

**MODUL PENJAMINAN MUTU PELAYANAN  
KESEHATAN**



**Disusun Oleh:**

**TIM DOSEN PRODI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN**

**UNIVERSITAS INDONESIA MAJU**

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASIKESEHATAN**

**FAKULTAS VOKASI**

**UNIVERSITAS INDONESIA MAJU**

**JAKARTA**

**2022**



## **Modul Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan**

Nama Mahasiswa : \_\_\_\_\_  
NPM : \_\_\_\_\_

Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Fakultas Vokasi

Universitas Indonesia Maju

2022

## **KATA PENGANTAR**

Buku petunjuk praktikum ini disusun untuk memenuhi kebutuhan mahasiswa sebagai panduan dalam melaksanakan praktikum Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan, untuk mahasiswa program studi D4 Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) UIMA. Dengan adanya buku petunjuk praktikum ini diharapkan akan membantu dan mempermudah mahasiswa dalam memahami dan melaksanakan praktikum Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan sehingga akan memperoleh hasil yang baik.

Materi yang dipraktikkan merupakan materi yang selaras dengan materi kuliah Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan. Untuk itu dasar teori yang didapatkan saat kuliah juga akan sangat membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktikum ini.

Buku petunjuk ini masih dalam proses penyempurnaan. Insha Allah perbaikan akan terus dilakukan demi kesempurnaan buku petunjuk praktikum ini dan disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Semoga buku petunjuk ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, September 2022

Penyusun

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I MENGUKUR MUTU PELAYANAN KESEHATAN.....	1
BAB II INDIKATOR DAN STANDAR MUTU PELAYANAN KESEHATAN.....	7
BAB III TEKNIK DALAM QUALITY ASSURANCE .....	13
BAB IV MENJAGA MUTU PELAYANAN KESEHATAN.....	17
BAB V APLIKASI KEGIATAN QUALITY ASSURANCE DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN.....	24
BAB VI UPAYA MENJAGA MUTU .....	30
BAB VII IMPLEMENTASI PDCA .....	34
DAFTAR PUSTAKA .....	43

# **BAB I**

## **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 ahir pelayanan yang pada tujuan pokoknya adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat atau perseorangan.

#### **4. Lingkup Program**

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

Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UndangUndang 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](http://www.google.com)

**Gambar 1.1.** 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

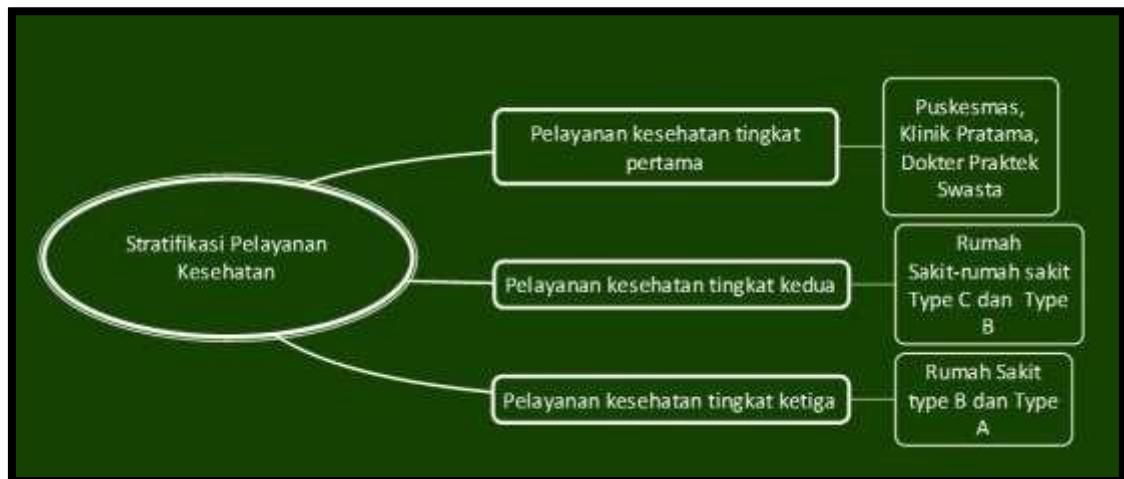


seperti Rumah Sakit type B dan Type A (Azwar, 1996).



Sumber : [www.google.com](http://www.google.com)

**Gambar 1.2.** Fasilitas Kesehatan Tingkat 3



**Gambar 1.3.** 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

(*continuous*), 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 ditetapkan.

