



PEDOMAN PENGENDALIAN DAN PENINGKATAN MUTU DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
2016

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR ISTILAH	v
KATA PENGANTAR	vi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
1.2.1 Tujuan Umum	2
1.2.2 Tujuan Khusus	2
1.3 Manfaat	2
1.4 Ruang Lingkup	2
BAB 2 MUTU LAYANAN KESEHATAN	3
2.1 Pengertian Mutu Layanan Kesehatan	3
2.2 Kerangka Konsep Peningkatan Mutu di FKTP	4
2.3 Dimensi Mutu Layanan Kesehatan	4
2.4 Kepuasan Pelanggan	5
2.4.1 Mendefinisikan Pelanggan	5
2.4.2 Pengertian Kepuasan Pelanggan	6
2.4.3 Pengukuran Kepuasan Pelanggan	6
BAB 3 PRINSIP PENGENDALIAN DAN PENINGKATAN MUTU	8
3.1 Keinginan Untuk Berubah	8
3.2 Mendefinisikan Mutu	8
3.3 Pengukuran Mutu	9
3.4 Memahami Saling Ketergantungan	10
3.5 Memahami Sistem	10
3.6 Investasi Dalam Belajar	10
3.7 Mengurangi Biaya	11
3.8 Komitmen Kepemimpinan	11
BAB 4 INDIKATOR MUTU FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA	Error! Bookmark not defined.
4.1 Indikator Mutu	Error! Bookmark not defined.
4.2 Indikator Peningkatan Mutu Berkelanjutan	Error! Bookmark not defined.
4.3 Tim Mutu	Error! Bookmark not defined.
4.3.1 Struktur Tim Mutu	Error! Bookmark not defined.
4.3.2 Uraian Tugas Tim Mutu	Error! Bookmark not defined.
BAB 5 UPAYA PENGENDALIAN DAN PENINGKATAN MUTU	12
5.1 Kepemimpinan dan Manajemen FKTP	13
5.2 Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien	Error! Bookmark not defined.

5.3 Manajemen Penunjang Layanan Klinis	15
5.4 Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien	17
5.5 Pelaksanaan Pengendalian Mutu	18
5.5.1 <i>Pelaksanaan Internal Audit</i>	18
5.5.2 <i>Pelaksanaan Tinjauan Manajemen</i>	19
BAB 6 SIKLUS PERBAIKAN MUTU.....	49
6.1 Perencanaan (Plan)	49
6.2 Pelaksanaan (Do).....	52
6.3 Periksa (Check).....	53
6.4 Aksi (Act).....	55
BAB 7 PENUTUP.....	7
DAFTAR PUSTAKA.....	8
LAMPIRAN	9

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Persepsi Perhatian Segera Perawat Menurut Pasien, Perawat, dan Dokter

Tabel 4.1 Indikator Mutu FKTP

Tabel 4.2 Kriteria Indikator Mutu

Tabel 5.1 Standar Mutu FKTP

Tabel 5.2 Standar Mutu Layanan Klinis FKTP

Tabel 5.3 Standar Penunjang Layanan Klinis di FKTP

Tabel 5.4 Standar Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien

Tabel 6.1 Contoh Tabel Pemantauan Pelaksanaan Uji Coba

Tabel 6.2 Contoh Tabel Evaluasi Hasil 1

Tabel 6.3 Contoh Tabel Evaluasi Hasil 2

Tabel 6.4 Indikator Siklus PDCA

Tabel 7.1 Kategori Penilaian Masalah

Tabel 7.2 Penilaian Bobot Masalah oleh Petugas Kesehatan

Tabel 7.3 Rencana Penyelesaian Masalah

Tabel 7.4. Rencana perbaikan Puskesmas Purwakarta

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Peningkatan Mutu di FKTP

Gambar 4.1 Struktur Tim Mutu di FKTP

Gambar 6.1 Siklus PDCA

Gambar 6.2 Contoh Hasil Survei Kepuasan Pelanggan 3 Bulanan

Gambar 6.3 Contoh Hasil Survei Kepuasan Pelanggan 3 Bulanan

Gambar 7.1 Alur pelayanan apotik di Puskesmas Purwakarta

Gambar 7.2 Lama waktu tunggu pelayanan kesehatan di Puskesmas Purwakarta

Gambar 7.3 Rata-rata waktu tunggu pasien di apotik Puskesmas Purwakarta

Gambar 7.4 Diagram Ishikawa: Identifikasi Akar Masalah Puskesmas Purwakarta

Gambar 7.5 Lama Waktu Tunggu Pasien Di Apotik Puskesmas Purwakarta

DAFTAR ISTILAH

FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer
Puskesmas	: Pusat kesehatan masyarakat
CQI	: <i>Continuous Quality Improvement</i>
PDCA	: <i>Plan – Do – Check – Act</i>
IOM	: Institute of Medicine
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
PLN	: Perusahaan Listrik Negara
QMR	: <i>Quality Management Representative</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: <i>Standard Operating Procedure</i>
FIFO	: <i>First In First Out</i>
SK	: Surat Keputusan

KATA PENGANTAR

Mutu merupakan hal yang

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat secara mandiri bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu, baik yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta diselenggarakan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu upaya kesehatan tingkat pertama/primer, upaya kesehatan tingkat kedua/sekunder, dan upaya kesehatan tingkat ketiga/tersier. Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) yaitu Puskesmas, Klinik Pratama dan Praktik Mandiri Dokter/ Dokter Gigi, merupakan garda terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Pelayanan kesehatan baik bagi individu maupun masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional. Saat yang bersamaan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi membuat tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu semakin tinggi. Selain itu, aspek pemerataan dan perluasan jangkauan juga harus dipenuhi untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Upaya peningkatan mutu berkesinambungan (*Continuous Quality Improvement (CQI)*) bertujuan untuk meningkatkan keluaran proses dengan memperbaiki kapasitas organisasi secara menyeluruh, menurunkan dan mengendalikan variabilitas yang terdapat dalam proses untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara konsisten (Leebov dan Ersoz, 1991). CQI berfokus pada proses individu, mengakui peran pelanggan internal dan eksternal serta berbasis pada data dalam menganalisis dan memperbaiki proses. Upaya peningkatan mutu berkesinambungan merupakan jawaban atas segala perubahan dan tantangan yang dihadapi organisasi pelayanan kesehatan.

Dalam rangka menjamin mutu dan keselamatan pasien, keluarga, kelompok, masyarakat dan tenaga kesehatan di Puskesmas, Klinik, dan Praktik Mandiri diperlukan upaya peningkatan proses pelayanan secara berkesinambungan dan konsisten. Hal ini sejalan dengan program akreditasi Pemerintah terhadap Puskesmas, Klinik dan Praktik Mandiri. Selain itu, Pemerintah melakukan akreditasi untuk meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik

Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, perlu disusun pedoman pengendalian dan peningkatan mutu di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Sebagai acuan bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yaitu Puskesmas, Klinik Pratama dan Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi dalam upaya pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan buku pedoman ini adalah agar pembacanya dapat:

1. Memahami pentingnya upaya pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan di FKTP
2. Memahami pengertian, kerangka konsep, dimensi mutu pelayanan di FKTP

Memahami prinsip-prinsip upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP

3. Memahami indikator upaya pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan di FKTP
4. Mampu melakukan siklus pengendalian dan peningkatan mutu (*Plan – Do – Check – Act*) secara terus menerus dan berkelanjutan di FKTP yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan.

1.3 Manfaat

Melalui pedoman ini diharapkan dapat menumbuhkan budaya mutu pelayanan kesehatan di FKTP, yaitu Puskesmas, Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Praktik Mandiri Dokter Gigi.

1.4 Ruang Lingkup

Pedoman ini membantu manajemen FKTP dalam menumbuhkan budaya mutu pelayanan kesehatan. Budaya mutu dibuktikan dengan adanya upaya pengendalian dan peningkatan mutu yang dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan. Manajemen didorong untuk melakukan upaya pengendalian dan peningkatan mutu, meski dalam skala kecil, sesuai dengan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki.

BAB II

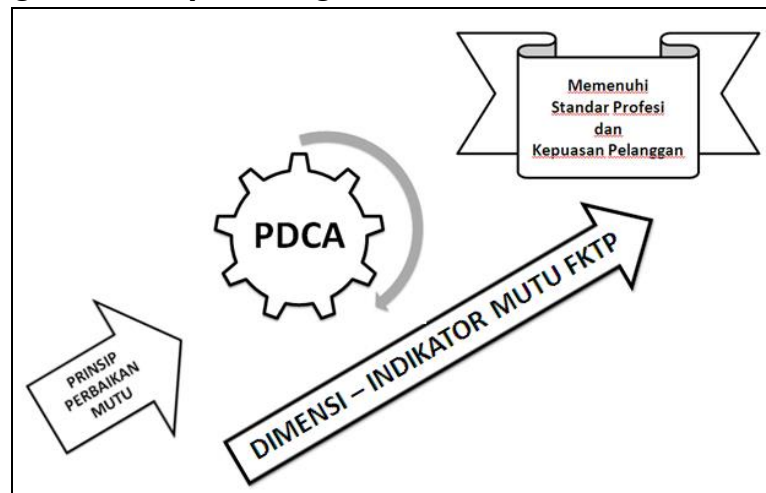
MUTU LAYANAN KESEHATAN

2.1 Pengertian Mutu Layanan Kesehatan

Beberapa pengertian mutu layanan kesehatan yang disusun oleh pakar di bidang mutu yaitu:

- a. Menurut Azrul Azwar (1996) mutu didefinisikan sebagai pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
- b. Avedis Donabedian (1980) menjelaskan mutu layanan kesehatan merupakan penerapan ilmu dan teknologi medis untuk memaksimalkan manfaatnya terhadap kesehatan tanpa meningkatkan risiko. Derajat mutu adalah tingkatan layanan yang diberikan dapat mencapai keseimbangan yang paling tepat antara manfaat dan risiko.
- c. M.I. Roemer and C. Montoya Aguilar (1988) mendefinisikan mutu layanan kesehatan sebagai intervensi yang tepat sesuai dengan standar yang aman, cocok dengan keinginan masyarakat dan berdampak pada penurunan mortalitas, morbiditas, disabilitas dan malnutrisi.
- d. Institute of Medicine USA menyebutkan mutu layanan kesehatan sebagai tingkatan layanan kesehatan agar penduduk mampu meningkatkan hasil kesehatan yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini.

2.2. Kerangka Konsep Peningkatan Mutu di FKTP



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Peningkatan Mutu di FKTP

Upaya pengendalian dan peningkatan mutu merupakan langkah-langkah yang dilaksanakan untuk memenuhi standar-standar pelayanan kesehatan dan berusaha memenuhi bahkan melebihi kepuasan pelanggan baik internal maupun eksternal. Siklus PDCA ibarat mesin yang terus bergerak untuk mencapai tujuan pengendalian dan peningkatan mutu dengan berupaya mencapai indikator-indikator mutu secara bertahap dan terus menerus. 'Energi' upaya pengendalian dan peningkatan mutu bersumber dari prinsip-prinsip peningkatan mutu.

2.3. Dimensi Mutu Layanan Kesehatan

Menurut Institute of Medicine (IOM) dalam tulisan yang berjudul *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press tahun 2011, dimensi mutu layanan kesehatan ada 6, yaitu:

1. Fokus pada pasien (*Person Centered*)

Pelayanan kesehatan berfokus pada pasien artinya memberikan pelayanan yang menghormati dan merespon keinginan pasien, kebutuhan pasien, nilai-nilai dan memastikan nilai – nilai tersebut dihormati dalam proses pelayanan. Pelayanan kesehatan juga berusaha meningkatkan akseptabilitas masyarakat.

2. Keselamatan (*Safe*)

Meningkatkan keselamatan melalui penerapan prinsip manajemen resiko dan menghindari cedera pada pasien akibat pelayanan yang diberikan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan keselamatan menjadi hal yang penting, baik untuk pasien maupun petugas kesehatan. Mengurangi risiko cedera, infeksi, atau bahaya lain terkait

pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan melibatkan petugas kesehatan dan pasien.

3. Efektivitas (*Effectiveness*)

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada. Pelayanan kesehatan berupaya meningkatkan efektivitas seperti melalui penyusunan pedoman klinis dan petunjuk klinis (*clinical guideline and clinical pathway*). Pelayanan diberikan kepada pasien yang memerlukan dan tidak diberikan kepada pasien yang tidak memerlukan berdasarkan bukti ilmiah.

4. Efisiensi (*Efficiency*)

Dimensi yang penting dari kualitas pelayanan kesehatan adalah efisiensi kerja. Efisiensi ini yang akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien pada umumnya akan memberikan perhatian yang optimal pada pasien dan masyarakat. Petugas kesehatan akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki. Pelayanan kesehatan berusaha meningkatkan efisiensi misalnya Program Pencegahan Fraud dan menghindari tindakan dan upaya yang tidak diperlukan.

5. Adil (*Equitable*)

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, Mutu pelayanan kesehatan harus sama tanpa membedakan individu, gender, agama, etnis, lokasi geografis, dll. Pemberi layanan kesehatan berupaya meningkatkan pemerataan jumlah dan penyebaran fasilitas serta SDM kesehatan sehingga masyarakat dapat menerima pelayanan dengan kualitas yang sama.

6. Tepat waktu (*Timely*)

Mengurangi waktu tunggu dan penundaan pelayanan yang membahayakan pasien dan pemberi layanan.

2.4. Kepuasan Pelanggan

2.4.1. Mendefinisikan Pelanggan

Pelanggan adalah siapapun dalam sistem pelayanan kesehatan yang berinteraksi dengan lainnya dalam sistem itu baik sementara maupun permanen (McLaughlin dan Kaluzny, 1994). Jika mereka berinteraksi bersifat sementara, maka mereka adalah pelanggan eksternal. Jika bersifat permanen, maka mereka adalah pelanggan internal. Pelanggan eksternal di FKTP terdiri dari supra sistem, pasien, keluarga, dan kelompok/ masyarakat.

Sedangkan yang disebut pelanggan internal di FKTP yaitu tenaga kesehatan (tenaga medis) dan tenaga non kesehatan (karyawan).

2.4.2. Pengertian Kepuasan Pelanggan

Menurut Day, kepuasan pelanggan adalah suatu respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Wilki mendefinisikan kepuasan pelanggan sebagai suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa. Sedangkan Kotler mendefinisikan kepuasan pelanggan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang ia rasakan dibandingkan harapannya.

Menurut Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 Tahun 2014 tentang Indeks Kepuasan Masyarakat, dibutuhkan suatu pengukuran kepuasan pelanggan (masyarakat) terhadap setiap jenis penyelenggaraan pelayanan publik dengan menggunakan indikator dan metode tertentu sebagai upaya perbaikan pelayanan publik serta mendorong penyelenggara layanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan inovasi baru dalam memberikan pelayanan. FKTP sebagai salah satu penyelenggara pelayanan publik juga perlu melakukan pengukuran kepuasan pelanggan secara berkala.

2.4.3. Pengukuran Kepuasan Pelanggan

Menurut Kotler (1996) setiap organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) perlu memberikan kesempatan yang luas kepada pelanggannya untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka.

McLaughlin dan Kaluzny (1994) memaparkan manfaat pengukuran kepuasan pelanggan fasilitas kesehatan antara lain sebagai berikut:

1. Adapun makna 'mutu' bagi pelanggan, persepsi mereka atas mutu akan mempengaruhi pilihan mereka atas berbagai jasa layanan kesehatan yang tersedia. Rekomendasi dari mulut ke mulut merupakan cara pemasaran yang paling penting.
2. Pelanggan adalah sumber data yang terbaik untuk aspek asuhan interpersonal dari layanan kesehatan. Lebih jauh, pelanggan dapat memberikan data mengenai mutu teknis layanan pasien rawat jalan.
3. Biaya mengumpulkan data dari pelanggan tidak lebih mahal daripada biaya mengumpulkan data dari cara tradisional seperti audit catatan rekaman.

4. Pelanggan dapat memberikan informasi aspek teknik asuhan yang dianggap baik jauh lebih banyak daripada apa yang dipikirkan oleh pemberi pelayanan.

Penting untuk melakukan pengukuran kepuasan pelanggan sebab setiap pelanggan memiliki penilaian yang berbeda-beda atas pelayanan yang diberikan FKTP. Pelayanan yang diberikan kepada pelanggan bisa mendapat penilaian yang baik bagi pelanggan yang merasa puas, namun sangat mungkin terjadi jika pelanggan lain merasa sebaliknya. Kepuasan pelanggan menjadi salah satu indikator hasil kualitas pelayanan FKTP. Selain itu, pengukuran kepuasan pelanggan juga dapat menjadi alat ukur loyalitas pelanggan sebagai pengguna FKTP yang tentu saja berdampak pada peningkatan pendapatan dan mempertahankan kelangsungan FKTP.

