

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN I: *QUALITY ASSURANCE*

Arief Tarmansyah Iman
Dewi Lena





PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2017

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN I: *QUALITY ASSURANCE*

Arief Tarmansyah Iman
Dewi Lena

Hak Cipta dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Oktober 2017

Penulis : 1. *Arief Tarmansyah Iman. SKM., MKM*
2. *Dewi Lena Suryani K, AMd.PK SKM MPH*

Pengembang Desain Instruksional : *Dr. Ari Juliana, M.A.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Faisal Zamil, S.Des.*

Tata Letak : *Nono Suwarno*

Jumlah Halaman : 169

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP MUTU DAN DIMENSI MUTU	1
Topik 1.	
Konsep Mutu	2
Latihan	9
Tes 1	9
Topik 2.	
Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan	11
Latihan	17
Ringkasan	17
Tes 2	18
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	20
GLOSARIUM	21
DAFTAR PUSTAKA	22
BAB II: MENGUKUR MUTU PELAYANAN KESEHATAN	23
Topik 1.	
Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan	24
Latihan	29
Ringkasan	29
Tes 1	30
Topik 2.	
Indikator dan Standar Mutu Pelayanan Kesehatan	32
Latihan	37
Ringkasan	38
Tes 2	38
KUNCI JAWABAN TES	40
GLOSARIUM	41
DAFTAR PUSTAKA	42

BAB III: PROGRAM <i>QUALITY ASSURANCE</i>	43
Topik 1.	
Konsep, Proses dan Desain <i>Quality Assurance</i>	44
Latihan	57
Ringkasan	58
Tes 1	58
Topik 2.	
Tehnik Dalam <i>Quality Assurance</i>	60
Latihan	64
Ringkasan	64
Tes 2	65
Topik 3.	
Menjaga Mutu / <i>Quality Assurance</i> (QA) Pelayanan Kesehatan	66
Latihan	72
Ringkasan	73
Tes 3	73
Topik 4.	
Aplikasi kegiatan <i>Quality Assurance</i> di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	75
Latihan	80
Ringkasan	81
Tes 4	81
KUNCI JAWABAN TES	83
GLOSARIUM	84
DAFTAR PUSTAKA	85
BAB IV: INDIKATOR MUTU DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN	86
Topik 1.	
Indikator dan Kriteria	87
Latihan	93
Ringkasan	94
Tes 1	94

Topik 2.	
Indikator Mutu di Rumah Sakit	96
Latihan	110
Ringkasan	110
Tes 2	111
Topik 3.	
Indikator Mutu di Puskesmas	113
Latihan	118
Ringkasan	119
Tes 3	120
KUNCI JAWABAN TES	122
GLOSARIUM	123
DAFTAR PUSTAKA	124
BAB V: INDIKATOR MUTU UNIT REKAM MEDIS	125
Topik 1.	
Unit Rekam Medis	126
Latihan	130
Ringkasan	130
Tes 1	131
Topik 2.	
Indikator Mutu di Unit Rekam Medis (URM)	133
Latihan	137
Ringkasan	138
Tes 2	138
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	140
GLOSARIUM	141
DAFTAR PUSTAKA	142

BAB VI: UPAYA MENJAGA MUTU	143
Topik 1.	
Konsep PDCA	144
Latihan	148
Tes 1	148
Topik 2.	
Implementasi PDCA	150
Latihan	158
Ringkasan	158
Tes 2	159
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	161
GLOSARIUM	162
DAFTAR PUSTAKA	163

BAB I

KONSEP MUTU DAN DIMENSI MUTU

Arief Tarmansyah Iman. SKM., MKM

PENDAHULUAN

Mutu Pelayanan Kesehatan adalah suatu hal yang diharapkan dan sudah menjadi kebutuhan dasar setiap orang. Fasilitas kesehatan seperti rumah Sakit dan puskesmas juga klinik atau balai pengobatan yang didalamnya terdiri atas pelayanan yang beragam seperti pemeriksaan, perawatan, farmasi, laboratorium, termasuk pelayanan rekam medis merupakan organisasi jasa pelayanan umum yang melayani masyarakat secara langsung, oleh karena itu rumah sakit dan puskesmas harus memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan harapan pasien. Rekam medis memiliki peran yang vital di fasilitas kesehatan, dengan data dan informasi rekam medis dan kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur.

Tujuan yang paling utama dalam pelayanan kesehatan adalah menghasilkan *outcome* yang menguntungkan bagi pasien, provider dan masyarakat. Pencapaian outcome yang diinginkan sangat tergantung dari mutu pelayanan kesehatan.

Informasi mengenai pelayanan kesehatan, baik dari seluruh pengguna jasa pelayanan medik maupun seluruh individu dalam populasi diperlukan sebagai sumber data untuk dapat menjawab pertanyaan mengenai pemerataan (*equity*). Efisiensi dan mutu pelayanan kesehatan (EEQ), sehingga manajemen informasi dan teknologinya dalam banyak hal sangat diperlukan dalam manajemen klinis, untuk mendapatkan informasi yang akurat.

Mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah ke arah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan keluaran yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional terkini.

Upaya untuk dapat melakukan penilaian mutu dengan berbagai pendekatan yang ada, diperlukan suatu data kinerja yang akurat dan relevan sehingga dapat membantu pihak rumah sakit dalam melakukan perubahan. Ketersediaan sumber data merupakan syarat utama keberhasilan pengukuran mutu.

Masukan dari berbagai proses spesifik diatas berasal dari persepsi subyektif konsumen kemudian diolah menjadi suatu pengukuran yang objektif dan berhubungan dengan kebutuhan konsumen.

Di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain terdapat tiga sumber data utama yaitu: berkas administrasi, hasil pendataan pasien dan rekam medis pasien. Dengan manajemen informasi kesehatan, ketiga sumber data utama tersebut dapat diintegrasikan dalam suatu sistem yang mudah diakses untuk dievaluasi dan dianalisis bagi kepentingan perencanaan dan perbaikan mutu informasi kesehatan serta pelayanan kesehatan pada umumnya.

Modul ini akan menjelaskan tentang konsep-konsep mutu secara umum, konsep mutu pelayanan kesehatan, ruang lingkup mutu pelayanan kesehatan, serta dimensi mutu pelayanan kesehatan. Pada modul ini juga akan dibahas mengenai Konsep kepuasan pelanggan serta Konsep manajemen mutu pelayanan kesehatan.

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa dapat: Mampu mengimplementasikan konsep dasar Manajemen Mutu RMIK di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.

Materi dalam modul ini meliputi:

1. Bab I Konsep Mutu dan Dimensi Mutu
2. BAB II Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan
3. BAB III Program Quality Assurance
4. BAB IV Indikator Mutu Di Sarana Pelayanan Kesehatan
5. BAB V Indikator Mutu Di Unit Rekam Medis (URM)
6. BAB VI upaya menjaga Mutu

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan:

1. Mengenal element-element dalam konsep mutu
2. Menjelaskan mutu dari berbagai sudut pandang
3. Menjelaskan hubungan antara kepuasan pelanggan dan mutu
4. Menjelaskan pemahaman mutu dalam lingkup pelayanan kesehatan
5. Mutu tidak selalu berarti cara yang paling mahal, akan tetapi sebaliknya mutu bisa berarti sesuatu yang memadai mudah dijangkau dan efisien.

Topik 1 Konsep Mutu

Pernahkah anda mendengar sesuatu yang berkaitan dengan mutu. Seringkali kita membaca atau mendengar kalimat seperti; “produk yang bermutu”, “pelayanan yang bermutu”, atau juga barang yang bermutu tinggi. Atau juga mungkin anda juga sering mendengar kalimat yang mengandung kata kualitas, seperti: “produk-produk yang berkualitas tinggi”.

Kita mungkin pernah ditawari oleh seorang penjual barang, sambil menunjukkan barangnya seringkali mereka mengatakan bahwa barangnya adalah barang yang bermutu, Nomor 1 tiada bandingannya, ini sering juga kita lihat pada iklan di televisi atau media lain.

Pada sebuah iklan hotel, kata-kata yang paling sering terdengar adalah pelayanan yang bermutu, kepuasan tamu adalah harapannya.

Kata atau istilah mutu dan kualitas sudah menjadi istilah yang baku dan terdengar akrab dikeseharian kita, tetapi apa sebenarnya makna dari mutu atau kualitas tersebut ?

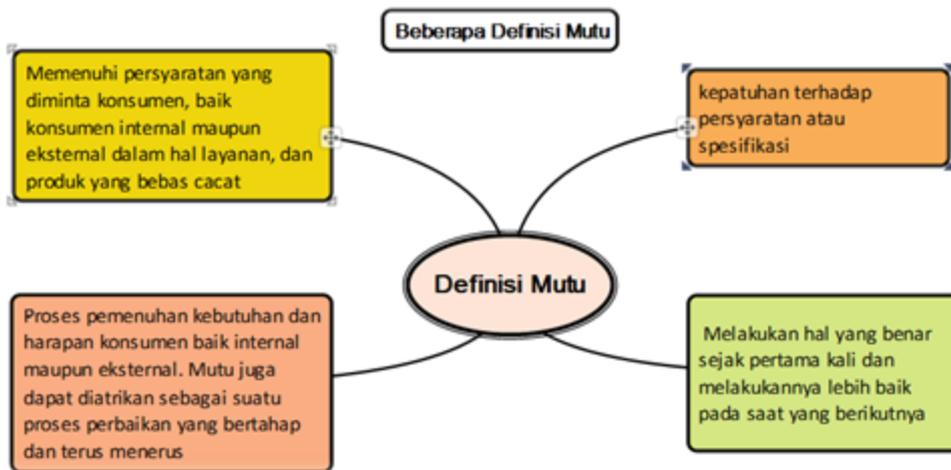
Apakah mutu itu berarti sesuatu yang luarbiasa, istimewa atau sesuatu yang terbaik. Apakah sesaatu yang berharga tinggi atau mahal. Jawabanya tidak selalu demikian. Mutu bisa diartikan dengan meraih tujuan yang diinginkan dengan cara yang paling efeisien dan efektif. Dan dengan disertai penekanan demi kepuasan pembeli atau konsumen. (A-Aasaf, 2003)

A. PEMAHAMAN MUTU

Sebelum mutu itu dikelola atau di “*manage*”, perlu terlebih dahulu dipahami apa itu mutu. Dalam keseharian kita sudah sering terpapar dengan kata “mutu”, namun ternyata mutu sendiri tidak memiliki definisi yang pasti.

Berikut ini adalah beberapa definisi mengenai mutu :

1. “Mutu adalah kepatuhan terhadap persyaratan atau spesifikasi “ Philip Crosby, 1978
2. “Mutu adalah melakukan hal yang benar sejak pertama kali dan melakukannya lebih baik pada saat yang berikutnya”. Al-Assaf-1990
3. Mutu adalah memenuhi persyaratan yang diminta konsumen, baik konsumen internal maupun eksternal dalam hal layanan, dan produk yang bebas cacat”. – IBM, 1982
4. “Mutu merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen baik internal maupun eksternal. Mutu juga dapat diartikan sebagai suatu proses perbaikan yang bertahap dan terus menerus.” –Al Assaf.1998



Gambar 1.1. Definisi Mutu

Berdasarkan beberapa paparan diatas mengenai definisi mutu, bisa kita uraikan lagi definisi mutu ini dari berbagai sudut pandang. Ternyata seperti halnya “keindahan”, mutu sangat tergantung dengan siapa yang melihatnya (Spath, 2009). Hal ini berarti bahwa mutu akan tergantung dari sudut pandang pengguna atau pelakunya. Bisa dillustrasikan sebagai berikut;

Melihat dari mata produsen, produk yang bermutu adalah produk yang sesuai dengan spesifikasi desainnya, tidak cacat dan sesuai dengan standar yang diharapkan pelanggan.

Bagi penjual / pengecer produk yang berkualitas adalah produk yang memiliki kombinasi harga dan fitur yang baik serta menarik bagi sebagian besar pelanggan.

Bagi konsumen produk berkualitas adalah produk yang sesuai dengan keinginan konsumen, sehingga dalam harapan individu apa yang seseorang anggap sebagai produk berkualitas mungkin tidak dianggap sebagai produk yang berkualitas bagi orang lain.



Gambar 1.2. Perspektif Mutu

Demikian pula dengan mutu pelayanan kesehatan, hal ini akan tergantung dari sudut pandang pelakunya (Elizabeth, 2015);

1. Menurut pasien/ masyarakat mutu adalah empati, menghargai dan anggap sesuai dengan kebutuhan dan ramah
2. Menurut petugas kesehatan mutu adalah bebas melakukan sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang memenuhi standar
3. Menurut manajer/administrator adalah mendorong manager untuk mengatur staf dan pasien / masyarakat yang baik
4. Menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki enaga profesional yang bermutu dan cukup.

Walaupun tidak ada definisi mutu yang secara universal diterima, dari beberapa definisi tentang mutu ada point-point penting yang dapat diambil, yaitu :

1. Mutu berkenaan dengan terpenuhinya harapan konsumen atau terlampauinya harapan konsumen
2. Mutu itu bersifat dinamis, apa yang dianggap bermutu hari ini mungkin tidak cukup baik untuk dianggap berkualitas di esok hari.
3. Mutu dapat ditingkatkan

Tabel 1.1. Point Pembelajaran Pemahaman Mutu

POIN PEMBELAJARAN
“Pemahaman Mutu” Produk atau layanan yang bermutu adalah produk yang memenuhi atau melampaui ekspektasi. ekspektasi bisa berubah-ubah, sehingga mutu harus terus menerus ditingkatkan.

B. KONSEP KEPUASAN PELANGGAN

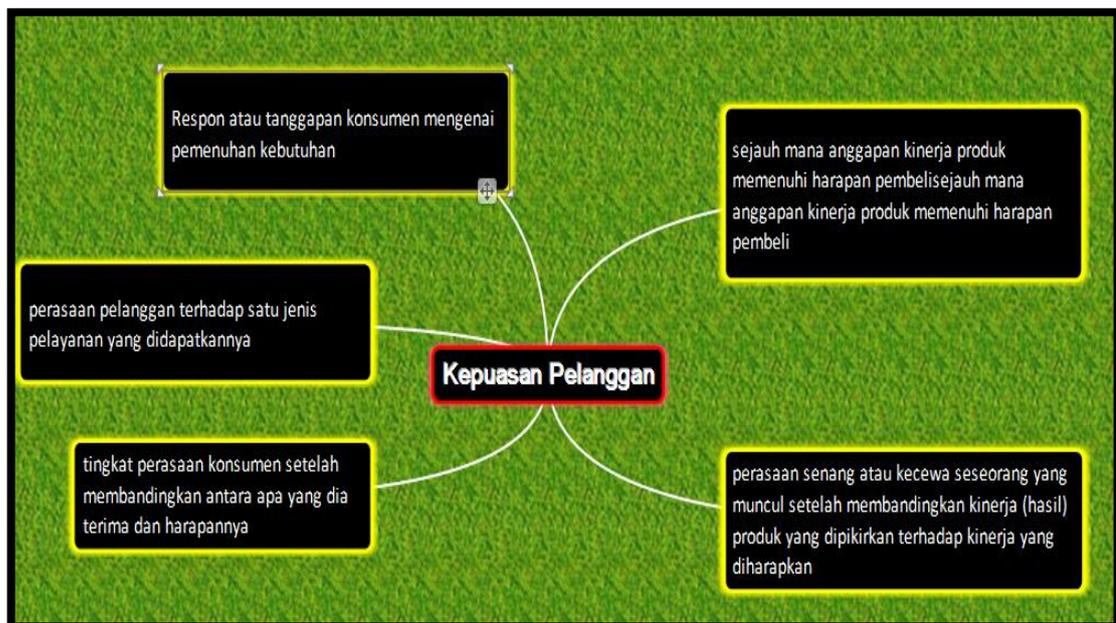
Seperti telah diuraikan sebelumnya, mutu akan sangat tergantung kepada sudut pandang konsumen atau pelanggan, dengan kata lain salah satu penentu apakah suatu produk itu bermutu adalah pelanggan. Suatu produk dapat disebut bermutu apabila produk tersebut dapat memuaskan pelanggannya. Lantas seperti apakah kepuasan pelanggan tersebut ?

Berikut ini adalah beberapa pengertian kepuasan pelanggan dari beberapa ahli :

1. Menurut Kotler dan Armstrong (2001) : Kepuasan konsumen adalah sejauh mana anggapan kinerja produk memenuhi harapan pembeli. Bila kinerja produk lebih rendah ketimbang harapan pelanggan, maka pembelinya merasa puas atau amat gembira.
2. Menurut Zeithaml dan Bitner (2000) definisi kepuasan adalah : Respon atau tanggapan konsumen mengenai pemenuhan kebutuhan. Kepuasan merupakan penilaian

mengenai ciri atau keistimewaan produk atau jasa, atau produk itu sendiri, yang menyediakan tingkat kesenangan konsumen berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan konsumsi konsumen.

3. Menurut Pasuraman, Zeithaml, dan Berry (2000), mengemukakan bahwa kepuasan pelanggan adalah perasaan pelanggan terhadap satu jenis pelayanan yang didapatkannya.
4. Menurut Philip Kotler dan Kevin Lane Keller yang dikutip dari buku Manajemen Pemasaran mengatakan bahwa Kepuasan Konsumen adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan kinerja (hasil) produk yang dipikirkan terhadap kinerja yang diharapkan (2007).
5. Kepuasan konsumen adalah tingkat perasaan konsumen setelah membandingkan antara apa yang dia terima dan harapannya (Umar, 2005).



Gambar 1.3. Konsep Kepuasan Pelanggan

Berdasarkan beberapa definisi diatas ada beberapa poin yang dapat kita ambil dan kita simpulkan, yaitu kepuasan pelanggan / konsumen adalah suatu hasil respon konsumen terhadap produk yang dia terima dibandingkan dengan harapannya. Sehingga kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila kinerja atau kenyataan yang diterima oleh pelanggan adalah sesuai dengan atau melebihi harapannya.

Di bidang kesehatan seperti yang kita hadapi setiap hari, kepuasan pelanggan adalah berarti kepuasan pasien, sebagai pihak yang menerima atau memerlukan pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien memiliki pengertian : “Kepuasan adalah nilai subjektif terhadap pelayanan yang diberikan”

Meski demikian walaupun subjektif namun tetap miliki dasar objektifitas, artinya penilaian ini dilandasi oleh hal sebagai berikut :

1. Pengalaman masa lalu
2. Pendidikan
3. Situasi psikis waktu itu
4. Pengaruh lingkungan waktu itu

Menurut Wykof mutu atau kualitas jasa merupakan tingkat keunggulan yang selalu dirancang dengan baik dan pengendalian tingkat keunggulan juga dilakukan dengan tepat untuk memenuhi harapan pelanggan. Sehingga dapat disimpulkan terdapat dua hal yang mempengaruhi mutu pelayanan yaitu pelayanan yang diterima dan harapan pelanggan, jika pelayanan yang diterima oleh pelanggan sudah sesuai dengan harapannya atau bahkan melebihi harapannya, jasa pelayanan kesehatan dapat dikatakan bermutu dan para pengguna jasa pelayanan akan merasa puas. (Sabarguna, 2004)

Dalam pelayanan kesehatan dimana pasien merupakan konsumen dari pelayanan kesehatan, sangat penting untuk mengetahui penilaian kepuasan pasien karena :

1. Kepuasan pasien merupakan bagian dari mutu pelayanan
Upaya pelayanan kesehatan haruslah dapat memberikan kepuasan tidak semata-mata kesembuhan belaka.
2. Berhubungan dengan pemasaran rumah sakit
 - a. Pasien yang merasa puas akan memberi tahu pada teman, keluarga dan tetangganya,
 - b. Pasien yang puas juga akan datang kembali saat kontrol atau saat membutuhkan pelayanan kesehatan lain
 - c. Ungkapan kepuasan dari mulut kemulut akan menjadi sebuah iklan gratis yang akan menarik pelanggan baru
3. Berhubungan dengan prioritas peningkatan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien
4. Sebagai sumber data kuantitatif yang apabila dilakukan pengolahan dan evaluasi dapat digunakan untuk berbagai kepentingan manajemen rumah sakit.

C. MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Pada topik ini akan ditelaah secara khusus mengenai apa itu mutu pelayanan kesehatan, menurut beberapa ahli mutu pelayanan kesehatan memiliki pengertian sebagai berikut :

1. Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap jasa pemakai pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar dalam Purwoastuti, 2015)
2. Mutu pelayanan kesehatan adalah memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Pelanggan meliputi pasien, keluarga dan lainnya yang datang untuk mendapatkan pelayanan dokter (Mary R. Zimmerman dalam Purwoastuti, 2015)

Sesuai dengan paparan diatas dengan mengkaji beberapa pengertian atau definisi mutu pelayanan kesehatan, perlu dipahami pihak-pihak yang berkaitan secara langsung dengan pelayanan kesehatan, setidaknya ada 3 pihak atau kelompok dan masing-masing dari 3 kelompok tersebut akan memberikan jawaban yang berbeda-beda.

1. Menurut Pelanggan

Sebagian besar pelanggan mengharapkan mutu dalam penyampaian pelayanan kesehatannya. Pasien ingin menerima pengobatan yang tepat dan mendapatkan hasil yang baik. Setiap orang menginginkan interaksi yang memuaskan dengan pemberi pelayanan. Selain itu pelanggan menginginkan fasilitas fisik yang disediakan dalam kondisi yang bersih dan nyaman, mereka menginginkan dokter mereka untuk menggunakan teknologi yang tersedia.

2. Menurut Pihak Penjamin / Pembayar

Pembayar atau penjamin adalah individu dan organisasi yang membayar pelayanan baik secara langsung maupun tidak langsung. Apabila anda membayar secara tunai untuk pelayanan kesehatan, maka anda adalah konsumen sekaligus pembayar/penjamin. Organisasi pembayar / penjamin termasuk dana bantuan pemerintah dalam program asuransi kesehatan, perusahaan asuransi swasta, juga asuransi tenaga kerja. Bagi mereka pembayar, mereka menginginkan nilai yang sepadan dengan rupiah yang telah dia keluarkan. Bagi pihak pembayar melihat dari sisi "*cost effectiveness*" yang berarti mendapatkan nilai yang sesuai dengan pengeluaran pelayanan kesehatan.

Pihak provider atau penyedia layanan adalah individu atau organisasi penyedia pelayanan kesehatan. Didalamnya termasuk dokter, perawat, teknisi dan pendukung klinis lain juga petugas administrasi. Organisasi penyedia termasuk didalamnya rumah sakit, fasilitas perawatan, klinik. Agensi kesehatan dan institusi lain yang menyediakan pelayanan kesehatan. Bagi provider ada sedikit perbedaan dengan pelanggan dan pembayar. Pihak provider lebih concern terhadap kepastian hukum. Risiko atas ketidakpuasan pelanggan akan membawa gugatan. Hal ini akan mempengaruhi bagai provider mendefinisikan mutu, sebagai contoh untuk memastikan suatu diagnosis yang tepat dokter melakukan berbagai test sebagai dasar pengobatan guna menghindari malpraktek.

Berdasarkan paparan diatas, menjadi tidak mudah mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan karena harus memperhatikan setidaknya ketiga pihak-pihak diatas.

Pengertian mutu dari sumber lain adalah menurut The *Institute of Medicine (IOM)*, mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan sebagai:

Mutu Pelayanan Kesehatan adalah "Sejauh mana layanan kesehatan untuk individu dan populasi dapat meningkatkan harapan atau keinginan atas hasil pelayanan kesehatan dan konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini".

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan mutu
- 2) Sebutkan 3 pengertian tentang mutu
- 3) Jelaskan apa yang dimaksud dengan kepuasan pelanggan
- 4) Jelaskan hubungan antara mutu dengan kepuasan pelanggan
- 5) Sebutkan mutu pelayanan kesehatan menurut persepsi pelanggan, penjamin dan pembayar

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian Mutu
- 2) Konsep Kepuasan Pelanggan
- 3) Mutu Pelayanan Kesehatan

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Produk yang bermutu adalah produk yang sesuai dengan spesifikasi desainnya, tidak cacat dan sesuai dengan standar yang diharapkan pelanggan. Pernyataan tersebut adalah Konsep mutu menurut pandangan
 - A. Umum
 - B. Konsumen
 - C. Penjamin
 - D. Pembayar

- 2) Produk yang memenuhi atau melampaui ekspektasi pelanggan, adalah definisi dari
 - A. Mutu
 - B. Pelanggan
 - C. Kepuasan
 - D. Keinginan

- 3) Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila
- A. kinerja atau kenyataan yang diterima oleh pelanggan adalah kurang dari harapannya
 - B. kinerja atau kenyataan yang diterima oleh pelanggan adalah sesuai dengan atau melebihi harapannya
 - C. kinerja atau kenyataan yang diterima oleh pelanggan berbeda
 - D. kinerja atau kenyataan yang diterima oleh pelanggan adalah tidak sesuai dengan harapannya
- 4) Salah satu dimensi mutu terutama untuk produk manufaktur adalah
- A. Bukti Langsung
 - B. Keandalan
 - C. Jaminan
 - D. Kesesuaian dengan spesifikasi
- 5) Salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan menurut IOM adalah Berpusat pada pasien, ini mengandung arti
- A. Sesuai dengan kemauan pasien
 - B. Menyerahkan kepada pasien
 - C. Pelayanan Didasarkan pada kebutuhan pasien dan kecenderungan pasien sebagai seorang individu.
 - D. Pasien sebagai raja

Topik 2

Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Setelah kita pelajari bersama-sama mengenai konsep mutu dan kepuasan pelanggan, lebih lanjut kita akan pelajari dimensi mutu pelayanan kesehatan.

Berbicara dimensi mutu, terdapat beberapa pendapat ahli, dan beberapa pakar membagi dimensi mutu tersebut menjadi dimensi mutu untuk produk manufaktur dan produk jasa.

Menurut studi mutu yang dikembangkan Garvin, dimensi mutu terutama untuk produk manufaktur adalah :

1. Kinerja (*performance*) karakteristik operasi pokok dari produk inti.
2. Ciri atau keistimewaan tambahan / fitur atau karakteristik sekunder pelengkap.
3. Keandalan (*reability*), yaitu kemungkinan kecil akan mengalami kerusakan atau kegagalan.
4. Kesesuaian dengan spesifikasi.
5. Daya tahan (*durability*) berapa lama produk tersebut dapat terus digunakan.
6. Serviceability, meliputi keceatan, kompetensi, kenyamanan, mudah direparasi; penanganan keluhan yang memuaskan.
7. Estetika; yaitu daya tarik produk terhadap panca indera.
8. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), yaitu citra dan reputasi produk serta tanggung jawab perusahaan terhadapnya.

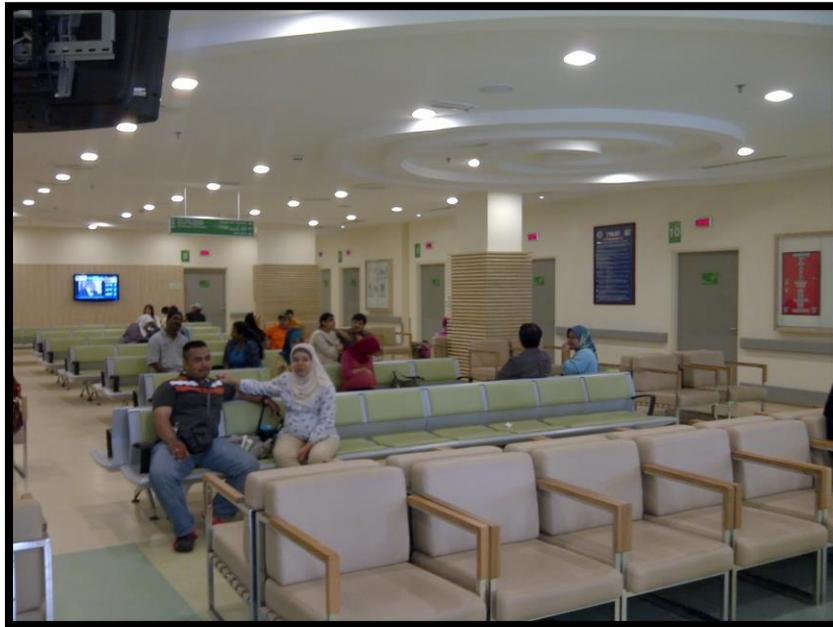
A. PENGERTIAN DIMENSI MUTU

Sedangkan pada sektor pelayanan atau jasa, berdasarkan berbagai penelitian terhadap jenis jasa, Zeithaml, Berry dan Pasuraman (1985) berhasil mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang dipergunakan oleh para pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa, yaitu:

1. Bukti Langsung (*tangibles*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi. Mutu pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan secara langsung oleh penggunaannya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai sehingga para tenaga kesehatan akan bekerja secara optimal dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, perbaikan sarana seperti sarana komunikasi dan juga perlengkapan pelayanan yang tidak langsung seperti tempat parkir, keadaan ruang tunggu ketersediaan kursi yang cukup, sarana penyejuk ruangan, kebersihan ruangan yang terjaga).

Karena pelayanan kesehatan merupakan pelayanan jasa yang bersifat tidak dapat dipegang atau diraba secara fisik, maka perlu ada ukuran lain yang dapat dirasakan secara nyata oleh pelanggan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini pelanggan

menggunakan inderanya (Mata, telinga, perasaan) untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan yang diterimanya. Misal ; ruang penerimaan pasien yang bersih, nyaman, tersedia kursi yang cukup, tersedia televisi, peralatan kantor yang lengkap, seragam staf yang bersih dan rapih serta menarik.



(sumber : <http://www.mitrabangsa.com>)

Gambar 1.4 Salah Satu Penampilan Ruang Tunggu Rumah Sakit

2. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.
Dimensi ini mengandung arti bahwa pelayanan yang diberikan tepat waktu, akurat sesuai yang ditawarkan (misal tertuang dalam brosur pelayanan). Dalam jasa pelayanan dimensi ini dianggap hal yang paling penting oleh para pelanggan. Jasa pelayanan kesehatan merupakan jasa yang non standardize output, dimana produknya akan sangat tergantung dari aktifitas manusia sehingga sulit didapatkan output yang konsisten. Sehingga seorang pimpinan perlu menerapkan budaya kerja di lingkungan kerjanya melalui program-program menjaga mutu.



(Sumber : www.Pusatpengobatan.com/blog/RS-St-caroulus)

Gambar 1.5. Petugas Kesehatan Memberikan Pelayanan yang Intensif Sesuai dengan yang Dijanjikan

3. Daya Tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap. Dimensi ini termasuk kemampuan petugas kesehatan dalam membantu pelanggan serta tingkat kesiapan dalam melayani sesuai prosedur yang berlaku dan tentunya untuk bisa memenuhi harapan pelanggan. Pelayanan kesehatan yang responsif / cepat tanggap terhadap kebutuhan pelanggannya kebanyakan ditentukan oleh sikap petugas yang bertugas di garis depan pelayanan, karena mereka secara langsung yang berhubungan langsung dengan pasien, dan keluarganya. Baik secara langsung tatap muka, komunikasi non verbal langsung atau melalui telepon.



(Sumber : www.rsaminah.com)

Gambar 1.6. Perawat dan Dokter sebagai Ujung Tombak Pelayanan Memberikan Respon yang Diharapkan Pasien

4. Jaminan (*Assurance*), mencakup kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya risiko atau keragu-raguan. Dimensi ini memberikan akibat / dampak kepada pelanggan pengguna jasa merasa terbebas dari risiko. Hasil riset menunjukkan bahwa dimensi ini meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan. Variabel ini perlu dikembangkan dengan melakukan investasi yang tidak saja berbentuk material / uang tapi juga keteladanan manajemen puncak, kepribadian dan sikap staf yang positif dan juga perbaikan remunerasi.
5. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan. Dimensi ini juga terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa membutuhkan bantuannya. Dalam hal ini peranan tenaga kesehatan sangat menentukan mutu pelayanan kesehatan karena mereka dapat langsung memenuhi kepuasan pelanggan jasa pelayanan kesehatan.



(Sumber : <http://www.rspondokindah.co.id>)

Gambar 1.7. Petugas Rumah Sakit yang Sopan dan Ramah



(Sumber : www.PTPN10.co.id)

Gambar 1.8. Petugas Tampak Memberi Perhatian Khusus

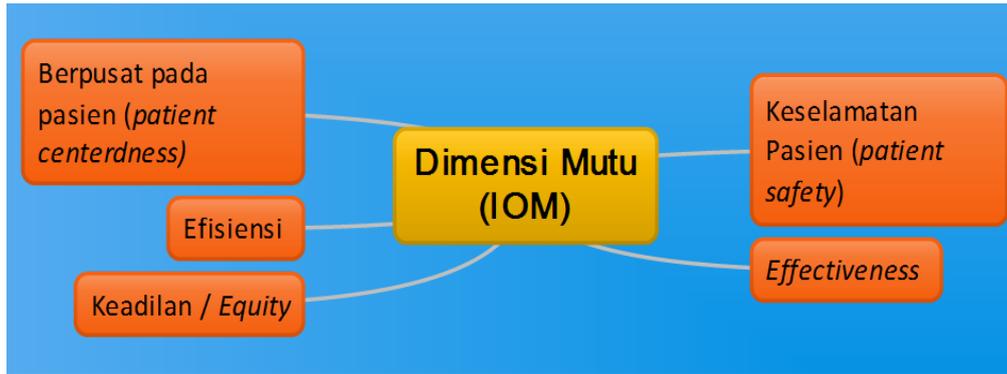
B. MACAM-MACAM DIMENSI MUTU

IOM (*Committee on Quality of Health Care in America*), komite IOM mendefinisikan 6 dimensi mutu pelayanan kesehatan.

1. Keselamatan (*patient safety*); Perawatan bertujuan untuk membantu pasien bukan menyakiti mereka. Pasien tidak boleh dilukai oleh perawatan yang dimaksudkan untuk membantu mereka, juga sebaiknya tidak merugikan orang yang bekerja melayani kesehatan, (kedua pihak harus merasa aman).
Komite ini mendefinisikan bahwa keselamatan pasien adalah terbebas dari cedera akibat ketidaksengajaan atau kecelakaan. Kecelakaan yang dapat terjadi akibat kegagalan mengimplementasikan perencanaan sesuai tujuan awal, atau kegagalan dalam merencanakan pencapaian tujuan.
Mencapai tingkat keselamatan yang lebih tinggi merupakan langkah awal yang penting dalam memperbaiki mutu pelayanan secara keseluruhan Meningkatkan keamanan pada gilirannya akan membutuhkan usaha yang sistematis dari beragam pemangku kepentingan, termasuk komitmen yang jelas dan berkelanjutan kepemimpinan di tingkat eksekutif dan dewan direksi
2. *Effectiveness* ; perawatan harus berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan disediakan bagi pasien yang mendapatkan keuntungan. Perawatan diberikan kepada pasien bukan mengambil keuntungan darinya. Dengan kata lain *underuse* dan *overuse* harus dihindari.
Dalam hal ini Efektivitas mengacu pada pelayanan yang didasarkan pada penggunaan bukti yang didapat secara sistematis, untuk menentukan apakah intervensi, seperti

layanan pencegahan, tes diagnostik, atau terapi, menghasilkan hasil yang lebih baik daripada alternatif-alternatif lain termasuk termasuk alternatif tidak dilakukan apa-apa. Praktik berbasis bukti mensyaratkan hal-hal untuk selalu menghindari praktik *underuse* terhadap pelayanan yang efektif dan praktik *overuse* terhadap tindakan yang inefektif. perawatan yang tidak efektif yang lebih cenderung merugikan daripada membantu pasien (Chassin, 1997).

3. Berpusat pada pasien (*patient centeredness*); perawatan harus didasarkan pada rasa respek, responsive kecenderungan pasien sebagai individu, kebutuhan pasien dan nilai-nilai serta nilai-nilai sebagai pasien adalah sebagai pedoman untuk segala keputusan klinis.
Erteis dkk. (1993) telah mengidentifikasi beberapa dimensi berpusat pada pelayanan pasien yaitu: (1) menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien; (2) koordinasi dan integrasi perawatan; (3) informasi, komunikasi, dan pendidikan; (4) kenyamanan fisik; (5) dukungan emosional - menghilangkan rasa takut dan cemas; dan (6) keterlibatan keluarga dan teman.
4. Tepat waktu ; perawatan harus tersedia secara tepat waktu saat pasien membutuhkan. Ketepatan waktu adalah karakteristik penting dari layanan apa pun dan merupakan hal yang bernilai dan terbukti dalam upaya fokus pada peningkatan perawatan kesehatan dan industri lainnya
5. Efisiensi ; Pemborosan, termasuk peralatan, suplai, ide-ide dan energi harus dihindari. Dalam sistem perawatan kesehatan yang efisien, sumber daya digunakan untuk mendapatkan nilai terbaik dari pengeluaran / uang yang dibelanjakan (Palmer dan Torgerson, 1999). Kebalikan dari efisiensi adalah Pemborosan dari penggunaan sumber daya yang tanpa manfaat bagi pasien. Setidaknya ada dua cara untuk meningkatkan efisiensi: (1) mengurangi pemborosan kualitas, dan (2) mengurangi biaya administrasi atau produksi.
6. Keadilan (*Equity*) ; perawatan terbaik harus disediakan bagi semua orang tidak memandang umur, jenis kelamin, ras, status finansial atau variabel demografis lain. Berkenaan dengan keadilan dalam pemberian pelayanan, semua individu dengan tepat mengharapkannya diperlakukan secara adil oleh lembaga sosial, termasuk institusi pelayanan kesehatan. Ketersediaan pelayanan yang berkualitas harus didasarkan pada kebutuhan individu dan bukan pada karakteristik pribadi yang tidak terkait dengan kondisi pasien atau untuk alasan mencari perawatan. Secara khusus, kualitas perawatan seharusnya tidak berbeda karena karakteristik seperti gender, ras, usia, etnis, pendapatan, pendidikan, kecacatan, orientasi seksual, atau lokasi tempat tinggal.



Gambar 1.9
Dimensi Mutu Menurut IOM

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Uraikan pembagian dimensi mutu menurut pakar
- 2) Uraikan beberapa dimensi mutu pelayanan jasa
- 3) Uraikan dimensi mutu pelayanan kesehatan menurut IOM
- 4) Jelaskan maksud dari dimensi mutu “Equity / berkeadilan”
- 5) Jelaskan yang dimaksud dengan dimensi mutu “berpusat kepada pasien”

Petunjuk Jawab Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pembagian dimensi mutu .
- 2) Dimensi mutu menurut studi yang dikembangkan Garvin .
- 3) Dimensi Mutu menurut IOM .

Ringkasan

Pemahaman Mutu dapat diartikan sebagai Produk atau layanan yang bermutu adalah produk yang memenuhi atau melampaui ekspektasi. ekspektasi bisa berubah-ubah, sehingga mutu harus terus menerus ditingkatkan. Hal ini juga berkaitan dengan kepuasan pelanggan yaitu kepuasan pelanggan / konsumen adalah suatu hasil respon konsumen terhadap produk yang dia terima dibandingkan dengan harapannya. Sehingga kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila kinerja atau kenyataan yang diterima oleh pelanggan adalah sesuai dengan atau melebihi harapannya. Sedangkan mutu Pelayanan Kesehatan adalah “Sejauh mana layanan kesehatan untuk individu dan populasi dapat meningkatkan harapan atau keinginan atas hasil pelayanan kesehatan dan konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini”.