## **BAB II**

# **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 tergambarkan 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, pengorganisasian, 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 2.1.** 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 popgram menjaga mutu secara umum terbagi menjadi dua, yaitu:

#### **1. Standar Persyaratan Minimal**

Standar persyaratan Minimalial adalah standar yang menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggranya 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 pelakasa 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 batasbatas 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 narkoba, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan).	Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna narkoba, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.



## **BAB III**

### **TEKNIK 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 meningkatkan 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, inpeksi final.

<p><i>Area inspeksi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a. Inspeksi penerimaan</i></li><li><i>b. Inspeksi sumber</i></li><li><i>c. Inspeksi dalam proses</i></li><li><i>d. Inspeksi final</i></li></ul>
--

**Gambar 3.1.** 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, bersamaan 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?".

## **BAB IV**

### **MENJAGA MUTU 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 mengkhususkan 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 4.1** 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 4.1** *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 dating	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 dating	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).

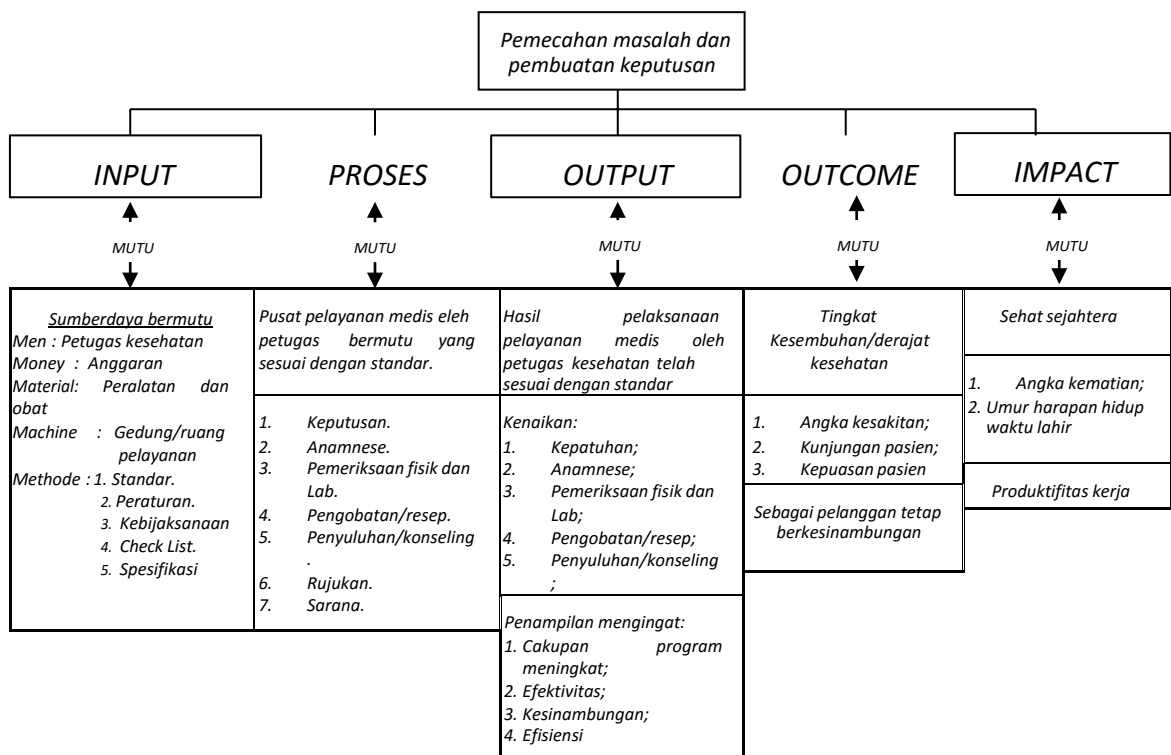
Program QA lebih menekankan kegiatannya pada Proses pelayanan kesehatan yang langsung berhubungan dengan standar pelayanan medis (*standar operating procedure*), tanpa mengabaikan *Input* atau *Impact*, karena *Input* dan *Impact* banyak dipengaruhi berbagai macam faktor *intern* maupun *ekstern* selain 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 4.2**

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 anamnese, 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 kegiatan 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.