Menurut Morrow (1997) pelayanan yang berfokus pada pelanggan merupakan sebuah upaya untuk memahami, menjalin hubungan yang erat dan mencari masukan-masukan dari pelanggan secara teratur. Dalam mengukur tingkat kepuasan pelanggan di FKTP dapat dilakukan dengan beberapa metode antara lain kotak saran, wawancara personal, dan survei kepuasan.

BAB III

PRINSIP PENGENDALIAN DAN PENINGKATAN MUTU

Berwick (1992) merumuskan **8 prinsip** untuk perbaikan mutu di pelayanan kesehatan, sebagai berikut:

3.1 . Keinginan Untuk Berubah

Agar terjadi perbaikan, maka harus ada keinginan untuk berubah. Pimpinan organisasi harus menyatakan secara terbuka keinginan untuk bekerja sama dengan bawahannya untuk meningkatkan pelayanan. Hal ini juga menuntut untuk menghentikan sikap menyalahkan orang lain. Perlu perencanaan yang memungkinkan keterlibatan setiap orang.

Keinginan untuk berubah harus didasari dengan keinginan luhur untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pelanggan. Meningkatkan tingkat kesadaran bawahan tentang pentingnya dan bernilainya tujuan yang akan dicapai, membuat bawahan meleburkan *self interest* pribadi bawahan untuk kepentingan organisasi.

Dengan demikian harus dibangun motivasi dari semua pegawai dan harus fokus untuk mencapai tujuan utama yaitu memberikan pelayanan yang bermutu.

Ada 2 jenis peran anggota di FKTP dalam menciptakan perubahan organisasi:

1. Sebagai Agen Perubahan (*Change Agent*) yang berperan sebagai pemrakarsa dan memimpin organisasi untuk mempertahankan mutu pelayanan dan perubahan-perubahan yang terjadi yang berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan
2. Sebagai Fasilitator Perubahan (*Change Facilitator*) sebagai inisiator yang mendukung dan memandu proses perubahan yang berlangsung di organisasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan

3.2 . Mendefinisikan Mutu

Dalam manajemen mutu modern, mutu didefinisikan berdasarkan pengalaman orang yang dilayani. Dalam pelayanan kesehatan, mutu merupakan kumpulan hasil pelayanan kesehatan yang diinginkan setiap orang yang bergantung pada sistem layanan kesehatan kita. Apa yang diinginkan dapat berbeda antara pasien, keluarga, tenaga kesehatan dan pemilik.

Contoh adanya perbedaan persepsi antara pasien, perawat, dan dokter mengenai mutu dapat dilihat pada hasil penelitian berikut. Penelitian ini mencoba mengetahui bagaimana pasien, perawat dan dokter mendefinisikan perilaku perhatian segera perawat (*prompt attention*). Hasil penelitian tersebut sebagai berikut:

Tabel 3.1 Persepsi Perhatian Segera Perawat Menurut Pasien, Perawat, dan Dokter

Petugas	Persepsi Perhatian Segera (<i>prompt attention</i>)
Pasien	- Perawat memberi salam - Perawat tersenyum dan mengenalkan diri - Perawat memanggil pasien dengan nama yang disukai oleh pasien - Jika perawat tidak bisa melayani, sebaiknya perawat mencari petugas lain yang dapat membantu
Perawat	- Perawat memberi salam, tersenyum, menjaga kenyamanan, dan bersikap saling mengormati - Perawat selalu siap untuk memberikan bantuan
Dokter	- Perawat memberi salam, tersenyum, menjaga kenyamanan, dan bersikap saling mengormati serta bersikap profesional - Perawat menjawab segera panggilan telepon - Perawat mengenalkan diri

Sumber : Leebov, W dan Ersoz, C.J. *The health care manager's guide to continuous quality improvement*. AHA Publication. 1991

3.3. Pengukuran Mutu

Untuk melakukan pengendalian dan peningkatan mutu, perlu diperoleh informasi yang obyektif atas proses pelayanan yang diberikan mulai dari awal hingga akhir pelayanan, informasi mengenai kebutuhan pasien dan keluarganya, kualitas sumber daya dan perlengkapan yang digunakan, dan tingkat kompetensi petugas yang terlibat. Harus jelas cara mengukur, informasi apa yang dibutuhkan, dan kapan pengukuran dilakukan.

Langkah awal pengukuran mutu dengan menggali informasi atas kepuasan pelanggan misal melalui kotak saran, survei kecil atau melalui diskusi kelompok terarah (FGD, *focus group discussion*). Informasi yang didapat mungkin perlu diverifikasi dengan melakukan pengamatan. Untuk itu perlu dikembangkan instrumen pengukuran yang sesuai apakah berupa kuesioner atau daftar tilik.

3.4. Memahami Saling Ketergantungan

Pengendalian dan peningkatan mutu yang efektif membutuhkan pengetahuan dan bekerja dalam sebuah sistem yang saling ketergantungan. Petugas harus menumbuhkan budaya kerja untuk melakukan 3T yaitu: Tidak melakukan kesalahan, Tidak menerima produk yang salah dan Tidak memberikan produk yang salah kepada petugas yang lain. Sebagai contoh, penanggung jawab program imunisasi sebuah Puskesmas, bertanggung jawab dalam membuat/menerbitkan laporan kegiatan. Seharusnya Penanggung jawab program tidak membuat kesalahan dalam penyusunan laporan. Jika menerima data cakupan imunisasi yang salah dari petugas imunisasi, maka penanggung jawab program tidak langsung memasukkan data ke dalam laporan dan tidak menyerahkan laporan yang salah tersebut kepada pengelola laporan di Puskesmas. Dengan demikian penanggung jawab program harus dapat memastikan bahwa laporan cakupan dari petugas imunisasi harus akurat.

3.5. Memahami Sistem

Pengendalian dan peningkatan mutu akan lebih efektif dalam sistem yang lebih baik, bukan insentif yang lebih besar. Bila terjadi kesalahan, pimpinan harus meyakini bahwa 85% kesalahan disebabkan karena sistem dan 15% kesalahan karena faktor manusia. Dengan demikian, pimpinan tidak tergesa-gesa untuk mencari 'kambing hitam' atas kejadian yang tidak diinginkan. Pimpinan harus terlebih dahulu mengevaluasi kenapa orang melakukan kesalahan. Harus dapat dipastikan penyebab kesalahan tersebut dikarenakan standar operasional yang tidak tepat, karena lemahnya supervisi atasan, karena pekerjaan yang berlebih (*overload*), atau petugas tersebut memang tidak kompeten.

3.6 . Investasi Dalam Belajar

Pembelajaran artinya “menemukan penyebab dan mencoba untuk menyelesaikan”. Situasi yang kondusif untuk pembelajaran tidak akan timbul dalam lingkungan yang “menakutkan”. Jika petugas melakukan kesalahan, maka petugas tersebut harus dibimbing bagaimana agar tidak melakukan kesalahan di lain waktu jika menghadapi situasi yang serupa. Perlu diberikan kesempatan untuk memperbaiki diri. Pimpinan tidak perlu menyalahkan petugas yang melakukan kekeliruan. Bawahan merasa bahwa pimpinan mendorong mereka untuk memikirkan kembali cara kerja mereka, untuk mencari cara-cara baru dalam melaksanakan tugas, dan merasa mendapatkan cara baru dalam mempersepsikan tugas-tugas.

3.7 . Mengurangi Biaya

Dalam upaya perbaikan mutu, pasti memerlukan biaya. Secara umum ada dua jenis biaya yaitu biaya yang tidak dapat dihindari (*unavoidable cost*) dan biaya yang dapat dihindari (*avoidable cost*). Contoh biaya yang tidak dapat dihindari adalah menjamin pasokan listrik selama di Puskesmas dalam keadaan aliran listrik PLN tidak ada, Puskesmas harus memiliki genset. Oleh karena itu, penyediaan genset ini adalah upaya pengendalian dan peningkatan mutu terhadap biaya-biaya yang bisa dihindari, misal jadi tidak perlu ada pengulangan pembelian obat dan vaksin yang pemeliharaannya membutuhkan pasokan listrik 24 jam.

3.8 Komitmen Kepemimpinan

Pengendalian dan peningkatan mutu membutuhkan keteladanan pemimpin. Satu perbuatan keteladanan dapat mengalahkan seribu perkataan. Pemimpin harus dapat berperan sebagai guru, praktisi dan pendukung setiap upaya perbaikan mutu. Bentuk komitmen pemimpin selain dinyatakan dalam pertemuan terbuka juga perlu diwujudkan dalam sebuah aksi meskipun bersifat sederhana. Pemimpin harus mampu menimbulkan inspirasi pada bawahannya dan memberikan keyakinan bahwa tujuan dapat dicapai. Sebagai contoh dalam sebuah upaya pengendalian dan peningkatan mutu, salah satu keberhasilan dari upaya tersebut adalah petugas meyakini bahwa pimpinan peduli dengan pekerjaan mereka yang dibuktikan dengan membaca dan memberikan masukan atas laporan yang mereka buat.

BAB IV

UPAYA PENGENDALIAN DAN PENINGKATAN MUTU

Pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer menjadi hal yang sangat penting mengingat FKTP merupakan garda terdepan penyelenggara kesehatan masyarakat. Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan FKTP juga menjadi sangat penting demi terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk seluruh masyarakat.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, upaya pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas terdiri dari sembilan aspek yang dinilai yaitu :

1. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas
2. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas
3. Peningkatan Mutu Puskesmas
4. Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran
5. Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat
6. Sasaran Kinerja UKM
7. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien
8. Manajemen Penunjang Layanan Klinis
9. Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien

Sedangkan di Klinik Pratama terdiri dari empat aspek yang dinilai yaitu:

1. Kepemimpinan dan manajemen FKTP
2. Layanan klinis yang berorientasi pasien
3. Manajemen penunjang layanan klinis
4. Peningkatan mutu klinis dan keselamatan Pasien

dan di Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi terdiri dari dua aspek yang dinilai yaitu :

1. Kepemimpinan dan Manajemen Praktik Mandiri
2. Layanan Klinis, Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Untuk dapat melaksanakan upaya peningkatan mutu dan memenuhi standar akreditasi tersebut, FKTP perlu mempersiapkan diri baik dari segi input, proses maupun peningkatan mutu berkesinambungan.

A. PENERAPAN STANDAR MUTU DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

4.1 . Standar Mutu

Sebagai pemberi layanan kesehatan tingkat pertama, FKTP harus memenuhi beberapa standar atau kriteria tertentu untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat.

4.1.1. Standar Mutu Input

Dari segi input, beberapa standar tersebut antara lain sebagai berikut:

Tabel 4.1.1 Standar Mutu Input FKTP

No	Standar Mutu	Puskesmas	Klinik Pratama	Praktik Mandiri Dokter/ Dokter Gigi
1	Lokasi	Di setiap kecamatan, mudah dijangkau, sesuai rasio penduduk dan tata ruang daerah	Sesuai tata ruang, rasio jumlah penduduk, dan memiliki perizinan	Sesuai dengan lokasi yang tertera di Surat Izin Praktik
2	Bangunan	Permanen dan terpisah dari tempat tinggal atau unit kerja lain		Permanen
3	Ruang	Tersedia ruangan sesuai jenis pelayanan yang diberikan		
4	Prasarana	Tersedia, terpelihara, dan berfungsi sarana Puskesmas untuk kelancaran pemberian pelayanan kesehatan	Tersedia, terpelihara, dan berfungsi sarana Puskesmas untuk kelancaran pemberian pelayanan kesehatan	Tersedia, terpelihara, dan berfungsi sarana Puskesmas untuk kelancaran pemberian pelayanan kesehatan
5	Peralatan	Tersedia, terpelihara, dan berfungsi peralatan medis maupun non medis untuk kelancaran pemberian pelayanan kesehatan		

6	Ketenagaan	Memenuhi jenis dan jumlah tenaga sesuai Permenkes 75/2014: Kepala Puskesmas, Tenaga medis, Tenaga kesehatan lain, Tenaga non kesehatan (karyawan)	• Penanggung jawab klinik adalah dokter atau dokter gigi yang kompeten • Tersedia tenaga medis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan Lihat PMK 9 tahun 2014	Dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten dan profesional
7	Pengorganisasian	Memiliki struktur organisasi dengan kejelasan tugas dan wewenang dan garis komunikasi	Pemilik menetapkan struktur organisasi (dan penjelasan tanggung jawab) dan melakukan kajian periodik untuk penyempurnaan struktur	Memiliki dokumen pedoman dan prosedur kerja.
8	Pengelolaan Keuangan	Dilakukan secara profesional sesuai peraturan perundangan yang berlaku	Dilakukan secara transparan sesuai peraturan perundangan yang berlaku	Wajib membuat pembukuan keuangan dan melakukan pelaporan pada asuransi/BPJS.

4.1.2 Standar Mutu Proses Layanan Klinis

Sebagai pemberi layanan kesehatan tingkat pertama kepada masyarakat, FKTP harus memiliki standar mutu untuk layanan klinis yang berorientasi pada pasien. Berikut ini penjelasan standar mutu proses layanan klinis yang harus dimiliki FKTP (tabel 4.1.2)

Tabel 4.1.2 Standar Mutu Proses Layanan Klinis FKTP

No	Standar Layanan Klinis	Puskesmas	Klinik Pratama	Praktik Mandiri Dokter/ Dokter Gigi
1	Proses pendaftaran pasien	Memiliki prosedur pendaftaran yang dipahami petugas dan pasien		Jam buka tepat waktu dan memiliki prosedur pendaftaran yang dipahami petugas dan pasien
2	Pengkajian	Memiliki prosedur pengkajian awal pasien yang paripurna (anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang serta kajian sosial)		
3	Keputusan layanan klinis	Diputuskan pemberian layanan klinis sesuai hasil kajian dan ketersediaan sarana dan peralatan		
4	Rencana layanan klinis	Disusun secara komprehensif dengan persetujuan dari pasien		
5	Rencana rujukan	Memiliki prosedur rujukan, fasilitas rujukan, dan fasilitas kesehatan tujuan rujukan		
6	Pelaksanaan layanan	Memiliki pedoman pelaksanaan layanan dan memperhatikan kebutuhan dan hak pasien selama memberi layanan		
7	Pendidikan kesehatan dan konseling	Pasien dan/atau keluarga mendapatkan pendidikan dan konseling dengan penjelasan yang mudah dipahami		
8	Makanan dan terapi nutrisi	Pemberian variasi makanan sesuai kondisi dan status gizi pasien		
9	Pemulangan dan tindak lanjut	Memiliki prosedur pemulangan dan tindak lanjut pasien serta menjamin pasien/keluarga memahami prosedur tersebut		

4.1.3. Standar Mutu Penunjang Layanan Klinis

Untuk memaksimalkan pemberian layanan klinis, FKTP juga harus memiliki layanan penunjang. Manajemen penunjang layanan klinis di FKTP dapat menjadi salah satu upaya peningkatan mutu FKTP. Beberapa standar manajemen penunjang layanan klinis FKTP dijelaskan di bawah ini (tabel 4.1.3)

Tabel 4.1.3 Standar Mutu Penunjang Layanan Klinis di FKTP

No	Standar Penunjang Layanan Klinis	Puskesmas	Klinik Pratama	Praktik Mandiri Dokter/ Dokter Gigi
1	Laboratorium	Memiliki prosedur spesifik pemeriksaan laboratorium, dilakukan oleh tenaga kesehatan kompeten dan dilakukan secara professional		Memiliki kerja sama dengan fasilitas kesehatan lain yang memiliki layanan laboratorium
2	Obat	Efektif, efisien sesuai kebutuhan dan harus dipahami oleh pasien/ keluarga pasien		
3	Radiodiagnostik (jika tersedia)	Diberikan sesuai kebutuhan pasien, dilaksanakan tenaga kompeten, dilakukan secara profesional dan sesuai perundangan		Memiliki kerja sama dengan fasilitas kesehatan lain yang memiliki layanan radiodiagnostik
4	Manajemen informasi - Rekam medis	Pembakuan kode klasifikasi diagnosis, prosedur, dan istilah. Rekam medis berisi informasi memadai dan dijaga kerahasiaannya dan disimpan sesuai prosedur.		
5	Manajemen keamanan lingkungan	Lingkungan pelayanan mematuhi persyaratan hukum, regulasi, dan perizinan yang berlaku		
6	Manajemen peralatan	Peralatan dipelihara secara rutin dan ditempatkan di lingkungan yang tepat		
7	Manajemen SDM	Terdapat proses rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan tenaga klinis yang baku		

4.1.4. Standar Mutu Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien

Tugas utama FKTP adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, oleh karenanya sangat penting untuk dilakukan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien. Berikut ini penjelasan tentang standar untuk peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (tabel 4.1.4).