Dimensi mutu terbagi menjadi dimensi mutu untuk produk manufaktur dan produk jasa. Dimensi mutu produk jasa menurut Zeithaml, Berry dan Parasuraman adalah Bukti langsung / tangibles, kehandalan / reliability, daya tanggap / responsiveness, jaminan / assurance dan empati. Secara khusus dimensi mutu pelayanan kesehatan menurut IOM : Keselamatan, Effectiveness, berpusat pada pasien, tepat, waktu, efisiensi dan berkeadilan.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Tersedianya ruang tunggu pasien yang nyaman, dengan luas ruangan yang memadai merupakan dimensi mutu
 - A. *Tangibles*
 - B. *Responsiveness*
 - C. *Empati*
 - D. *Assurance*

- 2) Petugas pendaftaran yang melayani dengan cepat dan selalu siap ketika dimintai bantuan termasuk pada dimensi mutu
 - A. *Tangibles*
 - B. *Responsiveness*
 - C. *Empati*
 - D. *Assurance*

- 3) Pelayanan kesehatan yang dalam pelaksanaannya berlebihan misalnya dalam hal obat-obatan dan penunjang diagnosis, merupakan hal yang dianggap tidak bermutu karena bertentangan dimensi mutu menurut (IOM)
 - A. Keadilan
 - B. Keselamatan pasien
 - C. Efisiensi
 - D. Berpusat pada pasien

- 4) Pelayanan yang diberikan tepat waktu, akurat sesuai yang ditawarkan (seperti tertuang dalam brosur pelayanan) termasuk kedalam dimensi mutu
 - A. *Tangibles*
 - B. *Reliability*
 - C. *Empati*
 - D. *Assurance*

- 5) Ketika petugas kesehatan kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan. dimensi ini juga terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa Termasuk kedalam dimensi mutu
- A. *Tangibles*
 - B. *Reliability*
 - C. Empati
 - D. *Assurance*

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) A
- 3) B
- 4) D
- 5) C

Tes 2

- 1) A
- 2) B
- 3) B
- 4) B
- 5) C

Glosarium

The Institute of Medicine : Institut Kedokteran yang merupakan Divisi dari Akademi (IOM) Ilmu Pengetahuan, Teknik, dan Pengobatan Nasional. (Amerika Serikat)

Daftar Pustaka

Azwar, Azrul. Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta 1996

Azwar, Azrul. Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi kedua Jakarta: PT. Binariya Aksara, 1996

Elisabeth, Siwi Wakyani, Th. Endang Purwoastuti., Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan, Pustaka Baru Press. Yogyakarta. 2015

Muninjaya, A.A Gde. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. EGC. Jakarta. 2011

Sabarguna, Boy S. Quality Assurance elayanan Rumah Sakit, Konsorsium RS islam jateng-DIY. Yogyakarta. 2004

Spath, Patrice. Introduction to healthcare quality management / Patrice Spath. Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington, DC. 2009

Wijono D (2000), Manajemen Mutu Pelayanan kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi, Airlangga University Press, Surabaya.

BAB II

MENGUKUR MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Arief Tarmansyah Iman. SKM., MKM

TUJUAN PEMBELAJARAN :

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan:

1. Menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan
2. Mengenal jenis-jenis pelayanan kesehatan
3. Menjelaskan indikator pelayanan kesehatan
4. Mengenal jenis jenis indikator pelayanan kesehatan
5. Menjelaskan pengertian standar mutu pelayanan kesehatan
6. Mengidentifikasi jenis-jenis standar pelayanan kesehatan

PENDAHULUAN

Sebelum kita melangkah ke topik selanjutnya, silahkan anda simak dan jawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini :

Pernahkan anda mendapatkan pelayanan kesehatan?, Dimanakah anda mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut?, Pelayanan kesehatan apa saja yang anda terima ?

Bila anda sudah menjawab ketiga pertanyaan diatas, selanjutnya jawab pertanyaan, bagaimana menurut anda pelayanan yang sudah anda dapatkan tersebut? Apakah anda kurang puas, cukup puas atau sangat puas ? apakah menurut anda pelayanan tersebut kurang bermutu, cukup bermutu atau sangat bermutu ?

Apabila anda sudah dapat menjawab, secara tidak langsung anda sudah mengukur kepuasan dan mutu pelayanan tersebut versi anda, sebagai pelanggan atau konsumen. Namun bagaimana mengukur pelayanan yang tepat dan terukur, sehingga sebuah produk itu dikatakan bermutu dan memberi kepuasan kepada pelanggannya.

Untuk dapat mengukur mutu pelayanan kesehatan diperlukan suatu petunjuk / indikator yang berfungsi memberikan menunjukkan capaian mutu pelayanan. Selain indikator untuk dapat mengukur mutu pelayanan kesehatan juga diperlukan sebuah standar.

Bab ini akan mempelajari mengenai konsep pelayanan kesehatan dan macam atau jenis pelayanan kesehatan serta mengenai bagaimana mengukur mutu pelayanan kesehatan, elemen-elemen apa saja yang dipergunakan untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan beserta pengertiannya termasuk mempelajari apa itu indikator standar.

Topik 1

Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan

A. PENGERTIAN PELAYANAN KESEHATAN

Pengertian dari pelayanan kesehatan bisa kita temukan dari beberapa referensi, satu pengertian pelayanan kesehatan yang sering digunakan adalah yang disampaikan oleh Levey dan Loomba (1973), menurutnya pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Sedangkan menurut Azwar (1996) Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga kelompok, dan ataupun masyarakat.

Dari pengertian tersebut diatas, ada beberapa poin yang penting yang menjadi ciri dalam sebuah pelayanan kesehatan yaitu:

1. Usaha Sendiri

Setiap usaha pelayanan kesehatan bisa dilakukan sendiri ditempat pelayanan. Misalnya pelayanan dokter praktek.

2. Usaha Lembaga atau Organisasi

Setiap usaha pelayanan kesehatan dilakukan secara kelembagaan atau organisasi kesehatan ditempat pelayanan. Misalnya pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas.

3. Memiliki Tujuan yang Dicapai

Tiap pelayanan kesehatan memiliki produk yang beragam sebagai hasil akhir pelayanan yang pada tujuan pokoknya adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat atau perseorangan.

4. Lingkup Program

Lingkup pelayanan kesehatan meliputi kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, atau gabungan dari keseluruhan.

Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) Undang-Undang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

- a. promotif suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

5. Sasaran Pelayanan

Tiap pelayanan kesehatan menghasilkan sasaran yang berbeda, tergantung dari program yang akan dilakukan, bisa untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara umum

B. JENIS PELAYANAN KESEHATAN

Saat ini perkembangan pelayanan kesehatan semakin pesat, demikian pula bentuk dan jenis pelayanan kesehatan semakin banyak macamnya, seperti yang sering kita temui di sekitar kita, ada praktik dokter, praktik bidan, praktik keperawatan, Puskesmas, Klinik bersama, Klinik kesehatan Gigi, Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Sakit Paru, dan sebagainya. Namun demikian jika disederhanakan, secara umum dapat dibedakan atas dua bentuk dan jenis pelayanan kesehatan, seperti dijabarkan oleh Hodgetts dan Cascio (1983) yaitu:

1. Pelayanan Kedokteran / Medis (*Private Good*)

Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam kelompok pelayanan medis / kedokteran (*medical services*) ini ditandai dengan cara pengorganisasiannya yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), adapun tujuan utamanya adalah untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat (*public Good*)

Pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ini ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*) Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkandilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*) Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

Sedangkan berdasarkan jenis pelayanan berdasarkan Stratifikasi Pelayanan Kesehatan yang berlaku di Indonesia dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni sebagai berikut :

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pengertian dari pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan. Seperti Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter Praktek Swasta.



2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Pengertian pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan

tersediannya tenaga-tenaga spesialis. Fasilitas pelayanan tingkat kedua ini adalah Rumah Sakit-rumah sakit Type C dan Type B



Sumber : www.google.com

Gambar 2.2. Fasilitas Kesehatan Tingkat 2

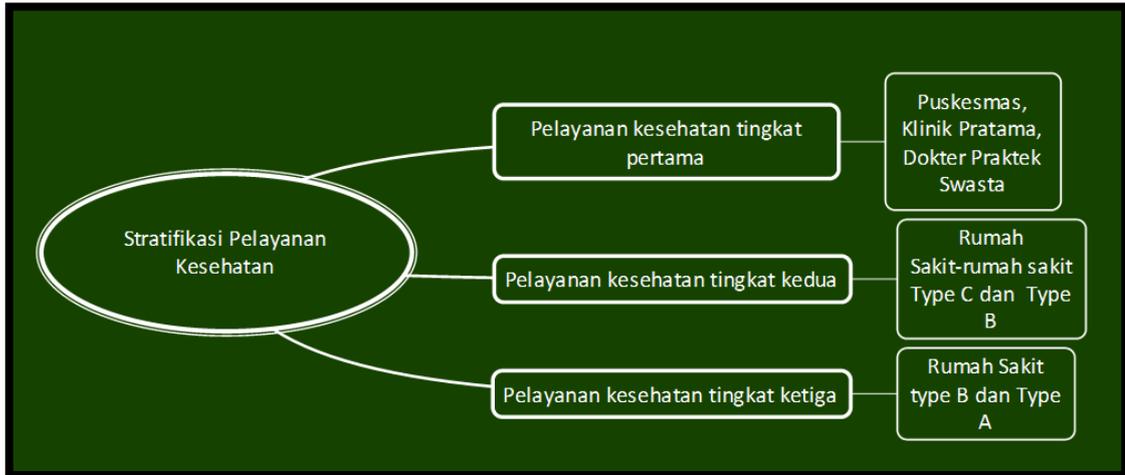
3. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Pengertian pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialis seperti Rumah Sakit type B dan Type A (Azwar, 1996).



Sumber : www.google.com

Gambar 2.3. Fasilitas Kesehatan Tingkat 3



Gambar 2.4. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

C. SYARAT POKOK PELAYANAN KESEHATAN

Suatu pelayanan kesehatan yang baik, apakah itu pelayanan kesehatan perorangan ataupun pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki berbagai persyaratan pokok.

Syarat pokok yang dimaksud ialah:

1. Tersedia dan Berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*), Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaanya dalam masyarakat adalah setiap saat yang dibutuhkan.

2. Dapat Diterima dengan Wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*) artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah Dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

4. Mudah di Jangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin di nikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah di tetapkan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan pelayanan Kesehatan
- 2) Uraikan lingkup pelayanan kesehatan secara paripurna
- 3) Uraikan bentuk pelayanan kesehatan menurut UU Kesehatan no. 36 pasal 55 ayat 1
- 4) Uraikan stratifikasi pelayanan kesehatan yang berlaku di indonesia beserta contoh-contohnya
- 5) Sebutkan beberapa ciri dari pelayanan kesehatan masyarakat.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

- 1) Pengertian pelayanan kesehatan
- 2) Lingkup pelayanan kesehatan
- 3) Bentuk pelayanan kesehatan menurut UU kesehatan no. 36
- 4) Stratifikasi pelayanan kesehatan

Ringkasan

Berdasarkan beberapa referensi pengertian dari pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan baik oleh perorangan ataupun secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok,

dan ataupun masyarakat. Menurut Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan adalah Pelayanan kesehatan promotif, preventif, Kuratif, dan rehabilitatif .

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan diantaranya . Pelayanan kedokteran / medis (private Good) dan Pelayanan kesehatan masyarakat (*public Good*), berdasarkan Stratifikasi Pelayanan Kesehatan yang berlaku di Indonesia dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni, pertama (puskesmas, klinik dan praktik dokter), kedua (Rumah sakit tipe B dan tipe C, ketiga (rumah sakit tipe A) dan syarat pokok pelayanan kesehatan meliputi tersedia dan berkesinambungan, dapat diterima dengan wajar, mudah dicapai, mudah dicapai dan bermutu.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan adalah
 - A. Preventif
 - B. Promotif
 - C. Curatif
 - D. Rehabilitatif

- 2) Suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin adalah
 - A. Preventif
 - B. Promotif
 - C. Curatif
 - D. Rehabilitatif

- 3) Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif adalah bentuk pelayanan secara
 - A. Curatif
 - B. Perseorangan
 - C. Kelompok / masyarakat
 - D. Preventif

- 4) Salah satu institusi pelayanan kesehatan yang berada di tingkat stratifikasi kedua adalah
- A. Puskesmas
 - B. Klinik
 - C. Rumah sakit tipe A
 - D. Rumah sakit type C
- 5) Salah satu syarat pokok pelayanan kesehatan adalah mudah dijangkau oleh masyarakat, hal ini mengandung arti
- A. Lokasi yang mudah dijangkau
 - B. Biaya yang terjangkau
 - C. Dapat diakses oleh siapa saja
 - D. Terjangkau oleh semua golongan

Topik 2

Indikator dan Standar Mutu Pelayanan Kesehatan

A. INDIKATOR MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Seperti telah dikemukakan pada poin sebelumnya, bahwa salah satu syarat pokok pelayanan kesehatan adalah bermutu, yaitu menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Untuk mewujudkan hal tersebut maka mutu pelayanan harus dapat terukur, terpantau dan termonitor. Pengukuran merupakan konsep sentral dalam peningkatan mutu. Dengan pengukuran akan tergambar apa yang sebenarnya sedang dilakukan sarana pelayanan kesehatan dan membandingkannya dengan target sesungguhnya atau harapan tertentu dengan tujuan untuk mengidentifikasi kesempatan untuk adanya peningkatan mutu (Shaw, 2003).

Untuk mengukur suatu pelayanan kesehatan diperlukan suatu petunjuk atau tolak ukur, tolak ukur / petunjuk tersebut dinamakan indikator. Indikator adalah petunjuk atau tolak ukur/Indikator adalah fenomena yang dapat diukur. Contoh indikator atau tolak ukur status kesehatan antara lain adalah angka kematian ibu, angka kematian bayi, status gizi.

Indikator pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan *outcome*:

1. Indikator Struktur / Input:

- Tenaga kesehatan profesional
Sebagai contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya jumlah tenaga kesehatan tertentu per jumlah penduduk, (misal: Jumlah dokter setiap 300.000 penduduk).
- Biaya yang tersedia
Contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya sejumlah dana atau anggaran yang tersedia untuk pemberantasan penyakit tertentu.
- Obat-obatan dan alat kesehatan
Contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya sejumlah obat-obatan untuk pemberantasan penyakit tertentu.
- Metode atau standard operation
Contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya Standar Operating Procedur untuk yang sesuai untuk kegiatan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan.

2. Indikator proses

Memberikan petunjuk tentang pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, prosedur asuhan yang ditempuh oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya. Dipandang dari sudut manajemen yang diperlukan adalah pelaksanaan dari fungsi-fungsi manajemen

seperti perencanaan, pengoorganisasian, penggerakan, pemantauan, pengendalian dan penilaian. Sebagai contoh dari indikator proses ini adalah :

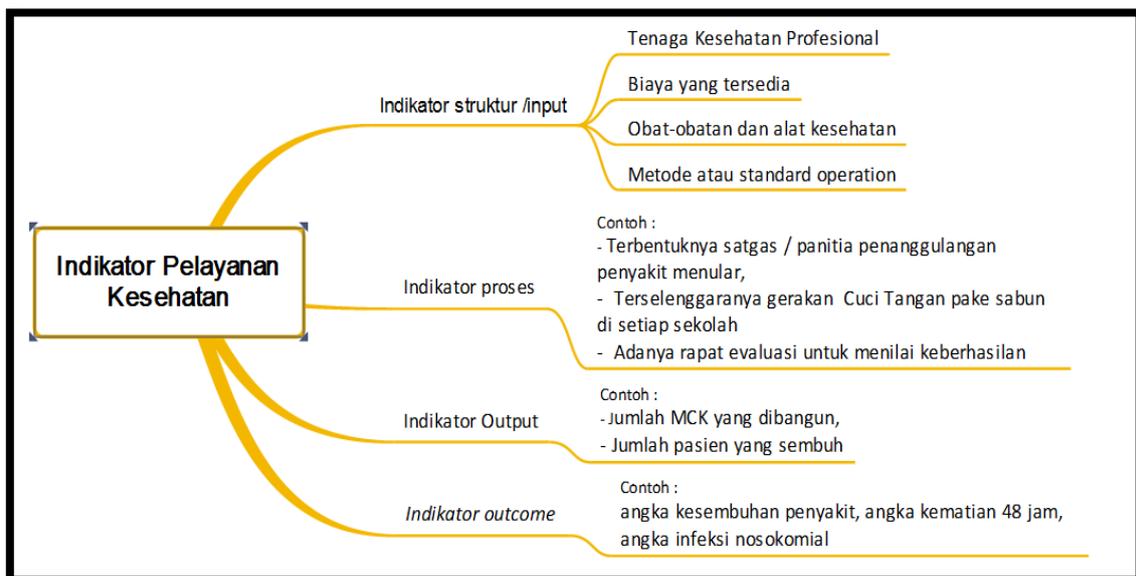
- Terbentuknya satgas / panitia penanggulangan penyakit menular,
- Terselenggaranya gerakan Cuci Tangan pake sabun di setiap sekolah
- Adanya rapat evaluasi untuk menilai keberhasilan

3. Indikator Output

Merupakan ukuran-ukuran khusus (kuantitas) bagi output program seperti sejumlah puskesmas yang berhasil dibangun, jumlah kader kesehatan yang dilatih, jumlah MCK yang dibangun, jumlah pasien yang sembuh dsb.

4. Indikator Outcome (Dampak Jangka Pendek)

Adalah ukuran-ukuran dari berbagai dampak program seperti meningkatnya derajat kesehatan anak balita, menurunkan angka kesakitan. Indikator Impact (Dampak jangka panjang). Seperti meningkatnya umur harapan hidup, meningkatnya status gizi, atau indikator di pelayanan kesehatan seperti rumah sakit seperti : BOR, LOS, TOI dan Indikator klinis lain seperti : angka kesembuhan penyakit, angka kematian 48 jam, angka infeksi nosokomial, dsb.



Gambar 2.5. Indikator Pelayanan Kesehatan

Berikut ini adalah beberapa contoh indikator yang berkaitan dengan bidang kesehatan:

- a. Kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan bagi ibu-ibu dan anak-anak
- b. Pertolongan persalinan oleh petugas terlatih
- c. Prosentase anak terancam risk yang telah di imunisasi terhadap penyakit infeksi masa kanak-kanak

- d. Tersedianya obat-obatan esensial sepanjang tahun
- e. Aksesibilitas lembaga-lembaga rujukan
- f. Rasio jumlah penduduk terhadap berbagai jenis tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan dasar dan di tingkat-tingkat rujukan.

5. Indikator Status Kesehatan :

- a. Prosentase bayi-bayi yang dilahirkan dengan berat badan pada waktu lahir paling sedikit 2500 g
- b. Prosentase anak berat badannya menurut umur dengan norma-norma tertentu
- c. Indikator-indikator perkembangan psikososial anak-anak
- d. Angka kematian bayi
- e. Angka kematian anak
- f. Angka kematian anak dibawah lima tahun
- g. Harapan hidup pada umur tertentu
- h. Angka kematian ibu
- i. Angka kematian menurut jenis penyakit tertentu
- j. Angka cacat tubuh
- k. Indikator-indikator patologi sosial dan mental, seperti angka-angka bunuh diri, kecanduan obat, kejahatan, kenakalan remaja, minum minuman keras, merokok, kegemukan, penggunaan obat-obat terlarang.

Mengukur mutu pelayanan kesehatan baik di tingkat primer seperti Puskesmas dan tingkat lanjut seperti rumah sakit memerlukan indikator mutu yang jelas. Namun menyusun indikator yang tepat tidaklah mudah. Kita perlu mempelajari pengalaman berbagai institusi yang telah berhasil menyusun indikator mutu pelayanan kesehatan yang kemudian dapat digunakan secara efektif mengukur mutu dan meningkatkan mutu.

B. STANDAR PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian

Standar menjadi sangat penting dalam sistem menjaga mutu pelayanan, karena standar merupakan alat yang dipergunakan oleh organisasi untuk menterjemahkan mutu ke dalam istilah yang operasional. Standar juga membuat organisasi dapat mengukur tingkat mutunya. Standar, indikator dan batas merupakan elemen yang membuat sistem menjaga mutu bekerja dalam suatu cara yang terukur, objektif dan kualitatif.

Menurut Al-Assaf (2009) standar secara luas didefinisikan sebagai suatu pernyataan atau harapan mengenai input, proses, perilaku dan outcome pada sistem kesehatan. Secara sederhana, standar menyatakan apa yang kita harapkan terjadi dalam perjalanan kita mencapai layanan kesehatan yang bermutu tinggi.

Secara luas, pengertian standar layanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses dan keluaran (outcome)

sistem layanan kesehatan. Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam menjalankan tugas dan perannya masing-masing.

Berikut ini adalah beberapa pengertian standar menurut para ahli :

- a. Standar adalah keadaan ideal atau tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna yang dipergunakan sebagai batas penerimaan minimal (*Clinical Practice Guideline*, 1990 dalam Azwar, 1996).
- b. Pengertian Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan (Donabedian, 1980 dalam Azwar, 1996).
- c. Definisi Standar adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan agar pemakai jasa dapat memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan (Rowland dan Rowland, 1983 dalam Azwar, 1996).

Dari beberapa pengertian diatas mengenai standar, dapat disimpulkan bahwa standar adalah sesuatu yang **diharapkan** dari suatu **kegiatan atau penampilan** yang disusun oleh individu atau kelompok.

Standar-standar disusun secara eksak dan dapat dihitung secara kuantitatif, biasanya mencakup hal-hal yang baik. Misalnya : panjang badan bayi baru lahir yang sehat rata-rata (standarnya) adalah 50 CM. Berat badan bayi yang baru lahir yang sehat standard adalah 3 Kg. Rasio yang baik untuk dokter puskesmas standarnya adalah 1 : 30. 000 penduduk. Rasio yang baik untuk dokter spesialis adalah 1 : 300. 000 penduduk. Standar kebutuhan tenaga perawat di RS adalah rasio 1 : 10 tempat tidur.

C. MACAM-MACAM STANDAR

Sesuai dengan unsur-unsur yang terdapat pada pelayanan kesehatan serta peranan yang dimiliki oleh masing-masing unsur tersebut, maka standar dalam program menjaga mutu secara umum terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Standar Persyaratan Minimal

Standar persyaratan Minimal adalah standar yang menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu. Standar ini dibedakan atas 3 macam, yakni :

a. Standar Masukan

Standar ini menetapkan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan kesehatan yang bermutu, yaitu jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga

pelaksana (*standar of personel*), jenis dan jumlah, spesifikasi sarana (*standar of facilities*) serta jumlah dana / modal.

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, standar madukkan tersebut haruslah dapat dapat dipenuhi dengan baik.

b. Standar lingkungan

Standar ini menetapkan persyaratan minimal unsur lingkungan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan kesehatan yang bermutu, yaitu ; garis-garis besar kebijakan, struktur organisasi serta sistem manajemen yang harus dipenuhi oleh setiap pelakassana pelayanan kesehatan. Standar ini disebut juga dengan standar organisasi dan manajemen.

Sama dengan unsur masukan, untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, standar lingkungan tersebut haruslah dapat dapat dipenuhi dengan baik.

c. Standar proses

Standar ini menetapkan standar proses yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan kesehatan yang bermutu, yaitu tindakan medis, non medis pelayanan kesehatan. Standar ini dinamakan juga standar tindakan (*standard of Conduct*). Karena baik tidaknya mutu pelayanan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka haruslah dapat dipuyakan semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar proses yang telah ditetapkan.

d. Standar Penampilan Minimal

Standar Penampilan Minimal adakalah standar yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang dapat diterima. Standar ini menunjuk pada unsur keluaran / standar luaran (*output*) atau juga populer dengan nama *standard of performance*. Untuk mengetahui apakah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan masih dalam batas-batas yang wajar atau tidak, perlu ditetapkan standar keluaran.

Beberapa contoh pernyataan standar:

Tabel 2.1.

Beberapa contoh standar Pelayanan minimal di Kab. / Kota

NO	JENIS LAYANAN DASAR	MUTU LAYANAN DASAR	PENERIMA LAYANAN DASAR	PERNYATAAN STANDAR
1	Pelayanan kesehatan ibu hamil	Sesuai standar pelayanan antenatal.	Ibu hamil.	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar.
2	Pelayanan kesehatan ibu bersalin	Sesuai standar pelayanan persalinan.	Ibu bersalin.	Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar.
3	Pelayanan kesehatan bayi baru lahir	Sesuai standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir.	Bayi baru lahir.	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
4	Pelayanan kesehatan balita	Sesuai standar pelayanan kesehatan balita.	Balita.	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
5	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	Sesuai standar skrining kesehatan usia pendidikan dasar.	Anak pada usia pendidikan dasar.	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.
6	Pelayanan kesehatan pada usia produktif	Sesuai standar skrining kesehatan usia produktif.	Warga Negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun.	Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.
7	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut	Sesuai standar skrining kesehatan usia lanjut.	Warga Negara Indonesia usia 60 tahun ke atas.	Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar.
8	Pelayanan kesehatan penderita hipertensi	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi.	Penderita hipertensi.	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
9	Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus.	Penderita Diabetes Melitus.	Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
10	Pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat	Sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa.	Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat.	Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
11	Pelayanan kesehatan orang dengan TB	Sesuai standar pelayanan kesehatan TB.	Orang dengan TB.	Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar.
12	Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV	Sesuai standar mendapatkan pemeriksaan HIV.	Orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan)	Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud Indikator Mutu pelayanan kesehatan
- 2) Jelaskan beberapa macam indikator mutu yang mengacu pada indikator yang relevan
- 3) Jelaskan apa itu standar dalam pelayanan kesehatan
- 4) Jelaskan beberapa contoh standar dalam pelayanan kesehatan
- 5) Apa yang dimaksud dengan standar proses

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

- 1) Pengertian standar dan indikator pelayanan kesehatan
- 2) Macam dan jenis indikator
- 3) Macam dan contoh-contoh indikator pelayanan kesehatan

Ringkasan

Indikator adalah petunjuk atau tolak ukur/Indikator adalah fenomena yang dapat diukur. Contoh indikator atau tolak ukur status kesehatan antara lain adalah angka kematian ibu, angka kematian bayi, status gizi. Indikator pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses, output dan outcome.

Pengertian standar adalah sesuatu yang **diharapkan** dari suatu **kegiatan atau penampilan** yang disusun oleh individu atau kelompok, Standar dalam program menjaga mutu secara umum terbagi menjadi dua, yaitu Standar persyaratan minimal (Masukkan, lingkungan dan proses) dan Standar penampilan minimal (output).

Contoh ; standar masukkan (jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana (standar of personel), jenis dan jumlah, spesifikasi sarana (standar of facilities) serta jumlah dana / modal, contoh standar lingkungan (organisasi dan manajemen), contoh standar proses (Standar Prosedur Operasional), contoh standar penampilan minimal (SPM Rumah sakit).

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Untuk mengukur suatu pelayanan kesehatan diperlukan suatu petunjuk atau tolak ukur, tolak ukur / petunjuk tersebut dinamakan
 - A. Standar
 - B. Indikator
 - C. Pengukuran
 - D. Status kesehatan

- 2) Salah satu contoh dari standar masukan adalah
 - A. Jumlah dan kualifikasi personel
 - B. Struktur organisasi
 - C. Sistem manajemen
 - D. Standar prosedur

- 3) Salah satu contoh dari indikator *outcome*
- A. Angka kematian bayi
 - B. Angka kematian anak
 - C. Harapan Hidup
 - D. Angka kesembuhan penyakit
- 4) Salah satu contoh indikator output
- A. Status Gizi
 - B. Jumlah kader kesehatan yang dilatih
 - C. Terbentuknya satgas
 - D. Prosentase bayi yang dilahirkan dengan berat badan tertentu
- 5) Suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu system adalah
- A. Indikator Pelayanan kesehatan
 - B. Standar layanan kesehatan
 - C. Struktur
 - D. Indikator status kesehatan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) C
- 3) C
- 4) D
- 5) B

Tes 2

- 1) B
- 2) A
- 3) D
- 4) D
- 5) A

Glosarium

MCK	:	Mandi Cuci Kakus
BOR, LOS, TOI	:	Bed Occupanty Rate (prosentase Penggunaan tempat tidur)
LOS	:	<i>Lenght of stay</i> (lama dirawat)
TOI	:	<i>Turn Over Interval</i> (rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati)
Infeksi nosokomial	:	Infeksi yang terjadi di rumah sakit

Daftar Pustaka

Attwood, D. 2008. Physical Pharmacy. London: Pharmaceutical Press.

Azwar, Azrul. Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta 1996

Muninjaya, A.A Gde. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. EGC. Jakarta. 2011

Spath, Patrice. Introduction to healthcare quality management / Patrice Spath. Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington, DC. 2009

Wijono D (2000), Manajemen Mutu Pelayanan kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi, Airlangga University Press, Surabaya.

BAB III

PROGRAM *QUALITY ASSURANCE*

Dewi Lena Suryani K, AMd.PK SKM MPH

PENDAHULUAN

Konsep program quality Assurance sesuai dengan konsep manajemen informasi kesehatan (*him, concepts, principles and Practice third editions, Kthleen M.LaThour, Shirley Eichenwald Maki, AHIMA, 2010, Chicago, Illinois, 518-23*). *Quality Assurance* secara terminologi seperti yang sekarang digunakan, secara luas mencakup beberapa komponen. Antara lain meliputi *utilization review; medical care evaluation, risk management*, tinjauan sejawat atau *peer review*, evaluasi mutu perawatan pasien, usaha mengumpulkan data pasien pada bagian-bagian dan sebagainya.

Pembahasan ini dirasa penting, mengingat banyak data-data rekam medis digunakan untuk *utilization review* dan studi *medical care evaluation*. Manajemen resiko (*risk management*) tidak hanya mengumpulkan data dari rekam medis, tapi sumber-sumber lain yang berkaitan dengan rumah sakit, laboratorium, dan pelayanan pasien. *Quality Assurance* dengan *peer review* menegakkan praktek-praktek standard, membandingkan kinerja dengan standar, identifikasi masalah-masalah yang muncul dan memecahkan persoalannya.

Usaha-usaha, dalam hal ini berkaitan dengan elemen-elemen utama yang mendukung program *Quality Assurance* adalah:

1. Pengumpulan data;
2. Menilai dan analisis data;
3. Kegiatan-kegiatan untuk penemuan masalah dan sebab-sebabnya;
4. Mencari solusi dan melaksanakannya;
5. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar;
6. Proses monitoring dan evaluasi.

Topik 1

Konsep, Proses dan Desain *Quality Assurance*

Menjaga mutu (*Quality Assurance*) sering diartikan sebagai menjamin mutu atau memastikan mutu. Seperti pada penggunaan kata *to assure* (=to convince, to make sure or certain, to ensure, to secure) artinya adalah meyakinkan orang, mengusahakan sebaik-baiknya, mengamankan atau menjaga. Terjemahannya sering dirancukan dalam bahasa Belanda "*assurantie*", yang padanan Inggris-nya adalah *Insurance* = menjamin (bukan to assurance).

A. PENGERTIAN *QUALITY ASSURANCE*

Beberapa definisi *Quality Assurance* (Wijono D, 1999), disampaikan sebagai berikut:

1. Dr. Avedis Donabedian sebagai seorang ahli *Quality Assurance* (QA) dalam pelayanan kesehatan, memberikan beberapa definisi QA dari aspek proses pelayanan kesehatan, yaitu:
 - a. Menjaga mutu termasuk kegiatan-kegiatan yang secara periodik atau kontinue menggambarkan keadaan dimana pelayanan disediakan. Pelayanannya sendiri dimonitor dan hasil pelayanannya diikuti (jejaknya). Dengan demikian kekurangan-kekurangan dapat dicatat, sebab-sebab dari kekurangan-kekurangan itu ditemukan, dan dibuatkan koreksi yang diperlukan. Menghasilkan perbaikan kesehatan dan kesejahteraan. QA dalam hal ini adalah proses siklus.
 - b. QA diartikan sebagai semua penataan-penataan dan kegiatan-kegiatan yang dimaksudkan untuk menjaga keselamatan, memelihara, dan meningkatkan mutu pelayanan".
2. Dr. Heatehet Palmer (1983) dari Universitas Harvard mendefinisikan QA sebagai "suatu proses pengukuran mutu, menganalisa kekurangan yang ditemukan dan membuat kegiatan untuk meningkatkan penampilan yang diikuti dengan pengukuran mutu kembali untuk menentukan apakah peningkatan telah dicapai.

Ia adalah suatu kegiatan yang sistematis, suatu siklus kegiatan yang menggunakan standar pengukuran".

1. Drs. Rueles dan Frenk dari Mexico, memberikan definisi Q sebagai " suatu proses systematic untuk menutup gap antara kinerja yang ada dan outcome yang diharapkan".
2. Lori Di Prete Brown, menyampaikan bahwa " intinya QA merupakan suatu susunan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menyusun standar-standar dan untuk memonitor dan meningkatkan kinerja sehingga pelayanan yang diselenggarakan sedapat mungkin efektif dan selamat".
3. Dr. Donal Berwick, ahli CQI dari US, menjelaskan tentang pendekatan QA yaitu " 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 analitis”.

4. *Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH)* badan yang menyelenggarakan akreditasi di Amerika, “QA merupakan suatu program berlanjut yang disusun secara obyektif dan sistematis, memantai dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan kesempatan untuk meningkatkan pelayanan pasien dan memecahkan masalah yang terungkap”;
5. QA menurut ISO 8402 adalah “semua kegiatan sistematis dan direncanakan yang diperlukan untuk menyediakan kepercayaan yang memadai sehingga produk dan pelayanannya memuaskan sesuai dengan syarat-syarat mutu” (*Quality Assurance is “All those planned and systematic actions necessary to provide adequate confidence that a product and service will satisfy given requirement for quality*).
6. ANSI/ASQC (A.3-1978) mendefinisikan bahwa:” semua kegiatan yang direncanakan yang diperlukan untuk menyediakan kepercayaan yang memadai sehingga produk atau pelayanannya memuaskan sesuai dengan kebutuhan: (*All those planned or systematic actions necessary to provide adequate confidence that a product service will satisfy given needs*).
7. JIS Z8101 mendefinisikan QA sebagai “ kegiatan-kegiatan sistematis yang dilakukan oleh perusahaan/pabrik untuk menjamin sepenuhnya mutu yang diharapkan oleh konsumen/pemakai” (*Systematic actions performed by manufactures, to fully assure for the quality requirements by consumers*).
8. Dr.K. Ishikawa menyampaikan bahwa “ QA dimaksudkan untuk menjamin mutu di mana konsumen dapat membeli dan menggunakan dengan kepercayaan dan kepuasan dan masih dapat digunakan untuk jangka panjang” (*To assure quality which consumers be able to buy and to use whith confidence and satisfaction, and still to be able to use last long*).

B. PROSES QUALITY ASSURANCE

Proses dapat diartikan sebagai pengawasan pengendalian ((Wijono D, 1999). Pengawasan pengendalian (control) diartikan sebagai suatu proses pendelegasian tanggung jawab dan wewenang untuk suatu kegiatan manajemen di mana dalam jangka waktu lama memelihara hasil rata-rata dari penjagaan hasil yang memuaskan”. Control bisa dilakukan terhadap *product* dan *cost*. Biasanya ada 4 (empat) langkah yang dilakukan, yaitu:

Penyusunan standard cost. Biasanya ada 4 (empat) langkah yang dilakukan, yaitu:

1. Penyusunan standar: penetapan standar-standar biaya yang diperlukan (*cost quality*), *performance quality*, *safety quality* dan *rehabilitasi quality* dari pada produk.
2. Penilaian kesesuaian: membandingkan kesesuaian dari produk yang dihasilkan atau pelayanan yang ditawarkan terhadap standar-standar tersebut.
3. Koreksi bila perlu: koreksi penyebab dan faktor-faktor *maintenance* yang mempengaruhi kepuasan.

4. Perencanaan peningkatan mutu: membangun usaha yang berkelanjutan untuk memperbaiki *standard-standard cost, performance, safety* dan *reability*.

“Control yang efektif saat ini adalah suatu kebutuhan pokok dalam manajemen agar sukses”. “Dengan perencanaan dan kontrol yang baik, separuh kepuasan telah didapat” (Widjono D, 1999).

Beberapa definisi yang diuraikan tersebut hanyalah bagian-bagian kegiatan atau metode dari *Quality Control Programme* secara keseluruhan. Terminologi “*quality control* (kendali mutu)” dan “*quality assurance* (menjaga mutu)” mempunyai arti yang dibedakan dalam beberapa organisasi. Masing-masing terminologi mengacu mengacu paa aspek yang berbeda dari kegiatan mutu untuk memuaskan pelanggan. Program Total Quality Control dalam operasionalnya memasukkan dan mengintergrasikan kedua terminologi tersebut.

Quality Assurance menggunakan teknik-teknik seperti internal audit dan surveilan untuk menjaga bahwa organisasi mutu mencakup dua tujuan:

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

Bagian *Quality control* terlibat dalam monitor dan evaluasi sehari-hari dan memberikan keputusan terhadap proses yang terlibat dalam produksi. Bagian *Quality Assurance* biasanya terlibat terlibat pada kegiatan-kegiatan yang diambil oleh organisasi untuk memberikan keyakinan bahwa produk akan berhasil sebagaimana sasaran yang diinginkan. Dalam banyak organisasi atau perusahaan, dibedakan tugas antara “Bagian Jaga Mutu (*Quality Assurance*) mengelola mutu”, sedang “ bagian Kendali Mutu (*Quality Control*) melaksanakan evaluasi mutu”.

Quality control dan *quality assurance*, dua pengertian tersebut sering disamakan. Cara membedakannya, kita mulai dari arti kata : Control (pengendalian)”, yang menurut *The American Heritage Dictionary* adalah “ wewenang atau kemampuan untuk mengatur, mengarahkan atau mendominasi”. Sedang “*Assurance*” didefinisikan seperti telah dikemukakan adalah “ suatu kegiatan menjaga kepastian atau menjamin keadaan dari apa yang dijamin atau suatu pernyataan atau indikasi yang menimbulkan rasa kepercayaan : garansi (jaminan).

Kata kontrol lebih mengarah pada suatu peran aktif, sedang kata assurance lebih kepada perilaku yang dipercayai atau diyakini.

Quality Control menggunakan strategi-strategi seperti inspeksi-inspeksi dan pengendalian melalui proses-proses/teknik-teknik statistik untuk memelihara mutu produk yang ditetapkan sebelumnya. Bagin Quality Control menggunakan audit penjaja dan surveilans penjaja untuk menjamin bahwa produk yang baru masuk termasuk dalam tingkat mutu yang dapat diterima. *Quality Assurance* menggunakan teknik seperti audit internal dan surveilans untuk menjamin bahwa organisasi mutu memenuhi dua hal:

1. Organisasi mengikuti prosedur-prosedur sebagaimana diuraikan dalam manual (buku pedoman) mutu.

2. Prosedur-prosedur kalau merupakan langkah efektif dan memberikan hasil seperti yang diharapkan.

Apabila organisasi memisahkan upaya-upaya mutu antara *Quality Control* dan *Quality Assurance*, kita lihat tanggung jawab masing-masing bagian tersebut, karena akan berbeda. Pada umumnya, akan didapati bahwa bagian *Quality Control* terlibat dalam monitoring dan evaluasi sehari-hari. *Quality Assurance* biasanya terlibat dalam kegiatan-kegiatan dalam memberikan kepercayaan bahwa produk-produk diharapkan mencapai tingkat mutu yang ditargetkan.

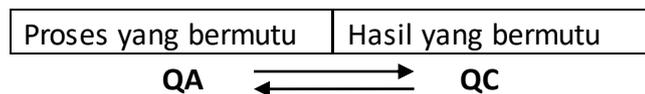
Tabel 3.1
Perbedaan *Quality Assurance* dan *Quality Control*

	Quality Assurance	Quality Control
Arti dan maksud	Menjaga mutu, dalam proses, agar mutu yang dihasilkan seperti yang dikehendaki, sesuai dengan standar atau manual.	Mengendalikan mutu dengan memeriksa (inspeksi) hasil produksi, apakah mutu sudah sesuai yang dikehendaki, sesuai dengan standar.
Metode	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audit internal dan surveilan, apakah dalam proses pengerjaannya telah sesuai atau mengikuti (patuh) terhadap standard operating procedure. 2. Evaluasi proses; 3. Mengelola mutu; 4. Metode penyelesaian masalah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metode statistik; 2. Menilai mutu akhir; 3. Evaluasi output; 4. Kontrol Mutu; 5. Monitoring pekerjaan sehari-hari.

