutu adalah proses perencanaan mutu, pengenalan proses yang besar/biayaanya mahal/proses yang mudah terkena masalah, kemudian penyusunan dan penetapan standar untuk setiap proses tersebut. Standar dapat diadopsi dari pedoman nasional ataupun internasional, atau disusun dari awal di perusahaan tersebut. Begitu standar ditetapkan, standar tersebut dikomunikasikan kepada populasi target.

Pada komponen keempat, perbaikan mutu meliputi kegiatan memperbaiki berbagai proses, menyelesaikan masalah, dan menyederhanakan prosedur. Berbagai kegiatan perbaikan mutu biasanya dilaksanakan melalui proses pembentukan tim yang sistematis. Tim

tersebut diberi wewenang untuk mempelajari masalah pada proses yang sedang dihadapi, membuat suatu inisiatif perbaikan/solusi, menerapkannya, kemudian mengevaluasi outcome. Mengidentifikasi, menganalisis, dan memperbaiki berbagai proses adalah bagian perbaikan mutu. Semua komponen mutu selalu berjalan secara simultan untuk memperbaiki keadaan yang terjadi saat ini melalui pemantauan ketat agar sumber daya digunakan secara efisien. Tujuan mutu layanan kesehatan yang juga harus dipenuhi adalah tercapainya outcome yang lebih baik.

5.1 Model Penerapan Mutu

Mutu layanan kesehatan dapat diterapkan pada tingkat nasional. Mutu telah berhasil diterapkan melalui sejumlah model dengan tingkat keberhasilan yang berbeda-beda. Model penerapan mutu terdiri atas tiga tahap utama, yaitu :

1. Perencanaan Strategik Mutu Layanan Kesehatan

Proses perencanaan mutu layanan kesehatan dalam perencanaan strategik, hierarki organisasional memiliki keterlibatan yang lebih besar. Perencanaan strategik menyusun keputusan awal dan kebijakan luas untuk menerapkan mutu layanan kesehatan yang tepat. Perencanaan startegik meliputi komitmen manajemen puncak, penjamin dukungan tambahan (pendanaan dan teknis), serta dukungan struktur organisasi untuk penerapan mutu. Perencanaan strategik merupakan proses yang kompleks dan penting sehingga harus dilaksanakan sebelum setiap kegiatan penerapan dilakukan.

2. Perencanaan Operasional untuk Mutu di Layanan Kesehatan

Tahap perencanaan operasional sangat spesifik dan detail, serta biasanya dilaksanakan oleh individu yang sama dan bertanggung jawab dalam melaksanakan proses penerapan mutu pada bagian layanan atau sistem yang terpilih atau lokasi geografis tertentu. Pada tahap ini, individu kunci dari layanan atau sistem yang terpilih untuk diintervensi adalah seseorang yang memiliki tanggung jawab utama untuk membantu dewan mutu dalam merencanakan strategi implementasi pada tahap operasional.

Dewan mutu melaksanakan perencanaan operasional bersama dengan manajer tingkat menengah, yang berpartisipasi langsung bersama dewan mutu, serta diminta untuk mengembangkan rencana operasional. Outcome akhir dari pertemuan perencanaan harus berupa pengembangan strategi oprasional penerapan mutu. Strategi operasional yang dianjurkan adalah sebagai berikut :

A. Strategi 1; Memulai komunikasi dan menjamin komitmen profesional lainnya

Anggota dewan dan/atau koordinator mutu harus memulai komunikasi awal dengan “para pimpinan”. Pimpinan harus dihubungi untuk mendapatkan dukungan upaya penerapan dan untuk meminta kesediaan mereka agar area yang dipimpinnya menjadi bagian dari strategi mutu di seluruh organisasi. Pada tahap ini, perlu dilakukan sebuah diskusi mengenai manfaat upaya penerapan mutu dan keuntungan yang didapat oleh lokasi penerapan mutu awal. Hal yang harus dipertimbangkan pada tahap ini adalah untuk melibatkan semua orang yang dianggap “pemimpin” dalam sistem tersebut. Terlalu selektif dalam memilih orang yang dianggap pemimpin tersebut dapat berdampak negatif.

B. Strategi 2; Mengenalkan Konsep Mutu

Selenggarakanlah sejumlah diskusi kelompok kecil dan seminar berskala kecil mengenai mutu dalam layanan kesehatan. Tekankan prinsip dan manfaat mutu. Diskusikan sumber daya yang dibutuhkan dan pentingnya komitmen dari pelanggan internasional bagi keberhasilan proses penerapan mutu. Cobalah untuk menjawab pertanyaan mengenai manfaat dari menerapkan proses mutu dalam sistem.

C. Strategi 3; Menyusun Tujuan Internal Mutu Berskala Luas

Para pemimpin kunci dalam masyarakat menyusun sejumlah tujuan yang lengkap tetapi dapat dilaksanakan dari segi waktu. Tujuan yang disusun harus mencerminkan kebutuhan setempat dan harapan masyarakat pada umumnya, dan buka per individu. Oleh karena itu, masalah seputar status kesehatan harus didukung dengan data, jika tersedia, atau menurut sumber-sumber terpercaya.

D. Strategi 4; Mendiskusikan Rencana untuk Sumber Daya

Tahap ini merupakan tahap perencanaan awal untuk memperkirakan sumber daya yang dibutuhkan. Pada tahap ini yang didiskusikan hanyalah gambaran luas tentang jenis sumber daya yang dibutuhkan dan kegunaannya. Alokasi sumber daya tertentu secara langsung bergantung pada besarnya intervensi mutu yang dibutuhkan, yang akan dilakukan pada tahap selanjutnya.

E. Strategi 5; Membangun Struktur Organisasi Program Mutu

Ada beberapa kelompok yang memiliki pendapat sama mengenai cara menerapkan strategi ke-5 ini. Sebuah struktur dibutuhkan untuk menjamin

kesinambungan program yang dijalankan, tetapi besarnya struktur dan pemetaannya bergantung pada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan ketika menentukan pendekatan terbaik bagi sistem negara tersebut. Dengan membangun struktur secara perlahan dan bertahap, bukan membangun struktur yang kompleks di awal tahap, karena struktur yang kompleks akan mengalihkan fokus dari masalah utama perbaikan dan mengalihkan dari konsentrasi pada keanggotaan panitia, tanggung jawab dan pertemuan. Satu masalah lainnya adalah efektivitas satu jenis struktur tidak sama antara organisasi yang satu dan lainnya. Kajian mengenai pengalaman organisasi serupa lainnya mungkin dapat membantu dalam menyelesaikan strategi ini.

F. Strategi 6; Merencanakan Pelatihan yang Dibutuhkan Secara Bersama-sama

Pelatihan harus direncanakan menurut kebutuhan sebenarnya saat itu. Tujuan merencanakan pelatihan menurut kebutuhan adalah agar pelatihan yang dilakukan dapat berfungsi optimal. Terlalu banyak pelatihan dapat memberikan hasil yang tidak optimal. Masalah lain yang harus dipertimbangkan adalah bagaimana cara pelatihan akan diberikan, yaitu haruskah pelatihan diberikan dalam bentuk lokakarya pembekalan bagi mereka yang akan berkecimpung dalam bidang mutu, atau apakah pelatihan harus diberikan sesuai kebutuhan dan hanya diberikan saat proses perbaikan mutu sedang berjalan.

Dr. Deming menyarankan bahwa pelatihan yang tepat adalah pelatihan langsung di tempat kerja (*on-job training*), tetapi beberapa organisasi lain melakukan pelatihan dengan cara yang berbeda. Pada umumnya, bagaimanapun cara pelatihan diberikan, pelatihan mengenai jaminan mutu dan keterampilan perbaikan mutu harus diselenggarakan agar program mutu dapat diterapkan dengan tepat. Dalam strategi ini, harus direncanakan mengenai masalah tempat pelatihan, materi pelatihan, tujuan, peserta pelatihan, metode, isi pelatihan, pelatih, jadwal, dan *outcome* yang diharapkan. Dalam tahap ini, strategi pelatihan yang baik dapat tercapai dengan mempelajari pengalaman yang pernah dialami oleh organisasi lain dengan bantuan konsultan yang berpengalaman.

G. Strategi 7; Merencanakan Penilaian Sebelum Menerapkan Mutu

Penilaian menyeluruh mengenai mutu sistem layanan kesehatan harus dilakukan. Kegiatan penilaian mutu harus direncanakan sebelumnya. Berbagai masalah mengenai metode penilaian, populasi yang dinilai, penilai, durasi proses penilaian, dan sumber

daya yang dibutuhkan selama kegiatan penilaian harus didiskusikan dalam perencanaan kegiatan penilaian. Tujuan penilaian ini ada dua, yang pertama adalah menemukan area masalah untuk mempermudah proses seleksi berbagai intervensi perbaikan, dan yang kedua adalah memberikan data dasar kepada para perencana mengenai status layanan kesehatan (dan terutama mengenai para anggotanya) di sistem tersebut sebelum perbaikan dilakukan. Setiap perbaikan yang akan dilakukan setelahnya akan mudah diukur menggunakan data pembandingan.

H. Strategi 8; Membuat Mekanisme Pelaporan Kemajuan dan Metode Evaluasi

Kemajuan dalam mencaapai tujuan upaya mutu harus didokumentasikan dan dilaporkan kepada dewan dan koordinator mutu. Dengan melakukan hal tersebut, hambatan yang terjadi dapat diidentifikasi dan segera diperbaiki. Penerapan mutu dapat dijalankan kembali sesuai rencana dengan efektif. Metode, jenis, dan frekuensi pelaporan sendiri harus disepakati pada tahap ini, serta kesepakatan mengenai metode evaluasi dan pemantauan kemajuan upaya perbaikan juga harus tercapai. Laporan dan evaluasi harus didukung sebagai tujuan pembelajaran dan bukan sebagai penilaian. Profesional layanan kesehatan harus diberikan jaminan laporan dan evaluasi yang telah dilakukan akan ditindaklanjuti.

I. Strategi 9 : Menciptakan Mekanisme Pemberian Insentif yang Efektif

Menentukan jenis insentif yang akan diberikan merupakan suatu masalah tersendiri dan membuat insentif tersebut berfungsi merupakan masalah lain. Menurut pengalaman, pemberian insentif merupakan area yang paling sensitif dan kurang diperhatikan dalam penerapan mutu layanan kesehatan. Pemberian insentif keuangan, penghargaan non-finansial, memberikan pelatihan lebih, atau cukup dengan membuat keterlibatan dalam penerapan mutu menjadi suatu persyaratan kerja. Di kebanyakan sistem penghargaan pekerja yang digunakan saat ini, tidak ada pemberian penghargaan untuk perbaikan yang telah dicapai.

5.2 Langkah dan Kegiatan Perencanaan Strategik dan Operasional

Perencanaan operasional lebih spesifik dan lebih detail dalam desain, proses, dan kegiatannya. Perencanaan operasional meliputi perencanaan yang detail untuk setiap dan semua kegiatan yang akan dilakukan selama menerapkan sebagian atau seluruh mutu layanan

kesehatan. Dalam tahap perencanaan ini, individu yang berwenang secara aktif memprediksi alokasi sumber daya yang tepat, berbagai keperluan pelatihan, partisipasi pegawai, serta jenis dan jumlah proyek yang akan dilakukan, semuanya merupakan prediksi untuk tahap intervensi. Tahap perencanaan ini membutuhkan lebih banyak waktu dan detail dibandingkan tahap perencanaan startegik dan juga merupakan langkah penting sebelum menerapkan setiap proses dengan tepat, terutama mutu layanan kesehatan. Diskusi dimulai dari tahap strategik, kemudian meluas ke tahap operasional, dan berakhir pada tahap intervensi atau implementasi. Berikut berbagai langkah dan kegiatan yang harus dilakukan dimasing-masing proses perencanaan :

1. Komitmen Pihak Manajemen

Para profesional layanan kesehatan saling bergantung satu sama lain, tetapi hanya sedikit bergantung pada pihak manajemen. Selain itu, para profesional kesehatan di sebagian besar bidang tertarik pada layanan kesehatan bukan untuk mencari keuntungan, tetapi untuk melayani kemanusiaan. Oleh karena itu, nilai-nilai dalam layanan kesehatan terfokus diseputar menolong orang lain sesama manusia tanpa perlu diingatkan oleh pihak manajemen. Dalam layanan kesehatan, komitmen manajemen cukup dibutuhkan, tetapi bukan yang paling penting. Komitmen manajemen tetap lebih diprioritaskan jika seseorang ingin mencapai hasil dengan cepat. Dengan adanya sebuah manajemen maka akan mempermudah dalam memfasilitasi intervensi serta mengoordinasikan sumber daya dengan mudahnya. Pada sebagian besar permasalahan, pihak manajeme memegang keputusan terakhir dalam banyak hal. Oleh karena itu, penerapan mutu layanan kesehatan dapat ditingkatkan dengan dukungan dan dorongan dari pihak manajemen.

Deming (1984) mengatakan bahwa jika tidak ada komitmen dari manajemen puncak, pihak manajemen tidak akan berupaya untuk menerapkan mutu di organisasi tersebut. Komitmen terhadap suatu tujuan berarti ikut terlibat, mendukung, dan berpartisipasi aktif dalam mencapai tujuan tersebut. Komitmen juga berarti memimpin berbagai upaya, membantu berbagai kegiatan, dan menyediakan sumber daya demi mewujudkan tujuan tersebut dan mencapai keberhasilan. Komitmen pada suatu proses atau sebuah program berarti merasa bangga dan menikmati dalam mendukung dan lebih mempelajari mengenai proses tersebut.

Komitmen tidak dapat dicapai tanpa memiliki pemahaman yang cukup mengenai apa yang anda ingin laksanakan. Hal yang paling penting untuk mendapatkan komitmen manajemen adalah meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mengenai subjek yang membutuhkan komitmen. Mutu dalam layanan kesehatan bahkan semakin sulit untuk

mendapatkan komitmen yang jelas dari pihak manajemen tanpa menunjukkan hasil kerja kegiatannya. Mutu layanan kesehatan harus berdasarkan data dan harus selalu dikendalikan oleh *outcome*. Dengan merencanakan dan merancang proses secara memadai, kita dapat memperoleh komitmen dari pihak manajemen dan dapat mencapai serta melaporkan hasil yang memuaskan.

2. Peran Konsultan dan Penasihat

Pada awal proses, kita dapat menggunakan jasa konsultan dan penasihat karena adanya kebutuhan akan sudut pandang yang objektif dan keahlian tertentu. Sebelum menggunakan jasa konsultan atau penasihat, perlu dilakukan upaya kerja sama dengan bantuan organisasi yang berpengalaman dan asosiasi profesional untuk mengidentifikasi dan menyeleksi konsultan yang tepat. Ada karakteristik yang harus ditekankan dalam mengidentifikasi konsultan yang tepat, yaitu seseorang yang telah terbukti memiliki keahlian dalam bidang tertentu yang dibutuhkan dan pernah berpengalaman berada dalam budaya dan lingkungan yang serupa. Karakteristik lain bagi seseorang konsultan agar dapat berperan dengan baik adalah memiliki pengetahuan dan keinginan tulus untuk mentransfer teknologi, dan tertarik untuk membentuk dan membina keahlian di organisasi tersebut.

Awal proses penerapan mutu, departemen nasional yang diberi kewenangan harus memilih konsultan jangka pendek yang sesuai tujuan untuk membantu personel kunci yang ditugaskan dalam upaya perencanaan strategik mutu. Pada tahap ini, peran konsultan adalah membantu proses indentifikasi para individu yang berkualitas di organisasi tersebut untuk melakukan upaya penerapan mutu, menyelenggarakan seminar pemahaman mengenai mutu diseluruh organisasi kepada para personel kunci, membuat konsep dasar pernyataan visi dan misi inisiatif nasional untuk mutu layanan kesehatan bersama para personel kunci, dan membantu merancang dan memetakan inisiatif baru tersebut. Peran konsultan sangat dibutuhkan dalam mengidentifikasi berbagai kemajuan penerapan mutu sepenuhnya dalam layanan kesehatan disuatu negara, yang selanjutnya akan memudahkan pemantauan kemajuan dan menjamin penerapan mutu yang berkelanjutan.

Ketika perencanaan strategik telah selesai dilaksanakan, harus dipilih konsultan yang sama atau konsultan lain untuk memandu penerapan operasional proses mutu. Individu yang menjadi konsultan ini harus memiliki keahlian praktis dalam pelatihan, memberikan bantuan, dan melaksanakan pembentukan tim yang bertugas memperbaiki mutu. Tipe posisi konsultan semacam itu membutuhkan keterlibatan jangka panjang atau hingga

organisasi tersebut telah mampu menerapkan mutu dengan keahlian di dalam organisasi itu sendiri. Di sisi lain, keahlian jaminan mutu (quality assurance), akan diperlukan menurut tujuan spesifik, terutama selama tahap penyusunan standar dan penyeleksian indikator. Keahlian jaminan mutu ini lebih ditujukan pada area tertentu yang membutuhkan standar dan sumber daya internasionalnya harus bekerja sama dengan konsultan dari luar organisasi untuk menjamin keberlanjutan proses penerapan mutu.

3. Mendelegasikan Tanggung Jawab

Pada tahap perencanaan strategik, pihak yang berwenang terhadap mutu nasional dalam inisiatif layanan kesehatan adalah Menteri Kesehatan, yang harus menunjuk seseorang koordinator internal mutu layanan kesehatan. Posisi tersebut tidak harus diisi oleh *full time*, tetapi dapat diisi oleh seorang individu yang memiliki keterampilan kepemimpinan dan diberikan kewenangan. Antara individu tersebut dan pihak manajer puncak diperlukan hubungan langsung untuk mempertahankan kredibilitas dan kewenangan. Posisi koordinator internal mutu layanan kesehatan adalah posisi yang penting. Kelebihan pendekatan ini yaitu, seseorang yang berkedudukan penting akan segera memberi pengakuan dan dukungan kepada gerakan mutu. Dukungan itu akan mendapatkan komitmen sejak awal dan orang dengan kedudukan penting tersebut akan memberitahukan kepada bagian lain pada sistem bahwa mutu merupakan hal penting dan harus diikuti oleh setiap orang. Kerugiannya adalah koordinator ini biasanya tidak dalam posisi permanen, yang dapat menyebabkan proses tidak berlanjut begitu koordinatornya diganti. Koordinator mutu memiliki begitu banyak tanggung jawab, antara lain :

- a. Menjadi pendukung dan juru bicara bagi mutu layanan kesehatan
- b. Seorang fasilitator bagi dewan mutu
- c. Memiliki wewenang seperti konsultan
- d. Menjadi coordinator dari perencanaan strategik dan operational berbagai bentuk sebuah kegiatan mutu pelayanan kesehatan serta mengalokasikan sumber daya.
- e. Pemrakarsa pembentukan tim perbaikan proses
- f. Koordinator pemilihan personel kunci dalam mutu
- g. Koordinator perencanaan pelatihan mutu di layanan kesehatan
- h. Fasilitator strategi untuk perluasan di masa depan

Dewan mutu dibentuk sebagai badan penentu kebijakan yang akan mengatur proses mutu diseluruh sistem layanan kesehatan. Dewan ini bertugas dalam suatu kegiatan yang dikoordinasikan oleh seseorang yang dapat mewakili aspek yang berbeda dalam sistem

layanan kesehatan untuk merumuskan kebijakan perusahaan mengenai mutu layanan kesehatan. Peran dewan ini dalam beberapa hal serupa dengan peran koordinator mutu sehingga dewan tersebut memiliki perspektif bersama dengan koordinator mutu dan dewan tersebut menjadi sistem sumber daya mutu yang akan memenuhi kebutuhan sistem lainnya jika diperlukan. Pada awal proses penerapan mutu, para anggota dewan mutu juga harus dipersiapkan dengan memadai untuk menjalankan perannya dan harus dipaparkan pada konsep mutu dan berbagai strateginya.

Pokok agenda pertama dewan mutu adalah harus mengesahkan kesepakatan tertulis. Setiap anggota harus mengakui kesepakatan tertulis tersebut dan mereka harus secara aktif terlibat dalam revisi dan membuat kembali konsep dasar kesepakatan tertulis untuk mencerminkan keterlibatan nyata dalam dewan. Pokok agenda lain yang harus ditangani yaitu proses penyusunan pernyataan visi dan misi inisiatif yang harus mencerminkan keinginan untuk memperbaiki layanan kesehatan dan mengupayakan mutu. Pernyataan visi dan misi penting untuk membangun konsistensi tujuan sistem dan akan berperan sebagai pengingat tetap disepanjang perjalanan sistem kesehatan dan sebagai sebuah peta masa depan bagi sistem kesehatan. Pernyataan visi dan misi harus ringkas, jelas, realistis dan harus mencerminkan tujuan sistem yang sebenarnya.

4. Pengalokasian Sumber Daya

Awalnya sumber daya dialokasikan untuk pelatihan yang perlu diselenggarakan dan untuk mendapatkan konsultan. Sumber daya juga diperlukan untuk menyebarluaskan informasi dan meningkatkan kesadaran para tenaga kesehatan mengenai konsep mutu layanan kesehatan. Sumber daya juga lebih jauh dibutuhkan untuk menyebarluaskan konsep mutu dijenjang dasar organisasi dan kepada para staf profesional.

Aspek lain alokasi sumber daya adalah untuk mendirikan unit baru dalam organisasi yang ditujukan untuk menjalankan mutu layanan kesehatan. Unit ini dapat dikelola oleh sejumlah profesional kesehatan dari dalam organisasi dan terhubung langsung dengan manajemen puncak. Unit ini harus diberi mandat untuk menetapkan standar mutu suatu sistem dan indikatornya, menyebarluaskan informasi seputar mutu layanan kesehatan, memantau mutu layanan yang diberikan, dan memanfaatkan peluang untuk melakukan perbaikan sistem. Unit tersebut harus diberikan dana dan dukungan politis dari manajer puncak dengan kewenangan yang luas untuk melakukan survei dan memeriksa setiap arsip dalam organisasi yang terkait masalah mutu.

Tujuan pendirian unit baru adalah untuk membangun elemen inti pada unit mutu yang akan bertanggung jawab mengoordinasikan mutu organisasi sekaligus menjamin sustainabilitasnya. Unit tersebut bertanggung jawab dalam mempersiapkan dan mengoordinasikan semua tindakan yang terkait dengan sertifikasi, perizinan, dan akreditasi. Tugas lain meliputi koordinasi semua kepanitiaan yang terkait dengan mutu seperti manajemen rekanan, pengesahan, manajemen pemanfaatan, dan lain-lain serta proses penilaian sistem dan sistem pemantauan yang sedang dijalankan.

5. Meningkatkan Kesadaran Mengenai Mutu Layanan Kesehatan

Mutu sebagai sebuah konsep memiliki banyak aspek, prinsip, teknik dan peralatan. Kegiatan awal dewan mutu adalah mengharuskan anggotanya untuk mengikuti seminar mengenai mutu layanan kesehatan. Seminar tersebut dilanjutkan dengan diskusi intelektual bersama konsultan mengenai cara penerapan konsep mutu pada sistem kesehatan negara tertentu, dan memperhitungkan sumber daya yang ada, budaya serta status kesehatan. Selain itu juga mempertimbangkan struktur sistem kesehatan di negara itu. Salah satu metode yang dapat digunakan oleh suatu organisasi untuk meningkatkan kesadaran tentang mutu adalah artikel edaran mengenai suatu subjek beserta contoh yang dapat diterapkan di organisasi tersebut yang ditulis dalam bahasa operasional dan jelas.

6. Memetakan Intervensi Mutu Layanan Kesehatan

Ketika perencanaan strategik dan struktur organisasi dasar telah diselesaikan, maka perlunya mengadakan suatu kegiatan uji awal atau suatu kegiatan, sebelum menerapkan mutu yang sebenarnya, dalam bentuk proyek percontohan berskala kecil atau tim perbaiki proses berskala kecil. Langkah ini dapat amat berguna dalam identifikasi secara dini kesenjangan dalam mengomunikasikan, perencanaan, dan dalam pelaksanaan intervensi. Hal ini menjadi sangat berharga untuk memperbaiki kegagalan yang ditemui selama menjalankan proyek percontohan ini.

Koordinator mutu dapat mengenali area sistem yang memiliki peluang untuk diperbaiki melalui koordinasi dengan pakar mutu serta dengan berbagai informasi yang selama perencanaan telah terkumpul. Area yang diidentifikasi harus dipilih dengan cermat supaya dapat diterapkan proyek sederhana yang memerlukan sumber daya minimal dan memiliki peluang besar untuk berhasil dan mampu memberi manfaat kepada banyak orang. Contoh proyek s emacam itu dapat meliputi memperbaiki area penerimaan tamu,

atau memperbaiki estetika ruang layanan pelanggan, atau memilih beberapa area yang mendapatkan keluhan paling banyak dari masyarakat dan mencoba memperbaikinya.

Pada saat proyek percontohan telah diselesaikan, dewan mutu harus menganalisis berbagai pelajaran yang didapat dan menurut kriteria tertentu, membuat prioritas layanan untuk menerapkan mutu layanan kesehatan lebih lanjut. Contoh kriteria yang digunakan untuk memilih layanan yang akan diintervensi adalah :

- a. Layanan yang volumenya besar
- b. Mudah terkena masalah
- c. Berisiko tinggi
- d. Berdampak luas
- e. Layanan, prosedur, unit, dan lain-lain.

Dewan mutu harus memutuskan mengenai apakah akan menerapkan mutu di sebagian area layanan tertentu atau menerapkannya di seluruh sistem layanan. Dengan menggunakan kriteria pemilihan di atas, baik dalam menerapkan mutu ke sebagian maupun ke seluruh sistem, dewan mutu akan lebih mudah memilih area atau layanan tertentu yang akan diperbaiki. Objektivitas harus digunakan dalam memilih suatu sistem atau area yang akan diintervensi agar mutu berhasil diterapkan dan dapat memperluas penerapannya di area atau sistem lainnya di masa depan. Pada tahap ini, dewan telah siap menerapkan mutu layanan di jenjang operasional.

BAB 6. JAMINAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

6.1 Kegiatan Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan

Bagian integral dari sebuah kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah jaminan mutu layanan kesehatan yang bertujuan dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan. Melalui pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan maka pelayanan yang diberikan ke pasien akan memenuhi syarat mutu yang telah ditetapkan sehingga masyarakat akan menyakini bahwa layanan yang diberikan adalah layanan kesehatan yang bermutu. Maka jaminan mutu pelayanan dapat diartikan sebagai suatu upaya dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan mutu yang baik. Mutu yang baik merupakan layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standard yang telah ditetapkan.

Suatu upaya yang sistematis serta berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu agar sesuai dengan standard yang telah ditetapkan merupakan jaminan mutu layanan kesehatan yang operasional. Jaminan mutu pelayanan kesehatan yang bertujuan dalam meningkatkan mutu. Cakupan kegiatan jaminan mutu layanan kesehatan, antara lain :

- a. Mengetahui kebutuhan dan harapan konsumen.
- b. Memanfaatkan bakat serta kemampuan SDM di institusi layanan kesehatan.
- c. Keputusan yang dibuat harus berdasarkan fakta/data.
- d. Bekerjasama dalam kelompok dan mengakui bahwa seluruh SDM kesehatan merupakan sumber daya mutu dan produktivitas yang akan berkontribusi dalam organisasi layanan kesehatan yang terkait.
- e. Menghindari setiap pemborosan, termasuk waktu.
- f. Pengelolaan proses dalam menghasilkan sesuatu yang penting dan mendorong setiap orang untuk bersikap inovatif dan kreatif.
- g. Seluruh kegiatan harus dikerjakan, karena mutu merupakan *doing the right things all times*.

6.2 Pendekatan Jaminan Mutu Layanan Kesehatan

Meningkatkan mutu layanan kesehatan pada hakekatnya membutuhkan upaya penalaran yang lebih professional serta mengarahkan dalam memperbaiki sistem layanan kesehatan. Tahap-tahap pendekatan jaminan mutu, antara lain :

1. Sadar Mutu

Tahap pertama dari jaminan mutu pelayanan kesehatan adalah sadar mutu, yang mana tahap memperlihatkan tersedianya pengukuran atau penilaian dari sebuah sistem organisasi dan dibuktikan dengan standard kesehatan tertulis.

2. Penyusunan Standar

Pada tahap ini berkaitan dengan penulisan pernyataan yang menggambarkan ketercapaian mutu layanan kesehatan. Pernyataan harapan dari profesi layana kesehatan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan serta pernyataan mengenai tujuan pemberian layanan merupakan bentuk dari standard layanan kesehatan.

3. Pengukuran Ketercapaian

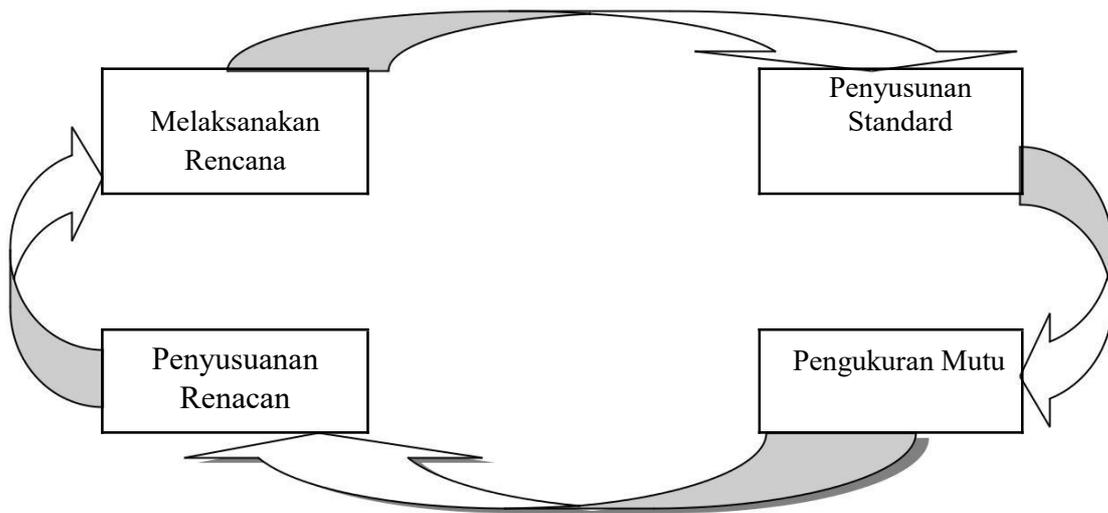
Pengukuran ini dilakukan dengan membandingkan suatu kenyataan dengan standard yang ada dengan mengukur terhadap indikator. Diperlukan suatu tindakan perbaikan jika terjadi kesenjangan.

4. Pembuatan Rencana Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan

Peningkatan mutu layanan kesehatan memerlukan penyusunan rencana. Perlu suatu tindakan jika mutu pelayanan yang diberikan berada dibawah standard yang ditentukan. Jaminan layanan kesehatan merupakan proses yang tidak akan berhenti (berkesinambungan). Pengukuran layanan kesehatan tersebut akan dilakukan secara berkala sampai ada kesempatan memantau hasil dari perubahan tersebut.

5. Melakukan Peningkatan Mutu yang Diperlukan

Standard layanan kesehatan akan diubah apabila mutu layanan kesehatan yang ada telah sesuai atau berada diatas standard yang ditetapkan, serta dapat dikatan bahwa terdapat peningkatan pada mutu layanan kesehatan. Upaya peningkatan mutu layanan keshetan yang akan dilakukan secara terus-menerus merupakan jaminan mutu layanan kesehatan yang mana bentuk dari upaya tersebut disebut sebagai siklus jaminan mutu layanan kesehatan (lingkaran mutu). Lingkaran mutu tersebut terjadi berulang terus-menerus secara berkesinambungan .



Gambar 6.1 Siklus Jaminan Mutu Layanan Kesehatan

6.3 Langkah-Langkah dalam Melaksanakan Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan

Dasar dalam melaksanakan jaminan mutu layanan kesehatan yaitu dengan cara mengukur mutu dan peningkatan mutu. *Quality Assurance Cycle* merupakan modifikasi langkah pengukuran mutu yang dapat dibagi menjadi beberapa langkah, yaitu :

1. Membentuk sebuah kelompok dalam jaminan mutu layanan kesehatan
2. Menyusun standard pelayanan kesehatan
3. Memilih teknik pengukuran sebuah mutu
4. Mengukur mutu dengan membandingkan antara kenyataan dengan standard layanan kesehatan yang telah di tetapkan.