Tabel 4.1.4 Standar Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien

No	Standar Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien	Puskesmas	Klinik Pratama	Praktik Mandiri Dokter/ Dokter Gigi
1	Tanggung jawab tenaga klinis	Dilakukan perencanaan, monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan pasien saat menerima layanan klinis		
2	Pemahaman	Semua pihak memahami mutu layanan klinis dan keselamatan pasien		Dokter memahami mutu layanan klinis dan keselamatan pasien
3	Pengukuran	Dilakukan pengukuran, pengumpulan data, dan evaluasi mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien		
4	Peningkatan/ Perbaikan	Dilakukan evaluasi dan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dan dikomunikasikan dengan baik		

4.1.5. Standar Mutu Proses Pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (khusus untuk Puskesmas)

Tugas utama Puskesmas sebagaimana tercantum dalam Permenkes 75/2014 adalah melaksanakan upaya kesehatan masyarakat melalui upaya esensial maupun pengembangan, oleh karenanya sangat penting untuk dilakukan peningkatan mutu upaya kesehatan masyarakat. Berikut ini penjelasan tentang standar untuk peningkatan mutu upaya kesehatan masyarakat (Tabel 4.1.5).

Tabel 4.1.5. Standar Peningkatan Mutu Upaya Kesehatan Masyarakat

No	Standar Peningkatan Mutu Upaya Kesehatan Masyarakat	Puskesmas
1	Perencanaan	• Upaya Kesehatan Masyarakat disusun ke dalam dokumen perencanaan berdasarkan tahapan perencanaan yang sesuai siklus manajemen Puskesmas • Perencanaan upaya kesehatan masyarakat disusun berdasarkan analisis data dan kebutuhan masyarakat
2	Pelaksanaan	• Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat memperhatikan akses, cakupan dan kontinuitas pelayanan • Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat dilaksanakan oleh tenaga yang kompeten, didukung oleh sarana, prasarana dan alat yang memadai dan berdasarkan pedoman yang berlaku
3	Monitoring	• Dilakukan monitoring terhadap pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat dengan indikator monitoring
4	Evaluasi	• Dilakukan evaluasi dan upaya peningkatan mutu pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat dan hasilnya dikomunikasikan dengan baik

4.2. Tools Pelaksanaan Pengendalian Mutu dalam Organisasi FKTP

Pengendalian mutu didefinisikan sebagai suatu sistem verifikasi dan penjagaan suatu tingkatan mutu produk atau proses sesuai dengan yang dikehendaki dengan cara perencanaan yang seksama, pemakaian peralatan yang sesuai, inspeksi yang terus-menerus serta tindakan korektif bilamana diperlukan. Upaya pengendalian mutu yang harus diterapkan di Puskesmas/FKTP sesuai dengan Standar Akreditasi Puskesmas/FKTP adalah antara lain dengan Internal Audit dan Tinjauan Manajemen, disamping pelaksanaan Pengukuran Kepuasan Pelanggan dan mekanisme umpan balik pelanggan.

4.2.1 Pelaksanaan Internal Audit

Internal Audit merupakan salah satu mekanisme untuk menilai kinerja puskesmas/FKTP yang dilakukan oleh tim audit internal yang dibentuk oleh Kepala Puskesmas berdasarkan standar/kriteria/target yang ditetapkan.

Internal Audit merupakan kegiatan mengumpulkan informasi faktual dan signifikan melalui interaksi secara sistematis (pemeriksaan, pengukuran dan penilaian yang berujung pada penarikan kesimpulan), objektif dan terdokumentasi yang berorientasi pada azas penggalan nilai atau manfaat dengan cara membandingkan antar standar yang telah disepakati bersama dengan apa yang dilaksanakan/diterapkan di lapangan.

Pada dasarnya audit dilakukan dengan tujuan untuk membantu manajemen dalam upaya meningkatkan mutu atau kinerja organisasi dalam upaya mencapai visi, misi dan tujuan organisasi. Audit internal merupakan salah satu mekanisme pengawasan dan pengendalian internal untuk manajemen puskesmas.

Persyaratan pelaksanaan Internal Audit :

1. Dilaksanakan secara berulang, minimal 2 kali dalam setahun atau selambat-lambatnya 6 bulan sekali untuk setiap unit pelayanan yang diaudit, sesuai jadwal audit tahunan
2. Pelaksana Internal Audit, harus memiliki kompetensi sebagai Internal Auditor
3. Tidak boleh mengaudit proses yang dilakukan oleh yang bersangkutan, dengan kata lain harus "*cross function*"
4. Pelaksanaan Audit Internal meliputi seluruh unit pelayanan, yaitu Administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat (untuk Puskesmas) dan Upaya Kesehatan Perorangan
5. Tersedia Form Perencanaan Audit (audit plan), jadwal audit, instrument audit, Form Bukti Pelaksanaan Audit dan rencana tindak lanjut audit yang sudah disepakati bersama antara auditor dengan auditee
6. Memastikan hasil Internal Audit disosialisasikan dan kemudian ditindak lanjuti
7. Internal Auditor harus memastikan semua temuan audit sudah ditindaklanjuti

4.2.2. Pelaksanaan Tinjauan Manajemen

Tinjauan Manajemen adalah pertemuan yang dilakukan oleh manajemen secara periodik untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu dan kinerja pelayanan/penyelenggaraan kegiatan UKM Puskesmas untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan, dan efektivitas dari sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan/penyelenggaraan kegiatan Administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan. Tujuan pelaksanaan tinjauan manajemen adalah untuk memastikan dilakukan evaluasi efektifitas implementasi sistem manajemen

mutu, upaya peningkatan dan perbaikan telah terlaksana sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Persyaratan pelaksanaan Tinjauan Manajemen :

1. Dilaksanakan sekurang-kurangnya 2 kali dalam setahun atau selambat-lambatnya 6 bulan sekali, sesuai kebutuhan.
2. Dipimpin oleh Ketua Tim Mutu
3. Dihadiri oleh Pimpinan Puskesmas/FKTP dan seluruh pegawai
4. Agenda Tinjauan Manajemen direncanakan dengan baik sesuai materi yang akan dibicarakan
5. Masukan Tinjauan Manajemen terdiri dari :
 - a. Hasil audit internal dan eksternal
 - b. Umpan balik yang disampaikan oleh pelanggan.
 - c. Kinerja pelayanan, baik kinerja hasil maupun kinerja proses
 - d. Status tindakan perbaikan maupun pencegahan yang dilakukan
 - e. Tindak lanjut terhadap hasil tinjauan manajemen yang lalu.
 - f. Indikator mutu dan kebijakan Administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan
 - g. Perubahan yang perlu dilakukan terhadap system manajemen mutu, sistem pelayanan Administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan.
6. Keluaran Tinjauan Manajemen, merupakan hasil kesepakatan untuk pelaksanaan perbaikan sistem manajemen mutu, antara lain:
 - a. Peningkatan efektifitas sistem manajemen mutu pelayanan Administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan
 - b. Peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan yang diminta oleh pelanggan
 - c. Identifikasi perubahan-perubahan yang perlu dilakukan pada pelayanan Administrasi Manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan
 - d. Penyediaan sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan tindak lanjut perbaikan.

BAB V

INDIKATOR MUTU FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

5.1. Indikator Mutu

Dalam upaya pengendalian dan peningkatan mutu ditetapkan beberapa indikator mutu yang dapat digunakan, tidak hanya sebagai alat yang mengukur kualitas di FKTP, akan tetapi dapat dijadikan sebagai alat untuk melakukan peningkatan kinerja individu maupun unit atau organisasi yang memberikan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu indikator mutu ini harus dipantau dan diukur dan ditindak lanjuti.

Indikator mutu ini bukan target tapi alat untuk memastikan konsep kecukupan dan kesesuaian pelayanan kesehatan sehingga mutu pelayanan semakin meningkat.

Beberapa contoh penerapan indikator mutu di FKTP antara lain sebagai berikut :

5.1.1. Indikator Mutu Input (Administrasi dan Manajemen)

Tabel 5.1.1. Contoh Indikator Input (Mutu Administrasi dan Manajemen) di FKTP

No	Sasaran	Indikator	Rumus Perhitungan
1	Pelayanan Puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat	Akurasi Data = 100%	Jumlah Data Kebutuhan yang akurat / Jumlah seluruh Data Kebutuhan yang tersedia X 100%
2	Bangunan Puskesmas sesuai persyaratan	Jumlah persyaratan Bangunan yang dipenuhi = 100%	Jumlah Persyaratan Bangunan yang terpenuhi / Jumlah seluruh persyaratan bangunan X 100%
		Jenis persyaratan bangunan yang dipenuhi = 100%	Jenis Persyaratan Bangunan yang terpenuhi / Jenis seluruh persyaratan bangunan X 100%
3	Jumlah dan Kompetensi tenaga pelayanan kesehatan memenuhi syarat	Jumlah tenaga sesuai kebutuhan = 100%	Jumlah tenaga yang tersedia / Jumlah seluruh tenaga yang dibutuhkan X 100%
		Jumlah tenaga sesuai kompetensi = 100%	Jumlah tenaga yang sesuai kompetensi / Jumlah seluruh tenaga yang ada X 100%
4	Sarana dan Prasarana pelayanan kesehatan sesuai standar	Jumlah sarana dan prasarana sesuai standard = 100%	Jumlah sarana yang tersedia / Jumlah sarana yang harus tersedia X 100%

5	Hasil analisa data, pemantauan, pengukuran ditindaklanjuti	Hasil analisa data di tindak lanjuti = 100%	Seluruh data yang di tindaklanjuti / jumlah seluruh data yang ada x 100%
6	Risiko pelayanan diidentifikasi, dikelola dan diminimalisasi	Hasil Identifikasi Risiko ditindaklanjuti = 100%	Jumlah risiko yang teridentifikasi ditindak lanjuti / Jumlah seluruh risiko yang teridentifikasi X 100%
7	Layanan tepat waktu, cepat dan akurat	Waktu tunggu layanan sesuai dengan ketentuan = 100%	Jumlah waktu layanan sesuai ketentuan / jumlah seluruh waktu layanan yang ditetapkan X 100%

Indikator mutu pelayanan di Puskesmas selain indikator administrasi dan manajemen perlu dibuat juga indikator untuk pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perseorangan, mengingat lingkup pelayanan di Puskesmas meliputi UKM dan UKP.

Indikator pelayanan kesehatan masyarakat dapat mengambil indikator yang mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan Permenkes 43 tahun 2016 dan pencapaian indikator Program Indonesia Sehat sesuai dengan Permenkes 39 tahun 2016 dengan Pendekatan Keluarga. Untuk indikator mutu pelayanan kesehatan perseorangan selain mencerminkan dimensi mutu juga memperhatikan enam sasaran keselamatan pasien.

Masing-masing indikator mutu sebaiknya disertai dengan definisi operasional, rumus perhitungan dan upaya pencapaian sehingga memudahkan bagi petugas untuk melaksanakan dan memantau.

Tabel 5.1.2 Contoh Indikator Mutu Upaya Kesehatan Masyarakat

No	Sasaran	Indikator	Rumus Perhitungan
1	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar	Jumlah ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar (10T) minimal 4 kali selama kehamilan di trimester pertama, kedua dan ketiga, Target : 100%	(Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar 10T sebanyak 4 kali selama kehamilan/Jumlah ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas) x 100%

2	Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar	Presentase persalinan yang dilakukan di fasilitas kesehatan dan ditangani oleh tenaga kesehatan yang kompeten Target:100%	(jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan/jumlah semua ibu bersalin yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun) x 100%
3	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Presentase bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar Target : 100%	(Jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar/Jumlah semua bayi baru lahir di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun) x 100%
4	dst		

Tabel 5.1.3 Contoh Indikator Mutu Upaya Kesehatan Perseorangan

No	Sasaran	Indikator	Rumus Perhitungan
1	Pelayanan pendaftaran yang bermutu	Kepatuhan petugas pendaftaran dalam melakukan identifikasi Pasien yang mendaftar di pelayanan rawat jalan dan rawat inap dengan benar Target: 100%	(Jumlah pasien yang dilakukan identifikasi dengan benar/Jumlah pasien yang mendaftar di FKTP dalam kurun waktu satu tahun) x 100%
2	Pelayanan laboratorium yang bermutu	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan darah $\leq$ 120 menit Target : 100%	(Jumlah pemeriksaan laboratorium (darah) yang diserahkan hasilnya dalam waktu $\leq$ 120 menit/Jumlah semua pemeriksaan laboratorium (darah) dalam kurun waktu satu tahun) x 100%
3	Pelayanan farmasi yang bermutu	Tidak adanya kesalahan pemberian obat kepada pasien Target : 100%	(Jumlah resep yang dilayani dengan benar/Jumlah semua resep yang masuk ke ruang farmasi dalam kurun waktu satu tahun) x 100%
4	dst		

5.2. Peningkatan Mutu Berkelanjutan

Untuk memastikan bahwa pencapaian indikator mutu dan pengendalian serta peningkatan mutu ini dilaksanakan secara berkelanjutan perlu dilaksanakan manajemen mutu di Puskesmas yang utamanya dimotori oleh Tim Mutu. Dalam menilai upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP, pedoman ini menggunakan pendekatan yang dirumuskan oleh Avedis Donabedian yaitu struktur, proses dan hasil dan dalam implementasinya di FKTP digunakan pendekatan manajemen secara umum melalui tahap perencanaan (P1), penggerakan pelaksanaan (P2) dan pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3).

5.2.1 Peningkatan Mutu Berkelanjutan menurut Donabedian dan implementasinya dalam tahapan manajemen

Menurut Donabedian “Struktur” didefinisikan sebagai karakteristik yang relatif menetap pada FKTP, alat dan sumber daya, dan tatanan fisik serta organisasi di mana mereka bekerja. “Proses” adalah rangkaian kegiatan yang berlangsung antara penyedia layanan/petugas dan pasien. “Hasil” didefinisikan sebagai perubahan yang terjadi pada status kesehatan pasien baik saat ini ataupun masa mendatang. Keberhasilan upaya peningkatan mutu berkelanjutan di FKTP dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 5.2.1 Indikator Upaya Pengendalian dan Peningkatan Mutu

Pendekatan Donabedian	Indikator Upaya Pengendalian dan Peningkatan Mutu	Tahapan Manajemen
Struktur 	• Adanya penggalangan komitmen manajemen dan semua staf • Adanya kebijakan mutu Puskesmas • Adanya tim mutu dan uraian tugas tim mutu di Puskesmas • Adanya pedoman/manual mutu • Adanya rencana/program kerja peningkatan mutu yang disertai dengan indikator mutu berdasarkan data yang diperoleh dari assessment • Adanya sumber daya (SPA) yang dialokasikan berkaitan dengan peningkatan mutu	P1 (Perencanaan) 

Proses 	• Adanya pertemuan tim mutu yang rutin dilaksanakan minimal sebulan sekali • Adanya kegiatan identifikasi dan prioritas masalah terkait dengan mutu layanan kesehatan di FKTP. • Adanya rumusan alternatif penyelesaian masalah • Adanya rencana upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP setiap bulan • Terlaksananya upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP setiap bulan	P2 (pelaksanaan dan penggerakan) 
Hasil 	• Adanya hasil evaluasi pencapaian tingkat akses (seberapa jauh jumlah target sasaran dapat dijangkau atau menjangkau) dan tindak lanjutnya • Adanya hasil evaluasi pencapaian tingkat upaya (tercapainya target UKM dan UKP) dan tindak lanjutnya • Adanya hasil analisis dan tindak lanjut terhadap capaian tingkat mutu (<i>service excelent</i>) • Terlaksananya prinsip efektif dan efisien dalam penyelenggaraan upaya dengan tidak terjadinya kehilangan peluang (<i>missed opportunity</i>) dalam penyelenggaraan pelayanan Puskesmas • Adanya keterkaitan antara prioritas masalah dan rencana perbaikan • Adanya kesesuaian antara pelaksanaan upaya pengendalian dan peningkatan mutu dengan rencana perbaikan yang disusun • Peningkatan kepuasan pelanggan internal • Peningkatan kepuasan pelanggan eksternal	P3 (pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja) 

Sumber: Donabedian, Avedis. Exploration in quality assessment and monitoring volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press. Michigan. 1980

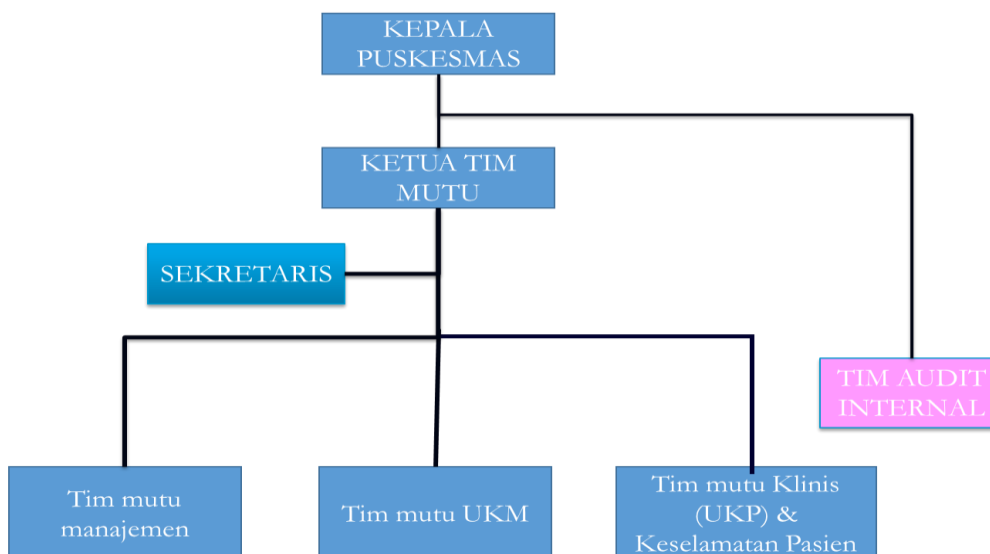
4.3 Tim Mutu dan Tim Audit Internal

4.3.1 Struktur Tim Mutu

Tim mutu di Puskesmas sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan koordinator mutu admen, UKM dan UKP (untuk selain di Puskesmas cukup koordinator admen dan UKP). Tim mutu ini berada langsung di bawah kepala FKTP dan ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan kepala FKTP. Masa kerja tim mutu disesuaikan dengan kebutuhan FKTP. Selain tim mutu, untuk menjamin berjalannya sistem manajemen mutu di FKTP perlu dibentuk pula tim audit internal yang bertanggungjawab kepada kepala FKTP.

