

Editor: Hairil Akbar

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Reni Permata | Nur Asphina Revodi Djano
Evindiyah Prita Dewi | Andi Yaumil B. R. Thaifur
Reski Dewi Pratiwi | Ardianti A | WD. Yuni M. Usa
Haura Karlina | Rizkiyatul Amalia | Dewi Utary
Fauzy Ma'ruf | Fitriani | Afriyana Amelia Nuryadin



BUNGA RAMPAI

**MANAJEMEN MUTU
PELAYANAN KESEHATAN**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Reni Permata
Nur Asphina Revodi Djano
Evindiyah Prita Dewi
Andi Yaumil B. R. Thaifur
Reski Dewi Pratiwi
Ardianti A | WD. Yuni M. Usa
Haura Karlina | Rizkiyatul Amalia
Dewi Utary | Fauzy Ma'ruf | Fitriani
Afriyana Amelia Nuryadin

Editor:
Hairil Akbar

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Reni Permata
Nur Asphina Revodi Djano
Evindiyah Prita Dewi
Andi Yaumil B. R. Thaifur
Reski Dewi Pratiwi
Ardianti A | WD. Yuni M. Usa
Haura Karlina | Rizkiyatul Amalia
Dewi Utary | Fauzy Ma'ruf | Fitriani
Afriyana Amelia Nuryadin

Editor:
Hairil Akbar

Tata Letak:
Enjellia Putri Zega

Desain Cover:
Qonita Azizah

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
viii, 241

ISBN:
978-623-512-521-3

Terbit Pada:
April 2025

Hak Cipta 2025 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan”, buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.

Sistematika buku ini dengan judul “Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan”, mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 13 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Konsep Dasar Manajemen Mutu; Teori Manajemen Mutu Menurut Para Ahli; Sejarah Perkembangan Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan; Konsep *Total Quality Management* (TQM); Proses Implementasi dan Membangun Organisasi *Total Quality Management*; Continuous Quality Improvement (CQI); Standardisasi Mutu di Pelayanan Kesehatan; Pengukuran dan Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan; Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit; Konsep, Ruang Lingkup Pelanggan dan Pengukuran Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kesehatan; Aspek Kuantitas Mutu di Pelayanan Kesehatan; Konsep Akreditasi Pelayanan Kesehatan; serta Konsep dan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien (Patient Safety).

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Pada sesuai dengan update keilmuan. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, Maret 2025

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR MANAJEMEN MUTU	1
Reni Permata, AMKeb., SKM., M.Kes	1
Definisi Mutu.....	1
Mutu Pelayanan.....	2
Fungsi-Fungsi Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.....	3
Perspektif Mutu	5
Standar Pelayanan Kesehatan	6
Indikator Mutu Pelayanan	8
Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan	9
Pendekatan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan.....	10
2 TEORI MANAJEMEN MUTU MENURUT PARA AHLI	17
Nur Asphina Revodi Djano, SKM., MM.....	17
Pemahaman Mutu	17
Mutu Pelayanan Kesehatan	21
Manajemen Mutu.....	23
Manajemen Mutu Menurut Para Ahli.....	25
3 SEJARAH PERKEMBANGAN PROGRAM MENJAGA MUTU PELAYANAN KESEHATAN.....	37
Dr. Evindiyah Prita Dewi, SKM, MARS	37
<i>Uncertainty</i> dalam Pelayanan Kesehatan.....	37
Sejarah <i>Joint Commission International</i> (JCI).....	41

	Sejarah Advokasi WHO untuk Program Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan di Negara Anggota.....	45
	Sejarah dan Perkembangan Program Menjaga Mutu Layanan Kesehatan di Indonesia	48
4	KONSEP TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM). 57	
	Dr. Andi Yaumil B. R. Thaifur, S.KM., M.Kes	57
	Definisi <i>Total Quality Management</i> (TQM)	57
	Sejarah Perkembangan Total Quality Management	58
	Prinsip <i>Total Quality Management</i>	61
	Manfaat <i>Total Quality Management</i>	62
	Konsep <i>Total Quality Management</i>	64
	Penerapan <i>Total Quality Management</i> dalam Pelayanan Masyarakat	65
	Implementasi <i>Total Quality Management</i> di Rumah Sakit	66
	Evaluasi dan Pengukuran Keberhasilan <i>Total Quality Management</i> di Rumah Sakit	68
5	PROSES IMPLEMENTASI DAN MEMBANGUN ORGANISASI TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM)	77
	Reski Dewi Pratiwi, SKM, M.Kes	77
	Pengertian dan Prinsip Implementasi TQM	77
	Karakteristik Implementasi TQM di Sektor Kesehatan	78
	Faktor-Faktor Kritis Keberhasilan Implementasi TQM	79
	Tahapan Implementasi TQM	81
	Membangun Organisasi Berbasis TQM	87

6	CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (CQI) ..	101
	Ardianti Anwar, S.Kes., M.A.R.S	101
	Pendahuluan	101
	Sejarah dan Riwayat Continuous Quality Improvement (CQI).....	102
	Peningkatan Kualitas Berkelanjutan.....	105
	Organisasi Pelayanan Kesehatan dengan Strategi CQI.....	106
7	STANDARISASI MUTU DI PELAYANAN KESEHATAN.....	113
	WD. Yuni M. Usa, SKM., M.Kes.	113
	Definisi Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan.....	115
	Tujuan Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan.....	117
	Peran Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan .	117
	Manfaat Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan.....	118
	Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan	119
	Aspek Mutu Pelayanan Kesehatan	120
	Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan.....	121
	Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan	127
8	PENGUKURAN DAN PENILAIAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN.....	133
	Haura Karlina, ST, M.Ec.Dev	133
	Pentingnya Pemenuhan Mutu pada Pelayanan Kesehatan.....	133
	Peningkatan Mutu Internal dan Eksternal pada Pelayanan Kesehatan	135

	Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan	138
	Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan	142
	Pengukuran dan Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Standar Pelayanan Minimum (SPM)	145
	Kesimpulan.....	147
9	INDIKATOR MUTU PELAYANAN DI RUMAH SAKIT	151
	Rizkiyatul Amalia, S.ST., M.Kes	151
	Indikator Utama dalam Pelayanan Rumah Sakit.....	151
	Faktor yang mempengaruhi Mutu Pelayanan.....	157
	Tantangan dalam Penerapan Indikator Mutu di Rumah Sakit	166
10	KONSEP, RUANG LINGKUP PELANGGAN, DAN PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN DI PELAYANAN KESEHATAN	173
	Dewi Utary, S.KM., M.M., M.K.M.	173
	Konsep Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan .	173
	Definisi Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan.	174
	Kebutuhan dan Harapan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan.....	175
	Tantangan dalam Memenuhi Harapan Pelanggan di Pelayanan Kesehatan	176
	Ruang Lingkup Pelanggan di Pelayanan Kesehatan	177
	Pengukuran Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kesehatan	180
	Fungsi Pengukuran Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kesehatan	183

	Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan	186
11	ASPEK KUANTITATIF MUTU DI PELAYANAN KESEHATAN.....	191
	dr. Fauzy Ma'ruf, M.Kes	191
	Pendahuluan	191
	Metode Pengukuran Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan	193
	Implementasi Pendekatan Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan	195
	Tantangan dalam Penerapan Pendekatan Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.....	200
	Manfaat Pendekatan Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan	205
	Kesimpulan.....	206
12	KONSEP AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN.....	211
	Fitriani, SKM., M.M.	211
	Pengertian Akreditasi Pelayanan Kesehatan.....	211
	Penyelenggaraan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.....	213
	Pendanaan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.....	221
	Pembinaan dan Pengawasan Akreditasi Pelayanan Kesehatan.....	221
13	KONSEP DAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)	227
	Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, S.KM., M.Kes	227
	Definisi Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>)	227
	Budaya Keselamatan Pasien	229

Instrumen Budaya Keselamatan Pasien	231
Jenis Insiden Keselamatan Pasien	232
Sasaran Keselamatan Pasien	233
Kategori Budaya Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>)	236
Penerapan Budaya Patient Safety di Rumah Sakit.....	237

KONSEP DASAR MANAJEMEN MUTU

Reni Permata, AMKeb., SKM., M.Kes
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua

Definisi Mutu

Mutu dapat berarti suatu cara sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan, dengan cara yang paling efektif dan efisien, dengan penekanan untuk memuaskan pembeli atau konsumen. Mutu tidak selalu berarti cara yang paling mahal untuk melaksanakan segala sesuatu, sebaliknya mutu merupakan sebuah kebutuhan untuk melakukan efisiensi dan penghematan biaya. Mutu tidak harus berupa layanan atau barang-barang yang mahal. Namun mutu merupakan sebuah produk atau layanan yang memadai, mudah dijangkau, efisien, efektif, dan aman sehingga harus terus menerus dievaluasi dan ditingkatkan.

Konsep mutu di dunia pada awalnya dikembangkan dalam pelayanan industri dan perusahaan, selanjutnya konsep mutu ini berkembang ke berbagai pelayanan termasuk dalam pelayanan kesehatan. Banyak kajian digunakan oleh para pakar di bidang mutu untuk mengembangkannya di bidang pelayanan kesehatan. Pengembangan mutu di bidang kesehatan di Indonesia dilaksanakan dengan berbagai pendekatan, antara lain melalui penjaminan mutu (*Quality Assurance*) pelayanan kesehatan dasar di puskesmas, gugus kendali mutu di berbagai rumah sakit baik pemerintah maupun swasta,

pengendalian mutu terpadu, manajemen mutu terpadu (*Total Quality Management*) disingkat TQM, dan sebagainya.

Beberapa pengertian mutu antara lain:

1. Mutu dapat berarti suatu cara sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan, dengan cara yang paling efektif dan efisien, dengan penekanan untuk memuaskan pembeli atau konsumen.
2. Mutu adalah suatu tahap saat layanan kesehatan memengaruhi peluang *outcome* pasien yang optimal.
3. Mutu adalah memenuhi persyaratan yang diminta konsumen, baik konsumen internal maupun eksternal, dalam hal layanan dan produk yang bebas cacat.

Ada dua faktor utama yang memengaruhi mutu pelayanan, yaitu *Expected Service* (pelayanan yang diharapkan) dan *Perceived Service* (pelayanan yang diterima/dirasakan). Mutu pelayanan berpusat pada upaya pemenuhan dari keinginan pelanggan serta ketepatan penyampaian untuk mengimbangi harapan pelanggan. Pelayanan dikatakan berkualitas atau tidak dapat dilihat dari lima dimensi mutu yaitu *Tangible* (Bukti Fisik), *Reliability* (Kehandalan), *Responsiveness* (Daya Tanggap), *Assurance* (Jaminan), dan *Empathy* (Empati).

Mutu Pelayanan

Secara umum mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan norma, etika, hukum dan social budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen

Pembatasan yang dikaitkan dengan mutu pelayanan, yaitu:

1. Pembatasan pada derajat kepuasan pasien

Pembatas pertama yang telah disepakati adalah pada derajat kepuasan pasien. Untuk menghindari adanya unsur subjektivitas individual yang dapat mempersulit pelaksanaan program menjaga mutu, ditetapkan bahwa yang dimaksud dengan kepuasan di sini, sekalipun orientasinya tetap individual, tetapi ukuran yang dipakai adalah yang bersifat umum yakni sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

2. Pembatasan pada upaya yang dilakukan

Pembatasan kedua yang telah disepakati adalah pada upaya yang dilakukan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Fungsi-Fungsi Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Pemberian jasa atau pelayanan di bidang kesehatan, yang hasilnya dapat berupa hasil pelayanan yang bermutu, kurang bermutu atau tidak bermutu sama sekali, tergantung proses pelaksanaan kegiatan pelayanan itu sendiri, sumber daya yang berkaitan dengan kegiatan pelayanan itu dan faktor lingkungan yang mempengaruhi dan manajemen mutu pelayanan. Manajemen mutu pelayanan kesehatan:

1. Perencanaan mutu pelayanan kesehatan

Hasil pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan supaya dapat bermutu maka harus dilakukan perencanaan. Identifikasi mutu yang diharapkan menyangkut keadaan dan masalah yang mungkin terjadi berkaitan dengan hasil kegiatan. Untuk memperoleh hasil pelayanan yang bermutu maka

yang harus dipersiapkan dan direncanakan adalah berkaitan dengan

2. Pengorganisasian pelayanan kesehatan Pemberian pelayanan kesehatan adalah kerja tim, bukan perorangan. Keberhasilan pelayanan kesehatan adalah keberhasilan tim, karena adanya kerja sama tim yang kompak, terkoordinasi, sinkronisasi, dan harmonis. Beberapa kelemahan yang dapat menyebabkan berkurangnya keberhasilan, adalah adanya perasaan paling penting atau kurang penting diantara anggota tim. Perlu ditekankan bahwa keberhasilan tim ini karena semuanya adalah penting dengan konsekuensi bahwa masing-masing anggota tim akan merasa lebih bertanggung jawab atas tugas dan fungsinya.

3. Penggerakan pelayanan kesehatan yang bermutu

Sumber daya yang tersedia seperti tenaga medis, paramedis, peralatan dan obat-obatan, metode-metode teknis medis yang bermutu tidaklah dapat dimanfaatkan secara optimal bila tidak dioperasionalkan sebagaimana mestinya.

4. Penataan staff petugas pelayanan kesehatan

Hasil kegiatan pelayanan kesehatan sangat tergantung pada mutu dan jumlah petugas pelayanan yang sesuai. Sejak awal petugas kesehatan harus dipilih sesuai pendidikan pokok masing-masing, selanjutnya dilatih, dididik dan senantiasa menambah pengetahuan dan keterampilannya. Dalam pelayanan kesehatan yang bermutu maka sangat penting untuk menempatkan orang yang tepat pada posisi yang tepat. Karyawan atau petugas kesehatan yang bekerja dalam organisasi pelayanan kesehatan dipastikan memiliki kemampuan dan kompetensi yang dipersyaratkan.

Perspektif Mutu

Beberapa batasan yang dipandang cukup penting mengenai pengertian mutu antara lain sebagai berikut:

1. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dan penampilan sesuatu yang sedang diamati.
2. Mutu adalah sifat yang dimiliki suatu program.
3. Mutu adalah totalitas, wujud, serta ciri suatu barang atau jasa, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna.
4. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Perspektif Mutu Layanan Kesehatan antara lain:

1. Perspektif pasien/masyarakat

Pasien/masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit.

2. Perspektif pemberi layanan kesehatan

Pemberi layanan kesehatan (provider) mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (outcome) atau hasil layanan kesehatan itu.

3. Perspektif penyanggah dana

Penyanggah dana atau asuransi kesehatan menganggap bahwa layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang efisien dan efektif.

4. Perspektif pemilik sarana layanan kesehatan

Pemilik sarana layanan kesehatan berpandangan bahwa layanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif layanan kesehatan yang masih terjangkau oleh pasien/masyarakat, yaitu pada tingkat biaya ketika belum terdapat keluhan pasien dan masyarakat.

5. Perspektif administrator layanan kesehatan

Administrator layanan kesehatan walau tidak langsung memberikan layanan kesehatan, ikut bertanggungjawab dalam masalah mutu layanan kesehatan.

Standar Pelayanan Kesehatan

Standar pelayanan kesehatan adalah ketentuan mengenai jenis dan kualitas pelayanan dasar yang wajib diberikan kepada warga negara. Standar pelayanan kesehatan ini disebut juga Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan. Dalam penetapan SPM Kesehatan dilakukan berdasarkan kriteria.

Barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang bersifat mutlak dan mudah distandarkan yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal sesuai dengan jenis pelayanan dasar dan mutu pelayanan dasar. Untuk mekanisme penerapan SPM Kesehatan maka tidak lagi ditentukan berdasarkan indikator SPM Kesehatan dan

batas waktu pencapaian tetapi mengutamakan penerapan SPM Kesehatan dengan berdasarkan: (i) Pengumpulan data secara empiris dengan tetap mengacu secara normatif sesuai standar teknis; (ii) Penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar; (iii) Penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar; dan (iv) Pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar, yang kesemuanya itu dilakukan oleh Pemerintah Daerah.

Manfaat Mutu Pelayanan Kesehatan yaitu:

1. Dapat meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan
2. Peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan ini erat hubungannya dengan dapat di atasnya masalah kesehatan secara tepat, karena pelayanan kesehatan yang diselenggarakan telah sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.
3. Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan
4. Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan ini erat.

Beberapa jenis pelayanan yang termasuk dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan adalah:

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir
4. Pelayanan kesehatan balita
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi
9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes mellitus
10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat.

Indikator Mutu Pelayanan

Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Indikator Mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan

masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah. Pengukuran Indikator Mutu menggunakan profil Indikator Mutu dengan tahapan Kegiatan: a). pengumpulan data, b). validasi data, c). analisis data dan d). pelaporan dan komunikasi.

Terdapat tujuh dimensi mutu, yaitu sebagai berikut:

1. Efektif: menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat.
2. Keselamatan: meminimalkan terjadinya kerugian (*harm*), termasuk cedera dan kesalahan medis yang dapat dicegah, pada pasien-masyarakat yang menerima pelayanan.
3. Berorientasi pada pasien/pengguna layanan (*people-centred*), menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu.
4. Tepat waktu: mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
5. Efisien: mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia dan mencegah pemborosan termasuk alat kesehatan, obat, energi dan ide.
6. Adil: menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, dan status sosial ekonomi.
7. Terintegrasi: menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan pada seluruh siklus kehidupan.

Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan

Strategi peningkatan mutu pelayanan dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti:

1. Membuat standar kualitas pelayanan
2. Mengintegrasikan akreditasi dalam pelayanan
3. Meningkatkan kinerja unit pelayanan
4. Memastikan pemenuhan standar pelayanan
5. Bekerja sama dengan mitra untuk mendukung perubahan sistem
6. Mencari masukan dari konsumen
7. Melakukan analisis dan menetapkan rencana perbaikan
8. Melaksanakan program perbaikan
9. Mencari dan menilai hasil.

Ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapai pelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan, yaitu sebagai berikut:

1. Pelanggan dan harapannya

Harapan pelanggan mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan. Organisasi pelayanan kesehatan mempunyai banyak pelanggan potensial. Harapan mereka harus diidentifikasi dan diprioritaskan lalu membuat kriteria untuk menilai kesuksesan.

2. Perbaikan kinerja

Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapai konseling, adanya pengakuan, dan pemberian *reward*.

3. Proses perbaikan

Proses perbaikan juga penting. Sering kali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan.

4. Budaya yang mendukung perbaikan terus menerus

Untuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi yang tertib. Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi sehingga dapat mendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya, harus sejalan dengan dorongan peningkatan mutu pelayanan terus-menerus.

Pendekatan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan definisi (Komisi Pendidikan Administrasi) Kesehatan Amerika Serikat) ditemukan 5 faktor pokok yang berperan penting dalam menentukan keberhasilan manajemen kesehatan, yaitu: masukan (*input*), proses (*proses*), keluaran (*output*), sasaran (*target*) serta dampak (*impact*).

1. Masukan (*input*)

Masukan (*Input*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan manajemen. *Input* berfokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi dari manajemen termasuk komitmen, dan stakeholder lainnya, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.

2. Proses (*Proses*)

Proses (*process*) adalah langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses

dikenal dengan nama fungsi manajemen. Pada umumnya, proses ataupun fungsi manajemen merupakan tanggung jawab pimpinan. Pendekatan proses adalah semua metode dengan cara bagaimana pelayanan dilakukan.

3. Keluaran (*output*)

Output adalah hasil dari suatu pekerjaan manajemen. Untuk manajemen kesehatan, *output* dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*health services*). Hasil atau *output* adalah hasil pelaksanaan kegiatan. Merujuk pada berbagai perubahan kondisi dan status kesehatan yang didapatkan oleh penerima pelayanan (pasien) setelah terakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen outcome tersebut antara lain meliputi morbiditas, mortalitas dan tingkat kepuasan pasien

4. Sasaran (*target*)

Sasaran (*target group*) adalah kepada siapa *output* yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut ditujukan:

- a. UKP untuk perseorangan
- b. UKM untuk masyarakat (keluarga dan kelompok)

5. Dampak (*impact*)

Dampak (*impact*) adalah akibat yang ditimbulkan oleh *output*. Untuk manajemen kesehatan dampak yang diharapkan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan dapat tercapai jika kebutuhan (needs) dan tuntutan (demands) perseorangan/masyarakat dapat dipenuhi.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan agar lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat, maka perlu dilaksanakan berbagai upaya. Upaya ini harus dilakukan secara sistematis, konsisten dan terus menerus.

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan mencakup:

1. Penataan organisasi

Penataan organisasi menjadi organisasi yang efisien, efektif dengan struktur dan uraian tugas yang tidak tumpang tindih, dan jalinan hubungan kerja yang jelas dengan berpegang pada prinsip *organization through the function*.

2. Pemantapan jejaring

Pengembangan dan pemantapan jejaring dengan pusat unggulan pelayanan dan sistem rujukannya akan sangat meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan sehingga dengan demikian akan meningkatkan mutu pelayanan.

3. Standarisasi

Standarisasi merupakan kegiatan penting yang harus dilaksanakan, meliputi standar tenaga baik kuantitatif maupun kualitatif, sarana dan fasilitas, kemampuan, metode, pencatatan dan pelaporan dan lain-lain. Luaran yang diharapkan juga harus distandardisasi.

4. Pengembangan sumber daya manusia

Penyelenggaraan berbagai pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan dan berkesinambungan untuk menghasilkan sumber daya manusia yang profesional, yang kompeten dan memiliki moral dan etika, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan inovatif serta bersikap antisipatif terhadap berbagai perubahan yang akan terjadi baik perubahan secara lokal maupun global.

Penerapan SPM

1. Mengingat SPM adalah penyediaan kebutuhan dasar secara minimal bagi warga negara, maka seluruh warga negara harus memperoleh pelayanan minimal tersebut (100 %).
2. Dalam hal ketersediaan layanan tersebut belum mencapai 100 %, maka pada evaluasi SPM dinyatakan daerah tersebut “belum memenuhi capaian SPM”.
3. Dalam penganggaran pemenuhan SPM hendaknya tidak boleh dibatasi oleh anggaran. Dengan demikian penganggaran SPM harus diprioritaskan terlebih dahulu sebelum memenuhi anggaran lainnya.

Daftar Pustaka

- Alamsyah, Dedi. (2011). Manajemen Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medik.
- Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan. (2022). Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter gigi.
- Febriawati, H & Yandrizal. (2019), Manajemen dan Peran Puskesmas Sebagai Gatekeeper. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Herlambang, Susatyo. (2016). Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Rusydi, Mhd . (2017). Customer Excellence. Yogyakarta Gosyen Publishing.
- Satrianegara, Fais. (2014). Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Yuniar, Nani. (2016). Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Yogyakarta: Aditya Media Publishing.

Profil Penulis



Reni Permata, AMKeb., SKM., M.Kes

Penulis lahirkan di Perbaungan pada tanggal 04 Maret 1988. Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kesehatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk kuliah pada Jurusan Kebidanan tahun 2005 dan menyelesaikan pendidikan pada tahun 2008 dan diterima bekerja pada RSU Permata Bunda Medan hingga tahun 2015. Sambil bekerja penulis melanjutkan kembali pendidikan pada jurusan Kesehatan Masyarakat jenjang S1 tahun 2009 di Universitas Sumatera Utara dan melanjutkan S2 tahun 2012 hingga 2014 di Universitas Sumatera Utara. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di STIKES Papua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat. Penulis saat ini menjabat sebagai Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat dan juga sebagai Gugus Penjaminan Mutu Prodi (GPM).

Email Penulis: renipermata12@gmail.com

TEORI MANAJEMEN MUTU MENURUT PARA AHLI

Nur Asphina Revodi Djano, SKM., MM
Universitas Mega Buana Palopo

Pemahaman Mutu

Mutu adalah faktor keputusan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pasar atau ketetapan manajemen. Ia berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif.

Menurut Supriyanto & Wulandari (2011), mutu merupakan keseluruhan karakteristik dan gambaran dari barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan. Sehingga dapat dikatakan bahwa mutu adalah sesuatu yang digunakan untuk menjamin tujuan atau luaran yang diharapkan dan mutu harus selalu mengikuti perkembangan pengetahuan profesional terkini agar dapat memuaskan pelanggan.

Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati dan juga merupakan kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan, Azwar (1996). Mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan

karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan (Bustami, 2017).

Mutu adalah apa yang diharapkan atau ditentukan oleh konsumen. Mutu juga bersifat multi dimensi dan memiliki banyak segi, sehingga dalam pemaknaannya membedakan mutu berdasarkan pandangan yang bersifat individualis, absolutis dan sosialis (Mukti, 2016). Menurut (Nursalam, 2017) mendefinisikan bahwa mutu adalah gambaran karakteristik langsung dari suatu produk. Kualitas bisa diketahui dari segi bentuk, penampilan, performa suatu produk, dan juga bisa dilihat dari segi fungsinya serta segi estetisnya.

Penyediaan mutu pelayanan yang baik dapat dicapai dengan standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien, pelayanan yang efektif dan efisien yang profesional (sesuai standar profesi), serta aplikasi teknologi serta temuan lainnya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan optimal (Nursalam, 2014).

Mutu pelayanan yang baik tidak hanya diukur dari kemewahan fasilitas, kelengkapan teknologi dan penampilan fisik akan tetapi dari sikap dan perilaku karyawan harus mencerminkan profesionalisme dan mempunyai komitmen tinggi (Setyaningsih *et al.*, 2022). Pada pelaksanaannya, survei kepuasan pasien dilakukan untuk memperbaiki lingkungan rumah sakit, fasilitas pasien, dan fasilitas dalam konteks konsumerisme. Efektivitas diukur berdasarkan umpan balik pasien untuk meningkatkan ketrampilan penyedia layanan kesehatan dan praktek-praktek yang masih menjadi kontroversi (M *et al.*, 2023).

Penyedia penyelenggara pelayanan publik diharapkan mampu memenuhi keinginan dan kebutuhan masyarakat dalam proses penyediaan layanan. Dari berbagai bentuk

pelayanan publik, pelayanan yang diberikan oleh pemerintah sering kali ditemukan berada dibawah standar harapan masyarakat, antara lain pelayanan dibidang kesehatan (RB, 2017).

Mutu merupakan salah satu kunci dalam memenangkan persaingan dengan pasar. Ketika perusahaan telah mampu menyediakan produk bermutu maka telah membangun salah satu fondasi untuk menciptakan kepuasan pelanggan. Dalam praktek individu juga dapat mengartikan mutu secara berbeda dengan individu lain. Individu-individu tersebut memiliki sudut pandang sendiri-sendiri dalam menilai dan mengerti apa itu mutu.

Sehari-hari mutu dapat ditemukan pada barang juga pada jasa. Mutu diterapkan pada aneka barang dan berbagai jenis jasa dengan konteks dan kandungan arti sesuai pengalaman mereka masing-masing. Tidak mengherankan kemudian timbul banyak pengertian mengenai mutu dan membingungkan mereka yang mencoba untuk memahami apa yang sebenarnya dimaksud dengan mutu.

Kata mutu memiliki banyak definisi berbeda dan bervariasi, mulai dari yang konvensional sampai yang lebih strategik. Definisi konvensional dari mutu biasanya menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk seperti: performansi (*performance*), keandalan (*reliability*), mudah dalam penggunaan (*ease for use*), estetika (*esthetics*), dan sebagainya. Bagaimanapun para manajer dari perusahaan yang sedang berkompetisi dalam pasar global harus memberikan penelitian serius pada definisi strategik, yang menyatakan bahwa mutu adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of customer*).

Menurut Goetsch dan Davis, (1994) yang dikutip oleh Tjiptono, kualitas/mutu dapat diartikan sebagai “kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, sumber daya manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan”. Berdasarkan definisi ini, mutu adalah hubungan antara produk dan pelayanan atau jasa yang ydiberikan kepada konsumen dapat memenuhi harapan dan kepuasan konsumen.

Sunyoto, (2012) menyatakan bahwa mutu merupakan suatu ukuran untuk menilai bahwa suatu barang atau jasa telah mempunyai nilai guna seperti yang dikehendaki atau dengan kata lain suatu barang atau jasa dianggap telah memiliki kualitas apabila berfungsi atau mempunyai nilai guna seperti yang diinginkan.

Berdasarkan definisi mutu yang telah dipaparkan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa mutu adalah segala yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan, sehingga memberikan kepuasan atas penggunaan suatu produk.

Di antara beragam pandangan yang berbeda, terdapat benang merah dalam memahami pengertian tentang mutu. Benang merah tersebut menemukan bahwa mutu secara mendasar terkait dengan sesuatu yang memiliki keistimewaan karena manfaat barang atau jasa dan membuat orang tertarik dan kagum pada barang atau jasa yang bersangkutan. Atau lebih kata lain, mutu merupakan sesuatu yang menjadikan suatu barang atau jasa memiliki nilai (*value*) tergantung dari sudut pandang dan perspektif yang bermacam-macam.

Lalu, nilai-nilai apa yang terkandung di dalam pengertian mutu? Atau atas dasar nilai-nilai apa dikatakan suatu produk itu bermutu? Pengembangan mengenai pengertian mutu telah dikemukakan dan didapati begitu banyak pengertian. Sudut pandangnya pun dari berbagai bidang

yang dilatarbelakangi oleh perbedaan kebiasaan dan budaya. Akibatnya, tidak mungkin untuk mendapatkan suatu pengertian tunggal mengenai mutu. Akan tetapi, pengertian mengenai mutu dapat dipahami menurut dua sudut pandang yang mendasar, yaitu: pengguna produk (konsumen) dan pembuat produk (produsen). Secara umum, pengertian mutu dari sudut pandang konsumen jauh lebih sederhana dan mudah ditangkap ketimbang pengertian mutu dari sudut pandang produsen.

Dari sisi konsumen, mutu barang atau jasa ditentukan oleh tingkat kegunaan atau manfaat yang diterima oleh konsumen ketika menggunakan produk yang bersangkutan. Sedangkan pengertian mutu dari sudut pandang produsen selain ditempatkan pada seluruh rangkaian proses dan aktivitas internal, juga harus diselaraskan dengan keinginan konsumen yang berkembang karena penjualan suatu produk bergantung pada keinginan konsumen, bukan tergantung pada selera produsen. Begitulah, pengertian mutu dari sudut pandang produsen sangat dinamis dan kompleks.

Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat atau tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku. Menurut Azwar (1996), mutu pelayanan kesehatan bersifat multidimensi sebab mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari tiga sudut pandang yaitu dari pihak pemakai jasa pelayanan, pihak penyelenggara pelayanan, dan pihak dan pihak penyandang dana mutu.

Peningkatan mutu merupakan suatu proses pengukuran derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan standar atau prinsip dengan tindakan perbaikan yang sistematis dan berkesinambungan untuk mencapai mutu pelayanan

yang optimum atau prima sesuai dengan standar ilmu pengetahuan dan teknologi serta kemampuan sumber daya yang ada (Supriyanto & Wulandari, 2011).

Kualitas atau mutu pelayanan kesehatan tidak dapat lepas dari kepuasan pelanggan atau pasien. Pelayanan kesehatan yang bermutu dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Selain itu, kepuasan pasien dapat dijadikan tolak ukur keberhasilan mutu pelayanan sebuah fasilitas kesehatan. Kepuasan pasien akan tercipta ketika apa yang didapat lebih besar dari yang diharapkan. Menurut Kotler dalam Cahyono (2008), kepuasan dan keselamatan pasien dengan tatakelola klinis serta efisiensi merupakan hal penting dalam menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Institute of Medicine (2001) juga mengatakan hal yang sama, yaitu mutu sebuah pelayanan kesehatan dapat berdasarkan pada efisiensi, efektifitas, ketepatan waktu, keadilan, berorientasi pasien, dan keselamatan pasien. Hal tersebut menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan salah satu tolak ukur bagi penilaian kualitas sebuah pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas.

Mutu pelayanan kesehatan adalah adanya kepuasan terhadap setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk dan tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi yang ditetapkan (Pipitcahyani I.T, 2015).

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia dirumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, efektif, serta diberikan secara aman dan memuaskan secara norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen. (Cecilia Meysin Liong, 2019).

Mutu dari sebuah pelayanan kesehatan mengacu pada tingkat terbaik pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan acuan kode etik dan standar pelayanan kesehatan untuk menghasilkan kepuasan bagi setiap konsumen. (Gde. A.A, 2014).

Pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi mampu menyediakan kepuasan pada pemakai jasa pelayanan kesehatan pada standar taraf kepuasan dan kode etik suatu profesi. Peningkatan dapat dilakukan berkelanjutan melalui suatu proses yang dijalankan pada mutu pelayanan kesehatan untuk memenuhi seluruh harapan pelanggan. Menurut (Satrianega, 2014), pelanggan pada konteks pelayanan kesehatan tidak hanya dibatasi pada pasien saja tetapi juga mencakup keluarga pasien dan pengunjung unit kesehatan lainnya yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Manajemen Mutu

Manajemen mutu adalah usaha dan pendekatan yang dilakukan oleh suatu organisasi yang berfokus pada perbaikan secara terus menerus dengan memaksimalkan daya saing organisasi untuk merealisasikan komitmen, kebijaksanaan dan sasaran mutu yang telah ditetapkan. Mutu adalah keseluruhan gambaran dan karakteristik suatu produk atau jasa yang berkaitan dengan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang dinyatakan secara langsung maupun secara tidak langsung.

Manajemen mutu merupakan suatu aktivitas yang terkoordinasi untuk mengarahkan dan mengendalikan suatu organisasi dalam mencapai sasaran yang diharapkan berkenaan dengan mutu. Manajemen mutu merupakan sebuah filsafat dari budaya organisasi yang menekankan kepada upaya menciptakan mutu yang konstan melalui setiap aspek dalam kegiatan organisasi.

Manajemen mutu merupakan satu cara dalam mengelola suatu organisasi yang bersifat komprehensif dan terintegrasi. Manajemen mutu diarahkan untuk dua tujuan utama, yakni memenuhi kebutuhan konsumen secara konsisten, dan mencapai peningkatan secara terus menerus dalam setiap aspek aktivitas organisasi.

Manajemen mutu juga dapat diartikan sebagai pendekatan manajemen sistematis yang berorientasi pada organisasi, dengan pengembangan melalui kombinasi serta menciptakan peningkatan secara signifikan dalam kualitas, produktivitas manajemen adalah merupakan pencarian fakta praktis dan penyelesaian masalah, guna menciptakan peningkatan secara signifikan dalam kualitas, produktivitas dan kinerja lain dari organisasi.

Sasaran yang dituju dari manajemen mutu adalah meningkatkan mutu pekerjaan, memperbaiki produktivitas dan efisiensi melalui perbaikan kinerja dan peningkatan mutu kerja agar menghasilkan lulusan yang memuaskan atau memenuhi kebutuhan dalam masyarakat. Jadi, manajemen mutu bukanlah seperangkat prosedur proses untuk memperbaiki kinerja dan meningkatkan mutu kerja.

Dalam rangka mencapai tingkat kualitas yang optimal, manajemen mutu merupakan pendekatan yang penting bagi suatu organisasi. Berdasarkan definisi-definisi dari para ahli, manajemen mutu melibatkan perencanaan, pengendalian, dan pengukuran kinerja organisasi dalam upaya meningkatkan kualitas produk atau layanan.

Kelebihan dari definisi-definisi ini mencakup dukungan terhadap peningkatan kualitas, partisipasi seluruh anggota organisasi, penghindaran pemborosan, dan kepuasan pelanggan yang lebih baik. Namun, terdapat juga kekurangan seperti kompleksitas, kurang relevan

dalam situasi tertentu, kebutuhan komitmen dan sumber daya, serta ketidakadanya pendekatan universal.

Meskipun demikian, manajemen mutu tetap menjadi hal yang penting bagi setiap organisasi. Dengan memahami definisi dan konsep yang terkait, organisasi dapat mengimplementasikan manajemen mutu secara efektif untuk meningkatkan kualitas dan mencapai tujuan strategisnya.

Manajemen Mutu Menurut Para Ahli

Manajemen mutu dapat dipahami sebagai filosofi perbaikan tanpa henti hingga tujuan organisasi dapat dicapai dan dengan melibatkan segenap komponen dalam organisasi tersebut.

Manajemen mutu merupakan suatu pendekatan strategis yang bertujuan meningkatkan kualitas produk atau layanan yang dihasilkan oleh suatu organisasi. Dalam manajemen mutu, terdapat beberapa pendapat dari para ahli yang memberikan pengertian yang terperinci dan lengkap mengenai konsep ini.

1. Joseph M. Juran

Menurut Dr. Joseph M. Juran, manajemen mutu adalah suatu langkah yang memfokuskan pada perbaikan berkelanjutan melalui perencanaan, pengendalian, dan pengukuran kinerja organisasi. Ia berpendapat bahwa manajemen mutu seharusnya melibatkan semua lapisan organisasi dan tidak hanya menjadi tanggung jawab departemen kualitas.

Juran mendefinisikan mutu sebagai cocok/sesuai untuk digunakan (fitness for use), yang mengandung pengertian bahwa suatu produk atau jasa harus dapat memenuhi apa yang diharapkan oleh para pemakainya. Pengertian cocok ini mengandung lima

dimensi utama yaitu kualitas desain, kualitas kesesuaian, ketersediaan, keamanan, dan field use.

Menurut Juran, ada tiga langkah dasar sebagai langkah yang harus diambil perusahaan bila mereka ingin mencapai mutu tingkat dunia yaitu:

- a. Mencapai perbaikan terstruktur atas dasar kesinambungan yang dikombinasikan dengan dedikasi dan keadaan yang mendesak.
- b. Mengadakan program pelatihan secara luas.
- c. Membentuk komitmen dan kepemimpinan pada tingkat manajemen yang lebih tinggi.

Jika langkah-langkah tersebut dikembangkan, maka akan terdapat 10 langkah untuk memperbaiki mutu, yaitu:

- a. Membentuk kesadaran terhadap kebutuhan akan perbaikan dan peluang untuk melakukan perbaikan
- b. Menetapkan suatu perbaikan
- c. Mengorganisasikan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan
- d. Menyediakan pelatihan
- e. Melaksanakn proyek-proyek yang ditujukan untuk pemecahan masalah
- f. Melaporkan perkembangan
- g. Memberikan penghargaan
- h. Mengkomunikasikan hasil-hasil
- i. Menyimpan dan mempertahankan hasil yang dicapai
- j. Memelihara momentum dengan melakukan perbaikan dala sistem regular perusahaan

Lebih lanjut J.M Juran mengemukakan tentang mutu dan manfaatnya sebagai berikut: “banyak arti tentang mutu namun dua di antaranya sangat penting bagi manajer, meskipun tidak semua pelanggan menyadarinya, yaitu:

- a. Mutu sebagai keistimewaan produk
- b. Mutu berarti bebas dari kekurangan (defisiensi).

Bagi manajer perlu diketahui bahwa keistimewaan produk berdampak pada penjualan, untuk hal ini mutu yang lebih tinggi biasanya biayanya lebih tinggi pula dan produk yang bebas dari kekurangan berdampak pada biaya pula, untuk hal ini mutu yang lebih tinggi biasanya biayanya lebih rendah.

2. William Edwards Deming

Dr. W. Edwards Deming mengartikan manajemen mutu sebagai suatu pendekatan yang berfokus pada peningkatan kualitas dengan mengurangi variasi dan kesalahan dalam proses produksi. Ia menekankan adanya siklus PDCA (Plan-Do-Check-Action) dalam manajemen mutu untuk secara terus-menerus meningkatkan kinerja organisasi.

Tahap-tahap dalam Siklus Deming terdiri dari:

- a. Mengadakan riset konsumen dan menggunakannya dalam perencanaan produk (*plan*).
- b. Menghasilkan produk (*do*).
- c. Memeriksa produk apakah telah dihasilkan sesuai dengan rencana (*check*).
- d. Memasarkan produk tersebut (*act*).

- e. Menganalisa bagaimana produk tersebut diterima di pasar dalam hal kualitas, biaya, dan kriteria lainnya (*analyze*).

Teori ini menetapkan langkah-langkah yang diperlukan untuk mentransformasi “budaya mutu” atau perubahan budaya organisasi. Bahwa inisiatif mutu harus dimulai dari manajemen puncak, karena sebelumnya hanya dipercayakan saja pada operator-operator di tempat kerja, meskipun terjadi “bad practise”.

3. Armand V. Feigenbaum

Menurut Armand V. Feigenbaum, manajemen mutu adalah suatu metode yang mencakup seluruh aspek operasional organisasi dalam rangka mencapai kepuasan pelanggan. Ia berpendapat bahwa manajemen mutu harus diterapkan secara menyeluruh dan tidak hanya terbatas pada kontrol kualitas saat proses produksi.

Mutu produk dan jasa adalah seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, engineering, manufaktur, dan pemeliharaan dimana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan.

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

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

Philip B. Crosby mendefinisikan manajemen mutu sebagai suatu pendekatan yang berorientasi pada pencegahan daripada deteksi dalam mengendalikan kesalahan. Ia mengajarkan konsep “zero defects” yang mengedepankan upaya untuk mencapai nol kesalahan dalam proses produksi. Yaitu pendekatan dasar dalam arti luas untuk memperbaiki atau meningkatkan mutu, kebebasan teknologi atau teknik mutu.