Sumber: Widjono D (1999)

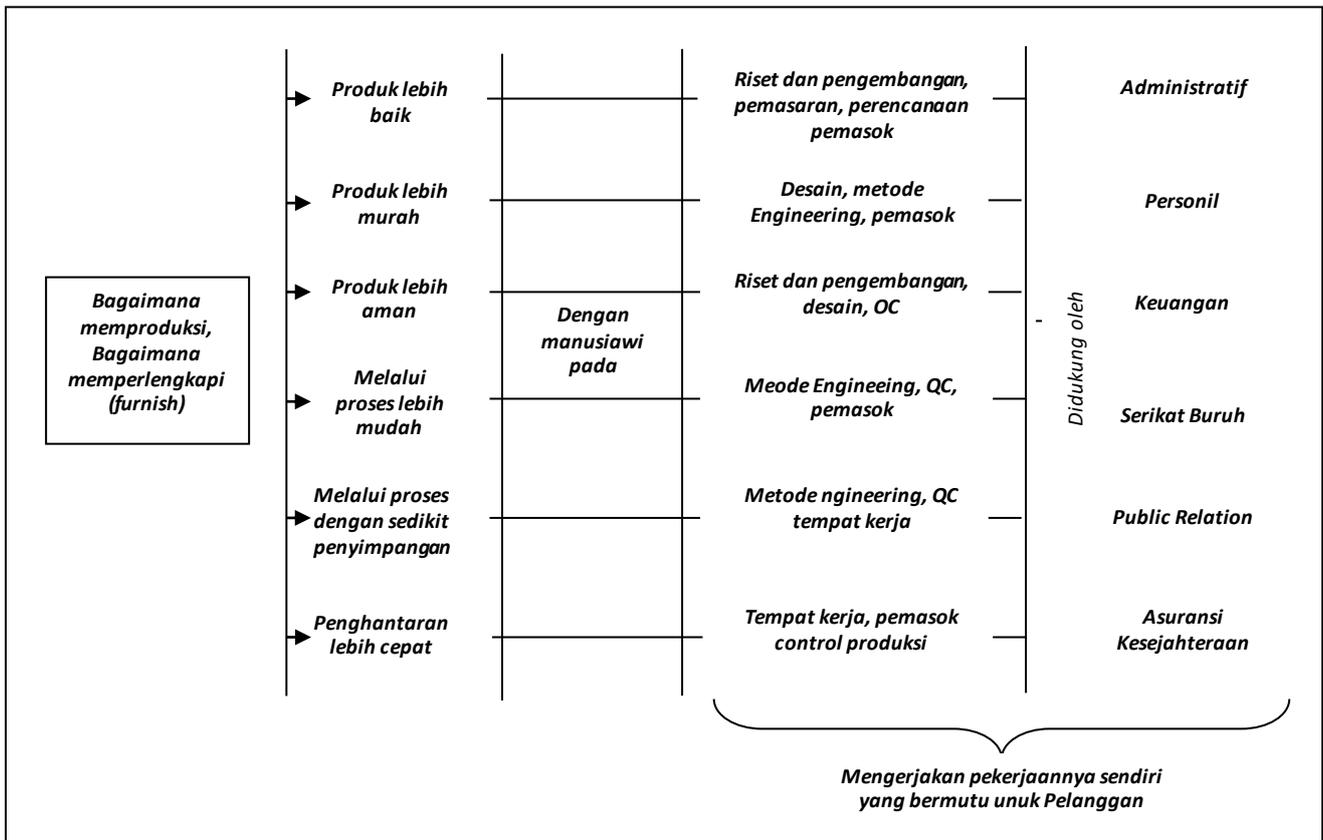
Proses Mutu Hasil dapat digambarkan seperti berikut ini:

Proses Mutu Hasil



Sumber: Widjono D (1999)

Gambar 3.1 Proses Mutu hasil dari QA dan QC



Gambar 3.2 Quality Assurance dan Quality Control (Widjono D, 1999)

C. PENGORGANISASIAN QUALITY ASSURANCE

Manajemen didasarkan dari mutu dari Rumah Sakit atau Puskesmas merupakan suatu penunjang yang penting dalam efektifitas pelayanan kepada masyarakat. *Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH)* mengakui bahwa hal ini penting terhadap penilaian dirinya, juga *Chief Executive Officer (CEO)* menyatakan hal yang sama. Demikian pula *The American College of Hopital Administrator (ACHA)*.

Pembahasan ini penting sejalan dengan pernyataan ACHA, bahwa penilaian terhadap pengorganisasian *Quality Assurance* mencakup 4 (empat) hal yang perlu diperhatikan, yaitu: 1). Mencakup area status pelayanan asuhan kesehatan, dimana perbaikan status kesehatan adalah *outcome* yang dapat dilihat dari suatu Rumah Sakit. Oleh karena itu CEO mempunyai beberapa tanggung jawab untuk *outcome* ini; 2). Suksesnya institusi; 3). Peran dari CEO; 4). Keterampilan manajemen.

1. Posisi CEO Rumah Sakit

Pelaksanaan pengorgnisasian *Quality Assurance*, tidak lepas dari peran *Chief Executive Officer (CEO)* atau *Hospital Chief Executive*, ACHA (1976). Peran ini diuraikan dalam tujuh kegiatan, yaitu:

- a. Perencanaan dan pengorganisasian;
- b. Pencapaian tujuan dan sasaran Rumah Sakit;
- c. Kualitas pelayanan Rumah Sakit;
- d. Alokasi pelayanan Rumah Sakit;
- e. Menyelesaikan masalah atau krisis;
- f. Kepatuhan pada peraturan;
- g. Promosi Rumah Sakit.

Apa yang disebut di atas, selain dipergunakan untuk mengevaluasi penampilan CEO, digunakan pula dalam manajemen lain disemua tingkat.

Pelaksanaannya, dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA, peran dan tanggung jawab para manajer kesehatan terdiri dari *monitoring*, *supporting* dan *intervening*.

2. **Monitoring (pemantauan)**

Ada berbagai sumber informasi untuk program QA yang dapat dipakai, antara lain data dari sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di sarana pelayanan kesehatan dan yang berasal dari *Circuit Rider* yang mengunjungi Puskesmas/RS. Akan diperoleh informasi tahunan tentang penampilan Puskesmas/RS dalam empat bidang yang terkait mutu, 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).

Didasarkan pada keempat indikator ini, akan dapat diperoleh gambaran tentang mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas/RS dibandingkan sebelumnya.

Circuit Rider yang mengunjungi Puskesmas/RS setiap bulan melakukan implicit review (telaah implicit), tentang kemajuan Puskesmas/RS dalam melaksanakan QA. Karena *Circuit Rider* memberikan bantuan teknis kepada staf Puskesmas untuk menjaga kredibilitas dalam berperan, maka ia tidak dapat melaporkan hal-hal yang dapat mendatangkan tindakan disiplin dari atasan atau kritik. Dengan keterbatasan tersebut ia akan dapat memberikan laporan yang bersifat kualitatif tentang pelaksanaan program QA di tingkat Puskesmas/RS.

2. **Supporting (dukungan)**

Para ahli QA sering 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 antar lain dengan memberikan penghargaan atau pujian yang tulus kepada mereka agar peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA dapat lestari.

3. **Intervening (intervensi)**

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

4. **Tanggung Jawab Quality Assurance**

Penataan tradisional dalam pelaksanaannya tidak lepas dari organisasi QA, yang mempunyai tanggung jawab spesifik meliputi seluruh tugas-tugas untuk menata tujuan umum, menyediakan pedoman dan mengatur pengarahan-pengarahan, termasuk hal dibawah ini, yaitu:

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

6. **Tanggung Jawab Quality Control**

Proses penataan tradisional, organisasi *Quality Control* mempunyai tanggung jawab spesifik yang terpusatkan sekitar mutu mengikuti pengarahan atau petunjuk yang diberikan oleh bagian QA.

Kegiatan-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-catatan dan laporan-laporan;
- c. Menganalisis data yang cacat;
- d. Melakukan test-test khusus;
- e. Melakukan inspeksi: penerimaan, proses, inspeksi akhir, inspeksi penjaja;
- f. Mengadakan *surveilans*: waktu proses, peralatan dan kaliberasi alat ukur, catatan-catatan mutu.

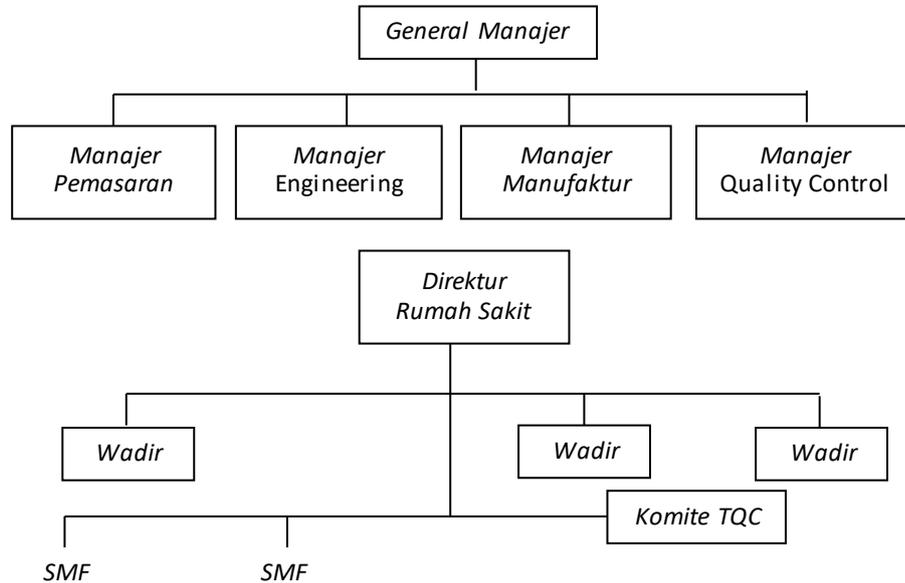
7. **Tanggung Jawab Manajer QA/QC**

a. *Pengorganisasian terhadap mutu*

Sejak *Total Quality Circle* (TQC) menjadi pedoman dan koordinasi kegiatan orang, mesin dan informasi melintas seluruh kegiatan-kegiatan kunci organisasi, adalah penting menjadika mutu diorganisasikan secara ekonomi dalam perusahaan.

b. *Struktur organisasi*

Banyak model struktur organisasi yang dikemukakan, masing-masing tergantung pada tujuan organisasi, sasaran dan sumber daya yang tersedia, area operasi dan lain-lain seperti digambarkan dalam diagram dibawah ini:



Gambar 3.3 Pengorganisasian Pengendalian Mutu Pelayanan Kesehatan

Komponen *marketing*, bertanggung jawab untuk evaluasi pilihan mutu pelanggan dan menetapkan harga yang dikehendaki pelanggan agar mau membayar dalam berbagai tingkat pelayanan. Komponen *engineering*, bertanggungjawab menjabarkan permintaan pasar ke dalam gambar dan spesifikasi. Komponen manufaktur, bertanggung jawab terhadap membuat produksi sesuai dengan gambar rencana dan spesifikasi dan untuk mengetahui yang dikerjakan. Komponen *Quality Control*, bertanggung jawab terhadap terhadap kepemimpinan baik dari rencana strategi maupun teknologi *Quality Control*. Karena pentingnya kontribusi pada rencana bisnis dan pengambilan keputusan fungsi *Quality Control* dalam perusahaan langsung kepada *general manager*.

8. Manajer Quality Assurance / Quality Control

a. *Fungsi*

Secara luas Manajer *Quality Assurance/Quality Control* berfungsi dalam tiga area besar tanggung jawab, meliputi:

1) Tanggung jawab bisnis

Manajer *Quality Assurance/Quality Control* menyelenggarakan jaminan mutu (*quality assurance*) untuk produk dan pelayanan, dan membantu pencapaian pembiayaan yang optimum perusahaan. Manajer QA/QC berpartisipasi dalam rencana strategi formulasi di kunci-kunci yang berkaitan dengan mutu dan pengorganisasian.

2) Tanggung jawab sistem.

Tanggung jawab ini sebagai pendelegasian manajer umum dan hubungan yang berkaitan kerja sama dengan bagian-bagian lain, *manajer QA/QC* menyelenggarakan kepemimpinan dalam menegakkan dan memelihara mutu. Manajer juga menjamin dan mengukur secara teratur analisis pembiayaan dan efektifitas secara ekonomis mutu program untuk mencapai keseimbangan dalam pencegahan (*preventive*), penghargaan (*appraise*) dan pembiayaan yang gagal.

3) Tanggung jawab teknik

Manajer QA/QC menyediakan organisasi atau perusahaan aplikasi dari teknologi *engineering* dan teknologi *statistik quality control*. Hal ini dapat melalui tiga area sub fungsional yaitu *quality engineering*, *proses control engineering* dan *quality information equipment engineering*. Hal ini termasuk pemeliharaan dari kegiatan-kegiatan aktivitas audit efektifitas mutu, audit rencana program, audit prosedur-prosedur, audit sistem mutu dan audit program.

b. *Tanggung jawab prinsip*

Implementasi tanggung jawab terhadap bisnis dasar, sistem dan ketika manajer QA/QC mempunyai tanggung jawab manajerial dan fungsional dalam perusahaan untuk mengoperasikan kemampuan *Quality Control*. Manajer bertanggung jawab menjamin bahwa permintaan mutu pelanggan sama dengan yang ditetapkan atau mendekati rencana mutu.

Tanggung jawab manajer mutu termasuk kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam kaitan sifat-sifat mutu pelanggan yang berkaitan, seperti kehandalan produk, keamanan produk dan sebagainya. Dalam batas-batas kebijaksanaan, program, anggaran dan prosedur, manajer QA/QC bertanggung jawab dan mempunyai wewenang untuk memenuhi tugas-tugas seperti berikut ini:

1) Tanggung jawab manajerial

Manajer QA/QC bertanggung jawab untuk menyelenggarakan kepemimpinan kepada pekerja tentang komponen QA/QC dengan menaikkan pemanpilan kerja dari manajer di mana manajer melaksanakan fungsi: Perencanaan, pengorganisasian, integrasi dan pengukuran.

a) Perencanaan:

- (1). Memperoleh informasi dan menjaga supervisor mendapatkan informasi tentang: tujuan, kebijaksanaan, rencana, anggaran dan kegiatan-kegiatan pokok (bisnis).
- (2). Mengembangkan program mutu perusahaan termasuk kebijaksanaan, rencana, organisasi, prosedur, dan penghargaan dan menjamin dokumentasi program dan distribusinya kepada personil perusahaan untuk meningkatkan program mutu.

b) Pengorganisasian:

- (1). Mengembangkan struktur organisasi untuk menampilkan semua fase kegiatan komponen audit control.

- (2). Menegakkan penghargaan komponen sub fungsional dalam komponen audit control, tata staf dengan personil yang bermutu pendelegasian tanggung jawab dan wewenang untuk menyelenggarakan program quality control.
 - (3). Memberikan instruksi, advis, konseling dan review penampilan unit dan supervisor sub unit dari komponen-komponen QC.
 - c) Integrasi
 - (1). Menyediakan untuk memanfaatkan sistem semua komponen sumber daya untuk mencapai secara efektif dan ekonomis tujuan yang diinginkan;
 - (2). Memperkenalkan setiap orang dalam komponen tentang tanggung jawab, wewenang dan tanggung gugat dan perkembangan formasi dan upaya yang diperlukan.
 - d) Pengukuran:
 - (1). Menegakkan standar-standar untuk mengukur penampilan dari kepala unit dan sub unit dan personil yang lain dari komponen QC, dan memberitahu kemajuan mereka.
 - (2). Analisis dan menilai kemajuan komponen seperti mengukur dengan tujuan yang ditetapkan atau mendesakkan kegiatan yang diperlukan untuk perbaikan.
- 2) Tanggung jawab fungsional
- Manajer QA/QC, menyebarkan pengetahuan personil sama dengan yang dilaporkan mengerjakan melalui laporan langsung kepada manager.
- a) Formulasi kebijakan dasar, rencana-rencana, program-program, standar-standar dan teknik-teknik yang diperlukan untuk menyediakan tujuan bagi komponen QC dan menyediakan kebijakan, rencana dari program.
 - b) Menyediakan fasilitas dan peralatan yang diperlukan mutu inspeksi, testing dan pengukuran mutu produk perusahaan, pemeliharaan dan fasilitas-fasilitas.
 - c) Menyediakan dan mendistribusikan kepada semua personil program bisnis untuk meningkatkan spirit (semangat) berpikir mutu melalui komponen dan partisipasi personil QC dengan kursus-kursus untuk mengetahui prosedur-prosedur dan perkembangan yang baru.
 - d) Memelihara hubungan dengan unit pemasaran untuk memahami produk yang diperlukan pelanggan dan pelayanan permintaan produk terus menerus.
 - e) Memelihara hubungan dengan unit *engineering* untuk mendiskusikan mempertimbangkan segera desain produk.
 - f) Menjaga hubungan dengan unit manufacturing untuk menjamin proses kemampuan yang adekuat dan *feedback* informasi mutu.
 - g) Menjaga hubungan erat dengan penaja untuk menjamin bahwa produk mereka bertemu dengan standar mutu perusahaan.
 - h) Bekerja dengan unit keuangan untuk menetapkan biaya mutu sehingga mudah dianalisa dan diawasi.

3) Wewenang

Manajer QC mempunyai wewenang penuh untuk membuat keputusan-keputusan dan membuat kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam melaksanakan tanggung jawab sepanjang kegiatan-kegiatan tersebut tidak menyimpang dan bisnis organisasi, kebijakan, praktek-praktek, pedoman posisi dan konsisten dengan keputusan bisnis, kecuali untuk batasan spesifik sebagai berikut yang bukan wewenangnya, yaitu:

- a) Penambahan tertentu dalam daftar gaji dan penyesuaian gaji bagi pekerja tersebut;
- b) Mengubah struktur organisasi pada level atau di atasnya.
- c) Perubahan utama yang mempengaruhi komponen lain.
- d) Persetujuan tentang rekening tertentu yang mahal.

4) Tanggung gugat

Manajer QA/QC secara penuh bertanggung jawab untuk memenuhi tanggung jawab dan interpretasinya. Manajer tidak boleh mendelegasikan seluruh atau sebagian dari tanggungjawabnya.

Penampilan yang diukur atas tanggung jawab dari manajer QA/QC adalah:

- a) Jaminan mutu produk untuk pelanggan;
- b) Pembiayaan mutu yang ekonomis;
- c) Efektifitas sistem mutu dan beroperasi;
- d) Kerja sama dan hubungan kepemimpinan mutu dan fungsi-fungsi kunci dalam perusahaan termasuk pemasaran, *engineering*, produksi, pelayanan, hubungan industri dll;
- e) Mutu dari kepemimpinan manajer di semua bidang dari komponen QC;
- f) Mutu dan batas waktu keputusan manajer dan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya;
- g) Mutu kepemimpinan manajer dalam kegiatan personil dan kegiatan lainnya dalam kegiatan QC yang dilaporkan langsung ke manajer;
- h) Tercapainya sasaran dan memenuhi tanggung jawab berhubungan dengan posisi manajer seperti diindikasikan oleh tingkat dan kecenderungan dalam area yang jelas, seperti:
 - (1). Kontrol material yang datang dan kelengkapan bagian dibandingkan;
 - (2). Kegiatan yang diambil untuk koreksi penyebab keluhan atau material yang kurang atau mutu kerja;
 - (3). *Adequacy* dari perlengkapan dan fasilitas dengan mana untuk menampilkan fungsi kontrol;
 - (4). *Adequacy* proses pengukuran untuk menyediakan informasi yang diperlukan untuk operasi produksi untuk proses kontrol;
 - (5). *Adequacy* dan batas waktu dari feed back informasi kontrol kepada unit organisasi dalam mengambil tindakan koreksi;
 - (6). Kecermatan diagnosa kesukaran mutu dalam analisis kasus;

- (7). Kecermatan pengukuran indeks mutu produk dan menggambarkan mutu sesungguhnya produk yang sampai ke pelanggan;
- (8). Realisasi penggunaan pembiayaan, sasaran dan biaya manufaktur;
- (9). Keamanan personil, indikasinya keselamatan dan kesehatan kerja serta sedikitnya frekuensi kecelakaan kerja;
- (10). Moral pekerja, sebagai indikasi adalah jumlah absenteisme, keluhan-keluhan, pergantian pekerja dan jam kerja yang hilang karena pekerjaan dihentikan;
- (11). Efektifitas renovasi yang direncanakan dan rencana keuntungan pekerja, diukur dari partisipasi pekerja kompetitif dalam rencana-rencana yang menguntungkan;
- (12). Pemanfaatan yang efektif dari angkatan kerja, fasilitas dan perlengkapan yang diindikasikan hasil produksi sebelumnya dengan standar-standar;
- (13). Memikirkan mutu standar dan motivasi mutu melalui kegiatan-kegiatan pekerja.

9. Aktifitas Kerja Komponen *Quality Control*

Komponen utama QC mempunyai fungsi: *Quality engineering; Quality Information Equipment Engineering; Process Control Engineering*, termasuk menyeleksi dan testing.

a. *Quality engineering*

Komponen dari fungsi QC ini mempunyai tanggung jawab kegiatan yang diperlukan untuk:

- 1) Menetapkan bahwa sasaran mutu dan tujuan telah ditentukan dengan baik antara rencana mutu dengan keinginan pelanggan;
- 2) Review produk yang diajukan dan memproses untuk menolak atau mengurangi kesulitan-kesulitan mutu yang tak perlu;
- 3) Merencanakan ukuran mutu dan kontrol material, proses dan produk untuk mendapatkan mutu yang adekuat dengan biaya minimum;
- 4) Menentukan proses manufaktur dalam kemampuannya yang cukup untuk memenuhi permintaan mutu.
- 5) Analisa informasi mutu dan analisis *feedback* dan rekomendasi untuk menilai desain produk manufaktur dan perlengkapan dan sistem mutu;
- 6) Mewakili manajer QC, melaksanakan langkah-langkah kunci dalam menegakkan dan memelihara sistem mutu di perusahaan.

Aktifitas kerja (yang secara normal tidak bisa didelegasikan ke lain komponen), adalah:

a) Tujuan dan sasaran mutu;

Dikaitkan dengan fungsi pemasaran dalam membuat produk yang bermutu berdasarkan kebutuhan pelanggan, fungsi produk dan mutu, *reliability* dan nilai-nilai;

b) Kemampuan produksi awal mutu

Review dan desain baru, menjadi *reliability*, keamanan produk, rekomendasi untuk memperbaiki dan meningkatkan produk, menaikkan penjualan,

mengurangi keluhan dan cacat, memperbaiki proses, mengurangi pembiayaan dan evaluasi mutu;

- 1) Standar mutu;
- 2) Perencanaan mutu proses dan produk;
- 3) Kontrol pembiayaan material;
- 4) Kontrol penyimpangan produksi yang secara langsung berpengaruh pada mutu;
- 5) Kebutuhan-kebutuhan kemampuan mutu yang diperlukan alat-alat statistik;
- 6) Masalah mutu manufaktur;
- 7) Analisis biaya mutu;
- 8) Analisis keluhan pelanggan dan laporannya;
- 9) Pelatihan QA;
- 10) Komunikasi *Quality Control*;
- 11) Memantapkan dan memelihara sistem mutu.

b. Quality Information Equipment Engineering;

Fungsi komponen ini bertanggung jawab pada kegiatan yang diminta untuk pengembangan, desain dan menyediakan permulaan pekerjaan mutu, evaluasi, mengukur dan mengontrol produk dan mutu proses, termasuk *reliability*, *safety* dan sebagainya. Kegiatan kerja:

- 1) Test dan inspeksi desain peralatan;
- 2) Mengukur penyimpangan yang terjadi waktu proses berlangsung;
- 3) Mekanisasi dan aktualisasi;
- 4) Mengukur teknik dan perlengkapan mutu.

c. Process Control Engineering, termasuk menyeleksi dan testing.

Komponen ini bertanggung jawab atas:

- 1) Membantu asisten teknik untuk memahami standar mutu dan seleksi masalah mutu dalam pelaksanaan;
- 2) Evaluasi mutu dalam proses dan melaksanakan pemeliharaan mutu dan pelaksanaan;
- 3) Interpretasi rencana mutu dengan menjamin pengertiannya dan pelaksanaan yang efektif;
- 4) Menjamin pemeliharaan dan kalibrasi peralatan informasi, alat ukur dan penggunaannya dalam praktek, termasuk metrologi dan prosedur yang tidak merusak;
- 5) Menjamin bahwa tingkat mutu pada produk akhir material yang dibeli, dan komponen-komponen adalah sepadan dengan spesifikasi dan rencana mutu;
- 6) Menampilkan operasi fisik nyata yang diminta untuk membantu penyelenggaraan jaminan mutu (QA), seperti inspeksi, testing dan audit mutu;
- 7) Menilai rencana mutu dan kontribusi efektifitas kelanjutannya.

d. *Kegiatan-kegiatan pekerjaan teknis*

- 1) Menilai rencana mutu, kesesuaiannya dari interpretasi rencana mutu;
- 2) Review dan memelihara standar-standar mutu, inspeksi semua standar, baik tertulis maupun fisik;
- 3) Mencari dan memecahkan masalah mutu, menyediakan advis, sarana, konseling, ukuran dan sebagainya;
- 4) Berperan dalam pengurangan biaya mutu dalam proses pembuatannya;
- 5) Test laboratorium, ukuran-ukuran dan analisis;
- 6) Analisis produk yang ditolak atau dikembalikan;
- 7) Berhubungan dengan bengkel, *service* dan perbaikan;
- 8) Perlengkapan yang dibuat bermutu;
- 9) Kontak penjaja dengan pelanggan;
- 10) Menetapkan kemampuan mutu perlengkapan dan proses;
- 11) Menyediakan data-data mutu;
- 12) Pemeliharaan perlengkapan kontrol mutu;
- 13) Keselamatan dan kesehatan kerja

e. *Kegiatan-kegiatan inspeksi dan test kerja.*

- 1) Rencana Operasional dan *scheduling*;
- 2) Inspeksi dan test penerimaan;
- 3) Inspeksi dan test waktu proses;
- 4) Inspeksi final test;
- 5) Audit mutu;
- 6) Pemeliharaan catatan-catatan mutu;
- 7) Pelatihan personil.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan usaha-usaha yang berkaitan dengan elemen utama yang pendukung program *Quality Assurance*!
- 2) Jelaskan pengertian *Quality Assurance* menurut JCAH!
- 3) Jelaskan 4 langkah yang harus dilakukan dalam penyusunan *standard cost*!
- 4) Terdapat 4 (empat) bidang terkait monitoring mutu dalam penampilan Puskesmas / Rumah Sakit. Jelaskan 4 (empat) bidang tersebut!
- 5) Bagaimana kegiatan-kegiatan yang dilakukan dari *Quality Control* untuk evaluasi produk dan pengendalian proses untuk menghasilkan produk?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

- 1) Pelajari kembali PMK tentang konsep dan desain *Quality Assurance*, pengantar dari Topik I.
- 2) Pahami materi konsep dan pengertian *Quality Assurance* diawal pembahasan.
- 3) Baca kembali prosedur penyusunan *standard cost* yang terdapat dalam kajian proses *Quality Assurance*.
- 4) Silahkan buka kembali pembahasan tentang pengorganisasian *Quality Assurance* bagian Monitoring Mutu.
- 5) Pahami kembali bagaimana pengorganisasian *Quality Assurance* dari kajian pada point ke-6.

Ringkasan

Quality Assurance secara luas mencakup komponen *utilization review; medical care evaluation, risk management, tinjauan sejawat atau peer review, evaluasi mutu perawatan pasien, usaha mengumpulkan data pasien pada bagian-bagian dan sebagainya. Quality Assurance* sendiri meliputi Konsep, Proses dan desain, juga tentang bagaimana penyusunan *standard cost, monitoring mutu dan kegiatan-kegiatan yang dilakukan dari lini pengelola, sebagai upaya peningkatan dan monitoring serta evaluasi job kerja sesuai tugas pokok dan fungsi masing-masing.*

Quality Assurance dengan *peer review* menegakkan praktek-praktek standard, membandingkan kinerja dengan standar, identifikasi masalah-masalah yang muncul dan memecahkan persoalannya. Manajer QA / QC berfungsi dalam tiga area besar tanggung jawab, meliputi: tanggung jawab bisnis, tanggung jawab sistem dan tanggung jawab teknis. Secara prinsip, tanggung jawab manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, integrasi dan pengukuran.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Berbicara tentang monitoring mutu tidak terlepas dari bidang yang terkait dengan penampilan pelayanan kesehatan seperti Puskesmas atau Rumah Sakit. Dikenal adanya adanya istilah *continuation rates* dalam monitoring yang artinya adalah
 - A. Pengetahuan pasien
 - B. Kepatuhan terhadap standar
 - C. Kelangsungan berobat
 - D. Kepuasan pasien

- 2) Kepuasan pasien terhadap penampilan pelayanan kesehatan dalam monitoring mutu, disebut sebagai
- A. *Continuation rates*
 - B. *Patient satisfaction*
 - C. *Patient knowledge*
 - D. *Compliance with standard*
- 3) Menilai kualitas pelayanan untuk pelayanan rujukan seperti rumah sakit merupakan tugas utama dari
- A. *Quality Information Equipment Engineering*
 - B. *Process Control Engineering*
 - C. *Chief Executive Officer*
 - D. *Quality Engineering*
- 4) Salah satu langkah dari penyusunan *standard cost* adalah
- A. Pengumpulan data
 - B. Kegiatan-kegiatan untuk penemuan masalah dan sebab-sebabnya
 - C. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar
 - D. Perencanaan peningkatan mutu
- 5) Usaha yang berkaitan dengan elemen-elemen utama pendukung program *Quality Assurance* salah satunya adalah
- A. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar
 - B. Penilaian kesesuaian
 - C. Koreksi bila perlu
 - D. Perencanaan peningkatan mutu

Topik 2

Tehnik Dalam *Quality Assurance*

Faktor yang sangat penting dalam persaingan pasar menurut Kho Budi (2017:1) , salah satunya adalah kualitas suatu produk maupun pelayanan. Kualitas yang sering dijadikan sebagai suatu tolok ukur dan pembeda untuk suatu produk dan layanan atau antara satu produsen dan produk lainnya. Oleh karena itu, semua produsen (penghasil) dan penyedia layanan selalu mencari cara untuk meningkatkan kualitas produk ataupun kualitas layanannya.

Kualitas dapat diartikan sebagai tingkat baik / buruknya suatu produk yang dihasilkan tersebut. Hasilnya diharapkan sesuai dengan spesifikasi yang telah ditentukan ataupun kesesuaiannya terhadap kebutuhan. Upaya menjaga dan meingkatkan kualitas, produsen / penghasil umumnya akan menggunakan dua teknik, yaitu teknik pengendalian kualitas (*Quality Control*) dan teknik penjaminan kualitas (*Quality Assurance*). Kedua teknik tersebut bertujuan memastikan juaan memastikan produk akhir / layanan tersebut memenuhi persyaratan dan standar kualitas yang ditetapkan.

Berdasarkan materi ini mahasiswa diharapkan, mampu berbagai tehnik dalam QA, seperti inspeksi, audit serta surveilans mutu sesuai penggunaanya dalam pelayanan kesehatan.

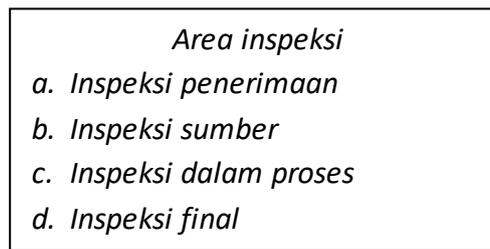
A. INSPEKSI

1. Pengertian

Inspeksi adalah suatu definisi yang berkaitan dengan pemeriksaan dari produk atau proses. Kegiatan inspeksi luas dipakai sampai tahun 1950 – 1960, dimana segala sesuatu di *check* lengkap atau tidak. Dalam suatu penelitian, 22% dari yang sudah diinspeksi pada akhir produk ternyata masih terdapat kekurangan ketika di tangan penerima dan dikembalikan lagi.

Inspeksi apabila dilaksanakan dengan semestinya dapat menyediakan banyak informasi tentang penampilan suatu proses. Inspeksi seharusnya digunakan sebagai alat untuk mengumpulkan informasi tidak hanya sebagai metode untuk menjaga mutu produk .

Mutu tidak bisa diinspeksi ke dalam bagian. Mutu seharusnya didesain dan dibangun ke dalam bagian. Dengan demikian tugas inspeksi tidaklah seperti peran tradisionalnya yaitu mensortir mana yang baik dan mana yang jelek. Suatu peran akhir, yang jelek ditolak (sertifikat mati). Namun filsafat sesungguhnya adalah inspeksi untuk verifikasi dan validasi mutu dan mengumpulkan data. Inspeksi biasanya meliputi area: inspeksi penerimaan (barang), inspeksi sumber, inspeksi dalam proses, inspeksi final.



Gambar 3.4 Area dasar dari inspeksi

2. Inspeksi Penerimaan Meliputi:

- a. Verifikasi penghitungan bagian-bagian;
- b. Identifikasi material;
- c. Menjamin dimensi mekanik dalam toleransi;
- d. *Check* fisik, kekuatannya dll;
- e. Macam-macam identifikasi, jumlah;
- f. Check ketahanan.

3. Inspeksi Sumber

Inspeksi sumber adalah mata dan telinga perusahaan pada toko penjaja. Hal ini lebih mudah dibandingkan waktu proses. Inspeksi ini penting dalam pengiriman barang untuk penghematan. Inspeksi ini mempertemukan kebutuhan penjaja di lapangan dan di perusahaan.

4. Inspeksi dalam Proses

Adalah inspeksi selama proses pembuatan (pelayanan) dalam perusahaan/organisasi. Inspeksi ini bertanggung jawab, antara lain:

- a. Menjaga bahwa rencana mutu diikuti sesuai manual dan sesuai permintaan pelanggan.
- b. Verifikasi hal yang diperlukan;
- c. Kesesuaian metode dan prosedur yang diperlukan;
- d. Menjaga bahwa perlengkapan dalam alat ukur dikalibrasi;
- e. Kesesuaian bahwa tempat kerja melaksanakan rencana mutu;
- f. Evaluasi penampilan umum dan kerusakan-kerusakan dalam proses;
- g. Verifikasi bahwa individu-individu menggunakan teknik yang sempurna;
- h. Evaluasi penampilan produk waktu dalam proses pembuatan/perakitan.

5. Inspeksi final

Inspeksi final meninjau lembar rencana dan proses untuk meyakinkan perusahaan bahwa semua langkah-langkah pekerjaan (yang bermutu) telah dilaksanakan dengan cermat. Jenis tanggung jawab dari inspeksi ini adalah:

- a. Review lembar proses yang ditandatangani;
- b. Verifikasi penggunaan material;

- c. Inspeksi lapis akhir;
- d. Evaluasi kelengkapan verifikasi mutu yang disediakan untuk pelanggan;
- e. Koordinasi test formal dengan pelanggan;
- f. Menginspeksi pengiriman;
- g. Inspeksi suku cadang.

6. Jenis Evaluasi Inspektur Final Termasuk:

- a. Verifikasi apakah pemberian label pengiriman telah benar;
- b. Menjamin bahwa semua suku cadang telah dipaket;
- c. Menjamin bahwa instruksi-instruksi operasional lengkap;
- d. Menjamin bahwa sebuah sampul pengiriman diumumkan

7. Prosedur Inspeksi

Suatu proses inspeksi harus memiliki langkah-langkah tertulis yang harus diikuti, disebut prosedur. Prosedur adalah bagan langkah-langkah perkembangan yang detail dan sumber daya yang digunakan untuk inspeksi. Pada umumnya dimulai dengan menetapkan lokasi ketidak sesuaian yang besar atau mudah diidentifikasi terus menuju ke arah menemukan kekurangan yang kurang terlihat. Agar inspeksi sukses, harus mengikuti prosedur tertulis yang memiliki kriteria-kriteria berikut:

- a. Harus mempunyai definisi yang jelas untuk test perkembangan.
Yaitu untuk inspeksi frekuensi dan besar sampel yang diperlukan untuk inspeksi, bagian mana dan langkah yang diperlukan, apakah sesuai standar dan mana instrumen-instrumen yang diperlukan untuk inspeksi;
- b. Ditetapkan standar-standar acuan;
Nama-nama standar yang dipergunakan. Kaliberasi alat-alat.
- c. Ditetapkan yang diteliti kriteria diterima/ditolak;
 - 1) Suatu kekurangan yang kritis (*critical defect*) adalah salah satu yang dapat lebih membahayakan atau keadaan tidak aman dan akibat pasca operasi produk;
 - 2) Kekurangan utama (*a major defect*) adalah sesuatu yang mungkin menghasilkan kegagalan produk;
 - 3) Kekurangan kecil (*a minor defect*) adalah sesuatu yang tidak akan mengurangi produk.
- d. Catatan-catatan yang detail test-test yang diminta;
Membuat garis besar bagan apa dan bagaimana pekerjaan-pekerjaan tulis menulis (*paper work*) dilengkapi. Beberapa *copy* diperlukan dan dikirim kepada siapa. Apabila produk dibuat, dibuat kode, ditandai cap dan tanda-tanda lain yang digunakan;
- e. Adanya alur detail untuk produk yang tidak sesuai.
Produk yang tidak sesuai dengan standar harus di *route* ulang lagi melalui sistem kerja ulang atau disisihkan. Prosedur ini harus jelas bagi inspektur;
- f. Adanya bagan dan penyediaan untuk kritik pada waktunya dari laporan hasil test.
Prosedur yang menggambarkan bagan sekuen / event-event yang mengikuti laporan

kegagalan. Manajemen personil harus hati-hati tentang kecenderungan dan kegagalan serius yang tidak biasanya. Kegagalan dalam bagian prosedur ini akan menyebabkan pengurangan dalam perbaikan-perbaikan. Ia menghentikan aliran informasi kembali ke bagian produksi. Yang membuat proses perbaikan. Kegagalan di sini juga menjadi masalah moral bagi para inspektur karena laporannya tidak ada hasilnya.

B. AUDIT

Audit dalam hal ini audit mutu, adalah suatu inspeksi terhadap ketaatan organisasi untuk menegakkan standar-standar mutu. Seperti inspeksi suatu produk, prosedur audit harus ditetapkan dengan baik. Buku pedoman (manual) mutu digunakan untuk menunjang prosedur audit.

Tujuan audit adalah untuk menjamin bahwa prosedur QC sesuai pada tempatnya dan segera ditindaklanjuti. Dengan demikian, audit berisi suatu *check list* langkah-langkah prosedur mutu yang vital untuk efektifitas seluruh mutu produk.

Desain Audit Mutu

Audit mutu didesain untuk menjawab tiga pertanyaan mendasar tentang organisasi yang akan diaudit:

1. Apakah organisasi mempunyai sistem mutu? Ini biasanya dibuktikan dengan adanya manual mutu, manual operasi, prosedur mutu, *standar operating procedure*.
2. Apakah sistem mutu diikuti? Suatu audit diadakan untuk menetapkan apakah bilamana prosedur-prosedur dilaksanakan terus menerus dengan konsisten.
3. Apakah sistem efektif? Adalah hasil mengikuti prosedur konsisten dan positif?

C. SURVEILANS MUTU

Surveilans (surveillance) adalah inspeksi yang longgar yang menggunakan beberapa teknik audit dan beberapa dari inspeksi. Prosedur yang digunakan dalam surveilans sedikit ringkas dibanding untuk inspeksi atau audit. Surveilans adalah suatu evaluasi obyektif untuk menetapkan seberapa baik prosedur mutu telah diikuti dalam produk sehari-hari, bersama-sama dengan menetapkan seberapa baik prosedur-prosedur (ketika diikuti) memelihara mutu produk. Surveilans menjawab pertanyaan adanya pertanyaan, "Apakah proses untuk penampilan direncanakan, dan bagaimana mutu produk penerimaannya?".

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Evaluasi inspektor final termasuk apa saja? Jelaskan!
- 2) Jelaskan definisi dari inspeksi !
- 3) Berkaitan dengan desain mutu, pertanyaan yang kemungkinan akan muncul dari penilaian ini adalah...
- 4) Jelaskan tujuan dari Audit mutu dalam Quality Control !
- 5) Jelaskan pengertian dari inspeksi sumber!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pelajari kajian tentang inspeksi dari pembahasan nomor 6.
- 2) Pahami pembahasan tentang inspeksi dari pengertian dan definisinya.
- 3) Pelajari tentang berbagai pertanyaan yang berkaitan dengan desain mutu.
- 4) Baca kembali materi tentang audit mutu berkaitan dengan konsep Quality Control.
- 5) Pahami kembali konsep dari berbagai jenis inspeksi, salah satunya adalah tentang inspeksi sumber.

Ringkasan

Inspeksi merupakan definisi yang berkaitan dengan pemeriksaan produk/proses, yang meliputi area: inspeksi penerimaan, sumbu, dalam proses dan inspeksi tindakan. Jenis evaluasi inspeksi final termasuk verifikasi dari konsep apakah pemberian label pengiriman telah benar, apakah instruksi-instruksi operasional lengkap telah terjamin.

Prosedur inspeksi harus mempunyai definisi yang jelas untuk test perkembangan. Hal ini ditetapkan dengan standar acuan dan kriterianya, Disertai juga catatan-catatan yang detail dari hasil-hasil test, alur detail kuntut produk dan adanya bagan dan penyediaan untuk kritik pada waktunya.