Ketua tim mutu harus memiliki kompetensi sebagai *Quality Management Representative* (QMR), sedangkan pelaksana internal audit harus memiliki kompetensi sebagai internal auditor.

Contoh Pengorganisasian mutu Puskesmas dan Keselamatan pasien



Gambar 4.1 Struktur Tim Mutu di FKTP

4.3.2. Uraian Tugas Tim Mutu dan Tim Audit Internal

Untuk melaksanakan tugas Tim Mutu dan Tim Audit Internal harus dibuatkan Surat Keputusan Kepala Puskesmas FKTP yang menunjuk pejabat pelaksana dan uraian tugas masing-masing, sebagai berikut :

1. WAKIL MANAJEMEN MUTU (WMM)/ *QUALITY MANAGEMENT REPRESENTATIVE (QMR)*/KETUA TIM MUTU

- 1.1. Menjamin penetapan, penerapan dan pemeliharaan proses – proses yang dibutuhkan oleh Standar Akreditasi yang ditetapkan diseluruh unit kerja
- 1.2. Menyusun Pedoman Mutu dan Standar Operasional Prosedur yang disahkan oleh Kepala Puskesmas/FKTP
- 1.3. Menyusun Kebijakan Mutu dan Indikator Mutu sesuai dengan ketentuan.
- 1.4. Memastikan Standar Operasional Prosedur telah diterapkan
- 1.5. Memastikan pemantauan proses di unit kerja
- 1.6. Memastikan pengendalian ketidaksesuaian layanan Administrasi Manajemen dan, Pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pelayanan Upaya Kesehatan Perorangan
- 1.7. Memastikan pengukuran Indikator Mutu di setiap unit pelayanan
- 1.8. Mengkoordinasikan tindakan perbaikan dan pencegahan terhadap ketidaksesuaian proses realisasi layanan maupun ketidak sesuaian layanan puskesmas/FKTP
- 1.9. Membangun kapasitas organisasi untuk mencapai visi dan misi puskesmas
- 1.10. Memotivasi terbentuknya budaya organisasi untuk memenuhi persyaratan pelanggan
- 1.11. Memastikan terlaksananya Internal Audit dan Tinjauan Manajemen
- 1.12. Memastikan dan mengelola Survei kepuasan pelanggan dan penanganan saran/keluhan pelanggan

2. SEKRETARIS TIM

- 2.1. Membantu Ketua Tim Mutu untuk membuat, mengelola dan mendistribusikan dokumen mutu
- 2.2. Membantu Management Representative untuk membuat perencanaan implementasi Sistem Manajemen Mutu
- 2.3. Menyiapkan kebutuhan dokumen unit-unit kerja
- 2.4. Memastikan ketersediaan dokumen internal dan dokumen eksternal yang dibutuhkan untuk masing-masing unit kerja
- 2.5. Menyiapkan rapat/pertemuan/kegiatan sehubungan dengan implementasi meliputi ruangan, media komunikasi dan Materi
- 2.6. Memastikan pengukuran indikator mutu telah dilaksanakan
- 2.7. Bersama unit kerja merekap, menganalisa dan mendokumentasikan laporan pencapaian indikator mutu, pengendalian ketidak sesuaian layanan dan monitoring proses peningkatan mutu layanan

- 2.8. Mendokumentasikan kelengkapan hasil kegiatan penerapan sistem manajemen mutu: notulen rapat periodik, pertemuan evaluasi / monitoring penerapan sistem manajemen mutu dan lain-lain
- 2.9. Membuat *back up* dokumen sistem manajemen mutu secara berkala
- 2.10. Memastikan implementasi sistem manajemen mutu sesuai dengan rencana
- 2.11. Melaksanakan monitoring proses realisasi layanan seluruh unit kerja
- 2.12. Mengkoordinir rapat periodik dan pertemuan evaluasi / monitoring penerapan sistem manajemen mutu
- 2.13. Mengendalikan, memelihara dokumen, melakukan *back up* dokumen mutu
- 2.14. Menindak lanjuti hasil temuan monitoring seluruh proses implementasi Sistem Manajemen Mutu, internal audit dan eksternal audit yang menyangkut dokumentasi proses kegiatan (pembuatan, revisi, pemusnahan dan catatan mutu)
- 2.15. Mengendalikan dokumen: perubahan, penomoran, penerbitan, distribusi dan pemusnahan
- 2.16. Memelihara dokumen: manual mutu, prosedur mutu, prosedur klinis, instruksi kerja dan catatan mutu
- 2.17. Menindak lanjuti hasil temuan monitoring seluruh proses implementasi Sistem Manajemen Mutu, internal audit dan eksternal audit yang menyangkut dokumentasi proses kegiatan (pembuatan, revisi, pemusnahan dan catatan mutu)
- 2.18. Bersama – sama Ketua Tim Mutu mengkoordinir rapat periodik dan pertemuan evaluasi / monitoring penerapan sistem manajemen mutu

3. KOORDINATOR MUTU ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

- 3.1. Bertanggung jawab atas terlaksananya penilaian kinerja manajemen
- 3.2. Bertanggungjawab atas terlaksananya rapat tinjauan manajemen
- 3.3. Bertanggungjawab atas terlaksananya kajibanding kinerja dengan puskesmas lain
- 3.4. Bertanggungjawab atas terlaksananya penilaian perjanjian kerja sama dengan pihak ketiga

4. KOORDINATOR MUTU UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT

- 4.1. Bertanggungjawab atas terlaksananya Penilaian kinerja UKM dan tindak lanjutnya
- 4.2. Bertanggungjawab atas pengukuran indikator mutu UKM oleh masing-masing penanggungjawab program

- 4.3. Bertanggung jawab atas penerapan manajemen risiko pada pelayanan UKM
- 4.4. Bertanggung jawab atas penerapan Rencana monitoring dan evaluasi program UKM.

5. KOORDINATOR MUTU UPAYA KESEHATAN PERSERORANGAN

- 5.1. Bertanggungjawab untuk penetapan area prioritas berdasarkan data dan informasi, baik dari hasil monitoring dan evaluasi indikator, maupun keluhan pasien/keluarga/staf dengan mempertimbangan kekritisannya, risiko tinggi dan kecenderungan terjadinya masalah.
- 5.2. Memastikan bahwa salah satu area prioritas adalah sasaran keselamatan pasien
- 5.3. Bertanggung jawab atas kegiatan-kegiatan pengukuran dan pengendalian mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi dari semua unit kerja dan unit pelayanan.
- 5.4. Bertanggung jawab atas pengukuran mutu dan keselamatan pasien dilakukan dengan pemilihan indikator, pengumpulan data, untuk kemudian dianalisis dan ditindak lanjuti dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 5.5. Bertanggung jawab atas upaya-upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui standarisasi, perancangan sistem, rancang ulang sistem untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 5.6. Bertanggung jawab atas penerapan manajemen risiko pada pelayanan klinis. Manajemen risiko klinis untuk mencegah terjadinya kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan keadaan potensial cedera.
- 5.7. Bertanggung jawab atas penerapan Program dan Kegiatan-kegiatan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien, termasuk di dalamnya program peningkatan mutu laboratorium dan program peningkatan mutu pelayanan obat.
- 5.8. Bertanggung jawab atas penerapan Program pelatihan yang terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 5.9. Bertanggung jawab atas penerapan Rencana pertemuan sosialisasi dan koordinasi untuk menyampaikan permasalahan, tindak lanjut, dan kemajuan tindak lanjut yang dilakukan.
- 5.10. Bertanggung jawab atas penerapan Rencana monitoring dan evaluasi program mutu dan keselamatan pasien.

6. TIM AUDIT INTERNAL

Tugas tim audit internal yaitu:

- a. Menginformasikan jadwal audit mutu internal
- b. Membuat rencana audit internal/audit plan dalam satu tahun

- c. Membuat jadwal audit internal
- d. Menyusun instrument audit internal
- e. Menyusun pembagian tugas auditor dan auditee
- f. Menyiapkan auditor dan auditee (auditor membuat *checklist* sesuai *scope* audit, auditee menyiapkan dokumen mutu dan bukti penerapan)
- g. Melakukan persiapan untuk pelaksanaan audit internal
- h. Memastikan audit internal terlaksana sesuai dengan rencana
- i. Menyusun laporan hasil audit mutu
- j. Memverifikasi temuan / rekomendasi yang telah *closed out*
- k. Menyampaikan laporan hasil audit mutu pada rapat Tinjauan Manajemen
- l. Memastikan temuan Audit Internal telah ditindak lanjuti
- m. Menyusun Laporan Audit Internal

BAB VI

PERBAIKAN KINERJA ORGANISASI DALAM KERANGKA KONSEP **MALCOLM BALDRIGE** DAN STANDAR AKREDITASI

Tujuan dari peningkatan dan pengendalian mutu disebuah organisasi adatah untuk mencapai kinerja terbaik dalam suatu organisasi. Untuk mencapai kinerja terbaik tersebut perlu diterapkan sebuah kerangka konsep perbaikan kinerja. Dalam pedoman ini akan dibahas secara singkat mengenai upaya perbaikan kinerja organisasi menurut kerangka konsep **Malcolm Baldrige** dan hubungannya dengan standar akreditasi.

Menurut **Malcolm Baldrige** kerangka konsep peningkatkan kinerja sebuah organisasi terdiri dari 3 bagian yaitu:

1. Kriteria untuk mencapai *performance excellence*/kinerja terbaik
2. Nilai inti dan konsep
3. Panduan penilaian (*scoring*)

Kerangka konsep **Malcolm Baldrige** tersebut mempunyai tujuan utama yaitu untuk:

1. membantu organisasi melakukan penilaian terhadap usaha perbaikan yang telah dilakukan,
2. melakukan diagnosis terhadap keseluruhan performa/kinerja sistem manajemen organisasi dan,
3. mengidentifikasi kekuatan dan peluang untuk melakukan perbaikan.

6.1.. Kriteria untuk mencapai *performance excellence*

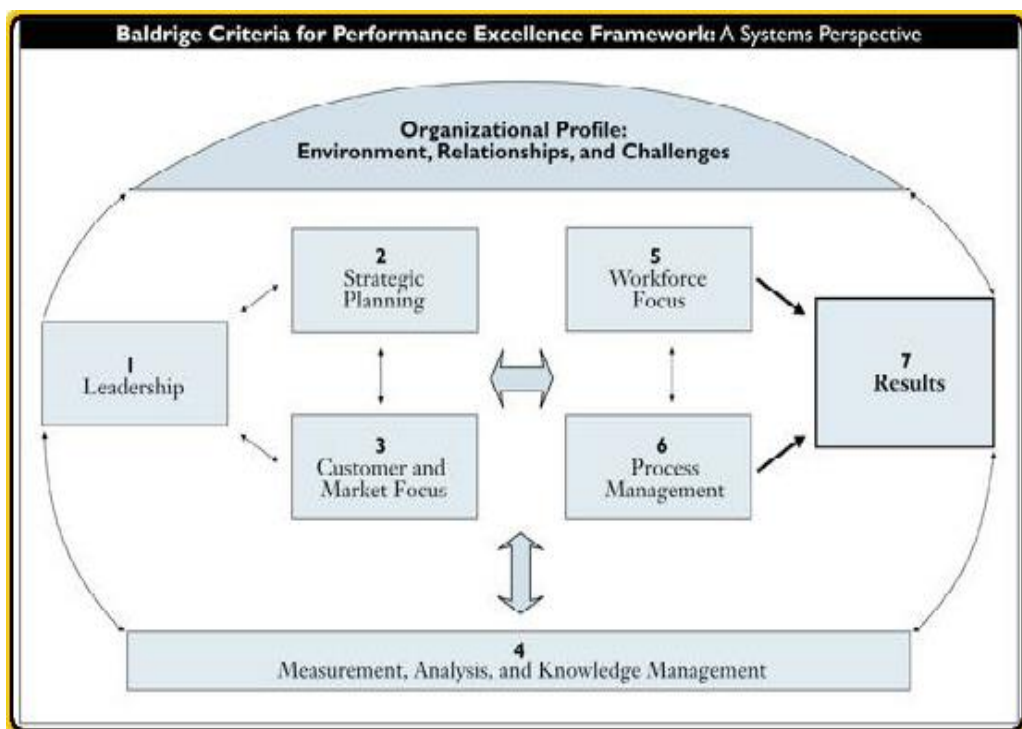
Untuk meningkatkan kinerja organisasi menurut Baldrige terdapat tujuh kriteria *assessment* yang harus dipertimbangkan yaitu :

1. *Leadership* (kepemimpinan), 120 poin
2. *Strategy* (rencana strategis organisasi), 85 poin
3. *Customer* (Fokus pada pelanggan), 85 poin
4. *Measurement, analysis, and knowledge management* (Pengukuran, Analisis dan Manajemen Informasi/Pengetahuan), 90 poin
5. *Workforce* (Fokus pada SDM), 85 poin
6. *Operation* (Fokus pada Proses), 85 poin
7. *Results* (Hasil Kinerja), 450 poin

Skor total dari *Baldrige assessment* adalah 1000 poin.

Baldrige assessment berfungsi sebagai *tool* yang mengukur dan mengevaluasi kinerja manajemen. Institusi yang dapat menerapkan *Baldrige assessment* ini antara lain perusahaan dengan kategori usaha manufaktur, jasa, dan bisnis kecil, serta institusi kesehatan dan pendidikan. Dengan adanya *Baldrige assessment* dapat membantu organisasi menghadapi lingkungan dinamis, membangun sistem kerja yang tinggi, menerjemahkan visi dan misi ke dalam strategi, membangun kesuksesan jangka pendek serta stabilitas organisasi untuk jangka panjang (Gaspersz, 2002).

Dengan menjawab rangkaian pertanyaan yang merupakan bagian dari tujuh kriteria dalam *assessment* tersebut membantu organisasi untuk mengidentifikasi sumber daya, kekuatan dan peluang untuk perbaikan; memperbaiki komunikasi, produktivitas dan efektivitas, dalam mencapai tujuan strategis organisasi, dan sebagai hasilnya mengarah pada perbaikan kinerja menuju *excellent*. 7 Kriteria Baldrige tersebut dibagi menjadi beberapa item, masing-masing item dibagi menjadi beberapa area yang harus diatasi (*area to address*).