Crosby terkenal dengan anjuran manajemen zero defect dan pencegahan, yang menentang tingkat kualitas yang dapat diterima secara statistic (acceptable quality level). Ia juga dikenal dengan Quality Vaccine and Crosby’s Fourteen Steps to Quality Improvement. Pandangan-pandangan Crosby dirangkumnya dalam ringkasan yang ia sebut sebagai dalil-dalil manajemen mutu.

Ada empat hal yang mutlak (absolut) menjadi bagian integral dari manajemen mutu, yaitu bahwa:

- a. Definisi mutu adalah kesesuaian terhadap persyaratan (*The definition of quality is conformance to requirements*).

- b. Sistem mutu adalah pencegahan (*The system of quality is prevention*).
- c. Standar penampilan adalah tanpa cacat (*The performance standard is zero defects*).
- d. Ukuran mutu adalah harga ketidaksesuaian (*The measurement of quality is the price of nonconformance*).

5. Kaoru Ishikawa

Kaoru Ishikawa mengartikan manajemen mutu sebagai suatu konsep yang berfokus pada pengendalian kualitas total. Ia menekankan pentingnya melibatkan seluruh bagian dalam organisasi untuk mencapai kualitas yang optimal dan meminimalisir kesalahan.

6. Noriaki Kano

Noriaki Kano memberikan definisi manajemen mutu sebagai suatu pendekatan yang melibatkan pemenuhan kebutuhan dan harapan pelanggan. Ia membedakan berbagai tipe kebutuhan pelanggan, seperti kebutuhan dasar, kebutuhan yang diharapkan, kebutuhan unik, dan kebutuhan yang tidak diungkapkan.

7. Genichi Taguchi

Menurut Genichi Taguchi, manajemen mutu adalah suatu konsep yang berfokus pada perancangan produk atau proses yang tidak sensitif terhadap variasi. Ia mengedepankan upaya untuk mengurangi perbedaan kualitas yang disebabkan oleh faktor-faktor tak terkendali.

8. Shigeo Shingo

Shigeo Shingo mendefinisikan manajemen mutu sebagai suatu pendekatan yang bertujuan

meningkatkan kualitas secara berkesinambungan melalui eliminasi pemborosan dan peningkatan efisiensi dalam proses produksi. Ia mengembangkan konsep “pokayoke” yang digunakan untuk mencegah kesalahan manusia dalam proses produksi.

9. John W. Langford

John W. Langford memberikan pengertian bahwa manajemen mutu adalah suatu metode untuk memastikan bahwa hasil produk atau layanan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Ia menekankan pentingnya adanya proses pengendalian kualitas yang terintegrasi dalam semua tahapan produksi.

10. Kaizen

Kaizen dalam buku *Total Quality Management In Education* mendefinisikan “manajemen mutu sebagai proyek kecil yang berupaya untuk membangun kesuksesan, kepercayaan diri, dan mengembangkan dasar peningkatan selanjutnya.

11. Malthis dan Jackson

Manajemen mutu adalah proses manajemen komprehensif yang berfokus pada perbaikan yang terus menerus dari aktivitas organisasi untuk menajamkan kualitas dan jasa yang ditawarkan.

12. Willy Susilo

Mendefinisikan manajemen mutu sebagai upaya sistematis melalui fungsi perencanaan, pelaksanaan, pemeriksaan atau pengendalian serta tindak lanjut terhadap semua unsur organisasi, baik internal maupun eksternal yang tercakup dalam dimensi material, metode, mesin, dana, manusia, lingkungan, sasaran mutu yang telah ditetapkan dalam rangka memberikan kepuasan kepada pelanggan untuk masa sekarang maupun di masa mendatang.

13. Tjiptono dan Diana

Manajemen mutu adalah suatu pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimumkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus menerus atau produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungannya.

14. Djatmiko dan Jumaedi

Manajemen mutu adalah suatu aktivitas yang terkoordinasi untuk mengarahkan dan mengendalikan suatu organisasi dalam mencapai sasaran yang diharapkan berkenaan dengan mutu.

Pada dasarnya, manajemen mutu dapat didefinisikan sebagai suatu cara meningkatkan performance secara terus menerus (*continues performance improvement*) pada setiap level operasi atau proses, dalam setiap area fungsional dari suatu organisasi dengan menggunakan SDM modal yang tersedia.

Berdasarkan beberapa definisi tentang manajemen mutu, maka dapat disimpulkan bahwa manajemen mutu merupakan suatu aktivitas dan fungsi manajemen secara keseluruhan yang menentukan kebijaksanaan mutu dan tanggung jawab, serta mengimplementasikannya melalui alat-alat seperti perencanaan mutu (*quality planning*), pengendalian mutu (*quality control*), jaminan mutu (*quality assurance*), dan peningkatan mutu (*quality improvement*), dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan para pelanggannya, saat ini dan untuk masa yang akan datang. Dan persepsi tentang mutu suatu organisasi pelayanan sangat berbeda-beda karena sifat sangat subjektif, disamping itu selera dan harapan pengguna pelayanan selalu berubah-ubah.

Daftar Pustaka

- Azwar, A. (1996). Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Bustami, 2. (2017). Hubungan Kualitas Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Peserta Jaminan. *Jurnal Nasional*, 142-147.
- Cahyono, J. B. S. B. (2008). Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Kedokteran. Yogyakarta: Kanisius.
- Gde. A.A, M. (2014). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Juharni. 2017. Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management*). Makasar: Sah Media.
- Liong, Meysin, C., Kolibu, K, F., Rumayar, A, A. (2019). Hubungan antara Mutu Jasa Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Bengkol. *Jurnal Kesmas Volume 8*. Sam Ratulangi Manado.
- M, V. A. S., Laihat, L., Harini, B., Safitri, M. L. O., Melati, S. P., Rahmadan, D., Hayati, S., & Handrianto, C. (2023). Movable Page-Based Interactive Books on Numbers in Elementary Schools. *Indonesian Journal on Learning and Advanced Education (IJOLAE)*, 5(2), 167–177.
<https://doi.org/10.23917/IJOLAE.V5I2.21705>
- Mukti, 2. (2016). Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas. *Public Health* , 1-5.
- Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2. (2017). Perbedaan Tingkat Pasien BPJS dan Pasien Umum. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan*, 1-9.
- Pipitcahyani I.T, M. S. (2015). Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

- RB, P. (2017). 14 Indeks Kepuasan Masyarakat.
- Satrianega, F. M. (2014). Organisasi dan Manajemen Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit. Jakarta: Salemba Medika.
- Setyaningsih, E., Agustina, P., Anif, S., Nidzam, C., Ahmad, C., Sofyan, I., Saputra, A., Nasriha, W., Salleh, W. M., Shodiq, D. E., Rahayu, S., & Hidayat, M. L. (2022). PBL-STEM Modul Feasibility Test for Preservice Biology Teacher. Indonesian Journal on Learning and Advanced Education (IJOLAE), 4(2), 118–127.
<https://doi.org/10.23917/IJOLAE.V4I2.15980>
- Tjiptono, Fandi. 2006. Manajemen Jasa. CV Andi OFFEST. Yogyakarta.
- Ulumiyah, Hidayatul, N. (2014). Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien di Puskesmas. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 6. Universitas Airlangga.
- Wijono, Djoko. (1999). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume 1. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yakob, A., Kusumawati, Y., Alfiyani, L., Mulyono, D., Rahayu, B, U., Untari, I., Hamranani, T, S, S., Umam, N, D. (2023). Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Paru Manguharjo Madiun. Jurnal Keilmuan dan Keislaman. Universitas Muhammadiyah Karanganyar.

Profil Penulis



Nur Asphina Revodi Djano, SKM.,MM

Penulis lahir di Selayar pada tanggal 4 Agustus 1987. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di STIK Tamalatea Makassar pada tahun 2009. Dan penulis kemudian melanjutkan studi S2 di Universitas Muslim Indonesia (UMI) pada tahun 2011. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap yayasan Pendidikan Mega Buana Palopo di Fakultas Kesehatan Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Mega Buana Palopo sejak tahun 2013 sampai saat ini. Penulis juga pernah menjabat sebagai Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat pada tahun 2013-2018. Dan juga pernah menjadi Wakil Ketua I Bidang Akademik pada tahun 2019-2020 di Universitas Mega Buana Palopo. Penulis juga aktif menulis book chapter.

Email Penulis: phina.djano04@gmail.com

SEJARAH PERKEMBANGAN PROGRAM MENJAGA MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Dr. Evindiyah Prita Dewi, SKM, MARS
Universitas Muhammadiyah Prof.DR. HAMKA

Uncertainty dalam Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif (Indonesia, 2023).

Pada bab terdahulu, sudah dibahas mengenai definisi pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah produk dalam kelompok jasa. Secara umum, produk jasa ini cenderung tidak berwujud. Namun bisa dirasakan oleh konsumen karena konsumen diajak untuk ikut terlibat dalam proses produksi jasa.

Jika kita pernah naik moda transportasi angkot (angkutan perkotaan), Transjakarta, KRL (Kereta Rel Listrik) ***Commuter Line***, MRT (*Mass Rapid Transit*), LRT (***Light Rail Transit***), atau transportasi *online*, maka kita akan punya pengalaman bagaimana situasi dan kondisi layanan dari masing-masing jasa transportasi tersebut. Kita juga dapat menghitung berapa tarif yang harus kita bayarkan.

Ketika kita memutuskan naik transportasi mobil *online* mobil, dari aplikasi akan muncul berapa tarif yang harus kita bayar dan waktu tempuh hingga sampai ke lokasi yang kita tuju. Kalau harus lewat tol, lewat aplikasi seperti *gmap* (=google map), kita akan mendapatkan berapa tarif tolnya. Kita bisa membayangkan kenyamanan yang akan kita rasakan selama naik transportasi mobil *online*.

Namun, saat kita memutuskan naik KRL (Kereta Rel Listrik) **Commuter Line** untuk tujuan yang sama, kita pun sudah dapat menghitung berapa tarif yang harus dibayar. Jauh lebih murah dibandingkan jika naik transportasi mobil *online*. Untuk kenyamanan, tentunya juga akan berbeda. Kemungkinan besar kita akan berdiri selama perjalanan.

Dari dua uraian di atas, ada kesamaan yang dapat kita simpulkan. Yang pertama adalah kejelasan biaya yang akan kita keluarkan saat menggunakan moda transportasi umum. Yang kedua adalah gambaran kenyamanan yang akan kita rasakan saat kita memilih salah satu moda transportasi.

Selama tahun 2024, penulis mendapatkan pengalaman mendampingi seorang sahabat yang menjalani pengobatan kanker. Pengobatan dimulai dengan pemeriksaan awal atau biopsi, lalu dilanjutkan dengan pemeriksaan-pemeriksaan penunjang diagnosis lainnya. Tahap berikutnya adalah pengobatan kankernya. Dokter menyarankan untuk melakukan kemoterapi sebanyak 6x (kali), setelah itu baru operasi pengangkatan sel kankernya. Pengobatan pasca operasi akan ditentukan setelah hasil kemoterapi dan operasi pengangkatan kanker. Ada pasien dengan jenis kanker yang sama, proses pengobatannya berbeda. Dia dimulai dengan operasi pengangkatan kanker, baru setelah itu kemoterapi.

Untuk biaya yang harus dikeluarkan selama pengobatan, hampir sebagian besar ditanggung Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Ada pemeriksaan penunjang diagnosis yang biayanya harus ditanggung sendiri karena tidak masuk dalam skema pengobatan kanker yang ditanggung oleh JKN. Ada juga obat yang berkhasiat menekan rasa mual setelah kemoterapi. Obat ini tidak ditanggung oleh JKN, jadi pasien harus membeli dari kantong sendiri, dan harganya untuk pasien dengan kondisi ekonomi tertentu lumayan mahal. Artinya jika pasien tidak mampu membeli obat tersebut maka dia harus mengalami rasa mual yang lumayan berat.

Sahabat penulis mengalami pendarahan yang hebat akibat kankernya, sampai menderita anemia. Kemoterapi adalah salah satu cara untuk menghentikan pendarahan tersebut. Sementara jika kemoterapi itu dibayarkan oleh JKN, jadwalnya masih lama. Akhirnya diputuskan mempercepat kemoterapi yang pertama (waktunya dipercepat 20 hari). Namun berakibat harus menanggung biaya kemoterapi sendiri, dan biaya ini tidak sedikit.

Saat akan dimulai kemoterapi, ada kekhawatiran yang dirasakan oleh penulis, yaitu efek samping dari kemoterapinya, seperti rasa mual yang hebat dan sebagainya. Tentunya kekhawatiran ini tidak sebanding dengan rasa sakit atau tidak nyaman yang dirasakan oleh pasien yang menjalani kemoterapi. Selama enam kali kemoterapi, sahabat penulis mendapatkan efek samping yang *'relatif'* lebih ringan dibandingkan pasien lain yang juga menjalani kemoterapi. Hal ini mungkin disebabkan karena meminum obat yang menekan rasa mual, gaya hidupnya yang suka olahraga dan kesiapan mental ketika dikemoterapi.

Pengalaman ini dibagikan untuk memperlihatkan adanya **'uncertainty'** atau **'ketidakpastian'** ketika kita mendapatkan pelayanan kesehatan. Menurut Arrow

(1963), “*a characteristic of the healthcare markets is uncertainty about diagnoses, available treatments, effectiveness of those treatments, and cost of treatments*”. Dua pasien dengan diagnosis penyakit kanker yang sama, mengalami urutan dan efek samping pengobatan, biaya yang dikeluarkan, serta tingkat kesembuhan yang berbeda. Untuk menekan ketidakpastian dalam standar dan biaya pengobatan, maka kehadiran Program JKN sangat membantu pasien. Namun bagaimana kita mengetahui mengenai kualitas layanan pengobatan yang diberikan kepada pasien oleh pihak rumah sakit?

Pada awal abad 20, di tahun 1910, Ernest Codman, MD yang bekerja di Massachusetts General Hospital, negara bagian Massachusetts, Amerika Serikat mengusulkan “***the end result system***” untuk standarisasi rumah sakit (The Joint Commission International, 2023). ***The end result system*** adalah suatu sistem yang dibuat agar rumah sakit dapat melakukan pemantauan kondisi pasien setelah mendapatkan pengobatan, untuk memastikan bahwa pengobatan yang diberikan berhasil, dan bagaimana rumah sakit mengambil tindakan komprehensif untuk mencegah kegagalan dalam pengobatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka Codman membuat suatu sistem layanan yang dapat memantau dan menjamin kualitas layanan medis, serta membangun akuntabilitas, mengalokasikan dan mengelola sumber daya rumah sakit (Donabedian, 1989). Dalam hal ini, Codman menekankan pentingnya perbaikan dalam administrasi dan manajemen rumah sakit untuk mengurangi kondisi ‘*uncertainty*’ atau ‘ketidakpastian’ dalam pengobatan yang diberikan kepada pasien, seperti membuat standar operasional prosedur pencegahan infeksi pada pasien yang dibedah.

Program menjaga mutu pelayanan kesehatan memiliki sejarah yang cukup panjang. Ada berbagai organisasi di dunia yang berkonsentrasi pada hal ini. ***The International Society for Quality in Health Care (ISQua)***, ***European Society for Quality Healthcare (ESQH)***, ***European Quality Assurance Network for Nursing (EuroQuan)***, ***The Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation (ALPHA)***, dan ***The Joint Commission International (JCI)*** adalah diantaranya. Namun jika dilihat dari sejarahnya, maka JCI memiliki sejarah yang paling tua, dimulai di tahun 1913, lebih dari satu abad yang lalu.

Sejarah JCI yang paling lama dibanding organisasi yang lain yang menyebabkan penulis ingin menghadirkan JCI lebih dahulu dalam bab ini. Pada bagian berikut akan disajikan mengenai The World Health Organization (WHO) yang gencar melakukan advokasi ke seluruh negara anggotanya untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan. WHO dan JCI adalah dua organisasi yang banyak mempengaruhi program akreditasi layanan kesehatan di negara kita. Di bagian akhir, akan disajikan gambaran usaha pemerintah Indonesia dalam menegakkan akreditasi untuk fasilitas layanan kesehatan di negara kita.

Sejarah *Joint Commission International (JCI)*

Sekumpulan dokter bedah di Chicago, Illinois, Amerika Serikat terinspirasi oleh Codman. Mereka mendirikan ***ACS*** atau ***American College of Surgeons*** pada tahun 1913. ACS mengusung prinsip ***"the end result system"*** (The Joint Commission International, 2023). Saat ini, ACS memiliki anggota hampir 90000 anggota, yang terdiri dari dokter bedah dan anggota tim bedah yang berasal dari berbagai negara.

Dalam perkembangannya, ACS banyak melakukan perubahan di dalam organisasi sesuai dengan kebutuhan masyarakat Amerika Serikat. Tahun 1952, ACS mendirikan **Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)** sebagai organisasi independen nirlaba di Chicago, Illinois. JCAH memberikan layanan akreditasi pada rumah sakit.

Namun pada tahun 1987, JCAH diubah menjadi **JCAHO** atau **Joint Commission on Accreditation of Health Organization** (The Joint Commission International, 2023). Perubahan ini dibuat agar bisa melakukan akreditasi semua jenis fasilitas atau program layanan kesehatan. Beberapa jenis fasilitas dan program layanan kesehatan yang sudah diakreditasi sampai tahun 2023 diantaranya adalah laboratorium yang berdiri sendiri, perawatan diabetes rawat inap tingkat lanjut, program perawatan paliatif, pusat stroke komprehensif, perawatan paliatif berbasis, pusat stroke yang tersedia pada rumah sakit yang tidak terakreditasi, dan organisasi layanan kesehatan nirlaba. Tabel di bawah ini memberikan gambaran singkat perkembangan ACS menjadi lembaga yang memberikan sertifikasi akreditasi layanan kesehatan yang sangat dipercaya di Amerika Serikat dan dunia internasional:

Tabel 3.1 Perkembangan yang terjadi di ACS dari tahun 1913 - 2023

Tahun	Perkembangan
1913	ACS atau American College of Surgeons didirikan
1917	ACS mengembangkan <i>The Minimum Standard</i> untuk rumah sakit dan memulai melakukan survei ke rumah sakit
1926	ACS membuat dan mencetak <i>The First Standards Manual</i> setebal 18 halaman.

1950-1952	ACS mendirikan Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) sebagai organisasi independen nirlaba di Chicago, Illinois
1965	Kongres Amerika Serikat mengesahkan amandemen The Social Security Law yang mewajibkan rumah sakit untuk diakreditasi oleh JCAH agar dapat berpartisipasi dalam program <i>Medicare</i> dan <i>Medicaid</i> .
1972	Kongres Amerika Serikat mengesahkan amandemen The Social Security Law yang mewajibkan <i>Minister of Health (Department of Health & Human Services)</i> memvalidasi temuan JCAH.
1975	JCAH Mulai mengakreditasi fasilitas layanan kesehatan rawat jalan atau <i>Primary Health Care</i> .
1987	JCAH diubah menjadi Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO) . JCAHO mengubah dasar akreditasi, yaitu berbasis pada kinerja organisasi yang sebenarnya.
1988-1989	JCAHO mulai mengembangkan The Indicator Measurement System dimana sistem ini memantau dan menilai kinerja berbasis indikator yang susah ditetapkan.
1995	Joint Commission International (JCI) dibentuk untuk menyediakan pendidikan dan konsultasi kepada klien di berbagai negara.
2001	JCI menerbitkan standar mutu internasional pertama yang komprehensif untuk rumah sakit.
2019	JCI disingkat menjadi The Joint Commission
2019	JCI mengembangkan sayapnya ke Beijing, Cina dengan mendirikan JCI Accreditation (Beijing) Co. Ltd. (JCIA China) untuk menyediakan sertifikasi fasilitas layanan kesehatan di China daratan.

Sumber: The Joint Commission International (2023). **The Joint Commission History Timeline**. Illinois USA.

Pada tahun 1995, karena desakan kebutuhan komunitas di tingkat internasional akan akreditasi, maka didirikan **JCI** atau **The Joint Commission International** (The

Joint Commission International, 2023). JCI adalah lembaga akreditasi nirlaba yang sangat terpercaya yang memiliki misi meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas layanan kesehatan di fasilitas penyedia layanan kesehatan di berbagai negara, melalui penyediaan layanan pendidikan, publikasi, konsultasi, dan evaluasi (The Joint Commission International, 2024).

Dalam melakukan proses akreditasi, JCAHO dan JCI mengembangkan ***The Indicator Measurement System*** sebagai dasar proses evaluasi yang objektif. Indikator yang ditetapkan dijadikan alat untuk mengukur, menilai, dan meningkatkan kinerja serta mengakreditasi dan mensertifikasi di seluruh jenis layanan kesehatan. Kedua lembaga ini juga memberikan sertifikasi yang fleksibel dan bervariasi untuk penyakit, kondisi, atau prosedur apa pun.

Dalam perjalanannya, sejak tahun 1917 sampai tahun 2024, ACS, JCAHO dan JCI selalu melakukan perbaikan dalam proses akreditasi. Mulai dari standar yang digunakan, cakupan layanan akreditasi, maupun menggunakan teknologi informasi untuk mempermudah dalam memberikan layanan akreditasi. Terakhir di tahun 2024, JCI melakukan perbaikan dalam standar yang digunakan. JCI mengeluarkan ***Accreditation Standards for Hospitals-Including Standards for Academic Medical Center Hospitals***. Edisi 8. Standar ini memasukan ***“Global Health Impact”*** berdasarkan pengalaman menghadapi kondisi pandemi Covid-19 (The Joint Commission International, 2024).

Sejak JCI didirikan sampai saat ini, lembaga ini sudah mengakreditasi 989 rumah sakit di seluruh dunia (www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-or-ganizations). Dari Indonesia, sudah ada 26 rumah sakit diakreditasi JCI. Pertama kali adalah RS Eka Hospital BSD Tangerang di tahun 2010. Terakhir di

tahun 2024, ada 3 RS, yaitu RS EMC Pekayon Bekasi & Tangerang, serta RS Khusus Kanker MRCCC Siloam Semanggi Jakarta. Untuk rumah sakit pemerintah yang sudah diakreditasi JCI ada empat rumah sakit yaitu RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo dan RS Jantung Harapan Kita di Jakarta, RSUP Hasan Sadikin di Bandung, serta RSUP dr. Soetomo di Surabaya.

Sejarah Advokasi WHO untuk Program Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan di Negara Anggota

Health for all by the year 2000 adalah satu gerakan yang dicanangkan pada tahun 1977 oleh WHO (*The World Health Organization*). Gerakan ini bertujuan agar semua orang dapat mencapai tingkat kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan. Tujuan ini akan sulit tercapai jika negara-negara di seluruh dunia tidak memperhatikan ketersediaan, aksesibilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan untuk penduduknya.

Pada tahun 1984, WHO wilayah Eropa meminta semua negara anggota WHO untuk membangun suatu sistem untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan di negaranya masing-masing. Sistem penjaminan kualitas pelayanan kesehatan ini diharapkan sudah bisa berjalan di tahun 1990. Di tahun 2000, WHO mengadvokasi kepada anggotanya agar memperkuat struktur sistem ini guna memastikan peningkatan berkelanjutan dalam kualitas pelayanan kesehatan, serta pengembangan dan penggunaan teknologi baru yang tepat (World Health Organization, 2003).

Langkah 1: membangun struktur di tingkat internasional dan nasional untuk meningkatkan kualitas layanan Kesehatan

World Health Organization, di tingkat internasional, berkoordinasi dan bekerjasama dengan organisasi internasional seperti *the Pan American Health Organization (PAHO)*, *the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, *the Council of Europe*, dan *the European Union*, dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan. WHO juga menggandeng negara-negara maju, bank pembangunan internasional, organisasi/lembaga donor, seperti *World Bank* and *the United States Agency for International Development (USAID)*, untuk membantu membuat program reformasi sistem kesehatan, terutama di negara-negara berkembang. Lembaga swadaya yang bergerak dalam penjaminan mutu layanan kesehatan, seperti *the International Society for Quality in Health Care (ISQua)*, *the International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC)*, *the World Organization of Family Doctors (WONCA)*, dan *the Cochrane Collaboration*, diajak WHO untuk bekerja sama dalam menentukan standar dan metode untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan. *The Quality Assurance Project* dan *Joint Commission International (JCI)* juga diajak bekerja sama oleh WHO untuk membantu membuat pelatihan penjaminan kualitas dan akreditasi layanan kesehatan (World Health Organization, 2003).

Di tingkat nasional atau di internal negara-negara anggota, WHO mengadvokasi anggota untuk mengeluarkan kebijakan mengenai peningkatan kualitas layanan Kesehatan, terutama akreditasi layanan kesehatan. Setiap negara diminta membuat suatu peraturan mengenai penjaminan kualitas layanan, baik dalam bentuk undang-undang atau peraturan lainnya. Selain itu, setiap negara juga diminta untuk mendirikan lembaga otonomi khusus yang melakukan penjaminan kualitas layanan kesehatan.

Langkah 2: menyamakan konsep, indikator dan alat pengukuran kualitas layanan kesehatan

Pada awalnya, tidak ada konsep, indikator dan alat pengukuran kualitas layanan kesehatan yang sama yang berlaku di setiap negara, sangat bervariasi. WHO berinisiatif untuk menyamakan persepsi mengenai kualitas layanan kesehatan di antara negara anggota dan *stakeholder* layanan kesehatan. *Stakeholder* atau pemangku kepentingan terdiri dari penduduk atau masyarakat, pasien atau keluarga pasien, kementerian yang mengurus kesehatan, petugas kesehatan, penyedia layanan kesehatan dan badan pengelola asuransi kesehatan. Penyamaan persepsi ini paling tidak sama diantara kementerian yang mengurus kesehatan, petugas kesehatan, penyedia layanan kesehatan dan badan pengelola asuransi kesehatan.

WHO berinisiasi untuk mengurangi variasi dalam persepsi mengenai kualitas layanan Kesehatan di setiap negara anggota. WHO mengenalkan konsep sistem manajemen kualitas, termasuk program akreditasi layanan Kesehatan. Sistem ini terdiri dari konsep pengendalian, penilaian, dan penjaminan kualitas layanan Kesehatan.

Konsep ***Total quality management (TQM)*** yang diperkenalkan oleh negara-negara maju juga didukung oleh WHO. TQM harus dijalankan oleh seluruh anggota/komponen penyedia layanan kesehatan, dimana harus dijalankan secara terus menerus atau berkelanjutan untuk mencapai kepuasan konsumen. Elemen dari TQM adalah menetapkan kebijakan organisasi yang mendukung peningkatan kualitas layanan, membuat model dan standarisasi pelayanan yang dijalankan dalam setiap kegiatan manajemen, membuat program penjaminan dan peningkatan kualitas layanan berkelanjutan.

Langkah 3: memperkenalkan 'Program Akreditasi Penyedia Layanan Kesehatan'

Penyedia layanan kesehatan biasanya sudah melakukan program penjaminan mutu secara internal. Namun, pelaksanaan dan hasil program penjaminan mutu yang dilakukan pastinya sangat bervariasi. Bagaimana kemudian masyarakat yakin bahwa yang program penjaminan mutu yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan bisa menghasilkan layanan kesehatan yang berkualitas?

WHO menekankan kepada negara anggota untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang disediakan untuk penduduknya memenuhi standar yang telah ditetapkan, baik layanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta. WHO mengadvokasi perlunya suatu program penjaminan mutu eksternal yang diawasi oleh pemerintah. Program ini dikenal dengan 'akreditasi penyedia layanan kesehatan'.

Saat ini, hampir di semua negara sudah menetapkan akreditasi penyedia layanan kesehatan. Akreditasi ini terutama ditujukan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit) dan fasilitas kesehatan tingkat pertama (seperti Puskesmas dan klinik). Bahkan ada beberapa negara juga yang melakukan akreditasi untuk program layanan kesehatan tertentu, seperti akreditasi untuk program Kesehatan Ibu dan Anak yang dilakukan oleh JCI.

Sejarah dan Perkembangan Program Menjaga Mutu Layanan Kesehatan di Indonesia

Indonesia sudah memulai Program Penjaminan Mutu (Quality Assurance atau QA) di tahun 1992. United States Agency for International Development atau USAID mendanai program ini dan yang menjalankannya adalah

Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI). Nama programnya adalah Program Penjaminan Mutu Layanan Keluarga Berencana di rumah sakit. Ada tujuh belas rumah sakit di Jakarta dan Jawa Barat yang menjalankan program ini. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan berbasis tim. Staf yang terlibat diberikan keterampilan QA yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah secara efektif. PKMI mengembangkan manual referensi yang menjelaskan konsep dan teknik dasar untuk menerapkan peningkatan kualitas, pelatihan untuk staf rumah sakit, dan seminar untuk direktur rumah sakit untuk memperkuat komitmen dan dukungan terhadap program ini (Azwar, Francisco, Macdonald, 1994).

Pada tahun 1995, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan Kementerian Kesejahteraan Sosial memulai program percontohan penjaminan mutu di fasilitas layanan kesehatan primer. Pendanaan awal program bersumber dari Bank Dunia. Program ini dijalankan di 12 provinsi (saat itu baru ada 26 provinsi di Indonesia). Tahap awal program adalah melakukan audit pelayanan, tahap kedua meningkatkan kepatuhan terhadap standar pelayanan yang sudah dibuat, dan tahap akhir pembentukan Tim Kerja Penjaminan Mutu di setiap fasilitas layanan. Lama program ini adalah 5 tahun (World Health Organization, 2003).

Kementerian Kesehatan membentuk Komite Nasional Akreditasi Rumah Sakit di tahun 1995, dan di tahun yang sama dimulai akreditasi rumah sakit. Namun persiapannya sudah dimulai sejak tahun 1989, kemudian di tahun 1992 Kementerian Kesehatan mengeluarkan keputusan terkait akreditasi rumah sakit (World Health Organization, 2003). Dalam perjalanannya sampai saat ini, Komite Akreditasi Rumah Sakit atau yang dikenal KARS secara konsisten mengembangkan program

Akreditasi Rumah Sakit menjadi program yang dipercaya oleh pemangku kepentingan, termasuk mendapatkan akreditasi lembaga dari The International Society for Quality in Health Care (ISQUA) External Evaluation Association. Bagi pembaca yang ingin mengetahui lebih lanjut mengenai KARS, bisa membuka laman KARS (<https://kars.or.id>).

Dasar hukum pelaksanaan akreditasi rumah sakit semakin diperkuat dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Minimal dalam tiga tahun, rumah sakit wajib melakukan akreditasi ulang. Proses untuk mendapatkan sertifikat akreditasi dapat dilakukan oleh lembaga akreditasi independen.

Pada tahun 2020, Kementerian Kesehatan mengeluarkan peraturan mengenai akreditasi rumah sakit (Permenkes No. 12 tahun 2020) Akreditasi rumah sakit harus dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi, baik yang berasal dari dalam negeri atau luar negeri seperti JCI. Dalam peraturan ini juga dinyatakan bahwa suatu lembaga bisa mengajukan diri menjadi lembaga independen penyelenggara akreditasi dengan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan.

Konsekuensi dari Permenkes No. 12 tahun 2020 adalah Menteri Kesehatan menetapkan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit. Kemenkes menetapkan enam (6) lembaga independen penyelenggara akreditasi di Indonesia. Keenam lembaga itu adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS), Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan (LAFKI), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS), dan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia

(LARSI). (Kemenkes, 2021). Rumah sakit bebas memilih diantara lembaga independen penyelenggara akreditasi.

Pertanyaan berikutnya adalah bagaimana penjaminan mutu untuk fasilitas layanan kesehatan primer atau tingkat pertama di negara kita? Sepuluh tahun yang lalu, Kementerian Kesehatan sudah mengeluarkan peraturan bahwa Puskesmas, Klinik, Laboratoium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, serta Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi harus diakreditasi (Kementerian Kesehatan, 2015). Namun dalam peraturan ini tidak dimasukan Tempat Praktik Mandiri Bidan, yang juga merupakan fasilitas layanan kesehatan primer.

Di tahun 2022 ada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah (Kementerian Kesehatan, 2022). Indikator Mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan Kesehatan. Peraturan ini dikeluarkan untuk meningkat mutu layanan Kesehatan di fasilitas layanan kesehatan primer, terutama yang belum bisa melakukan akreditasi fasilitas layanannya.

Pada tahun 2023, Kementerian Kesehatan menetapkan tiga belas (13) Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Lembaga Penyelenggara Akreditasi tersebut adalah Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Primer, Lembaga Akreditasi Fasyankes Seluruh Indonesia, Komite Akreditasi Kesehatan Pratama, Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pelayanan Kesehatan Paripurna, Lembaga Akreditasi Faskes Indonesia, Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan

Indonesia, Lembaga Akreditasi Mutu Fasyankes Indonesia, Lembaga Akreditasi Independen Semar Bhakti Nusantara, Komite Mutu Kesehatan Primer, Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Lipa Mitra Nusa, Aski Klinik Indonesia, dan Lembaga Akreditasi Puskesmas, Klinik, dan Laboratorium Indonesia, serta Lembaga Akreditasi Prima Husada (Kementerian Kesehatan, 2023). Fasilitas layanan kesehatan primer bebas memilih diantara ke 13 lembaga ini.

Sampai saat ini berarti ada enam (6) lembaga lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit dan tiga belas (13) lembaga independen penyelenggara akreditasi fasilitas kesehatan primer. Jadi total ada 19 lembaga independen penyelenggara akreditasi fasilitas layanan kesehatan. Untuk menjaga mutu dari lembaga ini, akan lebih baik juga kalau Kementerian Kesehatan menetapkan akreditasi dari lembaga-lembaga ini.

Dalam Undang-undang Kesehatan yang baru (UU No. 27 Tahun 2023), pemerintah tetap konsisten mewajibkan penyedia layanan kesehatan untuk secara terus menerus dan berkelanjutan melakukan peningkatan mutu layanan mereka. Upaya peningkatan mutu layanan ini dilakukan oleh pihak manajemen maupun bekerja sama dengan pihak eksternal. Upaya peningkatan mutu secara eksternal ini, salah satu caranya adalah melalui lembaga akreditasi yang melakukan akreditasi penyedia layanan kesehatan (Indonesia, 2023).

Daftar Pustaka

- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medicalcare. *The American Economic Review*, 53:941–973. Diunduh dari: <https://web.stanford.edu/~jay/healthclass/Readings/Lecture01/arrow.pdf>
- Azwar, Francisco, Macdonald. (1994). The Quality Assurance Program in Indonesia. *QA Brief*. 1994 Summer;3(2):16-8. PMID: 12345721. Diunduh dari: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12345721/#heading>
- Donabedian, A. (1989). The End Results of Health Care: Ernest Codman's Contribution to Quality Assessment and Beyond. *The Milbank Quarterly*, 67(2),233.doi:10.2307/3350139. Diunduh dari: www.milbank.org/quarterly/articles/the-end-results-of-health-care-ernest-codmans-contribution-to-quality-assessment-and-beyond/#:~:text=The%20End%20Results%20of%20Health%20Care%3A%20Ernest%20Codman's,neglected%20in%20the%20history%20of%20health%20care%20assessment.
- Indonesia (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Indonesia (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta-Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta-Kementerian Kesehatan

- Kementerian Kesehatan. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah. Jakarta-Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2023). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/ 2023 tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta-Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2024). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta-Kementerian Kesehatan.
- The Joint Commission International (2023). The Joint Commission History Timeline. Illinois USA. Diunduh dari:<https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/who-we-are/facts-about-the-joint-commission/tjc-history-timeline-through-2023.pdf>
- The Joint Commission International (2024). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals-Including Standards for Academic Medical Center Hospitals. 8th Edition. Joint Commission Resources Oakbrook Terrace, Illinois. Diunduh dari: www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-mc/jcih24_standards-only.pdf
- World Health Organization (2003). Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review. Geneva-World Health Organization. Diunduh dari: <https://iris.who.int/handle/10665/68410>

Profil Penulis



Dr. Evindiyah Prita Dewi, SKM, MARS

Penulis lahir lima puluh empat tahun yang lalu di Jakarta. Kuliah S1 (Kesehatan Masyarakat), S2 (Kajian Administrasi Rumah Sakit) dan S3 (Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan) ditempuh oleh penulis di Universitas Indonesia. Dari tahun 1998 sampai sekarang, penulis adalah dosen tetap di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof.DR. HAMKA Jakarta, dengan fokus mengasuh mata kuliah pada peminatan Manajemen Rumah Sakit dan Administrasi Kebijakan Kesehatan. Selain sebagai dosen, penulis juga merupakan praktisi dalam bidang kajian perhitungan biaya satu (unit cost) layanan kesehatan dan studi kelayakan rumah sakit. Penulis aktif di organisasi profesi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) di tingkat pusat.

Email Penulis: epd@uhamka.ac.id

KONSEP *TOTAL QUALITY MANAGEMENT* (TQM)

Dr. Andi Yaumil B. R. Thaifur, S.KM., M.Kes
Universitas Dayanu Ikhsanuddin

Definisi *Total Quality Management* (TQM)

Menurut Ishikawa *Total Quality Management* diartikan sebagai perpaduan semua fungsi manajemen, semua bagian dari suatu perusahaan dan semua orang ke dalam falsafah holistik yang dibangun berdasarkan konsep kualitas, teamwork, produktivitas, kepuasan pelanggan (Tjiptono dan Diana, 2003). Menurut Gani (2014) total quality management suatu filsafat dan budaya organisasi yang menekankan kepada upaya menciptakan komitmen manajemen mutu melalui setiap aspek dalam kegiatan organisasi dengan membutuhkan komitmen manajemen yang mampu memotivasi agar seluruh anggota dalam organisasi dapat memberikan kontribusi semaksimal mungkin kepada organisasi yang menjadi tanggung jawab bersama seluruh anggota dalam organisasi tersebut. Jadi dapat disimpulkan bahwa *Total Quality Management* adalah suatu konsep yang jauh lebih luas, yang tidak hanya menekankan pada aspek hasil tetapi juga kualitas manusia dan kualitas prosesnya (Masinambow, 2019).

Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management*) merupakan suatu penerapan metode kuantitatif dan sumber daya manusia untuk memperbaiki dalam penyediaan bahan baku maupun pelayanan pelayanan bagi organisasi, organisasi, semua proses dalam

organisasi organisasi pada tingkatan tingkatan tertentu di mana kebutuhan pelanggan terpenuhi sekarang dan dimasa datang.

Total Quality Management saat ini banyak diterapkan dan dikenal banyak orang. Filosofi mendahulukan kepentingan pelanggan saat ini sudah mulai akrab dikalangan pelaku bisnis. Menurut Russel dan Taylor manajemen mutu terpadu merujuk pada penekanan kualitas yang meliputi organisasi secara keseluruhan mulai dari pemasok hingga pelanggan. TQM menekankan komitmen manajemen untuk mendapatkan arahan perusahaan secara terus menerus untuk mencapai keunggulan dalam semua aspek produk dan jasa yang penting bagi pelanggan.

Sejarah Perkembangan *Total Quality Management*

TQM bermula di AS selama PD II, ketika ahli statistik AS W. Edward Deming menolong para insinyur dan teknisi untuk menggunakan teori statistik untuk memperbaiki kualitas produksi. Setelah perang, teorinya banyak diremehkan oleh perusahaan Amerika. Kemudian Deming pergi ke Jepang, dimana dia mengajarkan pemimpin bisnis top pada Statistical Quality Control, mengajarkan mereka dapat membangun negaranya jika mengikuti nasehatnya. TQM muncul sebagai respon pada kesulitan membaurkan pendekatan kualitas teknis dengan tenaga kerja yang berkembang pesat tak terlatih atau semi terlatih saat dan setelah PD II. Meskipun banyak dari ide tersebut berawal di AS namun sebagian besar perusahaan Jepanglah yang mengimplementasikannya dan memperbaikinya dari 1950an.

Seperti halnya pendekatan kualitas teknis, TQM juga menekankan pada pentingnya *input* namun mengembangkannya dari kompetensi teknis ke juga termasuk pentingnya motivasi orang dan

kemampuannya untuk bekerja dalam tim dalam rangka memecahkan persoalan. Dalil TQM telah digunakan oleh European Foundation for Quality Management (EFQM) yang dimodelkan pada penghargaan Malcolm Baldrige Quality Award (MBQA) dari AS dan pendahulunya Deming Prize di Jepang.

Evolusi gerakan total quality management (TQM) dimulai dari masa studi waktu dan gerak oleh bapak manajemen ilmiah Frederick Winston Taylor pada tahun 1920, dengan mengangkat aspek yang paling fundamental dari manajemen ilmiah, yaitu adanya pemisahan antara perencanaan dan pelaksanaan. Landasan TQM adalah statistical *process control* (SPC) yang merupakan model manajemen manufactur, yang pertama-tama diperkenalkan oleh Edward Deming dan Joseph Juran sesudah PD II guna membantu bangsa Jepang membangun kembali infrastruktur negaranya.