## **BAB V**

### **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. Kebijaksanaan 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:

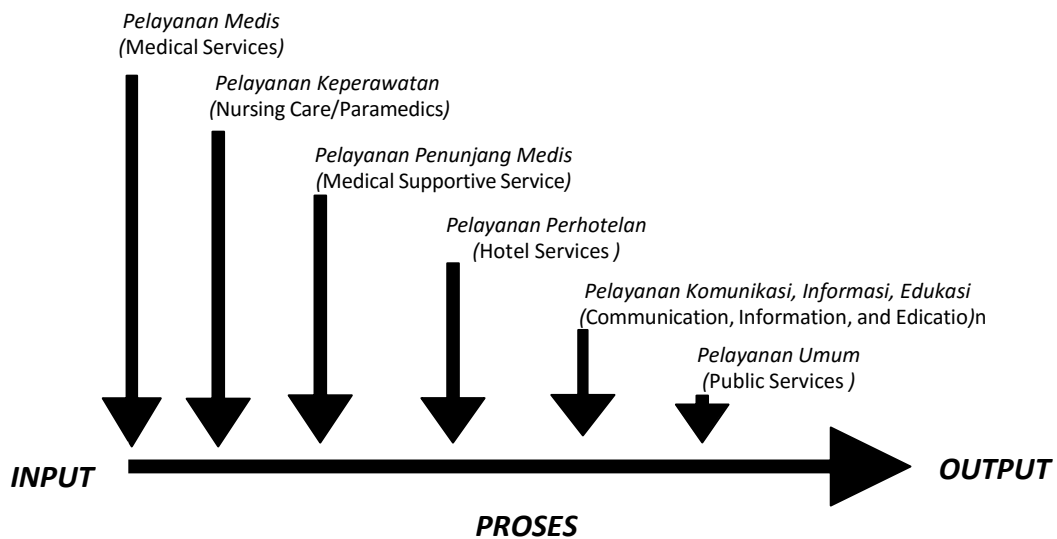
- a. Lini depan : pelayanan langsung, sehari-hari, yaitu;
  - 1) Penerimaan dan transfer pasien(triase);
  - 2) Rekam medis atau pencatatan pelaporan;
  - 3) Pelayanan klinik / tindakan medis dan keperawatan;
  - 4) Pelayanan laboratorium;
  - 5) Pelayanan radiologi;
  - 6) Pelayanan transfusi darah;
  - 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 Metik, standarisasi prosedur pelayanan, akreditasi;
  - 3) Pendidikan dan latihan mutu;
  - 4) Penanganan keluhan, klaim da 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 5.1** 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.

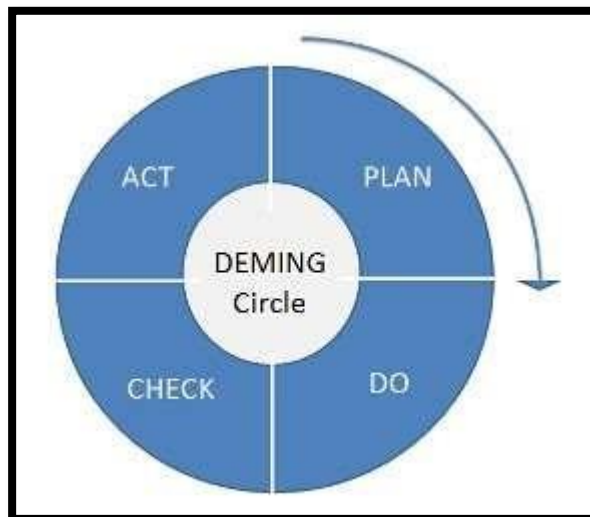
## BAB VI UPAYA MENJAGA MUTU

### A. KONSEP PDCA

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 bagaiian 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 bedasarkan 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)**