Gambar 1. Kerangka Konsep 7 Kriteria Malcolm Baldrige

Penjelasan:

Dari gambar 1 di atas, dapat dijelaskan bahwa kriteria 1 (*leadership*), 2 (*strategic planning*) dan 3 (*customer focus*) termasuk dalam **trias leadership (kepemimpinan)** sedangkan kriteria 5 (*workforce focus*), 6 (*operation focus*) dan 7 (*results*) termasuk dalam **trias results (hasil)**. Tanda panah horizontal di tengah menunjukkan hubungan yang penting antara trias kepemimpinan dengan trias hasil. Tanda panah yang mempunyai ujung dua arah menandakan pentingnya umpan balik dalam mencapai kinerja sistem manajemen yang efektif. Profil organisasi mengatur konteks bagaimana sebuah organisasi bekerja dan menjadi dasar/pedoman bagi kinerja sistem manajemen.

Trias Kepemimpinan menekankan pentingnya kepemimpinan yang berfokus pada strategi organisasi dan pelanggan. Pemimpin menentukan arah organisasi dan mencari peluang pengembangan di masa yang akan datang. **Trias Hasil** termasuk di dalamnya yaitu proses yang berfokus pada SDM, fokus operasi, dan hasil kinerja yang diperoleh. Pondasi dari kerangka konsep ini yaitu kriteria 4 (*measurement, analysis and knowledge management*) sebagai dasar dari manajemen yang efektif dan berdasarkan fakta dan informasi untuk meningkatkan kinerja dan kompetitivitas.

6.1.1. Struktur Kriteria Kinerja ***Excellent Malcolm Baldrige***

Tujuh Kategori Kriteria Kinerja Ekselen Baldrige terdiri dari item-item dan area untuk diatasi (*area-area to address*).

Item

Dari 7 kriteria tersebut terdapat 17 item (ditambah 2 Profil Organisasi, sebelum menjawab ke 7 kriteria tersebut, *assessment* dimulai dengan menjawab Profil Organisasi), masing-masing fokus pada kekhususannya. Item-item tersebut dibagi dalam 3 kelompok sesuai dengan jenis-jenis informasi yang ditanyakan :

- **Pendahuluan** (Preface) – Profil Organisasi meminta anda untuk merumuskan lingkungan organisasi anda

- **Item-item Proses** (Kategori 1 – 6) menanyakan kepada anda proses-proses organisasi anda
- **Item-item Hasil** (Kategori 7) menanyakan kepada anda untuk melaporkan hasil-hasil untuk proses-proses organisasi anda

Masing-masing item dilengkapi dengan Catatan pada Item

Catatan Item mempunyai 3 tujuan: (1) untuk mengklarifikasi terminologi atau persyaratan, (2) untuk memberikan instruksi-instruksi dan contoh-contoh untuk merespon (3) untuk mengidentifikasi hubungan antar item. Catatan Item dengan tulisan miring merupakan catatan untuk organisasi non profit

Area to Address

Setiap Item terdiri atas satu atau lebih Area to Address (diberi label a, b, c dst)

Persyaratan item

Persyaratan item disajikan dalam bentuk pertanyaan atau pernyataan yang mempunyai tiga tingkatan

- Pernyataan *Basic* yang diekspresikan dalam judul pertanyaan (misalnya bagaimana Anda mendapatkan data pelanggan).
- Persyaratan *Overall* adalah topik-topik dalam paragraf pertama dengan huruf tebal (misalnya bagaimana anda mendengarkan suara pelanggan dan memperbaiki kepuasan, ketidakpuasan dan kerekatan mereka).
- Persyaratan *multiple* merupakan pertanyaan-pertanyaan tersendiri/individual dalam setiap *area to address*

6.1.2 Contoh Struktur Kriteria *Baldrige*

Tabel dibawah merupakan contoh struktur *assessment* kriteria Baldrige:

KRITERIA 1. Leadership (Kepemimpinan), 120 point
Kategori kepemimpinan menanyakan BAGAIMANA PEMIMPIN SENIOR melakukan langkah-langkah memandu dan menjamin keberlangsungan organisasi anda, kategori ini juga menanyakan mengenai sistem PENGATURAN di organisasi; BAGAIMANA organisasi memenuhi tanggungjawab hukum, etik dan sosial; dan BAGAIMANA organisasi mendukung komunitas kunci
Item 1.1 Kepemimpinan Senior: Bagaimana pemimpin senior memimpin organisasi? (persyaratan basic), 70 point
Gambarkan Bagaimana Pemimpin Senior melakukan langkah-langkah memandu dan

menjamin keberlangsungan organisasi anda. Gambarkan bagaimana pemimpin senior menciptakan lingkungan yang melibatkan pelanggan, berinovasi dan memiliki kinerja tinggi. Gambarkan bagaimana pemimpin senior berkomunikasi dengan tenaga kerja dan pelanggan kunci (persyaratan overall).

Berilah jawaban juga pada pernyataan berikut:

(Area to address) a. VISI, NILAI, MISI

Persyaratan multiple:

(1) Visi dan Nilai,

- Bagaimana pemimpin senior menyiapkan visi dan nilai organisasi?
- Bagaimana pemimpin senior menyebarkan visi dan nilai melalui sistem kepemimpinan, kepada tenaga kerja, kepada supplier, rekan dan pelanggan dan stakeholder lain yang sesuai?,
- Bagaimana sikap pemimpin senior mencerminkan komitmen terhadap nilai tersebut?

(2) Mempromosikan perilaku legal dan etik,

- Bagaimana pemimpin senior menunjukkan komitmen untuk mendukung perilaku legal dan etik?
- Bagaimana mereka mempromosikan lingkungan organisasi yang mendukung itu?

(3) Menciptakan organisasi yang berkelanjutan, Bagaimana pemimpin senior menciptakan organisasi yang berkelanjutan? Bagaimana mereka:

- a. menciptakan lingkungan yang mendukung pencapaian misi, perbaikan kinerja organisasi, kinerja kepemimpinan dan pembelajaran individu dan organisasi?
- b. menciptakan lingkungan yang mendukung inovasi dan pengambilan resiko secara cerdas, pencapaian tujuan strategis dan kelincahan organisasi?
- c. partisipasi dalam perencanaan suksesi dan perkembangan pemimpin organisasi di masa depan?

(Area to address) b. KOMUNIKASI DAN KINERJA ORGANISASI

(1) Komunikasi,

- Bagaimana pemimpin senior berkomunikasi dan terlibat dengan semua staf dan pelanggan kunci?
- Bagaimana mereka mendukung komunikasi dua arah yang terbuka termasuk penggunaan social media yang efektif?
- Bagaimana mereka mengkomunikasikan keputusan kunci?
- Bagaimana mereka berperan aktif dalam memberikan motivasi bagi staf termasuk partisipasi dalam program pemberian hadiah dan pengakuan bagi pegawai , untuk lebih meningkatkan kinerja dan fokus kepada pelanggan?

(2) Fokus pada Aksi,

- Bagaimana pemimpin senior menciptakan fokus pada aktivitas untuk mencapai tujuan organisasi, perbaikan kinerja, inovasi dan pengambilan resiko yang cerdas dan pencapaian visi?
- Bagaimana pemimpin senior mengidentifikasi aktivitas/aksi yang diperlukan, dalam kerangka pencapaian kinerja yang diharapkan bagaimana pemimpin senior fokus dalam menciptakan nilai bagi pelanggan dan stakeholder lain?

Catatan

1.1 Kinerja organisasi anda harus dilaporkan dalam item 7.1-7.5

1.1a(1) Visi organisasi anda harus dapat tercermin dalam tujuan strategis organisasi dan rencana aksi sebagaimana tergambar dalam item 2.1 dan 2.2

1.1a(3) Sebuah organisasi yang berkelanjutan merupakan organisasi yang mampu mengatasi kebutuhan proses bisnis yang sedang berlangsung melalui kelincahan dan manajemen strategis, mampu dalam menyiapkan kesuksesan bisnis di masa depan, pasar dan lingkungan operasional. Baik faktor eksternal dan internal harus dipertimbangkan. Dalam konteks kesinambungan, konsep inovasi dan pengambilan resiko secara cerdas termasuk inovasi teknologi dan organisasi untuk membantu meraih kesuksesan organisasi di masa depan. Sebuah organisasi yang berkesinambungan mampu untuk menjamin lingkungan yang aman dan nyaman bagi pegawai dan stakeholder kunci lainnya. Sebuah organisasi yang berkelanjutan mampu mengatasi resiko dan kesempatan yang muncul dari lingkungan dan perubahan iklim.

Dst.

Menurut **Baldrige** untuk dapat meningkatkan kinerja organisasi menuju kinerja ekselen, sebuah organisasi harus melakukan *self assessment* menggunakan 7 kriteria tersebut dan memberi skor pada masing-masing item pertanyaan. Adapun sistem penilaian yang digunakan terhadap *assessment* tersebut yaitu dengan menggunakan skor tanggapan pada setiap item pada kriteria didasarkan pada dua dimensi evaluasi, yaitu dimensi proses dan dimensi hasil. Dimensi proses mengacu pada bagaimana metode organisasi yang digunakan untuk meningkatkan pemenuhan persyaratan item-item dalam kategori ke-1 sampai dengan kategori ke-6. Terdapat empat faktor yang digunakan untuk mengevaluasi proses yaitu *approach, deployment, learning, and integration (ADLI)*.

Tabel 1: Faktor Evaluasi Item Proses pada Kriteria Malcolm Baldrige

Faktor	Mengacu pada :
<i>Approach</i> (Pendekatan)	- metode yang digunakan untuk menyelesaikan proses - kesesuaian metode tersebut untuk melengkapi persyaratan item dan lingkungan operasi organisasi - efektivitas penggunaan metode - sejauh mana pendekatan ini berulang dan didasarkan pada data yang dapat dipercaya dan informasi

<i>Deployment</i> (penyebaran)	- sejauh mana pendekatan telah diterapkan untuk memenuhi persyaratan item yang relevan dan penting untuk organisasi - sejauh mana pendekatan diterapkan secara konsisten - sejauh mana pendekatan yang digunakan (dieksekusi) oleh semua unit kerja yang sesuai
<i>Learning</i> (belajar)	- menyempurnakan pendekatan melalui siklus evaluasi dan perbaikan - mendorong perubahan terobosan pada pendekatan melalui inovasi - berbagi perbaikan dan inovasi dengan unit kerja terkait lainnya dan proses ke dalam organisasi
<i>Integration</i> (integasi)	- sejauh mana pendekatan sejajar dengan kebutuhan organisasi , diidentifikasi dalam profil organisasi dan item-item proses lainnya - sejauh mana tindakan, informasi, dan sistem peningkatan saling melengkapi seluruh proses dan unit kerja - sejauh mana rencana, proses, hasil, analisis, belajar, dan tindakan adalah harmonis di seluruh proses dan unit kerja untuk mendukung organisasi mencapai tujuan yang luas

Dalam melakukan skoring item yang termasuk dalam kategori proses, untuk diingat bahwa ADLI (*approach, deployment, learning* dan *integration*) terhubung satu dengan yang lain. Gambaran dari pendekatan (*approach*) selalu menunjukkan penyebaran (*deployment*) yang konsisten terhadap persyaratan khusus dari item dan organisasi. Seiring dengan bertambah matangnya proses yang dilakukan maka gambaran juga harus menunjukkan siklus pembelajaran (termasuk inovasi), begitu pula dengan integrase dengan proses dan unit kerja yang lain.

Kategori "Hasil" mengacu pada keluaran dan hasil organisasi dalam mencapai persyaratan dalam item 7.1-7.5 (pada kategori 7). Terdapat empat faktor yang digunakan untuk mengevaluasi hasil yaitu *levels*, *trends*, *comparisons*, and *integration* (LeTCI) .

Tabel 2: Evaluasi Item Hasil pada Kriteria Malcolm Baldrige

Faktor	Mengacu pada :
<i>Level</i> (tingkat)	- tingkat kinerja saat ini
<i>Trends</i> (tren)	- tingkat perbaikan kinerja atau keberlanjutan kinerja yang sudah baik - luasnya (tingkat penyebaran) dari hasil kinerja.
<i>Comparisons</i> (perbandingan)	- kinerja relatif terhadap perbandingan yang tepat, seperti dilakukan pada pesaing atau organisasi serupa - kinerja relatif terhadap benchmark atau pemimpin industri
<i>Integration</i> (integrasinya)	- sejauh mana pengukuran - sejauh mana hasil tindakan (sering melalui segmentasi) menangani pasien penting dan stakeholder, pelayanan kesehatan, pasar, proses, dan persyaratan kinerja rencana aksi yang diidentifikasi dalam profil organisasi dan dalam proses item - sejauh mana hasil mencakup indikator-indikator yang valid dari kinerja masa depan - sejauh mana hasil diharmoniskan di seluruh proses dan unit kerja untuk mendukung tujuan organisasi yang luas.

Faktor-faktor evaluasi baik untuk proses maupun hasil merupakan hal-hal yang dinilai dari setiap item pertanyaan dalam kuisisioner *self assessment*. Penetapan skor untuk respon item memiliki pedoman yaitu:

- a. Semua *area to address* harus dimasukkan dalam respon item. Respon harus mencerminkan apa yang penting bagi organisasi.

Dalam menetapkan skor untuk item, pertama tentukan rentang nilai (misalnya, 50 persen sampai 65 persen) sebagai rentang nilai yang paling menggambarkan tingkat prestasi organisasi seperti yang disajikan dalam respon item. Penentuan nilai rentang tersebut berdasarkan pandangan menyeluruh dari keempat faktor proses (ADLI) maupun keempat faktor hasil (LeTCI) dan bukan pada menghitung-hitung atau merata-rata penilaian independen terhadap masing-masing dari keempat faktor.

Rentang nilai yang paling menggambarkan tingkat prestasi organisasi tidak harus memenuhi semua faktor proses dan hasil secara sempurna tetapi dapat mencakup beberapa kesenjangan dalam satu atau lebih dari faktor ADLI (proses) atau faktor LeTCI (hasil) untuk rentang skor yang dipilih.

- b. Menetapkan skor aktual dalam kisaran yang dipilih memerlukan evaluasi apakah respon item yang lebih dekat dengan pernyataan dalam kisaran skor berikutnya yang lebih tinggi atau lebih rendah berikutnya.
- c. Sebuah item proses dengan skor 50 persen merupakan pendekatan yang memenuhi persyaratan keseluruhan item, yang digunakan secara konsisten dan unit kerja yang paling baik, yang telah melalui beberapa siklus perbaikan, pembelajaran, serta membahas kunci kebutuhan organisasi. Skor yang lebih tinggi mencerminkan pencapaian yang lebih besar, ditunjukkan oleh penyebaran yang lebih luas, pembelajaran organisasi yang signifikan, dan peningkatan integrasi.
- d. Sebuah item hasil dengan skor 50 persen merupakan indikasi yang jelas dari tingkat baik dari kinerja, tren yang menguntungkan, dan kesesuaian data komparatif untuk daerah hasil tercakup dalam item dan penting untuk misi organisasi. Skor yang lebih tinggi mencerminkan tren dan tingkat kinerja yang lebih baik, kinerja komparatif yang kuat, cakupan yang lebih luas dan integrasi dengan persyaratan organisasi atau misi.