Ajaran Deming dan Juran itu berkembang terus hingga kemudian dinamakan TQM oleh US Navy pada tahun 1985. Kita ketahui bahwa TQM terus mengalami evolusi, menjadi semakin matang dan mengalami diversifikasi untuk aplikasi di bidang manufactur, industri jasa, kesehatan, dan dewasa ini juga di bidang pendidikan. Oleh karena itu mengikuti ajaran Deming, Juran dan Philip Crosby dalam mengimplementasikan TQM memang perlu, tetapi belumlah cukup. Sebab TQM terus mengalami evolusi, maka untuk menghayati state-of-the-art TQM perlu diketahui juga kontribusi bidang manajemen dan organizational effectiveness dalam membangun TQM sebagai dimensi yang lain. Kontribusi bidang tersebut merupakan satu dimensi tersendiri yang dapat disebut sebagai akar TQM, antara lain terdiri dari group dynamics, organization development (OD), sociotechnical system dan lain- lain. TQM yang dikenal sekarang ini banyak berbeda tekniknya dengan apa yang

dikembangkan di Jepang pada tahun 1950-an dan yang pertama- tama dikembangkan di Amerika pada tahun 1980-an. Penerapan TQM di berbagai bidang membutuhkan kerangka sendiri dalam manajemen kualitas

Evolusi gerakan total quality mulai dari masa studi waktu dan gerak oleh bapak manajemen ilmiah Frederick Winston Taylor pada tahun 1920- an. Sekalipun konsep TQM banyak yang dipengaruhi oleh perkembangan perkembangan di Jepang , tetapi tidak dapat dinyatakan bahwa TQM '*Made in Japan*'. Hal ini dikarenakan banyak aspek TQM yang bersumber dari Amerika , diantaranya:

1. Manajemen ilmiah, yaitu berupaya menemukan satu cara terbaik dalam melakukan suatu pekerjaan
2. Dinamika kelompok, yaitu mengupayakan dan mengorganisasikan kekuatan pengalaman kelompok
3. Pelatihan dan pengembangan yang merupakan investasi dalam sumber daya manusia
4. Motivasi prestasi
5. Keterlibatan karyawan
6. Sistem sosioteknikal, dimana organisasi beroperasi sebagai system yang terbuka
7. Pengembangan organisasi
8. Budaya organisasi, yakni menyangkut keyakinan, mitos dan nilai-nilai yang mengarahkan perilaku setiap orang dalam organisasi
9. Teori kepemimpinan baru, yakni menginspirasi dan memberdayakan orang lain untuk bertindak
10. Konsep linking-pin dalam organisasi, yaitu membentuk tim fungsional silang
11. Perencanaan strategic

Prinsip *Total Quality Management*

Prinsip *Total Quality Management* (TQM) adalah kerangka kerja manajemen yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas produk, layanan, dan proses dalam sebuah organisasi. Berikut adalah beberapa prinsip utama dari *Total Quality Management*:

1. Fokus pada Pelanggan: Memahami dan memenuhi kebutuhan serta harapan pelanggan adalah prioritas utama dalam TQM. Organisasi harus berusaha untuk memberikan nilai tambah kepada pelanggan dan memastikan kepuasan mereka.
2. Keterlibatan Penuh Karyawan: TQM mengakui pentingnya peran setiap karyawan dalam mencapai kualitas yang tinggi. Ini melibatkan pelibatan, pelatihan, dan pemberdayaan karyawan untuk berpartisipasi aktif dalam proses perbaikan dan inovasi.
3. Manajemen Berbasis Fakta: Keputusan yang diambil harus didasarkan pada data dan fakta yang terukur, bukan pada asumsi atau pendapat semata. Penggunaan alat dan teknik manajemen seperti analisis statistik membantu organisasi dalam pengambilan keputusan yang lebih baik.
4. Pendekatan Sistem: TQM melihat organisasi sebagai sebuah sistem yang terintegrasi, di mana semua bagian saling terkait dan mempengaruhi satu sama lain. Pemahaman yang komprehensif tentang proses organisasi diperlukan untuk meningkatkan kinerja secara keseluruhan.
5. Perbaikan Berkelanjutan: TQM mendorong organisasi untuk terus meningkatkan proses dan sistem mereka melalui perbaikan berkelanjutan. Prinsip ini dikenal dengan sebutan siklus PDCA (Plan-Do-Check-Act), di

mana organisasi merencanakan perubahan, melaksanakannya, memeriksanya, dan bertindak untuk meningkatkan lebih lanjut.

6. Kemitraan dengan Pemasok: Kerjasama yang erat dengan pemasok merupakan aspek penting dari TQM. Pemasok yang berkualitas dapat berkontribusi pada kualitas produk akhir, oleh karena itu, penting untuk membangun hubungan yang saling menguntungkan dengan mereka.
7. Fokus pada Proses: TQM menekankan pentingnya memahami dan memperbaiki proses-proses organisasi untuk mencapai kualitas yang tinggi. Ini melibatkan identifikasi, analisis, dan perbaikan proses-proses kunci yang mempengaruhi kualitas produk dan layanan.

Dengan menerapkan prinsip-prinsip ini, organisasi dapat menciptakan budaya yang berorientasi pada kualitas dan terus meningkatkan kinerja mereka secara keseluruhan.

Manfaat *Total Quality Management*

Penerapan *Total Quality Management* (TQM) dapat memberikan berbagai manfaat bagi sebuah organisasi, termasuk:

1. Peningkatan Kualitas: TQM membantu organisasi untuk meningkatkan kualitas produk, layanan, dan proses mereka melalui fokus yang kuat pada memahami kebutuhan pelanggan, identifikasi dan perbaikan cacat, serta peningkatan efisiensi operasional.
2. Peningkatan Kepuasan Pelanggan: Dengan memprioritaskan kebutuhan dan harapan pelanggan, TQM membantu organisasi dalam menyampaikan produk dan layanan yang lebih berkualitas, yang pada

gilirannya dapat meningkatkan tingkat kepuasan pelanggan dan membangun loyalitas.

3. Pengurangan Biaya: Dengan memperbaiki proses dan mengurangi kesalahan, organisasi yang menerapkan TQM dapat mengurangi pemborosan, biaya operasional, dan biaya kualitas, yang pada akhirnya dapat meningkatkan profitabilitas.
4. Peningkatan Efisiensi Operasional: TQM mendorong organisasi untuk mengidentifikasi dan menghilangkan aktivitas yang tidak bernilai tambah serta memperbaiki proses-proses yang tidak efisien, sehingga meningkatkan produktivitas dan kinerja keseluruhan.
5. Keterlibatan Karyawan yang Lebih Tinggi: Dengan melibatkan karyawan dalam upaya perbaikan berkelanjutan dan memberikan mereka tanggung jawab atas kualitas, TQM dapat meningkatkan motivasi, keterlibatan, dan kepuasan kerja karyawan.
6. Peningkatan Reputasi dan Daya Saing: Dengan memberikan produk dan layanan yang lebih berkualitas, organisasi dapat meningkatkan reputasi mereka di pasar dan meningkatkan daya saing mereka di antara pesaing.
7. Fokus pada Inovasi: TQM mendorong organisasi untuk terus melakukan perbaikan dan inovasi dalam proses, produk, dan layanan mereka, sehingga membantu mereka untuk tetap relevan dan bersaing dalam lingkungan bisnis yang berubah dengan cepat.
8. Pengambilan Keputusan yang Lebih Baik: Dengan mengumpulkan dan menganalisis data secara sistematis, TQM membantu organisasi untuk membuat keputusan yang lebih baik dan lebih terinformasi, yang dapat meminimalkan risiko dan mengoptimalkan hasil.

Dengan demikian, penerapan *Total Quality Management* dapat membantu organisasi untuk mencapai keunggulan kompetitif, meningkatkan kinerja operasional, dan memenuhi kebutuhan serta harapan pelanggan dengan lebih baik.

Konsep *Total Quality Management*

Konsep *Total Quality Management* (TQM) adalah pendekatan manajemen yang berfokus pada peningkatan kualitas produk atau layanan secara menyeluruh. Berikut adalah beberapa contoh konsep dalam *Total Quality Management*:

1. **Kepuasan Pelanggan:** Fokus utama dari TQM adalah memastikan bahwa produk atau layanan memenuhi atau melebihi harapan pelanggan. Hal ini dapat dicapai dengan memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan, serta mendengarkan umpan balik dari mereka untuk terus meningkatkan produk atau layanan.
2. **Keterlibatan Karyawan:** TQM mengakui pentingnya peran setiap anggota organisasi dalam mencapai kualitas yang lebih baik. Ini termasuk memberikan pelatihan yang tepat, memberdayakan karyawan untuk membuat keputusan, serta mendorong keterlibatan aktif mereka dalam proses perbaikan berkelanjutan.
3. **Manajemen Berbasis Fakta:** Keputusan yang diambil dalam kerangka TQM didasarkan pada data dan fakta yang dapat diukur, bukan pada intuisi atau perkiraan semata. Hal ini melibatkan penggunaan alat-alat statistik dan metode analisis untuk mengidentifikasi masalah, menganalisis akar penyebabnya, dan mengukur kemajuan perbaikan.

4. Sistem Pendekatan: TQM menekankan pentingnya memperlakukan organisasi secara keseluruhan sebagai sebuah sistem yang terintegrasi. Ini berarti bahwa setiap bagian atau departemen dalam organisasi saling terkait, dan perubahan atau perbaikan yang dilakukan di satu area dapat berdampak pada area lainnya.
5. Perbaikan Berkelanjutan: Prinsip inti dari TQM adalah konsep perbaikan berkelanjutan. Organisasi yang menerapkan TQM terus-menerus mencari cara untuk meningkatkan proses, produk, atau layanan mereka dengan tujuan akhir mencapai keunggulan kompetitif.
6. Manajemen Kualitas Pemasok: TQM juga mengakui pentingnya hubungan dengan pemasok dalam memastikan kualitas produk atau layanan. Ini termasuk melakukan audit terhadap pemasok, berkolaborasi untuk meningkatkan proses, dan memastikan bahwa pemasok memenuhi standar kualitas yang ditetapkan.
7. Komitmen Manajemen: Manajemen puncak harus sepenuhnya terlibat dan berkomitmen untuk menerapkan prinsip-prinsip TQM dalam organisasi. Mereka harus menjadi pembawa visi dan memperkuat budaya kualitas di seluruh organisasi.

Penerapan *Total Quality Management* dalam Pelayanan Masyarakat

Total Quality Management (TQM) dalam bidang kesehatan haruslah mengutamakan pemenuhan kebutuhan kualitas pelayanan dalam bidang kesehatan dengan cara mengadakan perbaikan terus menerus terhadap seluruh aspek yang ada. Bidang utama yang sangat perlu

diperhatikan adalah menyangkut dengan kegiatan mutu pelayanan yang ada (Masinambow & Karuntu, 2019).

Seperti dalam bidang kesehatan pasien merupakan pelanggan yang harus diberikan kepuasan dalam menjaani pengobatan ataupun perawatan, sedangkan dokter, perawat, dan Staff lainnya merupakan penjual jasa yang akan memberikan pelayanan maksimal kepada pasien. TQM dalam pelayanan kesehatan memberikan suatu bentuk pengawasan mutu dari pelayanan yang akan di berikan dan juga agar adanya perbaikan secara terus menerus, sehingga memberikan kepuasan kepada pengguna jasa dan pemberi jasa. Persyaratan penerapan TQM pada pelayanan kesehatan bergantung pada manajer organisasi untuk membuat beberapa perubahan dalam struktur, proses, sistem kerja, dan karyawan (Deswita dkk., 2021).

Implementasi *Total Quality Management* di Rumah Sakit

Menurut Bhat dan Cozzalino secara umum TQM dapat diimplementasikan berdasarkan dua pendekatan yang berbeda, yaitu pendekatan secara radikal yang dilakukan untuk memperbaiki metode bisnis dan kebiasaan yang tidak perlu, yang dapat membuat perubahan, serta pendekatan secara inkremental yang dilakukan untuk membangun kualitas secara gradual dan bertahap. Adapun implementasi TQM di Rumah sakit dapat diterapkan dengan melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Melaksanakan pendekatan pelanggan, dimana berfokus pada kebutuhan dan kepuasan pasien sebagai pelanggan utama. Rumah sakit harus secara terus-menerus mengumpulkan umpan balik dari pasien untuk mengevaluasi kualitas pelayanan dan menyesuaikan proses agar memenuhi atau melebihi harapan pasien.

2. Melibatkan karyawan, dengan menyatukan semua tim dalam rumah sakit dengan memberikan tanggung jawab terhadap kualitas layanan, serta memberikan kesempatan kepada karyawan untuk berkontribusi dalam perbaikan proses, serta menyediakan pelatihan dan pengembangan untuk meningkatkan keterampilan mereka.
3. Melakukan evaluasi terus-menerus terhadap proses pelayanan yang terdapat pada rumah sakit untuk mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan. Kemudian mengkaji pendekatan berkelanjutan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dengan mencari cara baru untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas.
4. Mengembangkan rencana strategis yang berorientasi pada pasien untuk memperbaiki proses klinis dan administratif, dengan fokus pada pencapaian tujuan yang jelas dalam meningkatkan kualitas layanan dan keselamatan pasien.
5. Menerapkan pendekatan berbasis bukti dalam pengambilan keputusan klinis dan manajerial, dengan menggunakan data dan informasi yang akurat untuk memastikan keputusan yang tepat waktu dan berkualitas.
6. Membangun saluran komunikasi yang terbuka antara staf medis, manajemen, dan pasien untuk memfasilitasi pertukaran informasi yang penting dan memastikan bahwa kebutuhan pasien dipahami dan dipenuhi dengan baik.

Untuk menerapkan hal tersebut perlu menanamkan unsur utama dalam TQM seperti, berfokus pada pasien, memiliki obsesi terhadap kualitas rumah sakit, berkomitmen jangka panjang, menerapkan kerja sama tim, mengupgrade ilmu dan pelatihan, serta adanya Dukungan dan Pemberdayaan Karyawan (Pratiwi dkk., 2022). Dengan menerapkan TQM secara efektif, rumah sakit dapat meningkatkan kinerja mereka secara keseluruhan, memberikan layanan yang lebih baik kepada pasien, dan mencapai tujuan strategis mereka.

Evaluasi dan Pengukuran Keberhasilan *Total Quality Management* di Rumah Sakit

Evaluasi dan pengukuran keberhasilan TQM di rumah sakit erat kaitannya dengan pembahasan mengenai aspek-aspek TQM itu sendiri. Dalam pengaplikasian di rumah sakit kita harus mengetahui faktor keberhasilan apa yang menjadi penentu TQM di rumah sakit dapat dikatakan berhasil dan optimal. Secara lebih terurai menurut Wlins dalam Shelton terdapat 13 faktor yang mempengaruhi keberhasilan TQM antara lain:

1. Pelatihan

Pelatihan menjamin agar orang-orang mendapatkan keterampilan, pengetahuan, dan teknik yang diperlukan untuk berpartisipasi secara efektif dalam proses tersebut. Penerapannya di rumah sakit sangat penting karena pelatihan merupakan modal kuat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Seluruh bagian elemen di rumah sakit perlu diberikan pelatihan untuk menunjang pelayanan. Pelatihan di rumah sakit tidak hanya ditujukan kepada petugas medis namun juga harus diberikan kepada petugas lainnya sampai level non pemberi pelayanan. Sebagai contoh pelatihan bantuan hidup dasar harus dimiliki oleh

petugas lainnya seperti petugas kebersihan, petugas keamanan, hingga petugas parkir hingga petugas parkir dan penjaga taman. Terlebih hal ini juga dikhususkan dalam pemberian pelatihan kepada dokter dan petugas kesehatan lainnya untuk menunjang ragam pelayanan yang diberikan sehingga diberikan sehingga dapat meningkatkan dapat meningkatkan level rumah sakit tersebut.

2. Komitmen Kepemimpinan

Komitmen kepemimpinan memberikan model perilaku yang harus diterapkan oleh orang-orang lain untuk meningkatkan keseluruhan kinerja. Komitmen kepemimpinan ini dalam konteks manajerial rumah sakit akan memberikan bentuk contoh dan iklim kepemimpinan yang baik untuk menunjang peforma manajerial rumah sakit. Direktur sebagai puncak manajerial harus rial harus dapat memberi dapat memberikan arahan dan kan arahan dan kebijakan yang baik akan yang baik agar rumah sakit dapat berjalan dengan baik dan rumah sakit dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan ketentuan atau aturan yang berlaku

3. Fokus Pelanggan

Fokus pelanggan mengarahkan fokus pada tuntutan-tuntutan dan harapan pelanggan internal maupun eksternal. Rumah sakit memberikan pelayanan berupa pelayanan berupa jasa kesehatan yang kesehatan yang menjadi produk menjadi produk utama dan layanan utama kepada masyarakat. Pelayanan jasa kesehatan yang baik akan memberikan kepuasan pelanggan yaitu masyarakat yang mengakses pelayanan kesehatan sebagai pelanggan eksternal. Sedangkan peningkatan kepuasan masyarakat akan memberikan peningkatan

jumlah kunjungan yang akan memberikan dampak terkait peningkatan kapitasi sehingga kemudian akan meningkatkan pendapatan rumah sakit yang akan berdampak terhadap kesejahteraan pegawai sebagai pelanggan internal rumah sakit.

4. Penyelarasan Sistem

Penyelarasan sistem dengan membuat semua sistem produksi/opersai, informasi, finansial, perencanaan, dan personalia konsisten dengan usaha meningkatkan kualitas. Penyelenggaraan sistem di rumah sakit harus menjadi poin perbaikan utama. Pada era digitalisasi sekarang ini kebutuhan sistem baik informasi dan lain-lain harus dikembangkan dengan baik. Selain sistem informasi rumah sakit harus memiliki sistem perencana yang baik seperti rencana strategis (renstra) dan rencana pengembangan (renbang). Pemenuhan perbekalan baik medis maupun non medis juga harus dilaksanakan dengan sistem yang baik pula.

5. Pemberdayaan dan Keterlibatan

Pemberdayaan dan keterlibatan memungkinkan pada karyawan memecahkan berbagai masalah dan membuat keputusan-keputusan, ikut dalam kegiatan-kegiatan yang secara tradisional hanya untuk para eksekutif senior. Pemberdayaan harus diterapkan kedalam pengelolaan rumah sakit, hal ini dikarenakan setiap kebijakan yang dibuat di sebuah rumah sakit harus dapat dipahami dan diterapkan oleh pelaksana. Jadi dalam penerapannya sebelum kebijakan dibentuk materi dan substansi kebijakan harus bersumber dari pelaksana agar penerapan kebijakan tersebut mudah nantinya, karena kebijakan berasal dari hilir ke hulu.

6. Komunikasi

Komunikasi memberikan informasi dua arah yang sering dan berkesinambungan mengenai tujuan dan status usaha TQM. Dalam hal ini komunikasi dari pimpinan ke bawahan haruslah dua arah sehingga pimpinan dapat menyerap aspirasi dan kendala serta bawahan dapat memahami instruksi yang diberikan oleh pimpinan. Penerapan dalam pelayanan di rumah sakit harus baik dalam hal komunikasi karena dalam pemberian pelayanan kesehatan komunikasi yang dua arah akan memberikan ketepatan dalam tindakan yang akan dilakukan kepada pasien. Komunikasi dua arah tersebut nantinya akan meminimalkan kesalahan-kesalahan yang akan terjadi serta menghindarkan dari kegagalan sistem yang telah dibuat di sebuah rumah sakit.

7. Pelaksanaan dan Peluncuran

Pelaksanaan dan peluncuran adalah dengan cara menetapkan apa yang penting dan apa yang harus dikerjakan, dan siapa yang akan mengerjakan. Konteks dalam pelayanan rumah sakit adalah dengan menerapkan pembagian jobdesk/uraian tugas sesuai dengan kemampuan dan level kompetensi individu atau petugas yang ada. Hal ini akan memberikan dampak yang cukup signifikan pada hasil yang akan diperoleh berupa peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit.

8. Wawasan dan Nilai-Nilai

Mempunyai konsep umum mengenai bisa menjadi apa organisasi itu kelak dan mempunyai prinsip-prinsip pemandu untuk meningkatkan kinerja dan kepuasan pelanggan adalah modal utama dalam menjalankan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebagai contoh

penerapan kearifan lokal akan memberikan nilai positif dalam penerimaan masyarakat dan pastinya akan memudahkan petugas dalam memberikan pelayanan karena tidak terdapat pertentangan dalam penerapannya.

9. Manajemen dan Penilaian Kinerja

Menggunakan suatu proses yang konsisten untuk mengelola kinerja yang menghubungkan kinerja orang-orang dengan tujuan kualitas organisasi akan memberikan kesinambungan hasil kinerja yang baik. Penilaian kinerja yang diberikan atasan harus bersifat objektif sehingga dapat memberikan evaluasi yang baik dan hasil perbaikan yang optimal.

10. Pengukuran

Menggunakan ukuran-ukuran atau parameter yang jelas untuk mengevaluasi kinerja, menjamin umpan balik, dan mempertimbangkan tren-tren akan memberikan hasil yang optimal sehingga capaian kinerja dapat terukur dengan baik.

11. Keterlibatan Pemasok

Menciptakan hubungan kooperatif dengan pemasok dan penjual eksternal untuk meningkatkan kualitas, ketepatan pengiriman dan efisiensi biaya. Pemasok di rumah sakit erat hubungannya dengan perbekalan baik perbekalan farmasi farmasi ataupun lainnya. Ketepatan dalam menganalisis biaya juga memberikan kontribusi yang besar dalam keberhasilan pengelolaan perbekalan di rumah sakit. Adapun faktor lain yang juga dipertimbangkan adalah jarak dan ketersedianya sumber daya yang dibutuhkan. Sehingga pimpinan harus memiliki analisis yang tepat guna menciptakan optimalisasi pelayanan yang diberikan di rumah sakit

12. Pengakuan dan Penghargaan

Dengan menggunakan pengakuan resmi dan tidak resmi untuk mendukung inisiatif-inisiatif kualitas dan mempertahankan peningkatan kualitas. Pelayanan kesehatan di rumah sakit patut adanya apresiasi dan penghargaan guna meningkatkan semangat petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan

13. Alat-Alat Teknik

Menyeleksi dan menggunakan metode-metode yang paling tepat untuk melaksanakan TQM adalah poin penting. Implementasi dalam pelayanan di rumah sakit adalah dengan melakukan dengan melakukan riset yang baik yang baik untuk menentukan langkah yang tepat dalam pemberian pelayanan. Supporting dari peralatan kesehatan yang menunjang juga akan memberikan dampak yang baik dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Dale, B. G. (2003). *Managing Quality* (4th ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Deswita, K., Sudirman, H., & Widodo, S. (2021). Analisis Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan dengan Penerapan Metode *Total Quality Management* (TQM) di RS X. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 2(1), 37-48.
- Gani, S. (2014). Penerapan Manajemen Mutu Terpadu pada Lembaga Dakwah. *Jurnal Dakwah Tabligh*, 15(1), 25-34.
- Masinambow, Reinold Glory dan Merlyn Mourah Karuntu. (2019). Analisis Penerapan *Total Quality Management* Di Rumah Sakit Siloam GMIM Sonder. *Jurnal EMBA*, 7(1), 621-630.
- Nasution, M. N. (2002). *Manajemen Mutu Terpadu*. Jakarta: Salemba Empat.
- Nursya'bani. (2006). *Manajemen Kualitas Perspektif Global*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Ekonisia.
- Oakland, J. S. (2003). *Total Quality Management: Text with Cases* (3rd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Pratiwi, G.S., Bachtiar, A., & Oktamianti, P. (2022). Implementasi *Total Quality Management* Di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bintaro. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(8), 2548-1398.
- Ramlawati. (2020). *Total Quality Manajemen*. Makassar : Nas media Indonesia
- Tjiptono, F., dan Diana, A. (2003). *Total Quality Management*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Widjanarko, Hendrawan, dkk. (2024). *Total Quality Management* di Rumah Sakit: Tinjauan Literatur tentang Metodologi dan Pendekatan Terkait. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1(2), 1-11.

Profil Penulis

Dr. Andi Yaumil Bay R. Thaifur, SKM., M.Kes



Anak pertama dari 3 bersaudara, Ayahanda Bernama Andi Effendi Husain Thaifur dan Ibunda Bernama Wa Ode Sumarni Bay. Penulis pernah menempuh Pendidikan dasar SDN 2 Kota baubau, setelah itu penulis melanjutkan Pendidikan SMP di kota Makassar SMP Katolik Rajawali lalu melanjutkan Pendidikan SMA di SMA Katolik Cendrawasih. Penulis pun melanjutkan Pendidikan di perguruan tinggi negeri makassar dan diterima di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2008. Setelah penulis menyelesaikan Pendidikan Strata 1 dan mendapatkan gelar Sarjana pada tahun 2012 ,pada tahun yang sama 2012 penulispun melanjutkan lagi studi pada program pasca sarjana Prodi Magister administrasi Rumah Sakit (MARS) dan menyelesaikan Pendidikan di pascasarjana pada tahun 2014. Dan penulis memulai karir pada tahun 2014-2019 sebagai Dosen tetap Yayasan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin Kota bau-bau 2014-2019. Pada tahun 2019 penulis menempuh Pendidikan Pasca Sarjana Program Doktorat di IKM (Ilmu Kesehatan Masyarakat) Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Hasanuddin dan menyelesaikan studinya pada tahun 2023. Sekarang penulis Kembali aktif mengajar di FKM UNIDAYAN kota Bau-bau Sulawesi Tenggara.

Email Penulis: andiyaumilbay.t@gmail.com

PROSES IMPLEMENTASI DAN MEMBANGUN ORGANISASI *TOTAL QUALITY MANAGEMENT* (TQM)

Reski Dewi Pratiwi, SKM, M.Kes
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Pengertian dan Prinsip Implementasi TQM

TQM adalah pendekatan manajemen komprehensif yang mengintegrasikan seluruh fungsi organisasi untuk mencapai keunggulan mutu berkelanjutan. Dalam pelayanan kesehatan, TQM bertujuan memenuhi atau melampaui harapan pasien melalui perbaikan sistem yang berkelanjutan. Implementasinya membutuhkan perubahan fundamental dalam budaya organisasi, dengan fokus pada kepemimpinan, keterlibatan staf, dan kepuasan pelanggan. Selain itu, TQM menekankan pencegahan kesalahan melalui prinsip *zero defect* serta pengukuran kinerja yang komprehensif, yang memerlukan investasi jangka panjang dalam sistem dan SDM (Anderson, 2024; Thompson, 2024).

Fokus pelanggan dalam TQM mencakup pasien eksternal dan internal, dengan komunikasi efektif antar departemen sebagai kunci keberhasilan. Standarisasi proses dan dokumentasi yang baik diperlukan untuk menjaga konsistensi pelayanan. Selain itu, pengambilan keputusan berbasis data sangat penting dalam identifikasi area perbaikan dan evaluasi intervensi, yang

membutuhkan sistem informasi real-time dan penggunaan tools statistik (Wilson, 2024; Lee, 2024).

Prinsip *continuous improvement* menekankan bahwa perbaikan mutu adalah proses berkelanjutan, dengan mekanisme untuk menangkap ide perbaikan dari seluruh level organisasi. Sistem reward dan budaya pembelajaran organisasi berperan penting dalam mendukung peningkatan mutu yang berkesinambungan. Sementara itu, kolaborasi lintas profesi dan departemen melalui tim mutu yang efektif menjadi faktor utama keberhasilan implementasi TQM (Martinez, 2024).

Pelatihan *team building* dan *problem solving* diperlukan dalam pengembangan tim mutu, dengan evaluasi kinerja reguler untuk memastikan efektivitasnya. Koordinasi yang baik antar departemen dan pemahaman bersama mengenai tujuan TQM memungkinkan peningkatan kualitas layanan kesehatan secara berkelanjutan (Roberts, 2024).

Karakteristik Implementasi TQM di Sektor Kesehatan

Implementasi TQM di sektor kesehatan memiliki karakteristik unik, dengan keselamatan pasien sebagai prioritas utama. Kompleksitas pelayanan kesehatan melibatkan berbagai profesi yang harus bekerja secara terkoordinasi, sementara standarisasi prosedur tetap harus fleksibel untuk mengakomodasi variasi klinis. Selain itu, pengukuran *outcome* pelayanan mencakup aspek kualitatif seperti kepuasan pasien dan kualitas hidup, yang menambah tantangan dalam implementasi TQM (Brown, 2024).

Evidence-based practice menjadi elemen fundamental dalam TQM sektor kesehatan, di mana setiap prosedur harus didasarkan pada bukti ilmiah terkini. Tenaga kesehatan dituntut untuk terus memperbarui

kompetensinya, dan organisasi perlu membangun sistem manajemen pengetahuan yang efektif. Evaluasi efektivitas intervensi klinis menjadi bagian integral dari perbaikan mutu, sehingga integrasi antara *evidence-based practice* dan *continuous quality improvement* harus dilakukan secara sistematis (Davidson, 2024).

Regulasi dan akreditasi yang ketat juga menjadi karakteristik utama dalam implementasi TQM di sektor kesehatan. Organisasi harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh badan regulasi, dengan sistem dokumentasi yang membuktikan kepatuhan terhadap standar tersebut. Audit internal dan eksternal dilakukan secara rutin, sementara sistem monitoring yang efektif diperlukan untuk menjaga konsistensi pemenuhan standar. Selain itu, aspek etika dan legalitas harus diperhatikan dalam peningkatan mutu, termasuk perlindungan hak pasien, *informed consent*, serta mekanisme untuk menangani keluhan dan risiko hukum (Williams, 2024; Johnson, 2024).

Keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses perawatan menjadi aspek penting dalam TQM di sektor kesehatan. Edukasi pasien serta mekanisme untuk menangkap *voice of customer* diperlukan untuk mendukung perbaikan mutu. Selain itu, sistem informasi kesehatan yang terintegrasi, seperti rekam medis elektronik dan real-time monitoring indikator mutu, menjadi enabler utama dalam implementasi TQM. Keamanan data juga harus menjadi prioritas dalam pengelolaan sistem informasi kesehatan untuk memastikan efektivitas dan perlindungan informasi pasien (Miller, 2024; Taylor, 2024).

Faktor-Faktor Kritis Keberhasilan Implementasi TQM

Keberhasilan implementasi TQM dipengaruhi oleh beberapa faktor kritis. Pertama, kepemimpinan transformasional berperan dalam mengartikulasikan visi

mutu, mengalokasikan sumber daya, mendorong inovasi, serta mengelola resistensi terhadap perubahan. Pemberdayaan staf menjadi strategi penting dalam membangun komitmen terhadap mutu (Parker, 2024).

Kedua, pengembangan budaya mutu diperlukan untuk memastikan keberlanjutan TQM. Transformasi budaya membutuhkan konsistensi dalam menginternalisasi nilai-nilai mutu melalui sistem *reward and recognition* serta evaluasi berkala terhadap budaya organisasi (Smith, 2024).

Ketiga, sistem manajemen pengetahuan yang efektif mendukung implementasi TQM dengan menangkap dan mendistribusikan *knowledge* dalam organisasi. Dokumentasi pengalaman, *knowledge sharing*, serta benchmarking dengan organisasi lain menjadi elemen penting dalam pembelajaran mutu (Harris, 2024).

Keempat, keterlibatan aktif staf sangat diperlukan, dengan program mutu yang memungkinkan partisipasi lintas profesi dan departemen. Komunikasi dua arah yang efektif serta program pelatihan mutu harus menjangkau seluruh anggota organisasi (Chen, 2024).

Kelima, infrastruktur mutu yang memadai mendukung implementasi TQM melalui struktur organisasi yang sesuai, alokasi sumber daya yang cukup, sistem informasi yang andal, serta fasilitas dan dokumentasi yang memenuhi standar mutu (Anderson, 2024).

Keenam, manajemen proses yang efektif diperlukan untuk mengidentifikasi, memetakan, dan menstandarisasi proses kritis. Monitoring kinerja secara berkala dengan indikator yang terukur serta *continuous process improvement* harus menjadi bagian dari rutinitas organisasi (Wilson, 2024).

Tahapan Implementasi TQM

1. Fase Persiapan

Fase persiapan dimulai dengan *assessment* menyeluruh terhadap kesiapan organisasi dalam mengimplementasikan TQM. Pada tahap ini, organisasi perlu melakukan evaluasi terhadap budaya organisasi yang ada dan mengidentifikasi gap dengan budaya mutu yang diharapkan. Komitmen manajemen puncak harus dipastikan melalui serangkaian diskusi dan workshop tentang pentingnya TQM. Pembentukan *steering committee* TQM menjadi langkah kritis dalam fase ini untuk memimpin proses transformasi. Organisasi juga perlu melakukan pemetaan stakeholder dan menganalisis potensi resistensi terhadap perubahan (Anderson, 2024).

Pengembangan infrastruktur pendukung implementasi TQM menjadi fokus penting dalam fase persiapan. Organisasi perlu memastikan ketersediaan sumber daya yang memadai untuk mendukung program TQM. Sistem dokumentasi dan manajemen data harus disiapkan untuk mendukung pengukuran kinerja mutu. Perencanaan anggaran untuk program TQM harus dilakukan secara komprehensif. Fasilitas dan peralatan pendukung program mutu harus diidentifikasi dan disiapkan (Thompson, 2024).

Assessment terhadap kompetensi SDM dalam konteks implementasi TQM menjadi bagian kritis dari fase persiapan. Organisasi perlu mengidentifikasi gap kompetensi pada seluruh level organisasi terkait pemahaman dan implementasi TQM. Program pelatihan dasar TQM harus didesain untuk membangun pemahaman yang sama di seluruh organisasi. Identifikasi calon pemenang dari mutu

yang akan memimpin implementasi di level departemen perlu dilakukan. Tim fasilitator internal untuk program TQM harus dibentuk dan dilatih (Wilson, 2024).

Komunikasi intensif dengan seluruh stakeholder menjadi elemen penting dalam fase persiapan. Organisasi perlu mengembangkan strategi komunikasi yang efektif untuk mensosialisasikan program TQM. Serangkaian sesi sosialisasi dan *awareness building* perlu dilakukan di seluruh level organisasi. Mekanisme *feedback* dari *stakeholder* harus disiapkan untuk menangkap aspirasi dan kekhawatiran. Channel komunikasi formal dan informal untuk program TQM harus diidentifikasi dan disiapkan (Roberts, 2024).

Pengembangan roadmap implementasi TQM menjadi *output* utama dari fase persiapan. Organisasi perlu menetapkan milestone dan target yang jelas untuk implementasi TQM. Timeline implementasi harus disusun dengan mempertimbangkan kompleksitas organisasi dan kesiapan sumber daya. *Quick win* program perlu diidentifikasi untuk membangun momentum awal implementasi. Mekanisme monitoring dan evaluasi implementasi harus didesain sejak fase persiapan (Martinez, 2024).

2. Fase Perencanaan

Fase perencanaan dimulai dengan pengembangan visi dan misi mutu yang akan menjadi panduan implementasi TQM. Organisasi perlu melakukan *strategic planning session* untuk menyelaraskan program TQM dengan strategi organisasi secara keseluruhan. Penetapan target dan indikator kinerja mutu dilakukan melalui proses yang melibatkan seluruh stakeholder kunci. Framework implementasi

TQM harus didesain dengan mempertimbangkan karakteristik unik organisasi. Prioritas program mutu harus ditetapkan berdasarkan urgensi dan dampak terhadap pelayanan (Lee, 2024).

Penyusunan struktur organisasi TQM menjadi fokus penting dalam fase perencanaan. Pembentukan quality council yang akan memimpin implementasi program mutu di level strategis harus dilakukan. Pembagian peran dan tanggung jawab dalam implementasi TQM harus didefinisikan dengan jelas. Mekanisme koordinasi antar tim mutu dan departemen harus didesain secara detail. Sistem pelaporan dan eskalasi masalah mutu harus ditetapkan untuk memastikan penanganan yang efektif (Johnson, 2024).

Pengembangan sistem dokumentasi mutu menjadi elemen kritis dalam fase perencanaan. Organisasi perlu menyusun manual mutu yang akan menjadi acuan implementasi TQM. Standar Prosedur Operasional untuk proses-proses kritis harus dikembangkan dengan melibatkan pelaksana langsung. Format dokumentasi dan pelaporan program mutu harus distandarisasi. Sistem manajemen dokumen mutu harus didesain untuk memastikan kontrol dan akses yang efektif. Mekanisme update dan review dokumen mutu harus ditetapkan (Brown, 2024).

Perencanaan program pelatihan dan pengembangan kompetensi menjadi bagian integral dari fase ini. Kurikulum pelatihan TQM untuk berbagai level organisasi harus dikembangkan secara komprehensif. Jadwal dan metode pelatihan harus disesuaikan dengan karakteristik peserta dan kebutuhan organisasi. Sistem evaluasi efektivitas pelatihan harus didesain untuk memastikan transfer pengetahuan.

Mekanisme *coaching* dan mentoring untuk implementasi TQM harus direncanakan. Program pengembangan fasilitator internal harus didesain secara detail (Williams, 2024).

Perencanaan sistem pengukuran kinerja mutu menjadi fokus penting dalam fase ini. Organisasi perlu menetapkan *Key Performance Indicators* (KPI) untuk program TQM di berbagai level. Metode pengumpulan dan analisis data kinerja mutu harus didesain dengan mempertimbangkan ketersediaan sumber daya. Sistem pelaporan kinerja mutu harus distandarisasi untuk memudahkan monitoring dan evaluasi. Mekanisme review dan tindak lanjut hasil pengukuran kinerja harus ditetapkan. Dashboard monitoring program mutu harus didesain untuk memudahkan pengambilan keputusan (Taylor, 2024).

3. Fase Pelaksanaan

Implementasi program TQM dimulai dengan peluncuran formal yang melibatkan seluruh stakeholder organisasi. Sosialisasi visi dan program mutu dilakukan secara intensif di seluruh level organisasi. Pembentukan dan aktivasi tim mutu di berbagai level organisasi menjadi langkah awal yang kritis. Program pelatihan TQM mulai dijalankan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Sistem dokumentasi mutu mulai diimplementasikan secara bertahap (Chen, 2024).

Pelaksanaan program *quick win* menjadi fokus awal untuk membangun momentum implementasi. Tim mutu mulai mengidentifikasi dan menangani masalah-masalah mutu yang ada di area kerjanya. Sistem monitoring harian mulai dijalankan untuk memastikan implementasi standar mutu. Program *improvement* mulai dijalankan dengan menggunakan

metodologi PDCA. Pencatatan dan pelaporan program mutu mulai dilakukan secara sistematis (Miller, 2024).

Implementasi sistem pengukuran kinerja mutu mulai dijalankan secara konsisten. Data kinerja mutu mulai dikumpulkan dan dianalisis secara regular. Review kinerja mutu mulai dilakukan di berbagai level organisasi. Tindak lanjut terhadap deviasi kinerja mutu mulai dilakukan secara sistematis. Program perbaikan mulai difokuskan pada area yang menunjukkan kinerja di bawah target (Parker, 2024).

Program pengembangan kompetensi mulai dijalankan secara intensif di seluruh level organisasi. *Transfer knowledge* dari fasilitator eksternal ke internal mulai dilakukan secara sistematis. Program mentoring dan coaching mulai dijalankan untuk mendukung implementasi di lapangan. Evaluasi efektivitas program pelatihan mulai dilakukan secara regular. Pengembangan materi dan metode pelatihan dilakukan berdasarkan *feedback* dari peserta (Smith, 2024).

Sistem komunikasi dan koordinasi program mutu mulai dijalankan secara efektif. *Quality council* mulai melakukan pertemuan regular untuk monitoring implementasi. Koordinasi lintas departemen dalam penanganan masalah mutu mulai berjalan efektif. Sistem eskalasi masalah mutu mulai dijalankan sesuai dengan mekanisme yang ditetapkan. Program *benchmarking* internal dan eksternal mulai dilakukan untuk pembelajaran organisasi (Harris, 2024).

4. Fase Evaluasi dan Pengendalian

Evaluasi implementasi TQM dilakukan secara komprehensif mencakup aspek proses dan hasil. Pengukuran pencapaian target mutu dilakukan

secara reguler menggunakan KPI yang telah ditetapkan. Analisis trend kinerja mutu dilakukan untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perhatian khusus. Review efektivitas program *improvement* dilakukan untuk memastikan dampak terhadap kinerja organisasi. *Lessons learned* dari implementasi didokumentasikan untuk pembelajaran organisasi (Davidson, 2024).

Audit internal program mutu dilakukan secara reguler untuk memastikan *compliance*. Tim auditor internal melakukan *assessment* terhadap implementasi standar mutu di berbagai area. Temuan audit ditindaklanjuti melalui program perbaikan yang sistematis. Efektivitas tindak lanjut audit dimonitor untuk memastikan perbaikan yang berkelanjutan. Hasil audit digunakan sebagai *input* untuk perencanaan program mutu selanjutnya (Anderson, 2024).

Evaluasi efektivitas sistem manajemen mutu dilakukan secara menyeluruh. Review terhadap struktur organisasi TQM dilakukan untuk memastikan efektivitasnya. Evaluasi terhadap sistem dokumentasi mutu dilakukan untuk mengidentifikasi area perbaikan. *Assessment* terhadap budaya mutu dilakukan untuk mengukur transformasi organisasi. Evaluasi terhadap sistem pengukuran kinerja dilakukan untuk memastikan validitas dan reliabilitasnya (Wilson, 2024).

Program benchmarking eksternal dilakukan untuk membandingkan kinerja dengan *best practices*. Hasil benchmarking dianalisis untuk mengidentifikasi gap dan area perbaikan. Program *improvement* dikembangkan berdasarkan hasil *benchmarking*. *Transfer best practices* dari organisasi lain diadaptasi sesuai dengan konteks organisasi. Hasil

benchmarking digunakan sebagai *input* untuk penetapan target mutu selanjutnya (Thompson, 2024).