Langkah-Langkah meningkatkan mutu, antara lain :

1. Menentukan penyebab kesenjangan dengan kenyataan dari kinerja layanan kesehatan dengan standard yang ditetapkan.
2. Menyusun sebuah rencana kegiatan dalam mengatasi kesenjangan yang akan terjadi.
3. Memilih rencana kegiatan.
4. Melaksanakan kegiatan.
5. Melakukan penilaian ulang terhadap standar

Langkah-langkah tersebut seperti bentuk spiral yang meningkat dan menggambarkan peningkatan mutu layanan kesehatan. Pendekatan terhadap jaminan mutu layanan kesehatan dengan cara dikelola atau diorganisasikan dengan sistem yang terstruktur. Upaya pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan sudah menjadi tanggung jawab dari pemimpin suatu organisasi pelayanan kesehatan yang berkaitan.

Hal-hal yang dibutuhkan dalam keberhasilan upaya pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan, antara lain :

1. Bentuk sebuah komitmen pemimpin
2. Setiap personel juga harus berkomitmen
3. Mempunyai kejelasan tanggung jawab dari kegiatan jaminan mutu
4. Ketersediaan perubahan sikap
5. Sistem pencatatan yang akurat
6. Mampu berkomunikasi dengan setiap tingkat organisasi secara efektif
7. Adanya pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan serta jaminan mutu layanan kesehatan.

Pemeliharaan perlu dilakukan dalam sistem pencatatan yang akurat mengenai prosedur maupun kegiatan peningkatan mutu layanan kesehatan yang akan dilaksanakan. Selain itu, dibutuhkannya juga komunikasi yang efektif pada setiap organisasi layanan kesehatan. Pelatihan diberikan agar personel dapat memiliki sebuah keterampilan dalam bidang teknis maupun non teknis agar dapat melaksanakan tugasnya secara efektif dan juga efisien. Pelatihan tersebut juga diharapkan dapat membantu memupuk sebuah komitmen pada jaminan mutu layanan kesehatan disetiap jenjang organisasi layanan kesehatan serta diketahuinya teknik jaminan mutu kepada personel dengan tujuan membuat personel tersebut mampu ikut serta dalam upaya kegiatan jaminan mutu pelayanan kesehatan.

6.4 Pentingnya Jaminan Mutu dalam Layanan Kesehatan

Berikut merupakan faktor pendorong jaminan mutu layanan kesehatan, antara lain :

1. Faktor Profesi

a. Etika Profesi

Etika profesi merupakan garis besar pokok disetiap profesi atau aturan pokok profesi. Jika terjadi sesuatu yang bertentangan dengan etika profesi, maka ada sanksi dari organisasi yang bersangkutan. Seseorang tersebut dapat dituntut apabila pelanggaran yang telah dilakukannya dapat merugikan orang lain dan akan dicabut izin praktiknya. Etika profesi sebagai suatu kerangka kerja yang luas ditetapkan oleh jaminan mutu layanan kesehatan. Standard pelatihan dan juga kualifikasi dalam melakukan praktik kedokteran ditanggung jawabkan oleh organisasi profesi yang terkait.

b. Mengembangkan Otonomi dan Tanggung Gugat Profesi

Dalam waktu beberapa tahun terakhir ini profesi layanan kesehatan bertanggung jawab pada kegiatan yang dilakukan dengan memiliki komitmen yang taat-asas dan bertanggung gugat terhadap layanan kesehatan.

c. Hubungan Antarprofesi

Setiap organisasi dalam memberikan layanan yang bermutu memerlukan kerjasama antarprofesi. Diperlukannya ke-efektifan komunikasi antarprofesi tersebut yang menjadi bagian integral dari jaminan mutu layanan kesehatan.

d. Masalah Moral

Kewajiban moral harus dimiliki oleh setiap orang yang bekerja di lingkungan layanan kesehatan, yang berguna pada penerimaan tanggung jawab dalam menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu kepada pasien. Keyakinan moral ini akan berdampak pada jenis pelayanan yang akan diberikan oleh petugas. Debat terbuka mengenai sifat dan luasnya layanan kesehatan yang diberikan dapat didorong dalam kegiatan jaminan mutu pelayanan kesehatan yang menyebabkan pertimbangan moral dilakukan setelah dilakukannya pengkajian pada pilihan yang ada secara cermat.

2. Faktor Ekonomi

a. Perubahan Demografi

Diterapkannya pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan salah satunya juga karena perubahan demografi. Pertambahan penduduk menyebabkan semakin banyak yang harus dijaga kesehatannya. Layanan kesehatan di Indonesia berasal dari pemerintah, sedangkan sumber daya kesehatan yang ada masih terbatas. Masyarakat masih harus mengupayakan pembiayaan kesehatan sendiri dikarenakan masih belum berkembangnya asuransi kesehatan secara efektif yang mengakibatkan banyak masyarakat yang tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan.

b. Distribusi Sumber Daya

Salah satu symbol kewenangan daerah yaitu alokasi sumber daya kesehatan. Suatu kenyataan yang objektif terhadap pertanggunggugatan pemerintah (*public accountability*) kepada masyarakat akan diberikan oleh jaminan mutu layanan kesehatan. Layanan kesehatan akan dikatakan layak dan memenuhi kebutuhan konsumen serta dapat terjangkau ditentukan dari jaminan mutu layanan kesehatan dan juga memberikan dasar kepada pasien dalam pemilihan berbagai penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang ada.

3. Faktor Sosial atau Politik

a. Kesadaran Masyarakat

Pembuatan layanan kesehatan yang efisien salah satunya dikarenakan oleh desakan masyarakat. masyarakat akan mengeluh serta melaporkan ke surat kabar apabila mereka merasakan layanan kesehatan yang diberikan tidak sesuai dengan standard. Pendapat pasien akan dipertimbangkan serta setiap tindakan yang dilaksanakan harus dikonsultasikan terlebih dahulu kepada pasien oleh jaminan mutu layanan kesehatan. Hal yang demikian merupakan bagian dari hak moral seorang pasien.

b. Harapan Masyarakat

Hak individu atau kelompok akan diinformasikan oleh sejumlah lembaga konsumen. Penyusunan standard layanan kesehatan akan digunakan ketika pemberian layanan kepada pasien. persoalan tersebut sering dibicarakan di media massa dan dikampanyekan peningkatan mutu layanan kesehatan tersebut.

c. Peraturan Undang-Undang

UU No 23 Tahun 1992 merupakan Undang-Undang Kesehatan mengenai standard layanan kesehatan. Standard layanan kesehatan minimal telah banyak diterapkan dan menjadi bagian dari jaminan mutu layanan kesehatan.

d. Akreditasi

Rumah Sakit Umum telah dilakukan akreditasi, sedangkan Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Khusus, dan institusi layanan kesehatan belum terlaksana, padahal dengan melakukannya akreditasi maka mendorong pelaksanaan jaminan mutu layanan kesehatan.

e. Tekanan Internasional Tekanan internasional

Forum politik internasional mempengaruhi layanan kesehatan. Indonesia sebagai salah satu anggota WHO, telah memiliki tekad dalam melaksanakan jaminan mutu layanan kesehatan.

BAB 7. BIAYA MUTU

Salah satu faktor penting pada lingkungan organisasi pelayanan kesehatan adalah biaya, yang mana sering dinyatakan dalam bentuk moneter yaitu jumlah, harga dan ongkos. Sedangkan biaya yang dinyatakan dalam bentuk nonmoneter yaitu keluhan, penderitaan, pengorbanan, kesusahan, kekhawatiran, rasa sakit, dan lainnya. Biaya moneter dapat digolongkan sebagai biaya yang ditanggung oleh konsumen.

Terdapat dua macam biaya dalam lingkungan industri, antara lain :

1. Biaya barang/jasa dengan mutu yang rendah

Layanan kesehatan yang mutunya rendah yaitu layanan dengan biaya kesehatan yang mahal sehingga tidak efisien, yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor berikut :

a. Biaya Kegagalan

Biaya yang timbul akibat tidak terlaksananya tindakan, waktu serta tempat merupakan biaya kegagalan yang berhubungan dengan :

- 1) Kesepakatan Standard pelayanan kesehatan
- 2) Kebutuhan pasien tidak terpenuhi sesuai standard yang ada
- 3) Ketidaksihinggaan layanan dengan profesi layanan kesehatan meskipun telah ditetapkan standard layanan kesehatan.
- 4) Pasien harus mampu mendeteksi dini tingkat perkembangan penyakit, seperti pada waktu biaya pengobatan murah.
- 5) Menggunakan obat, bahan, ketidaktepatan penggunaan barang yang mengakibatkan waktu perawatan menjadi lama.
- 6) Mis komunikasi yang terjadi antara anggota tim layanan dapat mengakibatkan penambahan biaya perawatan pasien.
- 7) Layanan kesehatan yang tidak tepat atau bisa disebut sebagai layanan yang tidak berkompeten maka akan menambah biaya yang timbul.

b. Biaya Penggunaan/Pemanfaatan

Penggunaan sumber daya yang kurang efisien dan efektif akan berdampak pada penggunaan biaya pemanfaatan. Penyebab penggunaan sumber daya yang tidak efektif dan efisien, dikarenakan :

- 1) Tidak tepatnya penggunaan keterampilan, yakni dalam pemberian tugas taat-asas tidak sesuai dengan kemampuan, pelatihan atau pengalaman personel.
- 2) Tingkat mutu layanan tidak tercapai dikarenakan kurang efektif dalam penggunaan personel dan juga peralatan.
- 3) Menggunakan obat/bahan secara berlebihan mengakibatkan peningkatan biaya kesehatan.
- 4) Menggunakan secara berlebihan personel (konsultasi, pemeriksaan, pengobatan) yang tidak perlu berdampak pada biaya yang tak terduga serta waktu tunggu menjadi lama.
- 5) Menggunakan peralatan secara berlebihan sehingga terjadinya penghambatan kalibrasi peralatan dan peningkatan biaya layanan kesehatan.

2. Biaya pemantauan

Biaya pemantauan merupakan biaya produksi atau biaya yang dapat menghasilkan barang/jasa yang bermutu. Penambahan biaya dari hasil jaminan mutu layanan kesehatan, yaitu:

a. Biaya Pengukuran Mutu

Biaya ini dapat terjadi diakibatkan oleh pengadaan sistem pemantauan mutu yang berguna dalam mengukur layanan kesehatan.

b. Biaya Pencegahan

Biaya pencegahan merupakan upaya mencegah kegagalan atau biaya kegagalan dan mengukur mutu menjadi seminimal mungkin. Kegiatan dalam pencegahan tersebut yaitu sistem mutu, menyusun standard layanan kesehatan, pelatihan mutu, jaminan mutu serta diadakan pelatihan personel secara berkesinambungan. Biaya yang timbul akibat penerapan jaminan mutu layanan kesehatan akan mengalami pengurangan secara teoritis, sebagai akibat dari peningkatan efisiensi, efektivitas, serta kepuasan konsumen maupun pemberi jasa layanan kesehatan.

7.1 Pengukuran Mutu

Langkah awal dalam melakukan pengukuran mutu yaitu dengan membentuk kelompok jaminan mutu layanan kesehatan yang bertugas dalam menyusun standard layanan kesehatan. Selanjutnya melakukan pemilihan teknik untuk mengukur mutu yang sesuai untuk pelaksanaan evaluasi serta yang terakhir membandingkan fakta yang terjadi dengan standard yang berlaku.

Melakukan penyusunan standard layanan kesehatan dan mengukur hasil sebuah pencapaian merupakan suatu hal yang menarik dan bermanfaat jika ditindaklanjuti. Kegiatan peningkatan mutu layanan kesehatan merupakan penggunaan informasi mengenai kesenjangan antara standard layanan kesehatan dengan fakta yang terjadi dan ditindaklanjuti. Langkah dalam mengukur mutu tersebut, antara lain :

1. Kelompok Jaminan Mutu Layanan Kesehatan

Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan merupakan sekelompok yang melakukan rapat secara berkala dan membahas sebuah kegiatan jaminan mutu yang mendapatkan keuntungan yaitu dapat menyatukan perbedaan pendapat, sedangkan kerugiannya yaitu kesulitan dalam melakukan kerja sama yang efektif. Hal-hal yang diperhatikan dalam pembentukan kelompok, yakni :

a. Besar Kelompok

Besarnya suatu masalah yang bakal diatasi akan mempengaruhi besarnya kelompok. Apabila permasalahan yang ada tersebut terdiri dari suatu satuan kerja, maka akan dilakukannya pembentukan kelompok dalam skala jumlah yang besar dan akan dipecah menjadi beberapa kelompok kecil untuk menyelesaikan permasalahan yang lebih spesifik. Apabila permasalahan tidak terlalu kompleks seperti permasalahan pada layanan ambulance, maka akan dibentuk kelompok yang terdiri dari tiga orang.

b. Anggota Kelompok

Cara penyusunan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan sama dengan menyusun kelompok kerja lain dengan kriteria, yaitu memiliki informasi tentang permasalahan, dapat bekerja sama dalam tim, memiliki sebuah pengetahuan dan keterampilan yang akan menjadi sebuah pertimbangan dalam pemilihan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan tersebut.

c. Kelompok yang Efektif

Tidak semua kelompok yang bekerja dalam lingkungan layanan kesehatan dan telah memiliki pengalaman akan berhasil. Ciri-ciri kelompok yang berhasil, yakni :

- 1) Melakukan pertemuan rutin.
- 2) Dilakukan pertemuan secara resmi atau tidak.
- 3) Pertemuan yang dilakukan tidak harus formal atau serius, bisa jadi pertemuan dengan berbagai lelucon dan lain sebagainya.
- 4) Sikap dan pandangan yang dimiliki harus sama.
- 5) Persetujuan atau satu tujuan kelompok.
- 6) Mengatur pembagian tugas pekerjaan dan juga peran secara implisit maupun eksplisit.
- 7) Memiliki sebuah keterampilan .
- 8) Adanya pemimpin diskusi.
- 9) Bekerja atas dasar sukarela.

d. Pertemuan atau rapat kelompok

Butir-butir yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan pertemuan atau rapat kelompok , yakni :

- 1) Sebaiknya setiap rapat atau pertemuan ≤ 90 menit
- 2) Mempersiapkan terlebih dahulu sebuah agenda rapat
- 3) Persetujuan lamanya waktu rapat
- 4) Wajib dilakukan pengundangan bagi semua anggota, menentukan waktu dan tempat pelaksanaan serta hal-hal penting lain yang dapat disampaikan
- 5) Agar dapat bebas dari berbagai gangguan, maka tempat dilaksanakannya rapat jangan dekat dengan kantor
- 6) Dilakukannya sistem pencatatan selama rapat berjalan dengan baik dengan lengkap

2. Penyusunan Standard Pelayanan Kesehatan

Ada berbagai macam cara untuk penyusunan standard layanan kesehatan. Penyusunan caranya sudah dijelaskan secara rinci pada Bab 4, antara lain :

- a. Penetapan fungsi/sistem/topik
- b. Menetapkan fungsi prioritas, tingginya volume yang menyebabkan permasalahan yang sering muncul

- c. Pemberian kriteria tambahan
- d. Pemilihan subfungsi/subsistem/subtopik
- e. Penyusunan standar layanan untuk subsistem/ sub-sub sistem
- f. Standar struktur
- g. Standar proses
- h. Standar keluatan

3. Teknik Pengukuran Mutu

Ketika selesai dalam menyusun standard layanan kesehatan dan kriterianya, maka langkah selanjutnya adalah proses pemantauan. Cara dalam mengukur mutu layanan ada 3, yaitu :

a. Pengukuran Prospektif Mutu

Sebuah pengukuran mutu yang dilaksanakan sebelum penyelenggaraan kesehatan tersebut dimulai yaitu pengukuran mutu prospektif, yang mana pengukuran tersebut terfokus pada masukan-masukan maupun struktur layanan kesehatan dengan asumsi bahwa sebuah layanan kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan yang bermutu kepada konsumen maka harus memiliki sumber daya tertentu, antara lain :

1) Pendidikan Profesi

Layanan kesehatan agar dapat menghasilkan sebuah layanan kesehatan yang bermutu maka profesi kesehatan harus yang berkualitas seperti memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sebuah perilaku yang dapat mendukung mutu layanan kesehatan tersebut.

2) Perizinan (*Licensure*)

Salah satu bentuk penjamin mutu layanan kesehatan adalah perizinan. Seseorang dokter dalam melakukan profesi dokter harus memiliki SID (Surat Izin Dokter) dan SIP (Surat Izin Praktik). Namun dalam menjamin dokter tersebut memiliki sebuah kompetensi dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan bukan hanya dari adanya mekanisme perizinan.

3) Standarisasi

Standarisasi diperlukan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang bermutu agar semua fasilitas layanan yang dimiliki memiliki standard layanan yang sama pula dengan tujuan untuk membangun klarifikasi layanan kesehatan.

4) Sertifikasi

Langkah selanjutnya setelah perizinan yaitu langkah sertifikasi. Sebagai contoh dari sertifikasi adalah pengakuan sebagai dokter spesialis. Sertifikasi ini di Indonesia dilakukan oleh pendidikan profesi seperti CHS, Depdiknas dan Organisasi profesi lainnya.

5) Akreditasi

Bentuk sebuah pengakuan apabila sebuah institusi pelayanan kesehatan telah memenuhi syarat atau standard layanan kesehatan tertentu merupakan sebuah akreditasi. Pengukuran mutu layanan yang prospektif bukan dinilai dari kinerja penyedia layanan kesehatan, akan tetapi dinilai dari sumber daya yang dimiliki.

b. Pengukuran Retrospektif Mutu

Sebuah pengukuran mutu yang dilakukan setelah selesai penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan disebut dengan pengukuran mutu retrospektif. Kegiatan dari pengukuran mutu retrospektif, yaitu :

1) Menilai Rekam Medis/ Audit

Audit merupakan sebuah kegiatan penilaian/pemeriksaan catatan rekam medis. Tujuan dari pemeriksaan tersebut sangat penting dalam langkah awal dalam sebuah kegiatan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan. Dengan adanya pemeriksaan/penilaian dari rekam medis tersebut maka akan memberikan dampak yang positif yaitu semua informasi yang diinginkan dapat tersedia sehingga kelompok jaminan mutu bisa dengan mudah melakukan pemeriksaan dan penilaian.

2) Wawancara

Wawancara biasanya dapat dilakukan dengan pasien/keluarga/teman maupun petugas kesehatan sesuai dengan kriteria yang akan dinilai dan sesuai kebutuhan informasi yang diperlukan. Wawancara dapat dibagi ke dalam wawancara struktur dan tidak terstruktur. Keuntungan dari wawancara antara lain :

- a. Jawaban akan jelas karena pertanyaan yang dilemparkan juga lebih jelas dan dapat dimengerti.
- b. Pasien akan memberikan informasi yang pasti.
- c. Pasien juga ikut dalam keterlibatan penyelenggaraan layanan kesehatan.
- d. Adanya kesempatan bagi pasien untuk menanyakan persoalan yang terlupakan

e. Tidak dapat melakukan penelitian secara mendalam apabila wawancara dilakukan secara tidak terstruktur. Penelitian yang mendalam dapat dilakukan pada aspek sikap dan persepsi pasien yang dapat ditanggapi secara tersirat.

3) Pembuatan Kuesioner

Kuesioner dapat terstruktur dan tidak terstruktur. Jenis pertanyaan pada kuesioner bisa bersifat terbuka dan tertutup. Salah satu teknik yang digunakan dalam jaminan mutu layanan kesehatan yaitu kuesioner. Namun, kelemahan dari kuesioner ini tidak akan selalu sesuai dengan keadaan pasien serta terdapat bias pada beberapa pertanyaan. Untuk mengatasi hal tersebut maka harus dilakukan terlebih dahulu uji validitas kuesioner secara luas. Manfaat kuesioner, antara lain :

- a. Kemudahan dalam penyebarluasan pada kelompok sasaran yang berjauhan
- b. Efektif waktu dan efisiensi biaya
- c. Semua sasaran akan mendapatkan pertanyaan yang sama
- d. Bias dapat dikurangi pada wawancara
- e. Responden akan dapat lebih jujur dalam mengisi kuesioner karena bersifat anonym (tanpa nama).

4). Penyelenggaraan Pertemuan

Pasien dan petugas kesehatan akan diadakan sebuah pertemuan. Sedangkan pertemuan antarprofesi tidak diikutsertakan si pasien/keluarga karena dapat menghasilkan informasi terhadap pencapaian kriteria. Ada perbedaan antara pertemuan yang membahas mutu layanan dengan pembahasan kasus/konferensi kasus. Keuntungan konferensi, yaitu :

- a. Semua orang yang terlibat akan relevan
- b. Setiap aspek harus diperiksa kriterianya secara luwes, yang berbeda dengan pertanyaan terstruktur serta wawancara.

c. Pengukuran Mutu yang Konkuren

Pengukuran mutu yang dilakukan selama layanan kesehatan dilaksanakan disebut dengan pengukuran mutu yang konkuren, yang mana pengukuran dapat dilakukan secara langsung maupun harus dilengkapi melalui pemeriksaan rekam medis, wawancara dengan pasien/keluarga/petugas serta diadakannya sebuah pertemuan.

4. Mengukur Mutu Layanan Kesehatan dengan Perbandingan Standard

Salah satu untuk memudahkan kegiatan pengukuran mutu layanan kesehatan ialah dengan menggunakan teknik pengukuran mutu yang telah terbukti keberhasilannya. Seiring berkembangnya jaminan mutu layanan kesehatan, telah banyak diciptakan teknik pengukuran mutu layanan kesehatan. contoh teknik pengukuran mutu, antara lain :

a. Sistem pemantauan

Sistem pemantauan banyak digunakan dalam layanan keperawatan, seperti *Rush-Medicus System*. Pemantauan ini terkait dengan kriteria proses sehingga terfokus terutama pada tahap proses keperawatan. Dalam bidang layanan keperawatan masih banyak teknik pengukuran lain seperti, *Wandelt and Ager QUALPAC 1974* dan *Daugerty dan Mason EXELCARE (Price Waterhouse 1987)*.

b. *Problem oriented medical record*

Berkembangnya jaminan mutu layanan kesehatan, *problem oriented medical record (POMR)* semakin banyak digunakan agar dapat memantau standar layanan kesehatan dalam semua bidang intervensi klinik. Di Amerika dan Australia telah digunakan suatu sistem pencatatan yang mirip POMR untuk tujuan akreditasi.

c. Perbandingan kenyataan dengan standar layanan kesehatan

Mutu dapat diukur dengan cara melihat perbandingan antara fakta yang terjadi dilapangan dengan standard yang berlaku. langkah-langkah pengukuran itu terdiri dari kegiatan berikut :

- 1) Menentukan waktu pengukuran
- 2) Menentukan siapa melakukan pengukuran
- 3) Membandingkan hasil pengamatan dengan standar layanan kesehatan.

d. Waktu pengukuran

Penilaian standar layanan kesehatan secara cermat membutuhkan banyak waktu. Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan harus dapat menentukan waktu pengukuran dan penilaian setiap standar layanan kesehatan dan aspek apa yang akan dinilai sewaktu penilaian dilakukan. Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan menetapkan :

- 1) Subfungsi/subsistem/subtopik
- 2) Kelompok pasien
- 3) Indikator atau kriteria (indikator struktur, indikator proses dan indikator keluaran)

- 4) Tanggal pelaksanaan pengukuran. Penentuan tanggal pengukuran dapat didasarkan pada suatu rencana yang telah dibuat atau karena timbul suatu masalah dan/atau dilakukan secara acak.

Pengukuran indikator struktur dan indikator proses hanya dilakukan apabila terjadi keluaran yang tidak memenuhi standar layanan kesehatan. Cara ini menghemat waktu, tetapi menyebabkan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan menjadi salah arah atau kehilangan jejak apabila mutu layanan kesehatan hanya mungkin ditingkatkan melalui penilaian atau pengukuran terhadap kriteria struktur dan proses.

e. Penetapan pelaku pengukuran

Penyusunan standard layanan kesehatan yang telah disusun oleh kelompok jaminan mutu juga akan menilai dan mengukur terhadap standard layanan kesehatan tersebut. Penilaian itu dapat dilakuakn oleh :

- 1) Penulis standar

Keuntungannya penulis mengerti standar layanan kesehatan yang disusunnya. Sedangkan kekurangannya terjadi bias karena penulis merasa terlalu dekat dengan standar layanan kesehatan.

- 2) Manajemen layanan kesehatan

Keuntungannya perspektif penilaian akan menjadi luas. Kerugiannya dapat terjadi bias karena mutu layanan kesehatan akhirnya menjadi tanggung jawabnya. Kemudian mungkin kurang dapat diterima oleh profesi layanan kesehatan.

- 3) Kelompok sejawat (*peer group*)

Keuntungannya kelompok ini bekerja dalam bidang layanan kesehatan yang sama dengan layanan kesehatan yang sedang dikaji. Mempunyai kualifikasi profesional dan pengalaman sehingga mengerti nuansa layanan kesehatan. tidak mempunyai kepentingan vested interest, karena tidak bekerja pada tempat layanan kesehatan yang sedang dinilai. Hasilnya pasti akan dapat diterima oleh petugas kesehatan. kerugiannya mungkin terjadi bias, karena demi sejawat dan hubungan akrab antar sejawat.

- 4) Konsultan jaminan mutu layanan kesehatan

Keuntungannya konsultan dapat diterima oleh petugas kesehatan dan pasien, bergantung kepakarannya, bias institusi tidak akan terjadi. Kerugiannya jika mungkin pengalamannya kurang pemahamannya terhadap seluk beluk layanan kesehatan yang sedang dikaji juga kurang memadai. Biaya menyewa konsultan mungkin lebih mahal dibanding dengan petugas kesehatan sendiri.

5) Panitia/komite audit

Keuntungannya mungkin anggota komite audit akan terdiri dari para wakil dari kelompok yang telah disebutkan diatas. Barangkali terdapat wakil dari kelompok yang berpengaruh dalam masyarakat. Mungkin terdapat wakil pasien atau keluarganya. Kerugiannya kemampuan komite audit diragukan oleh profesi layanan kesehatan.

f. Membandingkan Hasil Pengamatan dengan Standard

Perbandingan dengan SPO layanan kesehatan yang telah ditetapkan akan dilakukan jika informasi telah terkumpul dan telah memilih teknik pengukuran yang tepat. Cara membandingkannya dengan penyusunan informasi kedalam suatu format yang telah ditentukan yang dapat dibandingkan dengan mencatat informasi pada format terstruktur. Langkah-langkah perlu dilakukan untuk membandingkan hasil pengamatan dengan standar layanan kesehatan untuk menentukan/mengetahui hal-hal berikut :

- 1) Ketentuan standard yang diukur
- 2) Keterlibatan kelompok pasien
- 3) Sampel yang digunakan
- 4) Waktu penilaian dilaksanakan
- 5) Penilaian akan dilakukan oleh siapa
- 6) Penilaian yang bagaiman yang akan dilakukan (konkuren/retrospektif)
- 7) Pengukuran kriteria yang bagaimana
- 8) Cara pengukuran indicator/kriteria (siapa dan apa yang akan dipantau, siapa yang akan diwawancarai, teknik pengukuran apa yang akan digunakan, dan pencatatan apa yang akan diamati atau diperiksa)

7.2 Perbaikan Mutu

Tujuan melakukan pemantauan adalah untuk mengukur penyimpangan dari suatu ketentuan atau ambang batas agar organisasi dapat mempeajari penyebab terjadinya simpangan tersebut dan menerapkan satu atau beberapa proses kegiatan untuk mengurangi penyimpangan tersebut. Perbaikan mutu merupakan suatu proses atau sekumpulan proses

yang dapat mengurangi penyimpangan. Menurut siklus mutu (*Quality Cycle*), langkah-langkah yang harus sudah dilakukan sebelum proses perbaikan mutu, yaitu :

1. Merencanakan mutu
2. Menyusun standar dan indikator
3. Mengomunikasikan standar
4. Melakukan pemantauan
5. Mengidentifikasi dan menentukan prioritas berbagai peluang untuk melakukan perbaikan
6. Mendefinisikan kunci-kunci untuk peluang perbaikan
7. Membentuk sebuah tim
8. Menganalisis dan mempelajari berbagai peluang perbaikan bagi akar penyebab masalah
9. Menyusun solusi dan tindakan untuk melakukan perbaikan
10. Menerapkan dan mengevaluasi upaya-upaya perbaikan, kemudian memulai siklusnya dari awal lagi

Ada dua pendekatan yang dapat digunakan untuk mengevaluasi layanan yang diberikan oleh suatu organisasi kepada para pelanggannya, yaitu pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kualitatif digunakan untuk memenuhi proses evaluasi internal yang berfokus pada proses “kerjakan dengan benar pada kali pertama”. Sedangkan pendekatan kuantitatif untuk proses evaluasi eksternal yang dapat menentukan seberapa besar kepuasan pasien. Pendekatan ini meliputi pengumpulan dan analisis data mengenai sifat dasar dan ruang lingkup masalah potensial yang dihadapi konsumen. Data harus dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan dan keinginan, serta menurut kecenderungan kejadian, dan tingkat pengukuran ketidakpuasan pelanggan yang dikelompokkan menurut kategori dan pengalaman tertentu.

Begitu data sudah dikumpulkan dan peralatan lain untuk menyajikan data sudah dibuat, analisis data dapat dimulai dan beberapa alat dapat digunakan untuk membantu proses ini. Alat perbaikan mutu diperlukan untuk mengambil keputusan serta mengevaluasi kemajuan dan keberhasilan atau kegagalan keputusan yang telah diambil untuk memperbaiki proses. Alat untuk proses perbaikan, yaitu :

1. Teknik kelompok nominal

Teknik ini merupakan kelanjutan brainstorming dan brain-writing yang bertujuan membuat urutan (ranking) atau prioritas. Ketika sejumlah ide telah dihasilkan, seluruh anggota kelompok memulai suatu proses membuat prioritas dan mengurutkan ide tersebut. Pemberian urutan dilakukan dengan cara menggunakan satu dari tiga metode yang umum digunakan. Setelah semua ide tersebut diurutkan, ide tersebut kemudian diajukan untuk diterapkan pada pelaksanaan perbaikan dan prosesnya sesuai tujuan

penggunaanya. Teknik ini berguna untuk mengurangi jumlah ide dengan memilih beberapa ide terbaik yang dapat diwujudkan.

2. Teknik pemungutan suara multipel

Pemungutan suara multiple adalah teknik lain untuk melengkapi brainstorming dan brain-writing dan ditujukan untuk memperpendek, mengevaluasi, mengkritik, dan mengurutkan suatu daftar ide yang panjang. Pemungutan suara multiple dilakukan oleh anggota kelompok yang membuat daftar ide tersebut. Para anggota dapat memberikan suara mereka kepada masing-masing ide tersebut dengan berbagai cara yang mereka inginkan. Semua ide yang dipilih oleh anggota kelompok ditempelkan pada *flip chart* agar mudah dilihat oleh semua anggota. Kemudian melakukan diskusi untuk menentukan ide mana yang mendapatkan jumlah suara paling banyak dan apakah id itu sudah cukup untuk menggambarkan pilihan kelompok mereka. Daftar ide akhir dan terbaru itu kemudian diajukan untuk diterapkan pada proses-proses yang dilaksanakan.

3. Teknik pembobotan suara

Teknik ini bertujuan untuk memnentukan daftar ide akhir dan yang terbaik untuk diterapkan oleh suatu kelompok atau individu. Pada teknik pembobotan suara, anggota kelompok diminta untuk memberikan pengurutan menurut mereka sendiri kepada tiap-tiap ide berdasarkan sejumlah criteria, misalnya kemudahan untuk dilaksanakan, biaya, dampak, politik, dan lain-lain. Jika ide tersebit paling mungkin utk dilaksanakan, ide itu dapat memperoleh maksimum 5 poin dan seperti itu selanjutnya untuk biaya, dampak dan politik atau kriteria lain yang ada. Tiap ide dievaluasi oleh masing-masing individu menggunakan kriteria tersebut. Nilai total yang diterima masing-masing ide dijumlahkan dari semua anggota kelompok. Ide kemudian diurutkan menurut jumlah nilai yang diterima masing-masing ide.