Berikut adalah petunjuk penilaian pada proses dan hasil :

Tabel 3 : Petunjuk Penilaian Proses dan Hasil

SKOR	PROSES (KATEGORI 1 – 6)
0% atau 5%	- Tidak ada pendekatan sistematis untuk persyaratan item yang jelas, informasi anekdot. (A) - Penyebaran sedikit atau tidak ada dari setiap pendekatan sistematis adalah jelas. (D) - Sebuah orientasi perbaikan tidak jelas, perbaikan dicapai melalui reaksi terhadap masalah (L) - Tidak ada keselarasan organisasi yang jelas, masing-masing bidang atau unit kerja beroperasi secara independen. (I)
10% ,15% 20% atau 25%	- Awal pendekatan sistematis dengan persyaratan dasar item jelas. (A) - Pendekatan ini pada tahap awal dari penyebaran dalam sebagian besar wilayah atau unit kerja, menghambat kemajuan dalam mencapai persyaratan dasar dari item. (D) - Tahap awal transisi dari reaksi terhadap masalah ke orientasi perbaikan secara umum yang jelas. (L) - Pendekatan ini selaras dengan daerah atau unit kerja lain yang sebagian besar melalui pemecahan masalah bersama. (I)
SKOR	PROSES (KATEGORI 1-6)
30%, 35%, 40%, atau 45%	- Sebuah pendekatan, sistematis efektif, responsif terhadap kebutuhan dasar item, jelas. (A) - Pendekatan ini digunakan, meskipun beberapa daerah atau unit kerja dalam tahap awal penyebaran. (D) - Awal pendekatan sistematis untuk evaluasi dan perbaikan proses kunci jelas. (L) - Pendekatan ini pada tahap awal penyelarasan dengan kebutuhan dasar organisasi diidentifikasi kasi dalam menanggapi Profil Organisasi dan item proses lainnya. (I)
50%, 55%, 60%, atau 65%	- Sebuah pendekatan yang efektif,sistematis, responsif terhadap kebutuhan dasar item, jelas. (A) - Pendekatan ini digunakan dengan baik, meskipun penyebaran dapat bervariasi di beberapa daerah atau unit kerja (D) - Sebuah proses berdasarkan fakta, evaluasi yang sistematis

	dan perbaikan dan beberapa pembelajaran organisasi, termasuk inovasi, untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses kunci (L) ✚ Pendekatan ini sesuai dengan kebutuhan organisasi secara keseluruhan, diidentifikasi dalam menanggapi profil organisasi dan item proses yang lain (I)
70%, 75%, 80%, atau 85%	✚ Sebuah pendekatan, sistematis efektif, responsif terhadap kebutuhan beberapa item, jelas. (A) ✚ Pendekatan ini baik digunakan, tanpa kesenjangan yang signifikan. (D) ✚ Berdasarkan fakta, evaluasi sistematis dan perbaikan dan pembelajaran organisasi, termasuk inovasi, merupakan kunci alat manajemen, ada bukti yang jelas tentang penyempurnaan sebagai akibat dari analisis tingkat organisasi dan <i>sharing</i>. (L) ✚ Pendekatan ini terintegrasi dengan kebutuhan saat ini dan masa depan organisasi yang diidentifikasi dari menanggapi profil organisasi dan item proses lainnya. (I)
90%, 95% atau 100%	✚ Sebuah pendekatan, efektif sistematis, sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan beberapa item, jelas. (A) ✚ Pendekatan ini sepenuhnya dikerahkan tanpa kelemahan signifikan atau kesenjangan dalam bidang atau unit kerja. (D) ✚ Berbasis fakta ,evaluasi sistematis dan perbaikan , pembelajaran organisasi melalui inovasi adalah kunci <i>organization-wide tools</i> , perbaikan dan inovasi, didukung oleh analisis dan berbagi, yang jelas di seluruh organisasi.(L) ✚ Pendekatan ini juga terintegrasi dengan kebutuhan saat ini dan masa depan organisasi yang diidentifikasi dalam menanggapi Profil Organisasi dan item proses lainnya. (I)

SKOR	RESULT (KATEGORI 7)
0% atau 5%	✚ Tidak ada hasil kinerja organisasi dan / atau hasil miskin di daerah dilaporkan. (Le) ✚ Data Trend baik tidak dilaporkan atau menunjukkan terutama tren merugikan. (T)

	✚ Informasi komparatif tidak dilaporkan. (C) ✚ Hasil tidak dilaporkan untuk setiap bidang yang penting bagi pemenuhan misi organisasi (I)
10% ,15% 20% atau 25%	✚ Sebuah hasil kinerja beberapa organisasi dilaporkan, responsif terhadap kebutuhan dasar item, dan tingkat kinerja awal yang baik , jelas. (Le) ✚ Beberapa data tren yang dilaporkan, dengan beberapa tren yang jelas merugikan . (T) ✚ Informasi komparatif Sedikit atau tidak dilaporkan. (C) ✚ Hasil dilaporkan untuk beberapa daerah yang penting bagi pemenuhan misi organisasi . (I)
30%, 35%, 40%, atau 45%	✚ Tingkat kinerja organisasi yang baik dilaporkan, responsif terhadap kebutuhan dasar item. (Le) ✚ Beberapa data tren yang dilaporkan, dan sebagian besar tren yang disajikan menguntungkan. (T) ✚ Tahap awal untuk memperoleh informasi komparatif yang jelas. (C) ✚ Hasil dilaporkan untuk banyak bidang yang penting bagi pemenuhan misi organisasi. (I)
50%, 55%, 60%, atau 65%	✚ Tingkat kinerja organisasi yang baik adalah dilaporkan, responsif terhadap kebutuhan keseluruhan item. (Le) ✚ Tren bermanfaat jelas dalam bidang yang penting bagi pemenuhan misi organisasi. (T) ✚ Beberapa tingkat kinerja saat ini telah dievaluasi terhadap perbandingan yang relevan dan / atau patokan dan menunjukkan bidang kinerja relatif baik. (C) ✚ Hasil kinerja organisasi dilaporkan untuk key patient and stakeholder, pasar, dan persyaratan proses. (I)
70%, 75%, 80%, atau 85%	✚ Untuk tingkat kinerja organisasi sangat baik dilaporkan, responsif terhadap kebutuhan beberapa item. (Le) ✚ Tren menguntungkan telah dipertahankan dari waktu ke waktu di sebagian besar wilayah yang penting bagi

	pemenuhan misi organisasi. (T) ✚ Banyak dari sebagian besar tren dan tingkat kinerja saat ini telah dievaluasi terhadap perbandingan yang relevan dan / atau tolok ukur dan daerah menunjukkan kepemimpinan dan kinerja relatif sangat baik. (C) ✚ Hasil kinerja organisasi dilaporkan untuk key patient and stakeholder, pasar, proses, dan persyaratan rencana aksi. (I)
SKOR	RESULT (KATEGORI 7)
90%, 95% atau 100%	✚ Tingkat kinerja organisasi sangat baik dilaporkan bahwa responsif sepenuhnya terhadap kebutuhan beberapa item.(Le) ✚ Tren menguntungkan telah dipertahankan dari waktu ke waktu di semua bidang yang penting bagi pemenuhan misi organisasi. (T) ✚ Bukti industri dan patokan kepemimpinan ditunjukkan di banyak daerah. (C) ✚ Hasil kinerja organisasi dan proyeksi dilaporkan untuk key patient and stakeholder, pasar, proses, dan persyaratan rencana aksi. (I)

Skor total yang didapatkan oleh suatu organisasi menunjukan di level mana kinerja organisasi tersebut. Berikut ini adalah kriteria suatu organisasi berdasarkan hasil penilaian menggunakan *Baldrige assessment*:

Tabel 4 : Kriteria organisasi berdasarkan *Baldrige Assessment*

Skor yang Diperoleh	Kriteria
876-1000	<i>World Leader</i>
776-875	<i>Benchmark Leader</i>
676-775	<i>Industry Leader</i>
576-675	<i>Emerging Industry Leader</i>
476-575	<i>Good Performance</i>
376-475	<i>Early Improvment</i>
276-375	<i>Early Result</i>
0 -275	<i>Early Development</i>

	<i>Excellent</i>
	<i>Average</i>
	<i>Poor</i>

Dalam pedoman ini tidak akan membahas secara detail mengenai *tools assessment* untuk setiap kriteria Malcolm Baldrige tetapi lebih kepada bagaimana hubungan pencapaian kinerja organisasi dengan kerangka konsep Malcolm Baldrige dan hubungannya dengan standar akreditasi sesuai dengan Permenkes 46/2015.

6.1.3 Padanan Kriteria Assessment **Malcolm Baldrige** dengan Standar Akreditasi Puskesmas

KRITERIA MALCOLM BALDRIGE	STANDAR PUSKESMAS AKREDITASI yang TERKAIT		
1. LEADERSHIP (120 POIN) 1.1. Kepemimpinan Senior (70 poin) a. visi, misi dan nilai organisasi b. komunikasi dan kinerja organisasional	Kriteria 2.3.6		
	Kriteria 2.3.7		
	Kriteria 2.3.9		
	Kriteria 2.3.10		

1.2. Tanggung Jawab Sosial dan Penguasaan Organisasi (50 poin) a. pengaturan organisasi b. perilaku legal dan etik c. tanggungjawab sosial dan dukungan untuk masyarakat/pelanggan	Kriteria 2.3.12		
	Kriteria 3.1.1		
2 PERENCANAAN STRATEGIS (85 poin) 2.1 .Pengembangan strategi (45 poin) a. Proses pengembangan strategi b. Tujuan strategis 2.2 .Penerapan strategi dalam aksi (40 poin) a. Pembuatan rencana aksi dan penyebarannya b. Proyeksi kinerja	STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS yang TERKAIT		
	Kriteria 1.1.1		
	Kriteria 1.1.4		
	Kriteria 1.1.5		
3 FOKUS KEPADA PELANGGAN (85 poin) 3.1 Suara pelanggan (40 poin) a. mendengarkan pelanggan b. penentuan kepuasan pelanggan dan keterlibatan pelanggan 3.2 Keterlibatan pelanggan (45 poin) a. Penawaran produk dan dukungan pelanggan b. Membangun hubungan dengan pelanggan	STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS yang TERKAIT		
	Kriteria 1.1.2	Kriteria 2.3.8	
	Kriteria 1.1.3	Kriteria 2.4.1	
	Kriteria 1.2.1	Kriteria 3.1.3	
	Kriteria 1.2.2	Kriteria 3.1.5	
	Kriteria 1.2.3		
	Kriteria 1.2.4		
	Kriteria 1.2.6		

4. PENGUKURAN, ANALISIS DAN MANAJEMEN INFORMASI (90 poin) 4.1 Pengukuran, Analisis dan Perbaikan Kinerja Organisasi (45 poin) a. pengukuran kinerja b. analisis kinerja dan review c. perbaikan kinerja 4.2 Manajemen Pengetahuan, Informasi dan Teknologi Informasi (45 poin) a. Pengetahuan organisasi b. Data, informasi dan teknologi informasi	STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS yang TERKAIT		
	Kriteria 2.3.17		
	Kriteria 3.1.2		
	Kriteria 3.1.4		
	Kriteria 3.1.6		
	Kriteria 3.17		
5. FOKUS SUMBER DAYA MANUSIA/TENAGA KERJA 5.1 Lingkungan Kerja Pegawai (40 poin) a. Kapabilitas dan kapasitas pegawai/tenaga kerja b. Iklim SDM/tenaga kerja 5.2 Keterlibatan SDM/Tenaga Kerja (45 poin) a. kinerja SDM/tenaga kerja b. penilaian keterlibatan pegawai c. pengembangan tenaga kerja dan pemimpin	STANDAR AKREDITASI yang TERKAIT		
	Kriteria 2.2.1		
	Kriteria 2.3.4		
	Kriteria 2.3.5		
6. FOKUS OPERASI (85 poin) 6.1 Proses Kerja Organisasi, bagaimana mendesain, memanajemen dan memperbaiki	STANDAR AKREDITASI yang TERKAIT		
	Kriteria 1.2.5	Kriteria 2.3.14	
	Kriteria 2.1.1	Kriteria	

produk kunci dan proses kerja (45 poin) a. desain produk dan proses kerja b. manajemen proses kerja 6.2 Efektivitas Operasional, bagaimana menjamin manajemen operasional berjalan pada jalur yang benar dan untuk kepentingan masa depan (40 poin) a. kontrol biaya b. manajemen rantai pasokan c. kesiapan keamanan dan kegawatdaruratan d. manajemen inovasi		2.3.15	
	Kriteria 2.1.2	Kriteria 2.3.16	
	Kriteria 2.1.3	Kriteria 2.5.1	
	Kriteria 2.1.4	Kriteria 2.5.2	
	Kriteria 2.1.5	Kriteria 2.6.1	
	Kriteria 2.2.2		
	Kriteria 2.3.1		
	Kriteria 2.3.2		
	Kriteria 2.3.3		
	Kriteria 2.3.11		
	Kriteria 2.3.13		
	Kriteria 2.3.14		
7. HASIL (450 POIN)	STANDAR AKREDITASI yang TERKAIT		
7.1 Produk dan Hasil Kinerja dari Proses, apa produk kinerja dan hasil efektivitas proses organisasi? (120 poin) a. produk berfokus pelanggan dan hasil proses b. hasil efektivitas proses kerja c. hasil manajemen rantai pasokan	Kriteria 1.3.1		
	Kriteria 1.3.2		
7.2 Hasil kinerja yang berfokus pada pelanggan (85 poin) a. hasil yang berfokus pada pelanggan			

7.3 Hasil kinerja yang berfokus pada tenaga kerja (85 poin) a. hasil kinerja berfokus pada tenaga kerja 7.4 Hasil kinerja kepemimpinan dan pemerintahan (80 poin) a. hasil kepemimpinan, pemerintahan dan tanggungjawab sosial b. hasil implementasi strategi 7.5 Hasil keuangan dan pemasaran (80 poin) a. hasil keuangan dan pemasaran			
---	--	--	--

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa standar akreditasi Puskesmas koheren dengan kerangka konsep Malcolm Baldrige dalam mewujudkan kinerja organisasi yang ekselen, sehingga pemenuhan standar akreditasi dengan baik dan benar diharapkan dapat meningkatkan kinerja organisasi FKTP menuju ekselen.

BAB VII SIKLUS PERBAIKAN MUTU

Untuk mewujudkan *Continuous Quality Improvement (CQI)* dibutuhkan metode untuk perbaikan mutu pelayanan kesehatan di FKTP. Model PDCA merupakan siklus hidup yang dapat digunakan sebagai upaya perbaikan mutu yang berkelanjutan. PDCA merupakan singkatan dari Plan – Do – Check – Act (Perencanaan – Pelaksanaan – Periksa – Aksi).



Gambar 6.1 Siklus PDCA

7.1. Perencanaan (*Plan*)

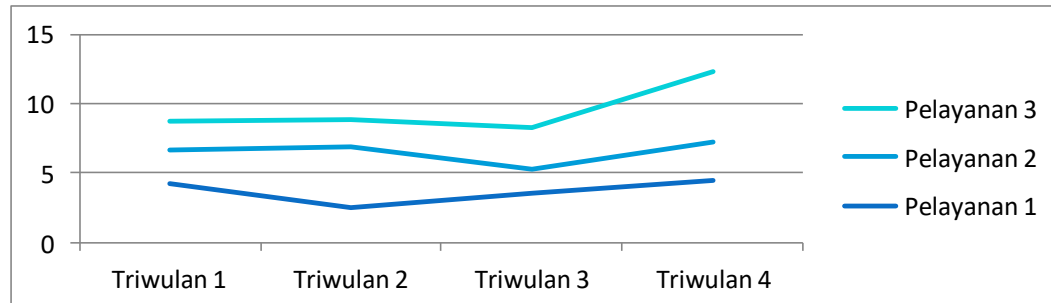
Perencanaan artinya merencanakan tujuan dan proses yang dibutuhkan untuk menentukan hasil yang sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Tahap ini memiliki focus pada peningkatan yang spesifik dengan menjalankan langkah-langkah berikut.

Langkah 1: Identifikasi hasil dan pelayanan kesehatan sesuai harapan pasien

Dalam langkah ini FKTP merumuskan tujuan hingga output sesuai kebutuhan dalam memaksimalkan pelayanan kesehatan. Hal ini bisa dilakukan dengan merumuskan apa yang menjadi tujuan/target FKTP, siapa yang terlibat atau siapa yang diuntungkan, perubahan apa yang diharapkan, dan bagaimana kondisi saat ini. FKTP dapat melakukan diskusi kelompok dengan pasien dan anggota keluarga pasien untuk mengidentifikasi kualitas pelayanan FKTP.

Selanjutnya FKTP melakukan survei kepada pasien tentang pelayanan kesehatan yang diberikan dengan kesimpulan apakah pelayanan yang

diberikan memuaskan, biasa saja, atau buruk. Setiap 3 bulan sekali FKTP membuat grafik gambaran hasil survei untuk mengetahui berapa persentasi pasien yang menilai pelayanan memuaskan, biasa saja, dan buruk. Gambaran hasil survei bisa dibuat dalam bentuk diagram seperti di bawah ini:



Gambar 6.3 Contoh Hasil Survei Kepuasan Pelanggan 3 Bulanan

Setelah dilakukan diskusi kelompok dan survei terhadap pasien dan keluarganya, pemimpin FKTP menilai mana yang menjadi kelemahan FKTP yang masih dianggap kurang memuaskan dalam memberikan pelayanan menurut pasien. Pemimpin FKTP juga harus mampu memotivasi tim/anggota/petugas di FKTP untuk bekerja bersama karena semua bagian memiliki keterkaitan satu sama lain dalam memberikan pelayanan kepada pasien, mulai dari bagian administrasi dan pendaftaran, bagian pelayanan, pemberian obat, dan sebagainya.