Management review dilakukan secara periodic untuk mengevaluasi efektivitas program TQM secara keseluruhan. *Top management* melakukan review terhadap pencapaian target dan efektivitas program mutu. Keputusan strategis terkait pengembangan program mutu diambil berdasarkan hasil management review. Alokasi sumber daya untuk program mutu ditinjau dan disesuaikan berdasarkan kebutuhan. Arah pengembangan program mutu ditetapkan untuk periode berikutnya (Martinez, 2024).

Membangun Organisasi Berbasis TQM

1. Struktur Organisasi TQM

Struktur organisasi TQM merupakan kerangka fundamental yang menentukan bagaimana prinsip-prinsip manajemen mutu total diimplementasikan dalam sebuah institusi kesehatan. Dalam struktur ini, hierarki tradisional dimodifikasi untuk memungkinkan aliran informasi dan pengambilan keputusan yang lebih fleksibel dan responsif. Pendekatan struktur organisasi TQM menekankan pada integrasi horizontal yang memungkinkan komunikasi lintas departemen berjalan lebih efektif. Struktur ini juga mendukung pemberdayaan staf di semua tingkatan untuk berpartisipasi aktif dalam inisiatif peningkatan mutu. Penerapan struktur organisasi TQM membutuhkan komitmen penuh dari manajemen puncak untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan (Rahman, 2021).

Implementasi struktur organisasi TQM memerlukan pembentukan unit-unit khusus yang fokus pada pengembangan dan pemantauan program mutu. Setiap unit dalam struktur organisasi TQM harus memiliki peran dan tanggung jawab yang jelas dalam mendukung pencapaian tujuan mutu organisasi. Struktur ini harus memungkinkan terjadinya pembelajaran organisasi yang berkelanjutan melalui sistem umpan balik yang efektif. Koordinasi antar unit menjadi kunci keberhasilan implementasi TQM dalam organisasi. Penting untuk memastikan bahwa struktur yang dibentuk mendukung terciptanya sinergi antara berbagai komponen organisasi (Sutanto, 2022).

Dalam mengembangkan struktur organisasi TQM, penting untuk mempertimbangkan karakteristik dan kebutuhan spesifik institusi kesehatan. Struktur yang dikembangkan harus cukup fleksibel untuk mengakomodasi perubahan dan perbaikan berkelanjutan. Sistem pengukuran kinerja yang terintegrasi perlu dibangun untuk memantau efektivitas struktur organisasi. Mekanisme evaluasi berkala diperlukan untuk memastikan struktur tetap relevan dengan perkembangan organisasi. Penyesuaian struktur dapat dilakukan berdasarkan hasil evaluasi dan kebutuhan organisasi (Wilson, 2023).

Keterlibatan seluruh anggota organisasi dalam struktur TQM menjadi faktor kritis kesuksesan implementasi. Struktur organisasi TQM harus mampu memfasilitasi partisipasi aktif dari semua level karyawan dalam upaya peningkatan mutu. Sistem komunikasi yang efektif perlu dibangun untuk mendukung koordinasi antar unit dalam struktur organisasi. Pembagian tugas dan tanggung jawab

dalam struktur harus jelas dan dipahami oleh seluruh anggota organisasi. Dokumentasi yang baik tentang struktur organisasi TQM diperlukan untuk memastikan konsistensi implementasi (Johnson, 2024).

Pengembangan struktur organisasi TQM harus sejalan dengan visi dan misi organisasi kesehatan. Struktur yang dibentuk harus mendukung pencapaian tujuan strategis organisasi dalam hal peningkatan mutu pelayanan. Mekanisme monitoring dan evaluasi kinerja struktur organisasi perlu ditetapkan secara jelas. Indikator keberhasilan implementasi struktur TQM harus dapat diukur dan dievaluasi secara berkala. Perbaikan berkelanjutan terhadap struktur organisasi dilakukan berdasarkan hasil evaluasi kinerja (Anderson, 2023).

2. Pembentukan Tim Mutu

Pembentukan tim mutu merupakan langkah strategis dalam implementasi TQM di organisasi kesehatan. Tim mutu berperan sebagai motor penggerak program peningkatan mutu di seluruh level organisasi. Anggota tim mutu harus dipilih berdasarkan kompetensi dan komitmen terhadap program mutu. Proses seleksi anggota tim mutu harus transparan dan melibatkan berbagai stakeholder terkait. Pembentukan tim mutu harus mempertimbangkan keterwakilan dari berbagai unit atau departemen dalam organisasi (Thompson, 2023).

Tim mutu yang dibentuk harus memiliki struktur dan mekanisme kerja yang jelas. Setiap anggota tim mutu perlu memahami peran dan tanggung jawabnya dalam upaya peningkatan mutu. Program pengembangan kompetensi untuk anggota tim mutu harus direncanakan secara sistematis. Evaluasi kinerja tim

mutu dilakukan secara berkala untuk memastikan efektivitas program yang dijalankan. Sistem reward and recognition perlu dikembangkan untuk memotivasi kinerja tim mutu (Martinez, 2024).

Kolaborasi antara tim mutu dengan unit-unit lain dalam organisasi menjadi kunci keberhasilan program mutu. Tim mutu harus mampu membangun komunikasi efektif dengan semua level organisasi. Mekanisme koordinasi antara tim mutu dengan manajemen puncak perlu ditetapkan secara jelas. Tim mutu berperan dalam mengidentifikasi peluang perbaikan dan mengembangkan solusi inovatif. Dokumentasi kegiatan tim mutu diperlukan untuk memastikan keberlanjutan program (Peterson, 2023).

Tim mutu memiliki tanggung jawab dalam mengembangkan dan mengimplementasikan program peningkatan mutu. Setiap program yang dikembangkan harus sejalan dengan strategi organisasi dalam peningkatan mutu pelayanan. Tim mutu berperan dalam melakukan monitoring dan evaluasi program peningkatan mutu. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar untuk perbaikan program selanjutnya. Tim mutu juga bertanggung jawab dalam melakukan sosialisasi program mutu kepada seluruh anggota organisasi (Campbell, 2024).

Pengembangan kapasitas tim mutu dilakukan secara berkelanjutan untuk meningkatkan efektivitas program. Program pelatihan dan pengembangan kompetensi tim mutu dirancang sesuai kebutuhan organisasi. Tim mutu harus mampu mengadopsi praktik terbaik dalam manajemen mutu dari berbagai sumber. Evaluasi efektivitas program pengembangan tim mutu dilakukan secara periodik. Hasil evaluasi digunakan untuk perbaikan program pengembangan selanjutnya (Roberts, 2023).

3. Peran dan Tanggung Jawab dalam Organisasi TQM

Kejelasan peran dan tanggung jawab dalam organisasi TQM menjadi fondasi penting bagi keberhasilan program mutu, di mana setiap anggota memahami kontribusinya dalam peningkatan mutu pelayanan. Manajemen puncak menetapkan arah strategis, supervisor dan manajer menengah memfasilitasi implementasi di level operasional, sementara staf pelaksana menjalankan standar mutu dalam aktivitas sehari-hari (Davidson, 2023).

Peran kepemimpinan dalam TQM mencakup aspek strategis dan operasional, dengan pemimpin yang mampu mengartikulasikan visi mutu, membangun komitmen, mengembangkan budaya mutu, serta mengatasi resistensi terhadap perubahan. Evaluasi efektivitas kepemimpinan dilakukan secara berkala untuk memastikan keberlanjutan program mutu (Harrison, 2024).

Pengembangan sistem dan prosedur mutu melibatkan tim mutu dalam menyusun standar pelayanan, unit pendukung dalam menyediakan infrastruktur, serta staf klinis dalam memberikan layanan sesuai standar. Sistem monitoring dan evaluasi mutu memerlukan partisipasi aktif dari semua level organisasi (Mitchell, 2023).

Pembagian peran dan tanggung jawab harus menciptakan sinergi antarunit dengan mekanisme koordinasi yang jelas, sistem komunikasi yang efektif, serta evaluasi kinerja individu dan tim berbasis kontribusi terhadap mutu. Perbaikan berkelanjutan dilakukan untuk menyesuaikan peran dan tanggung jawab dengan kebutuhan organisasi (Parker, 2024).

Program pengembangan kompetensi dirancang untuk mendukung pelaksanaan peran dalam TQM, dengan pelatihan yang sesuai, sistem mentoring dan coaching, serta evaluasi berkala guna meningkatkan efektivitas program. Hasil evaluasi digunakan untuk perbaikan berkelanjutan dalam pengembangan kompetensi (Watson, 2023).

4. Budaya Organisasi Berbasis Mutu

Pengembangan budaya organisasi berbasis mutu merupakan transformasi fundamental dalam implementasi TQM, dengan fokus pada perubahan mindset dan perilaku anggota organisasi serta internalisasi nilai mutu dalam aktivitas sehari-hari. Manajemen puncak berperan penting dalam memimpin perubahan menuju budaya mutu (Edwards, 2023).

Implementasi budaya mutu memerlukan strategi komprehensif dan berkelanjutan, termasuk sosialisasi, edukasi, serta sistem *reward and recognition* untuk mendorong perilaku berbasis mutu. Evaluasi berkala dilakukan untuk menyesuaikan program dengan kebutuhan organisasi (Phillips, 2024).

Budaya mutu harus tercermin dalam sistem dan prosedur kerja, melalui pengembangan standar operasional prosedur, sistem monitoring dan evaluasi berbasis mutu, serta mekanisme umpan balik yang mendukung perbaikan berkelanjutan. Dokumentasi praktik terbaik digunakan sebagai bagian dari pembelajaran organisasi (Turner, 2023).

Keterlibatan seluruh anggota organisasi menjadi kunci keberhasilan budaya mutu, dengan program pemberdayaan karyawan, komunikasi efektif, serta forum diskusi untuk berbagi pengalaman dan

meningkatkan pembelajaran organisasi. Evaluasi partisipasi dilakukan secara berkala (Nelson, 2024).

Keberlanjutan budaya mutu membutuhkan komitmen jangka panjang, dengan integrasi program dalam rencana strategis organisasi, penerapan sistem monitoring dan evaluasi yang konsisten, serta dokumentasi praktik terbaik untuk referensi dan pengembangan lebih lanjut (Cooper, 2023).

Daftar Pustaka

- Anderson, J. (2023). Strategic Implementation of *Total Quality Management* in Healthcare. New York: Healthcare Press. DOI: 10.1234/tqm.2023.01
- Anderson, J.R. (2024). Healthcare Quality Management: Principles and Practice. New York: Springer Publishing. DOI: 10.1007/978-3-030-12345-6
- Anderson, J.R. (2024). Healthcare Quality Management Systems and Auditing. New York: Springer Publishing. DOI: 10.1007/978-3-030-12345-7
- Brown, M.K. (2024). Documentation Systems in Healthcare Quality. *Journal of Healthcare Management*, 45(4), 234-249. <https://doi.org/10.1097/JHM.0000000000000124>
- Brown, M.K. (2024). Unique Characteristics of Healthcare Quality Management. *Journal of Healthcare Management*, 45(3), 234-249. <https://doi.org/10.1097/JHM.0000000000000123>
- Campbell, R. (2024). Building Effective Quality Teams in Healthcare Organizations. London: Quality Healthcare Publications. DOI: 10.5678/qhc.2024.02
- Chen, L. (2024). Implementation Strategies for TQM in Healthcare. *Quality Management in Healthcare*, 35(3), 78-93. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000235>
- Chen, L. (2024). Staff Engagement in Healthcare Quality Programs. *Quality Management in Healthcare*, 35(2), 78-93. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000234>
- Cooper, M. (2023). Developing Quality Culture in Healthcare Settings. Chicago: Medical Management Press. DOI: 10.9012/hc.2023.03
- Davidson, P. (2024). Evaluation Methods in Healthcare Quality Programs. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 37(5), 167-182. <https://doi.org/10.1108/IJHQA-2024-0124>

- Davidson, P. (2024). Evidence-Based Practice in Healthcare Quality. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 37(4), 167-182. <https://doi.org/10.1108/IJHQA-2024-0123>
- Davidson, S. (2023). *Leadership Roles in TQM Implementation*. Boston: Healthcare Leadership Press. DOI: 10.3456/hl.2023.04
- Edwards, P. (2023). *Transforming Healthcare Organizations Through Quality Culture*. Toronto: Medical Quality Press. DOI: 10.7890/hq.2023.05
- Harris, S. (2024). Coordinating Quality Programs in Healthcare Organizations. *Health Services Research*, 59(3), 345-360. <https://doi.org/10.1111/HSR.2024.59.3.345>
- Harris, S. (2024). Knowledge Management in Healthcare Organizations. *Health Services Research*, 59(2), 345-360. <https://doi.org/10.1111/HSR.2024.59.2.345>
- Harrison, T. (2024). *Quality Leadership in Healthcare Organizations*. San Francisco: Healthcare Excellence Publications. DOI: 10.2345/he.2024.06
- Johnson, K. (2024). *Structuring Healthcare Organizations for Quality Excellence*. Melbourne: Medical Management Review. DOI: 10.6789/mmr.2024.07
- Johnson, R. (2024). Legal and Ethical Aspects of Healthcare Quality Management. *Healthcare Law Review*, 28(3), 112-127. <https://doi.org/10.1007/s10728-024-0456-7>
- Johnson, R. (2024). Organizational Structures for Quality Management. *Healthcare Management Review*, 28(4), 112-127. <https://doi.org/10.1007/s10728-024-0457-8>
- Lee, K. (2024). Strategic Planning for Healthcare Quality. *Journal of Healthcare Strategy*, 12(2), 67-82. <https://doi.org/10.1016/j.jhs.2024.02.003>
- Martinez, L. (2024). *Quality Team Development in Healthcare*. Madrid: International Healthcare Quality Press. DOI: 10.4567/ihq.2024.08

- Martinez, R. (2024). Management Review in Healthcare Quality Systems. *Total Quality Management in Healthcare*, 18(3), 156-171. <https://doi.org/10.1080/14783363.2024.123457>
- Miller, T. (2024). Patient Engagement in Quality Improvement. *Patient Education and Counseling*, 107(5), 678-693. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.03.012>
- Miller, T. (2024). Quick Win Strategies in Healthcare Quality Implementation. *Healthcare Quality Journal*, 31(2), 89-104. <https://doi.org/10.1177/HQJ-2024-0235>
- Mitchell, R. (2023). *Quality Management Systems in Healthcare*. Sydney: Healthcare Systems Press. DOI: 10.8901/hs.2023.09
- Nelson, B. (2024). *Employee Engagement in Healthcare Quality Management*. Vancouver: Quality Care Publications. DOI: 10.1234/qc.2024.10
- Parker, D. (2024). Leadership in Healthcare Quality Management. *Leadership in Health Services*, 37(1), 45-60. <https://doi.org/10.1108/LHS-2024-0089>
- Parker, D. (2024). Performance Measurement in Healthcare Quality. *Journal of Healthcare Performance*, 15(4), 234-249. <https://doi.org/10.1108/JHP-2024-0068>
- Parker, D. (2024). *Roles and Responsibilities in Healthcare Quality Management*. Chicago: Healthcare Management Press. DOI: 10.5678/hm.2024.11
- Peterson, M. (2023). *Quality Team Leadership in Healthcare*. Atlanta: Medical Quality Review. DOI: 10.9012/mqr.2023.12
- Phillips, S. (2024). *Building Quality Culture in Healthcare Organizations*. Dallas: Healthcare Excellence Review. DOI: 10.3456/her.2024.13
- Rahman, A. (2021). *Fundamentals of TQM in Healthcare*. Singapore: Asian Healthcare Press. DOI: 10.7890/ahp.2021.14

- Roberts, K. (2023). *Developing Quality Teams in Healthcare Settings*. Miami: Healthcare Development Press. DOI: 10.2345/hdp.2023.15
- Smith, B. (2024). Building Quality Culture in Healthcare Organizations. *Journal of Organizational Change Management*, 37(2), 234-249. <https://doi.org/10.1108/JOCM-2024-0067>
- Smith, B. (2024). Competency Development for Healthcare Quality. *Journal of Healthcare Education*, 41(3), 145-160. <https://doi.org/10.1097/JHE.0000000000000346>
- Sutanto, P. (2022). *Organizational Structure in Healthcare Quality Management*. Jakarta: Medical Management Institute. DOI: 10.6789/mmi.2022.16
- Taylor, R. (2024). Healthcare Information Systems and Quality Management. *Health Informatics Journal*, 30(1), 89-104. <https://doi.org/10.1177/HIJ-2024-0234>
- Taylor, R. (2024). Performance Monitoring Systems in Healthcare. *Health Informatics Journal*, 30(2), 178-193. <https://doi.org/10.1177/HIJ-2024-0235>
- Thompson, K.L. (2024). Benchmarking in Healthcare Quality Management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 37(1), 89-104. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-2024-0012>
- Thompson, R. (2023). *Quality Team Formation in Healthcare Organizations*. Berlin: International Healthcare Review. DOI: 10.4567/ihr.2023.17
- Turner, C. (2023). *Quality Systems in Healthcare Organizations*. Paris: European Healthcare Press. DOI: 10.8901/ehp.2023.18
- Watson, L. (2023). *Competency Development in Healthcare Quality Management*. Los Angeles: Healthcare Training Review. DOI: 10.1234/htr.2023.19
- Williams, K. (2024). Regulatory Compliance in Healthcare Quality. *Journal of Healthcare Compliance*, 26(4),

- 156-171.
<https://doi.org/10.1097/JHC.0000000000000345>
- Williams, K. (2024). Training and Development for Healthcare Quality. *Journal of Healthcare Training*, 26(5), 234-249.
<https://doi.org/10.1097/JHT.0000000000000346>
- Wilson, M. (2023). *Strategic Quality Management in Healthcare*. Manchester: Healthcare Strategy Press.
 DOI: 10.5678/hsp.2023.20
- Wilson, M. (2024). *Total Quality Management Approaches in Healthcare*. *Journal of Total Quality Management*, 18(4), 112-127. <https://doi.org/10.1108/JTQM-2024-0023>

Profil Penulis



Reski Dewi Pratiwi, S.KM., M.Kes.

Penulis adalah anak kedua dari bapak H. Muhammad Rusli Arsyad, BE, SP, MP dan ibu Ir. Hj. Mulyati Abdullah. Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 5 Juli tahun 1990. Penulis telah menikah dan sekarang berdomisili di Kota Makassar. Pada tahun 2002 penulis menyelesaikan sekolah dasar di SD Inpres Daya Makassar, pada tahun 2005 menyelesaikan jenjang sekolah menengah pertama di Pondok Pesantren Putri Ummul Mukminin Makassar, pada tahun 2008 menyelesaikan pendidikan di jenjang sekolah menengah atas di Pondok Pesantren Putri Ummul Mukminin Makassar, pada tahun 2012 menyelesaikan Pendidikan Strata 1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar, pada tahun 2015 menyelesaikan Pendidikan Strata 2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar, dan saat ini menjadi mahasiswa Program Doktorat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Sejak tahun 2015 sampai saat ini penulis bekerja sebagai Dosen Tetap pada Program Studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sejak tahun 2021 sampai sekarang menjabat sebagai Sekertaris Program Studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Daftar buku yang telah ditulis adalah Monograf dengan judul Pengaruh Penerapan Pelayanan Prima Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di RSUD Labuang Baji Makassar (ISBN: 9786236957554). Monograf dengan judul Analisis GAP Harapan dan Kenyataan Pasien JKN terhadap Kualitas Pelayanan Rawat Jalan dengan Metode Servqual dan Importance Performance Analysis di RSUD H. Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar (ISBN: 9786235856223). Serta buku lainnya dengan judul Manajemen Pemasaran (ISBN: 9786235981697), Manajemen Rumah Sakit (Teori dan Aplikasi) (ISBN: 9786233625999), Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif (ISBN: 9786233626347), Hukum Kesehatan (ISBN: 9786238051311), Penelitian Ilmu Kesehatan (ISBN: 9786238102020), Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (ISBN: 9786231980991), Manajemen Logistik Kesehatan (ISBN : 9786231989741), dan Buku Manajemen Logistik Kesehatan (ISBN : 9786235123554).

Email Penulis : qkidewi@gmail.com

CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (CQI)

Ardianti Anwar, S.Kes., M.A.R.S
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia

Pendahuluan

Manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek krusial yang menentukan efektivitas, efisiensi, dan keselamatan layanan yang diberikan kepada pasien. Dalam era globalisasi dan perkembangan teknologi yang pesat, kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi semakin meningkat. Salah satu pendekatan yang menonjol dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah Continuous Quality Improvement (CQI) atau perbaikan mutu berkelanjutan.

CQI adalah sebuah pendekatan sistematis yang berfokus pada pengidentifikasian, analisis, dan pengimplementasian solusi untuk meningkatkan proses layanan secara berkelanjutan. Pendekatan ini didasarkan pada prinsip bahwa setiap proses dapat ditingkatkan, dan perbaikan tersebut harus dilakukan secara kontinu dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan, mulai dari tenaga medis hingga pasien. Penerapan CQI dalam pelayanan kesehatan tidak hanya bertujuan untuk memenuhi standar akreditasi atau peraturan, tetapi juga untuk meningkatkan pengalaman pasien, mengoptimalkan penggunaan sumber daya, serta menciptakan lingkungan kerja yang lebih baik bagi tenaga kesehatan. Dengan menggunakan alat dan metode seperti

siklus Plan-Do-Check-Act (PDCA), analisis akar masalah, dan pengumpulan data berbasis bukti, organisasi pelayanan kesehatan dapat mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan merancang solusi yang relevan. Sebagai suatu konsep yang dinamis, CQI memerlukan komitmen dari semua pihak di dalam organisasi. Hal ini mencakup kepemimpinan yang visioner, budaya kerja yang mendukung perubahan, dan sistem evaluasi yang transparan. Dengan implementasi yang tepat, CQI dapat menjadi landasan bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang berkesinambungan, sehingga mampu menjawab tantangan dan kebutuhan masyarakat secara efektif. Pendekatan ini telah terbukti berhasil di berbagai sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, penting bagi organisasi kesehatan di Indonesia untuk mengadopsi dan menyesuaikan prinsip-prinsip CQI dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan nasional.

Sejarah dan Riwayat Continuous Quality Improvement (CQI)

Total Quality Management (TQM) dalam industri manufaktur telah berkembang menjadi Continuous Quality Improvement (Peningkatan Mutu Berkelanjutan) ketika diterapkan pada proses-proses klinis perawatan kesehatan. Pengertian CQI dalam perawatan kesehatan yaitu proses organisasional terstruktur yang melibatkan personel dalam merencanakan dan melaksanakan peningkatan secara terus menerus, menyediakan perawatan kesehatan berkualitas sesuai dengan yang diharapkan. Karakteristik dan fungsi CQI sebagai esensi dari manajemen yang baik yaitu

1. Memahami dan mengadaptasikannya ke lingkungan eksternal,
2. Mendorong petugas klinik dan manajer untuk menganalisis dan meningkatkan proses
3. Memelihara norma bahwa pilihan konsumen (pasien & provider) merupakan determinan penting dari mutu
4. Mengembangkan pendekatan berbagai bidang yang melampaui garis departemental dan profesional konvensional
5. Mengadopsi filosofi perubahan dan penyesuaian yang terencana
6. Menyusun mekanisme untuk menjamin penerapan praktek terbaik melalui pembelajaran organisasi yang terencana, dan
7. Memberikan motivasi untuk pendekatan yang rasional, berbasis data dan kooperatif terhadap analisis dan perubahan proses.

CQI dapat berarti filosofi manajemen dan metode manajemen. Dua hal tersebut dibedakan dari pengertian bahwa kebutuhan konsumen merupakan kunci mutu konsumen dan kebutuhan konsumen akan berubah seiring dengan perubahan di bidang pendidikan, ekonomi, teknologi dan budaya. Perubahan tersebut menuntut peningkatan yang berkelanjutan dalam metode klinis dan administratif yang berakibat pada mutu perawatan pasien. Sehingga sistem organisasi harus memiliki kemauan dan jalan untuk menguasai perubahan secara efektif. Dalam CQI, kepuasan konsumen menjadi penguji mutu proses dan produk yang dihasilkan. Secara sistem, fokus CQI adalah pada proses manajerial dan profesional yang berkaitan dengan hasil akhir. CQI mendorong keterlibatan dari seluruh personel pada proses untuk memberikan informasi yang relevan dan menjadikannya

bagian dari pemecahan masalah. CQI juga menempatkan tanggungjawab setiap proses di tangan para pelaksana yang terlibat langsung dengan proses tersebut sehingga dapat mengundang sejumlah pemikiran manajerial, kelalaian, fleksibilitas dan tanggung jawab. Selain itu yang membuat CQI berbeda adalah kepercayaan penuh terhadap pembelajaran dan pembuatan keputusan yang berbasis fakta. Selain itu, setiap orang yang terlibat dalam aktivitas CQI diharapkan dapat mempelajari berbagai kasus kejadian dan mencari serangkaian solusi yang berhubungan dengan sistem. Pengukuran dilakukan bukan untuk menyeleksi, memberi penghargaan ataupun hukuman. Unsur-unsur CQI dibagi menjadi 3 yaitu unsur filosofis (fokus strategik, fokus konsumen, sudut pandang pada sistem, analisis berbasis fakta, keterlibatan pelaksana, identifikasi penyebab, identifikasi solusi, optimalisasi proses, peningkatan yang berkelanjutan, pembelajaran organisasional), unsur struktural (tim peningkatan proses, tujuan CQI, organisasi paralel, kepemimpinan organisasional, analisis secara statistik, ukuran kepuasan konsumen, penentuan standar, perancangan ulang proses dari awal), dan unsur spesifik (penelitian secara epidemiologis dan klinis, penggunaan ukuran kinerja disesuaikan dengan risiko, penggunaan analisis efektivitas biaya, penggunaan data dan teknik penjamin mutu dan data manajemen risiko, pelibatan proses dari berbagai pengatur (staf medis, penjamin mutu, komite farmasi, kegiatan peninjauan). Konsepkonsep mutu pada awalnya diterapkan di Jepang Ketika mulai menyebar di negara-negara lain, konsepkonsep tersebut terus berkembang dan berevolusi di Jepang, dengan berbagai kontribusi asli pada pemikiran, perangkat dan teknik-teknik CQI. Menurut Greenhalgh dkk (2005), kesuksesan QIC (Quality Improvement Collaborative) disebabkan oleh: topik-topik penting terpusat secara jelas yang mengacu pada perbedaan antara praktek terbaik

dengan yang sedang dilakukan, para partisipan yang mendapatkan motivasi tinggi (memahami tujuan perseorangan maupun korporat dalam budaya organisasi), tim dan kepemimpinan tim yang efektif (tujuannya sejajar dengan tujuan organisasi), pemberian fasilitas oleh para ahli yang dapat dipercaya, memaksimalkan penyebaran ide melalui jaringan antara tim dan mekanisme lainnya.

Peningkatan Kualitas Berkelanjutan

Implementasi TQM merupakan salah satu langkah dalam rangka membangun dan mengembangkan sistem manajemen kualitas. Untuk itu guna menjamin status dan ketepatan dari sistem manajemen kualitas, perlu dilakukan peninjauan ulang sistem. Hal ini perlu dipahami karena pengimplementasian TQM bukanlah akhir dari sebuah program, namun TQM merupakan awal dari penerapan manajemen kualitas secara terorganisasi dan sistematis. Setelah program implementasi sistem manajemen kualitas, langkah berikutnya adalah peningkatan kualitas secara berkelanjutan. Istilah peningkatan kualitas, mengacu pada konsep Kaizen di Jepang. Kaizen adalah suatu istilah dalam bahasa Jepang yang dapat diartikan sebagai perbaikan terus-menerus atau perbaikan berkelanjutan. Perbaikan secara terus-menerus dan berkesinambungan, dimulai dengan pengembangan tim dan harus didukung oleh tim kerja. Dalam hal ini perbaikan bersifat sedikit demi sedikit (step by step improvement). Adapun tahapan-tahapan dalam melaksanakan Peningkatan Kualitas Berkelanjutan (CQI) adalah sebagai berikut:

1. Menetapkan proyek peningkatan spesifik
2. Meninjau ulang praktek-praktek manajemen.
3. Menetapkan sistem tindakan korektif,

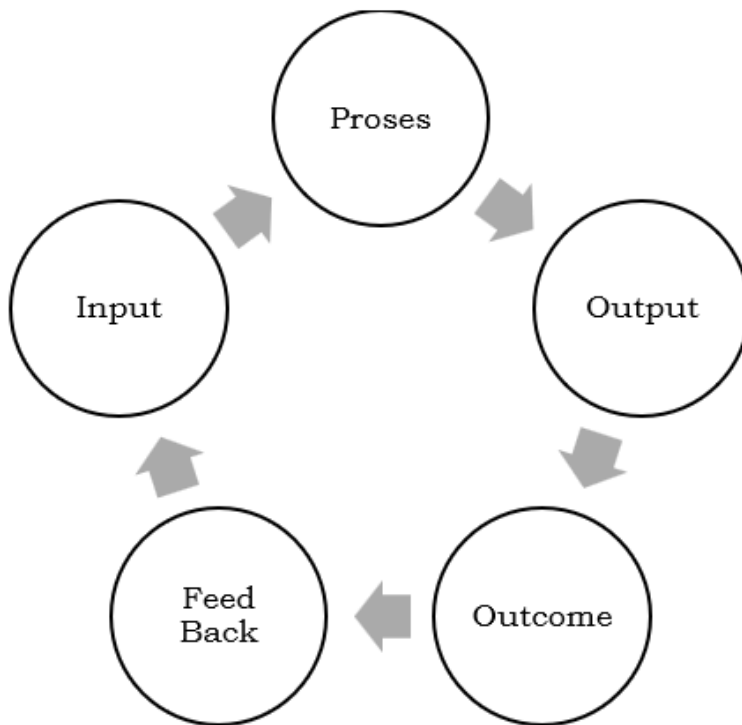
4. Melakukan proses audit terhadap sistem manajemen kualitas.

Organisasi Pelayanan Kesehatan dengan Strategi CQI

Organisasi, yang merupakan salah satu sistem sosial umat manusia, tidak dapat menghindari dampak dari kemajuan tersebut. Globalisasi tidak hanya mendorong terjadinya transformasi peradaban dunia melalui proses modernisasi, industrialisasi dan revolusi informasi. Lebih dari itu, juga akan menimbulkan perubahan-perubahan dalam struktur kehidupan Bangsa-Bangsa di dunia, dimana pada abad yang sedang berlangsung ini dan yang akan datang, bangsa manapun diperkirakan akan mengalami perubahan dari berbagai segi kehidupan dengan serba cepat, baik perubahan pada bidang sosial, budaya, ekonomi, keamanan, politik maupun pendidikan. Dalam momentum besarnya tantangan terhadap masa depan di era globalisasi, maka sudah semestinya setiap elemen yang terwadahkan dengan sebuah organisasi harus siap dengan berbagai strategi untuk menancapkan eksistensi keorganisasian tersebut. Organisasi, sebagai pelaku di berbagai bidang pelayanan kepada pelanggan baik itu produk maupun jasa agar memikirkan strategi yang tepat untuk memajukan hasil yang bermutu, sehingga *output* dapat diterima oleh pasar. Organisasi, apapun bentuknya harus menjadi model organisasi yang tepat untuk semua jenis kebutuhan dalam bidangnya. Hasil produksi yang telah diupayakan harus dibarengi pula oleh peningkatan mutu dan perbaikan manajemen keorganisasian. Para manajer dituntut untuk mencari dan menerapkan manajemen yang berorientasi pada mutu dan perbaikan yang berkesinambungan. Kegagalan dalam memperbaiki kepuasan pelanggan diakibatkan karena pengelolaan manajemen yang lemah, dimana dalam produksinya akan menghasilkan mutu yang rendah. Mutu yang rendah tersebut dapat menimbulkan berbagai

masalah, seperti produk yang tidak dapat menjawab kebutuhan pelanggan, kalah saing dengan produk lain, dan bahkan oleh pelanggan akan ditinggalkan begitu saja. Oleh karena itu, manajemen keorganisasian harus mengembangkan kreativitas, inovasi, modernisasi, serta terfokus pada kepuasan pelanggan, dan Total Quality Manajemen (TQM) hadir sebagai jawaban atas berbagai persoalan di atas. Total Quality Manajemen (TQM) yang dalam bahasa Indonesia disebut dengan Manajemen Mutu Terpadu (MMT) adalah sebuah filosofi tentang perbaikan secara terus-menerus, yang dapat memberikan seperangkat alat praktis kepada setiap institusi dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan para pelanggannya, saat ini dan untuk masa yang akan datang. TQM yang oleh Ishikawa seperti dikutip Pawitra dan Nasution, juga merupakan perpaduan dari semua fungsi manajemen, semua bagian dari suatu perusahaan dan semua orang ke dalam falsafah holistik yang dibangun berdasarkan konsep kualitas, team work, produktivitas, disamping kepuasan pelanggan. Dengan demikian dapat diartikan bahwa manajemen dalam TQM merupakan pengelolaan setiap orang yang berada dalam organisasi apapun status, posisi dan atau perannya. Pelanggan merupakan orang yang akan menggunakan *output* secara langsung atau orang yang akan menggunakan *output* sebagai *input* dalam proses kerja pelanggan internal. Dengan kata lain pelanggan lah orang yang mendefinisikan proses untuk menghasilkan yang diinginkan. Hal ini diperoleh melalui dua kategori informasi yang mengalir dari pelanggan ke kelompok kerja. Pertama, informasi mengenai kebutuhan pelanggan yang merupakan suatu deskripsi apa yang diinginkan, dibutuhkan atau diharapkan oleh pelanggan. Kebutuhan pelanggan ini menentukan apa yang harus dihasilkan dan diserahkan oleh proses. Kedua, informasi umpan balik (feedback). Umpan balik merupakan keterangan tentang

baik atau buruknya suatu *output* yang diserahkan untuk dibandingkan dengan harapan pelanggan. Umpan balik ini merupakan isyarat utama untuk perbaikan proses pada operasi yang akan datang. Proses yang demikian akan terjadi secara berkelanjutan, dimana pelaksanaannya selalu melibatkan secara berulang-ulang terhadap seluruh komponen organisasi. Secara lebih jelas proses tersebut digambarkan dengan tabel berikut:



Sebagai falsafah dan alat atau teknik bagi perbaikan mutu, esensi dari TQM adalah perubahan kultur. Suatu mutu produk atau pelayanan adalah satu hal yang dicapai dengan puas dari penggunaan pendekatan, teknik atau alat perbaikan kualitas. Pemusatan terhadap pelanggan adalah suatu hal yang esensial bagi pengembangan suatu kultur mutu dan perbaikan secara berkelanjutan. Suatu kultur mutu dan perbaikan secara berkelanjutan

terhadap setiap aspek kegiatan penyedia produk dan jasa akan mencapai kepuasan pelanggan. TQM merupakan sistem manajemen yang memilih satu strategi usaha yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan dengan cara melibatkan pelanggan dan seluruh anggota organisasi. Lewis dan Smith dalam Syafaruddin menjelaskan bahwa strategi dalam organisasi adalah kerangka kerja yang menentukan pilihan, dasar dan arah organisasi. Adapun esensi dari strategi adalah menentukan sesuatu yang benar untuk dilakukan (*determining the right thing to do*). Sebagai suatu strategi manajemen, spektrum TQM berorientasi pada upaya untuk; (1) memperbaiki material dan jasa yang masuk pada organisasi, dan (2) memperbaiki upaya dalam pemenuhan barang dalam kebutuhan para pemakai produk dan jasa (masa kini dan akan datang). Menurut Fandi dalam Nasution, *Total Quality Management* merupakan suatu pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimalkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus menerus atas produk, jasa, tenaga kerja, proses dan lingkungannya. Perbaikan secara terus menerus berkaitan erat dengan proses kerja. Proses yang didefinisikan sebagai integrasi sekuensial (berurutan) dari orang, material metode, dan mesin atau peralatan dalam suatu lingkungan guna menghasilkan nilai tambah *output* untuk pelanggan ini sangat berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan. Proses harus ditingkatkan performanya seiring dengan pertumbuhan selera dan kebutuhan pelanggan.

Daftar Pustaka

- Azhar, A, A., 2010. Peranan Total Quality Manajemen (Tqm) Dalam Meningkatkan Daya saing, Pekbis Jurnal. , 2(1), pp.254–260.
- Anastasia, F.T. dan D., 2001. *Total Quality Management*, Yogyakarta: Andi Offset.
- Gaspersz, Vincent, 2003. Manajemen Bisnis Total - *Total Quality Management*. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Tjiptono, fandy., Anastasia, Diana (2013) *Total Quality Manajement* Yogyakarta : Andi Offset.

Profil Penulis



Ardianti Anwar, S.Kes., M.A.R.S

Penulis di lahirkan di Gowa pada tanggal 5 Desember 1997 Ketertarikan penulis terhadap Manajemen mutu pelayanan kesehatan dimulai pada tahun 2024. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas di SMAN 1 Sungguminasa dan berhasil lulus pada tahun 2015. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Stikes Pelamonia Makassar prodi Administrasi rumah sakit pada tahun 2019. kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di Universitas Hasanuddin prodi Magister Administrasi rumah sakit. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar Program Studi S1 Administrasi rumah sakit.

Email Penulis: anthianwar@yahoo.com

STANDARISASI MUTU DI PELAYANAN KESEHATAN

WD. Yuni M. Usa, SKM., M.Kes.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Griya Husada Surabaya

Indonesia menjamin hak setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta sejahtera lahir dan batin demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi dan mensejahterakan seluruh warga negara Indonesia sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Tahun 1945. Pembangunan kesehatan memerlukan upaya kesehatan dari masyarakat, sumber daya kesehatan, dan pengelolaan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembangunan SDM yang berkualitas dan produktif, mengurangi kesenjangan, memperkuat pelayanan kesehatan bermutu, meningkatkan ketahanan kesehatan, menjamin kehidupan yang sehat, serta memajukan kesejahteraan seluruh warga negara dan daya saing bangsa bagi pencapaian tujuan pembangunan nasional (UU Nomor 17 tahun 2023).

Permasalahan kesehatan pada masyarakat akan menurunkan produktivitas dan menimbulkan kerugian bagi negara sehingga diperlukan transformasi kesehatan untuk tercapainya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu negara memiliki tanggung jawab untuk menciptakan kemandirian dan mendorong

perkembangan industri kesehatan di tingkat nasional dan regional. Selain itu, negara juga bertanggung jawab dalam peningkatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau guna meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

Indonesia adalah negara kepulauan yang terdiri dari sabang sampai merauke dengan luas wilayah 1,905 juta km² dan dihuni oleh 282.477.584 jiwa (Kemendagri, 2024). Berdasarkan kondisi demografi Indonesia diatas, maka sudah jelas terlihat bahwa akan ada banyak organisasi yang khusus mengurus/bergerak dibidang kesehatan, baik yang berada dalam pertanggung jawaban pemerintahan mauapun yang dimiliki oleh pihak swasta. Rumah sakit dan Puskesmas merupakan 2 dari banyaknya organisasi kesehatan yang paling dekat dalam hal berinteraksi dengan masyarakat guna memberikan pelayanan kesehatan. Adapun pelayanan yang diberikan berupa preventif/pencegahan, promotif/peningkatan kesehatan, kuratif/pengobatan dan rehabilitatif/pemulihan. Data terbaru dari Kementerian Kesehatan pada bulan November 2024, jumlah rumah sakit yang ada di Indonesia tercatat sebanyak 3.216 unit dan data dari SISDMK per Maret 2024 tercatat terdapat 10.217 unit Puskesmas, namun 4.908 unit diantaranya belum memenuhi ketersediaan 9 jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Kondisi ini tentu saja harus ditingkatkan oleh pemerintah, guna memberikan kepastian kepada masyarakat akan standar pelayanan yang berkualitas disemua fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, dibawah ini akan kita kaji bersama tentang deskripsi standarisasi mutu di pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia.

Definisi Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan

Bila kita melihat secara terpisah definisi dari setiap kata “standarisasi, mutu dan pelayanan kesehatan” maka yang akan kita dapatkan yaitu sebagai berikut:

1. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) mendefinisikan standar adalah ukuran tertentu yang dipakai sebagai patokan. Standarisasi adalah proses merencanakan, merumuskan, menetapkan, menerapkan, memelihara dan mengawasi standar (UU Nomor 20 tahun 2024). Didalam peraturan pemerintah nomor 102 tahun 2000 tentang standarisasi nasional disebutkan bahwa, standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dilakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya.
2. Mutu produk dan jasa adalah seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, *engineering*, manufaktur dan pemeliharaan dimana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan. Ahmad (2020) mengemukakan pengertian tentang mutu, baik yang konvensional maupun strategik yaitu dapat dikatakan bahwa, mutu mengacu kepada keistimewaan produk/jasa, baik keistimewaan langsung maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan. Sehingga memberikan kepuasan terhadap pengguna produk/jasa. Mutu terdiri dari segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan.

3. Undang-undang Nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan mengemukakan bahwa pelayanan kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.

Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah kearah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan keluaran (*outcome*) kesehatan yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan professional terkini. Pemberian pelayanan kesehatan harus mencerminkan ketepatan dari penggunaan pengetahuan terbaru secara ilmiah, klinis, teknis, interpersonal, manual, kognitif, organisasi dan unsur-unsur manajemen pelayanan kesehatan.

Secara luas, pengertian standar layanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan (*input*), proses dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan. Standar layanan kesehatan juga merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung jawab dalam menjalankan tugas dan perannya masing-masing

Berdasarkan beberapa penjelasan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa standarisasi mutu di pelayanan kesehatan merupakan upaya untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan memenuhi standar

tertentu yang dapat meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien atau masyarakat.

Tujuan Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan

Tujuan dari dilakukannya standarisasi mutu pelayanan kesehatan untuk semua organisasi kesehatan sebagai penyelenggara layanan kesehatan yaitu:

1. Memberikan pedoman yang jelas untuk proses pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan.
2. Sebagai kontribusi dalam pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih baik dan berkelanjutan.
3. Alat untuk mengukur kinerja dan evaluasi secara berkala guna memastikan apakah standar yang ditetapkan dapat dipenuhi.

Peran Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan

Secara umum, peran standarisasi mutu pelayanan kesehatan untuk organisasi kesehatan (rumah sakit, Puskesmas dan sejenisnya) adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan daya saing layanan kesehatan di tingkat internasional.
2. Dimana layanan yang berkualitas tinggi akan menarik lebih banyak pasien, baik domestik maupun internasional. Oleh karena itu, penting bagi setiap penyelenggara layanan kesehatan untuk terus beradaptasi dan berinovasi dalam upaya mencapai dan mempertahankan standar mutu yang tinggi.
3. Membantu pengembangan sistem informasi kesehatan yang efisien, yang memungkinkan pengumpulan dan analisis data secara *real-time* untuk memudahkan dalam pengambilan keputusan.

Selain hal diatas, kolaborasi antar organisasi/ lembaga kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, sangat penting untuk menciptakan ekosistem yang mendukung standarisasi mutu. Penerapan praktik terbaik dari berbagai negara juga dapat menjadi referensi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Melalui pertukaran pengetahuan dan pengalaman, penyelenggara layanan kesehatan dapat belajar dari keberhasilan dan tantangan yang dihadapi oleh negara lain.

Manfaat Standarisasi Mutu Pelayanan Kesehatan

Kegiatan dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan secara berkesinambungan, sistematis, objektif, dan terpadu dalam memberikan kepastian tentang keamanan dan kenyamanan kepada pasien dan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh organisasi kesehatan (rumah sakit & Puskesmas). Adapun manfaat dari kegiatan jaminan mutu, yaitu:

1. Dapat meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan.

Peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan ini erat hubungannya dengan dapat diatasinya masalah kesehatan yang tepat, karena pelayanan kesehatan yang diselenggarakan telah sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi serta standar yang telah ditetapkan.

2. Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan.

Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan ini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi standar dan ataupun yang berlebihan.

3. Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan (pasien dan masyarakat)

4. Dapat melindungi penyelenggara pelayanan kesehatan dari kemungkinan timbulnya gugutan hukum.

Pada saat ini sebagai akibat makin baiknya tingkat pendidikan masyarakat, maka kesadaran hukum masyarakat semakin meningkat. Dari uraian tersebut, dipahami bahwa terselenggaranya kegiatan menjaga mutu pelayanan kesehatan mempunyai peranan yang besar dalam melindungi penyelenggara pelayanan kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien (Azwar, 2010).

Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut KBBI, indikator adalah sesuatu yang dapat memberikan petunjuk atau keterangan. Indikator dapat digunakan untuk mengetahui faktor perubahan (keberhasilan atau kegagalan) dalam mencapai tujuan tersebut. Pada pengaplikasian bidang kesehatan, untuk mengetahui sekaligus memudahkan penilaian keberhasilan juga menggunakan indikator. Indikator yang telah disusun oleh berbagai organisasi kesehatan sangat banyak, misal indikator yang telah disusun oleh WHO, AHRQ, kementerian kesehatan, kendali mutu dan kendali biaya tingkat nasional, KARS, maupun indikator lokal yang telah disusun oleh rumah sakit maupun Puskesmas. Dari keseluruhan indikator untuk pelayanan kesehatan yang disusun organisasi tersebut diatas, terdapat kesamaan yaitu:

1. Kepatuhan identifikasi pasien
2. *Emergency respon time* (< 5 menit)
3. Waktu tunggu rawat jalan
4. Penundaan operasi elektif
5. Ketepatan jam visite dokter spesialis
6. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium
7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (FORNAS)
8. Kepatuhan cuci tangan
9. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri
10. Keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus sensitive obat (SO)
11. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar
12. Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh
13. Kepatuhan terhadap *clinical pathway*
14. Kepuasan pasien dan keluarga
15. Kecepatan respon terhadap complain.

Aspek Mutu Pelayanan Kesehatan

Terdapat berbagai aspek penilaian untuk mendukung keberhasilan memperoleh mutu pelayanan kesehatan yang diharapkan, diantaranya:

1. Tenaga medis.
2. Sarana dan prasarana.
3. Proses pelayanan yang terukur.

4. Implementasi teknologi informasi dalam manajemen data
5. Komunikasi yang aktif.
6. Pelatihan pegawai (tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan).
7. Pengembangan kompetensi pegawai (tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan).
8. Partisipasi pasien dalam proses pelayanan kesehatan (memberikan informasi/saran sesuai dengan kebutuhan pasien/masyarakat).
9. Monitoring dan evaluasi yang melibatkan semua pihak (pegawai organisasi kesehatan dari pihak manajemen sampai tenaga kesehatan dan masyarakat serta pemerintah daerah dan pemerintah pusat/kementerian).

Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Brown et al. (1998) dalam bukunya "*Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*" dimensi mutu diuraikan sebagai berikut:

1. Kompetensi teknis

Dimensi kompetensi teknis mencakup keterampilan, kemampuan dan penampilan aktual dari petugas kesehatan, para manajer serta staf pendukung pelayanan kesehatan.

2. Akses atau keterjangkauan terhadap pelayanan

Akses diartikan bahwa layanan kesehatan tidak dibatasi oleh hambatan geografis, ekonomi, sosial, budaya, organisasi, atau bahasa. Akses geografis dapat diukur menggunakan mode transportasi dan jarak ketika perjalanan, dan juga kendala fisik lainnya yang bisa mencegah maupun menghambat

pasien/masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan. Akses ekonomi sendiri mengacu pada keterjangkauan produk dan pelayanan untuk pasien. Akses sosial atau budaya berkaitan dengan penerimaan layanan dalam konteks nilai budaya, keyakinan, dan sikap dari pasien/masyarakat.

3. Efektifitas

Efektifitas adalah dimensi penting dari mutu pada tingkat pusat maupun daerah. Pada tingkat daerah, administrator memutuskan bagaimana menerapkan aturan dan bagaimana menyesuaikan aturan dengan situasi yang ada di daerah. Potensi kemungkinan adanya kerugian ataupun keuntungan akibat prosedur harus dianalisis dengan baik guna menjamin efektifitas.

4. Hubungan Interpersonal

Hubungan interpersonal dapat diartikan sebagai interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dengan petugas kesehatan, dan tim kesehatan dengan masyarakat. Komunikasi efektif yang diterapkan melalui sikap hormat, kerahasiaan, kesopanan, daya tanggap dan empati dapat menghasilkan hubungan interpersonal yang baik serta menumbuhkan kepercayaan dan kredibilitas.

5. Efisiensi

Efisiensi disini yaitu memberikan pelayanan yang tepat guna dan tepat sasaran (penghematan sumber daya dan petugas tenaga kesehatan) sesuai dengan kebutuhan pasien/masyarakat.

6. Kestinambungan

Kestinambungan dapat diartikan sebagai pasien/masyarakat menerima pelayanan kesehatan

dalam rentang waktu yang lengkap sesuai dengan kebutuhan, tanpa interupsi, istirahat, atau pengulangan maupun penambahan yang tidak diperlukan.

7. Keamanan

Keamanan yang dimaksudkan disini yaitu kegiatan yang dapat menurunkan resiko injuri, infeksi, serta efek samping atau bahaya lain yang berhubungan dengan proses pemberian layanan (baik petugas maupun pasien/masyarakat).

8. Kenyamanan dan Kenikmatan

Kenyamanan merupakan ciri pelayanan kesehatan dan tidak berhubungan langsung dengan efikasi klinis, tetapi dapat menimbulkan kepuasan pasien dan keinginan untuk menggunakan kembali pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan. Kenyamanan sangat penting karena dapat mempengaruhi harapan pasien dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan tersebut. Kenyamanan berhubungan dengan penampilan fisik dari fasilitas, personil, dan material seperti kenyamanan lingkungan, kebersihan dan privasi yang selalu terjaga dan lainnya.

Parasuraman mengembangkan dimensi dari mutu pelayanan kesehatan yang telah banyak digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan yang dikenal sebagai model SERQUAL (*service quality*) yang banyak digunakan sebagai landasan konsep penelitian yaitu dikenal dengan dimensi RATER, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. *Reliability* (reliabilitas)

Reliabilitas yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan janji yang ditawarkan. Penilaian kualitas pelayanan dilihat dari kemampuan

organisasi kesehatan (rumah sakit & Puskesmas), yang berkaitan dengan ketepatan waktu pelayanan, waktu mengurus pendaftaran, waktu memulai pengobatan/pemeriksaan, kesesuaian antara harapan dan realisasi waktu bagi pasien.

2. *Assurance* (jaminan)

Jaminan meliputi kemampuan karyawan atas pengetahuan terhadap produk secara tepat, jaminan keselamatan, keterampilan dalam memberikan keamanan didalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan, dan kemampuan dalam menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap organisasi kesehatan (rumah sakit & Puskesmas). Dimensi kepastian atau jaminan ini merupakan gabungan dari:

- a. Dimensi kompetensi (*competence*), artinya keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki oleh para tenaga kesehatan untuk melakukan pelayanan.
- b. Dimensi kesopanan (*courtesy*), yang meliputi keramahan, perhatian, dan sikap para tenaga kesehatan.
- c. Dimensi kredibilitas (*credibility*), meliputi berbagai hal yang berhubungan dengan kepercayaan kepada organisasi kesehatan (rumah sakit & Puskesmas), seperti reputasi, prestasi, dan sebagainya.

3. *Tangibles* (tampilan/bukti fisik)

Bukti fisik atau tampilan adalah wujud kenyataan secara fisik yang meliputi penampilan dan kelengkapan fasilitas fisik seperti ruang perawatan, gedung dan ruangan *front office* yang nyaman, tersedianya tempat parkir, kebersihan, kerapihan,

dan kenyamanan ruangan tunggu dan ruang pemeriksaan, kelengkapan peralatan komunikasi, dan penampilan.

4. *Emphaty* (empati)

Empati yaitu perhatian secara individual yang diberikan organisasi kesehatan (rumah sakit & Puskesmas) terhadap pasien dan keluarganya seperti kemudahan untuk menghubungi, kemampuan untuk berkomunikasi, perhatian yang tinggi dari petugas, kemudahan dalam mencapai lokasi, kemudahan dalam membayar, dan mengurus administrasi. Dimensi empati ini merupakan penggabungan dari:

- a. Dimensi akses (*access*), meliputi kemudahan untuk memanfaatkan jasa yang ditawarkan organisasi kesehatan (rumah sakit & Puskesmas).
- b. Dimensi komunikasi (*communication*), merupakan kemampuan melakukan komunikasi untuk menyampaikan informasi kepada pasien dan keluarganya atau memperoleh masukan dari pasien dan keluarganya.
- c. Dimensi pemahaman pada pelanggan (*understanding the customer*), meliputi usaha organisasi kesehatan (rumah sakit & Puskesmas) untuk mengetahui dan memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan/pasien serta keluarga.

5. *Responsiveness* (ketanggapan)

Ketanggapan yaitu respons atau kesiapan petugas atau tenaga kesehatan dalam membantu pasien serta keluarganya dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap, yang meliputi kesiapan petugas dalam melayani pasien, kecepatan petugas dalam menangani transaksi, dan penanganan keluhan pasien dan keluarganya.

Kotler mengemukakan bahwa penentu mutu/kualitas pelayanan yang utama adalah sebagai berikut:

1. Akses

Pelayanan tersebut mudah didapat diberbagai tempat, waktu yang tepat tanpa banyak menunggu.

2. Komunikasi

Pelayanan tersebut dijelaskan dengan tepat dalam bahasa konsumen

3. Kompetensi

Para karyawan memiliki keahlian dan pengetahuan yang diperlukan

4. Kesopanan

Para karyawan harus ramah, cepat tanggap dan tenang

5. Kredibilitas

Perusahaan dan karyawan dapat dipercaya dan mempunyai tempat di hati konsumen

6. Keandalan

Pelayanan yang diberikan secara konsisten dan tepat

7. Responsive

Pelayanan atau respons karyawan yang cepat dan kreatif terhadap permintaan atau permasalahan yang dihadapi konsumen.

8. Keamanan

Pelayanan yang diberikan bebas dari bahaya, resiko dan keragu-raguan

9. Nyata

Bagian-bagian dari pelayanan yang berbentuk fisik benar-benar mencerminkan kualitas pelayanan tersebut.

10. Memahami konsumen/pelanggan

Karyawan benar-benar membuat usaha untuk memahami kebutuhan konsumen dan memberikan perhatian secara individu.

Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan

Donabedian (2010) menganjurkan agar standar dan kriteria untuk pengukuran mutu pelayanan sebaiknya diklasifikasikan kedalam tiga kelompok, hal ini pada prinsipnya sama dengan yang dianjurkan oleh *World Health Organisation* (WHO) yaitu sebagai berikut:

1. Standar struktur/*input*

Standar struktur atau masukan menentukan tingkat sumber daya yang diperlukan agar standar pelayanan kesehatan dapat dicapai.

Contoh: pegawai/tenaga kesehatan, pasien, peralatan, bahan gedung, pencatatan, keuangan, singkatnya semua sumber daya yang digunakan untuk dapat melakukan pelayanan kesehatan seperti dalam standar pelayanan kesehatan.

Contoh konkret standar struktur yaitu:

- a. Tenaga kesehatan yang kompeten
- b. Peralatan pemeriksaan yang sesuai dengan perkembangan zaman
- c. Ketersediaan semua obat sesuai dengan jenis penyakit yang dapat ditangani
- d. Kamar pemeriksaan

- e. Pasien
 - f. Waktu konsultasi harus ditentukan.
2. Standar proses/*process*

Standar proses menentukan kegiatan apa yang harus dilakukan agar standar pelayanan kesehatan dapat dicapai, proses akan menjelaskan apa yang dikerjakan, untuk siapa, siapa yang mengerjakan, kapan dan bagaimana standar pelayanan kesehatan dapat dicapai.

Contoh standar pelayanan ISPA, maka:

- a. Prosesnya adalah petugas kesehatan memeriksa pasien yang batuk, dengan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik seperti apa yang telah ditentukan dalam standar pelayanan kesehatan. Semua hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik tersebut dicatat dengan lengkap dan akurat dalam berkas rekam medik.
3. Standar keluaran/*output*

Standar keluaran atau *output* atau hasil pelayanan kesehatan ialah hasil pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sesuai standar pelayanan kesehatan dan ini sangat penting. Kriteria standar '*outcome*' yang umum digunakan antara lain:

- a. Kepuasan pasien
- b. Pengetahuan pasien
- c. Fungsi pasien
- d. Indikator kesembuhan, kematian, komplikasi.

Daftar Pustaka

- Brown, Lori. DiPrete. (1998). *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Quality Assurance Project, Center for Human Services,
- Dinas Kesehatan Kota Papua. (2020). *Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas*. dinkespapuabarat.wordpress.com
- Djasri, Hanevi. Hasri, Tirtabayu, Eva. (2016). *Standard an Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan*. Mutu Pelayanan Kesehatan. mutupelayanankesehatan.net.
- Gelama, R. Hatta. (2008). *Pedoman Manajemen informasi kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan tempat praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Tranfusi Darah, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 Tentang Standar teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Romantir, Ria., Giay, Zakharias., Zainuri, Agus., & Tingginehe, M. Rosmin. (2024). Pengaruh Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Asuransi BPJS Kesehatan dan Non Asuransi BPJS Kesehatan di RSUD Abepura Kota Jayapura. *JIIC: Jurnal Intelek Insan Cendekia*, 1(7), 2519-2540.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2014 Tentang Standarisasi dan Penilaian Kesesuaian.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun
2023 Tentang Kesehatan.

Wijono, Djoko. (1999). Manajemen Mutu Pelayanan
Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.

Profil Penulis



WD. Yuni M. Usa, SKM., M.Kes.

Penulis dilahirkan di Kota Ambon Provinsi Maluku pada Tanggal 07 September 1989. Merupakan anak ke-lima dari pasangan LD. Muh. Usa (Alm) dan Ibu Ani. Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Avicenna dan lulus pada tahun 2011 serta menyelesaikan pendidikan program magister di Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, lulus pada tahun 2016. Penulis pernah bekerja di Program Studi S1 Administrasi Kesehatan STIKES Ngudida Husada Madura dan saat ini penulis sedang bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit di STIKES Griya Husada Surabaya. Saat ini, penulis juga sedang menduduki jabatan Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat serta kesehariannya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Dasar ilmu kesehatan masyarakat, Dasar manajemen, Dasar administrasi kesehatan, Dasar kesehatan lingkungan, Ilmu kependudukan, Administrasi pelayanan kesehatan, Dasar K3, Manajemen pemasaran kesehatan, System informasi kesehatan, System pembiayaan kesehatan, Sosiologi-antropologi kesehatan, Asuransi kesehatan, Issu kesehatan, Manajemen logistic, Biostatistik & Statistika Kesehatan, Manajemen akuntansi biaya Rumah Sakit, Manajemen pemasaran Rumah Sakit serta manajemen sumber daya manusia. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: yuni.muhammad@stikesghsby.ac.id

PENGUKURAN DAN PENILAIAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Haura Karlina, ST, M.Ec.Dev
STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia

Pentingnya Pemenuhan Mutu pada Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tempat atau institusi yang dirancang untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh kepada individu. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan secara paripurna mencakup lima dimensi utama, yaitu promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif. Pelayanan promotif bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat dalam menjaga kesehatan, misalnya melalui edukasi dan kampanye kesehatan. Preventif difokuskan pada upaya pencegahan penyakit, seperti imunisasi dan skrining kesehatan. Sementara itu, pelayanan kuratif bertujuan untuk mengobati penyakit yang sudah ada, melalui tindakan medis seperti diagnosis, terapi, atau bedah. Rehabilitatif membantu memulihkan fungsi tubuh yang terganggu akibat penyakit atau cedera, seperti terapi fisik. Terakhir, pelayanan paliatif memberikan dukungan dan pengelolaan gejala bagi pasien dengan penyakit kronis atau terminal, dengan fokus pada kualitas hidup.

Dalam menjalankan tugasnya, fasilitas pelayanan kesehatan harus selalu memperhatikan aspek mutu dan keselamatan pasien. Mutu pelayanan kesehatan tidak

hanya mencerminkan kepuasan pasien, tetapi juga memastikan bahwa layanan yang diberikan memenuhi standar yang telah ditetapkan. Pelayanan yang bermutu memiliki beberapa karakteristik utama. Pertama, layanan harus aman (safety), yaitu meminimalkan risiko cedera atau bahaya bagi pasien selama proses perawatan. Kedua, layanan harus diberikan tepat waktu (timeliness) agar pasien mendapatkan penanganan tanpa penundaan yang tidak perlu. Ketiga, layanan harus efisien (efficiency) dengan memanfaatkan sumber daya secara optimal tanpa pemborosan. Keempat, layanan harus efektif (effectiveness) berdasarkan bukti ilmiah yang kuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Selain itu, pelayanan juga harus berorientasi pada pasien (patient-centered), memperhatikan kebutuhan, preferensi, dan nilai-nilai pasien. Layanan yang bermutu juga harus adil (equity), memberikan akses yang sama tanpa diskriminasi, serta terintegrasi (integration) dengan berbagai unit atau sistem layanan untuk memastikan koordinasi yang baik.

Pemenuhan mutu dalam pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu peningkatan mutu secara internal dan eksternal. Peningkatan mutu secara internal melibatkan upaya yang dilakukan oleh pihak internal fasilitas kesehatan itu sendiri, seperti pelatihan tenaga medis, audit internal, evaluasi rutin, serta pengembangan protokol pelayanan. Upaya ini bertujuan untuk memastikan bahwa standar pelayanan selalu terjaga dan disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Sementara itu, peningkatan mutu secara eksternal melibatkan penilaian oleh pihak luar, seperti lembaga akreditasi, survei kepuasan pasien, atau audit independen. Hal ini memberikan perspektif objektif terhadap kualitas layanan yang diberikan sekaligus mendorong fasilitas kesehatan untuk terus berinovasi dan memenuhi standar yang diakui secara nasional maupun internasional.

Pemenuhan mutu pada pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek mendasar yang harus diperhatikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan mencerminkan tingkat keberhasilan suatu fasilitas dalam memberikan layanan yang memenuhi standar dan kebutuhan pasien. Pemenuhan mutu tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan pengalaman pasien, tetapi juga untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan aman, efektif, dan berkontribusi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Pemenuhan mutu pada pelayanan kesehatan adalah aspek yang tidak dapat diabaikan dalam upaya memberikan layanan yang berkualitas tinggi. Dengan mengutamakan keselamatan pasien, efektivitas, efisiensi, dan kepuasan pasien, fasilitas kesehatan dapat menciptakan sistem yang tidak hanya memenuhi standar, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kesehatan masyarakat. Pemenuhan mutu yang dilakukan secara berkesinambungan memastikan bahwa layanan kesehatan tetap relevan, inovatif, dan mampu menghadapi tantangan di masa depan. Dengan demikian, pemenuhan mutu tidak hanya menjadi kewajiban, tetapi juga merupakan investasi jangka panjang dalam membangun sistem kesehatan yang lebih baik.

Peningkatan Mutu Internal dan Eksternal pada Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam memastikan layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat bersifat menyeluruh, berkualitas, dan aman. Dengan memperhatikan berbagai aspek penting dalam pengelolaan layanan kesehatan, fasilitas tersebut dapat berkontribusi secara signifikan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

secara keseluruhan. Untuk mencapai tujuan ini, fasilitas pelayanan kesehatan perlu menerapkan pendekatan *Continuous Quality Improvement* (CQI) yang mencakup upaya peningkatan mutu secara internal maupun eksternal.

Peningkatan mutu internal merupakan proses berkelanjutan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan selalu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Proses ini melibatkan beberapa langkah utama:

1. Penetapan Indikator Mutu: Fasilitas kesehatan menentukan indikator mutu yang relevan dan terukur, seperti angka kejadian infeksi nosokomial, waktu tunggu pasien, atau tingkat kepuasan pasien.
2. Pengukuran Indikator: Setelah indikator ditetapkan, data yang terkait dengan indikator tersebut dikumpulkan secara berkala untuk mengukur kinerja layanan.
3. Pelaporan dan Evaluasi: Hasil pengukuran indikator dilaporkan dan dievaluasi untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Evaluasi ini juga mencakup analisis terhadap *patient safety incidents* atau insiden keselamatan pasien.
4. Manajemen Risiko: Fasilitas kesehatan mengelola risiko yang dapat memengaruhi mutu pelayanan, termasuk risiko medis maupun non-medis, dengan pendekatan proaktif untuk mencegah terjadinya masalah.

Peningkatan mutu secara internal ini menjadi elemen kunci dalam pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan menerapkan langkah-langkah tersebut, fasilitas kesehatan tidak hanya dapat menjaga standar layanan, tetapi juga membangun kepercayaan masyarakat

terhadap keamanan dan kualitas pelayanan yang diberikan.

Di sisi lain, peningkatan mutu eksternal merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya untuk memastikan kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Proses ini melibatkan evaluasi oleh pihak luar yang berkompeten, yang memberikan pandangan objektif tentang kualitas layanan. Beberapa kegiatan penting dalam peningkatan mutu eksternal meliputi:

1. Perizinan: Proses untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan memenuhi persyaratan hukum dan peraturan yang berlaku, termasuk kelayakan operasional dan standar keselamatan.
2. Sertifikasi: Pengakuan terhadap kompetensi tenaga kesehatan atau kelayakan fasilitas dalam memberikan layanan tertentu, misalnya sertifikasi teknologi medis atau prosedur kesehatan.
3. Akreditasi: Penilaian menyeluruh terhadap fasilitas kesehatan berdasarkan standar yang telah ditentukan, seperti Standar Akreditasi Rumah Sakit Nasional maupun internasional.

Peningkatan mutu eksternal tidak hanya menjadi alat untuk menilai kinerja fasilitas kesehatan, tetapi juga mendorong perbaikan berkelanjutan dengan memberikan umpan balik yang konstruktif. Proses ini juga membantu fasilitas kesehatan untuk mencapai standar terbaik yang diakui secara nasional dan global.

Peningkatan mutu internal dan eksternal harus dilakukan secara berkesinambungan (*continuous quality improvement*). Keduanya saling melengkapi dalam memastikan bahwa pelayanan kesehatan tidak hanya mematuhi standar, tetapi juga terus berkembang sesuai dengan kebutuhan pasien dan perkembangan teknologi

medis. Peningkatan mutu internal memberikan landasan untuk memastikan kualitas dari dalam, sedangkan peningkatan mutu eksternal menyediakan validasi eksternal yang memperkuat kepercayaan publik. Dengan menerapkan kedua pendekatan ini secara konsisten, fasilitas pelayanan kesehatan dapat menciptakan lingkungan yang kondusif untuk memberikan layanan yang berkualitas tinggi, aman, dan berpusat pada pasien. Selain itu, langkah ini akan meningkatkan efisiensi operasional dan memastikan bahwa pelayanan kesehatan berkontribusi dalam pencapaian tujuan kesehatan masyarakat yang lebih luas.

Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan adalah proses sistematis yang dilakukan untuk mengevaluasi sejauh mana fasilitas kesehatan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Pengukuran ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap aspek pelayanan kesehatan berjalan dengan efektif, efisien, aman, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Dengan pengukuran yang tepat, fasilitas kesehatan dapat mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, serta peluang perbaikan untuk meningkatkan mutu layanan secara keseluruhan.

Dalam pengukuran mutu pelayanan kesehatan, terdapat enam dimensi utama yang menjadi panduan evaluasi:

1. *Keamanan (Safety)*: Pelayanan kesehatan harus mampu melindungi pasien dari risiko cedera atau bahaya yang tidak perlu selama proses perawatan.
2. *Tepat Waktu (Timeliness)*: Pengurangan waktu tunggu yang berlebihan menjadi indikator penting untuk memastikan pasien menerima layanan tanpa penundaan yang tidak perlu.

3. Efektifitas (*Effectiveness*): Pelayanan yang diberikan harus berbasis bukti ilmiah dan menghasilkan manfaat yang optimal bagi kesehatan pasien.
4. Efisiensi (*Efficiency*): Sumber daya, termasuk waktu, tenaga, dan biaya, harus dimanfaatkan secara maksimal tanpa pemborosan.
5. Berorientasi pada Pasien (*Patient-Centered*): Pelayanan harus memperhatikan kebutuhan, preferensi, dan nilai-nilai yang dianggap penting oleh pasien.
6. Keadilan (*Equity*): Layanan kesehatan harus dapat diakses oleh semua orang secara setara tanpa diskriminasi.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan menggunakan tiga pendekatan utama:

1. Indikator Struktur yaitu menilai elemen fisik, administratif, dan sumber daya fasilitas kesehatan. Contoh: Jumlah tenaga medis yang kompeten, ketersediaan alat kesehatan, dan kualitas infrastruktur seperti ruang rawat inap atau IGD.
2. Indikator Proses yaitu mengukur bagaimana layanan diberikan kepada pasien, apakah sesuai dengan pedoman klinis dan standar operasional. Prosedur penanganan pasien gawat darurat, pelaksanaan skrining kesehatan, dan waktu respons terhadap keluhan pasien.
3. Indikator Hasil (*Outcome*) yaitu menilai dampak pelayanan terhadap kesehatan pasien. Contoh: Tingkat kepuasan pasien, angka kesembuhan, penurunan angka infeksi nosokomial, dan penanganan komplikasi.

Pengukuran mutu dilakukan melalui berbagai metode dan alat evaluasi, seperti:

1. Pengumpulan Data Kuantitatif dan Kualitatif:

Data kuantitatif mencakup angka-angka seperti tingkat kematian, waktu tunggu pasien, atau jumlah insiden keselamatan pasien. Data kualitatif diperoleh melalui survei, wawancara, atau observasi langsung untuk mendapatkan pandangan pasien dan tenaga medis.

2. Audit Klinis:

Proses evaluasi terhadap kepatuhan tenaga medis dalam menjalankan prosedur berdasarkan pedoman klinis yang telah ditetapkan.

3. Tracer Methodology:

Metode ini melibatkan pelacakan perjalanan pasien melalui sistem pelayanan untuk menilai proses dan hasil pelayanan secara menyeluruh.

4. Survei Kepuasan Pasien:

Alat penting untuk mengevaluasi pengalaman pasien selama menerima layanan kesehatan.

5. Manajemen Risiko dan Analisis Insiden:

Identifikasi dan analisis terhadap insiden keselamatan pasien, seperti kesalahan obat atau cedera akibat prosedur medis, untuk meningkatkan keamanan pelayanan.

Manfaat Pengukuran Mutu Pelayanan Kesehatan, antara lain:

1. Meningkatkan Keselamatan Pasien. Identifikasi risiko atau masalah dalam pelayanan dapat dilakukan lebih dini untuk mencegah insiden yang merugikan pasien.

2. Mendorong Perbaikan Berkelanjutan. Pengukuran mutu memberikan data objektif yang dapat digunakan untuk membuat strategi peningkatan layanan secara berkesinambungan.
3. Meningkatkan Kepuasan Pasien. Dengan memahami kebutuhan dan pengalaman pasien, fasilitas kesehatan dapat lebih responsif dalam memenuhi harapan mereka.
4. Mendukung Akreditasi dan Sertifikasi. Pengukuran mutu menjadi dasar untuk memenuhi standar nasional maupun internasional yang diperlukan untuk mendapatkan akreditasi.

Meskipun pengukuran mutu sangat penting, ada beberapa tantangan yang sering dihadapi, seperti:

1. Keterbatasan Sumber Daya: Kurangnya tenaga, waktu, atau teknologi untuk mengumpulkan dan menganalisis data.
2. Kompleksitas Sistem Kesehatan: Pelayanan kesehatan melibatkan banyak elemen yang saling terkait, sehingga sulit untuk mengevaluasi seluruh aspek secara komprehensif.
3. Resistensi terhadap Perubahan: Beberapa staf medis mungkin enggan berpartisipasi dalam evaluasi atau perbaikan mutu.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan adalah fondasi untuk menciptakan sistem pelayanan yang lebih baik dan terpercaya. Dengan menggunakan pendekatan indikator struktur, proses, dan hasil, fasilitas kesehatan dapat mengidentifikasi kelemahan, mengevaluasi kinerja, dan merancang strategi perbaikan. Meskipun terdapat tantangan, upaya pengukuran yang dilakukan secara konsisten akan menghasilkan layanan kesehatan yang lebih aman, berkualitas, dan berorientasi pada kebutuhan

pasien, serta berkontribusi pada peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Setelah proses pengukuran mutu pelayanan kesehatan dilakukan, langkah selanjutnya adalah penilaian mutu. Penilaian ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pengukuran, menganalisis penyebab masalah, serta menentukan langkah perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan. Proses ini penting karena pengukuran mutu hanya memberikan data awal, sementara penilaian membantu memahami kondisi sebenarnya dan menemukan solusi untuk meningkatkan kualitas layanan.

Langkah pertama dalam penilaian mutu adalah menganalisis data yang diperoleh dari pengukuran. Analisis ini mencakup:

1. Evaluasi terhadap indikator struktur, proses, dan hasil: Data dari indikator yang telah diukur, seperti angka kejadian infeksi nosokomial, waktu tunggu pasien, atau tingkat kepuasan pasien, diolah dan dibandingkan dengan standar yang berlaku.
2. Identifikasi tren dan pola: Analisis data dilakukan untuk mengidentifikasi pola atau tren tertentu, misalnya peningkatan atau penurunan performa pada indikator tertentu.
3. Perbandingan dengan standar: Hasil pengukuran dibandingkan dengan standar nasional atau internasional.

Hasil dari analisis ini memberikan gambaran awal tentang area yang memenuhi standar dan area yang memerlukan perbaikan. Langkah berikutnya adalah mengidentifikasi kesenjangan antara kinerja saat ini dengan standar yang diharapkan. Kesenjangan mutu dapat ditemukan pada

berbagai aspek, seperti: Keterbatasan sumber daya: Misalnya, kurangnya tenaga medis atau peralatan yang tidak memadai. Proses layanan yang tidak efisien: Contohnya, waktu tunggu pasien yang melebihi standar atau prosedur yang tidak sesuai pedoman klinis. Hasil pelayanan yang belum optimal: Seperti angka komplikasi yang tinggi atau tingkat kepuasan pasien yang rendah. Kesenjangan ini menjadi fokus utama dalam perencanaan perbaikan mutu.

Setelah kesenjangan mutu teridentifikasi, dilakukan analisis mendalam untuk menemukan penyebab masalah yang mendasarinya. Salah satu metode yang sering digunakan adalah Root Cause Analysis (RCA), yang melibatkan:

1. Pengumpulan informasi tambahan: Melalui wawancara dengan staf, pengamatan langsung, atau analisis dokumen.
2. Identifikasi faktor penyebab: Baik faktor internal (seperti kepatuhan staf terhadap protokol) maupun eksternal (seperti keterbatasan regulasi atau dukungan dari pihak luar).
3. Penentuan akar masalah: Menggunakan alat seperti diagram fishbone (Ishikawa) atau analisis 5-Why untuk menemukan akar penyebab.

Tidak semua masalah dapat diselesaikan secara bersamaan, sehingga perlu dilakukan prioritas berdasarkan pertama yaitu tingkat urgensi, masalah yang berdampak langsung pada keselamatan pasien menjadi prioritas utama. Kedua yaitu besarnya dampak, masalah yang memengaruhi banyak pasien atau memiliki dampak signifikan terhadap kualitas layanan akan menjadi fokus utama. Ketiga yaitu ketersediaan sumber daya, upaya perbaikan disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia, seperti tenaga, biaya, dan waktu. Prioritas ini

membantu fasilitas kesehatan fokus pada perbaikan yang memberikan dampak terbesar.

Setelah prioritas ditentukan, rencana perbaikan disusun dengan langkah-langkah sebagai berikut yaitu pertama penentuan tujuan, misalnya, mengurangi waktu tunggu pasien di IGD hingga mencapai standar yang diharapkan. Kedua pengembangan strategi, menentukan tindakan spesifik yang akan dilakukan, seperti meningkatkan jumlah tenaga medis, mengadopsi teknologi baru, atau merevisi alur kerja. Ketiga penetapan indikator keberhasilan, indikator baru disusun untuk mengukur efektivitas perbaikan, seperti pengurangan angka insiden keselamatan pasien atau peningkatan kepuasan pasien.

Rencana perbaikan yang telah disusun kemudian diimplementasikan. Langkah-langkah ini melibatkan pelatihan staf yaitu memberikan pelatihan kepada tenaga medis dan staf pendukung untuk meningkatkan kompetensi dan pemahaman mereka terhadap perubahan yang dilakukan. Selanjutnya pengadaan sumber daya yaitu melengkapi fasilitas dengan sumber daya tambahan jika diperlukan, seperti alat medis atau teknologi baru serta perubahan alur kerja dengan mengadopsi alur kerja yang lebih efisien dan sesuai standar.

Setelah implementasi, langkah terakhir adalah memantau efektivitas perbaikan yang dilakukan. Pertama pengumpulan data baru, yaitu data dikumpulkan kembali untuk melihat perubahan pada indikator yang telah diukur. Kedua evaluasi hasil perbaikan yaitu membandingkan hasil baru dengan kondisi sebelumnya untuk menentukan apakah perbaikan telah berhasil. Ketiga penyesuaian strategi yaitu Jika hasil belum sesuai harapan, strategi perbaikan dapat disesuaikan atau diulang.

Proses penilaian mutu pelayanan kesehatan setelah pengukuran mutu adalah langkah kritis untuk memahami kondisi pelayanan, mengidentifikasi masalah, dan merancang strategi perbaikan yang efektif. Dengan melalui tahapan analisis data, identifikasi kesenjangan, analisis penyebab masalah, hingga implementasi dan evaluasi perbaikan, fasilitas kesehatan dapat meningkatkan kualitas layanan secara berkelanjutan. Langkah ini tidak hanya memastikan bahwa layanan kesehatan memenuhi standar, tetapi juga membangun kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan yang ada, sekaligus berkontribusi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Pengukuran dan Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Standar Pelayanan Minimum (SPM)

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dengan acuan Standar Pelayanan Minimum (SPM). Di Indonesia, salah satu acuan utama dalam menentukan standar pelayanan kesehatan adalah Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. SPM ini merupakan indikator yang digunakan untuk menilai kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan yang wajib disediakan oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia, baik di tingkat puskesmas, rumah sakit, maupun fasilitas kesehatan lainnya.

Standar Pelayanan Minimum (SPM) adalah kebijakan dari pemerintah yang mencakup seperangkat standar yang harus dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan untuk menjamin bahwa setiap individu memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, dan terjangkau. Tujuan utama dari SPM adalah untuk memastikan bahwa

setiap masyarakat Indonesia mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memadai, sesuai dengan kebutuhan medis mereka, dan dalam waktu yang tepat. SPM juga berfungsi untuk meningkatkan akuntabilitas dan transparansi dalam sistem pelayanan kesehatan. SPM ini mencakup berbagai dimensi pelayanan kesehatan, seperti pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, serta pelayanan gawat darurat. Setiap jenis pelayanan memiliki standar teknis dan administratif yang terukur dan harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan.

Indikator-indikator mutu pelayanan kesehatan yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM) Kementerian Kesehatan merupakan alat yang sangat penting dalam mengukur sejauh mana kualitas pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Setiap indikator tersebut saling terkait dan memberikan gambaran menyeluruh tentang kualitas pelayanan yang diterima pasien, mulai dari aksesibilitas, kualitas tenaga medis, infrastruktur, hingga hasil akhir perawatan. Pengukuran dan evaluasi terhadap indikator-indikator tersebut sangat diperlukan untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan memenuhi standar yang telah ditetapkan dan terus melakukan perbaikan berkelanjutan demi kepuasan pasien dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Indikator dalam SPM meliputi:

1. Aksesibilitas: Menilai sejauh mana fasilitas kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat. Ini mencakup keberadaan fasilitas di lokasi yang strategis, ketersediaan transportasi, dan waktu layanan.
2. Ketersediaan Tenaga Kesehatan: Mengukur jumlah tenaga medis yang sesuai dengan kebutuhan dan standar yang ditetapkan untuk melayani masyarakat.

3. Fasilitas dan Infrastruktur: Menilai kelengkapan dan kondisi fisik fasilitas seperti gedung, peralatan medis, dan sistem yang mendukung layanan kesehatan.
4. Layanan Kesehatan Dasar: Mencakup layanan kesehatan yang wajib disediakan, seperti imunisasi, pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, serta pengobatan dasar.

Kesimpulan

Pengukuran dan penilaian mutu pelayanan kesehatan merupakan elemen fundamental dalam upaya meningkatkan kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Proses pengukuran dan penilaian mutu didasarkan pada pendekatan yang mencakup tiga jenis indikator: indikator struktur, yang menilai infrastruktur dan sumber daya; indikator proses, yang mengevaluasi bagaimana pelayanan diberikan; dan indikator hasil, yang mengukur dampak layanan terhadap pasien. Ketiga indikator ini saling melengkapi untuk memberikan gambaran menyeluruh tentang kinerja fasilitas kesehatan. Pentingnya pengukuran dan penilaian mutu tidak hanya terletak pada pencapaian standar akreditasi atau sertifikasi, tetapi juga pada peningkatan keselamatan pasien, efisiensi operasional, dan kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan. Dengan menggunakan metode seperti survei kepuasan pasien, audit klinis, dan analisis insiden keselamatan, fasilitas kesehatan dapat mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan dan merancang intervensi yang efektif. Dengan demikian, pengukuran dan penilaian mutu pelayanan kesehatan merupakan siklus berkelanjutan yang tidak hanya berorientasi pada pemenuhan standar tetapi juga pada pengembangan layanan yang lebih baik, aman, dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Daftar Pustaka

- Armita, F., Trisnantoro, L., & Sulistyo, D. H. (2020). Implementasi Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Spm) Bidang Kesehatan Di Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 23(2), 37-43.
- Aprilla, G. G. (2020). Analisa kebijakan standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan balita Kota Depok menurut segitiga kebijakan kesehatan. *Jukema (Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh)*, 6(2), 95-105.
- Machmud, R. (2008). Manajemen mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 2(2), 186-190.
- Nuraeni, I., & Rinaldi, A. (2024). Analisis Penerapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Puskesmas Banjaran Kota Kabupaten Bandung Tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(2), 3397-3406.
- Republik Indonesia. (2022). Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Minimal Pelayanan Kesehatan pada Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah

Administratif/Kota. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

Profil Penulis



Haura Karlina, ST, M.Ec.Dev

Penulis di lahirkan di Jakarta pada tanggal 25 April 1984. Ketertarikan penulis terhadap ilmu ekonomi dan ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2002 silam. Penulis kuliah S1 di Fakultas Arsitektur Lanskap dan Teknologi Lingkungan Universitas Trisakti pada Prodi Perencanaan Wilayah dan Kota, dan lulus pada tahun 2006. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan pada Fakultas Ekonomika dan Bisnis di Prodi Magister Ekonomika Pembangunan Universitas Gadjah Mada dan berhasil lulus pada tahun 2010. Saat ini Penulis sedang menempuh pendidikan S3 Ilmu Pendidikan di Universitas Islam Nusantara. Penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Asosiasi Dosen Indonesia. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan, Administrasi Kebijakan Kesehatan dan Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: haurakarlina@gmail.com

INDIKATOR MUTU PELAYANAN DI RUMAH SAKIT

Rizkiyatul Amalia, S.ST., M.Kes
Poltekkes Kemenkes Semarang

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan utama dituntut untuk memenuhi indikator mutu yang ditetapkan guna meningkatkan kualitas layanan dan memastikan keselamatan pasien.