4. Teknik pengurutan tingkatan (rangking)

Teknik ini merupakan kelanjutan brainstorming dan brand-writing dan digunakan untuk mengurutkan ide untuk pertimbangan lebih lanjut dan/atau penerapan. Dalam teknik pengurutan tingkatan, kita harus mengerjakan ide dengan jumlah yang tidak banyak (<10 ide) yang dibuat oleh kelompok. Begitu jumlah ide disetujui oleh kelompok, masing-masing anggota kelompok diminta untuk mengurutkan ide ini dimulai dengan satu ide yang paling kurang penting. Setelah menulis semua urutan untuk setiap ide, semua nilai

urutan kemudian dijumlahkan untuk mendapatkan nilai total masing-masing ide. Karena nilai satu diberikan pada ide yang paling penting, ide yang mendapat nilai terendah adalah ide yang paling penting dan begitu seterusnya untuk ide yang berikutnya.

5. Diagram Neraca (*Balance Sheet*) atau *Force-Field*

Teknik ini digunakan untuk membantu suatu kelompok individu dalam memperpendek sebuah daftar ide, pilihan, keputusan, dan daftar lainnya. Semua ide yang dipertimbangkan dicantumkan pada tabel dua kolom. Satu kolom diberi judul sebagai kolom positif/keuntungan/kekuatan/kekuatan penggerak. Para anggota kelompok kemudian mendiskusikan setiap ide dan menguraikan ide tersebut menurut segi positif dan negatifnya. Teknik ini sangat berguna dalam menentukan ide terbaik untuk dipertimbangkan dan diterapkan lebih lanjut. Teknik ini merupakan salah satu teknik penting lainnya dalam proses perbaikan mutu.

6. Diagram tren

Diagram tren merupakan sebuah grafik garis yang menggambarkan sebuah pola perubahan pada data tertentu disepanjang waktu. Diagram ini adalah gambaran indikator mengenai suatu besaran fluktuasi pada nilai unsur-unsur data selama suatu periode waktu. Diagram tren sangat berguna dalam menampilkan dan memantau perubahan data serta sebagai alat untuk memprediksi besarnya nilai data yang dicapai di masa depan.

7. Diagram alur (*Flow Chart*)

Diagram alur adalah sebuah rangkaian langkah demi langkah proses dan subproses dalam bentuk gambar yang meliputi peristiwa, reaksi atau keputusan. Diagram alur menampilkan sebuah daftar yang detail dalam bentuk diagram rangkaian yang merangkum semua tindakan dan langkah yang harus dilakukan pada masing-masing dan setiap proses didalam sebuah organisasi. Diagram ini memberikan system komunikasi umum untuk digunakan oleh tim ketika mendiskusikan elemen-elemen yang berbeda pada suatu proses. Diagram alur merupakan alat penting untuk menampilkan suatu proses maupun untuk memahami langkah-langkah proses. diagram alur menunjang prinsip bahwa jika anda memahami proses anda dan cara kerjanya, anda akan dengan mudah mengidentifikasi kebutuhan proses dan hambatan pelaksanaannya.

8. Diagram pareto

Seorang ahli mutu yaitu J. Juran yang menerapkan mengelompokkan permasalahan mutu menjadi suatu yang sedikit tapi penting, sedangkan sebuah permasalahan yang banyak tetapi tidak menjadi penting. Arti dari penerapan J.Juran tersebut adalah permasalahan yang ada bisa disebabkan dari sedikit faktor penyebab. Analisis pareto adalah prosedur yang mengelompokkan masalah mutu dengan beberapa langkah dalam menyajikan data, yaitu :

- a. Mengidentifikasi suatu masalah mutu yang terjadi
- b. Tentukan dan laksanakan suatu metode pengumpulan data
- c. Kelompokkan keluhan pasien menurut jenisnya
- d. Hitunglah frekuensi keluhan pasien menurut jenisnya
- e. Setiap kategori keluhan letakan frekuesinya pada grafik kemudian disusun menjadi frekuesni yang terbanyak sampai yang sedikit dari kiri ke kanan secara horizontal.
- f. Menilai jumlah persebtase pada grafik dan menghitung total nilai komulatif pada setiap grafik batang. Kemudian letakan pada garafik yang sama jika sudah dijumlahkan, namun dalam bentuk grafik garis.

Kegunaan diagram pareto juga untuk menyediakan lat diagnostic serta pemantauan bagi tim mutu yang bisa bermanfaat dalam melakukan identifikasi serta memantau sebuah kemajuan langkah dalam perbaikan mutu, bukan hanya bermanfaat untuk mengetahui penyebab masalah mutu.

9. Diagram kendali

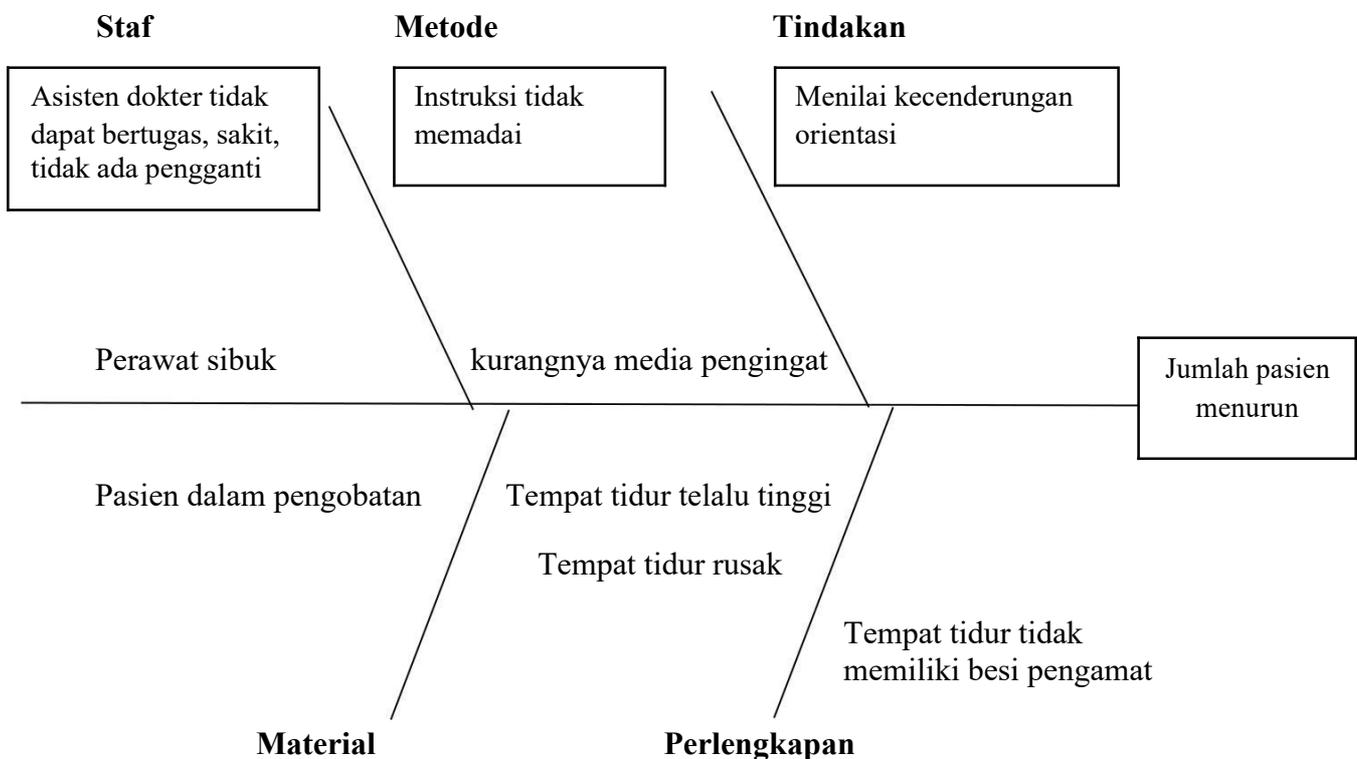
Diagram yang berguna dalam memantau suatu proses dalam suatu periode waktu dengan mempelajari kecenderungan dan variasinya adalah diagram kendali. Selain itu diagram ini dirancang untuk menampilkan kestabilan suatu proses pada sekitar kecenderungan yang sudah terjadi serta mengukur sebuah perubahan yang kecil dalam sebuah proses. Disini apabila kita menggunakan diagram kendali maka bisa dilakukan sebuah analisis dalam suatu perubahan dan mengetahui faktor yang mempengaruhi perubahan yang terjadi. Upaya perbaikan dalam melakukan identifikasi proses yangb berada diluar kendali/luar batasan, dapat menggunakan diagram kendali ini. Diagram kendali ini sangat bermanfaat untuk melakukan identifikasi peluang dalam memperbaiki suatu proses yang terjadi. Selain itu, dalam mengola data layanan kesehatan, diagram ini sangat berguna. masih

ada jenis diagram kendali lainnya yang jarang digunakan dan kegunaan serta pemilihannya bergantung pada jenis data yang di analisis.

10. Diagram Sebab-Akibat

Diagram sebab-akibat atau biasa dapat disebut sebagai diagram tulang ikan merupakan alat yang dapat mengidentifikasi penyebab dan “sub” penyebab masalah. Pada diagram ini menampilkan penyebab dari suatu masalah pada beberapa kategori penyebab yang terkait yang menampilkan subkategori yang dapat bercabang menjadi lebih banyak sub kategori dan menampilkan beberapa penyebab terjadinya masalah.

Langkah-langkah dalam pembuatan diagram sebab akibat ini yaitu, mencatat permasalahan kemudian diperbaiki guna mencerminkan penyebab yang realistis dan penyebab yang bisa ditelusuri lebih mendalam kemudian dikelompokkan kedalam beberapa kategori dan ditampilkan dalam sebuah diagram yang dilengkapi tanda panah ke arah masalah utama. Penyebab tersebut dibuat berdasarkan beberapa kategori, yaitu manusia, material, mesin, metode dan tindakan. Berikut gambar diagram sebab-akibat :



Gambar 7.1 Contoh diagram tulang ikan

11. Matriks pengambilan keputusan

Matriks pengambil keputusan sangat berguna dalam membuat keputusan yang rasional dan demokratis untuk menyelesaikan suatu masalah atau memperbaiki suatu proses. alternatif keputusan dituliskan dikolom sebelah kiri, sedangkan criteria pemilihan atau evaluasi seluruhnya dituliskan di baris tabel paling atas. Setiap kriteria selanjutnya harus diingat untuk diperhitungkan menurut kepentingan dan kemudahan pelaksanaannya. Sebuah matriks pengambilan keputusan dibuat dalam beberapa langkah oleh tim perbaikan mutu. Setelah mengidentifikasi dan menuliskan penyebab suatu masalah, tim kemudian memutuskan untuk mempelajari solusi yang paling efektif untuk menyelesaikan masalah tersebut. Matriks pengambilan keputusan berguna untuk memilih sebuah keputusan yang disepakati bersama. Matriks ini menjauhkan beban tanggung jawab pengambilan keputusan dari berbagai birokrasi dan memberikan tanggung jawab tersebut kepada sebuah kelompok yang berisi individu dari berbagai disiplin ilmu. Matriks ini menanamkan secara bertahap kepercayaan diri dan kebanggaan ke dalam diri anggota tim karena matriks ini memberikan sebuah rasa tanggung jawab dan kepastian peran kepada anggota tim di dalam proses pengambilan keputusan di suatu organisasi.

BAB 8. PENINGKATAN DALAM MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Setiap pelayanan kesehatan pasti memiliki standard layanan kesehatan yang telah disepakati yang berguna untuk mengukur mutu layanan kesehatan tersebut. Apabila hasil dari sebuah pengukuran terhadap mutu layanan tidak sesuai dengan standard yang ada maka akan dilakukan peningkatan mutu layanan kesehatan tersebut sesuai dengan standard yang telah disepakati. Adapun langkah-langkaah untuk meningkatkan mutu layanan, yaitu :

1. Menentukan Penyebab Terjadinya Kesenjangan

Bagian terpenting siklus pada jaminan mutu pelayanan kesehatan yaitu melaksanakan peningkatan pada suatu mutu pada layanan kesehatan dengan menggunakan semua informasi yg telah terkumpul. Menyusun standar layanan kesehatan sangat sulit, maka diperlukan semua hasil pengukuran mutu yang dipertimbangkan dengan hati-hati sebelum membuat suatu keputusan. Dalam melakukan pengukuran terhadap standard pelayanan kesehatan, kelompok jaminan mutu layanan kesehatan akan menghadapi dua kemungkinan, yaitu :

a. Hasil pengukuran memenuhi atau melebihi standar layanan kesehatan

Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan harus mempertimbangkan kembali situasi dan mengumpulkan informasi untuk mendukung proses peningkatan mutu yang berkesinambungan, antara lain :

- 1) Apakah standar layanan kesehatan yang memenuhi atau melebihi standar layanan kesehatan terjadi secara terus menerus, jika demikian, standar layanan kesehatan itu harus diubah
- 2) Apakah tingkat kepatuhan terhadap standar layanan kesehatan lebih tinggi dari pengukuran yang sebelumnya. Jika demikian, timbul pertanyaan apakah perubahan tersebut sebagai akibat dari perubahan prosedur atau sumber daya yang telah dijalankan. Mungkin hal tersebut mempunyai hubungan dengan aspek lain dari layanan kesehatan, dapat menimbulkan keuntungan atau kerugian.

b. Hasil pengukuran kurang atau tidak memenuhi standar layanan kesehatan

Hasil pengukuran yang kurang atau tidak memenuhi standar menunjukkan bahwa telah terjadi kesenjangan pada standard layanan kesehatan dengan fakta kegiatan yang terjadi pada pelayanan kesehatan yang ada. Kesenjangan yang terjadi harus dijadikan suatu dorongan untuk melaksanakan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Penyampaian hasil dari pengukurn mutu layanan kesehatan dilakukan sebagai berikut :

1) Penyampaian secara khusus

Kita harus membaca kembali standar layanan kesehatan dan menanyakan bagian yang membingungkan atau tidak dimengerti dari standar layanan kesehatan tersebut. Kemudian membuat kesepakatan sehingga mempunyai pengertian yang sama terhadap apa yang ditulis dalam standar layanan kesehatan

2) Penyampaian hal positif dahulu

Penyampaian hasil pengukuran mutu layanan kesehatan dimulai dengan mengemukakan butir-butir positif dan menggunakan ungkapan atau susunan kata-kata seperti penyampaian suatu informasi, bukan suatu kritik atau menyalahkan.

3) Penyampaian secara rahasia

Apabila dapat ditentukan perorangan atau kelompok yang memengaruhi tingkat kepatuhan terhadap standar layanan kesehatan yang rendah, informasi harus dibatasi kepada mereka yang terkait saja. Pada upaya peningkatan sebuah mutu pada layanan kesehatan maka semua anggota kelompok harus terlibat dan mereka harus menanggapi keadaan ini dengan sikap yang positif.

2. Penyusunan rencana kegiatan

Penyebab masalah terpilih menjadi tahap awal dari penyusunan rencana kegiatan untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan. Semua rencana kegiatan yang telah disusun akan dipilih salah satunya sebagai rencana kegiatan terpilih. Syarat-syarat rencana kegiatan terpilih adalah sebagai berikut :

a. Realistis

Rencana kegiatan terpilih harus mampu dilaksanakan dengan sumber daya yang ada dan dalam waktu yang layak.

b. Disetujui perorangan dan kelompok

Rencana kegiatan terpilih harus mendapat persetujuan dari setiap perorangan dan atau kelompok yang akan terpengaruh oleh perubahan yang telah disepakati.

c. Disetujui oleh manajemen

Rencana kegiatan terpilih harus mendapat persetujuan dari manajemen organisasi layanan kesehatan. Tujuan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan untuk menentukan rencana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk memecahkan penyebab masalah terpilih. Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan akan mempunyai daftar rencana kegiatan yang dianggap layak dan sesuai untuk dilaksanakan berdasarkan sumber daya yang tersedia.

3. Pemilihan rencana kegiatan

Pelaksanaan pemilihan rencana kegiatan tidak akan mengalami kesulitan apabila keanggotaan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan terdiri dari anggota yang cukup handal dan berpengalaman. Tersedianya sumber daya serta biaya yang dibutuhkan untuk melaksanakan rencana kegiatan terpilih harus dipertimbangkan dengan cermat dan seksama. Ada beberapa alasan mengapa rencana kurang realistis, yaitu :

a. Karyawan harus meninggalkan tempat kerja

Untuk mengikuti suatu pelatihan profesi layanan kesehatan, karyawan harus meninggalkan tempat kerja selama waktu tertentu. Kerugian tersebut dapat dalam bentuk uang untuk biaya pelatihan dan kerugian masyarakat karena selama waktu tersebut layanan kesehatan kepada masyarakat yang membutuhkan tidak mungkin tersedia.

b. Pelatih atau fasilitator tidak tersedia

Pelatih atau fasilitator untuk melakukan pelatihan yang dimaksud tidak cukup tersedia. Menurut Donabedian (1985) terdapat tiga butir yang harus menjadi bahan pertimbangan apabila akan membahas keterkaitan biaya dengan mutu layanan kesehatan, yaitu :

- 1) Mutu memang membutuhkan biaya
- 2) Uang tidak harus membeli mutu layanan kesehatan
- 3) Beberapa upaya peningkatan mutu layanan kesehatan memang tidak sepadan nilainya dengan tambahan biaya yang dikeluarkan

4. Pelaksanaan rencana kegiatan

Rencana kegiatan yang telah disusun dengan cermat, didalam pelaksanaan yang sebenarnya terkadang dapat muncul kebingungan dan ketegangan. Dalam suatu organisasi layanan kesehatan yang besar, perubahan kegiatan rutin setiap orang yang berada di berbagai tempat dapat menimbulkan berbagai pengaruh atau akibat. Setiap orang harus mau menerima perubahan apabila ingin meningkatkan mutu layanan kesehatan secara berkesinambungan. Pendekatan yang dimaksud dapat membantu kelompok jaminan mutu layanan kesehatan. Dengan menggunakan pendekatan dalam layanan kesehatan berarti pasien dan petugas kesehatan harus :

- a. Secara berkala diberi informasi terkini
- b. Diberi dorongan agar mau mengemukakan pandangan mereka
- c. Didengarkan pendapatnya
- d. Diberi kesempatan untuk beradu gagasan
- e. Sungguh-sungguh dilibatkan dalam proses perubahan

Komunikasi yang baik merupakan persyaratan perubahan. Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan harus bersedia mempertimbangkan kemungkinan rencana kegiatan yang lain. Berikut beberapa cara yang dapat dipertimbangkan :

- a. Mengupayakan pertemuan dengan profesi layanan kesehatan dan member mereka informasi tentang penyusunan dan pengukuran standar layanan kesehatan yang baru
- b. Menyebarluaskan kesepakatan rapat kepada semua orang yang terkait
- c. Melakukan hubungan pribadi dengan semua orang yang akan terpengaruhi oleh rencana kegiatan
- d. Menerbitkan buletin mutu dan mendistribusikannya secara luas agar informasi dapat tersebar luas ke lebih banyak orang
- e. Buat papan pengumuman tentang mutu di tempat-tempat yang penting
- f. Lakukan kompetisi mutu antarsatuan kerja dan umumkan hasilnya.

Koordinator kegiatan tersebut bias salah seorang yang sudah senior ataupun orang yang masih muda dalam organisasi, bergantung pada perubahan apa yang akan dilakukan. Dengan atau tanpa bantuan luar, tanggung jawab seorang koordinator kegiatan, antara lain:

- a. Menyusun suatu jadwal perubahan
- b. Memantau tenggat waktu, mengirimkan peringatan yang akan mendorong orang untuk bergerak dan membuat mereka selalu terlibat
- c. Melakukan umpan balik laporan kemajuan pelaksanaan, menentukan frekuensi laporan pelaksanaan dan mengirimkannya kepada mereka yang terkait dan anggota kelompok jaminan mutu layanan kesehatan, membuat jadwal kapan laporan umpan balik pelaksanaan harus selesai
- d. Membuat kesepakatan tentang kapan selesainya suatu kegiatan
- e. Menjaga agar komunikasi selalu terlaksana dengan fleksibel
- f. Mendamaikan suatu silang pendapat

5. Pengukuran ulang standar layanan kesehatan

Pengukuran ulang standar layanan kesehatan menggunakan kriteria dan teknik pengukuran yang sama dengan penilaian yang dilakukan sebelumnya. Pengukuran ulang ini untuk memastikan keuntungan atau kerugian yang diakibatkannya. Pengukuran ulang yang terlalu cepat setelah kegiatan selesai dapat mematahkan semangat profesi layanan kesehatan karena belum sempat mengkonsolidasikan kegiatan yang baru. Jika hasilnya tidak memenuhi standard pelayanan kesehatan, kelompok tersebut harus memulai rencana yang lain dan melakukan pengukuran ulang untuk mencari perubahan terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Pengukuran ulang adalah langkah terakhir dari lingkaran mutu.

BAB 9. KEPUASAN PELANGGAN

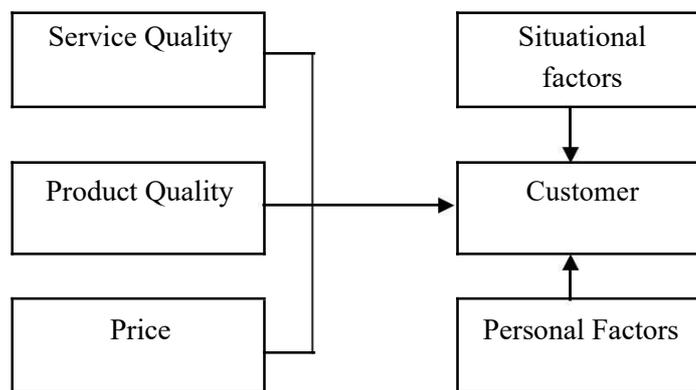
Kepuasan pelanggan merupakan bentuk dari persepsi dari perilaku konsumen dalam bentuk sebuah evaluasi perna beli terhadap sesuatu yang dirasakan yang dibandingkan dengan harapan baik itu dalam bentuk barang/jasa. Persepsi tersebut dapat dipengaruhi oleh kebutuhan/keinginan yang dirasakan ketika melakukan transaksi pembelian barang/jasa, sebuah pengalaman dimasa lampau, serta pengalaman orang terdekat konsumen ataupun dalam bentuk jenis iklan.

Menurut Kotler dalam Rangkuti (2002), mengatakan sebuah rasa senang maupun kecewa dari seseorang dengan perbandingan antara produk/jasa yang diterima dan diharapkan adalah pengertian mengenai kepuasan pelanggan. Kepuasan merupakan perasaan seseorang telah/belum memenuhi harapan yang diinginkan, jika sudah memenuhi/melebihi maka dapat dikatakan puas.

Kepuasan pelanggan sangat bergantung kepada sebuah persepsi dan ekspektasi dari pelanggan tersebut. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan ekspektasi tersebut antara lain (Zeithaml *et all*, 2003) :

1. Kepuasan dapat berpengaruh dari sebuah komunikasi, artinya dapat dipengaruhi dengan persepsi dan apa yang telah di dengar dari orang lain (word of mounth communication). Faktor ini merupakan faktor yang berpengaruh dan berpotential dalam menentukan ekspektasi pelanggan. Dimana hal ini merupakan faktor potensial yang menentukan ekspektasi pelanggan.
2. Kepuasan pelanggan berpengaruh dari kebutuhan pribadi individu (*personal needs*).
3. Kepuasan pelanggan juga berpengaruh dari sebuah pengalaman pada masa lampau.
4. Kepuasan pelanggan juga berpengaruh dari komunikasi antar pemberi layanan)pihak eksternal). Pemberi layanan dapat berperan penting dalam mempengaruhi ekspektasi dari seorang pelanggan, yang mana pemberi layanan dapat memberikan sebuah pesan kepada pelanggan baik secara langsung maupu tidak langsung. Sebagai contoh bentuk dari external communications yaitu harga pelayanan yang berpengaruh terhadap ekspekstasi pelanggan.

Menurut Zeithaml & Bitner (2003), yang dimaksud dengan kepuasan yaitu pengertian yang dapat lebih luas dari sebuah penilaian terhadap kualitas yang diberikan pemberi jasa layanan, akan tetapi dapat dipengaruhi faktor-faktor lain. Gambar berikut menjelaskan mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan, antara lain kualitas jasa, kualitas produk, harga, situasi dan faktor pribadi personal. Faktor kualitas jasa merupakan sebuah faktor yang dapat merefleksikan sebuah persepsi terhadap 5 faktor atau dimensi lain yang spesifik dari pelayanan. Kepuasan bersifat inklusif yang dapat ditentukan dengan kualitas jasa, kualitas produk, nilai/harga produk, faktor situasus dan faktor pribadi.



Gambar 9.1 Model Kepuasan Pelanggan

Pengukuran kepuasan bertujuan untuk mengetahui bagaimana proses bisnis berjalan dan cara kerjanya, mengetahui dimana akan melakukan sebuah perubahan untuk melakukan suatu perbaikan yang dapat memuaskan pelanggan, dan menentukan apakah sebuah perubahan tersebut telah mengarah ke tahap proses perbaikan (*improvement*) (Supranto, 2011).

Pengukuran kepuasan pasien dilakukan di rumah sakit atau puskesmas untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien sudah sejauh mana dan menghitung indeks dari kepuasan pelanggan (*Customer Satisfaction Index*). CSI yang dapat digunakan oleh pihak manajemen rumah sakit atau puskesmas (Muninjaya, 2005) yaitu:

1. Sebagai alat kebijakan dalam pengambilan suatu keputusan yang dapat meningkatkan kinerja dari rumah sakit atau puskesmas.
2. Sebagai alat dalam menyusun strategi pemasaran produk pelayanan.
3. Sebagai alat untuk mengendalikan serta memantau aktivitas petugas kesehatan dalam kegiatannya sehari-hari ketika memberikan pelayanan kepada pasien.

4. Sebagai alat untuk mencapai misi yang telah ditetapkan dengan memperoleh kepercayaan dari masyarakat melalui kepuasan pasien serta keluarganya.

9.1 Mengukur Kepuasan Pelanggan

Menurut Tjiptono (2004) menyatakan bahwa terdapat empat metode yang bisa digunakan untuk pengukuran kepuasan suatu pelayanan, yaitu :

1. Keluhan & Saran

Berorientasi pada pelanggan merupakan suatu hal yang penting dalam mencapai kepuasan pelanggan. Pelanggan harus diberikan kesempatan untuk berpendapat, menyampaikan sebuah saran, maupun keluhan yang mereka rasa mengenai pelayanan kesehatan. Kotak saran merupakan sebuah media dalam menyampaikan keluhan maupun saran dari konsumen. Kotak saran biasanya pada organisasi pelayanan kesehatan maupun organisasi lain diletakkan pada tempat yang strategis serta mudah untuk dijangkau dan terlihat oleh konsumen. Bukannya hanya kotak saran, tapi juga kartu komentar dan saluran telpon khusus.

2. Survei kepuasan pelanggan

Perusahaan akan mendapatkan *feedback* atau tanggapan dari pelanggan melalui survey serta akan berdampak positif, bahwa perusahaan mengutamakan perhatian terhadap pelanggan. Metode survey dalam mengukur kepuasan pelanggan dengan cara :

- a. *Directly reported satisfaction* yaitu dilakukn pengukuran langsung dengan pertanyaan dalam ungkapan seberapa puas/tingkat kepuasan terhadap sebuah pelayanan yang dirasakan.
- b. *Derived dissatisfaction* yaitu seberapa besar harapan dari pelanggan mengenai atribut tertentu serta kinerja petugas yang telah mereka rasakan melalui layanan yang diberikan.
- c. *Problem analysis* yaitu suatu proses ungkapan hal yang dirasakan responden yang terdiri dari permasalahan yang sedang dihadapi yang berhubungan dengan penawaran dari perusahaan serta sebuah saran dari pelanggan dalam hal perbaikan perusahaan.

- d. *Importance performance analysis* yaitu pelanggan diminta untuk mengurutkan dari beberapa elemen atau atribut penawaran berdasarkan tingkat kepentingan setiap elemen yang ada, serta mengurutkan kinerja perusahaan dalam masing-masing elemen.
3. **Pembelanjaan misterius**

Pada metode pembelian misterius (*ghost shopping*) terdapat sekelompok individu (*ghost shopper*) yang akan berperan atau bersikap sebagai pelanggan. Tugas dari sekelompok individu tersebut adalah mengamati atau menilai cara perusahaan dan pesaingnya dalam menangani setiap keluhan dari pelanggannya serta menyampaikan temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk dari perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk-produk perusahaan tersebut.
 4. *Last customer analysis*

Pada metode *last customer analysis* ini perusahaan akan menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih pemasok. Tujuan informasi tersebut untuk mengetahui penyebab dari terjadinya pemberhentian ataupun peralihan pemasok untuk mengambil sebuah kebijakan dalam rangka meningkatkan kepuasan serta loyalitas dari pelanggan.

9.2 Produk dan Kepuasan Pelanggan

Menurut pendapat J.M. Juran :

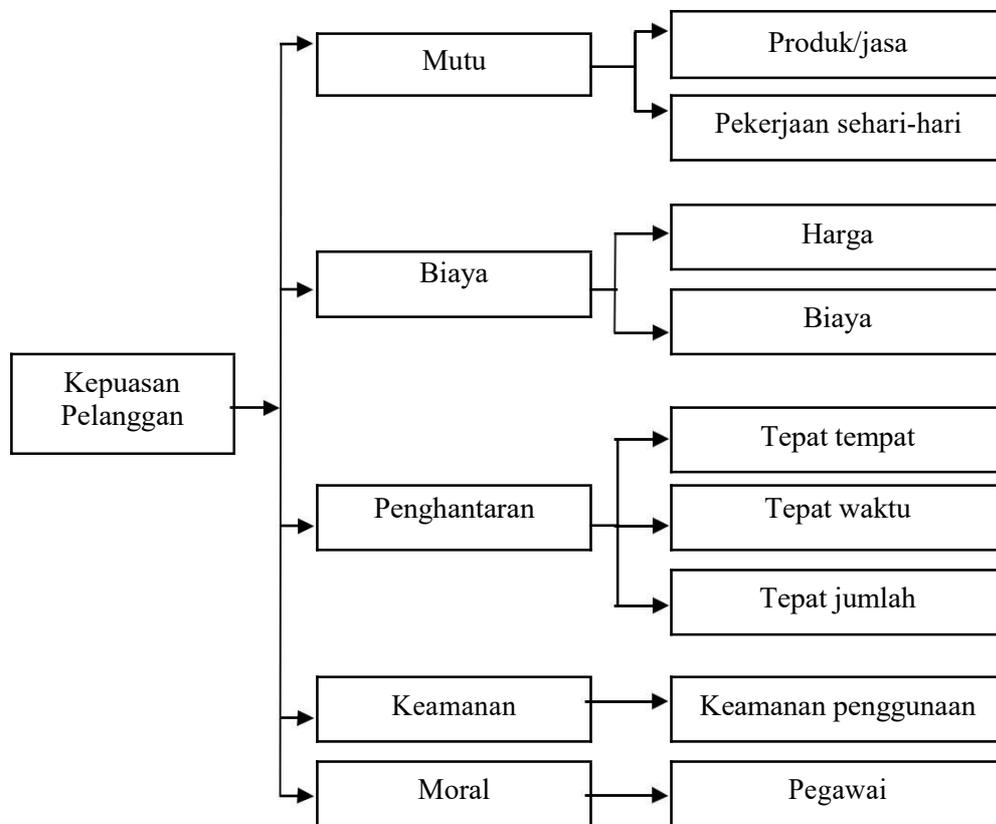
- a. Produk adalah keluaran (*output*) dari proses.
- b. Barang adalah benda-benda fisik, seperti mobil, televisi.
- c. Jasa merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh orang lain seperti transportasi, hotel, RS, telepon dan yang disebut jasa penunjang seperti pembayaran gaji, pemeliharaan gedung dan kepegawaian.
- d. Produk yang istimewa merupakan sifat dalam memenuhi kebutuhan konsumen, sehingga bisa memberikan kepuasan pada konsumen. keistimewaan produk adalah keistimewaan mutu.