Langkah 2: Mendeskripsikan proses pelayanan kesehatan yang berjalan saat ini

Setiap anggota FKTP membuat gambaran tentang proses yang selama ini dilakukan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Masing-masing bagian di FKTP menggambarkan proses yang mereka lakukan dalam bentuk flowchart kegiatan pelayanan kesehatan mulai dari input – proses – output, bukan hanya untuk bisa mendeskripsikan bentuk pekerjaan yang dilakukan dengan jelas lengkap dengan nama penanggung jawab dari setiap proses dalam flowchart tersebut. Kadang selama ini kita melakukan pekerjaan tanpa standar/ketentuan alur yang jelas, sehingga ketika flowchart dibuat kita menyadari bahwa kita bisa meningkatkan atau bahkan mengubah proses yang selama ini berjalan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Langkah 3: Pengumpulan data dan analisis

Pada langkah 2 kita sudah membuat *flowchart* yang secara tidak langsung juga menunjukkan data apa yang bisa dikumpulkan dari proses pelayanan kesehatan yang dilakukan serta bagaimana cara mendapatkan data tersebut. Sebagai contoh, ada kasus dimana pasien pulang tanpa mendapat penjelasan tentang kondisi kesehatannya, maka dari flowchart yang ada kita

bisa melihat tahap atau bagian mana saja di FKTP yang dilalui pasien tersebut. Kita bisa mengetahui siapa saja yang ditemui pasien mulai dari datang hingga pulang serta hal-hal apa saja yang dibahas dalam setiap bagian. Flowchart juga dapat digunakan sebagai landasan untuk pengukuran data. Alat yang digunakan dalam pengumpulan data dapat berupa checklist, log, survei, trend chart, histogram, pareto, dll.

Langkah 4: Fokus pada peluang peningkatan mutu

Pilih salah satu permasalahan yang dianggap prioritas untuk diselesaikan sesuai dengan kebutuhan yang mendesak dan sumber daya yang dimiliki FKTP.

Langkah 5: Identifikasi akar penyebab masalah

Untuk memudahkan identifikasi akar masalah, yang harus dilakukan pertama kali adalah mencari segala kemungkinan penyebab masalah tersebut. Kemudian dari semua kemungkinan yang ada, dilakukan test atau pengukuran untuk mengetahui penyebab masalah yang paling potensial menimbulkan masalah. Setelahnya kita dapat menentukan apa yang menjadi akar penyebab masalah.

Sebagai contoh, misalnya ada masalah bahwa pasien kurang paham tentang ketentuan minum obat. Kita dapat mencari beberapa kemungkinan penyebab masalah kemungkinan 1) penjelasan yang kurang baik dari petugas kesehatan, kemungkinan 2) pasien memang kurang bisa memahami penjelasan petugas kesehatan, kemungkinan 3) pasien lupa. Test bisa dilakukan dengan menghubungi pasien ketika ia sampai rumah dan menanyakan ketentuan minum obat yang dibawa pulang, dari hasil test tersebut ternyata diketahui bahwa pasien lupa, ia sudah memahami ketentuan minum obat saat dijelaskan petugas kesehatan di FKTP namun ketika sampai di rumah pasien lupa. Maka dapat disimpulkan akar penyebab masalah pasien kurang paham tentang ketentuan minum obat adalah karena lupa.

Langkah 6: Mencari dan memilih penyelesaian masalah

Identifikasi peluang perbaikan terhadap cara untuk peningkatan pelayanan kesehatan. kumpulkan semua bentuk kemungkinan untuk menjadi solusi atas permasalahan yang ada.

- Cari solusi-solusi yang kreatif dan inovatif, terlebih jika FKTP terdiri dari tim sehingga menggali kemungkinan solusi menjadi semakin luas
- Diskusikan dengan tim dengan cara brainstorming, FGD, interview staf.

- Buat matriks untuk semua kemungkinan solusi yang ada, pertimbangkan kelebihan dan kekurangan dari masing-masing solusi yang ada serta menilai kemungkinan terbesar untuk dilaksanakan

7.2 Pelaksanaan (Do)

Pelaksanaan artinya melakukan perencanaan proses yang telah ditetapkan sebelumnya. Kita harus melakukan tahap ini sesegera mungkin, semakin kita menunda pekerjaan maka waktu kita semakin terbuang dan yang pasti pekerjaan akan bertambah banyak. Dalam tahap ini, dilakukan dengan menyusun aksi *pilot project* untuk melakukan perbaikan mutu. Pilot project diselenggarakan dalam skala kecil dan waktu yang tidak lama (3 – 6 bulan). Dalam langkah ini, tim melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dan memantau proses pelaksanaan dalam skala kecil (proyek uji coba). Mengacu pada penerapan dan pelaksanaan aktivitas yang direncanakan sesuai langkah berikut.

Langkah 7: Memetakan pilot project (uji coba)

Rencana uji coba diawali dengan melakukan pemetaan, dengan cara:

- Buat rencana yang matang untuk bisa mengeksekusi pelaksanaan uji coba, mulai dari persiapan budget/anggaran, SDM, hingga teknik atau metode uji coba
- Pilih orang-orang yang tepat untuk terlibat dalam uji coba, yaitu orang-orang yang memiliki pemikiran terbuka, mau berubah menjadi lebih baik, dan mau bekerja lebih untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal
- Buat plan of action yang terdiri dari daftar kegiatan yang akan dilakukan, perkiraan waktu pelaksanaan, serta nama penanggung jawab dari setiap kegiatan
- Tentukan metode untuk memonitor pelaksanaan uji coba, siapa yang akan memonitor dan kapan pelaksanaan monitoring harus ditentukan di awal dengan jelas.

Tabel 6.1 Contoh Tabel Pemantauan Pelaksanaan Uji Coba

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan			Penanggung Jawab
		Pekan 1	Pekan 2	Pekan ...	

Langkah 8: Implementasi *pilot project*

Implementasi pelaksanaan uji coba dilakukan selama 3 – 6 bulan. Ketika ini sudah dilakukan dengan baik, pekerjaan belum selesai, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:

- Banyak yang akan menyimpulkan bahwa pengalaman tidak akan berguna jika tidak dilakukan sesuai rencana
- Mengenalkan dan mengajak tim untuk berubah merupakan hal yang sulit karena orang pada umumnya susah untuk mengubah kebiasaan dan enggan untuk keluar dari rutinitas yang menjadi zona nyaman selama ini
- Bangun sistem monitoring dan control dengan ketat untuk uji coba ini karena apa yang terjadi dalam uji coba adalah gambaran dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang diharapkan, jangan mudah mengatakan gagal sebelum melakukan test dan analisis uji coba secara mendalam
- Saat pelaksanaan uji coba, pastikan pemimpin (atau pihak yang bertanggung jawab memonitoring pelaksanaan uji coba) rutin bertemu dan berdiskusi dengan penanggung jawab di setiap tahap uji coba untuk melakukan observasi dan konfirmasi rencana perubahan proses pelayanan kesehatan di FKTP

7.3. Periksa (*Check*)

Periksa artinya melakukan evaluasi terhadap sasaran dan proses serta melaporkan apa saja hasil yang sudah dicapai. Kita mengecek kembali apa yang sudah kita kerjakan, sudahkah sesuai dengan standar yang ada atau masih ada kekurangan. Memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi dan melaporkan hasilnya. Tahap pemeriksaan dilakukan dengan langkah-langkah berikut.

Langkah 9: Evaluasi hasil

Untuk memahami dampak internal dan eksternal pelaksanaan uji coba dapat dilakukan dengan evaluasi berupa diskusi kelompok (Focus Group Discussion, FGD) dan survei untuk mengetahui persepsi pasien. Verifikasi kegiatan uji coba dengan menilai proses dan outcome yang ada sesuai dengan indikator yang ditentukan di awal. Berikut contoh alat yang bisa digunakan dalam proses evaluasi hasil:

Tabel 6.2 Contoh Tabel Evaluasi Hasil 1

No	Masalah	Waktu Ditemukan			Total
		Pekan 1	Pekan 2	Pekan ...	

Tabel 6.3 Contoh Tabel Evaluasi Hasil 2

Tipe Masalah	Waktu kejadian							
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	...	Nov	Des
Kesalahan pendataan								
Lama waktu tunggu pasien								
Staf tidak sesuai prosedur								
Total								

Langkah 10: Buat kesimpulan

Ada tiga kemungkinan dari hasil uji coba yang dilakukan, yaitu:

- Hasil uji coba cukup menjanjikan, tetapi harus menemukan metode perubahan terbaik di FKTP
- Hasil uji coba gagal, maka FKTP harus melakukan analisis ulang untuk menemukan solusi masalah yang ada
- Hasil uji coba berjalan dengan baik di FKTP sehingga bisa terus dilakukan sebagai langkah awal menuju perubahan

Pertanyaan yang dapat membantu dalam proses pembuatan kesimpulan:

- Apakah perubahan yang terjadi nantinya akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di FKTP?
- Apa saja keuntungan yang akan didapat dari peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di FKTP?
- Apa saja pengorbanan (cost) yang harus dikeluarkan untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di FKTP?
- Apa yang perlu distandarisasi untuk memodifikasi proses pelayanan kesehatan berjalan?
 - Bagaimana caranya?
 - Apa saja sumber daya yang dibutuhkan?
 - Buat jadwal (spare waktu) untuk masa transisi

Dalam pengecekan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yaitu memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi. 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. Mengacu pada verifikasi apakah penerapan tersebut sesuai dengan rencana peningkatan dan perbaikan yang diinginkan.

7.4. Aksi (Act)

Aksi artinya melakukan evaluasi total terhadap tujuan dan proses serta menindaklanjuti dengan perbaikan-perbaikan. Jika ternyata apa yang telah kita kerjakan masih ada yang kurang atau belum sempurna, segera melakukan action untuk memperbaikinya. Tahap aksi ini sangat penting artinya sebelum kita melangkah lebih jauh ke proses perbaikan selanjutnya. Di tahap ini kita melakukan apa yang dibutuhkan untuk melakukan perubahan positif dalam proses keseharian pelayanan pasien sampai pada akhirnya kita bisa melakukan peningkatan dan/atau perbaikan dalam pelayanan kesehatan.

Langkah 11: Standarisasi perubahan

Setelah uji coba dilakukan, buat standarisasi perubahan dengan cara:

- Gambarkan proses baru dalam flowchart yang jelas dan mudah dipahami
- Diskusikan dengan orang-orang yang terlibat dalam proses standarisasi untuk mempertimbangkan bagian lain yang mungkin akan mendapat dampak positif dari perubahan yang akan dilakukan
- Modifikasi standar, prosedur, kebijakan, capaian/target, untuk menggambarkan proses perubahan
- Diskusikan dengan semua staf FKTP tentang rencana perubahan
- Berikan penjelasan dan pelatihan kepada staf sesuai kebutuhan untuk melakukan perubahan di FKTP
- Bangun rencana untuk mendukung orang-orang agar mau berubah, mulai dari fasilitas dan lingkungan kerja di FKTP
- Dokumentasikan setiap tahap proses perubahan sehingga dapat dijadikan lesson learn untuk senior manager atau FKTP lain

Langkah 12: Monitor (pantau) untuk mencapai tujuan

Untuk memastikan bahwa rencana perubahan berjalan sesuai yang diharapkan maka proses monitoring yang dilakukan pada tahap ujicoba harus dilanjutkan untuk masa yang lebih panjang. Kegiatan monitoring dapat dibuat secara berkala sebagai control atas perubahan yang diharapkan.

7.5. Indikator Siklus PDCA

Dalam menilai upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP, pedoman ini menggunakan pendekatan yang dirumuskan oleh Avedis Donabedian yaitu struktur, proses dan hasil. "Struktur" didefinisikan sebagai karakteristik yang relatif menetap pada FKTP, alat dan sumber daya, dan tatanan fisik serta organisasi di mana mereka bekerja. "Proses" adalah rangkaian kegiatan yang berlangsung antara penyedia layanan/petugas dan pasien. "Hasil" didefinisikan sebagai perubahan yang terjadi pada status kesehatan pasien baik saat ini ataupun masa mendatang.

Tabel 6.4 Indikator Siklus PDCA

Pendekatan	Indikator
Struktur	• Adanya tim mutu • Adanya uraian tugas tim mutu • Adanya perlengkapan komputer dan printer yang bisa digunakan
Proses	• Adanya pertemuan tim yang rutin dilaksanakan minimal sebulan sekali • Adanya kegiatan identifikasi dan prioritas masalah terkait dengan mutu layanan kesehatan di FKTP. • Adanya rumusan alternatif penyelesaian masalah • Adanya rencana upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP setiap bulan • Terlaksananya upaya pengendalian dan peningkatan mutu di FKTP setiap bulan
Hasil	• Adanya keterkaitan antara prioritas masalah dan rencana perbaikan • Adanya kesesuaian antara pelaksanaan upaya pengendalian dan peningkatan mutu dengan rencana perbaikan yang disusun • Peningkatan kepuasan pelanggan internal • Peningkatan kepuasan pelanggan eksternal

Sumber : Donabedian, Avedis. *Exploration in quality assessment and monitoring volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press. Michigan. 1980

Contoh Kasus menggunakan metode PDCA:

MENURUNKAN LAMA WAKTU TUNGGU DI APOTIK PUSKESMAS PURWAKARTA TAHUN 2015

PLAN

Langkah 1: Identifikasi hasil dan pelayanan kesehatan sesuai harapan pasien

Tim peningkatan mutu Puskesmas Purwakarta melakukan diskusi (*brainstorming*) dengan Kepala Puskesmas Purwakarta, Kepala Poli Gigi, Kepala Perawatan Balai pengobatan, bidan KIA, petugas obat, petugas pendaftaran, perawatan BP, petugas laboratorium, dan juru imunisasi mengenai permasalahan yang ada di Puskesmas dalam proses pelayanan kesehatan. Dari hasil diskusi diketahui informasi beberapa masalah pelayanan kesehatan yang ada, yaitu:

1. Pasien menumpuk di loket pendaftaran, apotik, dan ruang pemeriksaan
2. Jumlah kunjungan yang cukup banyak sedangkan ruang tunggu kurang memadai
3. Lamanya waktu tunggu pasien di Apotik dalam pengambilan obat
4. Di bagian laboratorium tidak ada ruang tunggu untuk pasien yang mengantri mendapat pelayanan laboratorium
5. Lamanya waktu tunggu pasien mulai dari pendaftaran sampai pasien mendapat obat yaitu sekitar dua jam

Untuk memiliki masalah pelayanan yang dianggap paling penting untuk segera diperbaiki, dilakukan proses pemberian nilai terhadap masalah yang ada oleh petugas kesehatan.

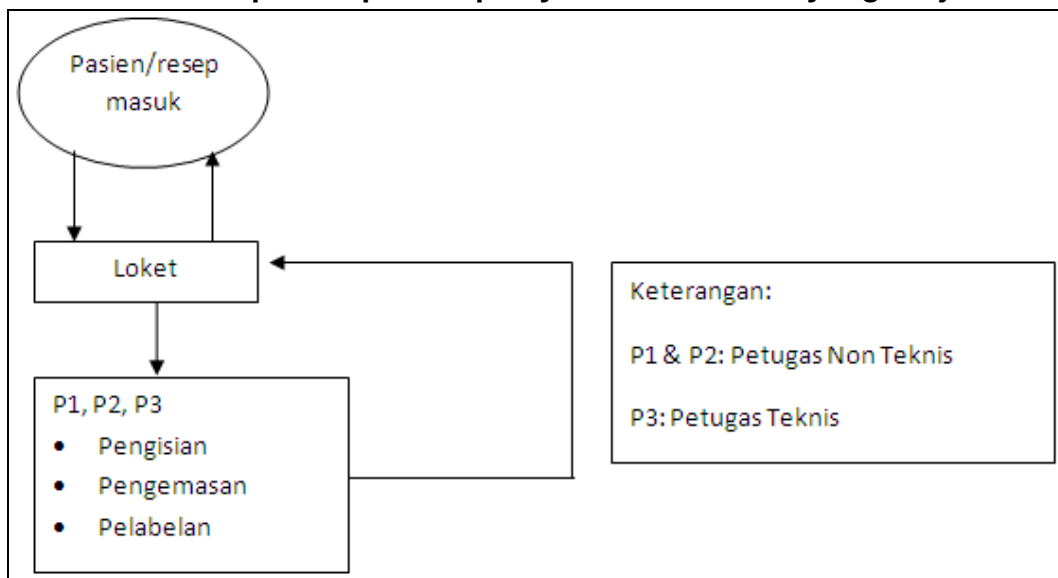
Tabel 7.1 Kategori Penilaian Masalah

Nilai	Makna	Nilai	Makna
1	Sangat tidak penting	6	Cukup penting
2	Tidak Penting	7	Penting
3	Kurang penting	8	Penting sekali
4	Tidak begitu penting	9	Sangat penting
5	Agak penting	10	Sangat penting sekali