Audit juga diperlukan dalam evaluasi mutu dengan tujuan menjamin prosedur quality control sesuai pada tempatnya dengan 4 (empat) dasar pertanyaan untuk desain dari audit mutu yang digunakan. Diperlukan juga surveilans mutu sebagai inspeksi yang longgar yang digunakan beberapa teknik audit dan beberapa dari inspeksi.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Berikut ini adalah salah satu pertanyaan yang mungkin muncul pada waktu diajukan dalam menilai desain mutu yang dibuat, yaitu
 - A. Bagaimana proses pelaksanaan desain mutu?
 - B. Apakah organisasi mempunyai sistem mutu?
 - C. Apakah terdapat prosedur untuk membuat desain mutu?
 - D. Kendala apa saja pada waktu proses penilaian desain mutu?

- 2) Inspeksi erat kaitannya dengan pemeriksaan produk/proses. Review lembar proses yang ditandatangani, merupakan bagian penilaian dari jenis inspeksi yang disebut sebagai
 - A. Inspeksi penerimaan.
 - B. Inspeksi proses.
 - C. Inspeksi final.
 - D. Inspeksi sumber.

- 3) Inspeksi proses adalah inspeksi yang menilai pembuatan (pelayanan) dalam perusahaan/organisasi. Salah satu dari tanggung jawab inspeksi ini adalah
 - A. Harus mempunyai definisi yang jelas untuk test perkembangan.
 - B. Menjamin bahwa instruksi-instruksi operasional lengkap.
 - C. Review lembar proses yang ditandatangani;
 - D. Menjaga bahwa perlengkapan dalam alat ukur dikalibrasi.

- 4) Inspeksi yang longgar menggunakan beberapa teknik audit dan beberapa dari inspeksi. Hal ini adalah pengertian dari
 - A. Surveilan (surveillance)
 - B. Inspeksi sumber.
 - C. Audit mutu.
 - D. Evaluasi inspektur final.

- 5) Tujuan dari audit mutu dengan check list berupa langkah-langkah prosedur mutu yang vital untuk seluruh efektifitas adalah...
 - A. Upaya menilai *Quality Assurance* agar terlaksana baik dan benar.
 - B. Menjamin bahwa prosedur *Quality Control* pada tempatnya dan segera ditindaklanjuti.
 - C. Usaha memastikan pelaksanaan *Quality Control* agar hasil sesuai dengan harapan.
 - D. Mengupayakan usaha penilaian *Quality Assurance* agar efektif dan efisien.

Topik 3

Menjaga Mutu / *Quality Assurance* (QA) Pelayanan Kesehatan

Menjaga mutu (QA) dalam Pelayanan Kesehatan merupakan suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan berdasarkan standar dan prosedur medis yang semestinya agar mutu pelayanan kesehatan tetap terjaga, ditinjau dari pandangan pemberi pelayanan kesehatan maupun kepuasan pasien. Dalam pengertian tersebut penulis sengaja membatasi pengertian bermutu hanya dari pandangan pemberi pelayanan kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat dan dari pandangan pasien yang membutuhkan (menerima) pelayanan kesehatan medis yang bersangkutan. Hal ini dimaksudkan agar tidak rancu dengan pengertian umum tentang TQM/TQC/CQI pelayanan kesehatan yang merupakan rangkaian kegiatan menyeluruh dan berkelanjutan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dipandang dari berbagai aspek input (sumber daya), proses (organisasi dan manajemen) dan output dan dampaknya, *quality control*, inspeksi, gugus kendali mutu dan sebagainya. Maka dirasa penting untuk mengetahui dan memahami konsep menjaga mutu (QA) dalam pelayanan kesehatan.

Berkaitan dengan materi menjaga mutu / *Quality Assurance* (QA) Pelayanan Kesehatan diharapkan mahasiswa mampu memahami berbagai proses dari input, proses, outcome dan output dan prinsip dari program menjaga mutu di fasilitas pelayanan kesehatan.

A. PENGERTIAN

Kalau dari rangkaian proses *Input-Proses-Output-Outcome-Impact*, dalam pengertian QA lebih menghususkan pada satu segi yaitu yang secara langsung berkaitan dengan proses pemberian pelayanan medis atau yang diperlukan untuk kegiatan menjaga mutu pelayanan kesehatan.

B. PRINSIP *QUALITY ASSURANCE* (QA)

1. Empat Prinsip QA

Menurut *Lori Di Prete Brown*, Program QA, pada dasarnya mempunyai 4 (empat) prinsip, yaitu:

- a. QA berpandangan ke depan, mempertemukan kebutuhan harapan pasien dan masyarakat QA meminta untuk memenuhi kebutuhan, keinginan dan harapan pasien atau masyarakat. Tim kesehatan bekerja bersama masyarakat untuk mempertemukan tuntutan dan kebutuhan pelayanan preventif.
- b. QA fokus pada sistem dan proses
Dengan fokus pada analisis proses penyampaian atau pelaksanaan pelayanan, kegiatan-kegiatan, dan tugas-tugas demikian juga outcome. Pendekatan QA mengikuti

provider dan manajer untuk mengembangkan secara mendalam, suatu persoalan (problem) dan menuju ke akar penyebabnya. Daripada hanya mengobati gejala-gejala permasalahan, QA mencari upaya penyelesaiannya. Dalam tahap pengembangannya, program QA di Puskesmas atau rumah sakit dapat lebih lanjut, dengan menganalisis proses untuk mencegah suatu persoalan, sebelum muncul.

- c. QA menggunakan data untuk analisis proses pelaksanaan pelayanan kesehatan. Suatu pendekatan konsultatif yang sederhana untuk analisis masalah dan monitoring adalah aspek yang penting dalam peningkatan mutu seperti analisis sebab akibat berdasarkan data dan fakta.
- d. QA mendorong suatu pendekatan tim dalam pemecahan masalah dan peningkatan mutu. Pendekatan partisipasi menawarkan dua keuntungan. Pertama, hasil produk teknik kemungkinan bermutu lebih tinggi karena masing-masing anggota tim membawakan prospeknya yang unik-unik dan wawasan kepada upaya peningkatan mutu. Kerjasama memberikan kemudahan fasilitas dalam analisis masalah dan solusinya. Kedua, anggota staff kemungkinan lebih menerima dan mendukung perubahan di mana mereka dapat membantu pengembangannya. Dengan demikian, partisipasi dalam peningkatan mutu membangun konsensus dan mengurangi perlawanan dalam perubahan.

Quality Assurance merupakan terminologi dimana pada umumnya merujuk pada usaha-usaha profesional pelayanan kesehatan dan institusi-institusi dalam menyediakan fakta / keterangan-keterangan / bukti di mana mutu dari utilisasi pelayanan medis diselenggarakan. Sebagaimana dikemukakan terdahulu, studi *Medical Care Evaluation* (MCE) dan *Utilization Review* hanya pada salah satu segmen dari program *TQ Assurance* Rumah sakit. Suatu program QA RS yang harus mematuhi standar yang disusun oleh JCAH dalam akreditasi rumah sakit, sebagaimana pernyataan berikut ini:

“Mereka harus membuktikan ketentuan yang baik, program yang terorganisir mendesain untuk meningkatkan perawatan pasien melalui penilaian objektif yang terus menerus dari aspek-aspek penting pelayanan pasien dan koreksi terhadap masalah yang diidentifikasi”.

- Empat Prinsip *Quality Assurance*:
1. QA berorientasi ke depan untuk mempertemukan kebutuhan dari harapan pasien dan masyarakat;
 2. QA memfokuskan pada sistem dan proses;
 3. QA menggunakan data untuk menganalisis proses penyampaian pelayanan.
 4. QA mendorong suatu pendekatan tim dalam pemecahan masalah dan peningkatan mutu.

Gambar 3.5 Empat prinsip QA

Rencana QA rumah sakit seharusnya didesain untuk diidentifikasi masalah atau masalah potensial, menilai masalah, mekanisme penyelesaian masalah, merencanakan kegiatan koreksi masalah, monitor kegiatan untuk menjamin hasil yang diinginkan dan menyediakan dokumentasi yang diperlukan.

Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) mengidentifikasi kegiatan staf medis yang terintegrasi di dalam proses QA di rumah sakit. Seperti diketahui, data *medical record* adalah sumber data yang penting dalam identifikasi masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan QA. Oleh karena itu, praktisi *medical record* harus mengetahui dengan baik.

2. Utilization Review

Utilization Review adalah satu metode yang dianjurkan oleh penjamin asuransi untuk mengontrol pengeluaran-pengeluaran. *Utilization review* merupakan suatu proses di mana penggunaan perawatan kesehatan yang disediakan dan pelayanan-pelayanan dievaluasi. Perkembangannya sekitar tahun 1950 di Amerika Serikat, di mana fokus pengamatannya adalah terhadap dua hal yaitu mutu pelayanan kesehatan dan mutu pembiayaannya. *Profesional Standards Review Organization (PSROs)* suatu organisasi profesi non profit menyusun lisensi tenaga medis untuk review profesional dan evaluasi pelayanan perawatan pasien. Maksud review ini adalah untuk menetapkan apakah:

- a. Pelayanan yang diberikan secara medis diperlukan;
- b. Mutu pelayanan berdasar standar profesi perawatan kesehatan;
- c. Perawatan diselenggarakan secara ekonomi konsisten dengan kebutuhan perawatan kesehatan pasien.

3. Medical Care Evaluation

Apabila *utilization review* secara primer berhubungan dengan pembiayaan perawatan kesehatan dan penggunaan pelayanan *Medical Care Evaluation (MCE)* fokus pada mutu yang diselenggarakan oleh institusi.

MCE studi dihubungkan dengan peningkatan efisiensi dan efektifitas penggunaan dari fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pelayanan yang konsisten dengan dua hal: 1). Kebutuhan pasien dan 2). Standar profesi yang disetujui dari perawatan kesehatan. MCE studi yang cermat akan memberikan manfaat bagi pasien, staf, fasilitas pelayanan dan masyarakat. Perbedaan antara MCE dan UR dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.2 *Medical Care Evaluation dan Utilization Review*

	<i>Medical Care Evaluation</i>	<i>Utilization Review</i>
Maksud	Meningkatkan pelayanan medis	Kontrol biaya-biaya
Target	Pasien akan datang	Individu pasien
Input	Data dari kelompok pasien yang sama waktu lalu	Data dari kartu aktif pasien dan provider di tempat tidur pasien
Keputusan	Apakah perawatan, pelayanan lebih baik atau lebih berhasil sering terjadi pada pasien kita?	Dapatkah rencana terapi yang sama dilaksanakan dalam keadaan sedikit kurang mahal?
Tindakan	Reorganisasi perawatan perlu perhatian untuk pasien akan datang	Relokasi pasien, atau pembayaran tidak berlangsung untuk perawatan rumah sakit yang akut.

C. PENDEKATAN SISTEM DALAM MENJAGA MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar (PKD) atau menyelesaikan masalah-masalah mutu dengan program QA, dilakukan dengan pendekatan sistem. Artinya, memperhatikan proses manajemen mutu sejak *Input, Proses, Output, Outcome* dan *Impact* (Gambar 3.2).

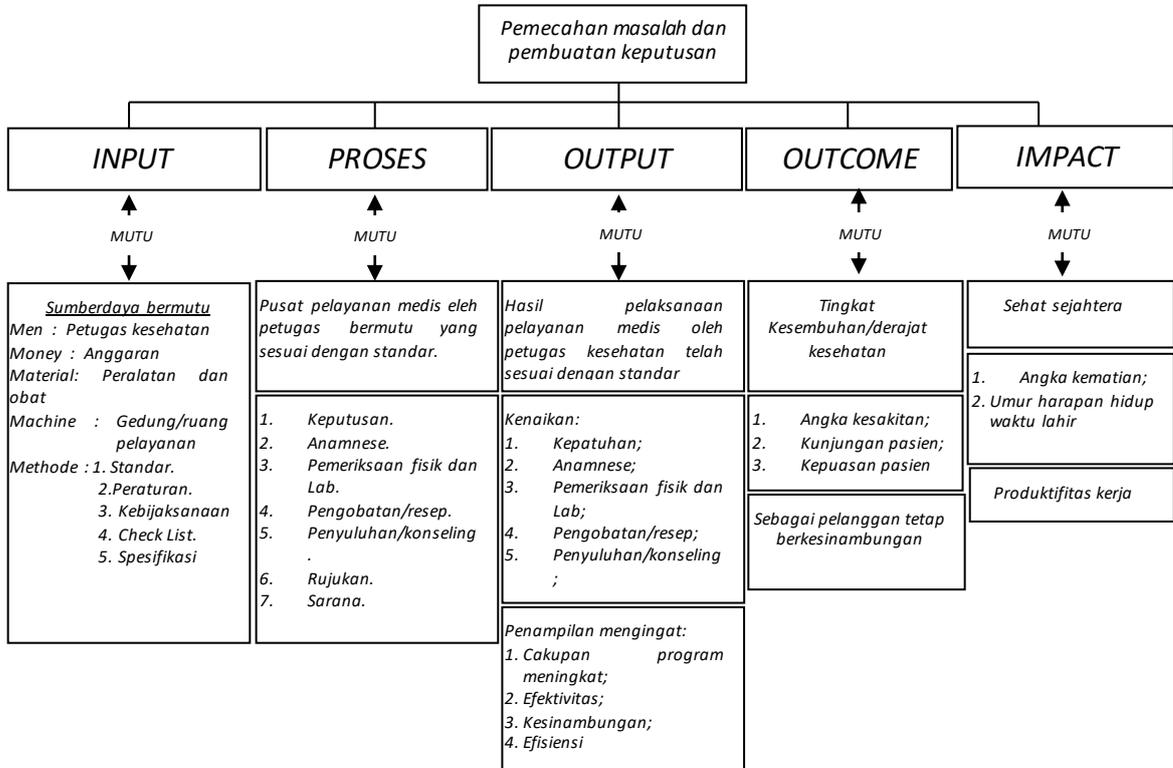
Program QA lebih menekankan kegiatannya pada Proses pelayanan kesehatan yang langsung berhubungan dengan standar pelayanan medis (*standar operating procedure*), tanpa mengabaikan *Input* atau *Impact*, karena *Input* dan *Impact* banyak dipengaruhi berbagai macam faktor *intern* maupun *ekstern* selain mutu pelayanan kesehatan, dan QA tidak harus banyak meningkatkan mutu *Input* dengan menambah kuantitas.

1. Mutu Input atau Struktur

Donabedian menjelaskan struktur adalah...: *“The relatively stable characteristics of the providers of care, of the tools and resources they have at their disposal, and of the physical and organizational settings in which they work. The concept of structure includes the human, physical, and financial resources that are needed to provide medical care”*. Pengertian tersebut mencakup pula jumlah, distribusi, dan kualifikasi dari tenaga profesional, peralatan dan geografi dari rumah sakit dan fasilitas lain, termasuk asuransi kesehatan. Karakter yang mendasar dari struktur adalah kestabilan penggunaan struktur sebagai ukuran tidak langsung (*in direct measure*) dalam pelayanan kesehatan tergantung pada pengaruhnya dalam pelayanan. Struktur mempengaruhi secara tidak langsung baik tidaknya pelayanan atau kinerjanya. Dengan demikian, struktur memberikan kontribusi baik diinginkan atau tidak dalam mutu pelayanan kesehatan.

Kaitan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan antara lain dapat dalam hal perencanaan, desain dan implementasi dalam sistem pelayanan kesehatan yang

dimaksudkan untuk menyediakan kebutuhan yang diperlukan oleh tenaga pelayanan kesehatan. Seperti telah dikemukakan, struktur mempengaruhi proses pelayanan yang menghasilkan *outcome*, sebagaimana Gambar 3.6 berikut ini:



Gambar 3.6

Mutu pelayanan kesehatan, masalah dan peningkatannya dalam sistem manajemen

2. Mutu Proses Pelayanan Kesehatan

Proses pelayanan kesehatan menurut Donabedian yaitu: *"A set of activities that go on within ang between practisioners and patients"*, tentang mutu proses diketahui dari hasil pengamatan langsung atau review dari catatan dan informasi yang merupakan rekonstruksi yang cermat, apa yang lebih kurang terjadi. Kalau proses adalah obyek utama penilaian, maka dasar penetapan mutu merupakan hubungan antara karakter-karakter dari proses pelayanan medis dan konsekuensinya terhadap kesehatan, serta kesejahteraan individu dan masyarakat, yang berhubungan dengan nilai-nilai yang berlaku.

Sehubungan dengan manajemen teknis medis, hubungan antara karakter proses pelayanan dan konsekuensinya, ditentukan oleh keadaan ilmu kedokteran dan teknologinya pada suatu waktu dan norma-norma teknis pelayanan yang baik. Menjaga mutu pelayanan kesehatan pada sisi proses pelayanan kesehatan, berhubungan secara langsung dengan praktik medis dokter atau paramedis dengan pasien. Sejak anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang lainnya seperti laboratorium, radiologi, diagnosis, terapi, perawatan dan atau konsultasi lanjutan serta rujukan, apakah telah mengacu pada standar dan prosedur pelayanan medis yang ditetapkan secara profesional. Kepatuhan para tenaga

medis dalam memberikan pelayanan mengacu kepada standar dan prosedur tersebut sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien. Lebih dari itu apakah dokter dan tenaga medis lainnya telah melakukan *Informed Consent*, memperhatikan hak pasien akan informasi secukupnya dan juga memberikan edukasi atau penyuluhan pada pasien tentang penyakitnya, juga dengan didasari atas hubungan antar manusia (*human relations*) yang mulai sehingga pasien memperoleh kepuasan lebih, tidak hanya puas karena pelayanan teknis medisnya seperti yang diharapkan, namun juga kepuasan karena pelayanan KIE tentang penyakitnya seperti yang diharapkan juga.

Prakteknya, untuk menilai apakah pelayan medis yang diberikan bermutu atau tidak (kepatuhan terhadap standar pelayanan medis) dapat dilakukan oleh atasan atau teman sejawat (*peer review*) atau *team* yang diberikan tugas, atau bahkan melalui laporan keluhan pasien. Dengan menggunakan instrumen-instrumen yang disediakan seperti daftar tilik (*check list*), kuesioner, wawancara dan sebagainya. Persoalan-persoalan yang ditemukan berkaitan dengan kegiatan pelayan medis ini (*single problem/complex problem*) dapat dibahas dan dicari atau direncanakan solusinya, secara terus menerus sehingga selalu terjaga mutu pelayanan yang diberikan.

3. Mutu *Output /Outcome* Pelayanan Kesehatan

Output/Outcome menurut Donabedian adalah “*A change in patient’s current and future health status that can be attributed to antecedent health care*”. Diawali dengan tersedianya input atau struktur yang bermutu dalam pelaksanaan kesehatan dan adanya proses pelayanan medis sesuai dengan standar atau kepatuhan terhadap standar pelayan yang baik, diharapkan hasil pekerjaan (*output*) pelayanan medis yang bermutu. Dalam menilai apakah hasil (*outputnya*) bermutu atau tidak, diukur dengan standar hasil (yang diharapkan) dari pelayanan medis yang telah dikerjakan. Perlu diingat bahwa standar dan prosedur pelayanan medis (proses) berlainan dengan standar hasil (*output*). Hasil pelayanan tidak bermutu apabila berbeda atau tidak seperti yang diharapkan atau tidak sesuai dengan standar hasil yang ditetapkan.

Demikianlah hasil pelayanan kesehatan/medis ini dapat dinilai antara lain dengan melakukan:

- a. Audit medis pasca operasi/tindakan medis lain;
- b. Audit maternal perinatal;
- c. Studi kasus/kematian 48 jam;
- d. Review rekam medis dan review medis lain;
- e. Adanya keluhan pasien berkaitan dengan pasca operasi (asa sakit luar biasa dan sebagainya) atas survei klien berkaitan dengan kepuasan pasien.
- f. *Informed Consent*.

Dengan demikian pada dasarnya penilaian hasil ini untuk menjawab pertanyaan apakah hasil dari pelayanan medis yang dikerjakan telah sesuai dengan standar hasil sebagaimana seharusnya. Pendekatan QA dalam menjaga dan meningkatkan mutu serta

menyelesaikan masalah mutu yang timbul, pada umumnya terdapat empat prinsip utama, yaitu:

- a. Fokus pada pasien, klien dan pelanggan;
- b. Fokus pada sistem dan proses;
- c. Fokus pada keputusan berdasarkan data;
- d. Fokus pada partisipasi dan tim kerja.

Langkah proses QA, bukanlah merupakan pendekatan linear langkah demi langkah, seperti misalnya perencanaan pada umumnya, namun dapat pula simultan bersamaan bila perlu. 10 (sepuluh) langkah dan proses *Quality Assurance Process* (QAP), meliputi:

- a. Perencanaan QA (*Planning for QA*)
- b. Membuat pedoman dan menyusun standar-standar (*Developing guidelines and setting standards*).
- c. Mengkomunikasikan standar dan spesifikasi (*Communicating standars and specificification*).
- d. Monitoring mutu (*Monitoring quality*).
- e. Identifikasi masalah-masalah dan seleksi peluang-peluang untuk peningkatan (*Identifyng problems and selecting opportunities for improvement*).
- f. Mendefinisikan secara operasional permasalahan (*Defining the problem operationlly*);
- g. Memilih suatu tim (*Choosing team*);
- h. Menganalisis dan mempelajari masalah untuk identifikasi akan penyebab masalahnya (*Analysing and studying the problem to identify its roots causes*).
- i. Membuat solusi-solusi dan kegiatan-kegiatan untuk peningkatan (*Developing solutions and actions for improvement*).
- j. Melaksanakan dan mengevaluasi upaya peningkatan mutu (*Implementing and evaluations quality improvement effors*).

4. Mendesain Mutu/QA

Langkah-langkah yang dikerjakan dalam hal ini, meliputi:

- a. Merencanakan QA : mengembangkan visi dan strategi kegiatan visi dan strategi kegiata QA, menetapkan tugas-tugas dan alokasi sumber daya.
- b. Mengembangkan pedoman-pedoman dan standar-standar. Menetapkan apa yang dikehendaki untuk pelayanan kesehatan yang bermutu;
- c. Mengkomunikasikan pedoman-pedoman dan standar-standar, sadar, mengerti dan percaya terhadapnya.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan 4 (empat) prinsip *Quality Assurance* menurut *Lori Di Prete Brown*!

- 2) Jelaskan pengertian dari *Utilization Review*!
- 3) Berkaitan dengan mutu output/outcome pelayanan kesehatan, hasil pelayanan kesehatan/medis dapat dinilai antara lain dengan melakukan...
- 4) Sebutkan 5 (lima) langkah proses *Quality Assurance Process* (QAP) sebagai pendekatan linear!
- 5) Langkah-langkah mendesain mutu/QA terdiri dari 3 (tiga) tahap, jelaskan!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

- 1) Pelajari kembali prinsip *Quality Assurance* (QA) pada pembahasan awal pertemuan.
- 2) Baca dan pahami kembali Prinsip QA dalam pembahasan kedua.
- 3) Pahami kajian hasil tentang mutu *output / outcome* di pelayanan kesehatan.
- 4) Pahami penjelasan dari bagian mutu *output/outcome* di pelayanan kesehatan.
- 5) Pelajari konsep pembahasan akhir dari mutu berupa desain mutu/ *Quality Assurance*.

Ringkasan

Mutu dari segi input atau struktur mencakup jumlah, distribusi dan kualifikasi dari tenaga profesional, peralatan dan geografi dari RS dan fasilitas lain, termasuk asuransi kesehatan. Pendekatan sistem dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan sangat berkaitan dalam hal perencanaan, desain dan implementasi dalam sistem pelayanan kesehatan yang dimaksud untuk menyediakan kebutuhan yang diperlukan oleh tenaga pelayanan kesehatan.

Pemecahan masalah dan pembuatan keputusan terdiri dari kajian mutu berdasarkan input, proses, output, *outcome* dan *impact*. Hasil pelayanan kesehatan medis diilai dari 6 (enam) kategori, yaitu: audit medis pasca operasi/tindakan medis lain, audit maternal perinatal, studi kasus/kematian 48 jam, review rekam medis dan review medis, keluhan pasien berkaitan dengan pasca operasi dan *informed consent*.

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Satu metode yang dianjurkan oleh penjamin asuransi untuk mengontrol pengeluaran-pengeluaran dari pelayanan kesehatan adalah
 - A. Prinsip dari *Quality Assurance*
 - B. Hasil pelayanan kesehatan/medis
 - C. Desain mutu *Quality Assurance*
 - D. Pengertian dari *Utilization Review*

- 2) QA mendorong suatu pendekatan tim dalam pemecahan masalah dan peningkatan mutu, merupakan
 - A. Salah satu dari 4 (empat) prinsip *Quality Assurance*.
 - B. Hasil pelayanan kesehatan/medis.
 - C. Bagian dari *Utilization Review*.
 - D. Langkah pada *Quality Assurance*.

- 3) Menganalisis dan mempelajari masalah untuk identifikasi akan penyebab masalahnya, merupakan salah satu dari langkah-langkah proses *Quality Assurance*, yang dikenal dengan istilah
 - A. *Developing guidelines and setting standards*.
 - B. *Analysing and studying the problem to identify its roots causes*.
 - C. *Communicating standars and specificification*.
 - D. *Implemting and evaluations quality improvement effors*.

- 4) Menilai dengan melakukan audit data dokumentasi ibu dan hasil pelayanannya merupakan implementasi dari hasil pelayanan kesehatan/medis dari penilaian
 - A. Studi kasus/kematian 48 jam.
 - B. Review rekam medis dan review medis lain.
 - C. Audit medis pasca operasi/tindakan medis lain.
 - D. Audit maternal perinatal

- 5) Penilaian dari hasil *Informed Consent*, merupakan bagian dari
 - A. Hasil pelayanan kesehatan/medis
 - B. Prinsip dari *Quality Assurance*.
 - C. Mutu input/struktur menjaga mutu.
 - D. Mutu output/*outcome* pelayanan kesehatan.

Topik 4

Aplikasi kegiatan *Quality Assurance* di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Persepsi mutu dari kelompok pemakai jasa dalam hal ini pihak pembayar atau asuransi mungkin berbeda dari persepsi kelompok penyedia jasa pelayanan ataupun persepsi kelompok yang membutuhkan pelayanan kesehatan, sehingga definisi mutu pelayanan kesehatan bukanlah suatu hal yang mudah untuk ditetapkan (Hatta G, 2010). Informasi mengenai pelayanan kesehatan, baik dari seluruh pengguna jasa pelayanan medik maupun seluruh individu dalam populasi diperlukan sebagai sumber data untuk dapat menjawab pertanyaan mengenai pemerataan (*equity*), efisiensi dan mutu pelayanan kesehatan, sehingga manajemen informasi dan teknologinya dalam banyak hal sangat diperlukan dalam manajemen klinis, untuk mendapatkan informasi yang benar dan akurat.

Tujuan dari pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami dan menerapkan berbagai aplikasi kegiatan *quality assurance* di fasilitas pelayanan kesehatan.

A. APLIKASI KEGIATAN *QUALITY ASSURANCE* DI RUMAH SAKIT

1. Topik-topik QA di Rumah sakit,

Topik-topik QA yang dapat dilakukan di Rumah sakit meliputi:

- a. Tindakan pelayanan medis pada umumnya;
- b. Kegiatan-kegiatan pre dan pasca operatif;
- c. Kebijakan terapi, termasuk terapi antibiotika;
- d. Reaksi transfusi darah;
- e. Pelayanan laboratorium;
- f. Pelayanan radiologi;
- g. Koordinasi pelayanan gawat darurat;
- h. Perawatan luka baring (*bed sore*);
- i. Perawatan luka bakar;
- j. Pertolongan partus;
- k. Pengendalian infeksi nosokomial;
- l. Pengendalian infeksi suntikan jarus infus;
- m. Kebersihan dan sterilisasi, dan sebagainya.

2. Kegiatan-kegiatan Pendukung QA di Rumah sakit

Kegiatan-kegiatan untuk mendukung penyelenggaraan QA pelayanan kesehatan di rumah sakit, terdiri dari:

- a. Pendidikan dan pelatihan medis berkelanjutan;
- b. Pelatihan metode statistik, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan;
- c. Pedoman praktek;
- d. Peer review

- e. Audit medis;
- f. Manajemen mutu pelayanan kesehatan;
- g. Standarisasi pelayanan medis;
- h. Indikator-indikator klinik;
- i. Akreditasi;
- j. Sertifikasi;
- k. Masyarakat ilmiah atau asosiasi kedokteran;
- l. Simposium, seminar, lokakarya, meeting ilmu kedokteran.

3. Pelaksanaan fungsi organisasi QA di Rumah Sakit

Pelaksanaan fungsi pengorganisasian QA di rumah sakit, terdapat pada:

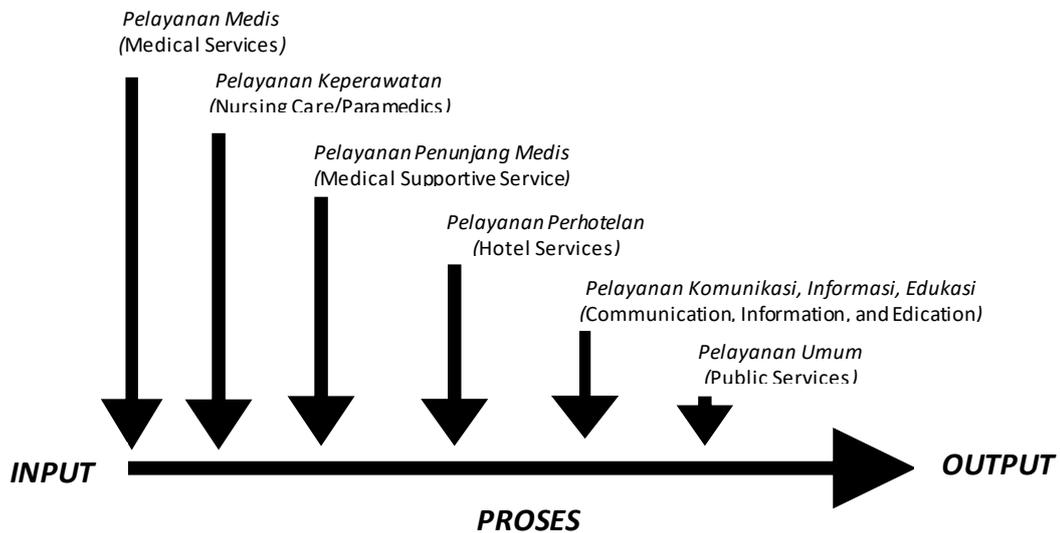
- a. Lini depan : pelayanan langsung, sehari-hari, yaitu;
 - 1) Penerimaan dan transfer pasien(triase);
 - 2) Rekam medis atau pencatatan pelaporan;
 - 3) Pelayanan klinik / tindakan medis dan keperawatan;
 - 4) Pelayanan laboratorium;
 - 5) Pelayanan radiologi;
 - 6) Pelayanan transfusi darah;
 - 7) Kebersihan dan strelisisasi ruangan;
 - 8) Gugus Kendali Mutu;
 - 9) Dan sebagainya.
- b. Lini Tengah: Pelayanan tidak langsung/periodik
 - 1) Pengendalian infeksi (termasuk penyakit nosokomial);
 - 2) *Peer review*;
 - 3) *Surgical review*;
 - 4) *Tissue review*;
 - 5) *Medical record review*;
 - 6) *Black transfussion review*;
 - 7) *Drug usage review*;
 - 8) *Case study*;
 - 9) *Death case study*;
 - 10) *Audit commitee*;
 - 11) *Drug commitee*;
 - 12) *Accidence commitee*;
 - 13) *Autopsi meetings*;
 - 14) *Medical commitee*.
- c. Lini Belakang; Pengarahan dan koordinasi QA
 - 1) Kebijakan manajemen mutu rumah sakit;
 - 2) Koordinasi pelayanan mutu bersama Komite Etik, 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.

4. Model Pelayanan Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit sesungguhnya bersifat kompleks. Tidak hanya menyangkut manajemen pelayanan medis, pelayanan keperawatan saja, namun juga mencakup manajemen perhotelan, pelayanan komunikasi, informasi dan edukasi, manajemen personalia, manajemen perlengkapan, transportasi dan manajemen pelayanan umum lainnya.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan pelayanan rumah sakit, khususnya yang menyangkut proses pelayanan dapat digambarkan dalam gambar model pelayanan rumah sakit, seperti gambar dibawah ini:



Gambar 3.7 Model Pelayanan Rumah Sakit

B. APLIKASI KEGIATAN *QUALITY ASSURANCE* DI PUSKESMAS

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Peraturan menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama. Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana

Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten / kota.

Pedoman manajemen pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016. Manajemen ini digunakan untuk melaksanakan upaya kesehatan baik di tingkat pertama dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama. Dibutuhkan manajemen Puskesmas yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan agar menghasilkan kinerja Puskesmas yang efektif dan efisien.

Pedoman manajemen Puskesmas harus menjadi acuan bagi:

1. Puskesmas dalam:
 - a. Menyusun rencana 5 (lima) tahunan yang kemudian dirinci kedalam rencana tahunan;
 - b. Menggerakkan pelaksanaan upaya kesehatan secara efisien dan efektif.
 - c. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja Puskesmas.
 - d. Mengelola sumber daya secara efisien dan efektif; dan
 - e. Menerapkan pola kepemimpinan yang tepat dalam menggerakkan, memotivasi, dan membangun budaya kerja yang baik serta bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu dan kinerjanya.
2. Dinas kesehatan kabupaten / kota dalam melaksanakan pembinaan dan bimbingan teknis manajemen puskesmas.

Ruang lingkup Pedoman Manajemen Puskesmas, meliputi:

1. Perencanaan;
2. Penggerakan dan pelaksanaan;
3. Pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja; dan
4. Dukungan dinas kesehatan kabupaten / kota dalam manajemen Puskesmas.

Siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus "*Plan-Do-Check-Action (P-D-C-A)*".

1. Tahap I: Tahap Analisis Sistem (*System Analysis*)

Tahap ini dilakukan telaah terhadap sistem pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan melakukan pengamatan terhadap proses pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan oleh tenaga medis/ paramedis di Puskesmas dengan menggunakan daftar tilik (*check list*).

Pengamatan dilakukan oleh teman sejawat (lain Puskesmas) yang sudah dilatih dan sebaliknya, menilai yang belum dilatih untuk mengumpulkan data dasar, tentang kepatuhan terhadap *standard operating procedure (check list)* dalam pelayanan kesehatan dasar tersebut. Hasil pengamatan ini disajikan di Daerah sebagai bahan *feedback*. Masalah atau

persoalan sederhana yang berkaitan dengan kepatuhan (*compliance*) petugas dalam memenuhi standar, diselesaikan dengan membuat rencana pelaksanaan kegiatan (*POA-Plan of Action*).

2. Tahap II: Tahap Supervisi (*Supervision Based*)

Tahap supervisi, dimaksudkan untuk memonitor dan mengevaluasi, apakah POA telah dilaksanakan sebagaimana mestinya. Tahap ini merupakan langkah lanjutan terhadap analisis sistem. Dalam tahap ini dilihat apakah petugas telah meningkatkan mutu kerjanya dengan mematuhi standar operating procedure atau standar pelayanan kesehatan dasar yang ditetapkan. Survey dilakukan oleh pimpinan Puskesmas, supervisor dari Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota atau dari Propinsi, oleh para supervisor atau circuit reider yang telah dilatih.

3. Tahap III: Tahap pendekatan tim (*team based*)

Petugas-petugas Puskesmas dalam Tahap ini diharapkan akan dapat menyelesaikan masalah-masalah kompleks dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar. Suatu masalah atau upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang solusinya memerlukan kerja sama dari kepemimpinan tim yang berwawasan mutu dan kepuasan pasien/pelanggan.

Tahap selanjutnya diharapkan Puskesmas tetap melakukan peningkatan mutu berkelanjutan CQI/QA dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD).

C. APLIKASI KEGIATAN *QUALITY ASSURANCE* DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN LAINNYA

1. Pengertian

Apabila ditingkatkan mutu pelayanannya akan mengurangi permasalahan penyakit. Secara ekonomi, artinya tidak memerlukan biaya besar dalam mengatasi masalah.

Terdapat kesepakatan dari uji coba sementara dengan menyepakati 10 Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) yang *cost effective*, yaitu:

- a. Imunisasi;
- b. *Ante Natal Care* (ANC);
- c. Pengobatan TBC Paru;
- d. Malaria;
- e. Demam Berdarah Dengue;
- f. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA);
- g. Diare;
- h. Gizi (kurang kalori protein, anemia besi, kekurangan iodium);
- i. Keluarga Berencana;
- j. UKS, termasuk pengobatan kecacingan.

2. **Check list** dalam Proses Pelayanan Kesehatan

Daftar Tilik (*Check List*) dipergunakan sebagai alat untuk mengumpulkan data-data proses pelayanan kesehatan/medis yang dilaksanakan oleh petugas tenaga kesehatan, meliputi:

- a. Anamnese;
- b. Pemeriksaan fisik/laboratorium;
- c. Pengobatan/pemberian resep;
- d. Penyuluhan;
- e. Rujukan;
- f. Sarana yang dipakai;

3. **Standar pengelompokan, terdiri dari:**

- a. Daftar tilik pengamatan pelaksanaan pelayanan;
- b. Daftar tilik pengetahuan pasien;
- c. Daftar tilik pengetahuan petugas;
- d. Daftar tilik sarana yang dipergunakan dalam pelayanan.
- e. Daftar isi pertanyaan daftar tilik menyesuaikan jenis penyakit / Pelayanan Kesehatan Dasar.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Kegiatan-kegiatan yang mendukung penyelenggaraan QA pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah
- 2) *Quality assurance* di pelayanan kesehatan di rumah sakit, terdiri dari apa saja?
- 3) Berkaitan dengan model pelayanan rumah sakit, terdapat hal yang mengharuskan hubungan interaktif yang baik antara tenaga pelayanan kesehatan dengan pasien sebagai user. Hal ini terdapat dalam konteks “proses” dari *quality assurance* yang berupa...
- 4) Jelaskan aplikasi kegiatan *quality assurance* di Puskesmas pada tahap I (system analysis)!
- 5) Daftar tilik (check list) dalam proses pelayanan kesehatan dapat berupa data-data proses. Dalam proses pelayanan kesehatan / medis, hal yang dilaksanakan petugas kesehatan meliputi apa saja? Sebutkan!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pelajari kembali kontens Sub topik A pada aplikasi kegiatan quality assurance di rumah sakit pada pembahasan point ke-2.
- 2) Pahami kembali konsep aplikasi kegiatan quality assurance di rumah sakit pada pembahasan ke-3.
- 3) Pelajari pemahaman pada kontens sub topik A pada aplikasi kegiatan quality assurance di rumah sakit pembahasan point 4.
- 4) Baca kembali sub topik pada bahasan B dari aplikasi kegiatan quality assurance di Puskesmas point B.
- 5) Pahami kembali aplikasi kegiatan quality assurance di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya pada point C.

Ringkasan

1. Aplikasi kegiatan quality assurance di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi rumah sakit, puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Informasi yang diperlukan untuk dapat menjelaskan tentang pemeriksaan (equity), efisiensi dan mutu pelayanan kesehatan agar benar dan akurat.
2. Quality Assurance di rumah sakit diantaranya berkaitan dengan tindakan pelayanan medis pada umumnya sampai kebersihan dan sterilisasi. Kegiatan pendukung yang dilakukan diantaranya pendidikan dan pelatihan medis berkelanjutan, audit medis, akreditasi sampai simposium dan meeting ilmu kedokteran.
3. Pelaksanaan fungsi organisasi quality assurance meliputi 3 (tiga) lini. Pertama adalah lini depan, merupakan pelayanan langsung dan dilakukan sehari-hari di fasilitas pelayanan kesehatan. Lini tengah berupa pelayanan tidak langsung (termasuk penyakit nosokomial) sampai monitoring dan evaluasi pelayanan mutu rumah sakit. Berdasarkan model pelayanan rumah sakit, dapat digambarkan dalam input, proses dan output.
4. Aplikasi kegiatan quality assurance di puskesmas terdiri dari 3 (tiga) tahap. Tahap pertama berupa tahap analisis sistem (system analysis). Tahap kedua merupakan tahap supervisi (supervision based). Tahap ketiga merupakan tahap pendekatan tim (team based). Pelayanan kesehatan dasar meliputi imunisasi, *Ante Natal Care* (ANC) sampai Unit Kegiatan Sekolah (UKS) termasuk pengobatan ke cacingan.

Tes 4

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat.