- e. Kegagalan produk/barang dapat mengakibatkan pelanggan menjadi kecewa maupun menjadi tidak puas. Dampak utamanya adalah pada biaya yang harus dikeluarkan untuk pekerjaan ulang dalam melayani keluhan pelanggan dan lain-lain.

Kepuasan pelanggan adalah hasil akhir yang dirasakan oleh pelanggan yang memenuhi kebutuhan yang diinginkan. Kepuasan merupakan suatu ketertarikan atau daya tarik sebuah produk yang berdampak pada tingginya pangsa pasar dan dapat berpengaruh pada sebuah nilai pendapatan. Rasa tidak puas dari konsumen merupakan bentuk dari defisiensi yang dihasilkan sebuah produk yang mengakibatkan timbulnya keluhan dari pelanggan, tuntutan maupun meminta untuk pengembalian barang/klaim, dan lain sebagainya dari bentuk kekecewaan yang dirasakan. Kepuasan produk dan ketidakpuasan produk bukanlah suatu hal yang berlawanan. Kepuasan produk bersumber pada keistimewaan produk, sedangkan ketidakpuasan produk bersumber pada ketidaksesuaian dan alasan yang menimbulkan keluhan.

Dampak dari sebuah hasil akhir produk maupun proses adalah seorang pelanggan baik pelanggan internal atau pelanggan eksternal. Pelanggan internal adalah mereka yang terkena dampak produk dan anggota perusahaan yang disebut sebagai pelanggan juga, tetapi bukan pembeli. Sedangkan pelanggan eksternal adalah mereka yang terkena dampak produk, tetapi bukan anggota dari perusahaan yang menghasilkan produk tersebut. Pelanggan eksternal meliputi para pembeli dan yang berkepentingan lainnya, bisa perusahaan lain, instansi pemerintah, masyarakat dan lainnya.

Tingkat kelas (*grade*) adalah derajat kepuasan produk, yang disebut mutu desain (*quality of design*). Produk-produk yang keistimewaannya dirasakan memenuhi pelanggan dengan derajat yang bagus disebut produk “berkelas tinggi” dan sebaliknya. Kepuasan pelanggan atau kepuasan sepenuhnya menurut JUSE didefinisikan sebagai “mutu besar atau mutu luas (*Big Quality atau Broad Quality*)”.



Gambar 9.2 “Biq Quality”, Kepuasan Pelanggan, Mutu Menyeluruh

9.3 Mutu Berdasarkan Kepuasan Pelanggan

Kondisi yang paling penting bagi pelanggan adalah :

- a. Kenyataan penggunaan akhir
- b. Harga jual produk dan jasa pelayanan

Mutu berdasarkan kepuasan pelanggan dapat direfleksikan dalam sepuluh kondisi, yaitu :

- a. Spesifikasi dimensi dan karakter operasional (*The specification of dimentions and operating characteristics*)
- b. Sasaran daya tahan dan lamanya bertahan (*The live and reliability objective*)
- c. Persyaratan keamanan (*The safety requirements*)
- d. Standar yang relevan (*The relevant standars*)
- e. Biaya *engineering, manufacturing* dan biaya mutu
- f. Kondisi produksi di mana dibikin (*The productions conditions under which the article is manufactured*)

- g. Instalasi lapangan, pemeliharaan dan sasaran pelayanan
- h. Penggunaan energi dan faktor konservasi bahan material
- i. Pertimbangan lingkungan dan efek samping
- j. Biaya operasional pelanggan, penggunaan dan pelayanan produk

9.4 Hasil dan Manfaat Manajemen Mutu yang Berorientasi Kepuasan Pelanggan

Tujuan prinsip dari Total Quality Management adalah banyaknya perbaikan di segala tingkat kepuasan pelanggan dan pemeliharaannya. Keuntungan orientasi pada pelanggan dan kepuasannya yang dapat diharapkan adalah :

- a. Perbaikan mutu produk
- b. Perbaikan mutu desain
- c. Perbaikan aliran produk
- d. Perbaikan moral pekerja dan kesadaran mutu
- e. Perbaikan pelayanan product
- f. Perbaikan penerimaan pasar
- g. Perbaikan secara ekonomi, termasuk :
 - 1) Reduksi biaya operasional
 - 2) Reduksi biaya pelayanan di lapangan
 - 3) Reduksi adanya keluhan dan klaim
- h. Kembalinya investasi

Kembalinya modal merupakan satu indikator keberhasilan program penampilan ekonomi yang penting. Dengan adanya perbaikan mutu di segala bidang, tidak hanya bermanfaat bagi organisasi namun juga bagi masyarakat, yang dapat dilihat dari lingkungan, yang senantiasa harus memperhatikan keamanan lingkungan hidup.

9.5 Pendekatan Mutu Pelanggan Pelayanan Kesehatan

Mutu barang pada umumnya dapat diukur (*tangible*), akan tetapi mutu jasa pelayanan sulit untuk diukur (*intangibile*), karena mutu jasa pelayanan bersifat subyektif yang menyangkut kepuasan seseorang, bergantung pada persepsi, latar belakang, sosial ekonomi, norma, pendidikan, budaya bahkan kepribadian seseorang. Mutu pelayanan menurut pasien berkaitan dengan kepuasan. Pasien menganggap mutu pelayanan baik bila sembuh dari sakit atau berkurangnya sakit, kecepatan pelayanan, keramahan, dan tariff pelayanan yang murah. Bagi petugas kesehatan mutu yang bagus dari suatu organisasi pelayanan kesehatan adalah tersedianya sarana prasarana yang bagus, yaitu peralatan diagnostik, obat-obatan yang cukup, peralatan kedokteran yang canggih dan sebagainya.

Mutu pelayan yang baik bagi seorang manajer organisasi pelayanan kesehatan berkaitan dengan tersedianya sumber daya, tenaga pelayanan, anggaran yang memadai, biaya operasional yang cukup, dan investasi yang sepadan. Terdapat 2 pendekatan terhadap mutu pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Pendekatan kesehatan masyarakat

Pendekatan ini menyangkut seluruh system pelayanan kesehatan dari tingkat dasar (*grass root*) sampai yang tertinggi, dari polindes, puskesmas pembantu, puskesmas, rumah sakit rujukan kelas A,B, C dan sebagainya termasuk penunjangnya, seperti laboratorium kesehatan, instalasi farmasi dan sebagainya.

2. Pendekatan institusional atau individual

Pendekatan ini berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan terhadap perorangan oleh suatu institusi atau fasilitas kesehatan, seperti puskesmas, rumah sakit, dan sebagainya. Mutu adalah salah satu aspek atau produk dari sumber daya yang tersedia dan kegiatan fasilitas kesehatan tersebut.

BAB 10. MANAJEMEN MUTU PARIPURNA (TQM)

Menurut Djoko Wijono (2000), proses manajemen yang dilakukan dengan pendekatan perilaku atau budaya organisasi dan berorientasi pada peningkatan mutu secara terus-menerus serta berfokus pada kepuasan pelanggan disebut dengan TQM. Metode ilmiah dalam pemecahan masalah serta pengambilan keputusan, dukungan komitmen dari pimpinan, kebersamaan antar lintas fungsional yang terjadi pada karyawan, menyeluruh, serta terpadu dengan pendekatan sistem merupakan sebuah dasar dari manajemen mutu paripurna tersebut. Semua usaha preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif merupakan dari artian kata menyeluruh, sedangkan kegiatan unit yang tidak terpisahkan dari mulainya suatu perencanaan mutu (*quality planning*), pelaksanaan pekerjaan yang bermutu (jaga mutu) dan pengendalian mutu (*quality control*), serta hasil yang bermutu atau biasa disebut diperoleh kepuasan merupakan arti kata terpadu dari sebuah dasar kegiatan TQM. Untuk menghasilkan produk yang bermutu diperlukan modal yang besar dari pemilik dan dampak akibat pencemaran dan kerusakan lingkungan menjadikan hasil tersebut tidak bermutu.

TQM (*Total Quality Management*) memberikan dasar fundamental tentang motivasi pentingnya mutu untuk semua petugas dari manjer puncak samapai petugas pelayanan. Kekuatan TQM menjadi prinsip perusahaan untuk mencapai secara cepat meningkatkan produk total. Human relations yang efektif dalam TQM adalah landasan untuk meningkatkan mutu, karena adanya perhatian dan tanggung jawab semua orang dan memberikan kepuasan yang kegiatan sadar akan mutu dan akhirnya kegiatan menjaga dan meningkatkan mutu menjadi suatu budaya kerja di dalam organisasi. Metode teknologi diperlukan untuk menjadi dasar perbaikan mutu. Metode tersebut antara lain adalah Kendali Mutu (*Quality Control*).

TQC merupakan cara yang tepat dalam integrasi pembangunan mutu, pemeliharaan mutu, serta usaha-usaha perbaikan dari mutu pada sebuah organisasi, sehingga dapat menjadikan pelayanan yang terbaik dengan mengutamakan kepuasan pelanggan melalui sebuah pemansaran, rekayasa, produksi dan pelayanan melihat dari sisi tingkat ekonomi yang terbaik. Di Jepang terminologi ini disebut *Company Wide Quality Control* (CWQC) atau dalam arti khusus disebut “Kaizen” (peningkatan). Sedangkan di Indonesia disebut sebagai Manajemen Mutu Terpadu, Manajemen Mutu Berkesinambungan, Manajemen Mutu Total, dan Manajemen Mutu Paripurna. Pokok Pemikiran TQM, yaitu :

1. Mutu dan Kepuasan Pelanggan adalah bisnis utama

Kendali mutu dapat membantu perkembangan/pertumbuhan sebuah perusahaan yang berdampak positif, yang mengakibatkan prinsip dari orientasi mutu dikatakan sebagai strategi bisnis yang utama. Langkah-langkah yang diperlukan dalam sebuah manajemen pada sebuah organisasi, yaitu :

- a. Orientasi mutu yang secara total berkonsep terhadap kepuasan konsumen dan mempertimbangkan pembiayaan yang layak dari layanan yang diberikan, yang dapat disebut sebagai rencana bisnis primer, engineering, produksi, hubungan dan fungsi pelayanan dalam organisasi.
- b. Tujuan utama pada sebuah organisasi dan fungsi quality control harus memperhatikan pelayanan yang bermutu berorientasi pada kepuasan pelanggan dan pembiayaan dari pelayanan itu sendiri dan dapat menjadi sebuah orientasi dari mutu hasil produk.

Strategi yang mempengaruhi area ini, antara lain :

- 1) Strategi untuk memperoleh sebuah keuntungan (*profit strategy*)
- 2) Mempertimbangkan/mengurangi waktu edar (*reduced cycle time*)
- 3) Tanggapan pasar (*marketplace response*)
- 4) Penggunaan sumber daya (*resource utilization*)

2. Meningkatkan keuntungan dengan memperbaiki mutu

Karena sejak awal, input, proses, hasil sudah dibuat bermutu, berkurangnya pemborosan baik bahan, tenaga, waktu, pikiran, sehingga efisien dan efektif.

3. Benar sejak awal (*right first time*)

Perusahaan atau sebuah organisasi harus lebih memperhatikan pencegahan serta pengawasan yang baik sejak dini agar dapat terbebas dari produk yang cacat dan kekurangan (*zero defect*) yang dapat berdampak pada pemborosan.

4. Manajemen mutu adalah tentang pencegahan

Mencegah adanya hasil produksi yang tidak baik mutunya, lebih efektif dibandingkan dengan menghasilkan sebuah produk yang mutu rendah dan menyebabkan pembuangan produk.

5. Biaya Mutu

Biaya mutu (*cost of quality*) adalah biaya total untuk mendapatkan mutu, termasuk biaya pencegahan, penaksiran, kegagalan, di dalam atau di luar organisasi, melebihi persyaratan yang diminta pelanggan dan biaya peluang yang hilang.

6. Peningkatan mutu terus-menerus berdasarkan data dan fakta, bukan opini

TQM mengendalikan mutu berdasar fakta obyektif, data yang akurat dapat berdampak pada penarikan kesimpulan yang sama dengan fakta yang obyektif sehingga dapat mengetahui gambaran dari situasi/persoalan yang terjadi secara jelas. Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan dalam meningkatkan mutu terus-menerus, berdasar data dan fakta obyektif bukan opini atau pendapat pribadi maupun orang banyak.

7. Berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang didukung dengan pendidikan dan pelatihan

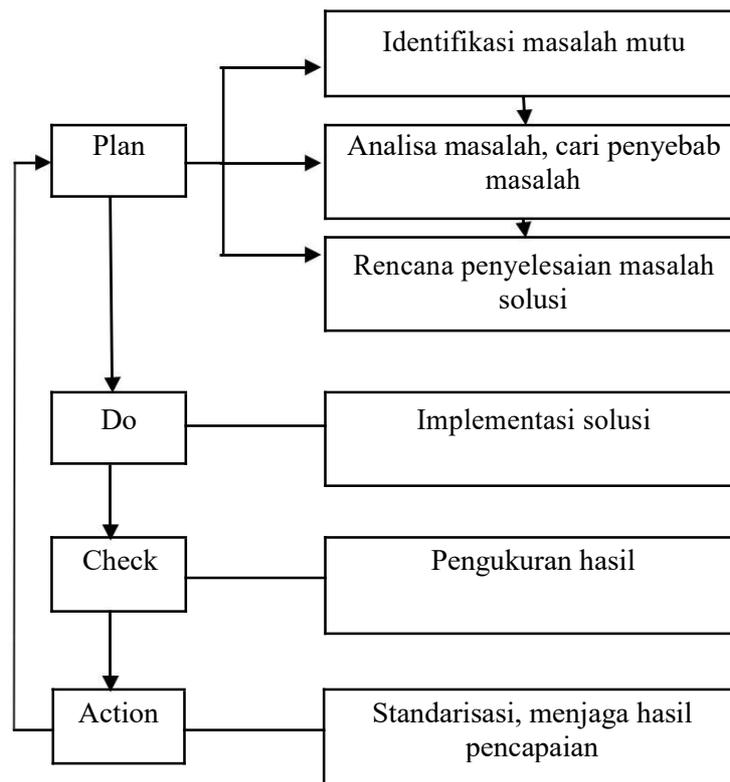
Menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi secara tepat dapat berdampak pada teknik profesi dan metode statistic dalam perbaikan mutu.

8. Komitmen pimpinan dalam peningkatan mutu

Pada bagian pelayanan, mutu diserahkan begitu saja pada pengawas. Sedangkan dalam meningkatkan mutu dapat terprogram dengan baik dari awal dan pada segala bagian yang terkait dalam TQM.

9. Melaksanakan proses P-D-C-A (*Plan-Do-Check-Action*)

Suatu proses dilakukan secara terus-menerus dalam meningkatkan kualitas maupun produktivitas yang baik merupakan dari sistem TQM/TQC. Proses pengendalian pada manajemen mutu paripurna (TQM) dilakukan dengan tahap yang berulang yang akan berdampak pada peningkatan kualitas ataupun kuantitas yakni merupakan suatu siklus PDCA.



Gambar 10.1 Model Siklus PDCA

10. *Benchmarking*

Benchmarking yang bersaing adalah proses manajemen berkelanjutan yang membantu perusahaan, RS dalam meningkatkan kompetensi dengan menggunakan sebuah pengetahuan ketika pembuatan rencana design yang efektif untuk dipasarkan. Targetnya adalah lebih daripada pesaing yang terbaik. Benchmarking yang kompetitif merupakan komponen penting dari program mutu secara menyeluruh. Ada lima penyebab untuk mengaktifkan teknik tersebut, yaitu :

- a. Menetapkan syarat atau permintaan pelanggan
- b. Memantapkan tujuan dan sasaran serta target
- c. Mengembangkan alat ukur waktu
- d. Menjadi lebih bersaing
- e. Menentukan industry, praktek yang terbaik

11. Keterlibatan seluruh petugas dan kerja sama tim

TQM melibatkan semua petugas mulai dari top manajer puncak, staf, senior-junior, sampai petugas pelayan. Program TQM mendorong kelompok kerja agar berfungsi dalam pengelolaan unitnya sendiri (*self managing*) sebagaimana mestinya serta meningkatkan tanggung jawab para anggota kelompok terhadap output masing-masing tempat kerjanya.

12. Menghargai manusia sebagai manusia (mengorbankan)

Setiap petugas dapat berperan dalam proses perbaikan mutu, akan bermanfaat bagi peningkatan produktivitas, kuantitas dan kualitas yang dapat menjadi faktor motivasi bagi petugas karena merasa dianggap/diorangkan, bukan hanya sebagai alat untuk memproduksi yang di sebut sebagai Gugus Kendali Mutu (*Quality Control Circle*).

13. Proses menghantarkan mutu (*The Quality Delivery Process*)

TQM membutuhkan sebuah pengetrapan proses dalam penhantar mutu (the quality delivery process) yang menjadi inti dari TQM, karena TQM tidak hanya menyadari mutu. Maksud dari pada system atau proses ini, yaitu :

- a. Mmenjamin setiap petuhas untuk bekerja dengan menerapkan misi-misi dari kerja kelompok yang berdapak pada suksesnya sebuah bisnis.
- b. meningkatkan mutu kerja yang dihantarkan ouputs kepada pelanggan internal, atau orang berikut yang menerima pekerjaan
- c. Mengurangi pekerjaan yang terbuang karena pekerja tidak mengerjakan dengan benar pada kesempatan pertama
- d. Menggunakan kombinasi keterampilan, ide dan pengalaman dari anggota kelompok kerja untuk meningkatkan penampilan kerja
- e. Memuaskan pelanggan eksternal maupun internal

10.1 Organisasi Pelayanan Kesehatan dengan Strategi TQM

Strategi TQM pada organisasi pelayanan kesehatan menggerak seluruh potensi mulai dari tingkat kepemimpinan manajemen, pimpinan professional baik itu seluruh petugas yang ada melalui pendekatan formal & informal. Strategi TQM/CQI brmacam-macam, tergantung masing-masing institusi pada ilmunya, yakni penyesuaian suatu permintaan mutu, proses maupun sebuah perbaikan yang sebenarnya. Meskipun berbeda-beda motivasinya, terdapat persamaan ciri-ciri :

- a. Pernerdayaan sumber daya medis (tenaga klinis) dan manajemen dalam menganalisa dan perbaiki suatu proses.
- b. Mutu kepuasan pelanggan merupakan hal utama dalam adopsi norma. Mutu kepuasan pelanggan yang dimaksud yaitu antara pasien dan petugas kesehatan yang terlibat dalam proses layanan kesehatan
- c. Pengembangan *cross functional approach* atau biasa disebut dengan pendekatan lintas fungsional di lingkup departemen dan profesi.
- d. Mengadakan sebuah motivasi dengan pendekatan metodologi statistik yang dilakukan berdasarkan sebuah kenyataan baik berupa data pada proses analisis maupun perubahan. Sehubungan dengan ciri-ciri tersebut CQI terdiri atas 3 unsure, yaitu :

a. Unsure filosofi CQI

- 1) Unsur ini berfokus pada pelanggan, yaitu pada kepuasan pelanggan dan hasil (*outcome*) kesehatan yang akan menjadi sebuah ukuran dari cover/penampilan dari layanan kesehatan tersebut.
- 2) berwawasan system, yaitu penekanan analisa menyeluruh pada system penyelenggarakan suatu pelayanan, yang mana hal tersebut akan berdampak pada *outcome*
- 3) Keterkaitan analisa, yaitu penekanan pada pengumpulan data yang obyektif, dan penyebab mendasar dari suatu fenomena
- 4) Keterlibatan anggota secara lintas fungsional, yaitu keterlibatan antara seluruh komponen
- 5) Pengidentifikasi solusi atau perbaikan secara berkelanjutan, yaitu dalam peningkatan mutu penampilan dan melakukan peningkatan berkelanjutan, terus menerus melakukan analisis system meski telah diperoleh solusi untuk kepuasan pelanggan.
- 6) Optimasi proses peningkatan, yaitu optimasi dalam proses penghantaran kebutuhan internal maupun eksternal (*delivery process*).

b. Unsur structural CQI

- a. Sebuah komitmen dari manajemen puncak, dukungan pelaksanaan CQI disegala tingkatan manajemen
- b. Tim perbaikan proses, penekanan pada pembentukan dan pemberdayaan tim pegawai dengan tujuan problema dan peluang yang ada
- c. Metode statistic, penggunaan tujuh alat/metode statistic

- d. Pemanfaatan *benchmarking* dalam mendapatkan sebuah kemajuan dengan perbandingan diri dengan yang terbaik atau pemakaian target penampilan
- a. Unsure spesifik profesi kesehatan
 - 1) Fokus utama pada pelanggan atau pasien
 - 2) Wawasan sistem, karena pelayanan kesehatan melibatkan sistem-sistem lain
 - 3) Melibatkan semua unsure dari pimpinan professional, manajemen dan staf sampai petugas pelayanan lini depan
 - 4) Menggunakan metode statistic, pendekatan epidemiologi vital statistik, analisis sebab akibat
 - 5) Adanya komite medik, komite terapi, majelis kode etik kodekteran, pelaksana gugus kendali mutu (*Quality Control Circle*) di lini depan pelayanan dan *Quality Assurance, peer review*, standar-standar pelayanan medis rumah sakit dan akreditasi
 - 6) Pendekatan sosio ekonomi kesehatan, manajemen risiko dan asuransi kesehatan (jaminan pemeliharaan kesehatan)
 - 7) Evaluasi; relevansi efektivitas, efisiensi, cost benefit analysis
 - 8) Pendekatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dan kedokteran.

10.2 KAIZEN dan *Total Quality Control* (TQC)

Strategi KAIZEN adalah konsep manajemen Jepang, yang berarti peningkatan (*improvement*). Dalam hal ini peningkatan terus-menerus tanpa henti yang melibatkan setiap orang, yaitu manajemen puncak, manajer-manajer dan pekerja lainnya. KAIZEN ditandai adanya peningkatan-peningkatan kecil dalam keadaan status quo sebagai hasil peningkatan yang terus-menerus. KAIZEN merupakan peningkatan produktivitas, kegiatan TQC (*Total Quality Control*), QCC (*Quality Control Circle*), atau hubungan perburuhan. Selain itu KAIZEN juga merupakan *zero defects*, struktur kelompok kecil, disiplin di tempat kerja, tepat waktu dan sebagainya.

Tugas pokok dan fungsi manajemen mempunyai dua komponen utama yaitu peningkatan (*improvement*) dan pemeliharaan (*maintenance*). Pemeliharaan mengacu secara langsung ke arah kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan seperti pemeliharaan teknologi, manajerial, standar operasional. Sedangkan peningkatan mengacu ke arah perbaikan standar. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen membuat kebijaksanaannya, peraturan, pengarahan,

dan prosedur dalam semua pelaksanaan oleh semua orang harus mengacu pada standar operasional prosedur yang senantiasa diperbaiki.

QC (*Quality Control*), SQC (*Statistical Quality Control*), QCC (*Quality Control Circle*) dan TQC (*Total Quality Control*) atau CWQC (*Company Wide Quality Control*) selalu berhubungan dengan KAIZEN. Mutu adalah sesuatu hal yang diperbaiki atau ditingkatkan. Mutu dihubungkan tidak hanya dengan produk atau pelayanan, tetapi cara kerja orang, cara mesin beroperasi dan cara system dan prosedur yang ditempuh serta perilaku manusia. KAIZEN dapat diartikan sebagai perbaikan atau meningkatkan untuk semua aspek dari kegiatan manusia. Tujuan TQC, yaitu :

- a. Untuk menyediakan produk dan pelayanan yang memuaskan permintaan kostumer dan mendapatkan kepercayaan kostumer
- b. Untuk menyetir perusahaan ke arah keuntungan yang lebih besar melalui pengukuran seperti perbaikan prosedur kerja, mengecilkan kecacatan, mengurangi pembiayaan, dan memenuhi pesanan yang lebih menguntungkan
- c. Membantu pekerja memenuhi potensi mereka untuk mencapai tujuan perusahaan dengan tekanan khusus pada area seperti penyebaran kebijaksanaan dan kegiatan sukarela

Manajemen telah menggunakan TQC sebagai alat untuk memperbaiki segala penampilan. Beberapa hal yang harus dicatat tentang TQC, adalah :

- a. Bicara dengan data-data
- b. *Quality first, not profit first*
- c. Mengelola proses sebelumnya (ke hulu)
- d. Proses berikutnya adalah pelanggan
- e. TQC berorientasi pelanggan, bukan manufaktur
- f. TQC mulai dengan pelatihan
- g. Manajemen lintas fungsional (*Cross functional management*) untuk fasilitas KAIZEN
- h. Mengikuti siklus PDCA
- i. Penggunaan QC story dalam persuasi
- j. Standarisasi hasil
- k. KAIZEN pada lapisan bawah perlu diperhatikan, banyak persoalan mutu terjadi pada pekerja lapisan bawah

10.3 Bidang atau area TQM/TQC

Prinsip utama dari pandangan total quality, dan perbedaan yang mendasar dari konsep yang lain adalah untuk memelihara efektifitas, control harus mulai dengan identifikasi kebutuhan kepuasan pelanggan. *Total Quality Control* membina koordinasi, kegiatan orang, mesin, data informasi untuk mencapai tujuan tersebut. Luas bidang TQM ini dikarenakan banyaknya tahapan yang harus dilalui dalam siklus produksi seperti :

- a. Pemasaran, yaitu evaluasi tingkat mutu yang diinginkan pelanggan
- b. *Engineering*, yaitu meringkas hasil evaluasi pemasaran tersebut menjadi spesifikasi yang lebih nyata
- c. Pembelian, yaitu pembelian memilih, kontrak, penjaja untuk bagian-bagian dan bahan-bahan
- d. *Manufacturing Engineering*, yaitu seleksi peralatan dan proses produksi
- e. *Manufacturing Supervisor* dan *Operating*, yaitu menggunakan pengaruh (mempengaruhi) sebagian besar mutu selama pembuatan bagian-bagian, subassembly dan perakitan akhir
- f. Inspeksi dan tes fungsi, yaitu check kesesuaian terhadap spesifikasi
- g. Pengiriman, yaitu mempengaruhi mutu pengepakan dan transportasi
- h. *Instalasion and service*, yaitu membantu menjaga operasi analisis yang tepat, menata produk sehubungan dengan ketepatan instruksi dan pelayanan pemeliharaan melalui pelayanan

Perlengkapan mutu (*Quality equipment*), angkatan kerja (*work force*), arus informasi, standar-standar, control dan kegiatan sejenis harus dimantapkan tidak hanya untuk efektifitas tapi juga dalam hal dampak interrelasinya dalam efektifitas mutu total, yang mendukung kerja sama dan koordinasi antar bagian. Pendekatan organisasi dalam pelaksanaan TQC melibatkan dua langkah parallel, yaitu :

- a. Memperjelas tekad melaksanakan fungsi kegiatan utama dan pembuatan keputusan seperti hubungan interrelasinya dengan pelanggan, pemerintah dan lembaga-lembaga masyarakat.
- b. Penambahan wawasan kerja horizontal yang utuh dari kebijakan dan system pengembangan dan control terhadap fungsi mutu.

10.4 Strategi TQM/CQI dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan

Strategi TQM pada organisasi pelayanan kesehatan menggerak seluruh potensi mulai dari tingkat kepemimpinan manajemen, pimpinan professional baik itu seluruh petugas yang ada melalui pendekatan formal & informal. Strategi TQM/CQI brmacam-macam, tergantung masing-masing institusi pada ilmunya, yakni penyesuaian suatu permintaan mutu, proses maupun sebuah perbaikan yang sebenarnya. Meskipun berbeda-beda motivasinya, namun terdapat ciri-ciri yang sama, yaitu :

1. Pemerdayaan sumber daya medis (tenaga klinis) dan manjemen dalam menganalisa dan perbaikan suatu proses.
2. Mutu kepuasan pelanggan merupakan hal utama dalam adobsi norma. Mutu kepuasan pelanggan yang dimaksud yaitu antara pasien dan petugas kesehatan yang terlibat dalam proses layanan kesehatan
3. Pengembangan *cross functional approach* atau biasa disebut dengan pendekatan lintas fungsional di lingkup departemen dan profesi.
4. Mengadakan sebuah motivasi dengan pendekatan metodologi statistik yang dilakukan berdasarkan sebuah kenyataan maupun data dilapangan.

Sehubungan dengan ciri-ciri tersebut, CQI biasanya terdiri atas unsure yang dapat dibagi dalam tiga kategori, yaitu :

1. Unsure filsafat CQI
 - a. Unsur ini berfokus pada pelanggan, yaitu pada kepuasan pelanggan dan hasil (*outcome*) kesehatan yang akan menjadi sebuah ukuran dari cover/penampilan dari layanan kesehatan tersebut.
 - b. berwawasan system, yaitu penakanan analisa menyeluruh pada system penyelenggarakan suuatu pelayanan, yang mana hal tersebut akan berdampak pada *outcome*
 - c. Keterkaitan analisa, yaitu penekanan pada pengumpulan data yang obyektif, dan penyebab mendasar dari suatu fenomena
 - d. Keterlibatan anggota secara lintas fungsional, yaitu keterlibatan antara seluruh komponen
 - e. Pengidentifikasi solusi atau perbaikan secara berkelanjutan, yaitu dalam peningkatan mutu penampilan dan melakukan peningkatan berkelanjutan, terus menerus melakukan analisis system meski telah diperoleh solusi untuk kepuasan pelanggan.

- f. Optimasi proses peningkatan, yaitu optimasi dalam proses penghantaran kebutuhan internal maupun eksternal (*delivery process*).

2. Unsur structural CQI

- a. Sebuah komitmen dari manajemen puncak, dukungan pelaksanaan CQI disegala tingkatan manajemen
- b. Tim perbaikan proses, penekanan pada pembentukan dan pemberdayaan tim pegawai dengan tujuan problema dan peluang yang ada
- c. Metode statistic, penggunaan tujuh alat/metode statistic
- d. Pemanfaatan *benchmarking* dalam mendapatkan sebuah kemajuan dengan perbandingan diri dengan yang terbaik atau pemakaian target penampilan

3. Unsur spesifik profesi kesehatan

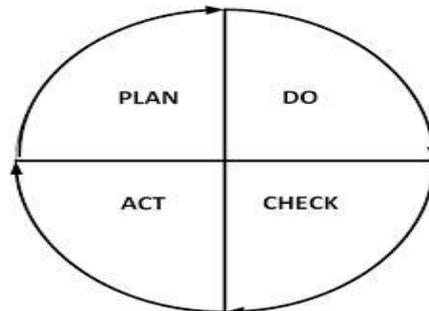
Strategi TQM/CQI merupakan perkembangan pendekatan manajemen mutu yang wajar dan semestinya, sebagaimana di bidang industri karena unsur filsafat dan unsur struktural, seperti :

- a. Fokus utama pada pelanggan atau pasien.
- b. Wawasan sistem, karena pelayanan kesehatan melibatkan sistem lain.
- c. Melibatkan semua unsur dari pimpinan professional, manajemen dan staf sampai petugas pelayanan lini depan.
- d. Menggunakan metode statistik, pendekatan epidemiologi vital statistik, analisis sebab akibat.
- e. Adanya komite medic, komite terapi, majelis kode etik kedokteran, pelaksana gugus kendali mutu (*quality control circle*) di lini depan pelayanan dan *quality assurance*, *peer review*, standar pelayanan medis rumah sakit dan akreditasi.
- f. Pendekatan sosio ekonomi kesehatan, manajemen risiko dan asuransi kesehatan (jaminan pemeliharaan kesehatan).
- g. Evaluasi, yaitu relevansi efektivitas, efisiensi, cost benefit analisis.
- h. Pendekatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dan kedokteran.