Indikator Utama dalam Pelayanan Rumah Sakit

Indikator mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting dalam penilaian terhadap layanan kesehatan dan kepuasan pasien. Indikator yang digunakan dalam penilaian tersebut mencakup beberapa sudut pandang diantaranya, keselamatan pasien, efektivitas klinis dan efektivitas administrative yang di implementasikan di rumah sakit. Indikator tersebut dapat dijadikan tolak ukur untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan sesuai dengan standar kualitas sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mampu memberikan dukungan dalam upaya berkelanjutan untuk perbaikan layanan kesehatan. Dari penjelasan tersebut didapatkan tiga indikator utama dalam pelayanan rumah sakit yaitu:

1. Indikator Keselamatan Pasien

Peningkatan keselamatan pasien menjadi fokus utama dalam upaya perbaikan mutu layanan kesehatan. Indikator kualitas yang menitikberatkan pada aspek keselamatan pasien memiliki peran krusial dalam mengidentifikasi dan mengurangi kesalahan medis serta kejadian yang tidak diinginkan, seperti infeksi terkait layanan kesehatan, kesalahan pemberian obat, dan jatuh pasien. Menurut (Ivanković et al., 2024), penerapan indikator keselamatan pasien tidak hanya membantu mengukur risiko yang ada tetapi juga mendorong peningkatan standar operasional dan praktik klinis di fasilitas kesehatan. Sebagai contoh, inisiatif yang diterapkan di Rumania menunjukkan bagaimana pengembangan dan implementasi indikator keselamatan pasien yang terintegrasi dapat menghasilkan perubahan signifikan dalam budaya keselamatan, meningkatkan kepatuhan terhadap protokol, dan pada akhirnya memperbaiki hasil klinis di rumah sakit umum. Hal ini menegaskan bahwa fokus pada keselamatan pasien tidak hanya menyelamatkan nyawa, tetapi juga meningkatkan efisiensi dan kepercayaan terhadap layanan kesehatan.

2. Indikator Efisien

Peningkatan efektivitas klinis merupakan salah satu tujuan utama dalam evaluasi dan pengembangan kualitas layanan kesehatan. Indikator kualitas berperan penting dalam menilai efektivitas klinis dengan mengukur hasil pengobatan, tingkat kesembuhan, komplikasi, dan kepatuhan terhadap praktik berbasis bukti. (Fischer, 2015) menyatakan bahwa indikator tersebut membantu mengevaluasi sejauh mana intervensi medis memberikan manfaat yang optimal bagi pasien, baik dalam jangka pendek

maupun jangka panjang. Selain itu, melalui indikator kualitas, fasilitas kesehatan dapat mengidentifikasi protokol pengobatan yang paling berhasil untuk kondisi tertentu, sehingga memungkinkan penerapan praktik terbaik secara konsisten. Penelitian oleh (Endo & Watanabe, 2020) menunjukkan bahwa penerapan indikator kualitas yang tepat dapat meningkatkan manajemen pasien, seperti penyesuaian strategi perawatan berdasarkan data klinis, serta mendorong penggunaan sumber daya yang lebih efisien. Dengan demikian, pengukuran efektivitas klinis tidak hanya meningkatkan hasil perawatan pasien tetapi juga mendukung pengambilan keputusan berbasis data di tingkat operasional dan strategis.

3. Indikator Kepuasan Pasien

Indikator kepuasan pasien dalam kualitas layanan rumah sakit memiliki banyak segi, mencakup berbagai dimensi perawatan dan pemberian layanan. Kepuasan pasien secara signifikan dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kualitas layanan, komunikasi, dan lingkungan rumah sakit secara keseluruhan. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk kepercayaan pelanggan, reputasi rumah sakit, dan nilai pelanggan. Terdapat hubungan positif dan signifikan antara kepercayaan pelanggan dan kepuasan pasien (Mabini Jr. et al., 2024). Selain itu, kualitas layanan, nilai pasien, dan responsivitas staf medis juga merupakan determinan penting dari kepuasan pasien. SERVQUAL adalah model yang diperkenalkan oleh A. Parasuraman, Valarie Zeithaml, dan Leonard L. Berry untuk mengevaluasi kualitas layanan. Model ini mencakup lima dimensi dasar kualitas layanan, yaitu: *reliability*, *assurance*, *tangibles*, *empathy*, dan *responsiveness*, yang diidentifikasi untuk mencakup berbagai aspek kualitas layanan.

a. Reliability

Salah satu dimensi utama adalah reliability (keandalan), di mana pasien mengharapkan pelayanan yang konsisten, tepat waktu, dan dapat diandalkan. Studi menunjukkan bahwa keandalan menjadi faktor penting yang memengaruhi kepuasan pasien, khususnya di rumah sakit swasta, di mana ekspektasi terhadap kualitas layanan cenderung lebih tinggi (Katira et al., 2024). Pasien menghargai sistem yang berfungsi dengan baik dan pelayanan yang sesuai dengan janji yang diberikan.

b. Assurance

Jaminan, yang melibatkan kemampuan tenaga kesehatan untuk meyakinkan pasien tentang keselamatan dan kompetensi mereka, muncul sebagai faktor dominan dalam memengaruhi kepuasan, terutama dalam layanan khusus seperti radiologi, di mana pasien sering kali merasa cemas terhadap prosedur yang akan dijalani.

c. Tangibles

Aspek tangibles dalam pelayanan kesehatan merupakan aspek fisik yang dapat menunjang pelayanan di rumah sakit, termasuk bangunan fisik, kelengkapan fasilitas, kebersihan ruangan, dan penampilan petugas atau perawat yang dinilai langsung oleh pasien (Purwitasari et al., 2023).

d. Empathy

Empati merupakan elemen krusial dalam membangun hubungan yang hangat dan rasa aman bagi pasien. Memberikan perawatan dengan penuh kasih sayang, mendengarkan

kekhawatiran pasien, dan memahami kondisi mereka dapat meningkatkan kenyamanan emosional.

e. Responsiveness

Dimensi lain yang tak kalah penting adalah Responsiveness (daya tanggap), yaitu kemampuan staf medis dan non-medis untuk merespons kebutuhan pasien dengan cepat dan tepat. Penelitian mengungkapkan bahwa daya tanggap memiliki korelasi langsung dengan tingkat kepuasan pasien, karena pasien merasa lebih dihargai ketika kebutuhan mereka dipenuhi dengan segera dan tanpa penundaan yang tidak perlu (Dwijayanti et al., 2024). Pelayanan yang cepat, terutama dalam situasi darurat, menunjukkan profesionalisme dan kepedulian terhadap pasien.

Pengalaman pasien secara keseluruhan juga sangat dipengaruhi oleh kualitas komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan dan pasien. Penjelasan yang jelas mengenai prosedur, pengobatan, dan instruksi pemulangan berperan besar dalam meningkatkan kepuasan. Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang lebih tua, misalnya, cenderung melaporkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi terhadap komunikasi yang mudah dipahami, terutama ketika menyangkut instruksi pasca-perawatan. Hal ini menekankan pentingnya tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi dengan cara yang sederhana dan empatik.

Indikator Mutu di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah

Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah, 2022) Pasal 3 terdiri atas:

1. Kepatuhan kebersihan tangan;
2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;
3. Kepatuhan identifikasi pasien;
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;
5. Waktu tunggu rawat jalan;
6. Penundaan operasi elektif;
7. Kepatuhan waktu visite dokter;
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium;
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*);
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
12. Kecepatan waktu tanggap komplain; dan
13. Kepuasan pasien.

Tiga parameter sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan Kesehatan yaitu melalui struktur (*input*) yang dikelola melalui sebuah proses sehingga menghasilkan luaran (*outcome*) (Breyer et al., 2019). Struktur merupakan hal berkaitan dengan infrastruktur rumah sakit yang memiliki karakteristik pelayanan yang relative stabil meliputi, kapasitas tempat tidur, rasio dokter terhadap pasien dan ketersediaan peralatan serta perlengkapan medis. Proses yaitu interaksi yang melibatkan penyedia fasilitas Kesehatan dengan penerima layanan Kesehatan. Indikator proses mengevaluasi proses yang digunakan untuk memberikan perawatan, meliputi Ketepatan waktu diagnosis dan pengobatan, Kepatuhan terhadap protokol dan pedoman pengobatan serta Alur dan keluaran pasien. Asesmen, diagnosis, perawatan,

konseling, pengobatan, Tindakan, penatalaksanaan, dan *follow up* merupakan sebuah proses yang digunakan untuk ketepatan diagnosis. Keluaran/*Outcome* yaitu menilai dampak perawatan terhadap hasil akhir pasien. Contoh hasil luaran morbiditas, mortalitas dan tingkat kepuasan pasien.

Faktor yang mempengaruhi Mutu Pelayanan

Kualitas layanan kesehatan di rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa faktor internal yang membentuk lingkungan organisasi dan pemberian layanan. Memahami faktor-faktor ini sangat penting untuk meningkatkan hasil layanan kesehatan dan kepuasan pasien. Aspek-aspek utama termasuk komitmen organisasi, budaya, pelatihan staf, dan ketersediaan sumber daya, yang secara kolektif berkontribusi terhadap kualitas perawatan yang diberikan secara keseluruhan.

1. Komitmen dan Budaya Organisasi

Komitmen organisasi yang kuat merupakan fondasi utama dalam menciptakan budaya keunggulan di rumah sakit. Ketika manajemen dan seluruh elemen organisasi berfokus pada visi dan misi yang jelas untuk memberikan pelayanan terbaik, hal ini akan mendorong terciptanya standar operasional yang konsisten, dedikasi staf yang tinggi, dan inovasi dalam layanan kesehatan. Komitmen ini tercermin dalam keputusan strategis yang mendukung peningkatan kualitas, seperti investasi pada pelatihan sumber daya manusia, penyediaan teknologi medis canggih, serta alokasi anggaran yang memadai untuk operasional dan pengembangan fasilitas. Dengan komitmen ini, rumah sakit dapat membangun reputasi yang baik dan kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanannya (Basbous & Md. Saad, 2024).

Selain itu, budaya organisasi yang positif memainkan peran penting dalam meningkatkan efektivitas perawatan pasien. Budaya ini menekankan nilai-nilai seperti kerja sama tim, komunikasi yang transparan, dan saling menghormati antarprofesi di lingkungan rumah sakit. Dalam budaya yang demikian, setiap individu merasa didukung dan memiliki tanggung jawab bersama untuk mencapai tujuan organisasi. Hal ini berkontribusi pada pengambilan keputusan klinis yang lebih baik, pengelolaan konflik yang konstruktif, serta penciptaan lingkungan kerja yang kondusif. Budaya positif juga mendorong inovasi dan adaptasi terhadap perubahan, yang sangat penting dalam memenuhi kebutuhan pasien yang terus berkembang. Dengan demikian, rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan yang holistik dan berorientasi pada pasien, memastikan bahwa setiap aspek perawatan berjalan secara optimal (Basbous & Md. Saad, 2024).

2. Pelatihan dan Pengembangan Staf

Pelatihan dan pengembangan staf merupakan elemen kunci dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan bagi tenaga kesehatan tidak hanya meningkatkan kompetensi teknis mereka, tetapi juga memperkuat kemampuan dalam komunikasi dan interaksi dengan pasien. Melalui program pelatihan rutin, seperti lokakarya, seminar, atau pelatihan langsung di tempat kerja, staf medis dapat mengembangkan pemahaman yang lebih baik tentang kebutuhan pasien, meningkatkan empati, dan menguasai teknik komunikasi yang efektif. Ini sangat penting untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien, yang pada akhirnya berdampak pada tingkat kepuasan pasien dan hasil perawatan yang lebih baik (Al-Enazi et al., 2022).

Selain itu, pengembangan keterampilan kepemimpinan dalam tim layanan kesehatan menjadi prioritas yang tidak kalah penting. Kepemimpinan yang baik membantu menciptakan lingkungan kerja yang produktif dan mendukung kolaborasi lintas disiplin. Dalam konteks rumah sakit, pemimpin yang efektif mampu memotivasi tim untuk mencapai standar pelayanan yang lebih tinggi, memfasilitasi pengambilan keputusan yang cepat dan tepat, serta mengelola tantangan yang mungkin muncul selama proses perawatan. Pelatihan kepemimpinan yang terstruktur memungkinkan staf untuk mempelajari cara memimpin dengan empati, memberikan arahan yang jelas, dan mengelola dinamika tim secara efektif. Dengan demikian, pengembangan keterampilan ini tidak hanya memperkuat individu tetapi juga meningkatkan kualitas keseluruhan layanan kesehatan di rumah sakit (Al-Enazi et al., 2022).

3. Sumber Daya Fisik dan Infrastruktur

Sumber daya fisik dan infrastruktur merupakan pilar penting dalam mendukung mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Salah satu aspek utamanya adalah ketersediaan peralatan medis yang memadai dan modern. Peralatan yang mutakhir tidak hanya meningkatkan efisiensi diagnosis dan pengobatan tetapi juga memastikan bahwa rumah sakit dapat mengikuti perkembangan teknologi medis terbaru. Dengan perangkat yang andal, seperti mesin MRI, ventilator, atau alat diagnostik canggih lainnya, dokter dapat memberikan layanan yang akurat dan berkualitas tinggi. Selain itu, pemeliharaan rutin dan penggantian peralatan yang usang sangat penting untuk memastikan keselamatan pasien dan staf medis selama proses perawatan (Al-Enazi et al., 2022; DiKmen & Taş, 2018).

Lingkungan fisik rumah sakit juga berperan besar dalam membentuk persepsi pasien terhadap kualitas perawatan yang diterima. Kebersihan yang terjaga, pencahayaan yang memadai, ventilasi yang baik, serta desain ruang yang nyaman dapat menciptakan suasana yang menenangkan bagi pasien dan keluarga mereka. Ruang tunggu yang bersih, fasilitas kamar yang nyaman, dan aksesibilitas yang baik, termasuk bagi pasien dengan disabilitas, memberikan rasa aman dan kepuasan lebih kepada pengguna layanan. Penekanan pada kebersihan juga memainkan peran penting dalam mencegah infeksi nosokomial, yang merupakan salah satu tantangan utama dalam lingkungan rumah sakit. Dengan menciptakan lingkungan yang mendukung, rumah sakit tidak hanya memenuhi standar kesehatan tetapi juga memperkuat kepercayaan dan loyalitas pasien (Ghildiyal et al., 2022).

Faktor eksternal yang memengaruhi mutu pelayanan kesehatan mencakup berbagai aspek di luar kendali langsung rumah sakit atau fasilitas kesehatan, tetapi memiliki dampak signifikan terhadap operasional dan hasil layanan. Berikut adalah beberapa faktor eksternal utama:

a. Faktor Politik dan Hukum

Faktor politik dan hukum memiliki dampak signifikan terhadap mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit karena berperan sebagai landasan yang mengatur standar, kebijakan, dan prosedur operasional. Kerangka kerja regulasi yang ditetapkan oleh pemerintah memberikan pedoman yang jelas bagi rumah sakit untuk menjalankan fungsinya sesuai dengan hukum dan standar kesehatan nasional maupun internasional. Kebijakan seperti akreditasi rumah

sakit, penerapan standar pelayanan minimal (SPM), dan regulasi tentang keselamatan pasien memastikan bahwa fasilitas kesehatan memprioritaskan kualitas dan keselamatan dalam setiap aspek layanan. Selain itu, kepatuhan terhadap peraturan yang mengatur hak pasien, perlindungan data, serta kebijakan tenaga kerja di sektor kesehatan memperkuat legitimasi dan kepercayaan masyarakat terhadap layanan yang diberikan. Kebijakan pemerintah yang mendukung, seperti subsidi kesehatan atau program asuransi nasional, juga dapat meningkatkan aksesibilitas layanan bagi berbagai kelompok masyarakat (Kondratenko et al., 2023).

Stabilitas politik juga memiliki pengaruh besar terhadap keberlanjutan dan kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan. Dalam situasi politik yang stabil, pemerintah dapat menyediakan sumber daya yang memadai untuk mendukung fasilitas kesehatan dan menjamin keberlangsungan program-program yang berorientasi pada peningkatan mutu layanan. Sebaliknya, ketidakstabilan politik dapat mengganggu sistem pelayanan, memengaruhi pengadaan sumber daya, dan bahkan menurunkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap institusi kesehatan. Di sektor pelayanan publik, seperti rumah sakit, gangguan politik juga dapat memengaruhi permintaan layanan, baik melalui penurunan daya beli masyarakat maupun pergeseran prioritas dalam pengalokasian anggaran nasional. Oleh karena itu, lingkungan politik yang stabil dan regulasi yang baik menjadi prasyarat penting bagi rumah sakit untuk memberikan layanan yang berkualitas tinggi dan berkelanjutan (Makokha & Theuri, 2014).

b. Faktor Ekonomi

Kondisi ekonomi, termasuk inflasi dan tingkat pengangguran, memiliki dampak yang signifikan terhadap kemampuan masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan dan pola pengeluaran konsumen. Inflasi yang tinggi dapat meningkatkan biaya operasional rumah sakit, termasuk harga obat-obatan, peralatan medis, dan gaji tenaga kesehatan. Kenaikan ini sering kali diteruskan kepada pasien dalam bentuk biaya layanan yang lebih tinggi, sehingga mengurangi aksesibilitas bagi kelompok masyarakat yang rentan secara ekonomi. Di sisi lain, tingkat pengangguran yang tinggi dapat menurunkan daya beli masyarakat, menyebabkan banyak individu menunda atau bahkan mengabaikan kebutuhan medis karena keterbatasan finansial. Situasi ini tidak hanya berdampak pada kesehatan masyarakat tetapi juga pada pendapatan rumah sakit, terutama bagi fasilitas kesehatan yang bergantung pada model pendapatan dari pembayaran langsung pasien (Gutnikova, 2022).

Untuk mempertahankan kualitas layanan dan daya saing, organisasi kesehatan harus beradaptasi dengan fluktuasi ekonomi. Salah satu strategi penting adalah mengoptimalkan efisiensi operasional melalui penggunaan teknologi modern, seperti sistem manajemen rumah sakit berbasis digital, untuk mengurangi biaya administrasi dan operasional. Selain itu, diversifikasi sumber pendapatan, misalnya melalui kemitraan dengan perusahaan asuransi atau program pemerintah seperti jaminan kesehatan nasional, dapat membantu mengurangi

risiko keuangan akibat perubahan kondisi ekonomi. Rumah sakit juga perlu menerapkan pendekatan berbasis nilai (*value-based healthcare*), yang menekankan pada hasil perawatan pasien dengan biaya yang efisien, untuk meningkatkan kepuasan pasien tanpa harus menaikkan biaya secara signifikan. Dengan strategi yang adaptif, rumah sakit dapat menjaga keberlanjutan operasional sekaligus memastikan bahwa layanan kesehatan tetap dapat diakses oleh berbagai lapisan masyarakat, bahkan dalam kondisi ekonomi yang menantang (Makokha & Theuri, 2014).

c. Faktor Sosial dan Budaya

Norma sosial dan ekspektasi budaya memainkan peran penting dalam membentuk harapan pelanggan terhadap layanan kesehatan serta tingkat kepuasan mereka. Setiap masyarakat memiliki nilai-nilai, tradisi, dan kebiasaan yang memengaruhi cara mereka memandang layanan kesehatan. Sebagai contoh, dalam budaya tertentu, pasien mungkin mengharapkan komunikasi yang sangat personal dan empati dari tenaga kesehatan, sementara dalam budaya lain, efisiensi dan kecepatan layanan menjadi prioritas utama. Rumah sakit yang memahami norma-norma sosial ini dapat menciptakan pendekatan pelayanan yang lebih relevan dan dapat diterima oleh masyarakat setempat, sehingga meningkatkan pengalaman pasien dan tingkat kepercayaan mereka terhadap institusi kesehatan (Kondratenko et al., 2023).

Selain itu, tren demografis dan keragaman budaya menjadi faktor penting yang harus dipertimbangkan dalam perencanaan dan

pelaksanaan layanan kesehatan. Perubahan demografi, seperti peningkatan jumlah lansia, mengharuskan rumah sakit menyediakan layanan geriatrik yang khusus, termasuk perawatan holistik dan ramah usia. Sementara itu, keragaman budaya dalam populasi pasien, terutama di wilayah dengan migrasi yang tinggi, membutuhkan pendekatan lintas budaya dalam layanan. Ini mencakup pelatihan tenaga kesehatan dalam komunikasi antarbudaya, penyediaan penerjemah untuk mengatasi hambatan bahasa, dan penghormatan terhadap tradisi atau praktik kesehatan yang bersifat budaya atau religius.

Dengan memahami norma sosial, ekspektasi budaya, dan tren demografis, rumah sakit dapat menyesuaikan layanannya untuk memenuhi beragam kebutuhan pelanggan. Pendekatan yang inklusif ini tidak hanya meningkatkan kualitas pelayanan tetapi juga memperkuat citra institusi sebagai penyedia layanan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan komunitas yang dilayaninya (Panda & Das, 2014).

d. Faktor Teknologi

Kemajuan teknologi telah membawa transformasi besar dalam penyampaian layanan kesehatan, memungkinkan peningkatan efisiensi operasional, akurasi diagnosis, dan keterlibatan pelanggan. Teknologi seperti sistem rekam medis elektronik (RME), perangkat IoT medis, dan kecerdasan buatan (AI) memungkinkan rumah sakit untuk mengelola data pasien dengan lebih efisien, mempercepat proses diagnostik, dan menyediakan perawatan yang lebih tepat sasaran. Misalnya, RME memungkinkan penyimpanan dan

akses data pasien yang terpusat, sehingga tenaga kesehatan dapat mengakses informasi penting dengan cepat untuk pengambilan keputusan yang lebih baik. Di sisi lain, teknologi seperti telemedicine dan aplikasi kesehatan meningkatkan keterlibatan pelanggan dengan menyediakan akses mudah ke konsultasi medis, pemantauan kondisi kesehatan secara real-time, dan edukasi kesehatan yang dipersonalisasi (Nasim, 2018).

Organisasi yang memanfaatkan teknologi secara efektif dapat secara signifikan meningkatkan kualitas layanan dan pengalaman pelanggan. Implementasi teknologi tidak hanya membantu rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan pasien secara lebih cepat, tetapi juga memungkinkan mereka untuk memberikan layanan yang lebih proaktif. Sebagai contoh, sistem berbasis AI dapat memprediksi kebutuhan perawatan pasien berdasarkan data historis, memungkinkan tenaga kesehatan untuk mengambil langkah pencegahan sebelum masalah kesehatan menjadi lebih serius. Selain itu, adopsi teknologi otomatisasi dalam proses administrasi, seperti pendaftaran pasien, pembayaran, dan penjadwalan, mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan kenyamanan pasien.

Namun, untuk memaksimalkan manfaat teknologi, organisasi harus memastikan bahwa staf terlatih dalam menggunakan teknologi tersebut, sekaligus menjaga keamanan data pasien sesuai regulasi. Dengan mengintegrasikan teknologi secara strategis ke dalam operasional mereka, rumah sakit dapat tidak hanya meningkatkan efisiensi dan kepuasan pelanggan

tetapi juga memperkuat daya saing mereka dalam industri layanan kesehatan yang terus berkembang (Makokha & Theuri, 2014).

Tantangan dalam Penerapan Indikator Mutu di Rumah Sakit

Menerapkan indikator kualitas di rumah sakit menghadirkan tantangan yang dapat menghambat pemberian layanan kesehatan yang efektif. Banyak rumah sakit masih mengandalkan sistem berbasis kertas yang ketinggalan zaman, yang dapat menyebabkan data yang tidak lengkap atau tidak akurat, berpotensi merugikan pasien. Implementasi alat *Business Intelligence* (BI) dapat meningkatkan akurasi data, namun memerlukan investasi dan pelatihan yang signifikan. Selain itu, faktor eksternal seperti kepadatan di unit gawat darurat (UGD) mempengaruhi kualitas layanan, dengan ruang tunggu yang padat menyebabkan keterlambatan dan peningkatan risiko infeksi (Jaber et al., 2024).

Faktor politik dan ekonomi, seperti ketidakstabilan ekonomi atau perubahan kebijakan, memengaruhi alokasi sumber daya dan kemampuan rumah sakit untuk berinvestasi dalam peralatan medis dan tenaga medis, yang berdampak pada efisiensi dan kualitas layanan. Keberhasilan penerapan indikator mutu sangat bergantung pada komitmen pemangku kepentingan dan keterlibatan aktif dalam perbaikan berkelanjutan. Pelatihan staf dan komunikasi yang berkelanjutan juga sangat penting untuk memastikan indikator kualitas dipahami dan diterapkan dengan tepat (Ivanković et al., 2024; Lehmann et al., 2023).

Daftar Pustaka

- Al-Enazi, M. N. K., Almutairi, N. B., Almutairi, S. S., & Alshammari, N. K. (2022). The Impact of Internal Organizational Environment Factors on the Efficiency of Health. *Saudi Journal of Business and Management Studies*, 7(10), 296–300. <https://doi.org/10.36348/sjbms.2022.v07i10.001>
- Basbous, O., & Md. Saad, N. H. (2024). Factors Affecting Quality of Health Service in Government Hospital in Jordan, The Mediating Role of Digital Transformation and the Moderating Role of Government Support: A Concept Paper. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 14(9), Pages 323–330. <https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v14-i9/22538>
- Breyer, J. Z., Giacomazzi, J., Kuhmmer, R., Lima, K. M., Hammes, L. S., Ribeiro, R. A., Kops, N. L., Falavigna, M., & Wendland, E. M. (2019). Hospital quality indicators: A systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 474–487. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2018-0091>
- DiKmen, F. C., & Taş, Y. (2018). Applying Dematel Approach To Determine Factors Affecting Hospital Service Quality In A University Hospital: A Case Study. *Journal of Administrative Sciences*, 16(31), 11–28.
- Dwijayanti, K. A., Wirajaya, I. W. A., Sukadana, K., & Kusuma, N. Y. (2024). Service Quality Factors that Influence Patient Satisfaction at Buleleng Regional Hospital. *Jurnal Ilmiah Manajemen Kesatuan*, 12(4), 1179–1190. <https://doi.org/10.37641/jimkes.v12i4.2722>
- Endo, I., & Watanabe, J. (2020). Hospital volume, failure to rescue, and surgeon skills: What is a good indicator of a quality hospital? *Annals of Gastroenterological Surgery*, 4(6), 606–607. <https://doi.org/10.1002/ags3.12410>
- Fischer, C. (2015). Quality Indicators for Hospital Care.

- Ghildiyal, A. K., Devrari, J. C., & Dhyani, A. (2022). Determinants of Service Quality in Healthcare: Patient and Provider Perspectives. *International Journal of Patient-Centered Healthcare*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.4018/IJPCH.309117>
- Gutnikova, O. N. (2022). Factors affecting the quality of commercial services. *Economics and Management*, 28(2), 176–184. <https://doi.org/10.35854/1998-1627-2022-2-176-184>
- Ivanković, D., Fonseca, V. R., Katsapi, A., Karaiskou, A., Angelopoulos, G., Garofil, D., Rogobete, A., Klazinga, N., Azzopardi-Muscat, N., & Breda, J. (2024). Developing and piloting a set of quality-of-care indicators for Romanian public hospitals as part of a national programme to fund quality. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1242. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11462-6>
- Jaber, M. J., Bindahmsh, A. A., Abu Dawwas, M. A., Du Preez, S. E., Alshodukhi, A. M., Alateeq, I. S., & Binti Abd Rahman, N. S. (2024). Obstacles and Challenges Affecting Quality Indicators in a Complex Tertiary Emergency Center. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 7(4), 162–174. <https://doi.org/10.36401/JQSH-24-10>
- Katira, S., Samuel, R., Tiwari, S., Pai, D., & Agrawal, S. (2024). Patient Satisfaction with the Service Quality Dimensions In Multi-Speciality Private Hospitals in Indore City MP, India. *Marketing and Business Strategy*, 2(1), 11–22. <https://doi.org/10.58777/mbs.v2i1.252>
- Kondratenko, N., Ternova, I., Schevchenko, V., Chuprina, M., & Shved, A. (2023). Theoretical And Analytical Substantiation Of The Factors Affecting The Level Of Service Quality Management Of Railway Transport Enterprises. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 2(49), 113–122. <https://doi.org/10.55643/fcaptop.2.49.2023.3990>

- Lehmann, I., Zielasek, J., Blumenröder, T., Engemann, S., Vrinssen, J., Gaebel, W., Banger, M., Grümmer, M., Janssen, B., Marggraf, R., Muysers, J., Rinckens, S., Scherbaum, N., Supprian, T., Tönnesen-Schlack, A., Mennicken, R., Wenzel-Jankowski, M., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2023). Development and implementation of quality indicators in a group of nine psychiatric hospitals. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 182–183, 8–16. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.09.003>
- Mabini Jr., S. P., Narsico, L. O., & Narsico, P. G. (2024). Service Quality, Patient Satisfaction, and Improvement Indicators. *International Journal of Multidisciplinary: Applied Business and Education Research*, 5(4), 1331–1345. <https://doi.org/10.11594/ijmaber.05.04.18>
- Makokha, H., & Theuri, F. (2014). External Factors That Influence The Delivery Of Quality Services In Public Institutions: A Case Of The Department Of Immigration—Coast Region. *International Journal of Social Sciences and Entrepreneurship*, 1(10), 470–488.
- Nasim, K. (2018). Role of internal and external organizational factors in TQM implementation: A systematic literature review and theoretical framework. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(5), 1014–1033. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-10-2016-0180>
- Panda, T. K., & Das, S. (2014). The Role of Tangibility in Service Quality and Its Impact on External Customer Satisfaction: A Comparative Study of Hospital and Hospitality Sectors. *The IUP Journal of Marketing Management*, 8(4).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah, Pub. L. No. 30 (2022).

Purwitasari, S., Suryawati, C., & Purnami, C. T. (2023). Hubungan tangibles, realibility, responsiveness, assurance, dan empathy terhadap kepuasan pasien kemoterapi di Rumah Sakit X di Kabupaten Semarang. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 17(4), 277–284. <https://doi.org/10.33024/hjk.v17i4.10132>

Profil Penulis



Rizkiyatul Amalia, S.ST., M.Kes

Penulis di lahirkan di Jember- Jawa Timur. pada tanggal 6 Januari 1994. Ketertarikan penulis terhadap bidang kesehatan dimulai dari tahun 2009. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas Negeri 4 Jember berhasil lulus pada tahun 2012. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi D-IV Rekam Medik Politeknik Negeri Jember pada tahun 2016. Setahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Jember. Penulis Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis pernah menjabat sebagai Ketua Gugus Kendali Mutu, dan Tim Perencanaan kegiatan Proses Belajar Mengajar di Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yang berkaitan dengan Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Asuransi dan Klaiaam Pelayanan Kesehatan, Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit, Serta Kodefikasi Morbiditas dan Mortalitas. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: rizkiyatulamaliahasbi.rmik@gmail.com

KONSEP, RUANG LINGKUP PELANGGAN, DAN PENGUKURAN KEPUASAN PELANGGAN DI PELAYANAN KESEHATAN

Dewi Utary, S.KM., M.M., M.K.M.
Universitas Islam Al-Azhar

Konsep Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan

Pelanggan dalam konteks pelayanan kesehatan merujuk pada individu atau kelompok yang menerima layanan dari penyedia layanan kesehatan, baik itu rumah sakit, klinik, puskesmas, atau fasilitas kesehatan lainnya. Pelanggan di bidang ini tidak hanya terbatas pada pasien yang menerima pengobatan medis, tetapi juga melibatkan keluarga pasien, pengunjung, serta masyarakat yang terlibat dalam pelayanan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan harus memahami bahwa pelanggan memiliki kebutuhan yang berbeda-beda, yang mempengaruhi cara layanan diberikan.

Sebagai sistem yang kompleks, pelayanan kesehatan melibatkan berbagai pihak, mulai dari pasien, keluarga pasien, tenaga medis, hingga pihak pembayar atau asuransi. Para ahli memiliki pandangan yang berbeda terkait dengan pengertian pelanggan dalam konteks ini, namun ada kesamaan pada pemahaman bahwa pelanggan tidak hanya mencakup pasien secara langsung, tetapi juga berbagai pihak yang berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan.

Kotler dan Keller (2016) menyatakan bahwa pelanggan adalah individu atau kelompok yang menerima manfaat dari suatu produk atau layanan dan memberikan imbalan atau pembayaran sebagai bentuk pertukaran. Dalam konteks pelayanan kesehatan, pelanggan adalah mereka yang mencari perawatan medis, baik pasien langsung yang membutuhkan pengobatan atau perawatan, maupun pihak lain yang terlibat dalam proses kesehatan, seperti keluarga pasien yang terlibat dalam pengambilan keputusan atau pemberian dukungan.

Baker dan Hart (2007) mengemukakan bahwa pelanggan dalam konteks pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi pelanggan internal dan eksternal. Pelanggan eksternal adalah pasien yang membutuhkan layanan medis, sementara pelanggan internal mencakup tenaga medis, staf administrasi, dan pihak-pihak lain yang berinteraksi dalam sistem pelayanan kesehatan. Kepuasan pelanggan eksternal bergantung pada kualitas interaksi dengan staf medis serta fasilitas yang disediakan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan.

Pentingnya memahami konsep pelanggan dalam pelayanan kesehatan adalah untuk merancang dan menyampaikan layanan yang efektif dan responsif terhadap kebutuhan dan harapan pelanggan, sehingga dapat meningkatkan kualitas perawatan, kepuasan pasien, dan hasil kesehatan yang lebih baik.

Definisi Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan

Secara umum, pelanggan dalam pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai pihak yang menerima atau mengakses layanan kesehatan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan. Pelanggan ini tidak hanya mencakup pasien yang langsung menerima layanan medis, tetapi juga kelompok lain yang terlibat dalam sistem pelayanan

kesehatan, seperti keluarga pasien, tenaga medis, pihak asuransi, dan regulator pemerintah.

Dalam konteks ini, pelanggan dalam sektor kesehatan bisa dibagi menjadi dua kategori utama:

1. Pelanggan langsung: Pasien yang menerima layanan medis atau perawatan kesehatan.
2. Pelanggan tidak langsung: Individu atau entitas yang berperan dalam mendukung proses pelayanan, seperti keluarga pasien, tenaga kesehatan, pemerintah, dan perusahaan asuransi.

Kebutuhan dan Harapan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan

Setiawan, A., & Purnomo, H., (2019) menyatakan bahwa kebutuhan dan harapan pelanggan dalam pelayanan kesehatan sangat beragam dan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kondisi medis, status sosial ekonomi, usia, dan latar belakang budaya. Secara umum, ada beberapa aspek yang menjadi perhatian utama bagi pelanggan dalam pelayanan kesehatan:

1. Aksesibilitas Layanan

Pasien menginginkan kemudahan dalam mengakses layanan kesehatan, baik dari segi waktu, tempat, maupun biaya. Mereka berharap fasilitas kesehatan menyediakan layanan yang mudah dijangkau, dengan waktu tunggu yang minim.

2. Kualitas Perawatan

Pasien menginginkan perawatan yang berkualitas, termasuk diagnosa yang akurat, pengobatan yang efektif, serta perawatan medis dan non-medis yang mendukung proses penyembuhan mereka.

3. Komunikasi yang Baik

Penting bagi pasien untuk mendapatkan informasi yang jelas dan memadai mengenai kondisi mereka, pilihan pengobatan yang tersedia, serta langkah-langkah yang perlu diambil dalam proses perawatan.

4. Perawatan yang Empatik

Pasien juga membutuhkan pendekatan yang empatik dan penuh perhatian dari tenaga medis. Mereka ingin merasa dihargai, dipahami, dan diterima, terutama dalam menghadapi situasi medis yang sulit.

Tantangan dalam Memenuhi Harapan Pelanggan di Pelayanan Kesehatan

Meskipun penting untuk memenuhi harapan pelanggan, ada beberapa tantangan yang dihadapi oleh penyedia layanan kesehatan, seperti:

1. **Keterbatasan sumber daya:** Keterbatasan tenaga medis, fasilitas, dan teknologi dapat membatasi kemampuan rumah sakit atau klinik untuk memberikan layanan sesuai dengan harapan pelanggan.
2. **Tantangan komunikasi:** Tidak selalu mudah untuk mengomunikasikan informasi medis yang kompleks kepada pasien atau keluarga pasien, terutama jika pasien mengalami kecemasan atau kesulitan memahami diagnosis dan prosedur medis.
3. **Pengelolaan ekspektasi pasien:** Pasien sering kali memiliki harapan yang tinggi terhadap hasil pengobatan. Mengelola ekspektasi ini dengan cara yang realistis dan empatik menjadi tantangan tersendiri bagi tenaga medis dan manajemen rumah sakit (Bayu, A., & Rahayu, A. Y. S., 2018).

Ruang Lingkup Pelanggan di Pelayanan Kesehatan

Pelanggan dalam konteks pelayanan kesehatan merujuk pada individu atau kelompok yang menerima layanan medis atau non-medis di fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, atau pusat kesehatan masyarakat. Pelanggan ini terdiri dari pasien, keluarga pasien, serta masyarakat umum yang memanfaatkan layanan kesehatan untuk berbagai kebutuhan medis, baik yang bersifat preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun paliatif. Penting untuk memahami ruang lingkup pelanggan dalam pelayanan kesehatan karena ini akan membantu pihak rumah sakit atau fasilitas kesehatan dalam merancang strategi pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan pelanggan, serta meningkatkan pengalaman pasien secara keseluruhan.

Berikut adalah ulasan mengenai ruang lingkup pelanggan dalam pelayanan kesehatan:

1. Pelanggan Utama (Pasien)

Pelanggan utama dalam pelayanan kesehatan adalah pasien itu sendiri. Pasien adalah individu yang membutuhkan layanan medis untuk perawatan kesehatan mereka. Pelayanan kesehatan yang diterima pasien sangat beragam, mulai dari pemeriksaan rutin, pengobatan untuk penyakit tertentu, perawatan rawat inap, hingga prosedur medis yang lebih kompleks seperti operasi.

Kebutuhan pasien sangat bervariasi tergantung pada kondisi medis mereka, usia, status kesehatan, dan harapan mereka terhadap kualitas perawatan. Oleh karena itu, pengelolaan yang baik dari berbagai layanan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan akan sangat memengaruhi tingkat kepuasan pasien (Donabedian, A., 1988).

2. Keluarga Pasien

Keluarga pasien, meskipun bukan penerima langsung dari layanan medis, sering kali terlibat dalam proses pengambilan keputusan medis dan mendampingi pasien selama perawatan.

Keluarga dapat berperan sebagai pengambil keputusan medis untuk pasien yang tidak dapat membuat keputusan sendiri (misalnya, pasien anak atau pasien yang tidak sadar). Keluarga juga berperan dalam memberi dukungan psikologis dan sosial kepada pasien. Keluarga sering kali membutuhkan informasi yang jelas dan tepat tentang kondisi pasien dan perawatan yang akan dilakukan. Mereka juga membutuhkan kenyamanan, keamanan, dan komunikasi yang baik dengan pihak rumah sakit atau tenaga medis (Christensen, K., & Jacobsen, B., 2013).

3. Masyarakat Umum (Non-Pasien)

Layanan kesehatan yang dapat diakses oleh masyarakat umum termasuk program pencegahan penyakit, vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin, serta layanan konsultasi kesehatan yang tidak terkait dengan pengobatan atau perawatan langsung. Kebutuhan masyarakat terkait dengan peningkatan kesadaran kesehatan, akses terhadap informasi yang akurat, serta program pencegahan penyakit. Masyarakat menginginkan layanan yang mudah diakses, terjangkau, dan memberi edukasi terkait kesehatan (Murray, C. J. L., & Lopez, A. D., 2017).

4. Tenaga Kesehatan dan Profesional Lainnya

Tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, apoteker, dan tenaga medis lainnya, meskipun bukan pelanggan yang menerima layanan, mereka berfungsi sebagai "pelayan" bagi pasien dan keluarga pasien.

Kepuasan tenaga kesehatan terhadap lingkungan kerja dan manajemen pelayanan akan berpengaruh pada kualitas layanan yang mereka berikan kepada pasien. Layanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan mencakup diagnosis, pengobatan, pembedahan, terapi, serta berbagai bentuk perawatan medis dan non-medis.