- 1) Topik-topik *quality assurance* yang dapat dilakukan di rumah sakit, diantaranya adalah
 - A. Pelayanan psikologi
 - B. Perawatan luka baring (*bed sore*)

- C. Pencegahan penyakit menular
 - D. Tindakan kuratif dengan promosi
- 2) Pengarahan dan koordinasi *quality assurance* dari lini belakang dalam pelaksanaan fungsinya dalam organisasi di rumah sakit adalah
- A. Pelayanan transfusi darah
 - B. Rekam medis atau pencatatan pelaporan
 - C. *Drug committee*
 - D. Kegiatan lintas fungsional
- 3) Input, proses dan output merupakan konsep gambaran model pelayanan rumah sakit. Tujuan pemeriksaan ginekologis bertujuan untuk menilai kesehatan organ reproduksi wanita untuk mendeteksi tanda-tanda awal yang mengarah ke diagnosis dini dan pengobatan. Pemeriksaan ini mungkin merupakan bagian dari pemeriksaan dokter umum atau mungkin dilakukan spontan. Meski membantu pemeriksaan ginekologis adalah prosedur rutin untuk asisten medis, pasien mungkin tidak menganggapnya sebagai pemeriksaan rutin (hal. 429). Hal ini sebagai upaya untuk menegakkan diagnosis pasien secara t akurat sebagai peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, yang merupakan proses dari
- A. Pelayanan medis
 - B. Pelayanan keperawatan (*Nursing Care*/ tenaga kesehatan).
 - C. Pelayanan penunjang medis (*medical supportive service*).
 - D. Pelayanan umum (*public service*).
- 4) Tahap ini dimaksudkan untuk memonitor dan melakukan evaluasi apakah *Plan of Action* (PoA) dilaksanakan sebagaimana mestinya. Hal ini merupakan langkah lanjutan terhadap *analysis system*. Sesuai bentuk aplikasi kegiatan *Quality Assurance* di Puskesmas masuk dalam kategori Tahap
- A. Tahap I
 - B. Tahap I dan II
 - C. Tahap II
 - D. Tahap III dan I
- 5) Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) dalam *cost effective* sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam mengurangi permasalahan penyakit. Salah satu PKD yang dimaksud adalah
- A. Anamnesa.
 - B. Penyuluhan Pemeriksaan fisik / Laboratorium.
 - C. Pengobatan / pemberian resep.
 - D. UKS, termasuk pengobatan cacingan.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C. Kelangsungan berobat.
- 2) B. *Patient Satisfaction*.
- 3) C. *Chief Executive Officer*.
- 4) D. Perencanaan Peningkatan Mutu.
- 5) A. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar.

Tes 2

- 1) B. Apakah organisasi mempunyai sistem mutu?
- 2) C. Inspeksi final.
- 3) D. Menjaga bahwa perlengkapan dalam alat ukur dikalibrasi.
- 4) A. Surveilans (*surveillance*)
- 5) B. Menjaga bahwa produk *Quality Control* pada tempatnya dan segera ditindaklanjuti.

Tes 3

- 1) D. Pengertian dari Utilization Review.
- 2) A. Salah satu dari 4 (empat) Prinsip Quality Assurance.
- 3) B. *Analysing and studying the problem to identify its roots causes*.
- 4) D. Audit maternal perinatal.
- 5) A. Hasil pelayanan kesehatan/medis.

Tes 4

- 1) B. Perawatan luka baring (bed sore).
- 2) D. Kegiatan lintas fungsional.
- 3) C. Pelayanan penunjang medis.
- 4) A. Tahap I.
- 5) D. UKS, termasuk pengobatan cacingan.

Glosarium

JCAH	: <i>Joint Commission on Accreditation of Hospital</i> (Komisi kerjasama untuk akreditasi rumah sakit)
ACHA	: <i>American College of Hospital Administration</i> (istilah pendidikan administrasi rumah sakit di Amerika).
CR	: <i>Circuit Rider</i> (komponen penilaian).
RS	: Rumah Sakit (institusi kesehatan terbesar sebagai rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama)
TQC	: <i>Total Quality Circle</i> (Lingkaran penilaian mutu secara menyeluruh)
RS	: Rumah Sakit (institusi kesehatan terbesar sebagai rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama)

Daftar Pustaka

Abdelhak M, Mervat (2001) *Health Information: Management of a Strategic Resource*; W.B. Saunder Company; United States of America, A Harcourt Health Sciences Company.

Buletin Sistem Informasi Kesehatan, Kementerian Kesehatan, 2016, halaman 11.

Hatta G, 2010, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, UI Press, Jakarta.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Menpan) No. 135/Kep/Menpan/12/2002 dalam jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 128/Menkes/SK/II/2004 *tentang Puskesmas.*

La. Tour, KathlyIn ,2001, *Concept and Standard Medical Record.*

M Kathleen LaTour, Eichenwald Shirley Maki (2010) *Health Information Management, Concepts, Principles, and Practice; Third Edition*, American Health Information Management Association; Chicago, Illinois.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Program Indonesia Sehat.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019, 2015, hal. 48-100.

Skurka, Margaret A (2003) *Health Information Management Principles and Organization for Health Services*, 5th ed. Chicago: AHA Press Company.

Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 34 ayat 3.

Undang –Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.

Wijono D, 2000, *Manajemen Mutu Pelayanan kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press, Surabaya.

BAB IV

INDIKATOR MUTU DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN

Dewi Lena Suryani K, AMd.PK SKM MPH

PENDAHULUAN

Berkaitan dengan indikator mutu unit rekam medis dalam Permenkes Nomor 129 Tahun 2008 dijelaskan bahwa amanat Pasal 28 H, ayat (1) perubahan Undang – undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Mutu pelayanan kesehatan atau pemeliharaan kesehatan diterima dan diidentifikasi dalam banyak pengertian (Wijono, D, 1999). Mutu pelayanan kesehatan dapat semata-mata dimaksudkan adalah dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau mutu kesehatan dari sudut pandang sosial dan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan dan tenaga kesehatan lainnya. Mutu menurut Dr. Avedis Donabedian adalah suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan, yang berdasarkan tingkat dimana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai outcomes. Proses pelayanan kesehatan sendiri dibagi dalam dua komponen utama, pelayanan teknis (medis) dan manajemen hubungan interpersonal antara praktisioner dan klien.

Proses interpersonal adalah wahana yang diperlukan untuk aplikasi dari pelayanan teknis namun ia adalah juga penting dalam kaidah-kaidahnya sendiri, karena ia sendiri mungkin adalah sebagai terapi atau penyembuh. Oleh karenanya menjadi bagian yang diharapkan untuk menghargai perasaan individu. Demikian juga etika umum dan kaidah-kaidah sosial pada umumnya yang menentukan hubungan antar orang. Kenyamanan pelayanan juga relevan untuk penilaian terhadap mutu, yang menjadi pilihan pelayanan itu sendiri atau sekitar penyelenggaraannya. Dengan demikian manajemen pelayanan medik atau kesehatan dibagi dua domain teknik dan domain interpersonal. Pelayanan teknis (medis) adalah aplikasi ilmiah dan teknologi medis dan ilmu kesehatan lainnya, terhadap persoalan kesehatan seseorang. Manajemen pelayanan medis adalah gabungan atau interaksi antara manajemen teknis medis dengan sosial psikologi antara dan praktisioner. Yang pertama disebut sebagai ilmu kedokteran (the science of medicine) diterdan yang kedua adalah seninya (the art). Tetapi terminologi ini tidak diterima secara umum. Karena dapat pula teknis medis adalah suatu seni tersendiri (the art of medicine). Domain pelayanan kesehatan yang lain dapat berupa interpreneurship (kewirausahaan) dan pelayanan umum (public service) yang berkaitan, juga mempengaruhi mutu pelayanan medis. Mutu pelayanan kesehatan dapat dipandang dari sudut pandang pasien dan *provider*.

Topik 1 Indikator dan Kriteria

Mutu (Wijono D, 1999) diartikan sebagai faktor kepuasan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan individu atau ketetapan manajemen. Ia berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau dirasakan, operasional teknik atau subjektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar kompetitif.

Mutu produk dan jasa merupakan seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, engineering, manufaktur dan pemeliharaan di mana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan. Demikian pengertian mutu yang dikemukakan oleh DR. Armad V. Feigenbaum seorang pakar mutu yang pernah menjabat Ketua *International Academic for Quality* dan Presiden *The American Society for Quality Control*. Pendapatnya amat berpengaruh terhadap peningkatan mutu di Jepang, Amerika dan Negara lain.

Penting untuk mengetahui dan memahami indikator dan kriteria apa saja yang menjadi prasyarat mutu di sarana pelayanan kesehatan, agar tolok ukur penilaian bisa diketahui dengan akurat dan jelas guna menunjang peningkatan pelayanan, baik dalam kualitas maupun kuantitasnya.

A. PENGERTIAN

1. Konsep Umum

Setiap orang mempunyai pendapat tentang apa yang dimaksudkan dengan mutu. Konsep mutu yang berarti bagus, *lux* atau paling bagus tidaklah sama secara professional. Sebagai contoh: peralatan kedokteran yang bermutu menurut dokter tentulah bermacam-macam sesuai pendapatnya. Beberapa definisi professional tentang mutu banyak dikemukakan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud sebenarnya tentang mutu, antara lain:

- a. Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (*American Society for Quality Control*).
- b. Mutu adalah "*Fitness for use*", atau kemampuan kecocokan penggunaannya (J.M.Juran).
- c. Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The conformance of requirements – Philip B. Crosby, 1979*).

Manajemen Mutu J.M Juran (1989) mengemukakan tentang mutu dan manfaatnya sebagai berikut:

“Banyak arti tentang mutu namun dua diantaranya sangat penting bagi manajer, meskipun tidak semua pelanggan menyadarinya, yaitu:

- a. Mutu sebagai keistimewaan produk.
- b. Di mata pelanggan, semakin naik keistimewaan produk semakin tinggi mutunya.
- c. Mutu berarti bebas dari kekurangan (defisiensi).
- d. Dimata pelanggan semakin sedikit kekurangan, semakin baik mutunya.
- e. Bagi pimpinan perlu diketahui bahwa keistimewaan produk berdampak pada penjualan, untuk hal ini mutu yang lebih tinggi biasanya biayanya lebih tinggi pula dan produk yang bebas dari kekurangan berdampak pada biaya pula, untuk hal ini mutu yang lebih tinggi biasanya biayanya lebih rendah.

Keistimewaan produk yang memenuhi kebutuhan pelanggan:

Mutu yang lebih tinggi dari produk memungkinkan (memberikan manfaat) untuk:

- a. Meningkatkan kepuasan pelanggan.
- b. Membuat produk mulai laku dijual.
- c. Memenangkan persaingan.
- d. Meningkatkan pangsa pasar.
- e. Memperoleh pemasukan dari penjualan.
- f. Menjamin harga premium.
- g. Dampak yang terutama adalah terhadap penjualan.
- h. Biasanya, mutu yang lebih tinggi membutuhkan biaya lebih banyak.

Mutu yang lebih tinggi memungkinkan untuk:

- a. Mengurangi tingkat kesalahan.
- b. Mengurangi pekerjaan ulang dan pemborosan.
- c. Mengurangi kegagalan di lapangan, beban garansi.
- d. Mengurangi ketidakpuasan pelanggan.
- e. Mengurangi keharusan memeriksa dan menguji.
- f. Memendekkan waktu guna melempar produk baru kepasar.
- g. Tingkatkan hasil/kapasitas.
- h. Meningkatkan kinerja pengiriman.
- i. Dampak utama pada biaya.
- j. Biasanya mutu lebih tinggi biayanya lebih sedikit.

Selain keistimewaan produk yang langsung berkaitan dengan kepuasan produk, ada aspek tambahan dari produk yang juga memberikan kontribusi langsung pada kemampuan penggunaan (*fitness for use*), yang disebut “parameter mutu”. Sebuah contoh adalah berkaitan dengan waktu “kemampuan” untuk produk bahan-bahan yang habis pakai seperti makanan, bahan bakar, jasa, *fitness for uses* ditentukan oleh: 1) kecukupan desain produk; 2). Tingkatan di mana produk aslinya sesuai dengan desainnya.

Upaya agar produk bertahan lama (*long live product*), beberapa faktor yang berorientasi waktu perlu diperhatikan yang berkaitan dengan *fitness for use*, yaitu:

- a. *Availability* (tersedianya): kelangsungan hidup industri tergantung pada kelangsungan pelayanan dari sumber energi, komunikasi, transport dan lain-lain. Upaya menjaga kelangsungan ini perlu upaya-upaya agar senantiasa tersedia produk (*availability*).
- b. *Reliability* (daya tahan atau kehandalan): adalah kemungkinan dari suatu produk tampil tanpa cacat dalam fungsinya dalam suatu periode waktu tertentu.
- c. *Maintainability* (kemampuan pemeliharaan): menyangkut *serviceability* (kemampuan pelayanan) dan *repairability* (kemampuan reparasi).
- d. *Producibility* (atau *manufacturability*, kemampuan menghasilkan): parameter ini mengukur tingkat dimana desain produk dapat disiapkan dengan fasilitas-fasilitas dan proses yang tersedia untuk beroperasi.

a. *Trilogi Juran*

Mutu tidak datang demikian saja, perlu direncanakan atau dirancang.

Perencanaan mutu yang disampaikan oleh Juran merupakan suatu bagian yang sangat diperlukan dalam Trilogi Juran yang berkaitan dengan Perencanaan Mutu (*Quality Planning*), Pengendalian Mutu (*Quality Control*). Peningkatan Mutu (*Quality Improvement*).

b. *Perencanaan Mutu*

Bahwa mutu tidak datang secara kebetulan saja, namun diperlukan penyelenggaraan pelatihan khusus. Suatu mutu seharusnya direncanakan atau dirancang, yang terdiri atas tahap-tahap sebagai berikut:

- 1) Menetapkan (identifikasi) siapa pelanggan.
- 2) Menetapkan (identifikasi) kebutuhan pelanggan.
- 3) Mengembangkan keistimewaan produk merespon kebutuhan pelanggan.
- 4) Mengembangkan proses yang mampu menghasilkan keistimewaan produk.
- 5) Mengarahkan perencanaan kegiatan-kegiatan operasional.

c. *Pengendalian Mutu*

Kontrol mutu adalah proses deteksi dan koreksi adanya penyimpangan atau perubahan segera setelah terjadi, sehingga mutu dapat dipertahankan. Menyesuaikan spesifikasi standard-standard dan meletakkan standar-standar serta prosedur-prosedur yang memerlukan segera tindakan koreksi dari berbagai masalah, sehingga keadaan *status quo* dapat diperbaiki.

Langkah kegiatan yang dikerjakan antara lain:

- 1) Evaluasi kinerja dan kontrol produk.
- 2) Membandingkan kinerja aktual terhadap tujuan produk.
- 3) Bertindak terhadap perbedaan atau penyimpangan mutu yang ada.

d. *Peningkatan mutu*

Peningkatan mutu mencakup dua hal yaitu *fitness for use* dan mengurangi tingkat kecatatan dan kesalahan. Keduanya menyangkut pelanggan internal maupun eksternal.

Meningkatkan *fitness for use* mempunyai beberapa manfaat:

- 1) Mutu lebih baik bagi pengguna.
- 2) Pangsa pasar yang berarti untuk manufaktur.
- 3) Harga premi bagi manufaktur.
- 4) Status dipasaran bagi manufaktur.

Mengurangi tingkat kecacatan dan kesalahan mempunyai manfaat:

- 1) Mengurangi biaya dan beberapa gesekan bagi pengguna.
- 2) Mengurangi secara dramatis pembiayaan bagi manufaktur.
- 3) Meningkatkan produktivitas lebih mudah diproduksi.
- 4) Mengurangi inventaris dalam mendukung konsep tepat waktu.

Kegiatan-kegiatan peningkatan mutu:

- 1) Mengadakan infrastruktur yang diperlukan bagi upaya peningkatan mutu.
- 2) Identifikasi apa yang perlu ditingkatkan dan proyek peningkatan mutu.
- 3) Menetapkan tim proyek.
- 4) Menyediakan tim dengan sumber daya, pelatihan, motivasi untuk:
 - (a) Mendiagnosis penyebab.
 - (b) Merangsang perbaikan.
 - (c) Mengadakan pengendalian agar tetap tercapai perolehan.

2. Fungsi Indikator dan Kriteria

Indikator dan kriteria (Wijono D, 1999) digunakan sebagai alat bantu dalam proses evaluasi. Dua-duanya juga dapat digunakan sebagai alat bantu untuk perencanaan dan penyusunan program. Indikator diartikan sebagai variabel yang dapat membantu mengukur perubahan-perubahan. Variabel merupakan alat bantu evaluasi yang dapat mengukur perubahan secara langsung atau tidak langsung. Misalnya, jika tujuan dari suatu program adalah untuk melatih sejumlah tertentu pekerjanya kesehatan tiap tahun, maka suatu indikator digunakan langsung untuk evaluasi.

Boleh jadi berupa jumlah pekerjanya yang betul-betul dilatih setiap tahunnya. Kalau yang dievaluasi adalah hasil suatu program untuk memperbaiki tingkat kesehatan golongan anak-anak, mungkin perlu untuk mengukur setiap perbaikan dengan menggunakan beberapa indikator yang secara tak langsung dapat mengukur adanya perubahan pada tingkat kesehatan mereka. Indikator-indikator tersebut dapat berupa status gizi yang dilukiskan dengan berat badan terhadap tinggi badan, angka kecukupan imunisasi, kesanggupan belajar, angka kematian menurut golongan umur, angka kesakitan jenis penyakit tertentu dan angka penderita cacat golongan anak. Bila memilih indikator, harus diperhitungkan sejauh mana indikator tersebut sah, dapat dipercaya, sensitif dan spesifik.

B. VALIDITAS DAN KEABSAHAN

Validitas atau keabsahan mempunyai arti bahwa indikator tersebut betul-betul mengukur hal-hal yang ingin diukur. Reliabilitas atau dapat dipercaya, mempunyai arti bahwa biarpun indikator digunakan oleh orang yang berlainan, pada waktu yang berlainan, hasilnya akan tetap sama. Kepekaan atau *sensitive* berarti bahwa indikator tersebut harus peka terhadap setiap perubahan mengenai keadaan atau fenomena yang dimaksud. Akan tetapi, suatu indikator dapat juga sensitif terhadap lebih dari satu keadaan atau fenomena. Kekhususan atau spesifitas berarti bahwa indikator tersebut menunjukkan perubahan-perubahan hanya mengenai keadaan atau fenomena yang dikhususkan baginya. Misalnya, angka kematian bayi adalah indikator yang sensitif walaupun sangat kasar, mengenai tingkat kesehatan golongan anak-anak. Indikator ini merupakan alat ukur langsung untuk kematian dan hanya alat ukur tidak langsung untuk tingkat kesehatan, tetapi, walaupun ada pembatasan ini, tetap merupakan indikator yang sah dan dapat dipercaya.

Walaupun begitu, indikator ini secara khusus tidak ada hubungannya dengan tindakan kesehatan tertentu, seperti kondisi karena penurunan angka kematian bayi dapat disebabkan oleh banyak faktor yang ada sangkut pautnya dengan pembangunan sosial ekonomi, termasuk pembangunan kesehatan, dan jarang disebabkan oleh salah satu tindakan kesehatan saja. Indikator kesehatan dan indikator yang berhubungan dengan kesehatan sering dipakai dalam berbagai kombinasinya, khususnya digunakan untuk mengukur efektivitas dan dampak. Ada sejumlah besar indikator. Mereka dapat ditempatkan dalam kelompok-kelompok yang menyangkut kebijaksanaan kesehatan, keadaan sosial ekonomi, penyediaan pelayanan kesehatan dan status kesehatan. Apabila indikator untuk kebijaksanaan kesehatan dan penyediaan pelayanan kesehatan pada dasarnya berguna untuk mengukur efektifitas maka indikator untuk bidang sosial ekonomi untuk mengukur dampak dari mutu itu sendiri.

C. BERBAGAI CONTOH INDIKATOR

Berikut ini adalah contoh-contoh indikator , yaitu:

1. Indikator kebijaksanaan kesehatan
 - a. Komitmen politis pada tingkat tinggi terhadap kesehatan bagi semua;
 - b. Alokasi sumber daya yang cukup untuk pelayanan kesehatan dasar;
 - c. Tingkat pemerataan pembagian sumber daya;
 - d. Tingkat keterlibatan masyarakat dalam mencapai kesehatan bagi semua;
 - e. Penyusunan suatu kerangka organisasi dan manajerial yang sesuai dengan strategi nasional untuk kesehatan bagi semua;
 - f. Manifestasi praktis dari komitmen politik internasional untuk kesehatan bagi semua.
2. Indikator-indikator sosial dan ekonomi
 - a. Laju pertumbuhan penduduk;

- b. Pendapatan nasional kotor (*Gross national product*) atau pendapatan domestik kotor (*Gross domestic product*).
 - c. Distribusi upah/pendapatan (*Income distribution*).
 - d. Tersedianya pekerjaan (*Work availability*);
 - e. Angka melek huruf dikalangan orang dewasa;
 - f. Kecukupan perumahan dinyatakan dalam jumlah orang per kamar;
 - g. Tersedianya energi per kapita (*per capita energy availability*).
3. Indikator-indikator penyediaan pelayanan kesehatan
- a. Ketersediaannya (*availability*);
 - b. Aksesabilitas secara fisik;
 - c. Aksesabilitas secara ekonomi dan budaya;
 - d. Penggunaan pelayanan;
 - e. Indikator-indikator untuk menilai mutu pelayanan.
4. Indikator-indikator cakupan pelayanan kesehatan dasar
- a. Tingkat “pengetahuan di bidang kesehatan”;
 - b. Tersedianya air bersih di rumah atau di tempat yang jaraknya bisa ditempuh dengan berjalan kaki;
 - c. Fasilitas sanitasi yang cukup di rumah atau didekat rumah;
 - d. Kemudian mendapatkan pelayanan kesehatan setempat bagi ibu-ibu dan anak-anak;
 - e. Pertolongan persalinan oleh petugas yang terlatih;
 - f. Prosentase anak terancam (*at risk*) yang telah di imunisasi terhadap penyakit infeksi masa kanak-kanak;
 - g. Tersedianya obat-obat *essensial* sepanjang tahun;
 - h. Aksesabilitas lembaga-lembaga rujukan;
 - i. *Ratio* jumlah penduduk terhadap berbagai jenis tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan dasar dan di tingkat-tingkat rujukan.
5. Indikator status kesehatan
- a. Prosentase bayi-bayi yang dilahirkan dengan berat badan pada waktu lahir paling sedikit 2500 g;
 - b. Prosentase anak yang berat badannya menurut umur dengan norma-norma tertentu;
 - c. Indikator-indikator perkembangan psikososial anak-anak;
 - d. Angka kematian bayi;
 - e. Angka kematian anak;
 - f. Angka kematian anak dibawah 5 tahun;
 - g. Harapan hidup pada umur tertentu;
 - h. Angka kematian ibu;
 - i. Angka kematian menurut jenis penyakit;
 - j. Angka kecacatan tubuh;
 - k. Indikator-indikator patologi sosial dan mental, seperti angka-angka bunuh diri, kecanduan obat; kejahatan; kenakalan remaja; minuman keras; merokok berlebihan, obesitas; dan penggunaan obat-obat penenang.

Kriteria merupakan standar untuk mengukur berbagai tindakan. Kriteria bisa teknis atau sosial; kriteria teknis pada umumnya sangat khas untuk tiap-tiap program. Misalnya, kriteria untuk menjamin keamanan air minum harus berupa standar teknis tertentu untuk kemurnian air. Suatu kriteria sosial untuk menjamin kelangsungan persediaan air dapat berupa adanya suatu organisasi masyarakat untuk pemeliharannya.

Tujuan utama adanya kriteria adalah untuk menggugah pemikiran yang mengarah ke pemberian pendapat. Pendapat seperti yang dimaksud, jarang dapat diperoleh hanya dengan menjumlah angka-angka yang berasal dari kriteria evaluasi kuantitatif tertentu. Walaupun demikian, kriteria untuk mengevaluasi program-program kesehatan harus sedapat mungkin kuantitatif, meskipun dalam praktek hal ini sering tidak mungkin, terutama yang menyangkut kriteria sosial. Oleh sebab itu, sering perlu dicarikan evaluasi yang didasarkan atas pengukuran kualitatif daripada kuantitatif. Persyaratan lain yang penting bagi indikator maupun kriteria adalah tersedianya informasi yang diperlukan, yaitu: bahwa data yang diperlukan harus mudah diperoleh tanpa kesulitan yang tak perlu. Indikator dan kriteria harus dicakup dalam program pada tahap perencanaan, sehingga keperluan akan informasi dapat ditentukan sedini mungkin.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Silahkan membaca berbagai indikator dalam pelayanan kesehatan. Setelah memahami konsepnya, jelaskan indikator-indikator penyediaan pelayanan kesehatan!
- 2) Bila anda pahami materi Validitas dan keabsahan, anda dapat memahami pengertian yang berkaitan dengan konsep. Maka, jelaskan pengertian Validitas dan Reliabilitas!
- 3) Fungsi indikator dan kriteria jika anda pahami akan didapatkan berbagai status dalam pelayanan kesehatan. Silahkan berikan bentuk-bentuk indikator tersebut!
- 4) *Fitness for use* merupakan salah satu bentuk dari indikator mutu. Silahkan baca baik-baik materi ini, kemudian jelaskan beberapa manfaat dari *fitness for use*!
- 5) Keistimewaan produk yang memenuhi kebutuhan pelanggan harus memenuhi konsep mutu. Mutu yang lebih tinggi dari produk memungkinkan (memberikan manfaat). Jelaskan manfaat dari mutu tersebut!

Petunjuk Jawaban Latihan

Upaya membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

- 1) Pelajari kembali berbagai contoh (5 contoh) indikator pada pembahasan point C. Pada point ini anda akan mendapatkan berbagai contoh indikator penyediaan pelayanan kesehatan.

- 2) Pahami kembali konsep validitas dan keabsahan pada point B pembahasan pertama. Pada pembahasan ini dikaji tentang arti dari validitas dan reliabilitas dalam indikator.
- 3) Baca kembali fungsi indikator dan kriterianya. Jika anda pahami, anda akan mendapatkan berbagai status dalam pelayanan kesehatan. Bentuk-bentuk indikator pada point ke-2 dikaji tentang fungsi indikator dan kriteria, setelah pembahasan contoh tujuan suatu program.
- 4) Silahkan buka kembali konsep umum, dimana pembahasan ini dijelaskan upaya agar produk bertahan lama (*long live product*). Akan ditemukan beberapa faktor yang berrorientasi pada waktu yang berkaitan dengan *fitness for use*.
- 5) Lihat kembali topik tetang konsep umum dala pembahasan keistimewaan produk yang memenuhi keputusan pelanggan.

Ringkasan

Mutu ditentukan oleh pelanggan, bukan ketetapan individu atau ketetapan manajemen. Menurut J., M.Juran, mutu adalah "*fitness for use*" atau kemampuan kecocokan penggunaannya. Hal ini disebut parameter mutu. Agar produk bertahan lama (*long live product*), terdapa faktor yang mempengaruhinya. Dalam *fitness for use*, faktor tersebut adalah: *availability* (tersedianya), *reliability* (adanya daya tahan/kehandalan), *maintainability* (kemampuan pemeliharaan) dan *producibility* (atau *manufacturability* / kemampuan menghasilkan).

Perencanaan mutu oleh Juran dikenal dengan sebutan Trilogi Juran, yaitu: perencanaan mutu (*Quality Planning*), Pengendalian mutu (*Quality control*) dan peningkatan mutu (*Quality Improvement*). Kegiatan yang dapat dilakukan untuk peningkatan mutu diantaranya adalah: mengadakan infrastruktur yang diperlukan bagi upaya peningkatan mutu, identifikasi apa yang perlu ditingkatkan dan proyek peningkatan mutu, menetapkan tim proyek, menyediakan tim dengan sumber daya, pelatihan motivasi untuk mendiagnosis penyebab, merangsang perbaikan dan mengadakan pengendalian agar tetap tercapai perolehan. Validitas dan reliabilitas diperlukan untuk mengukur indikator dan dan kepekaan/sensitive terhadap fenomena agar sah dan dapat dipercaya.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Meningkatkan *fitness for use* mempunyai beberapa manfaat. Salah satu manfaatnya adalah
 - A. Mutu lebih baik bagi pengguna
 - B. Pasar cenderung menggantungkan diri terhadap pengguna
 - C. Harga premi tidak berpengaruh dengan manufaktur
 - D. Manufaktur tidak dipengaruhi oleh pengguna

- 2) Penyediaan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh indikator...
 - A. Pangsa pasar yang berarti untuk manufaktur.
 - B. Ketersediaannya (availability)
 - C. Harga premi bagi manufaktur.
 - D. Status dipasaran bagi manufaktur.

- 3) Mutu yang lebih tinggi dari produk memungkinkan (memberikan manfaat). Satu diantara manfaat mutu adalah
 - A. Membuat produk susah dijual
 - B. Persaingan sulit untuk dimenangkan
 - C. Pemasukan dari penjualan tidak dapat dipastikan
 - D. Meningkatkan kepuasan pelanggan

- 4) Indikator-indikator sosial dan ekonomi adalah
 - A. Tingkat pemerataan pembagian sumber daya
 - B. Tingkat keterlibatan masyarakat dalam mencapai kesehatan bagi semua
 - C. Pendapatan nasional kotor (*Gross national product*) atau pendapatan domestik kotor (*Gross domestic product*)
 - D. Penyusunan suatu kerangka organisasi dan manajerial yang sesuai dengan strategi nasional untuk kesehatan bagi semua

- 5) Berikut ini adalah salah satu Indikator kebijaksanaan kesehatan, yaitu
 - A. Prosentase bayi-bayi yang dilahirkan dengan berat badan pada waktu lahir paling sedikit 2500 g
 - B. Alokasi sumber daya yang cukup untuk pelayanan kesehatan dasar
 - C. Prosentase anak yang berat badannya menurut umur dengan norma-norma tertentu
 - D. Indikator-indikator perkembangan psikososial anak-anak

Topik 2

Indikator Mutu di Rumah Sakit

Penilaian tingkat keberhasilan atau tampilan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit, biasanya dilihat dari berbagai segi, meliputi: tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi pelayanan. Berbicara tentang kualitas pelayanan dan relevansinya, dirasa sangat penting untuk memahami konsep indikator mutu disalah satu tatanan pelayanan kesehatan terbesar di negara kita yaitu di rumah sakit. Berdasarkan Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan 2015 dijelaskan bahwa peran strategis dalam rangka mewujudkan Visi Presiden Republik Indonesia 2015-2019 yakni "Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong royong" dan pelaksanaan 7 misi pembangunan, khususnya misi ke-4: mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju, dan sejahtera. Kementerian Kesehatan juga memiliki peran penting dalam rangka mencapai 9 agenda prioritas nasional yang dikenal dengan Nawacita, terutama agenda ke-5 dengan meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.

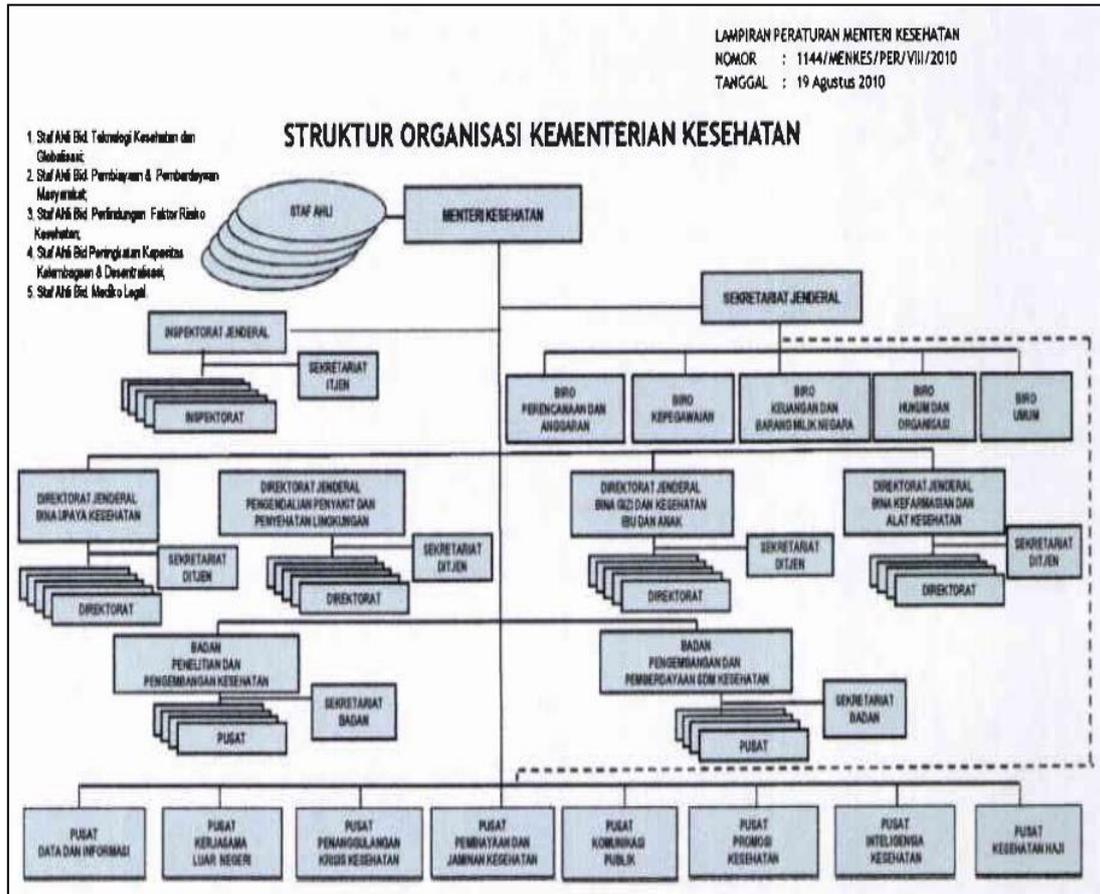
Mempelajari materi ini, diharapkan mahasiswa mampu memahami konsep indikator mutu di rumah sakit. Berbagai indikator mutu rumah sakit yang meliputi berbagai perhitungan statistik seperti konsep standar *Grafik Barber Johnson*, angka kematian, kunjungan rawat jalan dan gawat darurat. Pemahaman ini dikuasai sehingga mahasiswa mampu mengkaji sesuai konsep di tempat bekerja agar pelayanan lebih berkualitas.

A. PENGERTIAN INDIKATOR MUTU DI RUMAH SAKIT

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

a. Pengertian

Sebelum kita bahas tentang berbagai indikator mutu di rumah sakit, terlebih dahulu kita pahami tentang instansi yang menaunginya yaitu kementerian kesehatan. Struktur dari Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut:



Sumber: Buletin SIK (2016)

Gambar 4.1 Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan

Berdasarkan Renstra Kemenkes (2015:48) Tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu: 1) meningkatnya status kesehatan masyarakat dan; 2) meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan pada semua kontinum siklus kehidupan (*life cycle*), yaitu bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal, dan kelompok lansia.

b. Tujuan Indikator

Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact atau outcome*). dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai adalah:

- 1) Menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.000 kelahiran hidup, 346 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup;
- 2) Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup;
- 3) Menurunnya persentase BBLR dari 10,2% menjadi 8%;
- 4) Meningkatnya upaya peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif;
- 5) Meningkatnya upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat.

Sedangkan dalam rangka meningkatkan daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan, maka ukuran yang akan dicapai adalah:

- 1) Menurunnya beban rumah tangga untuk membiayai pelayanan kesehatan setelah memiliki jaminan kesehatan, dari 37% menjadi 10%;
- 2) Meningkatnya indeks *responsiveness* terhadap pelayanan kesehatan dari 6,80 menjadi 8,00.

c. Sasaran Strategis

Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan adalah:

- 1) Meningkatnya Kesehatan Masyarakat, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Meningkatnya persentase persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 85%.
 - b) Menurunnya persentase ibu hamil kurang energi kronik sebesar 18,2%.
 - c) Meningkatnya persentase kabupaten dan kota yang memiliki kebijakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebesar 80%.
- 2) Meningkatnya Pengendalian Penyakit, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 40%;
 - b) Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) tertentu sebesar 40%;
 - c) Kab/Kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah sebesar 100%;
 - d) Menurunnya prevalensi merokok pada pada usia ≤ 18 tahun sebesar 5,4%.
- 3) Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang terakreditasi sebanyak 5.600.
 - b) Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang terakreditasi sebanyak 481 kab/kota.

- 4) Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas sebesar 90%.
 - b) Jumlah bahan baku obat, obat tradisional serta alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri
 - c) sebanyak 35 jenis.
 - d) Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat sebesar 83%.
- 5) Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas dan Pemerataan Tenaga Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan sebanyak 5.600 Puskesmas.
 - b) Persentase RS kab/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis
 - c) penunjang sebesar 60%.
 - d) Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya sebanyak 56,910 orang.
- 6) Meningkatnya sinergitas antar Kementerian/Lembaga, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Meningkatnya jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan.
 - b) Meningkatnya persentase kab/kota yang mendapat predikat baik dalam pelaksanaan SPM sebesar 80%.
- 7) Meningkatnya daya guna kemitraan dalam dan luar negeri, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan sebesar 20%.
 - b) Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan sebanyak 15.
 - c) Jumlah kesepakatan kerja sama luar negeri di bidang kesehatan yang diimplementasikan sebanyak 40.
- 8) Meningkatnya integrasi perencanaan, bimbingan teknis dan pemantauan-evaluasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber sebanyak 34 provinsi.
 - b) Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu sebanyak 100 rekomendasi.
- 9) Meningkatnya efektivitas penelitian dan pengembangan kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
 - a) Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI sebanyak 35 buah.

- b) Jumlah rekomendasi kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan sebanyak 120 rekomendasi.
 - c) Jumlah laporan Riset Kesehatan Nasional (Riskesmas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat sebanyak 5 laporan.
- 10) Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih, dengan sasaran yang akan dicapai adalah persentase satuan kerja yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian negara $\leq 1\%$ sebesar 100%.
- 11) Meningkatnya kompetensi dan kinerja aparatur Kementerian Kesehatan, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
- a) Meningkatnya persentase pejabat struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan sebesar 90%;
 - b) Meningkatnya persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik sebesar 94%.
- 12) Meningkatkan sistem informasi kesehatan integrasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:
- a) Meningkatnya persentase Kab/Kota yang melaporkan data kesehatan prioritas secara lengkap dan tepat waktu sebesar 80%;
 - b) Persentase tersedianya jaringan komunikasi data yang diperuntukkan untuk akses pelayanan;
 - c) *e-health* sebesar 50% (renstra 2015:58)

Kepentingan dari berbagai pengguna yang tumbuh akibat adanya kebutuhan dan ketersediaan sarana prasarana perlu disikapi sebagai proses yang wajar dan alamiah, tidak dapat dicegah oleh karena merupakan proses evolusi kultur budaya. Tantangan yang perlu diatasi adalah bagaimana kebijakan pusat dapat menjadi faktor pemersatu dari berbagai kepentingan agar tetap berada dalam koridor kepentingan nasional serta menjadi penguat kebijakan yang diterbitkan oleh pemerintah daerah.

d. Teknologi Informasi Kesehatan (TIK)

Berkaitan dengan mutu, peningkatan dari penggunaan Tehnologi Informasi Kesehatan (TIK) di Indonesia setidaknya tidaknya dapat dilihat dari 4 perspektif kepentingan, yaitu:

1) Perspektif Pemerintah

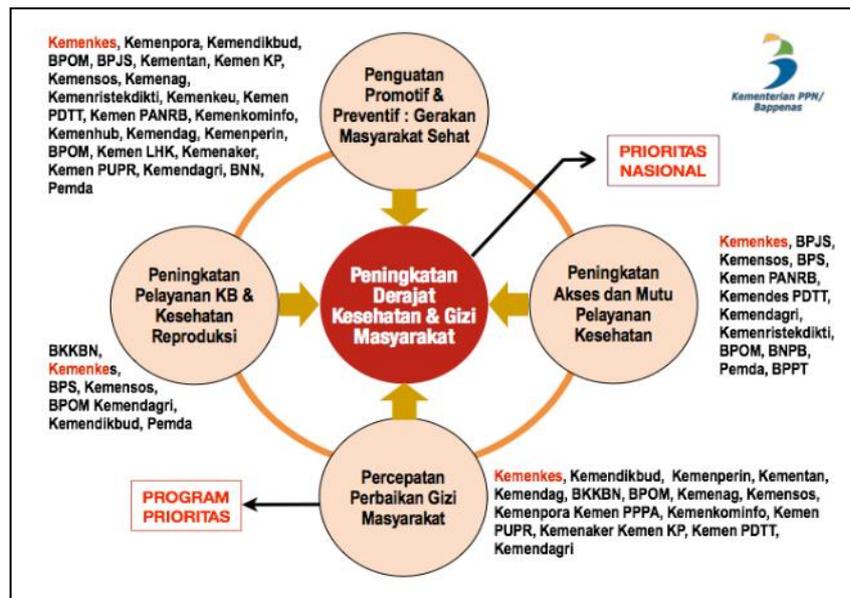
Upaya kolaborasi, di Indonesia diwujudkan sebagai Kebijakan Sektor Komunikasi dan Informatika Terkait e-Pemerintah dalam RPJMN 2015 -2019. Model penyampaian dibuat dalam bentuk:

- a) *Government-to-Government* (G2G): Mendukung komunikasi dan pertukaran data pemerintah, serta pelayanan publik yang lebih efisien. Termasuk di sini e-Pemerintahan.
- b) *Government to Community* (G2C): Mendukung pengelolaan bonus demografi. Termasuk di sini e- Pendidikan dan e-Kesehatan.