Pelaksanaan TQM/CQI di RS harus terbatas karna akan berdampak pada konflik yang terjadi dengan organisasi profesi. TQM/CQI dalam organisasi pelayanan kesehatan tidaklah berfungsi di dalam suatu keadaan organisasi yang sebelumnya bukan tidak ada sesuatu hal (kosong). TQM/CQI masuk ke dalam organisasi kesehatan yang di dalamnya sudah penuh tradisi yang sudah tua yaitu tradisi professional collegial dan birokrat tradisional. Tradisi tersebut mempunyai norma, nilai, maupun kode etik serta tanggung jawab, otonomi profesi, dan kewenangan profesi.

10.5 Aplikasi Manajemen Deming

Siklus kegiatan terus menerus dari Deming menekankan prosedur dalam penyelenggaraan dan penegakkan mutu organisasi dalam jangka panjang, dan siklus ini dinamakan sebagai Siklus Deming atau biasa disebut oleh Deming sebagai “Siklus Shewhart”. Siklus ini terdiri dari 4 tahapan, yang mana yang mana satu siklus mengikuti siklus yang lain. Siklus tersebut terdiri dari *Plan*, *Do*, *Check*, dan *Action* (PDCA). Siklus ini menggambarkan program mutu berkesinambungan. Siklus ini merupakan model *problem solving* yang klasik dan model pembelajaran ulang alik.



Gambar 10.2 Siklus PDCA Deming

1. *Plan*

Proses peningkatan mutu pelayanan kesehatan seharusnya dimulai dengan merencanakan secara hati-hati dan cermat langkah-langkah kegiatan perencanaan yaitu analisis situasi, menetapkan sebuah tujuan, menetapkan sasaran, jenis kegiatan/program, serta monitoring&evaluasi layanan kesehatan. Siklus deming ini memberikan gambaran tentang perkembangan yang akan datang, yang diharapkan terjadi secara mulus. Pada tahap ini ditetapkan apa tujuan, apa yang dibutuhkan, tipe penampilan yang diukur dan siapa yang bertanggung jawab. Dalam tahap ini juga ditetapkan keperluan data, informasi, kemungkinan implikasi kegiatan dan tolak ukur keberhasilan atau ketidakberhasilan.

2. *Do*

Perencanaan yang dibuat diikuti oleh setiap orang yang bersangkutan. Disini termasuk pelaksanaan pelatihan, metode ilmiah, survei kebutuhan dan keinginan pelanggan, identifikasi proses pokok, pengumpulan dan pengolahan data, metode statistik, pengertian *Quality Control*, identifikasi proyek yang berkaitan dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, pembentukan tim dan sebagainya.

3. *Check*

Memeriksa apakah kegiatan peningkatan mutu telah dibuat sesuai yang direncanakan, mengamati hasilnya, efek yang terjadi, adanya perubahan. Pada tahap pelaksanaan (*Do*), penyimpangan yang terjadi, dan kegiatan evaluasi pada umumnya memecahkan hambatan yang ditemui dan menghilangkan ketakutan atau keraguan. Secepatnya secara terbuka, apa yang kurang dan apa yang seharusnya dikerjakan.

4. *Action*

Kegiatan koreksi dilaksanakan berdasarkan pelajaran yang diambil dari tahapan sebelumnya. Perubahan-perubahan seharusnya diadopsi atau ditinggalkan sesuai dengan hasil dari tahap sebelumnya. Studi tentang studi yang sedang berlangsung, standarisasi setiap peningkatan, dokumentasi yang cermat setiap proses yang baik dan inovasi ide baru. Review pada tahap *check* dapat digunakan dalam proses pembelajaran, sehingga pengetahuan ini dapat untuk membuat rencana baru, yang diperluas dengan informasi yang diperlukan untuk mencegah lebih lanjut. Perencanaan adalah juga membuat prediksi *implementing, checking, action, new plan* dan ini seharusnya tidak berhenti, namun terus berlangsung untuk meningkatkan mutu pelayanan dan inovasi.

10.5.1 Proses “QC Story”

Dalam penerapan TQC, perlu dijelaskan kegiatan mereka dalam proses yang terdiri sekuen-sekuen yang berdasarkan siklus PDCA :

1. Memantapkan proyek kegiatan yang dimaksudkan
2. Identifikasi keadaan (masalah) saat ini
3. Analisis data dan fakta yang didapat
4. Isolasi akar penyebab masalah
5. Menentukan tindakan jawaban (*counter measures*)
6. Pelaksanaan tindakan jawaban dan evaluasi hasil yang di dapat
7. Apabila efektif, standarisasi dibakukan, apabila tidak, ulangi lagi butir 2-6
8. Identifikasi masalah yang tersisa dan program akan datang

Tabel 10.1 Pendekatan “Non QC Story”

| No | Pendekatan Tukang Obat (<i>Quack Doctor</i>) | Non QC Story |
|----|--|--|
| 1 | Pasien mengeluh “sakit kepala” kepada tukang obat | Menjumpai kerusakan dalam produksi pabrik |
| 2 | Tanpa suatu pemeriksaan mengapa “sakit kepala” terjadi | Tanpa suatu studi atau analisa mengapa kekurangan terjadi oleh mandor |
| 3 | Menulis resep obat untuk “demam” | Memindahkan operator |
| 4 | Menyembuhkan sakit kepala | Menghilangkan kerusakan (<i>defect</i>) |
| 5 | Tukang obat meyakinkan dirinya “sakit kepala dikarenakan demam” | Supervisor meyakinkan dirinya “kerusakan karena material yang jelek” |
| 6 | Dengan resep, tukang obat memeriksa pasien | Dengan hasil (<i>defect</i>), supervisor memandang penyebab |
| 7 | Sementara, sakit kepala terlihat “disembuhkan” tetapi mungkin terjadi lagi “sakit kepala” untuk akan datang | Sementara defect terlihat, namun mungkin dapat terjadi lagi |
| 8 | Pasien datang ke dokter lagi, tetapi dokter mengubah resep obat tanpa pemeriksaan | Supervisor merasa <i>surprised</i> dan memindahkan operator atau mesin, masih tanpa mencari akar penyebab |
| 9 | Mungkin disembuhkan oleh resep tersebut, namun ia tidak dapat menjelaskan mengapa sembuh, dimana keterampilan medis tidak ditingkatkan | Mungkin sementara dikoreksi, supervisor tidak dapat identifikasi mengapa hilang dimana kemampuan pemecahan masalah tidak pernah ditingkatkan |

Sumber : I. Miyauchi, *TQC Conceptual Operation (Management)*, 1990.

10.5.2 Penerapan Kegiatan TQC

Penerapan TQC dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

1. Pendidikan dan latihan, yaitu untuk pemahaman selengkapnya tentang TQC.
2. Memantapkan standar-standar dalam kegiatan QA, yaitu menjaga mutu atau konsisten mutu tetap tinggi.
3. Penerapan konsep PDCA atau *Proses Quality Control Story*, yaitu siklus control-peningkatan dan pemeliharaan yang dilakukan secara menerus.
4. Penerapan manajemen *by policy*, yaitu komitmen dan penyebaran.
5. Penggunaan metode dan pemecahan masalah dan statistik (*The seven tools of TQC*), yaitu komitmen dan penyebaran, serta cara sistematis dan ilmiah dalam peningkatan mutu.
6. Kegiatan Gugus Kendali Mutu, yaitu keterlibatan atau kepesertaan semua petugas khususnya lini depan dalam peningkatan mutu.

BAB 11. PEMBIAYAAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

11.1 Risiko yang dapat di Asuransikan

Kemungkinan sesuatu yang akan terjadi dimasa mendatang merupakan pengertian dari kata resiko. Menurut J. Vaughn manajemen risiko adalah “*a scientific approach to dealing with pure risk by anticipating possible accidental losses and designing and implementing procedures that minimize the occurrence of loss or the financial impact of the losses the do occur*”. Elemen-elemen dalam manajemen risiko, yaitu :

- a. Identifikasi misi organisasi, yaitu sangat mendasar, termasuk tujuan dan sasaran organisasi karena semua kegiatan manajemen risiko dimaksudkan untuk mencapai misi organisasi
- b. Penaksiran risiko dan ketidakpastian, yaitu semua kegiatan yang dihubungkan dengan analisis dan mengukur risiko dan ketidakpastian
- c. Kontrol risiko, yaitu semua kegiatan yang berhubungan dengan menghindari, mencegah, mengurangi dan kegiatan untuk mengendalikan risiko dan ketidakpastian
- d. Keuangan risiko, yaitu suatu kegiatan yang menyediakan harta kekayaan dari kehilangan membayar kembali yang terjadi dan membiayai program lain untuk mengurangi risiko dan ketidakpastian
- e. Program administrasi, yaitu semua kegiatan dan strategi berkaitan dengan pelaksanaan operasional jangka panjang atau sehari-hari dalam fungsi manajemen risiko.

Fungsi manajemen risiko terdiri dari semua kegiatan yang memfasilitasi pencapaian paling langsung dari misi organisasi. Manajemen risiko adalah manajemen proaktif terhadap risiko dan ketidakpastian (tidak menentu), yang akan menggerakkan organisasi ke arah misinya dengan cara terbaik, cepat dan tepat sedapat mungkin apapun misinya. Karakteristik fundamental dari asuransi secara sederhana adalah memindahkan atau menggeser risiko dari seorang individu kepada kelompok dan membagi kerugian sesuatu secara merata oelh semua anggota dari kelompok. Pemindahan risiko dari individu kepada perusahaan asuransi diselenggarakan melalui penyusunan kontrak dengan perusahaan asuransi. Tidak semua risiko yang dapat diasuransikan, risiko yang dapat diasuransikan, antara lain :

1. Risiko hilangnya kemampuan menghasilkan (*loss of earning*), bik perorangan maupun risiko usaha, seperti :
 - a. Risiko perorangan :
 - 1) Kematian usia produktif

- 2) Sakit atau kecelakaan
- b. Risiko usaha :
 - 1) Hilangnya keuntungan
 - 2) Gangguan usaha
- 2. Risiko kerusakan harta kekayaan (*property damage risk*) atau kehilangan/kerugian harta benda (*loss of property*), meliputi risiko :
 - a. Kerugian
 - b. Pengiriman atau transportasi
 - c. Kerusakan barang
- 3. Risiko karena pihak lain :
 - a. Kredit macet
 - b. Hilangnya barang jaminan kredit
 - c. Risiko tindakan profesi
 - d. Produksi

Asuransi merupakan sarana pengalihan risiko tetapi tidak mungkin semua risiko dapat dialihkan kepada perusahaan asuransi. Risiko yang dapat dialihkan kepada asuransi harus dapat memenuhi syarat berikut, antara lain :

1. Waktu terjadinya peristiwa tidak dapat ditentukan sebelumnya
2. Tidak mustahil terjadi, artinya secara akal sehat risiko tersebut mungkin dapat terjadi
3. Dapat diukur dengan uang, artinya kerugian tersebut dapat dihitung dan dibuktikan secara wajar dengan nilai uang yang berlaku
4. Risiko yang dapat menimbulkan kerugian pada umumnya homogen atau banyak persamaan
5. Kerugian yang mungkin timbul bersifat terbatas dan dapat diukur atau diperkirakan atau diperhitungkan secara sistematis atau teori kemungkinan maupun metode statistik
6. Kerugian tersebut tidak terencana
7. Kerugian tersebut tidak bersifat musibah massal atau bencana yang luas

11.2 Asuransi

Manusia sering dihadapkan pada suatu risiko, maka dari itu mereka mencari cara untuk mengurangi ataupun menghindari suatu risiko yang mungkin saja akan menghampirinya. Asuransi adalah cara atau alat untuk mengendalikan risiko apabila pada waktu yang akan datang mendapatkan sebuah kerugian akan suatu risiko yang diterima, maka kerugian tersebut dapat dikendalikan ataupun dialihkan ke pihak lain.

Asuransi merupakan suatu perjanjian antara tertanggung dengan penanggung. Dikarenakan sifat asuransi sebagai suatu perjanjian, asuransi diatur dalam kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUH Perdata). Akan tetapi, perjanjian tersebut menyangkut masalah perdagangan (ekonomi), asuransi juga diatur oleh kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD). Jadi kesimpulannya, asuransi dapat menyangkut pada segi ekonomi dan juga segi hukum. “Berdasarkan pasal 246 KUHD, asuransi merupakan sebuah bentuk dari perjanjian antara penanggung dan tertanggung dengan membayar premi gunapenggantian kerugian maupun kerusakan/kehilangan keuntungan yang diharapkan dan yang akan dideritanya dikarenakan sesuatu peristiwa tertentu di masa yang akan mendatang”.

11.2.1 Unsur-unsur Asuransi

Unsur yang ada pada asuransi, antara lain :

1. Pembayaran premi
2. Mengganti dana kerugian
3. Pihak yang ditanggung dan penanggung
4. Adanya kejadian yang tidak dapat diketahui dimasa depan
5. Munculnya resiko yang akan menimpa kepentingan yang ada

11.2.2 Prinsip Asuransi

1. Prinsip Asuransi :

- a. Prinsip interest terhadap yang diasuransikan (*Principle of insurable interest*)

Asuransi hanya bisa digunakan oleh seseorang apabila terdapat sebuah kepentingan pada sesuatu yang telah diasuransikan.

- b. Prinsip kepercayaan yang baik sepenuhnya (*Principle of utmost good faith*)

Asuransi berhubungan dengan kepercayaan kepada keterangan/kenyataan serta dokumen/data yang diberikan. Apabila yang diberikan tidak benar, maka proses asuransi tidak akan diproses atau proses klaim akan ditolak pihak penanggung.

c. Prinsip ganti rugi (*Principle of indemnity*)

Asuransi digunakan seseorang untuk mendapatkan sebuah ganti rugi apabila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan seperti kerugian/kerusakan/kehilangan, yang mana besaran ganti rugi ini harganya sesuai dengan harga kerugian yang dirasakan oleh pihak tertanggung.

d. Prinsip subrogasi (*Principle of subrogation*)

Prinsip subrogasi seperti prinsip ganti rugi yang mana pihak tertanggung menuntuk hak dan pihak ketiga berpindah dari tuntutan tertanggung kepada penanggung dengan penyelesaian klaim yang dilakukan oleh pihak tertanggung oleh penanggung.

2. Fungsi Asuransi, yaitu :

- a. Memberi jaminan agar kemungkinan kerugian yang diderita dapat diperkecil atau ditutup
- b. Mendorong perkembangan dunia usaha dengan mengurangi kekuatiran kerugian yang fatal.

11.2.3 Penggolongan Asuransi

Perusahaan asuransi yang ada dan praktek di Indonesia, dapat dikelompokkan menjadi asuransi jiwa dan asuransi kerugian

1. Asuransi Jiwa

a. Asuransi wajib, contohnya :

- 1) Tabungan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN)
- 2) Asuransi Kesehatan (Askes)
- 3) Asuransi ABRI (Asabri)

b. Asuransi jiwa sukarela (tidak wajib), contohnya :

- 1) Asuransi Jaminan Hari Tua
- 2) Asuransi Bea Siswa

2. Asuransi Kerugian

a. Asuransi wajib, contohnya :

- 1) Asuransi Jasa Raharja
- 2) Asuransi Sosial Tenaga Kerja (Astek)

b. Asuransi Sukarela, contohnya :

- 1) Asuransi Kebakaran
- 2) Asuransi Rangka Kapal

- 3) Asuransi Rangka Kapal Laut
- 4) Asuransi Rangka Kapal Udara
- 5) Asuransi Pengangkutan
- 6) Asuransi Pengangkutan Laut
- 7) Asuransi Pengangkutan Darat
- 8) Asuransi Pengangkutan Udara
- 9) Asuransi Kendaraan bermotor
- 10) Asuransi Kecelakaan Diri

11.2.4 Bidang dan Jenis Usaha Pengasuransian

Usaha pengasuransian merupakan kegiatan usaha yang bergerak dibidang :

1. Usaha Asuransi

Usaha jasa keuangan yang menghimpun dana dari masyarakat dengan pengumpulan premi dan dapat memberikan perlindungan pada seseorang yang memakai jasa asuransi terhadap sebuah kerugian yang timbul akibat sesuatu atau terjadap hidup/meninggalnya seseorang merupakan pengertian usaha asuransi. Jenis usaha asuransi tersebut, yaitu :

- a. Asuransi kerugian memberikan jasa dalam penanggulangan resiko atas kerugian, kehilangan manfaat, serta tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang dapat disebabkan oleh suatu peristiwa yang tidak pasti.
- b. Asuransi jiwa yang memberikan jasa dalam menanggulangi risiko dengan kehidupan./meninggalnya seseorang yang memiliki usaha asuransi.
- c. Reasuransi adalah usaha pemberian jasa sebagai bentuk pertanggung jawaban ulang pada resiko yang sedang dialami perusahaan asuransi kerugian maupun perusahaan asuransi jiwa.

2. Usaha Penunjang Usaha Asuransi

Usaha penunjang yaitu adalah mereka yang melakukan penyelenggaraan jasa keperentaraan, penilaian kerugian asuransi dan jasa aktuarial yang terdiri dari :

- a. Usaha yang melakukan pemberian jasa keperantaraan pada akhir/penutupan asuransi serta penanganan sebuah penyelesaian dari ganti rugi dengan kepentingan tertanggung yang disebut dengan usaha pialang asuransi.

- b. Usaha pialang reasuransi yang memberikan jasa perantara dalam penempatan reasuransi dan penanganan penyelesaian ganti rugi reasuransi dengan bertindak untuk kepentingan perusahaan asuransi.
- c. Usaha penilai kerugian asuransi yang memberikan jasa penilaian terhadap kerugian pada obyek asuransi yang dipertanggungjawabkan.
- d. Usaha konsultan aktuarial yang memberikan jasa konsultasi aktuarial.
- e. Usaha agen asuransi yang memberikan jasa keperentaraan dalam rangka pemasaran jasa asuransi untuk dan atas nama penanggungjawab.

11.3 Pembiayaan Perawatan Kesehatan

Suatu sistem kesehatan maupun perawatan kesehatan yang kompetitif adalah yang melalui sistem pembayar dimuka (*prepaid*). Disini sistemnya yaitu seseorang/pelanggan sebelum mengalami sakit dan mendapatkan perawatan medis dari petugas kesehatan pada sebuah instansi kesehatan telah membayarnya melalui asuransi kesehatan. Sedangkan *fee for service*, asuransi kesehatan dibayar setelah mendapatkan perawatan medis. Pelanggan dapat memilih fasilitas yang diinginkan sesuai dengan informasi yang telah disampaikan oleh petugas yang berisi mengenai mutu layanan, harga pelayanan dan hal lainnya yang telah ditawarkan. Di Indonesia dikembangkan system yang disebut dengan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat).

Banyak cara dalam pembayaran yang dapat digunakan pada waktu sehat maupun sakit pada upaya pemeliharaan kesehatan. Hal yang membuat sebuah kerugian yaitu pelanggan pada kenyataannya banyak yang membiayai pemeliharaan kesehatan pada saat jatuh sakit, hal ini membuat kerugian karena penghasilan akan menurun pada saat sakit bahkan produktivitas seseorang pun juga akan menurun. Dengan adanya program asuransi kesehatan/ jaminan pemeliharaan kesehatan dapat membantu permasalahan tersebut. Pada program itu seseorang telah membayar kesehatannya pada waktu sehat. Cara dalam pembayaran pemeliharaan kesehatan, yaitu :

1. Cara pembayaran konvensional, yaitu pasien membayar langsung dari sakunya (*out of pocket*) kepada dokter. Terjadi hubungan transaksi langsung dokter pasien atas jasa yang telah diberikan dokter, yang biasanya berupa tindakan kuratif (*fee for service*).

2. Pemeliharaan kesehatan dengan sistem kesehatan ganti rugi, yaitu pasien membayarkan iuran (premi) kepada asuransi kesehatan secara pra upaya. Pada saat sakit setelah mendapatkan pengobatan dari dokter, pasien membayar tunai langsung kepada dokter, selanjutnya pasien klaim kepada asuransi kesehatan dan mendapatkan penggantinya.
3. Pemeliharaan kesehatan dengan sistem tagihan provider, yaitu pada sistem ini terjadi hubungan antara provider, pasien melalui pihak ketiga. Pasien membayar iuran (premi) pra upaya bayar dulu di muka (*prepaid, prospective payment*) kepada asuransi. Asuransi membayar klaim provider setelah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sesuai dengan tarif provider.
4. Sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM, *Managed Care*), yaitu terdapat hubungan yang setara saling menguntungkan bagi 3 elemen, yakni peserta, provider dan perusahaan asuransi (badan penyelenggara - BABEL JPKM). Pasien membayar iuran (premi) kepada Bapel JPKM secara bayar dimuka (*prepaid*) atau membayar dulu sebelum akan sakit (*prospective payment*). Kemudian Bapel JPKM membayar secara kapitasi sesuai jumlah peserta JPKM yang dipercayakan dan pembayaran dimuka (*prepaid*) sebelum pemberian pelayanan diberikan (pra upaya) kepada provider sesuai dengan jumlah peserta yang dipercayakan kepadanya setiap bulan (sesuai perjanjian) tanpa melihat jumlah kunjungan orang sakit.

11.4 Bentuk Upaya Pemeliharaan Kesehatan

1. Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri, Penerima Pensiun dan Keluarganya Dibentuk tahun 1968 berdasarkan Keppres No. 230 tahun 1968. Pada waktu itu dinamakan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Selanjutnya dirubah menjadi Perum Husada Bhakti, kemudian menjadi PT (Pesero) Asuransi Kesehatan Indonesia (PT.Askes) sampai sekarang. Pelayanan kesehatan peserta disediakan di semua puskesmas dan rumah sakit pemerintah.

2. Pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja dan keluarganya

Sejak terbitnya UU No. 3 tahun 1992 tentang Jamsostek, jaminan pemeliharaan kesehatan untuk tenaga kerja dan keluarganya wajib dilaksanakan oleh setiap perusahaan yang mempekerjakan minimal 50 orang karyawan atau yang mengeluarkan Rp. 1.000.000,- minimal sebulan untuk gaji para tenaga kerja. Iuran ditetapkan sebesar 3% dari gaji sebulan untuk pekerja bupangan dan 6% dari gaji yang sudah berkeluarga. Seluruh iuran ditanggung oleh perusahaan.

3. Pemeliharaan kesehatan swasta

Perusahaan swasta sebagian telah melakukan penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan sesuai dengan JPKM guna golongan tertentu dari masyarakat dengan penghasilan menengah ke atas dengan penggunaan pemeliharaan kesehatan pada fasilitas swasta.

4. Pemeliharaan kesehatan dari, oleh dan untuk masyarakat atau dana sendiri

Upaya dalam pemeliharaan kesehatan diri, oleh dan untuk masyarakat umum merupakan bentuk dari upaya pemeliharaan kesehatan dana sehat yang dilakukan secara sukarela yang ditujukan kepada masyarakat setempat oleh pengurus. Peserta pada pemeliharaan kesehatan ini adalah keluarga yang tidak mampu dengan iuran relative kecil dengan paket pelayanan kesehatan yang terbatas.

11.5 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

11.5.1 Pengertian JPKM

Menurut “UU No.23 tahun 1992 JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya”. JPKM pada penyelenggaraan operasional merupakan pelayanan yang paripurna dan berjenjang pada pelayanan tingkat pertama dengan mutu terbaik kemudian di topang dengan pembiayaan dimuka oleh konsumen melalui badan pengelola dana, kemudian melakukan pembayaran pra upaya layanan kesehatan.

Selanjutnya dalam “Pasal 66 ayat (1) Undang-Undang No. 23 tahun 1992 dinyatakan bahwa Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra upaya, ber azaskan usaha bersama dan kekeluargaan” (Departemen Kesehatan, 2001).

Berbagai upaya dalam mobilisasi dana masyarakat dengan menggunakan prinsip asuransi telah dilakukn sebelum JPKM masuk pada UU kesehatan, yaitu program DUKM (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat) dan uji coba TKTK oleh PT Astek. Mobilisasi dana masyarakat dapat berguna dalam peningkatan mutu layanan kesehatan tanpa harus meningkatkan anggaran pemerintah terlebih dahulu. Konsepnya yaitu pembiayaan kesehatan ditanggung sendiri oleh masyarakat, sedangkan yang menjadi regulator adalah pemerintah. Upaya memobilisasi dana masyarakat tidak terlepas dari berbagai upaya swatanisasi di dunia yang memandang bahwa dominasi upaya pemerintah dalam berbagai aspek kehidupan masyarakat akan menghadapi masalah biaya, efesien, dan mutu pelayanan (Nurhayati, 2012).

Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) adalah bagian dari jaringan pelayanan kesehatan yang dikontrak dan dibayar pra upaya di muka oleh bapel, sehingga terdorong untuk memberikan pelayanan paripurna yang terjaga mutu dan terkendali biayanya. Jaringan pelayanan berjenjang terdiri atas :

1. Pemberi pelayanan tingkat pertama (PPK-1) dapat berupa dokter umum atau dokter keluarga, dokter gigi, bidan praktek, puskesmas, balkesmas, maupun klinik yang dikontrak oleh bapel JPKM yang bersangkutan. Selanjutnya bila diperlukan akan dirujuk ke tingkat sekunder.
2. Sekunder (PPK-2), yakni praktek dokter spesialis, kemudian dapat dilanjutkan ke tingkat tertier.
3. Tertier (PPK-3) yaitu pelayanan spesialistik di rumah sakit untuk pemeriksaan atau rawat inap.

Masyarakat memerlukan jaminan pemeliharaan kesehatan yang dibiayai dengan iuran bersama, karena :

1. Seiring dengan berkembangnya iptek dan penyakit degenerative maka makin tinggi juga biaya pemeliharaan kesehatan.
2. Memerlukan dana yang berkesinambungan pada pemeliharaan kesehatan.
3. Setiap orang ada yng tidak mampu untuk melakukan pembiayaan pelayanan kesehatannya sendiri.
4. Pembiayaan cenderung lebih mahal apabila dilakukan pembiayaan pemeliharaan kesehatan dengan sendiri dan juga bersifat kuratif semata sehingga tidak dpat menjamin terpeliharanya kesehatan.

5. Apabila ditanggung bersama maka beban biaya perorangan dapat menjadi ringan dalam pemeliharaan kesehatan dan dana tersebut dapat menjamin terpeliharanya kesehatan peserta.

11.5.2 Tujuan JPKM

JPKM bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui :

1. Jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan kebutuhan peserta secara bereksinambungan.
2. Pelayanan kesehatan paripurna dengan mutu tinggi dan biaya yang terjangkau.
3. Diperlukannya pengembangan masyarakat mandiri dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.
4. Membudidayakan hidup/perilaku hidup secara bersih dan sehat.

11.5.3 Pelaku Penyelenggaraan JPKM

1. Peserta mendaftarkan diri dalam satuan keluarga, kelompok atau unit organisasi, dengan membayar kepada bapel sejumlah iuran tertentu secara teratur untuk membiayai pemeliharaan kesehatannya.
2. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), yang merupakan bagian dari jaringan pelayanan kesehatan terorganisir untuk memberikan pelayanan paripurna dan berjenjang secara efektif dan efisien.
3. Badan Penyelenggara JPKM (Bapel) sebagai badan hukum yang bertanggungjawab atas penyelenggaraan JPKM dengan secara profesional menerapkan trias manajemen, meliputi manajemen kepesertaan, keuangan dan pemeliharaan kesehatan.
4. Pemerintah sebagai badan pembinan yang melaksanakan, fungsi untuk mengembangkan, membina dan mendorong penyelenggaraan JPKM.

Keempat pelaku terjadi hubungan saling menguntungkan dan berlaku penerapan jurus-jurus kendali biaya, kendali mutu pelayanan dan pemenuhan kebutuhan medis bagi peserta (berbentuk pelayanan paripurna dan berjenjang).

11.5.4 Manfaat JPKM

1. Manfaat bagi Komunitas (masyarakat) :
 - a. Diperolehnya pelayanan paripurna dan bermutu.
 - b. Pengeluaran biaya pemeliharaan kesehatan menjadi ringan karna sudah masuk dalam azas usaha bersama dan keluarga. Terjadinya subsidi silang pada sistem JPKM, yang sehat dapat membantu yang sakit, yang muda membantu yang lebih tua/balita serta yang mampu membantu yang tidak mampu.
 - c. Terlindung dan terjaminnya pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
 - d. Pemerantaan pelayanan kesehatan di masyakat dapat terjamin.

2. Manfaat bagi PPK :
 - a. Dapat merencanakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, karena didukung oleh sistem pembayaran pra upaya.
 - b. Mendapatkan balas jasa yang besar karena terpeliharannya kesehatan konsumen.
 - c. Meningkatkan profesionalisme, kepuasan kerja dan mutu pelayanan kesehatan itu sendiri.
 - d. Mendapatkan pasokan danan yang lebih jika masyarakat telah masuk pada sistem JPKM dengan tariff yang berlaku karena telah menerapkan tariff yang wajar. Baik pada pelayanan kesehatan tingkat primer, sekunder, dan tersier.
 - e. Pada fasilitas tingkat ke tiga akan mengalami penurunan pasokan dan dari jasa pelayanan karena masyarakat lebih efisiensi pada JPKM..

3. Manfaat bagi dunia usaha :
 - a. Terlaksananya secara efektif dan efisien pemeliharaan kesehatan karyawan.
 - b. Dapat direncanakan dengan tepat biaya pelayanan kesehatan.
 - c. Penerangan sistem pembayaran pra upaya untuk pelayanan kesehatan menjadikan pembiayaan pelayanan menjadi efisien dibandingkan dengan sisten klaim/ganti rugi(*fee for service*).

- d. mendorong peningkatan produktivitas Karena terjaminnya kesehatan karyawan.
- e. Merupakan komoditi baru yang menjanjikan bagi dunia usaha yang akan menjadi Bapel.

4. Manfaat bagi Pemerintah / Pemda :

- a. Pemda memperoleh masyarakat yang sehat dan produktif dengan biaya yang berasal dari masyarakat sendiri.
- b. Subsidi pemerintah dapat dialokasikan kepada yang lebih memerlukan , utamanya bagi masyarakat miskin, Pembayaran pra-upaya dalam JPKM memakai perhitungan non subsidi, sehingga pemda dapat menyesuaikan tarif bagi masyarakat mampu.
- c. Pengeluaran pemda untuk membiayai bidang kesehatan dapat lebih efisien.

11.5.5 Penyelenggaraan JPKM

Jaminan kesehatan yang mutunya terjaga dan biayanya dapat terkendali serta model pembayarannya pra bayar yaitu adalah penyelenggaraan sistem JPKM yang dikelola oleh badan penyelenggara dan menerapkan jaga mutu dan kendali biaya. Setiap masyarakat dapat menerima pelayanan kesehatan yang paripurna serta berjenjang pada pelayanan tingkat pertama dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dengan pertimbangan mutu dan biaya yang dapat terjangkau. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) adalah bagian dari jaringan pelayanan yang dikontrak dan dibayar pra-upaya/dimuka oleh Bapel, sehingga terdorong untuk memberikan pelayanan paripurna yang terjaga mutu dan terkendali biayanya (Sunarto, 2012).

Jaringan pelayanan berjenjang terdiri atas pelayanan tingkat pertama (primer), sekunder, dan tersier. PPK I dapat berupa dokter umum/ dokter keluarga, dokter gigi, bidan praktek, puskesmas, balkesmas, maupun klinik yang dikontrak oleh bapel JPKM yang bersangkutan. Jika diperlukan akan dirujuk ke tingkat sekunder (PPK II) yakni praktek dokter spesialis, kemudian dapat dilanjutkan ke tingkat tersier (PPK III) yaitu pelayanan spesialis di rumah sakit untuk pemeriksaan atau rawat inap.