Kebutuhan tenaga kesehatan termasuk pelatihan yang berkelanjutan, dukungan operasional, kondisi kerja yang aman, dan lingkungan yang mendukung kesejahteraan mereka. Kepuasan kerja tenaga kesehatan dapat meningkatkan kinerja mereka dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien (Lu, H., Zhao, Y., & While, A. E., 2015).

5. Pihak Asuransi Kesehatan

Pihak asuransi kesehatan adalah pelanggan lain yang terlibat dalam ekosistem pelayanan kesehatan, terutama di rumah sakit swasta atau fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan perusahaan asuransi. Pihak asuransi memiliki peran penting dalam menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan dan memastikan bahwa prosedur medis yang diberikan sesuai dengan polis asuransi yang berlaku. Pihak asuransi membutuhkan transparansi dalam klaim, kejelasan dalam prosedur medis yang dilakukan, serta komunikasi yang efisien dengan rumah sakit untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Cunningham, P. J., & May, J. H., 2006).

6. Regulator dan Pihak Pemerintah

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), pihak pemerintah dan regulator kesehatan berperan sebagai pelanggan dalam konteks kebijakan dan regulasi pelayanan kesehatan. Mereka

menetapkan standar dan regulasi yang mengatur kualitas pelayanan kesehatan, baik dari sisi keselamatan pasien, akreditasi rumah sakit, maupun pengelolaan sumber daya manusia di fasilitas kesehatan.

Pemerintah membutuhkan data yang akurat dan relevan mengenai kualitas dan distribusi layanan kesehatan, serta kepatuhan fasilitas kesehatan terhadap regulasi yang ada.

Pengukuran Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kesehatan

Kepuasan pelanggan dalam pelayanan kesehatan menjadi salah satu indikator utama untuk menilai kualitas layanan yang diberikan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, pengukuran kepuasan pelanggan sangat penting untuk meningkatkan kualitas layanan dan memastikan bahwa kebutuhan pasien dapat dipenuhi dengan optimal.

Kepuasan pasien bukan hanya mencerminkan kualitas perawatan medis yang diterima, tetapi juga bagaimana pengalaman mereka selama proses perawatan, termasuk interaksi dengan tenaga medis, fasilitas, serta pelayanan administrasi.

Berikut adalah beberapa cara yang umum digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan dalam pelayanan kesehatan:

1. Survei Kepuasan Pasien

Survei kepuasan pasien adalah salah satu cara paling umum yang digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan dalam pelayanan kesehatan.. Survei ini berisi serangkaian pertanyaan yang mengukur pengalaman pasien terkait berbagai aspek pelayanan, termasuk: Kualitas perawatan medis yang

diterima, Sikap dan kompetensi tenaga medis, Fasilitas dan kebersihan rumah sakit, Waktu tunggu dan aksesibilitas layanan, serta Proses administrasi dan komunikasi. Survei memberikan data kuantitatif dan kualitatif yang dapat dianalisis untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan dalam pelayanan Kesehatan (Donabedian, A., 1988).

2. Wawancara Langsung

Wawancara langsung dengan pasien adalah cara yang lebih personal dan mendalam untuk mengukur kepuasan pelanggan yang dapat mengungkapkan secara langsung perasaan mereka terhadap pelayanan yang mereka terima. Metode ini juga memungkinkan pihak rumah sakit untuk mengeksplorasi masalah yang lebih rinci dan mendapatkan insight yang lebih komprehensif mengenai pengalaman pasien (Boulton, M., & Linton, D., 2014).

3. *Focus Group Discussion* (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) adalah metode pengumpulan data kualitatif yang melibatkan sekelompok kecil pasien atau keluarga pasien untuk mendiskusikan pengalaman mereka mengenai pelayanan kesehatan. FGD memungkinkan fasilitator untuk menggali lebih dalam berbagai isu terkait pengalaman pasien yang mungkin tidak terungkap melalui survei atau wawancara. Memberikan wawasan yang lebih kaya dan bervariasi, serta dapat menangkap dinamika dan nuansa yang sulit dijangkau oleh survei atau wawancara individual (Morgan, D. L., 1997).

4. Pengamatan Langsung (Observasi)

Pengamatan langsung atau observasi adalah metode pengukuran kepuasan pelanggan yang melibatkan

pengamatan langsung terhadap interaksi pasien dengan staf medis dan fasilitas kesehatan. Pengamat akan menilai aspek-aspek tertentu, seperti sikap tenaga medis, kebersihan fasilitas, dan proses pelayanan. Dapat memberikan data yang objektif mengenai kualitas layanan yang mungkin tidak diungkapkan oleh pasien melalui survei atau wawancara (Patton, M. Q., 2002).

5. Pengukuran Melalui Indikator Kinerja Utama (*Key Performance Indicators* - KPI)

Pengukuran kepuasan pelanggan juga dapat dilakukan melalui indikator kinerja utama (KPI), yang merupakan serangkaian metrik yang digunakan untuk mengevaluasi efektivitas dan kualitas layanan. KPI dalam pelayanan kesehatan dapat mencakup berbagai indikator, seperti waktu tunggu, tingkat kepuasan pasien terhadap perawatan, jumlah keluhan pasien, dan tingkat kesembuhan. KPI memberikan data yang dapat diukur secara objektif dan sering kali berkaitan langsung dengan proses perawatan atau administrasi yang dapat diperbaiki (Kelley, M. L., & Schlesinger, L. A., 2002).

6. Social Media dan Ulasan Online

Dengan meningkatnya penggunaan media sosial, pasien kini dapat memberikan umpan balik mereka tentang pengalaman pelayanan kesehatan melalui platform online. Rumah sakit dan fasilitas kesehatan dapat memantau ulasan pasien di platform seperti Google Reviews, Facebook, dan forum-forum kesehatan. Ulasan ini sering mencakup komentar mengenai pengalaman positif dan negatif pasien. Memberikan gambaran tentang kepuasan pelanggan dalam cara yang lebih spontan dan sering kali lebih jujur. Ini juga memberikan kesempatan untuk

menangani keluhan secara langsung dan cepat (Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., & Irwin, A., 2013).

Fungsi Pengukuran Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kesehatan

Pengukuran kepuasan pelanggan di pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam menjaga dan meningkatkan kualitas layanan yang diberikan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Kepuasan pelanggan, dalam hal ini pasien atau keluarga pasien, mencerminkan sejauh mana layanan yang diberikan memenuhi harapan dan kebutuhan mereka. Oleh karena itu, pengukuran kepuasan pelanggan bukan hanya menjadi alat evaluasi, tetapi juga menjadi sarana strategis untuk pengembangan organisasi kesehatan yang lebih baik.

Berikut adalah beberapa fungsi utama dari pengukuran kepuasan pelanggan di pelayanan kesehatan:

1. Menilai Kualitas Layanan Kesehatan

Pengukuran kepuasan pelanggan membantu rumah sakit atau fasilitas kesehatan untuk menilai kualitas layanan yang mereka berikan. Kepuasan pasien adalah indikator langsung dari kualitas pelayanan yang diterima, baik dari sisi medis, administratif, maupun emosional. Melalui survei atau kuesioner kepuasan pasien, rumah sakit dapat mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki, seperti waktu tunggu, kejelasan informasi, keramahan petugas, atau kualitas perawatan medis (Donabedian, A., 1988).

2. Meningkatkan Pengalaman Pasien

Pengalaman pasien adalah faktor penting dalam kepuasan pasien. Dengan mengukur kepuasan pelanggan, rumah sakit dapat memahami lebih dalam

bagaimana pasien merasakan pelayanan yang mereka terima selama proses perawatan. Melalui feedback langsung dari pasien, rumah sakit dapat mengetahui aspek mana dari layanan yang perlu diperbaiki untuk meningkatkan pengalaman pasien secara keseluruhan, seperti kenyamanan fasilitas, komunikasi dengan tenaga medis, dan kebersihan tempat.

3. Meningkatkan Kepuasan Kerja Staf Kesehatan

Pengukuran kepuasan pelanggan membantu meningkatkan kepuasan kerja staf kesehatan. Staf yang bekerja di lingkungan dengan pasien yang puas cenderung lebih termotivasi dan merasa dihargai. Umpan balik dari pasien memberikan pandangan tentang kinerja mereka, yang dapat digunakan untuk memberikan pelatihan tambahan atau penghargaan. Pengukuran kepuasan pelanggan juga berperan dalam meningkatkan moral dan motivasi staf medis dan non-medis (Lu, H., Zhao, Y., & While, A. E., 2015).

4. Identifikasi Kelemahan dan Peluang Perbaikan

Pengukuran kepuasan pelanggan memungkinkan rumah sakit untuk mengidentifikasi kelemahan dalam sistem atau prosedur yang ada. Ketika ada keluhan atau penurunan tingkat kepuasan pada aspek tertentu, hal ini dapat menjadi sinyal adanya masalah yang perlu segera diperbaiki. Misalnya, jika banyak pasien yang mengeluhkan waktu tunggu yang lama, manajemen rumah sakit dapat meninjau dan memperbaiki alur proses pendaftaran atau penjadwalan layanan untuk meningkatkan efisiensi (Jha, A. K., et al., 2008).

5. Meningkatkan Reputasi dan Loyalitas Pasien

Rumah sakit yang dapat menjaga dan meningkatkan tingkat kepuasan pasien cenderung memperoleh reputasi yang lebih baik di mata publik. Pasien yang merasa puas dengan pelayanan yang diberikan lebih mungkin untuk kembali menggunakan layanan rumah sakit yang sama dan merekomendasikannya kepada orang lain. Oleh karena itu, pengukuran kepuasan pelanggan secara langsung berhubungan dengan upaya peningkatan loyalitas pasien (Boulding, W., et al., 2011).

Meningkatkan Keputusan Manajerial dan Kebijakan Hasil pengukuran kepuasan pelanggan dapat menjadi dasar bagi pengambilan keputusan manajerial di rumah sakit. Dengan memahami kebutuhan dan keinginan pasien melalui data kepuasan, manajemen dapat merumuskan kebijakan atau strategi baru untuk meningkatkan layanan, seperti peningkatan fasilitas, pelatihan staf, atau perbaikan proses pelayanan (Westbrook, R. A., & Reibstein, D. J., 2014).

6. Memenuhi Standar Akreditasi dan Regulasi

Di banyak negara, rumah sakit dan fasilitas kesehatan perlu memenuhi standar akreditasi tertentu yang mencakup aspek kepuasan pasien. Pengukuran kepuasan pelanggan membantu rumah sakit memenuhi kriteria ini dan memperbaiki kualitas layanan mereka sesuai dengan standar yang ditetapkan. Hal ini juga berfungsi untuk mematuhi regulasi yang mengharuskan fasilitas kesehatan untuk secara aktif mengukur dan menindaklanjuti umpan balik dari pasien.

Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan

Beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan dalam pelayanan kesehatan antara lain (Saleh, M., & Satriani, 2018):

1. Kualitas Pelayanan Medis

Kepuasan pelanggan sangat bergantung pada kualitas diagnosis, pengobatan, dan perawatan yang diberikan oleh tenaga medis. Kemampuan dokter dan perawat dalam menjelaskan kondisi medis serta keterampilan teknis mereka sangat berpengaruh.

2. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas yang nyaman dan memadai seperti ruang tunggu, kebersihan, dan peralatan medis yang modern dapat meningkatkan kepuasan pelanggan.

3. Komunikasi dengan Tenaga Medis

Komunikasi yang jelas dan terbuka antara pasien dan tenaga medis penting untuk meningkatkan rasa percaya dan kepuasan pasien. Pasien cenderung lebih puas jika mereka merasa didengar dan dipahami oleh dokter atau perawat.

4. Waktu Tunggu

Lama waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan medis dapat mempengaruhi tingkat kepuasan. Pasien yang harus menunggu terlalu lama cenderung merasa tidak puas dengan pelayanan.

5. Biaya dan Pembayaran

Transparansi dalam biaya layanan kesehatan dan kemudahan dalam proses pembayaran juga menjadi faktor penting dalam menentukan kepuasan pelanggan.

Daftar Pustaka

- Baker, M. J., & Hart, S. (2007). *The marketing book* (6th ed.). Butterworth-Heinemann.
- Bayu, A., & Rahayu, A. Y. S. (2018). Analisis faktor-faktor kesenjangan kualitas pelayanan rawat jalan yang mempengaruhi kepuasan pasien di Unit IRJ RS Fatmawati. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 14(2), Juli 2018. Diakses dari <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/JKK>.
- Boulding, W., et al. (2011). "The Impact of Patient Satisfaction on Hospital Recidivism." *Health Affairs*, 30(5), 920-926.
- Boulton, M., & Linton, D. (2014). The Role of Patient Experience in Improving Health Outcomes. *Journal of Healthcare Quality*, 36(3), 24-30.
- Christensen, K., & Jacobsen, B. (2013). The Importance of Family Involvement in Patient Care. *Journal of Health Communication*, 18(5), 89-104.
- Cunningham, P. J., & May, J. H. (2006). *Health Insurance and Health Care Access: The Role of Private Insurance in the Health System*. The Commonwealth Fund.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Jha, A. K., et al. (2008). "Patient Satisfaction and Quality of Care: An Overview." *Journal of Health Management*, 9(4), 315-330.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019). *Regulasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kelley, M. L., & Schlesinger, L. A. (2002). Customer Satisfaction in Healthcare: A Practical Guide for Practitioners. *Health Care Management Review*, 27(3), 62-72
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing management* (15th ed.). Pearson Education.

- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. E. (2015). Job Satisfaction among Nurses: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1620-1634.
- Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., & Irwin, A. (2013). A New Era in Public Health Communication: Use of Social Media in the Health Field. *Journal of Health Communication*, 18(4), 349-357.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage Publications.
- Saleh, M., & Satriani. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar. *Media Kesehatan Gigi*, 17(2), 56-62.
- Setiawan, A., & Purnomo, H. (2019). Analisis kebutuhan dan harapan pasien terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 85-93.
- Supranto, J. 2001, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publications.
- Westbrook, R. A., & Reibstein, D. J. (2014). "Customer Satisfaction and Business Performance: A Review and Research Agenda." *Journal of the Academy of Marketing Science*, 42(3), 253-271.

Profil Penulis



Dewi Utary, S.KM., M.M., M.K.M.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu manajemen kesehatan dimulai pada tahun 2019 silam. Penulis berhasil menyelesaikan studi S2 Magister Manajemen dengan peminatan Manajemen Sumber Daya Manusia di Universitas Mataram pada tahun 2018. Kemudian, penulis melanjutkan studi S2 di prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sebelas Maret, Surakarta lulus pada Januari 2024. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu pada Blok Penelitian Kesehatan, Blok Kedokteran Komunitas dan Blok Kesehatan Pariwisata. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: sydneydewi01@gmail.com

ASPEK KUANTITATIF MUTU DI PELAYANAN KESEHATAN

dr. Fauzy Ma'ruf, M.Kes

Universitas Islam Al-Azhar Mataram

Pendahuluan

Manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan merupakan aspek fundamental yang menentukan efektivitas, efisiensi, serta kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan. Dalam sistem kesehatan yang kompleks, keberlanjutan dan peningkatan mutu pelayanan tidak hanya menjadi tuntutan etis tetapi juga persyaratan bagi keberlangsungan fasilitas pelayanan kesehatan. Manajemen mutu yang baik memastikan bahwa setiap aspek layanan mulai dari prosedur medis, keamanan pasien, hingga efisiensi administrative dapat berjalan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dengan adanya sistem manajemen mutu yang terstruktur, pelayanan kesehatan dapat lebih konsisten dalam memberikan hasil yang optimal serta meminimalisir risiko kesalahan medis yang dapat merugikan pasien. Pendekatan kuantitatif dalam manajemen mutu memainkan peran penting dalam meningkatkan objektivitas pengukuran kualitas pelayanan kesehatan. Melalui pendekatan ini, berbagai indikator kinerja dapat diidentifikasi, dianalisis, dan dibandingkan secara sistematis. Misalnya, tingkat kepuasan pasien, angka kejadian infeksi nosokomial, rata-rata waktu tunggu pasien, serta efisiensi penggunaan sumber daya rumah

sakit dapat diukur menggunakan metode statistik dan analitik berbasis data. Dengan adanya data yang terukur, institusi kesehatan dapat lebih mudah mengidentifikasi area yang perlu perbaikan dan mengembangkan strategi yang berbasis bukti (*evidence-based*). Penggunaan indikator yang terstandarisasi juga memungkinkan perbandingan kinerja antar fasilitas kesehatan, baik di tingkat regional maupun nasional, guna mendorong peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Selain itu, pendekatan kuantitatif memungkinkan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya untuk mengevaluasi efektivitas kebijakan dan program yang telah diterapkan. Misalnya, program peningkatan mutu seperti penerapan sistem rekam medis elektronik (*RME*) atau program keselamatan pasien dapat diukur keberhasilannya melalui analisis data sebelum dan sesudah implementasi. Dengan demikian, pendekatan ini tidak hanya membantu dalam pemantauan kualitas pelayanan, tetapi juga dalam pengambilan keputusan strategis yang lebih akurat. Data yang dikumpulkan dapat digunakan sebagai dasar dalam penyusunan kebijakan baru serta perbaikan prosedur operasional standar (*SOP*) yang lebih efisien dan aman bagi pasien. Meskipun pendekatan kuantitatif memiliki banyak keunggulan, implementasinya dalam manajemen mutu pelayanan kesehatan tidak terlepas dari berbagai tantangan. Keterbatasan sumber daya, kurangnya integrasi sistem informasi, serta resistensi terhadap perubahan di kalangan tenaga kesehatan menjadi beberapa hambatan utama dalam penerapan strategi berbasis data. Tantangan lain yang sering muncul adalah kurangnya pelatihan bagi tenaga medis dalam menginterpretasikan dan memanfaatkan data untuk pengambilan keputusan. Oleh karena itu, diperlukan komitmen dari berbagai pemangku kepentingan, termasuk manajemen rumah sakit, tenaga medis, dan regulator, untuk memastikan keberlanjutan dan

efektivitas penerapan pendekatan kuantitatif dalam peningkatan mutu layanan kesehatan. Investasi dalam teknologi informasi kesehatan dan pelatihan tenaga kerja yang memadai menjadi faktor kunci dalam keberhasilan penerapan sistem ini.

Metode Pengukuran Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Pendekatan kuantitatif dalam manajemen mutu melibatkan penggunaan data numerik untuk menilai kinerja layanan kesehatan. Penggunaan metode kuantitatif memungkinkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam sistem mereka secara lebih objektif dan sistematis. Beberapa metode yang umum digunakan antara lain:

1. Indikator Kinerja Utama (Key Performance Indicators/KPI)

KPI merupakan metrik yang digunakan untuk mengukur efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan. Indikator ini dapat mencakup tingkat kepuasan pasien, waktu tunggu, tingkat infeksi nosokomial, rasio staf terhadap pasien, serta tingkat keberhasilan pengobatan. Penggunaan KPI memungkinkan pemantauan berkala terhadap kinerja fasilitas kesehatan dan membantu dalam pengambilan keputusan berbasis data guna meningkatkan kualitas layanan. Selain itu, KPI dapat digunakan untuk menetapkan target peningkatan kinerja dan memastikan bahwa tujuan strategis organisasi kesehatan dapat dicapai secara lebih terstruktur.

2. Audit Klinis

Audit klinis adalah proses sistematis untuk menilai, mengevaluasi, dan meningkatkan perawatan pasien melalui peninjauan praktik klinis terhadap standar

yang telah ditetapkan. Audit ini melibatkan analisis rekam medis, kepatuhan terhadap protokol klinis, serta efektivitas intervensi medis. Hasil dari audit klinis dapat digunakan untuk mengidentifikasi kelemahan dalam sistem pelayanan kesehatan dan merancang intervensi yang lebih efektif. Dengan audit klinis yang tepat, organisasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan memastikan bahwa setiap tindakan medis sesuai dengan pedoman berbasis bukti.

3. Survei Kepuasan Pasien

Survei ini mengumpulkan data dari pasien mengenai pengalaman mereka selama menerima layanan kesehatan. Aspek yang diukur dalam survei ini meliputi keterjangkauan layanan, kejelasan informasi yang diberikan oleh tenaga medis, keramahan staf, serta kualitas fasilitas kesehatan. Hasil survei dapat digunakan untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan menyesuaikan layanan dengan kebutuhan serta harapan pasien. Survei kepuasan pasien juga dapat berfungsi sebagai umpan balik yang berharga bagi tenaga medis dan manajemen dalam upaya meningkatkan interaksi pasien dan hasil klinis.

4. Analisis Statistik

Teknik statistik seperti regresi, analisis varians (ANOVA), dan uji hipotesis digunakan untuk menganalisis data kesehatan. Melalui metode ini, tren dalam pelayanan kesehatan dapat dipahami, serta hubungan antara variabel tertentu seperti efektivitas pengobatan dan faktor risiko dapat diidentifikasi. Penggunaan analisis statistik juga memungkinkan pengembangan model prediktif guna meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan. Selain itu,

analisis statistik membantu dalam memahami dampak kebijakan atau intervensi tertentu terhadap kualitas layanan yang diberikan.

5. Benchmarking

Benchmarking adalah proses membandingkan kinerja fasilitas kesehatan dengan standar industri atau institusi sejenis yang memiliki praktik terbaik. Dengan membandingkan indikator kinerja, institusi kesehatan dapat mengidentifikasi kelemahan dan mengadopsi strategi terbaik yang telah terbukti efektif di tempat lain. Benchmarking juga membantu organisasi kesehatan dalam menetapkan tolok ukur yang lebih tinggi dan menciptakan budaya perbaikan berkelanjutan.

6. Six Sigma dan Lean Healthcare

Metodologi Six Sigma dan Lean Healthcare digunakan untuk meningkatkan efisiensi dan mengurangi variabilitas dalam proses layanan kesehatan. Six Sigma berfokus pada peningkatan kualitas dengan mengurangi kesalahan dalam prosedur medis, sementara Lean Healthcare bertujuan untuk menghilangkan pemborosan dan meningkatkan nilai layanan bagi pasien. Dengan menerapkan prinsip-prinsip ini, organisasi kesehatan dapat mengurangi biaya operasional, meningkatkan kepuasan pasien, dan memastikan bahwa sumber daya digunakan secara lebih efektif.

Implementasi Pendekatan Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Pendekatan kuantitatif dalam manajemen mutu pelayanan kesehatan tidak hanya bergantung pada pengukuran indikator semata, tetapi juga membutuhkan strategi implementasi yang sistematis dan berkelanjutan.

Berikut adalah langkah-langkah strategis dalam penerapan pendekatan kuantitatif beserta penjelasan detailnya:

1. Penetapan Standar dan Indikator

Menentukan standar pelayanan dan indikator kinerja merupakan tahap awal dalam implementasi pendekatan kuantitatif. Standar ini berfungsi sebagai acuan dalam menilai mutu layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.

Komponen dalam Penetapan Standar dan Indikator:

- a. Penentuan Standar Mutu: Standar dapat berasal dari regulasi nasional (seperti standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan), akreditasi rumah sakit, atau standar global seperti WHO dan Joint Commission International (JCI).
- b. Pemilihan Indikator Kinerja Utama (KPI): Indikator yang digunakan harus SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) dan sesuai dengan tujuan evaluasi. Contoh indikator yang sering digunakan dalam layanan kesehatan:
 - 1) Efisiensi layanan: Waktu tunggu pasien di IGD atau poliklinik.
 - 2) Keamanan pasien: Tingkat kejadian infeksi nosokomial, tingkat kepatuhan penggunaan antibiotik, dan kejadian efek samping obat.
 - 3) Hasil klinis: Tingkat keberhasilan pengobatan penyakit kronis atau tingkat keberhasilan prosedur bedah.
- c. Pelibatan Stakeholder: Standar dan indikator harus disepakati bersama oleh manajemen,

tenaga medis, serta pihak terkait lainnya untuk memastikan relevansi dan keberlanjutan implementasi.

2. Pengumpulan Data

Setelah standar dan indikator ditetapkan, langkah berikutnya adalah mengumpulkan data secara sistematis dan konsisten.

Metode Pengumpulan Data:

- a. Rekam Medis Elektronik (RME): Sistem RME memungkinkan pencatatan riwayat pasien secara digital sehingga data lebih akurat dan mudah dianalisis.
- b. Survei Kepuasan Pasien: Data dikumpulkan melalui kuesioner yang mencakup aspek pengalaman pasien terkait layanan yang diberikan.
- c. Observasi dan Audit Klinis: Tim mutu melakukan audit terhadap praktik klinis untuk memastikan kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.
- d. Sistem Pelaporan Insiden: Sistem ini mencatat insiden keselamatan pasien, seperti kejadian sentinel atau efek samping obat, yang berguna dalam analisis risiko dan perbaikan mutu.
- e. Benchmarking Data: Data dikumpulkan dengan membandingkan kinerja fasilitas kesehatan dengan institusi lain untuk mengidentifikasi peluang perbaikan.

3. Analisis Data

Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya adalah melakukan analisis untuk mengidentifikasi tren, pola, serta area yang memerlukan perbaikan.

Metode Analisis yang Digunakan:

- a. Analisis Deskriptif: Menggunakan statistik dasar seperti rata-rata, median, dan distribusi frekuensi untuk memahami gambaran umum data. Contoh: menghitung rata-rata waktu tunggu pasien di IGD dalam satu bulan.
 - b. Analisis Inferensial: Menggunakan metode statistik seperti regresi dan uji hipotesis untuk mencari hubungan antara variabel, misalnya mengukur pengaruh jumlah tenaga medis terhadap kepuasan pasien.
 - c. Analisis Varians (ANOVA): Digunakan untuk membandingkan perbedaan mutu layanan antara beberapa kelompok, misalnya perbedaan kepuasan pasien di antara berbagai unit pelayanan rumah sakit.
 - d. Pemodelan Prediktif: Teknik ini menggunakan machine learning atau model statistik untuk memprediksi tren masa depan, seperti kemungkinan peningkatan infeksi rumah sakit berdasarkan data historis.
 - e. Visualisasi Data: Hasil analisis dapat disajikan dalam bentuk grafik, dashboard interaktif, atau laporan manajemen agar lebih mudah dipahami oleh pengambil keputusan.
4. Tindak Lanjut dan Implementasi Perbaikan

Langkah terakhir dalam pendekatan kuantitatif adalah menerapkan tindakan perbaikan berdasarkan hasil analisis data.

Strategi Implementasi Perbaikan:

- a. Pengembangan Rencana Perbaikan: Berdasarkan hasil analisis, fasilitas kesehatan perlu menyusun rencana aksi yang mencakup:
 - 1) Target yang ingin dicapai (misalnya, menurunkan waktu tunggu IGD dari 60 menit menjadi 30 menit).
 - 2) Strategi yang akan diterapkan (misalnya, menambah jumlah dokter jaga di IGD atau mengoptimalkan sistem triase).
 - 3) Tanggung jawab tiap pihak dalam implementasi perubahan.
- b. Pelaksanaan Intervensi: Implementasi perbaikan harus dilakukan secara bertahap, dimulai dari uji coba skala kecil sebelum diterapkan secara menyeluruh. Contoh:
 - 1) Training dan Edukasi: Memberikan pelatihan kepada tenaga medis untuk meningkatkan kepatuhan terhadap standar pelayanan.
 - 2) Optimasi Proses: Mengadopsi prinsip Lean Healthcare untuk mengurangi pemborosan waktu dan sumber daya.
 - 3) Peningkatan Teknologi: Mengimplementasikan sistem antrian digital untuk mengurangi waktu tunggu pasien.
- c. Monitoring dan Evaluasi: Efektivitas perubahan harus terus dipantau melalui:
 - 1) Audit berkala untuk memastikan kepatuhan terhadap kebijakan yang diterapkan.
 - 2) Survei umpan balik dari pasien dan tenaga kesehatan untuk mengukur kepuasan terhadap perubahan yang dilakukan.

- 3) Revisi strategi jika hasil yang diharapkan belum tercapai, dengan melakukan iterasi perbaikan berdasarkan data terbaru.

Tantangan dalam Penerapan Pendekatan Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Meskipun pendekatan kuantitatif memberikan berbagai manfaat dalam peningkatan mutu layanan kesehatan, penerapannya tidak selalu berjalan tanpa hambatan. Beberapa tantangan utama dalam implementasi pendekatan ini meliputi:

1. Keterbatasan Data

Salah satu kendala utama dalam penerapan pendekatan kuantitatif adalah kualitas dan ketersediaan data yang tidak memadai. Faktor yang Mempengaruhi Keterbatasan Data:

- a. Kurangnya Sistem Pencatatan yang Terintegrasi: Banyak fasilitas kesehatan masih menggunakan pencatatan manual atau sistem informasi kesehatan yang tidak saling terhubung, sehingga menyulitkan pengumpulan data yang komprehensif dan akurat.
- b. Data yang Tidak Konsisten: Perbedaan dalam cara data direkam oleh berbagai tenaga medis dapat menyebabkan inkonsistensi, yang dapat mengurangi validitas analisis.
- c. Kualitas Data yang Rendah: Data yang tidak lengkap, kesalahan dalam pencatatan, atau bias dalam pengisian formulir dapat mempengaruhi hasil analisis dan keputusan berbasis data.
- d. Aksesibilitas Data yang Terbatas: Beberapa data kesehatan bersifat sensitif dan diatur oleh regulasi ketat mengenai privasi pasien, seperti GDPR atau

HIPAA, yang membatasi akses terhadap informasi yang diperlukan untuk analisis.

Strategi Mengatasi Keterbatasan Data:

- a. Mengembangkan sistem rekam medis elektronik (RME) yang terstandarisasi dan terintegrasi.
- b. Melakukan pelatihan bagi tenaga medis untuk memastikan pencatatan data dilakukan secara konsisten dan akurat.
- c. Mengadopsi metode data cleaning untuk memastikan kualitas data sebelum dianalisis.
- d. Mengimplementasikan protokol keamanan data yang memungkinkan akses terbatas bagi pihak yang berwenang tanpa melanggar privasi pasien.

2. Resistensi terhadap Perubahan

Perubahan dalam sistem manajemen mutu sering kali menghadapi resistensi dari tenaga medis dan staf administrasi. Faktor Penyebab Resistensi:

- a. Ketidaknyamanan terhadap Teknologi Baru: Beberapa tenaga kesehatan mungkin kurang familiar atau merasa terbebani dengan sistem digital yang baru diperkenalkan.
- b. Kekhawatiran terhadap Beban Kerja: Implementasi sistem pengukuran kinerja dan pelaporan data sering kali dianggap menambah beban administratif bagi tenaga medis, yang sudah memiliki jadwal kerja yang padat.
- c. Kurangnya Pemahaman akan Manfaat: Jika tenaga medis tidak memahami bagaimana pendekatan kuantitatif dapat meningkatkan kualitas layanan dan hasil klinis, mereka cenderung menolak perubahan tersebut.

- d. Budaya Organisasi yang Tidak Mendukung: Beberapa institusi masih memiliki budaya kerja yang kurang terbuka terhadap inovasi atau perubahan sistem kerja.

Strategi Mengatasi Resistensi:

- a. Memberikan sosialisasi dan pelatihan yang komprehensif mengenai manfaat dan cara penggunaan pendekatan kuantitatif dalam peningkatan mutu layanan kesehatan.
- b. Melibatkan tenaga medis dalam proses perencanaan dan implementasi sehingga mereka merasa memiliki peran aktif dalam perubahan yang diterapkan.
- c. Memastikan bahwa sistem yang diterapkan mempermudah pekerjaan tenaga kesehatan, bukan malah menambah beban kerja administratif mereka.
- d. Menerapkan pendekatan change management dengan komunikasi yang transparan dan dukungan berkelanjutan dari manajemen.

3. Kompleksitas Analisis

Analisis data dalam bidang layanan kesehatan sering kali melibatkan metode statistik yang kompleks, sehingga tidak semua fasilitas kesehatan memiliki sumber daya manusia yang mampu melakukan analisis dengan benar. Faktor Penyebab Kompleksitas Analisis:

- a. Variabilitas Data Kesehatan: Data medis mencakup berbagai jenis informasi seperti data klinis, operasional, dan finansial yang memiliki format dan struktur yang berbeda.

- b. Diperlukan Keahlian Statistik dan Data Science: Analisis yang lebih kompleks, seperti pemodelan prediktif atau machine learning, memerlukan tenaga ahli dengan latar belakang statistik, epidemiologi, atau data science.
- c. Kesalahan dalam Interpretasi Data: Pengambilan keputusan berbasis data memerlukan pemahaman yang mendalam tentang metode statistik untuk menghindari kesalahan interpretasi atau bias dalam analisis.
- d. Kesulitan dalam Integrasi Data: Menggabungkan data dari berbagai sumber, seperti rekam medis elektronik, survei pasien, dan audit klinis, sering kali menjadi tantangan teknis yang signifikan.

Strategi Mengatasi Kompleksitas Analisis:

- a. Meningkatkan Kapasitas SDM dengan memberikan pelatihan statistik dasar kepada tenaga kesehatan dan staf administrasi.
 - b. Menggunakan Software Analitik seperti SPSS, R, atau Python yang dapat mempermudah analisis data.
 - c. Bekerja Sama dengan Ahli Data Science atau Statistik untuk mendukung analisis yang lebih kompleks.
 - d. Mengembangkan Dashboard Interaktif untuk visualisasi data yang lebih intuitif bagi pengambil keputusan.
4. Biaya Implementasi

Investasi dalam teknologi, sistem informasi, serta pelatihan sumber daya manusia dapat menjadi hambatan bagi institusi kesehatan, terutama bagi

fasilitas yang memiliki keterbatasan anggaran. Faktor yang Mempengaruhi Tingginya Biaya Implementasi:

- a. Pengadaan Teknologi: Implementasi sistem rekam medis elektronik, perangkat lunak analitik, atau alat pemantauan mutu memerlukan investasi awal yang besar.
- b. Pelatihan SDM: Tenaga medis dan staf administrasi perlu mendapatkan pelatihan berkala agar dapat memahami dan menggunakan sistem baru dengan optimal.
- c. Pemeliharaan Sistem: Teknologi yang digunakan memerlukan pembaruan dan pemeliharaan rutin agar tetap berfungsi dengan baik.
- d. Kebutuhan Konsultan atau Ahli Statistik: Beberapa fasilitas kesehatan mungkin perlu menyewa tenaga ahli dalam bidang analisis data dan manajemen mutu untuk mendukung implementasi pendekatan kuantitatif.

Strategi Mengatasi Hambatan Biaya:

- a. Menggunakan Pendekatan Bertahap: Implementasi dapat dilakukan secara bertahap berdasarkan skala prioritas, dimulai dari unit yang paling membutuhkan peningkatan mutu.
- b. Memanfaatkan Software Open-Source: Beberapa perangkat lunak statistik seperti R dan Python dapat digunakan tanpa biaya lisensi.
- c. Mencari Sumber Pendanaan Tambahan: Institusi kesehatan dapat mengajukan hibah atau kerja sama dengan pihak lain seperti universitas, pemerintah, atau organisasi kesehatan internasional.

- d. Meningkatkan Efisiensi dengan Lean Healthcare:
Mengurangi pemborosan dalam sistem layanan kesehatan dapat membantu menekan biaya implementasi.

Manfaat Pendekatan Kuantitatif dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan

Penerapan pendekatan kuantitatif dalam manajemen mutu pelayanan kesehatan memberikan berbagai manfaat yang signifikan. Dengan menggunakan data yang terukur dan terstruktur, institusi kesehatan dapat melakukan evaluasi secara objektif, mengidentifikasi kelemahan, serta meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan.

1. Peningkatan Kualitas Layanan

Pendekatan kuantitatif memungkinkan fasilitas kesehatan untuk secara sistematis mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan menerapkan intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan kualitas layanan secara keseluruhan. Contoh Implementasi: Rumah sakit menggunakan indikator waktu tunggu pasien di IGD sebagai KPI. Jika ditemukan bahwa waktu tunggu melebihi standar yang ditetapkan, manajemen dapat mengevaluasi penyebabnya dan melakukan perubahan seperti menambah tenaga medis atau memperbaiki sistem triase untuk mempercepat pelayanan.

2. Efisiensi Operasional

Analisis data yang dilakukan dalam pendekatan kuantitatif memungkinkan institusi kesehatan untuk mengidentifikasi proses yang tidak efisien dan mengoptimalkan penggunaan sumber daya. Contoh Implementasi: Sebuah rumah sakit menemukan melalui analisis data bahwa banyak pasien rawat jalan mengalami keterlambatan karena waktu

registrasi yang panjang. Dengan penerapan sistem pendaftaran online, proses ini dapat dipercepat sehingga waktu tunggu pasien berkurang dan tenaga administrasi dapat dialokasikan untuk tugas lain yang lebih kritis.

3. Pengambilan Keputusan Berbasis Data

Salah satu manfaat utama dari pendekatan kuantitatif adalah menyediakan dasar yang objektif untuk pengambilan keputusan manajerial yang lebih akurat dan efektif. Contoh Implementasi: Manajemen rumah sakit menggunakan data kuantitatif untuk memprediksi kebutuhan tenaga medis di masa depan berdasarkan tren jumlah pasien selama lima tahun terakhir. Dengan demikian, mereka dapat merencanakan rekrutmen tenaga medis secara lebih efektif.

4. Transparansi dan Akuntabilitas

Pengukuran kinerja yang jelas melalui pendekatan kuantitatif meningkatkan transparansi dalam layanan kesehatan dan memastikan akuntabilitas di setiap level organisasi. Contoh Implementasi: Rumah sakit menerapkan sistem dashboard kinerja yang menampilkan data real-time tentang tingkat kepuasan pasien, angka kejadian infeksi, dan kepatuhan terhadap standar prosedur. Informasi ini digunakan untuk mengevaluasi kinerja staf medis dan mendorong perbaikan berkelanjutan.

Kesimpulan

Pendekatan kuantitatif dalam manajemen mutu pelayanan kesehatan memainkan peran penting dalam memastikan bahwa layanan yang diberikan tidak hanya efektif dan efisien, tetapi juga berorientasi pada kebutuhan dan keselamatan pasien. Dengan

menggunakan metode kuantitatif seperti indikator kinerja utama (KPI), audit klinis, analisis statistik, survei kepuasan pasien, dan benchmarking, institusi kesehatan dapat secara sistematis menilai, memantau, serta meningkatkan kualitas layanan mereka. Meskipun terdapat tantangan dalam implementasinya—seperti keterbatasan data, resistensi terhadap perubahan, kompleksitas analisis, dan biaya implementasi—manfaat yang diperoleh jauh melebihi hambatan yang ada. Peningkatan kualitas layanan, efisiensi operasional, pengambilan keputusan berbasis data, serta transparansi dan akuntabilitas adalah beberapa keuntungan utama yang dapat dicapai melalui pendekatan ini.

Oleh karena itu, institusi kesehatan disarankan untuk mengintegrasikan metode kuantitatif dalam strategi manajemen mutu mereka guna mencapai peningkatan berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan. Langkah-langkah strategis seperti penetapan standar dan indikator yang jelas, pengumpulan data yang akurat, analisis berbasis statistik, serta implementasi tindak lanjut yang berkelanjutan perlu diterapkan agar manfaat pendekatan kuantitatif dapat dirasakan secara maksimal. Dengan komitmen yang kuat dari manajemen, tenaga medis, serta pemanfaatan teknologi dan sumber daya yang optimal, penerapan pendekatan kuantitatif akan menjadi kunci dalam menciptakan sistem layanan kesehatan yang lebih berkualitas, responsif terhadap kebutuhan pasien, serta berdaya saing tinggi dalam era transformasi digital dan peningkatan mutu berbasis bukti.

Daftar Pustaka

- Al-Assaf, A.F., & Schmele, J.A. (1997). *The Textbook of Total Quality in Healthcare*. CRC Press.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Gaspersz, V. (2003). *Manajemen Kualitas dalam Industri Jasa*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Gaspersz, V. (2003). *Manajemen Bisnis Total - Total Quality Management*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Koentjoro, T. (2007). *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Mainz, J. (2003). Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523–530.
- Muninjaya, A.A.G. (2011). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nasution, M.N. (2001). *Manajemen Mutu Terpadu*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Pohan, I.S. (2006). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Spath, P. (2009). *Introduction to Healthcare Quality Management*. Chicago: Health Administration Press.
- Tjiptono, F., & Diana, A. (2013). *Total Quality Management*. Yogyakarta: Andi Offset.

- Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan: Teori, Strategi, dan Aplikasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- World Health Organization. (2006). *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: WHO Press.
- Yani, A., Sudirman, R., Yanuarti, R., Oktarianita, F., Fajrini, S.K., & Widiastuti, S.K. (2023). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Palu: Ara Digital Mandiri.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L., & Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31–46.
- Zineldin, M. (2006). The Quality of Health Care and Patient Satisfaction: An Exploratory Investigation of the 5Qs Model at Some Egyptian and Jordanian Medical Clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60–92.
- Sudirman, S., Yanuarti, R., Oktarianita, O., Fajrini, F., & Widiastuti, S.K. (2023). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Palu: Ara Digital Mandiri.