- c) *Government to Business (G2B)*: Mendukung pergerakan komoditas dan belanja pemerintah yang lebih efisien. Termasuk disini e-Logistik dan e-Pengadaan.
- d) *Business to Business (B2B)*: Mendukung perdagangan, bisnis maritim, kelautan dan pariwisata. Termasuk di sini e-Commerce.

e. *Perspektif Sektor Kesehatan*

Di sektor kesehatan (Buletin SIK, 2016:11), perencanaan pembangunan kesehatan secara terintegrasi tidak dapat terlepas dari pemangku kepentingan lintas K/L sebagai tampak dalam gambar berikut:



Gambar 4.2 Perencanaan Terintegrasi Pembangunan Kesehatan

1) *Perspektif Finansial*

Para pelaku usaha di bidang aplikasi perangkat lunak maupun perangkat keras berlomba-lomba untuk menciptakan inovasi-inovasi baru dengan memperhatikan berbagai hal kecil yang merupakan kebutuhan pengguna maupun pemberi jasa pelayanan kesehatan (Buletin SIK, 2016:11). Inovasi yang dikembangkan dari hasil pengamatan terhadap kebutuhan masyarakat dengan sendirinya akan menghasilkan berbagai produk teknologi dan aplikasi yang variasinya makin beraneka ragam. Pemerintah perlu memiliki kejelian atas regulasi apa yang perlu diterbitkan agar masyarakat dapat terlindung dari informasi yang salah ataupun pemakaian sarana teknologi yang tidak memiliki standar keamanan.

2) *Perspektif Teknologi*

Tren TIK mendatang antara lain makin baiknya komunikasi nir-kabel untuk akses ke internet, kemampuan telpon mobile makin bervariasi, teknologi video digital yang

dapat menjadi sarana komunikasi dengan bahasa lokal, serta makin luasnya kemampuan kombinasi berbagai teknologi. Pemanfaatan TIK di bidang kedokteran / kesehatan dapat berupa:

- a) Teknologi Diagnostik, antara lain eletrokardiografi, elektroensefalografi, *fiberoptic endoscopy*, *computerized tomography*, *magnetic resonance imaging*, dsb.
- b) Teknologi Terapi, antara lain teknik laparoskopi dan bedah laser, radiasi dengan sumber dari luar, *gene therapy*, dsb.
- c) Teknologi Informasi: antara lain sistem data digital, rekam medis, dokumentasi klinik, *smart card*, dsb.

Teknologi ini dapat digunakan untuk memperbaiki fungsi-fungsi dalam sistem pelayanan kesehatan, maupun kualitas pelayanan sendiri, serta memperbaiki komunikasi terkait kesehatan. *Tren* dan pengaruh perkembangan di bidang teknologi dengan sendirinya dapat selalu digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan keanekaragaman teknologi ini tantangan yang dihadapi adalah bahwa kebijakan terkait pengaturan standar keamanan alat, khususnya *patient safety* untuk alat-alat yang digunakan pada manusia tidak semata-mata alat non-elektronik, namun juga alat kedokteran/kesehatan berbasis teknologi yang semakin berkembang. Kerjasama lintas (K/L) pemerintah sangat dibutuhkan dalam rangka pengawasan, mulai dari penyaringan alat dalam aspek manfaat dan keamanan pada waktu diajukan permohonan izin masuk, sertifikasi dan registrasi *pre-market*, izin beredar sampai ke pengawasan *post-market* terhadap insiden yang menyebabkan cedera ataupun kematian pada pengguna, baik pada penggunaan terkait dengan penyakitnya / Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) maupun yang tidak berhubungan dengan penyakitnya (Sentinel).

3) Perspektif Kedokteran

Inovasi-inovasi baru yang muncul di bidang kedokteran akibat kemajuan teknologi antara lain Rekam Kesehatan Elektronik, m-Kesehatan (*m-Health*), Tele-Kesehatan/*Telemedicine*, Portal Teknologi, *Kios Self-Service*, Sarana monitoring jarak jauh. Hal lainnya dari Teknologi Sensor dan *Wearable*, Komunikasi Nir-kabel, *Real-time locating services*, *Pharmacogenomic/genome sequencing*.

Tujuan penulisan di sini bukan untuk menerangkan satu demi satu kemajuan teknologi ini, namun untuk menggambarkan betapa banyak kemajuan teknologi di bidang kesehatan yang dapat ditawarkan ke pihak pengelola jasa pelayanan kesehatan maupun masyarakat pengguna oleh para pelaku usaha. Salah satu contoh kemajuan teknologi yang dimanfaatkan dalam industri kesehatan dan masih dalam tahap penelitian adalah Farmakogenomik. Bidang ini mempelajari tentang bagaimana gen mempengaruhi respon seseorang terhadap obat.

Bidang yang relatif baru ini menggabungkan farmakologi (ilmu obat-obatan) dan genomik (studi gen dan fungsi mereka) untuk mengembangkan efektif obat secara aman dan dosis yang akan disesuaikan pada genetik seseorang. Kebanyakan obat yang tersedia saat ini adalah "satu ukuran cocok untuk semua" (*one size fits all*) namun kenyataannya obat tidak bekerja dengan cara yang sama untuk semua orang, sehingga sulit untuk memprediksi siapa yang akan mendapatkan keuntungan dan siapa yang akan mengalami efek samping negatif dari penggunaan obat tersebut. Ilustrasi lain adalah teleneurosurgery, dimana operator berada di lokasi lain yang jaraknya ratusan kilometer, sedangkan tindakan operasi pada pasien dilakukan oleh robot. Ilustrasi ini sekedar untuk mengelaborasi fakta bahwa tantangan mendatang dari perspektif kedokteran, pembuatan regulasi bukan sekedar memperhatikan aspek patient safety dalam pemanfaatannya untuk pelayanan kesehatan, namun juga faktor legal, etik maupun sosial di bidang penelitian kedokteran berbasis teknologi.

f. *Pemanfaatan mutu pelayanan kesehatan*

1) Program Indonesia Sehat

Upaya mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit, diperlukan berbagai indikator. Selain itu, agar informasi yang ada dapat bermakna, harus ada nilai parameter yang akan dipakai sebagai nilai banding antara fakta dengan standar yang diinginkan. Menurut Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019 (2015) pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhantenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat menurut Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019 (2015) dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan; 3) sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya.

- 2) Program Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ *Sustainable Development Goals* (SDGs) Rencana Aksi *Open Government* Indonesia 2016-2017 (2016:1) dibahas tentang penyusunan panduan tata kelola yang baik (*manual governance*) dan pelaksanaan forum konsultasi publik sebagai upaya mewujudkan pencapaian target-target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang lebih partisipatif.

Ukuran keberhasilan di tahun 2016 adalah sebagai berikut:

- a) Terbitnya Peraturan Presiden tentang Pelaksanaan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan / *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang mempertimbangkan aspek partisipasi publik yang lebih berkualitas dengan menempatkan perwakilan non pemerintah setara dengan perwakilan pemerintah dalam pengelolaan SDGs di tingkat nasional maupun daerah.
- b) Terbitnya pedoman partisipasi publik dalam pelaksanaan agenda Tujuan Pembangunan Berkelanjutan / SDGs.

Tahun 2017, ukuran keberhasilan dari rencana aksi nasional yang dilaksanakan adalah:

- a) Terlaksananya proses penyusunan Rencana Aksi Nasional Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (RAN-TPB) yang inklusif;
- b) Terbangunnya platform komunikasi digital Sekretariat SDGs yang memungkinkan publik berkontribusi aktif di dalam proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi serta pelaporan Rencana aksi (Renaksi) SDGs (misal: *public consultation dashboard*, *fitur polling* masyarakat terhadap pelaksanaan SDGs).

B. JENIS-JENIS INDIKATOR MUTU DI RUMAH SAKIT

Rumah sakit menurut Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat). Upaya pemerintah untuk meningkatkan akses dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit/ rujukan sesuai Renstra 2015-2019 (2015:74-100), maka strategi yang akan dilakukan adalah:

1. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan di RS yang sesuai standar.
2. Mewujudkan penerapan sistem manajemen kinerja RS sehingga terjamin implementasi *Patient Safety*, standar pelayanan kedokteran dan standar pelayanan keperawatan.
3. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan untuk percepatan mutu pelayanan kesehatan serta mendorong RSUD menjadi BLUD.
4. Optimalisasi peran *UPT* vertikal dalam mengampu fasilitas pelayanan kesehatan daerah.
5. Mewujudkan berbagai layanan unggulan (penanganan kasus tersier) pada Rumah Sakit rujukan nasional secara terintegrasi dalam *academic health system*;

6. Mewujudkan penguatan sistem rujukan dengan mengembangkan sistem regionalisasi rujukan pada tiap provinsi (satu rumah sakit rujukan regional untuk beberapa kabupaten/kota) dan sistem rujukan nasional (satu Rumah Sakit rujukan nasional untuk beberapa provinsi);
7. Mewujudkan kemitraan yang berdaya guna tinggi melalui program sister hospital kemitraan dengan pihak swasta, Kerja Sama Operasional (KSO) alat medis, dan lain-lain.
8. Mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan tenaga kesehatan.

Melalui Program Pembinaan Upaya Kesehatan, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat. Indikator pencapaian jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional sebanyak 481 kabupaten/kota.

Untuk mencapai sasaran hasil tersebut, maka kegiatan yang akan dilakukan adalah pembinaan Upaya Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya pemerataan, mutu pelayanan penunjang medik, sarana prasarana dan peralatan kesehatan. Indikator pencapaian sasaran tersebut untuk rumah sakit sebagai rujukan, persentase RS regional sebagai pengampu pelayanan telemedicine sebesar 32%.

Upaya pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan, sasaran kegiatan ini adalah tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan rujukan berkualitas yang dapat dijangkau oleh masyarakat.

Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

1. Jumlah RS Rujukan Nasional dengan rumah sakit rujukan regional yang menerapkan integrasi data rekam medis sebanyak 60 unit;
2. Jumlah RS rujukan regional yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar sebanyak 125 unit;
3. Persentase kabupaten/kota dengan kesiapan akses layanan rujukan sebesar 95%.
4. Jumlah RS pusat rujukan nasional yang ditingkatkan sarana dan prasarananya sebanyak 14 unit.
5. Jumlah dokumen tentang kebutuhan kapal RS di kabupaten kepulauan sebanyak 1 dokumen
6. di tahun 2016.
7. Jumlah RS daerah yang memenuhi standar dan dengan kriteria khusus sebanyak 97 unit.
8. Jumlah RS pratama yang dibangun sebanyak 64 unit.

Upaya penilaian (evaluasi) pelayanan rumah sakit meliputi banyak sekali indikator yang dijadikan standar. Indikator yang paling sering digunakan sebagai standar peningkatan kualitas mutu kesehatan di rumah sakit adalah sebagai berikut (La Tour K, Shirley E, 2010):

1. Bed Occupancy Rate (BOR)

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

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah TT X Jumlah hari dalam satu satuan waktu}} \times 100\%$$

Nilai parameter dari BOR ini idelanya antara 60 - 85%

2. Average Length of Stay (AvLOS)

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

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien keluar}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Nilai parameter dari AvLOS ini idelanya antara 6-9 hari.

3. Bed Turn Over (BTO)

Bed Turn Over (BTO) diartikan sebagai frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun) tempat tidur di rumah sakit dipakai. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada pemakaian tempat tidur.

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

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

4. Turn Over Interval (TOI)

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

$$\text{Rumus : } \frac{(\text{Jumlah TT X hari}) - \text{hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

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

5. **Net Death Rate (NDR)**

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

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah pasien mati } > 48 \text{ jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 100\%$$

Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 25/1000 penderita keluar.

6. **Gross Death Rate (GDR)**

Gross Death Rate (GDR) adalah angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 100\%$$

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

7. **Rata-rata Kunjungan Poliklinik Per Hari**

Indikator ini dipakai 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.

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah hari buka klinil}}{\text{Jumlah hari}}$$

8. **Kegiatan Klinik Unit Darurat/Unit Gawat Darurat**

Angka kematian di Klinik Unit Darurat/Unit Gawat Darurat $\leq 25\%$, dibandingkan dengan jumlah pasien di Unit Darurat.

C. **PENGUKURAN INDIKATOR MUTU DI RUMAH SAKIT**

Pengukuran indikator mutu di rumah sakit, salah satunya adalah *Barber-Johnson* (B-J) diagram (Wijono D, 1999).

Barber-Johnson (B-J) diagram adalah suatu diagram yang dapat menyajikan secara visual sekaligus 4 variabel rumah sakit, yaitu: BOR, AvLOS, TOI dan BTO.

1. Cara pembuatan B-J diagram

B-J diagram mempunyai 4 jenis skala yaitu skala untuk BOR, AvLOS, TOI dan BTO. Langkah-langkah untuk pembuatan skala tersebut adalah sebagai berikut:

- Tarik sumbu X (aksis) dan sumbu Y (ordinat);
- Tentukan skala TOI pada sumbu X;
- Tentukan skala LOS pada sumbu Y;
- Agar dapat menarik garis skala BOR, lakukan perhitungan dengan menggunakan rumus berikut:

Rumus:
$$\frac{\text{BOR}}{100 - \text{BOR}} \times \text{TOI}$$

Untuk:

BOR = 0 maka LOS = 0 → BOR berimpit dengan TOI

BOR = 10 maka LOS = 1/9 TOI

BOR = 20 maka LOS = 1/4 TOI

BOR = 50 maka LOS = TOI

BOR = 80 maka LOS = 4 TOI

BOR = 90 maka LOS = 9 TOI

BOR = 100 maka TOI = 0 → BOR berimpit dengan LOS

Dari hasil perhitungan di atas ditarik garis skala BOR.

- Agar dapat menarik garis skala BTO, lakukan perhitungan dengan menggunakan rumus:

$$\text{LOS} = -\text{TOI} + \frac{\text{BOR}}{\text{BOT}(\text{periode yang sama})}$$

Untuk:

BTO = 10 maka LOS = -TOI + 36,5;

BTO = 20 maka LOS = -TOI + 18,25;

BTO = 50 maka LOS = -TOI + 7,3;

BTO = 80 maka LOS = -TOI + 4,56;

BTO = 90 maka LOS = -TOI + 4,05;

Dari hasil perhitungan di atas ditarik garis skala BTO.

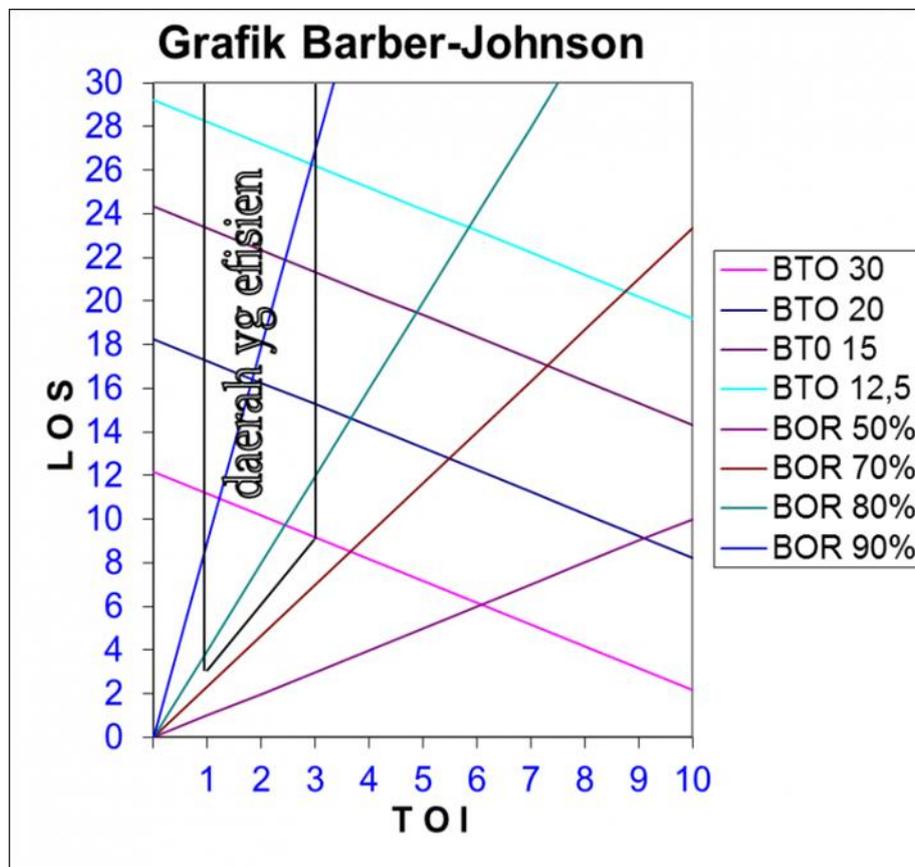
Setelah skala diagram telah dibuat maka dilakukan plot RS yang bersangkutan di dalam diagram tersebut.

2. Penilaian B-J diagram

Barber-Johnson dapat digunakan untuk:

- Membandingkan antara beberapa rumah sakit di suatu wilayah atau beberapa unit rumah sakit di suatu rumah sakit dalam periode waktu yang sama;
- Membandingkan atau melihat perkembangan rumah sakit/ unit rumah sakit yang sama pada periode waktu yang berlainan;
- Membandingkan perkembangan dari beberapa rumah sakit/unit rumah sakit menurut waktu;
- Untuk meningkatkan kemungkinan perubahan suatu variabel dengan mengubah variabel lainnya.

Detail lebih lanjut tentang *Barber-Johnson* akan dikaji lebih lengkap pada materi statistik rumah sakit. Standar dari nilai minimal *Barber Johnson* dapat dilihat pada Gambar 4.3 berikut ini:



Gambar 4.3 Nilai Standar Minimal Efisiensi *Barber Johnson* yang Ideal.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Tujuan dari kementerian kesehatan sesuai Rencana Strategis 2015-2019 berkaitan dengan indikator mutu adalah...
- 2) Upaya yang dilakukan dalam rangka meningkatkan daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap resiko sosial dan financial di bidang kesehatan diperlukan adanya suatu ukuran yang standar. Ukuran yang akan dicapai tersebut adalah...
- 3) Berkaitan dengan mutu, jelaskan apa saja perspektif pemerintah dalam penggunaan Teknologi Informasi Kesehatan!
- 4) Jelaskan perspektif sektor kesehatan dalam segi financial!
- 5) Tujuan pembangunan berkelanjutan / *Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan rencana aksi dari *Open Government* Indonesia 2016-2017. Pada konsep ini, ukuran keberhasilan yang hendak dicapai di tahun 2017 adalah
- 6)

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pelajari kembali materi tentang pengertian indikator dan mutu di rumah sakit pada point pertama pembahasan.
- 2) Pahami kembali isi dari konsep indikator kementerian kesehatan dalam point b.
- 3) Baca baik-baik isi dari konsep indikator dalam Kemenkes RI pada point d.
- 4) Pelajari kembali pemahaman tentang konsep pengertian indikator kinerja dalam pembahasan awal point c.
- 5) Pahami kembali kajian tentang pemanfaatan mutu di pelayanan kesehatan pada point 2 dalam program Tujuan Berkelanjutan/SDGs.

Ringkasan

Telah kita kaji tentang berbagai indikator mutu yang menjadi kajian dan fokus utama kajian kementerian kesehatan dan indikator dalam pelayanan rumah sakit. Maka berdasarkan hal tersebut dapat kita simpulkan bahwa berdasarkan Renstra Kemenkes RI 2015-2019, fokus utamanya adalah meningkatkan status kesehatan masyarakat dan meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan financial di bidang kesehatan. Kegiatan tersebut dilakukan secara kontinue pada semua siklus kehidupan (*life cycle*) yaitu bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal dan kelompok lansia.

Tujuan dari indikator Kementerian kesehatan bersifat dampak (*impact* atau *outcome*). Tantangan yang perlu diatasi adalah bagaimana kebijakan pusat dapat menjadi faktor pemersatu dari berbagai kepentingan agar tetap berada dalam koridor kepentingan nasional. Hal ini diharapkan menjadi penguat kebijakan yang diterbitkan oleh pemerintah daerah. Program Indonesia sehat diperlukan sebagai indikator dengan informasi yang ada dapat bermakna, maka diperlukan nilai parameter yang akan dipakai sebagai nilai banding antara fakta dengan nilai standar yang diinginkan.

Rumah sakit melalui program pembinaan upaya kesehatan diharapkan dapat memenuhi capaian indikator standard. Pencapaiannya meliputi adanya jumlah kabupaten/kota yang memiliki 1 RSUD bersertifikasi akreditasi nasional sebanyak 481 kabupaten/kota. Indikator penilaian yang dijadikan standar untuk peningkatan kualitas mutu kesehatan di rumah sakit secara umum adalah BOR, AvLOS TOI dan BTO yang terumuskan dalam Grafik Barber Johnson. Indikator lainnya seperti GDR, NDR, Rata-rata kunjungan poliklinik per hari dari UGD juga merupakan bagian dari penilaian standar indikator mutu pelayanan rumah sakit.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Mendukung komunikasi dan pertukaran data pemerintah serta pelayanan publik yang lebih efisien. Hal ini adalah termasuk standar dari e-pemerintah dalam penggunaan TIK yang disebut sebagai
 - A. *Government to Comunity* (G2C)
 - B. *Government to Government* (G2G).
 - C. *Government to Business* (G2B)
 - D. *Business to Business* (B2B)

- 2) Inovasi tehnologi seperti RKE, *m-Health*, *Telemedicine*, Portal Tehnologi, Kios *Self-Service* dan sarana monitoring jarak jauh, merupakan konsep mutu dari sektor kesehatan, berupa
 - A. Perspektif kedokteran.
 - B. Pespektif teknologi.
 - C. Perspektif financial.
 - D. Perspektif pengguna.

- 3) Menurut Renstra Kemenkes 2015-2019, tujuan yang hendak dicapai adalah
 - A. Perlindungan dari hak dan kewajiban pasien.
 - B. Adanya *patien safety* dan manajeme resiko dari pasien.
 - C. Meningkatnya kegiatan pelayanan kesehatan preventif dan promotif.
 - D. Meningkatnya status kesehatan masyarakat.

- 4) Tujuan indikator kemenkes yang bersifat dampak (impact atau outcome) dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, yaitu
- A. Meningkatnya indeks *responsiveness* terhadap pelayanan kesehatan dari 6,80 menjadi 8,00.
 - B. Meningkatnya prosentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 85%.
 - C. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup.
 - D. Menurunnya prosentase ibu hamil kurang energi kronik sebesar 18,2%.
- 5) *Barber Johnson* adalah salah satu indikator penilaian mutu kesehatan di rumah sakit. Hal diawah ini adalah pernyataan yang benar dalam indikator standar *Barber Johnson*, yaitu
- A. BOR ideal adalah antara 60 – 85 %.
 - B. Idelanya selama 1 tahun, 1 tempat tidur rata-rata dipakai 20 – 30 kali.
 - C. Nilai parameter dari AvLOS idelanya 7-10 hari.
 - D. Idealnya tempat tidur kosong adalah hanya jika dalam waktu 4-5 hari.

Topik 3

Indikator Mutu di Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2016 tentang pedoman manajemen puskesmas bab i pendahuluan dijelaskan latar belakang pusat kesehatan masyarakat yang dikenal dengan sebutan Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota.

Berkaitan dengan materi ini, dalam tugas pokok dan fungsi mutu kinerja Puskesmas, diharapkan mahasiswa memahami berbagai indikator target pencapaian derajat kesehatan sesuai standar dan mampu menerapkan dalam pola sesuai lingkungan kerja puskesmas terdekat.

A. PENGERTIAN INDIKATOR MUTU DI PUSKESMAS

1. Pengertian,

Pusat kesehatan masyarakat atau yang biasa disingkat Puskesmas juga merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004). Meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar, adalah upaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas (Kemenkes RI, 2003).

Peran Puskesmas dan jaringannya sebagai institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di jenjang pertama yang terlibat langsung dengan masyarakat menjadi sangat penting. Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Ada perubahan kebijakan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, diantaranya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang berbasis siklus kehidupan / *Sustainable Development Goals* (SDG's), dan dinamika permasalahan kesehatan yang dihadapi masyarakat, maka pedoman manajemen Puskesmas perlu disesuaikan dengan perubahan yang ada. Melalui pola penerapan manajemen Puskesmas yang baik dan benar oleh seluruh Puskesmas di Indonesia, maka tujuan akhir pembangunan jangka panjang bidang kesehatan yaitu masyarakat Indonesia yang sehat mandiri secara berkeadilan.

2. Arah Kebijakan

Siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus “*Plan-Do-Check-Action (P-D-C-A)*”.

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan mengacu pada tiga hal penting yakni:

a. *Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (Primary Health Care)*

Puskesmas mempunyai fungsi sebagai pembina kesehatan wilayah melalui 4 jenis upaya yaitu:

- 1) Meningkatkan dan memberdayakan masyarakat.
- 2) Melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat.
- 3) Melaksanakan Upaya Kesehatan Perorangan.
- 4) Memantau dan mendorong pembangunan berwawasan kesehatan.

Untuk penguatan ke tiga fungsi tersebut, perlu dilakukan Revitalisasi Puskesmas, dengan fokus pada 5 hal, yaitu: 1) peningkatan SDM; 2) peningkatan kemampuan teknis dan manajemen Puskesmas; 3) peningkatan pembiayaan; 4) peningkatan Sistem Informasi Puskesmas (SIP); dan 5) pelaksanaan akreditasi Puskesmas.

Peningkatan sumber daya manusia di Puskesmas diutamakan untuk ketersediaan 5 jenis tenaga kesehatan yaitu: tenaga kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga kefarmasian dan analis kesehatan. Upaya untuk mendorong tercapainya target pembangunan kesehatan nasional, terutama melalui penguatan layanan kesehatan primer, Kementerian Kesehatan mengembangkan program Nusantara Sehat. Program ini menempatkan tenaga kesehatan di tingkat layanan kesehatan primer dengan metode *team-based*. Kemampuan manajemen Puskesmas diarahkan untuk meningkatkan mutu sistem informasi kesehatan, mutu perencanaan di tingkat Puskesmas dan kemampuan teknis untuk pelaksanaan deteksi dini masalah kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan pemantauan kualitas kesehatan lingkungan.

Pembiayaan Puskesmas diarahkan untuk memperkuat pelaksanaan promotif dan preventif secara efektif dan efisien dengan memaksimalkan sumber pembiayaan Puskesmas. Pengembangan sistem informasi kesehatan di Puskesmas diarahkan untuk mendapatkan data dan informasi masalah kesehatan dan capaian pembangunan kesehatan yang dilakukan secara tepat waktu dan akurat. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas dimaksudkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan difokuskan pada daerah yang menjadi prioritas pembangunan kesehatan.

b. *Penerapan Pendekatan Keberlanjutan Pelayanan (Continuum of Care)*

Pendekatan ini dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu, dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut.

c. *Intervensi Berbasis Risiko Kesehatan.*

Program-program khusus untuk menangani permasalahan kesehatan pada bayi, balita dan lansia, ibu hamil, pengungsi, dan keluarga miskin, kelompok-kelompok berisiko, serta masyarakat di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan.

B. JENIS-JENIS INDIKATOR MUTU DI PUSKESMAS

1. Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Upaya meningkatkan akses dan mutu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (Renstra 2015-2019, 2015: 62-99), maka upaya yang akan dilakukan adalah:

- a. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan yang sesuai standar.
- b. Optimalisasi fungsi FKTP, dimana tiap kecamatan memiliki minimal satu Puskesmas yang memenuhi standar. Mewujudkan inovasi pelayanan, misalnya dengan *flying health care* (dengan sasaran adalah provinsi yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil dan kabupaten/kota yang tidak memiliki dokter spesialis), *telemedicine*, Rumah Sakit Pratama, dan lain-lain.
- c. Mewujudkan dukungan regulasi yaitu melalui penyusunan kebijakan dan NSPK FKTP.
- d. Mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan tenaga kesehatan antara lain melalui penguatan konsep dan kompetensi Dokter Layanan Primer (DLP) serta nakes strategis.
- e. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan ke Pemerintah Daerah dalam rangka penguatan manajemen Puskesmas oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- f. Mewujudkan sistem manajemen kinerja FKTP melalui instrumen penilaian kinerja

2. Data Dasar Puskesmas

Upaya meningkatkan kinerja puskesmas (Data Dasar Puskesmas 2015:5), diperlukan informasi yang lengkap tentang puskesmas, di antaranya berkaitan dengan kondisi bangunan puskesmas dan sarananya, kondisi jaringan puskesmas, dan tenaga di puskesmas. Kesemuanya itu digunakan sebagai masukan pengambilan keputusan dalam proses manajemen pembangunan puskesmas di setiap jenjang administrasi kesehatan.

Data yang disajikan berupa data individu per puskesmas. Publikasi berupa kode, nama, alamat, dan titik koordinat puskesmas; Pelayanan Obstetri Neonatus Essential Dasar (PONED); kemampuan penyelenggaraan; wilayah kerja; letak administrasi; karakteristik wilayah kerja; kondisi bangunan puskesmas; jumlah dan kondisi rumah medis; jumlah tempat tidur; tenaga yang ada di puskesmas; sumber air; sumber listrik; kondisi jalan menuju puskesmas; jumlah dan kondisi ambulans; jumlah dan kondisi sepeda motor; jumlah dan kondisi puskesmas keliling; jumlah dan kondisi puskesmas pembantu; dan jumlah polindes/poskesdes, poskestren, desa siaga dan posyandu.

C. PENGUKURAN INDIKATOR MUTU DI PUSKESMAS

1. Program Pembinaan Upaya Kesehatan

Berkaitan dengan program pembinaan upaya kesehatan (Renstra 2015-2019, 2015: 98-9), sasaran yang akan dicapai adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat. Indikator pencapaian sarannya adalah jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang tersertifikasi terakreditasi sebanyak 5.600 kecamatan.

Berdasarkan konsep pembinaan Pelayanan Keperawatan dan Ketekhnisian Medik di Puskesmas, sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya mutu dan akses pelayanan keperawatan, kebidanan dan ketekhnisian medik. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah jumlah Puskesmas yang menerapkan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) sebesar 1.015 unit Puskesmas.

Kegiatan pada sasaran pada pembinaan Upaya Kesehatan Dasar adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat.

Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

- a. Jumlah Puskesmas Non Rawat Inap dan Puskesmas Rawat Inap yang memberikan pelayanan sesuai standar sebanyak 6.000 Puskesmas.
- b. Jumlah kab/kota yang melakukan Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) di daerah terpencil dan sangat terpencil sebanyak 150 kab/kota.
- c. Jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan manajemen Puskesmas sebanyak 9.414 unit puskesmas.
- d. Jumlah kab/kota yang memiliki daerah Terpencil/Sangat Terpencil (T/ST) yang mempunyai regulasi tentang penetapan Puskesmas T/ST sebanyak 318 kab/kota.
- e. Jumlah kab/kota yang siap akreditasi di fasilitas pelayanan kesehatan primer sebanyak 366 kab/kota.
- f. Jumlah Puskesmas yang telah bekerjasama melalui Dinas Kesehatan dengan UTD dan RS sebanyak 5.600 Puskesmas.

2. Analisis Situasi

Tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi Puskesmas, agar dapat merumuskan kebutuhan pelayanan dan pemenuhan harapan masyarakat yang rasional sesuai dengan keadaan wilayah kerja Puskesmas. Tahap ini dilakukan dengan cara:

a. Mengumpulkan data kinerja Puskesmas:

Puskesmas mengumpulkan dan mempelajari data kinerja dan gambaran status kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas dalam 4 tahun yang dimulai dari tahun N-5 sampai dengan tahun N-2 untuk setiap desa/kelurahan. N menunjukkan tahun yang akan disusun, sehingga untuk menyusun perencanaan lima tahunan (sebagai contoh perencanaan lima tahunan periode tahun 2017-2021), maka data kinerja akhir tahun yang dikumpulkan dan dipelajari adalah tahun 2012, 2013, 2014 dan 2015. Data yang dikumpulkan ditambah

hasil evaluasi tengah periode (midterm evaluation) dari dokumen laporan tahun berjalan (N-1). Adapun data kinerja dan status kesehatan masyarakat diperoleh dari Sistem Informasi Puskesmas. Data yang dikumpulkan adalah:

- 1) Data dasar, yang mencakup:
 - (a) Identitas Puskesmas;
 - (b) Wilayah kerja Puskesmas
 - (c) Sumber daya Puskesmas, meliputi:
 - (1) Manajemen Puskesmas;
 - (2) Gedung dan sarana Puskesmas;
 - (3) Jejaring Puskesmas, lintas sektor serta potensi sumber daya lainnya;
 - (4) Sumber daya manusia kesehatan; dan
 - (5) Ketersediaan dan kondisi peralatan Puskesmas.
- 2) Data UKM Esensial, yaitu:
 - (a) Promosi Kesehatan;
 - (b) Kesehatan Lingkungan;
 - (c) Pelayanan Gizi KIA-KB;
 - (d) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular;
 - (e) Surveilans dan Sentinel SKDR; dan
 - (f) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.
- 3) Data UKM Pengembangan, antara lain:
 - a) Upaya Kesehatan Sekolah (UKS);
 - b) Kesehatan Jiwa;
 - c) Kesehatan Gigi Masyarakat;
 - d) Kesehatan Tradisional dan Komplementer;
 - e) Kesehatan Olahraga;
 - f) Kesehatan Kerja;
 - g) Kesehatan Indera;
 - h) Kesehatan Lanjut Usia; dan/atau
 - i) Pelayanan kesehatan lainnya sesuai kebutuhan Puskesmas.
- 4) Data UKP, antara lain:
 - a) Kunjungan Puskesmas;
 - b) Pelayanan Umum;
 - c) Kesehatan Gigi dan Mulut; dan
 - d) Rawat Inap, UGD, Kematian, dll.
- 5) Data Keperawatan Kesehatan Masyarakat, data laboratorium, dan data kefarmasian.
- 6) Kondisi keluarga di wilayah kerjanya yang diperoleh dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga) melalui pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Setiap keluarga pada wilayah kerja Puskesmas akan terpantau kondisi status kesehatan sebuah keluarga terkait 12 indikator utama sebagai berikut:
 - (a) keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB);
 - (b) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan;

- (c) bayi mendapat imunisasi dasar lengkap;
- (d) bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif;
- (e) balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan;
- (f) penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar;
- (g) penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur;
- (h) penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan;
- (i) anggota keluarga tidak ada yang merokok;
- (j) keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
- (k) keluarga mempunyai akses sarana air bersih; dan
- (l) keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Data tersebut diolah dan dianalisis sehingga menghasilkan Indeks Keluarga Sehat (IKS) pada tingkat keluarga, tingkat desa atau kelurahan, dan tingkat Puskesmas. Hasil perhitungan IKS tersebut, selanjutnya dapat ditentukan kategori kesehatan masing-masing keluarga dengan mengacu pada ketentuan berikut:

- 1) Nilai indeks > 0,800: keluarga sehat
- 2) Nilai indeks 0,500 –0,800: pra-sehat
- 3) Nilai indeks <0,500: tidak sehat.

3. Sumber informasi dan periodisasi (Renstra 2015-2019, 2015:2)

- a. Sumber Informasi Data dan informasi yang dikumpulkan bersumber dari Dinas Kesehatan Provinsi di seluruh Indonesia. Khusus untuk data tenaga, pengumpulan data bekerja sama dengan Sekretariat Badan PPSDMK.
- b. Periodisasi dan Waktu Penyampaian *Updating* data dasar puskesmas ini dilakukan setiap saat apabila ada perubahan dan dikirimkan/disampaikan ke Kementerian Kesehatan (Pusdatin). Buku Data Dasar Puskesmas diterbitkan secara rutin dengan frekuensi satu kali dalam setahun.
- c. Jumlah ketenagaan
- d. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Pada pengumpulan data tenaga ini bekerja sama dengan Sekretariat Badan PPSDMK.

Latihan

- 1) Jelaskan pengertian Puskesmas menurut Kepmenkes RI No.128/Mnkes/SK/II/2004!
- 2) Arah kebijakan siklus manajemen Puskesmas mengacu pada kebijakan kementerian kesehatan. Jelaskan 3 (tiga) hal penting dalam arah kebijakan tersebut!

- 3) Jenis indikator mutu di Puskesmas salah satunya adalah meningkatnya akses mutu fasilitas pelayanan kesehatan yang diupayakan. Jelaskan 6 (enam) langkah yang dilakukan dalam upaya tersebut!
- 4) Berkaitan dengan analisis situasi dari mutu fasilitas pelayanan kesehatan, dalam pengumpulan data kinerja Puskesmas, data dasar yang dikumpulkan apa saja? Jelaskan!
- 5) Hasil perhitungan IKS, kita dapat menentukan kategori kesehatan masing-masing keluarga. Jelaskan ketentuannya!

Petunjuk Jawaban Latihan

Langkah untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan :

- 1) Pelajari kembali pengertian indikator mutu di Puskesmas.
- 2) Mohon baca kembali arah kebijakan indikator mutu puskesmas.
- 3) Pahami kajian tentang jenis-jenis indikator mutu di puskesmas dari akses dan mutu pelayanan kesehatan.
- 4) Pelajari kembali konsep bagian 2 tentang pengukuran indikator mutu di puskesmas pada komponen analisis situasi pengumpulan data kinerja puskesmas.
- 5) Kaji dan simak kembali materi tentang pengumpulan data kinerja puskesmas pada tahap analisis situasi pada pengolahan dan analisis.

Ringkasan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 menyebutkan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) adalah FKTP yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Peran Puskesmas dan jaringannya sebagai institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di jenjang pertama yang terlibat langsung dengan masyarakat sangat penting. Terdapat perubahan kebijakan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, seperti Permenkes No. 75 Tahun 2014, yaitu dalam program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga berbasis siklus kehidupan/*Sustainable Development Goals* (SDG's).

Arah kebijakan disesuaikan juga dengan siklus P-D-C-A di pelayanan kesehatan, yaitu mengacu pada tiga hal penting: 1). Penguatan pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*); 2). Penerapan pendekatan berkelanjutan pelayanan (*Continum of Care*); dan 3). Intervensi berbasis resiko kesehatan. Sumber informasi data yang dikumpulkan bersumber dari Dinas Kesehatan Provinsi diseluruh Indonesia dari data dasar Puskesmas. Khusus untuk data ketenagaan, pengumpulan data bekerjasama dengan sekretarian Badan PPSDM.

Tes 3

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes 1 yang terdapat di bagian akhir Bab 4 ini.

- 1) Indeks Keluarga Sehat (IKS) dapat ditentukan dalam kategori masing-masing keluarga. Dibawah ini adalah salah satu ketentuannya, yaitu:
 - A. Nilai indeks 0,500 - 0,800 = pra-sehat.
 - B. Nilai indeks > 0,8000 = tidak sehat.
 - C. Nilai indeks < 0,500 = keluarga sehat.
 - D. Nilai indeks > 0,800 = pra-sehat.

- 2) Setiap keluarga pada wilayah kerja Puskesmas akan terpantau kondisi status kesehatannya dengan menerapkan manajemen pada 12 indikator utama pelayanan kesehatan. 12 indikator tersebut, salah satunya adalah
 - A. Data kunjungan Puskesmas.
 - B. Data keperawatan kesehatan masyarakat, data laboratorium dan data kefarmasian.
 - C. Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif;.
 - D. Data UKS.

- 3) Data Puskesmas dapat diperoleh juga dari Unit Kegiatan Masyarakat (UKM). Salah satu pengembangan UKM tersebut adalah
 - A. Kesehatan Tradisional dan komplementer.
 - B. Kunjungan Puskesmas.
 - C. Kunjungan Umum.
 - D. Kesehatan Gigi dan Mulut.