Tabel 7.2 Penilaian Bobot Masalah oleh Petugas Kesehatan

Nomor masalah	Pendapat petugas kesehatan										Jumlah
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Masalah 1	7	5	8	7	8	6	6	7	7	8	69
Masalah 2	6	6	5	8	7	5	4	4	3	6	54
Masalah 3	7	8	6	8	7	8	9	8	7	8	76
Masalah 4	5	6	7	5	4	5	7	7	6	8	60
Masalah 5	7	4	5	7	8	7	5	8	6	8	65

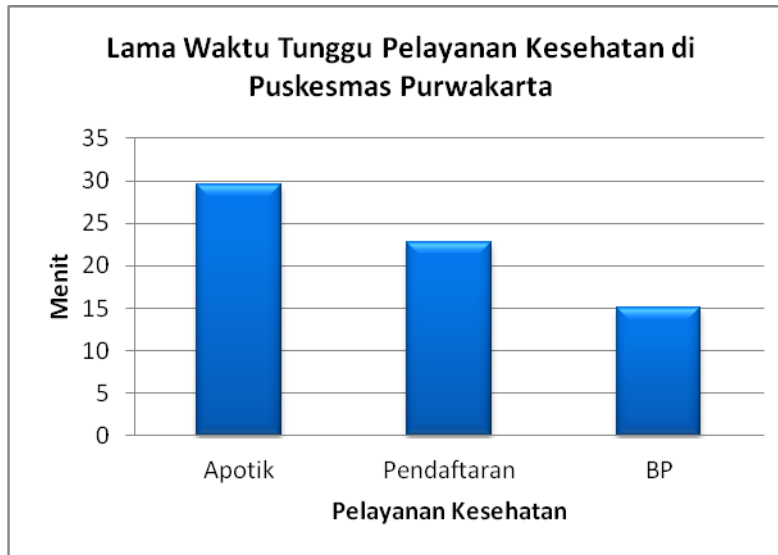
Langkah 2: Mendeskripsikan proses pelayanan kesehatan yang berjalan saat ini



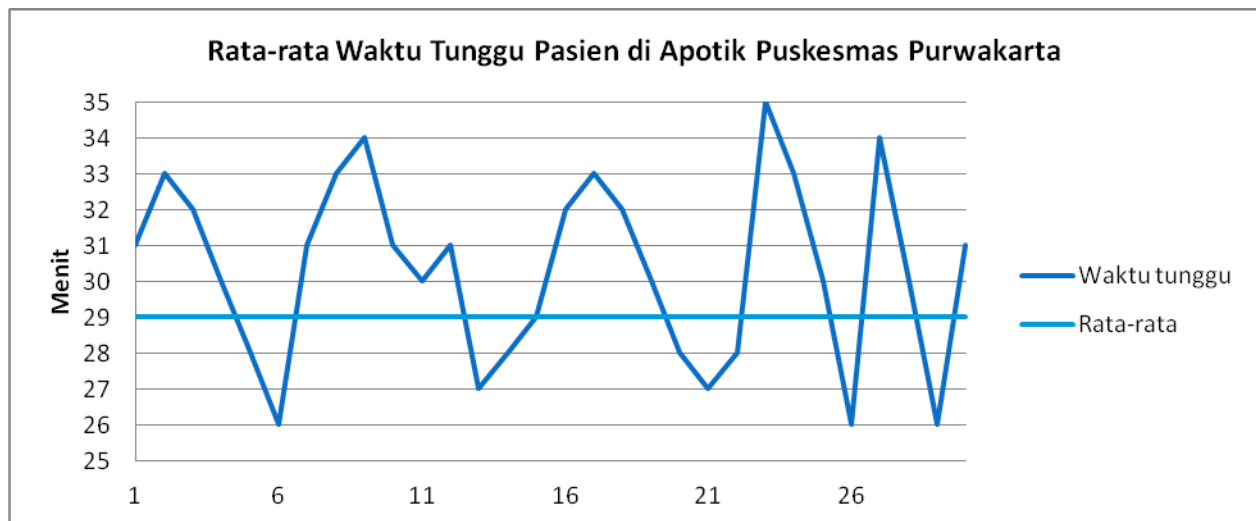
Gambar 7.1 Alur pelayanan apotik di Puskesmas Purwakarta

Langkah 3: Pengumpulan data dan analisis

Berdasarkan pembobotan masalah yang ada di Puskesmas didapatkan hasil bahwa “lamanya waktu tunggu pasien di Apotik” sebagai masalah yang dianggap prioritas untuk diperbaiki.



Gambar 7.2 Lama waktu tunggu pelayanan kesehatan di Puskesmas Purwakarta
 Selain itu fakta bahwa dari seluruh layanan kesehatan yang diberikan selama 2 jam, waktu tunggu pasien di apotik adalah pelayanan yang paling lama yaitu 29,6 menit, setelah lama di bagian pendaftaran 22,7 menit dan di bagian BP 15,03 menit.



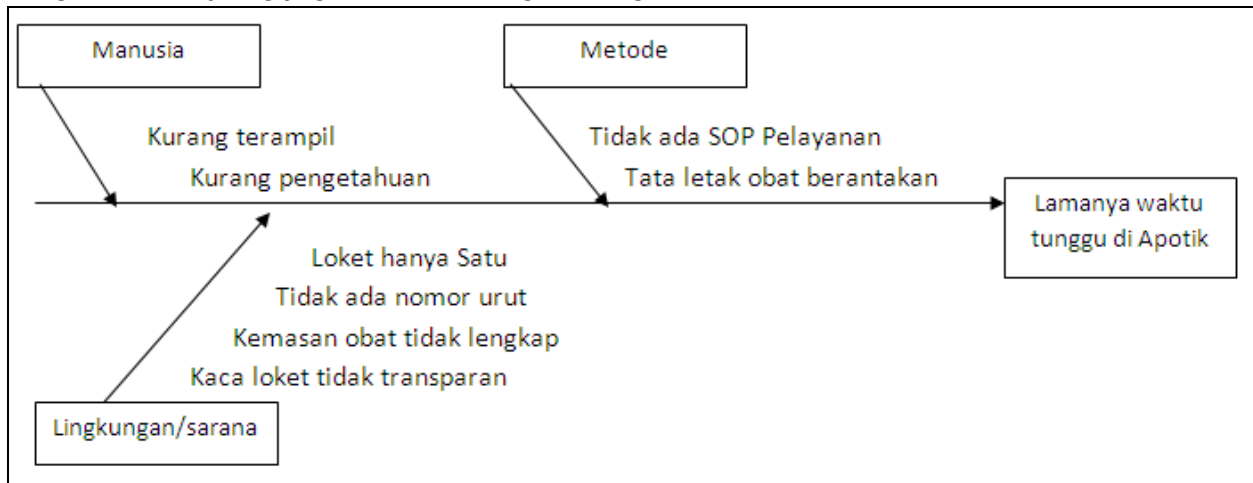
Gambar 7.3 Rata-rata waktu tunggu pasien di apotik Puskesmas Purwakarta

Langkah 4: Fokus pada peluang peningkatan mutu

Petugas kesehatan di Puskesmas Purwakarta memilih masalah prioritas untuk diperbaiki sebagai upaya peningkatan mutu, yaitu menurunkan lama waktu tunggu di Apotik Puskesmas Purwakarta.

Langkah 5: Identifikasi akar penyebab masalah

Dari permasalahan waktu tunggu pasien di Apotik Puskesmas Purwakarta, dilakukan penelusuran akar penyebab masalah. Hal ini dilakukan dengan metode *Fishbone Diagram* atau yang juga dikenal dengan Diagram Ishikawa.



Gambar 7.4 Diagram Ishikawa: Identifikasi Akar Masalah Puskesmas Purwakarta

Langkah 6: Mencari dan memilih penyelesaian masalah

Setelah diketahui akar permasalahan penyebab lamanya waktu tunggu pasien di Apotik Puskesmas Purwakarta, Tim peningkatan mutu selanjutnya mencari beberapa solusi sebagai rencana perbaikan masalah, yaitu:

Tabel 7.3 Rencana Penyelesaian Masalah

Klasifikasi Penyebab	Masalah	Rencana Perbaikan
Manusia	Kurangnya pengetahuan petugas Apotik	Memberikan pelatihan kepada petugas tentang pengelolaan obat
Metode	Tidak ada SOP	Pembuatan dan sosialisasi SOP
	Susunan obat tidak teratur	Penyusunan ulang tata kelola obat
Sarana	Loket hanya satu	Pemisahan loket penerimaan resep dan penyerahan obat
	Kaca loket tidak transparan	Mengganti kaca loket menjadi transparan
	Tidak tersedia nomor urut	Pemberian nomor urut pasien
	Kemasan obat tidak lengkap	Pengadaan etiket dan label obat

DO

Langkah 7: Memetakan pilot project (uji coba)

Setelah membuat rencana perbaikan, tim peningkatan mutu Puskesmas membuat peta pelaksanaan pilot project (uji coba) untuk diimplementasikan di Puskesmas. Pemetaan uji coba ini dilakukan dengan menentukan bentuk perbaikan, estimasi biaya, waktu pelaksanaan, dan nama penanggung jawab.

Tabel 7.4. Rencana perbaikan Puskesmas Purwakarta

Rencana Perbaikan	Waktu & Tempat	Biaya	Penanggung Jawab
Memberikan pelatihan kepada petugas tentang pengelolaan obat	4 Januari 2005 di Puskesmas	Rp.120.000,-	dr. Yulianita
Pembuatan dan sosialisasi SOP	27 Desember 2004 – 4 Januari 2005 di Puskesmas	Rp.100.000,-	drg. Nani Wahyuning
Penyusunan ulang tata kelola obat	5 Januari 2005 di Puskesmas	Rp.0,-	Marta
Pemisahan loket penerimaan resep dan penyerahan obat	27 Desember 2004	Rp. 150.000,-	Novi
Mengganti kaca loket menjadi transparan	27 Desember 2004	Rp.300.000,-	Susi
Pemberian nomor urut pasien	27 Desember 2004	Rp. 200.000,-	Misnani
Pengadaan etiket dan label obat	27 Desember 2004	Rp.56.000,-	Marta

Langkah 8: Implementasi *pilot project*

Pelaksanaan kegiatan pilot project dilakukan selama kurang lebih 2 bulan mulai dari persiapan hingga pelaksanaan, yaitu mulai Desember 2004 – Januari 2005. Perbaikan yang memerlukan waktu agak lama seperti pemisahan loket, penggantian kaca transparan dimulai sejak 27 Desember 2004, namun secara keseluruhan kegiatan perbaikan banyak dilakukan di hari Selasa, 4 Januari 2005.

Dalam penerapan SOP baru, secara garis besar tidak ada hambatan yang dialami oleh tim karena secara umum SOP yang dibuat tidak merubah total sistem pelayanan yang sudah berjalan selama ini.

Dalam pembuatan nomor urut, petugas Apotik harus menjelaskan kepada pasien bahwa nomor urut yang ada di loket apotik berbeda dengan nomor urut yang di dapat di bagian pendaftaran sehingga pasien harus mengambil nomor urut baru ketika sampai di apotik Puskesmas.

CHECK

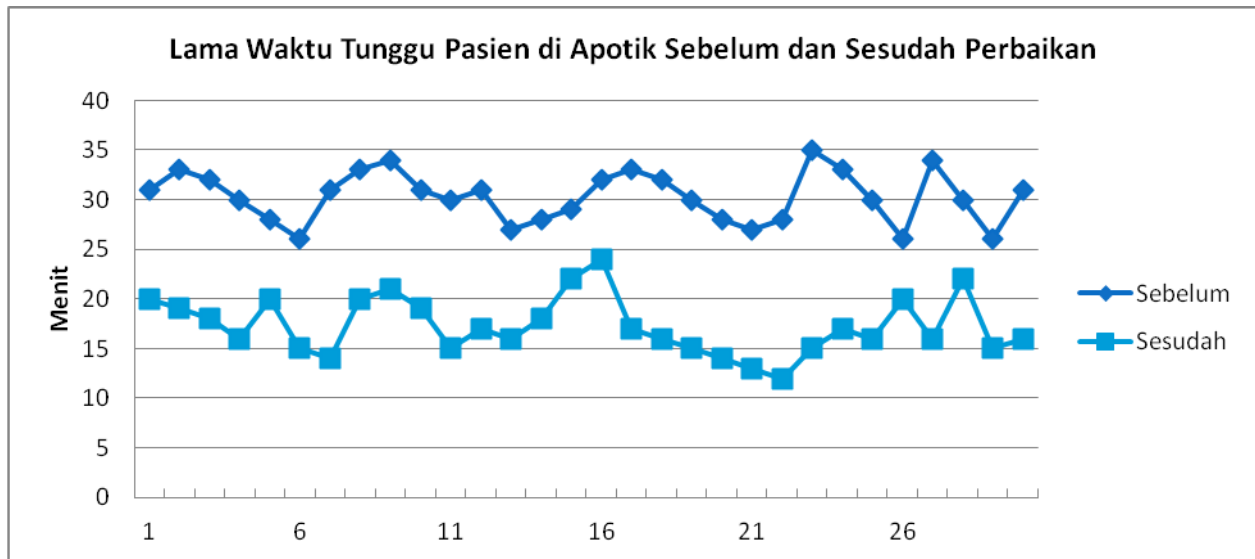
Langkah 9: Evaluasi hasil

Tim melakukan evaluasi terhadap hasil perbaikan yang dilakukan setelah dilakukan uji coba selama kurang lebih 3 bulan. Tim melakukan evaluasi setelah proses berjalan 1 bulan dengan tujuan untuk memberikan kesempatan proses perbaikan berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Dari hasil evaluasi tersebut didapatkan hal-hal berikut:

1. Tidak lagi terjadi penumpukan pasien di depan loket Apotik baik untuk pemberian resep maupun pengambilan obat
2. Petugas sudah lebih mudah mencari obat sehingga pelayanan lebih cepat
3. Proses pelayanan obat sudah berjalan sesuai SOP dimana alur resep berjalan satu arah *First In First Out* (FIFO)

Langkah 10: Buat kesimpulan

Dari pemantauan tim perbaikan mutu Puskesmas diketahui bahwa ternyata pelayanan obat di Apotik dengan menggunakan metode satu arah menjadi faktor paling dominan dalam perbaikan mengurangi waktu tunggu pasien di Apotik. Dimana pasien yang pertama kali datang memberikan resep obat ke Apotik adalah pasien yang lebih dahulu dilayani dan menerima obat sehingga penumpukan pasien dapat dihindari.



Gambar 7.5 Lama Waktu Tunggu Pasien Di Apotik Puskesmas Purwakarta

Dari observasi yang dilakukan, diketahui bahwa lama waktu tunggu pasien di Apotik setelah adanya uji coba berkurang 5 menit menjadi sekitar 17,5 menit dari sebelumnya 29,6 menit.

ACT

Langkah 11: Standarisasi perubahan

Implementasi yang telah diujicobakan dalam tahap sebelumnya, memiliki hasil evaluasi uji coba. Jika hasil uji coba dinilai baik, maka implementasi tersebut dapat digunakan dalam kegiatan Puskesmas sehari-hari. Oleh karenanya dibutuhkan sebuah dokumen yang dilegalkan oleh pihak berwenang. Misalnya dalam contoh kasus di atas, hasil implementasi yang ada dapat diajukan untuk membuat SK Kepala Puskesmas sehingga menjadi landasan petugas Puskesmas untuk berani mengambil tindakan terhadap pasien.

Langkah 12: Monitor (pantau) untuk mencapai tujuan

Setelah konsep perubahan telah dilegalkan (distandarisi) dalam bentuk kebijakan di tingkat Puskemas, maka hasil evaluasi pada tahap DO bahwa perubahan ini dapat diaplikasikan di puskesmas dalam waktu yang lebih lama untuk melihat perubahan. Dapat dilakukan monitoring dan evaluasi setiap beberapa bulan sekali.

BAB VIII PENUTUP

Demikian Pedoman Mutu di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ini telah disusun. Semoga segala penjelasan yang ada di dalamnya dapat menumbuhkan budaya pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan di FKTP, yaitu Puskesmas, Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi. Pedoman ini juga diharapkan mampu memberi dampak bagi FKTP untuk selalu melakukan perbaikan dalam pelayanan kesehatan secara berkesinambungan dan terus menerus sehingga kualitas pelayanan kesehatan dapat dirasakan manfaatnya secara maksimal oleh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi

Leebov, W dan Ersoz, C.J. *The health care manager's guide to continuous quality improvement*. AHA Publication. 1991

Berwick, D.M. *Heal thy self or heal thy system: can doctors help to improve medical care?* Quality in Health Care, 1992, 1(S2-S8), pp. 2-8

McLaughlin, C.P dan Kaluzny, A.D. *Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and Applications*. Aspen Publication. 1994

Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.

LAMPIRAN

Form internal audit

Form tinjauan manajemen

Form contoh SK tim mutu