11.5.6 Jurusan-Jurusan Penyelenggaraan JPKM

1. Pembayaran iuran dimuka ke Badan Penyelenggara. Peserta JPKM membayar sejumlah iuran di muka secara teratur kepada Bapel, sehingga Bapel dapat mengetahui jumlah dana yang harus dikelolanya secara efisien untuk pemeliharaan kesehatan peserta.
2. Pembayaran sejumlah dana dimuka oleh Bapel kepada PPK Sehingga PPK tahu batas anggaran yang harus digunakan untuk merencanakan pemeliharaan kesehatan peserta secara efisien dan efektif. Dapat digunakan beberapa cara seperti kapitasi, sistem anggaran.
3. Pemeliharaan kesehatan paripurna mencakup upaya promotif/peningkatan kesehatan. Preventif, kuratif/pengobatan serta rehabilitatif/pemulihan kesehatan.
4. Ikatan Kerja hubungan antara Bapel dan PPK dan antar Bapel dengan peserta diatur dengan ikatan kerja yang menata secara rinci dan jelas hak dan kewajiban masing-masing.
5. Jaga mutu pelayanan kesehatan. Jaga mutu dilaksanakan oleh Bapel agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai kebutuhan dan standar profesi serta kaidah pengobatan rasional.
6. Pemantauan pemanfaatan pelayanan. Pemantauan ini perlu dilakukan untuk dapat melakukan penyesuaian kebutuhan medis peserta, mengetahui perkembangan epidemiologi penyakit peserta dan pengendalian penggunaan pelayanan kesehatan oleh peserta.
7. Penanganan keluhan dilaksanakan oleh Bapel dengan tujuan menjamin mutu dan stabilitas dalam menjalankan kegiatan JPKM.

11.5.7 Pokok-pokok Kegiatan Penyelenggaraan JPKM

1. Pengembangan organisasi badan penyelenggara

“UU No. 23 tahun 1992 menggariskan bahwa penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan berdasarkan JPKM harus dilaksanakan oleh suatu badan hokum agar dengan demikian kepentingan dari semua pihak terlindungi, yaitu peserta, PPK dan Badan penyelenggara. Badan penyelenggara dapat merupakan badan swasta, BUMN/BUMD atau koperasi”. Fungsi utama dari bapel, adalah :

- a. Mengelola peserta
- b. Menyelenggara pemeliharaan kesehatan
- c. Mengelola keuangan
- d. Mengelola sistem informasi manajemen.

Setiap badan penyelenggara harus memenuhi persyaratan tertentu sebelum memperoleh izin operasional, persyaratan tersebut antara lain :

- a. Badan penyelenggara harus berbentuk badan hukum
- b. Telah menyelenggarakan studi kelayakan dengan hasil layak
- c. Memiliki rencana usaha JPKM, yaitu :
 - 1) Rencana pemasaran
 - 2) Rencana pemeliharaan kesehatan
 - 3) Rencana keuangan
 - 4) Rencana operasional
- d. Memiliki modal dalam bentuk setoran, dengan jumlah sama dengan biaya operasional selama 3 bulan penyelenggara JPKM, atau memperoleh jaminan dari pemerintah atau organisasi lain.
- e. Memiliki dana cadangan sebanyak 25% dari anggaran pelayanan kesehatan setahun, yang berbentuk deposito dalam bank pemerintah atas nama menteri kesehatan

2. Pengembangan Kepesertaan JPKM

Pengembangan kepesertaan sebagai kegiatan untuk terus meningkatkan jumlah dan mempertahankan keikutsertaan para peserta. Peserta yang dimaksud ialah yang bersedia memakai jasa pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh bapel yang sudah terdaftar dan membayar iurannya. Peserta harus bersifat aktif dengan melakukan kewajiban dalam ikut peran dalam pemeliharaan kesehatan diri sendiri, keluarga maupun lingkungan.

3. Pengembangan pemeliharaan kesehatan

Penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dalam bentuk rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, yakni upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative, antara lain:

- a. Pemeliharaan kesehatan dasar, yaitu diselenggarakan Bapel dan terdiri dari beberapa jenis pelayanan yang sesuai dengan perkiraan tentang jenis, frekuensi, dan intensitas

- pelayanan kesehatan yang diperlukan setiap peserta dalam kurun waktu tertentu.
- b. Paket pemeliharaan kesehatan tambahan, yaitu dapat diselenggarakan bagi peserta yang telah mengikuti paket pemeliharaan kesehatan dasar dan disusun berdasarkan suatu kesepakatan antara peserta dan badan penyelenggara.
4. Pengembangan pengelolaan keuangan
- Pengelolaan keuangan JPKM yaitu mengumpulkan dana dengan optimal untuk pembiayaan kegiatan badan penyelenggara. Pengelolaan keuangan badan penyelenggara mencakup beberapa pokok, yakni :
- a. *Actuarial analysis*, yaitu menghitung dan menetapkan iuran yang harus ditarik dari peserta serta besarnya biaya yang harus dibayarkan kepada PPK
 - b. *Underwriting*, yaitu menerapkan hasil perhitungan iuran pada penerimaan calon peserta
 - c. *Collecting*, yaitu mengumpulkan iuran dari peserta sesuai dengan hasil perhitungan
 - d. *Payment*, yaitu membayar biaya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PPK
 - e. *Accountability*, yaitu mempertanggungjawabkan penerimaan dan pengeluaran dana
 - f. *Insurance*, yaitu mengasuransikan diri guna memeperkecil timbulnya risiko financial
 - g. *Insolvency coverage*, yaitu melindungi PPK dan peserta dari kemungkinan bangkrut
 - h. *Investment*, yaitu melakukan investasi untuk lebih mengembangkan program JPKM

11.5.8 Harapan Dampak JPKM Terhadap Pembangunan Kesehatan

1. Diperolehnya pemeliharaan kesehatan paripurna melalui satu upaya perlindungan kesehatan yang berkesinambungan dan bermutu sesuai dengan kebutuhan peserta
2. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan, yaitu :
 - a. Ditekannya biaya pemeliharaan kesehatan sehingga dapat terjangkau oleh masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.
 - b. Meningkatnya pemerataan pelkes
 - c. Meningkatnya peran serta masyarakat khususnya swasta dalam penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan

- d. Meningkatnya kemampuan dan kemandirian masyarakat dalam membiayai pemeliharaan kesehatan sendiri, sejalan dengan meningkatnya kemampuan sosial ekonomi
- e. Terjadi subsidi silang dalam penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang mampu dan tidak mampu

BAB 12. MENJAGA MUTU PELAYANAN KESEHATAN

12.1 Pengertian *Quality Assurance*

Menjaga mutu (*Quality Assurance*) dalam artian sebagai penjamin mutu atau memastikan mutu. Definisi *Quality Assurance* menurut para ahli, antara lain :

1. “Dr. Avedis Donabedian seorang ahli dalam QA pelayanan kesehatan, QA adalah semua penataan-penataan dan kegiatan-kegiatan yang dimaksudkan untuk menjaga keselamatan, memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan”.
2. “Dr. Heather Palmer (1983), QA adalah suatu proses pengukuran mutu, menganalisa kekurangan yang ditemukan dan membuat kegiatan untuk meningkatkan penampilan yaitu diikuti dengan pengukuran mutu kembali untuk menentukan apakah peningkatan telah dicapai. Ia adalah suatu kegiatan yang sistematis, suatu siklus kegiatan yang mempergunakan standar pengukuran”.
3. “Drs. Rueles dan Frenk dari Mexico, QA adalah suatu proses sistematis untuk menutup gap antara kinerja yang ada dan outcome yang diharapkan”.
4. “Dr. Donald Bewick ahli CQI dari US, QA adalah suatu pendekatan pengorganisasian secara terintegrasi untuk mempertemukan kebutuhan pasien dan harapan pasien dengan manajemen serta staf pada waktu proses peningkatan dan pelayanan dengan menggunakan teknik kuantitatif dan piranti analisis”.
5. “*Join Commision on Accreditation of Hospital (JCAH)* yaitu badan penyelenggaraan akreditasi di Amerika, QA adalah suatu program berlanjut yang disusun secara obyektif dan sistematis, memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan kesempatan untuk meningkatkan pelayanan pasien dan memecahkan masalah yang terungkap”.
6. “ISO 8402 QA adalah semua kegiatan sistematis dan direncanakan yang diperlukan untuk menyediakan kepercayaan yang memadai sehingga produk dan pelayanannya memuaskan sesuai dengan syarat-syarat mutu”.

12.2 *Quality Control* dan *Quality Assurance*

Menurut *The American Heritage Dictionary* “*Control* (pengendalian) adalah wewenang atau kemampuan untuk mengatur, mengarahkan atau mendominasi”. Sedangkan “*Assurance* adalah kegiatan kepastian yang terjamin keadaannya atau sebuah pernyataan/indikasi yang dapat menimbulkan rasa kepercayaan (jaminan)”. Terminologi “*quality control* (kendali mutu)” dan “*quality assurance* (menjaga mutu)” mengacu pada aspek yang berbeda dari kegiatan mutu untuk memuaskan pelanggan. *Quality assurance* menggunakan cara internal audit dan surveilans dalam menjaga bahwa organisasi mencangkup 2 tujuan, yaitu :

1. Organisasi mengikuti prosedur sebagai pegangan kualitas
2. Prosedur itu efektif untuk menghasilkan yang diinginkan

Bagian *quality control* terlibat pada monitor dan evaluasi sehari-hari dan memberikan keputusan terhadap proses yang terlibat dalam produksi, serta menggunakan audit penjaja dan surveilans penjaja untuk menjamin bahwa produk yang baru masuk adalah pada tingkat mutu yang dapat diterima. Sedangkan bagian *quality assurance* biasanya terlibat pada kegiatan yang diambil oleh organisasi untuk memberikan keyakinan bahwa produk akan berhasil sebagaimana sasaran yang diinginkan, serta menggunakan teknik seperti audit internal dan surveilans untuk menjamin bahwa organisasi mutu memenuhi dua hal, yakni :

1. Organisasi mengikuti prosedur sebagaimana diuraikan dalam manual (buku pedoman) mutu.
2. Efektif dan memeberikan hasil seperti yang diharapkan jika mengikuti prosedur.

Bagian *quality control* terlibat dalam monitoring dan evaluasi sehari-hari, sedangkan *quality assurance* biasanya terlibat dalam kegiatan memberikan kepercayaan bahwa produk akan pada tingkat mutu yang ditargetkan. Pada banyak perusahaan, bagian *quality assurance* mengelola mutu dan *quality control* menangani evaluasi dan control mutu. Berikut perbedaan *quality control* dan *quality assurance* :

Tabel 1.2 Perbedaan QA dan QC

| Perbedaan | <i>Quality Assurance</i> | <i>Quality Cotrol</i> |
|------------|--|---|
| Pengertian | Menjaga mutu, dalam proses, agar mutu yang dihasilkan seperti yang diinginkan dan sesuai dengan standar atau manual. | Mengendalikan mutu dengan memeriksa (inspeksi) hasil produksi, apakah mutu telah seperti yang diinginkan dan sesuai dengan standar atau manual. |
| Metode | Audit internal dan surveilans, evaluasi proses, mengelola mutu, dan metode penyelesaian masalah. | Metode statistic, menilai mutu akhir, evaluasi output, control mutu, dan monitoring pekerjaan sehari-hari. |

12.3 Pengorganisasian Quality Assurance/Quality Control

12.3.1 Peran dan tanggung jawab manajer kesehatan terhadap mutu manajemen

Mutu dari manajemen Rumah Sakit atau Puskesmas merupakan suatu penunjang yang penting dalam efektivitas pelayanan asuhan kepada masyarakat. Pelaksanaan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA, manajer kesehatan mempunyai peran yang dibagi menjadi tiga kegiatan pokok, yaitu :

1. Monitoring

Sistem pencatatan/pelaporan data yang dimiliki pelayanan kesehatan dan yang berasal Circuit Rider yang mengunjungi puskesmas atau rumah sakit merupakan sumber informasi untuk program QA yang dapat dipakai. Terdapat empat bidang yang terkait dengan mutu yang diperoleh dari informasi tahunan tentang penampilan puskesmas/rumah sakit, yaitu :

- a. Kepatuhan terhadap standar (*compliance with standard*)
- b. Pengetahuan pasien (*patient knowledge*)
- c. Kepuasan pasien (*patient satisfaction*)
- d. Kelangsungan berobat (*continuation rates*, keteraturan berobat)

Empat indikator tersebut dapat diperoleh gambaran tentang mutu pelayanan kesehatan di puskesmas atau di rumah sakit dibandingkan sebelumnya.

2. Dukungan

Para ahli QA mengingatkan bahwa tanpa dukungan yang nyata dari top management, program peningkatan mutu tidak akan berhasil. Oleh karena itu diharapkan para atasan di unit pelayanan kesehatan dapat memberikan perhatian dalam program QA ini antara lain dengan memberikan penghargaan atau pujian yang tulus kepada mereka agar peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA dapat lestari.

3. Intervensi

Manajer senior memerlukan beberapa alat baru untuk intervensi. Antara lain dapat berupa tambahan anggaran, peralatan, biaya yang khusus untuk QA dan tenaga terlatih untuk membantu pelaksanaan QA.

12.3.2 Tanggung Jawab QA dan QC

Quality Assurance mempunyai tanggung jawab yang spesifik dalam penantaan tradisional, meliputi seluruh tugas untuk menata tujuan umum, menyediakan pedoman dan mengatur pengarahan, tanggung jawab tersebut antara lain, yaitu :

- a. Review pelatihan dan kualifikasi personil
- b. Review catatan yang berhubungan dengan mutu
- c. Mengembangkan, dokumen, dan implementasi prosedur mutu
- d. Skedul, hubungan, dan follow up audit mutu internal atau eksternal
- e. Terlibat dalam review desain
- f. Surveilans pelaksanaan, yaitu proses atau program, penjaja (dalam hal kontrak apakah sesuai dengan kontrak yang disepakati), pencatatan (yang diperlukan untuk pemerintah).

Sedangkan tanggung jawab *quality control* yang terpusatkan sekitar mutu mengikuti pengarahan atau petunjuk yang diberikan oleh bagian *quality assurance*. Kegiatan *quality control* diarahkan pada evaluasi dari produk dan pengendalian proses yang dipergunakan untuk menghasilkan produk, seperti :

- a. Menetapkan kualifikasi dan latihan personil
- b. Meninjau catatan dan laporan
- c. Menganalisis data yang cacat
- d. Melakukan test khusus
- e. Melakukan inspeksi, yaitu penerimaan, proses, inspeksi akhir, inspeksi penjaja
- f. Mengadakan surveilans, yaitu waktu proses, peralatan dan kaliberasi alat ukur, catatan mutu

12.3.3 Tugas Manajer QA/QC

Tugas manajer *Quality Assurance/Quality Control* ada tiga kategori utama, yaitu :

1. Manajemen Mutu
2. Engineering Mutu
3. Inspeksi Mutu

Selain supervisi, manajer bagian *Quality Assurance/Quality Control* mempunyai tanggung jawab untuk mengadakan *feed back* tepat waktu dan cermat kepada manajer yang lebih tinggi, berupa nilai-nilai catatan mutu dan hasil monitoring serta evaluasi. Manajer *quality assurance/quality control* menata tujuan mutu, menyelenggarakan pengarahan, mengembangkan program, dan monitoring kemajuan bagian yang terkait dalam

mempertemukan sasaran. Pemberian jasa pelayanan diharapkan dengan pembiayaan serendah mungkin supaya penawaran kembali yang terbaik pada investasi pemegang saham. Dorongan untuk ini dalam ekonomi termasuk mutu, tetapi selalu bertemu dengan harapan atau sasaran perusahaan, antara lain yaitu menghasilkan produksi dengan biaya serendah mungkin namun nyaman digunakan pelanggan.

Manajer *quality assurance/quality control* selanjutnya memonitor produksi untuk mempertemukan harapan pembiayaan (yang seharusnya rendah) dengan sasaran yang diinginkan. Pekerjaan ini bekerja sama dengan bagian lain seperti penjaja, insinyur, produksi dan pengiriman untuk menemukan dan memecahkan masalah keluhan pelanggan. Manajer mempunyai tanggung jawab untuk memperhatikan seluruh informasi yang disediakan oleh organisasi mutu dan menyusun risalah rekomendasi untuk pertemuan pemanfaatan pelanggan pada biaya terendah. Manajer menjaga keseimbangan menentukan kepuasan pelanggan yang bagus dan organisasi perusahaan yang ingin keuntungan.

12.4 Pendekatan Sistem dalam Mutu Pelayanan Kesehatan

Sistem adalah suatu bentuk hubungan antara unsur atau komponen yang saling bergantung, saling membutuhkan, dan saling bereaksi. Pada sistem pelayanan kesehatan, banyak komponen yang dimaksud dalam berbagai aspek. Tenaga kesehatan yang terkait seperti dokter spesialis, dokter umum, apoteker, laborat, bidan, perawat, dan sistem manajemen kesehatan. Suatu puskesmas membutuhkan rumah sakit dalam rujukan medis, rumah sakit membutuhkan dinas kesehatan atau kanwil kesehatan dalam perencanaan kebutuhan tenaga, penganggaran dan peralatan kesehatan.

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan tentu perlu dijaga hubungan koordinasi dan kerja sama yang baik diantara masing-masing unsur. Bahkan dengan sistem lain, supra sistem atau subsistem yang lain hal tersebut diperlukan. Karena rumah sakit, puskesmas dan lain-lain adalah suatu sistem terbuka yang erat berhubungan dengan lingkungan sekitarnya, baik sistem, swasta maupun masyarakat lainnya. Hubungan erat antara tenaga medis dan paramedis sangatlah menentukan mutu pelayanan. Demikian pula hubungan antara bagian dalam rumah sakit. Jika masing-masing unsure merasa lebih penting atau merasa tidak penting, dapat diharapkan bahwa proses dan hasil pelayanan akan kurang bermutu. Demikian pula hubungan antara dokter, direktur, pemilik rumah sakit dan pasien, serta masyarakat lingkungan rumah sakit dan puskesmas, masing-masing memerlukan

hubungan dan kerja sama yang baik dan mempunyai komitmen yang tinggi untuk menjaga dan meningkatkan mutu.

12.4.1 Pengaruh Lingkungan dalam Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh lingkungan dalam arti luas, yaitu lingkungan ideologi, politik, ekonomi, sosial, dan budaya, lingkungan fisik dan biologi. Henrik L. Blum dalam kesehatan masyarakat mengemukakan bahwa derajat kesehatan, pengaruh lingkungan adalah paling besar, diikuti oleh perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan factor keturunan. Lingkungan di dalam sistem kesehatan maupun di luar sistem kesehatan mempengaruhi pelayanan kesehatan secara keseluruhan, karena pada dasarnya organisasi pelayanan kesehatan adalah bukan organisasi dengan sistem tertutup namun dipengaruhi keadaan di luar sistem.

Pengaruh lingkungan di dalam sistem organisasi kesehatan itu sendiri akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Lingkungan ideologi negara, politik demokratis liberal tentu berbeda dengan negara sosialis, member dampak yang berbeda terhadap organisasi kesehatan, apakah keterlibatan pemerintah atau swasta yang menonjol dalam pelayanan kesehatan, pemerintah dan orientasi birokrat yang menonjol di organisasi pelayanan kesehatan ataukah wawasan wirausaha (interpreneurship) yang bermutu pada pelanggan, ekonomi, sosial dan budaya juga mempengaruhi bentuk pelayanan yang diberikan. Kemakmuran ekonomi akan dapat menyediakan fasilitas dan peralatan kedokteran yang lebih bermutu.

Pentingnya moral, norma dan etika yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Lingkungan fisik dan biologic didalam atau diluar rumah sakit seperti penyediaan energi listrik, sarana komunikasi informasi medis, sarana air bersih, kamar kecil pasien, kebersihan bagsal perawatan, poliklinik, ruang tunggu, halaman, pembuangan limbah medis dan non medis, dapur, apotik farmasi, laboratorium, ruang radiologi, kenyamanan ruang istirahat dokter dan petugas kesehatan, masalah keselamatan dan kesehatan kerja bagi petugas kesehatan dan lain-lain akan memberikan nilai tambah bagi perbaikan mutu pelayanan kesehatan.

12.4.2 Organisasi Kesehatan Sebagai Sistem Terbuka

Sekecil apapun sistem kesehatan akan memerlukan dan berhubungan dengan sistem di luarnya, supra sistem maupun subsistem lainnya. Sistem rujukan medik seperti rumah sakit, relative sedikit tertutup dibandingkan dengan sistem pelayanan kesehatan dasar seperti

puskesmas. Makin tinggi kelas rumah sakit atau makin khusus suatu rumah sakit pada umumnya makin tertutup, mereka hanya berhubungan dengan unsure-unsur lain yang benar-benar dibutuhkan atau membutuhkan secara professional sesuai tugas pokok dan fungsinya.

12.5 Proses *Quality Assurance* dalam Pelayanan Kesehatan

Model peningkatan mutu QAP (*Quality Assurance Process*) mencoba mengintegrasikan kekuatan bermacam-macam model menjadi sederhana, logis untuk perencanaan dan pelaksanaan kegiatan QA. Model peningkatan mutu QAP mendefinisikan norma-norma, berkaitan dengan penilaian, bekerja dengan provider pelayanan kesehatan, kegiatan pendapatan penilaian dan monitor hasil. Proses ini dapat diintegrasikan ke dalam manajemen program. Berdasarkan empat prinsip tersebut, terbentuklah filosofi yang menjadi latar belakang 10 proses langkah quality assurance, yaitu :

1. Perencanaan *Quality Assurance*
2. Membuat pedoman/penyusunan standard
3. Mengkomunikasikan standard & spesifikasi
4. Monitoring mutu
5. pengidentifikasi suatu masalah yang ada dan proses penyeleksian
6. Defenisi operasionall suatu masalah
7. Pemilihan tim
8. Menganalisis masalah untuk mencari akar penyebab.
9. Mencari solusi permasalahan dan peningkatan mutu
10. Melakukan evaluasi peningkatan mutu

Waktu dan usaha yang diperlukan untuk tiap-tiap langkah akan bergantung dimana kegiatan QA ditempatkan. QA merupakan suatu siklus, proses terus-menerus yang harus dipakai secara fleksibel oleh organisasi untuk sebuah program. Proses tersebut mulai dengan upaya komprehensif untuk menetapkan standard dan norma seperti diuraikan pada langkah 1-3, atau mungkin mulai dengan skala yang kecil kegiatan-kegiatan peningkatan mutu, langkah 5-10 sebagai alternatif lain, proses dimulai dengan monitoring yaitu langkah ke 4. Beberapa

tim memilih secara simultan mulai dengan dua tempat. Monitoring komprehensif dan *problem solving* dimulai dan dikoordinasikan sebagai upaya parallel. Siklus QA tersebut antara lain :

1. Mendesain mutu, yaitu perencanaan, penyusunan suatu standar, menkomunikasikan standar
2. Monitoring mutu
3. Pemecahan masalah mutu yang ada, yaitu penetapan masalah, identifikasi masalah, analisa masalah dan mencari solusi

12.6 Mendesain Mutu

Langkah-langkah dalam mendesain mutu, yaitu :

1. Merencanakan QA (*Planning for QA*)

Langkah pertama menyiapkan organisasi yang melaksanakan QA. Perencanaan mulai dengan *review scope* organisasi pelayanan untuk menetapkan pelayanan mana yang dituju. Untuk meningkatkan mutu seluruh bidang dalam waktu bersamaan adalah hal yang tidak mungkin. Kegiatan QA didahulukan pada beberapa area yang kritis. Prioritas tinggi, volume tinggi atau pelayanan yang mudah bermasalah adalah sering dipilih untuk mendapat perhatian khusus untuk memulai program QA.

Ketika pemimpin organisasi memutuskan upaya QA akan mulai, mereka harus berorientasi kuat pada pendekatan peningkatan mutu. Komponen lain dari perencanaan yang ditugasi bertanggung jawab untuk kegiatan QA. Perencanaan strategi diperlukan apabila misi program tidak jelas atau tidak dianggap terhadap kebutuhan masyarakat, atau apabila perencanaan keseluruhan dalam organisasi melemah. Langkah pertama dalam melakukan rencana startegis yaitu mendefinisikan misi, memperkirakan sebuah peluang dan kendala yang akan muncul pada lingkungan internal maupun eksternal (*strengths, weakness, and organization*). Visi sebuah organisasi harus jelas, langkah-langkah apa yang akan dilakukan dalam mencapai output yang diinginkan yang menyesuaikan dengan lingkungan organisasi dan dapat menetapkan prioritas QA dari visi/misi sebuah program.

2. Menyusun standard an spesifikasi (*setting standards and specifications*)

Tujuan program dan sasaran dari sebuah organisasi harus jelas dan tereprinci kedalam operasional prosedur agar dapat menghasilkan mutu yang tinggi dan secara konsiten. Standard merupakan sebuah pernyataan tentang mutu yang diharapkan. hal ini merupakan

petunjuk praktis dan protokol prosedur administrasi atau prosedur operasional standar. Spesifikasi produk dan standar-standar penampilan. Spesifikasi biasanya berkaitan dengan karakter produk atau input material seperti obat atau perlengkapan atau peralatan teknis yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Standar penampilan adalah kriteria spesifik dipergunakan untuk mengukur outcomes atau penyelenggaraan pelayanan dan kegiatan yang mendukungnya.

3. Mengkomunikasikan pedoman dan standar (*communicate standards*)

Promosi penggunaan *standards operating procedures* dan standar penampilan sangatlah penting karena akan berdampak pada bentuk keyakinan petugas kesehatan, supervisor, manajer, dan orang yang mendukung untuk memahami apa yang diharapkan, khususnya apabila pelatihan sedikit, supervisi lemah atau apabila pedoman dan standar tersebut baru dibuat atau baru diubah. Manajer dan tim pusat kesehatan membagi tanggung jawab bersama terhadap mutu. Gagasan dan kemitraan dikomunikasikan dalam pedoman standard. Menjabarkan pedoman penampilan kepada alat bantu kerja, membuat program pelatihan, menyelenggarakan konferensi, rapat, pertemuan formal-informal, penyajian prosedur baru, menyediakan *on the job training* seperti perubahan protokol penggunaan administrasi.

12.7 Langkah – Langkah Pelaksanaan Program *Quality Assurance*

1. Sebelum melakukan kegiatan proyek QA Puskesmas, diperlukan data awal tingkat penampilan mutu puskesmas pelayanan kesehatan dasar dengan data *checklist* pelayanan kesehatan dasar yang ditetapkan.
2. Melakukan kegiatan intervensi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar dengan paket pelatihan QA.
3. Melakukan evaluasi pengumpulan data dengan *check list* yang sama untuk memperoleh data dan faktor tentang tingkatan penampilan mutu pelayanan kesehatan dasar puskesmas.
4. Pemantauan dalam rangka mengumpulkan data dasar dan data setelah intervensi dilakukan oleh teman sejawat yang sudah di latih.
5. Pengamatan/pengumpulan data dasar sebesar 25 sampel pengamatan untuk tiap jenis pelayanan dan dihitung tingkat kepatuhan (*compliance rate*).

6. Masalah tingkat kepatuhan direncanakan untuk diselesaikan dengan membuat rencana kegiatan.
7. Melakukan pengumpulan data lagi setelah evaluasi tentang tingkat penampilan mutu pelayanan (PKD) puskesmas dengan check list yang sama, namun hanya 12 sampel, yang disebut metode statistic LQAS (*Lot Quality Assurance Sampling*).
8. Bandingkan *compliance rate* pada data awal dengan *compliance rate* hasil evaluasi (LQAS).

Dalam mengukur penampilan petugas pelayanan kesehatan puskesmas, selain yang terlihat langsung dalam proses peningkatan mutu pelayanan kesehatan dasar, perlu juga menilai petugas lain untuk melihat penampilan petugas pelayanan kesehatan dasar puskesmas lebih lengkap, antara lain dengan audit internal, yaitu :

1. Pengumpulan data
 - a. Melalui pengamatan (*check list*) :
 - 1) Anamnese
 - 2) Pemeriksaan fisik
 - 3) Diagnosa
 - 4) Pengobatan
 - 5) Konseling
 - b. Interview pasien/pelanggan
 - c. Interview petugas kesehatan
 - d. Pemeriksaan alat-alat kedokteran yang berkaitan dengan diagnosa/terapi dan alat-alat esensial yang lain
 - e. *Standard operating procedure, check list*

2. Analisis Data

Pengumpulan data yang telah selesai akan dianalisis secara manual oleh puskesmas. Data dasar dikirim ke Dati II untuk dianalisa melalui computer dengan program EPI INFO (*Epidemiologi Informatica*).

3. Lokakarya analisis sistem di tingkat kabupaten

Hasil analisis sistem/evaluasi disajikan pada lokakarya tingkat kabupaten dengan peserta semua pengamat dari puskesmas. Dari analisis ini diketahui tingkat kepatuhan masing-masing puskesmas.

4. Membuat rencana kegiatan (POA)

Dengan masalah yang ada dalam melakukan pelayanan medis, perlu dibuat rencana kegiatan (POA) untuk meningkatkannya. Selain mengamati kepatuhan petugas kesehatan, dilakukan juga pengamatan pada petugas yang lain dalam upaya meningkatkan mutu penampilan pelayanan kesehatan puskesmas secara keseluruhan.

12.8 Pelaksanaan Program *Quality Assurance* di Puskesmas

Pelaksanaan program jaminan mutu (*Quality Assurance*) di Indonesia pertama kali dilaksanakan secara formal di Puskesmas Kabupaten Sidoarjo dan Kotamadya Probolinggo Jawa Timur pada tahun 1995/1996, serta didukung oleh Proyek Kesehatan-IV di Provinsi NTB Kabupaten Lombok Barat yang dilaksanakan oleh Bank Dunia dengan tujuan peningkatan derajat kesehatan & status gizi melalui peningkatan mutu pelkes dasar & peningkatan pemerataan pelayanan kesehatan, utamanya bagi penduduk berpenghasilan rendah dan membantu meningkatkan kemampuan (pemerdayaan) Dati II dalam menyelenggarakan urusan kesehatan yang telah diserahkan (desentralisasi/otonomi) dalam upaya peningkatan mutu penampilan pelayanan kesehatan masyarakat. Terdapat 8 komponen Program *Quality Assurance* :

1. Komponen Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD), berdasarkan usaha pokok Puskesmas (*Basic Health Service*) yang *cost effective*.
2. Manajemen Peralatan (*Equipment Management*).
3. Manajemen Obat (*Drug Management*).
4. Penempatan tenaga kesehatan yang efisien (*Staf Deployment*).
5. Pelatihan (*In service Training*).
6. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPKM, *Managed Care*).
7. Mobilisasi dana (*Resource Mobilization*).
8. Jaminan mutu (*Quality Assurance*).

Program QA/HP-IV di Puskesmas dilaksanakan melalui tiga tahap, yaitu :

1. Tahap analisis sistem (*system analysis*)

Tahap ini melakukan telaah terhadap sistem pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan melakukan pengamatan terhadap proses pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan oleh tenaga medis/paramedic di Puskesmas dengan menggunakan *check list*. Pengamatan dilakukan oleh puskesmas lain yang sudah dilatih, menilai yang belum dilatih untuk

mengumpulkan data dasar tentang kepatuhan terhadap *standard operating procedure (check list)* dalam pelayanan kesehatan dasar. Hasil pengamatan tersebut akan menjadi feedback yang akan disajikan oleh Dati II. Masalah yang berkaitan dengan kepatuhan (*compliance*) petugas dalam memenuhi standard, diselesaikan dengan membuat rencana pelaksanaan kegiatan (*Plan of Action*).

2. Tahap supervisi (*supervision based*)

Tahap ini untuk memonitoring dan mengevaluasi pelaksanaan POA. Tahap ini melihat peran petugas dalam meningkatkan mutu kerja dengan mematuhi standard operating procedures. Supervisi dilakukan oleh pimpinan Puskesmas, supervisor dari Dinas Kesehatan Dati II, sedangkan Dati I oleh para supervisor atau *circuit reider* yang telah dilatih.

3. Tahap pendekatan tim (*team based*)

Pada tahap ini petugas puskesmas menyelesaikan masalah yang kompleks dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar. Suatu masalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang solusinya memerlukan kerja sama dari kepemimpinan tim yang berwawasan mutu dan kepuasan pasien/pelanggan.