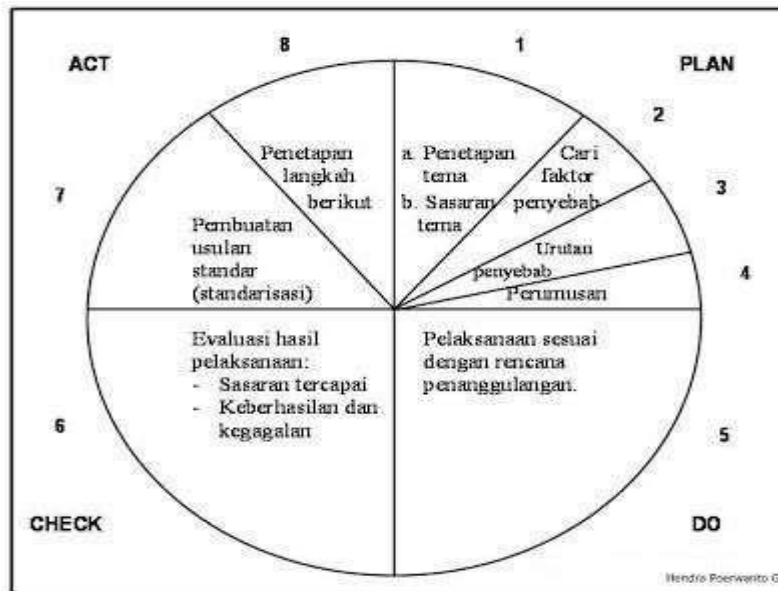
Artinya melakukan evaluasi total terhadap hasil SASARAN dan PROSES dan menindaklanjuti dengan perbaikan-perbaikan. Jika ternyata apa yang telah kita kerjakan masih ada yang kurang atau belum sempurna, segera melakukan action untuk memperbaikinya. Proses ACT ini sangat penting artinya sebelum kita melangkah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

## BAB VII IMPLEMENTASI PDCA

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 7.1.** 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. Mengelompokkan masalah*

**Tabel 7.1** 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) Perkiraan waktu/biaya penyelesaian
- 4) Perkiraan hasil yang diharapkan
- 5) Tingkat pemahaman anggota akan masalah
- 6) Tingkat kepentingan/kedaruratan (mendesak/tidak)

c. *Menentukan Tema*

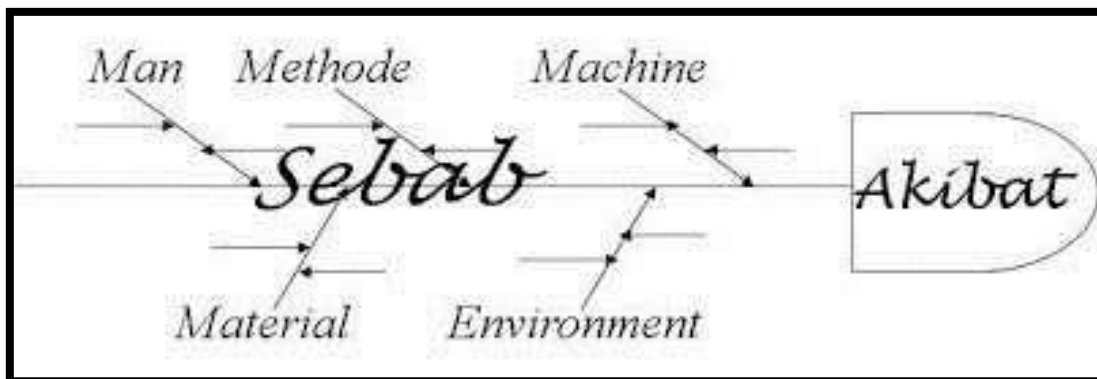
Berdasarkan dengan alasan pemilihan Tema maka Tema Circle dapat ditentukan. Misalnya : “Masalah keterlambatan lama waktu ditemukannya dokumen rekam medis rawat inap”.

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 ke akar penyebab. Untuk memudahkan dalam pengisian diagram Tulang Ikan, gunakan *check list* terlebih dahulu, selanjutnya distratifikasi dan diuji.



**Gambar 7.2.** 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 7.3**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 Rumah 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 7.2**

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, ambilah 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 7.3** Langkah-langkah perbaikan mutu

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

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 7.4** 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, standardisasi proses, informasi pengendalian, pelatihan formal untuk kepentingan standardisasi proses.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariga, R. A. (2020). *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Deepublish.
- Bramantoro, T. (Ed.). (2017). *Pengantar Klasifikasi dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan: Penjelasan Praktis dari Undang-Undang dan Peraturan Menteri Kesehatan*. Airlangga University Press.
- CAHYANI, D. Y. A. A., & Wahyuningsih, A. (2018). MUTU PELAYANAN KESEHATAN DAN KEPUASAN PASIEN. *JURNAL STIKES RS Baptis Kediri*, 11(1).
- Djuari, L. (Ed.). (2021). *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Wibowo, N. M., Utari, W., Muhith, A., & Widiastuti, Y. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Era Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Pelayanan Berkeadilan*.