Profil Penulis



dr. Fauzy Ma'ruf, M.Kes

Lahir di Banyuwangi 7 Maret 1981. Penulis saat ini dianugrahi seorang istri dan 2 orang anak. Penulis menyelesaikan pendidikan dokter (dr.) di Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado dan Pendidikan Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (M.Kes) di Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini penulis merupakan dosen ber-NIDK di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar Mataram sekaligus menjadi dosen tetap di program studi S1 Farmasi Universitas Muhammadiyah Mataram. Penulis merupakan pribadi yang bersahaja. Prinsip hidup penulis adalah selalu berusaha menjadi manusia yang bermanfaat bagi sesama. Penulis juga percaya bahwa seorang akademisi harus mampu menjadi role model sehingga mahasiswa dapat menjadi lebih baik dari dosennya, baik dari segi ilmu pengetahuan maupun ketrampilan yang dimiliki. Seperti pepatah “jika gajah mati meninggalkan gading; maka seorang dosen atau pendidik jika meninggal semoga akan meninggalkan ilmu yang bermanfaat”. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: fauzyna69ruf@gmail.com

KONSEP AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN

Fitriani, SKM., M.M.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya

Pengertian Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Hak mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak dasar yang dimiliki oleh setiap manusia atau masyarakat. Setiap masyarakat berhak untuk memperoleh sebuah layanan kesehatan secara merata tanpa dibeda-bedakan sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat baik melalui upaya pencegahan, promosi kesehatan, pengobatan dan pemeliharaan. Menurut Lestari dkk (2020) pelayanan kesehatan merupakan salah satu pelayanan yang disediakan oleh pemerintah baik secara langsung maupun melalui kerja sama dengan pihak masyarakat atau swasta. Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang penting untuk disediakan atau dimotori oleh pemerintah, karena pelayanan kesehatan merupakan pelayanan dasar bagi masyarakat dengan sifatnya yang unik. Perbaikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu senantiasa harus dilakukan perbaikan-perbaikan demi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat, mencegah dan menyembuhkan berbagai macam penyakit yang diderita oleh perseorangan, keluarga atau masyarakat.

Pemberian pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan kedokteran adalah pelayanan kesehatan secara sendiri atau bersama-sama dengan tujuan untuk mengobati, upaya menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan kepada setiap perseorangan atau keluarga. Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan pengorganisasian yang dilakukan secara bersama-sama untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan serta mencegah penyakit kelompok masyarakat pada suatu wilayah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan dilakukan di setiap penyedia layanan kesehatan seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), klinik praktek mandiri dokter umum, klinik praktek mandiri dokter spesialis, klinik praktek mandiri tenaga bidan, klinik praktek tenaga perawat, unit transfusi darah, dan laboratorium kesehatan. Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, penyedia layanan kesehatan harus memiliki izin praktek dan terakreditasi. Akreditasi adalah sistem penilaian secara terpadu untuk menguji kelayakan agar sebuah institusi mendapatkan pengakuan standar kualitas. Menurut Permenkes No. 34 tahun 2022 tentang akreditasi pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi, akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi setelah dilakukan penilaian bahwa pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi telah memenuhi standar akreditasi.

Penyelenggaraan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Penyedia layanan kesehatan wajib memiliki akreditasi. Pengajuan proses akreditasi dapat dilakukan minimal 2 (dua) tahun sejak penyedia layanan kesehatan mendapatkan izin praktek. Penyelenggaraan akreditasi dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sesuai standar akreditasi yang berkolaborasi dengan lembaga pemerintah daerah serta stakeholder. Dalam penyelenggaraan akreditasi dibentuk tim survei yang terdiri dari bidang pengelola manajemen sumber daya dan bidang pelayanan penunjang. Setiap Lembaga yang membantu Menteri dalam menyelenggarakan akreditasi harus mampu melaksanakan proses akreditasi.

Kegiatan penyelenggaraan akreditasi dilakukan melalui beberapa tahap yaitu persiapan akreditasi, pelaksanaan akreditasi dan pasca akreditasi (Permenkes, 2022).

1. Persiapan Akreditasi

Tahap persiapan akreditasi dilakukan oleh masing-masing penyedia layanan kesehatan untuk pemenuhan standar akreditasi. Pemenuhan standar yang harus diwujudkan yaitu pemenuhan sarana dan prasarana alat kesehatan, sumber daya manusia dan proses pelayanan kesehatan yang sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) atau Standar Pelayanan Minimal (SPM).

a. Penilaian Mandiri

Pada tahap awal ini penyedia layanan kesehatan melakukan pengisian penilaian mandiri (*self assessment*) pada format yang telah ada sesuai standar akreditasi. Penyedia layanan kesehatan menilai secara mandiri pelayanan kesehatan yang telah mereka lakukan. *Self assessment* bertujuan untuk memberikan informasi tentang kekuatan,

kelemahan dan bagian yang perlu dikembangkan. Berikut indikator dalam *self assessment*:

1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat dan sarana prasarana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan yang memadai seperti:

- a) Fasilitas yang mudah diakses oleh masyarakat (baik jarak, waktu dan biaya)
- b) Tersedianya obat-obatan di bagian kefarmasian
- c) Pemenuhan kesediaan peralatan medis dan non medis (seperti tempat tidur, alat kontrasepsi, alat USG, laboratorium, dan lain-lain).
- d) Penghawaan, pencahayaan dan suhu dalam ruangan pelayanan baik di poli rawat jalan, ruang rawat inap dan ruangan lainnya
- e) Sanitasi dan sistem pengelolaan limbah medis dan non medis
- f) Sistem perairan dan sistem kelistrikan

2) Waktu Pelayanan Kesehatan

Setiap pasien yang datang memanfaatkan layanan kesehatan pada jam layanan, harus mendapatkan pelayanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan harus memastikan bahwa tenaga kesehatan yang bertugas di bagiannya masing-masing harus selalu *stand by*, tidak ada penolakan pasien dan tidak ada kekosongan tenaga kesehatan pada jam

pelayanan. Pelayanan kesehatan dilakukan secara tepat waktu.

3) Kompetensi Tenaga Kesehatan

Kompetensi adalah segala pengetahuan, keterampilan dan sikap professional tenaga kesehatan dalam melakukan upaya pelayanan kesehatan. Recruitment setiap tenaga medis yang berada di penyedia pelayanan kesehatan mewajibkan teregistrasi yang dibuktikan dengan Surat Tanda Registrasi (STR). Tenaga kesehatan dalam memberikan jasa layanan kesehatan harus dengan bersikap ramah, memperdulikan keadaan pasien dan menimbulkan kepercayaan kepada masyarakat. Masyarakat harus yakin bahwa pelayanan kesehatan yang mereka dapatkan aman, tidak akan menimbulkan cacat/cidera dan dapat dipertanggungjawabkan oleh penyedia layanan kesehatan.

b. Penyusunan Program Peningkatan Mutu

Pada tahap ini penyedia layanan kesehatan membuat susunan program peningkatan mutu. penyusunan program peningkatan mutu diantaranya harus mempertimbangkan pencapaian indikator mutu, kebutuhan dan harapan masyarakat, perkembangan teknologi serta ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Program peningkatan mutu tersebut berupa (Kemenkes, 2023):

1) Peningkatan mutu berkesinambungan

Peningkatan mutu yang berkesinambungan adalah proses secara terus menerus dalam meningkatkan kualitas pelayanan.

Peningkatan kualitas bertujuan untuk upaya mencapai bahkan melebihi target capaian. Peningkatan mutu pelayanan dapat dilakukan dengan:

- a) Pelayanan berbasis masyarakat yaitu pelayanan yang dilakukan harus sesuai kebutuhan dan diagnosa
- b) Mengukur proses pelayanan kesehatan yang telah dilakukan
- c) Memperbaiki proses pelayanan kesehatan
- d) Memperbaiki serta meningkatkan kualitas dan hasil kerja

2) Program manajemen resiko

Manajemen resiko adalah upaya untuk mencegah dan meminimalisir resiko yang bisa saja terjadi di layanan kesehatan. Manajemen resiko dapat dilakukan dengan identifikasi resiko, analisis resiko, evaluasi dan penanganan resiko. Hal ini bertujuan untuk meminimalkan kerugian baik yang berbentuk finansial maupun non finansial, melindungi asset organisasi dan bisa membaca peluang untuk masa yang akan datang.

3) Sasaran keselamatan pasien

Sasaran keselamatan pasien adalah mengidentifikasi pasien dengan benar. Membangun dan meningkatkan komunikasi yang baik akan membantu tenaga kesehatan memberikan diagnosa yang tepat. Diagnosa yang tepat akan membuat Tindakan medis serta pemberian obat-obat juga tepat. Hal ini juga dapat mengurangi resiko cedera pasien dan infeksi akibat perawatan.

- 4) Pelaporan insiden keselamatan pasien dan pengembangan budaya keselamatan pasien

Penyedia layanan kesehatan harus memastikan bahwa setiap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan, jika terjadi insiden pasien, harus segera dilaporkan secara tertulis. Insiden keselamatan pasien tidak boleh ditutup-tutupi hanya untuk melindungi oknum-oknum tertentu. Pelaporan insiden pasien secara terbuka bertujuan untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien. Perlunya pengembangan budaya keselamatan pasien bersama penyedia layanan kesehatan, petugas kesehatan dan pasien.

- 5) Program pencegahan pengendalian infeksi

Pencegahan pengendalian infeksi adalah upaya untuk mencegah atau memotong mata rantai penularan penyakit infeksi di tempat layanan kesehatan. Kegiatan ini bertujuan untuk melindungi petugas kesehatan, pasien dan masyarakat pengunjung. Untuk mendukung hal ini juga, setiap penyedia layanan kesehatan harus menyiapkan ruangan isolasi untuk penyakit-penyakit infeksius.

- c. Penetapan dan pengukuran indikator mutu

Pada tahap ini dilakukan pengukuran dan pemantauan hasil upaya kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan oleh penyedia layanan kesehatan itu sendiri. Penetapan dan pengukuran indikator mutu dilakukan dengan tahapan:

- 1) Pengumpulan data
 - 2) Validasi data
 - 3) Analisis data
 - 4) Pelaporan
- d. Pelaporan insiden keselamatan pasien

Penyedia layanan kesehatan harus merancang sistem *patient safety* untuk memastikan pasien mendapatkan asuhan dan pelayanan kesehatan yang aman. Sistem ini mencegah kesalahan pelayanan yang akan mengakibatkan pasien cedera maupun tindakan yang tidak semestinya dilakukan dan diterima oleh pasien. Pada tahap ini penyedia layanan kesehatan menyiapkan dan memberikan laporan setiap insiden keselamatan pasien untuk dilakukan *assessment* yang tersusun dan berkesinambungan yakni dokumentasi laporan, analisis masalah serta solusi penanggulangan dan upaya pencegahan selanjutnya.

Setiap penyedia layanan yang telah melakukan persiapan akreditasi, melakukan pengajuan permohonan pengakreditasian kepada kementerian kesehatan, selanjutnya kementerian kesehatan akan mendistribusikan permohonan usulan akreditasi melalui sistem informasi mutu pelayanan kesehatan kepada Lembaga akreditasi untuk dilanjutkan penjadwalan pelaksanaan akreditasi.

2. Pelaksanaan Akreditasi

Pelaksanaan akreditasi dilakukan oleh lembaga akreditasi yang melalui survei dan penetapan status akreditasi. Tim survei diberikan tanggungjawab melakukan *assessment* baik secara langsung di lapangan maupun dapat menggunakan teknologi

informasi dan komunikasi dengan mengamati, menilai serta mengukur capaian-capaian pelayanan dalam penerapan standar akreditasi. Hasil yang diperoleh dari survei akreditasi di penyedia layanan kesehatan, akan diberikan oleh tim survei kepada lembaga akreditasi paling lama 2 (dua) hari kerja setelah kegiatan survei dinyatakan selesai. Setelah lembaga akreditasi menerima laporan survei dari tim survei, lembaga akreditasi akan melakukan verifikasi dan penyampaian rekomendasi perbaikan serta rekomendasi penetapan akreditasi penyedia layanan kesehatan kepada Direktur Jenderal paling lama 3 (tiga) hari kerja setelah diterimanya hasil survei.

Daftar rekomendasi perbaikan untuk penyedia layanan kesehatan yang disampaikan oleh lembaga akreditasi kepada Direktur Jenderal berupa masukan perbaikan upaya pelayanan kesehatan yang masih belum mencapai standar pelayanan sesuai aturan standar akreditasi yang dapat meliputi, manajemen pelayanan, penyediaan sumber daya manusia baik tenaga kesehatan maupun non tenaga kesehatan sesuai kebutuhan penyedia layanan kesehatan, distribusi pendanaan, penggunaan teknologi informasi, manajemen kepemimpinan, manajemen pendelegasian dan lain sebagainya. Penetapan akreditasi penyedia layanan kesehatan dilakukan dan diputuskan oleh Direktur Jenderal yang mengacu pada hasil survei dan rekomendasi lembaga akreditasi. Direktur Jenderal akan menyampaikan status akreditasi kepada penyedia layanan kesehatan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi yang tersedia.

Penetapan status akreditasi dapat berupa status terakreditasi atau tidak terakreditasi. Penetapan status terakreditasi dilakukan dengan penerbitan

sertifikat akreditasi elektronik yang akan berlaku selama 5 (lima) tahun. Setelah 5 (lima) tahun pasca akreditasi, penyedia layanan kesehatan wajib melakukan pengajuan akreditasi kembali paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum masa akreditasi berakhir. Jika penetapan status dinyatakan tidak terakreditasi, maka dapat dilakukan survei remedial oleh tim survei dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan sampai 6 (enam) bulan semenjak keluarnya penetapan status tidak terakreditasi. Dan penetapan hasil status akreditasi selanjutnya, menggunakan atau berdasar pada hasil survei remedial.

3. Pasca Akreditasi

Tahap pasca akreditasi dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan. Pada tahap ini penyedia layanan kesehatan melakukan perbaikan-perbaikan berdasarkan rekomendasi survei akreditasi. Penyedia layanan kesehatan merancang dan menyampaikan perbaikan perencanaan strategis kepada lembaga akreditasi dan dinas kesehatan kabupaten/kota maupun provinsi serta melaksanakan perbaikan perencanaan strategis tersebut semenjak ditetapkannya penetapan status terakreditasi.

Penyelenggaraan proses akreditasi penyedia layanan kesehatan memiliki kode etik yang harus diikuti oleh tim survei. Tim survei yang ditunjuk melakukan survei akreditasi harus berperilaku jujur, terbuka, adil dan profesional. Bersikap ramah dan santun, bersikap objektif dalam melakukan penilaian, tidak memihak, tidak mencampur adukkan paham radikal, mendahulukan kepentingan bersama daripada kepentingan pribadi serta menjaga kerahasiaan yang berkaitan dengan tugas tanggungjawabnya. Penyelenggaraan survei akreditasi yang objektif, efektif dan efisien akan memberikan hasil

yang terbaik bagi peningkatan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pendanaan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Pendanaan adalah proses menyiapkan dana atau biaya untuk melaksanakan sebuah program atau kegiatan yang dapat bersumber dari internal maupun eksternal organisasi. Proses penyelenggaraan akreditasi pelayanan kesehatan membutuhkan persiapan pendanaan. Penyediaan layanan kesehatan milik pemerintah, proses pendanaannya disiapkan melalui Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) atau Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN). Sedangkan penyedia layanan kesehatan milik swasta/pribadi, proses pendanaannya bersumber dari swasta/pribadi.

Besaran biaya pendanaan akreditasi ditentukan oleh aturan perundang-undangan yang berlaku. Penentuan besaran tarif akreditasi mempertimbangkan Pajak Pertambahan Nilai (PPN) serta transportasi dan akomodasi tim survei. Lembaga akreditasi mengenakan tarif untuk proses penyelenggaraan akreditasi pada kementerian kesehatan melalui koordinasi dengan bagian kementerian keuangan negara.

Pembinaan dan Pengawasan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Proses upaya pelayanan kesehatan harus mendapatkan pembinaan dan pengawasan dari pemerintah serta *stakeholder* terkait. Upaya pelayanan kesehatan yang mendapatkan pembinaan dan pengawasan secara terstruktur dan berkesinambungan akan berpengaruh pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan pula dapat berdampak meningkatnya status derajat kesehatan masyarakat. Pembinaan dan pengawasan upaya pelayanan kesehatan dilakukan oleh Pemerintah

Daerah Kabupaten/Kota/Provinsi/Pusat dan lembaga terkait (seperti: akademisi, organisasi profesi, dan lain sebagainya) serta masyarakat.

Pembinaan upaya pelayanan kesehatan adalah proses kegiatan penyediaan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dilakukan untuk memastikan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Pembinaan ini berupa pemenuhan fasilitas serta sarana prasarana pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, pelatihan kader posyandu, pelatihan tenaga kesehatan baik medis maupun non medis, memfasilitasi dalam dukungan rumusan kebijakan, serta mudahnya akses oleh masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan. Pengawasan upaya pelayanan kesehatan adalah monitoring dan evaluasi yang dilakukan untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan di semua fasilitas kesehatan berjalan dengan SOP serta berkualitas.

Menurut Permenkes (2022) pembinaan dan pengawasan upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Menteri dan Gubernur meliputi:

1. Supervisi
2. Pemberian konsultasi dan bimbingan teknis
3. Fasilitasi pendidikan dan pelatihan
4. Pemantauan dan/atau
5. Evaluasi

Menteri dan Gubernur melalui supervisor melakukan pengawasan, pemeriksaan serta inspeksi. Menteri dan Gubernur memastikan bahwa semua pelayanan kesehatan berjalan sesuai yang direncanakan. Selanjutnya pemerintah juga memastikan pengadaan SDM kesehatan merata dan cukup serta menguasai bidang ilmu baik teori maupun prakteknya.

Menurut Permenkes (2022) pembinaan dan pengawasan upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Bupati/Walikota meliputi:

1. Fasilitasi pemahaman Standar Akreditasi
2. Pembinaan penyusunan PPS
3. Pembinaan dalam penyelenggaraan peningkatan mutu
4. Pembinaan dalam penetapan dan pengukuran indikator mutu dan
5. Pembinaan dalam pelaporan insiden keselamatan pasien.

Bupati dan Walikota memfasilitasi penyedia layanan kesehatan dalam pemahaman standar akreditasi, agar setiap penyedia layanan dapat melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Daerah harus memastikan bahwa setiap fasilitas dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan disediakan di layanan kesehatan. Semua indikator pelayanan kesehatan masyarakat harus mendapat pembinaan dan pengawasan baik layanan kesehatan milik pemerintah atau layanan kesehatan milik swasta.

Penyedia layanan kesehatan harus tetap menjaga kualitas pelayanan kesehatan secara berkesinambungan. Jika ditemukan indikasi adanya pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan indikator nasional mutu dan indikasi Tindakan yang membahayakan keselamatan pasien maka dapat dilakukan penyesuaian atau pencabutan status akreditasi oleh Direktur Jenderal atau adanya rekomendasi untuk dilakukan survey kembali oleh lembaga penyelenggara akreditasi.

Penyelenggaraan proses akreditasi harus diatur dan diawasi. Hal ini agar adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, perlindungan pasien, perlindungan bagi

sumber daya manusia kesehatan, tata kelola organisasi (pembiayaan, pelayanan dan kepemimpinan) dan sebagai bentuk dukungan terhadap program pemerintah dalam melakukan pembangunan kesehatan masyarakat.

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023).
Sistematika Standar Akreditasi Puskesmas.
Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Lestari, S. D., Roekminiati, S., Mustofa, A. (2020).
Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat. CV
Jakad Media Publishing, Surabaya.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.34.
(2022). Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat,
Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi
Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat
Praktik Mandiri Dokter Gigi. Kementerian Kesehatan
RI, Jakarta.

Profil Penulis



Fitriani, SKM., M.M

Penulis di lahirkan di Desa Bulagidun pada tanggal 5 April 1991. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2010. Penulis adalah Anak pertama dari Bapak Dafer D. Salim dan Ibu Warda S. Awad. Menikah dengan Bapak Fahrul Rozi Al Amri tanggal 18 Agustus 2018 dan telah dikarunia 2 (orang anak), anak pertama Fawwaz Rabbani dan anak kedua Fahira Rafani. Saat ini penulis sebagai Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan In donesia Jaya pada Program Studi Kesehatan Masyarakat. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia) di provinsi Sulawesi Tengah.

Email Penulis: fitridafer91@gmail.com

KONSEP DAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN (*PATIENT SAFETY*)

Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, S.KM., M.Kes
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia

Budaya keselamatan pasien (*patient safety*) didefinisikan sebagai produk dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok, yang menentukan komitmen dan gaya serta kemahiran manajemen keselamatan dan kesehatan organisasi. Budaya *patient safety* (keselamatan pasien) diterapkan dengan tujuan meningkatkan kesadaran dalam mencegah error dan melaporkan jika terjadi insiden. (Rochmah, 2019). Organisasi dengan budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya, dengan berbagai persepsi tentang pentingnya keamanan, dan keyakinan akan kemanjuran tindakan pencegahan (AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide, 2016).

Definisi Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

WHO menjelaskan secara singkat tentang apa itu keselamatan pasien sebagai berikut: Patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the *process* of health care. The discipline of patient safety is the coordinated efforts to prevent harm, caused by the *process* of health care itself, from occurring to patients. Over the past ten years, patient safety has been

increasingly recognized as an issue of global importance, but much work remains to be done. Dari penjelasan tersebut perlu digaris bawahi bahwa intinya keselamatan pasien terkait dengan asuhan pasien, insiden yang dapat dicegah atau yang seharusnya tidak terjadi, dan sudah dikategorikan sebagai suatu disiplin.

Undang-undang Republik Indonesia No 17 Tahun 2023 menjelaskan Keselamatan pasien (Patient safety) adalah suatu kerangka kerja yang berupa kegiatan terorganisasi untuk membangun budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan dalam pelayanan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan yang bertujuan untuk menurunkan risiko, mengurangi bahaya yang dapat dihindari, menghindari kemungkinan terjadinya kesalahan, serta mengurangi dampak ketika terjadi insiden pada pasien. Keselamatan Pasien adalah sistem yang bertujuan untuk meningkatkan keamanan dalam pemberian asuhan pasien. Sistem ini mencakup penilaian risiko, identifikasi serta pengelolaan risiko pada pasien, pelaporan dan analisis insiden, pembelajaran dari insiden yang terjadi beserta tindak lanjutnya, serta penerapan solusi untuk mengurangi risiko dan mencegah cedera akibat kesalahan dalam melakukan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya (Permenkes, 2017).

Keselamatan pasien (Patient safety) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang kemungkinan akan terjadi (cedera fisik, sosial dan psikologis) yang berhubungan dengan pelayanan yang lebih aman. Harm/cedera adalah dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Yang termasuk harm adalah :

1. Penyakit/ *Disease* Disfungsi fisik atau psikis
2. Cedera/ *Injury*

Kerusakan jaringan yang diakibatkan agent / keadaan

3. Penderitaan/ *Suffering*

Pengalaman / gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi dan ketakutan.

4. Cacat / *Disability*

Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas, dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan harm yang terjadi sebelumnya atau saat ini. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah kerangka nilai, sikap, dan perilaku yang berlaku di suatu organisasi perawatan kesehatan yang bertujuan untuk meminimalkan risiko dan mencegah cedera pada pasien. Dalam budaya keselamatan yang kuat, setiap anggota tim medis merasa bertanggung jawab untuk melaporkan insiden keselamatan, tanpa takut disalahkan, sehingga organisasi dapat belajar dan memperbaiki sistem untuk mencegah kejadian serupa di masa depan. Keselamatan pasien

harus dijadikan budaya oleh semua tenaga kesehatan di semua fasilitas pelayanan kesehatan agar tidak saling menyalahkan jika terjadi suatu *harm* pada pasien. Keselamatan pasien harus disadari dan menjadi ruh untuk setiap tenaga kesehatan.

Budaya keselamatan pasien dapat berjalan baik jika setiap tenaga kesehatan memiliki kesadaran, keterbukaan dan kejujuran. Fasilitas kesehatan harus memiliki seorang pemimpin yang bertanggung jawab terhadap budaya keselamatan pasien. Kepemimpinan yang efektif mendorong individu untuk melakukan komunikasi secara efektif, saling percaya, memiliki persepsi yang sama untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan aman serta memiliki kepercayaan diri untuk memecahkan masalah jika terjadi insiden keselamatan pasien. Semua orang harus bertanggung jawab terhadap pelaksanaan keselamatan pasien sehingga perlu ada struktur organisasi yang baik dengan tata kerja yang jelas agar budaya keselamatan pasien berjalan dengan efektif dan efisien.

Walshe dan Boalden (2006) dalam Hamdani (2007) menyatakan bahwa penyebab utama kesalahan medis karena kesalahan sistem di rumah bukan karena kesalahan individu (NPSA, 2004) Manfaat penting dari budaya keselamatan pasien antara lain: a) Kesalahan yang telah terjadi lebih dapat diketahui oleh suatu organisasi kesehatan, b) Meningkatkan pelaporan insiden dan belajar dari insiden yang terjadi untuk mengurangi berulangnya dan kecelakaan yang terjadi, c) Adanya kesadaran terhadap keselamatan pasien dengan cara mengurangi kecelakaan secara fisik dan psikis, d) Mengurangi biaya pengobatan dan ekstra terapi dan e) Mengurangi sumber daya untuk manajemen klaim dan klaim.

Menurut Depkes RI (2008) Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit mampu memberikan asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: a) Assessmen risiko, b) Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, c) Pelaporan dan analisis insiden, d) Kemampuan belajar dari insiden dan e) Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Menurut Reason (1997) dalam Hamdani (2007) budaya keselamatan terdiri dari empat komponen (subculture) yaitu: 1) Informed culture. Budaya dimana pihak yang mengatur dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan terkini tentang faktor-faktor yang menjelaskan keselamatan dalam suatu sistem. 2) Reporting culture. Budaya dimana anggota di dalamnya siap untuk melaporkan kesalahan atau *near miss*, 3) No blame culture. Budaya membawa atmosfer *trust* sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta sensitif terhadap perilaku yang ada, 4) Learning culture. Budaya dimana setiap anggota mampu dan bersedia untuk menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh.

Instrumen Budaya Keselamatan Pasien

Instrumen Safety Attitude Questionnaire (SAQ)

Safety Attitude Questionnaire (SAQ) adalah alat survei yang digunakan untuk mengukur persepsi staf perawatan kesehatan tentang berbagai aspek budaya keselamatan pasien di lingkungan kerja mereka. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi area di mana persepsi tentang keselamatan kuat dan area yang membutuhkan perbaikan, sehingga intervensi yang tepat dapat dirancang untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Instrumen Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPC)

HSOPC telah menjadi alat standar yang digunakan di seluruh dunia untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan di berbagai fasilitas kesehatan. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi area di mana persepsi tentang keselamatan kuat dan area yang membutuhkan perbaikan, sehingga intervensi yang tepat dapat dirancang untuk meningkatkan keselamatan pasien.

HSOPC terdiri dari beberapa dimensi yang mencakup berbagai aspek budaya keselamatan. Dimensi-dimensi ini meliputi:

1) *Teamwork within Units* (kerja tim dalam unit), 2) *Communication Openness* (keterbukaan komunikasi), 3) *Management Support for Patient Safety* (dukungan manajemen untuk keselamatan pasien) dan 4) *Overall Perceptions of Patient Safety* (persepsi keseluruhan tentang keselamatan pasien)

Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien mencakup semua kejadian atau situasi yang berpotensi menyebabkan kerugian (penyakit, cedera, cacat, kematian, kerugian, dan lain-lain). Seperti yang diuraikan dalam Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien mencakup kejadian yang sengaja atau tidak sengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi menyebabkan cedera pada pasien.

Klasifikasi ini terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak

Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC).
Sebagai berikut:

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident*

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.

2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event*

Kejadian tidak diharapkan adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*).

3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss*

Kejadian nyaris cedera adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.

4. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / *Reportable Circumstance*

Kondisi potensial cedera adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

5. Kejadian Sentinel (SE) / *Sentinel Event*

Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah.

Sasaran Keselamatan Pasien

Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007)

yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 1: Ketepatan

Identifikasi Pasien Rumah Sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian identifikasi pasien. **Langkah Penerapan:** 1) Rumah Sakit membuat kebijakan tentang Identifikasi Pasien, 2) Rumah Sakit membuat Pedoman/ Panduan Identifikasi Pasien yang dijadikan acuan seluruh unit, 3) Rumah Sakit merancang SPO Identifikasi Pasien melalui pemasangan gelang identitas (min. 2 identitas, kapan dipasang, dimana dipasang), 4) Rumah sakit mengemangkan SPO pemasangan dan pelepasan tanda identitas risiko bagi pasien yang datang ke rumah sakit, dan 5) Rumah sakit merancang SPO tentang Pemasangan dan pelepasan gelang identitas.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 2: Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi pelayanan. **Langkah Penerapan:** 1) Rumah sakit mengembangkan Kebijakan tentang Keakuratan dan penerapan Komunikasi (lisan, telepon) secara konsisten di rumah sakit, 2) Rumah sakit mengembangkan Pedoman/ Panduan Komunikasi Efektif yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit di rumah sakit, 3) Rumah sakit merancang SPO tentang Komunikasi Efektif (lisan, telepon), 4) Rumah sakit membuat Daftar Singkatan resmi yang digunakan oleh seluruh unit, 5) Rumah sakit membuat SPO Serah Terima pasien, 6) Rumah sakit merancang SPO tentang Penyampaian Hasil Nilai Kritis,

dan 7) Rumah sakit merancang SPO tentang Komunikasi Efektif SBAR.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 3: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai/ *high – alert*

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). **Langkah Penerapan:** 1) Rumah sakit mengembangkan Kebijakan tentang Pengelolaan Obat di rumah sakit, 2) Rumah sakit membuat Pedoman/ Panduan Pengelolaan Obat (*high alert & norum*) yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit/ , 3) Rumah sakit merancang SPO Identifikasi, Pelabelan dan Penyimpanan obat *High Alert* , 4) Rumah sakit merancang SPO Penyiapan dan Penyerahan obat *Hight Alert*, 5) Rumah sakit mmbuat SPO Pencampuran Obat IV *Hight Alert*, 6) Rumah sakit membuat SPO tentang Pemberian Obat dengan Benar dan 7) Rumah sakit membuat Daftar Obat Yang Perlu diwaspadai.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 4: Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi.

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat-pasien. **Langkah Penerapan:** 1) Rumah sakit mengembangkan Kebijakan tentang Prosedur Operasi (tepat lokasi-tepat prosedur, tepat pasien), 2) Rumah sakit merancang SPO tentang Penandaan Identifikasi Lokasi Operasi, 3) Rumah sakit merancang SPO tentang *Surgical Patient Safety Check List*, 4) Rumah sakit mengembangkan Form *Surgical Patient Safety Check List*, 5) Rumah sakit merancang SPO tentang Pengecekan Instrumen, Kasa dan 6) Rumah sakit mengembangkan Form Pengecekan Instrumen, Kasa.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 5: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. **Langkah Penerapan:** 1) Rumah sakit mengembangkan Kebijakan RS Pencegahan Infeksi, 2) Rumah sakit membuat Pedoman Pencegahan Infeksi di RS yang dijadikan acuan diseluruh unit, 3) Rumah sakit merancang SPO tentang Cuci Tangan, 4) Rumah sakit menyediakan Fasilitas Cuci Tangan, 5) Rumah sakit melakukan sosialisasi dengan alat bantu (Sosialisasi; brosur, *flyer*, standing banner dan Edukasi ; Pedoman Hand Hygiene).

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 6: Pengurangan Risiko Cedera Karena Jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. **Langkah Penerapan:** 1) Rumah sakit mengembangkan Kebijakan RS tentang Pencegahan Pasien Jatuh, 2) Rumah sakit merancang SPO tentang Penilaian Awal Risiko Jatuh, 3) Rumah sakit menggunakan Form Monitoring Risiko Jatuh, 4) Rumah sakit membuat fasilitas seperti ; *Signage*/ Alat bantu dan 5) Rumah sakit menggunakan Form Penilaian: *Morse Fall*, *Humpty Dumpty*.

Kategori Budaya Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Reason (2006), mengklasifikasikan budaya keselamatan menjadi tiga tingkatan utama, yaitu:

1. Budaya Patologis (Pathological Culture)

Organisasi dengan budaya patologis biasanya ditandai dengan ketakutan, kurangnya kepercayaan, dan komunikasi yang buruk.

2. Budaya Reaktif (Reactive Culture)

Meskipun ada peningkatan dibandingkan budaya patologis, budaya reaktif masih belum optimal dalam mencegah insiden di masa depan.

3. Budaya Generatif (Generative Culture)

Budaya generatif ditandai dengan komunikasi terbuka, kerja tim yang kolaboratif, dan kepemimpinan yang mendukung keselamatan.

Penerapan Budaya Patient Safety di Rumah Sakit

Budaya *patient safety* atau keselamatan pasien adalah hal yang sangat penting dalam dunia pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk mencegah dan mengurangi risiko serta insiden yang dapat membahayakan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit. Berikut adalah beberapa aspek penting dalam penerapan budaya *patient safety* di rumah sakit:

1. Membangun Kesadaran

Mengadakan pelatihan dan sosialisasi secara berkala untuk meningkatkan pemahaman seluruh staf tentang pentingnya *Patient Safety*, risiko yang mungkin terjadi, dan cara mencegahnya.

2. Menciptakan Lingkungan Terbuka

Mendorong komunikasi yang jujur dan terbuka terkait insiden atau potensi risiko.

3. Menerapkan Prosedur yang Jelas

Mengembangkan dan menerapkan prosedur yang jelas dan terstandar untuk setiap aspek pelayanan, mulai dari identifikasi pasien, pemberian obat, hingga tindakan medis.

4. Melakukan Evaluasi dan Perbaikan Berkelanjutan

Melakukan audit dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan *Patient Safety*.

5. Melibatkan Pasien dan Keluarga

Memberikan informasi yang jelas tentang prosedur yang akan dilakukan, serta memberikan kesempatan bagi mereka untuk bertanya dan menyampaikan kekhawatiran.

Penerapan Budaya *Patient Safety* juga melibatkan pengembangan sistem dan prosedur yang mendukung terciptanya lingkungan yang aman. Hal ini meliputi standar operasional prosedur (SOP) yang jelas, penggunaan teknologi yang aman, serta pelatihan dan edukasi berkelanjutan bagi staf rumah sakit. Rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan berpusat pada pasien.

Tiga strategi penerapan budaya *patient safety*:

1. Strategi 1: a) Lakukan *safe practices*, b) Rancang, sistem pekerjaan yang memudahkan orang lain untuk melakukan tindakan medik secara benar, c) Mengurangi ketergantungan pada ingatan dan d) Menyederhanakan tahapan-tahapan.
2. Edukasi: a) Kenali dampak akibat kelelahan dan kinerja, b) Pendidikan dan pelatihan *patient safety*, c) Melatih kerjasama antar tim, dan d) Meminimalkan variasi sumber pedoman klinis yang mungkin membingungkan
3. Akuntabilitas: a) Melaporkan kejadian error, b) Meminta maaf, c) Melakukan *remedial care*, d) Melakukan *root cause analysis*, dan e) Memperbaiki sistem atau mengatasi masalahnya.

Daftar Pustaka

- A. Pasinringi, S., Rivai, (2022). Budaya Keselamatan Pasien dan Kepuasan Kerja. Nas Media Pustaka.
- Afrisya, I. (2014). Analisis Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Langkah Pengembangan Keselamatan Pasien di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2014. Jurnal arsi. Vol 1. Hal 19-200
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2010). Patient Safety in Primary Health Care. [Www.Safetyandquality.Gov.Au](http://www.safetyandquality.gov.au), (August), 80. Retrieved from [http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2010/01/Patient-safety-in-primary-healthcare-discussion paper1.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2010/01/Patient-safety-in-primary-healthcare-discussion-paper1.pdf)
- Buhari, B., Octavia, D., & Sari, R. M. (2022). Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dalam Perspektif Keperawatan. Zahir Publishing, No. 132/DIY/2020.
- Depkes RI, (2008). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Jakarta Departemen Kesehatan RI (ed.), 2008.
- Elrifda, S. (2011). Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan : Implikasi Kebijakan di Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi Patient Safety Culture and Healthcare Error Characteristics : Implication of Policy at A Hospital in. Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 6(5), 67–76.
- Faluzi, A., Machmud, R., & Arif, Y. (2018). Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2017. Jurnal Kesehatan Andalas, 7, 34-43.
- Hughes, R. G. (2008). Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses.
- Herlina, A. M. D. A., dkk. (2024). Manajemen Risiko Dan Patient Safety. CV. Media Sains Indonesia, viii, 243.

- Kemenkes RI, (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI.
- Komalawati, Veronica. (2010) Community&Patient Safety Dalam Perspektif Hukum Kesehatan.
- Nurprilinda, M., Susanto, A., & Afriyanti, D. (2024). Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien. PT. Sonpedia Publishing Indonesia, Anggota IKAPI : 006/JBI/2023.
- Pratama, M. I. K., Romiko, & Murbiah. (2021). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Upaya Pencegahan Adverse Event : Literature Review. Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM), Volume 1 Nomor 2.
- Sari, D. W., Rosyidah, & Rulyandar, R. (2024). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Narrative Literature Review. Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol.8, No.3 Hal. 527-539. <http://afiasi.unwir.ac.id>
- Siagian, E. (2020). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Sebuah Rumah Sakit Swasta bandar Lampung. Vol. 6, No. 1.
- Suparna. (2015). Evaluasi Penerapan Patient Safety Resiko Jatuh Unit Gawat Darurat di RS Panti Rini Kalasan Sleman. Skripsi.STIKES 'Aisyiyah Prodi Ilmu Keperawatan Yogyakarta
- Wati, R., Astuti, N., Ilmi, B. (2019). Penerapan Komunikasi Situation, Background, Assesment, Recommendation (SBAR) Pada Perawat Dalam Melaksanakan Handover. Indonesia Journal Of Nursing Practices
- Wijayanti, dkk. (2024). Buku Ajar Manajemen Patient Safety. PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta, 83-91.
- Zees, R. F., Zulfiayu., & Aswad, A. (2018). Buku Ajar Manajemen Patient Safety. Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Gorontalo, 22-29.

Profil Penulis



Hj. Afriyana Amelia Nuryadin, SKM., M.Kes

Adalah anak kedua dari bapak Drs. H. Nuryadin Patty, SE., M.Si dan ibu Hj. Hasnah, SE., SKM. Penulis lahir di Watampone tanggal 24 april 1990. Pada tahun 1996 menyelesaikan pendidikan Taman Kanak- kanak di TK Adyaksa Watampone, tahun 2002 penulis menyelesaikan sekolah dasar di SDN Mangkura III Makassar, pada tahun 2005 penulis menyelesaikan Sekolah tingkat pertama di SMPN 5 Makassar dan di tahun 2008 penulis menyelesaikan pendidikan di jenjang sekolah menengah atas di SMAN 2 Makassar. Untuk strata satu penulis melanjutkan pendidikan di fakultas kesehatan masyarakat jurusan administrasi dan kebijakan kesehatan di Universitas Hasanuddin dan di tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan di jenjang Strata dua di kampus yang sama dengan mengambil jurusan administrasi dan kebijakan kesehatan. Dosen tetap program studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sekarang menjabat sebagai ketua program studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Buku yang sudah di publikasikan buku Administrasi Rumah Sakit dan Puskesmas, buku Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Buku Dasar Manajemen, Buku Manajemen Pemasaran, buku monograf penelitian tentang Pengaruh Kesesuaian Penempatan Kerja dan Kualifikasi Pendidikan terhadap Kinerja Pegawai Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, buku dengan judul Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien Rawat Inap umum terhadap Citra RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto dan buku dengan judul Hubungan kamarisasi dan bahan bakar biomassa terhadap kejadian infeksi pernafasan akut pada anak balita.

Email Penulis: afriyana.enho@gmail.com

- 1 KONSEP DASAR MANAJEMEN MUTU
Reni Permata
- 2 TEORI MANAJEMEN MUTU MENURUT PARA AHLI
Nur Asphina Revodi Djano
- 3 SEJARAH PERKEMBANGAN PROGRAM MENJAGA MUTU
PELAYANAN KESEHATAN
Evindiyah Prita Dewi
- 4 KONSEP TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM)
Andi Yaumil B. R. Thaifur
- 5 PROSES IMPLEMENTASI DAN MEMBANGUN ORGANISASI TOTAL QUALITY
MANAGEMENT (TQM)
Reski Dewi Pratiwi
- 6 CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (CQI)
Ardianti A
- 7 STANDARISASI MUTU DI PELAYANAN KESEHATAN
WD. Yuni M. Usa
- 8 PENGUKURAN DAN PENILAIAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN
Haura Karlina
- 9 INDIKATOR MUTU PELAYANAN DI RUMAH SAKIT
Rizkiyatul Amalia
- 10 KONSEP, RUANG LINGKUP PELANGGAN, DAN PENGUKURAN KEPUASAN
PELANGGAN DI PELAYANAN KESEHATAN
Dewi Utary
- 11 ASPEK KUANTITATIF MUTU DI PELAYANAN KESEHATAN
Fauzy Ma'ruf
- 12 KONSEP AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN
Fitriani
- 13 KONSEP DAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY)
Afriyana Amelia Nuryadin

Editor:

Hairil Akbar

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-512-521-3 (PDF)



9

786235

125213