Tahap selanjutnya puskesmas melakukan peningkatan mutu berkelanjutan CQI/QA dalam pelayanan kesehatan dasar (PKD). Dalam pelaksanaan program QA proyek HP-IV memilih sasaran PKD yang *cost effective*, pendekatan epidemiologi dan ekonomi kesehatan. Berdasarkan uji coba dan Departemen Kesehatan RI, serta konsultan Bank Dunia menyepakati 10 pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) yang *cost effective*, yaitu :

1. Imunisasi
2. Ante Natal Care (ANC)
3. Pengobatan TBC Paru
4. Malaria
5. Demam Berdarah Dengue
6. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)
7. Diare
8. Gizi (kurang kalori protein, anemia besi, kekurangan iodium)
9. Keluarga Berencana
10. UKS, pengobatan kecacingan.

12. 9 Aplikasi Kegiatan *Quality Assurance* di Rumah Sakit

Topik *quality assurance* di rumah sakit :

1. Tindakan pelayanan medis pada umumnya
2. Kegiatan pre dan pasca operatif
3. Kebijakan terapi
4. Efek transfusi darah
5. Pelayanan laboratorium
6. Pelayanan radiologi
7. Koordinasi pelayanan gawat darurat
8. Perawatan luka baring (*bed sore*)
9. Perawatan luka bakar
10. Pertolongan partus
11. Pengendalian infeksi nosokomial
12. Pengendalian infeksi suntikan jarum infuse
13. Kebersihan dan sterilisasi

Bentuk kegiatan dalam penyelenggaraan QA pelayanan kesehatan di rumah sakit :

1. Pendidikan dan pelatihan medis berkelanjutan
2. Pelatihan *metode statistic*, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan
3. Pedoman praktek
4. Peer review
5. Audit medis
6. Manajemen mutu pelayanan kesehatan
7. Standarisasi pelayanan medis
8. Indikator klinik
9. Akreditasi
10. Sertifikasi
11. Masyarakat ilmiah atau asosiasi kedokteran
12. Simposium, seminar, lokakarya, *meeting* ilmu kedokteran

Pelaksanaan fungsi pengorganisasian QA di rumah sakit :

Lini depan : Pelayanan langsung, sehari-hari

1. Penerimaan dan transfer pasien (*triase*)
2. Rekam medis atau pencatatan pelaporan

3. Pelayanan klinik/tindakan medis dan keperawatan
4. Pelayanan laboratorium
5. Pelayanan radiologi
6. Pelayanan transfuse darah
7. Kebersihan dan strelisasi ruangan
8. Gugus Kendali Mutu

Lini Tengah : Pelayanan tidak langsung/periodic

1. Pengendalian infeksi (termasuk penyakit nosokomial)
2. Peer review
3. Surgical review
4. Tissue review
5. Medical record review
6. Black transfusion review
7. Drug usage review
8. Case study
9. Death case study
10. Audit committee
11. Drug committee
12. Accidence committee
13. Autopsy meetings
14. Medical committee

Lini Belakang : Pengarahan dan koordinasi *Quality Assurance*

1. Kebijaksanaan manajemen mutu rumah sakit
2. Koordinasi pelayanan mutu bersama Komite Medik, standarisasi prosedur pelayanan, akreditasi
3. Pendidikan dan latihan mutu
4. Penanganan keluhan, klaim, dan kepuasan pasien
5. Kegiatan lintas fungsional
6. Proyek peningkatan mutu pelayanan yang diperlukan
7. Monitoring dan evaluasi pelayanan mutu

Kompleks merupakan sifat dari manajemen rumah sakit. Hal yang dimaksud bukan saja menyangkut mengenai manajemen pelayanan medis, pelayanan keperawatan, akan tetapi mencakup seluruh manajemen baik perhotelan komunikasi, informasi/edukasi, manajemen personalia, perlengkapan, transportasi dan manajemen pelayanan umum lainnya.

BAB 13. EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN

“Menurut WHO penilaian (evaluasi) adalah suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelajaran yang dipejari untuk memperbaiki kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan di masa yang akan datang”. Tujuan penilaian untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna perencanaan dan pelaksanaan program serta memberikan petunjuk dalam pengelolaan tenaga, dana dan fasilitas untuk program yang ada sekarang dan yang akan datang. Sedangkan tujuan evaluasi program kesehatan yaitu memperbaiki program kesehatan dan pelayanannya untuk mengantarkan dan mengarahkan alokasi tenaga dan dana untuk program dan pelayanan yang sedang berjalan dan yang akan datang. Komponen yang menjadi penilaian sebagai pendekatan untuk menilai pelaksanaan program kesehatan, yaitu :

1. Kesesuaian yang berkaitan dengan alasan atau maksud mengadakan program, rencana kegiatan, pelayanan atau unit-unit.
2. Tinjauan terhadap kemajuan program.
3. Daya guna dan hasil guna program.
4. Dampak pelaksanaan program.

13.1 Jenis Evaluasi Program Kesehatan

Terdapat 4 kategori evaluasi program kesehatan menurut Dr. George James (1962), yaitu :

1. Evaluasi usaha (*evaluation of effort*), yaitu bagaimana praktek pelaksanaan program dan membandingkannya dengan standar local atau internasional, contohnya ratio pasien dengan tenaga kesehatan.
2. Evaluasi penampilan (*evaluation of performance*), yaitu mengetahui outcome yang telah dihasilkan oleh usaha program. pendekatan ini bertujuan untuk mengetahui kecocokan pelayanan yang diberikan untuk individu yang telah dibantu.
3. Kecukupan penampilan (*adequacy of performance*), yaitu untuk mengetahui tingkat sejauh mana masalah total masyarakat telah diselesaikan. Pelayanan yang ditujukan kepada sedikit masyarakat kurang adequate dibanding yang ditujukan masyarakat luas.
4. Evaluasi efisiensi (*evaluation of efficiency*), yaitu untuk mengetahui hasil akhir yang sama dicapai dengan biaya rendah. Program penyaringan (*screening program*) sering dievaluasi

dengan mempertimbangkan jumlah positif palsu (*false positif*) dan negatif palsu (*false negative*) yang dihasilkan program tersebut.

Terdapat dua jenis evaluasi program pada klasifikasi lain, yaitu :

1. *Formative evaluation*, yaitu evaluasi yang dilaksanakan selama program sedang berjalan yang bertujuan untuk dapat memberikan umpan balik kepada manajer program dan hasil yang dicapai serta hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program tersebut. Tindakan yang harus dilakukan agar tujuan tersebut dapat tercapai, antara lain :
 - a. Evaluasi proses, yakni untuk memberikan gambaran mengenai faktor yang dapat menghambat, mendorong, memberikan peluang dan tantangan yang ada (*Strengths, weakness, opportunities, dan treath* (SWOT)).
 - b. Menggunakan metode program *evaluation review technique* (PERT) atau CPM (*Critical Path Methode*).

2. *Summative evaluation*, yaitu evaluasi yang dilaksanakan pada akhir kegiatan program dengan tujuan untuk melihat keadaan keseluruhan hasil pelaksanaan program secara keseluruhan, hambatan yang ada, peluang dan potensi. Berikut merupakan sasaran dari *summative evaluation*, antara lain :
 - a. Evaluasi usaha (*effort evaluation*)

Evaluasi ini mempunyai suatu titik berat yaitu terhadap masukan program (input) yang dapat berupa kegiatan dan sarana prasarana tanpa melihat ouput program. evaluasi program beranggapan bahwa dengan kegiatan yang sesuai akan mendukung tercapainnya tujuan.
 - b. Evaluasi hasil usaha (*performance evaluation*)

Evaluasi ini bersifat kuantitatif, antara lain :

 1. Frekuensi kegiatan yang dilaksanakan
 2. Jumlah anak yang diimunisasi
 3. Jumlah vitamin A yang dibagikan
 - c. Evaluasi kelayakan hasil usaha (hasil guna) atau efektifitas
Evaluasi ini merupakan suatu hasil yang diperoleh dibandingkan dengan hasil yang diharapkan dalam suatu kegiatan.

$$\text{Efektifitas} = \frac{\text{Hasil yang dicapai}}{\text{Hasil yang diharapkan}}$$

d. Evaluasi daya guna atau efisiensi

Evaluasi ini bertujuan untuk menjawab pertanyaan “apakah sebanding antara hasil kegiatan atau keluaran (output) yang ada dengan asupan (input) modal yang disediakan.

$$\text{Efisiensi} = \frac{\text{Output}}{\text{Input}}$$

e. Evaluasi proses

Evaluasi ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang faktor kekuatan yang mendukung, faktor yang memperlemah, adanya peluang, dan faktor yang menghambat pencapaian tujuan yang diketahui setelah kegiatan selesai.

f. Evaluasi dampak program (*impact*)

Evaluasi ini dapat ditinjau dari dampak program yang dilaksanakan. Dengan dilaksanakan universal child immunization 100% anak bayi telah diimunisasi, angka kesakitan dan kematian karena penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi menurun dari 10 per 100 anak balita menjadi 2 per 1000 anak balita.

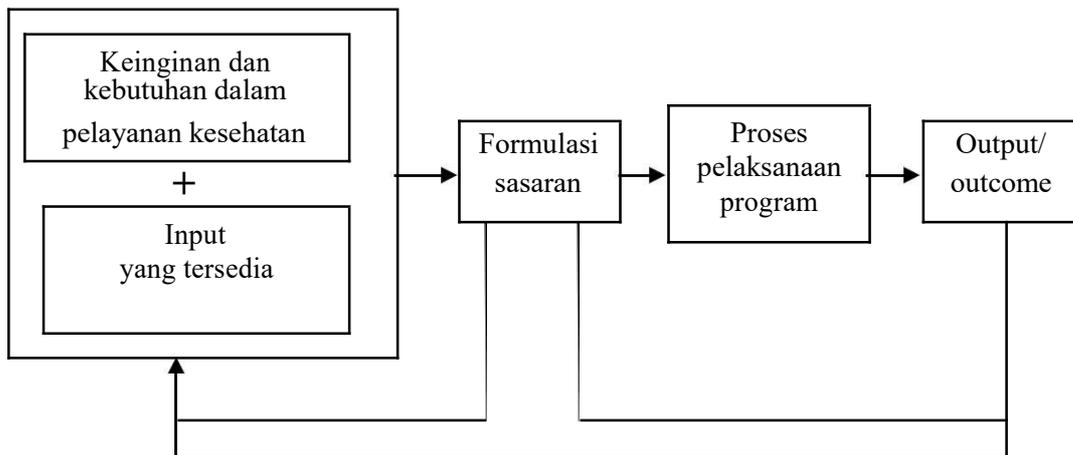
13.2 Evaluasi Program Kesehatan

“Menurut Water W. Holland evaluasi pelayanan kesehatan adalah ketetapan formal dari efektivitas, efisiensi, dan akseptabiliti dari intervensi yang direncanakan dalam mencapai sasaran yang ditetapkan”. Efektivitas dari intervensi adalah suatu ukuran dari outcome secara teknik dari segi medis, psikologi dan sosial. Efisiensi merupakan konsep ekonomi yang merujuk pada pembiayaan intervensi relatif terhadap efektivitas. Sedangkan akseptabiliti merujuk pada intervensi yang secara professional dapat memberikan kepuasan sosial.

Evaluasi program kesehatan dilaksanakan terhadap program pembangunan kesehatan khususnya evaluasi/penilaian terhadap pembangunan kesehatan ditingkat Kabupaten/Dati II Rumah Sakit Pemerintah dengan instrumen stratifikasi rumah sakit atau akreditasi rumah sakit swasta serta penilaian terhadap puskesmas dengan instrument stratifikasi puskesmas. evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui gambaran upaya pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan dalam pembangunan kesehatan.

Evaluasi bersifat multi dimensi dan kompleks, yang mana penyelenggaraan kesehatan merupakan suatu prosedur yang kompleks dengan banyak melibatkan kegiatan preventif, kuratif, promotif, rehabilitatif, yang dikoordinir secara administratif oleh struktur yang melibatkan berbagai disiplin ilmu, ekonomi, hukum, manajemen, sosial, perilaku, dan

kendala politis. Evaluasi pelayanan kesehatan mempunyai keterbatasan kemampuan dan sumber daya kesehatan, akan tetapi meskipun terdapat keterbatasan, pelayanan kesehatan tetap harus memberikan pelayanan yang optimal dengan meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan. Evaluasi harus memberikan umpan balik (*feedback*) ke dalam proses manajemen untuk melaksanakan perencanaan selanjutnya.



Gambar 13.1 Model program pelayanan kesehatan

Berikut beberapa aspek evaluasi yang berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan, antara lain :

1. Formulasi sasaran (objektif)

Formulasi sasaran harus jelas agar dapat dilakukan monitoring dan tidak dapat dievaluasi tanpa ada sasaran. Sasaran harus dapat diukur dan mengandung criteria evaluasi. Sasaran bervariasi sesuai dengan maksud spesifik dari tiap program pelayanan kesehatan. Sasaran sebagai suatu analisis terhadap kebutuhan dan permintaan untuk pemeliharaan kesehatan dan analisis pola penggunaan dibandingkan terhadap penilaian ukuran dari kebutuhan dan permintaan dalam mencapai sasaran.

2. Kebutuhan (*needs*)

Pada tingkat dasar kebutuhan untuk pemeliharaan kesehatan adalah jumlah dari kebutuhan individu dalam masyarakat atau perbedaan antara tingkat kesehatan sesungguhnya dengan tingkat optimal kesehatan, tanpa mempertimbangkan kemampuan pelayanan dan sumber daya. Dalam suatu perencanaan, membuat prioritas kebutuhan sangatlah penting. Kebutuhan boleh jadi tetap tidak dirasakan baik oleh pasien maupun dokter dan oleh

karena itu tidak diwujudkan dalam bentuk suatu keinginan/kemauan atau tuntutan/permintaan.

3. Keinginan (*want*)

Keinginan (*want*) merupakan suatu keadaan ketika individu mengenali kebutuhannya untuk pemeliharaan kesehatan. Keinginan atau kemauan yang jelas dibatasi oleh persepsi dari individu.

4. Permintaan (*demand*)

“Permintaan merupakan suatu fungsi dari kebutuhan dan faktor lain termasuk kemampuan pelayanan dan keadaan sosioekonomi seperti *income*, kelas sosial, dan besar keluarga”. Dokter juga mempunyai pengaruh terhadap permintaan masyarakat seperti dalam pemilihan terhadap jenis pelayanan kesehatan.

5. Penggunaan (*utilization*)

Evaluasi penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia, perlu dilakukan agar pelayanan dapat diketahui apakah efisien dan efektif atau tidak terjadi pemborosan yang tidak diinginkan.

6. Akseptabilitas (*acceptability*)

Pelayanan kesehatan harus dapat diterima oleh masyarakat meskipun masyarakat sering mengabaikan aspek pelayanan kesehatan yang ada. Apabila pelayanan kesehatan tidak dapat diterima, maka akan gagal dalam mencapai sasaran yang ditentukan apabila masyarakat menolak melakukannya. Dalam terminologi keseluruhan dibagi dua konsep yang disebut penerimaan yang dihubungkan dengan apa yang diterima dan kemampuan penerimaan yang merujuk kepada apa yang seharusnya diterima.

7. Penerimaan (*acceptance*)

Penerimaan merupakan sebagai proses psikososial oleh seorang individu atau kolektif dari penerimaan pelayanan kesehatan. Penerimaan pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk variabel fisik dari ketentuan pelayanan kesehatan seperti aksesibiliti dan kemampuan dan aspek kognitif seperti kesadaran dari eksistensi dari program pemeliharaan kesehatan dan persepsi terhadap sakit dan risiko.

8. Kemampuan penerimaan (*acceptability*)

Akseptability berhubungan dengan siapa (pasien, dokter, atau orang dalam risiko) yang seharusnya menerima pelayanan kesehatan atau paparan terhadap risiko kesehatan. Ini ditetapkan oleh konsep tentang keamanan dan risiko, norma dari paparan (*exposure*), pengaturan perlindungan, paparan yang diizinkan risiko yang diterima atau diabaikan, dan kesejahteraan. Akseptabilitas menyangkut bagaimana pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan dan tingkat apa dari bencana lingkungan beraksi.

13.3 Evaluasi Pelayanan Rumah Sakit

Untuk menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi, yaitu :

1. Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan
2. Mutu pelayanan
3. Tingkat efisiensi pelayanan

Indikator dibutuhkan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Agar informasi yang ada dapat bermakna harus ada nilai parameter yang akan dipakai sebagai nilai banding antara fakta dengan standar yang diinginkan. Berikut merupakan indikator yang dipakai untuk menilai suatu rumah sakit, antara lain :

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR), yaitu persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu, indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit.

Jumlah hari perawatan RS

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jml.TT} \times \text{jml. hari dalam satu satuan waktu}}{\text{Jumlah hari perawatan RS}} \times 100\%$$

Nilai ideal parameter BOR 60-85%.

2. *Average Length of Stay* (ALOS), yaitu rata-rata lama rawatan seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu yang dijadikan tracer (yang perlu pengamatan lebih lanjut).

Rumus=Jumlah hari perawatan pasien keluar/Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

Secara umum ALOS yang ideal antara 6-9 hari.

3. *Bed Turn Over* (BTO), yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu tempat tidur rumah sakit dipakai. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada pemakaian tempat tidur.

Rumus = Jumlah pasien keluar (hidup + mati) / Jumlah tempat tidur

Idealnya selama 1 tahun, 1 tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

4. *Turn Over Interval* (TOI), yaitu rata-rata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada penggunaan tempat tidur.

Rumus = (Jumlah TT x hari) - hari perawatan rumah sakit / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari.

5. *Net Death Rate* (NDR), yaitu angka kematian ≥ 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Rumus = Jumlah pasien mati > Jumlah pasien keluar (hidup + mati) x 1000%

Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar.

6. *Gross Death Rate* (GDR), yaitu angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.

Rumus = Jumlah pasien mati seluruhnya / Jumlah pasien keluar (hidup + mati) x 1000%

Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

7. Rata-rata kunjungan poliklinik per hari, yaitu untuk menilai tingkat pemanfaatan poliklinik rumah sakit. Angka rata-rata ini apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk diwilayahnya akan memberikan gambaran cakupan pelayanan dari suatu rumah sakit.

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah hari buka klinik}}{\text{Jumlah hari}}$$

8. Kegiatan klinik unit darurat, yaitu angka kematian di klinik unit darurat $\leq 25\%$, dibandingkan dengan jumlah pasien di unit darurat.

13.4 Evaluasi Pelayanan Puskesmas

Evaluasi puskesmas dilaksanakan dengan instrument stratifikasi puskesmas. Stratifikasi puskesmas adalah upaya untuk melakukan penilaian prestasi kerja puskesmas dengan mengelompokkan puskesmas dalam 3 strata, yaitu :

1. Strata puskesmas dengan prestasi kerja baik (Strata I), pencapaian skor $> 75\%$.
2. Strata puskesmas dengan prestasi kerja cukup (Strata II), pencapaian skor $> 50\% - < 75\%$.
3. Strata puskesmas dengan prestasi kerja kurang (Strata III), pencapaian skor $< 50\%$.

Pengelompokan ketiga strata tersebut digunakan dalam rangka pemantauan terhadap tingkat perkembangan fungsi puskesmas sehingga dengan demikian pembinaan dalam rangka peningkatan fungsi puskesmas dapat dilaksanakan lebih terarah. Hal ini diharapkan agar dapat menimbulkan gairah kerja, rasa tanggung jawab dan kreatifitas kerja yang dinamis melalui pengembangan falsafah mawas diri. Faktor sumber daya dan lingkungan akan mempengaruhi kemampuan puskesmas dalam pengelolaan dan pelaksanaan program kesehatan. Agar didapat pembinaan yang serasi antara kemampuan dalam pengelolaan dan beban yang dikelola, maka sudah selayaknya untuk mengelompokkan puskesmas tersebut de dalam beberapa strata sesuai dengan tingkat perkembangannya. Tujuan stratifikasi puskesmas, yaitu :

1. Tujuan umum, yaitu untuk mendapatkan gambaran tentang tingkat perkembangan fungsi puskesmas secara berkala dalam rangka pembinaan dan pengembangannya.
2. Tujuan khusus, yaitu :
 - a. Mendapatkan gambaran secara menyeluruh perkembangan puskesmas dalam rangka mawas diri.

- b. Mendapatkan masukan untuk perencanaan puskesmas dimasa datang.
- c. Mendapatkan informasi tentang masalah dan hambatan pelaksanaan puskesmas sebagai masukan untuk pembinaannya.

Pelaksanaan stratifikasi puskesmas, mencakup aspek puskesmas termasuk puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan hasil pembinaan peran serta masyarakat antara lain dalam bentuk posyandu. Sedangkan ruang lingkup stratifikasi puskesmas dikelompokkan dalam 4 aspek atau kelompok variabel yang meliputi :

1. Hasil kegiatan puskesmas dalam bentuk cakupan dari masing-masing kegiatan. Terdapat 4 variabel yang dapat dinilai, yaitu :
 - a. Variabel hasil kegiatan usaha pokok upaya kesehatan.
 - b. Variabel manajemen puskesmas.
 - c. Variabel sarana puskesmas.
 - d. Variabel keadaan lingkungan puskesmas.
2. Hasil dan cara pelaksanaan manajemen puskesmas.
3. Sumber daya yang tersedia di Puskesmas.
4. Keadaan lingkungan yang mempengaruhi pencapaian hasil kegiatan puskesmas.

13.5 Langkah-Langkah Evaluasi Program

Pada Evaluasi program, tiga langkah spesifik yang harus diikuti, yaitu :

1. Membuat statemen yang jelas sasaran (objectives) program berdasar kriteria yang digunakan sesuai dengan sasaran yang ingin dicapai.
2. Mengadakan ukuran dasar tentang status situasi pada saat sasaran dibuat.
3. Mengetahui status program terhadap sasaran. Sehingga dapat diketahui hasil program apakah seperti diharapkan.

Dalam prakteknya langkah-langkah evaluasi menurut Levey dan Loomba, antara lain :

1. Tahap perencanaan evaluasi, yaitu :
 - a. Formulasi sasaran
 - b. Spesifikasi ukuran penampilan
 - c. Membuat model, rencana, program
2. Tahap pelaksanaan dan evaluasi, yaitu :
 - a. Mengukur hasil

- b. Menetapkan dan menerangkan derajat keberhasilan
 - c. Rekomendasi untuk kegiatan yang tepat sesuai dengan sasaran yang ditetapkan sebelumnya dan hasil yang sesungguhnya.
3. Komponen program, yaitu :
- a. Sasaran, yaitu suatu situasi atau kondisi seseorang atau lingkungan di mana personil program bertanggung jawab untuk mencapai seperti diinginkan.
 - b. Kegiatan, yaitu pekerjaan yang ditampilkan oleh personil dan peralatan program dalam pencapaian sasaran.
 - c. Sumber daya, yaitu tenaga kesehatan, anggaran, bahan dan fasilitas yang dapat mendukung penampilan kegiatan.

Menurut WHO, evaluasi (penilaian) merupakan suatu cara yang sistematis untuk memperbaiki kegiatan yang sedang berjalan sekarang serta untuk meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan menyeleksi secara seksama alternatif tindakan yang akan datang. Hal ini berhubungan dengan aspek pengembangan dan pelaksanaan suatu program dan kegiatan yang membentuk program, relevansi, rumusan, efisiensi dan efektivitas, biaya dan penerimaannya oleh semua pihak yang terlibat.

Tujuan evaluasi dalam pembangunan kesehatan adalah untuk memperbaiki program kesehatan dan pelayanan kesehatan, serta mengarahkan alokasi sumber daya, tenaga dan dana kepada program dan pelayanan kesehatan pada saat ini dan di masa yang akan datang. Evaluasi harus digunakan secara konstruktif dan bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lewat atau sekedar mencari kekurangan. Evaluasi merupakan suatu alat untuk pengambilan keputusan.

BAB 14. AKREDITASI RUMAH SAKIT

Akreditasi merupakan pengakuan resmi yang biasanya diberikan oleh pemerintah terhadap lembaga sertifikasi yang memenuhi standar EN-45012, yaitu persyaratan internasional bagi sebuah lembaga sertifikasi. Sertifikasi merupakan pengakuan resmi terhadap keberhasilan penerapan sistem mutu di perusahaan berdasarkan pada standar pada sistem mutu (misal ISO 9000). Lembaga sertifikasi dapat merupakan lembaga pemerintah maupun non pemerintah.

Di Indonesia, lembaga yang berwenang memberikan akreditasi kepada lembaga sertifikasi adalah Komite Akreditasi Nasional – Dewan Standar Nasional (KAN-DSN). Lembaga sertifikasi yang telah memperoleh akreditasi KAN-DSN, yaitu antara lain, misalnya :

1. B4T *Quality System Certification* (B4T-QSC)
2. Sucofindo
3. *Agro Based Industry Quality Assurance* (ABIQA)
4. Balai Industri Semarang *Quality Assurance* (BISQA)
5. Mutu Lestari Agung *Quality Assurance* (MLACQ), dsb.

Badan sertifikasi ditetapkan atas pertimbangan antara lain, lingkup akreditasi dari badan sertifikasi sistem mutu yang sesuai dengan organisasi ataupun perusahaan yang sesuai, termasuk dalam kemampuan komunikasi para auditor. Akreditasi bersifat sukarela dari organisasi kesehatan. Tujuan akreditasi untuk mengarahkan organisasi menuju optimasi penampilan daripada hanya sekedar pencapaian minimum. Akreditasi berdasarkan pada standar yang ada dimana suatu penampilan diukur. Standar yang dikembangkan oleh badan akreditasi yang berpartisipasi atau yang berkaitan.

Standar-standar baru dan revisi standar merupakan proses yang terjadi terus-menerus, serta memerlukan inovasi teknik, perkembangan pengetahuan, perubahan peraturan pemerintah, atau pertanggungjawaban terhadap pelanggan diperlukan untuk revisi dan mengembangkan standar. Survei terhadap fasilitas kesehatan diperlukan pada jangka waktu tertentu oleh badan akreditasi untuk menetapkan apakah organisasi pelayanan kesehatan tersebut dapat diakreditasi atau tidak.

Survei akreditasi menyampaikan sasaran untuk evaluasi yang identik dengan kekuatan dan kelemahan yang diperlukan untuk peningkatan manajemen dan pirantinya, pengajaran dan pelatihan, menjamin adanya tindakan perbaikan dan mendemonstrasikan keinginan fasilitas yang diperlukan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Akreditasi rumah sakit berkaitan dengan penilaian kepatuhan terhadap standar yang mencakup seluruh fungsi dan kegiatan rumah sakit. Sumber daya atau sarana dan prasarana, manajemen, pelayanan medik, perawatan, fungsi penunjang umum, diagnostik, rekam medis, hak pasien dsb. Dengan adanya akreditasi diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan (output) yang bermutu.

Pada umumnya proses akreditasi rumah sakit secara garis besar adalah sebagai berikut :

1. Sebelum dilakukan akreditasi oleh Tim Akreditasi, rumah sakit mempersiapkan diri sebaik-baiknya melaksanakan dan melengkapi apa saja yang akan dinilai, dengan melakukan penilaian diri sendiri dengan instrumen atau kuesioner (pra survey). Hasil pengisian pra survey ini akan memberikan gambaran tentang profil rumah sakit tersebut bagi surveyor (Anggota Komite Akreditasi RS)
2. Pada saatnya Komite Akreditasi RS melakukan pemeriksaan (survey) ke rumah sakit tersebut dan memeriksa dokumen yang ada, peralatan medis, mengamati kegiatan pelayanan medis, mewawancarai manajer, staf medis, paramedis dan nomedis serta pasien dan keluarganya. Lamanya survey tergantung kelas dan besarnya RS. Komite Akreditasi akan berdiskusi dengan pejabat senior rumah sakit untuk lebih memperoleh keadaan yang mendekati kebenaran.

14.1 Maksud Akreditasi Rumah Sakit

1. Memberikan standar-standar operasional rumah sakit dan fasilitas kesehatan serta pelayanan lain yang berhubungan. Standar pada umumnya mempunyai ciri tertentu, yakni :
 - a. Berhubungan dengan mutu pemeliharaan atau pelayanan yang disediakan.
 - b. Berhubungan dengan optimalisasi sumber daya yang ada.
 - c. Kepatuhan dapat diukur.

2. Untuk menghubungkan program survei dan akreditasi yang akan menjadi anggota dari profesi kesehatan, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lain yang berhubungan secara sukarela.
 - a. Meningkatkan mutu tinggi dari pelayanan dalam semua aspek dengan maksud untuk memberikan pasien manfaat yang optimal yang ilmu/kedokteran telah menawarkan.
 - b. Untuk menggunakan prinsip dasar dari rencana keselamatan dan pemeliharaan fisik dan organisasi serta administrasi fungsi dari pelayanan yang efisien pasien.
 - c. Untuk menjaga pelayanan esensial dalam fasilitas-fasilitas melalui usaha-usaha koordinasi dari staf yang terorganisir dan badan-badan pemerintah dari fasilitas-fasilitas.
3. Untuk menghubungkan program-program pendidikan serta riset dan menerbitkan hasil dari itu, yang akan lebih lanjut maksud lain dari organisasi, dan untuk menerima bantuan, pemberian dan warisan dan perlengkapan-perengkapan, serta mendukung organisasi.
4. Untuk memberikan tanggung jawab dan menghubungkan kegiatan-kegiatan lain menyesuaikan dengan operasional dari penyusunan standar, survei dan program akreditasi.

14.2 Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI, No. 159a/MENKES/PER/II/1998 tentang rumah sakit disebutkan bahwa :

Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan bahwa rumah sakit memenuhi standar minimal yang ditentukan. Standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 436/MENKES/SK/VI/1993. Standar yang digunakan untuk akreditasi mengacu pada standar dalam Surat Keputusan Menteri tersebut dan pertimbangan lain yang ditetapkan. Menurut Keputusan Dirjen Yan. Medik Depkes RI, No. HK.00.06.3.5.00788 tentang Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit, ditentukan bahwa : “yang dimaksudkan dengan akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan dari pemerintah yang diberikan kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar yang ditetapkan. Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu tim yang bersifat non struktural yang dibentuk berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI, anggotanya terdiri dari beberapa unsur, yaitu :

- a. PERSI

b. Organisasi profesi bidang kesehatan

c. Ahli perumahan sakitan

d. Departemen kesehatan

e. Instansi/unit terkait

Akreditasi rumah sakit dilakukan sekurang-kurangnya setiap 3 tahun sekali dan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

2. Akreditasi Rumah Sakit mencakup penilaian terhadap :

a. Fisik bangunan

b. Pelayanan kesehatan

c. Perlengkapan

d. Obat-obatan

e. Ketenagaan

f. Administrasi

3. Mengacu pada surat Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 436/MENKES/SK/IV/1993, mengingat kemampuan rumah sakit, penerapan standar-standar tersebut dapat secara bertahap , namun minimal sudah harus dapat memenuhi standar 5 kegiatan pelayanan pokok, yaitu :

a. Administrasi dan manajemen

b. Pelayanan medis

c. Pelayanan gawat darurat

d. Pelayanan keperawatan

e. Rekam medis

Kegiatan pelayanan standar yang lainnya adalah :

a. Kamar operasi

b. Pelayanan radiologi

c. Pelayanan perinatal risiko tinggi

d. Pelayanan laboratorium

e. Pengendalian infeksi di Rumah Sakit

f. Pelayanan sterilisasi

g. Keselamatan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana

Berdasarkan surat Direktur Jenderal Depkes RI, No. YM.02.03.3.5.912 mulai tahun anggaran 1999/2000 akreditasi rumah sakit akan dilaksanakan untuk 12 kegiatan pelayanan, yaitu :

- a. Administrasi dan manajemen
- b. Pelayanan medis
- c. Pelayanan gawat darurat
- d. Pelayanan keperawatan
- e. Rekam medis
- f. Kamar operasi
- g. Pelayanan radiologi
- h. Pelayanan laboratorium
- i. Pelayanan farmasi
- j. Pelayanan perinatal risiko tinggi
- k. Pengendalian infeksi di rumah sakit
- l. Keselamatan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana

14.3 Tujuan Akreditasi Rumah Sakit

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran seberapa jauh rumah sakit di Indonesia telah memenuhi berbagai standar yang ditentukan, dengan demikian mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan.