- 4) Sasaran pembinaan Upaya kesehatan dasar adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat. Hail dibawah ini, merupakan hal yang benar dari indikator pncapaian sasaran tersebut, yaitu
 - A. Jumlah Puskesmas Non Rawat Inap dan Puskesmas Rawat Inap yang memberikan pelayanan sesuai standar sebanyak 7.000 Puskesmas.
 - B. Jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan manajemen Puskesmas sebanyak 150 unit Puskesmas.
 - C. Jumlah kabupaten/Kota yang melakukan pelayanan kesehatan bergerak (PKB) di daerah terpencil dan sangat terpencil sebanyak 240 kabupaten/kota.
 - D. Jumlah kabupaten/kota yang siap akreditasi di fasilitas pelayanan kesehatan primer sebanyak 366 kabupaten/kota.

- 5) Penguatan pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*) mempunyai fungsi sebagai pembina kesehatan dengan berfokus pada revitalisasi Puskesmas. Penilaian kinerja pegawai dengan penempatan sesuai tugas pokok dan fungsinya, merupakan penilaian dalam hal
- A. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas.
 - B. Penilaian SDM.
 - C. Peningkatan SIP.
 - D. Peningkatan kemampuan teknis dan manajemen Puskesmas.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A. Mutu lebih baik bagi pengguna.
- 2) B. Ketersediaannya (availability)
- 3) D. Meningkatkan kepuasan pelanggan.
- 4) C. Pendapatan nasional kotor (*Gross national product*) atau pendapatan domestik kotor (*Gross domestic product*).
- 5) B. Alokasi sumber daya yang cukup untuk pelayanan kesehatan dasar;

Tes 2

- 1) B. Government to Government (G2G).
- 2) A. Perspektif kedokteran.
- 3) D. Meningkatnya status kesehatan masyarakat.
- 4) C. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup.
- 5) A. BOR ideal adalah antara 60 – 85 %.

Tes 3

- 1) A. Nilai indeks 0,500 - 0,800 = pra-sehat.
- 2) C. Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif;
- 3) A. Kesehatan Tradisional dan komplementer.
- 4) D. Jumlah kabupaten/kota yang siap akreditasi di fasilitas pelayanan kesehatan primer sebanyak 366 kabupaten/kota.
- 5) B. Peningkatan SDM.

Glosarium

PD3I	:	Penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi
K/L	:	Kerja Lintas (antar sektor)
RPJMN	:	Rencana Pemerintah Jangka Menengah Nasional
SDG's	:	<i>Sustainable Development Goal's</i> – Program Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
RAN-TPB	:	Rencana Aksi Nasional Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
BOR	:	<i>Bed Occupancy Rate</i> = Prosentase pemakaian tempat tidur
TOI	:	<i>Turn Over Interval</i> = Rata-rata hari tempat tidur ditempati
AvLOS	:	<i>Average Length of Stay</i> = Rata-rata lama rawatan seorang pasien
BTO	:	<i>Bed Turn Over</i> = Frekuensi pemakaian tempat tidur
NDR	:	<i>Net Death Rate</i> = Angka Kematian Bersih
GDR	:	<i>Gross Death Rate</i> = Angka Kematian Kotor

Daftar Pustaka

Abdelhak M, Mervat (2001) *Health Information: Management of a Strategic Resource*; W.B. Saunder Company; United States of America, A Harcourt Health Sciences Company.

Buletin Sistem Informasi Kesehatan, Kementerian Kesehatan, 2016, halaman 11.

Hatta G, 2010, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, UI Press, Jakarta.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Menpan) No. 135/Kep/Menpan/12/2002 dalam jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 128/Menkes/SK/II/2004 *tentang Puskesmas.*

La. Tour, KathlyIn ,2001, *Concept and Standard Medical Record.*

M Kathleen LaTour, Eichenwald Shirley Maki (2010) *Health Information Management, Concepts, Principles, and Practice; Third Edition*, American Health Information Management Association; Chicago, Illinois.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Program Indonesia Sehat.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019, 2015, hal. 48-100.

Skurka, Margaret A (2003) *Health Information Management Principles and Organization for Health Services*, 5th ed. Chicago: AHA Press Company.

Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 34 ayat 3.

Undang –Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.

Wijono D, 2000, *Manajemen Mutu Pelayanan kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press, Surabaya.

BAB V

INDIKATOR MUTU UNIT REKAM MEDIS

Dewi Lena Suryani K, AMd.PK SKM MPH

PENDAHULUAN

Pesatnya penyebaran teknologi komputer untuk mengelola data dan informasi terus mempengaruhi sistem dan layanan pengiriman kesehatan. Ini berarti bahwa individu yang terlatih dan terampil dengan pengetahuan tentang teknologi informasi kesehatan dan komputer diperlukan untuk merancang, mengembangkan, menyeleksi dan memelihara sistem manajemen informasi (SDM) kesehatan. Informatika seperti saat ini sedang diterapkan di industri kesehatan. Selain itu, teknologi teknologi saat ini dan yang muncul digunakan untuk mendukung penyampaian layanan kesehatan dan pengelolaan dan komunikasi informasi pasien. Akhirnya, bab ini membahas infrastruktur informatika kesehatan dan kemitraan yang akan dipalsukan profesional Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) dengan teknologi informasi dan profesional informatika helath masa depan.

50 tahun terakhir masa sekarang, banyak perubahan telah mempengaruhi tanggung jawab manajer informasi kesehatan. Munculnya komputer, sponsor pemerintah dan peraturan perawatan kesehatan, kemajuan dalam praktik medis, dan perubahan sosioekonomi dan kemajuan di pendidikan tinggi semuanya mempengaruhi profesi Manajemen Informasi Kesehatan (MIK).

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu penting untuk membahas indikator mutu unit rekam medis.

Setelah mempelajari materi Bab ini, diharapkan Anda mampu:

1. Menjelaskan indikator mutu unt rekam medis: pengertian, tujuan dan konsep indikator mutu.
2. Mampu mengidentifikasi Standard Pelayanan Minimal dalam rekam medis meliputi: kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan, kelengkapan informed consent, waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan, waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap.

Topik 1 Unit Rekam Medis

Standar diartikan sebagai nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai dengan cakupan dimensi mutu. Dimensi Mutu merupakan suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.

Standar dalam hal ini digunakan untuk jenis pelayanan dalam kesehatan, termasuk jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat, selain pelayanan lainnya. Mutu Pelayanan dan Kinerja yang baik dilakukan dalam proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan, sebagai upaya memenuhi standar yang disyaratkan.

A. KEDUDUKAN REKAM MEDIS

1. Mutu dalam kaitannya pada Unit Rekam Medis

Pengertian mutu, erat hubungannya dengan tugas dalam unit rekam medis. Mutu diartikan sebagai faktor kepuasan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur atau ketetapan manajemen. Ia berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau dirasakan, operasional teknik atau subjektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar kompetitif.

Mutu produk dan jasa adalah seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, engineering, manufaktur dan pemeliharaan di mana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan. Demikian pengertian mutu yang dikemukakan oleh DR. Armad V. Feigenbaum seorang pakar mutu yang pernah menjabat Ketua *International Academic for Quality* dan *Presiden The American Society for Quality Control*. Pendapatnya amat berpengaruh terhadap peningkatan mutu di Jepang, Amerika dan Negara lain.

Setiap orang mempunyai pendapat tentang apa yang dimaksudkan dengan mutu. Konsep mutu yang berarti bagus, mewah atau paling bagus tidaklah sama secara profesional. Sebagai misal: peralatan kedokteran yang bermutu menurut dokter tentulah bermacam-macam sesuai pendapatnya. Beberapa definisi profesional tentang mutu banyak dikemukakan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud sebenarnya tentang mutu, antara lain:

- a. Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (*American Society for Quality Control*).

- b. Mutu adalah “*Fitness for use*”, atau kemampuan kecocokan penggunaannya (J.M.Juran).
- c. Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The conformance of requirements – Philip B. Crosby, 1979*).

Manajemen Mutu J.M Juran (1989) mengemukakan tentang mutu dan manfaatnya sebagai berikut:

“Banyak arti tentang mutu namun dua diantaranya sangat penting bagi manajer, meskipun tidak semua pelanggan menyadarinya, yaitu:

- a. Mutu sebagai keistimewaan produk.
Di mata pelanggan, semakin naik keistimewaan produk semakin tinggi mutunya.
- b. Mutu berarti bebas dari kekurangan (defisiensi).
 - 1) Dimata pelanggan semakin sedikit kekurangan, semakin baik mutunya.
 - 2) Bagi pimpinan perlu diketahui bahwa keistimewaan produk berdampak pada penjualan, untuk hal ini mutu yang lebih tinggi biasanya biayanya lebih tinggi pula dan produk yang bebas dari kekurangan berdampak pada biaya pula, untuk hal ini mutu yang lebih tinggi biasanya biayanya lebih rendah.

a. *Trilogi Juran*

Mutu tidak datang demikian saja, perlu direncanakan atau dirancang.

Perencanaan mutu yang disampaikan oleh Juran merupakan suatu bagian yang sangat diperlukan dalam Trilogi Juran yang berkaitan dengan Perencanaan Mutu (*Quality Planning*), Pengendalian Mutu (*Quality Control*). Peningkatan Mutu (*Quality Improvement*).

b. *Perencanaan Mutu*

Bahwa mutu tidak datang secara kebetulan saja, namun diperlukan penyelenggaraan pelatihan khusus. Suatu mutu seharusnya direncanakan atau dirancang, yang terdiri atas tahap-tahap sebagai berikut:

- 1) Menetapkan (identifikasi) siapa pelanggan.
- 2) Menetapkan (identifikasi) kebutuhan pelanggan.
- 3) Mengembangkan keistimewaan produk merespon kebutuhan pelanggan.
- 4) Mengembangkan proses yang mampu menghasilkan keistimewaan produk.
- 5) Mengarahkan perencanaan kegiatan-kegiatan operasional.

c. *Pengendalian Mutu*

Kontrol mutu adalah proses deteksi dan koreksi adanya penyimpangan atau perubahan segera setelah terjadi, sehingga mutu dapat dipertahankan. Menyesuaikan spesifikasi standard-standard dan meletakkan standar-standar serta prosedur-prosedur yang memerlukan segera tindakan koreksi dari berbagai masalah, sehingga keadaan status quo dapat diperbaiki.

Langkah kegiatan yang dikerjakan antara lain:

- 1) Evaluasi kinerja dan kontrol produk.
- 2) Membandingkan kinerja actual terhadap tujuan produk.
- 3) Bertindak terhadap perbedaan atau penyimpangan mutu yang ada.

d. *Peningkatan mutu*

Peningkatan mutu mencakup dua hal, *fitness for use* dan mengurangi tingkat kecatatan dan kesalahan. Keduanya menyangkut pelanggan internal maupun eksternal.

Meningkatkan *fitness for use* mempunyai beberapa manfaat:

- 1) Mutu lebih baik bagi pengguna.
- 2) Pangsa pasar yang berarti untuk manufaktur.
- 3) Harga premi bagi manufaktur.
- 4) Status dipasaran bagi manufaktur.

Mengurangi tingkat kecacatan dan kesalahan mempunyai manfaat:

- 1) Mengurangi biaya dan beberapa gesekan bagi pengguna.
- 2) Mengurangi secara dramatis pembiayaan bagi manufaktur.
- 3) Meningkatkan produktivitas lebih mudah diproduksi.
- 4) Mengurangi inventaris dalam mendukung konsep tepat waktu.

Kegiatan-kegiatan peningkatan mutu

- 1) Mengadakan infrastruktur yang diperlukan bagi upaya peningkatan mutu.
- 2) Identifikasi apa yang perlu ditingkatkan dan proyek peningkatan mutu.
- 3) Menetapkan tim proyek.
- 4) Menyediakan tim dengan sumber daya, pelatihan, motivasi untuk:
 - a) Mendiagnosis penyebab.
 - b) Merangsang perbaikan.
 - c) Mengadakan pengendalian agar tetap tercapai perolehan.

2. Perubahan dan Jenis Peran Baru Praktisi

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Menpan) No. 135/Kep/Menpan/12/2002 dalam jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya dijelaskan bahwa Pelayanan rekam medis atau Unit Rekam Medis adalah unit dengan kegiatan pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan bagi pemberi layanan kesehatan, administrator dan manajemen pada sarana layanan kesehatan dan instansi lain yang berkepentingan berdasarkan pada ilmu pengetahuan teknologi rekam medis (sintesa ilmu sosial, epidemiologi, terminologi medis, biostatistik, prinsip hukum medis dan teknologi informasi). Pengelolaan fungsi dari unit ini disebut sebagai manajemen informasi kesehatan.

B. TUGAS POKOK DAN FUNGSI REKAM MEDIS

1. Pendahuluan

Manajemen informasi kesehatan meningkatkan kualitas layanan kesehatan dengan memastikan bahwa informasi terbaik tersedia untuk membuat keputusan kesehatan. Manajemen informasi kesehatan mengelola data *healthcare* dan sumber informasi. Layanan mencakup profesi dalam merencanakan, mengumpulkan, mengatur, menganalisa, dan menyebarkan data klinis pasien dan data klinis agregat. Ini melayani industri kesehatan termasuk: organisasi perawatan pasien, pembayar, agen kebijakan research dan industri terkait *healthcare* lainnya (Russell 2001, 48B). (AHIMA, 2010).

2. Manajemen Informasi Kesehatan (MIK).

Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) adalah ilmu manajemen informasi di lingkungan berbasis komputer. Ini melibatkan penggunaan komputer untuk mengotomatisasi pengumpulan, penyimpanan, pemanfaatan, dan transmisi informasi. Tugas pengelolaan informasi yang melibatkan penanganan data dan informasi tersebut masuk dalam ranah informatika.

3. Tugas MIK dalam pengolahan mutu dari data, meliputi:

- a. Pemodelan data: menentukan kebutuhan data dan mengidentifikasi hubungan antar data.
- b. Pemodelan proses dan alur kerja: mengidentifikasi alur kerja dan informasi yang dibutuhkan untuk melakukan suatu fungsi, termasuk diagram keterkaitan diagram dependensi dan arus data. Penangkapan data dan tampilan data: fungsi perancangan sistem, desain layar, desain laporan, dan desain form.
- c. Kamus data: perancangan kamus, standardisasi, update dan diseminasi. Kontrol akses: merancang, menerapkan, dan memantau peta antara informaton dan akses pengguna.
- d. Manajemen mutu data: pengumpulan, aplikasi, pergudangan dan analisis data untuk meningkatkan kualitas informasi.
- e. Nosologi: menafsirkan klasifikasi penyakit dan prosedur dan terminologi untuk terjemahan data kesehatan yang akurat.

Fungsi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) ini dapat diilustrasikan dengan menggunakan contoh sistem informasi sederhana. Seorang pasien datang ke gawat darurat dan perlu didaftarkan. Pemodelan data akan menunjukkan informasi apa yang diperlukan untuk mengidentifikasi pasien, untuk mengumpulkan informasi asuransi untuk pembayaran, untuk memberikan informasi demografis yang diperlukan untuk perawatan pasien, dan untuk mengidentifikasi orang yang ingin dihubungi pasien jika kondisinya memburuk.

Contoh, hubungan antar data mungkin karena alamat pasien sama untuk identifikasi, penagihan, dan tujuan kontak. Dengan demikian, informasi ini perlu dikumpulkan hanya satu

kali. Melanjutkan dengan contoh pemodelan, process dan workflow akan melibatkan identifikasi bagaimana informasi ini dikumpulkan. Di bagian darurat, pasien kritis mungkin memiliki model proses yang berbeda dengan pasien dengan kondisi yang kurang serius. Informasi tertentu, seperti nama dan tanggal lahir, mungkin perlu dikumpulkan sebelum perawatan klinis dapat dimulai, dimana dapat dimulai, dimana informasi asuransi dapat dikumpulkan setelah perawatan darurat darurat awal sebelum pembebasan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Berkaitan dengan Trilogi Juran, manajemen mutu dalam pelaksanaannya perlu direncanakan dan dirancang terlebih dahulu sebelum diimplementasikan. Trilogi tersebut berisi tentang...
- 2) Peraturan yang berkaitan dengan fungsioanl reka medis dan pelayanan rekam medis atau URM adalah...
- 3) Tugas MIK dala pengolahan mutu dari data meliputi apa saja, jelaskan!
- 4) MIK dalam konsep perekammedis mempunyai arti sebagai...
- 5) Kegiatan-kegiatan apa saja yang termasuk dalam peningkatan mutu, jelaskan!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

- 1) Pelajari kembali topik 1 sebagai pengantar Unit Rekam medis dalam manajemen mutu.
- 2) Pahami kajian tentang perubahan dan jenis pesan baru praktisi.
- 3) Baca kembali materi dan pembahasan tentang tugas pokok dan fungsi rekam medis.
- 4) Pelajari kajian tentang tugas pokok dan fungsi rekam medis.
- 5) Pahami kajian tentang kegiatan-kegiatan peningkatan mutu.

Ringkasan

Tugas Unit Rekam Medis sangat erat hubungannya dengan mutu. Mutu diartikan sebagai faktor kepuas. N mendas dari pelanggan. Berdasarkan keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Menpan) No. 135/Kep/Menpan/12/2002 dijelaskan bahwa pelayanan Unit Rekam Medis berorientasi pada kebutuhan informasi keshatan bagi pemberi layanan kesehatan, administrator dan manajemen pada sarana pelayanan kesehatah dan instansi lain myang berkepentingan berdasarkan pada ilmu pengetahuan teknologi rekam medis.

Tugas pokok Unit Rekam Medis adalah merencanakan, mengumpulkan, mengatur, menganalisa dan menyebarkan data klinisi pasiendat data klinis agregat. Ini melibatkan

penggunaan komputer untuk melakukan otomatisasi pengumpulan, penyimpanan, pemanfaatan dan transmisi informasi.

Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) dalam Unit Rekam Medis (URM) juga bertugas melakukan pengolahan mutu dari data, meliputi: pemodelan data, pemodelan proses dan alur kerja, juga menyediakan kamus data berupa merancang standarisasi, update dan diseminasi. Bertugas dalam manajemen mutu data dan nosologi juga merupakan tugas inti dari URM untuk menunjang mutu.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Konsep Trilogi Juran, mengacu pada tiga konsep pengembangan mutu. Salah satunya adalah
 - A. *Control Improvement.*
 - B. *Planning Improvement.*
 - C. *Quality Improvement.*
 - D. *Control Planning*

- 2) Menafsirkan klasifikasi penyakit dan prosedur dan terminologi untuk terjemahan data kesehatan yang akurat merupakan tugas MIK dalam pengolahan mutu dari data, dari konsep
 - A. Pemodelan data.
 - B. Pemodelan proses dan alur kerja.
 - C. Kamus data.
 - D. Nosologi.

- 3) Mengadakan pengendalian agar tetap tercapai perolehan, ini adalah kegiatan-kegiatan peningkatan mutu dari MIK dengan cara
 - A. Menyediakan tim dengan sumber daya, pelatihan, motivasi
 - B. Mengadakan infrastruktur yang diperlukan bagi upaya peningkatan mutu.
 - C. Identifikasi apa yang perlu ditingkatkan dan proyek peningkatan mutu.
 - D. Menetapkan tim proyek.

- 4) Berdasarkan peraturan yang berkaitan dengan fungsional perekam medis dan pelayanan rekam medis atau unit rekam medis adalah Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Menpan) No. 135/Kep/Menpan/12/2002 dalam jabatan Fungsional Perekam Medis dan angka kreditnya dijelaskan bahwa Pelayanan rekam medis atau Unit Rekam Medis adalah unit dengan kegiatan pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada ilmu pengetahuan rekam medis dalam

- A. Penanganan medis.
 - B. Terminologi medis.
 - C. Ilmu hukum baik pidana maupun perdata.
 - D. Ilmu sosial dan ekonomi.
- 5) Hal dibawah ini termasuk pengendalian mutu, yaitu
- A. Melakukan pengawasan produk.
 - B. Menghitung keuntungan pada kontrol produk.
 - C. Menyamakan kondisi terhadap perbedaan.
 - D. Evaluasi kinerja dan kontrol produk

Topik 2

Indikator Mutu di Unit Rekam Medis (URM)

Perubahan besar akibat revolusi teknologi, informasi dan komunikasi (TIK) memang telah mengubah sudut pandang paradigma profesi apapun di dunia. Tidak terkecuali, berubahnya paradigma lama profesi yang dahulu terfokus pada rekam medis dan berorientasi pada unit kerja, menjadi paradigma yang berorientasi pada informasi dan dikelola dalam Manajemen Informasi Kesehatan (MIK).

Demikian pula, dalam dunia profesi MIK. Dirasa penting untuk mengetahui perkembangan tugas dan fungsi profesi ini, dengan sosialisasi perubahan profesi demi peningkatan peran profesional. Dengan begitu, semua praktisi di belahan dunia manapun, secara bersama-sama mulai menyongsong berbagai kesempatan maupun peluang peran baru secara lebih baik seiring dengan berkembangnya TIK.

A. JENIS-JENIS INDIKATOR MUTU DI UNIT REKAM MEDIS (URM)

Indikator mutu dalam Unit Rekam Medis (URM) dalam perannya dalam MIK, terlihat dari peran praktisi MIK sendiri. Peran yang dimaksud adalah sebagai manajer MIK, spesialis data klinis (SDK), koordinator informasi pasien (KIP), manajer kualitas data, manajer keamanan informasi, administrator sumber data serta sebagai riset dan spesialis penunjang keputusan.

Peran profesi dalam Unit Rekam Medis, sesuai dengan jenis-jenis indikator mutu yang dikelola, terdapat 7 (tujuh) buah peran, yaitu sebagai berikut:

1. Manajer MIK (*health information manager*), sebagai manajer (kepala unit) MIK dari SIK yang terintegrasi, ia bertanggung jawab untuk memberikan arahan tentang fungsi MIK bagi seluruh cakupan organisasi. Ia dapat menduduki posisi lini ataupun staf serta bekerjasama dengan pimpinan informasi puncak maupun dengan para pengguna sistem informasi. Kesemuanya adalah demi kemajuan sistem, metode, penunjang aplikasi, perbaikan kualitas data, kelancaran akses data, kerahasiaan, sekuritas dan penggunaan data.
2. Spesialis data klinik (SDK) (*Clinical data specialist*), sebagai SDK ia bertanggung jawab terhadap fungsi manajemen data dalam berbagai aplikasi, termasuk kode klinis, keluaran manajemen, penanganan registrasi khusus dan data base untuk keperluan riset.
3. Koordinator informasi Pasien (KIP) (*Patient information coordinator*) merupakan peran baru praktisi RMIK. KIP bertugas membantu konsumen mengangani informasi kesehatan pribadinya, termasuk riwayat kesehatan pribadi dan tentang pelepasan informasi. KIP juga membantu konsumen dalam memahami berbagai pelayanan yang ada di instansi pelayanan kesehatan dan menjelaskan cara mendapatkan akses ke sumber informasi kesehatan (perpustakaan, termasuk menghubungkan hasil

laboratorium dengan ensiklopedi medis yang menjelaskan istilah klinis, atau membantu pencarian literatur medis melalui dunia maya dan sumber kesehatan lainnya).

4. Manajer kualitas data (*data quality manager*), bertanggung jawab untuk melaksanakan fungsi manajemen data serta aktifitas perbaikan mutu secara berkesinambungan demi keutuhan integritas data organisasi, membuat kamis data, mengembangkan kebijakan juga memonitor kualitas data dan audit.
5. Manajer keamanan informasi (*security manager*), bertanggung jawab dalam mengatur sekuritas informasi secara elektronik, termasuk promosi atau penyebarluasan persyaratan sekuritas, kebijakan dan siste, tentang melakukan/mengeluarkan pendapat tentang sesuatu tanpa resiko hukum (*privilege system*) dan pelaksanaan audit kinerja.
6. Administrator sumber data (*data resource administrator*), tugasnya menangani sumber data organisasi termasuk bertanggung jawab atas tempat penyimpanan data, bank data sebagai wujud rekam kesehatan masa depan. Ia juga melakukan manajemen data dan menggunakan perangkat teknologi berbasis komputer, menangani pelayanan sekarang atau kebutuhan mendatang secara lintas kontinum, melengkapi akses atas informasi yang dibutuhkan serta menjamin integritas data jangka panjang dan cara perolehannya.
7. Riset dan spesialis penunjang keputusan (*research analysis*), tugasnya membantu pimpinan memperoleh informasi dalam mengambil keputusan dan perkembangan srategi dengan menggunakan berbagai perangkat analisis data dan basis data (*data base*)

Berkaitan dengan peran tersebut, kepala Unit kerja MIK atau Unit Rekam Medis (URM) dapat berfungsi memberi masukan kepada berbagai pihak (konsultan), mendidik staf pelayanan kesehatan termasuk unit kerja pengguna informasi maupun terhadap unit kerja MIK sendiri (edukator) serta membantu desain aplikasi dengan bekerjasama dengan pihak praktisi teknologi informatik.

B. PENGUKURAN INDIKATOR MUTU DI UNIT REKAM MEDIS (URM)

1. Data Klinis

Jenis informasi kesehatan yang paling umum, mendokumentasikan tanda, gejala, diagnosis, tayangan, pengobatan dan hasil perawatan. Mereka ditangkap selama diagnosis dan perawatan dan disimpan dalam rekam medis. Data klinis melayani berbagai kebutuhan industri di luar perawatan pasien langsung, termasuk perencanaan dan penelitian penggantian biaya. Mereka dapat dikumpulkan dan disimpan dalam format kertas atau elektronik. Meskipun manajer informasi kesehatan jarang mengumpulkan atau menggunakan data klinis secara langsung dalam penyampaian asuhan, salah satu peran

utamanya adalah mengembangkan systems yang mengumpulkan informasi yang akurat dan tepat waktu dan membuatnya dapat disesuaikan dengan para pengambil keputusan.

2. Data Epidemiologi

Digunakan untuk menggambarkan isu atau kejadian terkait kesehatan, seperti tren penyakit yang ditemukan pada populasi tertentu atau analisis umum kesehatan penduduk. Informasi tersebut kemudian dapat digunakan untuk menginformasikan kepada publik atau untuk menghasilkan tindakan yang dapat mempengaruhi suatu tren. Misalnya, data tentang kejadian penyakit menular seksual dapat digunakan untuk mengukur dampak program pendidikan remaja. Profesional RMIK / *Health Information Management* (HIM) dapat membangun sistem untuk mengirimkan informasi tersebut secara akurat dan tepat sambil menjaga kerahasiaan patient. Mereka juga bisa dilibatkan dalam analisis dan tampilan data.

3. Data Demografis

Memberikan informasi statistik tentang populasi, seperti usia, tempat tinggal, jenis kelamin, dan sebagainya. Data demografi yang akurat dan lengkap melakukan dua fungsi informasi penting di *healthcare*. Pertama, data seperti usia dan jenis kelamin memiliki nilai sendiri bila digabungkan dengan informasi klinis. Misalnya, sebutan gender bisa membuat diagnosis bisa dilakukan dengan kompromi, jarang atau tidak mungkin. Kanker payudara, diagnosis umum pada usia tertentu pada wanita, jarang terjadi, walaupun mungkin, pada pria. Namun, kehamilan hanya mungkin terjadi pada wanita. Kedua, data demografis dapat digunakan untuk mengidentifikasi individu secara unik sehingga semua informasi kesehatan lainnya dikaitkan dengan mereka dapat dikumpulkan dan dinilai secara akurat.

4. Data Keuangan

Berasal dari proses asuhan atau dikumpulkan untuk organisasi atau populasi. Perawatan kesehatan adalah bisnis. Belanja perawatan kesehatan meningkat pada tingkat pertumbuhan yang lebih cepat daripada produk domestik bruto, inflasi, dan populasi. Data terakhir yang tersedia menunjukkan bahwa total belanja nasional untuk perawatan kesehatan meningkat menjadi \$ 1,67 triliun. Meskipun manajemen akuntansi dan keuangan tidak berada dalam wilayah HIM, memahami hubungan antara layanan klinis, biaya, dan aturan penggantian biaya sangat penting bagi peran informasi kesehatan.

5. Data Penelitian

Dapat dikumpulkan sebagai bagian dari perawatan dan kemudian digunakan dalam penelitian atau dikumpulkan untuk tujuan penelitian spesifik dalam uji klinis. Profesional HIM berperan dalam pengumpulan dan penggunaan data penelitian dari catatan yang ada. Selain itu, mereka menganggap kebutuhan penelitian saat merencanakan jenis dan penggunaan data masa depan sebagai alat penelitian. Dengan cara ini, profesional HIM memperbaiki akses terhadap data dan mengurangi biaya penelitian pada saat yang sama.

6. Data Referensi Biasanya Dibuat dan Dikelola oleh Seseorang di Luar Pengelolaan Informasi Kesehatan

Mereka berinteraksi dengan perawatan individu atau dengan sistem pengiriman layanan kesehatan dalam bentuk formularium, protokol, rencana perawatan, peringatan klinis, atau pengingat. Staf perawat atau staf medis umumnya membuat rencana perawatan; Apotek biasanya mengelola formularium, walaupun memastikan bahwa data referensi tersedia untuk penyedia layanan adalah peran penting HIM. Manajer informasi kesehatan juga bertanggung jawab untuk memasukkan unsur-unsur informasi statis ini ke rekam medis pasien untuk mendukung dokumentasi klinis dan mungkin merupakan bagian dari tim peningkatan dokumentasi klinis.

7. **Data yang dikodekan** adalah data yang telah diterjemahkan ke dalam nomenklatur standar atau klasifikasi sehingga dapat digabungkan, dianalisis, dan dibandingkan. Untuk memudahkan analisis sejumlah besar informasi, data kode sering dikelompokkan ke dalam kategori yang bermakna. Kategori mungkin sesederhana M untuk pria dan F untuk wanita atau sama luasnya dengan kode diagnostik dan prosedur yang digunakan. Pengelompokannya mungkin sederhana, seperti pada rentang usia, atau serumit metodologi yang digunakan dalam sistem pembayaran prospektif.

Profesional MIK mungkin memiliki tanggung jawab yang memerlukan spesialisasi di salah satu jenis data ini atau memerlukan keterlibatan dengan beberapa jenis data dan layanan. Dalam semua kasus, profesional HIM melakukan berbagai tugas yang terkait dengan memastikan ketersediaan data dan informasi berkualitas tinggi untuk mendukung industri layanan kesehatan.

Domain Praktik Manajemen Informasi Kesehatan Pengelolaan informasi kesehatan didasarkan pada pengetahuan praktik klinis, konsep informasi. Manajemen Informasi Kesehatan dapat dipraktekkan pada tingkat perencanaan, menangani aspek administrasi sistem informasi kesehatan, termasuk pengembangan kebijakan. Saat difokuskan pada informatika, HIM mencakup beberapa fungsi yang dibutuhkan untuk mengembangkan dan mengelola sistem informasi berbasis komputer. Saat dipraktekkan pada tingkat teknis, HIM memanipulasi data untuk digunakan oleh orang lain untuk berbagai keperluan pengambilan keputusan.

a. *Perencanaan*

Praktik HIM pada tingkat perencanaan melibatkan administrasi informasi sistem informasi dan pengembangan kebijakan untuk memastikan bahwa sistem tersebut dikelola secara efektif dan konvensional hari ini dan juga di masa depan.

b. *Administrasi*

Administrasi melibatkan administrasi sistem yang mengumpulkan dan menyimpan data dan pengelolaan pengambilan informasi dan pelepasan. Administrasi yang efektif dari

sistem ini membuat informasi tersedia dan memastikan akses, keamanan dan kerahasiaan yang tepat. Penyediaan sistem informasi kesehatan yang efektif juga meningkatkan efisiensi penyampaian layanan kesehatan karena mengurangi waktu klinis dan memperlancar proses bisnis. Tanggung jawab administratif mungkin melibatkan staf, ruang, peralatan, dan prosedur untuk sistem penyampaian terpadu yang besar atau mungkin difokuskan untuk memastikan penggunaan sumber informasi tunggal yang efektif, seperti mengelola arsip kanker.

c. Pengembangan Kebijakan

Seiring dengan administrasi sistem dan manusia, pengembangan kebijakan yang spesifik untuk informasi kesehatan merupakan fungsi pekerjaan profesional HIM. Pengembangan kebijakan meliputi:

1. Menetapkan keamanan data, kerahasiaan, retensi, integritas dan standar akses.
2. Mengembangkan program pelatihan yang memberdayakan orang lain untuk melaksanakan kebijakan. informasi.
3. Advokasi untuk privasi data, confidentiality dan akses yang sesuai.

d. Perencanaan strategis

Akhirnya, perencanaan strategis untuk kebutuhan informasi masa depan adalah peran bagi profesional MIK. Peran ini melibatkan identifikasi kebutuhan informasi bagi organisasi atau proyek untuk mendukung operasi strategis, inisiatif, atau kepatuhan saat ini dan masa depan, sesuai peraturan atau undang-undang. Ini juga melibatkan perencanaan penangkapan, penyimpanan, dan tampilan data untuk memastikan efektivitas operasional, termasuk penggunaan teknologi.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan 7 (tujuh) peran profesi URM sesuai dengan jenis-jenis indikator mutu yang dikelola!
- 2) Hubungannya dengan data epidemiologi, profesional HIM bertindak sebagai...
- 3) Berkaitan dengan data yang dikodekan, fungsi URM adalah sebagai...
- 4) Pengembangan kebijakan dalam profesional HIM meliputi apa saja? Jelaskan!
- 5) Perencanaan strategis profesional MIK melibatkan apa saja? Jelaskan!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang

- 1) Pelajari kembali jenis-jenis indikator mutu di URM.
- 2) Pahami kembali konsep pengukuran indikator mutu di URM dalam konsep kedua)

- 3) Pahami tentang pengukuran indikator mutu di URM untuk konsep ketujuh.
- 4) Baca kembali kajian terakhir dari pengukuran indikator mutu di URM.
- 5) Pahami konsep perencanaan strategis pada akhir pembahasan pengukuran indikator mutu di URM.

Ringkasan

Dalam dunia profesi MIK, penting untuk mengetahui perkembangan tugas dan fungsi profesi ini. Terdapat 7 (tujuh) peran URM dalam MIK, yaitu: Manajer, SDK, KIP, Manajer kualitas data, manajer keamanan informasi, administrator sumber data dan research analysis. Pengukuran indikator mutu di URM meliputi data klinis, data epidemiologi, data demografi, data keuangan, data penelitian, data referensi dan data yang dikodekan.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Ia bertanggung jawab terhadap fungsi manajemen data dalam berbagai aplikasi, termasuk kode klinis, keluaran manajemen, penanganan registrasi khusus dan data base untuk keperluan riset, adalah peran dari
 - A. SDK.
 - B. Manajer MIK
 - C. KIP
 - D. Data quality Manajer.

- 2) *Patient information coordinator* bertanggung jawab terhadap tugasnya yaitu
 - A. Memberikan arahan tentang fungsi MIK bagi seluruh cakupan organisasi.
 - B. Manajemen data dalam berbagai aplikasi.
 - C. Melakukan manajemen data dan menggunakan perangkat teknologi berbasis komputer.
 - D. Membantu konsumen mengangani informasi kesehatan pribadinya, termasuk riwayat kesehatan probadi dan tentang pelepasan informasi

- 3) Menetapkan keamanan data, kerahasiaan, retensi, integritas dan standar akses, Merupakan konsep dari
 - A. Pengembangan kebijakan URM
 - B. Peran profesi rekam medis.
 - C. Perencanaan strategis.
 - D. Pernncanan praktik HIM

- 4) Perencanaan strategis untuk kebutuhan informasi masa depan adalah peran bagi profesional MIK. Peran ini melibatkan identifikasi kebutuhan informasi bagi organisasi atau proyek untuk mendukung hal dibawah ini yaitu
- A. Operasi sementara.
 - B. Implementasi kepatuhan.
 - C. Operasi strategis.
 - D. Proyeksi kebutuhan.
- 5) Berkaitan dengan data Referensi, Manajer Informasi Kesehatan bertanggung jawab terhadap
- A. Membuat rencana perawatan.
 - B. Mengelola formularium.
 - C. Membuat protokol, rencana perawatan, peringatan klinis, atau pengingat.
 - D. Memasukkan unsur-unsur informasi statis ini ke rekam medis pasien untuk mendukung dokumentasi klinis dan mungkin merupakan bagian dari tim peningkatan dokumentasi klinis

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C. *Quality Improvement*.
- 2) D. Nosologi.
- 3) A. Menyediakan tim dengan sumber daya, pelatihan, motivasi.
- 4) B. Terminologi medis.
- 5) D. Evaluasi kinerja dan kontrol produk.

Tes 2

- 1) A. SDK.
- 2) D. Membantu konsumen mengangani informasi kesehatan pribadinya, termasuk riwayat kesehatan probadi dan tentang pelepasan informasi
- 3) A. Pengembangan kebijakan URM
- 4) C. Operasi strategis.
- 5) D. Memasukkan unsur-unsur informasi statis ini ke rekam medis pasien untuk mendukung dokumentasi klinis dan mungkin merupakan bagian dari tim peningkatan dokumentasi klinis.

Glosarium

- SDK : Spesialis Data Klinis = khusus menangani data pemeriksaan.
- KIP : Koordinator Informasi Pasien
- MIK : Manajemen Informasi Kesehatan = prosedur kerja untuk Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
- URM : Unit Rekam Medis = unit yang mengelola manajemen dokumentasi rekam medis.

Daftar Pustaka

Abdelhak M, Mervat (2001) *Health Information: Management of a Strategic Resource*; W.B. Saunder Company; United States of America, A Harcourt Health Sciences Company.

Buletin Sistem Informasi Kesehatan, Kementerian Kesehatan, 2016, halaman 11.

Hatta G, 2010, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, UI Press, Jakarta.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Menpan) No. 135/Kep/Menpan/12/2002 dalam jabatan Fungsional Perkam Medis dan angka kreditnya.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 128/Menkes/SK/II/2004 *tentang Puskesmas.*

La. Tour, KathlyIn ,2001, *Concept and Standard Medical Record.*

M Kathleen LaTour, Eichenwald Shirley Maki (2010) *Health Information Management, Concepts, Principles, and Practice; Third Edition*, American Health Information Management Association; Chicago, Illinois.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Program Indonesia Sehat.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019, 2015, hal. 48-100.

Skurka, Margaret A (2003) *Health Information Management Principles and Organization for Health Services*, 5th ed. Chicago: AHA Press Company.

Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 34 ayat 3.

Undang –Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.

Wijono D, 2000, *Manajemen Mutu Pelayanan kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press, Surabaya.

BAB VI UPAYA MENJAGA MUTU

Arief Tarmansyah Iman. SKM., MKM

TUJUAN PEMBELAJARAN :

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan:

1. Menjelaskan pengertian pemecahan masalah dalam upaya menjaga mutu
2. Mengidentifikasi masalah dalam pelayanan rekam medis
3. Mengenal tahapan-tahapan pemecahan masalah dalam menjaga mutu
4. Dapat mengaplikasikan metoda pemecahan masalah di unit RM

PENDAHULUAN

Pelayanan rekam medis baik itu di rumah sakit maupun di puskesmas adalah merupakan sub sistem atau bagian integral dari pelayanan kesehatan yang juga harus terjaga mutunya, pelayanan rekam dalam sistem pelayanan kesehatan di puskesmas maupun di rumah sakit adalah merupakan ujung tombak dan titik awal pertemuan pasien dan keluarga yang membutuhkan pelayanan kesehatan, sehingga pelayanan yang tidak bermutu di awal pelayanan dapat menyebabkan atau mempengaruhi pelayanan selanjutnya. Untuk itu sangat penting menjaga pelayanan rekam medis sejak awal pelayanan hingga pasien selesai mendapatkan pelayanan dan pulang.

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu banyak upaya yang dapat dilaksanakan. Upaya tersebut akan terwujud jika dilaksanakan secara terarah dan terencana dalam ilmu administrasi kesehatan dikenal dengan nama Program Menjaga Mutu. Bab ini akan mempelajari mengenai apa bagaian upaya menjaga mutu pelayanan rekam medis sebagai bagian integral pelayanan kesehatan menggunakan cara atau pendekatan PDCA.