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan pengakuan dan penghargaan kepada rumah sakit yang telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- b. Memberikan jaminan kepada petugas rumah sakit bahwa semua fasilitas, tenaga, dan lingkungan diperlukan tersedia, sehingga dapat mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien dengan sebaik-baiknya.
- c. Memberikan jaminan dan kepuasan kepada “*costumers*” dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit diselenggarakan sebaik mungkin.

14.4 Manfaat Akreditasi

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Akreditasi menjadi forum komunikasi dan konsultasi antara rumah sakit dan badan akreditasi yang akan memberikan saran perbaikan atau rekomendasi untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui pencapaian standar yang ditentukan.
- b. Dengan adanya metode *self-evaluation*, rumah sakit dapat mengetahui pelayanan yang berada dibawah standar atau perlu ditingkatkan. Dengan demikian, hal ini akan meningkatkan kesadaran rumah sakit akan pentingnya upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.
- c. Pentingnya untuk rekrutmen dan membatasi “*turn-over*” staf rumah sakit (tenaga medis/para medis/non medis), karena para pegawai akan lebih senang, tenang dan aman bekerja di rumah sakit yang telah diakreditasi.
- d. Dengan perkembangan asuransi kesehatan, akan semakin banyak perusahaan asuransi yang mempersyaratkan pesertanya untuk berobat di rumah sakit yang memiliki status akreditasi. Sehingga suatu saat nanti rumah sakit yang telah diakreditasi sajalah yang mendapatkan penggantian biaya pengobatan/perawatan dari pihak ketiga tersebut.
- e. Status diakreditasi juga menjadi alat untuk negosiasi dengan perusahaan asuransi kesehatan.
- f. Status diakreditasi dapat dijadikan alat untuk memasarkan (“*marketing*”) pada masyarakat.
- g. Suatu saat pemerintah akan mempersyaratkan akreditasi sebagai kriteria untuk memberi izin rumah sakit yang menjadi tempat pendidikan tenaga medis/para medis.
- h. Status diakreditasi merupakan status simbol bagi rumah sakit dan dapat meningkatkan citra dan kepercayaan masyarakat atas rumah sakit.
- i. Dengan diketahuinya kekurangan dibandingkan dengan standar yang ada, rumah sakit dapat menggunakannya untuk kepentingan pengajuan anggaran dan perencanaan/pengembangan rumah sakit kepada pemilik (pembari bantuan).

2. Bagi Pemerintahan

- a. Akreditasi merupakan salah satu pendekatan untuk meningkatkan dan membudayakan konsep mutu pelayanan rumah sakit melalui pembinaan terarah dan berkesinambungan.
- b. Akreditasi dapat memberikan gambaran (potret) keadaan perumahsakit di Indonesia dalam pemenuhan standar yang ditentukan sehingga menjadi bahan masukan untuk rencana pengembangan pembangunan kesehatan pada masa yang akan datang.

3. Bagi Perusahaan Asuransi

- a. Akreditasi penting untuk negosiasi klaim asuransi kesehatan dengan rumah sakit.
- b. Akreditasi memberikan gambaran rumah sakit mana yang dapat dijadikan mitra kerja.

4. Bagi Masyarakat

- a. Masyarakat dapat mengenal (secara formal) dengan melihat sertifikasi akreditasi yang biasanya dipajang di rumah sakit yang pelayanannya telah memenuhi standar, sehingga dapat membantu mereka memilih rumah sakit yang dianggap baik pelayanannya.
- b. Masyarakat akan merasa lebih aman mendapat pelayanan di rumah sakit yang sudah diakreditasi dari pada yang belum diakreditasi.

5. Bagi Pemilik

- a. Pemilik mempunyai rasa kebanggaan bila rumah sakitnya diakreditasi.
- b. Pemilik dapat menilai seberapa baik pengelolaan sumber daya (efisiensi) rumah sakit ini dilakukan oleh manajemen dan seluruh tenaga yang ada, sehingga misi dan program rumah sakit dapat lebih mudah tercapai (efektivitas).

6. Bagi Pegawai/Petugas

- a. Petugas (medis, para medis, non medis) merasa lebih senang dan aman serta terjamin bekerja pada rumah sakit yang diakreditasi.
- b. Biasanya pegawai pada unit pelayanan yang mendapat nilai baik sekali akan mendapat imbalan (materil/non materil) dari manajemen atas usahanya selama ini dalam memenuhi standar.
- c. Self-assessment akan menambah kesadaran akan pentingnya pemenuhan standar dan peningkatan mutu sehingga dapat memotivasi pegawai tersebut bekerja lebih baik.

14.5 Standar untuk Akreditasi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b/Menkes/Per/II/1998 disebutkan bahwa akreditasi rumah sakit adalah pengakuan bahwa rumah sakit memenuhi standar minimal yang ditentukan. Dengan adanya standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 436/MENKES/SK/VI/1993, maka seluruh rumah sakit diwajibkan untuk menerapkan standar tersebut tanpa memandang kelas dan status kepemilikannya. Tetapi karena kemampuan

pelayanan rumah sakit yang bervariasi, pelaksanaan penerapan standar-standar itu haruslah berlangsung secara bertahap.

Standar yang digunakan untuk akreditasi mengacu pada standar pelayanan rumah sakit tersebut tetapi dengan beberapa penyesuaian berdasarkan hasil uji coba di lapangan dan saran dari para pemakai agar lebih dapat diterima dan memenuhi harapan pihak-pihak yang terlibat. Pelaksanaan penilaian dilakukan secara bertahap karena keterbatasan dari segi tenaga, dana di tingkat pusat dan daerah serta kesiapan rumah sakit sendiri dalam memenuhi standar pelayanan yang ditentukan. Pada tahap awal rumah sakit harus sudah dapat memenuhi standar 5 kegiatan pelayanan pokok, serta diharapkan juga beberapa kegiatan pelayanan penunjang dapat dipenuhi.

14.6 Strategi Pelaksanaan Akreditasi

Akreditasi rumah sakit di Indonesia merupakan keharusan bagi semua rumah sakit. Walaupun demikian, mengingat keterbatasan yang ada, maka strategi pelaksanaan akreditasi dilaksanakan secara bertahap baik kegiatan pelayanan yang akan diakreditasi maupun rumah sakit yang akan diakreditasi. Dari 20 kegiatan pelayanan yang tercantum dalam buku Standar Pelayanan Rumah Sakit maka tahap awal akan diutamakan akreditasi kegiatan pelayanan dasar dan bila memungkinkan beberapa pelayanan penunjang. Pertahapan rumah sakit yang akan diakreditasi adalah berdasarkan kemampuan dan kesiapan rumah sakit tersebut. Rumah sakit yang telah siap dapat mengajukan permohonan untuk penilaian akreditasi kepada Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit.

14.7 Metode Pelaksanaan Akreditasi

Program akreditasi rumah sakit menggunakan 2 metode yang saling berkaitan, yaitu :

1. Survei pra-akreditasi

Rumah sakit menilai diri sendiri (*self-assessment*) setelah menerima kuesioner pra akreditasi.

2. Survei akreditasi

Survei dilakukan oleh surveyor yang ditugaskan oleh Komisi Gabungan Akreditasi (*site-visit*). Survei ini dilakukan dilokasi rumah sakit setelah kuesioner pra akreditasi di evaluasi oleh Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit. Subkomite Akreditasi di tingkat rumah sakit dibentuk berdasarkan surat keputusan Direktur rumah sakit. Subkomite

tersebut sebaiknya berada di bawah Komite Medik rumah sakit. Yang dimaksud dengan Subkomite Akreditasi disini sebenarnya merupakan salah satu panitia menurut surat keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/MENKES/SK/X/1992 yang dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Karena kebutuhan atau kegiatan akreditasi akan ada secara terus-menerus, maka Subkomite inipun akan ada terus setelah fase penilaian survei akreditasi berakhir.

Keanggotaan Subkomite Akreditasi sebaiknya disesuaikan dengan pelayanan rumah sakit yang akan dinilai. Jadi selain direktur dan pemilik rumah sakit, akan melibatkan unsur staf medik fungsional, keperawatan, rekam medis, gawat darurat, administrasi dan manajemen, dan sebagainya. Subkomite akreditasi akan bertanggung jawab atas terpenuhinya standar pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, subkomite ini sudah harus mulai bekerja jauh sebelum proses survei akreditasi.

14.8 Keputusan Akreditasi Rumah Sakit

Rumah sakit yang telah melalui proses akreditasi akan memperoleh hasil/keputusan akreditasi. Ada empat kemungkinan kemungkinan keputusan yang akan dikeluarkan, yaitu :

1. Tidak diakreditasi

Suatu rumah sakit tidak dapat memperoleh status akreditasi bila rumah sakit tersebut dianggap belum mampu memenuhi standar yang ditetapkan.

2. Akreditasi bersyarat

Status ini diberikan apabila rumah sakit telah dapat memenuhi persyaratan minimal tetapi belum cukup untuk mendapatkan akreditasi penuh karena ada beberapa kriteria/standar yang diberi rekomendasi khusus.

- a. Akreditasi bersyarat ini berlaku untuk satu tahun
- b. Setelah masa satu tahun rumah sakit dapat mengajukan untuk disurvei ulang setelah merasa siap
- c. Penilaian ulang dilakukan khusus untuk hal-hal yang direkomendasikan oleh surveyor untuk mendapatkan akreditasi penuh
- d. Bila rumah sakit memenuhi pelayanan tersebut, ia mendapat tambahan dua tahun lagi sehingga seluruhnya menjadi tiga tahun (akreditasi penuh)
- e. Bila tidak berhasil pada akreditasi ulang ini, maka rumah sakit dinyatakan gugur (tidak mendapat status akreditasi)

3. Akreditasi penuh

- a. Status akreditasi penuh diberikan untuk jangka panjang waktu tiga tahun kepada rumah-rumah sakit yang telah dapat memenuhi standar yang ditetapkan oleh Komisi Gabungan Akreditasi
- b. Setelah masa tiga tahun, rumah sakit yang bersangkutan mengajukan permohonan untuk diakreditasi pada periode berikutnya

4. Akreditasi Istimewa

Untuk rumah-rumah sakit yang menunjukkan kemampuan pemenuhan standar secara istimewa selama tiga periode berturut-turut, akan mendapatkan status akreditasi untuk masa lima tahun.

14.9 Langkah-langkah Pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit

Kegiatan di tingkat rumah sakit dalam program akreditasi akan meliputi hal-hal dibawah ini, yaitu :

1. Membentuk Subkomite akreditasi ditingkat rumah sakit
2. Mengikuti pelatihan-pelatihan tentang akreditasi yang diadakan baik oleh wilayah maupun pusat
3. Diseminasi informasi mengenai akreditasi kepada seluruh staf di rumah sakit
4. Menyiapkan atau memenuhi standar

Pada fase persiapan, standar-standar yang harus dipenuhi sebenarnya lebih banyak menyangkut standar struktur dan proses. Yang dinilai dalam akreditasi yaitu “*compliance*” rumah sakit atas standar tersebut. Standar proses tentu lebih terkait dengan kegiatan atau teknis keprofesian, serta pengelolaan kegiatan tersebut. Sebagai salah satu contoh, prosedur tetap atau SOP yang tertulis untuk suatu kegiatan merupakan standar struktur, sedangkan bagaimana SOP tersebut dilaksanakan dalam kegiatan pelayanan, akan merupaka standar proses. Dengan demikian, “*compliance*” rumah sakit terhadap SOP bukan sekedar adanya SOP tertulis (dokumentasi), tetapi apakah SOP tersebut telah dijalankan atau tidak (observasi langsung dan wawancara serta dokumentasi).

Fase persiapan akreditasi rumah sakit memerlukan dana yang cukup besar untuk perangkat lunak dan keras serta perlu waktu yang cukup untuk membudayakan standar “proses” dalam kegiatan sehari-hari. Pemenuhan standar proses ini juga akan melibatkan

hampir seluruh staf/petugas rumah sakit, sehingga peran Subkomite Akreditasi dalam diseminasi informasi keseluruhan unit kerja di rumah sakit sangat penting artinya.

14.10 Pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit Secara Nasional

Pada sebuah prinsipnya pelaksanaan akreditasi secara nasional, meliputi :

1. Penjadwalan rumah sakit yang akan diakreditasi

Pada prinsipnya, semua rumah sakit akan dilakukan akreditasi, namun pelaksanaannya akan dilakukan secara bertahap dengan melihat kesiapan dan kemampuan rumah sakit dalam pemenuhan standar. Rumah sakit dapat diakreditasi berdasarkan permohonan dari rumah sakitnya sendiri, usulan dari kantor wilayah atau dijadwalkan dari pusat.

2. Pentahapan kegiatan pelayanan yang akan diakreditasi

Oleh karena kompleksnya standar pelayanan rumah sakit, maka kegiatan pelayanan yang akan diakreditasi akan bertahap. Pada tahap awal, yang diakreditasi adalah pelayanan dasar (dan beberapa pelayanan penunjang/pelengkap jika RS telah siap).

3. Proses/prosedur pelaksanaan akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut :

a. Setelah Komisi Gabungan menerima surat permohonan akreditasi dari rumah sakit yang telah siap untuk diakreditasi, komisi akan mengirimkan instrumen/kuesioner pra-survei yang harus diisi dan dilengkapi oleh rumah sakit. Pada saat awal akan dinilai terutama 5 kegiatan pelayanan pokok serta tujuh kegiatan lain yang dianggap essensial. Kuesioner dari setiap kegiatan pelayanan tersebut terdiri dari berbagai kriteria penilaian yang dikelompokkan ke dalam 7 standar, yakni :

- 1) Falsafah dan tujuan
- 2) Administrasi dan pengelolaan
- 3) Staf dan pimpinan
- 4) Fasilitas dan peralatan
- 5) Kebijakan dan prosedur
- 6) Pengembangan staf dan program pendidikan
- 7) Evaluasi dan pengendalian mutu

Seluruh 20 pelayanan rumah sakit akan diakreditasi pada periode berikutnya. Pengisian instrumen pra-survei ini dimaksudkan untuk mengetahui profil rumah sakit

- b. Komisi Gabungan Akreditasi akan menganalisis hasil *self-assessment* ini
- c. Komisi Gabungan Akreditasi akan menjadwalkan kemudian melakukan survei kelengkapan dengan menunjuk satu tim survei (surveyor) yang terdiri dari tenaga profesional terlatih dibidang medis klinis, keperawatan dan administrasi. Tim dari pusat ini perlu didampingi oleh penanggung jawab di tingkat wilayah agar proses pembinaan dapat dilaksanakan secara terarah dan berkesinambungan.
- d. Tim survei memeriksa rekaman, dokumen, peralatan dan proses pelayanan. Selain itu dilakukan juga wawancara dengan manajer, staf dan pasien. Lamanya survei tergantung dari besarnya rumah sakit. Untuk mendapatkan kesimpulan sementara dari survei, tim mengadakan diskusi dengan para pejabat di rumah sakit setelah selesai penilaian.
- e. Surveyor menganalisis, menyusun laporan penilaian dan membuat rekomendasi untuk perbaikan lebih lanjut.
- f. Laporan surveyor bersama-sama dengan usulan untuk status akreditasi disampaikan kepada Komisi Gabungan Akreditasi. Komisi mengadakan rapat untuk membahas hasil penilaian tersebut dan menetapkan keputusan akreditasi rumah sakit yang bersangkutan untuk dibuatkan surat keputusan dan sertifikatnya yang ditanda tangani oleh Menteri Kesehatan RI atau pejabat yang ditunjuk.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Assaf, AF. 1998. *Managed Care Quality. A Practical Guide*. Boca Raton. FL : CRC Press.
- AlAssaf, AF. 2009. *Mutu Pelayanan Kesehatan : Perspektif Internasional*. Jakarta. ECG.
- Avedis Donabedian. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.
- Azwar, Azrul. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta.
- Bustamii. 2011. *Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta : Erlangga.
- Chan, YC1993. *Improving Hospital Cost Accounting With Activity-Based Coasting*. Health Care Management Review. 18(1). 71-83.
- Christine C. Wright, et al. 1992. *Quality Assurance, An Introduction for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone Inc.
- Crosby PB. 1979. *Quality is Free : The Art of Making Quality Certain*. Mc Grow and Hill. New York.
- Depkes RI. 1990. *Konsep dan Prinsip Manajemen Rumah Sakit*. Jilid 1-2.
- Depkes RI. 1997. *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)*. Jakarta.
- Feigenbaum, Arman V. 1988. *Total Quality Control*. Third edition. Mcgraw-Hill Inc. New York.

- Gerson, Richard F. 2001. *Mengukur Kepuasan Pelanggan, Panduan Menciptakan Pelayanan Bermutu*. PPM. Jakarta.
- Hardjosoedarmo, Soewarso. 1996. *Dasar-Dasar Total Quality Management*. Andi Offset. Yogyakarta.
- Hersey, Paul, Blanchard Kenneth. 1969. *Management of Organizational Behavior. Utilizing Human Resources*. Prentice-Hall. New Jersey.
- Holland, Walter W. 1983. *Evaluation of Health Care*. Oxford University Press. New York.
- Ingle, Sud. 1993. *Pedoman Pelaksanaan Gugus Kendali Mutu*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta.
- Imbalo S. 1998. *Mimeograph Hasil Studi Kepuasan Pasien, Unsur Mutu dalam Akreditasi Puskesmas*. Proyek Kesehatan IV.
- Imbalo S. 2006. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-Dasar Pengertian Dan Penerapan*, Jakarta : EGC.
- Irwan Handi. 2003. *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*. PT Gramedia. Jakarta.
- Ishikawa K. 1985. *What is the Total Quality Control? The Japanese Way*. Prentice-Hall. Ives. Englewood Cliffs.
- Johnson, Michael D. 1998. *Customer Orientation and Market Action*. Prentice Hall Inc. Upper Saddle River. New Jersey.
- Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. 1979. *Quality Control Handbook*. New York.
- Koentjoro, Tjahjono. 2011. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. CV Andi Offset. Yogyakarta.
- Kotler, Philip. 1994. *Marketing Management Analysis, Planning, Implementation, and Control*. Eighth Edition. Prentice-Hall Inc.
- L.D. Brown et al. 1992. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries, Quality Assurance Project, Center for Human Services*. Bethesda. Maryland.
- Muninjaya, Gde AA. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. EGC.

- Supranto, J. 1997. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan, untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Tjiptono Fandy. 1997. *Prinsip-Prinsip Total Quality Services*. Andi Offset. Yogyakarta.
- Tjiptono Fandy. 2003. *Manajemen Jasa*. Ed. 3. Andi Offset. Yogyakarta.
- Wendy Leebov, Ed. 1991. *The Quality Quest, A Briefing for Health Care Professional*. The Einstein Consulting Group. American Hospital Publishing.
- WHO Regional Officer for SEA. 1996. *Intercountry Meeting on Quality Assurance in Health Care*. Methodology for Developing Standards. Surabaya.
- Wijono Djoko. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Vol. I. Surabaya Airlangga, University Press.
- Wijono Djoko. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Vol. II. Surabaya Airlangga, University Press.
- Wilson, Graham. 1996. *Problem Solving and Decision Making*. PT Gramedia. Jakarta.

INDEKS

A

acceptable quality level, 4
administrasi, 12, 19, 23, 27,
99, 123, 142, 143, 144, 148,
150, 151
ahli, 2, 4, 6, 36, 69, 115, 117, 143
 akreditasi, 2, 20, 47, 55, 61, 63, 127, 128,
 132, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147,
 148, 149, 150
akses, 9, 10, 13, 14, 32
assurance, 32, 34, 47, 90, 94, 115, 116,
 117, 118, 121, 123, 125
asuransi kesehatan, 10, 12, 54, 90, 94,
105, 145

B

best quality, 1
biaya, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 21,
 22, 23, 26, 38, 43, 44, 63, 64, 69, 74, 81,
 85, 87, 89, 90, 92, 114, 115, 116, 117,
 120, 124, 126, 137, 146, 152
bidan, 28, 111, 114, 117, 126

C

Continuous Quality Improvement, 43
CQI, 3, 7, 43, 95, 96, 100, 101, 122, 133

D

dana, 16, 17, 53, 110, 113, 114, 116, 118,
 119, 120, 132, 137, 146, 153, 156
derajat kesehatan, 1, 27, 28, 29, 127
diagram, 6, 12, 33, 75, 76, 77
dimensi, 2, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 36,
 38, 39
dinas kesehatan, 16, 23, 28, 126
dokter, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36,
 37, 38, 40, 43, 44, 67, 68, 104, 111, 112,
 114, 117, 126, 127, 140, 142

E

efektif, 2, 15, 17, 21, 23, 45, 49, 59, 60, 63,
 65, 78, 91, 92, 104, 115, 116, 118, 123,
 141
efektivitas, 17, 21, 22, 31, 48, 64, 97, 99,
 101, 124, 139, 140, 146, 153
efisiensi, 16, 17, 21, 97, 101, 116, 120,
 137, 139, 140, 142, 143, 153
Emphaty, 32
eksternal, 1
evaluasi, 12, 24, 25, 27, 45, 49, 73, 78, 84,
 99, 102, 103, 123, 125, 130, 131, 135,
 137, 138, 139, 140, 145, 146, 147, 154

F

fasilitas, 26, 27, 28, 33, 38, 67, 90, 98, 111, 113, 127, 137, 141, 146, 147, 148, 149, 151

fee for service, 111

H

harapan, 9, 16, 18, 20, 23, 35, 36, 41, 44, 47, 56, 57, 84, 86, 122, 126, 153

I

identifikasi, 13, 45, 54, 99, 103, 104, 129
impact, 15, 19, 29, 106, 139

input, 15, 23, 24, 26, 29, 92, 130, 138, 139

institusi kesehatan, 16

internal, 8, 9, 19, 23, 52, 64, 73, 88, 95, 96, 101, 123, 125, 129, 131

J

Jaminan, 3, 7, 39, 56, 57, 58, 60, 61, 64, 109, 111, 113, 115, 132, 159, 160

jaminan mutu, 6, 9, 25, 26, 40, 41, 45, 48, 52, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 79, 80, 81, 82, 83, 132

jasa, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 51, 63, 64, 84, 85, 87, 89, 90, 110, 111, 116, 119, 126

JPKM, 3, 7, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 132, 159

K

kebutuhan, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 28, 36, 39, 40, 47, 48, 51, 53, 56, 61, 63, 73, 75, 84, 87, 96, 99, 101, 103, 115, 116, 117, 118, 120, 122, 126, 129, 140, 141, 154

Kebutuhan, 9, 18, 43, 44, 140

kendali mutu, 9, 13, 15, 92, 97, 101, 115, 123

kepemimpinan, 10, 13, 25, 52, 95, 100, 133

kepuasan, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 24, 27, 28, 30, 32, 37, 38, 43, 45, 64, 73, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 96, 99, 100, 116, 126, 133, 135, 139, 151

kepuasan pelanggan, 45, 86, 96, 100, 126

Kepuasan pelanggan, 88

kesehatan, 1, 6, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 90, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 137, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

kesehatan masyarakat, 1, 17, 27, 114, 127, 132

keterampilan, 10, 20, 21, 36, 38, 43, 45, 48, 52, 59, 64, 65, 66, 67, 95, 104

keterjangkauan, 10, 21

kinerja, 9, 11, 15, 19, 20, 36, 40, 59, 68, 79, 84, 85, 86, 122

Komitmen, 11, 12, 17, 46, 50, 59, 93

kompetensi, 17, 20, 21, 33, 34, 39, 67

konsumen, 8, 9, 12, 13, 19, 20, 22, 31, 36, 38, 39, 45, 61, 73, 84, 87, 116

kualitas, 6, 9, 24, 32, 35, 36, 38, 84, 85, 93, 95, 123, 124

kuantitas, 9, 26, 93

L

layanan, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 31, 32, 36, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 96, 100

layanan kesehatan, 8

M

manajemen, 1, 9, 10, *11*, 12, 18, 20, 23, 26, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 50, 53, 54, 80, 85, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 104, 106, *115*, *119*, *122*, *124*, *126*, *128*, *135*, *136*, 139, 145, 147, 150, 153, 155

masalah, 9, 11, 12, 13, 18, 20, 23, 24, 26, 41, 45, 47, 48, 49, 53, 55, 65, 66, 71, 73, 76, 77, 78, 80, 86, 91, 93, 103, 104, 105, 108, *114*, *122*, *123*, *126*, *127*, *128*, *129*, *132*, *133*, *134*, *137*, 144

memuaskan, 8, 9, 33, 51, 85, 98, *122*, *123* motivasi, 17, 43, 91, 95, 96, 100

multidimensi, 8, 20

mutu, 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, *15*, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, *111*, *113*, *114*, *116*, *117*, *118*, *122*, *123*, *124*, *125*, *126*, *127*, *128*, *129*, *130*, *131*, *132*, *133*, *134*, *135*, 142, 143, 147, 148, 151, 152, 153, 157

Mutu, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, *11*, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 36, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 54, 56, 57, 58, 60, 65, 67, 72, 81, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 98, 100, 105, *124*, *125*, *126*, *129*, *135*, 142, 147, 159, 160, 161

mutu layanan kesehatan, 16, 17, 18, 19, 20, 40, 41, 46, 49, 50, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 79, 80, 81, 82, 83

O

organisasi, 1, 10, *11*, 12, 13, *15*, *16*, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 63, 64, 72, 73, 75, 78, 80, 81, 82, 90, 91,

92, 99, 101, 102, 106, *115*, *118*, *119*, *123*, *126*, *127*, *128*, *129*, 147, 148, 149

ouput, 138

outcome, 2, 8, 15, 16, 17, 26, 27, 29, 32, 36, 40, 46, 48, 51, 96, 100, *122*, 130, 139

output, 15, 29, 32, 87, 95, *123*, 139, 148

P

paramedis, 19, 23, 24, 28, 31, 37, *111*, *126*, 148

partisipasi, 13, 43, 50

pasien, 8, 9, *16*, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 43, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 82, 85, 86, 90, 96, 97, 100, 101, 104, *111*, *112*, *122*, *124*, *126*, *127*, *131*, *133*, *134*, *135*, *137*, 140, 142, 143, 144, 148, 151, 158

PDCA, 6, 7, *10*, 26, 93, 94, 98, 102, 103, 104

pelanggan, 2, 3, 11, 13, 14, *15*, 16, 23, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 47, 55, 56, 64, 73, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, *111*, *126*, *127*, *131*, *133*, 147

pelatihan, 10, 13, 26, 33, 35, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 59, 60, 64, 81, 93, 98, 103, *125*, *130*, *134*, 147, 156

pemeliharaan kesehatan, 97, 101, *111*, *115*, *119*, *120*, 140, 141

Pendidikan, 12, 67, 104, *134*, *135*

penilaian, 2, 10, 12, 16, 18, 26, 27, 40, 42, 48, 49, 54, 57, 59, 66, 68, 70, 71, 72, 81, 83, 85, 110, 111, *128*, *137*, 139, 140, 144, 146, 148, 150, 153, 154, 157, 158

penyedia layanan, 40

perawat, 28, 34, 35, *126*

perbaikan mutu, 9, 12, 13, 26, 28, 43, 45, 48, 73, 75, 76, 77, 78, 90, 91, *127*

Perencanaan, 2, 3, 11, 23, 46, 49, 103, *128*, *129*

perencanaan strategik, 46, 51, 52, 54

permintaan, 8, 9, 14, 32, 37, 38, 44, 94, 95, 98, 100, 140, 141
persepsi, 11, 35, 36, 38, 39, 84, 85, 90, 141
Perspektif, 2, 16, 17, 18, 159
produk, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 98, 99, 122, 123, 125, 130
produksi, 10, 14, 34, 36, 89, 91, 92, 95, 99, 104, 123, 126
profesional, 11, 27, 36, 45, 50, 51, 53, 57, 95, 100, 115, 157
program, 1, 6, 11, 43, 48, 50, 90, 92, 94, 102, 104, 106, 111, 114, 120, 122, 124, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 137, 138, 139, 140, 141, 144, 145, 146, 148, 149, 153, 156, 157
promosi kesehatan, 17
prosedur, 17, 20, 21, 25, 35, 40, 45, 55, 59, 79, 98, 102, 123, 125, 129, 130, 135, 139, 156, 157
proses, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 25, 26, 27, 29, 37, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 82, 85, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 103, 122, 123, 125, 126, 128, 131, 132, 138, 139, 140, 141, 147, 148, 155, 156, 158
puas, 16, 36, 84, 86
puskesmas, 22, 23, 28, 30, 31, 34, 85, 90, 112, 114, 117, 124, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 139, 144, 145

Q

Quality Assurance, 4, 7, 41, 97, 122, 123, 124, 125, 128, 130, 131, 132, 134, 135, 147, 159, 160, 161
Quality Control, 3, 4, 7, 91, 95, 97, 98, 99, 103, 104, 123, 124, 125, 159, 160

R

Reliability, 37, 38
Responsiveness, 38

risiko, 21, 22, 97, 101, 106, 107, 108, 110, 120, 141, 142, 150, 151
rumah sakit, 14, 22, 23, 24, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 62, 68, 85, 86, 87, 90, 94, 97, 101, 111, 112, 114, 117, 124, 126, 127, 134, 135, 136, 139, 142, 143, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158

S

Servqual, 38
siklus *Plan-Do-Check-Action*, 10
sistem, 1, 10, 11, 12, 13, 15, 20, 25, 26, 28, 29, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 57, 59, 64, 66, 67, 70, 91, 93, 97, 101, 112, 116, 118, 119, 124, 126, 127, 130, 131, 132, 140, 147
SOP, 7, 33, 37, 156
staf medis, 19, 148
standar, 12, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 31, 32, 35, 40, 41, 42, 43, 45, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 79, 80, 81, 82, 83, 97, 99, 101, 104, 118, 122, 123, 124, 128, 129, 130, 137, 142, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157
standarisasi, 9, 67, 103, 104, 135
sumber daya kesehatan, 21, 61,
140 sumber daya manusia, 10, 13,
26 swadaya masyarakat, 19

T

tanggung jawab, 13, 27, 46, 48, 52, 59, 60, 78, 82, 91, 95, 102, 110, 124, 125, 126, 130, 144, 149
teknologi, 13, 17, 23, 26, 30, 34, 38, 41, 51, 91, 93, 97, 101
tenaga kerja, 10, 11, 112
tenaga kesehatan, 27, 28
teori, 9, 10, 107
terjangkau, 16, 18, 20, 23, 117, 120
TQC, 3, 7, 91, 93, 97, 98, 99, 103, 104, 105

TQM, 2, 7, 9, 43, 91, 93, 94, 95, 99, 100,
101

U

Undang-undang, 55, 101

upaya, 3, 4, 5, 6, 13, 17, 18, 27, 38,

40, 42, 43, 44, 49, 51, 52, 57, 66, 69, 73,

81, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118,
120, 126, 128, 129, 132, 133, 139, 144,
145, 151

Z

zero defect, 4, 5, 12, 84

Tentang penulis



Haerawati Idris adalah doktor di bidang ilmu kesehatan masyarakat dengan minat penelitian di bidang ekonomi kesehatan; kebijakan kesehatan; kualitas pelayanan kesehatan; manajemen pelayanan kesehatan. Sekarang aktif sebagai pengajar dan peneliti di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya. Selain menjadi editor di JIKM (Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat) juga menjadi reviewer di beberapa jurnal nasional dan internasional. Ia mendapatkan gelar Doktor di bidang kesehatan masyarakat dari Universitas Gadjah Mada. Gelar sarjana dan master diperolehnya dari Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Mengikuti beberapa kursus singkat di bidang kesehatan masyarakat dari Hongkong, Belanda & Inggris. Memiliki ketertarikan pada beberapa penelitian menggunakan data besar: IFLS, Susenas, dan RISKESDAS. Aktif menjadi pembicara dalam beberapa seminar nasional dan internasional. Ia telah mengikuti proyek penelitian dari Kementerian Kesehatan dan Nuffic. Beberapa artikel penelitian telah terbit baik di jurnal nasional maupun jurnal internasional.

MUTU PELAYANAN KESEHATAN

ISBN:

ISBN 978-979-587-828-5