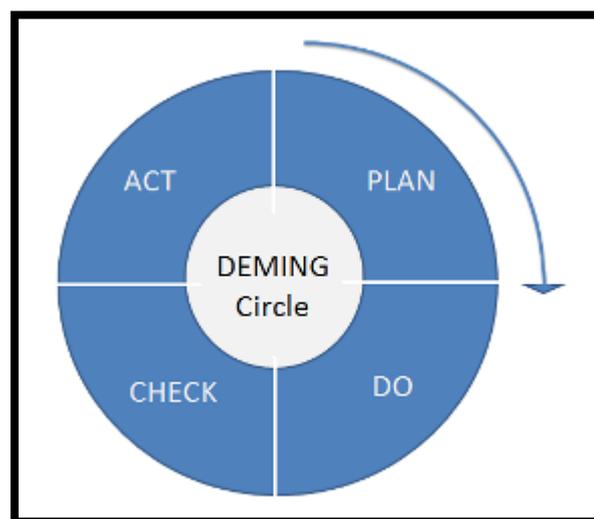
Topik 1 Konsep PDCA

A. PENGERTIAN

PDCA, merupakan singkatan dari bahasa Inggris "*Plan, Do, Check, Act*" (Rencanakan, Kerjakan, Cek, Tindak lanjut), yang mengandung pengertian suatu proses pemecahan masalah empat langkah iteratif yang umum digunakan dalam pengendalian kualitas. Dalam perkembangannya, metodologi analisis PDCA sering disebut "siklus Deming". Hal ini karena Deming adalah orang yang mempopulerkan penggunaannya dan memperluas penerapannya. Belakangan, Deming memodifikasi PDCA menjadi PDSA ("*Plan, Do, Study, Act*") untuk lebih menggambarkan rekomendasinya. Dengan nama apa pun itu disebut, PDCA adalah alat yang bermanfaat untuk melakukan perbaikan secara terus menerus tanpa berhenti.

Standar tentang sistem manajemen mutu yang diterapkan baik oleh hampir seluruh jenis usaha dan rumah sakit umum maupun rumah sakit swasta adalah ISO 9001:2008, dimana penerapannya mengedepankan pada pola proses bisnis yang terjadi dalam organisasi perusahaan, untuk meningkatkan mutu produk dan jasa/pelayanan sehingga mampu meningkatkan mutu dan kinerja organisasi secara berkesinambungan untuk memuaskan pelanggan.

Sistem ISO 9001:2008 ini fokus pada efektivitas dan proses perbaikan yang berkelanjutan dengan menggunakan pola pikir PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Dimana dalam PDCA, setiap proses dilakukan dengan perencanaan yang matang, implementasi yang terukur dan jelas, dilakukan evaluasi dan analisis data yang akurat, serta tindakan perbaikan yang sesuai dengan monitoring pelaksanaannya agar benar-benar bisa menyelesaikan masalah yang terjadi di organisasi.



Gambar 6.1 Siklus PDCA

B. MANFAAT

- 1) Untuk memudahkan pemetaan wewenang dan tanggung jawab dari sebuah unit organisasi;
- 2) Sebagai pola kerja dalam perbaikan suatu proses atau sistem di sebuah organisasi;
- 3) Untuk menyelesaikan serta mengendalikan suatu permasalahan dengan pola yang runtun dan sistematis;
- 4) Untuk kegiatan continuous improvement dalam rangka memperpendek alur kerja;
- 5) Menghapuskan pemborosan di tempat kerja dan meningkatkan produktivitas.

C. TAHAPAN PDCA

Konsep problem solving yang dapat diterapkan di Unit kerja RMIK adalah dengan menggunakan pendekatan P-D-C-A sebagai proses penyelesaian masalah. Secara ringkas, Proses PDCA dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. P (*Plan* = Rencanakan)

Plan disini berarti kita akan merencanakan SASARAN (GOAL=TUJUAN) dan PROSES apa yang dibutuhkan untuk menentukan hasil yang sesuai dengan SPESIFIKASI tujuan yang ditetapkan. PLAN ini harus diterjemahkan secara detil dan per sub-sistem.

Perencanaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi sasaran dan proses dengan mencari tahu hal-hal apa saja yang bermasalah untuk kemudian mencari solusi atau ide-ide untuk memecahkan masalah ini. Tahapan yang perlu diperhatikan, antara lain: mengidentifikasi pelayanan jasa, harapan, dan kepuasan pelanggan untuk memberikan hasil yang sesuai dengan spesifikasi. Kemudian mendeskripsikan proses dari awal hingga akhir yang akan dilakukan. Memfokuskan pada peluang peningkatan mutu (pilih salah satu permasalahan yang akan diselesaikan terlebih dahulu). Identifikasikanlah akar penyebab masalah. Mengacu pada aktivitas identifikasi peluang perbaikan dan/ atau identifikasi terhadap cara-cara mencapai peningkatan dan perbaikan dan terakhir mencari dan memilih penyelesaian masalah.

Perencanaan juga berarti suatu upaya menjabarkan cara penyelesaian masalah yang ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap serta saling terkait dan terpadu sehingga dapat dipakaisebagai pedoman dalam melaksanakan cara penyelesaian masalah. Hasil akhir yang dicapai dari perencanaan adalah tersusunnya rencana kerja penyelesaian masalah mutu yang akan diselenggarakan. Rencana kerja penyelesaian masalah mutu yang baik mengandung setidaknya-tidaknya tujuh unsur rencana yaitu:

- a. Judul rencana kerja (*topic*),
- b. Pernyataan tentang macam dan besarnya masalah mutu yang dihadapi (*problem statement*),
- c. Rumusan tujuan umum dan tujuan khusus, lengkap dengan target yang ingin dicapai (*goal, objective, and target*),
- d. Kegiatan yang akan dilakukan (*activities*),

- e. Organisasi dan susunan personalia pelaksana (*organization and personnels*)
- f. Biaya yang diperlukan (*budget*),
- g. Tolak ukur keberhasilan yang dipergunakan (*milestone*).

2. D (*Do* = Kerjakan)

Pada tahap ini adalah MELAKUKAN perencanaan sebagai sebuah PROSES yang telah ditetapkan sebelumnya. Ukuran-ukuran proses ini juga telah ditetapkan dalam tahap PLAN. Dalam konsep DO ini kita harus benar-benar menghindari penundaan, semakin kita menunda pekerjaan maka waktu kita semakin terbuang dan yang pasti pekerjaan akan bertambah banyak.

Pada langkah lakukan implementasi proses. Dalam langkah ini, yaitu melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dan memantau proses pelaksanaan dalam skala kecil (proyek uji coba). Implementasi harus Mengacu pada penerapan dan pelaksanaan aktivitas yang direncanakan.

Apabila pelaksanaan rencana tersebut membutuhkan keterlibatan staf lain di luar anggota tim, perlu terlebih dahulu diselenggarakan orientasi, sehingga staf pelaksana tersebut dapat memahami dengan lengkap rencana yang akan dilaksanakan. Pada tahap ini diperlukan suatu kerjasama dari para anggota dan pimpinan manajerial. Untuk dapat mencapai kerjasama yang baik, diperlukan keterampilan pokok manajerial, yaitu :

- a. Keterampilan komunikasi (*communication*) untuk menimbulkan pengertian staf terhadap cara penyelesaian mutu yang akan dilaksanakan
- b. Keterampilan motivasi (*motivation*) untuk mendorong staf bersedia menyelesaikan cara penyelesaian masalah mutu yang telah direncanakan
- c. Keterampilan kepemimpinan (*leadership*) untuk mengkoordinasikan kegiatan cara penyelesaian masalah mutu yang dilaksanakan
- d. Keterampilan pengarahan (*directing*) untuk mengarahkan kegiatan yang dilaksanakan.

3. C (*Check* = Evaluasi)

Artinya melakukan evaluasi terhadap SASARAN dan PROSES serta melaporkan apa saja hasilnya. Kita mengecek kembali apa yang sudah kita kerjakan, sudahkah sesuai dengan standar yang ada atau masih ada kekurangan.

- a. Memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi dan melaporkan hasilnya.
- b. Dalam pengecekan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yaitu memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi.
- c. Teknik yang digunakan adalah observasi dan survei. Apabila masih menemukan kelemahan-kelemahan, maka disusunlah rencana perbaikan untuk dilaksanakan selanjutnya. Jika gagal, maka cari pelaksanaan lain, namun jika berhasil, dilakukan rutinitas.
- d. Mengacup ada verifikasi apakah penerapan tersebut sesuai dengan rencana peningkatan dan perbaikan yang diinginkan.

Pada tahapan ketiga ini yang dilakukan ialah secara berkala memeriksa kemajuan dan hasil yang dicapai dan pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan. Tujuan dari pemeriksaan untuk mengetahui :

- a. Sampai seberapa jauh pelaksanaan cara penyelesaian masalahnya telah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
- b. Bagian mana kegiatan yang berjalan baik dan bagaian mana yang belum berjalan dengan baik.
- c. Apakah sumberdaya yang dibutuhkan masih cukup tersedia.
- d. Apakah cara penyelesaian masalah yang sedang dilakukan memerlukan perbaikan atau intuk dapat memeriksa pelaksanaan cara penyelesaian masalah, ada dua alat bantu yang sering dipergunakan yakni

1) Lembaran pemeriksaan (*check list*)

Lembar pemeriksaan adalah suatu formulir yang digunakan untuk mencatat secara periodik setiap penyimpangan yang terjadi. Langkah pembuatan lembar pemeriksian adalah:

- Tetapkan jenis penyimpangan yang diamati
- Tetapkan jangka waktu pengamatan
- Lakukan perhitungan penyimpangan

2) Peta kontrol (*control diagram*)

Peta kontrol adalahsuatu peta / grafik yang menggambarkan besarnya penyimpangan yang terjadi dalam kurun waktu tertentu. Peta kontrol dibuat berdasarkan lembar pemeriksaan. Langkah-langkah yang dilakukan dalam pembuatan peta kontrol adalah :

- Tetapkan garis penyimpangan minimum dan maksimum
- Tentukan prosentase penyimpangan
- Buat grafik penyimpangan
- Nilai grafik

4. A (**Act = Bertindak**)

Artinya melakukan evaluasi total terhadap hasil SASARAN dan PROSES dan menindaklanjuti dengan perbaikan-perbaikan. Jika ternyata apa yang telah kita kerjakan masih ada yang kurang atau belum sempurna, segera melakukan action untuk memperbaikinya. Proses ACT ini sangat penting artinya sebelum kita melangkah lebih jauh ke proses perbaikan selanjutnya.

- a. Menindaklanjuti hasil untuk membuat perbaikan yang diperlukan. Ini berarti juga meninjau seluruh langkah dan memodifikasi proses untuk memperbaikinya sebelum implementasi berikutnya.
- b. Menindaklanjuti hasil berarti melakukan standarisasi perubahan, seperti mempertimbangkan area mana saja yang mungkin diterapkan, merevisi proses yang sudah diperbaiki, melakukan modifikasi standar, prosedur dan kebijakan yang ada, mengkomunikasikan kepada seluruh staf, pelanggan dan suplier atas perubahan yang

dilakukan apabila diperlukan, mengembangkan rencana yang jelas, dan mendokumentasikan proyek. Selain itu, juga perlu memonitor perubahan dengan melakukan pengukuran dan pengendalian proses secara teratur.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan PDCA!
- 2) Sebutkan tahapan-tahapan dalam PDCA!
- 3) Sebutkan beberapa macam alat mutu yang dapat dipergunakan pada tahap Pengecekan / Chek!
- 4) Jelaskan manfaat penerapan PDCA!
- 5) Jelaskan tujuan utama pada tahapan perencanaan atau PLAN !

Petunjuk Jawab Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

- 1) Pengertian "PDCA"
- 2) Manfaat implementasi PDCA
- 3) Tahapan Siklus PDCA

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Teknik PDCA dikenal juga sebagai
 - A. Siklus Juran
 - B. Siklus Deming
 - C. TQM
 - D. Ishikawa

- 2) Salah satu manfaat dilakukannya tehnik PDCA adalah:
 - A. Memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi dan melaporkan hasilnya
 - B. Memantau, mengevaluasi, mengukur kesesuaian proses-proses yang telah dijalankan

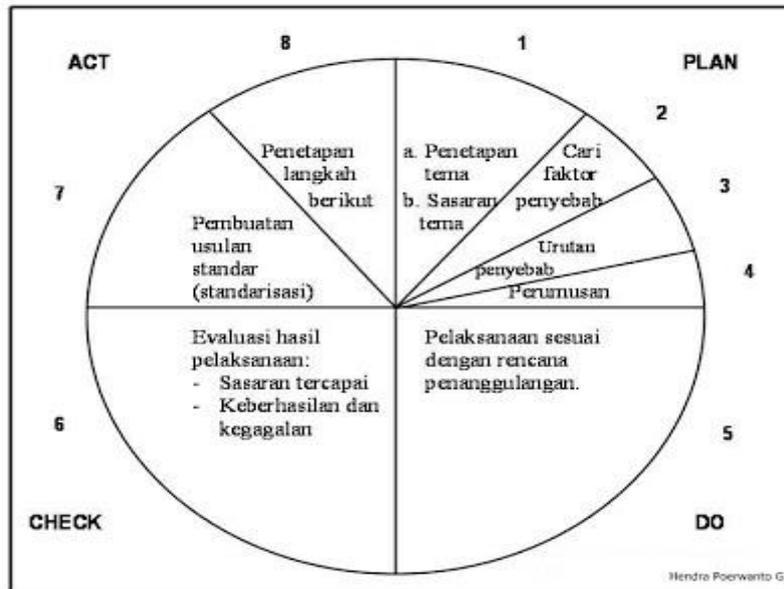
- C. Sebagai pola kerja dalam perbaikan suatu proses atau sistem di sebuah organisasi
 - D. Penetapan tema dan sasaran tema, mencari faktor penyebab, urutan penyebab, dan perumusan
- 3) Salah satu kegiatan perencanaan pada tehnik PDCA adalah
- A. Memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi dan melaporkan hasilnya
 - B. Memantau, mengevaluasi, mengukur kesesuaian proses-proses yang telah dijalankan
 - C. Melakukan evaluasi terhadap perubahan atau perbaikan terhadap proses proyek yang telah anda lakukan
 - D. Mengidentifikasi sasaran dan proses dengan mencari tahu hal-hal apa saja yang bermasalah untuk kemudian mencari solusi atau ide-ide untuk memecahkan masalah ini
- 4) Salah satu kegiatan utama dalam proses perencanaan adalah
- A. Mengidentifikasi akar penyebab masalah
 - B. Melaksanakan rencana yang telah disusun
 - C. Memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi dan melaporkan hasilnya
 - D. Verifikasi apakah penerapan tersebut sesuai dengan rencana peningkatan dan perbaikan yang diinginkan
- 5) Kegiatan pada fase Act / bertindak adalah
- A. Melakukan evaluasi total terhadap hasil SASARAN
 - B. Melakukan evaluasi total terhadap hasil PROSES
 - C. Melakukan evaluasi total terhadap hasil SASARAN dan PROSES
 - D. Melakukan evaluasi total terhadap hasil PERENCANAAN

Topik 2 Implementasi PDCA

PENDAHULUAN

Siklus *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) merupakan langkah-langkah penyelesaian masalah yang sistematis yang pada saat ini sudah banyak diaplikasikan di perusahaan besar di Indonesia, di negara-negara maju seperti Jepang, Jerman, USA siklus PDCA ini sudah lama diterapkan. Untuk dapat mengimplementasikan PDCA dalam konteks semangat perbaikan yang berkesinambungan untuk meningkatkan mutu organisasi, tidak hanya memerlukan pemahaman tentang konsep PDCA itu sendiri, tetapi juga memerlukan pemahaman akan pengetahuan dan keterampilan dalam penggunaan alat-alat manajemen kualitas.

Implementasi dari setiap tahap PDCA, dimulai dari tahap P (Plan) sampai A (Act), ini memerlukan seperangkat alat bantu yang dapat digunakan untuk mengefektifkan tindakan dalam setiap tahapan. Kaitan antara setiap tahapan dalam PDCA harus didukung alat kualitas yang diperlukan dalam setiap tahapan dalam PDCA akan terkait dengan hal-hal yang dilakukan dilakukan dalam setiap tahapan. Hal-hal yang perlu dilakukan dalam Implementasi setiap tahap dari PDCA dapat dilihat pada gambar. dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 6.2. Instrumen/*Tools* Dalam Menjaga Mutu

A. TAHAP PERENCANAAN (PLAN)

Pada tahap perencanaan, ada empat hal yang harus dilakukan dalam implementasinya yakni Penetapan tema dan sasaran tema, mencari faktor penyebab, urutan penyebab, dan perumusan. Artinya PDCA tahap ini diimplementasikan dalam bentuk tindakan menentukan

proses mana yang perlu diperbaiki dan perbaikan apa yang perlu dilakukan serta bagaimana melakukannya. Pendek kata, pada tahap ini, disusun rencana yang akan dilakukan, atau menentukan masalah yang akan diatasi atau kelemahan yang akan diperbaiki dan mencari solusi untuk mengatasi masalah tersebut. Menjadi kewajiban pimpinan organisasi untuk menentukan data dan informasi yang diperlukan agar dapat memilih hipotesis mana yang paling relevan untuk melakukan perbaikan proses. Pendek kata, pada tahap "perencanaan" pimpinan menyusun, merencanakan, mengkoordinasikan, mensosialisasikan, dan mengkomunikasikan tema atau persoalan inti yang hendak diselesaikan. Pada tahap ini diperlukan alat mutu untuk membantu mengidentifikasi masalah, dan menyusun rencana perbaikan seperti misalnya pemetaan layanan pelanggan, flowchart, analisis pareto, brainstorming, teknik diskusi kelompok, analisis pohon, matriks evaluasi, diagram sebab akibat (*fishbone*).

1. Menentukan Persoalan/Tema

Inventarisasi Masalah

Kumpulkan semua problem/masalah kelompok kerja. Semua anggota menyampaikannya dengan "*Brainstorming*"

Gunakan *check list* pertanyaan :

1..... 2. 3. 4.5.....s/d.....19.....20.

Daftar pertanyaan :

1. Apakah ada kesulitan/masalah yang dirasakan
2. Apakah ada program peningkatan PQCD (*Product, quality, cost, delivery*)
3. Apakah akan timbul permasalahan
4. Apakah ada masalah pada proses berikutnya akibat hasil kerja anda
5. Adakah rencana pencapaian target perusahaan.

a. *Mengelompokan masalah*

Tabel 6.1 Pengelompokan Masalah

Kelompok Masalah	Jenis Masalah
I	1, 2, 5, 8, 11,20
II	3, 6, 9, 19
III	4, 7, 12, 17, 18
IV	10, 13, 14, 15, 16

b. *Mengevaluasi Masalah*

Pertimbangkan terhadap faktor-faktor:

- 1) Tingkat kesulitan penanggulangan
- 2) Hubungan dengan target/rencana perusahaan

- 3) Perkirakan waktu/biaya penyelesaian
- 4) Perkirakan hasil yang diharapkan
- 5) Tingkat pemahaman anggota akan masalah
- 6) Tingkat kepentingan/kedaruratan (mendesak/tidak)

c. *Menentukan Tema*

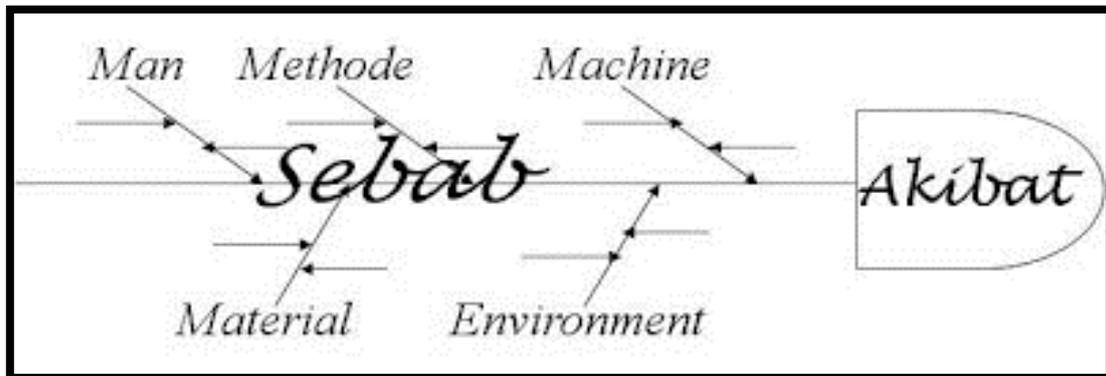
Berdasarkan dengan alasan pemilihan Tema maka Tema Circle dapat ditentukan. Misalnya : “Masalah keterlambatan lama waktu ditemukannya dokumen rekam medis rawat inap”.

d. *Mencari/Menetapkan Judul*

Berdasarkan dengan “Pareto Tema” setelah diuraikan, apabila tersedia data maka dapat ditentukan “JUDUL” setelah digambarkan dalam Pareto diagram, jika data tidak tersedia lakukan pengambilan data (periode tertentu) dan perhatikan proses kerja. Gunakan tools yang sesuai untuk menggambarkan permasalahan yang akan diatasi (misalnya Grafik, Histogram dll) dan buat alasan pemilihan Judul.

e. *Menentukan Sebab Dari Persoalan*

Lakukan “BRAINSTORMING” untuk mengumpulkan penyebab dari Masalah yang dibahas dengan memperhatikan aliran proses kerja, 4M+1E (*Man, Methode, Material, Machine dan Environment*) dan Pertanyaan Mengapa (WHY) sebanyak mungkin minimal 3 kali atau sampai keakar penyebab. Untuk memudahkan dalam pengisian diagram Tulang Ikan, gunakan *check list* terlebih dahulu, selanjutnya distratifikasi dan diuji.



Gambar 6.3. Diagram Ishikawa / tulang ikan

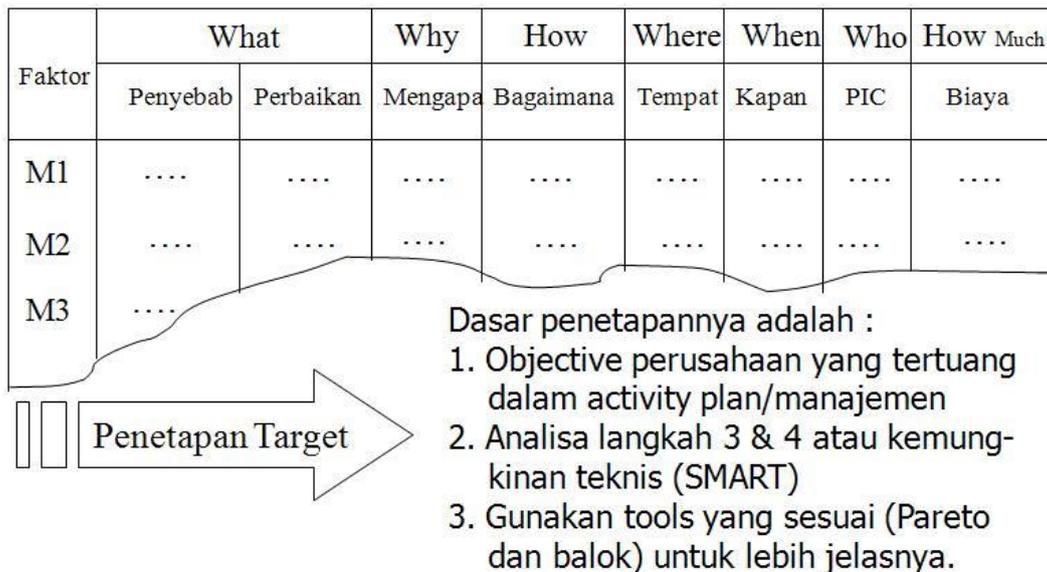
f. *Mempelajari Faktor-Faktor Apakah Yang Paling Berpengaruh*

Untuk mengetahui faktor penyebab yang paling berpengaruh dengan cara pembuktian lapangan yaitu melihat langsung keterkaitan antara penyebab dan akibat yang ada (fakta/nyata). Apabila tidak tersedia data sebagai dasar untuk menentukan penyebab dominan dari seluruh penyebab yang ada, maka cukup digambar atau dipotret dan diberi penjelasan sebagai bentuk analisa, selanjutnya apabila akan digambarkan dalam Pareto

dapat diberikan Score dengan memperhatikan proses sebagai dasar uraian dalam penetapan score. Gunakan tools yang sesuai untuk mengetahui korelasi/hubungan antara penyebab dan akibat begitu pula untuk mencari penyebab dominan. (Diagram pencar, Pareto dll).

g. Merencanakan Penanggulangan

Gunakan 5W2H dalam merencanakan penanggulangan:



Gambar 6.4 Perencanaan penanggulangan menggunakan 5W 1 H

Hasil tahapan pada fase perencanaan seperti diuraikan diatas dapat dilihat pada Contoh Kasus dibawah ini:

“Masalah keterlambatan lama waktu ditemukannya dokumen rekam medis rawat inap”

- **Judul rencana** : Penurunan angka keterlambatan ditemukannya dokumen rekam medis rawat inap di Rumas Sakit Afiat.

o Rumusan pernyataan dan uraian masalah

20% berkas dokumen rawat inap di Rumah Sakit Afiat pada bulan Januari 2017 mengalami keterlambatan saat ditemukannya / retrieval. Keterlambatan dari standar waktu yang ada adalah terjadi karena:

- (1). Faktor salah penyimpanan / Dokumen Rekam Medis tidak disimpan pada rak yang sesuai no Rekam Medis-nya
 - (a). Petugas penyimpanan kurang teliti meneliti Nomor Rekam Medis.
 - (b). Tulisan Nomor Rekam Medis pada sampul dokumen kurang jelas, sehingga terjadi kesalahan saat dibaca oleh petugas penyimpanan.
- (2). Faktor Keterlambatan pengembalian dokumen Rekam Medis dari unit pelayanan.
 - (a). Berkas masih diperbaiki pencatatannya di unit pelayanan

- (b). Berkas dipinjam oleh unit lain
- (c). Berkas tercecer di unit pelayanan
- (3). Berkas belum disimpan di rak penyimpanan
 - (a). Berkas terlambat pengembaliannya dari unit pelayanan
 - (b). Jumlah Petugas penyimpanan kurang

o Rumusan tujuan:

Menurunkan angka keterlambatan pengambilan kembali dokumen rawat inap di RS Afiat dari 30% pada bulan januari 2017 menjadi 10% pada bulan maret 2017

o Uraian kegiatan:

Rencana perbaikan prosedur pencatatan dan penyimpanan antara lain :

- (1) Memperbaiki prosedur penulisan Nomor Reka Medis pada sampul menggunakan spidol (font yang lebih besar dan jelas).
- (2) Rotasi petugas penyimpanan.
- (3) Pembuatan lembar *ceck list* pengembalian Rekam Medis.
- (4) Melakukan observasi berkala berkas yang dikembalikan.
- (5) Sosialisasi prosedur baru.
- (6) Monitoring.

o Metode dan kriteria penilaian:

- 1. Obervasi dan supervisi
- 2. Sosialisasi SOP

o Waktu

Tabel 6.2
Kegiatan Dalam Prosedur Penulisan Nomor Rekam Medis

No	Kegiatan	Jan				Feb				Maret			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Memperbaiki prosedur penulisan No RM pada sampul menggunakan spidol (font yang lebih besar dan jelas).												
2	Rotasi petugas penyimpanan.												
3	Pembuatan lembar <i>ceck list</i> pengembalian Rekam Medis.												
4	Melakukan observasi berkala berkas yang dikembalikan.												
5	Sosialisasi prosedur baru.												
6	Monitoring												

o Pelaksana

bertugas untuk mengidentifikasi

- Kegiatan ini dilaksanakan oleh:
- 1 orang untuk monitoring
- 1 orang bertugas untuk supervisi
- 1 orang bertugas untuk sosialisasi

o Biaya

Tidak Ada

Pada kasus di unit Rekam medis dan Informasi Kesehatan ini, setelah diketahui perumusan masalahnya selanjutnya hasil diskusi dalam organisasi menentukan langkah selanjutnya, dalam kasus ini misalnya kegiatan yang dilakukan adalah :

- a) Memperbaiki prosedur penulisan No RM pada sampul menggunakan spidol (*font* yang lebih besar dan jelas).
- b) Rotasi petugas penyimpanan.
- c) Pembuatan lembar *ceck list* pengembalian Rekam Medis.
- d) Melakukan observasi berkala berkas yang dikembalikan.
- e) Sosialisasi prosedur baru.
- f) Monitoring.

B. TAHAP PELAKSANAAN (DO)

Tahap "Melakukan" berarti implementasi atau mengerjakan apa yang sudah direncanakan. Melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dan memantau proses pelaksanaannya. Pada tahap ini, ambillah keputusan berdasarkan tahapan Plan, dimana anda akan melihat problem-problem yang mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap proses atau project yang anda kerjakan. Fokuskan perbaikan/solusi terhadap masalah terbesar saja (mungkin hanya terdapat 2 atau 3 masalah utama yang mempunyai pengaruh sangat besar). pada tahap "mengerjakan, pimpinan melakukan, melaksanakan, menerapkan, mengimplementasikan apa yang telah dihasilkan pada tahap "perencanaan". Alat-alat mutu yang biasa digunakan untuk membantu implementasi tahap ini antara lain keterampilan memimpin kelompok kecil, desain eksperimen, resolusi konflik, dan pelatihan sambil kerja.

Yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan perbaikan adalah :

1. Menerapkan langkah-langkah perbaikan sesuai dengan rencana.
2. Uraikan secara jelas dari perbaikan yang dilakukan.
3. Sertakan dengan gambar untuk lebih memperjelas dari perbaikan yang dilakukan.

Tabel 6.3 Langkah-langkah perbaikan mutu

Penyebab	Tindakan/Perbaikan	Gambar
1.	Uraikan langkah- Langkah Perbaikannya	Perjelas dg Gambar
2.		
3.		
4.		

Sesuai kasus diatas, dengan perencanaan yang sebelumnya telah disusun maka pada tahap pelaksanaan, rincian kegiatannya adalah sebagai berikut :

1. Memperbaiki prosedur penulisan No RM pada sampul menggunakan spidol (font yang lebih besar dan jelas)
2. rotasi petugas penyimpanan
3. pembuatan lembar *ceck list* pengembalian Rekam Medis.
4. melakukan observasi berkala berkas yang dikembalikan
5. Sosialisasi prosedur baru
6. Monitoring

C. TAHAP CHECK (PENGECEKAN)

Tahap Pengecekan diimplementasikan dengan mengawasi proses "mengerjakan" dan mengumpulkan baseline information untuk menentukan keadaan nyata sekarang mengenai jalannya proses apakah hasil yang terjadi sesuai dengan perencanaan. Meneliti apa yang telah dilaksanakan dan menemukan kelemahan-kelemahan yang perlu diperbaiki. Berdasarkan kelemahan-kelemahan tersebut disusun rencana perbaikan untuk dilaksanakan selanjutnya. Tahap "mengerjakan" diimplementasikan dengan melakukan evaluasi terhadap hasil perbaikan. Pada tahap ini, anda harus melakukan evaluasi terhadap perubahan atau perbaikan terhadap proses proyek yang telah anda lakukan. Kemudian harus anda pelajari, seberapa efektifkah dan seberapa besar pengaruhnya langkah perbaikan tersebut terhadap proyek anda. Pimpinan organisasi memeriksa, memonitor, mengecek, mengukur, mengevaluasi segala hal yang dikerjakan pada tahap "mengerjakan". Ada tiga kemungkinan hasil yang dapat diamati dari implementasi tahap pengecekan antara lain :

1. Hasilnya bermutu sesuai yang direncanakan, sehingga prosedur bersangkutan dapat dipergunakan di masa mendatang.
2. Hasilnya tak bermutu, tidak sesuai yang direncanakan sehingga prosedur yang bersangkutan tersebut tidak sesuai dan harus diganti atau diperbaiki di masa mendatang.
3. Prosedur yang bersangkutan mungkin dapat dipakai untuk keadaan berbeda. Dengan demikian, proses sesungguhnya tidak berakhir pada langkah Act, tetapi kembali lagi pada langkah pertama dan seterusnya. beberapa alat kualitas yang digunakan dalam

implementasi tahap ini antara lain Check sheet, analisis grafik, control chart, indikator kinerja kunci.

Selanjutnya sesuai dengan urutan siklus PDCA pada kasus ini, tahapan Chek pada kasus ini adalah :

Tabel 6.4 Pengecekan

No	Kegiatan	dilakukan	Tidak dilakukan
1	Penulisan No RM pada sampul menggunakan spidol (font yang lebih besar dan jelas)		
2	rotasi petugas penyimpanan		
3	pembuatan lembar ceklis pengembalian RM		
4	melakukan observasi berkala berkas yang dikembalikan		
5	Sosialisasi prosedur baru		
6	Monitoring		

D. TAHAP TINDAK LANJUT (ACT)

Tahap Tindak Lanjut diimplementasikan dengan membuat usulan standard dan menetapkan langkah selanjutnya berdasarkan temuan dari tahap "mengawasi". Implementasi tahap ini dimaksudkan untuk menjawab bagaimana tindak lanjut untuk menjadi lebih baik di kemudian hari dan melaksanakan keseluruhan rencana peningkatan perbaikan, termasuk perbaikan kelemahan-kelemahan yang telah ditemukan. Pada tahap ini ada kemungkinan dilakukan standarisasi ulang proses dan persiapan terhadap perbaikan berikutnya. Pada tahap ini, proses perbaikan yang terbaik efeknya terhadap proyek akan digunakan/diterapkan dalam proses dan selalu dimonitoring kemudian distandarisasi sebagai suatu prosedur standar. Setelah proses/ proyek anda mengalami perubahan baik dan stabil maka segera lakukan persiapan lagi untuk melakukan perbaikan yang lebih baik lagi. Dan begitu seterusnya. Pimpinan melaporkan, mempertanggungjawabkan, menindaklanjuti, memperbaiki dan meningkatkan performansi. Lebih dari itu, pimpinan memutuskan perubahan yang akan diimplementasikan; Bila berhasil, perlu disusun prosedur yang baku. Memutuskan sejauh mana perlu pelatihan ulang dan tambahan bagi karyawan terkait serta mengkaji perubahan tersebut punya efek negatif terhadap bagian lain organisasi atau tidak. Selanjutnya, memantau terus perubahan tersebut. Implementasi tahap ini memerlukan seperangkat alat bantu seperti pemetaan proses, standarisasi proses, informasi pengendalian, pelatihan formal untuk kepentingan standarisasi proses.

Pada kasus ini Setelah mendapatkan hasil dari proses pengecekan atau evaluasi. Perbaikan yang dilakukan meliputi:

1. Melengkapi kekurangan dari hasil evaluasi agar program ini memperoleh hasil yang maksimal.
2. Menerima dan mempertimbangkan masukan berbagai pihak.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan beberapa macam alat mutu yang dapat dipergunakan untuk mengidentifikasi masalah, dan menyusun rencana perbaikan pada tahap perencanaan!
- 2) Jelaskan beberapa macam alat mutu yang dapat dipergunakan pada tahap Pengecekan / *Check*!
- 3) Jelaskan tiga kemungkinan hasil yang dapat diamati dari implementasi tahap pengecekan!
- 4) Uraikan beberapa alat bantu Alat-alat mutu yang biasa digunakan untuk membantu implementasi Pelaksanaan!
- 5) Uraikan contoh hasil kegiatan pada tahap perencanaan!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

- 1) Tools / alat dalam implementasi PDCA
- 2) Kasus di Unit RMIK menggunakan tehnik PDCA

Ringkasan

Konsep PDCA adalah siklus yang pada implementasinya dimaksudkan untuk membangun budaya mutu berbasis perbaikan terus menerus. Implementasi konsep PDCA untuk desain wewenang dan tanggungjawab dijabarkan berikut ini. *Plan* (perencanaan) yaitu apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya? Pada tahapan perencanaan ini, rumusan desain diarahkan pada mengembangkan sasaran dan proses-proses yang diperlukan untuk mencapai hasil yang sesuai dengan kebijakan organisasi atau sesuai persyaratan pengguna. *Do* (melaksanakan), yaitu mengerjakan yang direncanakan. Pada tahapan melaksanakan ini, rumusan desain diarahkan pada melaksanakan strategi, kebijakan, dan proses-proses yang diperlukan untuk mencapai hasil yang telah ditetapkan dalam sasaran mutu atau sesuai persyaratan pengguna. *Check* (memeriksa), yaitu apakah hasil yang terjadi sesuai dengan yang direncanakan. Pada tahapan memeriksa ini, rumusan desain diarahkan pada memantau, mengevaluasi, mengukur kesesuaian proses-proses yang telah dijalankan dan produk yang telah dihasilkan dengan kebijakan organisasi, sasaran mutu dan persyaratan produk yang telah ditetapkan. Diperlukan untuk mencapai hasil yang sesuai

dengan kebijakan organisasi atau sesuai persyaratan pengguna. *Action* (tindaklanjut), yaitu apakah tindaklanjut yang akan diambil dengan hasil yang diperoleh dan upaya yang diperlukan untuk meningkatkan hasil yang diperoleh?

Unit rekam medis dan informasi kesehatan sebagai salah satu unit di organisasi rumah sakit dalam upaya menjaga mutunya dipergunakan metode PDCA. Untuk dapat mengimplementasikan PDCA dalam konteks semangat perbaikan yang berkesinambungan, tidak hanya memerlukan pemahaman tentang konsep PDCA itu sendiri, tetapi juga memerlukan pemahaman akan pengetahuan dan keterampilan dalam penggunaan alat-alat manajemen mutu.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) *Flowchart, analisis pareto, brainstorming*, teknik diskusi kelompok, analisis pohon, matriks evaluasi, diagram sebab akibat (fishbone) adalah beberapa alat mutu yang dapat dipergunakan pada tahap
 - A. Perencanaan
 - B. Pelaksanaan
 - C. Pengecekan
 - D. Tindak lanjut

- 2) Meneliti apa yang telah dilaksanakan dan menemukan kelemahan-kelemahan yang perlu diperbaiki, adalah kegiatan yang dilaksanakan pada tahap
 - A. Perencanaan
 - B. Pelaksanaan
 - C. Pengecekan
 - D. Tindak lanjut

- 3) Pemetaan proses, standardisasi proses, informasi pengendalian, pelatihan formal untuk kepentingan standardisasi proses, adalah seperangkat alat bantu mutu yang dapat dipergunakan pada tahap
 - A. Perencanaan
 - B. Pelaksanaan
 - C. Pengecekan
 - D. Tindak lanjut

- 4) Beberapa alat mutu seperti *Check sheet*, analisis grafik, *control chart*, indikator kinerja kunci adalah alat mutu yang dipergunakan pada tahap
 - A. Perencanaan
 - B. Pelaksanaan

- C. Pengecekan
 - D. Tindak lanjut
- 5) Pada kasus yang telah dibahas diatas di unit rekam medis, kegiatan yang dilakukan adalah mengadakan sosialisasi kepada petugas pencarian kembali (retrieval), petugas prosesi dan petugas tracer tentang cetakan tracer permintaan rekam medis yang baru kegiatan ini dilakukan pada tahap
- A. Perencanaan
 - B. Pelaksanaan
 - C. Pengecekan
 - D. Tindak lanjut

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) D
- 3) D
- 4) A
- 5) C

Tes 2

- 1) A
- 2) C
- 3) D
- 4) B
- 5) C

Glosarium

ISO 9001:2008	: Standar internasional untuk sistem manajemen Mutu / kualitas
BRAINSTORMING	: Teknik kreativitas yang mengupayakan pencarian penyelesaian dari suatu masalah tertentu dengan mengumpulkan gagasan secara spontan dari anggota kelompok
SOP	Standar Operating Procedur

Daftar Pustaka

Aji Laksono. <http://belajarmachining.blogspot.co.id/2012/06/8-tools-pdca.html>

Al-Assaf, A.F, MD.QA. Mutu Pelayanan Kesehatan: Perspektif Internasional, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2003

Ariani Puspita Dewi, Hari Susanta N & Sari Listyorini, Analisis Pengendalian Kualitas Dengan Pendekatan P.D.C.A. (*Plan-Do-Check-Act*) Berdasarkan Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit Pada Rsud Dr. Adhyatma Semarang (Studi Kasus Pada Instalasi Radiologi), Diponegoro Journal Of Social And Politic Tahun 2013, Hal. 1-12
<http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/>

Poerwanto, Hendra G. Plan-Do-Check-Act (PDCA), <https://sites.google.com/site/kelolakualitas/PDCA> diakses 15 Agustus 2017

Wiyono, Djoko. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori, Strategi, dan Aplikasi vol.2. 2000



MANAJEMEN MUTU INFORMASI KESEHATAN I: *QUALITY ASSURANCE*

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3,
Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120

Telp. 021 726 0401

Fax. 021 726 0485

Email. pusdiknakes@yahoo.com